Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)
in Kooperation mit
- Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung
- Universität Würzburg, Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften

Projekt zur Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (Oktober 2013 – Oktober 2015)

RTS-Methodenreport Diabetes mellitus

Verantwortliches Institut für die Aktualisierung der RTS Diabetes mellitus:
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil 3

1.1 Projektphasen und Methodik 3

1.2 Gruppe der prozessbegleitenden Experten 6
1.2.1 Die Beteiligung von Experten 6
1.2.2 Die Bildung der prozessbegleitenden Expertengruppen 6
1.2.3 Tätigkeiten der prozessbegleitenden Experten 7

1.3 Systematische Literaturrecherche 8

1.4 Online-Diskussionsplattform 10
1.4.1 Entwicklung der Online-Diskussionsplattform 10
1.4.2 Öffnung des 1. RTS Online-Diskussionsforums und Nachbefragung 13
1.4.3 Öffnung des 2. RTS Online-Diskussionsforums 17

1.5 KTL-Datenanalyse 19

1.6 Analyse neuer Modelle und Konzepte und Empfehlungen zur Umsetzung in den Reha-Therapiestandards 21
1.6.1 Verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO) 21
1.6.2 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) 22
1.6.3 Patientenschulung 23
1.6.4 Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronischer Rückenschmerz 23
1.6.5 Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzkrankheit 28

1.7 Experten-Workshops 31
1.7.1 Experten-Workshop mit Patientenvertreter/-Innen vom 13.-14.04.2015 in Berlin 31
1.7.2 Experten-Workshop mit klinischen Experten vom 14.-16.07.2015 in Berlin 31

1.8 Fazit und Ausblick 33
1.8.1 Fazit: Die Veränderungen im Überblick 34
1.8.2 Ausblick und Perspektiven 38

Indikationsspezifischer Teil – RTS Diabetes mellitus 43

2.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche 43

2.2 Ergebnisse der Diskussion auf der Online-Plattform 50

2.3 Ergebnisse der KTL-Datenanalyse 54

2.4 Ergebnisse des Workshops mit Patientenvertreter/-Innen 77

2.5 Ergebnisse des Experten-Workshops mit klinischen Experten 79

2.6 Finalisierung der RTS durch die DRV 81

2.7 Neue RTS Diabetes mellitus 82

Anhang 96

A. Literatur zur Evidenz für die Indikation Diabetes mellitus 96

B. Literatur zur Methodik und den Reha-Therapiestandards 98

C. Literatur zur Analyse neuer Modell und Konzepte 99

D. Studienübersicht zu einbezogenen Leitlinien, Metaanalysen und Originalarbeiten 100

E. Übersicht über die teilnehmenden prozessbegleitenden Experten 121

F. Experten-Workshop mit Patientenvertreter/-Innen 125
Teilnehmerliste 125
Programm 126
Handout 135
Fotodokumentation 145

G. Experten-Workshop mit klinischen Experten 150
Teilnehmerliste 150
Programm 156
Konsultationsfassung (Stand Juli 2015) 167

H. Übersicht: Mindestanforderungen der derzeit gültigen und der neuen Version der RTS Diabetes mellitus 182

I. Übersicht: Therapievolumen der neuen Version der RTS Diabetes mellitus 183

1. Allgemeiner Teil

Der vorliegende Methodenreport zu den RTS Diabetes mellitus gibt einen Überblick über die im Rahmen des Projektes „Aktualisierung der Reha-Therapiestandards“ von 2013 bis 2015 durchgeführte Überarbeitung und Aktualisierung der RTS. Für alle 9 bearbeiteten Indikationen liegen Methodenreports vor, unterteilt in einen allgemeinen, indikationsübergreifenden Berichtsteil, welcher Projektschritte und Methoden beleuchtet und einen indikationsspezifischen Berichtsteil, welcher für die jeweiligen RTS die wichtigsten Ergebnisse des Projekts zusammenfasst und mit den daraus erarbeiteten Konsultationsfassungen schließt.

1.1 Überblick: Projektphasen und Methodik

Das Projekt „Aktualisierung der Reha-Therapiestandards“ wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) in Auftrag gegeben und hatte zum Ziel, die vorliegenden neun Reha-Therapiestandards (RTS) der DRV an den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand und an neue Reha-Konzepte anzupassen. Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards wurde als komplexer Entscheidungsprozess verstanden, bei dem verschiedene Kriterien möglichst einheitlich berücksichtigt werden mussten: Die wissenschaftliche Evidenzbasierung, die klinische Erfahrung im Versorgungsalltag, die Vereinbarkeit verschiedener Modelle/Konzepte der Behandlung von Rehabilitanden, das faktische Leistungsgeschehen im jetzigen Versorgungsalltag und die Erfahrungen und Präferenzen von Rehabilitanden.

Im folgenden „Allgemeinen Teil“ des Methodenreports wird zunächst die allgemeine Vorgehensweise bei der Überarbeitung der Reha-Therapiestandards dargestellt (1.1 – 1.8). Diese Arbeitsschritte waren für alle neun RTS gleich. Der „Allgemeine Teil“ schließt in Kapitel 1.9 mit einem Fazit und einem Ausblick. Im „Indikationsspezifischen Teil“ wird von den für die RTS Diabetes mellitus spezifischen Ergebnissen der einzelnen Projektphasen berichtet (2.1 – 2.5). Die verschiedenen Arbeits- und Analyseschritte beruhen auf unterschiedlichen Konsultationsfassungen, welche aufeinander aufbauen. Die jeweils relevante Version der Konsultationsfassungen ist in Tabelle 1 aufgeführt. Am Ende dieses Teil wird die finale Version der RTS Diabetes mellitus präsentiert.

In der ersten Projekthälfte (Oktober 2013 – September 2014) standen insbesondere die Kriterien der wissenschaftlichen Evidenzbasierung und der klinischen Erfahrung im Versorgungsalltag im Zentrum. Die im folgenden berichteten Ergebnisse dieser Arbeitsschritte umfassten die Bildung der prozessbegleitenden Expertengruppe und der Beschreibung ihrer umfangreichen Tätigkeiten, die systematischen, indikationsspezifischen Literaturrecherchen und die Entwicklung der Online-Diskussionsplattform sowie einen Überblick der Ergebnisse der beiden Öffnungszeiträume der Online-Diskussionsplattform und die Ergebnisse der Teilnehmer-Nachbefragung. Zudem werden die Ergebnisse der Analyse des Versorgungsgeschehens auf der Basis der KTL-Ergebnisrückmeldungen zu den Reha-Therapiestandards berichtet.

In der zweiten Projektphase (Oktober 2014 – September 2015) standen die Vereinbarkeit verschiedener Modelle/Konzepte der Behandlung von Rehabilitanden sowie die Erfahrungen und Präferenzen von Rehabilitanden und Klinikern und schlussendlich die Verdichtung und praktische Umsetzung der gewonnenen Ergebnisse im Zentrum. In dieser Phase fand auch eine zweite Öffnung der Online-Diskussionsplattform statt. Die Ergebnisse dieser Arbeitsschritte umfassen demnach die Analyse neuer Modelle und Konzepte und Empfehlungen zur Umsetzung in den Reha-Therapiestandards und die Durchführung zweier

Experten-Workshops, mit Patientenvertretern und mit Vertretern der klinischen Praxis. Die Reha-Therapiestandards wurden anhand der neuen Evidenzen und Erkenntnisse überarbeitet und an die aktuelle Version der KTL (Ausgabe 2015) angepasst. Nach der Erstellung von vier, zunehmend elaborierten und konsentierten Versionen von indikationsspezifischen Konsultationsfassungen, liegen die aktualisierten Reha-Therapiestandards nun in ihrer finalen Fassung vor.

Eine Übersicht über die durchgeführten Projektschritte ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1
Zeitplan des Projekts „Aktualisierung der Reha-Therapiestandards“

	Okt 13	Nov 13	Dez 13	Jan 14	Feb 14	Mär 14	Apr 14	Mai 14	Jun 14	Jul 14	Aug 14	Sep 14	Okt 14	Nov 14	Dez 14	Jan 15	Feb 15	Mär 15	Apr 15	Mai 15	Jun 15	Jul 15	Aug 15	Sep 15
Projektphasen																								
Phase 1: Bildung und Beratung durch prozessbegleitende Expertengruppe																								
Phase 2																								
Literaturrecherche mit Aufbereitung																								
Entwicklung der Online-Diskussionsplattform																								
Phase 3: Öffnung und Auswertung Online-Diskussionsplattform (RTS Version1 für erste Öffnung, RTS Version 2 für 2. Öffnung)																								
Phase 4: Analyse neuer Modelle und Konzepte																								
Phase 5																								
Analyse des Versorgungsgeschehens auf der Basis der KTL-Ergebnisrückmeldungen																								
Erarbeitung erster Empfehlungen zur Modifizierung/Anpassung der RTS																								
Durchführung Patienten-Workshop																								
Phase 6: Vorschlag bzgl. Anpassung an neue KTL-Version																								
Phase 7: Erstellung Konsultationsfassungen, Vorbereitung Expertenworkshop																								
Phase 8: Durchführung Expertenworkshop (RTS Version 3)																								
Phase 9: Dokumentation Expertenworkshop, abschließende Überarbeitung der RTS (RTS Version 4)																								
Phase 10: Abschlussbericht (RTS Version 5), Druckvorlagen für alle RTS, Rückmeldung der DRV (→ finale Version 6)																								

1.2 Gruppe der prozessbegleitenden Experten

1.2.1 Die Beteiligung von Experten

Die Überarbeitung der Reha-Therapiestandards sah die umfassende Einbeziehung aller Beteiligten vor, somit das Personal der Rehabilitationseinrichtungen, die Rehabilitanden, die Deutsche Rentenversicherung als Kostenträger und ferner wissenschaftliche Fachgesellschaften im Bereich der Rehabilitation. Für Vertreter der klinischen Expertise und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurden mehrere Ansätze zur Beteiligung der Überarbeitung der Reha-Therapiestandards vorgesehen: Neben den indikationsspezifischen prozessbegleitenden Expertengruppen, deren Bildung und Tätigkeiten hier beschrieben werden, bestand zudem die Möglichkeit, zweimal im Projektverlauf über ein Online-Diskussionsforum an der Weiterentwicklung der RTS (vgl. Kapitel 1.4) sowie am Experten-Workshop zur Konsentierung der Reha-Therapiestandards teilzunehmen (vgl. Kapitel 1.7).

1.2.2 Die Bildung der prozessbegleitenden Expertengruppen

Die Aufgabe der prozessbegleitenden Experten bestand darin, den Projektnehmern auf der Grundlage ihrer klinischen und theoretischen Expertise beratend und unterstützend zur Seite zu stehen und während der gesamten Projektlaufzeit von 24 Monaten kurzfristig zu aufkommenden Fragen und Problemen Rückmeldungen zu geben. Die Bildung der prozessbegleitenden Expertengruppen stellte damit einen wichtigen Baustein zur umfassenden Einbeziehung aller für die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards relevanten Personen- und Berufsgruppen dar. Für die Begleitung des Projektes „Aktualisierung der Reha-Therapiestandards“ konnten insgesamt 65 prozessbegleitende Experten gewonnen werden, welche vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Expertise in Indikationsgruppen zu 6-8 Experten pro Therapiestandards aufgeteilt wurden. Für die Reha-Therapiestandards Kinder- und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis wurde eine gemeinsame Expertengruppe gebildet. Die prozessbegleitenden Experten wurden von den Projektnehmern vorgeschlagen und nach einer Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung angeschrieben. Bei der Besetzung der prozessbegleitenden Gruppen wurden Experten verschiedener Berufsgruppen aus der Reha-Praxis, der Verwaltung und aus Fachgesellschaften einbezogen. Aus der klinischen Praxis waren Experten aus den folgenden Berufsgruppen vertreten: Medizin, Psychologie, Pädagogik, Physiotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien, Soziale Arbeit und Ökotrophologie. Zur Gewinnung der Experten wurden die ausgewählten Experten von dem für die jeweiligen RTS zuständigen Institut angeschrieben. Für die Indikationen Brustkrebs, Chronische Rückenschmerzen, Hüft- und Knie-TEP und Schlaganfall war das Freiburger Institut verantwortlich. Die Indikationen Alkoholabhängigkeit, Depression, Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit wurden vom Hannoveraner Institut betreut. Das Würzburger Institut war für die Reha-Therapiestandards Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis zuständig. Von den 70 angeschrieben Personen erklärten sich 65 (93 %) bereit, als prozessbegleitende Experten an dem Projekt teilzunehmen. Einige Experte sagten aufgrund zu hoher Arbeitsbelastung oder aus gesundheitlichen Gründen ab, sie konnten jedoch durch andere Fachvertreter ersetzt werden.

1.2.3 Tätigkeiten der prozessbegleitenden Experten

Die teilnehmenden Experten wurden im Januar 2014 kontaktiert, um sie im Projekt willkommen zu heißen. Anfang Februar 2014 wurden pro Indikation mindestens 3 Experten per Zufallsauswahl zur Teilnahme an einem Pretest eingeladen. Die Experten wurden gebeten, die Alpha-Version der Online-Plattform (vgl. Kapitel 1.4) zu besuchen, sich als Nutzer zu registrieren und einen Testkommentar zu hinterlassen. Im Anschluss sollten sie einen kurzen Fragebogen beantworten und zusätzlich Änderungswünsche und Kritik benennen. Die Rückmeldungen der Experten führten zu einer umfassenden technischen Überarbeitung der Online-Plattform. Zur Öffnung der 1. Online-Diskussionsplattform am 1. März 2014 wurden alle prozessbegleitenden Experten kontaktiert und eingeladen, auf der Internetseite ihre Kommentare und Änderungswünsche zu einzelnen Therapiemodulen oder zu den Reha-Therapiestandards im Allgemeinen abzugeben. Von den 65 prozessbegleitenden Experten beteiligten sich 39 (60%) an der Diskussion auf der Online-Plattform. Nach der Schließung der Plattform am 15.04.2014 erhielten die prozessbegleitenden Experten für ihre jeweilige Indikation die Kommentare der Nutzer und wurden über das weitere Vorgehen informiert. Einige prozessbegleitende Experten beteiligten sich auch in ihrer Funktion als Mitglied von Fachgesellschaften und –verbänden an der Aktualisierung der Reha-Therapiestandards, beispielsweise in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatischen Rehabilitation (DGPPR), dem Fachverband Sucht e.V., dem Arbeitskreis Onkologische Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Im November und Dezember 2014 wurden Telefoninterviews zu den geplanten Änderungsvorschlägen für die ersten Konsultationsfassungen der neuen RTS durchgeführt. Die Telefongespräche erfolgten halbstrukturiert anhand eines kurzen Leitfadens. Ziel der Interviews war es, Expertenmeinungen zu Änderungsmöglichkeiten und Präzisierungen der Vorschläge einzuholen. Insgesamt wurden mit 55 der 65 Experten (85%) telefonische Interviews geführt, 15% waren aufgrund von Abwesenheiten oder starker beruflicher Auslastung über einen längeren Zeitraum telefonisch nicht zu erreichen. Alle Kommentare und Änderungsvorschläge der prozessbegleitenden Experten wurden dokumentiert und flossen in den weiteren Bearbeitungsprozess der RTS mit ein.

Zur zweiten Öffnung der Online-Diskussionsplattform am 22. März 2015 wurden die prozessbegleitenden Experten wiederum eingeladen, die erstellten Konsultationsfassungen zu kommentieren und mit weiteren interessierten Teilnehmern darüber in Kontakt zu treten. 29 der 65 Experten (45%) nahmen an der Diskussion teil. Im Anschluss daran erhielten die prozessbegleitenden Experten abermals eine Zusammenfassung aller Kommentare zu ihrer Indikation. Zudem erhielten wir von einigen Experten ausführliche Stellungnahmen sowie von Fachgesellschaften wie der ASORS, dem BVOU, der DKG, DGPPR, der DGHO und der DGOU.

Als letzter Punkt zur Einbeziehung der prozessbegleitenden Experten im Projektverlauf war die Teilnahme am Experten-Workshop im Juli 2015 in Berlin vorgesehen (vgl. Kapitel 1.7). Alle prozessbegleitenden Experten waren eingeladen, 45 der 65 Experten (69%) nahmen an dem Workshop zu ihrer jeweiligen Indikation teil.

1.3 Systematische Literaturrecherche

Ziel der Literaturrecherche war die Aktualisierung der Evidenzgrundlage für die elf Indikationen der Reha-Therapiestandards. Die Hauptaufgabe bestand hierbei in der Recherche neuer Evidenz zu rehabilitationsbezogenen Interventionen, ab dem Zeitpunkt der letzten systematischen Recherche bei der Erstellung der jeweiligen Reha-Therapiestandards. Zudem ermöglichte die Literaturrecherche im Falle geänderter Evidenzlagen ggf. auch eine Neubewertung bereits untersuchter Interventionen.

Zu Beginn der Literaturrecherchen wurde in einem Abstimmungsprozess zwischen den beteiligten Instituten aus Freiburg, Hannover und Würzburg eine gemeinsame Systematisierung erarbeitet, um ein vergleichbares und effizientes Vorgehen bei den Literaturrecherchen zu gewährleisten. Dabei wurde vereinbart, dass die Literaturrecherche grundsätzlich auf zwei Quellen fokussiert:

1. Neu erschienene systematische Übersichtsarbeiten (Leitlinien und Health Technology Assessment-Berichte, systematische Reviews bzw. Metaanalysen)
2. Neu erschiene hochwertige Originalarbeiten (RCT und gut kontrollierte Kohortenstudien)

Das Vorgehen ist in Abbildung 1 dargestellt.

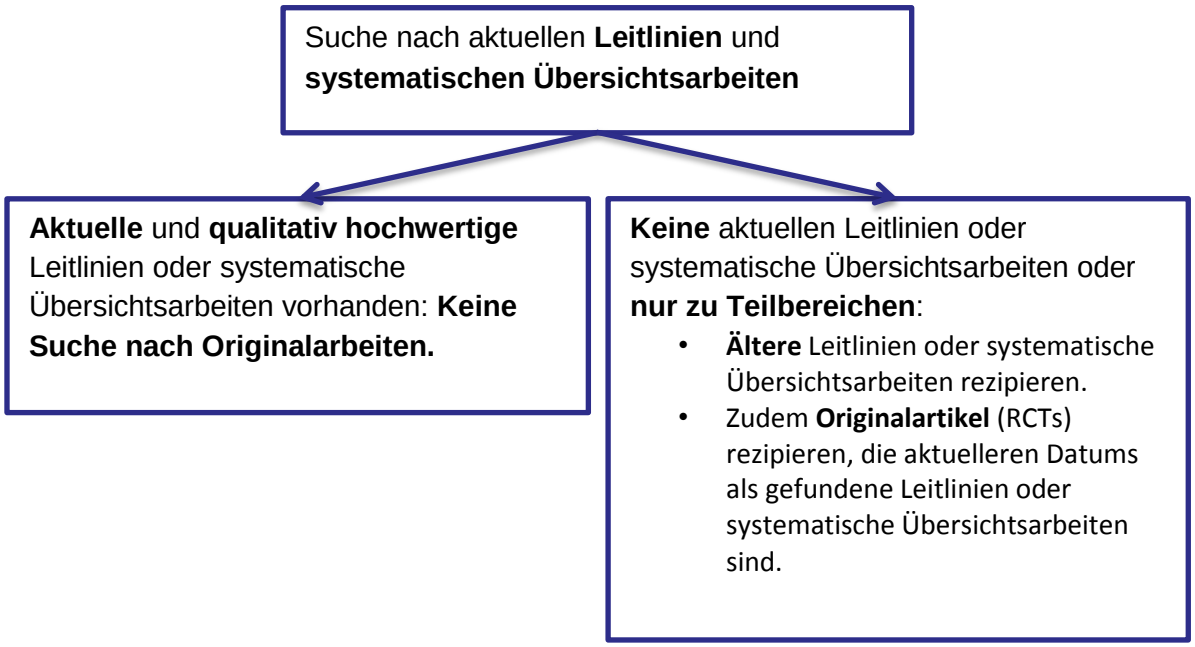


Abbildung 1. **Systematisierung des Vorgehens bei der Literaturrecherche.**

Grundsätzlich wurden folgende Datenbanken und Zugänge berücksichtigt:

- für Leitlinien und HTA: Leitliniendatenbank des ÄZQ (leitlinien.de); International Guidelines Database des Guidelines International Networks (GIN), HTA database des Centre for Reviews and Dissemination (CRD); DAHTA (Datenbank der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment des DIMDI)
- für systematische Reviews / Metaanalysen und Originalarbeiten: Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) des CRC, SCOPUS, Medline, PsycInfo, Psyndex, CINAHL
- die für die die jeweiligen Diagnosen der Reha-Therapiestandards besonders relevanten Fachzeitschriften (indikationsspezifisch)
- sowie eine Handsuche der Tagungsbände der jährlichen Rehabilitations-wissenschaftlichen Kolloquien ab dem Zeitpunkt der letzten für die jeweilige Indikation durchgeführten Literaturrecherche.

Einschlusskriterium stellte die Publikation in deutscher oder englischer Sprache dar. Die Suchfilter orientierten sich - soweit möglich und sinnvoll - an den aufgeführten Suchbegriffen in den bisherigen Methodenreports zu den jeweiligen Reha-Therapiestandards. Narrative oder qualitative Studien wurden ausgeschlossen, ebenso Studien zu medikamentösen, allopathischen oder pflegerischen Therapien.

Zur Bewertung der jeweils gefundenen Evidenz wurde ein Schema in Anlehnung an Konzepte der Agency for Healthcare Policy & Research (vgl. Shekelle et al, 1999) verwendet:

Ia: Evidenz durch Metaanalysen oder systematische Reviews von randomisiert-kontrollierten Studien

Ib: Evidenz durch zumindest eine randomisiert-kontrollierte Studie

IIa: Evidenz durch zumindest eine kontrollierte Studie (ohne Randomisierung)

IIb: Evidenz durch zumindest eine andere quasi-experimentelle Studie

III: Evidenz durch nicht-experimentelle, deskriptive Studien (z.B. Korrelationsstudien)

IV: Evidenz durch Expertengruppen oder durch klinische Erfahrung erfahrener und anerkannter Personen

Die Bewertung erfolgte jeweils für ein Therapiemodul als Ganzes. Dabei musste berücksichtigt werden, dass die ETM teilweise heterogene Therapieformen enthalten. Die Evidenzbewertung für ein ETM bedeutet daher nicht, dass alle darin enthaltenen Therapieformen mit Evidenz auf diesem Level bestätigt sind, sondern lediglich, dass zu bestimmten Therapieformen des jeweiligen ETM Evidenz vorliegt.

Die Literaturrecherchen erfolgten indikationsbezogen und wurden von dem jeweiligen bearbeitenden Institut zusammenfassend aufbereitet (siehe Kap. 2).

1.4 Online-Diskussionsplattform

1.4.1 Entwicklung der Online-Diskussionsplattform

Eine umfassende Einbeziehung der Beteiligten erfordert innovative Methoden zur Einholung und Integration von Meinungen und Erfahrungen. Daher wurde als ein wesentliches Instrument des Projekts eine Online-Diskussionsplattform mit dem Format „WordPress, Version 3.8.1“ (http://www.wpde.org) und dem Darstellungsschema „Twenty Ten“ im Internet eingerichtet.

Das Format „WordPress stellt derzeit das erfolgreichste Format für die Darstellung von „Online-Blogs“ dar. Der Begriff „Blog“ bezeichnete ursprünglich eine Form von Online-Tagebuch (Web-Log) und wird mittlerweile für vielfältige Zwecke genutzt. Über Blogs wird ermöglicht, dass Menschen in Konstellationen miteinander diskutieren können, die sonst aus pragmatischen Gründen nicht möglich wären.

Da die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) einen Service für dieses Format anbietet, wurde sichergestellt, dass die Daten ausschließlich auf lokalen Servern der MHH gespeichert wurden. Weiterhin wurde zur Erhöhung der Sicherheit ein Spamfilter mittels des Plugins „Antispam Bee“ (Version 2.6.0) und einer zusätzlichen Sperrliste eingerichtet und eine Indizierung der Online-Diskussionsplattform durch Suchmaschinen unterbunden. Das Aufrufen der Website war nur unter dem Link (www.reha-therapiestandards.de bzw. http://blogs.mh-hannover.de/rehatherapiestandards) möglich.

Um eine möglichst große Menge von Fachleuten zu erreichen, wurde die Plattform bei den relevanten Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Rehabilitationseinrichtungen und Teilnehmern des 23. sowie 24. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums breit beworben.

Um die Benutzerfreundlichkeit des Blogs optimal zu gestalten, wurde großer Wert auf die Gestaltung der Inhalte, den Aufbau und die Funktionsweise der Plattform gelegt.

Durch eine abgestimmte Entwicklung des Forums durch die ProjektnehmerInnen (1. Schritt) sowie durch mehrere Pretest-Schleifen mit Nutzern aus den Gruppen der prozessbegleitenden Experten und Mitarbeitern der Institute (2. Schritt) konnte eine intuitive und weitestgehend selbsterklärende Handhabung des Blogs sichergestellt werden.

Der Plattform lagen zwei Menüs zu Grunde. Ein horizontales Menü bezog sich auf die Plattform selbst und beinhaltete folgende Bereiche:

- Startseite & Anleitung
- Blog Netiquette
- Hintergrund zum Projekt
- Glossar
- Hinweise zum Datenschutz
- Impressum

Auf der Startseite wurde den Nutzern die Funktionsweise des Blogs dargelegt, in den anderen Menüpunkten Hintergründe und Begriffe geklärt sowie Informationen zum Datenschutz und Ansprechpartnern gegeben (s. Abbildung 2). Die hierin enthaltenen Beschreibungen wurden über den Verlauf der Entwicklung durch Rückmeldungen der Pretest-Nutzer sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund ergänzt und optimiert, um ein möglichst hohes Maß an Benutzerfreundlichkeit zu erreichen.

Das zweite, vertikale Menü beinhaltete die Reha-Therapiestandards, den eigentlichen Kern der Online-Diskussionsplattform. Die Reha-Therapiestandards der einzelnen Indikationen

bildeten jeweils einen eigenen Menüpunkt, unter dem wiederum die dazugehörigen evidenzbasierten Therapiemodule und ein eigenes Thema für allgemeine Anregungen zur Kommentierung subsummiert wurden (s. Abbildung 3*).* In den einzelnen Beiträgen/Modulen wurden die Modulinhalte sowie die dazugehörigen Fragen dargestellt und zur Kommentierung eingeladen (vgl. auch Abbildung 4). Die Diskussionsfragen, hier am Beispiel der RTS Alkoholabhängigkeit, lauteten wie folgt:

- Allgemeine Anregungen:
    - Wo sehen Sie grundsätzlichen Veränderungsbedarf bei den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit?
    - Was gefällt Ihnen besonders gut an den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit, bzw. wo sehen Sie die Vorteile? Was gefällt Ihnen überhaupt nicht, bzw. wo sehen Sie Problemfelder?
- ETM-spezifisch:
    - Welchen allgemeinen Veränderungsbedarf sehen Sie bei diesem ETM? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.
    - Finden Sie die Mindestanforderungen angemessen? Bitte begründen Sie Ihre Meinung.
    - Finden Sie den Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden angemessen, zu hoch oder zu niedrig? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.
    - Fehlen Ihrer Meinung nach KTL-Codes oder sollten vorhandene entfallen? Wenn ja, warum?

Weiterhin wurde in der Anleitung angeregt, folgende Bereiche zu kommentieren:

- Hinweise zur Ergänzung oder Streichung von Therapien
- Verweise auf Wirksamkeitsstudien
- Erörterung von Dauer, Häufigkeit und Mindestanteil der RTS
- Praxiserfahrungen mit RTS im Rahmen von MBOR
- Welche Erfahrungen haben Sie mit Reha-Therapiestandards gemacht?
- Sind die Ergebnisberichte aus der Reha-Qualitätssicherung für Sie handlungsleitend?
- Welchen Veränderungsbedarf sehen Sie?
- Gibt es neue evidenzbasierte Therapie- und Behandlungsverfahren für die RTS?

Ursprünglich war vorgesehen, dass sich die Nutzer namentlich (Name, Funktion, Institution) registrieren müssen, um die Plattform benutzen und kommentieren zu können. In der ersten Pretest-Schleife erwies sich dieses Vorgehen als nicht praktikabel. Nach der Registrierung bzw. Anmeldung wurden die Nutzer per Standardeinstellung auf ein eigenes Menü weitergeleitet, von dem nicht ersichtlich war, wie man zurück zum Diskussionsforum gelangt. Einem kleinen Teil der Pretest-Nutzer gelang es, das Diskussionsforum dennoch zu nutzen. Insgesamt bildete es sich ab, dass eine andere Lösung gefunden werden musste, um eine breitflächige Beteiligung zu ermöglichen. WordPress bot auch die Option, dass sich die Nutzer nicht registrieren, sondern stattdessen mit Name und E-Mail Adresse für die Kommentierung anmelden müssen. Diese Möglichkeit erwies sich in einer weiteren Pretest-Schleife als praktikabel und als besonders nutzerfreundlich. Dadurch, dass die Registrierung wegfiel, fiel auch eine große Barriere für die Benutzung des Diskussionsforums weg, wodurch eine höhere Beteiligung erwartet werden konnte. Der Pretest wurde abgeschlossen, nachdem die Teilnehmer ausnahmslos angaben, dass das Forum funktioniere und einfach zu bedienen war. Die folgenden Screenshots geben einen Einblick in die finale Fassung der Online-Diskussionsplattform der ersten Öffnungsphase.

***Abbildung 2*. Teilansicht der Startseite der Online-Diskussionsplattform der ersten Öffnungsphase.**

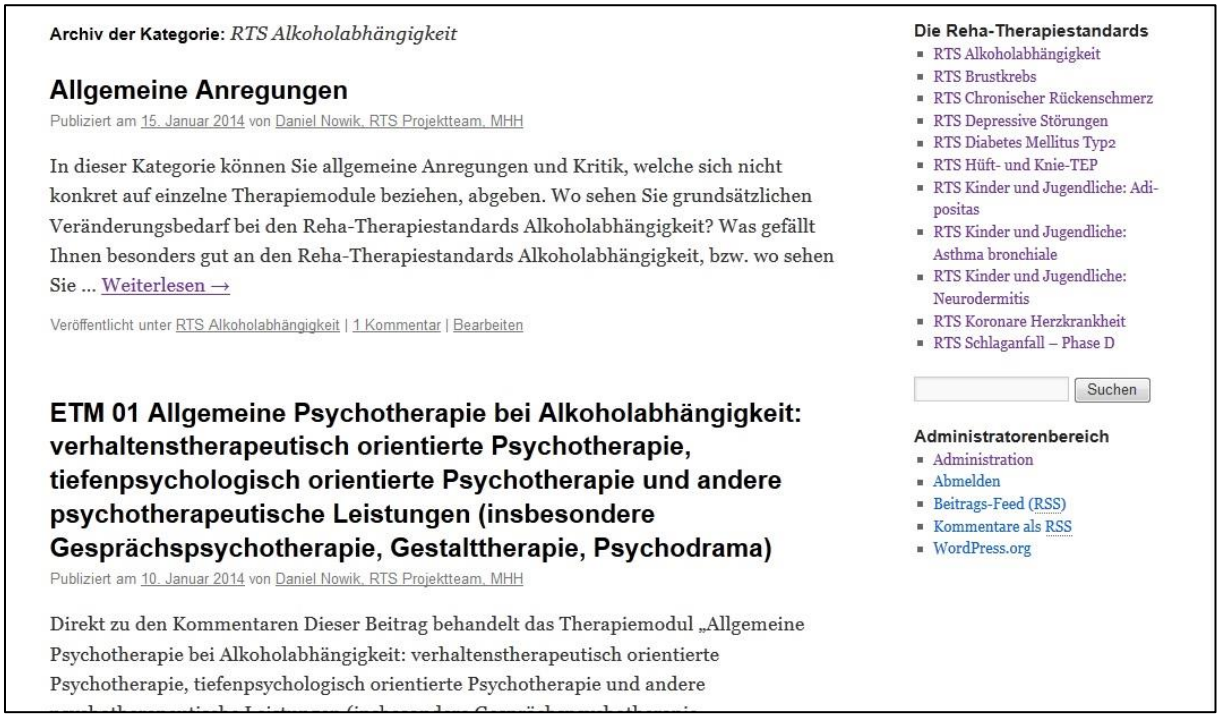


***Abbildung 3*. Teilansicht des Unterforums „Alkoholabhängigkeit“.**

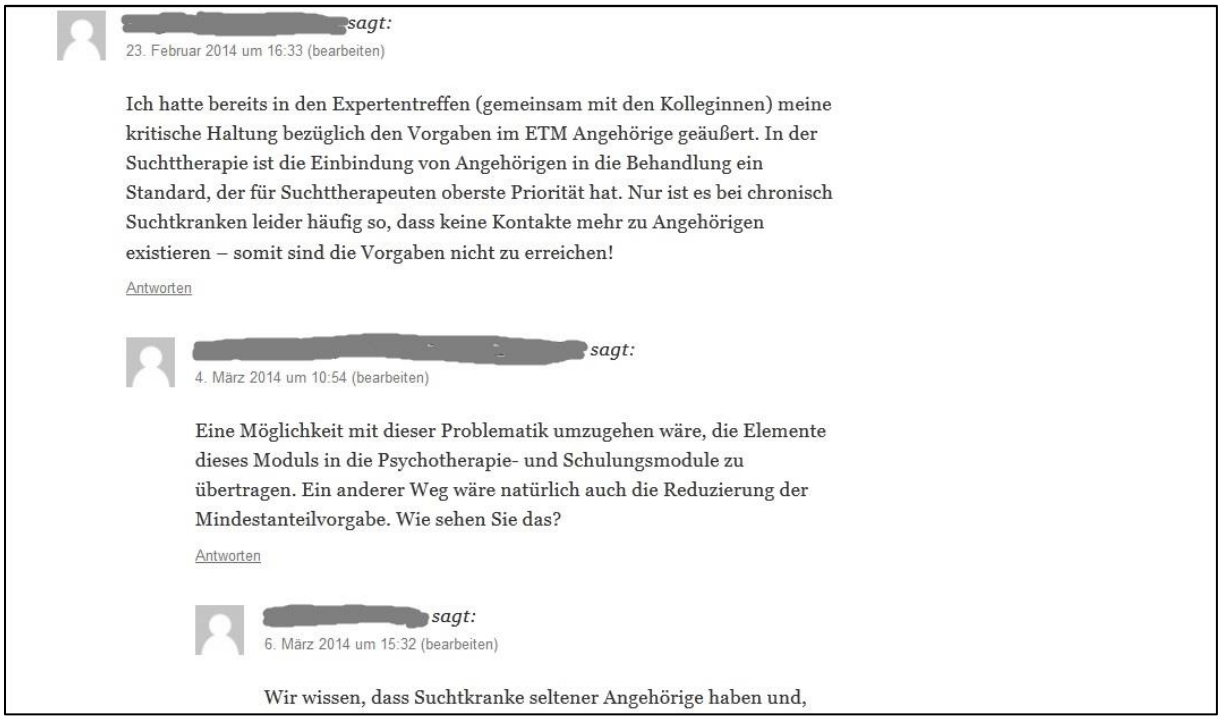


***Abbildung 4*. Teilansicht eines Diskussionsverlaufs.**

1.4.2 Öffnung des 1. RTS Online-Diskussionsforums und Nachbefragung

Das 1. RTS Online-Diskussionsforum stand für alle Indikationen zunächst vom 01. März bis zum 30. März 2014 mit den derzeitig gültigen, unbearbeiteten Fassungen der RTS zur Verfügung. Auf Wunsch der Benutzer wurde der Öffnungszeitraum bis zum 15.04.2014 verlängert. In der ersten Öffnungsphase wurden 650 Kommentare von 197 Teilnehmern geschrieben. Eine Aufschlüsselung der Kommentare nach Indikation findet sich in

Tabelle **2**.

Tabelle 2
Anzahl der Kommentare in Hinsicht auf die einzelnen Indikationen der ersten Öffnungsphase

Indikation	Anzahl Kommentare
RTS Alkoholabhängigkeit	66
RTS Brustkrebs	108
RTS Chronischer Rückenschmerz	64
RTS Depressive Störungen	111
RTS Diabetes mellitus Typ 2	16
RTS Hüft- und Knie-TEP	35
RTS KJ: Adipositas	55
RTS KJ: Asthma bronchiale	25
RTS KJ: Neurodermitis	34
RTS Koronare Herzkrankheit	64
RTS Schlaganfall – Phase D	72

Nachbefragung der Teilnehmer des 1. RTS Online-Diskussionsforums

Nach der Schließung des Online-Diskussionsforums wurde eine Kurzbefragung aller Teilnehmer (N=194) durchgeführt. Dafür wurde ein kurzer Fragebogen im PDF-Format am 23.04.2014 per E-Mail verschickt. Ziel der Nachbefragung war es, Verbesserungsvorschläge für die zweite Öffnungsphase zu sammeln und eine Nutzerstatistik zu erstellen. Folgende Variablen wurden erhoben:

- Bewertung des Online-Diskussionsforums
- Soziodemographie: Berufsgruppe, Berufserfahrung in der Rehabilitation
- Berührungspunkte mit RTS im Berufsalltag
- Kenntnis der Berichte der Reha-Qualitätssicherung

Des Weiteren wurden die Teilnehmer darum gebeten, die Möglichkeit zur Beteiligung an der Aktualisierung der RTS und die technische Umsetzung des Forums im Schulnotensystem (1= sehr gut; 6 sehr schlecht) zu bewerten. Diese Angaben konnten durch Freitexte ergänzt werden.

Stichprobenbeschreibung

101 Teilnehmer nahmen an der Nachbefragung teil, was einer Rücklaufquote von 52,1% entspricht. Der größte Teil der Teilnehmer rekrutierte sich aus der Berufsgruppe der Ärzte (s. Abbildung 5). Die Teilnehmer waren im Durchschnitt seit 15,65 Jahren in der Rehabilitation tätig (SD=8,53).

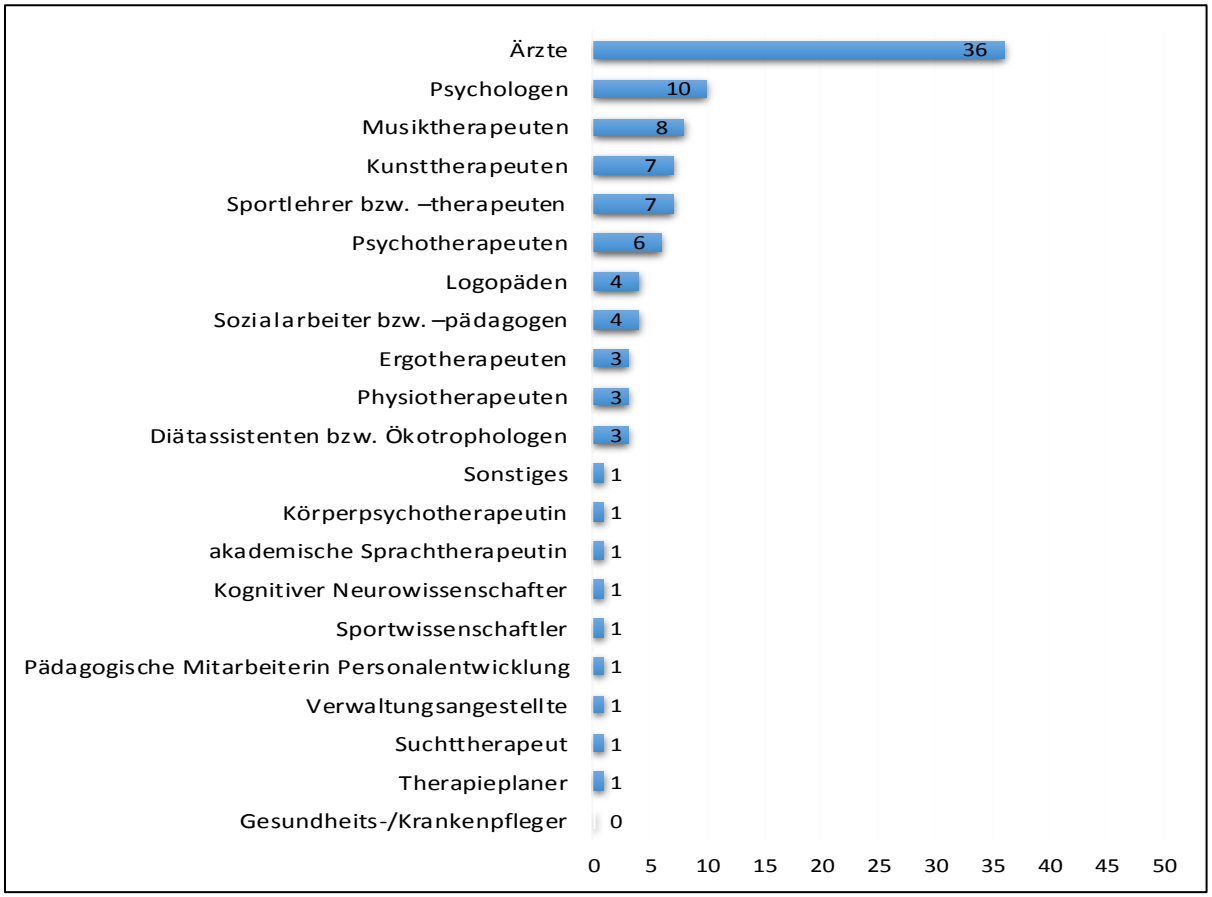


***Abbildung 5*. Berufe der Teilnehmer (absolute Häufigkeiten).**

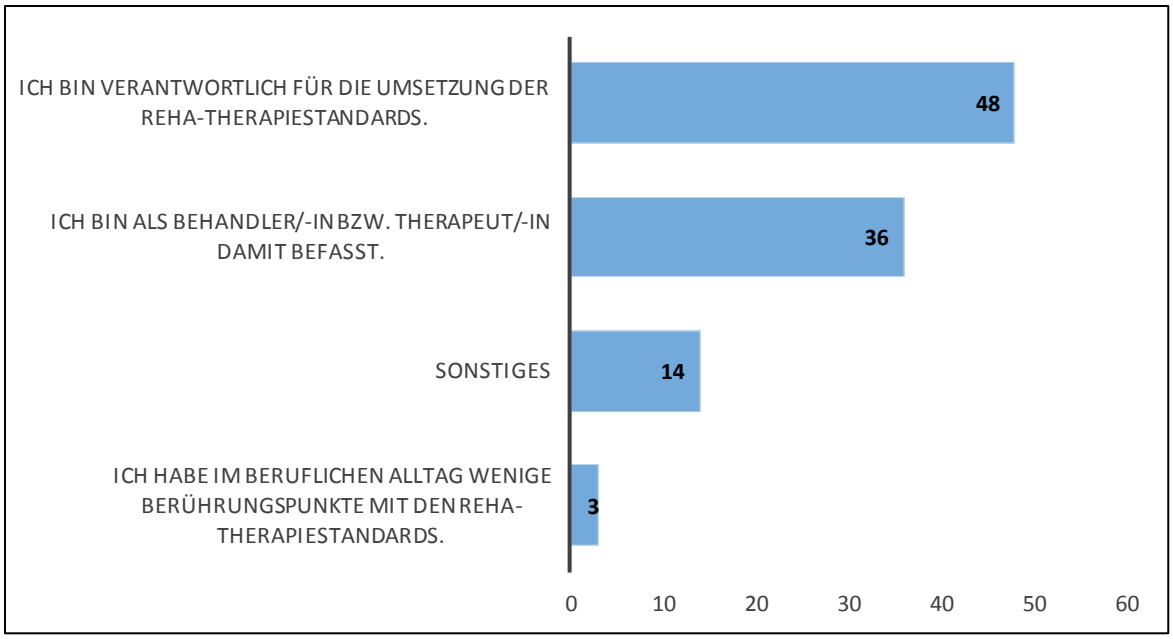


Abbildung 6. **Arten der Beschäftigung mit Reha-Therapiestandards (absolute Häufigkeiten).**

Der Großteil der Teilnehmer war hauptverantwortlich für die Umsetzung der RTS, nur die wenigsten hatten kaum Berührungspunkte mit den RTS (s. Abbildung 6). 70 der 101 Teilnehmer hatten schon einmal einen einrichtungsbezogenen Ergebnisbericht zu den Reha-Therapiestandards aus dem Bereich der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung erhalten.

Zufriedenheit mit der Möglichkeit der Beteiligung

Insgesamt zeigten sich die Teilnehmer sehr zufrieden (M=1,81; SD=0,87) mit der Möglichkeit, sich über das Online-Forum an der Aktualisierung der Reha-Therapiestandards zu beteiligen. Vier Teilnehmer merkten jedoch an, dass sich diese Frage eigentlich erst beantworten lässt, wenn konkrete Ergebnisse vorliegen und es sich herausstellt, ob die Kommentare denn nun tatsächliche Konsequenzen hatten oder nicht. Die Kommentare und Änderungsvorschläge wurden explizit in den Entscheidungsprozess mit eingebunden. Sie wurden hinsichtlich argumentativer Stärke, Häufigkeit der Nennung und Konsensfähigkeit bewertet, sowie in Bezug zu den Literaturrecherchen, KTL-Analysen und der Analyse neuer Konzepte (wie z.B. Praxisempfehlungen) gesetzt. Unter Einbezug dieser Informationsquellen wurden Änderungsvorschläge formuliert.

Kritisch anzumerken ist, dass sich eine positive Verfälschung nicht ausschließen lässt: Personen, die grundsätzlich nicht mit diesem Format einverstanden sind, werden auch nicht an der Nachbefragung teilgenommen haben.

Zufriedenheit mit der technischen Umsetzung

Die technische Umsetzung des Forums wurde ebenso positiv bewertet (M=1,93; SD 0,79). Auf Verbesserungsvorschläge technischer und organisatorischer Natur wird im kommenden Abschnitt eingegangen. Kritisch anzumerken ist, dass sich auch hier eine positive Verfälschung nicht ausschließen lässt.

Verbesserungsvorschläge

Sechs Teilnehmer hatten sich eine breitere Beteiligung am Forum gewünscht. Dabei wurde sowohl die Anzahl der Teilnehmer insgesamt, als auch die Verteilung der Berufsgruppen angesprochen. In diesem Zusammenhang wurde auch erwähnt, dass die Information über das Forum in einigen Kliniken nicht ankam. In Anbetracht der im Vorfeld breitflächig geschalteten Werbung verwunderte dies. Denkbar ist, dass die Anschreiben an die Leitungsebene in den Reha-Einrichtungen nicht an die anderen Mitarbeiter/innen des Reha-Teams weitergeleitet wurden. In der zweiten Öffnungsphase des Online-Diskussionsforums wurde deshalb auch aktiv darauf hingewiesen, dass das Reha-Team beteiligt werden sollte.

Einige Anmerkungen bezogen sich auf die Übersichtlichkeit und Benutzerfreundlichkeit, sowie darauf, welche Elemente in einen Beitrag untergebracht werden können. Die Menüführung war in Teilen system-immanent. Als Konsequenz wurde in der nächsten Öffnungsphase ein noch größeres Augenmerk auf Benutzerfreundlichkeit und Übersichtlichkeit gelegt.

Von einem Teilnehmer wurde eine Suchfunktion gewünscht. Diese Funktion war jedoch bereits vorhanden und auch an prominenter Stelle hinterlegt. Ein expliziter Verweis auf diese Funktion wurde in den Erklärungstext aufgenommen und die Anregung im Rahmen der 2. Öffnungsphase umgesetzt.

Eine Möglichkeit zur Korrektur oder Löschung von Einträgen wurde gewünscht. Dies war durchaus möglich, jedoch nur durch die Administratoren. Ein entsprechender Hinweis für die Teilnehmer wurde im Rahmen der 2. Öffnungsphase ergänzt.

Ein User wünschte sich ein „allgemeines Forum“, da einige Beiträge übergreifend über mehrere RTS relevant seien.

