

**Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus
Typ 2**

→ **Leitlinie für die medizinische Rehabilitation
der Rentenversicherung**

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften, Rehabilitationseinrichtungen und Rentenversicherung, die sich an der Erstellung der Reha-Therapiestandards Diabetes beteiligt haben, für ihr Engagement und ihre konstruktiven fachlichen Beiträge.

Ansprechpartner

Die fachliche Betreuung der Reha-Therapiestandards erfolgt in den Bereichen 0420 „Reha-Wissenschaften“, 0430 „Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik“ und 0440 „Sozialmedizin“ der Deutschen Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin.

Als Ansprechpartner für die Reha-Therapiestandards stehen zu Ihrer Verfügung:

Dr. med. Silke Brüggemann MSc, Bereich 0420

Tel.: 030 865 26863

Email: silke.brueggemann@drv-bund.de

Berthold Lindow, Bereich 0430

Tel.: 030 865 35958

Email: berthold.lindow@drv-bund.de

Die Erarbeitung der Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2 wurde als wissenschaftliches Projekt von der Universität Lübeck, Institut für Sozialmedizin (Dr. med. Ulrike Schwaab, Dr. phil. Thorsten Meyer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe) betreut.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Internet unter:

www.deutsche-rentenversicherung.de

Rubrik: Angebote für spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung >
Qualitätssicherung

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2

1 Einleitung.....	4
2 Reha-Therapiestandards als Teil der Qualitätssicherung	4
3 Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2.....	5
4 Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards	7
5 Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule	7
6 Struktur der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM)	8
6.1 Therapeutische Inhalte	8
6.2 Formale Ausgestaltung.....	8
6.3 KTL-Leistungseinheiten	8
6.4 Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	8
7 Bedeutung der Mindestangaben in den ETM.....	9
8 Die KTL als Basis für die Beschreibung der ETM-Leistungen	9
9 Anwendung der ETM in der Praxis.....	9
10 Therapien, die nicht in den Reha-Therapiestandards enthalten sind.....	10
11 Komorbidität	10
12 Kontraindikationen.....	11
13 Überarbeitung der Reha-Therapiestandards.....	11
14 Überblick: Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden in den ETM	11
15 Evidenzbasierte Therapiemodule.....	12
16 Methodischer Teil	23
16.1 Erstellung der Reha-Therapiestandards.....	23
16.2 Literaturrecherche.....	23
16.3 Analyse der dokumentierten Leistungen mit Hilfe der KTL.....	24
16.4 Ergebnisse der KTL-Analyse	24
16.5 Multiprofessionelle Abstimmung der Inhalte der Reha-Therapiestandards	24
16.6 Implementierung der Reha-Therapiestandards (Pilotphase).....	25
17 Integration der Reha-Therapiestandards in die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung.....	25
18 Hintergrundliteratur zu den Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2.....	26
19 Literatur zum Reha-Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung	27
20 Autorenschaft	28
21 Reha-Leitlinienreport.....	28
22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Expertenworkshops.....	29

1 Einleitung

Medizinische Leitlinien spielen in der Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Sie sind definiert als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien können damit Handlungsempfehlungen im Sinne einer Hilfe bei der Entscheidungsfindung geben.

Die gesetzliche Rentenversicherung hat die Bedeutung von evidenzbasierten Therapievorgaben in der Versorgung chronisch Kranker frühzeitig erkannt. Im Rahmen ihres Reha-Leitlinienprogramms fördert sie seit 1998 Forschungsprojekte zur Erstellung von Reha-Therapiestandards. Diese Therapiestandards sind als Teil der Reha-Qualitätssicherung entwickelt. Sie ermöglichen im Versorgungszweig der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine Qualitätsprüfung der therapeutischen Versorgung auf breiter, systematischer Basis. Fachlich nicht gerechtfertigte Varianzen zwischen Reha-Einrichtungen können reduziert werden und zu einer Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen auf wissenschaftlicher und qualitätsgesicherter Grundlage führen.

2 Reha-Therapiestandards als Teil der Qualitätssicherung

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung wird ein umfassendes Instrumentarium eingesetzt. Einrichtungsbezogene Auswertungen werden den Reha-Einrichtungen regelmäßig zur Verfügung gestellt. Neben einer Rehabilitandenbefragung gehören ein Peer Review-Verfahren und eine Strukturhebung dazu. Ergänzt werden diese Qualitätsaspekte durch weitere Daten aus den Routineverfahren der Rentenversicherung (Rehabilitandenstruktur, Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation, Leistungsdokumentation nach der Klassifikation Therapeutischer Leistungen, KTL^{*}). Die Reha-Therapiestandards sind als ein Teil der Reha-Qualitätssicherung konzipiert. Sie enthalten - anders als Leitlinien - keine Therapiealgorithmen für individuelle Behandlungsentscheidungen, sondern tragen dazu bei, das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent zu machen, Defizite aufzudecken

* KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung 2007

und eine den Anforderungen entsprechende, evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation zu fördern. Für die Praxis der Reha-Einrichtungen bedeutet dies eine stärkere Fokussierung des Leistungsspektrums auf rehabilitative Strategien und Therapien, deren Wirkung wissenschaftlich untermauert ist. Die empirische Überprüfung der Erfüllung der Anforderungen der Reha-Therapiestandards ist gleichzeitig Grundlage für eine Bewertung der Prozessqualität der Reha-Einrichtung.

Die Reha-Therapiestandards unterscheiden sich von Leitlinien der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften insbesondere durch ihre Perspektive, die sich aus der spezifischen Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung als Leistungsträger ergibt. Im Fokus der Betrachtung steht nicht der einzelne Patient mit einer individuellen Problemkonstellation, sondern die Gesamtheit aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer Indikation in einer Reha-Einrichtung. Mit Hilfe von Qualitätsindikatoren kann der Behandlungsprozess dieser Patientengruppe während des Aufenthaltes in einer Reha-Einrichtung unter Berücksichtigung des jeweiligen Behandlungskonzeptes abgebildet und beurteilt werden.

