

# Die Anwenderbefragung zur Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

## The User Survey on the Revision of the Classification of Therapeutic Procedures

### Autoren

L. Schmid<sup>1</sup>, R. Kaluscha<sup>1</sup>, A. Mitschele<sup>2</sup>, B. Lindow<sup>2</sup>, H. Klosterhuis<sup>2</sup>, G. Krischak<sup>1,3</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

<sup>3</sup> Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie, Federseeklinik, Bad Buchau

### Schlüsselwörter

- Klassifikation therapeutischer Leistungen
- medizinische Rehabilitation
- Qualitätssicherung

### Key words

- classification of therapeutic procedures
- medical rehabilitation
- quality assurance

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1555906>  
 Rehabilitation 2015;  
 54: 346–350  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0034-3536

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Gert Krischak**  
 Institut für Rehabilitations-  
 medizinische Forschung  
 an der Universität Ulm  
 Freihofgasse 14  
 88422 Bad Buchau  
 gert.krischak@uni-ulm.de

### Zusammenfassung



**Einleitung:** Im Rahmen der Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL 2015) wurde eine umfangreiche Anwenderbefragung durchgeführt. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Anwenderbefragung sowie kritische Diskussionspunkte dargestellt.

**Methodik:** Die Anwenderbefragung war an alle von der Deutschen Rentenversicherung belegten Rehabilitationseinrichtungen sowie Fach- und Berufsverbände gerichtet. Sie wurde als Papier-Fragebogen und als Online-Version konzipiert. Die Rückmeldungen der Anwenderbefragung bildeten eine wichtige Grundlage für die Überarbeitung der KTL.

**Ergebnis:** Aus der Anwenderbefragung gingen 1 868 Anwenderrückmeldungen von 360 Anwendern ein. Die meisten Anwendervorschläge betrafen die Kapitel E („Ergotherapie, Arbeitstherapie, andere funktionelle Therapie“) und C („Information, Motivation, Schulung“). Die Integration der Bachelor- und Masterabschlüsse, die Aufnahme diagnostischer und arbeitsbezogener Leistungen waren thematische Schwerpunkte der Anwenderrückmeldungen.

**Schlussfolgerung:** Für die Überarbeitung der KTL lieferten die aus der Anwenderbefragung gewonnen Erkenntnisse wertvolle Hinweise. Nur durch den Einbezug von Praktikern der Rehabilitation kann die KTL auch zukünftig dem Anspruch einer realitätsnahen und vollständigen Erfassung therapeutischer Leistungen gerecht werden.

### Hintergrund



Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) wird von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) seit über 15 Jahren als Instrument der rehabilitativen Qualitätssicherung eingesetzt [1]. Über die mittels Qualitätsmerkmalen definierten KTL-Codes werden alle therapeutischen

### Abstract



**Introduction:** An extensive user survey was conducted in the context of updating the Classification of Therapeutic Procedures (KTL 2015). This paper reflects the results of the user survey and raises critical discussion points.

**Methods:** The user survey was sent to all rehabilitation centers contracted by the German pension insurance as well as professional associations. The user survey was available both as a paper questionnaire and as an online version. The feedback of the user survey provided an important basis for the revision of the KTL.

**Result:** The survey yielded 1,868 suggestions from 360 users. Most of them related to chapters E (“occupational therapy, work therapy, other functional therapy“) and C (“information, motivation, training“). The change from German diplomas to the international Bachelor’s and Master’s degrees, and the inclusion of diagnostic and work-related procedures were the main focus of the user feedback.

**Conclusion:** For the revision of the KTL, the user survey provided valuable information. Only by the inclusion of practitioners can the KTL meet the requirements of realistic and comprehensive acquisition of data on therapeutic procedures also in future.

