

# Das Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung

Neurol Rehabil 2011; 17 (3): 119 – 123

© Hippocampus Verlag 2011

## Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D

S. Brüggemann

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

### Zusammenfassung

Die Deutsche Rentenversicherung fördert seit 1998 Forschungsprojekte zur Erstellung von evidenzbasierten Vorgaben für die medizinische Rehabilitation. In diesem Rahmen sind auch die Reha-Therapiestandards Schlaganfall entstanden. Reha-Therapiestandards sollen die Prozessqualität in der rehabilitativen Versorgung abbilden und verbessern. Für alle Reha-Therapiestandards ist ein Geltungsbereich nach ICD-10 festgelegt. Darüber hinaus werden in indikationsspezifischen evidenzbasierten Therapiemodulen therapeutische Inhalte, formale Ausgestaltung, gültige KTL-Codes sowie ein Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden festgelegt. Mit den Reha-Therapiestandards hat die Deutsche Rentenversicherung Verfahren etabliert, die eine evidenzbasierte Qualitätsüberprüfung des Reha-Prozesses ermöglichen. Dies wird zu einer Verbesserung der rehabilitativen Versorgung chronisch Kranker auf wissenschaftlicher und qualitätsgesicherter Basis führen.

**Schlüsselwörter:** Rehabilitation, Evidenz, Reha-Therapiestandards

### Hintergrund

Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien spielen in der Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens seit vielen Jahren eine wichtige Rolle. Die Deutsche Rentenversicherung hat die Bedeutung von evidenzbasierten Therapievorgaben in der Versorgung chronisch Kranker frühzeitig erkannt [1, 2, 4]. Im Rahmen ihres Reha-Leitlinienprogramms fördert sie seit 1998 Forschungsprojekte zur Erstellung von evidenzbasierten Vorgaben für die Rehabilitation. Diese werden seit 2009 zur Abgrenzung gegenüber medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften als Reha-Therapiestandards bezeichnet.

Die Reha-Therapiestandards wurden von Beginn an als Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung entwickelt. Es geht dabei ausschließlich um die Qualität des Reha-Prozesses, also um den Zeitraum zwischen Aufnahme in und Entlassung aus der Reha-Einrichtung. Hierfür wurden exemplarisch einzelne Krankheitsbilder aus wichtigen Indikationsgebieten ausgewählt. Bei der Entwicklung wurde bewusst auf ein transparentes und konsensfähiges Vorgehen geachtet, denn die Umsetzung der Vorgaben kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie »gelebt« statt abgearbeitet wird. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Indikationen der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung.

### Indikationen der Reha-Therapiestandards

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

Tab. 1: Überblick über die Indikationen der vorliegenden Reha-Therapiestandards.

### Ziele und Prinzipien

Reha-Therapiestandards sollen die Prozessqualität in der rehabilitativen Versorgung abbilden und verbessern. Sie sind ein Vehikel für die Implementation wissenschaftlicher Evidenz in die Rehabilitation und sollen eine Versorgung rehabilitationsbedürftiger Menschen auf wissenschaftlicher und qualitätsgesicherter Grundlage garantieren. Gleichzeitig sollen Reha-Therapiestandards dazu beitragen, die zu beobachtende unplausible Heterogenität in der Leistungserbringung zu vermindern. Ein weiteres fundamentales Prinzip ist der Erhalt des individuellen Zuschnitts der Rehabilitation: Unabhängig von der erforderlichen Standardisierung der Therapie kann

## The rehabilitation treatment standards “stroke” of the German pension insurance

S. Brüggemann

### Abstract

Since 1998 German pension insurance has developed evidence-based therapeutical requirements for medical rehabilitation. The rehabilitation treatment standards “stroke” are part of this process. Rehabilitation treatment standards aim to represent and improve rehabilitative care. All treatment standards cover several ICD-10 diagnoses. In indication-specific evidence-based treatment modules therapeutical content, frequency, and duration, valid KTL-Codes as well as a minimum percentage of patients requiring such treatment are specified. With the development of rehabilitation treatment standards the German pension insurance has established a process that allows an evidence-based quality check of rehabilitation processes. This will lead to an improvement of rehabilitation for patients with chronic illnesses on a scientific and quality-assured basis.

