

# Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion

→ Leitlinie für die medizinische Rehabilitation  
der Rentenversicherung



## Hinweis:

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften, Rehabilitationseinrichtungen und Rentenversicherung, die sich an der Erstellung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 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 für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit wurde als wissenschaftliches Projekt von der Ludwig-Maximilians-Universität München (Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie) Prof. Dr. med. Michael Soyka, Peggy Schmidt und Dr. med. Miriam Bottlender betreut.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Internet unter:  
[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

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

# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Reha-Therapiestandards als Teil der Qualitätssicherung	5
3.	Reha-Therapiestandards für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit	6
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	8
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	10
13.	Überarbeitung der Reha-Therapiestandards	10
14.	Überblick: Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden in den ETM	11
15.	Evidenzbasierte Therapiemodule	12
16.	Methodischer Teil	30
16.1	Erstellung der Reha-Therapiestandards	30
16.2	Literaturrecherche	30
16.3	Analyse der dokumentierten Leistungen mit Hilfe der KTL	30
16.4	Ergebnisse der KTL-Analyse	31
16.5	Multiprofessionelle Abstimmung der Inhalte der Reha-Therapiestandards	31
16.6	Implementierung der Reha-Therapiestandards (Pilotphase)	31
17.	Integration der Reha-Therapiestandards in die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung	32
18.	Hintergrundliteratur zu den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit	33
19.	Literatur zum Reha-Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung	34
20.	Autorenschaft	35
21.	Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Expertenworkshops	35

## 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 Strukturerhebung 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<sup>1</sup>).

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 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.

---

<sup>1</sup> KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung 2007

### 3. Reha-Therapiestandards für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Die Wirksamkeit der multidisziplinären Rehabilitation bei alkoholabhängigen Patienten gilt als gesichert (Finney & Monahan, 1996; Hodgson, 1994; Holder, Longabaugh, Miller, Brown & Simpson, 1995; Thom, Franey, Foster, Keaney & Salazar, 1994).

Ziel der hier vorliegenden Reha-Therapiestandards ist es, die rehabilitative Behandlung bei Alkoholabhängigkeit 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, alltags-taugliche 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.

Die Förderung bestimmter Basiskompetenzen und -ressourcen (Förderung der sozialen Kompetenz, Rückfallprophylaxe und Motivationstraining) erfolgt sowohl integriert in die allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit (ETM 1) als auch in Form gesonderter Gruppenangebote (vgl. z. B. ETM 3).

## 4. Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards

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

F10.2	Alkoholabhängigkeitssyndrom
-------	-----------------------------

Der Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards bezieht sich auf die ganztägig ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation von Patientinnen und Patienten bei Alkoholabhängigkeit. In die Auswertung zur Reha-Qualitätssicherung gehen alle Rehabilitanden ein, deren Behandlungsdauer zwischen 78 und 142 Tagen lag (alle Entlassungsformen).

## 5. Überblick über die evidenzbasierten Therapiemodule

Die Reha-Therapiestandards für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit 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	Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)
02	Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität
03	Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz
04	Angehörigenorientierte Interventionen
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige
06	Tabakentwöhnung
07	Entspannungstraining
08	Sport- und Bewegungstherapie
09	Gesundheitsbildung und Schulung
10	Ernährungsschulung und -beratung
11	Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung
12	Förderung sozialer Integration: Ergotherapie
13a	Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose
13b	Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige
14	Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit

## 6. Struktur der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM)

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

### 6.1 Therapeutische Inhalte

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

### 6.2 Formale Ausgestaltung

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

### 6.3 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.

### 6.4 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 der Rehabilitanden resultierenden Bedarfe 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.

## 7. 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, Minstdauer 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.

## 8. 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.

## 9. 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.

## 10. 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).

## 11. 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.

## 12. Kontraindikationen

Für rehabilitationsfähige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gibt es kaum absolute Kontraindikationen für die nachfolgend beschriebenen evidenzbasierten Therapiemodule. In einzelnen Fällen können besondere psychische, psychomentele oder somatische Beeinträchtigungen eine Therapieteilnahme einschränken.