Leistungen, die in der medizinischen Rehabilitation in direkter Interaktion von Therapeut und Rehabilitand erbracht werden, im Reha-Entlassungsbericht dokumentiert. Insbesondere in Verbindung mit den Reha-Therapiestandards (RTS) ermöglicht die KTL, das therapeutische Geschehen in der medizinischen Rehabilitation transparent und evidenzorientiert nach einheitlichen

Standards zu gestalten [2]. Die KTL bildet damit eine wichtige Grundlage für die rehabilitative Qualitätssicherung der DRV [3]. Um langfristig eine realitätsnahe und vollständige Abbildung therapeutischer Leistungen über die KTL zu ermöglichen, muss diese einen dynamischen Charakter behalten und in regelmäßigen Zeitabständen überarbeitet werden. Nur so kann sie an aktuelle Entwicklungen, wie z. B. neue Reha-Konzepte und veränderte Therapieanforderungen, angepasst werden.

Seit der letzten Überarbeitung der KTL [2] galt es, verschiedene Veränderungen der rehabilitativen Praxis zu berücksichtigen. Dies betraf die Entwicklung neuer Reha-Konzepte, allen voran das Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Zudem wurden im Rahmen der Bologna-Reform neue Bachelor- und Masterstudiengänge für verschiedene therapeutische Berufsgruppen eingeführt und vorhandene Studiengänge entsprechend umgestellt. Diese Veränderungen mussten in die Qualitätsanforderungen der KTL integriert werden. Vorab war Überarbeitungsbedarf in Kapitel C „Information, Motivation, Schulung“ absehbar. Auch die Dokumentationsmöglichkeiten von Leistungen, die in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation erbracht werden, galt es zu verbessern. Schließlich musste eine kritische Überprüfung aller bisherigen Dokumentationscodes und Qualitätsmerkmale erfolgen.

Insgesamt wurden durch die im Projekt vorgenommenen Veränderungen eine verbesserte Praktikabilität sowie eine präzise Dokumentation von Leistungen mit der KTL angestrebt. Im Projekt standen damit sowohl fachlich therapeutische Gesichtspunkte mit dem Ziel, eine an die Versorgungsrealität angepasste Abbildung der erbrachten therapeutischen Leistungen zu ermöglichen, als auch die Berücksichtigung von Prinzipien einer modernen und handhabbaren Klassifikation im Mittelpunkt. Hierzu wurde bei der Überarbeitung der Klassifikation besonderer Wert auf Vollständigkeit („alle Leistungen sind abbildbar“), Eindeutigkeit („jede Leistung kann nur einem Code zugeordnet werden) und Überschaubarkeit („nicht zu viele Codes“) gelegt [4]. Um eine realitätsnahe Abbildung therapeutischer Leistungen mit der KTL zu ermöglichen, ist die Einbeziehung von Erfahrungen aus der praktischen Arbeit mit der KTL in das Projekt von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund wurde zu Beginn des Projektes eine umfangreiche Anwenderbefragung durchgeführt. Aus der Anwenderbefragung ging eine Vielzahl von Vorschlägen hervor, die teils deutlich unterschiedliche Standpunkte und Erwartungen vertraten. Diese galt es im weiteren Überarbeitungsprozess kritisch zu beleuchten. Das Ziel einer möglichst passgenauen und vollständigen Abbildung der therapeutischen Leistungen war sowohl mit klassifikatorischen Prinzipien als auch mit den Standpunkten und Interessenlagen verschiedener Akteure in der Rehabilitation, darunter Kostenträger, Leistungserbringer, Berufs- und Fachverbände, in Einklang zu bringen. In diesem Beitrag sollen die Ergebnisse der Anwenderbefragung und die daraus in der KTL abgeleiteten Veränderungen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Sichtweisen und sich daraus ergebender Zielkonflikte dargestellt werden.

