

# Aktualisierung der Reha-Qualitätssicherung – Grundlegende Überarbeitung der Klassifikation therapeutischer Leistungen

Lucia Schmid, Anke Mitschele, Dr. Rainer Kaluscha, Berthold Lindow, Wolfgang Teßmann, Dr. Here Klosterhuis

**In der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ein bewährtes und bereits seit vielen Jahren zur Erfassung der erbrachten therapeutischen Leistungen eingesetztes Instrument der Qualitätssicherung. Verschiedene Veränderungen der letzten Jahre wie die Einführung der Bachelor- und Masterstudienabschlüsse und die Entwicklung neuer Reha-Konzepte sowie zahlreiche aus der Anwenderbetreuung zur KTL vorliegende Rückmeldungen machten eine Überarbeitung der Klassifikation notwendig.**

## 1. Ausgangssituation und Zielsetzung der KTL-Überarbeitung

Die Grundlage der Aktualisierung der KTL bildete eine an alle von der Deutschen Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen sowie an verschiedene Fach- und Berufsverbände gerichtete Befragung. Darüber hinaus wurden bei der Überarbeitung Erfahrungen der Anwenderbetreuung der KTL bei der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie zentrale Konzepte (Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, Therapiestandards, Patientenschulung etc.) der rehabilitativen Praxis berücksichtigt. Die eingegangenen Anwenderrückmeldungen wurden in einer Datenbank erfasst, gesichtet, kategorisiert und bewertet. Anschließend wurden unter Einbezug erfahrener Experten die einzelnen Kapitel der KTL, die zugehörigen Erläuterungen und die Verzeichnisse schrittweise überarbeitet.

Neben übergreifenden Veränderungen, insbesondere die Gestaltung der Dokumentationshinweise, die Kapitel-einleitung und die Systematik betref-

end, wurden auch die angegebenen Qualitätsmerkmale aller Leistungen überarbeitet. Es wurden neue Leistungen aufgenommen, bestehende Leistungen zusammengefasst und vereinzelt Leistungen gestrichen. Mit der nun vorliegenden vollständig überarbeiteten KTL kann ein Instrument zur Verfügung gestellt werden, dass auch künftig eine realitätsnahe und vollständige Dokumentation therapeutischer Leistungen ermöglicht.

Die KTL wird als Instrument der Reha-Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung nun schon seit mehr als 15 Jahren eingesetzt<sup>1</sup>. Über die Codes der KTL werden für jeden Rehabilitanden in direkter Interaktion von Therapeut und Rehabilitand erbrachte therapeutische Leistungen im Reha-Entlassungsbericht dokumentiert<sup>2</sup>. Die KTL bildet über dieses Verfahren eine wichtige Grundlage für die rehabilitative Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung<sup>3</sup>. Zudem hat die Deutsche Rentenversicherung für definierte Krankheits-

Lucia Schmid ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dr. Rainer Kaluscha ist stellvertretender Leiter des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm. Anke Mitschele, Berthold Lindow und Wolfgang Teßmann sind Mitarbeiter im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Here Klosterhuis ist Leiter dieses Bereichs.

gruppen Reha-Therapiestandards (RTS) eingeführt, in denen für einzelne Zielstellungen Mindestanforderungen in Evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) formuliert sind. Die Auswertungen bezüglich der Umsetzung dieser Vorgaben in den Reha-Einrichtungen erfolgt ebenfalls auf der Basis der dokumentierten Leistungen. Insbesondere zusammen mit den RTS leistet die KTL einen wesentlichen Beitrag, das therapeutische Geschehen in der medizinischen Rehabilitation transparent und evidenzorientiert nach definierten Standards abzubilden<sup>4</sup>. Die KTL gilt gleichermaßen für alle Bereiche der medizinischen Rehabilitation. Sie ist sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Rehabilitation

<sup>1</sup> Zander et al. (2009): Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell, Jg. 56, H. 5/6, S. 186–194.

<sup>2</sup> Widera et al. (2011): Wer hat Recht – Rehabilitand oder KTL-Dokumentation? Zur Übereinstimmung von Patientenangaben und ärztlicher Entlassungsberichten. RVaktuell, Jg. 58, H. 10, S. 291–298.