Individuelle Kontraindikationen, insbesondere für einzelne therapeutische Leistungen aus den ETM, sind selbstverständlich immer zu berücksichtigen.

## 13. 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.

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

ETM	Bezeichnung	Mindestanteil
01	Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)	mind. 90 %
02	Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität	mind. 30 %
03	Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz	mind. 50 %
04	Angehörigenorientierte Interventionen	mind. 25 %
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	mind. 90 %
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	mind. 50 %
06	Tabakentwöhnung	mind. 10 %
07	Entspannungstraining	mind. 40 %
08	Sport- und Bewegungstherapie	mind. 70 %
09	Gesundheitsbildung und Schulung	mind. 80 %
10	Ernährungsschulung und -beratung	mind. 80 %
11	Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung	mind. 70 %
12	Förderung sozialer Integration: Ergotherapie	mind. 10 %
13a	Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose	mind. 90 %
13b	Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	mind. 90 %
14	Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit	mind. 50 %

## 15. Evidenzbasierte Therapiemodule

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 01</b>	<b>Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)</b>
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Bei diesem Modul handelt es sich um den basalen und unverzichtbaren Kern der Entwöhnungsbehandlung, bei dem insbesondere die bisherige und aktuelle Problematik und die zukünftige Rückfallgefährdung thematisiert werden. Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensmuster und Kognitionen, Aufbau von Verhaltensalternativen und Bewältigungskompetenzen. Konflikt- und beziehungsorientierte, aufdeckende Bearbeitung von Motiven und Funktionen des Alkoholkonsums. Förderung der Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel einer Stärkung der Ich-Funktion, Nachreifung. Ziele sind z. B. Entwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit und Förderung einer selbst bestimmten abstinenter Lebensweise
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b> mind. 240 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	F010 Psychologische Einzelberatung F021 Psychodynamisch orientierte Einzelintervention F022 Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelintervention F029 Einzelintervention nach anderen anerkannten Psychotherapieverfahren F030 Therapeutische Intervention in Konfliktsituation G020 Psychotherapeutische Krisenintervention G031 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Psychoanalytisch orientierte Therapie G032 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Kurztherapie G033 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Supportive, ich-strukturelle Therapie G034 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Interaktionelle Therapie G035 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Körperzentrierte Therapie G036 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Psychoanalytisch orientierte Sozialtherapie G039 Sonstige Psychotherapie einzeln, psychodynamisch G041 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Psychoanalytisch orientierte Gruppe G042 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Psychoanalytischinteraktionelle Gruppe G043 Psychotherapie (Gruppe), psychodyn.: Ich-strukturell modifizierte psychoanalytische Gruppe G044 Psychotherapie (Gruppe), psychodyn.: Körperzentrierte, psychoanalytisch orientierte Gruppe G049 Sonstige Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch G051 Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch G052 Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch: Expositionstraining G061 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspez.: Problemlösegruppe G069 Sonstige störungsspezifische Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch G094 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Rückfallprävention G111 Gesprächspsychotherapie einzeln

