Erik Farin-Glattacker

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der DRV für chronische Rückenschmerzen und Hüft-/Knie-TEP

Gliederung

1. Einleitung: Die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung
2. Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards 2015
3. Kritische Bewertung

Die Reha-Therapiestandards der DRV (RTS)

- Koronare Herzkrankheit
- Chronischer Rückenschmerz
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Alkoholabhängigkeit
- Kinder- u. Jugendliche mit
  - Asthma bronchiale
  - Adipositas
  - Neuordermitis
- Hüft- u. Knie-TEP
- Depression
- Schlaganfall

Die Reha-Therapiestandards der DRV (RTS)

- Koronare Herzkrankheit
- Chronischer Rückenschmerz
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Alkoholabhängigkeit
- Kinder- u. Jugendliche mit
  - Asthma bronchiale
  - Adipositas
  - Neuordermitis
- Hüft- u. Knie-TEP
- Depression
- Schlaganfall

Die Reha-Therapiestandards der DRV (RTS)

- Rehabilitationsleistungen werden zu **„evidenz-basierten Therapiemodulen“ (ETM)** zusammen-gefasst.
- Für jedes dieser ETM wurde der **Anteil** der Reha-bilitanden definiert, der in einer Reha-Einrichtung die jeweilige Maßnahme mindestens und in welchem **Umfang** erhalten sollte.
- Die Reha-Therapiestandards stellen ein wichtiges Element der **Reha-Qualitätssicherung** der Rentenversicherung dar.

Beispiel Chronischer Rückenschmerz:
Definition „Chronischer Rückenschmerz“

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

M42.1	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen
M42.9	Osteochondrose der Wirbelsäule nicht näher bezeichnet
M43.0	Spondylolyse
M43.1	Spondylolisthesis
M43.2	Sonstige Wirbelfusion
M43.5	Sonstige habituelle Wirbelsubluxation
M43.8	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M43.9	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher

Festlegung Mindestanteile

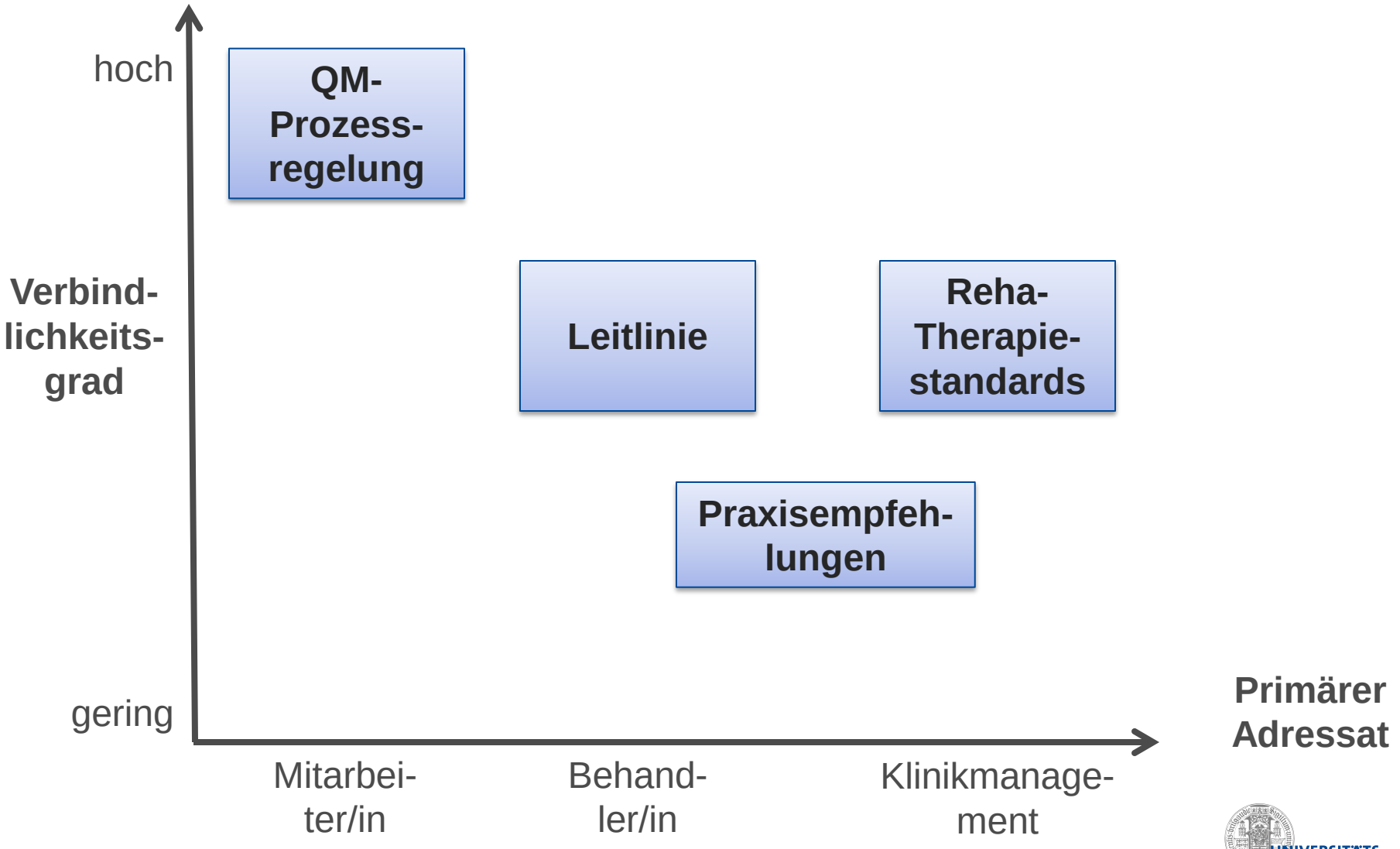
14. Überblick: Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden in den ETM

