

W. H. Jäckel^{1,2}
N. Gerdes²
J. Herdt¹
G. Ollenschläger³

Wissensmanagement in der Rehabilitation – Vorschlag zu einer systematischen Entwicklung von Leitlinien

*Knowledge Management in Rehabilitation – Proposal for a Systematic
Development of Clinical Practice Guidelines*

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren hat die Deutsche Rentenversicherung mit der Einsetzung der Reha-Kommission (1989–1991), dem Qualitätssicherungsprogramm (seit 1994) und dem Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (seit 1996) Initiativen entfaltet, die als „Meilensteine“ auf dem Weg zu einer wissenschaftlich fundierten Rehabilitation angesehen werden können. Der Artikel stellt zur Diskussion, als weiteren Schritt auf diesem Weg eine Initiative zu beginnen, die eine systematische Erstellung und Implementation von Leitlinien für die wichtigsten Diagnose- bzw. Fallgruppen in der Rehabilitation zum Ziel hat. Leitlinien für Diagnostik und Therapie sind ein Instrument, um die Fülle des sich schnell wandelnden Wissens in der Medizin systematisch zu sichten, nach dem Grad der wissenschaftlichen Gewissheit („evidence“) zu bewerten und zu praxisbezogenen Handlungsempfehlungen aufzubereiten. Für die Rehabilitation erscheint diese Vorgehensweise besonders dringlich, weil die Dissemination des rehabilitationsspezifischen Wissens nur in geringem Maß über die Aus-, Fort- und Weiterbildung, hauptsächlich aber über ein informelles „training on the job“ erfolgt. Der Diskussionsvorschlag sieht vor, dass indikationsspezifische Referenzzentren eingesetzt werden, die unter Beteiligung von Experten aus Klinik und Forschung, von Vertretern der Rehabilitationsträger und Fachgesellschaften sowie einschlägiger Patientenorganisationen die Rehabilitationsprozesse in den wichtigsten Diagnose- bzw. Fallgruppen systematisch analysieren. Dabei sollen anhand einer „Prozessmatrix der Rehabilitation“ diejenigen Stellen im Rehabilitationsprozess identifiziert werden, an denen Entscheidungen gefällt werden müssen, die in therapeutischer und/oder ökonomischer Hinsicht bedeutende Konsequenzen nach sich ziehen. An diesen Stellen ist dann die Wissensbasis

Abstract

In the past ten years, the German pension scheme has launched several initiatives that can be regarded as milestones on the way to a scientifically founded rehabilitation system. These initiatives were: the Rehab Commission (1989–1991), the Quality Assurance Programme (since 1994), and the German Research Funding Programme “Rehabilitation Sciences” (in cooperation with the Federal Ministry for Education and Research, since 1996). As a next step on this way, we propose an initiative aiming at a systematic development and implementation of clinical practice guidelines for the main diagnostic groups in rehabilitation. Guidelines for diagnostic and therapeutic decisions are an instrument to sift through the abundance of fast changing knowledge in medicine, to assess the existing knowledge according to its scientific evidence, and to transform it into recommendations for clinical practice. In rehabilitation, guidelines seem to be particularly needed because specialized knowledge is mostly disseminated through an informal “training on the job”. Our proposal intends to establish a reference centre for each of the main indications (cardiology, musculoskeletal diseases, etc.). These centres should cooperate with experts from clinical practice and research, as well as with representatives of the cost-carrying agencies and patient organisations, and should systematically analyse the processes of rehabilitation in the most important diagnostic groups. Guided by a “process matrix of rehabilitation”, these analyses should identify the points at which far-reaching decisions are called for during the processes of rehabilitation. At these points, the knowledge base available for rational decisions should be examined. When there is no sufficient scientific knowledge, consensus conferences should be organized in order to collect and assess the available expertise of practitioners and to

Institutsangaben

¹ Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

² Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

³ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Wilfried H. Jäckel · Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung · Bergseestraße 61 ·
79713 Bad Säckingen · E-mail: whjaeckel@hri.de

Bibliografie

Rehabilitation 2002; 41: 217–225 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0034-3536

zu prüfen, die verfügbar ist, um solche Entscheidungen nach möglichst rationalen Kriterien fällen zu können. Wo kein ausreichend abgesichertes Wissen vorhanden ist, müssten Konsensprozesse organisiert werden, in denen das derzeit verfügbare Erfahrungswissen geprüft und konsensuell abgesichert wird. Da die Einhaltung der so erarbeiteten Leitlinien im Qualitätssicherungsprogramm routinemäßig überprüft werden könnte, dürfte dies ein erfolgversprechender Weg sein, um die Wissensbasis des Handelns in der Rehabilitation relativ kurzfristig zu optimieren.

Schlüsselwörter

Leitlinien · Rehabilitation · Wissensmanagement · Wissenstransfer

establish guidelines for clinical practice. Since compliance with such guidelines could be easily checked in the routine quality assurance programme, this proposal seems to be a promising way of improving the knowledge base in rehabilitation in a rather short time.

Key words

Guidelines · Rehabilitation · Knowledge transfer · Knowledge management

Einleitung

Die Rehabilitation in Deutschland hat in den letzten beiden Dekaden eine Entwicklung durchlaufen, in der sie zunehmend ihre Eigenständigkeit und ihre spezifische Aufgabenstellung im Rahmen des Gesundheitsversorgungssystems ausdifferenziert und institutionell umgesetzt hat. Angetrieben wurde diese Entwicklung durch die Veränderungen im Krankheitsspektrum der Bevölkerung, die in Deutschland ebenso wie in den anderen Industrienationen dazu geführt haben, dass die *Behinderungen*, die als Folgen von chronischen Krankheiten oder gravierenden Akutereignissen eintreten, als vorrangiges Gesundheitsproblem erkannt wurden. Charakteristisch für dieses Problem ist, dass es mit den Mitteln der Akutmedizin allein nicht gelöst werden kann. Die Gesundheitssysteme müssen deshalb spezielle Versorgungszweige ausbilden, die auf diese neue Aufgabenstellung ausgerichtet sind.

In Deutschland konnte dafür – anders als in anderen Ländern – auf die traditionellen Strukturen der stationären Heilbehandlungen zurückgegriffen werden, die in den neunziger Jahren in einem langwierigen Prozess inhaltlich und organisatorisch zu einem professionellen Rehabilitationssystem umgestellt wurden. Dabei sind Besonderheiten erhalten geblieben, die das Rehabilitationssystem in Deutschland auch heute noch kennzeichnen. Dazu zählt eine tertiärpräventive Ausrichtung, die mit rehabilitativen Maßnahmen bereits im Vorfeld gravierender Gesundheitsschäden einsetzt, um Chronifizierungsprozesse aufzuhalten und um nach Möglichkeit zu vermeiden, dass es überhaupt zu gravierenden Gesundheitsschäden kommt. Mit dieser besonderen Ausrichtung hat das Rehabilitationssystem in Deutschland eine deutlich umfassendere Aufgabenstellung und mit über 1000 stationären Einrichtungen auch institutionell einen weit aus größeren Umfang als die Rehabilitationssysteme in vergleichbaren anderen Ländern. Die Rentenversicherung als Hauptträger der Rehabilitation in Deutschland stand seit Ende der achtziger Jahre vor der Aufgabe, dieses System auf die neuen Aufgaben auszurichten, die sich aus den Veränderungen im Krankheitsspektrum ergeben haben, es auf neue professionelle Standards zu bringen und als eigenständigen Zweig des Gesundheitsversorgungssystems zu etablieren.