Ein Teilnehmer wünschte sich eine direkte Verlinkung und einen einfachen Login, sowie mehr Hintergrundinformationen. Der komplizierte Login-Vorgang wurde durch den nachträglichen Verzicht auf eine Registrierung bei der 2. Öffnung der Onlineplattform gelöst. Eine direkte Verlinkung gab es, sofern der Online-Flyer genutzt wurde. Die Verlinkung sollte jedoch auch auf den Seiten der DRV erfolgen. Im Rahmen der 2. Öffnungsphase wurde eine flächendeckendere Informationsverbreitung über das Forum angestrebt. Dies erschien besonders sinnvoll, da das Forum aus Sicherheitsgründen nicht über Suchmaschinen zu finden sein sollte. Auf den Seiten der DRV befanden sich auch die Informationen zum Qualitätssicherungsprogramm, so dass interessierte Nutzer sich dort zusätzlich informieren konnten.

Eine Anmerkung war, dass nur durch Publikationen ausgewiesene Experten Zugang zum Forum erhalten sollten. Dies widersprach jedoch dem Grundgedanken des Forums, da klinische Erfahrung explizit in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden sollte.

Drei Teilnehmer wünschten sich ein längeres Öffnungszeitfenster von acht Wochen. Vier Wochen erwiesen sich tatsächlich als zu kurz, die Verlängerung auf sechs Wochen brachte eine große Zahl neuer Kommentare. Der Zeitraum von 6 Wochen wurde daraufhin auch bei der 2. Öffnung der Online-Plattform beibehalten.

Fünf Kommentare bezogen sich auf das allgemeine Format des Forums. So wurde einmal ein anonymes Vorgehen bevorzugt, einmal ein Chatroom mit fester Öffnungszeit und

zweimal eine strukturierte Befragung. Weiterhin wurde angemerkt, dass sich das Forum mehr für eine Problemsammlung, als für eine konkrete Diskussion eigne.

1.4.3 Öffnung des 2. RTS Online-Diskussionsforums

Das 2. RTS Online-Diskussionsforum stand für alle Indikationen vom 22. März bis zum 30. April 2015 zur Verfügung. Es wurde eine auf den Ergebnissen der Literaturrecherche, der KTL-Datenanalyse, des Online-Diskussionsforums und der KTL 2015 basierende überarbeitete Version der RTS (Version 2) zur Kommentierung eingestellt.

Es wurden 789 Kommentare von insgesamt 185 Teilnehmern abgegeben. Die Anzahl der Kommentare nach Indikation kann der Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3
Anzahl der Kommentare für die einzelnen Indikationen in der zweiten Öffnungsphase

Indikation	Anzahl Kommentare
RTS Alkoholabhängigkeit	55
RTS Brustkrebs	171
RTS Chronischer Rückenschmerz	62
RTS Depressive Störungen	104
RTS Diabetes mellitus Typ 2	6
RTS Hüft- und Knie-TEP	40
RTS KJ: Adipositas	61
RTS KJ: Asthma bronchiale	76
RTS KJ: Neurodermitis	70
RTS Koronare Herzkrankheit	84
RTS Schlaganfall – Phase D	39
RTS übergreifende Themen	21

Abbildung 7 und Abbildung 8 zeigen beispielhaft zwei Screenshots aus der finalen Fassung der Online-Diskussionsplattform der zweiten Öffnungsphase:

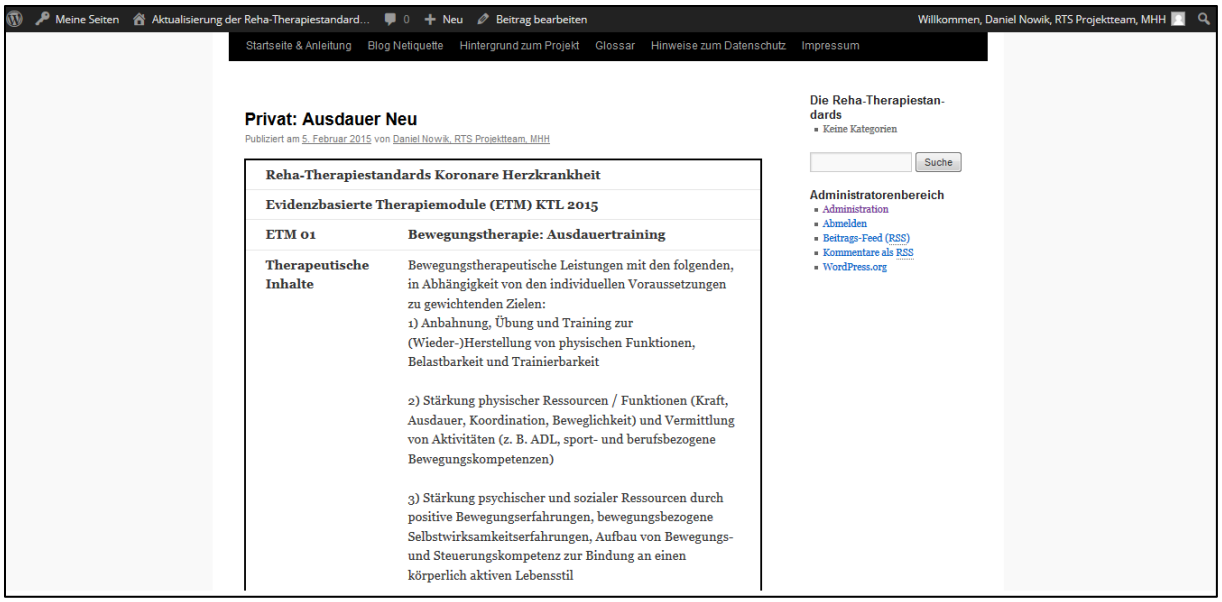


***Abbildung 7*. Teilansicht des Unterforums „Koronare Herzkrankheit“ mit dem ETM 04.**

Änderungen zur derzeit gültigen Version wurden mit roter Schrift gekennzeichnet (s. Abbildung 8).

***Abbildung 8. Teilansicht* des Unterforums „Koronare Herzkrankheit“ mit Veränderungen zur Vorversion.**

1.5 KTL-Datenanalyse

Mittels der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) kann das Leistungsspektrum in der medizinischen Rehabilitation indikationsspezifisch beurteilt werden. Jede Einrichtung, die mindestens 50 Reha-Entlassungsberichte mit KTL-Daten vorlegt (bzw. 25 Entlassungsberichte bei den Indikationen Kinder und Jugendliche oder Alkoholabhängigkeit), erhält einen Bericht zur Reha-Qualitätssicherung mit den Auswertungen der therapeutischen Leistungen, die die Rehabilitanden während der Reha-Behandlung bekommen haben. Anhand dessen können die Einrichtungen vergleichen, inwieweit ihre Behandlung den Vorgaben der Reha-Therapiestandards entspricht und mit der Behandlung anderer Einrichtungen vergleichbar ist. Die KTL-Datenanalyse soll die Fragen beantworten, ob sich aus dem faktischen Leistungsgeschehen Konsequenzen für die Anpassung der Reha-Therapiestandards ergeben und ob die im Projekt zu diskutierenden Anpassungen angesichts des beobachteten Leistungsgeschehens in den Rehabilitationseinrichtungen als umsetzbar und praktikabel zu bewerten sind.

Für die 9 Indikationen Alkoholabhängigkeit, Brustkrebs, Chronische Rückenschmerzen, Depressive Störungen, Diabetes mellitus Typ 2, Hüft- und Knie-TEP, Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall Phase D sowie für Kinder und Jugendliche mit Adipositas, Asthma bronchiale oder Neurodermitis wurden die KTL-Daten aus der von der DRV übermittelten Access Datenbank in SPSS- sowie Excel-Formate überführt, um alle geplanten Analysen zu ermöglichen. Für alle Indikationen werden die Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen und die Anzahl der jeweiligen Rehabilitanden angegeben, welche im jeweiligen Berichtsjahr in die Auswertung miteinfließen. Bei den vorliegenden Daten handelte es sich um aggregierte Daten auf Einrichtungsebene, wodurch auch die Auswertungen lediglich auf Einrichtungsebene erfolgen konnten.

In einem ersten Schritt wurde ermittelt, wie hoch die Anteile der Einrichtungen in den Berichtsjahren 2011 bis 2013 waren, die die Vorgaben der einzelnen Therapiemodule voll erfüllen. Dabei gelten die Vorgaben als voll erfüllt, wenn alle Anforderungen zu Mindestdauer, Mindesthäufigkeit und Mindestanteil zu behandelnder Rehabilitanden erfüllt sind. Die vollständige Erfüllung bezieht sich auf die formale Ausgestaltung in Minuten pro Woche bzw. pro Reha-Aufenthalt. Diese ersten Analysen geben einen guten Überblick darüber, welche Mindestanforderungen der Therapiemodule in der Regel von den Kliniken erfüllt werden und wo kein ausreichender Erfüllungsgrad vorliegt. Dies ist gegeben, sobald in einem Berichtsjahr weniger als 1/3 der Rehabilitationseinrichtungen (33%) die Mindestanforderungen eines Therapiemoduls erfüllen. In folgenden Analysen wurde darum überprüft, ob die geringe Erfüllung der Anforderungen hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass der Mindestanteil zu behandelnder Rehabilitanden, die zeitlichen Mindestanforderungen des Therapiemoduls oder die erforderliche Frequenz des Therapiemoduls nicht erfüllt wurden.

Weitere, detaillierte Analysen beschreiben die Erfüllung der Anforderungen für die einzelnen Therapiemodule im Berichtsjahr 2012 auf Basis der KTL 2007 und zeigen den Anteil an Rehabilitanden, für welchen in jeder Rehabilitationseinrichtung die Anforderungen voll, zu mindestens 2/3, zu weniger als 2/3 oder gar nicht erfüllt hat. Die Ergebnisse werden zur besseren Übersicht mit Balkendiagrammen dargestellt.

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden, für welche die Anforderungen zu mindestens 2/3 (66%) erfüllt wurden, genauer analysiert. Aus den Ergebnissen wurde ersichtlich, ob die Mindestanforderungen verfehlt wurden, da die

zugehörigen Therapien nicht lange genug durchgeführt wurden (Verfehlung der zeitlichen Mindestanforderungen), an zu wenigen Rehabilitanden durchgeführt wurden (Verfehlung des Mindestanteils) oder zu selten durchgeführt wurden (Verfehlung der Mindesthäufigkeit).

Eine Analyse auf Ebene der KTL-Einheiten zeigt für jeden einzelnen KTL-Code den Anteil an Rehabilitationseinrichtungen, welche diese therapeutischen Leistungen angeboten haben und den Anteil an Patienten, welche diese Leistungen erhalten haben. Zudem wird beschrieben, wie häufig die therapeutischen Leistungen durchschnittlich durchgeführt wurde (Mittelwert der Therapieeinheit pro Rehabilitation) und mit welcher Dauer (Therapiedauer pro Reha, Mittelwert in Minuten).

Die ausführlichen Ergebnisse der genannten Analysen sind in Kapitel 2 zu finden.

1.6 Analyse neuer Modelle und Konzepte und Empfehlungen zur Umsetzung in den Reha-Therapiestandards

Neben den Reha-Therapiestandards existieren weitere Modelle und Konzepte der Rehabilitation im Bereich der Rentenversicherung (z.B. verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation VMO und medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation MBOR), deren Inhalte im Rahmen der Aktualisierung der Reha-Therapiestandards mit berücksichtigt werden sollten. Ein weiterer Arbeitsschritt im Rahmen des Projekts bestand in der Analyse anderweitiger Modelle und Konzepte und den daraus resultierenden Konsequenzen für die Anpassung der Reha-Therapiestandards. Es wurde untersucht, ob die Reha-Therapiestandards in ihrer derzeitigen Form und mit ihren geplanten Anpassungen mit anderen aktuell verbreiteten Modellen und Konzepten der Behandlung von Rehabilitanden vereinbar sind.

1.6.1 Verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO)

Verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO) wurde in den Jahren 2001/2002 als integrierter, verhaltensmedizinisch geprägter Ansatz einer modernen orthopädischen Rehabilitation entwickelt und im Rahmen einer Modellstudie näher untersucht. Das Ziel ist die nachhaltige „Vermittlung des Zusammenhang von somatischen und psychosozialen Faktoren im Krankheitserleben und –verhalten“. Alle Konzepte implizieren einen niederschwelligen psychologischen und gleichzeitig einen bewegungstherapeutischen Zugang zur Funktions- und Fähigkeitsstörung“ (DRV, 2013, S. 5). Zur Zielgruppe zählen v.a. „Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen somatische und psychosoziale Funktions- und Fähigkeitsstörungen vorlagen, …. (v.a.) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit chronifizierten Schmerzzuständen und einer hohen psychischen und/oder sozialen Belastung.“ (a.a.O., S. 5). Die Anzahl der VMO-Maßnahmen nahm nach einer Ausweitung in den Folgejahren rasch zu und beträgt seit 2010 etwa 6000 Fälle/Jahr in den insgesamt 12 Einrichtungen mit entsprechender VMO-Zulassung.

Das verhaltensmedizinische Behandlungskonzept der VMO wird v.a. im Bereich Psychotherapie und Bewegungstherapie umgesetzt. „Gut abgestimmte interdisziplinäre Fallarbeit sowie eine standardisierte Psychodiagnostik zu Beginn und am Ende der Reha sind weitere Merkmale der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation. Das Konzept wird insbesondere durch die psychosoziale und psychotherapeutische Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen und einen verstärkten Einsatz von Psychotherapeut/inn/en realisiert.“ (a.a.O., S. 7).

„Die (zugelassenen) VMO-Behandlungsstätten in den orthopädischen Abteilungen haben eine eigene Reha-Stättennummer und können in der externen Qualitätssicherung als Gruppe aller VMO-Behandlungsstätten vergleichend ausgewertet werden.“ (a.a.O., S. 7).

In dem erwähnten Anforderungsprofil der DRV Bund von 2013 werden im Weiteren die relevanten Interventionen aufgeführt, die für die Gruppe der VMO-Rehabilitanden vorzuhalten sind. Somit ist davon auszugehen, dass hier insbesondere in den Bereichen Psychotherapie und Bewegungstherapie eine höhere Leistungsdichte zu erwarten ist, als im Bereich der regulären Rehabilitation oder Standardrehabilitation, die oft in denselben Kliniken stattfindet.

Da das VMO-Konzept explizit für orthopädische Erkrankungen entwickelt wurde, ergibt sich bezogen auf die RTS Chronischer Rückenschmerz möglicherweise ein Anpassungsbedarf.

Da Rehabilitationsmaßnahmen nach Knie- und Hüft-TEP in der Regel als Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, eine VMO aber nicht bei AHB in Frage kommt, ist eine Anpassung für die RTS hier nicht erforderlich.

Die Durchführung von VMO-Leistungen lediglich bei einem Teil der Rückenschmerzpatienten einer Reha-Klinik führt zu einer durchschnittlichen Anhebung der geleisteten Therapieintensitäten. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass sich diese höhere Leistungsdichte nicht auf alle Patienten, sondern nur auf die VMO-Leistungen bezieht. Auf dieses Problem der Abgrenzung ist reagiert worden. Im aktualisierten Entlassungsbericht der DRV ist für alle VMO-Patienten ein Ankreuzfeld vorhanden, so dass es nunmehr möglich sein wird, die Rehabilitandengruppe mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen und gleichzeitiger Teilnahme an einer VMO zu identifizieren.

Empfehlung:

Die Rückenschmerzpatienten, die in VMO-Abteilungen rehabilitiert werden, werden zukünftig aus der Gruppe der Rückenschmerzpatienten für die vergleichenden Analysen, welche mit Hilfe der entsprechenden RTS Chronischer Rückenschmerz vorgenommen werden, herausgenommen, um das Bild nicht zu verfälschen.

Da die VMO-Kliniken i.d.R. eine erhebliche Menge an VMO-Patienten pro Jahr haben, bietet es sich an, auch für diese Teilmenge der Rehabilitanden mit einer Rückenschmerzdiagnose eine separate, patientenbezogene vergleichende Auswertung vorzunehmen. Hierzu bedarf es einer separaten Diskussion der Anforderungen und Inhalte der ETM und der Reha-Therapiestandards.

1.6.2 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Spätestens seit dem Jahr 2000 wurde die verstärkte Einbeziehung berufsbezogener Themen in die medizinische Rehabilitation diskutiert, und es wurden zunehmend häufiger entsprechende Modelle entwickelt und evaluiert (Neuderth & Vogel, 2002).

Da ein großer Teil der Rehabilitanden neben ausdrücklichen medizinischen Problemen auch berufliche Problemlagen hat, die eine berufliche Wiedereingliederung erschweren können (sog. besondere berufliche Problemlagen/BBPL), ist davon auszugehen, dass die intensivere Befassung mit dieser berufsbezogenen Problematik den Reha-Erfolg insgesamt verbessert. Dabei ist i.d.R. sowohl an eine bessere diagnostische Erfassung der besonderen beruflichen Problemlage (z.B. durch Functional Capacity Evaluation/FCE) als auch an erste Behandlungselemente zur besseren Bewältigung dieser Problemlagen (z.B. berufsbezogene Gruppen oder Arbeitstherapie).

Nach vielen positiven Ergebnissen und einem breiten Expertenkonsens zur Notwendigkeit dieser Entwicklung hat die Deutsche Rentenversicherung Bund Standards für die Durchführung der Medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBOR) in Form eines Anforderungsprofils erarbeitet, die inzwischen in dritter Auflage erschienen ist (DRV Bund, 2012). In diese dritte Auflage sind auch die Ergebnisse einer Evaluationsstudie zur Umsetzung des Anforderungsprofils in ausgesuchten Modellkliniken eingegangen, die sich u.a. mit der Realisierung der quantitativen Anforderungen des Anforderungsprofils bzw. der vorgesehenen Behandlungseinheiten beschäftigt hat (Bethge et al., 2012).

Das Anforderungsprofil bietet zunächst eine nähere Eingrenzung der Zielgruppe von MBOR-Behandlungen, d.h. Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen. Ferner erläutert es die Art der Reha-Behandlungseinheiten (einschl. Angabe der zugehörigen KTL-Ziffern), die bei diesen Rehabilitanden erwartet werden, wenn sie in speziellen MBOR-Einrichtungen behandelt werden. Ursprünglich war die Konzeption von MBOR an der Rehabilitation bei Muskuloskeletalen Erkrankungen orientiert. Sehr bald zeigte sich, dass MBOR einen vergleichbaren Stellenwert auch in der Psychosomatischen Rehabilitation und der Entwöhnungsbehandlung einnimmt bzw. einnehmen sollte. Auch in den übrigen Indikationsgebieten gibt es viele Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen, allerdings nach aktuellen Einschätzungen nicht so häufig vorkommend.

Seit dem Jahr 2013 haben die Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit gegenüber den Trägern der Deutschen Rentenversicherung eine Art Zulassung zur Erbringung von MBOR-Leistungen zu beantragen und diese auch konzeptionell zu verankern bzw. personell zu hinterlegen. Reha-Einrichtungen, die bei ihren Rehabilitanden, in mehr oder weniger großem Umfang, zusätzliche MBOR-Leistungen erbringen (und auch entsprechend höhere Vergütungen erhalten), werden im Durchschnitt ihrer Rehabilitanden bei den entsprechenden Leistungseinheiten bessere Ergebnisse in den RTS erhalten als Reha-Kliniken, die nicht auf die Erbringung von MBOR-Leistungen spezialisiert sind.

Vor diesem Hintergrund ist es zielführend, dass es ab dem 1.1.2015 mit dem neuen Entlassungsberichtsformular der DRV möglich sein wird, zu verschlüsseln, dass der jeweilige Rehabilitand eine MBOR-qualifizierte Leistung erhalten hat. Dies bietet die Gelegenheit, bei der Gesamtgruppe der Rehabilitanden der Indikationsgruppen der RTS diejenigen Rehabilitanden kenntlich zu machen, die eine MBOR erhalten haben.

Empfehlung:

Rehabilitanden mit MBOR-Maßnahmen werden zukünftig aus den RTS-Auswertungen herausgenommen oder sie werden zumindest für bestimmte (noch näher zu definierende) Auswertungen bzw. ETM besonders betrachtet bzw. separat analysiert und verglichen. Dies erscheint wichtig, um dem Anspruch fairer Vergleiche gerecht zu werden.

Dies dürfte insbesondere für die RTS Chronischer Rückenschmerz, Alkoholabhängigkeit und Depression gelten, im Prinzip aber für alle RTS bei Erwachsenen.

Als Grundlage für die Vergleiche bei MBOR-Rehabilitanden untereinander wären gleichzeitig auch die relevanten ETM zu definieren und Standards zu vereinbaren. Hier bieten die Vorgaben des Anforderungsprofils und die Ergebnisse der MBOR-Management-Studie eine gute Grundlage. Allerdings wäre es sinnvoll, die dort vorgelegten Anhaltszahlen wegen der angestrebten Verwendung im RTS-Kontext auch unter Beteiligung von Reha-Klinikern neu zu beraten.

1.6.3 Patientenschulung

Medizinische Rehabilitation ist, nach einem modernen Verständnis, im Kern darauf gerichtet, die Rehabilitanden dabei zu begleiten und zu unterstützen, neue Einstellungen, Lebensstile und Verhaltensweisen zu entwickeln, die dazu beitragen, bestehende Einschränkungen besser zu bewältigen. Zwar dienen im Prinzip alle Behandlungsangebote der Rehabilitation diesem übergeordneten Ziel, aber unter der Überschrift Patientenschulung und Gesundheitsbildung sind einige Behandlungsangebote ausdrücklich auf die Vermittlung von

krankheits- bzw. belastungsbezogenem Wissen sowie auf das Erlernen von Handlungkompetenzen und -strategien ausgerichtet.

Die Qualifizierung der Patientenschulung ist seit mehr als 10 Jahren ausdrückliches Anliegen der Deutschen Rentenversicherung. Während die frühen rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsprojekte sich zunächst auf die Entwicklung von Patientenschulungskonzepten konzentriert hatten, war es in späteren Phasen zusätzliches Forschungsthema, zu klären, wie erprobte und evaluierte Programme in der Praxis Verbreitung finden können und wie gewährleistet werden kann, dass sie dort auch qualifiziert umgesetzt werden. Das zu diesem Zweck von der DRV Bund, gemeinsam mit einigen weiteren DRV-Trägern, gegründete bzw. von diesen getragene Zentrum Patientenschulung dient vor allem diesem Zweck, der Verbreitung und Qualifizierung von Patientenschulungen im Bereich der Medizinischen Rehabilitation.

Der Bedarf an guten Schulungen ist in allen Bereichen der Rehabilitation hoch, das Angebot an vorhandenen, evaluierten Programmen allerdings noch heterogen (im Bereich der Erwachsenenrehabilitation; Friedl-Huber et al., 2007; Reusch et al., 2013). Dennoch: Prinzipiell kann in gleicher Weise für alle RTS-Indikationen die Forderung nach hinreichenden Schulungsumfängen erhoben und begründet werden (Faller et al., 2011). Auch wenn die vorgegebenen Standards derzeit in einigen Bereichen häufig nicht erreicht werden: Sie sollten im Prinzip beibehalten werden, insbesondere, wenn die Experten der Fachgebiete in den Expertenrunden hier keine anderen Vorschläge einbringen.

Inhaltlich wäre es angemessen bei den Patientenschulungs-ETM primär manualisierte und evaluierte Schulungen vorzusehen, bzw. diese in ETM separat zusammen zu fassen. Allerdings dürfte diese Forderung (die im Bereich der drei Kinder-/Jugendlichen-Reha-RTS bereits von Beginn an umgesetzt ist) gegenwärtig für die Versorgungspraxis in der Rehabilitationsmedizin bei Erwachsenen nur schwer umsetzbar sein.

Empfehlung:

Die Anforderungen im Bereich Patientenschulung derzeit im Wesentlichen nicht verändern.

1.6.4 Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronischer Rückenschmerz

Im Hinblick auf die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz ergab sich die Notwendigkeit zu überprüfen, ob und welche Konsequenzen sich aus den Empfehlungen der Praxisempfehlungen für die Anpassung der Reha-Therapiestandards ergeben. Nach Möglichkeit soll gewährleistet sein, dass Anpassungen der Reha-Therapiestandards vereinbar mit anderen aktuell verbreiteten Modellen und Konzepten der Behandlung von Rehabilitanden sind. In der folgenden Übersicht werden daher den Empfehlungen aus den Praxisempfehlungen die aktuellen Vorgaben der Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz gegenübergestellt und Konsequenzen bzw. Vorschläge für den Aktualisierungsprozess abgeleitet. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen als evidenzbasierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei konkreten Problemlagen konzipiert sind. Sie bieten einerseits konkrete Handlungsanleitungen, andererseits lässt ihr empfehlender Charakter den Rehabilitationseinrichtungen ausreichenden Spielraum für die konkrete Ausgestaltung des

psychologischen Handelns in der Rehabilitation. Einen Überblick über den Vergleich gibt die folgende Tabelle 4:

Tabelle 4
Vergleich der Praxisempfehlungen mit den Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz

Empfehlung aus den Praxisempfehlungen Chronische Rückenschmerzen	**Aktuelle Vorgaben der Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz**	**Daraus abgeleitete Konsequenzen/Vorschläge für die geplante Aktualisierung**
Basisangebote für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen: **Alle** Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen sollen an einer Rückenschule teilnehmen, die auf einem **biopsychosozialen** Ansatz basiert. Die unterschiedlichen Module sollen von verschiedenen Berufsgruppen (u.a. Psychologen) geleitet werden. Ein Beispiel hierfür ist die standardisierte Patientenschulung „Curriculum Rückenschule“.	**ETM 04:** Patientenschulung chron. Rückenschmerzen (Rückenschule): Mind. 90% der Rehabilitanden sollen Rückenschule erhalten, Mindestdauer pro Rehabilitation: 270 Minuten. KTL-Leistungseinheiten: C141 (Standardisierte Rückenschule) oder C149 (Nicht-standardisierte Rückenschule)	**Kein Änderungsbedarf.**
Basisangebote für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen: Allen Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen soll angeboten werden, am Entspannungstraining teilzunehmen. Bei bestehender (Mindest-)Motivation soll eine Teilnahme am Entspannungstraining erfolgen. Falls Rehabilitanden dem Entspannungstraining ablehnend gegenüberstehen, soll versucht werden, sie trotzdem zur Teilnahme zu motivieren (z.B. indem der Zweck des Entspannungstrainings erläutert wird).	**ETM 07**: Entspannungstraining: Mind. 60% der Rehabilitanden sollen Entspannungstraining erhalten, Mindestdauer pro Rehabilitation: 180 Minuten, Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation: mind. 4 mal.	**Diskussion, ob 60% der Rehabilitanden dem Anteil entspricht, der eine „(Mindest-)Motivation“ aufweist, ist nötig.**
Basisangebote für Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen: Schmerzbewältigungstraining oder Psychologische Schmerztherapie: Wenn entsprechende Indikationen vorliegen, sollen Rehabilitanden am Schmerzbewältigungstraining / an der psychologischen Schmerztherapie teilnehmen	**ETM 08:** Schmerzbewältigung: Mind. 50%, Mind. 200 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**
Bei Bedarf (z.B. positives Screening auf Depression und Angst, spezifische Problemlagen): Psychologisches Einzelgespräch	**ETM 06:** Psychologische Beratung und Therapie: Mind. 30%, Mind. 60 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**
Bei Bedarf: Beratung durch den Sozialarbeiter	**ETM 09:** Sozial- und sozialrechtliche Beratung, Mind. 50%, Mind. 30 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**
Bei Bedarf: Stressbewältigungstraining	**ETM 05**: Gesundheitsbildung; Mind. 90%, Mind. 60 Minuten pro Rehabilitation: (C084. Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“) **ETM 06:** Psychologische Beratung und Therapie: Mind. 30%, Mind. 60 Minuten pro Rehabilitation (F051: Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Stressbewältigung)	**Kein Änderungsbedarf**
Bei spezifischen Problemen in Bezug auf Erwerbstätigkeit: Berufsbezogenes Beratungsangebot; nach Möglichkeit	**ETM 10:** Unterstützung der beruflichen Integration; Mind. 20%, Mind. 30 Minuten pro Rehabilitation	**Berücksichtigung von MBOR in den Reha-Therapiestandards**

medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)		
Bei Bewegungsmangel: Ausreichende Bewegung, Motivierung zur Verhaltensänderung	**ETM 01:** Bewegungstherapie, Mind. 90%, Mind. 450 Minuten pro Woche, mind. 5 Mal pro Woche; **ETM 05**: Gesundheitsbildung; Mind. 90% , Mind. 60 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**
Bei ungenügender Adhärenz: Gespräch mit dem Arzt, evtl. psychologisches Einzelgespräch	**ETM 06:** Psychologische Beratung und Therapie: Mind. 30%, Mind. 60 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**
Grundsätzlich: Wichtige Bedeutung von Screenings und vertiefender Diagnostik	**In der RTS bisher nicht abbildbar.**	**Diskussion nötig**

1.6.5 Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzkrankheit

Praxisempfehlungen wurden ebenfalls für die Indikation Koronare Herzkrankheit entwickelt. Im Folgenden werden den Empfehlungen aus den Praxisempfehlungen die aktuellen Vorgaben der Reha-Therapiestandards KHK gegenübergestellt und Konsequenzen bzw. Vorschläge für den Aktualisierungsprozess abgeleitet. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von KHK als evidenzbasierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei konkreten Problemlagen konzipiert sind. Sie bieten einerseits konkrete Handlungsanleitungen, andererseits lässt ihr empfehlender Charakter den Rehabilitationseinrichtungen ausreichenden Spielraum für die konkrete Ausgestaltung des psychologischen Handelns in der Rehabilitation. Einen Überblick über den Vergleich gibt die folgende Tabelle 5:

Tabelle 5
Vergleich der Praxisempfehlungen mit den Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit

Empfehlung aus den Praxisempfehlungen Koronare Herzerkrankung	**Aktuelle Vorgaben der Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit**	**Daraus abgeleitete Konsequenzen/Vorschläge für die geplante Aktualisierung**
Bei stressbedingter Hypertonie und langandauernden psychosozialen Belastungen: Entspannungstraining	**ETM 10**: Entspannungstraining: Mind. 60% der Rehabilitanden sollen Entspannungstraining erhalten, Mindestdauer pro Rehabilitation: 180 Minuten, Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation: mind. 4 mal.	**Kein Änderungsbedarf**
Bei Bedarf (z.B. positives Screening auf Depression und Angst, spezifische Problemlagen): Psychologisches Einzelgespräch oder Psychoedukation	**ETM 09:** Psychologische Beratung und Therapie: mind. 25%, mind. 60 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**
Bei Bedarf: Beratung durch den Sozialarbeiter	**ETM 09:** Sozial- und sozialrechtliche Beratung, mind. 50%, mind. 30 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**
Bei Bedarf: Neuropsychologische Diagnostik und Therapie	**ETM 09:** Psychologische Beratung und Therapie: mind. 25%, mind. 60 Minuten pro Rehabilitation	**Aufnahme neuropsychologischer Therapien (F10-F14)**
Bei Bedarf: Stressbewältigungstraining	**ETM 06**: Gesundheitsbildung: mind. 90% , mind. 60 Minuten pro Rehabilitation: (Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“) **ETM 09:** Psychologische Beratung und Therapie: mind. 25%, mind. 60 Minuten pro Rehabilitation (Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Stressbewältigung)	**Kein Änderungsbedarf**
Bei spezifischen Problemen in Bezug auf Erwerbstätigkeit: Berufsbezogenes Beratungsangebot; nach Möglichkeit medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)	**ETM 12:** Sozial- und sozialrechtliche Beratung: mind. 20%, mind. 30 Minuten pro Rehabilitation **ETM 13:** Unterstützung der beruflichen Integration: mind. 40%, mind. 30 Minuten pro Rehabilitation	**Berücksichtigung von MBOR in den Reha-Therapiestandards**
Bei Bewegungsmangel: Ausreichende Bewegung, Motivierung zur Verhaltensänderung	**ETM 01-03:** Bewegungstherapie, variable Anforderungen **ETM 06**: Gesundheitsbildung: mind. 90% , mind. 60 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**
Bei ungenügender Adhärenz: Gespräch mit dem Arzt, evtl. psychologisches Einzelgespräch	**ETM 09:** Psychologische Beratung und Therapie: mind. 25%, mind. 60 Minuten pro Rehabilitation	**Diskussion, ob ärztliche Beratungen z.B. in das ETM Gesundheitsbildung aufgenommen werden sollten.**
Bei Bedarf: psychologisch fundierte Maßnahmen zur Verhaltensveränderung im Bereich Ernährung	**ETM 05:** Spezielle Patientenschulung: mind. 40%, mind. 90 Minuten pro Rehabilitation (Standardisierte Schulung bei Stoffwechsel-störungen zum Thema "Gesunde Ernährung") **ETM 07:** Ernährungsschulung – theoretisch: mind. 70%, mind. 90 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**

	ETM 08: Ernährungsschulung – praktisch: mind. 25%, mind. 180 Minuten pro Rehabilitation	
Bei Tabakkonsum: Raucher sollten über Angebote zur Tabakentwöhnung informiert werden und auf freiwilliger Basis an einer verhaltenstherapeutisch orientierten Tabakentwöhnung teilnehmen.	**ETM 11:** Tabakentwöhnung: mind. 5%, mind. 180 Minuten pro Rehabilitation, Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation: 3 Mal.	**Kein Änderungsbedarf**
Bei Psychotherapiebedarf: Ambulante Psychotherapie vorbereiten, Empfehlung im Entlassbericht	**ETM 14:** Nachsorge und soziale Integration: mind. 80%, mind. 15 Minuten pro Rehabilitation	**Kein Änderungsbedarf**

1.7 Experten-Workshops

1.7.1 Experten-Workshop mit Patientenvertreter/-Innen vom 13.-14.04.2015 in Berlin

Im April 2015 fand der erste Expertenworkshop mit Vertretern/Innen von Organisationen und Verbänden der Selbsthilfe unter Beteiligung der Rentenversicherung und der Projektnehmer statt (s. Anhang F, Teilnehmerliste und Programm). Der Workshop erstreckte sich über zwei halbe Tage, an denen Diskussionen im Plenum und die Bearbeitung konkreter Fragestellungen in Arbeitsgruppen durchgeführt wurden.

Das Ziel des Workshops war, mit Patientenvertretern über deren praktischen Erfahrungen mit der medizinischen Rehabilitation bzw. den Reha-Therapiestandards und deren Einschätzung des Nutzens der Reha-Therapiestandards sowie deren konkreten Ausgestaltung zu diskutieren. Wichtig war hierbei, dass die jeweiligen Vertreter einer Indikation selbst betroffen sind und über eigene Reha- Erfahrungen verfügten. Anstelle von betroffenen Kindern und Jugendlichen konnten diese auch durch Angehörige vertreten werden.

Das Konzept der Veranstaltung sah nach einer Kurzeinführung in die Reha-Therapie-standards und in das Projekt die Bildung von indikationsübergreifenden Arbeitsgruppen vor. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert.

Den Teilnehmern des Workshops wurden im Vorfeld die aktuellsten Versionen der Konsultationsfassungen (Version 2, die parallel im Online-Diskussionsforum zur Diskussion gestellt wurde) sowie ein Handout mit den zentralen indikationsübergreifenden Änderungen der Reha-Therapiestandards, die am ersten Tag des Workshops thematisiert werden sollten, zugesandt (s. Anhang B, Handout).

Die Vertreter der Patientenorganisationen und Verbände (n=17) verteilten sich wie folgt auf die Indikationsbereiche: RTS Brustkrebs (n=2), RTS Hüft- und Knie-TEP (n=2), RTS Schlaganfall (n=3), RTS Chronischer Rückenschmerz (n=4), RTS Koronare Herzkrankheit (n=1), RTS Diabetes mellitus (n=1), RTS Depression (n=2), RTS Alkoholabhängigkeit (n=2) und RTS Kinder und Jugendliche (n=0).

Am ersten Tag fand in drei parallel stattfindenden Arbeitsgruppen ein indikationsübergreifender Erfahrungs- und Meinungsaustausch zu den grundlegenden Therapieelementen der Rehabilitation, welche über die Therapiemodule der Reha-Therapiestandards abgebildet sind, statt. Konkret wurden die geplanten indikationsübergreifenden Mindestanforderungen in den Therapiemodulen ETM Gesundheitsbildung (u.a. Streichung aller Vorträge), ETM Patientenschulung (u.a. Beschränkung auf standardisierte und nicht-standardisierte Schulungen), ETM Ernährung (Zusammenlegung der Module theoretische und praktische Ernährung), ETM Ergotherapie & Künstlerische Therapien (u.a. Zusammenlegung bei RTS Brustkrebs und RTS Depressive Störung), ETM Arbeitsbezogene Therapien (u.a. Integration des ETM in alle RTS) und ETM Soziale Arbeit (u.a. Zusammenlegung von Modulen) vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe verschiedener Meta-Plantechniken visualisiert und im Plenum vorgestellt.

Am zweiten Tag stand die Erörterung und Diskussion zentraler Kriterien der Qualität der Rehabilitation (Personelle Rahmenbedingungen, Inhalte und Struktur der Reha) aus Sicht der Teilnehmer im Mittelpunkt. Ferner wurden grundsätzliche Überlegungen, inwiefern die

erörterten Qualitätsmerkmale der Rehabilitation umsetzbar und in den Reha-Therapiestandards abbildbar sind, thematisiert. Ergänzend dazu bestand im Plenum die Möglichkeit, die Grundidee und Zielsetzung der Reha-Therapiestandards sowie deren Vor- und Nachteile im Hinblick auf Standardisierung und Individualisierung zu diskutieren.

Die zentralen Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden an beiden Tagen jeweils am Ende der Arbeitsphasen im Plenum vorgestellt und diskutiert. Im Anschluss an den Workshop wurden die Ergebnisse der beiden Tage fotografiert (s. Anhang B, Fotodokumentation), verschriftlicht (s. Kapitel 2 unter der jeweiligen Indikation) und an die Teilnehmer des Workshops zuzüglich einer Aufstellung rehabilitationsbezogener Internetportale versandt.

Zusammenfassend wurde der Workshop von allen Teilnehmenden als sehr fruchtbar und konstruktiv empfunden. Seitens der Patientenvertreter wurden die Themenkomplexe „Beteiligung am Reha-Verlauf“ (u.a. Mitgestaltung der Reha-Abläufe durch den Rehabilitand), das Zusenden von Vorab-Informationen zur Reha (u.a. Wahlmöglichkeiten, Vereinbarung von Reha-Zielvereinbarungen) sowie Aspekte der Transparenz und Qualität (u.a. vergleichbare Qualifikation der Ärzte und Therapeuten in vergleichbaren Kliniken, Qualität der Dokumentation) als bedeutsam hervorgehoben. Um dem zentralen Wunsch der Patientenvertreter nach einer größeren Transparenz und einem stärkeren Einbezug der Patientensicht in allen Phasen des Reha-Verlaufs zu gewährleisten, wurden verschiedene Möglichkeiten wie u.a. die Aufnahme von KTL-Codes zu „Gespräche mit dem Rehabilitand“ diskutiert und bei der weiteren Überarbeitung der Konsultationsfassungen zunächst berücksichtigt.

Die allgemeinen indikationsübergreifenden Änderungsvorschläge wurden grundsätzlich begrüßt und auf einen Anpassungsbedarf hinsichtlich der vorgesehenen Mindestanforderungen in Teilen hingewiesen. In allen Arbeitsgruppen wurde der Wunsch nach einer stärkeren Patientenorientierung (u.a. gemeinsame Entwicklung von Reha-Zielen zwischen Arzt/Reha-Team und Rehabilitand; Einbezug der Patientensicht), einer besseren Vernetzung und Aufklärung, einer Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Reha und Selbsthilfe sowie eine gute Vorbereitung der Nachsorge betont.

Aufgrund einer sehr kurzfristigen Absage wurden die RTS Kinder und Jugendliche im Rahmen des Workshops leider von keiner Organisation oder Verband vertreten. Es zeigte sich bereits im Vorfeld, dass es schwierig ist, einen Vertreter aus dem Bereich der Kinder und Jugendlichen-Reha zu gewinnen. Künftig müsste hier über andere Zugangswege nachgedacht werden.

Die Ergebnisse des Workshops wurden zwischen den Instituten und der Auftraggeberin erörtert und – soweit möglich - bei der weiteren Überarbeitung der Konsultationsfassungen und dem weiteren Projektverlauf berücksichtigt. Einige der Patientenvertreter/-Innen nahmen auch an dem abschließenden Experten-Workshop im Juli 2015 teil (siehe Kap. 1.7.2).

1.7.2 Experten-Workshop mit klinischen Experten vom 14.-16.07.2015 in Berlin

Der Expertenworkshop mit klinischen Experten/Innen (n=113), Vertreter/Innen von Patientenorganisationen und Verbänden einzelner Indikationen (n=7) sowie der Projektnehmer und der Rentenversicherung fand vom 14.07.2015 bis zum 16.07.2015 in den Räumlichkeiten der DRV Bund in Berlin statt (s. Anhang G, Teilnehmerliste und Programm). Den teilnehmenden Experten wurden im Vorfeld die aktuellste Version der Konsultationsfassungen (Version 3), die Kommentare der 2. Öffnungsphase der Online-Plattform (s. Kapitel 2), die Ergebnisse der Literaturanalyse (s. Kapitel 2) sowie eine Gegenüberstellung der Anforderungen der „alten“ und „neuen“ RTS der jeweiligen Indikation (s. Anhang H, Mindestanforderungen) zur Vorbereitung auf den Workshop zugesandt.

Die Diskussion der Konsultationsfassungen fand am 14.07.2015 für die Indikationen RTS Chronischer Rückenschmerz, RTS Hüft- und Knie-TEP, RTS Koronare Herzkrankheit und RTS Diabetes mellitus Typ 2 sowie am 15.07.2015 für die Indikationen RTS Depressive Störungen, RTS Alkoholabhängigkeit, RTS Brustkrebs und RTS Schlaganfall in parallel stattfindenden indikationsspezifischen Arbeitsgruppen statt. Am 16.07.2015 wurde der Workshop für die RTS Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis durchgeführt. Eine Übersicht über die Teilnehmer befindet sich im Anhang.

Die Ergebnisse der Diskussionen der Arbeitsgruppen wurden im Plenum zusammengetragen, verschriftlicht, zwischen den Instituten und der Auftraggeberin erörtert und bei der endgültigen Überarbeitung der finalen Konsultationsfassungen berücksichtigt.

Zusammenfassend haben sich die Vorbereitung, der Ablauf sowie die Art der Durchführung des Workshops (Plenum – indikationsspezifische Arbeitsgruppen - Plenum) bewährt. Lediglich der Zeitrahmen für die Diskussion in den einzelnen Arbeitsgruppen war etwas knapp bemessen. Für Phasen der Diskussion sollten daher künftig eventuell etwas mehr Zeit eingeplant werden.

Die Diskussionen waren in allen Arbeitsgruppen sehr konstruktiv und zielführend. Während sich einige Aspekte gezielt auf eine bestimmte Indikation bezogen (u.a. Therapie kommunikativer Störungen), wurden andere Punkte indikationsübergreifend diskutiert (u.a. Betonung der Vorbereitung der Nachsorge im Titel der ETM). Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden aufbereitet, mit der Auftraggeberin diskutiert und weitgehend in die finalen Konsultationsfassungen integriert.

1.8 Fazit und Ausblick

1.8.1 Fazit: Die Veränderungen im Überblick

Für alle neun RTS liegen mit Projektende neue Versionen vor. Die Unterschiede zu der bisherigen Version lassen sich in solche gliedern, die indikationsübergreifend alle oder mehrere RTS betreffen und solche, die spezifisch für eine Indikation sind. Im Folgenden wird zunächst in inhaltlicher Hinsicht auf die wichtigsten indikationsübergreifenden und dann in zusammenfassender Form auf die zentralen indikationsspezifischen Änderungen eingegangen.

Indikationsübergreifende Änderungen

Die folgende Auflistung stellt die wesentlichen inhaltlichen Änderungen dar:

- In allen RTS gibt es nun ein ETM mit dem Titel „Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien“ (Ausnahme RTS für Kinder und Jugendliche, hier heißt das ETM „Berufliche Orientierung und Integration“).
- In allen RTS gibt es zukünftig ein ETM „Ernährungstherapeutische Leistungen“, in dem theoretische und praktische Leistungen zusammengefasst sind.
- Das ETM Gesundheitsbildung umfasst nur noch zwei Vorträge, so dass der Fokus jetzt stärker auf Schulungen, Seminaren und Anleitungen liegt. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf übergreifenden Themen wie z.B. Risikofaktoren der Grunderkrankung, Folge- und Nebenerkrankungen sowie das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Das Modul „Patientenschulung“ wurde umbenannt in „Krankheitsspezifische Patientenschulung“.
- Die Module zur klinischen Sozialarbeit wurden gestrafft. Statt bisher drei (Sozial- und sozialrechtliche Beratung, Unterstützung der beruflichen Integration, Nachsorge und soziale Integration) gibt es nun zwei Module (Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration, Vorbereitung nachgehender Leistungen).
- In allen RTS wurden zwei ärztliche KTL-Codes aufgenommen („Ärztliche Beratung, Krankheit und Therapie einzeln“ im Modul Gesundheitsbildung und "Ärztliche sozialmedizinische Beratung einzeln" im ETM Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration).
- In vielen Fällen wurden Mindestdauer, Mindesthäufigkeiten und Mindestanteile neu festgelegt.
- In mehreren Therapiemodulen wurde – wo es sinnvoll ist - die zeitliche Bezugseinheit der Leistungserbringung von „pro Rehabilitation“ auf „pro Woche“ umgestellt (z.B. bei Psychologischen Interventionen und Entspannungsverfahren).
- Neue wissenschaftliche Evidenz führte dazu, die Anforderungen in einigen Therapiemodulen anzupassen (z.B. verstärkte Evidenz für psychologische Interventionen bei den RTS Chronischer Rückenschmerz führte zur Erhöhung des entsprechenden Mindestanteils, in den RTS Koronare Herzkrankheit wurden im Rahmen einer Anpassung an aktuelle Leitlinien die Anforderungen im Modul Bewegungstherapie neu festgelegt).
- Die Beschreibungen der Therapeutischen Inhalte zu den jeweiligen Therapiemodulen wurden präzisiert und vereinheitlicht.

Generell beziehen sich die zugeordneten KTL-Leistungseinheiten nun auf die neue KTL-Version 2015.

Bezüglich der Struktur der Therapiemodule gab es folgende Änderungen:

- Aufgrund von neuen Zuschnitten einzelner ETM (z.B. Streichen, Neuaufnahme oder Zusammenlegung) ändert sich die Nummerierung der ETM gegenüber der vorherigen Version.
- Bei jedem ETM wurde die Kategorie „Weitere Hinweise“ ergänzt. Dort finden sich z.B. Angaben zur Dokumentation der erbrachten Leistungen sowie ergänzende inhaltliche Hinweise.

Indikationsspezifische Änderungen

Indikationsspezifische Änderungen begründen sich durch Spezifika der jeweiligen Indikation. Im Folgenden werden die zentralen Änderungen für die 9 RTS vorgestellt:

RTS Alkoholabhängigkeit

Für die RTS Alkoholabhängigkeit wurden die ETM der Sucht- bzw. Psychotherapie neu strukturiert: Während in der bisherigen Version der RTS eine Unterteilung in „Allgemeine Psychotherapie“ und „Indikative Therapien: Themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität“ vorlag, wurde die Sucht- und Psychotherapie in der vorliegenden Version in ein ETM zu Einzel- und ein ETM zu Gruppen-Interventionen getrennt. Entsprechend wurden für beide Module auch die Mindestanforderungen neu festgelegt. Die neuen Module weisen eine deutlichere Trennschärfe auf.

RTS Brustkrebs

In der neuen Version der RTS Brustkrebs wurden die bisherigen Module „Psychologische Beratung und Therapie“ und „Künstlerische Therapien“ zu einem neuen, kombinierten Modul „Psychologische Interventionen und Künstlerische Therapien“ zusammengefasst. Die Zusammenlegung der beiden ETM ist konzeptionell möglich, aufgrund des psychotherapeutischen Zugangs der Künstlerischen Therapien bei der Unterstützung der Krankheitsverarbeitung.

