

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP

- für die medizinische Rehabilitation
der Rentenversicherung
- Stand: Februar 2020



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 Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP) 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

Eva Volke
Bereich 0420
Tel.: 030 865-39334
E-Mail: eva.volke@drv-bund.de

Anke Mitschele
Bereich 0430
Tel.: 030 865-33285
E-Mail: anke.mitschele@drv-bund.de

Die Ersterarbeitung der Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation bei Hüft- und Knie-TEP (2007–2010) erfolgte als wissenschaftliches Projekt durch die Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) des Universitätsklinikums Freiburg (Dr. med. Michael Gülich MPH, Prof. Dr. med. Wilfried H. Jäckel, Prof. Dr. rer. nat. Oskar Mittag, Dipl.-Psych. Evelyn Müller, Dipl.-Psych. Ariane Spieser und Dr. phil. Angelika Uhlmann).

Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP 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) durchgeführt.

Weitere Informationen zu den RTS und zu FAQ finden Sie im Internet unter:
www.reha-therapiestandards-drv.de

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil

1. Einleitung	2
2. Stellenwert der Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation	2
3. Reha-Therapiestandards als Teil der Reha-Qualitätssicherung	3
4. Struktur der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM)	3
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
5. Bedeutung der Mindestangaben in den ETM	4
6. Die KTL als Basis für die Beschreibung der ETM-Leistungen	5
7. Anwendung der ETM in der Praxis	5
8. Therapien, die nicht in den Reha-Therapiestandards enthalten sind	6
9. Neue Reha-Konzepte	6
10. Komorbidität	6
11. Kontraindikationen	6
12. Überarbeitung der Reha-Therapiestandards	7
13. Methodischer Teil	7
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
14. Integration der Reha-Therapiestandards in die Reha-Qualitätssicherung der DRV	9

Indikationsspezifischer Teil – RTS Hüft- und Knie-TEP

15. Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation nach Hüft- und Knie-TEP	10
16. Geltungsbereich	11
17. Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule	12
18. Evidenzbasierte Therapiemodule	13

Anhang

19. Ausgewählte Literatur zur Evidenz bei Hüft- und Knie-TEP	24
20. Weitere Literatur zu den Reha-Therapiestandards	26
21. Autorenschaft	27
22. Beteiligung von Experten	28

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 Rehabilitanden¹ 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.

¹ 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, KTL²).

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.

² 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).

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“³ 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).

³ 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 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 Hüft- und Knie-TEP 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 Hüft- und Knie-TEP

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

Die therapeutische Wirksamkeit der Rehabilitation nach Hüft- und Knie-TEP ist für die Bereiche Bewegungstherapie (Di Monaco & Castiglioni, 2013), Physiotherapie (Minns Lowe et al., 2009), Physikalische Therapie (Müller et al., 2009) sowie Entspannungsverfahren (Lin, 2012) wissenschaftlich nachgewiesen (Evidenzlevel Ia bzw. Ib), ebenso für einzelne Therapieformen und Anwendungen der Bereiche Alltagstraining (Brem et al., 2010), Krankheits-spezifische Patientenschulung (Müller et al., 2009) und Psychologische Interventionen (Mak et al., 2014). Für die Gesundheitsbildung liegen Studien zur Wirksamkeit mit dem Evidenzlevel IIb vor (Westby, 2012).

Für alle anderen in die Therapiemodule 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 Hüft- und Knie-TEP 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 13.2) wurden für die Reha-Therapiestandards evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) für eine qualitativ hochwertige Versorgung formuliert. Auf eine Unterscheidung zwischen den Lokalisationen Hüfte und Knie wurde aufgrund der geringen Unterschiede in der Anwendung der Behandlung verzichtet. Im Einzelfall können und müssen aber Unterschiede in den therapeutischen Leistungen innerhalb der Therapiemodule gemacht werden.