**Key words:** rehabilitation, evidence, rehabilitation treatment standards

Neurol Rehabil 2011; 17 (3): 119–123

© Hippocampus Verlag 2011

und soll individuellen Problemkonstellationen Rechnung getragen werden.

Um der Rehabilitation als Versorgungssektor gerecht zu werden, muss die Gesamtheit der Therapiemodule in den Reha-Therapiestandards die therapeutische Breite der medizinischen Rehabilitation und damit auch das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit abbilden. Eine umfassende Rehabilitation ist immer interdisziplinär ausgerichtet und erfordert somit ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam.

Darüber hinaus sind eine regelmäßige empirische Prüfung und Rückmeldung an die Reha-Einrichtungen, inwieweit die Vorgaben der Reha-Therapiestandards eingehalten werden, Teil des Konzepts. Die zeitnahe Spiegelung der Ergebnisse im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung führt erfahrungsgemäß zu einer größeren Adhärenz in Bezug auf die Einhaltung der Vorgaben.

Nicht in den Reha-Therapiestandards aufgeführt sind – häufig traditionell erbrachte –therapeutische Leistungen, deren Wirksamkeit für die jeweilige Indikation nicht belegt ist und die sich auch nicht aus dem Teilhabeauftrag der Rentenversicherung ergeben. Dies heißt allerdings nicht, dass die Rentenversicherung die Erbringung entsprechender Leistungen verbietet. Grundsätzlich muss der Arzt bzw. die Ärztin gemeinsam mit dem Reha-Team und den Betroffenen entscheiden, welche therapeutischen Leistungen im Einzelfall sinnvoll und nützlich sind.

### Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards

Für alle Reha-Therapiestandards ist ein Geltungsbereich festgelegt. Nach ICD-10 sind Diagnosen ausgewählt, für die die Therapiestandards gelten. Rehabilitanden, deren Erstdiagnose einer dieser Diagnosen entspricht, müssen entsprechend den Vorgaben der Reha-Therapiestandards rehabilitiert werden, und ihre Rehabilitation geht in die qualitative Bewertung des Reha-Prozesses ein. Die

Deutsche Rentenversicherung geht darüber hinaus davon aus, dass mit den Reha-Therapiestandards auch implizit Vorgaben für andere Krankheitsbilder gemacht werden.

Die Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D [3] gelten für alle Patientinnen und Patienten mit den folgenden Erstdiagnosen im Entlassungsbericht:

- G46 Zerebrale Gefäßsyndrome bei zerebrovaskulären Krankheiten
- I60 Subarachnoidalblutung
- I61 Intrazerebrale Blutung
- I62 Sonstige nicht traumatische Blutungen
- I63 Hirninfarkt
- I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Bei den Reha-Therapiestandards Schlaganfall gibt es keine Einschränkung des Geltungsbereichs hinsichtlich AHB-Patienten oder in Bezug auf das (stationäre bzw. ambulante) Setting.

### Entwicklung der Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards werden im Auftrag der Rentenversicherung als wissenschaftliche Projekte durch Forschungsinstitute erarbeitet. Dieser Prozess wird eng von der Deutschen Rentenversicherung begleitet. Alle Reha-Therapiestandards verbindet ein im Wesentlichen einheitlicher Erstellungsprozess, der im Folgenden detailliert beschrieben wird.

### Literaturrecherche

Um die Inhalte einer idealtypischen Rehabilitation zu bestimmen und damit die rehabilitative Versorgung auf ein evidenzbasiertes Niveau zu heben, wird nach wissenschaftlichen Studien bzw. einschlägigen Leitlinien in internationalen Datenbanken recherchiert. Hierdurch werden Verfahren bzw. Therapien identifiziert, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Die Verfahren werden dann gemäß ihrer inhaltlichen Ausrichtung gruppiert, so dass sogenannte evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) für die Rehabilitation entstehen. Therapien, die sich aus der Versorgungspraxis ergeben oder aufgrund von Trägeraufgaben erforderlich sind (z.B. Nachsorge oder soziale Integration), werden ebenfalls einbezogen.