RTS Chronischer Rückenschmerz

In der neuen Version der RTS Chronischer Rückenschmerz wurde der Mindestanteil des Moduls Psychologische Interventionen (vormals ETM Psychologische Beratung und Therapie) aufgrund vorliegender Evidenz von 30% auf 50% erhöht.

Der Mindestanteil im ETM Entspannungsverfahren (vormals ETM Entspannungstraining) wurde von 60% auf 50% reduziert.

RTS Depressive Störungen

Bei den RTS Depressive Störungen wurden mangels Trennschärfe die beiden ersten Module umstrukturiert: Anstelle eines Moduls zur allgemeinen Psychotherapie und eines Moduls zu indikativen Gruppen bei Komorbiditäten beinhaltet die vorliegende Version der RTS ein Modul zur Einzelpsychotherapie (ETM 01) und ein Modul zur Gruppenpsychotherapie (ETM 02). Die Mindestanforderungen wurden für beide Therapiemodule neu festgelegt.

RTS Diabetes mellitus

Für die RTS Diabetes mellitus wurden Anpassungen im Bereich der Patientenschulung und Gesundheitsbildung vorgenommen: Die vormals getrennten Module Gesundheitsbildung und Spezielle Patientenschulung wurden zu einem ETM Gesundheitsbildung zusammengefasst. Die Mindestanforderungen wurden entsprechend angepasst.

Im ETM Krankheitsspezifische Patientenschulung wurde die Mindestdauer bei gleichbleibendem Mindestanteil gesenkt.

RTS Hüft- und Knie-TEP

Für die RTS Hüft – und Knie-TEP wurde die zeitliche Mindestanforderung des ETM Bewegungstherapie von vormals 480 Minuten pro Woche auf 360 Minuten pro Woche gesenkt. Dies liegt in dem neuen inhaltlichen Zuschnitt des ETM begründet, einige KTL-Codes wurden in das neu eingeführte Modul Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien verschoben.

RTS für Kinder und Jugendliche: Adipositas

Für das Modul Bewegungstherapie wurde in der Rehabilitandengruppe der ab 8-jährigen die Mindestdauer von 360 Minuten pro Woche, Mindesthäufigkeit 5-mal, auf 220 Minuten pro Woche und eine Mindesthäufigkeit von 4 Terminen gesenkt. Im ETM Bewegungsspiele in der Rehabilitandengruppe der ab 8-jährigen wurden die zeitlichen Mindestanforderungen von 270 Minuten pro Woche, mind. 4-mal, auf 200 Minuten pro Woche, mind. 3-mal, gesenkt. Die Senkung der Mindestanforderungen basiert auf einer Angleichung an aktuelle Leitlinien.

Das ehemalige Modul Psychologische Beratung und Therapie wurde umbenannt in ETM Psychologische Interventionen und Künstlerischen Therapien, der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden gemäß den Empfehlungen in aktuellen Leitlinien von 10% auf 50% erhöht.

RTS für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale

Für das Modul Bewegungsspiele wurde in der Rehabilitandengruppe der ab 8-jährigen die Mindestdauer von 270 Minuten pro Woche, Mindesthäufigkeit 4-mal, auf 200 Minuten pro Woche und eine Mindesthäufigkeit von 3 Terminen gesenkt. Im ETM Atemgymnastik wurde der Mindestanteil bei bis 7-jährigen von 30% auf 60% und bei ab 8-jährigen von 40%auf 80% erhöht.

RTS für Kinder und Jugendliche mit Neurodermitis

Analog zu den RTS für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale wurde bei diesen RTS im Modul Bewegungsspiele in der Rehabilitandengruppe der ab 8-jährigen die Mindestdauer von 270 Minuten pro Woche, Mindesthäufigkeit 4-mal, auf 200 Minuten pro Woche und eine Mindesthäufigkeit von 3 Terminen, gesenkt.

RTS Koronare Herzkrankheit

Bei den RTS Koronare Herzkrankheit wurde der Bereich der Bewegungstherapie deutlich ausgebaut: Für das ETM Bewegungstherapie: Kraft- und Muskelaufbautraining wurde der Mindestanteil von 20% auf 50% erhöht, für das ETM Bewegungstherapie: Ausdauertraining wurde der Mindestanteil von 50% auf 90% erhöht.

RTS Schlaganfall – Phase D

Die Therapieanforderungen für Rehabilitandengruppen mit höherem Bedarf wurden aufgehoben, da sich die Umsetzung dieser Subgruppendifferenzierung in der Praxis aufgrund fehlender Zuweisungskriterien als schwierig erwies. Die aktuellen Therapieanforderungen orientieren sich zukünftig am durchschnittlichen Bedarf der Rehabilitanden.

Die vorgestellten Änderungen in den RTS bzw. einzelnen Therapiemodulen beruhen auf Ergebnissen der aktuellen Literaturrecherche, Mehrheitsmeinungen der prozessbegleitenden Experten, Teilnehmern der beiden Online-Diskussionsplattformen sowie auf den Ergebnissen eines Patienten-Workshops und eines abschließenden Experten-Workshops mit Reha-Klinikern und allen am Reha-Prozess beteiligten Berufsgruppen. Zudem wurden die Ergebnisse der KTL-Analysen unterstützend herangezogen. Einen detaillierten Überblick über das Therapievolumen in den neuen RTS bieten die Anhänge H (Übersicht: Mindestanforderungen der derzeit gültigen und der neuen Version der RTS) und I (Übersicht: Therapievolumen der neuen Version der RTS).

1.8.2 Ausblick und Perspektiven

Abschließend soll auf die Frage eingegangen werden, welche Aktualisierungszyklen der RTS sinnvoll sind und welche generellen Weiterentwicklungen der Therapiestandards zukünftig möglich und sinnvoll erscheinen.

a) Aktualisierungszyklen der RTS

Das Projekt der Überarbeitung der RTS in den Jahren 2013 – 2015 war ein sehr aufwändiges Vorhaben, welches in dieser Form sicherlich nur in größeren Zeitabständen durchführbar ist. Bei einer kritischen Durchsicht der Literatur kommt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (2012) zur Schlussfolgerung, dass das Aktualisierungsintervall von Leitlinien fünf Jahre betragen sollte. Dies korrespondiert auch mit Positionen der AWMF (www.awmf.org) sowie mit internationalen empirischen Untersuchungen, die aufzeigen, dass Leitlinien im Durchschnitt eine Gültigkeitsdauer von ca. 5 Jahren haben. Verschiedene Autoren empfehlen aber, bereits nach 3 Jahren eine Bewertung der Aktualisierungsnotwendigkeit vorzunehmen. Dabei sollten neben der wissenschaftlichen Erkenntnislage auch mögliche Veränderungen der Versorgungslandschaft (in der Rehabilitation z.B. Verkürzung von Liegezeiten in zuweisenden Krankenhäusern) und allgemeine gesundheitspolitische Entwicklungen (z.B. zunehmende Forderungen nach Patientenbeteiligung) berücksichtigt werden.

Auch wenn die RTS keine Leitlinien im engeren Sinne darstellen, kann man sich an diesen Positionen orientieren. Angesichts der großen Bedeutung der RTS für die Qualitätssicherung der DRV würden wir empfehlen, alle 3 Jahre eine Prüfung der Notwendigkeit der Aktualisierung der RTS vorzunehmen. Dabei könnte man sich ggf. auch auf Teilabschnitte beschränken (z.B. die RTS-übergreifende Prüfung der Anforderungen zu Bewegungstherapie). Dieses kleinere, RTS-übergreifende Projekt könnte z.B. aus einer kursorischen Literaturrecherche nach wichtigen Reviews, einer schriftlichen Befragung unter allen an der jetzigen RTS beteiligten Experten und einer allgemeinen Beurteilung der o.e. versorgungsbezogenen und gesundheitspolitischen Entwicklung bestehen. Das Ergebnis könnte aus der Empfehlung bestehen, nach weiteren 2 Jahren eine umfassende Aktualisierung vorzunehmen oder erst einmal abzuwarten und nach weiteren 3 Jahren erneut eine Bewertung der Aktualisierungsnotwendigkeit vorzunehmen.

b) Allgemeiner vs. spezifischer Geltungsbereich

Oft wird an den RTS die Kritik geäußert, die Bündelung der Therapieanforderungen zu Diagnosen (wie z.B. „Chronischer Rückenschmerz“) sei zu global, da es innerhalb dieser Diagnosen viele heterogene Untergruppen mit unterschiedlichem Behandlungsbedarf gebe. Besteht hier Handlungsbedarf?

Unseres Erachtens sollte man das Instrument der RTS nicht zu komplex ausgestalten und es besser – unter Berücksichtigung und Darlegung der Limitationen – einfach halten. Eine weitere Ausdifferenzierung der RTS in Subgruppen würde es immer schwerer machen, das Instrument in der Praxis zu implementieren und für übersichtliche Qualitätsrückmeldungen zu nutzen. Die Limitation bei Beibehaltung des jetzigen Differenzierungsgrads besteht darin, dass die Adäquatheit der Anforderungen davon abhängt, ob

- das Mengenverhältnis verschiedener Subgruppen mit ggf. unterschiedlichem Behandlungsbedarf passend eingeschätzt und berücksichtigt wird,

- dieses Mengenverhältnis bei verschiedenen Einrichtungen nicht zu unterschiedlich ausfällt.

Bei einer möglichen Weiterentwicklung der RTS wäre es deshalb u.U. sinnvoll, dieses Problem systematischer anzugehen, als es in dem jetzigen Projekt möglich war. Man könnte z.B. expertengestützt behandlungsbedarfsrelevante Subgruppen identifizieren (ggf. unter Nutzung von bestehenden Patientenklassifikationssystemen wie den „Rehabilitanden-Management-Kategorien“) und die Häufigkeit dieser Subgruppen sowie ihre Verteilungs-diversität in Rehabilitationseinrichtungen empirisch bestimmen. Einrichtungen, die (z.B. aufgrund von Spezialisierungen) sehr untypische Verteilungen aufweisen, könnte man in diesem Bereich von der Berichtserstattung in der Qualitätssicherung ausnehmen, um sie nicht mit unpassenden Anforderungen zu konfrontieren. Diese Vorgehensweise könnte auch generell die Akzeptanz der RTS erhöhen und den damit verbundenen Nachteil der „Lückenhaftigkeit“ der Qualitätssicherung aufwiegen.

Bereits jetzt werden von der DRV bei Treffen mit den Leistungserbringern Subgruppenanalysen mit den in der Qualitätssicherung berücksichtigten Adjustierungsvariablen vorgestellt. Die Qualitätsberichte an die Einrichtungen enthalten eine Seite, die einen etwaigen Unterschied zwischen der Einrichtung und ihrer Vergleichsgruppe auf den Adjustierungsvariablen darstellt.

c) Evidenzbasierung und weiterer Forschungsbedarf

Ein weiterer häufiger Kritikpunkt betrifft die fehlende Evidenzbasierung im Hinblick auf die Festlegungen von Mindestanteilen und Therapieintensitäten. Selbst wenn man mit Maßnahmen wie oben beschrieben, Transparenz über Subgruppenverteilungen hätte, ist immer noch offen, welche Subgruppen welchen Bedarf haben und mit welcher Intensität Therapien erfolgen sollten. Hier muss man u.E. darauf verweisen, dass jede Maßnahme zur Qualitätssicherung über Leitlinien, Standards oder Instrumente der Evidenzbasierten Medizin nur so gut sein kann, wie der Stand der Forschung im jeweiligen Gebiet. Solange es in der Rehabilitation nur wenige Studien zu Therapieintensitäten gibt, wird sich diesbezüglich auch die Qualitätssicherung über Behandlungsstandards kaum weiterentwickeln können. Im begrenzten Maße könnte die Rentenversicherung dieses Problem über die Initiierung eigener Forschungsprojekte zu diesem Thema mildern.

Das Problem der Evidenzbasierung berührt auch die Frage der Indikation der jeweiligen Leistungen: Welche Rehabilitanden sollten unter welchen Bedingungen eine bestimmte therapeutische Leistung erhalten? Dieser Punkt wird in den Reha-Therapiestandards aus unserer Sicht nur ungenügend abgebildet. Zum einen wäre eine Spezifizierung der jeweiligen Indikationen einzelner (therapeutischer) Leistungen als Orientierung und auch Homogenisierung der Rehabilitationspraxis vorstellbar und sinnvoll. Zum anderen ermöglicht die Spezifizierung von Indikationen eine bessere Überprüfung, inwieweit auch die richtigen Rehabilitanden/innen die passenden Leistungen während ihres Reha-Aufenthaltes erhalten. Dies würde allerdings neben vertiefenden Forschungsarbeiten eine grundlegende konzeptuelle Erweiterung der Reha-Therapiestandards bedeuten und zu einem Spannungsverhältnis zu der Forderung nach Einfachheit (s. unten) führen.

Wo innerhalb der jeweiligen RTS spezifischer Forschungsbedarf aufgrund nicht vorhandener Evidenz besteht, kann der Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherchen im indikationsspezifischen Teil entnommen werden. Dort wird für jedes ETM im Fazit dargestellt, ob Evidenz besteht und – falls ja - auf welchem Evidenzniveau. Prioritärer Forschungsbedarf

scheint uns dort zu bestehen, wo eine für die jeweilige Indikation zentrale therapeutische Leistung (gemessen z.B. an einem hohen Mindestanteil und hoher Intensität) bisher nicht auf einem hohen Evidenzniveau belegt ist.

d) Integration von weiteren Aspekten der Rehabilitation in die RTS

Ein Aspekt, der immer wieder in Expertengruppen diskutiert wurde und auch im Rahmen des jetzt durchgeführten Projekts Gegenstand von Diskussionen war, ist die Frage, ob man die RTS nicht um weitere qualitätsrelevante Bereiche wie bestimmte Diagnostikmaßnahmen, die Patient-Behandler-Kommunikation oder die gute Praxis von Reha-Zielvereinbarungen erweitern sollte. Die Integration von Diagnostikmaßnahmen in Reha-Therapiestandards wäre schon begrifflich unpassend. Man müsste dann die RTS umbenennen in allgemeine Rehabilitationsstandards. Denkbar wäre dies, gerade weil die auf Diagnostik bezogene Ausstattung ja auch Gegenstand der Prüfung der Strukturqualität ist. Jedoch scheint es uns angesichts der zentralen Bedeutung biopsychosozialer *Therapie*ansätze für die Rehabilitation und der eher geringen Relevanz der Diagnostik wichtiger, die Ressourcen für Weiterentwicklungen der RTS auf den Bereich der Therapie zu konzentrieren.

Die Patient-Behandler-Kommunikation und eine gute Vorgehensweise im Rahmen der Reha-Zielvereinbarung sind sicherlich zentral für die Prozess- und Ergebnisqualität, doch kann man die *Qualität* der Patient-Behandler-Kommunikation (die in der Regel wichtiger als die *Quantität* der Kommunikation ist) wohl nur schwer in das Raster der Definition von Anforderungen, die für die RTS gewählt wurden, integrieren. Kommunikation sollte bei jeder therapeutischen Maßnahme erfolgen und nicht auf ein Evidenzbasiertes Modul „Kommunikation“ reduziert werden. Die Quantität der Kommunikation ist nicht unabhängig von den Inhaltsmerkmalen zu betrachten und die Qualität lässt sich kaum durch Verweis auf bestehende Standards oder die Basisqualifikation bestimmter Berufsgruppen sichern. Ähnliches gilt für den Bereich der Reha-Zielvereinbarungen.

Wir würden deshalb empfehlen, das weiter unten dargestellte Vorgehen aufzugreifen und den Versuch zu unternehmen, die Integration verschiedener Qualitätsanforderungen für die Rehabilitation durch ein Zusammenstellung und Verknüpfung vorhandener Verfahren, Maßnahmen und Manuale sicherzustellen (und nicht durch eine konzeptionelle Erweiterung der RTS).

e) Informiertheit der Einrichtungen über die Inhalte der Qualitätssicherung der DRV

Im Rahmen des durchgeführten Projekts wurde uns deutlich, dass das Wissen und die Informiertheit der Einrichtungen über diejenigen Inhalte der Qualitätssicherung der DRV, die für das RTS-Projekt relevant waren, oft nur gering waren. Viele Vertreter der Einrichtungen verstanden z.B. nicht genau, in welcher Beziehung die RTS-Anforderungen zu den KTL-Qualitätsmerkmalen stehen. Einigen gut Informierten stehen andere Personen gegenüber, die anscheinend durch die Vielzahl an Qualitätssicherungsansätzen in den Einrichtungen verwirrt sind.

Da die DRV bereits vielfache Angebote zur Informierung der Leistungserbringer durchführt, scheinen weitere neue Informationsangebote als gezielte Informationen über die vorhandenen Informationsmöglichkeiten sinnvoll. Allerdings dürfte es schwierig sein, einen flächendeckend hohen Informationsstand zu erreichen.

f) Die Integration verschiedener Ansätze der DRV um die Sicherung der Qualität der Rehabilitation

Anstatt ganz neue Inhalte in die RTS einzuführen, halten wir es für aussichtsreicher, die bestehenden Verfahren und Maßnahmen konzeptionell zu integrieren und diese Integration praxisnah für a) Behandler in der Rehabilitation (Ärzte, Therapeuten etc.) und b) für Rehabilitanden aufzubereiten.

Es gab in der Rehabilitation in den letzten 10 Jahren viele praxisnahe Projekte und Maßnahmen, die das Ziel verfolgten, die Qualität der Rehabilitation zu verbessern und die zu konkreten Produkten (Manuale, Schulungskonzepte, Websites etc.) geführt haben. Neben den Elementen der Qualitätssicherung der DRV sind z.B. aufzuführen:

- die Erstellung eines Arbeitsbuches zur Reha-Zielvereinbarung
- die Entwicklung von Schulungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Rehabilitanden
- Praxisempfehlungen zu psychologische Interventionen in der Rehabilitation (z.B. für chronische Rückenschmerzen und koronare Herzerkrankung)
- die Verbesserung der Zusammenarbeit im Reha-Team
- die Entwicklung von Schulungen zur Förderung der partizipativen Zielvereinbarung
- in der Entstehung befindlich: Nachsorgedatenbank www.nachderReha.de
- Internetplattform mit Best-Practice-Beispielen gelungener Lebensstiländerungen (www.lebensstil-aendern.de)
- Patientenerfahrungen zur Information, Vorbereitung und Entscheidungshilfe für Antragsteller von Reha-Maßnahmen (www.krankheitserfahrungen.de).

Viele Behandler und Patienten werden bei der effizienten Nutzung dieser Angebote durch die Vielfalt der Produkte überfordert sein. Sinnvoll wäre deshalb ein Projekt mit folgenden Arbeitsschritten:

1. Zusammenstellung aller relevanten Projekte und Maßnahmen; Voraussetzung des Einschlusses: Erstellung konkreter Produkte, mit denen Empfehlungen, Hilfsmittel oder Vorgaben erarbeitet wurden, die Behandler und/oder Patienten helfen können, eine qualitativ hochwertige Rehabilitation durchzuführen bzw. daran mitzuwirken.
2. Konzeptionelle Integration dieser sehr heterogenen Maßnahmen: Wann ist welche Maßnahme sinnvoll? Wie hängen die Maßnahmen zusammen? (z.B. in welcher Beziehung stehen Praxisempfehlungen zu psychologische Interventionen in der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen zu den RTS für chronische Rückenschmerzen?) Welche Maßnahmen stellen Alternativen dar und was spricht jeweils für sie? Sind die Maßnahmen vielleicht (angesichts begrenzter Ressourcen der Behandler in der Rehabilitation) in Abhängigkeit vom Problem des Rehabilitanden oder der jeweiligen Rahmenbedingungen priorisierbar?
3. Erstellung einer praxisnahen Broschüre für Behandler in der Rehabilitation, die einen Überblick gibt und Nutzungsempfehlungen ausspricht (möglicher Titel z.B.: „Behandlerkompass für eine qualitativ hochwertige Rehabilitation“). Gerade für Berufsanfänger und Behandler, die noch keinen Überblick über die Vielfalt der o.g. Projekte besitzen, kann eine solche orientierende Übersicht nützlich sein und zu einer Integration der verschiedenen Ansätze zur Verbesserung der Qualität der Rehabilitation beitragen.

4. Erstellung einer analogen Broschüre für (zukünftige) Rehabilitanden (z.B.: „Patientenkompass für eine qualitativ hochwertige Rehabilitation“). Auch im jetzt durchgeführten Projekt zur Aktualisierung der RTS tauchte mehrfach (z.B. beim Patientenworkshop) die Frage auf, ob man nicht – analog zu Patientenversionen von Leitlinien – eine Darstellung benötigt, die Patienten, die zukünftige Rehabilitanden darstellen, über die Inhalte (z.B. Therapien in den RTS), Prinzipien (z.B. biopsychosoziales Modell) und Mitwirkungsformen (z.B. bei der Zielvereinbarung) informiert. Es könnte eine Patientenbroschüre hergestellt werden, die Teile der Behandlerbroschüre enthält und diese in einer allgemeinverständlichen Sprache sowie bezogen auf die Informationsbedürfnisse der Patienten darstellt. Hier kann man auch auf aktuelle Projekte aus dem Forschungsschwerpunkt der DRV zu "Wegen in die medizinische Rehabilitation" zurückgreifen.
5. Formative Evaluation und Finalisierung der beiden Broschüren.

2. Indikationsspezifischer Teil – RTS Diabetes mellitus

2.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Hinweis: Die Reihenfolge und Bezeichnung der aufgeführten ETM bezieht sich in diesem Kapitel auf die bislang gültige, noch nicht bearbeitete Version der Reha-Therapiestandards.

Methodik

In einem ersten Schritt wurden die relevanten Leitlinien identifiziert. Dafür wurden die Webseiten www.leitlinien.de (Suche nach „Diabetes mellitus Typ 2“, „Diabetes mellitus, Folgeerkrankungen“ und „Rehabilitation“), sowie www.g-i-n.net (Suche nach „type 2 diabetes“, „diabetes mellitus“, guidelines, published, english or german) und www.awmf.org (Suche nach Mesh „diabetes mellitus“, Status: aktuelle Leitlinien) nach Leitlinien für Diabetes mellitus Typ 2 durchsucht. Leitlinien, die ausschließlich medikamentöse, chirurgische, diagnostische oder primärpräventive Maßnahmen beschrieben oder sich mit Diabetes im Kindes- und Jugendalter befassten, wurden ausgeschlossen. Weiterhin wurden die in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Therapie des Typ-2-Diabetes verwendeten Leitlinien durchsucht und geprüft, ob Aktualisierungen vorliegen. Als untere Grenze für die Aktualität wurde das Jahr 2012 festgelegt, es sei denn, die Leitlinie hat weiterhin Gültigkeit und deckt einen wichtigen Bereich ab. Sofern keine aktuellen Leitlinien vorliegen, sollte die Suche auf systematische Reviews und Meta-Analysen ausgeweitet werden. Die folgenden Datenbanken wurden dafür ausgewählt: Cochrane Library, PubMed, Scopus, Psyndex, PsycINFO und Health Technology Assessment Database (HTAD). Sollte auch dieser Schritt ergebnislos bleiben, war vorgesehen Originalarbeiten mit Fokus auf RCTs aus den Datenbanken Cochrane Library, PubMed, Scopus, Psyndex und PsycINFO einzubeziehen, sowie eine Handlese der Tagungsbänder des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums und relevanter Fachzeitschriften durchzuführen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 92 Leitlinien gefunden. Nach einer Prüfung auf Duplikate und Tauglichkeit wurden die 13 in Tabelle 6 aufgeführten Leitlinien als relevant, aktuell und methodisch hochwertig eingeschätzt. Darunter befanden sich sechs deutsche und sieben internationale Leitlinien. Es lagen weitere relevante NVL vor, die jedoch gerade überarbeitet werden.

Tabelle 6
Überblick über die identifizierten Leitlinien zur Indikation „Diabetes mellitus Typ 2“

Leitlinienname	Jahr	Herausgeber	Anwendungs-bereich	Abkürzung	Sprache
Nationale Versorgungsleitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes	2013	Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Gesamte Versorgung	NVL 2013	deutsch
Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes - Strukturierte Schulungsprogramme	2012	Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Gesamte Versorgung	NVL 2012	deutsch

Nationale Versorgungsleitlinie Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter	2011	Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Gesamte Versorgung	NVL 2011a	deutsch
Nationale Versorgungsleitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter	2011	Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Gesamte Versorgung	NVL 2011b	deutsch
Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression	2009	Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Gesamte Versorgung	NVL 2009	deutsch
S2 Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“	2013	Deutsche Diabetes Gesellschaft	Gesamte Versorgung – psychosoziale Aspekte	DDG 2013	deutsch
Standards of Medical Care in Diabetes	2014	American Diabetes Association	Gesamte Versorgung	ADA 2014a	englisch
Diabetes and Employment	2014	American Diabetes Association	Gesamte Versorgung – berufliche Aspekte	ADA 2014b	englisch
Nutrition Therapy	2014	American Diabetes Association	Gesamte Versorgung - Ernährungstherapie	ADA 2104c	englisch
Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada	2013	Canadian Diabetes Association	Gesamte Versorgung	CDA 2013	englisch
Recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders	2012	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments	Gesamte Versorgung	CANMAT 2012	englisch
Exercise and Type 2 Diabetes	201	American College of Sports Medicine und American Diabetes Association	Gesamte Versorgung - Sporttherapie	ACSM&ADA 2010	englisch
Management of Diabetes	2010	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Gesamte Versorgung	SIGN 2010	englisch

Die Entwicklung der NVL folgt strengen methodischen Richtlinien. Daher, und aus der hohen Versorgungsrelevanz für den deutschen Raum, wurde auf eine Bewertung der NVL nach DELBI verzichtet. Die anderen inkludierten Leitlinien fanden (bis auf CANMAT 2012, die jedoch in ihrer Vorgängerversion in NVL 2009 eingeschlossen wurde) allesamt Eingang in die NVL Therapie bei Diabetes mellitus Typ 2. Aus diesem Grund wurde auf eine eigene Qualitätsprüfung verzichtet.

Auf Grund der guten Leitlinienlage wurde gemäß der vereinbarten Suchstrategie auf eine gezielte Recherche nach systematischen Reviews, Meta-Analysen und Originalarbeiten verzichtet. Es fanden sich für alle ETM relevante Empfehlungen in den Leitlinien, die genaue Aufteilung ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7
Darstellung der gefundenen Quellen für die RTS „Diabetes mellitus Typ 2“

	Leitlinien	Metaanalysen / Reviews	Originalarbeiten
ETM-übergreifend	10	/	/
Neue Therapieformen	2	/	/
ETM 01 Bewegungstherapie	5	/	/
ETM 02 Patientenschulung Diabetes mellitus	6	/	/
ETM 03 Spezielle Patientenschulung	6	/	/
ETM 04 Gesundheitsbildung	6	/	/
ETM 05 Ernährungsschulung – praktisch	6	/	/
ETM 06 Psychologische Beratung und Therapie	7	/	/
ETM 07 Entspannungstraining	2	/	/
ETM 08 Tabakentwöhnung	6	/	/
ETM 09 Sozial- und sozialrechtliche Beratung	5	/	/
ETM 10 Unterstützung der beruflichen Integration	5	/	/
ETM 11 Nachsorge und soziale Integration	4	/	/
Summe Ergebnisse:	13	/	/

Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche für die einzelnen Therapiemodule

Die derzeitige Leitlinienlage für die Indikation „Diabetes mellitus Typ 2“ ist sehr umfangreich und stützt die Reha-Therapiestandards in ihren Aussagen. Die Inhalte der ETM werden durchgängig als integrale Bestandteile der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 angesehen.

ETM 01 – Bewegungstherapie

Die aktuellen Leitlinien (ACSM & ADA 2010, ADA 2014a, CDA 2013, NVL 2013, NVL 2011, SIGN 2010) geben starke Empfehlungen für eine Bewegungstherapie ab, die die Elemente Ausdauertraining, Krafttraining und Geschicklichkeits- bzw. Koordinationstraining beinhalten. Es wird ein zeitlicher Rahmen von 150 Minuten Ausdauertraining an drei Tagen pro Woche, sowie zusätzliches Krafttraining an zwei Tagen und etwaiges Geschicklichkeits- bzw. Koordinationstraining empfohlen. Die bisherigen Reha-Therapiestandards fordern 300 Minuten pro Woche an fünf Tagen und liegen jenseits dieser Empfehlungen. Die NVL Diabetische Neuropathie (2011) empfiehlt zusätzlich den Einsatz und das Training von Hilfsmitteln.

Fazit: Bewegungstherapie stellt vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher Evidenz gut begründetes Therapiemodul dar. Die Stärke der Evidenz für die Modulinhalte, und auch für die zeitlichen Anforderungen ist auf Level Ib einzuschätzen. Der Mindestanteil sollte hier jedoch höher liegen. Eine Absenkung der zeitlichen Anforderungen bei Beibehaltung der Frequenz scheint angemessen, da die Leitlinien 150 min Ausdauertraining pro Woche fordern, für die anderen Elemente aber keine zeitlichen Empfehlungen geben. Weiterhin besteht die Möglichkeit, das Modul in die empfohlenen Bereiche Ausdauer, Kraft und Bewegungsorientierung aufzuteilen. Die Notwendigkeit hierfür soll aber mittels KTL-Daten geprüft werden. Falls die Einrichtungen die Elemente ohnehin schon abdecken, besteht dieser Bedarf nicht.

ETM 02 – Patientenschulung Diabetes mellitus

Patientenschulungen zu allen die Diabeteserkrankung betreffenden Bereichen werden von den aktuellen Leitlinien (ADA 2014, CDA 2013, DDG 2013,NVL 2012; NVL 2013, SIGN 2010) stark empfohlen. Die Evidenzgrundlage für diese Entscheidung ist sehr belastbar. So führt die NVL „Diabetes: Strukturierte Schulungsprogramme“ (2012) über 200 randomisierte, kontrollierte Studien auf, die wiederum in mehreren Reviews und Metaanalysen zusammengefasst wurden. Das Curriculum „Diabetes mellitus Typ2“ der DRV Bund hat einen zeitlichen Umfang von 440 Minuten.

Fazit: Die Diabetesschulung stellt vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher Evidenz gut begründetes Therapiemodul dar (Evidenzklasse Ia). Patientenschulungen umfassen vielfältige Inhalte, die über mehrere Module aufgeteilt sind. Schulungen, bzw. die Vermittlung von Wissen über alle relevanten Aspekte der Erkrankung sind ein Kernelement der medizinischen Rehabilitation, daher findet sich die hier aufgeführte Evidenz auch in anderen Modulen wieder. Eine Reduktion des zeitlichen Umfangs scheint in Anbetracht des kürzeren indikationsbezogenen DRV Curriculums angebracht.

ETM 03 – Spezielle Patientenschulung

Dieses ETM hat die gleiche Evidenzgrundlage wie ETM 02, da die Inhalte dieses Moduls gemäß NVL „Diabetes: Strukturierte Schulungsprogramme“ (2012) Bestandteile eines strukturierten Schulungsprogrammes sind.

Fazit: Schulungen zu speziellen Bereichen des Diabetes stellen vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher Evidenz (Evidenzklasse Ia) gut begründetes Therapiemodul dar. Hinweise zur Ausgestaltung des Therapiemoduls bzgl. Dauer, Häufigkeit und Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden werden in der Literatur nicht gegeben.

ETM 04 – Gesundheitsbildung

Dieses ETM hat die gleiche Evidenzgrundlage wie ETM 02, da die Inhalte dieses Moduls gemäß NVL „Diabetes: Strukturierte Schulungsprogramme“ (2012) Bestandteile eines strukturierten Schulungsprogrammes sind.

Fazit: Gesundheitsbildung stellt vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher Evidenz (Evidenzklasse Ia) gut begründetes Therapiemodul dar. Hinweise zur Ausgestaltung des Therapiemoduls bzgl. Dauer, Häufigkeit und Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden werden in der Literatur nicht gegeben.

ETM 05 – Ernährungsschulung praktisch

Ernährungsschulungen werden von den aktuellen Leitlinien (ADA 2014, ADA 2014c, CDA 2013, NVL 2012; NVL 2013, SIGN 2010) stark empfohlen. Die American Diabetes Association empfiehlt dabei drei bis vier Einheiten à 45-90 Minuten.

Fazit: Ernährungsschulungen stellen vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher Evidenz (Evidenzklasse Ia) gut begründetes Therapiemodul dar. Der geforderte Mindestumfang orientiert sich an den Empfehlungen der ADA.

ETM 06 - Psychologische Beratung und Therapie

Psychologische Beratung und Therapie wird von den aktuellen Leitlinien (ADA 2014, CANMAT 2012, CDA 2013, DDG 2013, NVL 2009; NVL 2011; NVL 2013, SIGN 2010) empfohlen. Dabei wurden insbesondere die Aspekte Depressivität, Lebensqualität, Stressbewältigung und Sexualität betont. Besonders starke Evidenz (Evidenzklasse Ia) liegt für die Behandlung von Depressivität, Angststörungen und Problemen der Krankheits- und Stressbewältigung vor..

Fazit: Psychologische Beratungen und Therapien stellen vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher Evidenz (Evidenzklasse Ia) gut begründetes Therapiemodul dar. Hinweise zur Ausgestaltung des Therapiemoduls bzgl. Dauer, Häufigkeit und Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden werden in der Literatur nicht gegeben.

ETM 07 – Entspannungstraining

Die NVL Therapie des Typ-2-Diabetes (2013) führt Maßnahmen zur Stressbewältigung als Bestandteil der Basistherapie auf. Die S2 Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ empfiehlt ebenso Maßnahmen zur Stressbewältigung für Diabetiker mit entsprechendem Bedarf. Dabei wird jedoch auf eine uneinheitliche Studienlage verwiesen, so dass keine klare Evidenz für Entspannungsverfahren in der Diabetes-Behandlung besteht. Auf Grund des etablierten Platzes dieser Verfahren in der Behandlung anderer chronischer Erkrankungen wie z.B. KHK und hochwertiger Evidenz in diesem Bereich wird jedoch eine konsensbasierte Empfehlung angegeben.

Fazit: Entspannungstraining wird nur in den deutschen Leitlinien empfohlen, und auch hier nur aufgrund extrapolierter Evidenz aus anderen chronischen Erkrankungen (Evidenzklasse IV). Hinweise zur Ausgestaltung des Therapiemoduls bzgl. Dauer, Häufigkeit und Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden werden in der Literatur nicht gegeben.

ETM 08 - Tabakentwöhnung

Tabakentwöhnung ist gemäß der aktuellen Leitlinien (ADA 2014, CDA 2013, DDG 2013, NVL 2011; NVL 2013, SIGN 2010) ein integraler Bestandteil und wird durchweg empfohlen oder stark empfohlen. Die S2 Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ berichtet dabei von ~12,7% Raucheranteil bei Diabetikern.

Fazit: Die Evidenz für dieses Modul ist auf dem Level Ib anzusiedeln. Tabakentwöhnung stellt vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher Evidenz gut begründetes Therapiemodul dar. Hinweise zur Ausgestaltung des Therapiemoduls bzgl. Dauer, Häufigkeit und Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden werden in der Literatur nicht gegeben.

ETM 09 – Sozial- und sozialrechtliche Beratung

Die derzeitigen Diabetes NVL (NVL 2010, 2011, 2012, 2013; DDG 2013) stellen einen hohen Bedarf für Maßnahmen aus diesem ETM fest und fordern, dass soziale und sozialrechtliche Aspekte feste Bestandteile von strukturierten Schulungsprogrammen sein sollen. Es werden zwar starke Empfehlungen ausgesprochen, diese basieren jedoch auf Expertenkonsens.

Fazit: Sozial- und sozialrechtliche Beratung stellt vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher bzw. rechtlicher Evidenz gut begründetes Therapiemodul dar (Evidenzklasse IV). Für den Bereich „Sozial- und sozialrechtliche Beratung“ konnten keine Studien zu

Wirksamkeitsnachweisen speziell für die Behandlung von an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Patienten gefunden werden. Das Therapiemodul umfasst Leistungen, die sich aus dem gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung als Reha-Träger ergeben. Dieser formuliert das Ziel, für erwerbsgeminderte oder von Erwerbsminderung bedrohte Menschen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern.

ETM 10 – Unterstützung der beruflichen Integration

Die derzeitigen Diabetes NVL (NVL 2010, 2011, 2012, 2013) stellen einen hohen Bedarf für Maßnahmen aus diesem ETM fest und fordern, dass berufliche und berufsrechtliche Aspekte feste Bestandteile von strukturierten Schulungsprogrammen sein sollen. Die American Diabetes Association (2014b) kommt zu vergleichbaren Schlüssen. Es werden zwar starke Empfehlungen ausgesprochen, diese basieren jedoch auf Expertenkonsens.

Fazit: Unterstützung der beruflichen Integration stellt vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher, bzw. rechtlicher Evidenz gut begründetes Therapiemodul dar (Evidenzklasse IV). Neben der Evidenz aus Leitlinien ergibt sich eine weitere aus dem gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Hinweise zur Ausgestaltung des Therapiemoduls bzgl. Dauer, Häufigkeit und Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden werden in der Literatur nicht gegeben.

ETM 11 – Nachsorge und soziale Integration

Die NVL Therapie des Typ-2-Diabetes (2013) spricht eine starke Empfehlung für den Einbezug Angehöriger in Schulungsprogramme aus. Die CDA (2013) empfiehlt dies auch, ebenso wie die NVL Nierenerkrankung bei Diabetes (2010). Weiterhin wird in der NVL Therapie des Typ-2-Diabetes (2013) die Organisation der Nachsorge als Bestandteil strukturierter Schulungsprogramme angesehen. Diese Modulbestandteile sind auf Evidenzklasse IV einzuordnen. Die Canadian Diabetes Association (2013) spricht eine starke Empfehlung für die Nutzung von telemedizinischen Maßnahmen zur Organisation einer strukturierten Behandlung (Evidenzklasse Ia) und eine Empfehlung für die Unterstützung des Selbstmanagements (Evidenzklasse Ib) mittels dieser Technologien aus.

Fazit: Nachsorge und soziale Integration stellt vor diesem Hintergrund ein mit wissenschaftlicher, bzw. rechtlicher Evidenz gut begründetes Therapiemodul dar (Evidenzklasse Ia bis Ib). Neben der Evidenz aus Leitlinien ergibt sich eine weitere aus dem gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Hinweise zur Ausgestaltung des Therapiemoduls bzgl. Dauer, Häufigkeit und Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden werden in der Literatur nicht gegeben.

Sonstige Therapieformen

Bariatrische Operation bei starkem Übergewicht

Die ADA (2014) und CDA (2013) geben eine Empfehlung ab, dass stark übergewichtige Diabetiker für eine bariatrische Operation in Betracht gezogen werden können, wenn Lebensstilmaßnahmen bereits ausgeschöpft sind. Eine Aufklärung über diese Operation und ihre weitreichenden Folgen könnte ein zusätzlicher Bestandteil der speziellen Patientenschulungen sein. Hierbei stellt sich die Frage, ob diese Patienten unter die Reha-Therapiestandards „Diabetes mellitus Typ 2“ fallen sollten, oder ob nicht die Behandlung der extremen Adipositas im Vordergrund steht.

Zahnärztliche Leistungen

Die ADA (2014) führt auf, dass Typ-2-Diabetiker stärkere Zahnfleischprobleme als die Allgemeinbevölkerung haben, wobei die Evidenzlage zu entsprechenden Maßnahmen nicht eindeutig ist. Zahn- und Zahnfleischhygiene könnten ein zusätzlicher Bestandteil der speziellen Patientenschulungen sein.

2.2 Ergebnisse der Diskussion auf der Online-Plattform

1. Öffnungsphase:

Die Auswertung der Onlineplattform erfolgte nach ihrer Schließung am 15.04.2014 und ist in der folgenden Tabelle 8 dargestellt. Alle eingegangenen Änderungsvorschläge der Teilnehmer wurden hinsichtlich ihrer Relevanz in 3 Kategorien eingestuft:
1. Der Grad der Begründung beschreibt, ob Studienergebnisse, klinische Erfahrungen oder andere, gute nachvollziehbare Argumente, zur Unterstützung des Änderungsvorschlags herangezogen wurden. Die Bewertung erfolgte mit 1 (umfassend begründet), 2 (begründet) oder 3 (nicht begründet).
2. Ein weiteres Kriterium war die Häufigkeit, mit welcher der Änderungsvorschlag im Online-Diskussionsforum gemacht wurde. Hierbei wurde zwischen sehr häufig (1), ab und zu (2) und einer einzelnen Einzelmeinung (3) unterschieden.
3. Zur Konsensfähigkeit des Vorschlags im Online-Diskussionsforum wurde unterschieden zwischen einer zustimmenden Äußerung anderer Teilnehmer (Konsens, 1), ablehnender Äußerung anderer Teilnehmer (Dissens, 2) und keiner Reaktion der anderen Teilnehmer (3).
Änderungsvorschläge, welche beim Grad der Begründung und bei der Nennungshäufigkeit einen Mittelwert von ≤ 2 erreichen und bei Konsensfähigkeit eine 1 oder 3 (keinen Dissens), wurden in die weitere Auswertung miteinbezogen. Die abschließende Bewertung beruht jedoch nicht nur schematisch auf den obigen Zahlenwerten, sondern vielfach auch auf der Beurteilung des Einzelfalls.

Tabelle 8
Auswertung der Kommentare der 1. Online-Diskussionsplattform zu den RTS Diabetes mellitus

Änderungsvorschlag RTS	Grad der Begründung	Häufigkeit, mit der dieser Vorschlag im Online-Diskussionsforum gemacht wurde	Konsensfähigkeit des Vorschlags im Online-Diskussions-forum
Allgemein			
Aufnahme weiterer Schulungen	1	3	3
Aufteilung des ETM Bewegungstherapie- in Ausdauer, Kraft & Bewegungsorientierung	1	2	1 / 2
ETM 01 Bewegungstherapie			
Absenkung der Anforderungen	1	1	1
Aufnahme von Tanzen	1	3	3
Aufnahme von ergotherapeutischen Maßnahmen wie Hilfsmittelschulung und Sensibilitätstraining	1	3	3
ETM 06 Psychologische Beratung und Therapie			
Absenkung der Anforderungen auf 60min	2	2	1
ETM 10 Unterstützung der beruflichen Integration			
ETM an MBOR Anforderungen anpassen	3	3	3

In der Indikation Diabetes mellitus Typ 2 wurden 16 Kommentare von 12 Teilnehmern verfasst, was im Vergleich zu den anderen Indikationen relativ wenig ist. Ein möglicher Grund dafür könnte darin liegen, dass die derzeitige Leitlinienlage die Reha-Therapiestandards weitestgehend stützt, eine andere Ursache könnte auch die im Vergleich zu anderen Indikationen geringere Anzahl diabetologischer Facheinrichtungen und Rehabilitationsmaßnahmen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 insgesamt sein. Die Bedeutsamkeit der Komorbiditäten für den Versorgungsalltag (Notwendigkeit spezieller Schulungen, Beratungen und Informationen) wurde hervorgeheben. Für den Bereich „Bewegung“ fanden sich Stimmen, die eine Differenzierung des ETM 1 befürworteten, wobei es auch Rückmeldungen gab, dass die Rehabilitanden/-innen nicht überfordert werden sollen. Rehabilitation solle mehr als „Anbahnung“ für einen aktiven Lebensstil denn als Trainingslager verstanden werden. Weiterhin wurde vorgeschlagen, auch Tanzen und ergotherapeutische Maßnahmen (z.B. Sensibilitätstraining oder Hilfsmittelschulung) mit aufzunehmen. Im psychologischen Bereich wurden die zeitlichen Mindestanforderungen diskutiert, sowie besondere Problembereiche (u.a. Sexualität und Umgang mit Folgeschäden) genannt und die Etablierung eines „stepped care“ Modells gefordert, zu dem auch auf empirische Studien (Katon et al. 2004) verwiesen wurde. In ETM 10 „Unterstützung der beruflichen Integration“ wurde angeraten, zu prüfen, ob Anpassungsbedarf bezüglich der MBOR-Anforderung besteht.

2. Öffnungsphase:

Die Auswertung der 2. Öffnungsphase der Onlineplattform erfolgte nach ihrer Schließung am 30.04.2015. Diskussionsgrundlage war eine vorläufige Konsultationsfassung, in der Ergebnisse aus der Literaturanalyse, der KTL-Analyse und dem ersten Online-Diskussionsforum sowie die KTL 2015 berücksichtigt waren. Änderungsvorschläge, welche alle Indikationen gleichermaßen betreffen, wurden auf der 2. Online-Diskussionsplattform separat zur indikationsübergreifenden Diskussion dargestellt. Die Auswertung der Kommentare zu den RTS-übergreifenden Themenkomplexen ist im Folgenden dargestellt. Einen Überblick gibt Tabelle 9.

Tabelle 9
Auswertung der indikationsübergreifenden Kommentare der 2. Online-Diskussionsplattform

Änderungsvorschlag RTS	Grad der Begründung	Häufigkeit, mit der dieser Vorschlag im Online-Diskussionsforum gemacht wurde	Konsensfähigkeit des Vorschlags im Online-Diskussionsforum
Beratungen und Gruppen in das ETM Arbeitsbezogene Therapien mit aufnehmen	1	1	1
Wiederaufnahme der Vorträge	1	1	1
Ausgliederung eines eigenen, nachsorgeorientierten ETM	1	1	1
Theoretische und praktische Ernährungsleistungen nicht in einem ETM fassen	1	1	1

Thema Arbeitsbezogene Therapien: Bezüglich dieses Moduls wurde von mehreren Kommentatoren (n = 3) verschiedener Fachrichtungen begründet angemerkt, dass zu arbeitsbezogenen Leistungen mehr gehört als Arbeitstherapie bzw. biomechanisches Training – auch Beratungen und Gruppen zu beruflichen Konflikten o.ä. sollten hier eingefügt werden, vor dem Hintergrund der verschiedenen Bedürfnisse in den jeweiligen Indikationen.

Thema Patientenschulung und Gesundheitsbildung: Der Streichung der Vorträge aus dem Leistungsspektrum der RTS wurde mehrfach (n = 3) auf Basis wissenschaftlicher Literatur, klinischer Erfahrung und personellen/finanziellen Gründen widersprochen. Ein Vorschlag bestand darin, Vorträge in begrenztem Umfang weiterhin zu ermöglichen.

Thema Soziale Arbeit: Die Zusammenlegung der derzeitigen ETM „Sozial- und sozialrechtliche Beratung“, „Unterstützung der beruflichen Integration“ und „Nachsorge und soziale Integration“ wurde, bis auf eine Gegenstimme, weitestgehend kritisch gesehen (n = 4). Das Gros der Teilnehmer würde jedoch eine Umstrukturierung in zwei ETM gutheißen, wobei der Bereich Nachsorge ein eigenständiges Modul bleiben sollte.

Die Einführung von Gruppenangeboten wurde von einer Teilnehmerin gut begründet kritisiert. Diese Einschätzung wurde in der Indikation „Diabetes mellitus Typ 2“ aufgegriffen und geteilt.

Thema Ernährung: Die Integration der praktischen und theoretischen ernährungsrelevanten KTL-Codes in ein Modul wurde einstimmig abgelehnt (n = 6). Es wurde die Gefahr gesehen, dass die praktischen und aufwändigeren Elemente so vernachlässigt werden könnten. Diese Diskussion wurde in ähnlicher Form auch in den jeweiligen Indikationen (KHK und Diabetes mellitus Typ 2) weitergeführt.

Die Einführung eines Ernährungsmoduls in den RTS Depressive Störungen wurde kontrovers diskutiert. Ein Teilnehmer sah Ernährungsschulungen durchaus als sinnvoll an, lehnt jedoch eine Einforderung dieser Leistungen vor dem Hintergrund mangelnder Evidenz ab. Eine Teilnehmerin hingegen betonte den Präventionsaspekt dieses ETM und forderte eine Erhöhung des Mindestanteils auf 60%.

Die indikationsspezifische Auswertung der Onlineplattform ist in der Tabelle 10 dargestellt. Es wurden 6 Kommentare von 5 Teilnehmern abgegeben.