<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	G112 Systemische Therapie einzeln
	G113 Gestalttherapie einzeln
	G114 Psychodramatherapie einzeln
	G115 Körperzentrierte Psychotherapie einzeln
	G119 Sonstige Psychotherapie einzeln
	G121 Gesprächspsychotherapie in der Gruppe
	G122 Systemische Therapie in der Gruppe
	G123 Gestalttherapie in der Gruppe
	G124 Psychodramatherapie in der Gruppe
	G125 Körperzentrierte Psychotherapie in der Gruppe
	G129 Sonstige Psychotherapie in der Gruppe
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 90 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Vermittlung störungsspezifischer Erkrankungsmodelle, Erlernen von Techniken der Krankheitsbewältigung
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b> mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	F100 Hirnleistungstraining einzeln
	F110 Hirnleistungstraining in der Kleingruppe
	F120 Neuropsychologische Therapie einzeln
	F130 Neuropsychologische Therapie in der Kleingruppe
	F140 Neuropsychologische Therapie in der Gruppe
	G045 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch bei Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung
	G071 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problem spez. bei Angst, Phobie
	G072 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problem spez. bei Schmerz
	G073 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problem spez. bei Depression
	G074 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problem spez. bei Adipositas
	G075 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problem spez. bei Zwang
	G076 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problem spez. bei Anorexie, Bulimie
	G077 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., problemspez.: Beeinträchtigung Körperwahrnehmung
	G079 Sonstige störungs- und problemspez. Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherap.
	G081 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Angst, Phobie
	G082 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Schmerz
	G083 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Depression
	G084 Psychotherapie (Gruppe), psychodynamisch, störungsspez. bei Adipositas, Binge Eating Disorder
	G085 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Zwang
	G086 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Anorexie, Bulimie
	G089 Sonstige störungsspezifische Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch
	G091 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Pathologisches Glücksspiel
G092 Störungsspez. Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Substanzabhängigkeit/ Schädlicher Gebrauch	
G099 Sonstige störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik	

<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	G101 Psychoedukative Gruppe: Genusstraining
	G102 Psychoedukative Gruppe: Motivationstraining bei Abhängigkeitserkrankungen
	G109 Sonstige psychoedukative Gruppe
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 30 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 03 Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Förderung von Selbstsicherheit und sozialer Kompetenz
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b> mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	C020 Motivationsförderung
	D052 Psychoedukative Gruppe: Training von sozialer Kompetenz
	D080 Sozialtherapeutische Einzelbetreuung
	D090 Sozialtherapeutische Aktivgruppe
	D100 Sozialtherapie als Großgruppe
	D110 Bereichsversammlung, Vollversammlung
	E181 Selbsthilfetraining einzeln: Aufbau von sozialer Kompetenz
	E191 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Aufbau von sozialer Kompetenz
	F051 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Stressbewältigung
	F054 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Soziales Kompetenztraining
	F059 Sonstige problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit
	G047 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Geschlechtsspezifische Gruppe
	G062 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspez.: Trainingsozialer Kompetenzen
	G064 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspez.: Geschlechtsspezifische Gruppe
	L031 Soziale Kommunikation und Interaktion: Dia- und Filmvorführung
	L032 Soziale Kommunikation und Interaktion: Musik und Bewegung
	L033 Soziale Kommunikation und Interaktion: Singen
L034 Soziale Kommunikation und Interaktion: Gruppenausflug mit Bezugstherapeut	
L039 Sonstige strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 50 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 04 Angehörigenorientierte Interventionen</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Soziale Unterstützung einer abstinenten und sozial integrierten Lebensweise, Klärung sozialer Risikofaktoren, Förderung sozialer Kommunikation. Unter Angehörigen sind wichtige Bezugspersonen der Rehabilitanden zu verstehen
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 240 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	C030 Gespräche mit Patienten und Partner/Angehörigen
	D060 Angehörigengespräch einzeln
	D071 Angehörigenschulung
	D072 Themenzentrierte Gruppe für Angehörige
	G130 Paargespräch, Familiengespräch, Angehörigengespräch
	G140 Paartherapie, Familientherapie, methodenübergreifend
	G171 Angehörigenseminar für Kinder und Jugendliche bei Abhängigkeitserkrankungen
	G172 Angehörigenseminar für Erwachsene bei Abhängigkeitserkrankungen
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 25 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 05a    Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose*</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Klärung des erwerbsbezogenen Potentials, Unterstützung der beruflichen Orientierung, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben; Förderung der Grundarbeitsfähigkeit, sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 16 Stunden
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	E020    Arbeitstherapie einzeln
	E031    Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft
	E032    Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürokommunikation
	E033    Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk
	E039    Sonstige indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe
	E040    Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum
	E050    Arbeitsplatztraining
	E142    Arbeitsplatzbesuch
	E200    Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung
	E220    Produktorientiertes Arbeiten
	G046    Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Arbeitsweltbezogene Problematik
	G063    Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspec.: Arbeitsweltbezogene Problematik
	G151    Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie
	G152    Durchführung interner Belastungserprobung in der Psychotherapie
	G161    Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung in der Psychotherapie
	G162    Durchführung externer Belastungserprobung in der Psychotherapie
	H071    Begleitung bei interner und externer Belastungserprobung
	H073    Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation
	H074    Supportives Gespräch
H080    Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 90 %</b>