Die Reha-Therapiestandards ergänzen auf diese Weise die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.

3 Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2

In der Literatur lassen sich vier Therapiebereiche in der Rehabilitation von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 unterscheiden: Edukation (incl. Ernährungsschulung), Bewegung und Sport, Psychologie und Sozialarbeit. Die therapeutische Wirksamkeit dieser Bereiche ist zum Teil wissenschaftlich nachgewiesen.

Ziel der hier vorliegenden Reha-Therapiestandards ist es, die rehabilitative Behandlung bei Diabetes mellitus Typ 2 auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen und die Qualität der rehabilitativen Versorgung zu verbessern. Zusätzlich ergibt sich die Notwendigkeit für weitere Therapieleistungen wie die klinische Sozialarbeit oder die Nachsorge aus dem gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung als Reha-Träger. Dieser formuliert das Ziel, für von Erwerbsminderung bedrohte oder erwerbsgeminderte Menschen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und

insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern (§§ 1 und 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX sowie § 9 Abs. 1 SGB VI).

Alle Therapiebereiche der Rehabilitation haben unter anderem zum Ziel, alltagstaugliche stabile Lebensstiländerungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu initiieren, die auf deren individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten basieren. Ferner geht es um die Förderung des Selbstmanagements im Umgang mit Krankheit und Behinderung, das Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten sowie die Adaption der verbleibenden Fähigkeiten, um die Leistungsfähigkeit in Erwerbsleben und Alltag möglichst weitgehend zu erhalten oder wiederherzustellen. Dementsprechend werden diejenigen Therapien berücksichtigt, die sich aus dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit ergeben. Das Therapiekonzept der medizinischen Rehabilitation beinhaltet dabei - indikationsspezifisch unterschiedlich gewichtet - sowohl funktionelle als auch edukative, psychotherapeutische und psychosoziale Aspekte, die systematisch aufeinander aufbauen und im Rahmen der Rehabilitation ihre Wirkung entfalten.

Basierend auf diesem Therapiekonzept und den Ergebnissen der wissenschaftlichen Literaturrecherche (siehe Methodenteil, Abschnitt 16) wurden für die Reha-Therapiestandards evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) für eine qualitativ hochwertige Versorgung formuliert.

Die in den Reha-Therapiestandards vorgestellten Module und therapeutischen Einzelleistungen ergänzen sich in ihrem Zusammenwirken. Weitere Faktoren (z. B. Klinikatmosphäre, die Qualität der therapeutischen Beziehung oder die Qualität der Beziehung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden untereinander) werden über die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) nicht abgebildet, spielen allerdings hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlung eine wichtige Rolle. Die Organisation der Behandlungsinhalte und -elemente durch eine entsprechende Therapieplanung ist von wichtiger Bedeutung für deren Qualität. Qualitätsmerkmale der einzelnen Leistungen und Qualitätsanforderungen an die therapeutischen Mitarbeiter werden durch die KTL vorgegeben.

4 Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards

Die vorliegenden Reha-Therapiestandards gelten für alle Rehabilitanden mit folgender Erstdiagnose (ICD-10-GM) im Entlassungsbericht:

E11 (mit allen 4. u. 5. Stellen) Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus

Der Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards bezieht sich auf die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. In die Auswertung zur Reha-Qualitätssicherung gehen alle Rehabilitanden ein, deren Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen lag.

5 Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule

Die Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2 bestehen aus folgenden evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM). Die Reihenfolge der Therapiemodule ist nicht als Rangfolge bezogen auf die Bedeutung oder Wirksamkeit zu verstehen.

ETM	Bezeichnung
01	Bewegungstherapie
02	Patientenschulung Diabetes mellitus
03	Spezielle Patientenschulung
04	Gesundheitsbildung
05	Ernährungsschulung – praktisch
06	Psychologische Beratung und Therapie
07	Entspannungstraining
08	Tabakentwöhnung
09	Sozial- und sozialrechtliche Beratung
10	Unterstützung der beruflichen Integration
11	Nachsorge und soziale Integration

6

7 Struktur der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM)

Die evidenzbasierten Therapiemodule haben bei allen Reha-Therapiestandards eine einheitliche Struktur und umfassen die vier folgenden Bereiche:

7.1 Therapeutische Inhalte:

Im Abschnitt „Therapeutische Inhalte“ werden die Zielsetzungen und therapeutischen Verfahren des ETM skizziert.

7.2 Formale Ausgestaltung:

Im Abschnitt „Formale Ausgestaltung“ sind die Mindestdauer sowie ggf. die Mindesthäufigkeit von Leistungen aus dem ETM festgelegt.

7.3 KTL-Leistungseinheiten:

Im Abschnitt „KTL-Leistungseinheiten“ sind alle für das ETM in Frage kommenden bzw. möglichen Interventionen in Form von KTL-Codes der KTL 2007 aufgelistet. Aus einer Vielzahl an Leistungen können für die Rehabilitanden die am besten geeigneten und die dem Therapiekonzept der Einrichtung entsprechenden Interventionen ausgewählt werden. Nicht alle angegebenen KTL-Codes eines ETM müssen verwendet werden.

7.4 Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden:

Im Abschnitt „Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden“ wird angegeben, welcher Prozentsatz an Rehabilitanden mindestens Leistungen aus dem ETM in der angegebenen Menge erhalten soll, um den Anforderungen entsprechend rehabilitiert zu sein. Der Mindestanteil ist somit einer der Qualitätsindikatoren, mit denen die Deutsche Rentenversicherung das den Anforderungen entsprechende Behandeln erfassen und beurteilen kann. Er spiegelt die aus den individuellen gesundheitlichen Problemlagen resultierenden Bedarfe der Rehabilitanden an entsprechenden Leistungen wider.