## Methodik



Das Projekt zur Aktualisierung der KTL gliederte sich in 3 Phasen. In der ersten Phase wurde eine umfangreiche Bestandsaufnahme zum Überarbeitungsbedarf der KTL durchgeführt. Zentrales Element der Bestandsaufnahme war die bei allen DRV-belegten Reha-Einrichtungen/Fachabteilungen mit mindestens

12 Rehabilitanden jährlich sowie relevanten Berufs- und Fachverbänden durchgeführte Anwenderbefragung. Die Einrichtungen, Berufs- und Fachverbände wurden postalisch bzw. per E-Mail kontaktiert und zur Teilnahme an der Befragung aufgefordert, sofern sie Vorschläge zu Veränderungen in der KTL unterbreiten wollten. Ein entsprechender Fragebogen war dem Anschreiben beigelegt. Zudem wurde über den Newsletter des Bereichs Reha-Qualitätssicherung der DRV auf die Befragung hingewiesen. Um den Zugang zur Befragung möglichst niedrigschwellig zu gestalten, wurde zusätzlich zum Papierfragebogen eine Online-Version des Fragebogens konzipiert. Es bestand damit für alle Interessierten aus Theorie und Praxis der Rehabilitation die Möglichkeit, an der Befragung teilzunehmen. Insgesamt wurden ca. 3 500 Einrichtungen und Experten angesprochen. Aufgrund der weitgestreuten Aufforderung zur Befragungsteilnahme konnten Mehrfachkontakte hierbei nicht ausgeschlossen werden. Im Rahmen der Fragebogenerhebung hatten die Anwender über die Kategorien „Änderungsvorschläge“, „Ergänzungsvorschläge“ und „sonstige Anmerkungen“ die Möglichkeit, freitextliche Rückmeldungen zu geben. Die eingegangenen Rückmeldungen wurden in einer speziell hierzu programmierten Vorschlagsdatenbank erfasst. Neben der Anwenderbefragung wurden die bereits aus der laufenden KTL-Anwenderbetreuung der DRV vorhandenen Rückmeldungen sowie zahlreiche praxisrelevante Reha- und Schulungskonzepte berücksichtigt. Zur Diskussion der Anwenderrückmeldungen wurde im Anschluss an die Befragung ein Expertentreffen durchgeführt.

In Phase 2 des Projektes stand die inhaltliche Überarbeitung der KTL im Mittelpunkt. Auf Datenbankbasis wurden die eingegangenen Vorschläge gesichtet, kategorisiert und von jeweils 2 Mitgliedern des Projektteams unabhängig voneinander hinsichtlich Umsetzbarkeit bewertet. Im Anschluss daran wurden die einzelnen KTL-Kapitel schrittweise überarbeitet. Nach Vorliegen einer im Projektteam abgestimmten Version der überarbeiteten Kapitel wurden diese an ausgewählte Experten (u.a. ärztliche bzw. therapeutische Leitung ausgewählter Einrichtungen, Verantwortliche von Fach- und Berufsverbänden, Experten mit Erfahrung in ähnlich gelagerten Projekten) versandt. Diese wurden nochmals um Rückmeldung gebeten. Auf dieser Basis erfolgte eine erneute Überarbeitung der Kapitel. Zudem wurden die zur KTL gehörigen Dokumentationshinweise und -beispiele erarbeitet.

In der dritten und letzten Phase der Überarbeitung erfolgte die Erstellung der Endfassung der aktualisierten KTL-Version 2015 inklusive der Verzeichnisse und Listen, ebenso wie einer elektronischen Form der Klassifikation.

