

# Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D

- 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 Schlaganfall – Phase D 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:

Daniela Sewöster  
Bereich 0420  
Tel.: 030 865-39343  
E-Mail: [daniela.sewoester@drv-bund.de](mailto:daniela.sewoester@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 Rehabilitation bei Schlaganfall – Phase D (2002–2006) erfolgte als wissenschaftliches Projekt durch das Institut für Prävention und Rehabilitation der Universität Konstanz (Prof. Dr. Dr. med. Paul Schönle).

Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D wurde im Rahmen eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes (2013–2015) durch das Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg (Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker, Dipl.-Psych. Astrid Wirth, Katharina Quaschnig M.A.) 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. Einleitung</b>	<b>2</b>
<b>2. Stellenwert der Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation</b>	<b>2</b>
<b>3. Reha-Therapiestandards als Teil der Reha-Qualitätssicherung</b>	<b>3</b>
<b>4. 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. Bedeutung der Mindestangaben in den ETM</b>	<b>4</b>
<b>6. Die KTL als Basis für die Beschreibung der ETM-Leistungen</b>	<b>5</b>
<b>7. Anwendung der ETM in der Praxis</b>	<b>5</b>
<b>8. Therapien, die nicht in den Reha-Therapiestandards enthalten sind</b>	<b>6</b>
<b>9. Neue Reha-Konzepte</b>	<b>6</b>
<b>10. Komorbidität</b>	<b>6</b>
<b>11. Kontraindikationen</b>	<b>6</b>
<b>12. Überarbeitung der Reha-Therapiestandards</b>	<b>7</b>
<b>13. Methodischer Teil</b>	<b>7</b>
13.1 Ersterstellung 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. Integration der Reha-Therapiestandards in die Reha-Qualitätssicherung der DRV</b>	<b>9</b>

## Indikationsspezifischer Teil – RTS Schlaganfall – Phase D

<b>15. Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation nach Schlaganfall – Phase D</b>	<b>10</b>
<b>16. Geltungsbereich</b>	<b>11</b>
<b>17. Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule</b>	<b>12</b>
<b>18. Evidenzbasierte Therapiemodule</b>	<b>13</b>

## Anhang

<b>19. Ausgewählte Literatur zur Evidenz bei Schlaganfall – Phase D</b>	<b>27</b>
<b>20. Weitere Literatur zu den Reha-Therapiestandards</b>	<b>28</b>
<b>21. Autorenschaft</b>	<b>29</b>
<b>22. Beteiligung von Experten</b>	<b>30</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 Trägersaufgaben 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 Schlaganfall – Phase D 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 nach Schlaganfall – Phase D

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

Die Ergebnisse der aktuellen Literaturrecherche bestätigen die klare Evidenzlage (Evidenzlevel Ia bzw. Ib) für folgende Therapiebereiche: Bewegungstherapie (Kernan et al., 2014), Alltagstraining (Diener, 2012), Arbeitsbezogene Therapie (NICE, 2013), Kognitive Therapie (DGN, 2012), Therapie kommunikativer Störungen (Stroke Foundation of New Zealand & New Zealand Guidelines Group, 2010), Schulung und Information im Rahmen von Gesundheitsbildung und Patientenschulung (NICE, 2013), theoretische Ernährungsberatung (Kernan et al., 2014), psychologische Beratung und Therapie (DEGAM, 2012) sowie Tabakentwöhnung (Kernan et al., 2014). Ferner ist eine klare Empfehlung für Leistungen der sozialen und beruflichen Integration sowie für die Vorbereitung der Nachsorge gegeben (Evidenzlevel IIa). Die Behandlung von Schluckstörungen wird in nationalen Leitlinien (DEGAM, 2012) sowie in internationalen Leitlinien (NICE, 2013; SIGN, 2010) ausdrücklich empfohlen und deshalb im Therapiemodul Therapie kommunikativer Störungen und Schluckstörungen abgebildet.

Für alle anderen in den Therapiemodulen eingeschlossenen Leistungen kann aus der Literaturrecherche keine Evidenz der Stufen Ia bis IIb abgeleitet werden. Im Vergleich zur vorangegangenen Literaturrecherche im Rahmen der Ersterstellung der Reha-Therapiestandards hat sich die wissenschaftliche Evidenzlage der RTS Schlaganfall – Phase D 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.