<sup>3</sup> Klosterhuis et al. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 49, S. 356–367.

<sup>4</sup> Bitzer et al. (2006): Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung – Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell, Jg. 53, H. 9/10, S. 398–406.

anzuwenden und ist die Basis zur Leistungserfassung sowohl in der Rehabilitation von Erwachsenen als auch in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Seit den sehr umfassenden Veränderungen im Rahmen der letzten KTL-Überarbeitung sind nun bereits sieben Jahre vergangen und es haben sich in der medizinischen Rehabilitation insbesondere von konzeptioneller Seite Veränderungen ergeben. So hat sich das Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)<sup>5</sup> in den letzten Jahren weiter in der rehabilitativen Praxis etabliert und muss daher auch mit der KTL angemessen abgebildet werden können. Indikationsbezogen galt es, die Dokumentationsoptionen in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Eine weitere zentrale Veränderung besteht in den Auswirkungen der Bologna-Reform mit Bachelor- und Masterabschlüssen<sup>6</sup>, so dass auf dem Arbeitsmarkt nun vermehrt Absolventen therapeutisch ausgerichteter Bachelor- und Masterstudiengänge zur Verfügung stehen, die in die qualitativen Anforderungen der KTL zu integrieren waren. Weiterhin sollte eine leichtere und präzisere Anwendbarkeit der KTL sowie eine vollständige Prozessabbildung ermöglicht werden.

Zur Überarbeitung der KTL hat die Deutsche Rentenversicherung Bund das Projekt „Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen“<sup>7</sup> öffentlich ausgeschrieben. Den Zuschlag für das Projekt erhielt das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, das damit die wissenschaftliche Begleitung des Projektes übernahm. Ziel der Überarbeitung der KTL war es vorrangig, die Klassifikation an die genannten aktuellen Veränderungen in der medizinischen Rehabilitation anzupassen, um die therapeutische Versorgung auch künftig möglichst realitätsnah abbilden zu können. Im Einzelnen bestanden folgende Zielstellungen:

- Integration der neuen Bachelor- und Masterabschlüsse<sup>8</sup> in die Angaben zum Qualitätsmerkmal Berufsgruppe.
- Anpassung bestehender bzw. Aufnahme neuer Codes zur Abbildung neuer Reha-Konzepte insbesondere des Konzepts der MBOR.
- Überarbeitung der bestehenden Systematik unter klassifikatorischen Gesichtspunkten
- Anpassung bestehender bzw. Aufnahme neuer Codes zur Abbildung von pädagogischen Leistungen insbesondere der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation<sup>9</sup>.
- Überarbeitung des Kapitels C Information, Motivation, Schulung.
- Kritische Prüfung der angegebenen Qualitätsmerkmale.
- Verbesserung der Verständlichkeit und Handhabbarkeit der KTL.

## 2. Vorgehensweise bei der Überarbeitung der KTL

Die Durchführung des Projektes lässt sich übergreifend in drei Phasen einteilen. Die erste Phase beinhaltete eine Bestandsaufnahme zum Überarbeitungsbedarf der KTL. Phase 2 umfasste die inhaltliche Überarbeitung der KTL im Projektteam. Das Projektteam setzte sich aus Mitarbeitern des Projektnehmers und des Projektgebers zusammen. In Phase 3 erfolgte die Erstellung der Endfassung der KTL inklusive aller Verzeichnisse und Listen.

### ● Phase 1: Bestandsaufnahme

Um den Bedarf für Änderungen und Ergänzungen an der mittlerweile sieben Jahre alten KTL-Version festzustellen, wurde eine umfangreiche Befragung durchgeführt. Hierzu wurden ca. 1 700 von der Deutschen Rentenversicherung belegte Reha-Einrichtungen/-Fachabteilungen sowie relevante Fachgesellschaften und Berufsverbände angeschrieben. Zudem wurde über den Newsletter des Bereichs Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund auf die Befragung hingewiesen<sup>10</sup>. Zur Befragung wurde sowohl ein Papierfragebogen als auch eine entsprechende Online-Befragung konzipiert. Über die Befragung wurden die Anwender aufgefordert unter den Kategorien „Änderungsvorschläge“, „Ergänzungsvorschläge“ und „sonstige Anmerkungen“ möglichst konkret Rückmeldungen zum Überarbeitungsbedarf der KTL zu geben.