Auf dem – sicherlich noch nicht abgeschlossenen – Weg zu diesem Ziel gab es drei Initiativen, die ganz entscheidende Impulse

für die weitere Entwicklung gegeben haben. Diese drei „Meilensteine“ auf dem Weg zu einer spezialisierten Rehabilitation waren:

1. die Reha-Kommission,
2. das Qualitätssicherungsprogramm und
3. der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“.

Durch die **Reha-Kommission**, die im Frühjahr 1989 vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) einberufen wurde und in Plenarsitzungen sowie in zahlreichen Arbeitsgruppen bis 1991 tagte (vgl. [21]), wurden von den Reha-Trägern und von Experten aus Reha-Kliniken erstmals in systematischer Weise die Grundlagen einer modernen Rehabilitation in Deutschland definiert. Der vielleicht wichtigste Effekt dieser Initiative war, dass viele leitende Reha-Praktiker aus ihrer „splendid isolation“ in den Reha-Einrichtungen herausgeführt und zu einem fachöffentlichen Diskurs darüber angeregt wurden, worum es denn nun „eigentlich“ in der Rehabilitation gehe, welches ihre spezifische Aufgabenstellung sei und was ihre Gemeinsamkeiten bzw. Besonderheiten im Vergleich zur Akutmedizin seien. In gewisser Weise war die Reha-Kommission der Ort, an dem sich die Rehabilitation in Deutschland erstmals als notwendiger und eigenständiger Zweig des Gesundheitsversorgungssystems begriffen hat. Damit war der Weg frei für die Entwicklung indikationsspezifischer Reha-Konzepte und auch für ein Verständnis von Rehabilitationsforschung, in dem der Wissenschaft nicht nur die Legitimation des Status quo, sondern die kontinuierliche Prüfung und Weiterentwicklung der Rehabilitationspraxis als Aufgabe zuerkannt wurde (vgl. [23]).

Das im Jahr 1994 begonnene **Qualitätssicherungsprogramm** der Rentenversicherung (vgl. [5,22] hat auf den Ergebnissen und Strukturen der Reha-Kommission aufgebaut und sie folgerichtig weitergeführt. Unübersehbar ist hier die Vorgehensweise bereits deutlich detaillierter, zielgerichteter und methodisch versierter als noch wenige Jahre zuvor. Die Entwicklung der Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung (QS) wurde an wissenschaftliche Institute übertragen, die ihrerseits zahlreiche Experten aus den Verwaltungen der Träger und aus den Kliniken einbezogen. Auf diese Weise ist eine Fachöffentlichkeit hergestellt worden, in der systematisch erörtert wurde,

- durch welche räumlichen, apparativen und personellen Strukturmerkmale eine Reha-Einrichtung charakterisiert werden kann,

- wie diagnosespezifische Reha-Konzepte erhoben und bewertet werden können,
- an welchen Prozessmerkmalen abgelesen werden kann, ob ein bestimmter Reha-Prozess lege artis abgelaufen ist,
- durch welche Parameter Reha-Effekte und Patientenzufriedenheit erfasst werden können,
- wie Kliniken in Bezug auf ihre Qualität miteinander verglichen werden können und
- wie einrichtungsinterne Qualitätszirkel zu einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung beitragen können.

Das Leitmotiv hinter all diesen Themen war die Frage: „Was eigentlich ist eine adäquate Rehabilitation?“ Bezeichnend für die Arbeiten im QS-Programm war, dass auf diese Frage konkrete Antworten gesucht werden mussten, die an beobachtbaren Merkmalen festgemacht und gegebenenfalls auch abgeprüft werden können.

Inzwischen sind die so entwickelten Instrumente und Verfahren im Bereich der Rentenversicherung routinemäßig implementiert. Im Bereich der Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung steht eine Pilotphase kurz vor dem Abschluss, in der ein ähnliches Qualitätssicherungsprogramm erprobt wurde, das an die spezifischen Gegebenheiten der Rehabilitation durch die Krankenkassen angepasst wurde [7]. Die in den Einrichtungen durchgeführten Erhebungen zur Struktur- und Prozessqualität sowie die Patientenbefragungen zu Reha-Effekten und Patientenzufriedenheit transportieren den umfassenden Begriff von Rehabilitation, der den Erhebungsinstrumenten zugrunde liegt, in die Reha-Praxis und führen so dazu, dass man sich in den Einrichtungen vor diesem Hintergrund intensiv mit dem eigenen Verständnis von Rehabilitation und seiner Umsetzung in der Arbeit mit den Patienten auseinandersetzen muss.

Das Qualitätssicherungsprogramm wird kontinuierlich weiterentwickelt, und es ist daher sicherlich zu früh für eine abschließende Bewertung. Es kann aber festgestellt werden, dass wohl in keinem anderen Bereich des Gesundheitsversorgungssystems zur Zeit ein ähnlich wissenschaftlich fundiertes und flächendeckend implementiertes Verfahren zur Qualitätssicherung existiert.

Den dritten „Meilenstein“ in der Entwicklung der modernen Rehabilitation bildet der **Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“** [4]. Im Rahmen dieses vom Bundesforschungsministerium und der Rentenversicherung mit einem Gesamtvolumen von 80 Millionen DM finanzierten Projektes, das auf eine Laufzeit von sechs Jahren angelegt ist, werden 8 rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbände in Deutschland gefördert. Es ist zu erwarten, dass die Forschungsverbände und die von ihnen koordinierten Forschungsprojekte die wissenschaftlichen Grundlagen der Rehabilitation deutlich erweitern und so die Wissensbasis des Handelns in der Rehabilitation zumindest teilweise in Richtung auf eine „evidenzbasierte Rehabilitation“ weiterentwickeln werden (vgl. [19]).

Das Ideal einer Rehabilitation, die sich bei der Durchführung der Rehabilitationsprozesse zumindest an den Punkten, an denen Entscheidungen von inhaltlicher oder finanzieller Tragweite getroffen werden müssen, auf wissenschaftlich abgesichertes Wissen stützen kann, wird allerdings auch auf diesem Wege nicht in

ausreichendem Maße erreicht werden können. Dafür sind an vielen Stellen die Problemlagen der Patienten zu komplex, die Therapieziele noch nicht genügend valide und reliabel abbildbar, die Interventionen in einigen Bereichen noch zu wenig abgesichert oder die Reha-Effekte nicht ausreichend scharf vom Einfluss intervenierender Variablen zu trennen (vgl. [6,9,24]). Das Ideal einer durchgängig „evidenzbasierten“ Rehabilitation wird in absehbarer Zukunft nicht erreicht werden können – jedenfalls nicht, wenn man unter „Evidenzbasierung“ die Verfügbarkeit von Metaanalysen oder randomisierten Therapiestudien versteht. Deshalb wird das Handeln in der Rehabilitation sich auch weiterhin in einigen Bereichen auf sog. „Erfahrungswissen“ stützen müssen. Dies ist eine Feststellung, die einerseits die Handelnden im Reha-System entlastet, weil sie der alltäglichen Praxis auch aus wissenschaftlicher Sicht eine – zumindest vorläufige – Berechtigung einräumt.