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 13.2) 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 untereinander) 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.

## 16. Geltungsbereich

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

- I60** Subarachnoidalblutung
- I61** Intrazerebrale Blutung
- I62** Sonstige nicht-traumatische Blutungen
- I63** Hirninfarkt
- I64** Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Bei einem Schlaganfall ist statt G46 die entsprechende Grunderkrankung als Erstdiagnose mit einem Code aus I60 – I64 zu verschlüsseln.

Der Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards bezieht sich auf die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation von Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall. In die Auswertung zur Reha-Qualitätssicherung gehen alle Rehabilitanden ein, deren Behandlungsdauer zwischen 18 und 100 Tagen lag.

# 17. Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule

Die Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation nach Schlaganfall – Phase D 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 Schlaganfall – Phase D (Basis: KTL 2015)</b>			
<b>ETM</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Mindestdauer</b>	<b>Mindestanteil</b>
01	Bewegungstherapie	mind. 180 Min. pro Woche	mind. 80 %
02	Alltagstraining	mind. 50 Min. pro Woche	mind. 60 %
03	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 50 %
04	Kognitive Therapie	mind. 120 Min. pro Woche	mind. 60 %
05	Therapie kommunikativer Störungen und Schluckstörungen	mind. 300 Min. pro Woche	mind. 10 %
06	Physikalische Therapie	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 30 %
07	Krankheitsspezifische Patientenschulung	mind. 90 Min. pro Reha	mind. 80 %
08	Gesundheitsbildung	mind. 150 Min. pro Reha	mind. 80 %
09	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 120 Min. pro Reha	mind. 40 %
10	Psychologische Interventionen und Künstlerische Therapien	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 50 %
11	Entspannungsverfahren	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 20 %
12	Tabakentwöhnung	mind. 200 Min. pro Reha	mind. 5 %
13	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 80 %
14	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 15 Min. pro Reha	mind. 80 %

# 18. Evidenzbasierte Therapiemodule

## Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

<b>ETM 01</b>	<b>Bewegungstherapie</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	<p>Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit</li> <li>2) Stärkung physischer Ressourcen/Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z. B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen)</li> <li>3) 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.</li> </ol>	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 180 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. 80 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

## Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D

### Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

<b>ETM 02</b>	<b>Alltagstraining</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Gezieltes Training zur Verbesserung der Alltagsaktivitäten, Wiederherstellung/Verbesserung oder Erhalt der körperlichen Selbstversorgung oder der eigenständigen Lebensführung. Lernen, mit Hilfsmitteln und Einschränkungen umzugehen und die Krankheit/Behinderung in das Leben zu integrieren.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 50 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	E671	Hausbesuch einzeln
	E680	Training der Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
	E690	Training der Aktivitäten des täglichen Lebens in der Kleingruppe
	E701	Hilfsmittelanpassung und -versorgung, einzeln
	E702	Hilfsmittelberatung einzeln
	E703	Hilfsmitteltraining einzeln
	E709	Sonstige hilfsmittelbezogene Ergotherapie einzeln
	H560	Anleitung zu Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
	H589	Anleitung zur Durchführung sonstiger physikalischer Therapieverfahren einzeln
	H640	Anleitung zum Umgang mit Lymphödemen einzeln
	H650	Anleitung zum Umgang mit Inkontinenz einzeln
	H670	Anleitung zur medizinisch indizierten Fußpflege einzeln
	H680	Angehörigenanleitung einzeln
	H740	Supportives Gespräch
	L560	Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 60 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		



## Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D

### Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

<b>ETM 03</b>	<b>Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Auf individuellen Bedarf, Ressourcen, Kontextfaktoren, Motivationslage und Leistungsgrenzen abgestimmtes Training von Fertigkeiten sowie Selbstwirksamkeit, Ausdauer und Durchhaltevermögen anhand von für die Rehabilitanden relevanten Tätigkeiten mit hohem Alltags- und Arbeitsbezug (ADL). Stufenweise Heranführung an die Grundanforderungen des Alltags- und Arbeitslebens, Konsolidierung basaler Arbeitsfähigkeiten und je nach Berufsfeld, Arbeitsplatz und Arbeitssituation Stärkung der beruflichen Handlungskompetenz.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 60 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>E641 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: psychisch-funktionell, psychosozial</p> <p>E642 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: sensomotorisch-perzeptiv</p> <p>E643 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: motorisch-funktionell</p> <p>E649 Sonstige ergotherapeutische Behandlung einzeln</p> <p>E651 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: psychisch-funktionell, psychosozial</p> <p>E652 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: sensomotorisch-perzeptiv</p> <p>E653 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: motorisch-funktionell</p> <p>E659 Sonstige ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe</p> <p>E660 Ergotherapeutische Behandlung produktorientiert in der Gruppe</p> <p>E672 Arbeitsplatzbesuch einzeln</p> <p>E720 Projektgruppe</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. 50 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

**Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 04</b>	<b>Kognitive Therapie</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Therapie kognitiver und emotionaler Veränderungen nach Schlaganfall mit folgenden Strategien: wiederherstellungsorientiert, kompensationsorientiert, adaptiv orientiert.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Minstdauer pro Woche:</b>	mind. 120 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	E830	Sehtraining einzeln
	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
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 60 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

**Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 05</b>	<b>Therapie kommunikativer Störungen und Schluckstörungen</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	<p>Alle motorischen, perzeptuellen, linguistischen und kognitiven Maßnahmen, die geeignet sind, die kommunikativen Fähigkeiten zu verbessern. Anwendung dieser Fähigkeiten in kommunikativen Alltagssituationen. Erprobung und Anpassung von externen Kommunikationshilfen.</p> <p>Alle restituierenden, kompensatorischen und adaptiven Maßnahmen der Schlucktherapie; Maßnahmen zur Aspirationsprophylaxe, Trachealkanülen-Management, Oralisierung /Kostaufbau.</p>	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Minstdauer pro Woche:</b>	mind. 300 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	E731	Logopädische Behandlung einzeln: Sprachtherapie
	E732	Logopädische Behandlung einzeln: Sprechtherapie
	E741	Logopädische Behandlung in der Kleingruppe: Sprachtherapie
	E742	Logopädische Behandlung in der Kleingruppe: Sprechtherapie
	E760	Fazio-orale Therapie
	E770	Kommunikationstraining einzeln
	E780	Kommunikationstraining in der Kleingruppe
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 10 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

## Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D

### Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

<b>ETM 06</b>	<b>Physikalische Therapie</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Physikalisch-therapeutische Behandlung von Haut, Bindegewebe und Muskeln durch Druck- und Zugreize mit dem Ziel der Detonisierung, Verbesserung von Sensibilitätsstörungen, Schmerzlinderung, Schmerzprävention und neuroreflektiver Fernwirkungen.	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Ministdauer pro Woche:</b>	mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H581 Anleitung zur Elektrostimulation einzeln</li> <li>H582 Anleitung zur Eigenmassage einzeln</li> <li>K550 Ganzkörper-Kältetherapie</li> <li>K561 Lokale Kältebehandlung einzeln</li> <li>K562 Lokale Wärmebehandlung einzeln</li> <li>K572 Wasseranwendungen (Kneipp-Therapie): Wechselbad einzeln</li> <li>K581 Medizinisches Vollbad einzeln</li> <li>K582 Medizinisches Teilbad einzeln</li> <li>K591 Elektrotherapie: Gleichstromtherapie einzeln</li> <li>K592 Elektrotherapie: Niederfrequente Reizstromtherapie einzeln</li> <li>K593 Elektrotherapie: Mittelfrequenztherapie einzeln</li> <li>K594 Elektrotherapie: Hochfrequenztherapie einzeln</li> <li>K595 Elektrotherapie: Ultraschalltherapie einzeln</li> <li>K600 Hydrogalvanische Anwendung einzeln</li> <li>K620 Klassische Massage einzeln</li> <li>K632 Bindegewebsmassage einzeln</li> <li>K639 Sonstige Reflexzonenmassage einzeln</li> <li>K641 Unterwasser-Druckstrahlmassage einzeln</li> <li>K650 Akupunktmassage und Akupressur einzeln</li> <li>K671 Manuelle Lymphdrainage mit Bandagierung einzeln</li> <li>K672 Manuelle Lymphdrainage ohne Bandagierung einzeln</li> <li>K680 Apparative Lymphdrainage einzeln</li> <li>K690 Gerätegestützte Mobilisation einzeln</li> <li>K713 Kompressionstherapie einzeln</li> </ul>	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 30 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		

**Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 07</b>	<b>Krankheitsspezifische Patientenschulung</b>
<b>Therapeutische Inhalte</b>	<p>Krankheitsspezifische Schulungen, bei denen es zunächst um Krankheits- und Behandlungswissen zum Thema Schlaganfall geht. Von Bedeutung sind aber auch Motivation/Empowerment, die gesundheitsförderliche Lebensführung sowie die psychologische Unterstützung der Krankheitsbewältigung. Die Schulungen sollten auf dem bio-psycho-sozialen Ansatz basieren.</p> <p>Wichtige Themen sind Ursachen, Vorbeugung, Wiederholungsrisiko, Symptomatik, relevante Komorbidität, Risikofaktoren, Funktions- und Teilhabestörungen sowie Behandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten.</p>
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 90 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>C711 Standardisierte Schulung bei Schlaganfall</p> <p>C712 Nicht-standardisierte Schulung bei Schlaganfall</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 Schlaganfall – Phase D

### Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

<b>ETM 08</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. 150 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>C552 Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln</p> <p>C560 Angehörigengespräch krankheitsbezogen einzeln</p> <p>C611 Vortrag: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation</p> <p>C613 Vortrag: Medizinische Rehabilitation</p> <p>C620 Seminar: Motivationsförderung und Selbstmanagement</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>C639 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Sonstige Gesundheitsinformation und -förderung</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>C697 Standardisierte Schulung bei sonstigen Stoffwechselkrankheiten</p> <p>C698 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Stoffwechselkrankheiten</p> <p>C703 Standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit</p> <p>C704 Nicht-standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit</p> <p>C707 Standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten</p> <p>C708 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten</p> <p>C713 Standardisierte Schulung bei sonstigen neurologischen Krankheiten</p> <p>C714 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen neurologischen Krankheiten</p> <p>C721 Standardisierte Schulung zum Antikoagulantienmanagement</p> <p>C722 Nicht-standardisierte Schulung zum Antikoagulantienmanagement</p> <p>F576 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Umgang mit Alkohol</p> <p>H571 Anleitung zur Blutdruck-Kontrolle einzeln</p> <p>H575 Anleitung zur Blutzucker-Kontrolle einzeln</p> <p>H592 Anleitung zur Anwendung von Trachealkanülen, Port- oder Sondensystemen 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 Schlaganfall – Phase D**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 09</b>	<b>Ernährungstherapeutische Leistungen</b>
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Beratungen, 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>Minstdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 120 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>M621 Lehrküche indikationsspezifisch 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. 40 %</b>
<b>Weitere Hinweise</b>	Die praktischen Anteile dieses ETM werden in der Lehrküche durchgeführt.

## Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D

### Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

<b>ETM 10</b>	<b>Psychologische Interventionen und Künstlerische Therapien</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	<p>Klärung und Bearbeitung psychischer Belastungen und daraus resultierender Beanspruchungen im Berufs- und Alltagsleben, Aktivierung psychischer Ressourcen, Entwicklung einer realitätsangepassten, positiven Lebensperspektive, Akzeptanz unabänderlicher bzw. längerfristiger Krankheitsfolgen, Intervention bei begleitenden psychischen Störungen (v. a. Angst und Depression).</p> <p>Künstlerische Therapien zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung.</p>	
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b>	mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>F551 Psychologische Beratung in Konfliktsituationen einzeln</p> <p>F552 Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen einzeln</p> <p>F553 Psychologische Beratung zur Besprechung von Testergebnissen einzeln</p> <p>F554 Psychologische Beratung zu allgemeinen Problemstellungen einzeln</p> <p>F555 Orientierende psychologische Beratung einzeln</p> <p>F560 Psychologische Gruppenarbeit störungsspezifisch</p> <p>F571 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Stressbewältigung</p> <p>F572 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Schlaftraining</p> <p>F574 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Schmerzbewältigung</p> <p>F575 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Umgang mit Angst und Traurigkeit</p> <p>F579 Sonstige Gruppenarbeit problemorientiert</p> <p>F681 Musiktherapie einzeln</p> <p>F682 Tanz- und Bewegungstherapie einzeln</p> <p>F683 Kunst- und Gestaltungstherapie einzeln</p> <p>F689 Sonstige künstlerische Therapie einzeln</p> <p>F691 Musiktherapie in der Kleingruppe</p> <p>F692 Tanz- und Bewegungstherapie in der Kleingruppe</p> <p>F693 Kunst- und Gestaltungstherapie in der Kleingruppe</p> <p>F699 Sonstige künstlerische Therapie in der Kleingruppe</p> <p>F701 Musiktherapie in der Gruppe</p> <p>F702 Tanz- und Bewegungstherapie in der Gruppe</p> <p>F703 Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gruppe</p> <p>F709 Sonstige künstlerische Therapie in der Gruppe</p> <p>G711 Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation psychodynamisch einzeln</p> <p>G712 Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation verhaltenstherapeutisch einzeln</p> <p>G713 Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation weitere Verfahren einzeln</p>	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 50 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>		



**Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 11</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>Minstdauer pro Woche:</b>	mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	F590	Biofeedback einzeln
	F601	Autogenes Training einzeln
	F602	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen einzeln
	F609	Sonstige Entspannungsverfahren einzeln
	F611	Autogenes Training in der Gruppe
	F612	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen in der Gruppe
	F619	Sonstige Entspannungsverfahren in der Gruppe
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 20 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>	QiGong, Tai Chi, Yoga u.a. können unter dem KTL-Code A630 im ETM „Bewegungstherapie“ dokumentiert werden.	

**Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 12</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. 200 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	F578 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Tabakentwöhnung
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	mind. 5 %
<b>Weitere Hinweise</b>	

## Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D

### Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

<b>ETM 13</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>	C551 Ärztliche sozialmedizinische Beratung einzeln C580 Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen D551 Psychosoziale Beratung einzeln D552 Sozialrechtliche Beratung einzeln D553 Orientierende Sozialberatung einzeln D561 Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzeln D562 Beratung zur stufenweise Wiedereingliederung einzeln D563 Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung einzeln D569 Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln D581 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz D583 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe D585 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Sozialrechtliche Fragen D586 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Training der sozialen Kompetenz D589 Sonstige soziale Arbeit in der Kleingruppe D591 Soziale Arbeit in der Gruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz D593 Soziale Arbeit in der Gruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Integration D595 Soziale Arbeit in der Gruppe: Sozialrechtliche Fragen D596 Soziale Arbeit in der Gruppe: Training der sozialen Kompetenz D599 Sonstige soziale Arbeit in der Gruppe D600 Angehörigengespräch psychosozial einzeln D610 Angehörigengespräch psychosozial in der Gruppe	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 80 %</b>	
<b>Weitere Hinweise</b>	z. B. Fragen zu wirtschaftlicher Sicherung, Rentenfragen, Klärung sozialrechtlicher Fragen, Wohnungsfragen	

**Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 14</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. 15 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. 80 %</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 Schlaganfall – Phase D

