

Neues zu den Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung

Dr. Teresia Widera, Eva Volke, Dr. Rolf Buschmann-Steinhage

Die Reha-Therapiestandards (RTS) der Deutschen Rentenversicherung tragen dazu bei, eine evidenzbasierte Versorgung in der medizinischen Rehabilitation sicherzustellen und verbessern die Rehabilitation chronisch kranker Menschen. Als Instrument der Reha-Qualitätssicherung bilden sie eine Grundlage für die Bewertung der Prozessqualität und ermöglichen den Reha-Einrichtungen durch regelmäßige Ergebnismeldungen darüber, inwieweit die Vorgaben in den RTS erfüllt wurden, eine Optimierung der Behandlungsprozesse. Mit der Überarbeitung und Aktualisierung der insgesamt elf RTS wurde ein wichtiger Schritt zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation gesetzt.

1. RTS – Was ist das?

Die RTS der Deutschen Rentenversicherung beschreiben Anforderungen an das therapeutische Leistungsspektrum in der Rehabilitation der Rentenversicherung (RV). Dabei handelt es sich um Mindestvorgaben hinsichtlich der therapeutischen Inhalte und ihrer formalen Ausgestaltung. Für jede Diagnosengruppe wurden sog. evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert, in denen die dazugehörigen therapeutischen Leistungen aufgelistet sowie Angaben zur Dauer, ggf. Häufigkeit der Leistungen und der Anteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden vorgegeben sind¹. Allen RTS gemeinsam ist, dass für die Therapiemodule der Nachweis ihrer Wirksamkeit im Sinne von Evidenz erbracht wurde^{2,3}.

Die RV stellt RTS für insgesamt elf Indikationen zur Verfügung. Das sind in alphabetischer Reihenfolge: Alkoholabhängigkeit, Brustkrebs, Chronischer Rückenschmerz, Depressive Störungen, Diabetes mellitus Typ 2, Hüft- und Kniegelenktotalendoprothesen (TEP), Koronare Herzkrankheit (KHK), Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis (differenziert nach Altersgruppen bis 7 Jahre und ab 8 Jahren) sowie Schlaganfall (Phase D). Die RTS-Indikationen betreffen 45% aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Erwachsene und etwa 55% aller Leistungen für Kinder und Jugendliche.

2. RTS – Warum sind sie notwendig?

Die RTS wurden entwickelt, um eine evidenzbasierte rehabilitative Versorgung zu fördern und die medizinische Rehabilitation qualitativ zu verbessern. D. h., die Rehabilitation soll auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden therapeutischen Leistungen erfolgen. Eine gute therapeutische Leistung ist wirksam, führt zu einem Behandlungserfolg und bringt gesundheitsrelevante Ergebnisse hervor. Vereinfacht

ausgedrückt – Rehabilitanden sollen nur Behandlungen erhalten, für die Nutzenbelege vorliegen^{4,5}.

Im besten Fall liegen für den Nachweis des Behandlungserfolgs durch bestimmte Therapien bzw. Behandlungskonzepte hochwertige empirische Studien vor. Dabei handelt es sich in erster Linie um Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien (RCT)

oder systematischer Reviews, welche die Wirkung einer Therapie nachweisen und die Wirkungen der Therapie bzw. Reha-Intervention sicher zuordnen können. Als Erfolgskriterien können dabei z. B. gelten: Gesundheitliche Besserungen, Verhaltensänderungen oder Steigerung der Leistungsfähigkeit (Alltag, Freizeit, Beruf).

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit und des Nutzens einer Therapie werden neben der wissenschaftlichen Evidenz auch Erfahrungswerte aus der Versorgungspraxis sowie das Expertenurteil aus den Reha-Einrichtungen berücksichtigt. Darüber hinaus werden Patientenvertreter angemessen beteiligt. Ferner unterliegt die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage ist Leiter des Bereichs Reha-Wissenschaften im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Teresia Widera leitet dort das Referat „Weiterentwicklung der Rehabilitation – Evidenzbasierung und Konzeption“, Eva Volke ist Mitarbeiterin des Referats.

¹ Online unter: www.reha-therapiestandards-drv.de (Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Qualitätssicherung → Reha-Therapiestandards).

² Brüggemann, Haaf, Sewöster (2008): Evidenzbasierte Rehabilitation: Zwischen Standardisierung und Individualisierung. *Physiotherapie med*, 4: (9–16).