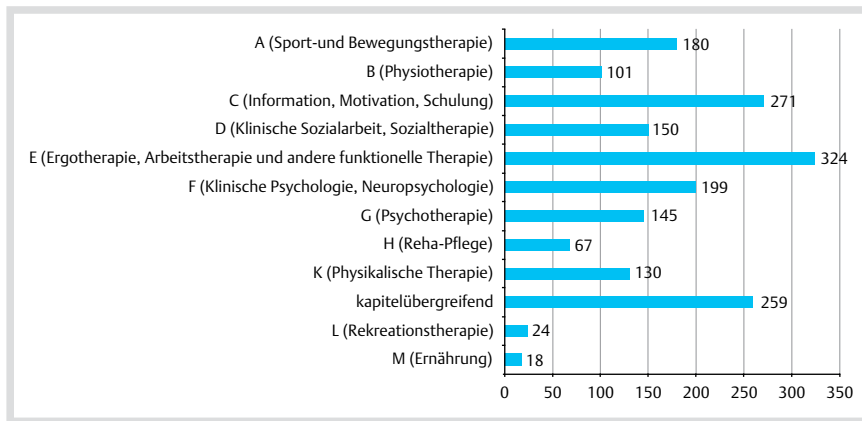
Für die vollständige Überarbeitung der KTL wurde mit einer Projektlaufzeit von 12 Monaten ein straffer Zeitrahmen vorgegeben. Das Projekt startete im September 2013 und endete rechtzeitig, sodass die Einführung der überarbeiteten KTL 2015 planmäßig zum 01.01.2015 erfolgen konnte.

## Ergebnisse



### Zahlen und Fakten zur Anwenderbefragung

Im Rahmen der von Mitte November 2013 bis Mitte Februar 2014 durchgeführten Anwenderbefragung sowie aus der KTL-Anwenderbetreuung der DRV gingen insgesamt 1 868 Rückmeldungen von 360 Anwendern ein. Zusätzlich legten 5 Anwender größere Ausarbeitungen vor. Weitere 20 Einsender gaben an, keine Verbesserungsvorschläge zur KTL zu haben und mit der aktuellen Klassifikation gut zurechtzukommen. Insgesamt



**Abb. 1** Anzahl der Anwendervorschläge nach Kapitel der KTL 2007.

gingen damit 859 Ergänzungsvorschläge, 833 Änderungsvorschläge und 176 sonstige Anmerkungen ein. Dabei wurden häufig ähnliche Vorschläge von mehreren Anwendern abgegeben. Dies betraf 501 Rückmeldungen, die zu 216 gemeinsam zu bearbeitenden Vorschlägen zusammengezogen wurden. Der größte Teil der Anwender nutzte die Papierversion des Fragebogens (n=220; davon Einreichung per Post n=154, per E-Mail n=36; per Fax n=30), deutlich weniger Anwender reichten ihre Rückmeldungen über die Onlinebefragung (n=60) ein. Ein weiterer Teil der erfassten Rückmeldungen (n=80) lag bereits vorab aus der KTL-Anwenderbetreuung vor.

Die meisten Anwendervorschläge betrafen die Kapitel E („Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie“) und C („Information, Motivation, Schulung“). Zu den Kapiteln M („Ernährungsmedizinische Leistungen“) und L („Rekreationstherapie“) gingen die wenigsten Rückmeldungen ein. Zudem gab es etliche kapitelübergreifende Rückmeldungen, die sich überwiegend auf ärztliche und diagnostische Leistungen bezogen, sowie Rückmeldungen, in denen grundlegende Veränderungen innerhalb der KTL angesprochen wurden (◉ **Abb. 1**).

Im Rahmen der Anwenderbefragung wurden der Wunsch nach der Aufnahme eines separaten Codes zur Abbildung der Akupunktur sowie die Reduzierung der Dauer psychotherapeutischer Gruppenleistungen am häufigsten genannt. Danach folgten Vorschläge zur Aufnahme der Hydrojetmassage sowie der globale Wunsch nach mehr Abbildungsmöglichkeiten für ärztliche Leistungen (◉ **Tab. 1**).

Die Kategorisierung der eingegangenen Anwenderrückmeldungen ermöglichte eine thematische Auswertung der Vorschläge. Zentrale Themengebiete waren für die Anwender die Integration der Bachelor- und Masterabschlüsse, die Aufnahme diagnostischer sowie die Modifikation oder die Integration arbeitsbezogener Leistungen. Auch das Themengebiet der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen war zentral für die Anwender (◉ **Tab. 2**).