- Caro Jaime J., Huybrechts, K.F., Duchesne, I. (2000):** Management Patterns and Costs of Acute Ischemic Stroke, *Stroke*, 31: 582–590.
- Dawson, A., Knox, J., McClure, A., Foley, N., Teasell, R. (2013):** Canadian best practice recommendations for stroke care - Chapter 5, 6–7.
- Diener, H.-C. (2012):** Kommission Leitlinien der DGN (Hrsg.). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 5., vollständig überarbeitete Aufl. 2012, Stuttgart: Thieme.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2012):** Schlaganfall DEGAM-Leitlinie Nr. 8. Düsseldorf: omikron publishing Düsseldorf. Retrieved from [http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-08\\_Langfassung\\_Schlaganfall\\_final5.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-08_Langfassung_Schlaganfall_final5.pdf) [Zugriff: 24.09.2015].
- Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (2009):** S2e-Leitlinien der DGNR zur motorischen Rehabilitation der oberen Extremität nach Schlaganfall. *Neurologie & Rehabilitation*, 2.
- Kernan, W.N., Ovbiagele, B., Black, H.R. et al., on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease (2014):** Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(7): 2160–2236. doi: 10.1161/STR.0000000000000024.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013):** Stroke rehabilitation: Long-term rehabilitation after stroke | Guidance and guidelines | NICE. Retrieved August 11, 2014, from <http://www.nice.org.uk/guidance/CG162> [Zugriff: 24.09.2015].
- Royal College of Physicians (2012):** National clinical guideline for stroke, fourth edition, <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/stroke-guidelines>.
- Royal College of Physicians (2009):** Spasticity in adults: management using botulinum toxin National guidelines, <http://www.rcplondon.ac.uk>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2010):** Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline.
- Stroke Foundation of New Zealand & New Zealand Guidelines Group (2010):** New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington.

Weitere Literaturangaben zur Entwicklung und Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D 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

- 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. (2005):** Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*, 99(1): 41–46.
- 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.
- 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.
- Schönle P.W., Kattein R., Brüggemann S., Klosterhuis H. (2004):** Aktueller Stand der rehabilitativen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall. *Die Rehabilitation*, 43(4): 187–198.
- 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 Schlaganfall – Phase D (2013–2015)

#### Prozessbegleitende Experten

- Herr Dr. med. Th. Brand, Marcus-Klinik, Fachabteilung Neurologie, Bad Driburg
- Frau A. Heßling, Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, Bereich Rehakoordination, Bad Essen
- Herr Prof. Dr. med. H. Hummelsheim, Neurologisches Reha-Zentrum Leipzig (NRZ), Bennewitz
- Herr Dr. H. Kulke, m&i Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Neuropsychologie, Herzogenaurach
- Frau C. Pott, Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), Hamburg
- Herr Dr. med. W. Schupp, m&i Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Neuropsychologie, Herzogenaurach
- Frau K. Wilk, Marcus-Klinik, Bereich Ergotherapie, Bad Driburg

#### Workshop zur Aktualisierung der Reha-Therapiestandards

- Frau M. Baumann, Klinikum Bogenhausen, München
- Frau Prof. A. Baumgärtner, Hochschule Fresenius, Standort Hamburg
- Frau I. Block, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Universität Würzburg, Würzburg
- Herr Dr. med. G. Freier, MediClin Rehasentrum Plau am See, Plau am See
- Frau G. Kiank, Landesselbsthilfeverband Schlaganfall- und Aphasie-Betroffener und gleichartig Behinderter Berlin e.V. – LVSB e.V., Berlin
- Herr W. Kühne, Asklepios Klinik, Schaufling
- Herr Dr. H. Kulke, m&i Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Neuropsychologie, Herzogenaurach
- Frau C. Pott, Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), Köln
- Frau K. Quaschnig, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg
- Frau C. Ratto, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. med. W. Schupp, m&i Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Neuropsychologie, Herzogenaurach
- Frau K. Wilk, Marcus Klinik, Bad Driburg

#### Moderation

- Herr Prof. E. Farin-Glattacker, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg
- Frau E. Volke, 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. Quasching, 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 Tumorbiologie, 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 Tumorbiologie, 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. Th. 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**

- Herr Dr. T. Brand, Marcus-Klinik, Bad Driburg
- Herr J. Eder, Fachklinik Ichenhausen, Ichenhausen
- Herr Dr. P. Frommelt, Asklepios-Klinik, Schaufling
- Frau S. George, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Karlsbad
- Herr Dr. K. Herz, Fachklinik St. Hedwig, Illingen
- Herr H. Kulke, Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach
- Herr Prof. P. Schönle, Institut für Prävention und Rehabilitation, Konstanz
- Herr Dr. W. Schupp, Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach
- Herr Prof. F.-L. Welter, Hardtwaldklinik, Bad Zwesten

#### **Moderation**

- Frau Dr. U. Beckmann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau V. Pimmer, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