³ Korsukéwitz (2007): Vorgaben für eine gute Rehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(23): A 1640-2.

⁴ Rütten, Wolff, Streber (2016): Nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Programme in der Gesundheitsförderung: Theoretischer Bezugsrahmen und ein Konzept zum interaktiven Wissenstransfer. *Das Gesundheitswesen*; 78: 139–145.

⁵ Bückler, Redaelli, Simic, Wilm (2013): „Wir machen doch eigentlich alle EbM!“ Vorstellungen und Haltungen deutscher Hausärzte zu Evidenzbasierter Medizin und Leitlinien im Praxisalltag: Eine qualitative Studie. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFG)*, 107: 410–417.

Tabelle 1: RTS Chronischer Rückenschmerz. Darstellung eines Beispielmoduls – ETM 09 Schmerzbewältigung mit den dazugehörigen KTL-Codes und den Vorgaben hinsichtlich Mindestdauer und Anteil an Rehabilitanden, die diese Leistungen erhalten sollen.

RTS Chronischer Rückenschmerz (Basis: KTL 2015)	
ETM 09 Schmerzbewältigung	
Therapeutische Inhalte	Veränderung schmerzbezogener Kognitionen, Selbstkontrolle, soziale Unterstützung, Aufmerksamkeitslenkung, kritischer Umgang mit den eigenen Ressourcen, Informationen über Krankheit, Chronifizierung, Medikamente und Hilfsmittel.
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: 200 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	C681 Standardisierte Schulung bei chronischem Schmerz
	C682 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischem Schmerz
	F560 Psychologische Gruppenarbeit störungsspezifisch
	F574 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Schmerzbewältigung
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	Mind. 50 %

rechtlichen und versorgungsbezogenen Vorgaben, die sich aus dem speziellen Ziel medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die RV ergeben: Auswirkungen einer Krankheit oder einer Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken bzw. diese zu überwinden und dadurch eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu ermöglichen (vgl. dazu § 9 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI).

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung werden Auswertungen zu den RTS zur Verfügung gestellt. Diese stellen dar, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechender Diagnose gem. den in den RTS formulierten Qualitätsanforderungen behandelt werden. Die RTS-Berichte veranschaulichen die Leistungstärken und -schwächen der jeweiligen Einrichtungen. Ferner zeigen sie auf, in welcher Weise sich die einbezogenen Einrichtungen hinsichtlich der Leistungserbringung in der Reha unterscheiden^{6,7}.

3. RTS – Wie sehen sie aus?

Basierend auf den Ergebnissen der wissenschaftlichen Literaturanalyse werden für alle RTS sog. ETM festgelegt, die die Art der therapeutischen Leistung

definieren und vorgeben, welche Interventionen mit welchen therapeutischen Inhalten in der Praxis der Rehabilitation durchzuführen sind. Im Durchschnitt umfassen die diagnosespezifischen RTS zwölf ETM. Die ETM zeichnen sich dadurch aus, dass diejenigen Therapien berücksichtigt werden, die sich aus dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit ergeben. Zentrale Therapieelemente sind u. a.: Bewegungstherapie, Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien, Gesundheitsbildung, Krankheitspezifische Patientenschulung, Psychologische Interventionen, Entspannungsverfahren, Soziale Arbeit. Diese werden durch für die Diagnosengruppe bedeutsame Therapieelemente ergänzt, z.B. Hirnleistungstraining bei Schlaganfallpatienten oder suchttherapeutische Interventionen in der Rehabilitation der Alkoholabhängigkeit.

Die ETM werden mit entsprechenden geeigneten Codes der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) hinterlegt⁸. Aus der Vielzahl an zugeordneten Leistungen können dabei jeweils pro ETM bedarfsorientiert die für den jeweiligen Rehabilitanden am besten geeigneten und dem Therapiekonzept der Einrichtung entsprechenden Behandlungselemente ausgewählt werden. D. h., nicht alle aufgeführten KTL-Leistungen in einem ETM müssen verwendet werden. Tabelle 1 stellt beispielhaft das ETM 09 Schmerzbewältigung der RTS Chronischer Rückenschmerz dar. Zur Erfüllung des ETM können folgende Interventionen wahlweise erbracht werden: standardisierte oder nicht-standardisierte Schulungen zum Umgang mit chronischem Schmerz, störungsspezifische oder problemorientierte Gruppenarbeit zur Schmerzbewältigung. Je nach ETM sind Leistungen aus unterschiedlichen KTL-Kapiteln enthalten, hier Leistungen aus Kapitel C der KTL (Information, Motivation, Schulung) und aus Kapitel F der KTL (Klinische Psychologie, Neuropsychologie).

⁶ Beckmann, Zander, Klosterhuis (2014): Aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – am Beispiel der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. In: Eiff, Greitemann, Karoff (Hrsg.): Rehabilitationsmanagement. Klinische und ökonomische Erfolgsfaktoren. 1. Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 266–285.

⁷ Lindow, Kranzmann (2012): Reha-Therapiestandards und Prozessqualität – Veränderung der Versorgungspraxis. DRV-Schriften, 98: 495–497.

⁸ Deutsche Rentenversicherung (2015): Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) in der medizinischen Rehabilitation. Online unter: www.ktl-drv.de bzw. Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Qualitätssicherung → Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL).

Zusätzlich werden Mindestanforderungen als Vorgaben für die Leistungserbringung festgelegt. Der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden ist der prozentuale Anteil an Rehabilitanden der jeweiligen Diagnosengruppe in einer Reha-Einrichtung, der mindestens therapeutische Leistungen aus dem jeweiligen ETM in der angegebenen Menge (Dauer und Häufigkeit) erhalten soll. Er beruht auf Schätzungen von Experten, die sich an der Entwicklung der RTS beteiligt haben. Die Prozentanteile variieren in den RTS zwischen 5 % und 90 %. Es müssen also nie alle Rehabilitanden einer Reha-Einrichtung therapeutische Leistungen aus dem entsprechenden Modul in der angegebenen Menge erhalten. In dem dargestellten Beispiel sollen bei mindestens 50 % der Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen Leistungen zur Schmerzbewältigung mit einer Mindestdauer pro Rehabilitation von 200 Minuten erbracht werden.

Mindestanteil, Mindestdauer und ggf. Mindesthäufigkeit definieren aus Sicht der RV die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation und sollten deshalb nicht unterschritten werden. Ergänzend zu den in den RTS vorgegebenen Therapieleistungen können weitere Therapien für eine erfolgreiche Rehabilitation erforderlich sein.

4. RTS – Wann gelten sie?

Von den insgesamt elf RTS beziehen sich acht auf die Rehabilitation von Erwachsenen und drei auf die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation bei bestimmten häufigen Diagnosen im Kindes- und Jugendalter (Asthma bronchiale, Neurodermitis, Adipositas). Die RTS gelten nur für bestimmte Erstdiagnosen gem. Diagnoseschlüssel ICD-10-GM im Entlassungsbericht, Versorgungsformen (ambulant, stationär, AHB), Behandlungsdauern sowie in der Kinder-/Jugendlichen-Rehabilitation auch Altersgruppen (bis 7 Jahre, ab 8 Jahren, ab 14 Jahren). Es werden alle Reha-Entlassungsformen berücksichtigt. Die Auswertung der RTS innerhalb der Reha-Qualitätssicherung setzt eine bestimmte Fallzahl verfügbarer Reha-Entlassungsberichte mit entsprechender KTL-Dokumentation voraus.

5. RTS – Aktualisierung: Warum, wer, was, wie?

Die RTS sollen nach einem Zeitraum von drei Jahren dem aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand angepasst werden. Aus diesem Grund wurde 2013 bis 2015 ein wissenschaftliches Projekt durchgeführt. Das Projekt hatte zum Ziel, die RTS an den Erkenntnisfortschritt und die neue KTL 2015 anzupassen und zu prüfen, ob die RTS mit neuen Reha-Modellen und -Konzepten, wie z. B. der Verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) oder der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) sowie neuen Entwicklungen im Bereich der Patientenschulung und Gesundheitsbildung vereinbar sind⁹.

Die Überarbeitung wurde von drei Forschungsinstituten wissenschaftlich durchgeführt: Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg (Prof. Erik Farin-Glattacker), Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover (Prof. Thorsten Meyer) sowie Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie der Universität Würzburg, Abteilung Rehabilitationswissenschaften (Dr. Heiner Vogel).

Die Aktualisierung der RTS erforderte zum einen eine umfassende Literaturrecherche zur Frage der Wirksamkeit therapeutischer Leistungen auf der Basis von aktuellen Leitlinien und wissenschaftlichen Forschungsarbeiten sowie zum anderen die Analyse des therapeutischen Leistungsspektrums auf der Basis von KTL-Analysen mehrerer Jahrgänge¹⁰. Im Rahmen von Workshops wurden klinische Experten, institutionelle Experten (Fachgesellschaften) sowie Patientenvertreter (mit Reha-Erfahrung) in den Aktualisierungsprozess einbezogen. Mehrfach wurde für Anwenderbefragungen ein Online-Diskussionsforum freigeschaltet. Die Wissenschaftler wurden über die gesamte Laufzeit des Projekts von sog. prozessnahen Experten begleitet (Kliniker mit indikationsspezifischer Expertise). Ziel aller realisierten Beteiligungsformen war die Konsentierung der RTS vor deren Drucklegung.

6. RTS – Was ist anders geworden?

Die Aktualisierung der RTS führt zu Modifikationen der RTS, die sowohl indikationsspezifisch als auch indikationsübergreifend sind. Zu den indikationsspezifischen Änderungen gehören u. a. der Neuzuschnitt von Therapiemodulen, die Anpassung der Mindestanforderungen und des Geltungsbereichs der RTS sowie die Aufnahme neuer KTL-Codes. Änderungen, die alle oder mehrere RTS betreffen, sind:

● Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien

Künftig werden Arbeitstherapien, ergotherapeutische Leistungen, Aktivitäten des täglichen Lebens sowie ergänzend ggf. indikationsspezifische Interventionen, wie z. B. Hirnleistungstraining bei den RTS Schlaganfall, in einem für alle RTS einheitlichen Therapiemodul zusammengefasst. Bisher waren diese Leistungen auf mehrere Therapiemodule in den jeweiligen RTS verteilt. Neu ist das ETM für die Indikationen Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ II, KHK, Hüft- und Knie-TEP sowie Depressive Störungen. Mit dem

⁹ Farin, Wirth, Quaschnig, Meyer, Nowik, Block, Vogel, Volke (2016): Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation: In Vorbereitung.

¹⁰ Wirth, Quaschnig, Farin-Glattacker (2016): Zur wissenschaftlichen Evidenzbasierung der Reha-Therapiestandards Brustkrebs – Eine Übersicht der aktuellen Literatur. DRV-Schriften, 109: 398–399.

Arbeitsbezug erfolgt eine Stärkung des spezifischen Reha-Auftrags der Deutschen Rentenversicherung, nämlich der Sicherung der Erwerbsfähigkeit.

● Ernährungstherapeutische Leistungen

Die bisherige Trennung zwischen theoretischen und praktischen Therapieleistungen zum Ernährungs- und Essverhalten wurde aufgehoben, und es erfolgte eine Zusammenlegung zu einem Therapiemodul. Künftig werden alle RTS ein ernährungsbezogenes Modul umfassen, um ernährungs(mit)bedingten Krankheiten gerecht zu werden.

● Klinische Sozialarbeit

Die Leistungen der klinischen Sozialarbeit verteilen sich künftig auf zwei statt auf drei Therapiemodule, Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration sowie Interventionen zur Vorbereitung nachgehender Leistungen, und werden durch neue KTL-Codes, die klinische Sozialarbeit in der Gruppe ermöglichen, ergänzt.

● Psychologische Interventionen

Der Nachweis der Wirksamkeit von psychologischen Interventionen bei chronischem Rückenschmerz und koronarer Herzkrankheit führte in den entsprechenden RTS zu einer Erhöhung des Mindestanteils an Rehabilitanden, die Leistungen aus dem Therapiemodul erhalten sollen. Damit will die RTS auch den wechselseitigen Zusammenhängen zwischen psychischen Problemlagen und körperlichen Erkrankungen stärker gerecht werden (z. B. Psychokardiologie).

● Gesundheitsbildung

Es findet eine stärkere Gewichtung von interaktiven Schulungsformen (u. a. Seminare) gegenüber Informationsvorträgen statt, denn eine rein passive Wissensvermittlung ist nicht dazu geeignet, Verhaltensänderungen herbeizuführen. Ferner gehen interaktive Seminare und Schulungen mit einer höheren Patientenzufriedenheit einher.

● Sucht- und Psychotherapie

In den RTS Depressive Störungen und RTS Alkoholabhängigkeit wurden die Therapiemodule mit zentralen psychotherapeutischen bzw. suchttherapeutischen Interventionen neu strukturiert und nach Einzel- und Gruppenintervention getrennt. Grund dafür ist u. a. der unterschiedliche Aufwand bei der Leistungserbringung. Ein wissenschaftlicher Beleg dafür, dass Einzelpsychotherapie grundsätzlich wirksamer ist als Gruppenpsychotherapie fand sich jedoch nicht.