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:

M16.-	Coxarthrose
M17.-	Gonarthrose
S72.01	Schenkelhalsfraktur, intrakapsulär
S72.02	Schenkelhalsfraktur, (proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung
S72.03	Schenkelhalsfraktur, subkapital
S72.04	Schenkelhalsfraktur, mediozervikal
S72.05	Schenkelhalsfraktur, Basis
Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
Z96.8	Vorhandensein von sonstigen näher bezeichneten funktionellen Implantaten
<p>Die S-Codes (S72.01–S72.05) müssen gemeinsam mit der Zweitdiagnose Z96.6 oder Z96.8 verschlüsselt sein.</p> <p>Die Z-Codes Z96.6 und Z96.8 müssen gemeinsam mit der Zweitdiagnose M16.-, M17.- oder einem S-Code (S72.01 - S72.05) verschlüsselt sein.</p> <p>Die M-Codes (M16.-, M17.-) können mit der Zweitdiagnose Z96.6 oder Z96.8 präzisiert werden.</p>	

Der Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards bezieht sich auf die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation von Patientinnen und Patienten nach Hüft- und Knie-TEP (nur Anschlussrehabilitation, AHB). In die Auswertung zur Reha-Qualitätssicherung gehen alle Rehabilitanden ein, deren Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen lag.

17. Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule

Die Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation nach Hüft- und Knie-TEP 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.

RTS Hüft- und Knie-TEP (Basis: KTL 2015)			
ETM	Bezeichnung	Mindestdauer	Mindestanteil
01	Bewegungstherapie	mind. 360 Min. pro Woche mind. 5 mal	mind. 90 %
02	Alltagstraining	mind. 30 Min. pro Woche	mind. 90 %
03	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 30 %
04	Physikalische Therapie	mind. 80 Min. pro Woche	mind. 50 %
05	Krankheitsspezifische Patientenschulung	mind. 90 Min. pro Reha	mind. 70 %
06	Gesundheitsbildung	mind. 75 Min. pro Reha	mind. 70 %
07	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 20 %
08	Psychologische Interventionen	mind. 60 Min. pro Reha	mind. 10 %
09	Entspannungsverfahren	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 10 %
10	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 60 %
11	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 15 Min. pro Reha	mind. 80 %

18. Evidenzbasierte Therapiemodule

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 01	Bewegungstherapie	
Therapeutische Inhalte	<p>Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit 2) Stärkung physischer Ressourcen/Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z. B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen) 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. 	
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Woche:	mind. 360 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Woche:	mind. 5 mal
KTL-Leistungseinheiten	A	Sport- und Bewegungstherapie
	B	Physiotherapie
	L551	Individualsportarten
	L559	Sonstige Bewegung und Sport in der Freizeit
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 90 %	
Weitere Hinweise		

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 02	Alltagstraining
Therapeutische Inhalte	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.
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Woche: mind. 30 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<ul style="list-style-type: none"> 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 H621 Anleitung zur Wundversorgung und Narbenpflege einzeln H740 Supportives Gespräch
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 90 %
Weitere Hinweise	

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 03	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	
Therapeutische Inhalte	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.	
Formale Ausgestaltung	Ministdauer pro Woche:	mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<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>	
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 30 %	
Weitere Hinweise		

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 04	Physikalische Therapie	
Therapeutische Inhalte	Physikalisch-therapeutische Behandlung von Haut, Bindegewebe und Muskeln durch Druck- und Zugreize mit dem Ziel der Detonisierung, Schmerzlinderung, Hyperämie und neuroreflektiver Fernwirkungen, kontinuierliche apparativ gestützte Gelenkmobilisation.	
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Woche:	mind. 80 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	H581	Anleitung zur Elektrostimulation einzeln
	K550	Ganzkörper-Kältetherapie
	K561	Lokale Kältebehandlung einzeln
	K562	Lokale Wärmebehandlung einzeln
	K592	Elektrotherapie: Niederfrequente Reizstromtherapie einzeln
	K593	Elektrotherapie: Mittelfrequenztherapie einzeln
	K594	Elektrotherapie: Hochfrequenztherapie einzeln
	K595	Elektrotherapie: Ultraschalltherapie einzeln
	K620	Klassische Massage einzeln
	K632	Bindegewebsmassage einzeln
	K639	Sonstige Reflexzonenmassage einzeln
	K641	Unterwasser-Druckstrahlmassage einzeln
	K671	Manuelle Lymphdrainage mit Bandagierung einzeln
	K672	Manuelle Lymphdrainage ohne Bandagierung einzeln
	K680	Apparative Lymphdrainage einzeln
	K690	Gerätegestützte Mobilisation einzeln
	K713	Kompressionstherapie einzeln
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 50 %	
Weitere Hinweise		