Tabelle 10
Auswertung der Kommentare der 2. Online-Diskussionsplattform zu den RTS Diabetes mellitus

Änderungsvorschlag RTS	Grad der Begründung	Häufigkeit, mit der dieser Vorschlag im Online-Diskussionsforum gemacht wurde	Konsensfähigkeit des Vorschlags im Online-Diskussionsforum
ETM Bewegungstherapie: Mindestzeit senken	1	3	3
Auftrennung des ETM Ernährung in Theorie und Praxis, wie bei RTS KHK	2	3	3
ETM Entspannungstraining: 270 Minuten pro Rehabilitation und 2x / Woche	2	3	3
Ausgliederung eines eigenen, nachsorgeorientierten ETM	1	3	3

ETM 01 Bewegungstherapie: Ein aus klinischer Erfahrung umfassend begründeter Vorschlag bestand darin, die zeitliche Mindestdauer zu senken und bei Bedarf und Motivation ein Mehrangebot vorzuhalten. Dieser Vorschlag wurde nicht weiter diskutiert, wurde jedoch schon in der ersten Diskussionsrunde positiv aufgegriffen.
ETM 04 Ernährung: Ein aus klinischer Erfahrung umfassend begründeter Vorschlag bestand darin, die ernährungsrelevanten Inhalte in ein praktisches und ein theoretisches Modul aufzuteilen, wie auch in der noch aktuellen Version der RTS KHK. Dieser Vorschlag wurde nicht weiter diskutiert.
ETM 06 Entspannungstraining: Ein aus den Anforderungen der KTL und klinischer Erfahrung umfassend begründeter Vorschlag bestand darin, die zeitliche Anforderung auf 270 Minuten pro Rehabilitation bei einer Frequenz von zwei Einheiten pro Woche zu erhöhen.
ETM 08 Soziale Arbeit: Hier wurde, angelehnt an die Position der Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen im allgemeinen Teil des Forums umfassend begründet dafür plädiert, ein eigenes ETM zur Vorbereitung der Nachsorge zu erhalten. Gleichzeitig wurde dafür plädiert, in dem Modul zur sozialen und beruflichen Beratung die Anforderungen 45 Minuten pro Rehabilitation für mind. 80% beizubehalten und eine Quote für Einzelangebote einzuführen. Ein Teilnehmer erachtete aus der klinischen Erfahrung heraus den geforderten Mindestanteil von 80% als zu hoch an und schätzte den Bedarf auf eher 60-70%.

2.3 Ergebnisse der KTL-Datenanalyse

Hinweis: Zur grundlegenden Erläuterung der durchgeführten Rechnungen siehe Kapitel 1.5: KTL-Datenanalyse.

Die folgende Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Erfüllungsgrade, mit welchen die Rehabilitationseinrichtungen die Anforderungen der Reha-Therapiestandards hinsichtlich Mindestanteil, Mindestdauer und –Häufigkeit in den Berichtsjahren 2011 bis 2013 erfüllt haben.

Tabelle 11
Übersicht über Vollerfüllung der ETM in den Jahren 2011 bis 2013

	Erfüllung der RTS-Vorgaben im Jahr 2011	Erfüllung der RTS-Vorgaben im Jahr 2012	Erfüllung der RTS-Vorgaben im Jahr 2013
Anzahl der Einrichtungen	21	23	24
ETM 01 - Bewegungstherapie	47,6%	56,2%	66,7%
ETM 02 - Patientenschulung Diabetes mellitus	33,3%	26,1%	33,3%
ETM 03 - Spezielle Patientenschulung	52,4%	69,6%	75,0%
ETM 04 - Gesundheitsbildung	90,4%	78,3%	91,7%
ETM 05 - Ernährungsschulung – praktisch	23,8%	34,8%	45,8%
ETM 06 - Psychologische Beratung und Therapie	66,7%	26,1%	45,8%
ETM 07 - Entspannungstraining	57,1%	65,2%	54,2%
ETM 08 - Tabakentwöhnung	14,3%	21,7%	33,3%
ETM 09 - Sozial- und sozialrechtliche Beratung	33,3%	57,1%	95,8%
ETM 10 - Unterstützung der beruflichen Integration	19,1%	30,4%	66,7%
ETM 11 - Nachsorge und soziale Integration	28,6%	39,1%	54,2%

Datengrundlage 2011: 21 Einrichtungen mit insgesamt n= 5.303 Rehabilitanden/-innen
Datengrundlage 2012: 23 Einrichtungen mit insgesamt n= 5.489 Rehabilitanden/-innen
Datengrundlage 2013: 24 Einrichtungen mit insgesamt n= 5.631 Rehabilitanden/-innen

23 Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 5489 Rehabilitanden/-innen aus dem Jahr 2012 gingen in die Analysen mit ein. Die Basis dieser Auswertungen ist die KTL 2007. Da aus den vorliegenden Daten keine Verweildauern abzulesen sind, wird von einer durchschnittlichen Verweildauer von 3 Wochen ausgegangen. Die ETM 02, 06, 08 und 10 wurden von weniger als 33%, also weniger als 8 der Einrichtungen voll erfüllt, hier besteht besonderer Handlungsbedarf.

Tabelle 12 Übersicht über Gründe zur Nichterfüllung der Therapiemodule im Berichtsjahr 2012

ETM	Von <33% der Einrichtungen voll erfüllt	Handlungs-bedarf: Mindestanteil	Handlungs-bedarf: Mindestzeit	Handlungs-bedarf: Mindestfrequenz	Anteil verwendeter Codes
01 - **Bewegungstherapie**	nein	ja	ja	nein	75%
02 - **Patientenschulung Diabetes mellitus**	ja	nein	ja	nein	100%
03 **- Spezielle Patientenschulung**	nein	ja	nein	nein	100%
04 **- Gesundheitsbildung**	ja	nein	ja	nein	100%
05 **- Ernährungsschulung – praktisch**	nein	nein	nein	nein	100%
06 **- Psychologische Beratung und Therapie**	ja	nein	nein	nein	77%
07 **- Entspannungstraining**	nein	nein	nein	nein	90%
08 **- Tabakentwöhnung**	ja	nein	nein	nein	100%
09 **- Sozial- und sozialrechtliche Beratung**	nein	nein	nein	nein	89%
10 **- Unterstützung der beruflichen Integration**	ja	nein	nein	nein	90%
11 **- Nachsorge und soziale Integration**	nein	nein	nein	nein	92%

ETM 01 – Bewegungstherapie

Mindestanforderung: 300 Minuten pro Woche, mindestens 5 mal pro Woche, bei 80% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 47,62% der Einrichtungen und 2012 von 56,52% der Einrichtungen erfüllt. Das stellt eine tendenzielle Verbesserung dar. Insgesamt erhalten nahezu alle Rehabilitanden/-innen Leistungen aus diesem Modul und ein großer Teil erhält Leistungen im Umfang von 66-99% dieser Anforderung. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 9 zu entnehmen. 2012 erhielten 76% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

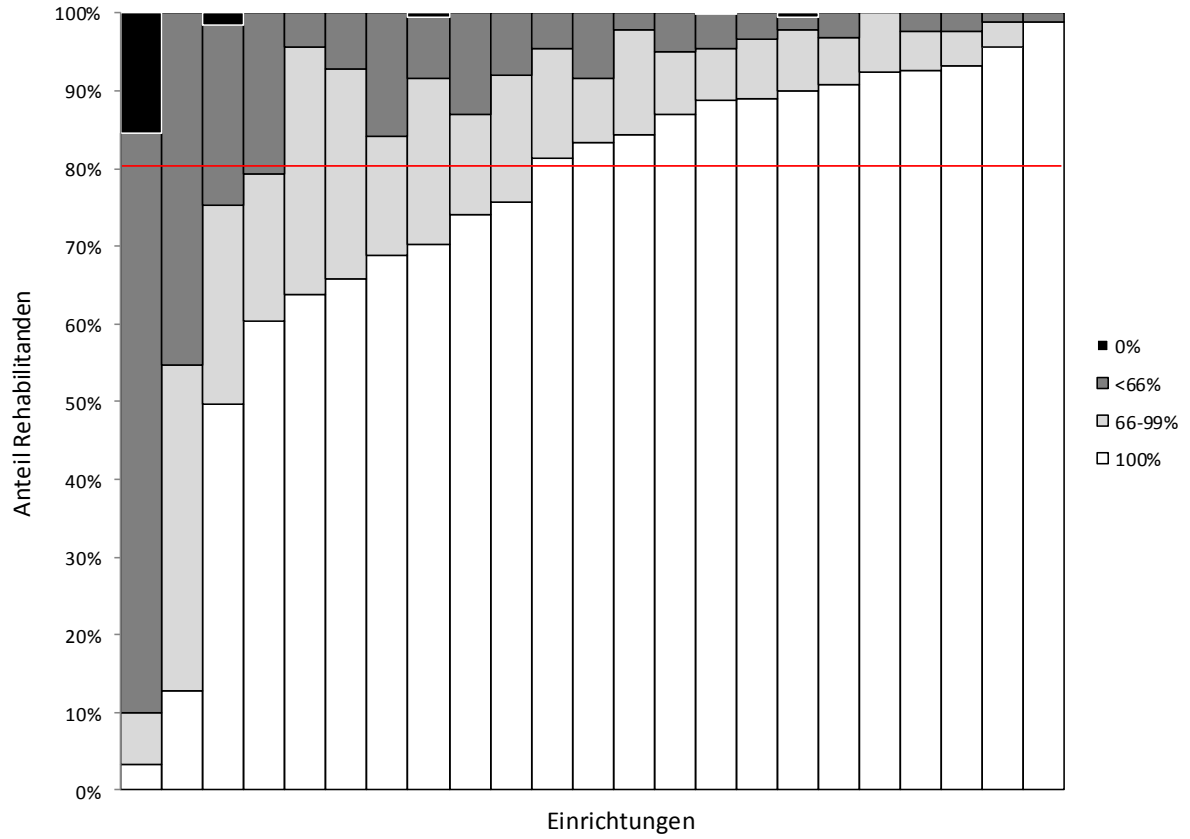


Abbildung 9. Deskription der Erfüllung des ETM 1 „Bewegungstherapie" im Berichtsjahr 2012.

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen die von den Leitlinien geforderten relevanten Bereiche Ausdauer, Kraft und Koordination abdecken. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 13.

Tabelle 13
Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 1 „Bewegungstherapie“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapie-einheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
A011	7,92	237,80	53,17%	69,6%
A019	7,04	262,78	34,28%	30,4%
A021	6,11	269,21	59,66%	91,3%
A022	9,34	258,44	49,54%	73,9%
A024	6,31	218,31	51,06%	78,3%
A029	5,25	209,22	34,05%	39,1%
A031	7,32	336,14	75,62%	100,0%
A032	4,51	149,32	19,02%	21,7%
A039	3,16	107,19	5,86%	17,4%
A040	3,37	112,69	19,75%	43,5%
A051	5,55	209,73	29,94%	39,1%
A052	7,00	244,26	50,74%	47,8%
A061	4,81	144,25	22,94%	26,1%
A062	6,12	224,18	30,15%	52,2%
A063	3,17	94,96	60,53%	17,4%
A064	7,01	218,51	24,67%	30,4%
A065	4,44	162,93	41,76%	26,1%
A066	3,35	100,60	12,55%	13,0%
A069	5,67	197,34	51,94%	78,3%
A072	8,00	240,00	3,81%	4,3%
A079	6,69	200,63	4,03%	4,3%
A092	1,00	60,00	1,72%	4,3%
A093	2,08	124,84	14,76%	4,3%
A094	3,45	147,08	4,41%	21,7%
A099	1,50	75,00	4,33%	8,7%
A101	1,07	23,84	62,53%	8,7%
A102	1,13	38,73	67,15%	17,4%
A103	2,76	69,52	1,28%	13,0%
B011	3,33	85,83	1,40%	17,4%
B012	3,47	102,33	2,16%	21,7%
B013	3,69	117,48	12,16%	21,7%
B014	5,87	183,55	3,97%	21,7%
B015	2,20	66,00	0,97%	17,4%
B016	2,00	60,00	0,25%	4,3%
B017	4,82	156,00	1,35%	21,7%
B019	4,23	124,85	28,21%	91,3%
B021	4,09	177,57	16,79%	8,7%
B022	3,08	84,34	28,66%	17,4%
B023	4,44	133,34	10,68%	13,0%
B024	4,47	134,22	10,65%	17,4%
B025	3,58	107,50	7,50%	4,3%
B029	2,47	63,72	18,14%	8,7%
B031	4,06	129,98	7,99%	39,1%
B032	6,10	190,34	11,30%	21,7%

KTL-Code	Therapie-einheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
B033	5,26	157,75	12,84%	21,7%
B034	4,49	136,79	26,09%	60,9%
B035	4,75	160,83	4,95%	39,1%
B036	2,00	60,00	0,25%	4,3%
B037	3,41	135,88	2,34%	17,4%
B039	7,52	320,33	30,79%	34,8%
B043	5,00	150,00	0,48%	4,3%
B049	3,74	107,86	1,45%	30,4%
B052	5,70	171,00	5,95%	8,7%
B059	6,36	190,71	2,36%	8,7%
B062	4,91	148,29	11,76%	43,5%
B063	5,67	168,84	30,24%	39,1%
B064	1,00	30,00	0,22%	8,7%
B069	4,80	154,41	53,40%	47,8%
L011	8,46	375,45	41,64%	73,9%
L012	8,42	379,74	28,20%	13,0%
L019	3,91	287,32	14,79%	17,4%
L021	2,00	120,00	0,61%	4,3%
L022	3,08	184,62	3,27%	4,3%
L023	10,33	377,46	4,82%	17,4%
L029	2,66	140,00	6,24%	17,4%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Es zeigte sich, dass die Frequenz von fünf Einheiten pro Woche erfüllt wurde, jedoch im Schnitt 255,7 Minuten Bewegungstherapie erbracht wurden, was 85,2% der geforderten Mindestanforderung entspricht. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 13,8 Einheiten pro Woche bei einem zeitlichen Umfang von 507,9 Minuten / Woche dokumentiert. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 335,7 Minuten pro Woche bei einer Frequenz von 6,2 Einheiten pro Woche.

Fazit:

Der Erfüllungsgrad in diesem ETM liegt auf mittlerem Niveau mit klarer Tendenz zur besseren Erfüllung. Eine Umformulierung der Mindestanforderungen auf 240-270 Minuten pro Woche für mindestens 90% der Rehabilitanden erscheint angemessen.

ETM 02 Patientenschulung Diabetes mellitus

Mindestanforderung: 480 Minuten pro Rehabilitation, bei 75% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 33,34% der Einrichtungen und 2012 von 26,08% der Einrichtungen erfüllt. Das stellt eine tendenzielle Verschlechterung dar, auf Grund der geringen Anzahl von Kliniken macht jedoch eine einzelne Klinik schon nahezu 5% aus. Eine Einrichtung hat im Jahr 2012 keine Patientenschulungen durchgeführt. Es handelt sich hierbei jedoch um einen Sonderfall, da die Diabetiker dieser Einrichtung ihre Behandlungen in einer anderen Einrichtung erhielten. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 10. zu entnehmen. 2012 erhielten 54% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

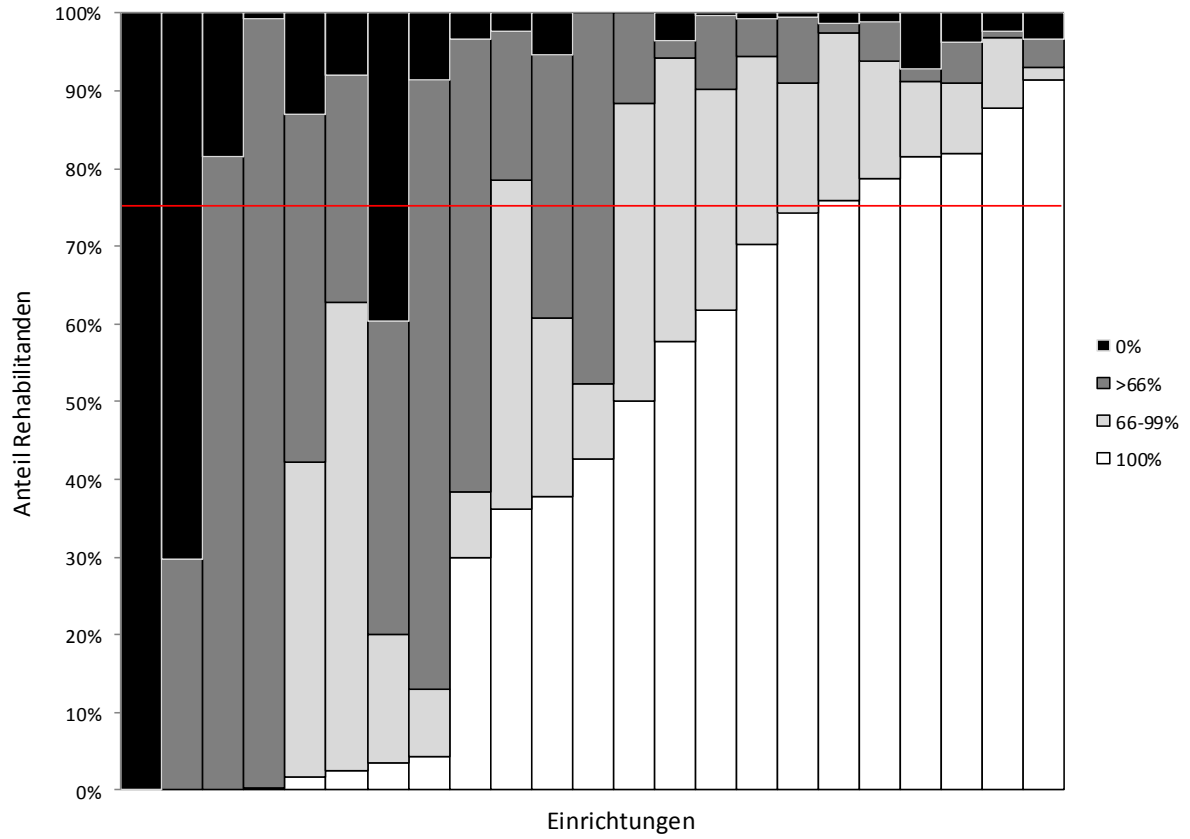


Abbildung 10. **Deskription der Erfüllung des ETM 2 „Patientenschulung Diabetes mellitus" im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen im Schnitt die geforderten Leistungsumfänge nahezu erfüllten. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 14.

Tabelle 14

Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 2 „Patientenschulung Diabetes mellitus" im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapie-einheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
C251	8,21	444,31	90,25%	91,3%
C259	6,92	168,29	37,83%	39,1%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Es zeigte sich, dass im Schnitt 407,3 Minuten Diabetes-Schulungen erbracht wurden, was 84,9% der geforderten Mindestanforderung entspricht. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 14,2 Einheiten pro Rehabilitation bei einem zeitlichen Umfang von 639 Minuten / Rehabilitation dokumentiert. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 480,6 Minuten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM liegt auf konstant niedrigem Niveau. Eine Reduktion der zeitlichen Mindestanforderung auf 360-420 Minuten erscheint angebracht.

ETM 03 – Spezielle Patientenschulung
Mindestanforderung: 120 Minuten pro Rehabilitation, bei 30% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 52,38% der Einrichtungen und 2012 von 69,56% der Einrichtungen erfüllt. Das stellt eine deutliche Verbesserung der Standarderfüllung dar. Gleichzeitig ist der schon in ETM 02 angemerkte Sonderfall im Jahr 2012 auch für dieses Modul zutreffend. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 11 zu entnehmen. 2012 erhielten 63% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

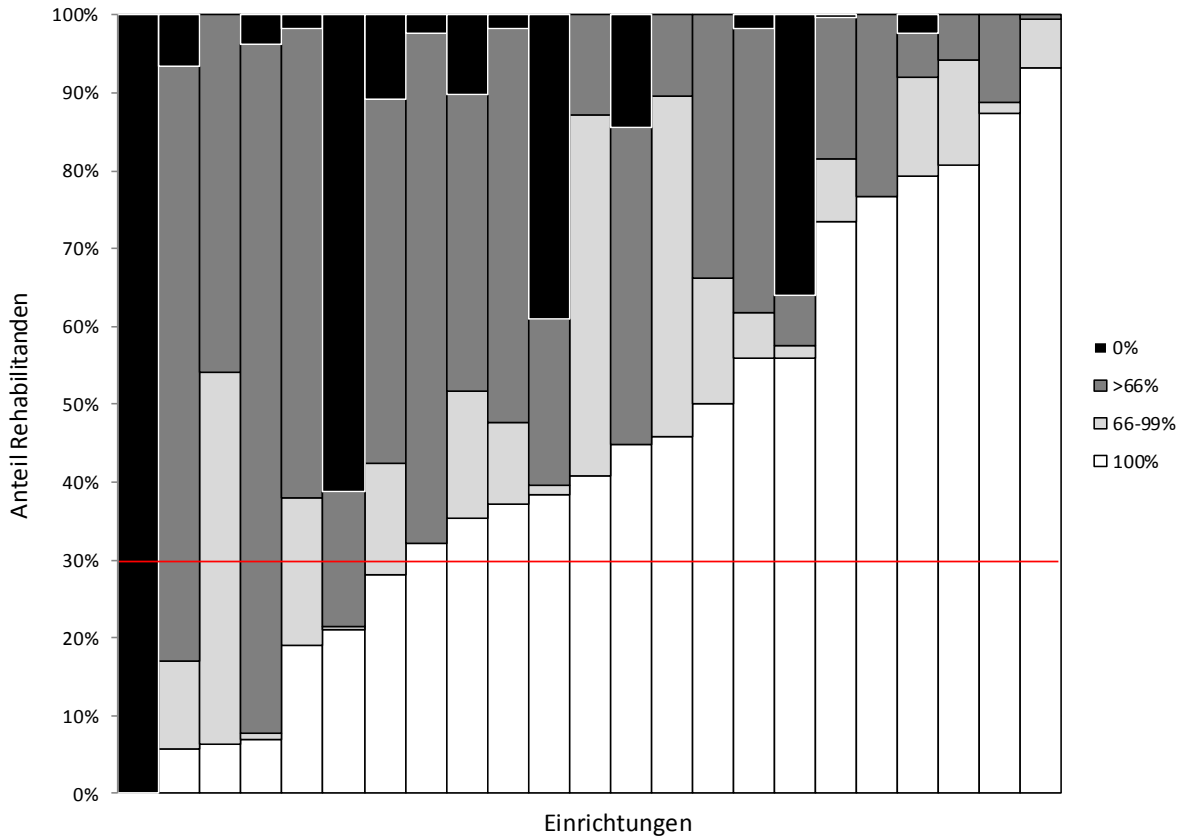


Abbildung 11. **Deskription der Erfüllung des ETM 3 „spezielle Patientenschulung" im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen in beiden Jahren alle Leistungen aus diesem Modul anboten. Es zeigt sich jedoch, dass die Herz-Kreislaufschulungen (C27X; C32X) und das Kontinenztraining (H122) von wenigen Einrichtungen dokumentiert wurden, während vor allem die Anleitungen zur Blutdruck- (H091) und Blutzuckermessung (H092) im Vordergrund standen. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 15.

Tabelle 15
Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 3 „spezielle Patientenschulung" im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapie-einheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
C231	2,11	106,29	27,51%	21,7%
C239	2,25	77,01	44,55%	34,8%
C271	2,49	125,45	34,23%	17,4%
C279	1,98	114,90	35,14%	17,4%
C281	1,73	87,48	42,22%	43,5%
C289	1,72	68,28	59,37%	21,7%
C321	1,42	77,78	5,81%	13,0%
C329	1,33	60,00	16,63%	13,0%
H091	3,22	154,83	65,60%	87,0%
H095	14,29	1121,51	64,96%	82,6%
H122	1,00	25,00	0,50%	4,3%
H200	1,42	46,13	47,21%	52,2%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Es wurden im Schnitt 92,6 Minuten spezielle Schulungen dokumentiert, was 77,2% der Anforderung entspricht. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 864,3 Minuten / Reha dokumentiert, wenn man jedoch zwei auffällige Extremwerte entfernt reduziert sich der Umfang auf 241,9 Minuten / Reha. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 120,1 Minuten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM liegt auf mittlerem Niveau mit klarer Tendenz zur besseren Erfüllung. Eine Erhöhung des Mindestanteils auf 40-60% erscheint angebracht.

ETM 04 – Gesundheitsbildung

Mindestanforderung: 60 Minuten pro Rehabilitation, bei 90% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 90,47% der Einrichtungen und 2012 von 78,26% der Einrichtungen erfüllt. Das entspricht einer tendenziellen Verschlechterung, jedoch sind die Bemerkungen aus den vorangegangenen Schulungsmodulen zu beachten. Insgesamt wurde dieses Modul jedoch am besten erfüllt. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 12 zu entnehmen. 2012 erhielten 98% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

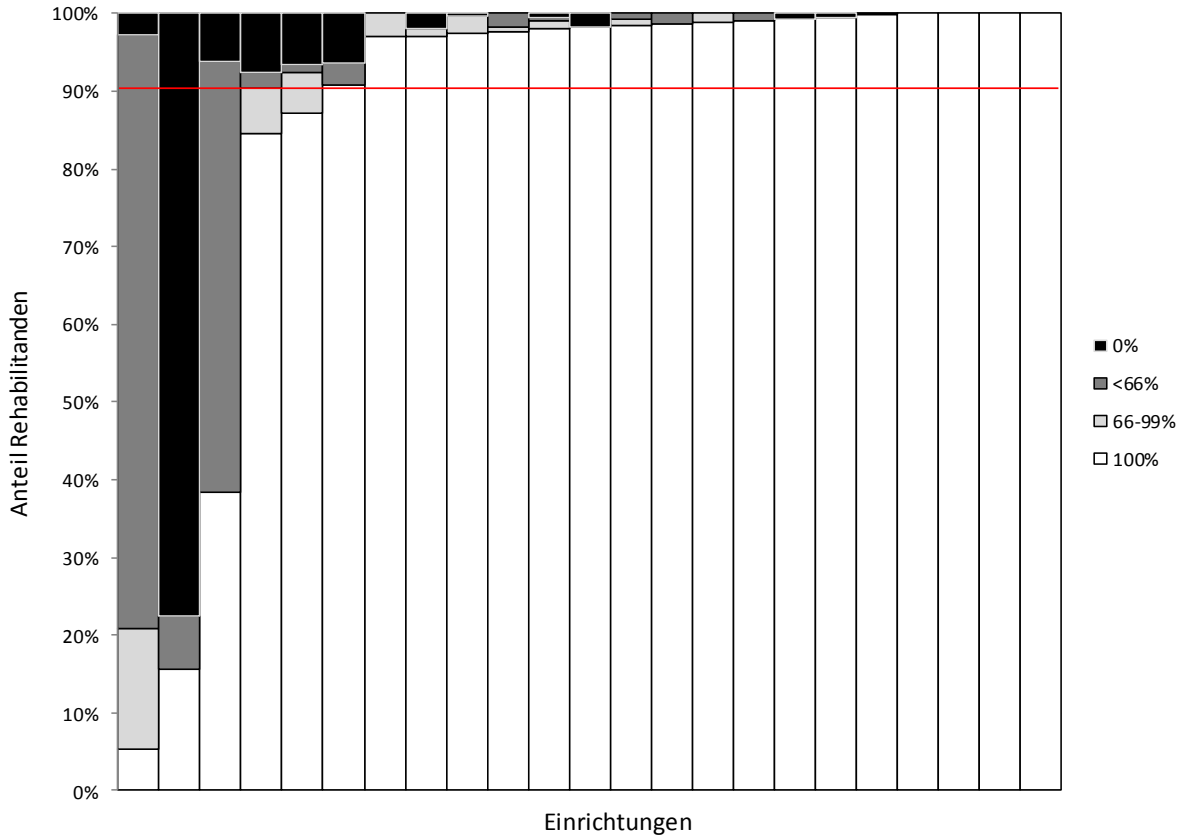


Abbildung 12. **Deskription der Erfüllung des ETM 4 „Gesundheitsbildung" im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen in beiden Jahren alle Leistungen aus diesem Modul anboten. Dabei verwirklichten die meisten Einrichtungen dieses Modul über Vorträge zur Rehabilitation (C070). Der zweitgrößte Anteil der Leistungen entfiel auf die indikationsspezifischen Vorträge (C060). Das Seminar „Schutzfaktoren“ (C081) wurde jedoch in beiden Berichtsjahren am seltensten verschlüsselt. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 16.

Tabelle 16
Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 4 „Gesundheitsbildung“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapie-einheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
C020	1,78	78,01	57,58%	52,2%
C030	1,37	46,49	22,47%	34,8%
C050	1,26	62,65	55,16%	56,5%
C060	1,73	93,84	63,38%	69,6%
C070	1,69	65,01	87,68%	95,7%
C081	1,00	51,33	39,41%	8,7%
C082	1,43	81,60	50,94%	52,2%
C083	1,38	76,93	42,27%	43,5%
C084	1,26	69,65	40,36%	30,4%
C085	1,31	69,44	45,42%	13,0%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Diese Gruppe ist ob des hohen Erfüllungsgrades relativ klein. Für sie wurden im Schnitt 45 Minuten, also 75% der Mindestanforderung dokumentiert. In der insgesamt größten Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 212,9 Minuten / Reha dokumentiert. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 60 Minuten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM liegt auf hohem Niveau. Eine Erhöhung der zeitlichen Mindestanforderung erscheint angemessen.

ETM 05 – Ernährungsschulung praktisch

Mindestanforderung: 180 Minuten pro Rehabilitation, mindestens 2 mal pro Rehabilitation, bei 70% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 23,81% der Einrichtungen und 2012 von 34,78% der Einrichtungen erfüllt. Das entspricht einer tendenziellen Verbesserung. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 13 zu entnehmen. 2012 erhielten 80% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

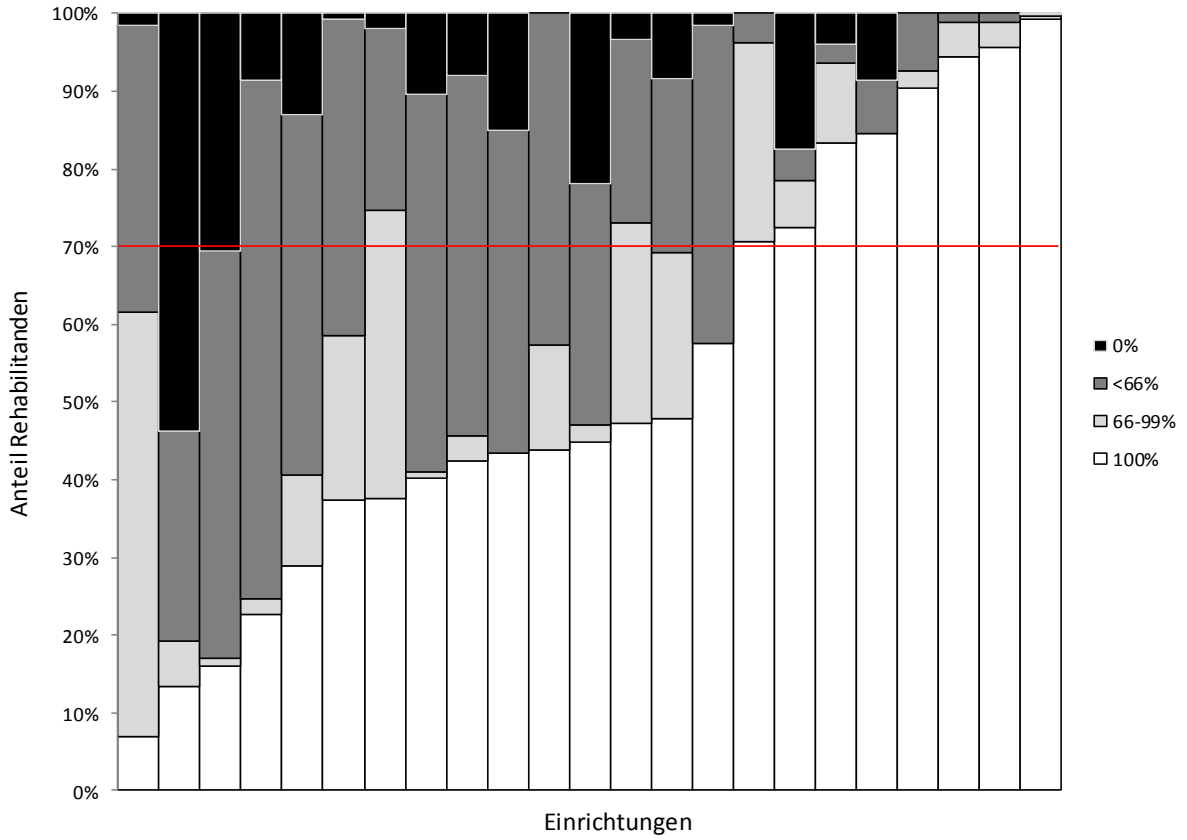


Abbildung 13. **Deskription der Erfüllung des ETM 5 „Ernährungsschulung – praktisch" im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen in beiden Jahren alle Leistungen aus diesem Modul anboten. Dabei verschlüsselten die meisten Einrichtungen die Ernährungsberatungen einzeln (C090) und in der Gruppe (C100), gefolgt von Lehrküchen-Angeboten (C11X). Die psychoedukative Kochgruppe (C111) und nichtstandardisierte Übungsstunden (C113) wurden eher selten angeboten. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 17.

Tabelle 17
Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 5 „Ernährungsschulung - praktisch“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapie-einheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
C090	2,57	82,44	44,11%	100,0%
C100	1,93	105,92	59,59%	73,9%
C111	1,00	142,75	20,53%	17,4%
C112	1,87	115,28	49,67%	43,5%
C113	1,00	50,05	61,40%	8,7%
C114	1,12	162,52	19,57%	65,2%
C115	1,20	153,81	46,13%	52,2%
C119	1,12	155,55	24,23%	65,2%
C120	1,12	80,12	34,81%	52,2%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Die Anforderung an die Frequenz wurde durchschnittlich erfüllt. Mit durchschnittlich 139,7 Minuten dokumentierten Leistungen pro Rehabilitation (77,7%) stellte in dieser Rehabilitandengruppe der zeitliche Umfang den Grund für die Nichterfüllung der Anforderungen dar. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 333,5 Minuten / Reha bei einer Frequenz von 5,3 Einheiten pro Rehabilitation dokumentiert. Nach Entfernung eines Extremwertes ergab sich ein mittlerer zeitlicher Umfang von 296,5 Minuten / Reha bei einer Frequenz von 4,1 Einheiten pro Rehabilitation. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 216 Minuten pro Rehabilitation bei einer Frequenz von 2,6 Einheiten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM stieg im Verlauf konstant an und lag 2013 im mittleren Bereich. Eine Anpassung der Mindestanforderungen erscheint nicht notwendig.

ETM 06 – Psychologische Beratung und Therapie

Mindestanforderung: 120 Minuten pro Rehabilitation, bei 30% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 66,67% der Einrichtungen und 2012 von 26,08% der Einrichtungen erfüllt. Das entspricht einer deutlichen Verschlechterung in der Erfüllung dieses ETM. Es finden sich deutlich mehr Rehabilitanden/innen, die keine Leistungen aus diesem Modul erhielten. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 14 zu entnehmen. 2012 erhielten 57% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

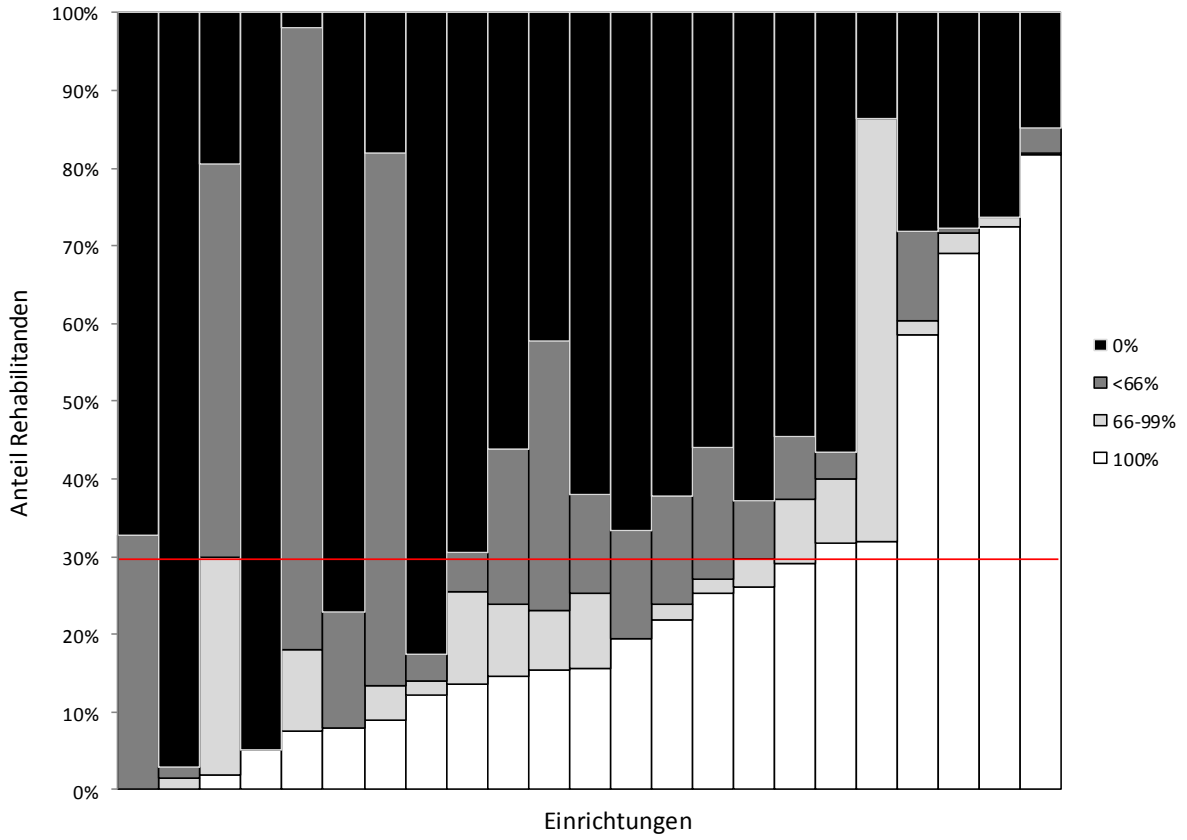


Abbildung 14. **Deskription der Erfüllung des ETM 6 „Psychologische Beratung und Therapie“ im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen in beiden Jahren nahezu alle Leistungen aus diesem Modul anboten. Therapeutische Interventionen in Konfliktsituationen (F030) wurden nicht verschlüsselt, genauso wie psychodynamische (G201) oder gesprächspsychotherapeutische (G203) Leistungen der Psychotherapie. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 18.

Tabelle 18
Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 6 "Psychologische Beratung und Therapie“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapieeinheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
F010	2,10	90,47	22,46%	69,6%
F021	1,97	79,03	51,14%	8,7%
F022	2,19	108,75	17,65%	39,1%
F029	1,96	117,38	12,76%	8,7%
F040	1,92	111,17	18,98%	39,1%
F051	2,95	210,33	20,18%	43,5%
F054	2,42	125,83	7,14%	8,7%
F056	2,85	157,85	25,03%	56,5%
F059	2,48	140,92	20,12%	21,7%
G202	1,25	60,00	2,31%	8,7%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Es wurden durchschnittlich 96,9 Minuten dokumentierten Leistungen pro Rehabilitation (80,75%) dokumentiert. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 214,1 Minuten / Reha dokumentiert. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 139,2 Minuten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM lag im mittleren Bereich, jedoch mit geringer Erfüllung im Jahr 2012. Eine Anpassung der Mindestanforderungen erscheint nicht notwendig.

ETM 07 – Entspannungstraining

Mindestanforderung: 180 Minuten pro Rehabilitation, mindestens 4 mal pro Rehabilitation, bei 20% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 57,14% der Einrichtungen und 2012 von 65,21% der Einrichtungen erfüllt. Das entspricht einer tendenziellen Verbesserung. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 15 zu entnehmen. 2012 erhielten 33% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

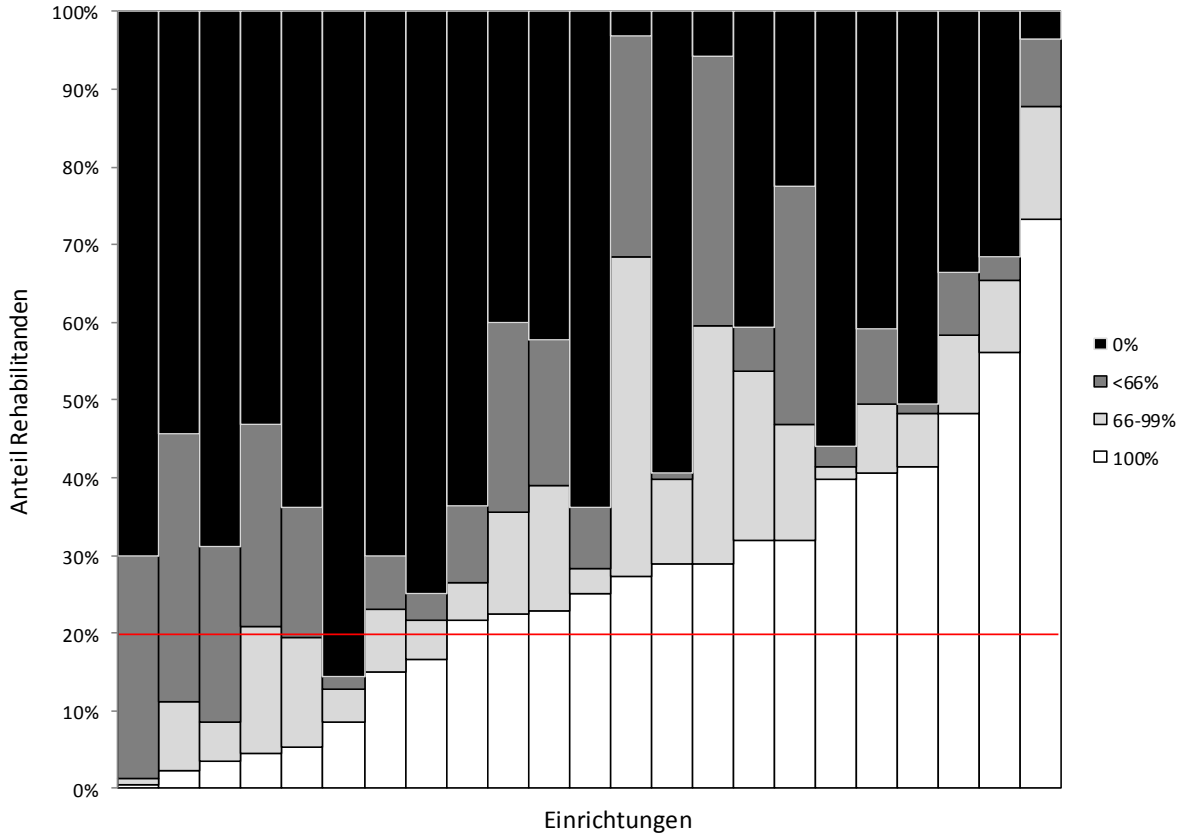


Abbildung 15. **Deskription der Erfüllung des ETM 7 „Entspannungstraining“ im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen in beiden Jahren bis auf die sonstigen Entspannungsverfahren im Einzelsetting alle Leistungen aus diesem Modul anboten. Vorwiegend wurde progressive Muskelrelaxation nach Jacobson in der Gruppe (F092) angeboten, gefolgt von sonstigen Entspannungsverfahren (F099). Einzelanwendungen und Biofeedback (F070) wurden nur von einer, bzw. Einrichtungen erbracht. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 19.

Tabelle 19

Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 7 „Entspannungstraining“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapieeinheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
F061	1,17	35,22	18,40%	4,3%
F062	1,88	116,25	1,57%	4,3%
F070	3,58	159,74	18,61%	8,7%
F081	1,02	45,80	15,10%	17,4%
F082	1,54	74,01	34,51%	52,2%
F089	1,27	58,33	10,70%	17,4%
F091	3,86	175,77	17,23%	47,8%
F092	3,82	153,26	31,14%	87,0%
F099	3,69	153,82	29,46%	43,5%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Die Anforderung an die Frequenz wurde mit durchschnittlich 3,7 Einheiten pro Rehabilitation nahezu erfüllt. Durchschnittlich wurden 149,9 Minuten Leistungen pro Rehabilitation (83,3%) dokumentiert. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 261,8 Minuten / Reha bei einer Frequenz von 6,1 Einheiten pro Rehabilitation dokumentiert. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 180 Minuten pro Rehabilitation bei einer Frequenz von 4 Einheiten pro Rehabilitation.

Fazit:

Der Erfüllungsgrad in diesem ETM lag konstant im mittleren Bereich. Eine Anpassung der Mindestanforderungen erscheint nicht notwendig.

ETM 08 – Tabakentwöhnung

Mindestanforderung: 180 Minuten pro Rehabilitation, mindestens 3 mal pro Rehabilitation bei 5% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 14,29% der Einrichtungen und 2012 von 21,73% der Einrichtungen erfüllt. Das entspricht einer tendenziellen Verbesserung. In diesem Modul zeigten sich in beiden Jahren die größten Schwierigkeiten in der Erfüllung. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 16 zu entnehmen. 2012 erhielten 4% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

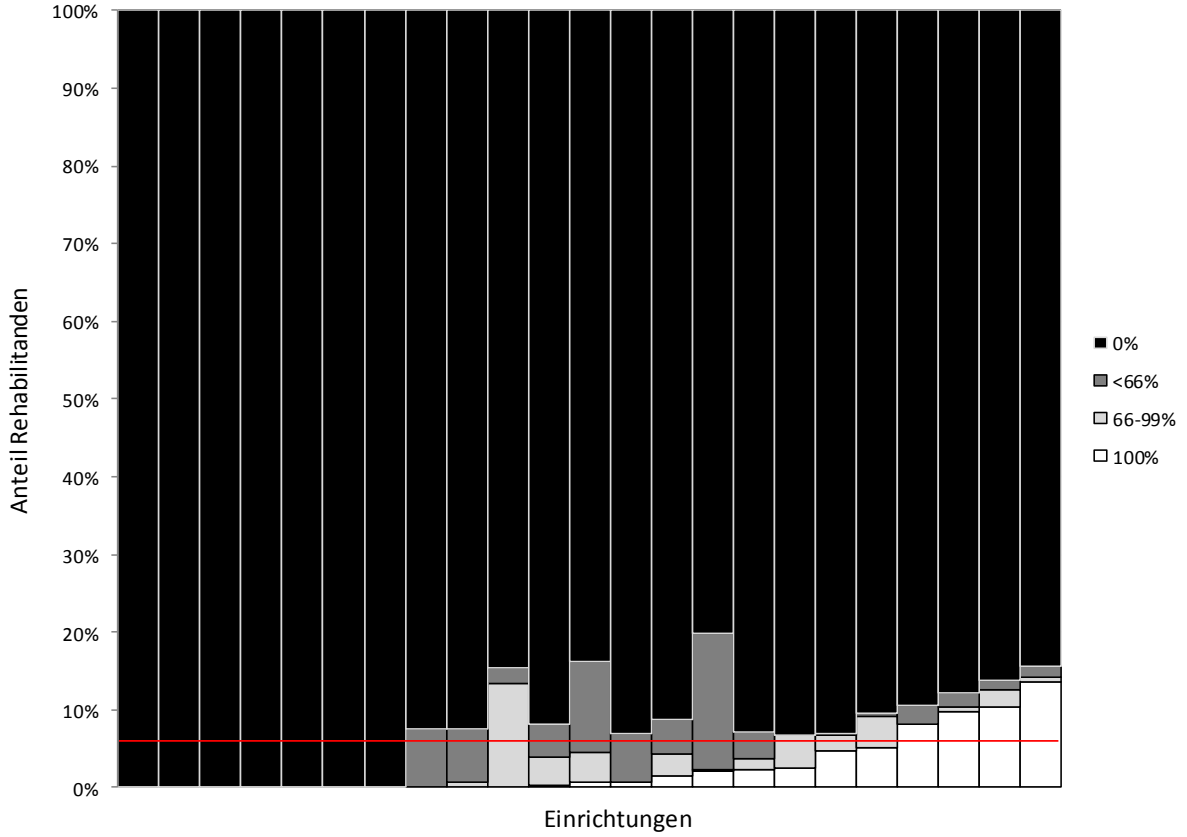


Abbildung 16. **Deskription der Erfüllung des ETM 8 „Tabakentwöhnung“ im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass fünf, bzw. sieben Einrichtungen keine Tabakentwöhnung gemäß F055 anboten. Die Einrichtungen, die Tabakentwöhnungen anboten, blieben im Schnitt hinter den zeitlichen Mindestanforderungen zurück. In diesen Einrichtungen wurden allerdings durchschnittlich für ungefähr doppelt so viele Rehabilitanden/-innen Leistungen angeboten, als die RTS vorgeben. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in der Tabelle 20.