Die Mindestanteile unterscheiden sich von Modul zu Modul. Sie beruhen auf Schätzungen der in die Entwicklung der Reha-Therapiestandards einbezogenen Expertinnen und Experten (siehe Abschnitt 16.5), so dass die für das betreffende Krankheitsbild typischen Rehabilitandenstrukturen mitberücksichtigt werden, gleichzeitig aber ausreichend Raum für die Berücksichtigung von individuellen Problemen und Einzelfällen bleibt. Der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder

Rehabilitanden, der immer unter 100 % liegt, deutet bereits an, dass nie alle Rehabilitanden Leistungen aus dem entsprechenden Modul in der angegebenen Therapiemenge erhalten müssen.

8 Bedeutung der Mindestangaben in den ETM

Um zukünftig eine evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation sicherzustellen, enthalten alle evidenzbasierten Therapiemodule Mindestanforderungen an die formale Ausgestaltung (Dauer und Häufigkeit) und den Prozentanteil zu behandelnder Rehabilitanden.

Mindestanteil, Mindestdauer und ggf. Mindesthäufigkeit definieren die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation und sollten deshalb nicht unterschritten werden. Ein Überschreiten der Mindestanforderungen ist – soweit möglich und erforderlich – durchaus erwünscht und oft notwendig. Letztlich müssen sich die zu erbringenden Leistungen an den individuellen Bedarfen der Betroffenen ausrichten.

9 Die KTL als Basis für die Beschreibung der ETM-Leistungen

Das Spektrum der therapeutischen Leistungen in den ETM wird über die KTL-Codes der KTL 2007 abgebildet. Die KTL definiert hierbei auch die Qualitätsanforderungen an die Leistungen, z. B. Berufsgruppen, die die Leistungen durchführen können, oder Anzahl der Rehabilitanden. Durch die Verknüpfung der Reha-Therapiestandards mit der KTL ist ein verbindlicher Rahmen vorgegeben. Einerseits stehen eine Vielzahl von therapeutischen Leistungen bzw. KTL-Codes zur Verfügung, um die für die Rehabilitanden optimale Intervention auswählen zu können. Andererseits können bestimmte ärztliche und medikamentöse Therapien nicht berücksichtigt werden, da sie mit der KTL nicht abgebildet werden können.

10 Anwendung der ETM in der Praxis

Reha-Therapiestandards geben dem therapeutischen Team Entscheidungshilfen für die Ausgestaltung von Therapien für definierte Rehabilitandengruppen. Die evidenzbasierten Therapiemodule in ihrer Gesamtheit bilden den Rahmen, innerhalb

dessen sich eine evidenzbasierte Rehabilitation abspielen sollte. Die Auswahl der jeweiligen Leistung(en) aus dem ETM orientiert sich dann am individuellen Bedarf der Rehabilitanden und dem gemeinsam vereinbarten Reha-Ziel.

Unterschiedliche Risikoprofile, Komorbidität oder das subjektive Krankheitsverständnis der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind weitere beispielhafte Kriterien, die bei einer gemeinsamen Arzt-Patient-Entscheidung für ein Therapiekonzept zu berücksichtigen sind.

Darüber hinaus ist es notwendig, bei der Therapieplanung differenziert vorzugehen, um unterschiedlichen Erfordernissen bei den Rehabilitanden (z. B. Genderaspekte) oder besonderen Problemlagen verschiedener Patientengruppen (z. B. in Bezug auf den Therapiebedarf) gerecht zu werden. Der Spielraum für die Berücksichtigung dieser Bedarfe ist in den ETM gegeben und zu nutzen.

Gleichwohl stellt die praktische Umsetzung der therapeutischen Inhalte der ETM mit der Behandlungsform (einzeln, Kleingruppe, Gruppe) und der therapeutischen Berufsgruppe möglicherweise eine Herausforderung für die Reha-Einrichtungen dar, insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter personeller und auch räumlicher Ressourcen.

11 Therapien, die nicht in den Reha-Therapiestandards enthalten sind

Der Arzt bzw. die Ärztin entscheidet gemeinsam mit dem Reha-Team und den Betroffenen, welche einzelnen therapeutischen Leistungen im Einzelfall sinnvoll und nützlich sind. So können und müssen (z. B. bei Komorbidität) auch Therapieleistungen erbracht werden, die über die Reha-Therapiestandards hinausgehen. Grundsätzlich bleibt es im Ermessen der Reha-Einrichtungen, nicht in den Therapiemodulen aufgeführte, ggf. auch nicht-evidenzbasierte Therapien anzubieten. Therapieleistungen, die nicht im Rahmen der Reha-Therapiestandards erbracht werden, sind weiterhin Bestandteil der Ergebnismeldung zur Reha-Qualitätssicherung (KTL-Rückmeldung, siehe Abschnitt 17).

12 Komorbidität

Komorbidität oder Folgekrankheiten, die nicht Gegenstand der Reha-Therapiestandards sind, müssen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ebenfalls behandelt werden. Wie auch bei der Dokumentation der Diagnosen im

Entlassungsbericht muss abgewogen werden, welche Diagnosen, Einschränkungen der Aktivität oder Partizipationsstörungen die Leistungsfähigkeit so stark beeinflussen, dass im Rahmen der medizinischen Rehabilitation darauf eingegangen werden muss.