Andererseits aber darf dadurch nicht die Dringlichkeit einer Weiterentwicklung der Wissensbasis verdeckt werden. Dies bezieht sich vor allem auf jene Handlungsbereiche, in denen das derzeit handlungsleitende Erfahrungswissen voraussichtlich nicht kurzfristig durch wissenschaftlich abgesichertes Wissen einer hohen Evidenzstufe (d. h. randomisierte Therapiestudien) gestützt oder ersetzt werden kann. Aber auch auf niedrigeren Evidenzstufen ist eine Verbesserung der Wissensbasis möglich und erforderlich, indem z. B. individuelles Erfahrungswissen durch einen systematischen Expertenkonsens erweitert wird.

An dieser Stelle ist deshalb zu fragen: Welches könnte die nächste Initiative sein, die unternommen werden müsste, um die Wissensbasis zu verbessern und die weitere Entwicklung einer spezialisierten professionellen Rehabilitation gezielt voranzutreiben?

Systematische Initiative für Leitlinien in der Rehabilitation

Zusammengefasst zielt der hier unterbreitete Vorschlag darauf ab, die Erarbeitung indikationsspezifischer Reha-Konzepte, die durch die Reha-Kommission (1989–1991) initiiert wurde, weiterzuführen und den neuen Entwicklungen anzupassen. Ein erfolgversprechender Weg könnte darin bestehen, dass für die wichtigsten Indikationsgebiete der Rehabilitation jeweils ein Referenzzentrum beauftragt wird, für die vorherrschenden Diagnosen (bzw. Fallgruppen) des betreffenden Gebiets unter Einbindung von ausgewiesenen Experten Leitlinien herauszugeben, die das derzeit beste Wissen für ein adäquates Vorgehen in Anamnese, Diagnostik, Therapie, sozialmedizinischer Beurteilung, Epikrise und Nachsorgeempfehlungen zusammenfassen. Dabei sind die vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen und Leitlinien aus dem nationalen und internationalen Bereich zu sichten und von den Experten zu bewerten. Für Handlungsfelder, in denen konsequenzenreiche Entscheidungen fallen, obwohl kein wissenschaftlich abgesichertes Wissen zur Verfügung steht, sollen die Referenzzentren Konsensusprozesse organisieren, in denen das verfügbare Erfahrungswissen kritisch analysiert und zu Handlungsempfehlungen aufbereitet wird. Dies könnte beispielsweise die Indikation einzelner Maßnahmen (z. B. psychotherapeutische Interventionen, Berufsberatung, Belastungserprobung), die Anzahl und Form bestimmter Therapien (z. B. Einzel- vs. Gruppentherapie), die Dauer der Rehabilitation

oder kostenintensive Nachsorgeempfehlungen betreffen. Die Referenzzentren kooperieren mit Rehabilitationseinrichtungen, in denen neu entwickelte Leitlinien unter wissenschaftlicher Begleitung praktisch erprobt werden.

Damit die so entwickelten Leitlinien eine hohe Verbindlichkeit für die Rehabilitationseinrichtungen erhalten, müsste von den Trägern der Rehabilitation eine Koordinierungsstelle eingesetzt werden, die die Referenzzentren supervidiert und abgeschlossene Leitlinien offiziell als Handlungsempfehlungen für die Rehabilitation herausgibt.

Dieser Vorschlag enthält einerseits inhaltliche und andererseits organisatorische Aspekte, die im Folgenden getrennt erläutert werden.

Wissensmanagement in der Rehabilitation

Die inhaltlichen Aspekte einer Optimierung der Wissensbasis lassen sich zu zwei Leitfragen zusammenfassen:

1. Wie kann die Dissemination des aktuell vorhandenen Wissens in die Rehabilitationseinrichtungen unterstützt und Anwendung in der Praxis gewährleistet werden?
2. Wie können die Handlungsfelder, in denen konsequenzenreiche Entscheidungen getroffen werden müssen, ohne dass eine ausreichend abgesicherte Wissensbasis besteht, systematisch identifiziert werden und wie kann die Wissensbasis für solche Entscheidungen relativ kurzfristig verbessert werden?

Dissemination des vorhandenen Wissens

Für die Frage, ob und auf welchen Wegen das bereits vorhandene Wissen in die Rehabilitationseinrichtungen gelangt, ist zunächst zu untersuchen, welche Möglichkeiten dafür heute überhaupt bestehen. Unabhängig von den einzelnen vertretenen Disziplinen können drei Disseminationswege identifiziert werden, die durch die Stichworte „Aus-, Fort- und Weiterbildung“, „Literaturstudium“ und „Training on the job“ zu charakterisieren sind.

Die Vermittlung von rehabilitationsrelevantem Wissen im Bereich der *Ausbildung* beschränkt sich auf einige wenige berufsgruppen- oder bereichsbezogene Konzepte [1,20]. Am Beispiel der ärztlichen Ausbildung stellt sich die Situation in der Rehabilitation so dar, dass Inhalte, die sich speziell auf die medizinische Rehabilitation beziehen, in der ärztlichen Ausbildung an den meisten Universitäten nur marginal berücksichtigt werden.

Eine Möglichkeit, reha-relevante Inhalte durch *Weiterbildung* zu transportieren, kann in der Einführung der neuen Gebietsbezeichnung für Physikalische und Rehabilitative Medizin zum 1.5.1995 gesehen werden. Die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit dieser Gebietsbezeichnung ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen (Abb. 1).

Einschränkend ist allerdings festzustellen, dass es sich hierbei lediglich um 0,5% aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte handelt und dass der überwiegende Teil der Gebietsbezeichnung im Rahmen von Übergangsbestimmungen erteilt wurde, d.h. ohne den Nachweis einer curricularen Weiterbildung. Möglicherweise wird in den nächsten Jahren eine größere Zahl von Medizinern die Weiterbildung zur Gebietsbezeichnung für Physikalische und Rehabilitative Medizin durchlaufen, wenn es gelingt, den Stellenwert der Rehabilitation als wichtigen Pfeiler unseres Ge-

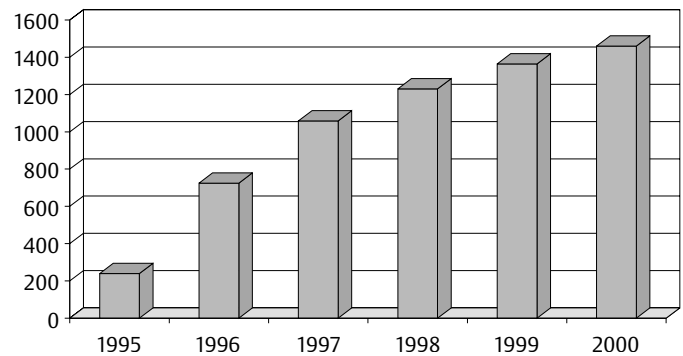


Abb. 1 Ärztinnen und Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin [2].

sundheitssystems zu stärken und damit auch für junge Mediziner attraktiv zu machen.