Tabelle 20

Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 8 „Tabakentwöhnung“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapie-einheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
F055	2,52	145,90	10,79%	69,6%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Die Anforderung an die Frequenz wurde mit durchschnittlich 2,4 Einheiten pro Rehabilitation nahezu erfüllt. Durchschnittlich wurden 134,9 Minuten Leistungen pro Rehabilitation (74,9%) dokumentiert. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 227,5 Minuten / Reha bei einer Frequenz von 4 Einheiten pro Rehabilitation dokumentiert. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 180 Minuten pro Rehabilitation bei einer Frequenz von 3 Einheiten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM lag konstant im unteren Bereich, jedoch mit klarer Tendenz zur besseren Erfüllung im zeitlichen Verlauf. Eine Anpassung der Mindestanforderungen erscheint nicht notwendig.

ETM 09 – Sozial- und sozialrechtliche Beratung
Mindestanforderung: 30 Minuten pro Rehabilitation, bei 30% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 33,34% der Einrichtungen und 2012 von 57,14% der Einrichtungen erfüllt. Das entspricht einer deutlichen Verbesserung des Erfüllungsgrades. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 17 zu entnehmen. 2012 erhielten 23% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

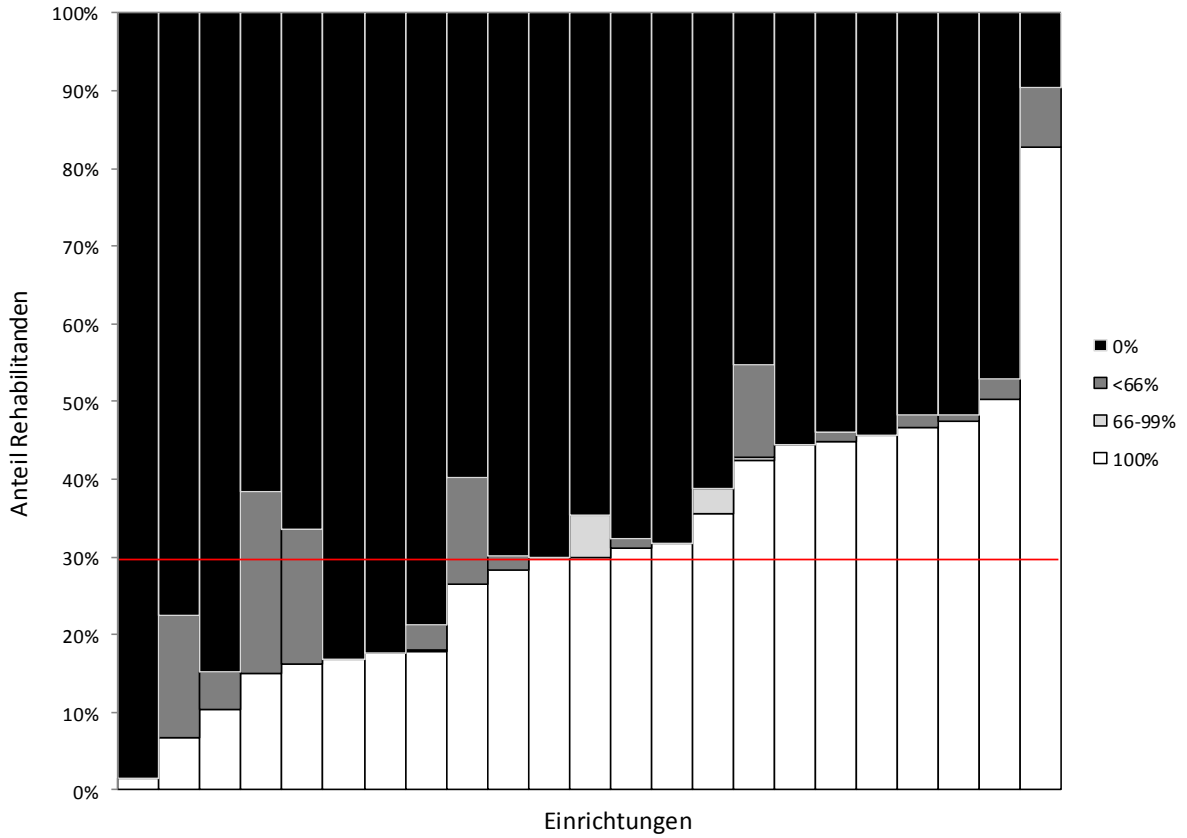


Abbildung 17. **Deskription der Erfüllung des ETM 9 „Sozial- und sozialrechtliche Beratung“ im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen in beiden Jahren alle Leistungen, bis auf die Schuldnerberatung, aus diesem Modul anboten. Insgesamt boten 2012 mehr Einrichtungen verschiedene Leistungen aus diesem Modul an. Beratungen zu Wohnungsfragen kamen in beiden Jahren am seltensten vor. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 21.

Tabelle 21
Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 9 „Sozial- und sozialrechtliche Beratung“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapie-einheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
D010	1,26	33,33	21,06%	69,6%
D021	1,18	31,58	10,97%	73,9%
D022	2,00	45,00	0,62%	4,3%
D023	1,07	22,36	3,93%	56,5%
D024	1,17	26,89	8,21%	69,6%
D025	1,12	31,98	3,10%	26,1%
D026	1,25	31,26	23,46%	65,2%
D029	1,17	29,09	11,78%	65,2%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Diese Gruppe ist jedoch sehr klein. Durchschnittlich wurden 21,9 Minuten Leistungen pro Rehabilitation (73%) dokumentiert. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 51,1 Minuten / Reha dokumentiert. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 30 Minuten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM hatte eine klare Tendenz zur besseren Erfüllung im zeitlichen Verlauf. Im Jahr 2013 erfüllten nahezu alle Einrichtungen die Anforderungen. Eine Anpassung der Mindestanforderungen erscheint nicht notwendig.

ETM 10 - Unterstützung der beruflichen Integration

Mindestanforderung: 30 Minuten pro Rehabilitation, bei 30% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 19,05% der Einrichtungen und 2012 von 30,43% der Einrichtungen erfüllt. Das entspricht einer Verbesserung des Erfüllungsgrades. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 18 zu entnehmen. 2012 erhielten 33% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

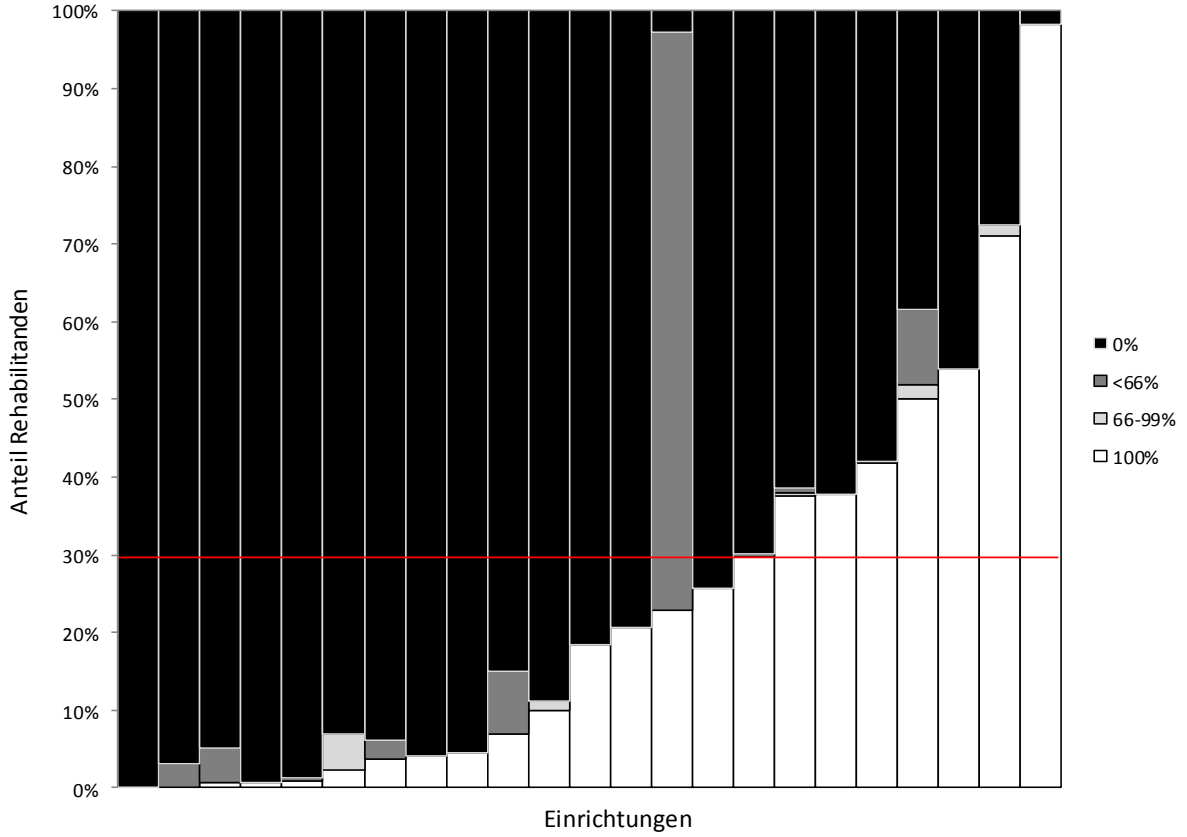


Abbildung 18. **Deskription der Erfüllung des ETM 10 „Unterstützung der beruflichen Integration“ im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen nahezu alle in diesem Modul aufgeführten Interventionen auch einsetzten. Arbeitsplatzbesuche (D035) wurden in keinem der Jahre durchgeführt und im Jahr 2011 wurden noch keine Bewerbungstrainings (D053) durchgeführt. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 22.

Tabelle 22
Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 10 „Unterstützung der beruflichen Integration“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapieeinheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
C041	1,41	56,52	39,21%	4,3%
D031	1,36	40,07	14,42%	69,6%
D032	1,16	26,31	1,82%	30,4%
D033	1,00	20,04	15,55%	17,4%
D034	1,59	40,14	9,43%	65,2%
D039	1,11	29,50	22,01%	39,1%
D051	1,75	107,57	12,17%	17,4%
D053	1,00	45,00	0,61%	4,3%
E050	1,63	70,54	17,48%	13,0%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Diese Gruppe ist jedoch sehr klein. Durchschnittlich wurden 20 Minuten Leistungen pro Rehabilitation (66,6%) dokumentiert. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 56,8 Minuten / Reha dokumentiert. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 30 Minuten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM hatte eine klare Tendenz zur besseren Erfüllung im zeitlichen Verlauf, vom unteren Bereich hin zum mittleren. Eine Anpassung der Mindestanforderungen erscheint nicht notwendig.

ETM 11 - Nachsorge und soziale Integration
Mindestanforderung: 15 Minuten pro Rehabilitation, bei 80% der Rehabilitanden/-innen

Die Anforderungen in diesem Modul wurden 2011 von 28,57% der Einrichtungen und 2012 von 39,13% der Einrichtungen erfüllt. Das entspricht einer Verbesserung des Erfüllungsgrades. Die detaillierten Ergebnisse sind Abbildung 19 zu entnehmen. 2012 erhielten 78% der Rehabilitanden/-innen über alle Einrichtungen hinweg Leistungen in vollem Mindestumfang oder mehr aus diesem Modul.

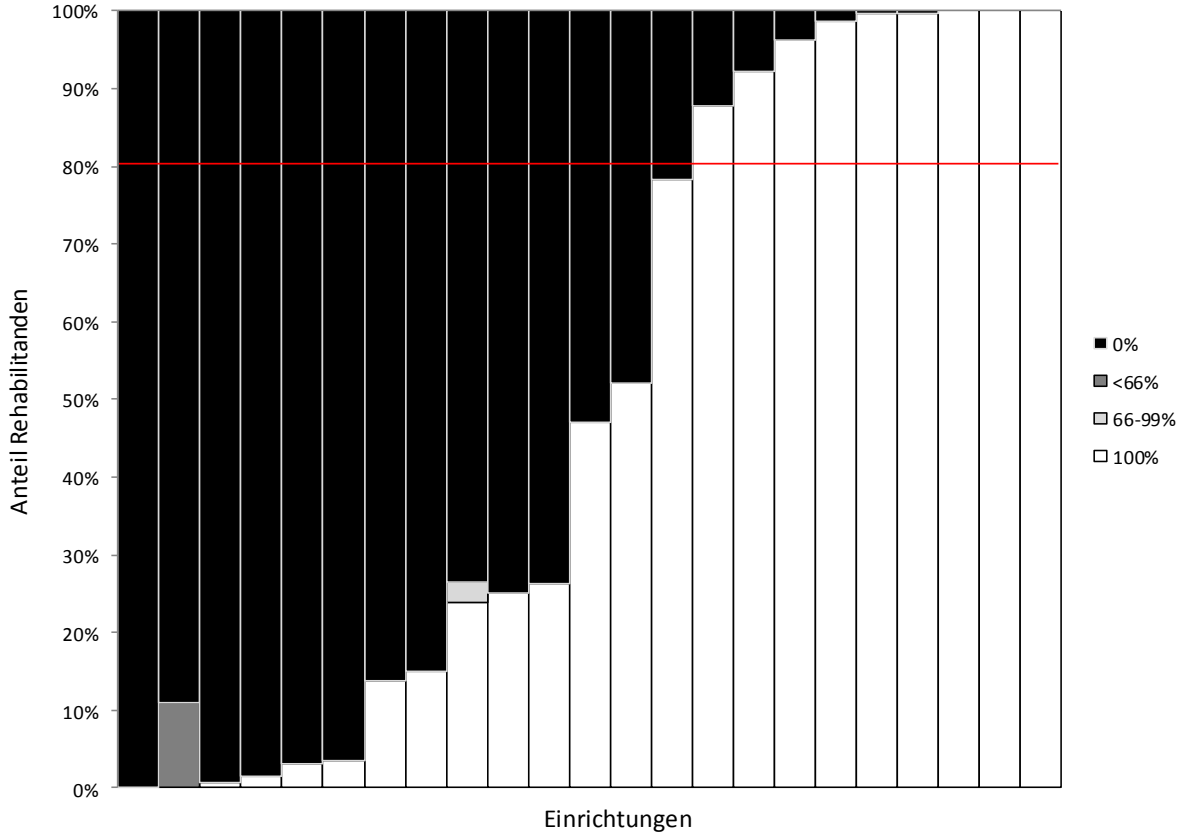


***Abbildung 19*. Deskription der Erfüllung des ETM 11 "Nachsorge und soziale Integration“ im Berichtsjahr 2012.**

Der Blick auf die verschlüsselten Leistungen in den beiden Jahren zeigt, dass die Einrichtungen nahezu alle in diesem Modul aufgeführten Interventionen auch einsetzten. In beiden Jahren wurden die Intervention „Kontaktaufnahme, Einleitung, Begleitung dauerhaft Pflegebedürftiger in amb./stat. Einrichtung“ (D045) nicht verschlüsselt. Angehörigenarbeit fand im Rahmen von Einzelgesprächen statt (D060), Schulungen (D071) und Gruppen für Angehörige (D072) wurden nicht verschlüsselt. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 23.

Tabelle 23
Deskription der erbrachten Leistungen in ETM 11 „Nachsorge und soziale Integration“ im Berichtsjahr 2012

KTL-Code	Therapieeinheiten pro Reha (Mittelwert)	Therapiedauer pro Reha (Mittelwert in Minuten)	Anteil an Rehabilitanden mit mind. einer Therapieeinheit	Anteil an Einrichtungen mit mind. einer Therapieeinheit
D041	1,07	23,88	32,61%	43,5%
D042	1,00	24,12	89,01%	8,7%
D043	1,05	19,23	15,16%	26,1%
D044	4,33	115,96	0,99%	21,7%
D046	1,43	30,38	15,65%	30,4%
D049	1,02	20,93	39,37%	47,8%
D052	1,00	51,67	55,84%	13,0%
D059	1,37	66,15	40,52%	39,1%
D060	1,00	26,67	0,86%	13,0%

In einem weiteren Schritt wurde die Gruppe der Rehabilitanden/-innen analysiert, bei denen Leistungen im Umfang von über 66%, aber unter 100% dokumentiert wurden. Diese Gruppe ist jedoch sehr klein (n=13). Durchschnittlich wurden 10 Minuten Leistungen pro Rehabilitation (66,6%) dokumentiert. In der Rehabilitandengruppe, für die die Mindestanforderung erfüllt oder übererfüllt wurde, wurden im Schnitt 48,2 Minuten / Reha dokumentiert. Nach Entfernung eines Extremwertes von 231,4 Minuten / Reha ergab sich ein mittlerer zeitlicher Umfang von 39 Minuten. Der geringste Durchschnittswert einer Einrichtung, die für einen Teil der Rehabilitanden/-innen die zeitlichen Anforderungen erfüllte lag bei 15 Minuten pro Rehabilitation.

Fazit:
Der Erfüllungsgrad in diesem ETM hatte eine klare Tendenz zur besseren Erfüllung im zeitlichen Verlauf, vom unteren Bereich hin zum mittleren. Eine Anpassung der Mindestanforderungen erscheint nicht notwendig.

2.4 Ergebnisse des Workshops mit Patientenvertreter/-Innen

Ergebnisprotokoll des Experten-Workshop mit Patientenvertreter/-Innen zur Aktualisierung der Reha-Therapiestandards am 13. und 14.4.2015 in Berlin

Montag, 13.04.2015: Indikationen Diabetes mellitus, KHK und Schlaganfall

Moderation: Herr Dr. Heiner Vogel (Universität Würzburg), Herr Daniel Nowik (MH Hannover), Frau Irina Block (Universität Würzburg), Frau Katharina Quaschning (AQMS Freiburg), Herr Dr. Rolf Buschmann-Steinhage (DRV Bund), Frau Dr. Silke Kirschning (DRV Bund)

Teilnehmer: Frau Gisela Kiank, Herr Eric Beyers, Frau Christina Habig, Herr Roland Keuchen, Herr Jochen Riehle

Allgemeine Diskussionspunkte

- Wie kann die Sichtweise des Patienten berücksichtigt werden?
- Patienten in der Reha befähigen, selbst etwas zu verändern! -> keine bloße Wissensvermittlung.
- Einbezug von „Patientenlotsen“ vor der Reha und für die Nachsorge -> wie ist das mit den RTS zu vereinbaren?
- Wie können Ziele der einzelnen Module so formuliert werden, dass diese für Patienten und Kliniker verständlich sind?
- Vor der Reha: Flyer mit Informationen über die Funktionsweise und Ziele der Reha.
- Reha-Beginn: Wünsche und Erwartungen des Patienten sollten bereits im Vorgespräch / Eingangsgespräch mit dem Arzt bzw. dem Behandlungsteam geklärt werden.
- Während der Reha: Zielgenaue Therapie durch Einbezug der Patientensicht, Förderung der Compliance, nachhaltige Verhaltensänderung, Krankheitsbewältigung.
- Reha-Ende: Berücksichtigung der Patientensicht bei der Entscheidung über die Nachsorge, Abschlussgespräch eventuell auch mit Angehörigen.
- Eventuell soll ein zusätzliches Modul „Gespräche mit Rehabilitand“ aufgenommen werden, entsprechende Codes gibt es bereits im KTL-Katalog 2015 (u.a. C830 „Fallkonferenz mit Rehabilitand“). Das Ziel ist eine stärkere Verankerung und Gewichtung einer patientenorientierten Versorgungsgestaltung in der Praxis.

Fazit

Um dem zentralen Wunsch der Patientenvertreter nach einer größeren Transparenz und einem stärkeren Einbezug der Patientensicht in allen Phasen des Reha-Verlaufs zu gewährleisten, wurden verschiedene Möglichkeiten diskutiert. Konkret wurde die Erstellung eines indikationsübergreifenden Moduls „Gespräche mit Rehabilitand“ erörtert.

Dienstag, 14.04.2015: Indikationen Diabetes mellitus, KHK und Schlaganfall

Allgemeine indikationsübergreifende Änderungsvorschläge

- Gesundheitsbildung: Falls keine Inhalte wegfallen, ist die Streichung der Vorträge völlig legitim.
- Ernährung: Zusammenlegung der praktischen und theoretischen Ernährung wird nicht als Problem angesehen, falls in den therapeutischen Inhalten die praktischen Einheiten konkretisiert und betont werden -> deutliche Formulierung soll überlegt werden.
- Arbeitsbezogene Therapien: Bedarf ist unterschiedlich -> Mindestanforderungen sollten je nach Indikation gewichtet werden. Beispiel: der Bedarf bei Schlaganfall ist höher als bei Diabetes mellitus oder KHK (konkret: weniger als 30%).

Qualitätskriterien in der Rehabilitation

- Zielentwicklung gemeinsam mit Patienten („auf Augenhöhe“), Diagnostikgespräch vorab (u.a. neuropsychologische Diagnostik bei Schlaganfall vor Therapiebeginn sehr wichtig). Patienten sollen vor Beginn der Reha einen Hinweis auf das persönliche Zielgespräch bekommen, um sich vorbereiten zu können (eventuell in Form eines Fragebogens).
- Nachhaltigkeit ist wichtig! Selbstständigkeit des Patienten soll gefördert werden und Angehörige gestärkt werden. Manifestation im Alltag soll erfolgen.
- Alltagstaugliche Praxisübungen sollen Verbesserungen sichern.
- Verbesserung der Zusammenarbeit im Reha-Team, um Informationsflüsse zu gewährleisten und damit die Qualität der Versorgung sicherzustellen
- Sicherstellung einer guten Vorbereitung der Nachsorge zur Unterstützung der Nachhaltigkeit der Reha (u.a. durch Integration von SH-Vertreter)

Fazit

Die allgemeinen indikationenübergreifenden Änderungsvorschläge wurden grundsätzlich begrüßt, teilweise besteht aus Sicht der Teilnehmer noch Anpassungsbedarf hinsichtlich der Mindestanforderungen. In Bezug auf die Qualitätskriterien in der Rehabilitation legen die Teilnehmer unter Anderem besonderen Wert auf eine gemeinsame Entwicklung von Reha-Zielen zwischen Arzt/Reha-Team und Rehabilitand, alltagstauglichen Praxisübungen und eine gute Vorbereitung der Nachsorge.

2.5 Ergebnisse des Experten-Workshops mit klinischen Experten

Ergebnisprotokoll der Aktualisierung und Überarbeitung der RTS Diabetes mellitus im Rahmen eines Experten-Workshops am 14.07.2015. Die indikationsspezifische Diskussion erfolgte auf Basis der 3. Version der Konsultationsfassung (Stand: Juli 2015).

Moderation: Herr Dr. Rolf Buschmann-Steinhage (DRV Bund), Frau Dr. Silke Kirschning (DRV Bund), Herr Prof. Dr. Thorsten Meyer (DRV Bund)

Teilnehmer: Herr Michael Falentin, Herr Dr. Johannes Falk, Herr Markus Hoeps, Herr Prof. Dr. Gerhard Huber, Frau Ursula Keller-Englert, Herr Dr. Bertil Kluthe, Herr Dr. Hartmut Pollmann, Herr Jochen Riehle, Herr Dr. Gerhard-Walter Schmeisl, Herr Dr. Karl-Josef Weber, Frau Barbara Wodniok, Herr Dr. Rudolf Schulte

Indikationsübergreifende Änderungsvorschläge zu den Reha-Therapiestandards bezogen sich vor allem auf Umbenennungen verschiedener ETM (u.a. ETM Arbeitsbezogene Therapien in ETM Funktionelle und arbeitsweltbezogene Ergotherapie, ETM Entspannungstraining in ETM Entspannungsverfahren, ETM Nachsorge und soziale Integration in ETM Vorbereitung der Nachsorge), Verschiebungen verschiedener KTL-Codes über alle RTS hinweg (u.a. KTL-Codes H841 und H842 zu ETM Soziale Arbeit und soziale Integration) oder bei spezifischen Indikationen (u.a. RTS Schlaganfall und RTS Hüft- und Knie-TEP: KTL-Codes K713 Kompressionstherapie einzeln aus ETM Alltagstraining in ETM 06 Physikalische Schmerztherapie), Änderungen der Mindestanforderungen und Mindestdauer sowie eine Änderung der Angabe von „pro Rehabilitation“ in „pro Woche“ für alle RTS, wo sinnvoll und passend.

Indikationsspezifische Änderungsvorschläge:

ETM 01 Bewegungstherapie

Diskussion: Es wurde über Mindestdauer (evtl. 240 min.) und Mindestanteil (80% vs. 60/70%) diskutiert. Bei „Therapeutische Inhalte“ sollte der Text unter 3. Spiegelstrich nach oben ziehen, damit er an Bedeutung gewinnt. Das Spannungsfeld von „Freude an Bewegung wecken/positives Erleben“ ermöglichen und „Überforderung/negatives Erleben“ verhindern wurde aufgegriffen. Man solle zwischen „physical activity“ und „physical exercise“ unterscheiden. Für „physical activity“ bestehe Evidenz. Bei den „Therapeutische(n) Inhalte(n)“ sollte klargestellt werden, dass es bei den 300 Minuten nicht nur um physical exercise, sondern auch um physical activity geht.

Votum: Beibehaltung des aktuell gültigen ETM.

ETM 02 Funktionelle und arbeitsweltbezogene Ergotherapie

Diskussion: Da dies ein neues Modul ist, den Erfüllungsgrad beim nächsten Update überprüfen und dann ggf. den Mindestanteil anpassen.

Votum: Reduktion des Mindestanteils von 30% auf 10%, Titel ändern: „Ergo“ streichen.

ETM 03 Patientenschulung Diabetes

Votum: Keine Veränderung.

ETM 04 Gesundheitsbildung und spezielle Patientenschulung

Diskussion: Mehr Zeit sei notwendig. Mindestanteil mit KHK vergleichen und ggf. angleichen.

Votum: Mindestdauer von 120 auf 150 Min. erhöhen.

ETM 05 Ernährung

Diskussion: Die Mindestdauer von 225 Min. ist nur mit Lehrküche erreichbar. Wie viele Rehabilitanden gehen in die Lehrküche? 70% sind hier als zu hoch eingeschätzt worden; Konsequenz: Reduktion des minimalen Zeitumfangs, nicht des Anteils, um die Bedeutung der Ernährung in diesem RTS klarzustellen.

Votum: Mindestdauer von 225 auf 180 min reduzieren (das entspricht dem ETM der RTS von 2010).

ETM 06 Psychologische Beratung und Therapie

Votum: Keine Veränderungen.

ETM 07 Entspannungstraining

Votum: Keine Veränderungen.

ETM 08 Tabakentwöhnung

Diskussion: Nur ca. 1/8 aller Rehabilitanden seien Raucher. Diskussion über Reduktion auf 5% nach der Information, dass dieser Prozentsatz für die Berichterstattung zu gering ist.

Votum: Mindestanteil von 10% auf 5% reduzieren; Mindestdauer auf 150 Min. pro Reha umformulieren, weil aktuell angewandte Programme einen entsprechend definierten zeitlichen Umfang haben

ETM 09 Soziale Arbeit und soziale Integration

Diskussion: Im Titel des ETM komme der Berufsbezug zu kurz

Votum: Keine Veränderungen hinsichtlich KTL-Codes oder Mindestanforderungen. Titel ändern: Statt der Begriffe „soziale Integration“ lieber „berufliche Integration“ verwenden.

ETM 10 Nachsorge

Diskussion: Ggf. Mindestdauer erhöhen, auf z.B. 30 Min., da zusätzlich im ETM Gruppenleistungen enthalten sind. Vor der Entscheidung prüfen, ob die Vorbereitung der Nachsorge (auch) in anderen ETM enthalten ist. Die Änderung des Titels in „Vorbereitung der Nachsorge“ könnte auch für andere RTS sinnvoll sein – es handelt sich bei diesem ETM nicht um Nachsorge im engeren Sinne.

Votum: Ggf. Titel erweitern: Vorbereitung der Nachsorge.

.

2.6 Finalisierung der RTS durch die DRV

Die bei dem dreitägigen indikationsspezifischen Experten-Workshop verabschiedeten Konsultationsfassungen wurden anschließend auf indikationsübergreifende Konsistenz geprüft. Anpassungsbedarf ergab sich insbesondere im Hinblick auf die Bezeichnung einzelner Therapiemodule, eine Präzisierung der Therapeutischen Inhalte und in Einzelfällen bei der Mindestdauer oder dem Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden. Mit den vorgenommenen Änderungen wurde der Prozess der Finalisierung der Reha-Therapiestandards abgeschlossen.

Für die nachfolgenden indikationsübergreifenden Therapiemodule wurde die Bezeichnung (Titel) präzisiert und inhaltlich angepasst: Ernährungstherapeutische Leistungen (vorher: Ernährung), Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration (vorher: Soziale Arbeit und berufliche Teilhabe), Vorbereitung nachgehender Leistungen (vorher: Vorbereitung der Nachsorge), Krankheitsspezifische Patientenschulung (vorher: Patientenschulung), Psychologische Interventionen (vorher: Psychologische und psychotherapeutische Interventionen) und Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapie (Streichen von Freizeitgestaltung aus dem Titel, gültig für RTS Depressive Störungen und RTS Alkoholabhängigkeit).

In dem indikationsübergreifenden ETM Gesundheitsbildung wurden zwei Vorträge (C611 Vortrag: medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation und C613 Vortrag: medizinische Rehabilitation) ergänzt, für die es in der KTL bislang keine Entsprechung in Schulungs- oder Seminarform gibt und die Mindestdauer in diesem ETM um 30 Minuten in allen Reha-Therapiestandards erhöht. Eine Ausnahme bilden die RTS für Kinder und Jugendliche. Hier wurde bei allen drei Indikation (Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis) nur der KTL-Code C613 in dem entsprechenden ETM ergänzt und die Mindestdauer beibehalten.

Bei den RTS Diabetes mellitus Typ 2 wurde im ETM Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien die Mindestdauer von 30 auf 60 Minuten pro Woche erhöht und im ETM Ernährungstherapeutische Leistungen die Mindesthäufigkeit gestrichen.

Bei den RTS Depressive Störungen wurde im ETM Ernährungstherapeutische Leistungen die Mindestdauer von 30 auf 45 Minuten pro Rehabilitation erhöht und im ETM Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden von 50% auf 40% gesenkt.

Bei den RTS Koronare Herzkrankheit wurde im ETM Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden auf 10% erhöht.

Bei den RTS Brustkrebs wurde im ETM Gesundheitsbildung der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden auf 80% gesenkt.

2.7 Neue RTS Diabetes mellitus

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2

Übersicht der evidenzbasierten Therapiemodule (Stand: 1. Oktober 2015)

RTS Diabetes mellitus Typ 2 (Basis: KTL 2015)			
ETM	**Bezeichnung**	**Mindestdauer**	**Mindestanteil**
01	Bewegungstherapie	mind. 300 Min. pro Woche *mind. 5 mal*	mind. 80 %
02	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 10 %
03	Krankheitsspezifische Patientenschulung	mind. 360 Min. pro Reha	mind. 80 %
04	Gesundheitsbildung	mind. 180 Min. pro Reha	mind. 60 %
05	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 180 Min. pro Reha	mind. 70 %
06	Psychologische Interventionen	mind. 120 Min. pro Reha	mind. 30 %
07	Entspannungsverfahren	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 20 %
08	Tabakentwöhnung	mind. 150 Min. pro Reha	mind. 5 %
09	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 70 %
10	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 15 Min. pro Reha	mind. 80 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 01	**Bewegungstherapie**	
Therapeutische Inhalte	Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen: 1) Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit 2) Stärkung physischer Ressourcen / Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z. B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen) 3) Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive nachhaltig und umsetzbare Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeits-erfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:** mind. 300 Minuten **Mindesthäufigkeit pro Woche:** mind. 5 mal	
KTL-Leistungs-einheiten	A	Sport- und Bewegungstherapie
	B	Physiotherapie
	L551	Individualsportarten
	L552	Mannschaftssportarten und Bewegungsspiele
	L559	Sonstige Bewegung und Sport in der Freizeit
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 80 %**	
Weitere Hinweise		

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 02	**Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien**	
Therapeutische Inhalte	Auf individuellen Bedarf, Ressourcen, Kontextfaktoren, Motivationslage und Leistungsgrenzen abgestimmtes Training von Fertigkeiten sowie Selbstwirksamkeit, Ausdauer und Durchhaltevermögen anhand von für die Rehabilitanden relevanten Tätigkeiten mit hohem Alltags- und Arbeitsbezug (ADL). Stufenweise Heranführung an die Grundanforderungen des Alltags- und Arbeitslebens, Konsolidierung basaler Arbeitsfähigkeiten und je nach Berufsfeld, Arbeitsplatz und Arbeitssituation Stärkung der beruflichen Handlungskompetenz.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:**	mind. 60 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	E551	Arbeitstherapie einzeln: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege
	E552	Arbeitstherapie einzeln: EDV, Bürotechnik
	E553	Arbeitstherapie einzeln: Dienstleistung, Kundenkommunikation
	E554	Arbeitstherapie einzeln: Handwerk
	E559	Sonstige Arbeitstherapie einzeln
	E561	Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege
	E562	Arbeitstherapie in der Kleingruppe: EDV, Bürotechnik
	E563	Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation
	E564	Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Handwerk
	E569	Sonstige Arbeitstherapie in der Kleingruppe
	E571	Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege
	E572	Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürotechnik
	E573	Arbeitstherapie in der Gruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation
	E574	Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk
	E579	Sonstige Arbeitstherapie in der Gruppe
	E580	Arbeitsplatztraining einzeln
	E590	Arbeitsplatztraining in der Kleingruppe
	E601	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert einzeln
	E602	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert einzeln
	E611	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert in der Kleingruppe
	E612	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert in der Kleingruppe
	E621	Interne Belastungserprobung einzeln
	E622	Externe Belastungserprobung einzeln
	E630	Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln
	E641	Ergotherapeutische Behandlung einzeln: psychisch-funktionell, psychosozial
	E642	Ergotherapeutische Behandlung einzeln: sensomotorisch perzeptiv
	E643	Ergotherapeutische Behandlung einzeln: motorisch funktionell
	E649	Sonstige ergotherapeutische Behandlung einzeln
	E651	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: psychisch-funktionell,

		psychosozial
	E652	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: sensomotorisch perzeptiv
	E653	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: motorisch funktionell
	E659	Sonstige ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe
	E660	Ergotherapeutische Behandlung produktorientiert in der Gruppe
	E672	Arbeitsplatzbesuch einzeln
	E680	Training der Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
	E690	Training der Aktivitäten des täglichen Lebens in der Kleingruppe
	E720	Projektgruppe
	H841	Berufsbezogene Qualifizierungsangebote in der Gruppe
	H842	Bewerbungstraining in der Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 10 %**	
Weitere Hinweise		

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015	
ETM 03	**Krankheitsspezifische Patientenschulung**
Therapeutische Inhalte	Krankheitsspezifische Schulungen, bei denen es zunächst um Krankheits- und Behandlungswissen zum Thema Diabetes mellitus geht. Von besonderer Bedeutung sind aber auch Motivation/Empowerment, die gesundheitsförderliche Lebensführung sowie die psychologische Unterstützung der Krankheitsbewältigung. Die Schulungen sollten auf dem bio-psycho-sozialen Ansatz basieren. Wichtige Themen sind der Umgang mit besonderen Situationen und mit Stoffwechselentgleisung, die Anleitung zur Selbstbehandlung sowie Folge- und Begleiterkrankungen.
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:** mind. 360 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C693 Standardisierte Schulung bei Diabetes Typ II C694 Nicht-standardisierte Schulung bei Diabetes Typ II
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 80 %**
Weitere Hinweise	Ernährungsbezogene Gesundheitsbildung sollte im ETM „Ernährungstherapeutische Leistungen“ verschlüsselt werden.

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 04	**Gesundheitsbildung**	
Therapeutische Inhalte	Beratung, Anleitungen, Seminare, Schulungen und Vorträge zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen mit dem Ziel der Information und Motivation, z. B. zu Grundgedanken der Rehabilitation, zum Reha-Konzept der Einrichtung, zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, zu modifizierbaren Risikofaktoren der Grunderkrankung oder Folge- und Nebenerkrankungen und zu begleitenden Problemlagen.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 180 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C552	Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln
	C560	Angehörigengespräch krankheitsbezogen einzeln
	C570	Angehörigengespräch krankheitsbezogen in der Gruppe
	C611	Vortrag: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
	C613	Vortrag: Medizinische Rehabilitation
	C620	Seminar: Motivationsförderung und Selbstmanagement
	C631	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Schutzfaktoren
	C633	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Bewegung und körperliches Training
	C634	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Stress und Stressbewältigung
	C635	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Alltagsdrogen
	C639	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Sonstige Gesundheitsinformation und -förderung
	C695	Standardisierte Schulung bei Adipositas
	C696	Nicht-standardisierte Schulung bei Adipositas
	C697	Standardisierte Schulung bei sonstigen Stoffwechselkrankheiten
	C698	Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Stoffwechselkrankheiten
	C701	Standardisierte Schulung bei Hypertonie
	C702	Nicht-standardisierte Schulung bei Hypertonie
	C703	Standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit
	C704	Nicht-standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit
	C705	Standardisierte Schulung bei Herzinsuffizienz
	C706	Nicht-standardisierte Schulung bei Herzinsuffizienz
	C707	Standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten
	C708	Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten
	E702	Hilfsmittelberatung einzeln
	E711	Hilfsmittelberatung in der Kleingruppe
	H550	Anleitung zum Eigentraining einzeln
	H560	Anleitung zu Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
	H571	Anleitung zur Blutdruck-Kontrolle einzeln
	H574	Anleitung zur Gewichtskontrolle einzeln
	H575	Anleitung zur Blutzucker-Kontrolle einzeln
	H609	Anleitung zur Anwendung sonstiger extrakorporaler Hilfsmittel einzeln
	H621	Anleitung zur Wundversorgung oder Narbenpflege einzeln

	H629	Anleitung zu sonstiger Therapie nach Verletzungen und Krankheiten der Haut einzeln
	H660	Anleitung zur Medikamenteneinnahme einzeln
	H670	Anleitung zur medizinisch indizierten Fußpflege einzeln
	H740	Supportives Gespräch
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 60 %**	
Weitere Hinweise	Ernährungsbezogene Gesundheitsbildung sollte im ETM „Ernährungstherapeutische Leistungen“ verschlüsselt werden.	

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 05	**Ernährungstherapeutische Leistungen**	
Therapeutische Inhalte	Beratungen, Übungen und Seminare zur nachhaltigen Änderung des Ernährungs- und Essverhaltens. Vermittlung von theoretischen und praktischen Kenntnissen über gesundes bzw. krankheitsadaptiertes Ernährungsverhalten mit den Zielen gesunde Lebensführung sowie Sekundärprävention.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 180 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C632	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesunde Ernährung
	F573	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Ernährungsverhalten
	M551	Abstimmung einer energiedefinierten Kostform
	M552	Abstimmung einer nährstoffdefinierten Kostform
	M590	Ernährungsberatung einzeln
	M600	Ernährungsberatung in der Gruppe
	M621	Lehrküche indikationsspezifisch in der Gruppe
	M622	Lehrküche indikationsübergreifend in der Gruppe
	M630	Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 70 %**	
Weitere Hinweise	Die praktischen Anteile dieses ETM werden in der Lehrküche durchgeführt.	

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 06	**Psychologische Interventionen**	
Therapeutische Inhalte	Klärung und Bearbeitung psychischer Belastungen und daraus resultierender Beanspruchungen im Berufs- und Alltagsleben, Aktivierung psychischer Ressourcen, Entwicklung einer realitätsangepassten, positiven Lebensperspektive, Akzeptanz unabänderlicher bzw. längerfristiger Krankheitsfolgen, Intervention bei begleitenden psychischen Störungen (v. a. Angst und Depression).	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 120 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	F551	Psychologische Beratung in Konfliktsituationen einzeln
	F552	Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen einzeln
	F553	Psychologische Beratung zur Besprechung von Testergebnissen einzeln
	F554	Psychologische Beratung zu allgemeinen Problemstellungen einzeln
	F555	Orientierende psychologische Beratung einzeln
	F560	Psychologische Gruppenarbeit störungsspezifisch
	F571	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Stressbewältigung
	F572	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Schlaftraining
	F575	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Umgang mit Angst und Traurigkeit
	F576	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Umgang mit Alkohol
	F579	Sonstige Gruppenarbeit problemorientiert
	F582	Psychoedukative Gruppenarbeit: Motivationstraining
	F589	Sonstige psychoedukative Gruppenarbeit
	G711	Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation psychodynamisch einzeln
	G712	Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation verhaltenstherapeutisch einzeln
	G713	Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation weitere Verfahren einzeln
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 30 %**	
Weitere Hinweise		

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 07	**Entspannungsverfahren**	
Therapeutische Inhalte	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:**	mind. 60 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	F590	Biofeedback einzeln
	F601	Autogenes Training einzeln
	F602	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson einzeln
	F609	Sonstige Entspannungsverfahren einzeln
	F611	Autogenes Training in der Gruppe
	F612	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson in der Gruppe
	F619	Sonstige Entspannungsverfahren in der Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 20 %**	
Weitere Hinweise	QiGong, Tai Chi, Yoga u.a. können unter dem KTL-Code A630 im ETM Bewegungstherapie dokumentiert werden.	

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015	
ETM 08	**Tabakentwöhnung**
Therapeutische Inhalte	Psychologische Intervention zur Förderung der Tabakabstinenz. Vorausgesetzt wird eine Problematisierung des Rauchverhaltens im Rahmen der Gesundheitsbildung und / oder Patientenschulung.
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:** mind. 150 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	F578 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Tabakentwöhnung
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 5 %**
Weitere Hinweise	

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015

ETM 09 Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration

Therapeutische Inhalte	Information und Beratung zu sozialen, beruflichen und sozialrechtlichen Themen Möglichkeiten der Unterstützung bei sozialen oder beruflichen Problemlagen, Abgleich von beruflichen und arbeitsbezogenen Anforderungen und aktuellem Fähigkeitsprofil, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 45 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C551	Ärztliche, sozialmedizinische Beratung einzeln
	C580	Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen
	D551	Psychosoziale Beratung einzeln
	D552	Sozialrechtliche Beratung einzeln
	D553	Orientierende Sozialberatung einzeln
	D561	Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzeln
	D562	Beratung zur stufenweisen Wiedereingliederung einzeln
	D563	Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung einzeln
	D569	Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln
	D581	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz
	D583	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe
	D585	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Sozialrechtliche Fragen
	D586	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Training der sozialen Kompetenz
	D589	Sonstige soziale Arbeit in der Kleingruppe
	D591	Soziale Arbeit in der Gruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz
	D593	Soziale Arbeit in der Gruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Integration
	D595	Soziale Arbeit in der Gruppe: Sozialrechtliche Fragen
	D596	Soziale Arbeit in der Gruppe: Training der sozialen Kompetenz
	D599	Sonstige Sozialarbeit in der Gruppe
	D600	Angehörigengespräch psychosozial einzeln
	D610	Angehörigengespräch psychosozial in der Gruppe
	E671	Hausbesuch einzeln
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 70 %**	
Weitere Hinweise	z. B. Fragen zu wirtschaftlicher Sicherung, Rentenfragen, Klärung sozialrechtlicher Fragen, Wohnungsfragen	

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 10 Vorbereitung nachgehender Leistungen		
Therapeutische Inhalte	Vorbereitung und Anbahnung von Reha-Nachsorge sowie geeigneten nach- und weitergehenden Maßnahmen zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs. Informationsvermittlung und Beratung über mögliche individuelle oder organisierte Aktivitäten, die Lebensstiländerungen und Krankheitsbewältigung unterstützen sowie Förderung von Selbsthilfemöglichkeiten und Selbstbefähigung.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 15 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	D571	Beratung zu ambulanten bzw. stationären Hilfen und Pflege einzeln
	D572	Abstimmung zu Kontakt- und Informationsgesprächen mit Vor- und Nachbehandlern einzeln
	D573	Beratung zu Nachsorgeangeboten, Selbsthilfegruppen und externen Beratungsstellen einzeln
	D579	Sonstige Beratung zu Nachsorge und weitergehenden Maßnahmen einzeln
	D584	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen
	D594	Soziale Arbeit in der Gruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 80 %**	
Weitere Hinweise	z. B. Beratung zu Themen wie ambulante Therapie, Nachsorgeangebote, Reha-Sportgruppen, Selbsthilfegruppen, Kontaktaufnahme zu Nachbehandlern, Besprechung der bereits erreichten und weiter umzusetzenden Ziele	

Anhang

A. Literatur zur Evidenz für die Indikation Diabetes mellitus

Leitlinien

American College of Sports Medicine (ACSM), American Diabetes Association (ADA). Exercise and type 2 diabetes: American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Exercise and type 2 diabetes. Med Sci Sports Exerc 2010;42(12):2282-303 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084931

American Diabetes Association. (2014a). Standards of medical care in diabetes—2014. Diabetes Care, 37(Supplement 1), S14-S80.

American Diabetes Association. (2014b). Diabetes and Employment. Diabetes Care, 37(Supplement 1), S1112-S117.

American Diabetes Association. (2014c). Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. Diabetes Care, 37(Supplement 1), S120-S143.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wis-senschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter – Langfassung, 1. Auflage. Version 5. 2010, zuletzt verändert: Mai 2013. Available from: http://www.diabetes.versorgungsleitlinien.de; [cited: 16.04.2014]; DOI: 10.6101/AZQ/000126

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter – Langfassung. Version 1.X, 2011 [16.04.2014]. Available from: http://www.diabetes.versorgungsleitlinien.de. Internet: http://www.versorgungsleitlinien.de, http://www.awmf-leitlinien.de.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wis-senschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Diabetes – Strukturierte Schulungsprogramme – Langfassung, 1. Auflage. Version 3. 2012, zuletzt geändert: Juni 2013. Available from: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_schulung; [cited: 16.04.2014]; DOI: 10.6101/AZQ/000143

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wis-senschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Langfassung, 1. Auflage. Version 2. 2013, zuletzt geändert: September 2013. Available from: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_Therapie; [cited: 16.04.2014]; DOI: 10.6101/AZQ/000170

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetesin Canada. Can J Diabetes 2013;37(suppl 1):S1-S212.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009.Internet: http://www.dgppn.de, http://www.versorgungsleitlinien.de, http://www.awmf-leitlinien.de.

Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, Simon G, Ludman E, Russo J, Ciechanowski P, Walker E, Bush T: The Pathways study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 1042-1049

Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F., & Petrak, F. (2013). Psychosoziales und Diabetes (Teil 1). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes-Langfassung. Diabetologie und Stoffwechsel, 8(3), 198-242.

Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F., & Petrak, F. (2013). Psychosoziales und Diabetes (Teil 2). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes-Langfassung. Diabetologie und Stoffwechsel, 8(4), 292-324.

McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Goldstein, B. I., Taylor, V. H., Schaffer, A., Beaulieu, S., & Kemp, D. E. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders. Ann Clin Psychiatry, 24(1), 69-81.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010 (SIGN Publications; 116). Available from: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf.

Williams, S., Clausen, M. G., Robertson, A., Peacock, S., & McPherson, K. (2012). Methodological Reflections on the Use of Asynchronous Online Focus Groups in Health Research. International Jounal of Qualitative Methods, 11(4), 368-383.

B. Literatur zur Methodik und den Reha-Therapiestandards

Shekelle, P G., Woolf, S. H., Eccles, M., Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: developing guidelines. BMJ, 318, 593 – 596.