Die ETM der Reha-Therapiestandards Schlaganfall sind in Tabelle 2 aufgeführt.

### KTL-Analyse

Der folgende Projektschritt, die sogenannte KTL-Analyse (KTL – Klassifikation Therapeutischer Leistungen [5]), ist ein Soll-Ist-Vergleich der Versorgung. Dazu werden die in der jeweiligen Indikation relevanten Therapien über die Codes der KTL 2007 operationalisiert und zu den in der Literaturrecherche definierten evidenzbasierten Therapiemodulen gruppiert. Im nächsten Schritt werden die KTL-Routinedaten aus den Entlassungsberichten, die

ETM	Bezeichnung
01	Bewegungstherapie
02	Alltagstraining
03	Arbeitsbezogene Therapie
04	Kognitive Therapie
05	Therapie kommunikativer Störungen
06	Physikalische Therapie zur Schmerzlinderung
07	Patientenschulung Schlaganfall
08	Spezielle Patientenschulung
09	Gesundheitsbildung
10	Ernährungsschulung – theoretisch
11	Ernährungsschulung – praktisch
12	Psychologische Beratung und Therapie inkl. Krankheitsbewältigung
13	Entspannungstraining
14	Tabakentwöhnung
15	Sozial- und sozialrechtliche Beratung
16	Unterstützung der beruflichen Integration
17	Nachsorge und soziale Integration

Tab. 2: Evidenzbasierte Therapiemodule Reha-Therapiestandards Schlaganfall

angeben, welche Leistungen die Rehabilitanden erhalten haben und somit die Versorgungsrealität widerspiegeln, mit dem wissenschaftlich begründeten Soll verglichen.

Die Nutzung der KTL als Basis für die Reha-Therapiestandards wirkt sich auf unterschiedliche Weise aus.

Von großem Vorteil ist es, dass über die KTL die entsprechenden Leistungen bereits mit Qualitätsanforderungen hinterlegt sind, z.B. die Berufsgruppen, die Leistungen durchführen können, oder die Therapieform (Einzeltherapie oder Anzahl der Rehabilitanden pro Gruppe) bzw. die (Mindest-)Dauer der einzelnen Therapieleistungen. Diese müssen also für die Reha-Therapiestandards nicht erneut definiert werden.

Positiv ist zudem, dass die Verwendung von KTL-Codes eine Quantifizierung der erbrachten Therapien ermöglicht. Indem die in den Entlassungsberichten kodierte KTL-Leistungen mit den Leistungen aus den ETM in Beziehung gesetzt werden, kann evaluiert werden, inwieweit die aktuelle Rehabilitationspraxis den Vorgaben der Reha-Therapiestandards entspricht.

Die KTL als Basis hat aber auch gewisse Nachteile, denn nur Leistungen, die Teil der KTL sind, werden bei der Auswertung im Rahmen der Qualitätssicherung berücksichtigt. So gibt es entsprechend Einschränkungen bei der Dokumentation von Visiten oder bei der Pharmakotherapie, die nicht in der KTL abgebildet sind, dennoch aber einen wesentlichen Teil der rehabilitativen Behandlung darstellen.

Die Anzahl von KTL-Codes pro ETM variiert z.T. erheblich. Dies liegt einerseits am Detaillierungsgrad des jeweiligen Moduls, andererseits an der Auswahl relevanter Codes. Grundsätzlich sind alle gelisteten KTL-Leistungen eines ETM gegeneinander austauschbar, allerdings müssen nicht alle Codes eines ETM verwendet werden. Für eine motivierende Rehabilitation empfiehlt es sich, einen interessanten Mix verschiedener Thera-

pien anzubieten. Eine Erfüllung der Reha-Therapiestandards nach Controlling-Gesichtspunkten (kostengünstige Leistungserbringung durch große Gruppengröße und niedrig bezahlten Therapeuten) ist nicht im Sinne einer guten Rehabilitation und auch nicht von der Rentenversicherung beabsichtigt.