Insgesamt gingen 1 868 Rückmeldungen von 360 Anwendern ein. Die Anwenderrückmeldungen wurden in einer speziell zu diesem Zweck programmierten Vorschlagsdatenbank erfasst. Auf Datenbankebene wurden die Rückmeldungen nach der Eingabe gesichtet und entsprechend ihrer Thematik kategorisiert. Zusätzlich wurden Duplikate sowie Vorschläge, zu denen Recherchen oder Rückfragen notwendig waren, gekennzeichnet. Auch die Rückmeldungen und Fragen aus der Anwenderbetreuung zur KTL der Deutschen Rentenversicherung Bund aus den letzten sieben Jahren wurden in der Vorschlagsdatenbank erfasst.

<sup>5</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.

<sup>6</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Juli 2014.

<sup>7</sup> [www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/Allgemeines/Newsletter/NL\\_DRV\\_Reha-QS/Reha-Qualitaetsicherung\\_Newsletter\\_Nr\\_9.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/Allgemeines/Newsletter/NL_DRV_Reha-QS/Reha-Qualitaetsicherung_Newsletter_Nr_9.html)

<sup>8</sup> S. Fn. 6.

<sup>9</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014): Reha-Bericht: Update 2014. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin.

<sup>10</sup> S. Fn. 7.

Nach der systematischen Erfassung der eingegangenen Vorschläge, wurde ein Expertentreffen bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin durchgeführt. Daran nahmen ca. 70 Vertreter aus rehabilitativer Theorie und Praxis teil. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden die prioritären Themengebiete der Überarbeitung der KTL präsentiert und mit den anwesenden Experten diskutiert. Auch die Ergebnisse dieses Treffens gingen entsprechend in den Überarbeitungsprozess mit ein.

### ● Phase 2: Inhaltliche Überarbeitung der KTL

Nach Sichtung und Kategorisierung der entsprechenden Anwendervorschläge wurde ebenfalls in der Vorschlagsdatenbank eine unabhängige Bewertung („annehmen“ versus „ablehnen“) jedes Vorschlags durch das Projektteam der Deutschen Rentenversicherung Bund wie auch durch das Institut vorgenommen. Die vorgenommene Bewertung bildete die Grundlage für die weitere inhaltliche Überarbeitung der KTL. Auf Basis der eingegangenen Anwenderrückmeldungen sowie unter Berücksichtigung zentraler Reha-Konzepte und von Ergebnissen aus KTL-relevanten Projekten (MBOR, Patientenschulungen, Reha-Therapiestandards etc.) erarbeitete das Institutsteam jeweils einen ersten Vorschlag für jedes Kapitel. Im Anschluss daran erfolgte die schrittweise Überarbeitung der einzelnen Kapitel in enger Zusammenarbeit von Institutsteam und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Neben der Expertise innerhalb der Rentenversicherung wurden zur Beantwortung fachspezifischer Fragestellungen Experten aus der rehabilitativen Praxis kontaktiert und um eine Stellungnahme gebeten.

Nach Erstellung einer ersten im Projektteam abgestimmten Version der Kapitel wurden diese an die genannten Experten versandt, die Rückmeldung zu den überarbeiteten Kapiteln geben konnten. Bei der Auswahl der Experten wurden neben deren Expertise auch die Teilnahme an der Auftaktveranstaltung und die Berufsgruppe berücksichtigt. Anschließend folgte eine zweite Überarbeitungsphase, bei der die Expertenrückmeldungen nochmals diskutiert und ggf. integriert wurden.

Parallel zur Überarbeitung der einzelnen Kapitel wurden vom Institut die übergreifenden Dokumentationshinweise und -beispiele sowie die Kapiteleinleitungen und ein Verzeichnis für Begriffsdefinitionen ausgearbeitet.