C. Literatur zur Analyse neuer Modelle und Konzepte

Bethge, M., Brandes, I., Kleine-Budde, K., Löffler, S., Neuderth, S., Schwarz, B., Schwarze, M. & Vogel, H. (2012). Abschlussbericht zum Projekt „MBOR-Management – Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBR), im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013). Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO). Broschüre. Selbstverlag.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2012). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 3. Aufl. Broschüre, Selbstverlag.

Faller, H., Reusch, A., & Meng, K. (2011). DGRW-Update: Patientenschulung. Rehabilitation, 50 (5), 284-291. DOI: 10.1055/s-0031-1285889

Friedl-Huber, A., Küffner, R., Ströbl, V., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation – eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitations-Einrichtungen. Praxis Verhaltenstherapie, Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20 (1), 15-20.

Neuderth, S. & Vogel, H. (2002). Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation - bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Tagungsbericht. BAR, Frankfurt am Main.

Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H. & Faller, H. (2013) Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 - Eine Bestandsaufnahme. Die Rehabilitation. 52 (4), 226-233, DOI: 10.1055/s-0032-1327688

D. Studienübersicht zu einbezogenen Leitlinien, Metaanalysen und Originalarbeiten

ETM 01 Bewegungstherapie

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2013	**Starke Empfehlung** Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen aufgeklärt und beraten werden, an strukturierten Bewegungsprogrammen teilzunehmen. Individuell soll entschieden werden, welche Bewegungs- oder Sportarten für den Patienten geeignet sind. Es ist wünschenswert, dass körperliche Aktivitäten und/oder strukturierte Trainingsprogramme von Menschen mit Typ-2-Diabetes regelmäßig, wenn möglich, mehrmals pro Woche durchgeführt werden. Die Kombination von Trainingsprogrammen wie aerobes Ausdauertraining und Krafttraining ist wünschenswert, jedoch nicht für alle Menschen mit Typ-2-Diabetes zu realisieren. **Empfehlung** Menschen mit Typ-2-Diabetes sollten hinsichtlich der positiven Bedeutung von körperlicher Aktivität in Bezug auf Typ-2-Diabetes, diabetischen Folgeerkrankungen und kardiovaskulären Risikofaktoren aufgeklärt und beraten werden. **Empfehlung** Insbesondere für Menschen mit Typ-2-Diabetes in der zweiten Lebenshälfte sollte empfohlen werden, Geschicklichkeit, Reaktionsfähigkeit, Koordination, Gelenkigkeit und Beweglichkeit zu trainieren. **Statement (starker Konsens):** Für Menschen mit Typ-2-Diabetes, insbesondere mit diabetischen Folgeerkrankungen, gilt, dass sich die Wahl der körperlichen Aktivität oder Sportart und die Intensität ihrer Durchführung nach der individuellen körperlichen Verfassung und den Möglichkeiten des Betroffenen zu richten haben.
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG	2011	Die Strategien der **Trainings- und Übungstherapie** („exercise“) schließen drei unterschiedliche Vor-gehensweisen ein, die je nach klinischem Ausfallmuster eingesetzt werden können [487]:

(KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).		1. Kräftigungsprogramme („strengthening“) umfassen isometrische, isotonische und isokinetische Übungsabläufe. 2. Ausdauerprogramme bestehend aus aeroben Aktivitäten wie Radfahren („cycling“), Laufen („running“, „jogging“), zügiges Gehen („walking“) und Schwimmen. Bis auf das Schwimmen können diese Aktivitäten mit apparativer Hilfe (Laufband, Fahrradergometer) durchgeführt werden. 3. Spezielle Ausdauerprogramme für einzelne Muskelgruppen mit repetitiven Muskelkontraktionen. Ein Wechsel der Strategien oder ihre Kombination ist möglich. Die krankengymnastische Behandlung muss individualisiert den dominierenden Funktionsstörungen angepasst werden. Die Therapieziele sind 1. Tonusaufbau, 2. Gelenkstabilisierung, 3. Auftrainieren der Muskulatur, 4. Behandlung von Gleichgewichtsstörungen.
American Diabetes Association & American College of Sports Medicine	2010	Inclusion of both aerobic and resistance exercise training is recommended. Combined training thrice weekly in individuals with T2DM may be of greater benefit to BG control than either aerobic or resistance exercise alone (238). However, the total duration of exercise and caloric expenditure was greatest with combined training in all studies done to date (51,183,238), and both types of training were undertaken together on the same days. No studies have yet reported whether daily, but alternating, training is more effective or the BG effect of isocaloric combinations of training. **Evidence statement:** Supervised and combined aerobic and resistance training may confer health additional benefits, although milder forms of PA (like yoga) have shown mixed results. Persons with T2DM are encouraged to increase their total daily unstructured PA. Flexibility training may be included but should not be undertaken in place of other recommended types of PA. **ACSM evidence category B.** **ADA C level recommendation.**
American Diabetes Association	2014	Adults with diabetes should be advised to perform at least 150 min/week of moderate-intensity aerobic physical activity (50–70% of maximum heart rate), spread over at least 3 days/week with no more than 2 consecutive days without exercise. **A** In the absence of contraindications, adults with type 2 diabetes should be encouraged to perform resistance training at least twice per week. **A**
Canadian Diabetes Association	2013	People with diabetes should accumulate a minimum of 150 minutes of moderate- to vigorous-intensity aerobic exercise each week, spread over at least 3 days of the week, with no more than 2 consecutive days without exercise [**Grade B, Level 2**, for type 2 diabetes (1,3,22) ; Grade C, Level 3, for type 1 diabetes (9)]. People with diabetes (including elderly people) should perform resistance exercise at least twice a week (23) and preferably 3 times per week [**Grade B, Level 2** (13)] in addition to aerobic exercise [**Grade B, Level 2** (23,45,46)]. Initial instruction and periodic supervision by an exercise specialist are recommended [**Grade C, Level 3** (13)].

		People with diabetes should set specific physical activity goals, anticipate likely barriers to physical activity (e.g. weather, competing commitments), develop strategies to overcome these barriers [**Grade B, Level 2** (61)] and keep records of their physical activity [**Grade B, Level 2** (62)]. Structured exercise programs supervised by qualified trainers should be implemented when feasible for people with type 2 diabetes to improve glycemic control, CVD risk factors and physical fitness [**Grade B, Level 2** (22,23)]. People with diabetes with possible CVD or microvascular complications of diabetes who wish to undertake exercise that is substantially more vigorous than brisk walking should have medical evaluation for conditions that might increase exercise-associated risk. The evaluation would include history, physical examination (including funduscopic exam, foot exam, and neuropathy screening), resting ECG and, possibly, exercise ECG stress testing [**Grade D**, Consensus]. An interdisciplinary weight management program (including a nutritionally balanced, calorie-restricted diet; regular physical activity; education; and counselling) for overweight and obese people with, or at risk for, diabetes should be implemented to prevent weight gain and to achieve and maintain a lower, healthy body weight [**Grade A, Level 1A** (30,56)].
Scottish International Guideline Network	2010	People with type 2 diabetes should be encouraged to participate in physical activity or structured exercise to improve glycaemic control and cardiovascular risk factors. **(A)** Overweight individuals and those at high risk of developing diabetes should be encouraged to reduce this risk by lifestyle changes including weight management and physical activity. **(B)**

ETM 02 Patientenschulung Diabetes mellitus; ETM 03 Spezielle Patientenschulung und ETM 04 Gesundheitsbildung

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2013	**Starke Empfehlung** Allen von Diabetes mellitus Betroffenen sowie ggf. ihren Angehörigen soll als unverzichtbarer Bestandteil der Diabetesbehandlung ein strukturiertes, evaluiertes und zielgruppen- und themenspezifisches Schulungs- und Behandlungsprogramm angeboten werden. **Empfehlung** Menschen mit Typ-2-Diabetes sollten im Rahmen der individuellen Beratung über den differenzierten Umgang mit Alkohol beraten werden

BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2012	**Starke Empfehlung** **Inhalte:** • Hilfestellung zu adäquatem Krankheitserleben und Motivation zur Behandlung; • Unterstützung zum eigenverantwortlichen Umgang mit dem Diabetes („empowerment“); • Formulierung und Bewertung von individuellen, risikoadjustierten Therapiezielen; • Vermittlung von Kenntnissen über die Grundlagen der Erkrankung und deren Behandlung (Ursachen des Diabetes, klinische Merkmale, Verlauf und Prognose usw.); • Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Behandlung der Erkrankung (Verhaltensmodifikation, Prinzipien der medikamentösen Diabetestherapie, Insulintherapie usw.); • Erlernen von Selbstkontrollmaßnahmen sowie deren Dokumentation und Interpretation; • Erlernen von Selbstbeobachtungs-, Selbstbewertungs- und Selbstkontrollstrategien in Bezug auf diabetes-relevante Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Fußpflege usw.); • Erkennen, Behandlung und Prävention von Akutkomplikationen (Hypoglykämien, Infektneigung usw.); • Erkennen, Behandlung und Prävention von Risikofaktoren (Hyperlipidämie, Hypertonie, Nikotin usw.) für makroangiopathische Folgeerkrankungen (Herzinfarkt, Apoplex usw.); • Erkennen, Behandlung und Prävention von diabetischen Folgeerkrankungen (Nephropathie, Retinopathie, Neuropathie, erektile Dysfunktion, diabetischer Fuß usw.); • Bedeutung der Ernährung im Kontext der Diabetesbehandlung. Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten in Bezug auf die Gestaltung einer kalorienreduzierten bzw. kohlenhydratdefinierten Kost. Erarbeitung und praktisches Einüben eines Ernährungskonzepts unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgewohnheiten und in Abhängigkeit von der Therapieform; • Bedeutung der körperlichen Bewegung im Rahmen der Diabetesbehandlung. Erarbeitung und praktisches Einüben eines Bewegungsplanes unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgewohnheiten, der Therapieform und des Gesundheitsstatus;

		• Verhalten in besonderen Situationen (Krankheit, Reisen usw.); • Hilfestellung zum erfolgreichen Umgang mit Erschwernissen der Diabetestherapie im Alltag; • Schwangerschaft, Kontrazeption; • Sozialrechtliche Aspekte des Diabetes (Beruf, Führerschein, Versicherungen usw.); • Kontrolluntersuchungen (“Gesundheits-Pass Diabetes“) und Nutzung des Gesundheitssystems für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem Diabetes). **Starke Empfehlung** Wiederholungs-, Refresher- bzw. Ergänzungsschulungsmaßnahmen sollen entsprechend denen im Folgenden genannten Kriterien problem- und zielgruppenspezifisch als Gruppen- oder ggf. Einzelschulung angeboten werden.
Deutsche Diabetes Gesellschaft	2013	Allen Menschen mit Typ-2-Diabetes soll eine umfassende Basisschulung mit einem publizierten und evaluierten Schulungs- und Behandlungsprogramm angeboten werden. ([9, 20 – 22] EK Ia, [19, 36, 38] EK Ib) Empfehlungsgrad: **A** Menschen mit Diabetes sollte bei Schwierigkeiten der Therapieumsetzung im Alltag oder bei Problemen im Zusammenhang mit dem Diabetes (z. B. mangelnde Kenntnisse und Fertigkeiten, Problempunkte in Therapieergebnissen, Komplikationen, Probleme im Alltag) Wiederholungsschulungen angeboten werden. (Expertenkonsens, EK IV) Empfehlungsgrad: **A** Für Menschen mit Diabetes, die ein erhöhtes Risiko haben, ein Fußsyndrom zu entwickeln, oder für Patienten mit einem bereits bestehenden Fußproblem (zur Rezidivprophylaxe) kann das Angebot einer speziellen Schulung sinnvoll sein. ([53] EK Ia, [59] EK IIb) Empfehlungsgrad: **A** Allen Menschen mit Diabetes und Hypoglykämieproblemen soll ein spezifisches Hypoglykämie-Schulungsprogramm angeboten werden. ([48, 51, 52] EK Ib) Empfehlungsgrad: **A**
American Diabetes Association	2014	People with diabetes should receive DSME according to national standards and diabetes self-management support when their diabetes is diagnosed and as needed thereafter. **(B)** Effective self-management and quality of life are the key outcomes of DSME and should be measured and monitored as part of care. **(C)** DSME should address psychosocial issues, since emotional well-being is associated with positive diabetes outcomes. **(C)** Because DSME can result in cost-savings and improved outcomes (B), DSME should be adequately reimbursed by third-party

		payers. (E).
Canadian Diabetes Association	2013	People with diabetes should be offered timely diabetes education that is tailored to enhance self-care practices and behaviours [**Grade A, Level 1A** (3,11,53)]. All people with diabetes who are able should be taught how to self-manage their diabetes [**Grade A, Level 1A** (53)]. SME that incorporates cognitive-behavioural educational interventions, such as problem solving, goal setting, and self-monitoring of health parameters, should be implemented for all individuals with diabetes [**Grade B, Level 2** (11,23,48,82)]. Interventions that increase patient participation and collaboration in healthcare decision making should be used by providers [**Grade B, Level 2** (53)]. For people with type 2 diabetes, SME interventions should be offered in small group and/or one-on-one settings, since both may be effective [**Grade A, Level 1A** (83,84)]. In both type 1 and 2 diabetes, interventions that target families' ability to cope with stress or diabetes-related conflict should be included in educational interventions when indicated [**Grade B, Level 2** (55)]. Technologically based home blood glucose monitoring systems may be integrated into SME interventions in order to improve glycemic control [**Grade C, Level 3** (75,85)]. Culturally appropriate SME, which may include peer or lay educators, may be used to increase diabetes-related knowledge and self-care behaviours and to decrease A1C [**Grade B, Level 2** (32,34,77)]. Adding literacy- and numeracy-sensitive materials to a comprehensive diabetes management and education program may be used to improve knowledge, self-efficacy and A1C outcomes for patients with low literacy [**Grade C, Level 3** (36)]. All individuals with diabetes (type 1 or type 2) should follow a comprehensive, multifaceted approach to reduce cardiovascular risk, including: • Achievement and maintenance of healthy body weight • Healthy diet • Regular physical activity • Smoking cessation • Optimal glycemic control (usually A1C ≤7%) • Optimal blood pressure control (<130/80 mm Hg)
Scottish International Guideline Network	2010	Adults with type 2 diabetes should have access to structured education programmes based upon adult learning theories. **(A)**

ETM 05 Ernährungsschulung praktisch

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2013	**Starke Empfehlung** Menschen mit Typ-2-Diabetes soll im Rahmen der medizinischen Betreuung und strukturierter Schulungs- und Behandlungsprogramme eine Ernährungsberatung angeboten werden. Die Ernährungsberatung soll Ernährungsverhalten, Wünsche, Verträglichkeiten, Werte und Bedürfnisse des Patienten ebenso berücksichtigen wie die Möglichkeiten zur Verhaltensänderung und den möglichen Einfluss der Ernährungsänderung auf die Lebensqualität. Ernährungsempfehlungen für Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen folgende Eckpunkte berücksichtigen: • Motivation zu gesunden, ausgewogenen Kostformen unter Berücksichtigung der bisherigen Ernährungsroutine des Patienten • Verzicht auf industriell gefertigte Lebensmittel, die als sogenannte „Diabetesdiät“ oder „Diabetesnahrung“ deklariert werden Menschen mit Typ-2-Diabetes sollten individualisierte Ernährungsempfehlungen erhalten, welche an Therapieziele und Risikoprofil angepasst werden.
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2012	**Starke Empfehlung** Die Schulung soll Menschen mit Diabetes zur Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung motivieren und Fertigkeiten (wie Selbstkontroll- und Änderungs-bereitschaft, **Ernährungs**- und Bewegungsverhalten) vermitteln, die für eine erfolgreiche Umsetzung der Therapie im Alltag notwendig sind.
American Diabetes Association	2014	Nutrition therapy is recommended for all people with type 1 and type 2 diabetes as an effective component of the overall treatment plan. **A**
American Diabetes Association	2014c	A series of **3–4 encounters** with an RD (Registered Dietitian) lasting from **45 to 90 min.** Nutrition therapy is recommended for all people with type 1 and type 2 diabetes as an effective component of the overall

		treatment plan. **A** Individuals who have diabetes should receive individualized MNT as needed to achieve treatment goals, preferably provided by an RD familiar with the components of diabetes MNT. **A** For individuals using fixed daily insulin doses, consistent carbohydrate intake with respect to time and amount can result in improved glycemic control and reduce risk for hypoglycemia. **B** A simple diabetes meal planning approach such as portion control or healthful food choices may be better suited to individuals with type 2 diabetes identified with health and numeracy literacy concerns. This may also be an effective meal planning strategy for older adults. **C** People with diabetes should receive DSME according to national standards and diabetes self-management support when their diabetes is diagnosed and as needed thereafter. **B** Because diabetes nutrition therapy can result in cost savings **B** and improved outcomes such as reduction in A1C **A**, nutrition therapy should be adequately reimbursed by insurance and other payers. **E**
Canadian Diabetes Association	2013	People with diabetes should receive nutrition counselling by a registered dietitian to lower A1C levels [**Grade B, Level 2** (3)], for those with type 2 diabetes; Grade D, Consensus, for type1 diabetes] and to reduce hospitalization rates [**Grade C, Level 3** (8)]. Nutrition education is effective when delivered in either a small group or a one-on-one setting [**Grade B, Level 2** (13)]. Group education should incorporate adult education principles, such as hands-on activities, problem solving, role playing and group discussions [**Grade B, Level 2** (14)]. Individuals with diabetes should be encouraged to follow Eating Well with Canada's Food Guide (18) in order to meet their nutritional needs [**Grade D**, Consensus]. In overweight or obese people with diabetes, a nutritionally balanced, calorie-reduced diet should be followed to achieve and maintain a lower, healthier body weight [**Grade A, Level 1A** (28,29)]. Adults with diabetes should consume no more than 7% of total daily energy from saturated fats [**Grade D**, Consensus] and should limit intake of trans fatty acids to a minimum [**Grade D,** Consensus]. Added sucrose or added fructose can be substituted for other carbohydrates as part of mixed meals up to a maximum of 10% of total daily energy intake, provided adequate control of BG and lipids is maintained [**Grade C, Level 3** (50,51,54,58,60)]. People with type 2 diabetes should maintain regularity in timing and spacing of meals to optimize glycemic control [**Grade D,**

		Level 4 (132)]. Dietary advice may emphasize choosing carbohydrate food sources with a low glycemic index to help optimize glycemic control [type 1 diabetes: Grade B, Level 2 (34,35,169) ; type 2 diabetes: **Grade B, Level 2** (41)]. Alternative dietary patterns may be used in people with type 2 diabetes to improve glycemic control, (including): • Mediterranean-style dietary pattern [**Grade B, Level 2** (107,108)] • Vegan or vegetarian dietary pattern [**Grade B, Level 2** (103,104)] • Incorporation of dietary pulses (e.g. beans, peas, chick peas, lentils) [**Grade B, Level 2** (122)] • Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) dietary pattern [**Grade C, Level 2** (118)] An intensive lifestyle intervention program combining dietary modification and increased physical activity may be used to achieve weight loss and improvements in glycemic control and cardiovascular risk factors [**Grade A, Level 1A** (29)]. People using insulin or insulin secretagogues should be informed of the risk of delayed hypoglycemia resulting from alcohol consumed with or after the previous evening's meal [**Grade C, Level 3** (170,172)] and should be advised on preventive actions such as carbohydrate intake and/or insulin dose adjustments and increased BG monitoring [**Grade D**, Consensus]
Scottish International Guideline Network	2010	Obese adults with type 2 diabetes should be offered individualised interventions to encourage weight loss (including lifestyle, pharmacological or surgical interventions) in order to improve metabolic control**. (A)**

ETM 06 Psychologische Beratung und Therapie

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2013	Alle Menschen mit Diabetes sollten bei entsprechenden Verdachtsmomenten im Patient-Arzt-Gespräch gezielt nach depressiven Störungen befragt werden. ➔ Verweis auf NVL „Unipolare Depression“
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE	2011	**Empfehlung**

BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).		Psychosoziale Aspekte sollten bei Diagnostik, Prävention, Therapie, Rehabilitation und Schulung gleichwertig zu somatischen Aspekten mit dem Patienten angesprochen und berücksichtigt werden. **Empfehlung** Bei Patienten mit diabetischer Neuropathie sollten: • die Lebensqualität des Patienten im Gespräch thematisiert, • die subjektive Hierarchie der Beschwerden des Patienten (z. B. Depression, Fußkomplikationen, Mobilitätsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Schmerzen) und die individuellen Therapieziele erhoben und individuelle Therapiestrategien unter Berücksichtigung der jeweiligen Krankheitskonzepte, des Bewältigungsverhaltens und der Ressourcen des Patienten vereinbart werden. **Empfehlung** Bei Patientinnen und Patienten mit belastenden Störungen im Sexualleben sollte eine somatische und psychosoziale Abklärung erfolgen
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2009	Bei einer Komorbidität von Diabetes mellitus und depressiver Störung sollte eine Psychotherapie zur Verringerung der Depressivität und zur Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus angeboten werden. **(B)**
Deutsche Diabetes Gesellschaft	2013	Allgemein: Therapie am besten durch Psychotherapeuten mit psychodiabetologischer Kompetenz. Empfehlungsgrad **B** Jeder Diabetespatient mit einer alkoholbedingten Abhängigkeitserkrankung sollte ein Angebot zur Teilnahme an einer für ihn angemessenen therapeutischen Maßnahme zur Therapie der Abhängigkeitserkrankung erhalten. (Expertenkonsens EK IV) Empfehlungsgrad: **B** Zu Schizophrenie: Die Behandlung des Diabetes mellitus soll in das Gesamt-Therapiekonzept der Schizophrenie integriert werden und den

		aktuellen evidenzbasierten Diabetesleitlinien folgen. ([282] EK IV, Expertenkonsens EK IV) Empfehlungsgrad: **A** Zu Depression Doppeltes Risiko gegenüber der Normalbevölkerung Allen Patienten mit leichter, mittelgradiger und schwerer Depression soll in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten eine Psychotherapie angeboten werden. Patienten mit Anpassungsstörungen kann sie angeboten werden. ([364] EK Ia, [356] EK IV, **Expertenkonsens** EK IV) Empfehlungsgrad: **A** Zu Angststörungen Erhöhte Prävalenz Werden bei einem Menschen mit Diabetes mellitus eine Angststörung oder diabetesbezogene übertriebene Ängste diagnostiziert, soll die Diagnose erläutert und eine Behandlung angeboten werden. Jede Intervention bedarf eines kontinuierlichen Monitorings. ([409] EK IV, Expertenkonsens EK IV) Empfehlungsgrad: **A** Therapieempfehlungen zur Angstbehandlung, die auf Erkenntnissen bei Menschen ohne Diabetes basieren, können (solange es keinen entsprechenden Fortschritt des Forschungsstandes gibt) im Regelfall auch bei Menschen mit Diabetes angewandt werden. (Expertenkonsens EK IV) Empfehlungsgrad: **B** Angststörungen oder diabetesbezogene übertriebene Ängste, welche das Funktionsniveau des Patienten nicht sehr stark beeinträchtigen, können im Rahmen der Primärversorgung durch Psychoedukation und verhaltenstherapeutisch orientierte Bibliotherapie oder internetbasierte Verhaltenstherapie für Angststörungen behandelt werden. (Spek et al., 2007; EK Ia, [409] EK IV, Expertenkonsens EK IV) **Empfehlungsgrad: 0** Angststörungen oder diabetesbezogene übertriebene Ängste, welche auf eine Maßnahme der Primärversorgung nicht angesprochen haben, oder mittelgradige oder schwere Angststörung sollten im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie behandelt werden. Die Methode der ersten Wahl ist dabei die Verhaltenstherapie, bei generalisierten Angststörungen können alternativ oder in Kombination außerdem Entspannungsverfahren empfohlen werden. (Sanchez-Meca et al., 2010;Wolitzky-Taylor et al., 2008; Siev & Chembless, 2007; EK Ia, [409] EK IV, Expertenkonsens EK IV)) **Empfehlungsgrad: B** Zu Essstörungen: Für eine erfolgreiche Psychotherapie ist das Verstehen der Lebenssituation des Patienten im Allgemeinen und des Patienten

		mit Diabetes im Besonderen notwendig, wozu insbesondere Kenntnisse von Seiten des behandelnden Psychotherapeuten im Hinblick auf das Therapieregime und dessen mögliche Zusammenhänge mit dem Essverhalten/Essstörung (z. B. Hypoglykämie, körperliche Aktivität, etc.) erforderlich sind. Im stationären Bereich ist eine enge Kooperation zwischen dem diabetologischen und ärztlich/psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungsteam notwendig. ([460] EK III, [470] EK IV, Expertenkonsens, EK IV) **Empfehlungsgrad: 0** Essgestörte Patienten mit Typ-2-Diabetes leiden in der Regel an einer BES [Binge eating Störung; Anm. d. Autoren] und einer Adipositas, sodass Überlegungen zu allen 3 Krankheitsentitäten in die Behandlung einfließen sollten. Von daher ist ein multimodales Behandlungskonzept sinnvoll, deren integrale Bestandteile eine Psychotherapie und ein Gewichtsmanagement darstellen. ([434] EK IV, Expertenkonsens, EK IV) **Empfehlungsgrad: B** Für die Behandlung adipöser Patienten mit BES gelten die Empfehlungen der S3-Leitlinien „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“. ([434] EK IV, Expertenkonsens, EK IV) Empfehlungsgrad: **A** Andere Faktoren: Interventionen zur Stressreduktion sollten bei Patienten mit ausgeprägter Stressbelastung sowie unzureichender glykämischer Kontrolle und/oder reduzierter Lebensqualität angeboten werden. ([482, 483, 494] EK Ia, [25] EK Ib, Expertenkonsens EK IV) **Empfehlungsgrad: B** Bei Patienten mit schwerwiegenden zwischenmenschlichen Problemen und/oder geringer sozialer Unterstützung, die sich negativ auf die Diabetestherapie auswirken, können gezielte psychotherapeutische Interventionen in Erwägung gezogen werden. ([495, 497] EK Ib, [496] EK IIa) **Empfehlungsgrad: 0** Psychologische Interventionen zur Förderung der Krankheitsbewältigung sollten – unabhängig von Schulungen – auch bei Patienten mit schwerwiegenden Problemen der Krankheitsbewältigung angeboten werden. ([482, 483, 494] EK Ia, [11, 25, 498 – 501, 513] EK Ib; Expertenkonsens EK IV) **Empfehlungsgrad: B** Liegen psychische oder Verhaltenseinflüsse vor, die aufgrund ihrer Auswirkungen krankheitswert haben, sollte eine Therapie F54 nach Möglichkeit von Therapeuten mit psychodiabetologischen Kenntnissen durchgeführt werden. (Expertenkonsens EK IV) **Empfehlungsgrad: B**
American Diabetes Association	2014	DSME and DSMS should address psychosocial issues, since emotional well-being is associated with positive diabetes outcomes. **C** It is reasonable to include assessment of the patient’s psychological and social situation as an ongoing part of the medical management of diabetes. **B** Psychosocial screening and follow-up may include, but are not limited to, attitudes about the illness, expectations for medical management and outcomes, affect/ mood, general and diabetes-related quality of life, resources (financial, social, and

		emotional), and psychiatric history. **E** Routinely screen for psychosocial problems such as depression and diabetes-related distress, anxiety, eating disorders, and cognitive impairment. **B**
Canadian Diabetes Association	2013	Individuals with diabetes should be regularly screened for subclinical psychological distress and psychiatric disorders (e.g. depressive and anxiety disorders) by interview [**Grade D**, Consensus] or with a standardized questionnaire [Grade B, Level 2 (110)]. Psychosocial interventions should be integrated into diabetes care plans, including • Motivational interventions [**Grade D**, Consensus] • Stress management strategies [**Grade C**, Level 3 (90)] • Coping skills training [**Grade A**, Level 1A for type 2 diabetes (111) ; Grade B, Level 2, for type 1 diabetes (112)] • Family therapy [**Grade A**, Level 1B (91,93,113)] • Case management [**Grade B**, Level 2 (94)] All adult men with diabetes should be regularly screened for ED with a sexual function history [**Grade D**, Consensus]. Men with diabetes and ED should be investigated for hypogonadism [**Grade D**, Level 4 (16,31,32,34)]. A PDE5 inhibitor, if there are no contraindications to its use, should be offered as first-line therapy to men with diabetes and ED in either an on-demand [**Grade A**, Level 1A (47-53)] or scheduled-use [**Grade B**, Level 2 (53,54)] dosing regimen. Referral to a specialist in ED should be considered for eugonadal men who do not respond to PDE5 inhibitors or for whom the use of PDE5 inhibitors is contraindicated [**Grade D**, Consensus]. Men with diabetes and ejaculatory dysfunction who are interested in fertility should be referred to a healthcare professional experienced in the treatment of ejaculatory dysfunction [**Grade D**, Consensus].
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments	2012	Taken together, evidence indicates that successful treatment outcomes can be expected for both diabetes and mood disorders. A recent meta-analysis indicated that the combined effect of all antidepressant therapies in individuals with diabetes mellitus is moderate; a large effect is noted for psychotherapeutic interventions combined with diabetes self-management and moderate for pharmacologic treatment. No controlled trials have evaluated the effect of anti-diabetic treatment in individuals with BD.

ETM 07 Entspannungstraining

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2013	**Starke Empfehlung** In Abhängigkeit von den unter Empfehlung 2-1 genannten individuellen Therapiezielen soll primär mit einer Basistherapie (Schulung, Ernährungstherapie, Steigerung der körperlichen Aktivität und Raucherentwöhnung) begonnen werden (siehe Algorithmus A. 2 „Grundzüge der Behandlung des Typ-2-Diabetes“). Die Basistherapie umfasst alle lebensstilmodifizierenden, nichtmedikamentösen Maßnahmen. Dazu zählen Schulung des Patienten, Ernährungstherapie, Steigerung der körperlichen Aktivität und Nichtrauchen, **Stressbewältigungsstrategien**.
Deutsche Diabetes Gesellschaft	2013	Interventionen zur Stressreduktion sollten bei Patienten mit ausgeprägter Stressbelastung sowie unzureichender glykämischer Kontrolle und/oder reduzierter Lebensqualität angeboten werden. ([482, 483, 494] EK Ia, [25] EK Ib, Expertenkonsens EK IV) **Empfehlungsgrad: B**

ETM 08 Tabakentwöhnung

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2013	**Starke Empfehlung** In Abhängigkeit von den unter Empfehlung 2-1 genannten individuellen Therapiezielen soll primär mit einer Basistherapie (Schulung, Ernährungstherapie, Steigerung der körperlichen Aktivität und Raucherentwöhnung) begonnen werden (siehe Algorithmus A. 2 „Grundzüge der Behandlung des Typ-2-Diabetes“). **Starke Empfehlung** Raucher sollen immer, wenn dies situativ angemessen erscheint, über die besonderen Risiken des Rauchens hinsichtlich mikro- und makrovaskulärer Erkrankungen sowie von Lungenerkrankungen aufgeklärt und spezifisch beraten werden. Ihnen soll dringlich geraten werden, das Tabakrauchen aufzugeben, wenn nicht gewichtige Gründe wie beispielsweise instabile

		psychische Erkrankungen dagegen sprechen. **Starke Empfehlung** Änderungswillige Raucher sollen hinsichtlich möglicher Verfahren zur Tabakentwöhnung regelmäßig beraten werden
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2011	**Starke Empfehlung** Allen Patienten mit Diabetes soll geraten werden, das Rauchen einzustellen, um das Risiko der Nephropathieentwicklung und -progression sowie der Gefäßschädigung zu reduzieren.
Deutsche Diabetes Gesellschaft	2013	2009 etwa 12,7 % Raucher Jeder nikotinabhängige Patient mit Diabetes sollte ein strukturiertes Therapieangebot zur Behandlung seiner Abhängigkeit bekommen. (Expertenkonsens EK IV) Empfehlungsgrad: **B** Zur Therapie der Nikotinabhängigkeit bei Menschen mit Diabetes sollten die in aktuellen Leitlinien zur Nikotinabhängigkeit empfohlenen Interventionen angewandt werden. ([215, 278, 279] EK IV, Expertenkonsens EK IV) **Empfehlungsgrad: B**
American Diabetes Association	2014	Advise all patients not to smoke. **(A)** Include smoking cessation counseling and other forms of treatment as a routine component of diabetes care. **(B)**
Canadian Diabetes Association	2013	All individuals with diabetes (type 1 or type 2) **should** follow a comprehensive, multifaceted approach to reduce cardiovascular risk, including: • … • Smoking cessation
Scottish International Guideline Network	2010	All people who smoke should be advised to stop and offered support to help facilitate this in order to minimise cardiovascular and general health risks. **(B)** Intensive management plus pharmacological therapies should be offered to patients with diabetes who wish to stop smoking. **(B)**

ETM 09 Sozial- und sozialrechtliche Beratung

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2013	„Ein strukturiertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2 Diabetes soll u. a. folgende Inhalte umfassen: […] Vermittlung von Informationen über **sozialrechtliche Aspekte des Diabetes (Beruf, Führerschein, Schwerbehinderung, Versicherungen etc**.)“
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2012	**Starke Empfehlung** In der Schulung sollen Menschen mit Diabetes Informationen zu speziellen sozialrechtlichen Aspekten des Diabetes (wie Beruf, Führerschein, Schwerbehinderung) erhalten.
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2011	Rehabilitanden mit diabetischer Neuropathie haben in Rehabilitationseinrichtungen einen hohen Bedarf an sozialer und beruflicher Beratung bis hin zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Da bei vielen Patienten mit einer fortgeschrittenen diabetischen Neuropathie irreversible Funktionsstörungen vorliegen, können zahlreiche Leistungen der klinischen Sozialarbeit erforderlich sein, z. B.: • Maßnahmen zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes; • Hilfe bei innerbetrieblicher und außerbetrieblicher Suche nach einem leidensgerechten Arbeitsplatz; • Berufliche Anpassung (Fortbildung, Umschulung in einem Berufsförderungswerk);

		• Kostenzuschuss für die Umgestaltung des Arbeitsplatzes; • Sozialrechtliche Beratung (z. B. Schwerbehinderten- und Rentenrecht); • Organisation von Nachsorgemaßnahmen. Daten zur beruflichen Wiedereingliederung von Patienten mit diabetischer Neuropathie liegen nicht vor. Über alle Indikationen liegen die Wiedereingliederungsquoten bei Absolventen der Berufsförderungswerke zwischen 55 % und 77 % [519].
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2010	Die genaue Analyse des Arbeitsplatzes ist besonders bei Verdacht auf berufliche Umweltfaktoren unerlässlich. Die eventuelle Notwendigkeit einer beruflichen Umorientierung im Hinblick auf die zu erwartende Dialysepflichtigkeit sollte in Absprache mit Patient und Betriebsarzt frühzeitig erfolgen. Eine frühzeitige Sozial- und Berufsberatung im Hinblick auf eine geeignete Ausbildung ist besonders bei Jugendlichen erforderlich. Arbeiten in Kälte, Feuchtigkeit, bei starken Temperaturgegensätzen und in Gegenwart von Nephrotoxinen sind bei allen Graden der Niereninsuffizienz sehr problematisch. Eine Arbeitserprobung im Rahmen der Rehabilitation z. B. bei Langzeitarbeitslosigkeit ist möglich.
Deutsche Diabetes Gesellschaft	2013	Die Diabetesschulung hat folgende allgemeine Ziele: ▸ Vermeidung negativer sozialer Konsequenzen, Diskriminierung aufgrund der Erkrankung.

ETM 10 Unterstützung der beruflichen Integration

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN	2013	„Ein strukturiertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2 Diabetes soll u. a. folgende Inhalte umfassen: […] Vermittlung von Informationen über sozialrechtliche Aspekte des Diabetes (**Beruf**, Führerschein, Schwerbehinderung, Versicherungen etc.)“

(AWMF).		
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2012	**Starke Empfehlung** In der Schulung sollen Menschen mit Diabetes Informationen zu speziellen sozialrechtlichen Aspekten des Diabetes (wie Beruf, Führerschein, Schwerbehinderung) erhalten.
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2011	Rehabilitanden mit diabetischer Neuropathie haben in Rehabilitationseinrichtungen einen hohen Bedarf an sozialer und beruflicher Beratung bis hin zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Da bei vielen Patienten mit einer fortgeschrittenen diabetischen Neuropathie irreversible Funktionsstörungen vorliegen, können zahlreiche Leistungen der klinischen Sozialarbeit erforderlich sein, z. B.: • Maßnahmen zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes; • Hilfe bei innerbetrieblicher und außerbetrieblicher Suche nach einem leidensgerechten Arbeitsplatz; • Berufliche Anpassung (Fortbildung, Umschulung in einem Berufsförderungswerk); • Kostenzuschuss für die Umgestaltung des Arbeitsplatzes; • Sozialrechtliche Beratung (z. B. Schwerbehinderten- und Rentenrecht); • Organisation von Nachsorgemaßnahmen. Daten zur beruflichen Wiedereingliederung von Patienten mit diabetischer Neuropathie liegen nicht vor. Über alle Indikationen liegen die Wiedereingliederungsquoten bei Absolventen der Berufsförderungswerke zwischen 55 % und 77 % [519].
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN	2010	Die genaue Analyse des Arbeitsplatzes ist besonders bei Verdacht auf berufliche Umweltfaktoren unerlässlich. Die eventuelle Notwendigkeit einer beruflichen Umorientierung im Hinblick auf die zu erwartende Dialysepflichtigkeit sollte in Absprache mit Patient und Betriebsarzt frühzeitig erfolgen. Eine frühzeitige Sozial- und Berufsberatung im Hinblick auf eine geeignete Ausbildung ist besonders bei Jugendlichen erforderlich. Arbeiten in Kälte, Feuchtigkeit, bei starken Temperaturgegensätzen und in Gegenwart von Nephrotoxinen sind bei allen Graden der Niereninsuffizienz sehr problematisch. Eine Arbeitserprobung im Rahmen der Rehabilitation z. B. bei Langzeitarbeitslosigkeit ist möglich.

MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).		
American Diabetes Association	2014b	People with diabetes should be individually considered for employment based on the requirements of the specific job and the individual's medical condition, treatment regimen, and medical history. (E) When questions arise about the medical fitness of a person with diabetes for a particular job, a health care professional with expertise in treating diabetes should perform an individualized assessment; input from the treating physician should always be included. (E) Employment evaluations should be based on sufficient and appropriate medical data and should never be made based solely on one piece of data. (E) Screening guidelines and protocols can be useful tools in making decisions about employment if they are used in an objective way and based on the latest scientific knowledge about diabetes and its management. (E) Individuals with diabetes may need accommodations on the job in order to perform their work responsibilities effectively and safely; these include accommodating daily diabetes needs and, when present, the complications of diabetes. All such accommodations must be tailored to the individual and effective in helping the individual perform his or her job. (E)

ETM 11 Nachsorge und soziale Integration

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2013	**Starke Empfehlung** Allen von Diabetes mellitus Betroffenen sowie ggf. ihren Angehörigen soll als unverzichtbarer Bestandteil der Diabetesbehandlung ein strukturiertes, evaluiertes und zielgruppen- und themenspezifisches Schulungs- und Behandlungsprogramm angeboten werden. Ein strukturiertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2 Diabetes soll u. a. folgende Inhalte umfassen: Weitergabe von Informationen über praktische Hilfestellungen für eine erfolgreiche Diabetestherapie (Selbsthilfegruppen, Bücher, Internetadressen etc.);
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK),	2011	Laut Raspe et al., 2003 „gehört es zu den Aufgaben des behandelnden Haus- oder Facharztes, den Patienten auf die Rehabilitation vorzubereiten und die Behandlung nach Abschluss der (befristeten) Maßnahme unter den am Wohnort

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).		verfügbaren Bedingungen sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse und Empfehlungen der Rehabilitation fortzusetzen“ [483]. Auf bestimmte Nachsorge-leistungen besteht ein gesetzlich festgeschriebener Anspruch (SGB IX § 44, „Ergänzende Leistungen“) [484].
BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK), KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WIS-SENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF).	2010	Auch Angehörige betroffener Patienten sollen wenn es vom Patienten gewünscht wird, in die Beratungen und Schulungen einbezogen werden, wobei deren spezielle Problematik berücksichtigt werden soll (Partnerprobleme, sexuelle Probleme, Lebensbewältigung).
Canadian Diabetes Association	2013	Telehealth technologies may be used as part of a disease management program to: 1. Improve self-management in underserviced communities [**Grade B**, Level 2 (67)] 2. Facilitate consultation with specialized teams as part of a shared-care model [**Grade A**, Level 1A (69)] In both type 1 and 2 diabetes, interventions that target families' ability to cope with stress or diabetes-related conflict should be included in educational interventions when indicated [**Grade B**, Level 2 (55)].

Sonstige Therapien / Bereiche

Leitlinien

Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Empfehlung
American Diabetes Association	2014	Bariatric surgery may be considered for adults with BMI .35 kg/m2 and type 2 diabetes, especially if diabetes or associated comorbidities are difficult to control with lifestyle and pharmacological therapy. **B** Patients with type 2 diabetes who have undergone bariatric surgery need lifelong lifestyle support and medical monitoring. **B** Although small trials have shown glycemic benefit of bariatric surgery in patients with type 2 diabetes and BMI 30–35 kg/m2, there is currently insufficient evidence to generally recommend surgery in patients with BMI ,35 kg/m2 outside of a research protocol. **E** The long-term benefits, costeffectiveness, and risks of bariatric surgery in individuals with type 2 diabetes should be studied in welldesigned controlled trials with optimal medical and lifestyle therapy as the comparator. **E** Periodontal disease is more severe, but not necessarily more prevalent, in patients with diabetes than in those without (496). Current evidence suggests that periodontal disease adversely affects diabetes outcomes, although evidence for treatment benefits is currently lacking (477).
Canadian Diabetes Association	2013	Adults with type 2 diabetes and class II or III obesity (BMI >35.0 kg/m2) may be considered for bariatric surgery when lifestyle interventions are inadequate in achieving healthy weight goals **[Grade B, Level 2 (53e55)].**

E. Übersicht über die teilnehmenden prozessbegleitenden Experten

Anrede	Vorname	Nachname	Institution	Indikation	Zuordnung	Fachgebiet KTL
Herr Dr.	Martin	Beutel	Kraichtal-Kliniken	Alkoholabhängigkeit	Kliniker	Medizin
Herr Dr.	Hubertus	Deimel	Deutsche Sporthochschule Köln	Alkoholabhängigkeit	Wissenschaftler	Sport- und Bewegungstherapie
Frau Dr.	Wilma	Funke	Kliniken Wied	Alkoholabhängigkeit	Kliniker	Psychologie/ Psychotherapie
Frau	Marie	Horn	Saaletalklinik	Alkoholabhängigkeit	Kliniker	Ergotherapie
Herr Dr.	Joachim	Köhler	Deutsche Rentenversicherung Bund	Alkoholabhängigkeit	Verwaltung	Medizin
Herr	Stephan	Peter-Höner	Fachklinik Fischer-Haus	Alkoholabhängigkeit	Kliniker	Sozialarbeit
Frau Dr.	Monika	Vogelgesang	Psychosomatische Fachklinik Münchwies	Alkoholabhängigkeit	Kliniker	Medizin
Herr Prof. Dr.	Hans Helge	Bartsch	Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft	Brustkrebs	Fachgesellschaft/-verband	Medizin
Herr Dr.	Freerk	Baumann	Deutsche Sporthochschule Köln	Brustkrebs	Wissenschaftler	Sport- und Bewegungstherapie
Herr Dr. med.	Dieter	Berger	Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung	Brustkrebs	Fachgesellschaft/-verband	Medizin
Frau	Margot	Grewohl	Medizinische Hochschule Hannover, PMR (Rehabilitationsmedizin)	Brustkrebs	Fachgesellschaft/-verband	Ergotherapie
Herr Prof. Dr.	Harald	Gruber	Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Fachbereichsleiter Fachbereich Künstlerische Therapien	Brustkrebs	Fachgesellschaft/-verband	Künstlerische Therapien
Frau Dr. med.	Ulrike	Hufnagl	Rehazentrum Ückeritz	Brustkrebs	Kliniker	Medizin
Frau	Annkatrin	Rogge	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (dapo) - Stellvertretende Vorsitzende	Brustkrebs	Fachgesellschaft/-verband	Psychotherapie/ Psychoonkologie
Herr PD Dr. med.	Ulf	Seifart	Rehabilitationsklinik Sonnenblick	Brustkrebs	Kliniker	Medizin
Herr Prof. Dr. phil	Joachim	Weis	Leiter der psychosozialen Abteilung der Klinik für onkologische Rehabilitation und Nachsorge (Tumorbiologie)	Brustkrebs	Kliniker	Psychologie/ Psychotherapie
Frau	Eleonore	Anton	Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. - Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift	Depression	Fachgesellschaft/-verband	Sozialarbeit
Frau	Julia	Döring	Dr. Becker Klink Juliana	Depression	Psychologin	Information, Motivation, Schulung
Frau Dr. med.	Katja	Fischer	Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd	Depression	Verwaltung	Medizin

Herr Dr. med.	Wolfram	Franke	Rehazentrum Bad Kissingen - Klinik Rhön	Depression	Kliniker	Medizin
Herr Prof. Dr.	Gerd	Hölter	TU Dortmund Fakultät Reha-Wissenschaft	Depression	Fachgesellschaft/-verband	Sport- und Bewegungstherapie
Herr Dr.	Axel	Kobelt	Deutsche Rentenversicherung Braunnschweig-Hannover, Abt. IV/4, Rehastrategie	Depression	Verwaltung	Psychologie/ Psychotherapie
Herr Dr. med.	Volker	Köllner	MediClin Bliestal Kliniken	Depression	Kliniker	Medizin
Herr	Andreas	Pfeiffer	LVR Klinikum Düsseldorf Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	Depression	Fachgesellschaft/-verband	Ergotherapie
Herr Prof. Dr. phil.	Gerhard	Huber	Institut für Sport und Sportwissenschaft der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg	Diabetes	Wissenschaftler	Sport- und Bewegungstherapie
Herr Dr.	Bertil	Kluthe	Klinik Hohenfreudenstadt - Zentrum für Prävention & Rehabilitation im Schwarzwald -Fachbereiche für Innere Medizin, Orthopädie und Psychosomatik	Diabetes	Kliniker	Medizin
Herr PD Dr. phil.	Bernhard	Kulzer	Psychodiabetologie am Diabeteszentrum Bad Mergentheim	Diabetes	Kliniker	Psychologie/ Psychotherapie
Herr Dr. med.	Hartmut	Pollmann	Klinik Niederrhein	Diabetes	Kliniker	Medizin
Herr Dr. med.	Gerhard-Walter	Schmeisl	Reha-Zentrum Bad Kissingen - Klinik Saale	Diabetes	Kliniker	Medizin
Herr	Christian	Toellner	Deutsche Rentenversicherung Nordbayern, Frankenland-Klinik	Diabetes	Kliniker	Ökotrophologe
Herr	Erwin	Scherfer	Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)	Hüft- und Knie-TEP	Fachgesellschaft/-verband	Physiotherapie / Krankengymnastik
Herr Dr. med.	Manfred	Büdenbender	Rehabilitationsklinik Lautergrund der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg	Hüft- und Knie-TEP	Kliniker	Medizin
Herr	Karl-Wilhelm	Höffler	ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz AG in Bad Kreuznach	Hüft- und Knie-TEP	Kliniker	Psychologie/ Psychotherapie
Herr Prof. Dr. med.	Bernd	Kladny	Fachklinik Herzogenaurach	Hüft- und Knie-TEP	Kliniker	Medizin
Herr Dr. med.	Gregor	Kosmützky	Rehazentrum Bad Driburg, Klinik Berlin	Hüft- und Knie-TEP	Kliniker	Medizin
Frau	Anja	Niehaus	Johanniter-Ordenshäuser, Bad Oeynhausen gemGmbH	Hüft- und Knie-TEP	Fachgesellschaft/-verband	Ergotherapie
Frau	Yvonne	Pohlmann	Dr. Becker PhysioGym Nümbrecht	Hüft- und Knie-TEP	Sportlehrer	Information, Motivation, Schulung
Herr Dr.	Martin	Steinau	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V.	Hüft- und Knie-TEP	Fachgesellschaft/-verband	Sport- und Bewegungstherapie
Herr Dr. med.	Johannes	Glatz	Rehazentrum Seehof	Kardiologie	Kliniker	Medizin
Frau Dr. med.	Manju	Guha	Reha-Klinik am Sendesaal	Kardiologie	Kliniker	Medizin
Herr Prof. Dr. med.	Marthin	Karoff	Klinik Königsfeld	Kardiologie	Kliniker	Medizin