Eine ganze Reihe von *Fortbildungen* zu wichtigen Bereichen der Rehabilitation werden für Ärzte (und andere Berufsgruppen) von verschiedenen Organisationen angeboten (beispielsweise durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die SAMA oder die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Bei diesen Angeboten handelt es sich jedoch meist um Fortbildungen für einzelne Berufsgruppen in der Rehabilitation (z. B. für Ärzte oder Psychologen) und nur selten um berufsgruppenübergreifende Veranstaltungen für Reha-Teams, die alle in der Rehabilitation vertretenen Berufsgruppen berücksichtigen. Fortbildungsangebote für Reha-Teams wurden in der Vergangenheit vereinzelt unterbreitet. Die Resonanz auf diese Angebote war jedoch eher bescheiden. Dies dürfte mit der hohen Arbeitsbelastung in den Kliniken und der dadurch sehr eingeschränkten Möglichkeit zusammenhängen, mehrere KlinikmitarbeiterInnen gleichzeitig für Fortbildungen an klinikfernen Veranstaltungsorten freizustellen. Eine erfolversprechende Option wäre das Angebot von Fortbildungen für Reha-Teams in den Einrichtungen selbst („In-house-Fortbildungen“), bei denen externe Dozenten Veranstaltungen in den Kliniken durchführen.

Im Vergleich zur Akutmedizin, in der neues handlungsleitendes Wissen durch eine Vielzahl von Fortbildungsangeboten (massiv gefördert durch die Pharma-Industrie) vermittelt wird, besteht für die Fortbildung in der Rehabilitation jedenfalls noch ein erhebliches Entwicklungspotenzial.

Die Situation bezüglich der als Wissensquelle zur Verfügung stehenden *Literatur* gestaltet sich durch die exponentiell steigende Zahl von Veröffentlichungen als kaum zu bewältigen. Eine Recherche im „Web of Science“ (einem erweiterten Science Citation Index des Institute for Scientific Information, ISI) ergab für das Jahr 2000 insgesamt 2392 Arbeiten mit dem Suchbegriff „Rehabilitation“ im Titel oder im Abstract. Die MEDLINE bietet zu den gleichen Konditionen 4113 Artikel an. Selbst wenn die Suche durch die zusätzliche Angabe von Indikationsgebieten oder Diagnosen eingeschränkt wird, erscheint es aus Sicht der MitarbeiterInnen der Reha-Kliniken unrealistisch, die große Zahl von Publikationen auch nur daraufhin zu überfliegen, ob eine Arbeit relevant ist und ihre Bestellung sich lohnt. Darüber hinaus ist die Bestellung von Zeitschriftenartikeln trotz Internet und elektroni-

schem Bestellservice für die meisten der fernab von den Universitäten gelegenen Reha-Kliniken so aufwändig, dass man von vornherein davor zurückschreckt. Nicht zu übersehen ist auch, dass viele KlinikmitarbeiterInnen Schwierigkeiten mit der Rezeption fremdsprachiger Publikationen haben. Es wird daher in der Zukunft darauf ankommen, neue Publikationen aus dem nationalen und internationalen Bereich in systematischer Weise zu sichten und anschließend so aufzubereiten, dass sie in den Kliniken wahrgenommen, von den Teammitgliedern verstanden und auch umgesetzt werden können.

Begrenzungen, die für die bisher genannten Disseminationswege zutreffen, gelten naturgemäß auch für den Weg, der üblicherweise zur Übermittlung reha-relevanten Wissens dient: *Training on the job*. Natürlich soll nicht bestritten werden, dass dies ein eminent wichtiger Weg ist, um das Erfahrungswissen der Praktiker an die neuen KollegInnen weiterzugeben. Ebenso unbestreitbar ist allerdings, dass dieser Weg häufig gegen neue Entwicklungen resistent ist und dazu tendiert, überholtes Wissen zu perpetuieren.

In Kenntnis der genannten Probleme kann es nicht überraschen, wenn das aktuelle Handlungswissen (zumindest im ärztlichen Bereich) häufig auf dem in der Ausbildung erworbenen (akutmedizinischen) Wissen basiert, ergänzt durch die individuellen Erfahrungen in der Reha-Praxis.

Nun könnte man argumentieren, dass trotz der dargestellten schwierigen Rahmenbedingungen aktuelles Wissen in den Reha-Kliniken vorhanden ist und auch umgesetzt wird. Dies trifft sicher auf einen erheblichen Teil der Kliniken zu. Es gibt aber auch Hinweise dafür, dass in diesem Bereich noch erhebliche Defizite bestehen. Belegt werden kann dies z. B. durch die Ergebnisse aus dem Peer-Review-Verfahren [15,16] und durch die große Spannweite von Art und Häufigkeit der eingesetzten Therapieverfahren in einigen Bereichen:

- So ergab die erste Welle von Begutachtungen der Entlassungsberichte aus Reha-Kliniken im Jahre 1997 eine relevante Häufigkeit von Beanstandungen in einigen für die Rehabilitation zentralen Bereichen: Sowohl bei der Anamnese und Diagnostik als auch bei der Therapie und Epikrise wurden gerade die reha-spezifischen Aspekte der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag sowie der psychosozialen Belastungen häufig nur unzulänglich berücksichtigt [12,13]. Dies belegt unseres Erachtens, dass die derzeit etablierten Disseminationswege nicht ausreichen, um durchaus vorhandenes reha-spezifisches Wissen in die Praxis der Rehabilitationseinrichtungen zu transportieren.
- Eine Auswertung der Daten der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) bei Patienten mit Rückenschmerzen durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) zeigte erhebliche Unterschiede in den verordneten Leistungen. Durch eine Clusteranalyse ließen sich zwei Typen von Kliniken bez. ihrer Therapiekonzepte unterscheiden (Abb. 2; vgl. [18]). In der einen Klinikgruppe erhielten 10% der Rückenschmerzpatienten eine psychologische Betreuung, in der anderen Gruppe über 50%. Beim Entspannungstraining waren die Unterschiede mit 30% vs. 85% ebenso markant. Ein unterschiedlicher Wissensstand bzw. generell nicht eindeutiges Wissen über die Notwendigkeit von psychologischer Betreu-