### ● Phase 3: Erstellung der KTL-Endfassung

Der letzte Schritt der Überarbeitung umfasste die teils EDV-gestützte Erstellung aktualisierter Versionen aller Verzeichnisse und Verweislisten sowie die

Zusammenstellung aller Bestandteile der KTL und die abschließende Endredaktion. Als EDV-Version der überarbeiteten KTL wurde eine Excel-Datei mit allen Codes, den zugehörigen Qualitätsmerkmalen sowie Verweislisten und der Überleitungstabelle der KTL (Version 2007 zu Version 2015) generiert. Diese soll den Anwendern die Integration der KTL in ihre Therapieplanung erleichtern. In den Verweislisten für die Berufsgruppen ist kapitelübergreifend aufgelistet, welche Leistungen die jeweilige Berufsgruppe nach den Qualitätsmerkmalen erbringen kann. In der Überleitungstabelle sind alle Dokumentationscodes der alten KTL 2007 aufgeführt, die in die entsprechenden Dokumentationscodes der neuen KTL 2015 überleiten. Zusätzlich sind in der Tabelle die in der KTL 2015 neuen Dokumentationscodes aufgeführt. Neben der EDV-Version wurde die KTL auch als PDF für die Anwender zur Verfügung gestellt.

### 3. Übergreifende Veränderungen in der KTL 2015

Ein wesentliches Ziel der Überarbeitung war es, eine verbesserte Handhabbarkeit der KTL zu erzielen. In diesem Sinne wurden zunächst die Dokumentationshinweise und -beispiele überarbeitet. Die allgemeinen Dokumentationshinweise zu Beginn der KTL sind nun wesentlich ausführlicher gestaltet und beantworten neben den allgemeinen Erläuterungen – ähnlich der FAQ-Liste (Frequently Asked Questions) – häufige Anwenderfragen zur KTL<sup>11</sup>.

Auch die Kapiteleinleitungen wurden neu strukturiert und einheitlich gegliedert. Um häufigen Codierungsfehlern vorzubeugen, wurden dort unter den Überschriften „Was ist bei der Dokumentation von Leistungen in Kapitel X besonders zu beachten?“ und „Welche Leistungen gehören nicht in Kapitel X?“ spezifische Hinweise zur Codierung der jeweils enthaltenen therapeutischen Leistungen ergänzt. Ebenfalls mit diesem Ziel wurde das Qualitätsmerkmal „sonstige Qualitätsmerkmale“ durch „weitere Hinweise“ ersetzt. Unter „weitere Hinweise“ finden sich nun beispielhafte Leistungen sowie Hinweise dazu, welche Leistungen explizit unter den jeweiligen Codes zu erfassen bzw. nicht zu erfassen sind. Des Weiteren werden hier Angaben zur Durchführung einer Leistung gemacht. Ein Verzeichnis mit Begriffsdefinitionen vermittelt zudem ein verbessertes Verständnis über die Schwerpunkte verschiedener Leistungen und erhöht damit die Abgrenzbarkeit der Codes untereinander sowie die Dokumentationsgenauigkeit.

Des Weiteren wurde die Systematik der KTL unter Berücksichtigung der Anforderungen an eine zeitgemäße Klassifikation<sup>12</sup> gezielt weiterentwickelt. Es wurden Veränderungen in Bezug auf die inhaltlich systematische Zuordnung der Codes zu den Kapiteln, eine einheitliche Reihenfolge der Dokumentationscodes einer Leistungseinheit sowie einer einheitlichen Ausgestaltung der Leistungsformen Einzel-, Kleingruppen- und Gruppenleistungen vorgenommen. Zudem wurden die Klassifikationskriterien überarbeitet, nach denen die jeweiligen Codes strukturiert sind

<sup>11</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011): Deutsche Rentenversicherung. Häufige Fragen und Antworten zur KTL 2007. Auch Online unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).

<sup>12</sup> Gaus: Dokumentations- und Ordnungslehre: Theorie und Praxis des Information Retrieval (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer (2005).

(z. B. Krankheitsgruppen, therapeutische Ausrichtung, Zielsetzung etc.). Um die Abgrenzbarkeit der Codes untereinander zu erleichtern, wurde besonderer Wert auf eindeutige und über die KTL hinweg konsistente Verwendung von Begrifflichkeiten gelegt. Eine größere übergreifende Veränderung in der KTL 2015 stellt die beschriebene Integration der neuen Bachelor- und Masterabschlüsse dar. Orientierung boten hierfür die in den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung geforderten Abschlüsse<sup>13</sup>.