Frau	Vanessa	Knust	Dr. Becker Klinikgruppe	Kardiologie	Pädagogin	Information, Motivation, Schulung
Herr	Heinz	Lowis	Drei-Burgen-Klinik - Fachklinik für Herzkreislauferkrankungen / Orthopädie	Kardiologie	Kliniker	Sport- und Bewegungstherapie
Frau	Britta	Mai	Reha-Zentrum Bad Nauheim Klinik Wetterau	Kardiologie	Kliniker	Psychologie/ Psychotherapie
Herr	Christian	Toellner	Deutsche Rentenversicherung Nordbayern, Frankenland-Klinik	Kardiologie	Kliniker	Ökotrophologe
Herr	Bruno	Angstenberger	Alpenklinik Santa Maria	Kinder-Reha	Kliniker	Pädagogik
Herr Prof. Dr. med.	Carl-Peter	Bauer	Fachklinik Gaißach - Zentrum für chronische Erkrankungen	Kinder-Reha	Kliniker	Medizin
Herr	Alwin	Baumann	Waldburg-Zeil Kliniken - Fachkliniken Wangen - Rehabilitationskinderklinik Wangen	Kinder-Reha	Verwaltung	n.r.
Herr Dipl.-Psych.	Oliver	Gießler-Fichtner	Fachklinik Gaißach - Zentrum für chronische Erkrankungen	Kinder-Reha	Kliniker	Psychologie/Psychotherapie
Herr Dr. med.	Ralph	Jäger	Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung 8023	Kinder-Reha	Verwaltung	Medizin
Herr Dr. med.	Rainer	Stachow	Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche	Kinder-Reha	Kliniker	Medizin
Frau	Evita	Ausner	Fachklinik Satteldüne; Fachklinik Sylt	Kinder-Reha	Kliniker	Ernährungstherapie
Herr Dr.	Robert	Jaeschke	Waldburg-Zeil Kliniken - Fachkliniken Wangen	Kinder-Reha	Kliniker	Medizin
Herr Prof. Dr.	Bernhard	Greitemann	RehaKlinikum Bad Rothenfelde - Klinik Münsterland	Rückenschmerz	Kliniker	Medizin
Herr	Karl-Wilhelm	Höffler	ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz AG in Bad Kreuznach	Rückenschmerz	Kliniker	Psychologischer Psychotherapeut
Herr Dr. med.	Martin	Holme	Klinik Weser im Reha-Zentrum Bad Pyrmont	Rückenschmerz	Kliniker	Medizin
Herr Prof. Dr.	Wilfried	Mau	Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität - Institut für Rehabilitationsmedizin	Rückenschmerz	Wissenschaftler	Medizin
Herr	Stefan	Rittner	Dr. Becker PhysioGym Bad Windsheim	Rückenschmerz	Sportlehrer	Information, Motivation, Schulung
Frau	Anja	Sbjeznie	Reha-Zentrum Lübben - Kliniken Professor Schedel GmbH - Fachklinik für Orthopädie und Onkologie	Rückenschmerz	Fachgesellschaft/-verband	Ergotherapie
Frau Dr. med.	Simone	Sörries	Fachklinik Bad Bentheim	Rückenschmerz	Kliniker	Medizin
Herr Dr.	Martin	Steinau	Reha-Klinik Schwertbad	Rückenschmerz	Fachgesellschaft/-verband	Sport- und Bewegungstherapie
Hr. Dr. med	Thomas	Brand	Marcus-Klinik	Schlaganfall	Kliniker	Medizin
Frau	Andrea	Heßling	Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen	Schlaganfall	Pflegewissenschaftlerin und QMB	Information, Motivation,

						Schulung
Herr Prof. Dr. med.	Horst	Hummelsheim	Neurol. Reha-Zentr. Leipzig (NRZ)	Schlaganfall	Kliniker	Medizin
Herr Dr.	Hartwig	Kulke	m&i Fachklinik Herzogenaurach - Abteilung Neuropsychologie -	Schlaganfall	Kliniker	Neuropsychologie
Frau	Claudia	Pott	Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)	Schlaganfall	Fachgesellschaft/-verband	Physiotherapie / Krankengymnastik
Herr Dr. med.	Wilfried	Schupp	m&i Fachklinik Herzogenaurach - Abteilung Neuropsychologie -	Schlaganfall	Kliniker	Medizin
Frau	Kathrin	Wilk	Marcus-Klinik	Schlaganfall	Kliniker	Ergotherapie

F. Experten-Workshop mit Patientenvertreter/-Innen

Teilnehmerliste

RTS Alkoholabhängigkeit (n=2)

Herr Joachim Behrens	Anonyme Alkoholiker, Hamburg
Herr Thomas Sebastian	Guttempler in Deutschland e. V., Hamburg

RTS Brustkrebs (n=2)

Frau Christine Conrad	Frauenselbsthilfe nach Krebs, Landesverband Berlin/Brandenburg e.V. , Blankenfelde-Mahlow
Frau Karin Meißler	Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. Bundesverband, Bonn

RTS Chronischer Rückenschmerz (n=4)

Frau Andrea Freistein	SchmerzLOS e.V. Lübeck, Reinfeld
Frau Karin Haacke	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Itzehoe
Frau Ursula Helms	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), Berlin
Herr Manfred Stemmer	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB), Berlin

RTS Depression (n=2)

Frau Claudia Böhringer	Deutsche Depressions-Liga e.V., Ludwigsburg
Herr Jürgen Matzat	Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen

RTS Diabetes mellitus (n=1)

Herr Jochen Riehle	Deutsche Diabetes-Hilfe - Menschen mit Diabetes e. V., Berlin

RTS Hüft- und Knie-TEP (n=2)

Frau Helga Jäniche	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Dachau
Herr Prof. Dr. Gerd Köhler	Deutsche Arthrose-Hilfe e.V., Heidelberg

RTS Koronare Herzkrankheit (n=1)

Herr Roland Keuchen	Bundesvereinigung Jugendlicher und Erwachsener mit angeborenem Herzfehler (JEMAH) e.V., Berlin

RTS Schlaganfall (n=3)

Frau Gisela Kiank	Landesselbsthilfeverband Schlaganfall- und Aphasie-Betroffener und gleichartig Behinderter Berlin e. V., Berlin
Herr Eric Beyers	Schlaganfall Landesverband NRW , Wesel
Frau Christina Habig	Stiftung Deutsch Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh

Programm

Deutsche Rentenversicherung Bund

Projekt

„Aktualisierung und Überarbeitung der Reha-Therapiestandards“

Programmheft

Experten-Workshop

13. / 14. April 2015 in Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, Großer Sitzungssaal (Raum 2219)

Hintergrund des Projekts

Die Aufgabe des Projekts besteht darin, die vorliegenden neun Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (DRV) an den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand und an neue Reha-Konzepte anzupassen. Die Reha-Therapiestandards stellen ein zentrales Element der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung dar. Rehabilitationsleistungen werden in den Reha-Therapiestandards in verschiedenen evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammengefasst. Für jedes dieser ETM wurde der Anteil der Rehabilitanden definiert, der in einer Reha-Einrichtung die jeweilige Maßnahme mindestens erhalten sollte.

Bisher liegen Reha-Therapiestandards zu neun Indikationen vor:
Koronare Herzkrankheit, Chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Alkoholabhängigkeit, Schlaganfall, Hüft- und Knie-Gelenkersatz (TEP), Depressive Störungen sowie im Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis.

Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards (Projektzeitraum Oktober 2013 – September 2015) umfasst mehrere Phasen:

1. Phase: **Systematische Literaturanalyse** durch die Analyse nationaler und internationaler Leitlinien, Übersichtsarbeiten und wissenschaftlicher Studien zur Identifizierung evidenzbasierter Therapieempfehlungen.

2. Phase: **Analyse des derzeitigen Versorgungsgeschehens** (IST-Zustand) und Abgleich der erbrachten therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation anhand der Klassifikation therapeutischer Leistung (KTL) mit den in den Reha-Therapiestandards geforderten Rehabilitationsleistungen.

3. Phase: **Expertenmeinungen** wurden anhand der Online-Diskussionsplattform, auf welcher alle Interessierten Verbesserungsvorschläge abgeben konnten, und im Rahmen von telefonischen Interviews mit prozessbegleitenden Experten berücksichtigt.

4. Phase: Durchführung von **Experten-Workshops** mit Rehabilitanden und klinisch tätigen Experten zu Konsentierung der geplanten Änderungen, Erstellung der finalen Form der Reha-Therapiestandards 2015.

Konsultationsfassungen

Anhand der bereits erfolgten Phasen 1 bis 3 des Projekts konnten erste Änderungsvorschläge in Form von Konsultationsfassungen der Reha-Therapiestandards formuliert werden. Diese verdichten alle Informationen, welche durch Literaturrecherche, KTL-Datenanalyse und Expertenmeinungen gewonnen werden konnten. Diese Konsultationsfassungen liegen für alle Indikationen dieser Programmbroschüre anbei.

Inhalte des Expertenworkshops

In drei moderierten Arbeitsgruppen sollen Meinungen und Erfahrungen zu allen wesentlichen Therapieelementen der Rehabilitation ausgetauscht werden. Es soll darüber diskutiert werden, wie die geplanten Änderungen der Reha-Therapiestandards in den vorliegenden Konsultationsfassungen von den Teilnehmern bewertet werden und inwieweit sich eine patientenorientierte Versorgung in den Reha-Therapiestandards abbilden kann.

Tag 1: Themen der 3 parallelen Arbeitsgruppen

- Indikationsübergreifender Erfahrungs- und Meinungsaustausch zu den grundlegenden Therapieelementen der Rehabilitation, welche in den Therapiemodulen der Reha-Therapiestandards abgebildet sind
- Wesentliche geplante Änderungen aus den Konsultationsfassungen können indikationsübergreifend diskutiert werden (beispielsweise eine geplante Erweiterung des Angebots von Ernährungsschulungen in der Rehabilitation)

Tag 2: Themen der 3 parallelen Arbeitsgruppen

- Erörterung und Diskussion der zentralen Kriterien der Qualität der Rehabilitation aus Sicht der Teilnehmer
- Grundsätzliche Überlegungen, inwiefern die erörterten Qualitätsmerkmale der Rehabilitation umsetzbar und in den Reha-Therapiestandards abbildbar sind

Themen im Plenum

Im Plenum besteht zudem die Möglichkeit, das generelle Abwägen zwischen Standardisierung und Individualisierung in der Rehabilitation zu diskutieren (Diskussion der Grundidee und Zielsetzung der Reha-Therapiestandards).

In einer Abschlussdiskussion kann die Frage geklärt werden, in welcher Form die Ergebnisse des Experten-Workshops in die Reha-Therapiestandards und den weiteren Projektverlauf einfließen können.

Programm

Dienstag, 13. April 2015	
13.30 Uhr	Begrüßung Vorstellung der Teilnehmer Kurzeinführung in die Reha-Therapiestandards und das Projekt
14.00 Uhr	Diskussion der Grundidee und Zielsetzung der RTS Raum für Rückfragen
15.00 Uhr	*Kaffeepause*
15.20 Uhr	Bildung von drei Kleingruppen
15.30 Uhr	Treffen der Arbeitsgruppen
17.30 Uhr	Bericht aus den Arbeitsgruppen im Plenum, Diskussion der Konsequenzen für das Projekt
18.00 Uhr	*Möglichkeit eines gemeinsamen Abendessens*

Mittwoch, 14. April 2015	
9.00 Uhr	Vorstellung des heutigen Programms
9.15 Uhr	Treffen der drei Kleingruppen
11.00 Uhr	*Kaffeepause*
11.20 Uhr	Bericht aus den Arbeitsgruppen im Plenum
11.50 Uhr	Abschlussdiskussion
12.30 Uhr	*Mittagsimbiss*

Organisation und Ansprechpartnerin seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund

Eva Volke
10704 Berlin
Tel. 030-865-39334
E-Mail: eva.volke@drv-bund.de

Wissenschaftliche Ansprechpartner

Das Projekt wird vom Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universität Würzburg durchgeführt.

Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), Universitätsklinikum Freiburg

Herr Prof. Erik Farin-Glattacker
Engelbergerstr. 21
D-79106 Freiburg
Tel.: 0761 270-74430 oder -74470
Fax: 0761 270-73310
E-Mail: erik.farin@uniklinik-freiburg.de

(Indikationen Chronischer Rückenschmerz, Brutkrebs, Hüft- und Kniegelenksersatz, Schlaganfall)

Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Herr Prof. Thorsten Meyer
OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel.: 0511-532-5470
Fax: 0511-532- 5347

(Indikationen Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2, Alkoholabhängigkeit, Depressive Störungen)

Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Herr PD Dr. Heiner Vogel
Klinikstr. 3
97070 Würzburg
E-Mail: h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de

(Indikationen Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis)

Organisatorische Hinweise

Veranstaltungsort

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund
Großer Sitzungssaal (Raum 2219)
Ruhrstr. 2
10709 Berlin

Übernachtung

Folgende Hotels liegen im Umkreis von 1-2 km des Veranstaltungsortes:

IBIS Berlin City West
Brandenburgische Str. 11
10713 Berlin
Tel.: 030/86202-0
Fax: 030/86202222
eMail: H3751@accor.com
http://www.accorhotels.com

enjoy City Messe
Rudolstädter Straße 42
10713 Berlin Germany
Tel.: 030 897 83-0
Fax: 030 897 83-100
eMail: info@enjoyhotel.de
http://www.enjoyhotel.de

Artemisia (Frauenhotel)
Brandenburgische Str. 18
10117 Berlin
Tel.: 030 8609320
Fax :030 86093214
eMail: info@hotel-artemisia.de
http://www.hotel-artemisia.de

Hotel Majestic
Brandenburgische Straße 47,
10707 Berlin
Tel: 030 8919076
Fax:030 8919073
eMail: hotel-majestic@gmx.de
http://www.hotel-majestic.de

Hotel Villa Konstanz
Konstanzerstr. 30
10709 Berlin
Tel.: 030 8623080
eMail: info@hotelvillakonstanz-berlin.de
http://www.hotel-villakonstanz-berlin.de

SensCity Hotel Albergo
Hohenzollerndamm 33
10713 Berlin
Tel.: 030 868890
Fax: 030 86889103
eMail: stay@senscity-albergo.de
http://www.senscity-albergo.de

Leonardo City West
Güntzelstr. 14
10117 Berlin
Tel.: 030 868860
Fax: 030 8619326
eMail: info.berlincitywest@leonardo-hotels.com
http://www.leonardo-hotels.de

Domus
Uhlandstr. 49
10719 Berlin
Tel.: 030 8803440
Fax: 030 88034444
eMail: info@grandcityhotels.com
http://www.hotel-domus-berlin.de

So finden Sie unseren großen Sitzungssaal in der Ruhrstraße 2

Hauptbahnhof > Deutsche Rentenversicherung Bund
(Fahrzeit ca. 20 Minuten)

S	Richtung	S Spandau, Westkreuz oder Potsdam (Gleis 16 - oben)
	Umstieg:	S Charlottenburg
U7	Richtung	U Rudow
	Ausstieg:	U Fehrbelliner Platz oder Konstanzer Straße

Tegel > Deutsche Rentenversicherung Bund
(Fahrzeit ca. 20 Minuten)

Bus X9 / 109	Richtung Zoologischer Garten	
	Umstieg:	U Jakob-Kaiser-Platz
U7	Richtung	U Rudow
	Ausstieg:	U Fehrbelliner Platz

Anfahrt mit PKW > Deutsche Rentenversicherung Bund

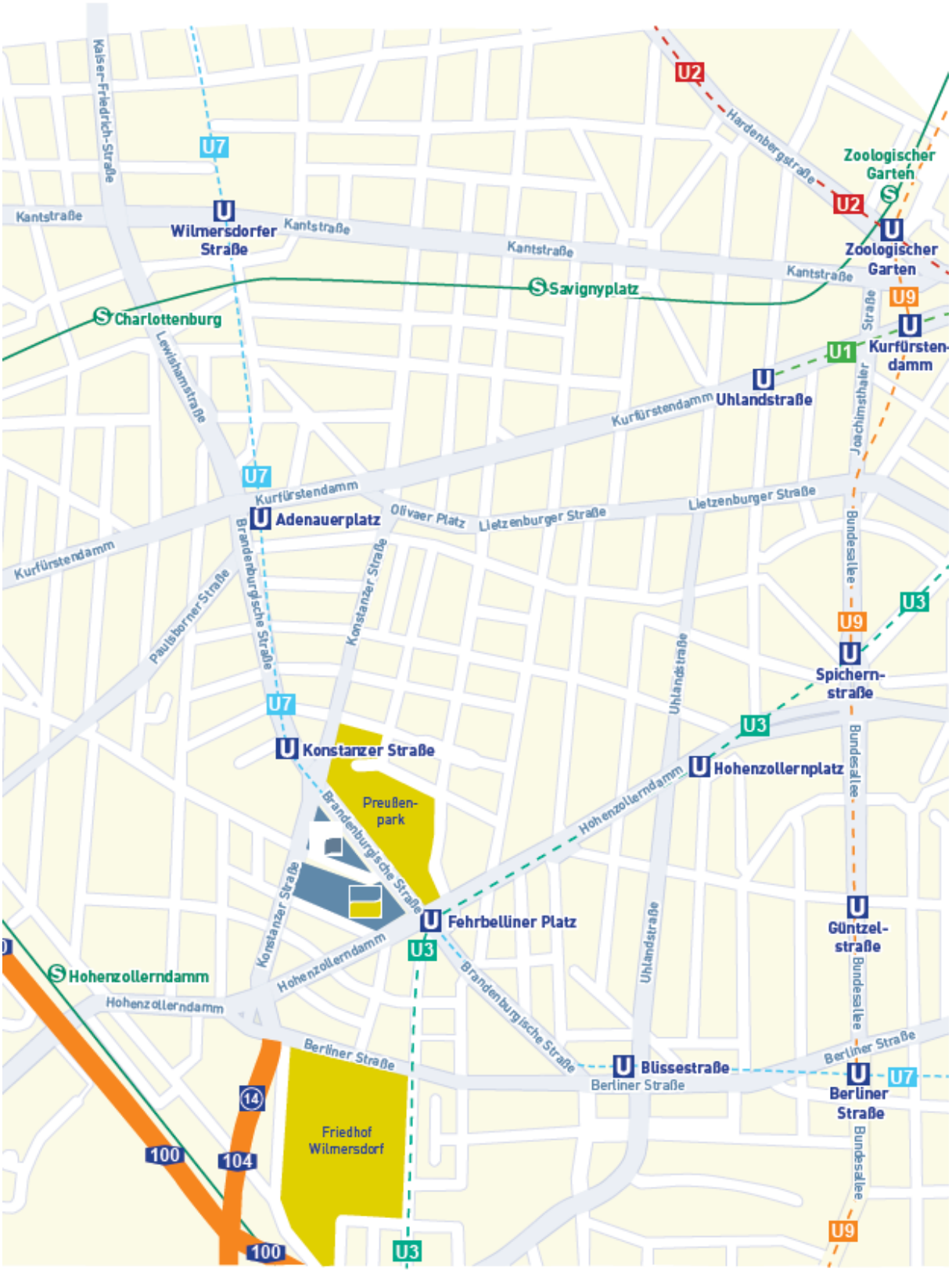
104	Ausfahrt	14 Konstanzer Straße / Schmargendorf

Zugang zum Dienstgebäude der DRV Bund:

Es empfiehlt sich für Besucher, den Eingang **Ruhrstraße 2** zu nehmen.

Tagungsraum:

Von der Pforte **Ruhrstraße 2** gehen Sie den Gang links entlang und nutzen dann die Treppe oder den Fahrstuhl ins 2. OG. Hier finden Sie rechts den großen Sitzungssaal (R 2219).


U2
Hardenbergstraße
Zoologischer Garten
U2
Zoologischer Garten
Kantstraße
Wilmersdorfer Straße
Kantstraße
Kantstraße
Kantstraße
Savignyplatz
Charlottenburg
U9
U1
Kurfürsten-damm
Uhlandstraße
Joachimsthaler Straße
Kurfürstendamm
U7
Kurfürstendamm
Adenauerplatz
Olivaer Platz
Lietzenburger Straße
Lietzenburger Straße
Kurfürstendamm
Paulsborner Straße
Brandenburgische Straße
Konstanzer Straße
Bundesallee
U3
U9
Spichern-straße
U7
Konstanzer Straße
U3
Hohenzollernplatz
Uhlandstraße
Hohenzollerndamm
Preußen-park
Brandenburgische Straße
Fehrbelliner Platz
Güntzel-straße
Konstanzer Straße
Hohenzollerndamm
U3
Brandenburgische Straße
Uhlandstraße
Bundesallee
Hohenzollerndamm
Hohenzollerndamm
Berliner Straße
Berliner Straße
Blissestraße
Berliner Straße
U7
Berliner Straße
14
Friedhof Wilmersdorf
100
104
Bundesallee
100
U3
U9

Handout

Deutsche Rentenversicherung Bund

Projekt

„Aktualisierung und Überarbeitung der Reha-Therapiestandards (RTS)“

Indikationsübergreifende Änderungen der Reha-Therapiestandards

(Stand: April 2015)

–

Handout

Experten-Workshop

mit Patienten sowie Vertretern/innen von Verbänden und Organisationen der Selbsthilfe

13. / 14. April 2015 in Berlin

Überblick:
Indikationsübergreifende Veränderungen
in den Reha-Therapiestandards

> Indikationsübergreifende Änderungen zur Angleichung von Therapiemodulen über alle Indikationen hinweg

> Übergeordnetes Ziel ist eine bessere Vergleichbarkeit der Indikationen

> Vorläufiger Stand der Änderungen, eine abschließende Beurteilung erfolgt nach der Auswertung der Online-Diskussionsplattform und der Experten-Workshops (Juli 2015)

Geplante Änderungen in folgenden Therapiemodulen:

- ETM Gesundheitsbildung
- ETM Patientenschulung
- ETM Ernährung
- ETM Ergotherapie & Künstlerische Therapien
- ETM Arbeitsbezogene Therapien
- ETM Soziale Arbeit

1. Therapiemodul Gesundheitsbildung

- Soll in Zukunft nur krankheitsübergreifende standardisierte und nicht-standardisierte Schulungen und Seminare, Anleitungen etc. enthalten
- Alle Vorträge (KTL-Codes C591 – C613) sollen gestrichen werden

Begründung der geplanten Änderungen:

- Streichung der Vorträge: Eine zu simple Darstellungs- und Vermittlungsform soll vermieden werden
- Nachweise über die Teilnahme der Rehabilitanden sollen ermöglicht werden
- Ein Anreiz zur intensiven Beschäftigung mit den Rehabilitanden soll gegeben werden

Beispiel:

Reha-Therapiestandards Brustkrebs		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 04	**Gesundheitsbildung**	
Therapeutische Inhalte	Seminare zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen mit dem Ziel der Information und Motivation, z. B. zu Grundgedanken der Rehabilitation, zum Reha- Konzept der Einrichtung, zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell oder zu Stress	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 90 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C552	Ärztliche Beratung, Krankheit und Therapie
	C560	Angehörigengespräch krankheitsbezogen einzeln
	C620	Seminar: Motivationsförderung und Selbstmanagement
	C631	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Schutzfaktoren
	C633	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Bewegung und körperliches Training
	C634	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Stress und Stressbewältigung
	C635	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Alltagsdrogen
	H601	Anleitung zur Anwendung der Brustprothetik einzeln
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 90 %**	

2. Therapiemodul Patientenschulung

- Soll in Zukunft nur krankheitsspezifische standardisierte und nicht-standardisierte Schulungen enthalten
- Keine Trainingsprogramme, Seminare etc.

> Das Modul Patientenschulung beinhaltet somit nur krankheitsspezifische Schulungen, das Modul Gesundheitsbildung deckt krankheitsübergreifende Themen (in Form von Seminaren, Anleitungen etc.) ab.

Begründung der geplanten Änderungen:

- Bessere Trennung zwischen den Inhalten der Module Gesundheitsbildung und Patientenschulung

Beispiel:

Reha-Therapiestandards Hüft-und Knie-TEP		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 04	**Patientenschulung TEP**	
Therapeutische Inhalte	Vermittlung von Wissen zu Arthrose und Hüft- und Knie-Endoprothesen, Diagnostik und Behandlung in Form einer strukturierten Schulung (curricularer Aufbau der Lerninhalte, manualisierte Lerninhalte, interaktive Schulungsform). Ernährungsrelevante Schulungsanteile sollten im ETM 06 Ernährung erbracht werden.	
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation:	mind. 90 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation:	mind. 2 mal
KTL-Leistungs-einheiten	C661 Standardisierte Schulung bei Endoprothesen-Versorgung	
	C662 Nicht-Standardisierte Schulung bei Endoprothesen-Versorgung	
	C663 Standardisierte Schulung bei sonstigen nicht entzündlichen Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates	
	C664 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen nicht entzündlichen Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates	
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 80 %**	

3. Therapiemodul Ernährung

- Zusammenlegung der Module theoretische und praktische Ernährungsschulung
- Aufnahme des Moduls, falls nicht vorhanden (bei Chronischem Rückenschmerz, Depressiven Störungen, Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen: Asthma bronchiale)
- Inhalte sollen formal von anderen Modulen (z.B. Patientenschulung) getrennt werden

Begründung der geplanten Änderungen:

- Alle Inhalte zum Thema Ernährung in einem Modul zusammenführen
- Generelle Aufnahme des Moduls zur Prävention ernährungsbedingter Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Krankheitsverschlechterungen

Beispiel:

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 04	**Ernährung**	
	Beratung, Übungen und Schulung zur nachhaltigen Änderung des Ernährungsverhaltens.	
Therapeutische Inhalte	Vermittlung von theoretischen und praktischen Kenntnissen über gesundes bzw. krankheitsadaptiertes Ernährungsverhalten mit den Zielen gesunde Lebensführung, Sekundärprävention	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 180 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation:	mind. 2 mal
KTL-Leistungseinheiten	C632	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesunde Ernährung
	M551	Abstimmung einer energiedefinierten Kostform
	M552	Abstimmung einer nährstoffdefinierten Kostform
	M590	Ernährungsberatung einzeln
	M600	Ernährungsberatung in der Gruppe
	M621	Lehrküche indikationsspezifisch in der Gruppe
	M622	Lehrküche indikationsübergreifend in der Gruppe
	M630	Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe
	M640	Information über Schulungsbuffet
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 70 %**	

4. Therapiemodul Ergotherapie

- Zusammenlegung der Module Ergotherapie und Künstlerische Therapien bei den RTS Brustkrebs und RTS Depressiven Störungen

Begründung der geplanten Änderung:

- Berücksichtigung der fachlichen Ausrichtung der Kliniken auf einen der beiden Schwerpunkte

Beispiel:

Reha-Therapiestandards Depressive Störungen		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 08	**Künstlerische Therapien und Ergotherapie**	
Therapeutische Inhalte	Therapien zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung, -bewältigung und Stabilisierung. Förderung von kreativer Gestaltungs- und Ausdrucksfähigkeit, Aktivierung und Belebung des Gefühlsausdruck und Stärkung des Selbstvertrauens Auf individuellen Bedarf, Ressourcen und Leistungsgrenzen abgestimmtes Training von Fertigkeiten, Verbesserung depressiver Selbsteinschätzungen, Aufbau von Selbstfürsorge und Abgrenzungsfähigkeit	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:**	mind. 90 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	E641	Ergotherapeutische Behandlung einzeln: psychisch-funktionell, psychosozial
	E651	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: psychisch-funktionell, psychosozial
	E652	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: sensomotorisch perzeptiv
	E653	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: motorisch funktionell
	E659	Sonstige ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe
	E680	Training der Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
	E690	Training der Aktivitäten des täglichen Lebens in der Kleingruppe
	F620	Hirnleistungstraining einzeln
	F630	Hirnleistungstraining in der Kleingruppe
	F640	Hirnleistungstraining in der Gruppe
	F681	Musiktherapie einzeln
	F682	Tanz- und Bewegungstherapie einzeln
	F683	Kunst- und Gestaltungstherapie einzeln
	F684	Theatertherapie einzeln
	F689	Sonstige künstlerische Therapie einzeln
	F691	Musiktherapie in der Kleingruppe
	F692	Tanz- und Bewegungstherapie in der Kleingruppe
	F693	Kunst- und Gestaltungstherapie in der Kleingruppe
	F694	Theatertherapie in der Kleingruppe
	F699	Sonstige künstlerische Therapie in der Kleingruppe
	F701	Musiktherapie in der Gruppe
	F702	Tanz- und Bewegungstherapie in der Gruppe
	F703	Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gruppe
	F704	Theatertherapie in der Gruppe
	F709	Sonstige künstlerische Therapie in der Gruppe
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 50 %**	

5. Therapiemodul Arbeitsbezogene Therapien

- Das Modul „Arbeitsbezogene Therapien“ soll bei allen Indikationen eingeführt werden (neu bei: RTS Brustkrebs, RTS Diabetes mellitus, RTS Hüft- und Knie-TEP, RTS Koronare Herzkrankheit)
- Es beinhaltet die KTL-Codes der Kapitel E & H (E: Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie, H: Reha-Pflege und Pädagogik)

Begründung der geplanten Änderungen:

- Betonung des Reha-Auftrags der DRV zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit und zur beruflichen Wiedereingliederung

Beispiel:

Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 11	**Arbeitsbezogene Leistungen**	
Therapeutische Inhalte	Klärung des erwerbsbezogenen Potentials, Unterstützung der beruflichen Orientierung, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben; Förderung der Grundarbeitsfähigkeit, sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 90 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	E551	Arbeitstherapie einzeln: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege
	E552	Arbeitstherapie einzeln: EDV, Bürotechnik
	E553	Arbeitstherapie einzeln: Dienstleistung, Kundenkommunikation
	E554	Arbeitstherapie einzeln: Handwerk
	E559	Sonstige Arbeitstherapie einzeln
	E561	Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege
	E562	Arbeitstherapie in der Kleingruppe: EDV, Bürotechnik
	E563	Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation
	E564	Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Handwerk
	E569	Sonstige Arbeitstherapie in der Kleingruppe
	E571	Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege
	E572	Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürotechnik
	E573	Arbeitstherapie in der Gruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation
	E574	Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk
	E579	Sonstige Arbeitstherapie in der Gruppe
	E580	Arbeitsplatztraining einzeln
	E590	Arbeitsplatztraining in der Kleingruppe
	E601	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert einzeln
	E602	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert einzeln
	E611	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert in der Kleingruppe
	E612	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert in der Kleingruppe
	E621	Interne Belastungserprobung einzeln
	E622	Externe Belastungserprobung einzeln
	E630	Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln
	E660	Ergotherapeutische Behandlung produktorientiert in der Gruppe
	E672	Arbeitsplatzbesuch einzeln
	H841	Berufsbezogene Qualifizierungsangebote in der Gruppe
	H842	Bewerbungstraining in der Gruppe
Mindestanteil Entsprechend	**mind. 30%**	

zu behandelnder Rehabilitanden

6. Therapiemodul Soziale Arbeit

- Zusammenlegung der bisherigen Module:
  - „Sozial- und sozialrechtliche Beratung“
  - „Nachsorge und soziale Integration“
  - „Unterstützung der beruflichen Integration“
- Geplante Mindestanforderungen für alle RTS:
  45 Minuten pro Reha bei 80% Mindestanteil

Begründung der geplanten Änderungen:

- Inhaltliche Überschneidungen vermeiden, da mangelnde Trennschärfe zwischen den 3 Modulen besteht

Beispiel:

Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 09	**Soziale Arbeit**	
Therapeutische Inhalte	Beratung zu sozialen und sozialrechtlichen Fragen zu den Themen berufliche Perspektiven, Wohnungsfragen, wirtschaftliche Sicherung, Rentenfragen, Klärung rechtlicher Fragen, Teilhabe behinderter Menschen, Abgleich von beruflichen und arbeitsbezogenen Anforderungen und aktuellem Fähigkeitsprofil, persönliche Hilfen, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben Maßnahmen zur Einleitung der Nachsorge, allgemeiner sozialer Integration und Nutzung sozialer Ressourcen, Beratung zu Themen wie ambulanter Therapie, Nachsorgeangeboten, Reha-Sportgruppen, Selbsthilfegruppen, Kontaktaufnahme zu Nachbehandlern etc.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 45 Minuten*
KTL-Leistungs-einheiten	C551	Ärztliche sozialmedizinische Beratung
	C580	Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen
	D551	Psychosoziale Beratung einzeln
	D552	Sozialrechtliche Beratung einzeln
	D553	Orientierende Sozialberatung einzeln
	D561	Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzeln
	D562	Beratung zur stufenweise Wiedereingliederung einzeln
	D563	Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung einzeln
	D569	Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln
	D571	Beratung zu ambulanten bzw. stationären Hilfen und Pflege einzeln
	D572	Abstimmung zu Kontakt- und Informationsgesprächen mit Vor- und Nachbehandlern einzeln
	D573	Beratung zu Nachsorgeangeboten, Selbsthilfegruppen und externen Beratungsstellen einzeln
	D579	Sonstige Beratung zu Nachsorge und weitergehenden Maßnahmen einzeln
	D581	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz
	D583	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe
	D584	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen
	D585	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Sozialrechtliche Fragen

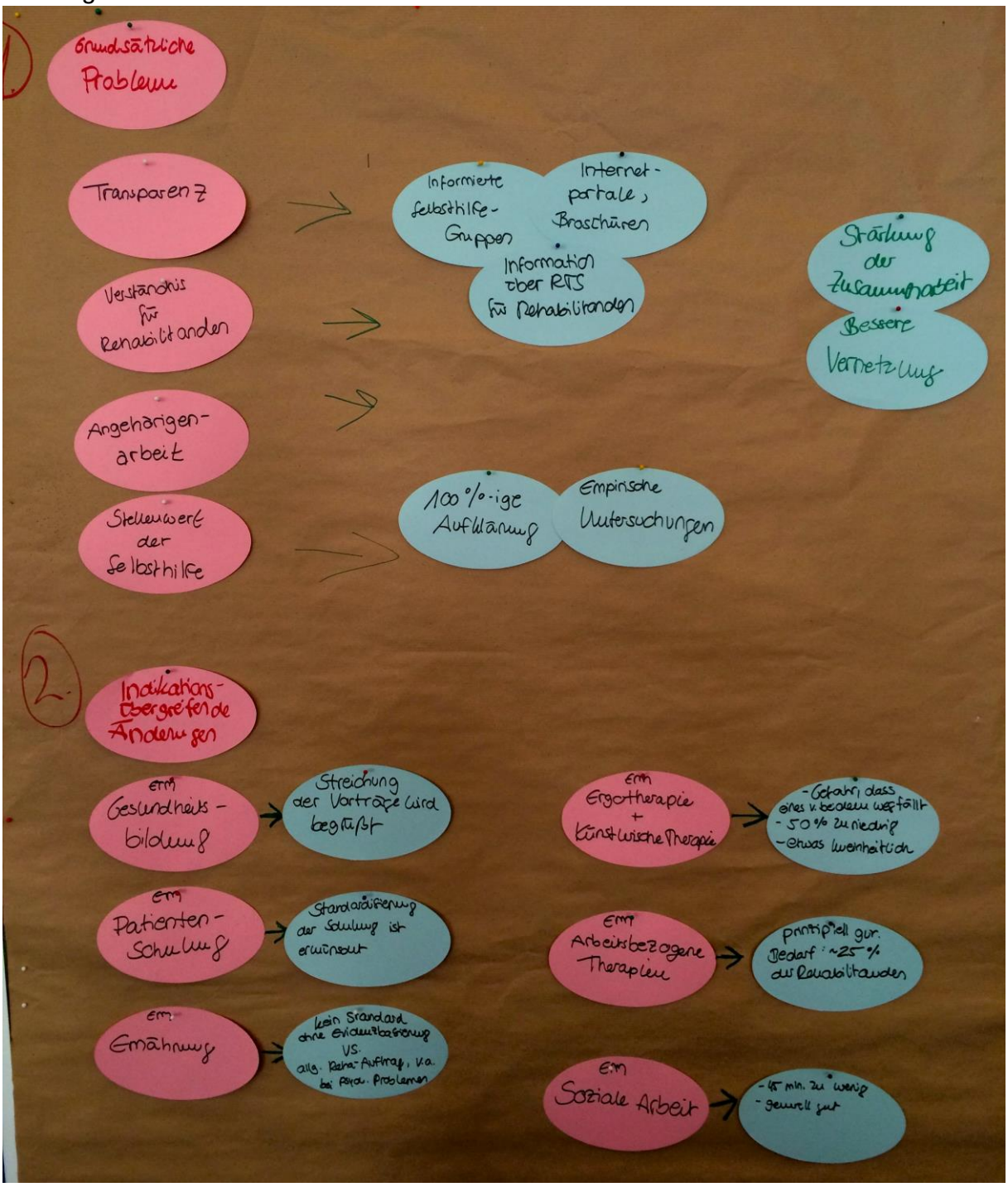
	D593	Soziale Arbeit in der Gruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Integration
	D594	Soziale Arbeit in der Gruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen
	D595	Soziale Arbeit in der Gruppe: Sozialrechtliche Fragen
	D599	Sonstige soziale Arbeit
	D600	Angehörigengespräch psychosozial einzeln
	D610	Angehörigengespräch psychosozial in der Gruppe
	E671	Hausbesuch einzeln
	H841	Berufsbezogene Qualifizierungsangebote in der Gruppe
	H842	Bewerbungstraining in der Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 80 %**	

Fotodokumentation

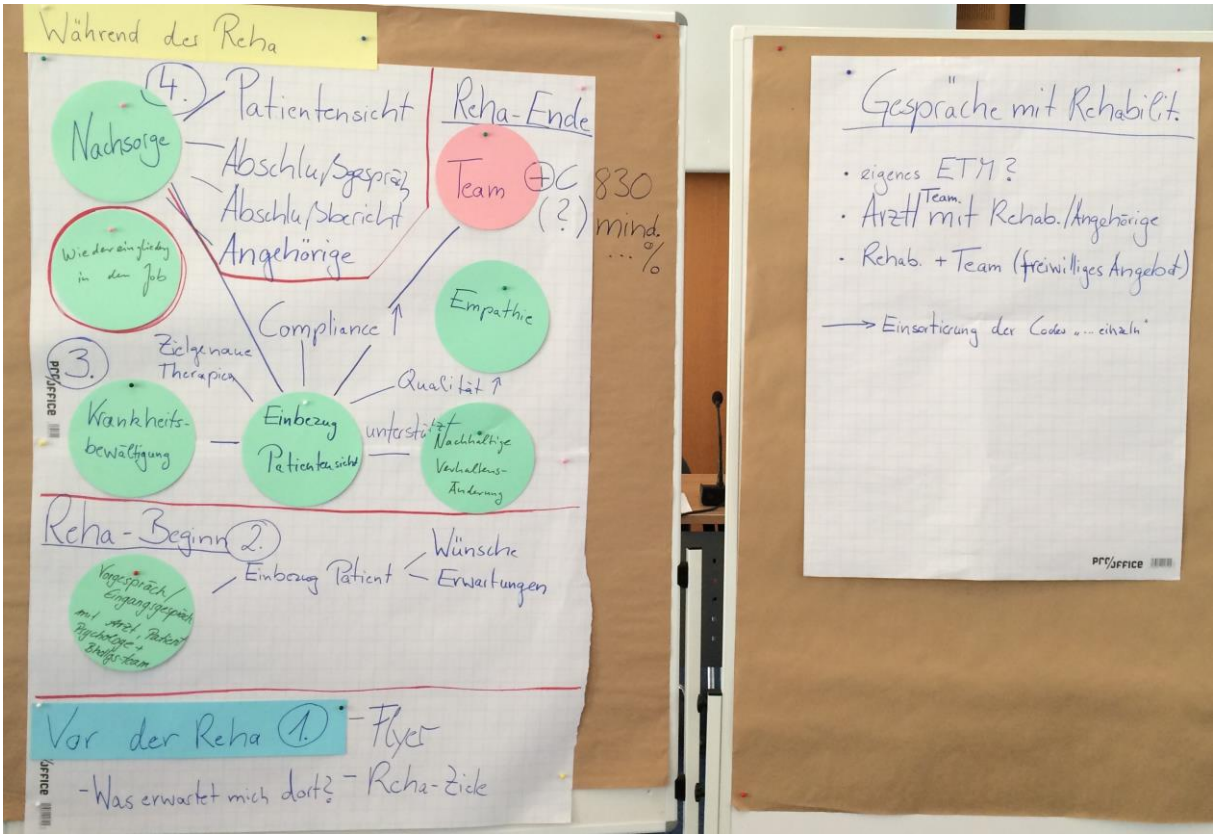
Montag, 13.04.2015

Arbeitsgruppe 1: Indikationen Hüft-und Knie-TEP und Chronischer Rückenschmerz: Keine Fotodokumentation.