● Ärztliche Leistungen

Die KTL 2015 hat den Leistungskatalog um drei ärztliche Leistungen ergänzt, von denen zwei aufgrund ihrer inhaltlichen Ausrichtung in die RTS aufgenommen wurden. Die „Ärztliche sozialmedizinische Beratung einzeln (C551)“ wurde einheitlich über alle

RTS in das ETM Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration überführt. Die „Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln (C552)“ wurde bei allen RTS der Gesundheitsbildung zugeordnet.

● Neue Konzepte

Die Prüfung verhaltensmedizinischer und berufsbezogener Konzepte wie MBOR oder VOR hat ergeben, dass diese im Rahmen des RTS durchgeführt werden können und keine separaten Therapiemodule erforderlich sind. Da die RTS Mindestanforderungen an die RTS festlegt, können auch ausgewiesene MBOR- bzw. VOR-Fachabteilungen die Vorgaben erfüllen. Gleichwohl sind spezifische Auswertungen für diese Konzepte im Rahmen der Berichterstattung zur Reha-Qualitätssicherung möglich, da in den Reha-Entlassungsberichten vermerkt werden muss, ob es sich um eine besondere Behandlungsform handelt.

7. RTS – Das sind die neuen RTS

Exemplarisch werden für die Indikation chronischer Rückenschmerz die geltenden Anforderungen dargestellt (Tabelle 2, s. S. 222). Insgesamt müssen Leistungen aus elf ETM bei 20% (Ernährungstherapeutische Leistungen) bis 90% (Bewegungstherapie, Patientenschulung) der Rehabilitanden erbracht werden. Die durchschnittliche Behandlungszeit, die durch die RTS Chronischer Rückenschmerz festgelegt wird (Therapiebindungszeit), liegt bei 15 Stunden in der Woche. Somit können auch weiterhin besondere Bedarfe oder spezifische Problemlagen der Rehabilitanden berücksichtigt werden. Die RTS schränken damit nicht den ärztlich-therapeutischen Gestaltungsspielraum im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ein.

Tabelle 3 (s. S. 223) stellt eine Übersicht der ETM aller RTS-Indikationen in der Erwachsenen-Rehabilitation dar. Aufgeführt sind die Mindestdauer pro Woche in Minuten (X) und der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden in Prozent (Y), wobei eine durchschnittliche Rehadauer von drei Wochen zugrunde gelegt wird. Davon abweichend beträgt die Behandlungsdauer bei Alkoholabhängigkeit durchschnittlich zwölf Wochen und in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Reha fünf Wochen. Die unterschiedliche Verweildauer ist bei der Bewertung der Mindestanforderungen zu berücksichtigen. Wenn eine Dauer pro Rehabilitation statt pro Woche festgelegt war, wurde die Leistungserbringung entsprechend umgerechnet.

Über alle acht RTS-Indikationen sind insgesamt 32 unterschiedliche ETM definiert worden. Durchschnittlich entfallen zwölf ETM auf eine RTS-Indikation (Minimum: zehn bei Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ II, Maximum: 14 bei Schlaganfall, Phase D). Es werden ETM vorgegeben, die für die Behandlung aller RTS-Indikationen von Bedeutung sind, z. B. Bewegungstherapie, ernährungstherapeutische Leis-

Tabelle 2: RTS Chronischer Rückenschmerz – Darstellung der Mindestanforderungen an die erforderlichen Therapiemodule mit Mindestdauer der Leistungserbringung und Mindestanteil an Rehabilitanden, der entsprechende Leistungen erhalten soll.

RTS Chronischer Rückenschmerz (Basis: KTL 2015)			
ETM	Bezeichnung	Dauer – in Minuten –	Anteil – in % –
01	Bewegungstherapie	Mind. 450 pro Woche, mindestens 5-mal	Mind. 90
02	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	Mind. 90 pro Woche	Mind. 50
03	Massage	Mind. 40 pro Woche	Mind. 30
04	Krankheitsspezifische Patientenschulung	Mind. 270 pro Reha	Mind. 90
05	Gesundheitsbildung	Mind. 105 pro Reha	Mind. 80
06	Ernährungstherapeutische Leistungen	Mind. 45 pro Reha	Mind. 20
07	Psychologische Interventionen	Mind. 60 pro Reha	Mind. 50
08	Entspannungsverfahren	Mind. 60 pro Woche	Mind. 50
09	Schmerzbewältigung	Mind. 200 pro Reha	Mind. 50
10	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	Mind. 60 pro Reha	Mind. 80
11	Vorbereitung nachgehender Leistungen	Mind. 15 pro Reha	Mind. 80

tungen, Gesundheitsbildung oder Vorbereitung nachgehender Leistungen. Davon abzugrenzen sind ETM, die nur für die Rehabilitation einer spezifischen Indikation therapierelevant sind, z. B. psychotherapeutische Leistungen und Aktivitätsaufbau bei depressiven Rehabilitanden, Alltagstraining nach Schlaganfall oder Hüft- und Knie-TEP oder Lymphödemtherapie in der Rehabilitation bei Brustkrebs. Aufgrund des spezifischen Adressatenkreises war es trotz vergleichbarer therapeutischer Inhalte für einige Indikationen notwendig, das Therapiemodul bezüglich Titel und Inhalt anzupassen: So ersetzen z. B. in der Sucht-Rehabilitation und der Rehabilitation von depressiven Patienten Psychotherapien einen Großteil der psychologischen Interventionen. Je nach zugrunde liegender Indikation greifen krankheitsspezifische Patientenschulungen und Gesundheitsbildungsprogramme die therapeutischen Inhalte gesonderter ETM in unterschiedlichem Ausmaß bereits auf, so dass die Mindestanforderungen entsprechend reduziert bzw. erhöht wurden (z. B. ist in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen der Konsum von Nikotin nicht nur Gegenstand expliziter Tabakentwöhnungsprogramme, sondern wird auch im Rahmen der Gesundheitsbildung und der Sucht- und Psychotherapie thematisiert).

8. RTS – Zur Evidenz der therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation

Für alle elf RTS liegen nun aktualisierte Versionen vor. Insgesamt wurden bei der Aktualisierung der RTS durch die Projektnehmer 65 Leitlinien der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, 200 Meta-Analysen und Reviews sowie 279 Original-

arbeiten im Hinblick auf die Evidenz therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation geprüft. Für die Mehrzahl der Therapiemodule konnte die Wirksamkeit bestätigt werden, so dass sich bei der Ausgestaltung der RTS kein größerer Aktualisierungsbedarf hinsichtlich des Therapiezuschnitts ergab. Im Vergleich zur vorausgegangenen Version der Reha-Therapiestandards hat sich die wissenschaftliche Evidenzlage der aktualisierten RTS für alle Indikationen deutlich gebessert. Die zugrunde liegenden Studien inklusive aller Literaturquellen sind detailliert in den RTS-Methodenreports aufgeführt¹¹.

Insgesamt ist die empirische Evidenz der therapeutischen Effekte von körperlicher Aktivität bei den meisten der elf RTS-Indikationen überzeugend belegt. So liegen hochwertige Wirksamkeitsnachweise (Basis: RCT) für Bewegungsinterventionen bei Brustkrebs, chronischem Rückenschmerz, depressiven Störungen, Diabetes mellitus Typ II, Hüft- und Knie-TEP, koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall sowie Adipositas im Kindes- und Jugendalter vor. Als mögliche Wirkfaktoren werden hier neben positiven Einflüssen auf das Herz-Kreislauf- und Gefäßsystem, positive Auswirkungen auf die Belastungssteigerung sowie unspezifische Effekte der Aktivierung und Ressourcenstärkung genannt. Ferner liegen Belege für die stressreduzierende Wirkung von Sportaktivität vor.

Ebenso empirisch abgesichert ist die therapeutische Wirksamkeit von Patientenschulungen bei Brustkrebs, chronischem Rückenschmerz (hier insbesondere Rückenschule), Diabetes mellitus Typ II, Hüft-

¹¹ Vgl. Fn. 1.

Tabelle 3: Übersicht der ETM je RTS-Indikation (ohne Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation) mit der Mindestdauer pro Woche in Minuten und dem Mindestanteil der Rehabilitanden in %*.

Übersicht der ETM je RTS-Indikation (ohne Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation)								
ETM	Indikation							
	Alkohol-abhän-gigkeit	Brust-krebs	Chron. Rücken-schmerz	Depressive Störungen	Diabetes mellitus Typ II	Hüft- & Knie-TEP	Koronare Herz-krankheit	Schlag-anfall
Mindestdauer pro Woche (in Minuten) / Mindestanteil der Rehabilitanden (in %)								
Indikationsübergreifend								
Bewegungstherapie	60/70	240/75	450/90	280/80	300/80	360/90	-	180/90
Funktionelle & arbeitsweltbezogene Therapien	-	60/30	90/50	50/40	60/10	60/30	30/10	60/50
Krankheitsspezifische Patientenschulung	-	40/60	90/90	-	120/80	30/70	40/80	30/80
Gesundheitsbildung	25/80	60/80	35/80	-	60/60	25/70	40/60	50/80
Ernährungstherapeutische Leistungen	45/80	45/75	45/20	45/30	60/70	15/20	60/60	40/40
Psychologische Interventionen	-	-	12/50	-	40/30	20/10	20/30	-
Entspannungsverfahren	30/40	60/50	60/50	30/60	60/20	60/10	60/30	60/20
Tabakentwöhnung	21/15	-	-	-	50/5	-	67/5	67/5
Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	4/90	20/60	20/80	9/70	15/70	15/60	15/70	15/80
Vorbereitung nachgehender Leistungen	3/90	5/80	5/80	3/80	5/80	5/80	5/80	5/80
Indikationsspezifisch								
Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen	25/90	-	-	-	-	-	-	-
Sucht- und Psychotherapie: Gruppe	240/90	-	-	-	-	-	-	-
Angehörigenorientierte Interventionen	10/20	-	-	-	-	-	-	-
Psychosoziale/Kognitive Therapien	60/50	-	-	-	-	-	-	-
Arbeitsbezogene Leistungen (Patient mit Arbeitsplatz)	45/75	-	-	-	-	-	-	-
Arbeitsbezogene Leistungen (Arbeitsloser Patient)	90/90	-	-	-	-	-	-	-
Gestalt, Ergotherapie & Künstlerische Therapien	100/70	-	-	90/40	-	-	-	-
Psycholog. Interventionen & Künstler. Therapien	-	30/40	-	-	-	-	-	20/50
Lymphödemtherapie	-	60/10	-	-	-	-	-	-
Massage	-	-	40/30	-	-	-	-	-
Schmerzbewältigung	-	-	67/50	-	-	-	-	-
Einzelpsychotherapie	-	-	-	30/90	-	-	-	-
Gruppenpsychotherapie	-	-	-	210/90	-	-	-	-
Aktivitätsaufbau	-	-	-	60/20	-	-	-	-
Gesundheitsbildung & Psychoedukation	-	-	-	30/90	-	-	-	-
Alltagstraining	-	-	-	-	-	30/90	-	50/60
Physikalische Therapie	-	-	-	-	-	80/50	-	60/30
Bewegungstherapie: Ausdauertraining	-	-	-	-	-	-	90/90	-
Bewegungstherapie: Kraft-/Muskelaufbautraining	-	-	-	-	-	-	60/50	-
Bewegungstherapie: Bewegungsorientierung	-	-	-	-	-	-	90/60	-
Kognitive Therapie	-	-	-	-	-	-	-	120/60
Therapie kommunikativer & Schluckstörungen	-	-	-	-	-	-	-	300/10
Σ Anzahl der ETM	13**	10	11	11	10	11	12	14

* Darstellung nach Modulen, die für alle oder viele Indikationen gelten, und indikationsspezifischen Modulen. „-“ bedeutet, dass kein entsprechendes Modul für das jeweilige RTS definiert wurde.

** Arbeitsbezogene Leistungen werden hier nur einfach gezählt.

und Knie-TEP, koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall sowie Asthma bronchiale oder Neurodermitis im Kindes- und Jugendalter. Dabei kann es sich um nicht-krankheitsbezogene Schulungen handeln, die allgemeinen gesundheitsförderlichen Themen (z. B. Schutzfaktoren) gewidmet sind, wie auch vor allem um krankheitsspezifische Schulungen, die dazu dienen, krankheitsbezogene Informationen zu vermitteln¹².

Wirksamkeitsbelege ergeben sich auch für psychologische Interventionen und Beratung bei Brustkrebs, chronischem Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ II, Hüft- und Knie-TEP, koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall sowie Neurodermitis im Kindes- und Jugendalter. Die psychologischen Angebote in der medizinischen Rehabilitation sind insbesondere auch vor dem Hintergrund psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation bedeutsam.

Auch die positive Wirkung von Gesundheitsbildung und Psychoedukation ist gut belegt, insbesondere wenn sie in der Rehabilitation bei Brustkrebs, chronischem Rückenschmerz, depressiven Störungen, Diabetes mellitus Typ II, koronarer Herzkrankheit sowie Schlaganfall durchgeführt wird. Im Vordergrund steht dabei die Informationsvermittlung zu Risikofaktoren und Lebensstiländerungen.

Die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelrelaxation, autogenes Training) in der Rehabilitation von Brustkrebs, chronischen Rückenschmerz, depressiven Störungen, Hüft- und Knie-TEP sowie koronarer Herzkrankheit ist ebenfalls eindeutig wissenschaftlich belegt. Als Wirkfaktor gilt hier z. B. das Erlernen von Entspannungsfähigkeit und ihrer individuellen Nutzungsmöglichkeiten im Alltag.

Von Wissenschaft und Forschung wird auch die therapeutische Wirksamkeit der psychotherapeutischen Intervention in der Rehabilitation von depressiven Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, chronischem Rückenschmerz und Adipositas im Kindes- und Jugendalter bestätigt. Dabei stehen keine methodisch belastbaren Studien zur Frage der Überlegenheit der Psychotherapie im Einzelsetting gegenüber der Psychotherapie in der Gruppe zur Verfügung.

Die Bedeutung der Angehörigenarbeit wird insbesondere bei Diagnosen wissenschaftlich untermauert, die als „systemische“ Krankheit gelten und deren Behandlung nicht nur individualisiert, sondern auch unter Einbezug des sozialen Umfeldes erfolgen muss, wie es bei Alkoholabhängigkeit oder in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation der Fall ist.

Die positiven Auswirkungen einer ausgewogenen Ernährung auf die Gesundheit sind unbestritten. Wissenschaftlich ist hier die Wirksamkeit ernährungstherapeutischer Leistungen insbesondere vor dem Hintergrund von ernährungsbedingten Krankheiten, Krankheitsfolgen, Krankheitskomplikationen sowie Komorbiditäten nachgewiesen, was auf Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzkrankheit, Schlag-

anfall sowie Adipositas im Kindes- und Jugendalter zutrifft.

Alles in allem muss darauf verwiesen werden, dass die RTS nur so gut sein können, wie der Stand der Forschung im jeweiligen Gebiet. Indikationsspezifischer Forschungsbedarf ergibt sich aufgrund nicht vorhandener Evidenz bzw. fehlender wissenschaftlicher Studien sowie des Fehlens von Untersuchungen zu Dosis-Wirkungsbeziehungen.

Unabhängig von ihrer wissenschaftlichen Evidenz umfassen die RTS auch funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien, Leistungen zur beruflichen und sozialen Integration sowie Maßnahmen zur Vorbereitung nachgehender Leistungen. Es gehört zum gesetzlichen Auftrag der RV 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 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX – sowie § 9 Abs. 1 SGB VI).

Festzustellen ist, dass sich die in den RTS festgelegten Module und therapeutischen Einzelleistungen in ihrem Zusammenwirken ergänzen. 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 KTL nicht abgebildet und stehen damit den RTS nicht zur Verfügung, spielen allerdings hinsichtlich des Behandlungserfolgs eine wichtige Rolle.

9. RTS – Wie geht es weiter?

Mit der Aktualisierung der RTS konnte ein wichtiger Impuls zur Evidenzbasierung und Weiterentwicklung der Qualität der therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation gesetzt werden.

Die Reha-Einrichtungen haben im Jahr 2016 die Möglichkeit, die Rehabilitation auf die Anforderungen, die sich aus den aktualisierten RTS ergeben, anzupassen. Für 2017 ist ein deskriptiver Ergebnisbericht im Rahmen der Berichterstattung zur Reha-Qualitätssicherung vorgesehen, der vor allem Auskunft darüber geben soll, wie die Reha-Einrichtungen die neuen RTS anwenden und wie praktikabel diese im Reha-Alltag umsetzbar sind. Ab dem Jahr 2018 erfolgt wieder eine jährliche, einrichtungsvergleichende Berichterstattung zu den RTS mit Qualitätspunkten.

Die Entwicklung von RTS auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse ist ein konsequenter Schritt zur qualitativen Verbesserung der rehabilitativen Versorgung und kann für weitere Indikationen sinnvoll sein.

¹² Faller, Reusch, Meng (2011): DGRW-Update: Patientenschulung. Die Rehabilitation; 50: 284–291.