### Entwicklung von rehaspezifischen Therapiestandards

In einem nächsten Schritt werden von Reha-Experten konsenterte Reha-Therapiestandards erstellt. Das Vorgehen hier ist – wie eingangs erwähnt – von Transparenz geprägt, einerseits um die Akzeptanz für die Reha-Therapiestandards und das Vorgehen zu fördern – insbesondere bei denjenigen, die die Vorgaben umsetzen sollen –, andererseits aber auch, um die Kompetenz der in der Rehabilitation tätigen Expertinnen und Experten zu nutzen. Um die Multiprofessionalität der rehabilitativen Versorgung abzubilden, werden bereits von Beginn der Erstellung der Reha-Therapiestandards an alle Berufsgruppen, die am Rehabilitationsprozess beteiligt sind, in die Erarbeitung der Anforderungen einbezogen.

Zunächst erfolgt eine schriftliche Befragung aller beteiligten Berufsgruppen. Gefragt wird im Wesentlichen nach Informationen, die in der Literatur nicht abgebildet werden, wie notwendige Therapiedauer oder -häufigkeit etc. Parallel wird erfragt, welche KTL-Leistungen für die Beschreibung bzw. praktische Anwendung des jeweiligen ETM als geeignet erscheinen. Hierdurch wird die Vorarbeit der Forschergruppe in der KTL-Analyse ergänzt bzw. bestätigt. Mithilfe der Ergebnisse der Fragebogenauswertung werden die ETM vorstrukturiert, dann auf einem multidisziplinären Expertenworkshop weiter bearbeitet und schließlich in einem Konsensusverfahren, an dem wieder Vertreter aller Berufsgruppen beteiligt sind, fertig gestellt. Für mehrere Reha-Therapiestandards – allerdings nicht für die Reha-Therapiestandards Schlaganfall – wurden auch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach ihren Wünschen bzgl. der Ausgestaltung der Rehabilitation befragt.

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

#### Therapeutische Inhalte

Im Bereich »Therapeutische Inhalte« werden die Zielsetzungen und therapeutischen Verfahren des jeweiligen ETM skizziert.

#### Formale Ausgestaltung

Im Bereich »Formale Ausgestaltung« sind die Mindestdauer sowie ggf. die Mindesthäufigkeit von Leistungen aus dem ETM festgelegt. Häufigkeiten werden ausschließlich dann angegeben, wenn sie für die zeitliche Ausgestaltung der Therapie im Rehabilitationsverlauf relevant sind, d. h. bei Leistungen, bei denen eine möglichst gleichmäßige

Verteilung über die Rehabilitation wichtig ist – wie bei Bewegungstherapie oder Entspannungstraining.

Eine Besonderheit bei den Reha-Therapiestandards Schlaganfall liegt darin, dass bei gut einem Drittel der ETM zwei Werte für die formale Ausgestaltung angegeben sind. Der erste Wert bezieht sich auf alle Rehabilitanden im Gültigkeitsbereich der Reha-Therapiestandards und dient sozusagen der Grundversorgung dieser Klientel. Da aber gerade beim Schlaganfall unterschiedliche Schweregrade der Symptome und verschiedene Lokalisationen der resultierenden Funktionsstörungen typisch sind, wurde ergänzend ein zweiter Wert aufgenommen. Dieser gibt die Menge und Frequenz der abzugebenden Leistungen des jeweiligen Moduls bei besonders stark betroffenen Rehabilitandengruppen mit entsprechend höherem Bedarf an. Wichtig ist, dass sich beide Werte auf alle Rehabilitanden einer Einrichtung beziehen und die Rehabilitanden mit höherem Bedarf hier nicht als eine Untergruppe anzusehen sind.

### KTL-Leistungseinheiten

Im Bereich »KTL-Leistungseinheiten« sind alle für das ETM infrage kommenden bzw. möglichen Interventionen in Form von Codes der KTL 2007 aufgelistet. Aus einer Vielzahl an Leistungen können für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die am besten geeigneten und die dem Therapiekonzept der Einrichtung entsprechenden Interventionen ausgewählt werden, sodass der Reha-Prozess auf die individuellen Bedürfnisse der Rehabilitanden angepasst werden kann.

Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden

Im Bereich »Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden« wird angegeben, welcher Prozent-

satz an Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden der jeweiligen Indikation 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 Rentenversicherung das den Anforderungen entsprechende Behandeln erfassen und beurteilen kann. Er spiegelt den aus den individuellen gesundheitlichen Problemlagen resultierenden Bedarf der Rehabilitanden an entsprechenden Leistungen wider.

Die Mindestanteile unterscheiden sich von ETM zu ETM. Sie beruhen auf Schätzungen der in die Entwicklung der Reha-Therapiestandards einbezogenen Expertinnen und Experten, sodass den für das betreffende Krankheitsbild typischen Rehabilitandenstrukturen Rechnung getragen wird, gleichzeitig aber ausreichend Raum für die Berücksichtigung von individuellen Problemen und Einzelfällen bleibt. Die Schätzung des Mindestanteils berücksichtigt also Faktoren wie Inzidenz und Prävalenz von Problemlagen, aber auch Aspekte wie Motivierbarkeit, unvermeidliche Therapieausfälle oder andere die Machbarkeit betreffende Gesichtspunkte.

Da es sich bei dem Mindestanteil um einen u. a. auf der Basis der Kenntnis der betroffenen Klientel geschätzten Wert handelt, wird dieser anhand empirischer Auswertungen mehrfach überprüft und – wenn erforderlich – angepasst. Bisherige Erfahrungen mit den Reha-Therapiestandards haben gezeigt, dass die Bedarfsschätzungen überwiegend realistisch sind und somit gut als Qualitätsindikator für die Einhaltung der Vorgaben eingesetzt werden können.

Der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden liegt immer unter 100 %. Dies soll andeuten, dass einerseits nie alle Rehabilitanden Leistungen aus dem entsprechenden Modul in der angegebenen Therapiemenge erhalten müssen, andererseits aber eine hundertprozentige Erfüllung der Vorgaben nicht realistisch ist.

Analog zu der formalen Ausgestaltung gibt es bei den Reha-Therapiestandards Schlaganfall auch zwei Werte für den zu erbringenden Mindestanteil: Der erste Wert bezieht sich auf alle Rehabilitanden, der zweite auf diejenige kleinere Gruppe von Rehabilitanden mit höherem therapeutischen Bedarf. Abbildung 1 zeigt exemplarisch das ETM 04 Kognitive Therapie.

Die normativen Vorgaben in den evidenzbasierten Therapiemodulen, also Mindestanteil, Mindestdauer und ggf. Mindesthäufigkeit, definieren die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation und sollten dementsprechend nicht unterschritten werden. Ein Überschreiten der Mindestanforderungen hingegen ist durchaus erwünscht und oft notwendig.

Letztlich müssen sich die zu erbringenden Leistungen am individuellen Bedarf der Betroffenen ausrichten. Dies ist im Rahmen der Reha-Therapiestandards möglich und seitens der Deutschen Rentenversicherung erwünscht.

### Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D

#### Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 04	Kognitive Therapie
Therapeutische Inhalte	Therapie kognitiver und emotionaler Veränderungen nach Schlaganfall mit folgenden Strategien: wiederherstellungsorientiert, kompensationsorientiert, adaptiv orientiert. Konzeptionelle Grundlage sind neuropsychologische Eingangs- und Abschlussdiagnostik. Empfohlen wird, die Leistungen in Kombination mit mindestens einer Leistung F120 zu erbringen.
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Woche: mind. 60 (mind. 180*) Minuten Mindesthäufigkeit pro Woche: mind. 1-mal (mind. 4-mal*)
KTL-Leistungseinheiten	F100 Hirnleistungstraining einzeln F110 Hirnleistungstraining in der Kleingruppe F120 Neuropsychologische Therapie einzeln F130 Neuropsychologische Therapie in der Kleingruppe F140 Neuropsychologische Therapie in der Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 80 (40*) %

\* Angaben in Klammern beziehen sich auf Rehabilitandengruppen mit höherem Bedarf

Abb. 1: ETM 04 Kognitive Therapie

## Einführung im Rahmen von Pilotprojekten und Implementation

Die fertig gestellten und konsentierten Reha-Therapiestandards werden in einer Auftaktveranstaltung allen Reha-Einrichtungen vorgestellt, die eine Mindestzahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der entsprechenden Indikation pro Jahr behandeln. In der Veranstaltung wird außerdem die Philosophie der Reha-Therapiestandards vermittelt, ebenso wie Beispiele zur Durchführbarkeit entsprechender Therapiequantitäten.