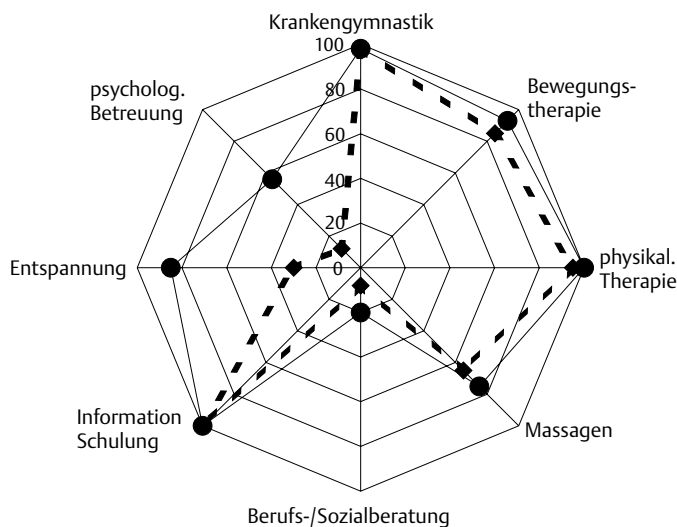


Abb. 2 Behandlungskonzepte bei chronischem Rückenschmerz (unterbrochene Linie: prozentualer Anteil entsprechend behandelter Patienten, BfA 1999); nach [18].

ung oder Entspannungstraining könnte eine der Ursachen für diese enorme Varianz im Einsatz therapeutischer Mittel sein.

Als Zwischenbilanz kann festgestellt werden, dass die Dissemination des grundsätzlich bereits verfügbaren reha-spezifischen Wissens in der Rehabilitation – vor allem im Vergleich zu anderen medizinischen Bereichen – in mehrfacher Hinsicht unzureichend ist und dass deshalb systematisch nach neuen Wegen gesucht werden sollte, um das aktuelle Wissen in die Rehabilitationseinrichtungen zu transportieren und in die praktizierten Rehabilitationskonzepte zu integrieren.

Systematische Identifizierung von Wissenslücken und gezielte Verbesserung der Wissensbasis

Mindestens ebenso wichtig wie eine bessere Dissemination des vorhandenen Wissens ist die Frage, an welchen Stellen der Rehabilitationsprozesse konsequenzenreiche Entscheidungen getroffen werden müssen (und faktisch getroffen werden!), ohne dass dafür eine ausreichend abgesicherte Wissensbasis zur Verfügung steht.

Um solche Wissenslücken identifizieren zu können, schlagen wir vor, die Rehabilitationsprozesse in den einzelnen Fallgruppen systematisch in zweierlei Hinsicht zu analysieren: Zum einen müssten diejenigen Punkte identifiziert werden, an denen Entscheidungen getroffen werden, die entweder für die Patienten (in Bezug auf Zuweisung in die richtige Einrichtung, Therapieerfolg und Fortführung des Rehabilitationsprozesses) oder für die Kosten der Rehabilitation bedeutsame Konsequenzen haben. Zum anderen müsste geprüft werden, welche Wissensbasis verfügbar ist, um die Entscheidungen an diesen Stellen nach möglichst rationalen Kriterien treffen zu können. Für diejenigen Entscheidungspunkte, an denen gravierende Wissenslücken bestehen, müssten dann Konsensprozesse organisiert werden, in denen das derzeit verfügbare Experten- und Erfahrungswissen zusammengetragen und konsensuell abgesichert wird. Wenn auf diese Weise auch kein wissenschaftlich fundiertes Wissen erzeugt werden kann, so kann Wissen, das durch den Konsens von anerkannten Reha-Praktikern, wissenschaftlichen Experten,

Fachgesellschaften etc. abgesichert ist, doch eine höhere Zuverlässigkeit und größere Verbindlichkeit beanspruchen als das Erfahrungswissen einzelner Praktiker oder als Leitlinien, die von einzelnen Autoren oder Autorengruppen verfasst wurden.

Als Raster, an dem sich eine systematische Analyse der Rehabilitationsprozesse und der jeweils bestehenden Wissensbasis in den einzelnen Fallgruppen orientieren kann, dürfte eine „Prozessmatrix der Rehabilitation“ (Abb. 3) hilfreich sein, die auch den Arbeiten der Expertengruppen bei der Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens sowie der Therapiezielkataloge zu Grunde gelegt worden war. In dieser Prozessmatrix sind die Stadien, die üblicherweise bei einem Rehabilitationsprozess durchlaufen werden, mit den inhaltlichen Dimensionen kombiniert, die sich aus dem Gegenstand und den Aufgaben der Rehabilitation ableiten lassen und die spezifische Eigenart der Rehabilitation begründen (vgl. [10]).

Abb. 3 Prozessmatrix der Rehabilitation.

Stadien	Dimensionen des Rehabilitationsprozesses					
	Funktionsfähigkeit		Problemlagen			
	soma- tisch	im Beruf	im Alltag	psy- chisch	sozial	edu- kativ
Reha-Träger						
– Bewilligung						
– Zuweisung						
Reha-Einrichtung						
– Anamnese						
– Diagnostik						
– Therapieziele						
– Therapie						
– sozialmed. Beurteilung						
– Epikrise						
– Nachsorge- Empfehlung						
Nachsorge-Einrichtung						
Nachsorge						

Für eine systematische Analyse der Wissensbasis müssen die einzelnen Felder dieser Matrix anhand bestimmter Reha-Diagnosen (bzw. Fallgruppen) bearbeitet werden mit dem Ziel, die Stellen zu identifizieren, an denen konsequenzenreiche Entscheidungen gefällt werden müssen, und dann die aktuelle Wissensbasis zu beschreiben, die verfügbar ist, um solche Entscheidungen nach rationalen Kriterien treffen zu können. Auf diese Weise kann das verfügbare, ausreichend abgesicherte Wissen den Feldern der Prozessmatrix zugeordnet und gleichzeitig angegeben werden, an welchen Stellen Wissenslücken bestehen, die vorrangig durch Forschungsprojekte oder Konsensusprozesse aufgefüllt werden müssten.

Leitlinien für die Rehabilitation

Sowohl für die Dissemination des bereits vorhandenen Wissens als auch für eine möglichst rasche Verbesserung der Wissensbasis mittels gezielt eingesetzter Konsensusprozesse bietet sich

eine systematische Entwicklung von diagnosen- bzw. fallgruppenspezifischen Leitlinien als geeignetes Instrument an.

Leitlinien fassen für definierte Krankheitsbilder das aktuell verfügbare Wissen zu Handlungsempfehlungen zusammen, an denen sich die Entscheidungen von Klinikern und Patienten orientieren sollten, um eine adäquate Gesundheitsversorgung zu gewährleisten: „Guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances“ [8].

Die spezifischen Belange der Rehabilitation werden in den derzeit angebotenen (akutmedizinischen) Leitlinien nur selten berücksichtigt [11]. Rehabilitationsspezifische Leitlinien sind u.a. von der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (GRVS), der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR) oder der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) herausgegeben worden und können auf den Internet-Seiten dieser Gesellschaften abgerufen werden.

Bei der (Weiter-)Entwicklung von Leitlinien für die Rehabilitation müssen neben den oben genannten allgemeinen Anforderungen an Leitlinien auch reha-spezifische Besonderheiten berücksichtigt werden. Dazu zählen folgende Punkte:

- Aufgrund der Multidisziplinarität und Multiprofessionalität in der Rehabilitation ist es notwendig, dass die Leitlinien von allen Teammitgliedern verstanden und umgesetzt werden können.
- Leitlinien müssen aktuelle Entwicklungen aus verschiedenen Bereichen der Medizin, aber auch anderer Disziplinen (z.B. Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Pädagogik) berücksichtigen. In die Expertengremien zur Definition von Leitlinien müssen deshalb anerkannte Repräsentanten dieser Professionen einbezogen werden.
- Bei den intendierten Ergebnissen der Rehabilitationsleistungen muss die spezifische Zielsetzung der Rehabilitation einbezogen werden.

Neben der Entwicklung von Leitlinien ist ihre Implementation in die Rehabilitationspraxis eigens zu thematisieren. Sie kann vor allem dadurch gefördert werden, dass Leitlinien die wichtigsten praxisrelevanten Probleme fokussieren und überzeugende, praktikable Lösungen anbieten. Darüber hinaus aber sollten auch spezielle Fortbildungskonzepte für die Dissemination von Leitlinien entwickelt und Verfahren zur Überprüfung der Einhaltung von Leitlinien eingesetzt werden.

Dieser letzte Aspekt scheint uns von besonderer Bedeutung. Im Vergleich mit den anderen Bereichen des Gesundheitsversorgungssystems bietet die Rehabilitation bereits heute die Möglichkeit, im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens, das routinemäßig in allen von der Rentenversicherung federführend belegten Einrichtungen durchgeführt wird, an Stichproben von Behandlungsverläufen die Einhaltung der Leitlinien zu überprüfen. Die Berücksichtigung von Leitlinien wird dadurch verbindlich, und die Rückmeldung der Prüfungsergebnisse an die Kliniken wird die Implementation der Leitlinien vermutlich erheblich beschleunigen.

Es darf bei der Implementation von Leitlinien nicht übersehen werden, dass es durchaus Faktoren gibt, die diesen Prozess erschweren können:

- Zunächst einmal ist damit zu rechnen, dass von den Klinikern das Argument vorgebracht werden kann, Leitlinien reduzieren die „ärztliche Kunst“ in der Rehabilitation auf eine „Kochbuch-Medizin“, bei der die klinische Erfahrung der Behandler nicht ausreichend berücksichtigt wird (vgl. auch [21]). Dieser Argumentation wäre zu entgegen, dass es bei der Einführung von Leitlinien nicht darum geht, jede einzelne therapeutische Entscheidung festzulegen. Vielmehr ist es das Ziel, auf einem größeren Detaillierungsniveau einen Handlungsrahmen bzw. einen Entscheidungskorridor nach der besten zur Verfügung stehenden Wissensbasis zu definieren, von der in begründeten Fällen durchaus abgewichen werden kann.
- Es bestehen zur Zeit oftmals in den Reha-Kliniken keine definierten Strukturen für ein Wissensmanagement. So gibt es beispielsweise kaum Reha-Einrichtungen mit dem Status eines akademischen Lehrkrankenhauses. Die bestehenden Strukturen in den Reha-Kliniken sind in der Regel nicht dazu geeignet, ein spezielles (Arbeits-)Klima herzustellen, in dem Anreize für (neues) Lernen gesetzt werden. Diese Strukturen müssen nach und nach aufgebaut werden – was sicherlich kein leichter und auch kein sehr schneller Prozess sein wird. Dieser Prozess könnte jedoch durch die Einführung von Leitlinien unterstützt und beschleunigt werden.
- Die Arbeitsbelastung in den Kliniken hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen [17]. Von den Kliniken und den dort Beschäftigten eine immer höhere Leistung zu verlangen, stößt an Grenzen. Dies verdeutlicht, dass ein Organisationskonzept zur Umsetzung von Leitlinien nicht nach dem Top-down-Prinzip aufgebaut sein und einfach „angeordnet“ werden kann. Es ist vielmehr erforderlich, sowohl die Mitarbeiter in den Prozess zu integrieren [25] als auch die strukturellen Gegebenheiten in den Einrichtungen bereits bei der Formulierung von Leitlinien zu berücksichtigen.

Das in den vorstehenden Abschnitten angedeutete Arbeitsprogramm für eine systematische Erstellung und Implementierung von Leitlinien für die wichtigsten Fallgruppen in der Rehabilitation erfordert unseres Erachtens eine eigene Organisationsstruktur, die – in welcher Form auch immer – zentral von den Rehabilitationsträgern gesteuert und supervidiert wird. Dies erscheint uns schon deshalb erforderlich, weil die Akzeptanz von Leitlinien ganz entscheidend von der Akzeptanz der Institution abhängt, die sie herausgibt. Außerdem dürfte keine andere Instanz in der Lage sein, alle an den Reha-Prozessen beteiligten Institutionen mit ihren vielfach divergierenden Interessen an einen Tisch zu bringen. Die Deutsche Rentenversicherung hat in der Reha-Kommission und in ihrem Qualitätssicherungsprogramm Strukturen und Vorgehensweisen entwickelt, die auch für die neue Aufgabe einer systematischen Entwicklung von Leitlinien genutzt werden könnten. Nach Möglichkeit sollten auch die anderen Rehabilitationsträger (v. a. Kranken- und Unfallversicherung) frühzeitig in die Initiative eingebunden werden.

Organisationsvorschlag für eine systematische Entwicklung von Leitlinien in der Rehabilitation

Nach der Darstellung der inhaltlichen Aspekte soll abschließend ein Organisationskonzept für die Entwicklung und Implementa-

tion von Leitlinien vorgeschlagen werden, das versucht, die dargestellten Anforderungen sowie die spezifischen Rahmenbedingungen des Rehabilitationssystems in Deutschland zu berücksichtigen. Abb. 4 stellt einen entsprechenden Organisationsvorschlag zusammenfassend dar.

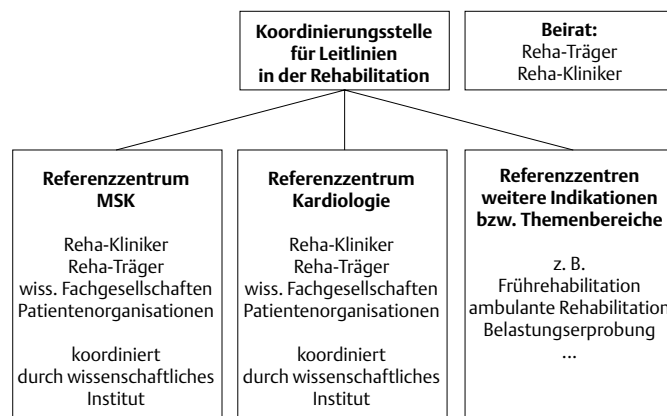


Abb. 4 Organisationsvorschlag für eine systematische Entwicklung von Leitlinien.

Die Koordinationsstelle ist als steuerndes und supervidierendes Gremium bei der Entwicklung und Implementation der Leitlinien für die Rehabilitation konzipiert. Dieses Gremium sollte bei den Leistungsträgern der Rehabilitation angesiedelt sein. Durch die Beteiligung der Reha-Träger und der Reha-Kliniker in einem Beirat soll die erforderliche Praxisnähe sichergestellt werden. Die Aufgaben der Koordinationsstelle sind:

- Steuerung und Supervision des Gesamtprozesses
- Organisation der Schnittstellen (s. u.)
- Verabschiedung und verbindliche Empfehlung abgeschlossener Leitlinien
- Evaluation der Leitlinien-Implementation

Die Koordinationsstelle hat Schnittstellen zu mehreren für den Erfolg des Programms wichtigen Organisationen. Die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern, der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ), der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) und dem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger verspricht Synergieeffekte bei der Entwicklung und Implementation. Die intensive Kooperation mit den Reha-Forschungsverbänden ermöglicht, dass aktuelle Forschungsergebnisse der Verbände zeitnah bei der Entwicklung und Implementation von Leitlinien berücksichtigt werden. Abb. 5 stellt diese Schnittstellen schematisch dar. An mehreren Stellen des Entwicklungs- und Implementationsprozesses bietet sich außerdem die Zusammenarbeit mit Einrichtungen wie der Cochrane Collaboration oder dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin an.

Die nächste Organisationsebene besteht in indikationsspezifischen *Reha-Referenzzentren* (RRZ), die mit der eigentlichen Leitlinien-Entwicklung befasst sind. In den RRZ arbeiten – entweder in Kooperation oder koordiniert durch entsprechend ausgewiesene Forschungsinstitute – Reha-Kliniker, Vertreter von Reha-Trägern, Patientenorganisationen und Vertreter der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusammen. Aufgaben der RRZ sind:

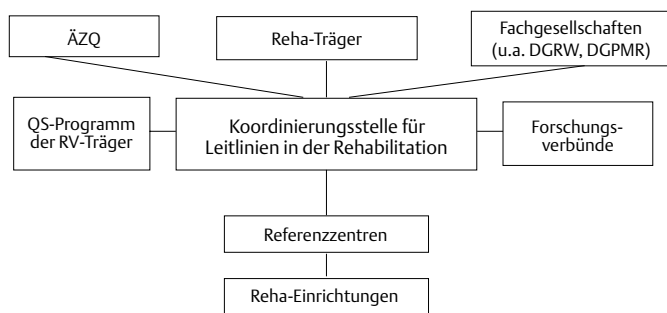


Abb. 5 Schnittstelle* n der Koordinierungsstelle.

- Prozessanalyse und Definition prioritärer Handlungsfelder
- Screening und Bewertung vorhandener Leitlinien
- Organisation von Konsensusprozessen
- Erarbeitung von Handlungsempfehlungen
- Praxistest und ggf. Überarbeitung der Empfehlungen
- Implementation in die Praxis
- fortlaufende Aktualisierung
- Definition prioritärer Forschungsfelder
- Erstellung leitliniengestützter Patienteninformationen

Die Referenzzentren führen also unter der Supervision der Koordinierungsstelle die notwendigen Prozessanalysen durch und definieren die prioritären Handlungsfelder durch Analyse der einzelnen Felder der Prozessmatrix. Jedes Feld ist daraufhin zu untersuchen, wo und welche consequenzenreiche Entscheidungen gefällt werden müssen und welche Wissensbasis mit welcher Evidenz zur Verfügung steht. In den Fällen, in denen kein oder nur unzureichendes evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung steht, stellen die Zentren in formellen Konsensusprozessen die Wissensbasis mit der aktuell verfügbaren bestmöglichen Evidenz zusammen und fügen diese als Handlungsempfehlung in die Prozessmatrix ein. Direkter Forschungsbedarf ergibt sich für diejenigen (prioritären) Handlungsfelder, in denen die Evidenz für oder gegen bestimmte Entscheidungen ungenügend ist. Nach der Erprobung der Handlungsempfehlungen in Praxistests erfolgt die Implementation in die Reha-Praxis. Die Zentren arbeiten an der Schnittstelle von Forschung und Praxis eng mit den Rehabilitationseinrichtungen zusammen. Für die Weiterentwicklung der Leitlinien und der Handlungsempfehlungen ist die Rückmeldung aus den Reha-Einrichtungen über die Erfahrungen bei der Implementation in die Praxis von besonderer Wichtigkeit.

Mit dem hier vorgeschlagenen Konzept wird eine vergleichsweise stark zentral gesteuerte Organisationsform vorgeschlagen. Als Alternative ist sicherlich die Organisation der Leitlinienentwicklung mittels dezentraler „Insellösungen“ zu diskutieren. Es besteht dabei allerdings das hohe Risiko, dass (wie bisher) an verschiedenen Stellen Leitlinien unterschiedlicher Qualität und unterschiedlicher Praxisrelevanz entstehen werden, die dann später einer (nur mit erheblichen Schwierigkeiten und hohem Aufwand realisierbaren) Vereinheitlichung bedürfen. Durch eine dezentrale Lösung bei der Leitlinienentwicklung werden also ebenfalls zentrale Koordinationsleistungen erforderlich. Es erscheint daher ökonomischer, die vorhandene Kompetenz bereits bei der Konzeption zu bündeln, um parallele Entwicklungen und den damit verbundenen Ressourceneinsatz zu verhindern.

Die Notwendigkeit der Beteiligung der Rehabilitationsträger (v.a. Renten-, Kranken- und Unfallversicherung) ergibt sich u.a. aus den Anknüpfungspunkten der Leitlinienentwicklungen für diejenigen Prozesse, die außerhalb der eigentlichen medizinischen Rehabilitation, also außerhalb der Reha-Kliniken stattfinden. Die Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation darf sich mittelfristig nicht auf die klinikinternen Prozesse beschränken, sondern muss den gesamten Rehabilitationsprozess umfassen, das heißt von der Indikationsstellung über die Zuweisungssteuerung bis zur Reha-Nachsorge. Die Beteiligung der Rehabilitationsträger ist dabei unverzichtbar.

Ausblick

Das vorgeschlagene Organisationskonzept für die Entwicklung und die Implementation von Leitlinien in der Rehabilitation ergänzt und erweitert die eingangs berichteten Meilensteine auf dem Weg zur Professionalisierung der Rehabilitation in systematischer Weise: Es greift die Ergebnisse der Reha-Kommission v.a. im Hinblick auf die dort entwickelten Rehabilitationskonzepte auf und hat direkte Schnittstellen zum Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen und zum Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften der Deutschen Rentenversicherung und des BMBF. Die Voraussetzungen für die Einführung sind aufgrund der bestehenden Bedingungen als günstig einzuschätzen. So steht beispielsweise mit dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung ein Monitoringinstrument zur Verfügung, mit dem die Umsetzung von Leitlinien in die Praxis direkt beurteilt werden kann.