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 05	Krankheitsspezifische Patientenschulung
Therapeutische Inhalte	Krankheitsspezifische Schulungen, bei denen es zunächst um Krankheits- und Behandlungswissen zu Arthrose und zu Hüft- und Knie-Endoprothesen 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.
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 90 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>C661 Standardisierte Schulung bei Endoprothesen-Versorgung</p> <p>C662 Nicht-Standardisierte Schulung bei Endoprothesen-Versorgung</p> <p>C663 Standardisierte Schulung bei sonstigen nicht entzündlichen Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates</p> <p>C664 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen nicht entzündlichen Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 70 %
Weitere Hinweise	Ernährungsbezogene Gesundheitsbildung sollte im ETM „Ernährungstherapeutische Leistungen“ verschlüsselt werden.

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 06	Gesundheitsbildung
Therapeutische Inhalte	Beratung, Seminare 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 und Folge- und Nebenerkrankungen sowie zu begleitenden Problemlagen.
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 75 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>C552 Ärztliche Beratung, 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>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 70 %
Weitere Hinweise	Ernährungsbezogene Gesundheitsbildung sollte im ETM „Ernährungstherapeutische Leistungen“ verschlüsselt werden.

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 07	Ernährungstherapeutische Leistungen
Therapeutische Inhalte	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.
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 45 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>C632 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesunde Ernährung</p> <p>F573 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Ernährungsverhalten</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>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 20 %
Weitere Hinweise	Die praktischen Anteile dieses ETM werden in der Lehrküche durchgeführt.

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 08	Psychologische Interventionen
Therapeutische Inhalte	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).
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>F551 Psychologische Beratung in Konfliktsituationen einzeln</p> <p>F552 Psychologische Beratung bei beruflichen 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>F576 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Umgang mit Alkohol</p> <p>F578 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Tabakentwöhnung</p> <p>F579 Sonstige Gruppenarbeit problemorientiert</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>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 10 %
Weitere Hinweise	

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 09	Entspannungsverfahren	
Therapeutische Inhalte	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag	
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Woche:	mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	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
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 10 %	
Weitere Hinweise	QiGong, Tai Chi, Yoga u.a. können unter dem KTL-Code A630 im ETM „Bewegungstherapie“ dokumentiert werden.	

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 10	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration
Therapeutische Inhalte	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.
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 45 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<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>D586 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Training der sozialen Kompetenz</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>D596 Soziale Arbeit in der Gruppe: Training der sozialen Kompetenz</p> <p>D599 Sonstige soziale Arbeit in der Gruppe</p> <p>D600 Angehörigengespräch psychosozial einzeln</p> <p>D610 Angehörigengespräch psychosozial in der Gruppe</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 60 %
Weitere Hinweise	z. B. Fragen zu wirtschaftlicher Sicherung, Rentenfragen, Klärung sozialrechtlicher Fragen, Wohnungsfragen

Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 11	Vorbereitung nachgehender Leistungen
Therapeutische Inhalte	<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>
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 15 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<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>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 80 %
Weitere Hinweise	z. B. Beratung zu Themen wie ambulante Therapie, Nachsorgeangebote, Reha-Sportgruppen, Funktionstraining, Selbsthilfegruppen, Kontaktaufnahme zu Nachbehandlern, Besprechung der bereits erreichten und weiter umzusetzenden Ziele.