### Diskussionspunkt: Diagnostische Leistungen

Bei der Befragung zählten Rückmeldungen zur Aufnahme unterschiedlicher diagnostischer Leistungen zu den häufigsten Anwenderwünschen. Vorgeschlagen wurden diagnostische Verfahren sowie Testverfahren, die thematisch den 3 folgenden Bereichen zuzuordnen waren:

- ▶ klassische medizinische Diagnostik wie z.B. Laboruntersuchungen oder gerätegestützte Diagnostik
- ▶ therapeutische Testverfahren bspw. aus der Psychologie oder der Physiotherapie
- ▶ berufsbezogene Assessmentverfahren

**Tab. 1** Die 10 häufigsten Einzelsvorschläge.

Anwendervorschlag	Anzahl
Aufnahme von Akupunktur-Behandlungen	14
Reduzierung der Mindestdauer psychotherapeutischer Gruppenleistungen	14
Aufnahme der gerätegestützten Massage (Hydrojet)	13
Aufnahme ärztlicher Leistungen	11
Aufnahme der manuellen Therapie	9
Aufnahme des (Kinesio-/Medi-)Tappings	8
Aufnahme der Lichttherapie	8
Aufnahme der Berufsgruppen Sportwissenschaftler, Sport- und Gymnastiklehrer in Kapitel B („Physiotherapie“)	7
Aufnahme des berufs-/arbeitsplatzbezogenen Muskelaufbautraining	7
Reduzierung der Mindestdauer des Ausdauertrainings	7

Obwohl der Wunsch zur Aufnahme diagnostischer Leistungen sehr häufig genannt wurde, steht er doch im Gegensatz zur grundsätzlichen Ausrichtung der KTL, die prinzipiell nur therapeutische Leistungen erfasst. Diagnostische Leistungen, wie sie zur Überwachung oder Diagnose einer Erkrankung in der Medizin eingesetzt werden, sind damit a priori kein Gegenstand der KTL. Zudem sollte die klassisch medizinische Diagnostik bereits im Vorfeld erfolgt sein und gehört daher nicht zu den grundlegenden Aufgaben der medizinischen Rehabilitation. Insofern erfolgte auch keine Aufnahme solcher Leistungen in die Klassifikation.

Wie auch bei der medizinischen Diagnostik sind therapeutische Testverfahren wichtige Grundlagen für eine sachgerechte Durchführung der medizinischen Rehabilitation. Sie dienen der Vorbereitung und ermöglichen eine individuelle Anpassung der rehabilitativen Therapie. Dennoch sind sie nicht als therapeutische Leistung im Sinne der KTL zu verstehen. Auch der mit einer Erfassung dieser Leistungen verbundene erhöhte Dokumentationsaufwand sprach gegen die Aufnahme in die KTL. Entlang dieser Argumentation entschied sich das Projektteam gegen die Aufnahme therapeutischer Testverfahren.

Im Unterschied zu den klassischen medizinischen Diagnoseverfahren spielen berufsbezogene Assessments in der Akutmedizin keine Rolle. Sie gewinnen aber als integraler Bestandteil des MBOR-Konzepts in der medizinischen Rehabilitation zunehmend an Bedeutung und sind im Anforderungsprofil der Rentenversicherungsträger Pflichtleistungen [5]. Daher wurden zur besseren Abbildung berufsbezogener Assessments in der KTL 2015 bereits bestehende Codes ausdifferenziert und in ihren Qualitätsmerkmalen auf die charakteristischen Merkmale des berufsbezogenen Assessments ausgerichtet (siehe „Verhaltensbeobachtung zur arbeitsplatzbezogenen Leistungsbeurteilung“ E601ff).