#### **4. Veränderungen in den Kapiteln der KTL 2015**

##### **4.1 Kapitel A Sport und Bewegungstherapie**

In seinem Aufbau wurde das Kapitel A nur geringfügig verändert. Kleinere Modifikationen ergaben sich durch Zusammenfassung einzelner Codes sowie durch die Aufnahme spezifisch arbeitsbezogener Leistungen in dieses Kapitel.

##### **4.2 Kapitel B Physiotherapie**

In Kapitel B wurde im Sinne einer einheitlichen Systematik die Gliederung der Dokumentationscodes überarbeitet. Diese erfolgt nun einheitlich nach Krankheitsgruppen und folgt damit der Systematik anderer Kapitel.

##### **4.3 Kapitel C Information, Motivation, Schulung**

Das Kapitel C wurde insbesondere bezüglich der zugehörigen Dokumentationshinweise erweitert. Ziel war es, so Codierungsfehlern und Unklarheiten in der Abgrenzung der Leistungsformen Vortrag, Seminar, standardisierter und nicht-standardisierter Schulung entgegenzuwirken. Um einen einheitlichen Differenzierungsgrad insbesondere der Schulungsleistungen zu ermöglichen, wurden zudem bei bisher sehr starker Differenzierung der Leistungen, Codes zusammengefasst. Bestanden zur Schulung von Rehabilitanden einer bestimmten Gruppe von Krankheiten bisher keine bzw. nur wenige Dokumentationsmöglichkeiten wurden neue Codes aufgenommen. Die Qualitätsmerkmale der Schulungscodes wurden entsprechend überarbeitet. Die Codierung sowohl von Schulungen für Erwachsene als auch für Kinder erfolgt in der neuen KTL nicht mehr über separate Codes. Im Kontakt mit Experten zeigten sich zwar relevante Unterschiede, die die Vermittlungsmethoden, aber nicht die Qualitätsmerkmale von Schulungen für Kinder- und Jugendliche betreffen. Die Erfassung von Leistungen für Begleitern in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erfolgt nicht mehr krankheitsspezifisch, sondern anhand eines krankheitsübergreifenden Codes. Neben den beschriebenen Veränderungen wurde in Kapitel C durch eine Erweiterung des Codes zur ärztlichen Beratung die Möglichkeit geschaffen, spezifische ärztliche Interventionen, wie z. B. die Anwendung spezieller schmerztherapeutischer Verfahren, abzubilden. Durch die Neufassung des Kapitels M als Ernährungsmedizinische Leistungen, wurden alle Codes aus dem Kapitel C, die sich inhaltlich mit Fragen der Ernährung befassen, dorthin ausgegliedert.

##### **4.4 Kapitel D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie**

In Kapitel D wurden insbesondere die Codes zur sozialen und sozialrechtlichen Beratung neu strukturiert und dadurch besser voneinander abgrenzbar gestaltet. Um dem Konzept der MBOR Rechnung zu tragen, wurden die bisherigen Leistungen der sozialen Gruppenarbeit erweitert und zusätzlich Codes zur Dokumentation von Kleingruppenleistungen aufgenommen.

##### **4.5 Kapitel E Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie**

In Kapitel E wurden verschiedene Veränderungen zur besseren Abbildung von arbeitsbezogenen Leistungen vorgenommen. Primär arbeitsplatzbezogene Leistungen befinden sich in der neuen KTL gesammelt zu Beginn des Kapitels E. Durch präzisere Formulierungen sind die Arbeitstherapie und das Arbeitsplatztraining nun eindeutig voneinander abzugrenzen. Der bereits bestehende Code der Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung ist nun spezifisch auf die arbeitsplatzbezogene Leistungsbeurteilung ausgerichtet und wurde um einen Kleingruppencode ergänzt. Die Codes zur Belastungserprobung wurden aus dem Kapitel Psychotherapie (G) in Kapitel E übernommen und für alle Fachgebiete geöffnet. Des Weiteren wurde eine einheitliche Systematik, ähnlich der zur Dokumentation physiotherapeutischer Leistungen genutzten, auch für die Bereiche Ergotherapie und Logopädie umgesetzt. Eine bessere Abbildung ist nun insbesondere für Leistungen zur Behandlung von Hör- und Stimmstörungen möglich. Für die entsprechenden Therapieleistungen wurden neue Codes aufgenommen.

##### **4.6 Kapitel F Klinische Psychologie, Neuropsychologie**

Die in Kapitel F vorgenommenen Veränderungen betreffen vornehmlich die psychologische Beratung. Diese bietet nun zusätzlich die Möglichkeit zur separaten Darstellung spezifischer psychologischer Beratungsleistungen, wie z. B. der Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen. Zudem wurden Leistungen der psychoedukativen Gruppenarbeit aus dem Kapitel Psychotherapie (G) für alle Fachgebiete zugänglich gemacht und in Kapitel F übernommen. Im Bereich der Neuropsychologie wurden die Codes zur Abbildung des Hirnleistungstrainings durch Gruppenleistungen ergänzt. Zudem besteht nun die Möglichkeit Kleingruppenleistungen der künstlerischen Therapie zu dokumentieren.

##### **4.7 Kapitel G Psychotherapie**

Die bedeutendste Veränderung in Kapitel G betrifft die mit der KTL 2015 eingeführte Differenzierung zwischen psycho- und suchttherapeutischen Leistungen. Mit dieser Unterscheidung wird die KTL dem

<sup>13</sup> S. Fn. 6.

indikationsspezifischen Zugang der Suchttherapie bei der Behandlung von Abhängigkeitskrankheiten besser gerecht. Zudem lässt sich durch die vorgenommene Trennung die Psychotherapie vorhandener psychischer Komorbidität im Indikationsgebiet der Abhängigkeitserkrankungen adäquat dokumentieren. Des Weiteren fehlte es bisher bei einigen Codes insbesondere der psychodynamischen Psychotherapie an Trennschärfe, so dass die korrekte Zuordnung von Leistungen für die Anwender mitunter schwierig war. Daher wurden einige Codes zusammengefasst bzw. mit präziseren Formulierungen in den Qualitätsmerkmalen versehen.

#### **4.8 Kapitel H Reha-Pflege und -Pädagogik**

Das bisherige Kapitel H wurde um pädagogische Leistungen, die zu einem großen Teil in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen Anwendung finden, ergänzt. In diesem Sinne wurde auch der Titel des Kapitels entsprechend überarbeitet. Im Mittelpunkt sowohl aktivierend ausgerichteter pflegerischer Leistungen als auch pädagogischer Leistungen steht die möglichst individuelle Befähigung und Unterstützung der Rehabilitanden in der Bewältigung des alltäglichen Lebens. Aufgrund dieser inhaltlichen Aufgabenüberschneidung werden pflegerische und pädagogische Leistungen in der KTL 2015 gemeinsam in diesem Kapitel erfasst.

Neben pädagogischen Leistungen beinhaltet Kapitel H auch in der KTL 2015 weiterhin Leistungen der pflegerischen Anleitung. Um die Trennschärfe von Leistungen der pflegerischen Grundversorgung, die in der KTL nicht erfasst werden, und den erfassbaren Leistungen zur Anleitung zu verbessern, wurden die Angaben zu Therapieziel, Indikation und Frequenz dieser Leistungen überarbeitet.

Die Förderung der Selbständigkeit des Rehabilitanden ist für ein nachhaltiges Rehabilitationsergebnis von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund wurde in Kapitel H ein Code zur Erfassung der Anleitung eines Rehabilitanden zum Eigentaining durch Therapeuten integriert.

#### **4.9 Kapitel K Physikalische Therapie**

Die teilweise sehr differenzierte Erfassung von Leistungen der physikalischen Therapie in Kapitel K wurde durch Fusion einzelner Leistungen vereinfacht und übersichtlicher gestaltet.

#### **4.10 Kapitel L Rekreationstherapie**

In Kapitel L wurden die enthaltenen Leistungen aus dem Bereich des Freizeitsports neu strukturiert. Die Leistungen der sozialen Interaktion und Kommunikation wurden zusammengefasst. Als neue Leistungen sind in diesem Kapitel nun Codes zur Ab-

bildung der kreativ-gestalterischen Therapie integriert.