## **Experten-Workshop zur Erstellung der Reha-Therapiestandards (2002–2006)**

### **Arbeitsgruppe 1**

- Herr Dr. K. Herz, Fachklinik St. Hedwig, Illingen
- Herr W. Kühne, Asklepios-Klinik Schaufling, Schlauffling
- Herr Dr. O. Leidner, Moritz-Klinik, Bad Klosterlausnitz
- Herr Prof. B. Leplow, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale
- Herr Dr. A. Petershofer, Klinik Ambrock, Hagen
- Herr R. Radzuweit, Bundesverband Neurorehabilitation, Bonn-Bad Godesberg
- Prof. A. Thilman, Fachklinik Rhein-Ruhr, Essen

#### **Moderation**

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

### **Arbeitsgruppe 2**

- Herr Prof. U. Bamborschke, Brandenburg-Klinik, Bernau
- Herr Prof. P. Bülau, Westerwaldklinik, Waldbreitbach
- Frau S. George, Verband Deutscher Ergotherapeuten, Karlsbad
- Frau Dr. Ch. Härdel, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. B. Hauptmann, Segeberger Kliniken, Bad Segeberg
- Herr PD Dr. Hesse, Berlin
- Herr Prof. H. Hummelsheim, Neurologisches Reha-Zentrum L.-Bennewitz, Bennewitz
- Herr Prof. E. König, Neurologische Klinik Bad Aibling, Bad Aibling
- Herr Prof. J. Liepert, Kliniken Schmieder Allensbach, Allensbach
- Frau Dr. D. Müller, Klinik Bavaria III, Kreischa
- Frau Neumann, Berlin

- Herr PD Dr. T. Platz, Neurologisches Rehabilitationszentrum Greifswald GmbH, Greifswald
- Herr P. Prahel, c/o Median-Klinik Sozialdienst, Bad Sülze
- Herr Prof. K. Schüle, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (Hürth), Köln
- Frau St. van Kaick, Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK e.V.), Berlin
- Herr Prof. J. Wissel, Zentrum für ambulante Rehabilitation, Berlin

#### **Moderation**

- Herr Dr. H. Irle, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Prof. P. Schönle, Institut für Prävention und Rehabilitation, Tübingen

#### **Arbeitsgruppe 3**

- Herr Dr. Th. Brand, Marcus-Klinik, Bad Driburg
- Herr PD Dr. T. Brandt, Kliniken Schmieder Heidelberg Speyererhof, Heidelberg
- Herr H. Grötzbach, Asklepios-Klinik Schaufling, Schaufling
- Herr H. Kulke, m&i-Fachklinik Herzogenaurach Abt. Neurologie/ Neuropsychologie, Herzogenaurach
- Frau U. Lenk, Brandenburgklinik, Bernau
- Herr Dr. W. Schupp, m&i-Fachklinik Herzogenaurach Abt. Neurologie/ Neuropsychologie, Herzogenaurach
- Frau Dr. B. Spyra, Wicker-Klinik Neurologie, Bad Wildungen
- Prof. C.-W. Wallesch, Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Klinik für Neurologie Otto-von Guericke-Universität, Magdeburg

#### **Moderation**

- Frau V. Pimmer, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr B. Lindow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

#### **Arbeitsgruppe 3**

- Herr Prof. H. Ackermann, m&i Fachkliniken Hohenurach, Bad Urach
- Frau P. Backes, Bundesverband Aphasie e.V., Würzburg
- Herr PD Dr. C. Dettmers, Kliniken Schmieder, Konstanz
- Herr J. Eder, Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (Mainz), c/o Fachklinik Ichenhausen Sozialdienst, Ichenhausen
- Herr Dr. Th. Guthke, Tagesklinik für kognitive Neurologie, Leipzig
- Herr Prof. W. H. R. Miltner, „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Jena
- Frau A. Nebel, Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), Kiel
- Frau M. Ostholt-Corsten, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Prof. T. Treig, Schwarzwaldklinik, Bad Krozingen
- Herr Prof. F.-L. Welter, Hardtwelklinik I, Bad Zwosten
- Herr Dr. Ziegler, München

#### **Moderation**

- Frau Dr. U. Beckmann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Dr. M. Winnefeld, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin









**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Rehabilitation –  
mit Sicherheit Qualität