13 Kontraindikationen

Für rehabilitationsfähige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gibt es kaum absolute Kontraindikationen für die nachfolgend beschriebenen evidenzbasierten Therapiemodule. In einzelnen Fällen können besondere psychische, psychomentale oder somatische Beeinträchtigungen eine Therapieteilnahme einschränken. Individuelle Kontraindikationen, insbesondere für einzelne therapeutische Leistungen aus den ETM, sind selbstverständlich immer zu berücksichtigen.

14 Überarbeitung der Reha-Therapiestandards

Es ist geplant, die Reha-Therapiestandards nach drei Jahren zu überarbeiten und dem aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand anzupassen.

Die Deutsche Rentenversicherung ist dabei auf die Unterstützung und Kooperation der Verantwortlichen in allen Reha-Einrichtungen angewiesen.

15 Überblick: Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden in den ETM

ETM	Bezeichnung	Mindestanteil
01	Bewegungstherapie	mind. 80 %
02	Patientenschulung Diabetes mellitus	mind. 75 %
03	Spezielle Patientenschulung	mind. 30 %
04	Gesundheitsbildung	mind. 90 %
05	Ernährungsschulung - praktisch	mind. 70 %
06	Psychologische Beratung und Therapie	mind. 30 %
07	Entspannungstraining	mind. 20 %
08	Tabakentwöhnung	mind. 5 %
09	Sozial- und sozialrechtliche Beratung	mind. 30 %
10	Unterstützung der beruflichen Integration	mind. 30 %
11	Nachsorge und soziale Integration	mind. 80 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 02 Patientenschulung Diabetes mellitus	
Therapeutische Inhalte	Strukturierte, patientenorientierte, interaktive, curricular aufgebaute Schulung zur Information, Motivation, Handlungsanleitung: Erkrankung, Diagnostik und Behandlung; diabetesgerechte Ernährung und Bewegung; Selbstkontrolle und Fremdkontrolle (inkl. Gesundheitspass Diabetes); Umgang mit besonderen Situationen und mit Stoffwechsellentgleisung; Folge- und Begleiterkrankungen
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 480 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	C251 Standardisierte Schulung bei Diabetes mellitus Typ 2 C259 Nicht-standardisierte Schulung bei Diabetes mellitus Typ 2
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 75 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 03 Spezielle Patientenschulung	
Therapeutische Inhalte	Vermittlung von besonderer Kompetenz und Wissen zu Pathogenese, relevanter Komorbidität, Risikofaktoren und Prävention
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 120 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>C231 Standardisierte Schulung bei Stoffwechselstörungen zum Thema „Gesunde Ernährung“</p> <p>C239 Nicht-standardisierte Schulung bei Stoffwechselstörungen</p> <p>C271 Standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit</p> <p>C279 Nicht-standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit</p> <p>C281 Standardisierte Schulung zur Blutdruckselbstmessung</p> <p>C289 Nicht-standardisierte Schulung zur Blutdruckselbstmessung</p> <p>C321 Standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten</p> <p>C329 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten</p> <p>H091 Anleitung zur Blutdruck-Kontrolle</p> <p>H095 Anleitung zur Blutzucker-Kontrolle</p> <p>H122 Kontinenztraining</p> <p>H200 Anleitung zur medizinisch indizierten Fußpflege</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 30 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 04 Gesundheitsbildung	
Therapeutische Inhalte	Vorträge und 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, zu Stress oder Ernährung
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>C020 Motivationsförderung</p> <p>C030 Gespräche mit Patienten und Partner/Angehörigen</p> <p>C050 Vortrag: Gesundheitsinformation</p> <p>C060 Vortrag: Indikationsspezifische Krankheitsinformation</p> <p>C070 Vortrag: Rehabilitation</p> <p>C081 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Schutzfaktoren"</p> <p>C082 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Gesunde Ernährung"</p> <p>C083 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Bewegung und körperliches Training"</p> <p>C084 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Stress und Stressbewältigung"</p> <p>C085 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Alltagsdrogen"</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 90 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 05 Ernährungsschulung - praktisch	
Therapeutische Inhalte	Praktische Umsetzung der Inhalte zum Thema "Essen und Trinken bei Diabetes mellitus Typ 2" aus Patientenschulung und/oder Gesundheitsbildung; Schulungsbuffet wird vorausgesetzt.
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 180 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation: mind. 2 mal
KTL-Leistungseinheiten	<p>C090 Ernährungsberatung einzeln</p> <p>C100 Ernährungsberatung in der Gruppe</p> <p>C111 Psychoedukative Kochgruppe</p> <p>C112 Übungsstunde Ernährung nach einem standardisierten Schulungsprogramm</p> <p>C113 Übungsstunde Ernährung nach einem nicht-standardisierten Schulungsprogramm</p> <p>C114 Lehrküche bei Reduktionskost</p> <p>C115 Lehrküche für Diabetiker</p> <p>C119 Sonstige Lehrküche</p> <p>C120 Praktische Übungen außerhalb der Lehrküche, z. B. Einkaufstraining</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 70 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 06 Psychologische Beratung und Therapie	
Therapeutische Inhalte	Aktivierung psychischer Ressourcen, Entwicklung einer realitätsangepassten, hoffnungsvollen Lebensperspektive, Akzeptanz unabänderlicher bzw. längerfristiger Krankheitsfolgen, Bearbeitung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz, Intervention bei psychischen Störungen (v. a. Depression)
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 120 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>F010 Psychologische Einzelberatung</p> <p>F021 Psychodynamisch orientierte Einzelintervention</p> <p>F022 Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelintervention</p> <p>F029 Einzelintervention nach anderen anerkannten Psychotherapieverfahren</p> <p>F030 Therapeutische Intervention in Konfliktsituation</p> <p>F040 Indikationsspezifische psychologische Gruppenarbeit</p> <p>F051 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Stressbewältigung</p> <p>F054 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Soziales Kompetenztraining</p> <p>F056 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Adipositasgruppe</p> <p>F059 Sonstige problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit</p> <p>G201 Einzelpsychotherapie in der somatischen Rehabilitation, psychodynamisch</p> <p>G202 Einzelpsychotherapie in der somatischen Rehabilitation, verhaltenstherapeutisch</p> <p>G203 Einzelpsychotherapie in der somatischen Rehabilitation, gesprächspsychotherapeutisch</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 30 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 07 Entspannungstraining	
Therapeutische Inhalte	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 180 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation: mind. 4 mal
KTL-Leistungseinheiten	<p>F061 Autogenes Training einzeln F062 Progressive Relaxation nach Jacobson einzeln F069 Sonstige Entspannungsverfahren einzeln F070 Biofeedback F081 Autogenes Training, Einführung in der Gruppe F082 Progressive Relaxation nach Jacobson, Einführung in der Gruppe F089 Sonstige Entspannungsverfahren, Einführung in der Gruppe F091 Autogenes Training, Durchführung in der Gruppe F092 Progressive Relaxation nach Jacobson, Durchführung in der Gruppe F099 Sonstige Entspannungsverfahren, Durchführung in der Gruppe</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 20 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
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	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 180 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation:: mind. 3 mal
KTL-Leistungseinheiten	F055 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Tabakentwöhnung
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 5 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 09 Sozial- und sozialrechtliche Beratung	
Therapeutische Inhalte	Beratung zu speziellen sozialen und sozialrechtlichen Fragen zu den Themen berufliche Perspektive, Wohnungsfragen, wirtschaftliche Sicherung, Rentenfragen, Klärung rechtlicher Fragen, Teilhabe behinderter Menschen
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 30 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	D010 Orientierende Sozialberatung einzeln D021 Sozialrechtliche Beratung: Berufliche Perspektiven D022 Sozialrechtliche Beratung: Wohnungsfragen D023 Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung D024 Sozialrechtliche Beratung: Rentenfragen D025 Sozialrechtliche Beratung: Klärung rechtlicher Fragen D026 Sozialrechtliche Beratung: Teilhabe behinderter Menschen D029 Sonstige sozialrechtliche Beratung D047 Organisation von Schuldnerberatung und Schuldenregulierung
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 30 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 10 Unterstützung der beruflichen Integration	
Therapeutische Inhalte	Abgleich von beruflichen und arbeitsbezogenen Anforderungen und aktuellem Fähigkeitsprofil, persönliche Hilfen, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 30 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>C041 Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen</p> <p>C042 Betriebsseminar</p> <p>D031 Beratung: Berufsklärung und leistungsbildbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen</p> <p>D032 Beratung: Innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption</p> <p>D033 Beratung: Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, finanzielle Hilfen</p> <p>D034 Beratung: Stufenweise Wiedereingliederung inkl. Kontakt zu beruflichem Umfeld</p> <p>D035 Beratung: Arbeitsplatzbesuch, Dienstgang</p> <p>D039 Sonstige Rehabilitationsberatung</p> <p>D051 Psychoedukative Gruppe: Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung</p> <p>D053 Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining</p> <p>E050 Arbeitsplatztraining</p> <p>E142 Arbeitsplatzbesuch</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 30 %

Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 11 Nachsorge und soziale Integration	
Therapeutische Inhalte	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	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 15 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>D041 Vermittlung in Selbsthilfegruppe, ambulante Reha-Sportgruppe u. a.</p> <p>D042 Vor- und Nachbereitung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms</p> <p>D043 Einleitung spezieller Nachsorgeangebote</p> <p>D044 Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern</p> <p>D045 Kontaktaufnahme, Einleitung, Begleitung dauerhaft Pflegebedürftiger in amb./stat. Einrichtung</p> <p>D046 Einleitung häuslicher Pflege, ambulanter Hilfen und nachstationärer Betreuung</p> <p>D049 Sonstige Hilfen zu weitergehenden Maßnahmen</p> <p>D052 Psychoedukative Gruppe: Training von sozialer Kompetenz</p> <p>D059 Sonstige psychoedukative Gruppe</p> <p>D060 Angehörigengespräch einzeln</p> <p>D071 Angehörigenschulung</p> <p>D072 Themenzentrierte Gruppe für Angehörige</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 80 %

17 Methodischer Teil

17.1 Erstellung der Reha-Therapiestandards

Das Reha-Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung behandelt exemplarisch wesentliche Krankheitsbilder.

Die Entwicklung der Reha-Therapiestandards erfolgt im Rahmen von wissenschaftlichen Projekten und mit enger Begleitung durch den Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. Der Projektablauf zur Entwicklung der Reha-Therapiestandards gliedert sich in folgende Arbeitsabschnitte

- ◆ Literaturrecherche,
- ◆ Analyse der dokumentierten Therapien,
- ◆ multiprofessionelle Entwicklung von Reha-Therapiestandards unter maßgeblicher Mitwirkung von Expertinnen und Experten,
- ◆ Implementierung und Integration in die Reha-Qualitätssicherung.

17.2 Literaturrecherche

Eine umfassende Literaturrecherche soll die Frage beantworten, welche Therapien in der Rehabilitation bestimmter Erkrankungen nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführt werden sollten. Hierfür werden aus Veröffentlichungen in nationalen und internationalen medizinischen Datenbanken (z. B.