**Tab. 2** Die 10 Kategorien mit der größten Anzahl an Anwenderrückmeldungen.

Kategorie	Inhalt	Anzahl an Vorschlägen
Berufsabschlüsse	Integration der Bachelor- und Masterabschlüsse	93
Diagnostik	Aufnahme diagnostischer Leistungen	81
Arbeitsbezogene Leistungen	Aufnahme neuer oder Modifikation bestehender arbeitsbezogener Leistungen	66
Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation	Aufnahme neuer oder Modifikation bestehender Codes der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation	46
Abhängigkeit	Aufnahme neuer oder Modifikation bestehender Codes für die Zielgruppe der Abhängigkeitserkrankten	41
Routineabläufe	Aufnahme von Leistungen, die routinemäßig bei jedem Rehabilitanden erbracht werden	34
Logopädie	Aufnahme oder Modifikation logopädischer Leistungen	27
Leistungsspektrum Masseur und andere Berufsgruppen	Aufnahme noch nicht in der KTL integrierter Berufsgruppen sowie Ausweitung des Leistungsspektrums der Berufsgruppe Masseur und medizinischer Bademeister	26
Verschlinkung der KTL	Vorschläge zur Streichung oder zur Fusionierung verschiedener Codes	24
Berufsgruppe Entspannungsverfahren	Vorschläge für die zur Erbringung von Entspannungsverfahren zugelassene Berufsgruppen	24

### Diskussionspunkt: Arbeitsbezogene Leistungen

Die Abbildung des MBOR-Konzepts in der KTL war eines der vorrangigen Ziele, das sich auch bei der Anwenderbefragung widerspiegelte. Die Anwenderrückmeldungen thematisierten überwiegend Vorschläge zur Aufnahme neuer Leistungen. Die vorliegenden Ergänzungswünsche betrafen die unterschiedlichsten Therapiebereiche wie bspw. die Aufnahme arbeitsbezogener sport-, physio- oder psychotherapeutischer Leistungen. Gewünscht wurden darüber hinaus Abbildungsmöglichkeiten für MBOR-spezifische Vorträge und Gruppenleistungen in der sozialen Arbeit. Teilweise handelte es sich bei den vorgeschlagenen Leistungen gewissermaßen um Duplikate bereits vorhandener Leistungen mit spezieller Ausrichtung auf die Arbeitswelt. Eine solche Dopplung bestehender Leistungen erschien aus den folgenden Gründen jedoch nicht sinnvoll:

1. Rehabilitative Leistungen der DRV sind prinzipiell auf die berufliche Wiedereingliederung ausgerichtet und sollten damit auch immer arbeitsbezogene Elemente enthalten.
2. Die Duplizierung bestehender Leistungen, um diese spezifisch auf eine vorhandene arbeitsweltbezogene Problematik auszurichten, würde zu Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Codes sowie zu einer unüberschaubaren Anzahl an Codes führen.

In die KTL 2015 wurden unter Berücksichtigung dieser Punkte arbeitsbezogene Leistungen aufgenommen, soweit es sich dabei um bisher nicht abbildbare Leistungen (mit für das MBOR-Konzept zentralen Inhalten und Zielsetzungen) handelte. Aufgenommen wurden daher u. a. sporttherapeutische Leistungen, wie die arbeitsplatzbezogene medizinische Trainingstherapie, psychotherapeutische Gruppen- und Einzelangebote sowie Gruppenangebote zu den Themengebieten Arbeit und Beruf aus dem Bereich der sozialen Arbeit.

### Diskussionspunkt: Leistungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Im Rahmen der Anwenderbefragung gingen zahlreiche Rückmeldungen zur Anpassung bestehender als auch zur Aufnahme neuer Codes aus dem Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation ein. Die Rückmeldungen betrafen unterschiedliche Bereiche der KTL und ließen sich in Themengebiete zusammengefasst wie folgt darstellen:

- ▶ Aufnahme pädagogischer Leistungen
- ▶ Aufnahme des schulischen Unterrichts während der Rehabilitationsmaßnahme
- ▶ Aufnahme des Erziehers als Berufsgruppe in die KTL

- ▶ Aufnahme von Schulungs- und Therapieverfahren für Erkrankungen, die vornehmlich in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen auftreten
- ▶ Aufnahme von Codes zur Abbildung der Einbindung von Eltern
- ▶ Verkürzung der Dauer verschiedenster Leistungen mit Rücksicht auf die abweichende Leistungsfähigkeit und Aufmerksamkeitsspanne von Kindern und Jugendlichen

Die Vielzahl der Vorschläge aus diesem Bereich dürfte darauf zurückzuführen sein, dass der Schwerpunkt der KTL bisher in der Erwachsenenrehabilitation lag und sich die Einrichtungen für Kinder und Jugendliche daher mit der Leistungsdokumentation schwer taten. Aus diesem Grund wurden in die überarbeitete KTL 2015 vielfältige Veränderungen aus der Anwenderbefragung aufgenommen. Die größte Veränderung stellt wohl die Aufnahme pädagogischer Leistungen im Kapitel H („Reha-Pflege und Pädagogik“) dar. Auch die Berufsgruppe der Erzieher wurde in diesem Zusammenhang in die KTL aufgenommen. Darüber hinaus wurden verschiedenste Leistungen hinsichtlich ihrer Mindestdauer angepasst sowie Leistungs-codes für Begleiteltern geschaffen.

Es gab jedoch auch Vorschläge, die aus unterschiedlichen Gründen nicht berücksichtigt werden konnten. Dies betraf die zunächst häufig sehr detaillierten Vorschläge zur Aufnahme von spezifischen Schulungsleistungen und Therapieverfahren für Kinder und Jugendliche. Zur Abbildung dieser Leistungen existierten häufig bereits Dokumentationsmöglichkeiten über weniger spezifisch ausgerichtete Codes. Eine Aufnahme der vorgeschlagenen Leistungen hätte hier zu einer Überdifferenzierung der KTL in verschiedenen Bereichen geführt. Abgelehnt werden musste auch die Abbildung von Schulunterricht in der KTL, da die Umsetzung der Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht während der Rehabilitation auf der Ebene der Bundesländer uneinheitlich erfolgt.

### Diskussionspunkt: Detailtiefe

Die Detailtiefe der KTL wurde während des gesamten Überarbeitungsprozesses kontrovers diskutiert. Auch die Anwenderrückmeldungen zu dieser Thematik waren teils widersprüchlich. Während verschiedene Anwender eine Verschlinkung der KTL forderten, gingen zugleich Vorschläge für die Aufnahme sehr detaillierter spezifischer Leistungen ein. Bei der Entscheidung über Aufnahme oder Zusammenfassung von Codes standen für das Projektteam folgende Grundfragen im Mittelpunkt:



1. Welche Leistungen müssen aufgenommen werden, um eine angemessene Abbildung therapeutischer Leistungen im Sinne der Qualitätssicherung zu ermöglichen?
2. Welche Leistungen sollten zusammengefasst bzw. nicht aufgenommen werden, da die Abbildung dieser Leistungen die KTL zu detailliert werden lässt und ihre Handhabbarkeit beeinträchtigt?

Zugleich war es das Ziel, über die gesamte KTL hinweg einen möglichst einheitlichen Differenzierungsgrad zu erreichen sowie die KTL praktikabel zu halten und unnötigen Dokumentationsaufwand zu reduzieren. Die Aufnahme von Routineleistungen, die für jeden Rehabilitanden erbracht werden, sowie von sehr spezifisch auf bestimmte Diagnosegruppen ausgerichteten Leistungen erschien unter diesen Gesichtspunkten nicht sinnvoll. Entsprechendes galt auch für Therapiekonzepte mit sehr spezifischen Inhalten und Vorgehensweisen, die häufig bereits über vorhandene Codes abgebildet werden konnten. Veränderungen hinsichtlich der Detailtiefe wurden insbesondere in Kapitel C („Information, Motivation, Schulung“), D („Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie“), K („Physikalische Therapie“) und H („Reha-Pflege und Pädagogik“) vorgenommen.