Arbeitsgruppe 2: Indikationen Alkoholabhängigkeit, Brustkrebs und Depressive Störungen

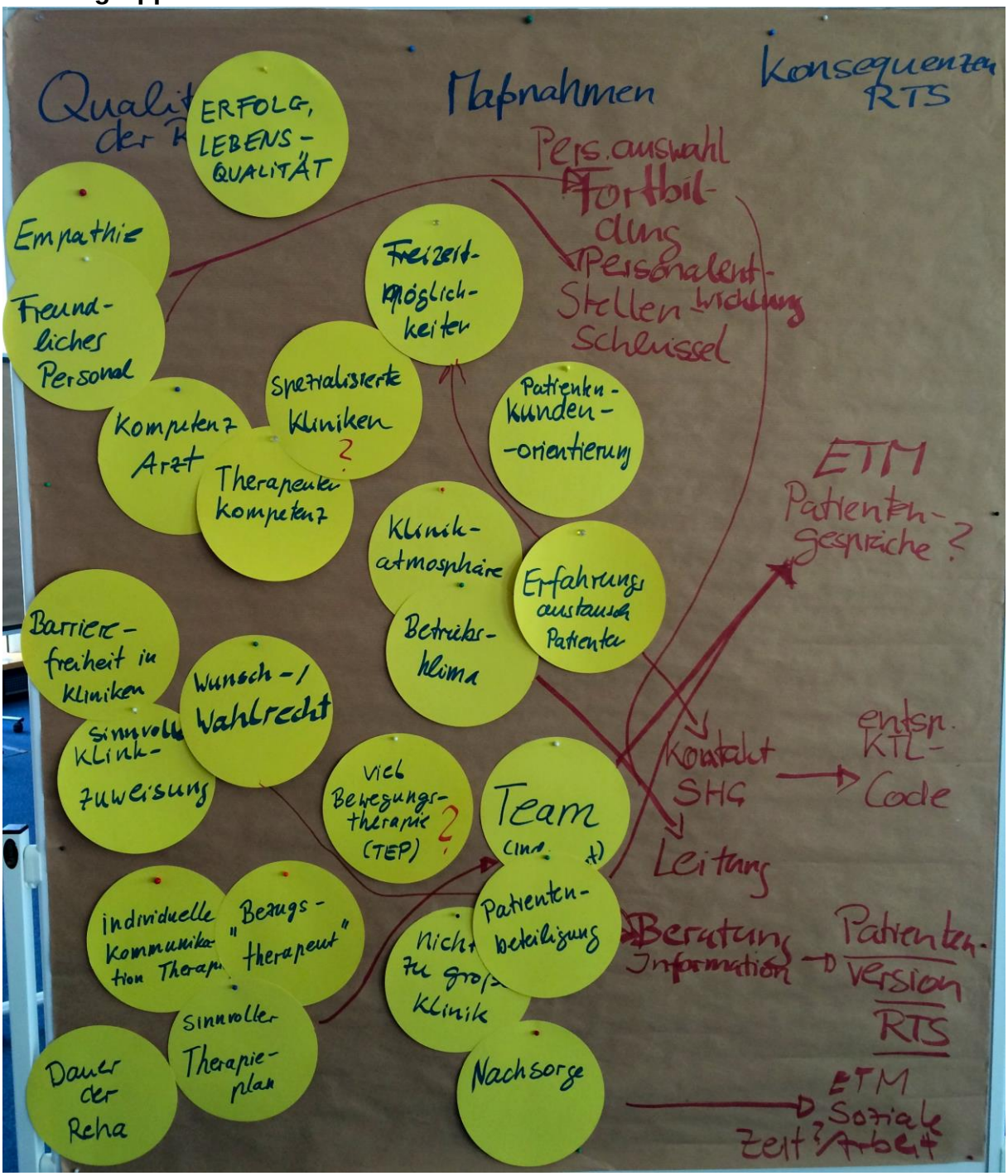


Arbeitsgruppe 3: Indikationen Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit und Schlaganfall

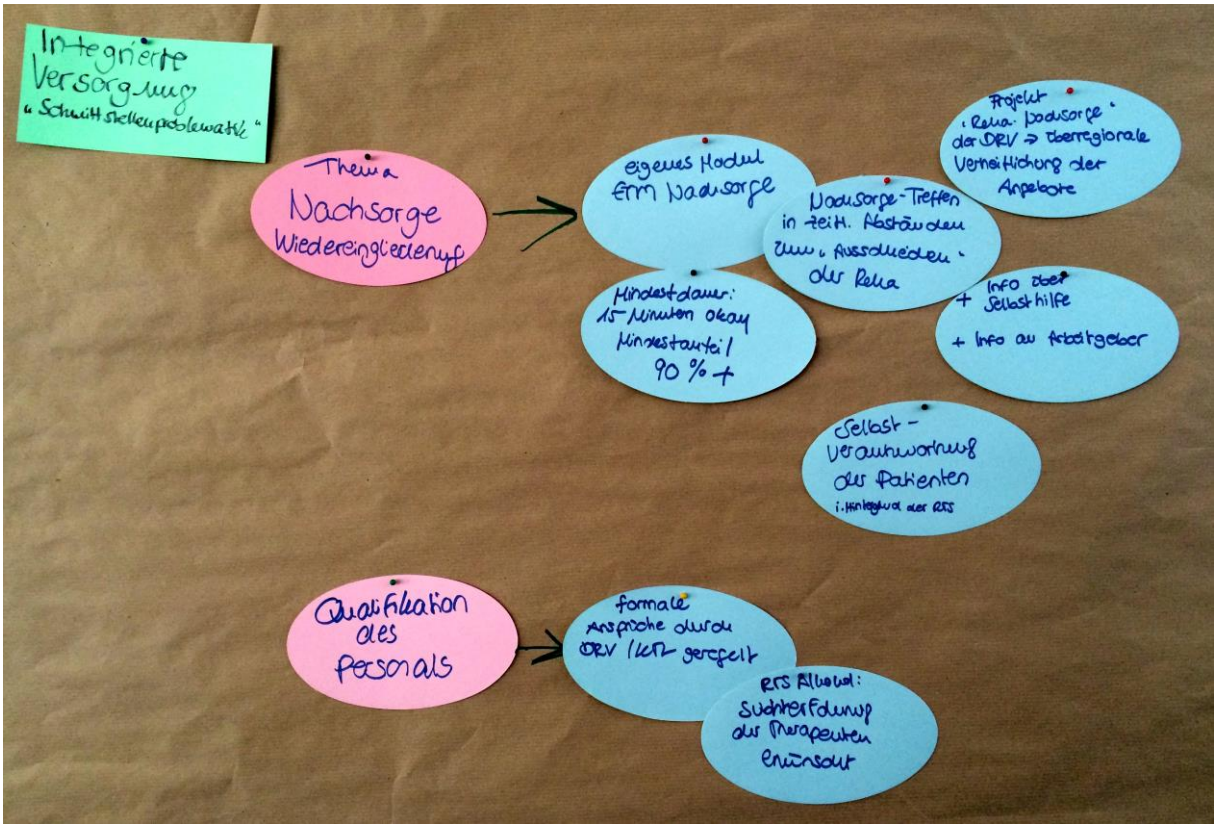


Dienstag, 14.04.2015

Arbeitsgruppe 1: Indikationen Hüft-und Knie-TEP und Chronischer Rückenschmerz:



Arbeitsgruppe 2: Indikationen Alkoholabhängigkeit, Brustkrebs und Depressive Störungen



Arbeitsgruppe 3: Indikationen Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit und Schlaganfall

G. Experten-Workshop mit klinischen Experten

Teilnehmerliste

Dienstag, 14.07.2015:

Indikation Chronischer Rückenschmerz

1.	Herr Prof. Dr. Bernhard Greitemann	Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde
2.	Herr Dr. Martin Holme	Klinik Weser, Bad Pyrmont
3.	Herr Kai Lorenz	Berolina Klinik, Löhne
4.	Herr Prof. Dr. Wilfried Mau	Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität - Institut für Reha-Medizin, Halle (Saale)
5.	Herr Dr. Markus Müller	saludis. Die ambulante Reha, Bamberg
6.	Herr Stefan Rittner	Dr. Becker PhysioGym, Bad Windsheim
7.	Frau Dr. Marianne Eberhardt-Kächele	Deutsche Sporthochschule Köln, Köln
8.	Frau Verena Pullwitt	DVE, Rheumazentrum Mittelhessen, Bad Endbach
9.	Frau Dr. Ulrike Worringen	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
10.	Frau Dr. Silke Brüggemann	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
11.	Frau Monika Niemann	Vivantes Ambulante Rehabilitation, Berlin

Moderation: Frau Eva Volke, Herr Prof. Dr. Farin-Glattacker, Herr PD Dr. Heiner Vogel, Frau Katharina Quaschning

Indikation Diabetes

1.	Herr Michael Falentin	Reha-Klinik Glotterbad, Glottertal
2.	Herr Dr. Johannes Falk	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
3.	Herr Markus Hoeps	Bundesverband für Diabetesbewegungstherapie und -therapeuten e.V., Kempen
4.	Herr Prof. Dr. Gerhard Huber	Institut für Sport und Sportwissenschaft der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg
5.	Frau Ursula Keller-Englert	Reha-Zentrum Bad Kissingen - Kliniken Rhön und Saale, Bad Kissingen
6.	Herr Dr. Bertil Kluthe	Klinik Hohenfreudenstadt, Freudenstadt
7.	Herr Dr. Hartmut Pollmann	Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr
8.	Herr Jochen Riehle	Deutsche Diabetes-Hilfe - Menschen mit Diabetes e. V., Berlin

9.	Herr Dr. Gerhard-Walter Schmeisl	Reha-Zentrum Bad Kissingen - Klinik Saale, Bad Kissingen
10.	Herr Dr. Karl-Josef Weber	Klinik Passau-Kohlbruck, Passau
11.	Frau Barbara Wodniok	Mediclin Klinik am Rennsteig, Tabarz
12.	Herr Dr. Rudolf Schulte	Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde

Moderation: Herr Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Frau Dr. Silke Kirschning, Herr Prof. Dr. Thorsten Meyer

Indikation Hüft- und Knie-TEP

1.	Frau Karen Bienek	Reha-Tagesklinik im forum Pankow, Berlin
2.	Herr Dr. Manfred Büdenbender	Rehabilitationsklinik Lautergrund der DRV Berlin-Brandenburg, Bad Staffelstein
3.	Frau Christine Hammoser	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
4.	Frau Helga Jäniche	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Dachau
5.	Herr Prof. Dr. Bernd Kladny	Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach
6.	Herr Dr. Gregor Kosmützky	Reha-Zentrum Bad Driburg der DRV Bund, Bad Driburg
7.	Herr Dr. Jürgen Philipp	Reha-Zentrum der DRV Salzetalklinik, Bad Salzuflen
8.	Herr Dr. Erwin Scherfer	Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK), Köln
9.	Herr Dr. Martin Steinau	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V, Hürth-Efferen

Moderation: Herr Berthold Lindow, Frau Astrid Wirth, Frau Irina Block

Indikation Koronare Herzkrankheit

1.	Herr Sinann Al Janem	Deutsche Herzstiftung e.V., Frankfurt a. M.
2.	Frau Dr. Birgit Andrich-Heumann	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
3.	Herr Dr. Dieter Benninghoven	Mühlenbergklinik - Klinikum Holsteinische Schweiz, Bad Malente-Gremsmühlen
4.	Herr Dr. Johannes Glatz	Rehazentrum Seehof, Teltow bei Berlin
5.	Frau Dr. Manju Guha	Reha-Klinik am Sendesaal, Bremen
6.	Herr Dr. Ulrich Kiwus	Reha-Zentrum Bad Nauheim - Klinik Wetterau, Bad Nauheim
7.	Frau Vanessa Knust	Becker-Kliniken, Köln
8.	Herr Heinz Lowis	Drei-Burgen-Klinik, Bad Münster am Stein-Ebernburg
9.	Frau Britta Mai	Reha-Zentrum Bad Nauheim - Klinik Wetterau, Bad Nauheim
10.	Frau Dr. Karin Meng	Julius-Maximilians-Universität Würzburg Abt. Medizinische Psychologie, Würzburg
11.	Herr Ludwig Möller	Herz-Kreislauf-Zentrum (HKZ), Rotenburg a. d. Fulda
12.	Frau Ilona Templiner	Reha-Zentrum Seehof, Teltow bei Berlin
13.	Herr Michael Wiegert	Drei-Burgen-Klinik,

		Bad Münster am Stein-Ebernburg
14.	Frau Angelika Baldus	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V., Hürth-Efferen

Moderation: Frau Dr. Teresia Widera, Herr Daniel Nowik

Mittwoch, 15.07.2015:

Indikation Alkoholabhängigkeit

1.	Herr Dr. Martin Beutel	Therapiezentrum Münzesheim, Kraichtal
2.	Herr Dr. Hubertus Deimel	Deutsche Sporthochschule Köln, Köln
3.	Herr Dr. Günter Freier	MediClin Rehazentrum Plau am See, Plau am See
4.	Herr Prof. Dr. Jörg Fachner	Anglia Ruskin University, Cambridge UK
5.	Frau Marie Horn	Saaletalklinik, Neustadt a.d. Saale
6.	Herr Dr. Andreas Koch	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), Kassel
7.	Herr Dr. Joachim Köhler	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
8.	Herr Nikolaus Lange	Fachklinik Eußerthal, Eußerthal
9.	Herr Dr. Bodo Liese	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
10.	Herr Peter Missel	AHG Kliniken Daun - Am Rosenberg , Daun
11.	Frau Wiebke Schneider	Guttempler in Deutschland e.V. – Bundesgeschäftsstelle, Hamburg
12.	Herr Olaf Szakinnis	Fachklinik Klosterwald, Bad Klosterlausnitz
13.	Frau Dr. Monika Vogelgesang	Klinik Schloss Falkenhof, Bensheim
14.	Herr Dr. Uwe Zemlin	AHG-Klinik Wilhelmsheim, Oppenweiler

Moderation: Herr Berthold Lindow, Herr Daniel Nowik

Indikation Brustkrebs

1.	Herr Prof. Jürgen Barth	Klinik Neufriesland, St. Peter-Ording
2.	Herr Prof. Dr. Hans Helge Bartsch	Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft, Freiburg
3.	Herr Prof. Dr. Freerk Baumann	Deutsche Sporthochschule Köln, Köln
4.	Herr Dr. Thomas Beinert	Paracelsus Klinik am See, Bad Gendersheim
5.	Herr Dr. Dieter Berger	Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, Bochum
6.	Frau Sabine Dhom-Zimmermann	Nahetal-Klinik, Bad Kreuznach
7.	Frau Margot Grewohl	Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
8.	Herr Prof. Dr. Harald Gruber	Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Alfter
9.	Frau Dr. Eva-Maria Kalusche-Bontemps	MediClin Reha-Zentrum Reichshof, Reichshof-Eckenhagen
10.	Herr Dr. Jürgen Körber	Nahetal-Klinik, Bad Kreuznach
11.	Frau Dr. Helga Mai	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
12.	Herr Prof. Oliver Rick	Vorsitzender ASORS der DKG, Bad Wildungen
13.	Frau Annkatrin Rogge	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie, Ludwigshafen
14.	Herr Prof. Dr. Joachim Weis	Klinik für onkologische Reha und Nachsorge (Tumorbiologie), Freiburg
15.	Frau Ulrike Worringen	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Moderation: Herr Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Frau Dr. Silke Kirschning, Frau Astrid Wirth

Indikation Depressive Störungen

1.	Frau Julia Döring	Dr. Becker Klinik Juliana, Köln
2.	Frau Dr. Katja Fischer	DRV Bayern Süd, München
3.	Herr Dr. Klaus Hermann	Reha-Zentrum Bad Kissingen - Kliniken Saale und Rhön, Bad Kissingen
4.	Herr Prof. Dr. Gerd Hölter	Dt. Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V., Hürth-Efferen
5.	Herr Oliver Key	Reha-Zentrum Bad Kissingen - Kliniken Saale und Rhön, Bad Kissingen
6.	Herr Dr. Volker Köllner	MediClin Bliestal Kliniken, Blieskastel
7.	Herr Thomas Lehmann	MEDIAN Klinik Heiligendamm, Heiligendamm
8.	Herr Prof. Philipp Martius	DRV Bayern Süd, Klinik Höhenried GmbH, Bernried
9.	Herr Jürgen Matzat	Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen
10.	Herr Andreas Pfeiffer	LVR Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine Uni Düsseldorf, Düsseldorf
11.	Herr Prof. Dr. Holger Schulz	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
12.	Frau Kathrin Seifert	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Uniklinikum Bonn, Bonn
13.	Frau Kirsten Trapp	Fachklinik Fürstenhof, Bad Wildungen

Moderation: Herr Prof. Dr. Thorsten Meyer, Frau Dr. Teresia Widera

Indikation Schlaganfall

1.	Frau Monika Baumann	Klinikum Bogenhausen, München
2.	Frau Prof. Dr. Annette Baumgärtner	Hochschule Fresenius, Standort Hamburg
3.	Herr Dr. Günter Freier	MediClin Rehazentrum Plau am See, Plau am See
4.	Frau Gisela Kiank	Landesselbsthilfeverband Schlaganfall- und Aphasie-Betroffener und gleichartig Behinderter Berlin e. V. - LVSB e.V., Berlin
5.	Herr Wolfgang Kühne	Asklepios Klinik, Schaufling
6.	Herr Dr. Hartwig Kulke	m&i Fachklinik, Herzogenaurach
7.	Frau Claudia Pott	Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK), Köln
8.	Frau Christa Ratto	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
9.	Herr Dr. Wilfried Schupp	m&i Fachklinik, Herzogenaurach
10.	Frau Kathrin Wilk	Marcus Klinik, Bad Driburg

Moderation: Frau Eva Volke, Herr Prof. Dr. Farin-Glattacker, Frau Irina Block, Frau Katharina Quaschning

Donnerstag, 16.07.2015:

Indikation Kinder und Jugendliche

1.	Herr Bruno Angstenberger	Alpenklinik Santa-Maria, Bad Hindelang- Oberjoch
2.	Herr Mike Schreinert	Fachklinik Satteldüne, Nebel (Amrum)
3.	Herr Prof. Dr. med. Carl-Peter Bauer	Fachklinik Gaißach - Zentrum für chronische Erkrankungen, Gaißach
4.	Herr Alwin Baumann	Waldburg-Zeil Kliniken, Wangen im Allgäu
5.	Herr Dr. Eckehard Baumgarten	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
6.	Frau Katharina Dietz	Bewegte Therapie, Berlin
7.	Herr Robert Jaeschke	Waldburg-Zeil Kliniken, Wangen im Allgäu
8.	Herr Dr. Ralph Jäger	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
10.	Frau Dr. Christiane Niehues	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
11.	Frau Dr. Maike Pellarin	AHG Klinik für Kinder-und Jugendliche Beelitz-Heilstätten, Beelitz-Heilstätten
12.	Herr Steffen Schepers	Kinder-Reha-Klinik Am Nicolausholz, Bad Kösen
13.	Herr Dr. Rainer Stachow	Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, Sylt/Westerland
14.	Frau Uta Zahn-Tesch	Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche gGmbH, Charlottenhall, Bad Salzungen
15.	Frau Dr. Edith Waldeck	Edelsteinklinik Fachklinik für Kinder- und Jugendrehabilitation, Bruchweiler

Moderation: Herr Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Herr Lindow, Frau Dr. Teresia Widera, Frau Eva Volke, Frau Dr. Silke Kirschning, Herr PD Dr. Heiner Vogel, Frau Irina Block, Frau Astrid Wirth.

Programm

Deutsche Rentenversicherung Bund

Projekt

„Aktualisierung und Überarbeitung der Reha-Therapiestandards (RTS)“

Programmheft

Experten-Workshop

14. Juli 2015 in Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, Großer Sitzungssaal (Raum 2219)

RTS Chronischer Rückenschmerz

RTS Hüft- und Knie-TEP

RTS Koronare Herzkrankheit

RTS Diabetes mellitus

Hintergrund des Projekts

Die Aufgabe des Projekts besteht darin, die vorliegenden neun Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (DRV) an den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand und an neue Reha-Konzepte anzupassen. Die Reha-Therapiestandards stellen ein zentrales Element der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung dar. Rehabilitationsleistungen werden in den Reha-Therapiestandards in verschiedenen evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammengefasst. Für jedes dieser ETM ist der Prozentsatz an Rehabilitanden angegeben, die mindestens Leistungen in der angegebenen Menge und Dauer aus dem Therapiemodul in einer Reha-Einrichtung erhalten sollen.

Bisher liegen Reha-Therapiestandards zu folgenden Indikationen vor:

Koronare Herzkrankheit, Chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Alkoholabhängigkeit, Schlaganfall, Hüft- und Knie-Gelenkersatz (TEP), Depressive Störungen sowie für Kinder- und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis.

Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards (Projektzeitraum Oktober 2013 – September 2015) umfasst mehrere Phasen (alternativ Meilensteine):

1. Phase: **Systematische Literaturanalyse** der nationalen und internationalen Leitlinien, Übersichtsarbeiten und wissenschaftlichen Studien zur Identifizierung wirksamer Behandlungen (sog. evidenzbasierte Therapien).

2. Phase: **Analyse des derzeitigen Versorgungsgeschehens** (IST-Zustand) und Abgleich der erbrachten therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation anhand der Klassifikation therapeutischer Leistung (KTL) mit den in den Reha-Therapiestandards geforderten Mindestanforderungen: Wie ist das Verhältnis der tatsächlich erbrachten Leistungen zu den in den RTS geforderten Leistungen?

3. Phase: Analyse neuer Konzepte und Verfahren, wie z. B. Medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR), Verhaltensmedizinisch-orientierente Rehabilitation (VMO), Praxisempfehlungen für psychologische Intervention in der Rehabilitation für Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzkrankheit

Beteiligungsformen von Experten:

prozessbegleitende Experten (Januar 2014 – September 2015)

RTS-Online-Diskussionsforum (März/April 2014 und März/April 2015)

Workshop mit Patienten und Vertretern von Selbsthilfeverbänden und –organistationen (April 2015)

Workhop mit klinisch tätigen Experten und Patientenvertretern (Juli 2015)

Konsultationsfassungen

Anhand der bereits erfolgten Phasen 1 bis 3 des Projekts konnten erste Änderungsvorschläge in Form von Konsultationsfassungen für alle Reha-Therapiestandards formuliert werden. Die für Sie relevante indikationsspezifische Konsultationsfassung liegt dieser Programmbroschüre bei.

Inhalte des Expertenworkshops:

a) Themen im Plenum

Im Plenum erfolgt zu Beginn des Workshops eine inhaltliche Kurzeinführung in die Reha-Therapiestandards und eine Vorstellung des Projekts „Aktualisierung der Reha-Therapiestandards“.

Im Abschlussplenum werden die Ergebnisse aus den indikationsspezifischen Arbeitsgruppen gemeinsam diskutiert.

b) Themen in den Arbeitsgruppen

In vier moderierten Arbeitsgruppen erfolgt ein Indikationsspezifischer Erfahrungs- und Meinungsaustausch zu den Therapieelementen der Rehabilitation, welche über die Therapiemodule der Reha-Therapiestandards abgebildet sind.

Ziel ist die Konsentierung der aktualisierten Reha-Therapiestandards in ihrem neuen Zuschnitt, der folgende Aspekte umfasst:

- Therapiemodule und KTL-Codes (KTL 2015)
- Mindestdauer und Mindesthäufigkeit sowie
- Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden

Es soll darüber diskutiert werden, wie die geplanten Änderungen der Reha-Therapiestandards in den vorliegenden Konsultationsfassungen von den Teilnehmern bewertet werden und inwieweit sie eine praxisnahe und patientenorientierte Versorgung in den Reha-Therapiestandards abbilden können.

Programm

Dienstag, 14. Juli 2015	
10.30 Uhr	Begrüßung (Dr. Weinbrenner) Kurzeinführung in die Reha-Therapiestandards (Dr. Widera, Herr Lindow) Vorstellung des Projekts (Prof. Farin-Glattacker)
11.00 Uhr	Raum für Rückfragen (Dr. Buschmann-Steinhage) Ablauf der Arbeitsgruppen (Frau Volke)
11.15 Uhr	*Kaffeepause (15 Minuten)*
11.30 Uhr	Indikationsspezifische Arbeitsgruppen • RTS Chronischer Rückenschmerz • RTS Hüft- und Knie-TEP • RTS Koronare Herzkrankheit • RTS Diabetes mellitus
12.45 Uhr	*Mittagsimbiss (45 Minuten)*
13.30 -16.00 Uhr *(inkl. Kaffeepause)*	Indikationsspezifische Arbeitsgruppen • RTS Chronischer Rückenschmerz • RTS Hüft- und Knie-TEP • RTS Koronare Herzkrankheit • RTS Diabetes mellitus
16.00 Uhr	Bericht aus den Arbeitsgruppen im Plenum Schlussdiskussion und weiteres Vorgehen (Dr. Buschmann-Steinhage)
ca. 17.00 Uhr	Ende des Workshops

Organisation und Ansprechpartnerin seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund

Eva Volke

10704 Berlin

Tel. 030-865-39334

E-Mail: eva.volke@drv-bund.de

Wissenschaftliche Ansprechpartner

Das Projekt wird vom Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universität Würzburg durchgeführt.

Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), Universitätsklinikum Freiburg

Herr Prof. Erik Farin-Glattacker

Engelbergerstr. 21

D-79106 Freiburg

Tel.: 0761 270-74430 oder -74470

Fax: 0761 270-73310

E-Mail: erik.farin@uniklinik-freiburg.de

Indikationen: Chronischer Rückenschmerz, Brustkrebs, Hüft- und Kniegelenksersatz, Schlaganfall-Phase D

Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Herr Prof. Thorsten Meyer

OE 5410, Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Tel.: 0511-532-5470

Fax: 0511-532- 5347

Indikationen: Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2, Alkoholabhängigkeit, Depressive Störungen

Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Herr PD Dr. Heiner Vogel

Klinikstr. 3

97070 Würzburg

E-Mail: h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de

Indikationen: Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas oder Neurodermitis

Organisatorische Hinweise

Veranstaltungsort

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund

Großer Sitzungssaal (Raum 2219)

Ruhrstr. 2

10709 Berlin

Übernachtung

Folgende Hotels liegen im Umkreis von 1-2 km des Veranstaltungsortes:

IBIS Berlin City West

Brandenburgische Str. 11

10713 Berlin

Tel.: 030/86202-0

Fax: 030/86202222

eMail: H3751@accor.com

http://www.accorhotels.com

enjoy City Messe

Rudolstädter Straße 42

10713 Berlin Germany

Tel.: 030 897 83-0

Fax: 030 897 83-100

eMail: info@enjoyhotel.de

http://www.enjoyhotel.de

Artemisia (Frauenhotel)

Brandenburgische Str. 18

10117 Berlin

Tel.: 030 8609320

Fax: 030 86093214

eMail: info@hotel-artemisia.de

http://www.hotel-artemisia.de

Hotel Majestic

Brandenburgische Straße 47

10707 Berlin

Tel: 030 8919076

Fax: 030 8919073

eMail: hotel-majestic@gmx.de

http://www.hotel-majestic.de

Hotel Villa Konstanz

Konstanzerstr. 30

10709 Berlin

Tel.: 030 8623080

eMail: info@hotelvillakonstanz-berlin.de

http://www.hotel-villakonstanz-berlin.de

SensCity Hotel Albergo

Hohenzollerndamm 33

10713 Berlin

Tel.: 030 868890

Fax: 030 86889103

eMail: stay@senscity-albergo.de

http://www.senscity-albergo.de

Leonardo City West

Güntzelstr. 14

10117 Berlin

Tel.: 030 868860

Domus

Uhlandstr. 49

10719 Berlin

Tel.: 030 8803440

Fax: 030 8619326

eMail: info.berlincitywest@leonardo-hotels.com

http://www.leonardo-hotels.de

Fax: 030 88034444

eMail: info@grandcityhotels.com

http://www.hotel-domus-berlin.de

So finden Sie unseren großen Sitzungssaal in der Ruhrstraße 2

Hauptbahnhof > Deutsche Rentenversicherung Bund
(Fahrzeit ca. 20 Minuten)

S	Richtung	S Spandau, Westkreuz oder Potsdam (Gleis 16 - oben)
	Umstieg:	S Charlottenburg
U7	Richtung	U Rudow
	Ausstieg:	U Fehrbelliner Platz oder Konstanzer Straße

Tegel > Deutsche Rentenversicherung Bund
(Fahrzeit ca. 20 Minuten)

Bus X9 / 109	Richtung Zoologischer Garten	
	Umstieg:	U Jakob-Kaiser-Platz
U7	Richtung	U Rudow
	Ausstieg:	U Fehrbelliner Platz

Anfahrt mit PKW > Deutsche Rentenversicherung Bund

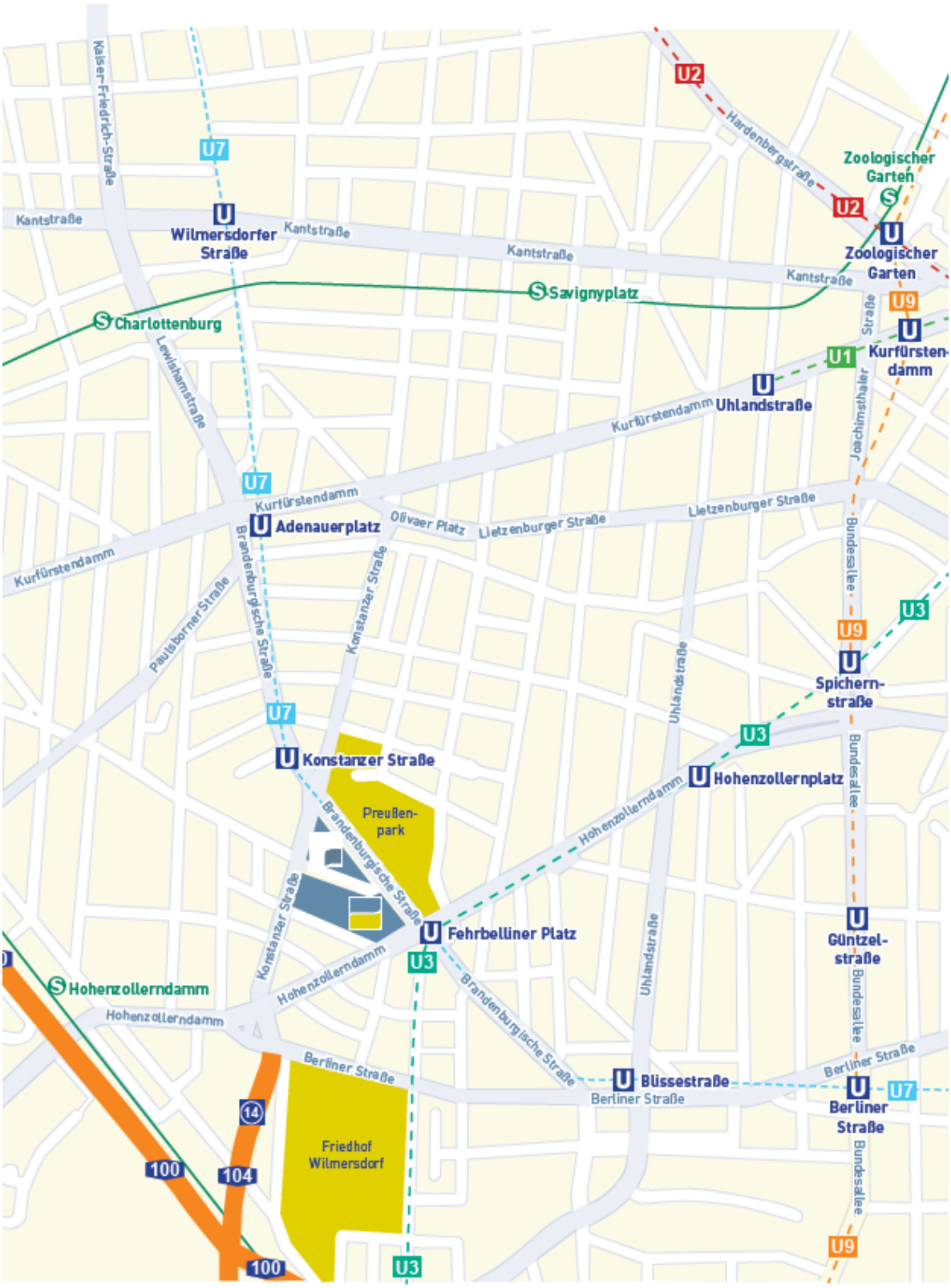
104	Ausfahrt	14 Konstanzer Straße / Schmargendorf

Zugang zum Dienstgebäude der DRV Bund:

Es empfiehlt sich für Besucher, den Eingang **Ruhrstraße 2** zu nehmen.

Tagungsraum:

Von der Pforte **Ruhrstraße 2** gehen Sie den Gang links entlang und nutzen dann die Treppe oder den Fahrstuhl ins 2. OG. Hier finden Sie rechts den großen Sitzungssaal (R 2219).


Kaiser-Friedrich-Straße
U7
Wilmersdorfer Straße
Kantstraße
Kantstraße
Kantstraße
Kantstraße
S Savignyplatz
S Charlottenburg
Lewishamstraße
U2
Hardenbergstraße
Zoologischer Garten
U2
Zoologischer Garten
U9
U1
Kurfürsten-damm
Joachimsthaler Straße
U Uhlandstraße
Kurfürstendamm
U7
Kurfürstendamm
U Adenauerplatz
Olivaer Platz
Lietzenburger Straße
Lietzenburger Straße
Kurfürstendamm
Pausborner Straße
Brandenburgische Straße
Konstanzer Straße
Bundesallee
U3
U9
U Spichern-straße
U7
U3
U Konstanzer Straße
Uhlandstraße
U Hohenzollernplatz
Hohenzollerndamm
Preußen-park
Brandenburgische Straße
Konstanzer Straße
U Fehrbelliner Platz
U3
Hohenzollerndamm
Brandenburgische Straße
Uhlandstraße
U Güntzel-straße
Bundesallee
S Hohenzollerndamm
Hohenzollerndamm
Berliner Straße
Berliner Straße
U Blissestraße
Berliner Straße
U7
U Berliner Straße
14
100
104
Friedhof Wilmersdorf
Bundesallee
100
U3
U9

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2

Konsultationsfassung

Version 3 (Stand: Juli 2015)

Vorbemerkung

An dieser Stelle möchten wir Sie auf einige wesentliche Änderungen in den Reha-Therapiestandards dieser Indikation aufmerksam machen:

- Aufgrund von neuen Zuschnitten einzelner ETM (z.B. Streichen, Neuaufnahme oder Zusammenlegung) ändert sich die Nummerierung der ETM gegenüber der aktuell gültigen Version. Die kann ggf. auch eine Änderung in der Aufzählung der ETM bedeuten.

- Bei jedem ETM wurde die Kategorie „Weitere Hinweise“ ergänzt, für Hinweise zur Dokumentation und Dokumentierung der erbrachten Leistungen.

- Ferner wurde bei den Therapiemodulen nach Möglichkeit die zeitliche Bezugseinheit der Leistungserbringung von „pro Rehabilitation“ auf „pro Woche“ umgestellt

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015	
ETM 01	**Bewegungstherapie**
Therapeutische Inhalte	Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen: 1) Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit 2) Stärkung physischer Ressourcen / Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z. B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen) 3) Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:** mind. 300 Minuten **Mindesthäufigkeit pro Woche:** mind. 5 mal
KTL-Leistungs-einheiten	A Sport- und Bewegungstherapie B Physiotherapie L551 Individualsportarten L552 Mannschaftssportarten und Bewegungsspiele L559 Sonstige Bewegung und Sport in der Freizeit
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 80 %**
Weitere Hinweise	

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 02	**Funktionelle und arbeitsweltbezogene Ergotherapie**	
Therapeutische Inhalte	Auf individuellen Bedarf, Ressourcen, Kontextfaktoren, Motivationslage und Leistungsgrenzen abgestimmtes Training von Fertigkeiten, sowie Selbstwirksamkeit, Ausdauer und Durchhaltevermögen anhand von für die Rehabilitanden relevanten Tätigkeiten mit hohem Alltags- und Arbeitsbezug	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:**	mind. 30 Minuten
	E551 Arbeitstherapie einzeln: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege	
	E552 Arbeitstherapie einzeln: EDV, Bürotechnik	
	E553 Arbeitstherapie einzeln: Dienstleistung, Kundenkommunikation	
	E554 Arbeitstherapie einzeln: Handwerk	
	E559 Sonstige Arbeitstherapie einzeln	
	E561 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege	
	E562 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: EDV, Bürotechnik	
	E563 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation	
	E564 Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Handwerk	
	E569 Sonstige Arbeitstherapie in der Kleingruppe	
	E571 Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege	
	E572 Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürotechnik	
	E573 Arbeitstherapie in der Gruppe: Dienstleistung, Kundenkommunikation	
	E574 Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk	
	E579 Sonstige Arbeitstherapie in der Gruppe	
	E580 Arbeitsplatztraining einzeln	
	E590 Arbeitsplatztraining in der Kleingruppe	
	E601 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert einzeln	
	E602 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert einzeln	
	E611 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung standardisiert in der Kleingruppe	
	E612 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung nicht-standardisiert in der Kleingruppe	
	E621 Interne Belastungserprobung einzeln	
	E622 Externe Belastungserprobung einzeln	
	E630 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln	
	E642 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: sensomotorisch perzeptiv	
	E643 Ergotherapeutische Behandlung einzeln: motorisch funktionell	
	E649 Sonstige ergotherapeutische Behandlung einzeln	
	E652 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: sensomotorisch perzeptiv	
	E653 Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: motorisch funktionell	
	E659 Sonstige ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe	
	E660 Ergotherapeutische Behandlung produktorientiert in der Gruppe	
	E672 Arbeitsplatzbesuch einzeln	

	E680 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
	E690 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens in der Kleingruppe
	E720 Projektgruppe
	H841 Berufsbezogene Qualifizierungsangebote in der Gruppe
	H842 Bewerbungstraining in der Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 30 %**
Weitere Hinweise	Die KTL-Codes E580, E590, E660 sowie alle Arbeitstherapien sind in der KTL mit 60 Minuten, mind. 2x pro Woche angegeben

	Veränderung zur Vorversion	**Begründung**
1.	Neuaufnahme des Moduls „Funktionelle und arbeitsweltbezogene Ergotherapie“ als ETM 02 mit allen zugehörigen KTL-Codes	Auf Anregung der DRV Bund zur Harmonisierung der RTS, da wo sinnvoll und möglich
2.	Festlegung der zeitlichen Mindestanforderungen auf 30 Minuten / Woche	Auf Anregung der DRV Bund zur Harmonisierung der RTS, da wo sinnvoll und möglich
3.	Festlegung des Mindestanteils auf 30%	Auf Anregung der DRV Bund zur Harmonisierung der RTS, da wo sinnvoll und möglich

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 03	**Patientenschulung Diabetes mellitus**	
Therapeutische Inhalte	Strukturierte, patientenorientierte, interaktive, curricular aufgebaute Schulung zur Information, Motivation, Handlungsanleitung: Erkrankung, Diagnostik und Behandlung; diabetesgerechte Bewegung; Selbstkontrolle und Fremdkontrolle (inkl. Gesundheitspass Diabetes); Umgang mit besonderen Situationen und mit Stoffwechselentgleisung; Folge- und Begleiterkrankungen	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 360 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C693 Standardisierte Schulung bei Diabetes Typ II	
	C694 Nicht-standardisierte Schulung bei Diabetes Typ II	
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 75 %**	
Weitere Hinweise	Ernährungsrelevante Schulungsanteile sollen in ETM 05 „Ernährung“ erbracht werden.	

	Veränderung zur Vorversion	**Begründung**
1.	Reduktion des zeitlichen Umfangs auf 360 Minuten pro Rehabilitation (bisher 480 Minuten / Rehabilitation)	Mehrheitsvotum der prozessbegleitenden Experten: Großer Teil der Patienten schon vorgeschult, viele DMP Teilnehmer. Daher sei ein komplettes Schulungsprogramm nicht sinnvoll. DRV-Curriculum „Diabetes mellitus Typ2“ umfasst 440 Minuten; Ernährungsrelevante Inhalte sollen über das ETM „Ernährung“ erbracht werden

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 04	**Gesundheitsbildung und Spezielle Patientenschulungen**	
Therapeutische Inhalte	Seminare und Beratungen zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen mit dem Ziel der Information und Motivation, z. B. zu Grundgedanken der Rehabilitation, zum Reha-Konzept der Einrichtung, zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell oder Stress. Vermittlung von besonderer Kompetenz und Wissen zu Pathogenese, relevanter Komorbidität, Risikofaktoren und Prävention	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 120 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C552	Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln
	C560	Angehörigengespräch krankheitsbezogen einzeln
	C570	Angehörigengespräch krankheitsbezogen in der Gruppe
	C620	Seminar: Motivationsförderung und Selbstmanagement
	C631	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Schutzfaktoren
	C633	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Bewegung und körperliches Training
	C634	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Stress und Stressbewältigung
	C635	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Alltagsdrogen
	C639	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Sonstige Gesundheitsinformation und –förderung
	C695	Standardisierte Schulung bei Adipositas
	C696	Nicht-standardisierte Schulung bei Adipositas
	C697	Standardisierte Schulung bei sonstigen Stoffwechselkrankheiten
	C698	Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Stoffwechselkrankheiten
	C701	Standardisierte Schulung bei Hypertonie
	C702	Nicht-standardisierte Schulung bei Hypertonie
	C703	Standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit
	C704	Nicht-standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit
	C705	Standardisierte Schulung bei Herzinsuffizienz
	C706	Nicht-standardisierte Schulung bei Herzinsuffizienz
	C707	Standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten
	C708	Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten
	E702	Hilfsmittelberatung einzeln
	E711	Hilfsmittelberatung in der Kleingruppe
	H550	Anleitung zum Eigentraining einzeln
	H560	Anleitung zu Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
	H571	Anleitung zur Blutdruck-Kontrolle einzeln
	H574	Anleitung zur Gewichtskontrolle einzeln
	H575	Anleitung zur Blutzucker-Kontrolle einzeln
	H609	Anleitung zur Anwendung sonstiger extrakorporaler Hilfsmittel einzeln
	H621	Anleitung zur Wundversorgung oder Narbenpflege einzeln
	H629	Anleitung zu sonstiger Therapie nach Verletzungen und Krankheiten der Haut einzeln
	H660	Anleitung zur Medikamenteneinnahme einzeln
	H670	Anleitung zur medizinisch indizierten Fußpflege einzeln
	H740	Supportives Gespräch
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 60 %**	
Weitere Hinweise		

	Veränderung zur Vorversion	**Begründung**
1.	Zusammenlegung der Module „Spezielle Patientenschulung“ und „Gesundheitsbildung“, Streichung der Vorträge	Auf Anregung der DRV Bund zur Harmonisierung der RTS, da wo sinnvoll und möglich
2.	Aufnahme weiterer Leistungen: Ärztliche Beratungen (C552), Hilfsmittelberatungen (E702, E711, H609), Schulungen zu Adipositas und Herzkrankheiten Anleitungen zu Problembereichen (H-Codes)	Mehrheitsvotum der prozessbegleitenden Experten Aktuelle LL sehen Hilfsmitteltraining- und Schulung als Aufgabe der Rehabilitation
3.	Neuformulierung der Anforderungen, ehemals mind. 120 Minuten pro Rehabilitation bei mind. 30% (spezielle Patientenschulungen), bzw. mind. 60 Minuten pro Rehabilitation bei mind. 90%	Modulzusammenlegung Mehrheitsvotum der prozessbegleitenden Experten: Hoher Anteil komorbider Rehabilitanden;

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 05 Ernährung		
Therapeutische Inhalte	Beratungen, Seminare und praktische Schulungen zur nachhaltigen Veränderung des Ernährungsverhaltens	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 225 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation:	mind. 2 mal
KTL-Leistungs-einheiten	C632	Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesunde Ernährung
	F573	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Ernährungsverhalten
	M551	Abstimmung einer energiedefinierten Kostform
	M552	Abstimmung einer nährstoffdefinierten Kostform
	M590	Ernährungsberatung einzeln
	M600	Ernährungsberatung in der Gruppe
	M621	Lehrküche indikationsspezifisch in der Gruppe
	M622	Lehrküche indikationsübergreifend in der Gruppe
	M630	Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 70 %**	
Weitere Hinweise		

	Veränderung zur Vorversion	**Begründung**
1.	Zusammenlegung aller ernährungsrelevanten Leistungen zu einem Modul	Auf Anregung der DRV Bund zur Harmonisierung der RTS, da wo sinnvoll und möglich
2.	Erhöhung der Mindestdauer von 180 min/Reha auf 225 min/Reha	Konsequenz aus der Zusammenlegung aller ernährungsrelevanten Leistungen zu einem Modul

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 06	**Psychologische Beratung und Therapie**	
Therapeutische Inhalte	Klärung und Unterstützung bei psychischen Belastungen durch Krankheit, Arbeit oder persönlichen Umfeld, Förderung der Akzeptanz im Umgang mit krankheitsbedingten Folgen, Aktivierung und Förderung individueller Ressourcen, Unterstützung bei der Lebensstiländerung. Bei Bedarf Einleitung psychotherapeutischer Interventionen bei komorbiden psychischen Störungen (meist Angst und Depression).	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:**	mind. 40 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	F551	Psychologische Beratung in Konfliktsituationen einzeln
	F552	Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen einzeln
	F554	Psychologische Beratung zu allgemeinen Problemstellungen einzeln
	F555	Orientierende psychologische Beratung einzeln
	F560	Psychologische Gruppenarbeit störungsspezifisch
	F571	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Stressbewältigung
	F572	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Schlaftraining
	F575	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Umgang mit Angst und Traurigkeit
	F576	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Umgang mit Alkohol
	F579	Sonstige Gruppenarbeit problemorientiert
	F582	Psychoedukative Gruppenarbeit: Motivationstraining
	F589	Sonstige psychoedukative Gruppenarbeit
	G711	Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation psychodynamisch einzeln
	G712	Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation verhaltenstherapeutisch einzeln
	G713	Psychotherapie in der somatischen Rehabilitation weitere Verfahren einzeln
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 30 %**	
Weitere Hinweise		

	Veränderung zur Vorversion	**Begründung**
1.	Anpassung der therapeutischen Inhalte	Anlehnung an RTS chronische KHK, die Neuformulierung wurde im zweiten Diskussionsforum einstimmig positiv aufgenommen

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015	
ETM 07	**Entspannungstraining**
Therapeutische Inhalte	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:** mind. 60 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	F590 Biofeedback einzeln
	F601 Autogenes Training einzeln
	F602 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson einzeln
	F609 Sonstige Entspannungsverfahren einzeln
	F611 Autogenes Training in der Gruppe
	F612 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson in der Gruppe
	F619 Sonstige Entspannungsverfahren in der Gruppe
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 20 %**
Weitere Hinweise	QiGong, Tai Chi, Yoga u.a. können unter dem KTL-Code A630 im ETM Bewegungstherapie dokumentiert werden.

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015	
ETM 08	**Tabakentwöhnung**
Therapeutische Inhalte	Psychologische Intervention zur Förderung der Tabakabstinenz. Vorausgesetzt wird eine Problematisierung des Rauchverhaltens im Rahmen der Gesundheitsbildung und / oder Patientenschulung
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:** mind. 60 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	F578 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Tabakentwöhnung
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 5 %**
Weitere Hinweise	

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 09	**Soziale Arbeit und soziale Integration**	
Therapeutische Inhalte	Information und Beratung zu speziellen sozialen, beruflichen und sozialrechtlichen Themen wie: Wirtschaftliche Sicherung, Rentenfragen, Klärung sozialrechtlicher Fragen, Wohnungsfragen, Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Erarbeitung persönlicher Hilfen in sozialen oder beruflichen Problemlagen, Abgleich von beruflichen und arbeitsbezogenen Anforderungen und aktuellem Fähigkeitsprofil, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 30 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C551 Ärztliche, sozialmedizinische Beratung einzeln C580 Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen D551 Psychosoziale Beratung einzeln D552 Sozialrechtliche Beratung einzeln D553 Orientierende Sozialberatung einzeln D561 Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzeln D562 Beratung zur stufenweisen Wiedereingliederung einzeln D563 Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung einzeln D569 Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln D581 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz D583 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe D585 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Sozialrechtliche Fragen D586 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Training der sozialen Kompetenz D589 Sonstige soziale Arbeit in der Kleingruppe D591 Soziale Arbeit in der Gruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz D593 Soziale Arbeit in der Gruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Integration D595 Soziale Arbeit in der Gruppe: Sozialrechtliche Fragen D596 Soziale Arbeit in der Gruppe: Training der sozialen Kompetenz D599 Sonstige Sozialarbeit in der Gruppe D600 Angehörigengespräch psychosozial einzeln D610 Angehörigengespräch psychosozial in der Gruppe	
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 70 %**	
Weitere Hinweise	Die KTL-Codes D581 – D589, D591-D599 sind in der KTL mit 45 Minuten, mind. 1x pro Woche angegeben	

	Veränderung zur Vorversion	**Begründung**
1.	Neue Nummerierung: ETM 09 Soziale Arbeit und soziale Integration	
2.	Zusammenlegung der beiden Module „Sozial- und sozialrechtliche Beratung“ und „Unterstützung der beruflichen Integration“., Übergreifende Mindestanforderungen von 30 Minuten bei 70%. Die Codes aus dem Kapitel E aus dem Modul „Unterstützung der beruflichen Integration“ werden in das Modul „Funktionelle und arbeitsweltbezogene Ergotherapie“ verschoben	Auf Anregung der DRV Bund zur Angleichung der RTS über alle Indikationen

3.	Aufnahme des KTL-Codes C551 (Ärztliche sozialmedizinische Beratung einzeln)	Auf Anregung der DRV Bund zur Angleichung der RTS über alle Indikationen
4.	Aufnahme des KTL-Codes: D585 (Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Sozialrechtliche Fragen) und des KTL-Codes D595 (Soziale Arbeit in der Gruppe: Sozialrechtliche Fragen)	Mehrheitsvotum der prozessbegleitenden Experten: Die Möglichkeit, häufig wiederkehrende sozialrechtliche Fragen in Gruppen abzuklären, sollte gegeben sein.

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2		
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015		
ETM 10	**Nachsorge**	
Therapeutische Inhalte	Vorbereitung und Anbahnung von Nachsorge und weitergehenden Maßnahmen, Informationsvermittlung und Selbstbefähigung. Beratung zu Themen wie ambulante Therapie, Nachsorgeangebote, Reha-Sportgruppen, Selbsthilfegruppen, Kontaktaufnahme zu Nachbehandlern, Besprechung der bereits erreichten und weiter umzusetzenden Ziele.	
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:**	mind. 15 Minuten
	D571	Beratung zu ambulanten bzw. stationären Hilfen und Pflege einzeln
	D572	Abstimmung zu Kontakt- und Informationsgesprächen mit Vor- und Nachbehandlern einzeln
	D573	Beratung zu Nachsorgeangeboten, Selbsthilfegruppen und externen Beratungsstellen einzeln
	D579	Sonstige Beratung zu Nachsorge und weitergehenden Maßnahmen einzeln
	D584	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen
	D594	Soziale Arbeit in der Gruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 80 %**	
Weitere Hinweise		

	Veränderung zur Vorversion	**Begründung**
1.	Neue Nummerierung: ETM 10 Nachsorge	
2.	Umbenennung des Moduls „Nachsorge und soziale Integration“ in „Nachsorge“ und inhaltliche Neustrukturierung	Mehrheitsvotum der prozessbegleitenden Experten ,auf Anregung der Patientenvertreter und auf Anregung der DRV Bund zur Harmonisierung der RTS, da wo sinnvoll und möglich
3.	Aufnahme des KTL-Codes C830 (Fallkonferenz mit interdisziplinärem Team mit Rehabilitand)	Auf Anregung der DRV Bund zur Harmonisierung der RTS, da wo sinnvoll und möglich
4.	Aufnahme der KTL-Codes: D584 (Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen) und D594 (Soziale Arbeit in der Gruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen)	Mehrheitsvotum der prozessbegleitenden Experten und auf Anregung der DRV Bund zur Harmonisierung der RTS, da wo sinnvoll und möglich

H. Übersicht: Mindestanforderungen der derzeit gültigen und der neuen Version der RTS Diabetes mellitus

Derzeitig gültige RTS			
Nr.	Name des ETM	Mindestdauer und Häufigkeit	Mindest-anteil
1	Bewegungstherapie	300 Min pro Woche, mind. 5x	80%
2	Patientenschulung Diabetes mellitus	480 Min pro Reha	75%
3	Spezielle Patientenschulung	120 Min pro Reha	30%
4	Gesundheitsbildung	60 Min pro Reha	90%
5	Ernährungsschulung – praktisch	180 Min pro Reha, mind. 2x	70%
6	Psychologische Beratung und Therapie	120 Min pro Reha	30%
7	Entspannungstraining	180 Min pro Reha, mind. 4x	20%
8	Tabakentwöhnung	180 Min pro Reha, mind. 3x	5%
9	Sozial- und sozialrechtliche Beratung	30 Min pro Reha	30%
10	Unterstützung der beruflichen Integration	30 Min pro Reha	30%
11	Nachsorge und soziale Integration	15 Min pro Reha	80%

RTS Konsultationsfassung – finale Version			
Nr.	Name des ETM	Mindestdauer und Häufigkeit	Mindest-anteil
1	Bewegungstherapie	300 Min pro Woche, mind. 5x	80%
2	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	60 Min pro Woche	10%
3	Krankheitsspezifische Patientenschulung	360 Min pro Reha	80%
4	Gesundheitsbildung	180 Min pro Reha	60%
5	Ernährungstherapeutische Leistungen	180 Min pro Reha	70%
6	Psychologische Interventionen	120 Min pro Reha	30%
7	Entspannungsverfahren	60 Min pro Woche	20%
8	Tabakentwöhnung	150 Min pro Rehabilitation	5%
9	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	45 Min pro Reha	70%
10	Vorbereitung nachgehender Leistungen	15 Min pro Reha	80%

I. Übersicht: Therapievolumen der neuen Version der RTS Diabetes mellitus

Verweildauer: 3 Wochen					
Nr.	**Name des ETM**	**Mindestdauer pro Woche in Min**	**Mindesthäufigkeit**	**Mindestdauer pro Reha in Min**	**Mindestanteil**
1	Bewegungstherapie	300	5	900	80,0%
2	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	60		180	10,0%
3	Krankheitsspezifische Patientenschulung			360	80,0%
4	Gesundheitsbildung			180	60,0%
5	Ernährungstherapeutische Leistungen			180	70,0%
6	Psychologische Interventionen			120	30,0%
7	Entspannungsverfahren	60		180	20,0%
8	Tabakentwöhnung			150	5,0%
9	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration			45	70,0%
10	Vorbereitung nachgehender Leistungen			15	80,0%