Forschungsergebnisse oder Leitlinien) diejenigen Verfahren bzw. Therapien identifiziert, deren Wirksamkeit in der Behandlung der jeweils untersuchten Erkrankung wissenschaftlich nachgewiesen, d. h. „evidenzbasiert“^{*} ist. Therapien, die sich aus der Versorgungspraxis ergeben oder aufgrund von Trägeraufgaben erforderlich sind (z. B. Nachsorge und soziale Integration), werden ebenfalls einbezogen, solange sie nicht nachweislich unwirksam oder schädlich sind. Die aufgrund der genannten Kriterien ausgewählten Therapien werden zu so genannten evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) verdichtet. Die ETM beschreiben somit (Mindest-)Erwartungen der Rentenversicherung an eine gute Rehabilitation. Die entstehenden Therapiemodule unterscheiden sich aufgrund der uneinheitlichen

^{*}Evidenzbasiert = Handeln nach der besten verfügbaren Evidenz. „Beste verfügbare Evidenz kann je nach klinischer Fragestellung aus den Ergebnissen randomisierter Studien, systematischer Reviews, qualitativer Studien oder aus anderen Informationsquellen bestehen. Bei widersprüchlicher oder mangelnder Evidenz können Feststellungen zur erforderlichen Versorgung durch Expertenkonsens formuliert werden, der mit Hilfe eines formalisierten Konsensverfahren wie etwa der Delphitechnik [NB: hier durch schriftliche Befragung und Rückmeldung an die Expertengruppe] zustande gekommen ist.“ Zitat aus Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates.

Studienlage hinsichtlich ihrer Evidenzstärke (level of evidence).

17.3 Analyse der dokumentierten Leistungen mit Hilfe der KTL

Im Zuge der Entwicklung von Reha-Therapiestandards wird die Versorgungsrealität in von der Deutschen Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen mit den Daten aus der internationalen Literatur verglichen, um auf diese Weise einen Eindruck über die aktuelle Versorgungssituation zu gewinnen. Die Analyse beruht auf den im Reha-Entlassungsbericht nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) verschlüsselten Leistungseinheiten. Hierzu werden die KTL-Routinedaten aus den Entlassungsberichten, die angeben, welche Leistungen die Rehabilitanden erhalten haben, mit den Ergebnissen der Literaturrecherche verglichen und somit die Versorgungsrealität mit dem wissenschaftlich begründeten Soll in Beziehung gesetzt.

17.4 Ergebnisse der KTL-Analyse

Analysen der KTL-Daten zeigen, dass die medizinische Rehabilitation einem multiprofessionellen und multimodalen Konzept folgt. In einigen Therapiemodulen verläuft die Rehabilitation bereits evidenzbasiert. Auf der anderen Seite gibt es Therapiemodule, bei denen die Ergebnisse auf eine therapeutische Unterversorgung hindeuten, da nur ein geringer Anteil aller Rehabilitanden entsprechende Leistungen erhält. Außerdem zeigen sich gravierende, inhaltlich nicht plausible Unterschiede zwischen den einzelnen Reha-Einrichtungen, die sich nur zum Teil durch eine ungenaue Dokumentation erklären lassen und einer weiteren Analyse und Klärung bedürfen. Die Unterschiede im Erfüllungsgrad zwischen den Therapiemodulen und vor allem zwischen den Reha-Einrichtungen verdeutlichen den Bedarf an Therapiestandards, um die Prozesse der medizinischen Rehabilitation stärker an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen.

17.5 Multiprofessionelle Abstimmung der Inhalte der Reha-Therapiestandards

Um einen möglichst hohen Evidenzgrad der Reha-Therapiestandards zu erzielen und gleichzeitig einen möglichst hohen Grad an Akzeptanz für das fertige Produkt zu erreichen, erfolgt die Abstimmung der Inhalte auf Expertenebene. Als beratende Experten werden Klinikerinnen und Kliniker der Rentenversicherungsträger, alle weiteren am Reha-Prozess beteiligten Berufsgruppen sowie Angehörige medizinischer Fachgesellschaften einbezogen. Die Abstimmung der Inhalte der Reha-Therapiestandards erfolgt in einer schriftlichen Expertenbefragung und einem

darauf folgenden Expertenworkshop. Die endgültige Ausformulierung der Reha-Therapiestandards liegt dann in der Verantwortung der Deutschen Rentenversicherung als Leistungsträger. So können sich beispielsweise durch die Zusammenschau aller ETM (z. B. Mehrfachnennungen von Leistungseinheiten in verschiedenen Modulen) und dem Abgleich mit Qualitätsmerkmalen der KTL (z. B. Gruppengröße) Veränderungen gegenüber dem Diskussionsstand auf dem Expertenworkshop ergeben.

17.6 Implementierung der Reha-Therapiestandards (Pilotphase)

Die abgestimmten Reha-Therapiestandards werden den Reha-Einrichtungen, die sie umsetzen sollen, schriftlich zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig erhalten die Reha-Einrichtungen Auswertungen, die zeigen, inwieweit die Therapie vor Einführung der Reha-Therapiestandards mit den Anforderungen der Reha-Therapiestandards übereinstimmt.

In der einjährigen Pilotphase sammeln die Einrichtungen Erfahrungen mit den Reha-Therapiestandards. Parallel bewerten sie die Reha-Therapiestandards, u. a. mit Hilfe von Fragebögen. Nachdem die Reha-Therapiestandards entsprechend der in der Pilotphase erlangten Erkenntnisse modifiziert wurden, werden sie in die Reha-Qualitätssicherung integriert.

18 Integration der Reha-Therapiestandards in die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Im Rahmen der so genannten „Berichte zur Reha-Qualitätssicherung“ wird den Reha-Einrichtungen regelmäßig mitgeteilt, inwieweit ihre Versorgung von Rehabilitanden mit Diabetes mellitus Typ 2 den Vorgaben der Reha-Therapiestandards entspricht und wie sich die Einrichtung im Vergleich mit anderen darstellt. Die KTL-Leistungseinheiten werden dabei entsprechend ihrer Zuordnung zu den ETM gewertet. Daneben müssen die einrichtungsbezogenen Auswertungen vor dem Hintergrund der jeweiligen Behandlungskonzepte interpretiert werden. Die Erfahrungen mit dem Einsatz der Reha-Therapiestandards werden anschließend ausgewertet und in der Weiterentwicklung berücksichtigt. Die Integration der Reha-Therapiestandards in die Reha-Qualitätssicherung setzt voraus, dass beim Rentenversicherungsträger die KTL-Daten aus den Entlassungsberichten zur statistischen Analyse vorliegen.