ETM	Bezeichnung	Mindestanteil
01	Bewegungstherapie	mind. 90 %
02	Arbeitsbezogene Therapien	mind. 50 %
03	Massage	mind. 30 %
04	Patientenschulung chron. Rückenschmerzen (Rückenschule)	mind. 90 %
05	Gesundheitsbildung	mind. 90 %
06	Psychologische Beratung und Therapie	mind. 30 %
07	Entspannungstraining	mind. 60 %
08	Schmerzbewältigung	mind. 50 %
09	Sozial- und sozialrechtliche Beratung	mind. 50 %
10	Unterstützung der beruflichen Integration	mind. 20 %
11	Nachsorge und soziale Integration	mind. 50 %

Umfang Patientenschulung

Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 04	**Patientenschulung chron. Rückenschmerzen (Rückenschule)**
Therapeutische Inhalte	Vermittlung von Wissen zu chronischen Rückenschmerzen. Trainingstheorie, Training, Transfer im Alltag, aktiver Bewegungsausgleich, realistische Zielsetzung, Stufen der Veränderung, Motivationsphasen
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Rehabilitation:** mind. 270 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	C141 Standardisierte Rückenschule
	C149 Nicht-standardisierte Rückenschule
Mindestanteil entsprechend zu behandeln-der Rehabili-tanden	**mind. 90 %**

Leitlinien, Standards, Empfehlungen etc. …..



Die RTS als Element der Reha-QS der DRV

Qualität der rehabilitativen Versorgung *(→ Prozessqualität)*

- Peer Review-Verfahren
- Dokumentation mittels KTL (Klassifikation therapeut. Leistungen)
- Reha-Therapiestandards

Qualität aus Sicht des Rehabilitanden

- Rehabilitandenzufriedenheit
- Subjektives Behandlungsergebnis

Qualität der Struktur/Organisation der Reha-Einrichtung

- Strukturqualität

Qualitätssicherung „vor Ort“

- Visitation

Die RTS als Element der Reha-QS der DRV

Qualität der rehabilitativen Versorgung ***(→ Prozessqualität)***

- Peer Review-Verfahren
- Dokumentation mittels KTL (Klassifikation therapeut. Leistungen)
- Reha-Therapiestandards

Qualität aus Sicht des Rehabilitanden

- Rehabilitandenzufriedenheit
- Subjektives Behandlungsergebnis

Qualität der Struktur/Organisation der Reha-Einrichtung

- Strukturqualität

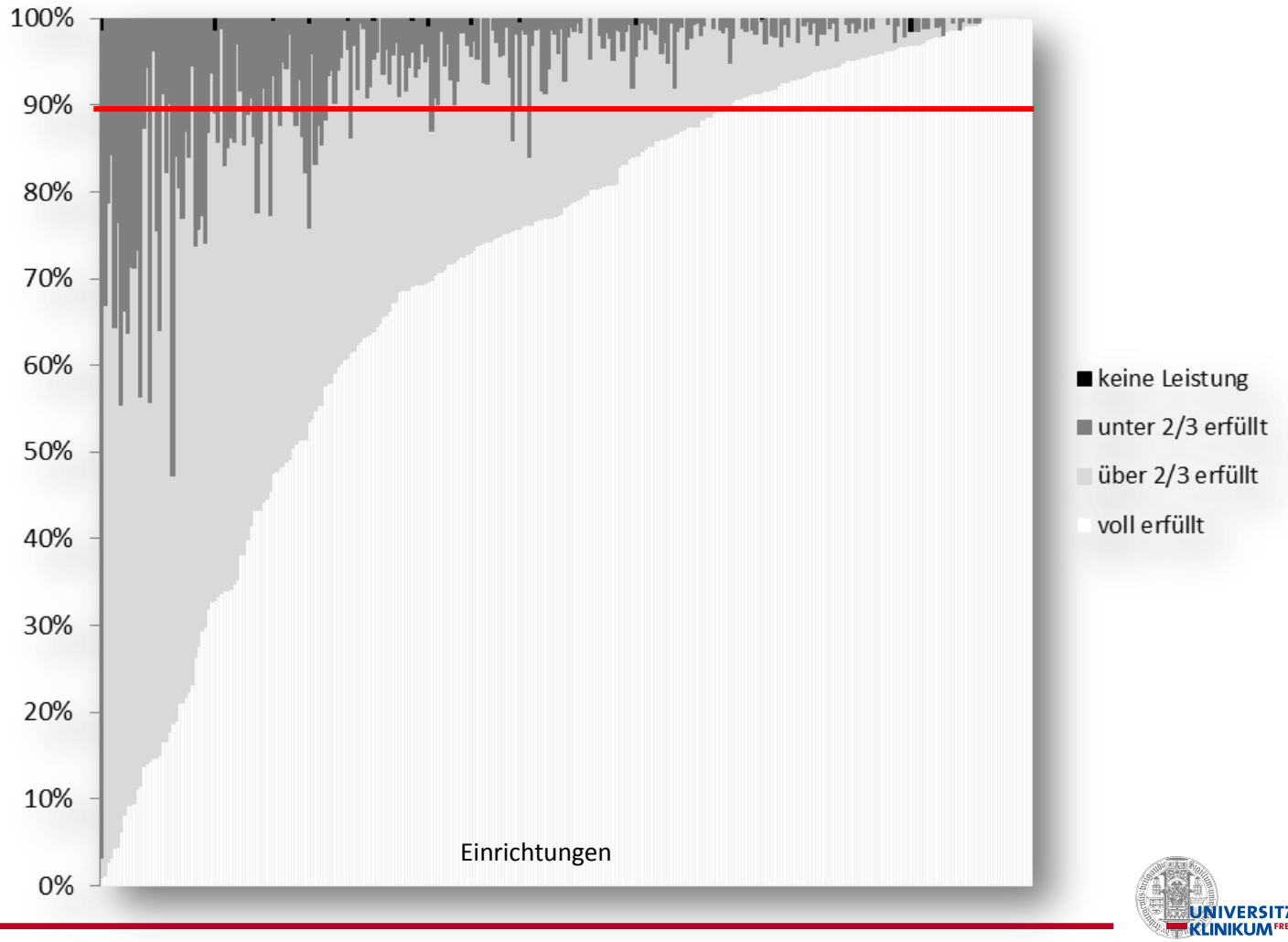
Qualitätssicherung „vor Ort“

- Visitation

Verknüpfung RTS - KTL

Durch die flächendeckende Erfassung der Leistungen mittels KTL kann die Erfüllung der RTS einrichtungsbezogen bestimmt werden.