Für die weite Verbreitung der Leitlinien und für das Wissensmanagement insgesamt wird es sinnvoll sein, die neuen Entwicklungen der Informationstechnologie zu berücksichtigen, die sich mit Schlagworten wie „Health Care Information Technology“ oder „Health Informatics“ oder auch „Distance Learning“ beschreiben lassen und die ganz zentral auf die Möglichkeiten des Internets setzen.

Die schnelle Verbreitung des Internets bei den Nutzern (80 Millionen zwischen 1994 und 1999 lt. Morgan Stanley Technology Research Estimate, 1999) sowie der exponentielle Anstieg der Anbieter (die Zahl der Domain Hosts stieg von 2200 in 1994 auf 72400 in 2000 [14]) zeigen die Chancen dieses Mediums auch für das Wissensmanagement auf.

Internet- oder Intranet-basierte interaktive Lernprogramme oder durch das Internet schnell und unproblematisch verfügbare leitlinienbasierte Handlungsempfehlungen für die Reha-Praktiker und Informationssysteme für die Patienten, wie sie die ÄZQ bereits heute erarbeitet, werden eine zentrale Bedeutung erhalten.

Die Kombination des vorgestellten Organisationskonzeptes mit den modernen Möglichkeiten der Informationstechnologie bietet eine herausragende und erfolversprechende Chance für die Weiterentwicklung der Rehabilitation und für die noch bessere Nutzung der durch das Reha-System in Deutschland gegebenen Möglichkeiten.

Dank

Die Autoren danken Frau Prof. Dr. M. Bullinger, Frau Dr. C. Korsukéwitz, Herrn Dr. R. Buschmann-Steinhage, Herrn Dr. F. Schliehe und Herrn Prof. Dr. G. Stucki für wertvolle Anregungen bei der Erstellung des Manuskriptes.

Literatur

- ¹ Bengel J, Willmann H. Konzeption einer Weiterbildung „Rehabilitationspsychologie“ bzw. „Klinische Psychologie in der Rehabilitation“ (Postgraduierung). In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). Kompetenz und Qualität Klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, 2000: 216–232
- ² Bundesärztekammer. Ärzttestatistik zum 31.12.2000. URL: www.bundesaerztekammer.de, 2001
- ³ Buschmann-Steinhage R. The German research funding programme „Rehabilitation sciences“ – How to implement its findings. Vortrag, 7th European Congress of Research in Rehabilitation, 1. bis 6. April 2001, Madrid, 2001
- ⁴ Buschmann-Steinhage R, Gerwin H, Klosterhuis H, Mitreiter R. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – ein Förderprogramm und seine Umsetzung. Die Rehabilitation 1998; 37 (Suppl 2): S71–S77
- ⁵ Egner U, Gerwin H, Müller-Fahrnow W, Schliehe F. Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation – Konzept, Stand der Umsetzung und Perspektiven. Die Rehabilitation 1998; 37 (Suppl 1): S2–S7
- ⁶ Faller H, Haaf H-G, Löschmann C, Maurischat C, Schulz H. Experimentelle und nicht-experimentelle Studienpläne in der Rehabilitationsforschung. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.). Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer: Berlin, 2000: 271–286
- ⁷ Farin E, Jäckel WH. Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Die BEK, Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung 2001; 8: 376–381
- ⁸ Field MJ, Lohr KN (Hrsg.). Clinical practice guidelines. Directions for a new program. Washington, D. C.: National Academy Press, 1990
- ⁹ Gaus W, Rösch M, Muche R. Klinische Studien zur Reha-Forschung – Möglichkeiten und Probleme aus biometrischer Sicht. In: Tagungsband, 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8. bis 10. März 1999 auf Norderney. DRV-Schriften, Band 12. Frankfurt/Main: VDR, 1999: 108–109
- ¹⁰ Gerdes N, Weis J. Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.). Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin: Springer, 2000: 41–68
- ¹¹ Helou A, Korsukéwitz C, Schwartz FW. Leitlinien in der Rehabilitation. Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Die Angestelltenversicherung 1999; 12: 563–568
- ¹² Hocht Rhein-Institut für Rehabilitationsforschung in Zusammenarbeit mit der BfA und dem VDR. Peer Review. Erste Stufe der Routinisierung in 100 Rehabilitationskliniken. Zusammenfassender Ergebnisbericht für Rentenversicherungsträger und Rehabilitationskliniken. Bad Säckingen: HRI, 1998
- ¹³ Hocht Rhein-Institut für Rehabilitationsforschung in Zusammenarbeit mit der BfA und dem VDR. Peer Review 1999 / Somatische Indikationsbereiche. Zusammenfassender Ergebnisbericht für Rentenversicherungsträger und Rehabilitationskliniken. Bad Säckingen: HRI, 2000
- ¹⁴ Internet Software Consortium, URL: www.isc.org, 2000
- ¹⁵ Jäckel WH, Dorenburg U, Beckmann U, Protz W. Peer-Review: Data from 100 Rehabilitation hospitals in Germany. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). Congress Proceedings, 6th European Congress on Research in Rehabilitation, Berlin, Germany, May 31 to June 4, 1998. DRV-Schriften, Band 10. Frankfurt/Main: VDR, 1998: 487–488
- ¹⁶ Jäckel WH, Maier-Riehle B, Protz W, Gerdes N. Peer-Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozeßqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Die Rehabilitation 1997; 36: 224–232
- ¹⁷ Koch U. Individualität und Rehabilitationsprozess. In: Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger (Hrsg.). Tagungsband, 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 13. bis 15. März 2000 in Würzburg. DRV-Schriften, Band 20. Frankfurt/Main: VDR, 2000: 23–25
- ¹⁸ Korsukéwitz C. Rehabilitationsleitlinien und QS aus der Sicht der BfA. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.). Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente? Perspektiven für die Rehabilitation. Beiträge der Tagung am 28. und 29.2.2000 in Berlin. Berlin: BfA, 2000
- ¹⁹ Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Kolkman F-W (Hrsg.). Lehrbuch der Evidenz-basierten Medizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2000
- ²⁰ Muthny FA. Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Rehabilitation. Projekt Q1 des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes NRW. Eigendruck, 1998
- ²¹ Raspe H. Evidence based medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? Z aerztl Fortbild 1996; 90: 553–562
- ²² Schliehe F. Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung – Perspektiven und Ziele. Deutsche Rentenversicherung 1994; (11): 745–750
- ²³ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlussberichte, Band I-VII. Frankfurt/Main: VDR, 1991
- ²⁴ Waldmann H-C. Strategien der Rehabilitationsforschung: Die Forschungsansätze im Überblick. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.). Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer: Berlin, 2000: 255–270
- ²⁵ Wersig G. Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis – Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). Tagungsband, 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 12. bis 14. März 2001 in Halle/Saale. DRV-Schriften, Band 26. Frankfurt/Main: VDR, 2001: 22–32