Die Ergebnisrückmeldung an die Einrichtungen ist ein nützliches Instrument der Qualitätsentwicklung. Durch die modulare Ausgestaltung der Reha-Therapiestandards sind diese im besonderen Maße dafür geeignet, Bereiche mit Verbesserungsbedarf zu identifizieren, die dann Grundlage für die Diskussion zwischen Rentenversicherungsträger und Leistungserbringer sind. Unzureichende Ergebnisse sollen einen Prozess der Analysen und Qualitätsentwicklung anstoßen. Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung wird durch die Integration der Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2 sinnvoll erweitert. Damit wird ein neuer Impuls zur Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen gesetzt und das interne Qualitätsmanagement um ein weiteres Verfahren der externen Qualitätssicherung ergänzt (§ 20 SGB IX).

19 Hintergrundliteratur zu den Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2

- American Association of Diabetes Educators (2003): Position Statement, Standards for Outcomes Measurement of Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Educ*, 29:804-816.
- BÄK, KBV, AWMF, ÄZQ (2009): Nationale VersorgungsLeitlinie Diabetische Neuropathie (in Print). <http://www.versorgungsleitlinien.de>
- DeCoster et al. (2005): Helping Adults with Diabetes: A Review of Evidence-Based Interventions. *Health & Social Work*, 30:259-264.
- Deakin et al. (2005): Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: Art No: CD003417.pub.2.
- Funell M et al. (2007): National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*, 30 (6): 1630-1637
- Halle M, Kemmer F-W, Stumvoll M, Thurm U, Zimmer P (2008): Körperliche Aktivität und Diabetes mellitus. Oktober 2008. Scherbaum WA, Haak T (Hrsg.): Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG). http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/EBL_Bewegung_2008.pdf
- Kulzer B et al. (2010): Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Hrsg. Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). In Print.
- Ismail K et al. (2004): Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 363:1589-1597.
- Norris SL et al. (2001): Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes – A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24: 561-587.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001): Management of diabetes. A national clinical guideline 55. Edinburgh: SIGN.

Weitere Literaturangaben zur Entwicklung der Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2 finden sich im Reha-Leitlinienreport im Internet.

20 Literatur zum Reha-Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung

- Brüggemann S, Korsukéwitz Ch (2004): Leitlinien in der Rehabilitation: Einschränkung der Therapiefreiheit oder Grundlage für bessere Ergebnisse? Die Rehabilitation, 43(5): 1-9.
- Brüggemann S (2005): Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99(1): 47-50.
- Brüggemann S, Klosterhuis H (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RV aktuell, 52(10/11): 467-475.
- Brüggemann S., Haaf H-G, Sewöster D (2008): Evidenzbasierte Rehabilitation: Zwischen Standardisierung und Individualisierung. Physiotherapie med, 4: (9-16).
- Dorenburg U, Jäckel WH, Korsukéwitz Ch (2004): Qualitätssicherung und Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation - Standortbestimmung und Perspektiven. Deutsche Rentenversicherung, 5: 273-286.
- Ganten J.-U, Raspe HH (2003): Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Diabetes mellitus vor dem Hintergrund evidenzbasierter Behandlungsleitlinien: Eine Evaluation auf der Basis von Routinedaten der BfA. Die Rehabilitation, 42(2): 94-108.
- Helou A, Korsukéwitz C, Schwartz FW (1999): Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation. Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Die Angestelltenversicherung, 46(12): 563-568.
- Jäckel WH, Korsukéwitz Ch (2003): Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42(2): 65-66.
- Klosterhuis H (2005): Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, 99(1): 41-46.
- Korsukéwitz Ch, Rose S, Schliehe F (2003): Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42(2): 67-73.
- Korsukéwitz, Ch (2007): Vorgaben für eine gute Rehabilitation. Deutsches Ärzteblatt, 104(23): A 1640-2.

21 Autorenschaft

Mit der Konzeption und Durchführung der Entwicklung der Reha-Therapiestandards wurde das Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck von der Deutschen Rentenversicherung beauftragt. Die endgültige Ausgestaltung der ETM hat sich die Deutsche Rentenversicherung in ihrer Verantwortung als Leistungsträger vorbehalten (vgl. § 13 Abs. 1 SGB VI).

22 Reha-Leitlinienreport

Einzelheiten zum methodischen Vorgehen bei der Erstellung der Reha-Therapiestandards (vgl. Abschnitt 16), zu Evidenzgraden einzelner Therapiemodule sowie zu den weiteren umfangreichen Ergebnisse, die in den einzelnen Arbeitsschritten gewonnen wurden, sind in einem so genannten Reha-Leitlinienreport zusammengestellt, der im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de heruntergeladen werden kann. Dem Reha-Leitlinienreport sind auch die einbezogenen Fachgesellschaften, Verbände und Reha-Einrichtungen zu entnehmen.