Anschließend werden die Reha-Therapiestandards den Einrichtungen schriftlich zugesandt. Sie sind ergänzt um eine einrichtungsspezifische Auswertung der empirischen Daten aus den Entlassungsberichten, aus der hervorgeht, inwieweit ihre bisherige therapeutische Versorgung den Vorgaben der Reha-Therapiestandards bereits entsprochen hat. In der sogenannten Pilotphase sammeln die Reha-Einrichtungen dann erste Erfahrungen mit der Umsetzung der Reha-Therapiestandards. Parallel dazu wird strukturiert erfragt, ob die Therapiestandards praxistauglich sind bzw. Änderungsbedarf besteht und die zugehörige einrichtungsspezifische Auswertung verständlich ist. Darüber hinaus wird eruiert, wie substanzielle einrichtungsbezogene Abweichungen von den Vorgaben erklärt werden können.

Die Ergebnisse dieser Anwenderbefragung fließen in die endgültige Version der Reha-Therapiestandards ein. Nach jeweils etwa drei Jahren ist eine Aktualisierung vorgesehen.

## Fazit

Die Deutsche Rentenversicherung hat ihre Strukturverantwortung für den Versorgungsbereich Rehabilitation immer ernst genommen. Ihr Rehabilitationsverständnis grenzt sich dabei systematisch vom historischen, vorwiegend balneophysikalisch ausgerichteten Verständnis der Kur ab. So ist das Vorgehen, evidenzbasierte Behandlungsmethoden über die Reha-Therapiestandards direkt in den Rehabilitationsprozess einzubringen, nur konsequent.

Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist in der komfortablen Situation, über die KTL-Codierung in den Reha-Entlassungsberichten auf eine weitgehend vollständige Dokumentation der Therapie zugreifen zu können. Auf der Basis dieser Information, deren Auswertung und Rückmeldung kann die Rentenversicherung auf den Versorgungssektor Rehabilitation in einer Weise Einfluss nehmen, wie es in anderen Bereichen des Gesundheitswesens nicht möglich ist.

Mit den Reha-Therapiestandards hat die Deutsche Rentenversicherung ein Verfahren etabliert, das eine evidenzbasierte Qualitätsüberprüfung des Reha-Prozesses ermöglicht. Dies wird zu einer Verbesserung der rehabilitativen Versorgung chronisch Kranker auf wissenschaftlicher und qualitätsgesicherter Basis führen.

## Literatur

1. Brüggemann S, Klosterhuis H. Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell 2005; 52 (10/11): 467-475.
2. Brüggemann S, Korsukéwitz Ch. Leitlinien in der Rehabilitation: Einschränkung der Therapiefreiheit oder Grundlage für bessere Ergebnisse? Rehabilitation 2004; 43 (5): 1-9.
3. Deutsche Rentenversicherung Bund Reha-Therapiestandards Schlaganfall Phase D. www.deutsche-rentenversicherung.de Pfad: Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Reha-Therapiestandards, letzter Zugriff am 16.05.2011
4. Korsukéwitz, Ch: Vorgaben für eine gute Rehabilitation. Dtsch Arztebl 2007; 104 (23): A 1640-1642.
5. KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung 2007.

## Korrespondenzadresse:

Dr. Silke Brüggemann  
Referat 0422  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
10709 Berlin  
E-Mail: silke.brueggemann@drv-bund.de

# 26. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropsychologie

„Klinische Neuropsychologie im 21. Jahrhundert“

22. – 24. September 2011

# AACHEN

