

Warum gibt es indikationsübergreifende RTS?

Im Jahr 2021 wurden 41% der Rehabilitationen von den bestehenden indikationsspezifischen RTS (z.B. chronischer Rückenschmerz, Depression, etc.) abgedeckt. Den Anteil gilt es auszubauen, damit die Erbringung therapeutischer Leistungen während einer medizinischen Rehabilitation für einen möglichst großen Anteil der Versicherten auf wissenschaftlicher, evidenzbasierter Grundlage erfolgt. Angesichts der Forderungen nach Gleichbehandlung, Diskriminierungsfreiheit und Transparenz des Artikels 3 „Beschaffung von medizinischen Reha-Leistungen“ des Gesetzes digitale Rentenübersicht, werden aktuell die Qualitätssicherungsinstrumente der Deutschen Rentenversicherung bestmöglich an diese Forderungen angepasst.

Sollen jetzt alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gleichbehandelt werden, egal welche Indikation sie haben?

Nein! Die Ärztinnen und Ärzte, sowie Therapeutinnen und Therapeuten in der Reha-Kliniken entscheiden individuell anhand der Indikation, welche Therapien relevant sind. Reha-Therapiestandards (RTS) sind keine Therapiealgorithmen für individuelle Behandlungsentscheidungen. Im Gegensatz zu medizinischen Leitlinien fokussieren die indikationsspezifischen RTS auf die Gesamtheit aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer Indikation in einer Reha-Einrichtung. Die Reha-Therapiestandards unterscheiden sich von Leitlinien der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften insbesondere durch ihre Perspektive, die sich aus der spezifischen Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung als Leistungsträger ergibt.

In der Entwicklung und Aktualisierung der RTS spielen medizinische Leitlinien und Evidenzbasierung eine zentrale Rolle (Literaturrecherche). Die Erbringung therapeutischer Leistungen während einer medizinischen Rehabilitation soll auf wissenschaftlicher, evidenzbasierter Grundlage erfolgen. Die RTS werden in der Routine der Reha-Qualitätssicherung eingesetzt, sie sind ein Instrument der Prozessqualität. Die RTS definieren Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung. Je nach Rehabilitandin und Rehabilitand sind die Therapien individuell anzupassen.

Wie werden die indikationsübergreifenden RTS und die indikationsübergreifenden RTS Onkologie entwickelt?

In der Abteilung Grundsatz und Querschnitt Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden die ersten Entwürfe der indikationsübergreifenden RTS und der indikationsübergreifenden RTS Onkologie entwickelt. Diese werden im Rahmen eines wissenschaftlichen Begleitprojektes überarbeitet. Die finalen Versionen stehen voraussichtlich Ende 2025 zur Verfügung. (siehe Broschüre Entwürfe indikationsübergreifenden RTS S. 2-3; Folien Info-Veranstaltung S. 35-37)

Wie kann ich mich beteiligen?

Nutzen Sie die Möglichkeit sich aktiv an der Weiterentwicklung der Entwürfe der indikationsübergreifenden RTS und der indikationsübergreifenden RTS Onkologie zu beteiligen. Nehmen Sie gerne an der Befragung im Zeitraum von 28.09.2023 bis

03.11.2023 teil. Der Zugang wird über die Website möglich sein:
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Reha-Wissenschaften/Forschung/aktuelle_projekte/RTS_Entwurf_index.html

Wo finde ich die zugrunde gelegte wissenschaftliche Literatur?

In den Methodenreports der indikationsspezifischen RTS sowie auf der Website finden Sie die Hintergrundliteratur: [Reha-Qualitätssicherung | Reha-Therapiestandards \(RTS\) | Deutsche Rentenversicherung \(deutsche-rentenversicherung.de\)](#)

Das wissenschaftliche Begleitprojekt wird im Rahmen der Aktualisierung der RTS erneut eine Literaturrecherche durchführen, sodass eine Anpassung auf Grundlage der neuen wissenschaftlichen Evidenz erfolgen kann. Die Ergebnisse werden Ihnen dann wieder nach Abschluss des Projektes als Methodenreport zur Verfügung gestellt.

Ab wann gelten die indikationsübergreifenden RTS und die indikationsübergreifenden RTS Onkologie?

Die Entwürfe der indikationsübergreifenden RTS und die indikationsübergreifenden RTS Onkologie stehen Ihnen ab sofort zur freiwilligen Nutzung zur Verfügung. Ende 2025 stehen die finalen Versionen sowohl der indikationsspezifischen als auch der indikationsübergreifenden RTS zur Verfügung, sodass sie ab voraussichtlich 1.1.2026 angewendet werden können.

Was ist eine orientierende Bewertung?

Ab dem 1. Januar 2024 ist eine orientierende Bewertung der Entwürfe 2.0 der indikationsübergreifenden RTS Onkologie und der indikationsübergreifenden RTS geplant. Das bedeutet, die Reha-Fachabteilungen erhalten im 2. Halbjahr 2025 einen fachabteilungsbezogenen Bericht zur Reha-Qualitätssicherung über die jeweiligen neuen indikationsübergreifenden RTS (Daten des Kalenderjahres 2024) zur Orientierung. Es werden „theoretische Qualitätspunkte“ übermittelt. Die theoretischen Qualitätspunkte haben keine Konsequenzen. So haben Sie die Möglichkeit, Bereiche zu identifizieren, die bereits gut abgedeckt sind oder ggf. noch ausbaufähig sind. Dieses Vorgehen dient der Transparenz und ermöglicht den Kliniken eine Vorstellung des Entwicklungshorizontes, um für mögliche Anpassungen genügend Zeit zu haben.

Wie werden die bestehenden indikationsspezifischen RTS überarbeitet?

Basierend auf den Auswertungen des wissenschaftlichen Projektes bezüglich der Literaturrecherche und der Analyse der Klassifikation Therapeutischer Leistungen werden die bestehenden indikationsspezifischen RTS aktualisiert und die Geltungsbereiche, wenn möglich erweitert. Des Weiteren wird der Bedarf an neuen RTS geprüft.

Warum umfassen die Entwürfe der indikationsübergreifenden RTS nur einen Teil der Gesamtbehandlungsdauer einer Rehabilitation?

Der Mindestanteil spiegelt die aus den individuellen gesundheitlichen Problemlagen resultierenden Bedarfe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an entsprechenden Leistungen wider, er changiert über die evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) zwischen 10-90%. Speziell bei den indikationsübergreifenden RTS soll genügend

Handlungsspielraum zur Verfügung stehen, Therapiepläne individuell, bedarfs- und indikationsgerecht zu erstellen. Im Übrigen würde sich eine Behandlungsdauer von 1 Stunde und 39 Minuten pro Tag ergeben, wenn man den Mindestanteil theoretisch bei allen ETM auf 100% setzen würde. Dieser hypothetische Wert liegt deutlich unter der üblichen Behandlungsdauer im Rahmen einer Rehabilitation.

Geht mit der Einführung der indikationsübergreifenden RTS und indikationsübergreifenden RTS Onkologie ggf. ein erhöhter Personalbedarf einher?

Die Strukturanforderungen wurden bei der Erstellung der Entwürfe der beiden indikationsübergreifenden RTS mit beachtet. Aktuell findet ein direkter Abgleich (Berechnung) statt.

Wie gehen die Implikationen der neuen RTS in das neue Vergütungssystem ein?

Das neue Vergütungssystem ist aktuell noch in der Entwicklung und wird zum 01.01.2026 umgesetzt. Die Anforderungen durch die QS-Instrumente sind bereits inkludiert.

Wie ist das Vorgehen in der Psychosomatik und Neurologie geplant?

Die Rehabilitationen von somatischen und psychosomatischen / psychischen / neurologischen Erkrankungen unterscheiden sich, insbesondere im Anteil der notwendigen psychischen Interventionen und anderen Therapien, deutlich voneinander. Aktuell sind Indikationen der Psychosomatik und der Neurologie in den Geltungsbereich der Entwürfe der indikationsübergreifenden RTS eingeschlossen. Geplant ist, im Rahmen der Aktualisierung der indikationsspezifischen RTS (RTS Depression, RTS Schlaganfall – Phase D) eine Ausweitung des Geltungsbereiches zu prüfen, sodass auch andere Indikationen nach den Standards der RTS Depression / RTS Schlaganfall – Phase D bewertet werden können. Des Weiteren wird geprüft, ob noch neue RTS zu entwickeln sind.

Wie ist das Vorgehen für die Abhängigkeitserkrankungen geplant?

Die Abhängigkeitserkrankungen sind aktuell aus dem Geltungsbereich der indikationsübergreifenden RTS ausgeschlossen (siehe Entwürfe, S. 7-8). Geplant ist im Rahmen der Aktualisierung der indikationsspezifischen RTS (RTS Alkoholabhängigkeit) eine Ausweitung des Geltungsbereiches zu prüfen, sodass auch andere Indikationen nach den Standards der RTS Alkoholabhängigkeit bewertet werden können. Des Weiteren wird geprüft, ob noch neue RTS zu entwickeln sind.

Sind Kinder und Jugendliche aus den Entwürfen der beiden indikationsübergreifenden RTS ausgeschlossen?

Die Entwürfe der beiden neuen indikationsübergreifenden RTS gelten aktuell für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ab 18 Jahre (siehe Geltungsbereich der Entwürfe, S. 7-8). In Reha-Kliniken für Kinder und Jugendliche werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bis zu einem Alter von 27 Jahren behandelt. Somit gelten die Entwürfe der beiden neuen indikationsübergreifenden RTS auch für Fachabteilungen der Kinder und Jugendlichenrehabilitationen.

Ganztägig ambulante Patienten sind in der Regel nur 15 „Behandlungstage“ in der Reha. Sind die ganztägig ambulanten Rehabilitationen im Geltungsbereich der indikationsübergreifenden RTS enthalten?

Ja. Bitte beachten Sie die genaue Berechnung der Maßnahmendauer. Der Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards bezieht sich auf die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation (siehe Entwürfe, S. 7-8). In die Auswertungen zur Reha-Qualitätssicherung gehen alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, deren Behandlungsdauer zwischen 18 und 100 Tagen lag. Dabei berechnet sich die Behandlungs-/ Maßnahmendauer wie folgt:

Maßnahmedauer (MSDA) in Tagen = Endedatum - Beginndatum

(minus 1 Tag für stationäre Rehabilitationen). Die Maßnahmendauer beträgt auch in der ambulanten Rehabilitation i.d.R. 18 Tage und mehr.

Wie wird mit Sonderkonzepten umgegangen?

Temporäre Modellprojekte mit den Fachabteilungsschlüsseln der Kategorie 9000 Sondertatbestände (z.B. 9010, 9011 etc.) gehen nicht in die Bewertung der RTS ein.

Sind aus den indikationsübergreifenden RTS Onkologie die § 31 Fälle ausgeschlossen? Wie ist das im RTS Brustkrebs?

Aus dem Geltungsbereich der Entwürfe der indikationsübergreifenden RTS Onkologie sind Rehabilitationen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI ausgeschlossen (siehe Geltungsbereich der Entwürfe, S. 7-8).

Im Geltungsbereich der RTS Brustkrebs ist diese Maßnahmenart (nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) aktuell mit eingeschlossen. Im wissenschaftlichen Begleitprojekt werden die Geltungsbereiche erneut geprüft.

ETM 01 Bewegungstherapie min. 300 Min. pro Woche als Mindestdauer ist für einige Patientengruppen (z.B. Schlaganfall, MS mit Fatigue, Post Covid, Adipositas, Diabetes Mellitus mit Charcot-Fuß, Multimorbidität, Essstörungen) nicht zu leisten.

Bitte beachten sie die Vielzahl an möglichen Therapien, die in diesem ETM verwendet werden können. Es sind auch leichte Übungen, wie A630 Achtsamkeits- und wahrnehmungsorientierte Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe (z. B. Qi Gong, Thai Chi, Yoga) möglich. Zudem müssen nicht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 300 Min/ Woche Bewegungstherapie erhalten (Mindestanteil 90 %). Im Rahmen der Überarbeitung wird der Case-Mix genauer betrachtet.

Warum wurde das Thema Tabakentwöhnung in den allg. RTS mit aufgenommen? Nimmt die Anzahl der Raucher in der Bevölkerung nicht ab? Ist eine relativ kurze Intervention im Bereich Raucherentwöhnung sinnvoll bzw. zielführend?

Das ETM Tabakentwöhnung ist in mehreren indikationsspezifischen RTS mit Mindestanteilen zwischen 5% und 15 % sowie Mindestdauern zwischen 150 und 250 Minuten enthalten. Um Raucherinnen und Rauchern einen Einstieg in die Entwöhnung zu ermöglichen wurde der Mindestanteil auf 10% festgelegt und die Mindestdauer

reduziert, bei einem aktuellen Anteil von Raucherinnen und Rauchern in der Bevölkerung von 24% laut BMG. Im Rahmen der Überarbeitung wird das ETM genauer betrachtet.

Was bedeutet es, wenn KTL- und RTS- Vorgaben sich unterscheiden?

Die KTL- und RTS- Vorgaben unterscheiden sich an einigen wenigen Punkten an der Untergrenze. Da es sich bei der Therapeutischen Versorgung (KTL) und den Reha-Therapiestandards (RTS) um zwei unterschiedliche Instrumente zur Messung der Prozessqualität handelt, sind sie distinkt voneinander. Bei der Therapeutischen Versorgung werden die Leistungsmenge, die Leistungsdauer und die Leistungsverteilung betrachtet. Der Leistungsumfang sollte sich innerhalb der Ober- und einer Untergrenze befinden.

Die RTS definieren Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Ein Überschreiten der Mindestanforderungen ist – soweit möglich und erforderlich – erwünscht und oft notwendig. Letztlich müssen sich die zu erbringenden Leistungen an den individuellen Bedarfen und Möglichkeiten der Betroffenen ausrichten.

Bitte beachten Sie die FAQ zu den indikationsspezifischen RTS, diese finden Sie hier:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtung_en/quali_allgemein/faq_rts.html

Bitte beachten Sie die FAQ zu der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), diese finden Sie hier:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtung_en/quali_allgemein/haeufige-fragen-zur-therap-versorgung.html

Bitte beachten Sie die FAQ Parameter Qualität, diese finden Sie hier:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtung_en/quali_allgemein/faq_parameter_qualitaet.html