#### **4.11 Kapitel M Ernährungsmedizinische Leistungen**

Das Kapitel M wurde um die bisher in Kapitel C dokumentierten Leistungen, die sich inhaltlich mit Fragen der Ernährung befassen, erweitert. Auch der Titel des Kapitels wurde an die vorgenommenen Veränderungen angepasst. Des Weiteren wurden die Prinzipien zur Codierung der verschiedenen Kostformen und des Schulungsbudgets grundlegend überarbeitet. Besonderer Wert wird darüber hinaus auf praktische Übungen, in deren Fokus die Umsetzung des Erlernten im Alltag steht, gelegt. Das Vorgehen korrespondiert mit anderen Aktivitäten der Rentenversicherung, mit denen der Stellenwert der Ernährungsmedizin in der Rehabilitation gestärkt wird.

### **5. Bewährtes in der KTL 2015**

Wie bereits im Rahmen der Erläuterungen zu den einzelnen Kapiteln deutlich geworden ist, wurde die Gliederung der Kapitel weitgehend beibehalten; auch der Aufbau der KTL insgesamt wurde nur geringfügig verändert. Wie auch in der KTL 2007 bleibt der Aufbau der KTL-Dokumentationscodes aus einem Großbuchstaben für das Kapitel und drei nachfolgenden Ziffern bestehen. Um die Dokumentationscodes der unterschiedlichen KTL-Versionen eindeutig voneinander abgrenzen zu können und damit die Grundlage für eine Übergangszeit zur Einführung der überarbeiteten KTL zu schaffen, beginnt in der KTL 2015 die Nummerierung innerhalb eines Kapitels nach dem jeweiligen Großbuchstaben bei „55“. Die Dokumentation der tatsächlichen Dauer einer therapeutischen Leistung erfolgt weiterhin über die entsprechend definierten Großbuchstaben. Der Buchstabe „W“ wurde ergänzt, um die Erfassung von ganztägigen Leistungen mit einer Dauer von 360 Minuten und mehr zu ermöglichen. Die Prinzipien zur Codierung der Dauer einer Leistung sowie der Häufigkeit bleiben unverändert.

### **6. Fazit und Ausblick**

Um ein optimales Ineinandergreifen der verschiedenen Maßnahmen zur Reha-Qualitätssicherung auch künftig gewährleisten zu können, müssen nun die mit der KTL in Verbindung stehenden Qualitätssicherungsinstrumente an die Veränderungen in der KTL angepasst werden. Das gilt zunächst für die aktuell laufenden Projekte zur Überarbeitung der Reha-Therapiestandards<sup>14</sup>. Dort betrifft dies sowohl die inhaltliche Gestaltung der evidenzbasierten Therapiemodule als auch die Anforderungen an Frequenzen und Mindestdauern. Auch die Rückmeldungen der Deutschen Rentenversicherung zur therapeutischen Versorgung an Reha-Einrichtungen müssen angepasst werden. Das gilt vor allem für die nach dem Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) definierten Qualitätskorridore. Insbesondere in der Rehabilitation von Kindern und

<sup>14</sup> [www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/Allgemeines/Newsletter/NL\\_DRV\\_Reha-QS/Reha-Qualitaetssicherung\\_Newsletter\\_Nr\\_8.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/Allgemeines/Newsletter/NL_DRV_Reha-QS/Reha-Qualitaetssicherung_Newsletter_Nr_8.html)

Jugendlichen<sup>15</sup>, wo nun die pädagogischen Leistungen besser als bisher abgebildet werden können, dürfte durch die neuen Dokumentationsmöglichkeiten der dokumentierbare Gesamtumfang an erbrachten Leistungen zunehmen.

Mit der überarbeiteten Version der KTL ist es gelungen, ein für die Abbildung der in der medizinischen Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen lange bewährtes Instrument den aktuellen konzeptionellen Entwicklungen und veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Gleichzeitig wurde die Überarbeitung für eine Verbesserung

der klassifikatorischen Systematik genutzt. Reha-Prozesse sollen möglichst vollständig und realitätsnah abgebildet werden können. Insbesondere durch die Erweiterung sowohl der allgemeinen als auch der kapitelspezifischen Dokumentationshinweise und -beispiele sowie durch die verbesserte Systematik dürfte ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Verständlichkeit und Handhabbarkeit und zu einer höheren Dokumentationsqualität der KTL geleistet worden sein.

---

<sup>15</sup> S. Fn. 9.