19. Ausgewählte Literatur zur Evidenz bei Hüft- und Knie-TEP

- Barbieri, A., Vanhaecht, K., van Herck, P., Sermeus, W., Faggiano, F., Marchisio, S., Panella, M. (2009): Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC medicine*, 7: 32.
- Brem, M. H., Lehrl, S., Rein, A. K., Massute, S., Schulz-Drost, S., Gelse, K., Schlechtweg, P. M., Hennig, F. F., Olk, A., Jacob, H. J., Gusinde, J. (2010): Stop of loss of cognitive performance during rehabilitation after total hip arthroplasty—Prospective controlled study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 47.
- Di Monaco, M., Castiglioni, C. (2013): Which type of exercise therapy is effective after hip arthroplasty? A systematic review of randomized controlled trials. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49: 893–907.
- Harvey, L. A., Brosseau, L., Herbert, R. D. (2010): Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17, CD004260.
- van Herck, P., Vanhaecht, K., Deneckere, S., Bellemans, J., Panella, M., Barbieri, A., Sermeus, W. (2010): Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16: 39–49.
- Hol, A. M., van Grinsven, S., Lucas, C., van Susante, J. L. C., van Loon, C. J. M. (2010): Partial versus unrestricted weight bearing after an uncemented femoral stem in total hip arthroplasty: recommendation of a concise rehabilitation protocol from a systematic review of the literature. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*, 130: 547–555.
- Khan, F., Ng, L., Gonzalez, S., Hale, T., Turner-Stokes, L. (2008): Multidisciplinary rehabilitation programmes following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004957.
- Kuijjer, P., De Beer, M., Houdijk, J. H. P., Frings-Dresen, M. H. W. (2009): Beneficial and limiting factors affecting return to work after total knee and hip arthroplasty: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 19: 375–381.
- Lin, P.-C. (2012): An evaluation of the effectiveness of relaxation therapy for patients receiving joint replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 601–608.
- Mak, J. C. S., Fransen, M., Jennings, M., March, L., Mittal, R., Harris, I. A. (2014): Evidence-based review for patients undergoing elective hip and knee replacement. *ANZ Journal of Surgery*, 84: 17–24.
- Markert, S. E. (2011): The use of cryotherapy after a total knee replacement: a literature review. *Orthopaedic Nursing*, 30: 29–36.

- Minns Lowe, C. J., Barker, K. L., Dewey, M. E., Sackley, C. M. (2009):**
Effectiveness of physiotherapy exercise following hip arthroplasty for osteoarthritis: a systematic review of clinical trials. *BMC musculoskeletal disorders*, 10: 98.
- Müller, E., Mittag, O., Gülich, M., Uhlmann, A., Jäckel, W. H. (2009):**
Systematische Literaturanalyse zu Therapien in der Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenks-Total-Endoprothesen: Methoden, Ergebnisse und Herausforderungen. *Die Rehabilitation*, 48: 62–72.
- Sharma, V., Morgan, P. M., Cheng, E. Y. (2009):** Factors influencing early rehabilitation after THA: a systematic review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467: 1400–1411.
- Villalta, E. M., Peiris, C. L. (2013):** Early aquatic physical therapy improves function and does not increase risk of wound-related adverse events for adults after orthopedic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94: 138–148.
- Westby, M. D. (2012):** Rehabilitation and total joint arthroplasty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28: 489–508.

Weitere Literaturangaben zur Entwicklung und Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP finden sich im RTS-Methodenreport im Internet unter 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).
- Gülich M., Mittag O., Müller E., Uhlmann A., Brüggemann S., Jäckel W.H. (2010):** Ergebnisse einer Analyse der therapeutischen Leistungsdaten (KTL-Daten) von 5.838 RehabilitandInnen nach Hüft- bzw. Knieendoprothesenimplantation. *Die Rehabilitation*, 49(1): 13–21.
- 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.
- Müller E., Mittag O., Gülich M., Uhlmann A., Jäckel W.H. (2009):** Systematische Literaturanalyse zu Therapien in der Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenks- Total-Endoprothesen: Methoden, Ergebnisse und Herausforderungen. *Die Rehabilitation*, 48(2): 62–72.
- 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.
- 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 Hüft- und Knie-TEP (2013–2015)

Prozessbegleitende Experten

- Herr Dr. med. M. Büdenbender, Rehabilitationsklinik Lautergrund, Bad Staffelstein
- Herr K.-W. Höffler, ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz AG, Abteilung Psychologie und Psychotherapie, Bad Kreuznach
- Herr Prof. Dr. med. B. Kladny, Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach
- Herr Dr. med. G. Kosmützky, Rehasentrum Bad Driburg, Klinik Berlin, Bad Driburg
- Frau A. Niehaus, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., Karlsbad-Ittersbach
- Frau Y. Pohlmann (Dipl.-Sportwiss.), Dr. Becker PhysioGym Nümbrecht, Nümbrecht
- Herr Dr. rer. soc. E. Scherfer, Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), Köln
- Herr Dr. M. Steinau, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V., Hürth-Efferen