\* Angabe Arbeitslosigkeit im Reha-Antrag

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 05b      Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Klärung des erwerbsbezogenen Potentials, Unterstützung der beruflichen Orientierung, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben; Förderung der Grundarbeitsfähigkeit, sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 7 Stunden
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	E020    Arbeitstherapie einzeln
	E031    Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft
	E032    Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürokommunikation
	E033    Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk
	E039    Sonstige indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe
	E040    Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum
	E050    Arbeitsplatztraining
	E142    Arbeitsplatzbesuch
	E200    Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung
	E220    Produktorientiertes Arbeiten
	G046    Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Arbeitsweltbezogene Problematik
	G063    Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspez.: Arbeitsweltbezogene Problematik
	G151    Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie
	G152    Durchführung interner Belastungserprobung in der Psychotherapie
	G161    Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung in der Psychotherapie
	G162    Durchführung externer Belastungserprobung in der Psychotherapie
	H071    Begleitung bei interner und externer Belastungserprobung
	H073    Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation
	H074    Supportives Gespräch
	H080    Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 50 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 06      Tabakentwöhnung</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Psychologische Intervention zur Förderung der Tabakabstinenz. Vorausgesetzt wird eine Problematisierung des Rauchverhaltens im Rahmen der Gesundheitsbildung
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 270 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	F055    Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Tabakentwöhnung
	G093    Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Tabakentwöhnung
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 10 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 07 Entspannungstraining</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 240 Minuten <b>Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation:</b> mind. 6 mal
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	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
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 40 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	<p>Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen:</p> <p>1) Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit</p> <p>2) Stärkung physischer Ressourcen/Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z. B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen)</p> <p>3) Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil</p>
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	A Sport- und Bewegungstherapie
	B Physiotherapie
	L011 Bewegung und Sport in der Freizeit, ausdauerorientiert
	L012 Bewegung und Sport in der Freizeit zum Muskelaufbau
	L019 Sonstiger Freizeitsport
	L021 Kleines Spiel (z. B. Fangen)
	L022 Großes Spiel (z. B. Volleyball)
	L023 Rückschlagspiel (z. B. Tischtennis)
	L029 Sonstiges geeignetes Bewegungsspiel
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 70 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	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
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 360 Minuten <b>Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation:</b> mind. 6 mal
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	C050 Vortrag: Gesundheitsinformation C060 Vortrag: Indikationsspezifische Krankheitsinformation C070 Vortrag: Rehabilitation C081 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Schutzfaktoren“ C083 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Bewegung und körperliches Training“ C084 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“ C085 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Alltagsdrogen“ C181 Standardisierte Schulung bei chronischem Schmerz C189 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischem Schmerz C251 Standardisierte Schulung bei Diabetes mellitus Typ 2 C259 Nicht-standardisierte Schulung bei Diabetes mellitus Typ 2 C421 Standardisierte Schulung bei chronischen Lebererkrankungen C429 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischen Lebererkrankungen C431 Standardisierte Schulung bei chronischer Pankreatitis C439 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischer Pankreatitis C451 Standardisierte Schulung bei sonst. gastrointestinalen Erkrankungen C459 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen gastrointestinalen Erkrankungen C521 Einführungsseminar zur Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit, -missbrauch C522 Psychoedukatives Programm „Gesundheit“ bei Suchtmittelabhängigkeit, -missbrauch C523 Motivationsgruppe bei Suchtmittelabhängigkeit, -missbrauch G103 Psychoedukative Gruppe: Einführung in die fachspezifische Rehabilitation H010 Anleitung zur Körperpflege H102 Anleitung: Kognitives Training
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 80 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 10 Ernährungsschulung und -beratung</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Informationen zu gesunder Ernährung, Ernährungsberatung, -training, speziellen Fragen etc. sowie praktische Umsetzung im Alltag
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 45 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	C082 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Gesunde Ernährung“
	C090 Ernährungsberatung einzeln
	C100 Ernährungsberatung in der Gruppe
	C111 Psychoedukative Kochgruppe
	C112 Übungsstunde Ernährung nach einem standardisierten Schulungsprogramm
	C113 Übungsstunde Ernährung nach einem nicht-standardisierten Schulungsprogramm
	C114 Lehrküche bei Reduktionskost
	C115 Lehrküche für Diabetiker
	C119 Sonstige Lehrküche
	C120 Praktische Übungen außerhalb der Lehrküche, z. B. Einkaufstraining
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 80 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 11 Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Nutzung von kreativen Angeboten zur Krankheitsbewältigung; Anregung für die Freizeitgestaltung für die Zeit nach der Reha, die Patienten sollen neue Betätigungsfelder für sich entdecken und u.U. vorhandene Fähigkeitsdefizite abbauen oder deren Ausgleich lernen
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Woche:</b> mind. 120 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	E100 Gartentherapie
	E110 Ausdruckzentrierte Ergotherapie einzeln
	E120 Ausdruckzentrierte Ergotherapie in der Kleingruppe
	E130 Ausdruckzentrierte Ergotherapie in der Gruppe
	E210 Projektgruppe
	E230 Freies Werken
	E240 Ergotherapie im Rahmen der Bezugsgruppe
	F151 Musiktherapie einzeln
	F152 Tanz- und Bewegungstherapie einzeln
	F153 Kunst- und Gestaltungstherapie einzeln
	F154 Theatertherapie einzeln
	F161 Musiktherapie in der Gruppe
	F162 Tanz- und Bewegungstherapie in der Gruppe
	F163 Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gruppe
F164 Theatertherapie in der Gruppe	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 70 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 12 Förderung sozialer Integration: Ergotherapie</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Maßnahmen zur Förderung von allgemeiner sozialer Integration und Nutzung von sozialen Stützsystemen insbesondere Erwerb/Verbesserung von Alltagskompetenzen
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 10 Stunden
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	E060 Funktionstraining mit geeignetem Material oder Gerät einzeln
	E070 Funktionstraining mit geeignetem Material oder Gerät in der Kleingruppe
	E151 Einzeltraining der Aktivitäten des täglichen Lebens: Bereich körperliche Selbstversorgung
	E152 Einzeltraining der Aktivitäten des täglichen Lebens: Bereich eigenständige Lebensführung
	E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe
	E182 Selbsthilfetraining einzeln: Freizeitkompetenztraining
	E189 Sonstiges Selbsthilfetraining einzeln
	E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining
	E199 Sonstiges Selbsthilfetraining in der Kleingruppe
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 10 %</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 13a    <b>Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose *</b></b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Therapeutische Leistungen, die das erwerbsbezogene Potential klären, die berufliche Orientierung unterstützen und die Eingliederung ins Erwerbsleben fördern
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	C041 Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen
	C042 Betriebsseminar
	D021 Sozialrechtliche Beratung: Berufliche Perspektiven
	D024 Sozialrechtliche Beratung: Rentenfragen
	D031 Beratung: Berufsklärung und leistungsbildbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen
	D032 Beratung: Innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption
	D033 Beratung: Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, finanzielle Hilfen
	D034 Beratung: Stufenweise Wiedereingliederung inkl. Kontakt zu beruflichem Umfeld
	D035 Beratung: Arbeitsplatzbesuch, Dienstgang
	D039 Sonstige Rehabilitationsberatung
	D051 Psychoedukative Gruppe: Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung
	D053 Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining
	<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>

\* Angabe Arbeitslosigkeit im Reha-Antrag

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 13b      Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Therapeutische Leistungen, die das erwerbsbezogene Potential klären, die berufliche Orientierung unterstützen und die Eingliederung ins Erwerbsleben fördern
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 15 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	C041 Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen
	C042 Betriebsseminar
	D021 Sozialrechtliche Beratung: Berufliche Perspektiven
	D024 Sozialrechtliche Beratung: Rentenfragen
	D031 Beratung: Berufsklärung und leistungsbildbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen
	D032 Beratung: Innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption
	D033 Beratung: Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, finanzielle Hilfen
	D034 Beratung: Stufenweise Wiedereingliederung inkl. Kontakt zu beruflichem Umfeld
	D035 Beratung: Arbeitsplatzbesuch, Dienstgang
	D039 Sonstige Rehabilitationsberatung
	D051 Psychoedukative Gruppe: Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung
	D053 Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining
	<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>

<b>Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit</b>	
<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007</b>	
<b>ETM 14 Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Maßnahmen zu allgemeiner sozialer Integration und Nutzung sozialer Ressourcen, Beratung zu Themen wie ambulanter Therapie, Nachsorgeangeboten, Reha-Sportgruppen, Selbsthilfegruppen, Kontaktaufnahme zu Nachbehandlern etc.
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Mindestdauer pro Rehabilitation:</b> mind. 60 Minuten
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	D010 Orientierende Sozialberatung einzeln
	D022 Sozialrechtliche Beratung: Wohnungsfragen
	D023 Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung
	D025 Sozialrechtliche Beratung: Klärung rechtlicher Fragen
	D026 Sozialrechtliche Beratung: Teilhabe behinderter Menschen
	D029 Sonstige sozialrechtliche Beratung
	D041 Vermittlung in Selbsthilfegruppe, ambulante Reha-Sportgruppe u. a.
	D042 Vor- und Nachbereitung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms
	D043 Einleitung spezieller Nachsorgeangebote (z. B. INA, IRENA)
	D044 Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern
	D045 Kontaktaufnahme, Einleitung, Begleitung dauerhaft Pflegebedürftiger in amb/stat. Einrichtung
	D046 Einleitung häuslicher Pflege, ambulanter Hilfen und nachstationärer Betreuung
	D047 Organisation von Schuldnerberatung und Schuldenregulierung
	D048 Hausbesuch, Dienstgang, Therapiefahrt
	D049 Sonstige Hilfen zu weitergehenden Maßnahmen
D059 Sonstige psychoedukative Gruppe	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</b>	<b>mind. 50 %</b>

## 16. Methodischer Teil

### 16.1 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.

### 16.2 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“<sup>2</sup> 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 Studienlage hinsichtlich ihrer Evidenzstärke (level of evidence).

### 16.3 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.

---

<sup>2</sup> 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.

#### **16.4 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.

#### **16.5 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.

#### **16.6 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.

## 17. 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 Alkoholabhängigkeit 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 Ergebnismeldung 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 Alkoholabhängigkeit 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).

## 18. Hintergrundliteratur zu den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

**Andréasson S., Öjehagen A.** (2003): Psychosocial treatment for alcohol dependence. In: Berglund M, Thelander S, Jonsson E (Hrsg). Treating alcohol and drug abuse. Weinheim: Wiley-VCH: 43 – 188.

**Berglund M., Thelander S., Salaspuro M., Franck J., Andréasson S., Öjehagen A.** (2003): Treatment of alcohol abuse: An evidence-based review. *Alcohol Clin Exp Res* 27 (10): 1645 – 1656.

**Finney J., Monahan S.** (1996): The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 229-243.

**Hodgson R.** (1994): The treatment of alcohol problems. *Addiction*, 89, 1529-1534.

**Holder H., Longabaugh R., Miller WR., Rubonis A.** (1991): The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517–540.

**Merfert-Diete C.** (2004): Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2004* (S. 7-18). Geesthacht: Neuland.

**Miller WR., Brown JM., Simpson TL.** et al. (1995): What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In Hester RK, Miller WR (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (pp. 12-44). Needham Heights MA: Allyn & Bacon.

**Süß HM.** (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 46, 248 – 266.

**Slattery J., Chick J., Cochrane M., Craig J., Godfrey C., Macpherson K., Parrott S.** (2002): Health Technology Board for Scotland: Health Technology Assessment of Prevention of Relapse in Alcohol Dependence. Consultation Assessment Report.

**Thom B., Franey C., Foster R., Keaney R., Salazar C.** (1994): Alcohol treatment since 1983: a review of research literature. Report to the Alcohol Education and Research Council. London: Centre for Research on Drugs and Health Behaviour.

## 19. Literatur zum Reha-Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung

**Beckmann U., Klosterhuis H. & Naumann B.** (2009): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. Jahrbuch Sucht 2009 der DHS, 208-218.

**Bottlender M., Köhler J. & Soyka M.** (2005): Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 73(4): 1-13.

**Bottlender M., Köhler J. & Soyka M.** (2006): Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 74(1): 19-31.

**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. & Klosterhuis H.** (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RV aktuell, 52(10/11): 467-475.

**Jäckel WH. & Korsukéwitz Ch.** (2003): Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42(2): 65-66.

**Klosterhuis H.** (2008): Welchen Beitrag zur Verbesserung der Suchtbehandlung leistet die Reha-Leitlinie zur Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung? Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., B. 31: 30-40.

**Köhler J., Schmidt P. & Soyka M.** (2007): Leitlinie für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit - Aktueller Stand der Umsetzung. Sucht aktuell, 14 (1):31-34.

**Köhler J., Grünbeck P. & Soyka M.** (2007). Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit – Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. Aktuelle Ergebnisse und Perspektiven aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers. Der Nervenarzt, 78 (5): 536-546.

**Lindow B., Zander H. & Klosterhuis H.** (2007): Therapeutische Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben: aktuelle Auswertungen von KTL-Daten zur Suchtrehabilitation der Rentenversicherung. In: Henkel D., Zemlin U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht, 338-360.

**Zander J., Beckmann U., Somhammer B. & Klosterhuis H.** (2009): Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation - mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell, Jg. 56 H. 5/6, 186-194.

## 20. Autorenschaft

Mit der Konzeption und Durchführung der Entwicklung der Reha-Therapiestandards wurde ein unabhängiges Forschungsinstitut, die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, 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).

## 21. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Expertenworkshops

### Expertenworkshop zur Erstellung der Reha-Therapiestandards

#### AG 1 Biologisch-physiologische Interventionen

- Herr Dr. Matthias Bölle, Fontane-Klinik Motzen, Mittenwalde
- Frau Dr. Silke Brüggemann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Annette Degener, Deutsche Sporthochschule, Köln
- Frau Sabine Genzel, St. Joseph-Krankenhaus, Berlin
- Herr Dr. Thomas Klein, Klinik Eschenburg, Eschenburg-Wissenbach
- Herr Dr. Andreas Koch, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Kassel
- Herr Wolfgang Krell, Deutscher Verband für Gesundheitsport und Sporttherapie, Saarbrücken
- Frau Sandra Regner, Kliniken, Wied
- Herr Dr. Carlo Schmid, Klinik Schloß Falkenhof, Bensheim
- Frau Dr. Marlis Winnefeld, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

#### AG 2a: Psychotherapeutische Interventionen im „engeren Sinne“

- Frau Dr. Ulrike Beckmann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Ute Engelhardt, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Dr. Wilma Funke, Kliniken, Wied
- Herr Dr. Arthur Günthner, Fachklinik, Eußerthal
- Frau Dr. Christiane Korsukéwitz, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Regine Scheipers, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf
- Herr Prof. Michael Soyka, Ludwig-Maximilians-Universität, München
- Herr Gradus Wagelaar, Paracelsus-Berghofklinik, Bad Essen

### **AG 2b: Weitere psychotherapeutische Interventionen**

- Herr Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. Dieter Geyer, Fachklinik Fredeburg, Schmalleben
- Herr Thomas Greitzke, Fachkrankenhäuser Ringendorf und Höchsten, Wilhelmsdorf
- Herr Dr. Michael Heidegger, Fachklinik Annabrunn, Mühlendorf
- Herr Dr. Hanno Irle, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. Thomas Kuhlmann, Psychosomatische Klinik Bergisch, Gladbach
- Herr Dr. Johannes Lindenmeyer, Salus-Klinik, Lindow
- Frau Verena Pimmer, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. Norbert Scherbaum, DGPPN, Essen
- Herr Ralf Schneider, Salus Kliniken für Psychosomatik und Sucht, Friedrichsdorf
- Frau Dr. Monika Vogelgesang, Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen/Saar
- Herr Dr. Bernd Wessel, Fachklinik Kamillushaus, Essen

### **AG 3: Ergo-, arbeits- und sozialtherapeutische Interventionen**

- Herr Dr. Martin Beutel, Therapiezentrum Münzesheim, Kraichtal
- Herr Mathias Gans, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Karlsbad
- Herr Rolf Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm
- Herr Dr. Joachim Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Dr. Barbara Kulick, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer
- Herr Berthold Lindow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Berthold Lubenow, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Joseph Müller, Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen
- Herr Stefan Peter-Höner, Fachkrankenhaus für suchtkranke Männer, Gaggenau
- Frau Peggy Schmidt, Ludwig-Maximilians-Universität, München
- Frau Dr. Karla Spyra, Humboldt Universität, Berlin
- Herr Dr. Clemens Veltrup, KTE Therapieverbund Ostsee, Vitense
- Herr Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Herr Dr. Uwe Zemlin, Fachklinik Wilhelmsheim, Oppenweiler-Wilhelmsheim

### **Plenum**

- Frau Sabine George, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Karlsbad
- Herr Dr. Here Klosterhuis, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. Heinrich Küfner, Institut für Therapieforschung, München
- Frau Wiebke Schneider, Guttempler, Hamburg
- Herr Dr. Peter Subkowski, Paracelsus Berghofklinik, Bad Essen

## **Expertenworkshops zur Angleichung der Therapiestandards (Leitlinienangleichungsprojekt)**

### **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 Tumorbiologie, 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 Prof. V. Köllner, Bliestalkliniken, Blieskastel
- Frau B. Kunzmann, Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungs-therapie, 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 Tumorbiologie, 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. J. Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Herr Dr. T. Meyer, Universität Lübeck
- Herr Prof. P. Schönle, Institut für Prävention und Rehabilitation, Konstanz
- Herr M. Schübler, 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. A. Günthner, Fachklinik Eußerthal, Eußerthal
- Herr Dr. B. Geiselman, Deutsche Rentenversicherung Bund, Teltow
- Frau Dr. B. Kulick, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer
- Herr Dr. J. Lindenmeyer, salus klinik Lindow, Lindow
- Herr P. Lorenz, Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Karlsbad
- Herr S. Peter-Höner, Fachklinik Fischer-Haus, Gaggenau
- Herr PD Dr. H. Schulz, Universität Hamburg
- Frau Dr. M. Vogelgesang, Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen
- Herr Dr. B. Wessel, Fachklinik Kamillushaus, Essen

#### **Moderation**

- Herr Dr. J. Köhler, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau E. Volke, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin





**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Rehabilitation -  
mit Sicherheit Qualität