Chronischer Rückenschmerz: Deskription der Erfüllung des ETM 01 „Bewegungstherapie" im Berichtsjahr 2012; Datengrundlage sind k=288 Einrichtungen mit n=79.498 Rehabilitanden/-innen



Gliederung

1. Einleitung: Die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung
2. Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards 2015
3. Kritische Bewertung

Projektorganisation: Kooperation von drei Instituten

Universitätsklinikum Freiburg, AQMS (federführend):

- Koordination sowie RTS Chronischer Rückenschmerz, Brustkrebs, Hüft- und Kniegelenkersatz, Schlaganfall

Medizinische Hochschule Hannover:

- RTS Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2, Alkoholabhängigkeit, Depressive Störungen

Universität Würzburg:

- RTS Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation mit Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis sowie unterstützende Arbeiten zum Thema Patientenschulung für alle RTS

Nutzung von drei Evidenzquellen

1. **Wissenschaftliche Studien** → Systematische Literaturrecherche
2. IST-Zustand des **Versorgungsgeschehens** → Analyse von KTL-Daten
3. **Expertenmeinungen**: Online-Diskussionsplatt-form; Konsentierung der resultierenden Vorschläge mit prozessbegleitenden Experten; zwei Experten-workshops mit Patientenvertretern und klinischen Experten

Ergebnisse der Literaturrecherche

- Aktualisierung der wissenschaftlichen Evidenzgrundlage der RTS
- Systematische Suche nach Leitlinien, Übersichtsarbeiten, Originalarbeiten
- Einheitliche Suchstrategie der drei beteiligten Institute

➢ Über die Hälfte aller Therapiemodule der 9 RTS sind wissenschaftlich evidenzbasiert. Weitere Module (z.B. zur klinischen Sozialarbeit) basieren auf klinischer Erfahrung zur good clinical practice.

Analyse des Versorgungsgeschehens anhand von KTL-Daten

- Auswertung der KTL-Daten der Berichtsjahre 2011 und 2012 (teilw. auch 2013)
- Identifizierung von Therapiemodulen, welche von den Reha-Einrichtungen unzureichend erfüllt werden

Beispielauswertung RTS Hüft-/Knie-TEP:

	Volle Erfüllung der RTS-Vorgaben im Jahr 2011	**Volle Erfüllung der RTS-Vorgaben im Jahr 2012**
Anzahl Kliniken	199	211
ETM 01 - Bewegungstherapie	10,1%	18,0%
ETM 02 - Alltagstraining	23,6%	31,8%
ETM 03 - Physikalische Therapie	92,5%	92,4%

Online-Diskussionsplattform

- **Frühjahr 2014**: 1. Öffnung der Plattform für 6 Wochen; Austausch zwischen Experten, Behandlern, Patienten (197 Teilnehmer/innen)
- **Ziel**: breites und unbeeinflusstes Meinungsbild zum Aktualisierungsbedarf der RTS
- **Auswertung** der Kommentare nach Nennungs-häufigkeit, Grad der Begründung und Konsens-fähigkeit im Forum

Konsentierung der Vorschläge mit prozessbegleitenden Experten

Beispiel:

Evidenzquelle Vorschlag	Wissenschaftliche Evidenzbasierung	Expertenmeinung und klinische Erfahrung (Online-Diskussionsforum)	KTL-Datenanalyse
Hüft- und Knie-TEP			
ETM 01 Bewegungstherapie			
Diskussion der Mindestanforderung und gegebenenfalls Anpassung an die Versorgungsrealität		**Statt 8 h pro Woche werden 5 bis 6 h gefordert. Da die Patienten teilweise sehr früh verlegt werden, ist die Wundheilung noch nicht abgeschlossen und die Belastungsfähigkeit der Patienten gering**	**10,05% der Kliniken erfüllen die Vorgaben im Jahr 2011, 18,01% im Jahr 2012**
Bobath-Therapie (E081 und 091) streichen	Keine wissenschaftliche Evidenzbasierung der Bobath-Therapie bei Hüft- und Knie-TEP-Patienten	**Bobath-Therapie ist keine Therapiemaßnahme zur Nachbehandlung von Hüft-und-Knie-TEP-Patienten**	E081: 2011 bei 2,08%, 2012 bei 3,68% der Rehabilitanden angewandt, E091: 2011 bei 1,33%, 2012 bei 1,97% der Rehabilitanden angewandt

- darauf basierend Entscheidung über Aufnahme in die aktuellen Konsultationsfassungen

Aktuelle Konsultationsfassungen

- **Verdichtung** aller bisherigen Ergebnisse aus Literaturrecherche, Analyse der KTL-Daten und Diskussionen auf der Onlineplattform (1. Öffnung)
- Anpassung an die **neue KTL 2015**
- **Indikationsübergreifende Änderungen** zur Angleichung aller RTS
- gibt den derzeitigen, **vorläufigen Stand** wider und ist noch offen für Veränderungen
- Präsentation der Konsultationsfassung auf der **Online-Plattform** (2. Öffnungsperiode)

Online-Diskussionsplattform

2. Öffnung des Online-Diskussionsforums noch bis 30.4.2015!

www.reha-therapiestandards.de

Ausschnitt aus Online-Diskussions-plattform

ETM 03 Aktivitätsaufbau

Reha-Therapiestandards Depressive Störungen	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015	
ETM 03	**Aktivitätsaufbau**
Therapeutische Inhalte	Aufbau eines strukturierten und ausgewogenen Verhältnisses zwischen Arbeit, Freizeit, Selbstversorgung und Erholung. Anregungen zu einer angemessenen Tagesstrukturierung, um in für die Rehabilitanden relevanten Lebensbereichen die Freizeit- und Sozialkompetenz zu stärken und Antriebsschwächen abzubauen. Darüber hinaus sollen Selbstwertgefühl und die soziale Kontaktfähigkeit gefördert werden
Formale Ausgestaltung	**Mindestdauer pro Woche:** mind. 60 Minuten
KTL-Leistungs-einheiten	D596 Soziale Arbeit in der Gruppe: Training der sozialen Kompetenz D620 Sozialtherapie einzeln D630 Sozialtherapie in der Gruppe D640 Bereichsversammlung, Vollversammlung F581 Psychoedukative Gruppenarbeit: Genusstraining F582 Psychoedukative Gruppenarbeit: Motivationstraining H550 Anleitung zum Eigentraining einzeln H560 Anleitung zu Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln H730 Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe H780 Umsetzung von Verhaltensmodifikationen im Alltag einzeln L560 Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion
Mindestanteil Entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	**mind. 40%**

	Veränderung zur Vorversion	**Begründung**
1.	Aufnahme von „H550 Anleitung zum Eigentraining“ und „H560 Anleitung zu Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln“	Mehrheitsmeinung der Experten: Wichtiger Bestandteil der Freizeitplanung und bedeutsam für die Nachhaltigkeit von ETM 05 „Bewegungstherapie“

Eine Antwort auf *ETM 03 Aktivitätsaufbau*

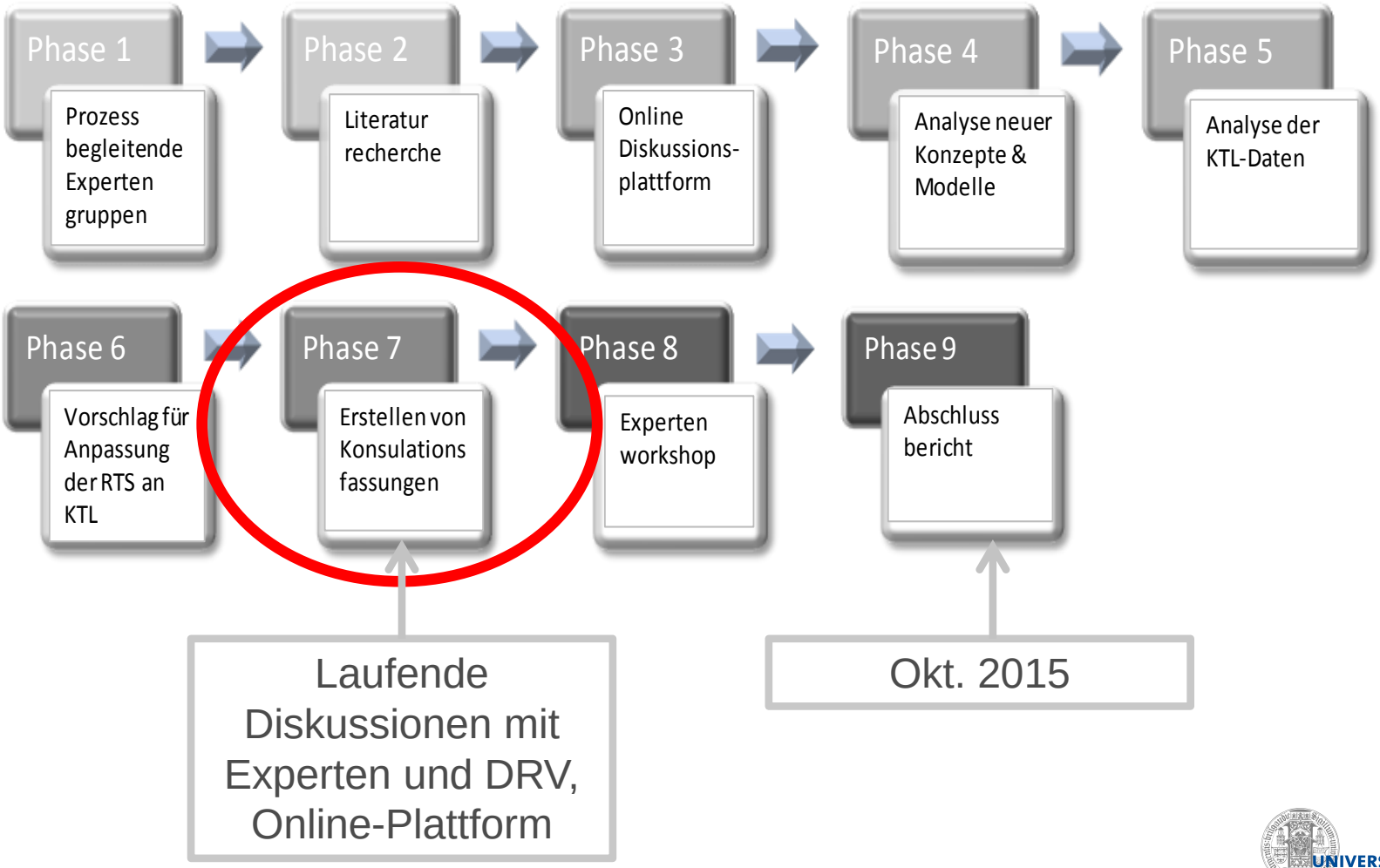
1. *Dr.* [redacted] sagt:

   7. April 2015 um 10:25

   Es erschließt sich nicht, warum lediglich 40% der zu behandelnden Rehabilitanden an diesem Modul teilnehmen sollten, da die meisten Versichtern mit der Diagnose einer depressiven Störung rehabilitiert werden, die per se mit einem Antriebsmangel und Aktivitätsdefizit einhergeht.

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Die 9 Projektphasen



Wichtigste geplante Änderungen für die RTS Chronischer Rückenschmerz (CR) und Hüft-/Knie-TEP (TEP) I

- Aus dem ETM Gesundheitsbildung werden alle Vorträge gestrichen (→ nur Schulungen, Seminare etc.) ?
- Zusammenlegung der bisherigen Module „Sozial- und sozialrechtliche Beratung“, „Unterstützung der beruflichen Integration“ und „Nachsorge und soziale Integration“ zu einem Modul „Soziale Arbeit“ ?
- *Bei CR:* Neuaufnahme des Moduls Ernährung
- *Bei TEP:* Neuaufnahme des Moduls „Arbeitsbezogene Therapien“(für mind. 30%, 90 Min. pro Reha)
- -

Wichtigste geplante Änderungen für die RTS Chronischer Rückenschmerz (CR) und Hüft-/Knie-TEP (TEP) II

- ***Bei TEP:*** **Bewegungstherapie: Anpassung der Mindestdauer: 6 h pro Woche anstelle von 8 h pro Woche. (Expertenmeinung, KTL-Datenanalyse)**
- ***Bei TEP:*** **Alltagstraining: Reduktion des Mindestanteils von 90% auf 70%. (Expertenmeinung, KTL-Daten-analyse)**

Gliederung

1. Einleitung: Die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung
2. Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards 2015
3. Kritische Bewertung

Was spricht für Individualisierung vs. Standardisierung?

Individualisierung ⟷ Standardisierung nach RTS

Die beste Behandlungs-entscheidung ist von sehr **individuellen Faktoren** abhängig.

Der Behandler verfügt über **hohe klinische Erfahrung**, um diese Faktoren zu erkennen und zu bewerten.

Die beste Behandlungsent-scheidung ist in der Zielgruppe **relativ unabhängig von indivi-duellen Faktoren**. Verbleibende Individualisierungsmöglichkeiten sind hinreichend.

Klinikheterogenität begrenzt

Es besteht hinreichend **Evidenz** bzgl. der Standardisierungs-inhalte.

Transparenz/Prüfbarkeit der Behandlungsentscheidung ist relevant.

Standardisierungsgrad der RTS ist hoch

Nationale Versorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz

Bewegungstherapie soll als primäre Behandlung bei subakutem/ chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz angewendet werden.

Da in den Studien keine Therapieart einer anderen überlegen ist, können keine Empfehlungen zu den spezifischen Arten von Bewegungstherapie …. gegeben werden [52]. Die Therapie wird am besten anhand der Präferenzen sowohl der Betroffenen als auch der Behandelnden festgelegt.

RTS Chronischer Rücken-schmerz

Bewegungstherapie:

- bei mind.90% der Rehabilitan-den
- pro Woche mind. 450 Minuten
- pro Woche mind. 5 Termine

Kritische Fragen zur Bewertung der RTS

- Ist die beste Behandlungsentscheidung (in der Zielgruppe der über die DRV-Versicherten) so **unabhängig von individuellen Faktoren**, dass die verbleibenden Individualisierungsmöglichkeiten hinreichend sind? → *klinische Frage*
- Ist der Standardisierungsgrad passend **zur Qualifikation/klinischen Erfahrung** der Behandler? → *klinische Frage*
- Ist die **Klinikheterogenität** bzgl. Patientenstruktur begrenzt? → *strukturelle Frage*
- Besteht hinreichend **Evidenz** bzgl. der Standardisierungsinhalte (z.B. 450 Min. Bewegungstherapie wöchentlich)? → *i.d.R. allenfalls Expertenmeinung*

Stärken der RTS

- In Kombination mit der flächendeckenden Anwendung der KTL in der DRV ein mengenmäßig (1059 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 289.225 Rehabilitanden) **umfassendes System** der Prüfung einer adäquaten medizinisch-therapeutischen Leistungserbringung in Reha-Einrichtungen.

Aber:

- Ersetzt keine Bewertung der Behandlungsqualität im **Einzelfall**
- **Dokumentationsqualität** der KTL begrenzt

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !

Bildnachweise:
©iStockphoto.com/blackred
©iStockphoto.com/SimFan
©iStockphoto.com/Palto
©iStockphoto.com/mattjeacock