Experten-Workshop

- Frau K. Bienek, Reha-Tagesklinik im Forum Pankow, Berlin
- Frau I. Block, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Universität Würzburg, Würzburg
- Herr Dr. med. M. Büdenbender, Rehaklinik Lautergrund, Bad Staffelstein
- Frau C. Hammoser, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau H. Jäniche, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Bonn
- Herr Prof. Dr. med. B. Kladny, m&i Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach
- Herr Dr. med. G. Kosmützky, Reha-Zentrum Bad Driburg, Klinik Berlin, Bad Driburg
- Herr Dr. med. J. Philipp, Salzetalklinik, Bad Salzflen
- Herr Dr. E. Scherfer, Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., Köln
- Herr Dr. M. Steinau, Reha-Klinik Schwertbad, Aachen

Moderation

- Frau A. Wirth, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg
- 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 Erstellung der Reha-Therapiestandards (2007–2010)

AG 1 „Bewegungstherapie“

- Herr E. Böhle, Deutscher Verband für Physiotherapie, Köln
- Herr Dr. M. Büdenbender, Rehabilitationsklinik Lautergrund, Bad Staffelstein
- Frau Prof. E. Gromnica-Ihle, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Bonn
- Frau Dr. M. Kalwa, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. G. Kosmützky, Reha-Zentrum Bad Driburg, Klinik Berlin, Bad Driburg
- Herr Dr. M. Musolf, St. Marienhospital, Vechta
- Herr Prof. K. Pfeifer, Institut für Sportwissenschaft und Sport, Erlangen
- Frau U. Rösch-Löhr, Rheuma Klinik Bad Füssing, Bad Füssing
- Herr Dr. H. Roßband, Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf, Klinik Werra, Bad Sooden-Allendorf
- Frau Dr. B. M. Schmitt, Kaiserberg Klinik Pitzer GmbH & Co KG, Bad Nauheim
- Herr Prof. K. Schüle, Deutscher Verband für Gesundheitssport, Hürth-Efferen

Moderation

- Frau Dr. S. Brüggemann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Prof. W.-H. Jäckel, Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg sowie Reha-Klinik Bad Säckingen GmbH

AG 2 „Schulung / Psychologische Interventionen“

- Frau Dr. K. Bagheri-Fam, Breisgau-Klinik, Bad Krozingen
- Herr W. Dau, Deutsche Rheuma-Liga Berufsverband e.V., Bonn
- Herr M. Grebenstein, Klinik Dr. Dengler GmbH und Co, Baden-Baden
- Frau Ch. Hammoser, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. J. Höder, Klinikum Bad Bramstedt GmbH, Bad Bramstedt
- Herr Dr. U. Hoffmann, Ambulantes Reha-Zentrum für Prävention und Rehabilitation, Karlsruhe
- Herr Prof. B. Kladny, Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach
- Herr Dr. W. Ohnesorge, Klinik Eichholz, Lippstadt-Bad Waldliesborn
- Herr D. Schmucker, Städt. Reha-Kliniken Bad Waldsee, Bad Waldsee
- Frau D. Steinkamp, Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V., Essen
- Herr Dr. R. Toussaint, Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BamR), Berlin

Moderation

- Herr Dr. R. Buschmann-Steinhage, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau A. Spieser, Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

AG 3 „Sozialarbeit / Ergotherapie, Pflege“

- Frau E. Anton, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach
- Frau J. Beusing-Terhorst, Rhein-Sieg-Klinik, Nümbrecht
- Herr Dr. L. Dwerthmann-Soth, Weserland-Klinik Bad Seebach, Bad Seebach
- Herr Dr. H.-J. Hesselschwerdt, Theresienklinik, Bad Krotzingen

- Frau C. Koesling, Verband der Ergotherapeuten e.V.,
Karlsbad-Ittersbach
- Herr Dr. J. Meier, Rheuma-Klinik Bad Nenndorf, Bad Nenndorf
- Frau Dr. S. Sörries, Fachklinik Bad Bentheim, Bad Bentheim
- Herr Dr. P. Wein, Klinik Niederbayern, Bad Füssing
- Herr Dr. L. Zwack, Argentaklinik, Isny im Allgäu

Moderation

- Herr PD Dr. O. Mittag, Abteilung für Qualitätsmanagement und
Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
- Frau E. Volke, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin



**Deutsche
Rentenversicherung**
Rehabilitation –
mit Sicherheit Qualität