### Fazit

Die Vielzahl der im Rahmen der KTL-Anwenderbefragung eingegangenen Rückmeldungen verdeutlicht den Stellenwert der KTL als wichtiges und etabliertes Instrument der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus sind die zahlreichen Rückmeldungen wohl aber auch Ausdruck dafür, dass der KTL sowohl in der rehabilitativen Praxis als auch von Fach- und Berufsverbänden eine größere Bedeutung zugemessen wird, als die alleinige Dokumentation therapeutischer Leistungen zum Zwecke der Qualitätssicherung. So schienen die teils sehr detaillierten Anwender-vorschläge häufig eng verbunden mit dem Interesse der Anwender zu sein, den eigenen Arbeitsaufwand angemessen abzubilden oder die Wertigkeit eines Fachgebiets herauszustellen. Dem entgegen standen wiederum Rückmeldungen von Anwendern, die eine eher zurückhaltende Erfassung von Leistungen befürworteten, um den Dokumentationsaufwand zu reduzieren. Im Rahmen des Überarbeitungsprozesses galt es diese teils konträren und von unterschiedlichen Interessen geprägten Rückmeldungen zu diskutieren und angemessen zu bewerten. Hierzu erfolgte die gesamte Überarbeitung in engem Austausch des Projektteams mit Experten aus Theorie und Praxis. Um klassifikatorischen Prinzipien gerecht zu werden, den Differenzierungsgrad der KTL in allen Bereichen einheitlich zu gestalten und gleichzeitig eine praktikable und unter Gesichtspunkten der rehabilitativen Qualitätssicherung zielführende Klassifikation zu entwickeln, mussten zwangsweise vielfach Kompromisse eingegangen werden. Dem Ziel, eine an die Versorgungsrealität angepasste, vollständige und zugleich handhabbare Klassifikation zu entwickeln, wurde dabei mit Priorität Rechnung getragen. Auch zukünftig wird die KTL immer wieder an Veränderungen in Struktur und Prozess der rehabilitativen Praxis angepasst werden müssen. Die Anwenderbefragung sowie ein intensiver Austausch mit Experten und Praktikern haben sich bei dieser Überarbeitung bewährt und sollten daher auch künftig eine zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung der KTL spielen.

### Kernbotschaft

Die aktuelle KTL 2015 ist auf Basis einer umfangreichen Anwenderbefragung vollständig überarbeitet und an aktuelle Veränderungen angepasst worden. Die aus der Anwenderbefragung gewonnenen Informationen lieferten hierbei wertvolle Hinweise. Auch zukünftig ist eine regelmäßige Anpassung der KTL unter Einbezug erfahrener Praktiker erforderlich, um eine an die Versorgungsrealität angepasste und zugleich vollständige Abbildung erbrachter therapeutischer Leistungen mit der KTL zu ermöglichen.

### Danksagung

Unser ganz herzlicher Dank gilt allen KTL-Anwendern und Experten, die bei den jeweiligen Schritten der Überarbeitung zu ihrem Gelingen beigetragen haben.

**Interessenkonflikt:** Die vorliegende Untersuchung entstand im Rahmen eines von der DRV Bund ausgeschriebenen Projektes. Die Autoren L. Schmid, R. Kaluscha, G. Krischak sind Mitarbeiter des beauftragten Instituts, die Autoren A. Mitschele, B. Lindow und H. Klosterhuis sind Mitarbeiter des Auftraggebers.

### Literatur

- 1 Zander J, Beckmann U, Somhammer B et al. Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen. *RVaktuell* 2006; 5/6: 186–194
- 2 Bitzer E, Dörning H, Beckmann U et al. Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung. *Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell* 2006; 9/10: 398–406
- 3 Klosterhuis H, Baumgarten E, Beckmann U et al. Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2010; 49: 356–367
- 4 Gaus W. Dokumentations- und Ordnungslehre. Theorie und Praxis des Information Retrieval. 5. Aufl. Berlin: Springer; 2005
- 5 Deutsche Rentenversicherung Bund., (Hrsg.). Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR). Berlin: DRV Bund; 2012