23 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Expertenworkshops

Expertenworkshop zur Leitlinienerstellung

Arbeitsgruppe Basisschulung, spezielle Patientenschulung, Einzelberatung, Ernährungsschulung

Abheiden I., Dipl. Oecotroph., Diabetesberaterin DDG, Klinik Rosenberg Bad Driburg

Benecke A., Dr. phil., Psychologisches Institut Universität Mainz

Helling, Dr. med., Klinik Staufenburg Durbach

Herrmann R., Dr. med., Klinik Saale Bad Kissingen

Oehler G., Prof. Dr. med., Klinik Hellbachtal Mölln

Römpler A., Dr. med., Klinik Teutoburger Wald Bad Rothenfelde

Schütt M., PD Dr. med., Curschmannklinik Timmendorfer Strand

Suchowerskyi A., Deutscher Diabetikerbund Landesvorsitz Niedersachsen

Moderation:

Buschmann-Steinhage R., Dr., Deutsche Rentenversicherung Bund

Pimmer V., Dipl.-Psych., MPH, Deutsche Rentenversicherung Bund

Schwaab U., Dr. med., Institut für Sozialmedizin Universität Lübeck

Arbeitsgruppe Bewegungs- und Sporttherapie, Physikalische Therapie

Grote W., Dr. med., Klinik Holsteinische Schweiz, Bad Malente

Hartmann H., Deutscher Diabetikerbund, Landesgruppe Berlin

Hoeps M., Bundesverband für Diabetesbewegungstherapie und -therapeuten Kempen

Michalski B., Verband Physikalische Therapie, Landesvorsitz Berlin-Brandenburg

Rojas R., Dipl.-Psych., Institut für Sportwissenschaften Universität Stuttgart

Weiershausen C., Klinik Saale Bad Kissingen

Zimmer P., Dr. med., Initiativgruppe Sport und Diabetes DDG, Klinikum Ingolstadt

Moderation:

Lindow B., Deutsche Rentenversicherung Bund

Winnefeld M., Dr. med., MPH, Deutsche Rentenversicherung Bund

Arbeitsgruppe Klinische Psychologie / Psychotherapie, Klinische Sozialarbeit

Albus C., PD Dr. med. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universität Köln

Bortlik D., Dipl. Soz. Päd., Klinik Staufenburg, Durbach

Dolge J., Klinik Holsteinische Schweiz Bad Malente

Gans M., Deutscher Verband der Ergotherapeuten Karlsbad

Glaser-Möller N., Dr. med., LVA Lübeck

Hübner P., Dr. med., Klinik Niederrhein Bad Neuenahr

Knisel W., Dr. med., Klinik Saale Bad Kissingen

Rosemeyer D., Dr. med., Klinik Rosenberg Bad Driburg

Vogel H., Dr. phil., Dipl.-Psych., Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie Universität Würzburg

Moderation:

Brüggemann S., Dr. med. MSc, Deutsche Rentenversicherung Bund

Meyer T., Dr. phil., Dipl.-Psych., Institut für Sozialmedizin Universität Lübeck

Expertenworkshops zur Leitlinienangleichung

1. Indikationsübergreifender Workshop

AG 1 "Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie"

- ◆ Herr Prof. B. Greitemann, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde
- ◆ Frau Dr. M. Kalwa, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- ◆ Herr Prof. K. Pfeifer, Universität Erlangen
- ◆ Herr PD Dr. Ch. Reichel, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Brückenau
- ◆ Herr Prof. K. Schüle, Universität Köln
- ◆ Herr Dr. L. Zwack, Argentalklinik, Isny

Moderation: Frau Dr. U. Beckmann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
Frau Dr. S. Brüggemann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

AG 2 "Schulung & Edukation"

- ◆ Frau D. Barghaan, Universität Hamburg
- ◆ Herr Prof. H. Bartsch, Klinik für Tumorbologie, Freiburg
- ◆ Herr Prof. E. Hoberg, Kompass Klinik, Kiel
- ◆ Herr Dr. H. Klosterhuis, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- ◆ Herr Dr. V. König, Klinik für Onkologische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation, Bad Oeynhausen
- ◆ Herr Dr. D. Küch, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Sooden-Allendorf
- ◆ Herr Dr. H. Vogel, Universität Würzburg

Moderation: Frau Dr. E. Bitzer, ISEG, Hannover
Herr B. Lindow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

AG 3 "Psychologische Leistungen, Entspannung"

- ◆ Herr Dr. J. Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- ◆ Herr Prof. V. Köllner, Blietalkliniken, Blieskastel
- ◆ Frau B. Kunzmann, Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie, Kleinisch
- ◆ Herr Prof. M. Linden, Deutsche Rentenversicherung Bund, Teltow
- ◆ Herr PD Dr. O. Mittag, Universität Freiburg
- ◆ Herr Dr. D. Schmucker, Rehasentrum Bad Waldsee, Bad Waldsee
- ◆ Frau Dr. M. Vogelgesang, Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen
- ◆ Herr Prof. J. Weis, Klinik für Tumorbologie, Freiburg

Moderation: Herr Dr. R. Buschmann-Steinhage, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
Frau Dr. A. Schneider, ISEG, Hannover

AG 4 "Sozialarbeit, Nachsorge"

- ◆ Frau E. Anton, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach
- ◆ Herr Dr. W. Franke, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Kissingen
- ◆ Herr Dr. G. Haug, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bayerisch Gmain
- ◆ Herr Dr. T. Meyer, Universität Lübeck
- ◆ Herr Prof. P. Schönle, Institut für Prävention und Rehabilitation, Konstanz
- ◆ Herr M. Schüßler, Helios-Schloßbergklinik, Oberstaufen

Moderation: Herr H. Dörning, ISEG, Hannover
Frau E. Volke, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

2. Indikationsspezifischer Workshop

- ◆ Frau E. Anton, Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach
- ◆ Herr Dr. U. Dietrich, Klinik Bavaria, Kreischa
- ◆ Herr Dr. H.-P. Filz, Eleonorenklinik, Lindenfels
- ◆ Herr R. Fischhold, Medizinische Klinik, Passau
- ◆ Herr Dr. P. Hübner, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr
- ◆ Herr S. Löffler, Universität Würzburg
- ◆ Herr Dr. T. Meyer, Universität Lübeck

Moderation: Herr Dr. Buschmann-Steinhage, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
Frau Dr. C. Pallenberg, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin