

Modell einer didaktisch-methodischen Stundenplanung „Adipositas“

A. Baldus¹
G. Huber²
K. Schüle³

► Rehabilitationswissenschaftliche Aspekte

Rehabilitative Versorgungspfade umfassen derzeit schwerpunktmäßig indikationsspezifische Ist-Behandlungen. Kriterien einer Soll-Vorgabe als Grundlage einer zielorientierten Rehabilitation fehlen dagegen häufig. So wird bei der Zielorientierung rehabilitativer Prozesse die Beteiligungsmöglichkeit des Leistungsempfängers immer noch zu wenig in die rehabilitativen Prozesse einbezogen. Die Gesundheitskomponenten des Rehabilitanden auf der Grundlage der ICF-Kriterien beeinflussen jedoch die Erreichbarkeit des Rehabilitationszieles wesentlich.

Eine solche patienten- bzw. rehabilitandenorientierte Erstellung von Standards für Behandlungspfade (Leitlinien) erfordert die Weiterführung der derzeit vorwiegend indikationsspezifischen (Impairment-spezifischen) Systematisierungen und Standards [17] hin zu „individuellen“ Behandlungspfaden unter Einbezug der Informationen über die Funktionsfähigkeit der zu behandelnden Menschen.

Über eine wissenschaftliche Erhebung von (indikationsspezifischen) Einzelaspekten der Rehabilitation hinaus, bedarf es an dieser Stelle vielmehr einer kennzahlenorientierten Weiterentwicklung und Evaluation von leitlinienorientierten „individuellen“ Behandlungspfaden als Entscheidungshilfe für die Zuweisung zu optimalen und evidenzbasierten Interventionen (vgl. [15]).

¹ Geschäftsführerin des DVGS

² ISSW der Universität Heidelberg

³ Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation

► Gesetzliche Grundlagen

Das Sozialgesetzbuch sieht in SGBV § 137 f. „Strukturierte Behandlungsprogramme der chronischen Krankheiten“ vor. Diese sollen den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Derzeit gelistet als „Disease Management Programme (DMPs)“ sind COPD, KHK, Mammakarzinom und Diabetes mellitus Typ I+II. Die Adipositas steht im Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) im Entscheid. Die Programme erhalten mit der Kostenklassifikation des RSA-Morbi zur Finanzierung der Kostenträger ab 01.01.2009 besondere „Gewichtung“. Krankenkassen werden zunehmend „stabile“ Chronifizierte neben „fitten“ Gesunden zur gesunden Haushaltsführung benötigen. Diese Zuordnung führt zur Überlegung, für diese Indikationen, hier Adipositas, strukturierte Bewegungsprogramme zu erstellen, die den Anforderungen an SGBV § 137 genügen. Da es sich allesamt um „Bewegungsmangelkrankheiten“ handelt, erstaunt, dass nahezu kein gängiges DMP-Programm derzeit die Bewegung impliziert.

Die Bewegungsprogramme als ergänzende Angebote der DMPs sollten dabei den Anforderungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) genügen, und zwar durch epidemiologische Begründung, Evidenzbasierung, Eigenverantwortlichkeit und Empowerment des Rehabilitanden und Schulungen der Leistungserbringer und Versicherten (Patientenschulung). So sind nach SGBV § 43 Abs. 2 „wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke“ zu erbringen.

Das vorliegende Programm berücksichtigt diese Anforderungen.

► Blickpunkt Versorgungsforschung

Neben rehawissenschaftlichen Aspekten und gesetzlichen Vorgaben ist auch die Betrachtung ökonomischer Anforderungen notwendig. Eine an der Erlangung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit ausgerichtete Rehabilitation folgt weitgehend den Anforderungen nach Wirtschaftlichkeit im Zuge der Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Neben den Aspekten der Ausgabenreduzierung bei Einnahmenbegrenzung (Diagnosis Related Groups) steht bei „individualisierten Behandlungspfaden“ die Kostensteuerung im Gesundheitswesen durch die Vermeidung und Reduzierung von Folgekosten durch Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen im Vordergrund. Das könnte zu nicht stereotypen Verordnungen rehabilitativer Leistungen (EDV-gestützte Instrumentarien für die ärztliche Verordnung und Zuweisung) führen.

Die Forderung, wonach Behandlungsmodule für „die richtigen Patienten, zum richtigen Zeitpunkt“ zur Verfügung stehen müssen (indikationsspezifische Standards; [17]), bedarf der Ergänzung: „die nur für sie richtigen Behandlungsmodule“ (=ICF-orientierte, mehrdimensionale Standards, in denen trotz gleicher Indikation unterschiedliche Beeinträchtigungen und daher unterschiedliche Behandlungen für zwei Menschen die Folge sein können). Zielsetzungen in der Rehabilitation sind durch die Vorgaben der ICF der WHO (In-

ternational Classification of Functioning, Disability and Health) definiert. Sie können unter einem jeweils ausgewählten Tracer (Indikator) evaluiert werden. So können zum einen Kennzahlen für die Erreichung der ICF-Vorgaben erhoben werden (z.B. d840–859 Arbeit und Beschäftigung). Andererseits kann eine Evaluation auch Kennzahlen zur Rehabilitandenzufriedenheit während des Rehabilitationsprozesses erstellen. Beide Aspekte sind im Kennzahlensystem kombinierbar, etwa Aussagen über die Rehabilitandenzufriedenheit bei der Zielsetzung „Arbeit und Beschäftigung“.

Das vorliegende Modell kann eingesetzt werden, um Kennzahlen der jeweiligen Kriterien der Ergebnisqualität (z.B. Employability, Selbstmanagement, Lebensqualität) zu erstellen; einzeln erfasst – oder kombiniert – ergeben sie ein „Mosaik“ für eine leitlinienorientierte Rehabilitation.

Leitlinien im Sinne von „Handlungskorridoren“ beinhalten „Fallunterscheidungen“, also „Alternativprozesse“. Die Breite des Korridors bezieht so die individuellen und spezifischen Abweichungen und Einschränkungen einer Intervention mit ein; sie gestaltet sich somit flexibler als (indikationspezifische) Standardinterventionen. Damit ergeben sich bedarfsangepasste, nicht stereotype Rehabilitationsprozesse, die eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung vermeiden. Gleichzeitig dienen sie auch der Fehler(kosten)kontrolle.

Die Kriterien, Instrumente und Interventionen – insbesondere die Vorgaben der ICD/ICF – stehen in einem Folgezusammenhang oder in unmittelbarem Kontext bzw. in Wechselwirkung (Prozessschleifen). Insbesondere aus den Fallunterscheidungen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung (Algorithmen) können im Rahmen von Einzelforschungen bzw. multizentrischen Studien Kennzahlen entwickelt werden, beispielsweise die Anzahl erfolgreicher Hüft-TEPs eines Akutkrankenhauses. Dadurch erhalten Patienten, Kostenträger, aber auch Einrichtungsträger Orientierungen zur Einordnung von Qualitäten der Rehabilitation.

► Anforderungen und Erwartungen des Rehabilitanden (Patientenorientierung)

Im Mittelpunkt des vorliegenden Adipositasprogramms steht der Patient/Rehabilitand, wobei die ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) den diagnostizierten, ätiologischen Ansatz für die Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen o.Ä. liefert. In Verbindung mit der ICF ist die Information über Funktionsfähigkeit bzw. Gesundheitskomponenten des Patienten/Rehabilitanden Grundvoraussetzung einer patientenorientierten Konzeption, Realisation (sowie der Evaluation) des „individualisierten“ Behandlungspfades. Das impliziert, dass zwei „Personen mit derselben Krankheit [...] ein unterschiedliches Niveau der Funktionsfähigkeit aufweisen [...] und zwei Personen mit gleichem Niveau der Funktionsfähigkeit [...] nicht notwendigerweise das gleiche Gesundheitsproblem haben“ müssen (ICF, Stand Oktober 2005).

Die Austauschwirkung mit den Nebenprozessen, den Gesundheitskomponenten des Rehabilitanden (ICF) – insbesondere der Kontextfaktoren –, die Veränderungen des Rehashstatus des Rehabilitanden, Änderungen bei den Strukturvorgaben u.Ä. führen dabei zu einem Algorithmus (Fallunter-

scheidungen), wann welche Interventionen („richtige Behandlungsmodule zum richtigen Zeitpunkt für den richtigen Patienten“) im Rehabilitationsprozess zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung führen und ausgeschlossen werden müssen (Fehler[kosten]kontrolle und Optimierung des Rehabilitationsprozesses). Die dabei zu entwickelnden Kennzahlen können somit zur Formulierung von Leitlinien herangezogen werden. Das vorliegende Adipositasprogramm empfiehlt wenigstens zwei Versorgungspfade:

- Pfad I: Kombination aus Wissen–Handeln
- Pfad II: Kombination aus Wissen–Emotion.

► ICF-orientiertes Interventionsmodell „Adipositas“

Die Vorgaben der ICD/ICF nehmen wesentlichen Einfluss auf die Prozessqualität der Adipositasprogramme. Das vorliegende Interventionsmodell basiert auf der Mehrdimensionalität der ICF-Vorgaben. Rehabilitative Interventionen innerhalb des Programms müssen sowohl die physischen wie auch psychischen bzw. psychosozialen Komponenten des Rehabilitanden einbeziehen. Hierzu eignen sich gesundheitspädagogische Modelle in besonderem Maß.

Adipositas: Körperfunktionen	
b 126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	b 1263 psychische Stabilität
b 130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	b 1266 Selbstvertrauen
b 180 Selbstwahrnehmung	b 1300 psychische Energie
	b 1301 Motivation
	b 1302 Appetit
b 140-429 Funktionen des kardiovaskulären Systems	b 1801 Körperschema
b 430 Funktionen des hämatologischen Systems	b 410 Herzfunktionen
b 440 Atmungsfunktionen	b 415 Blutgefäßfunktionen
b 455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit	b 420 Blutdruckfunktionen
b 510 Funktionen der Nahrungsaufnahme	b4302 Metabolitransport des Blutes
b 515 Verdauungsfunktionen	b 4551 Aerobe Kapazität
b 520 Funktionen der Nahrungsmittel-Assimilation	b 5103 Handhabung von Speisen im Mund
b 540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen	b 525 Defäkationsfunktionen
b 545 Wasser-, Mineral-, Elektrolythaushalt	b 5400 Grundumsatz
b 550 Funktionen der Wärmeregulation	b 5508+5509 Wärmeregulationsfunktionen
b 640- 679 Genital- und reproduktive Funktionen	b 640 sexuelle Funktionen
b 710-729 Funktionen der Gelenke und Knochen	b 710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit
b 730-749 Funktionen der Muskeln	b 730 Funktionen der Muskelkraft

Abb. 1 Itemauswahl Adipositas Körperfunktionen.

Ausgehend von der Diagnose (ICD) kann die didaktische Auswahl motorischer, kognitiver wie affektiver Lernziele individuell und rehabilitandenorientiert dem Erreichen der ICF-Vorgaben dienen. Ebenso können die Methoden und Maßnahmen der Rehabilitationsprozesse individuell und rehabilitandenorientiert indiziert werden. Dies ist von umso größerer Bedeutung, als zwei Personen mit gleichem Impairment nicht nur unterschiedliche Funktionsfähigkeiten aufweisen können, sondern hierbei nicht notwendigerweise in gleichem Maß aus der abgeleiteten didaktisch-methodischen Intervention partizipieren müssen. Inhalte und Maßnahmen der Rehabilitation, die für einen Patienten durch dessen Gesundheitskomponenten umsetzbar und erreichbar sind, müssen das für einen anderen Patienten (gleicher Schädigung und gleicher oder abweichender Funktionsfähigkeit) nicht unbedingt sein.

Gesundheitskomponenten können dabei in nur einem oder zwei Aspekten voneinander abweichen und begründen damit nicht stereotype Rehabilitationsprozesse. Innerhalb der Prozessschleifen und Algorithmen ist zu beachten, dass die Gesundheitskomponenten des Rehabilitanden auch während des Rehabilitationsprozesses veränderbar sind (z.B. das Entstehen von Bewegungsgängsten durch Schmerzen). Die didaktisch-methodische Auswahl von Rehabilitationsmaßnahmen kann während des Rehabilitationsprozesses permanenten Änderungen bzw. Anpassungen unterliegen. Daher ist ein „Controlling“ der Rehabilitandenorientierung zu jedem Zeitpunkt des Rehabprozesses notwendig.

Aus den individualisierten Rahmenbedingungen des Rehabilitanden ergeben sich individualisierte „Module“, also Behandlungseinheiten, aus denen sich in deren Gesamtheit höchst unterschiedliche Behandlungspfade ergeben können.

Orientiert an den Impairments, physischen und psychischen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie an der Partizipation werden drei Ebenen der Intervention berücksichtigt:

- Wissen
- Handeln
- Emotion

Adipositas: Körperstrukturen

- s 140 Struktur des kardiovaskulären Systems**
- s 430 Struktur des Atmungssystems**
- s 598+ 599 mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Zusammenhang stehenden Strukturen**
- s 770 Weitere mit der Bewegung in Zusammenhang stehende muskuloskeletale Strukturen**

Abb.2 Itemauswahl Adipositas Körperstrukturen.

Adipositas: ADLs

Aktivitäten und Partizipation

<ul style="list-style-type: none"> d 110-129 bewusste sinnliche Wahrnehmungen d 240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen d 410-429 Mobilität d 450-469 Gehen und sich fortbewegen d 470-489 Sich mit Transportmitteln Fortbewegen Kapitel 5: Selbstversorgung d 510 sich waschen d 520 seine Körperteile pflegen d 530 die Toilette benutzen d 540 sich kleiden d 570 auf seine Gesundheit achten d 710-779 Allgemeine und besondere interpersonelle Interaktionen d 840-859 Arbeit und Beschäftigung 	<ul style="list-style-type: none"> d 120 andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen (z.B. Schmecken) d 2401 mit Stress umgehen d 410 elementare Körperposition wechseln d 415 in einer Körperposition verbleiben d 420 sich verlagern d 450 Gehen d 455 auf andere Weise fortbewegen d 460 sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen (Wohnung) d 470 Transportmittel benutzen d 5701 Ernährung und Fitness handhaben d 5702 seine Gesundheit erhalten d 750 informelle soziale Beziehungen d 760 Familienbeziehungen d 770 Intime Beziehungen d 840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
---	--

Abb.3 Itemauswahl Adipositas Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs).

Adipositas: Umweltfaktoren

- e 120 Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen**
- e 140 Produkte und Technologien für Kultur, Freizeit und Sport**

Kapitel 3 Unterstützung und Beziehungen

- e 310 engster Familienkreis**
- e 320 Freunde**
- e 355 Fachleute der Gesundheitsberufe**

Kapitel 5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

- e 510 für die Konsumgüterproduktion**
- e 515 Architektur- und Bauwesen**
- e Stadt- und Landschaftsplanung**
- e 540 Transportwesen**
- e 580 des Gesundheitswesens**

Abb.4 Itemauswahl Adipositas Umweltfaktoren.

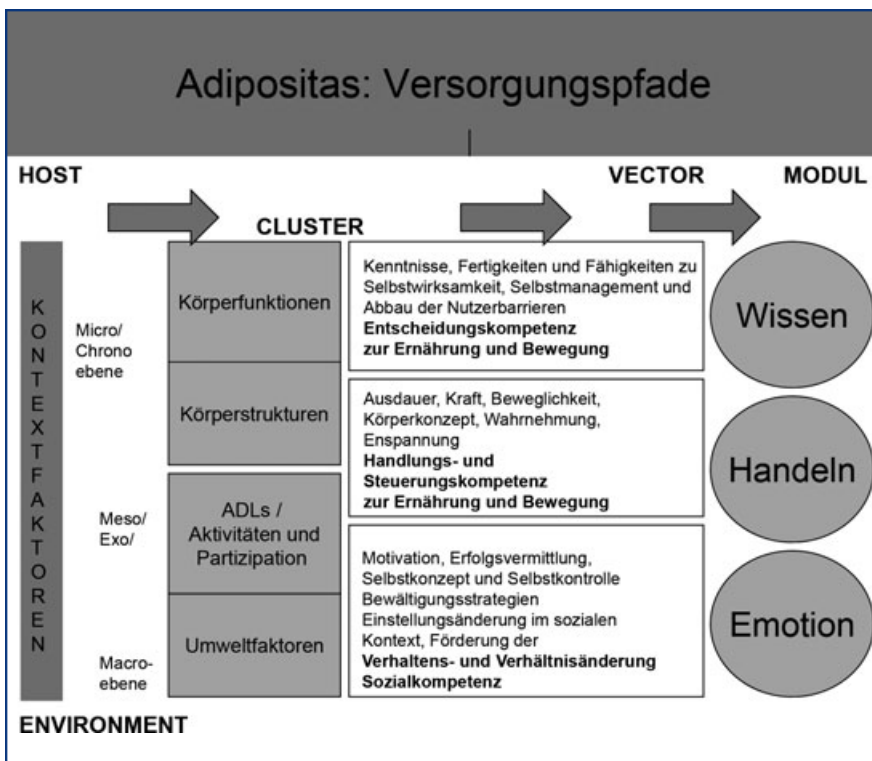


Abb.5 Clusterbildung Adipositas Wissen – Handeln – Emotion.

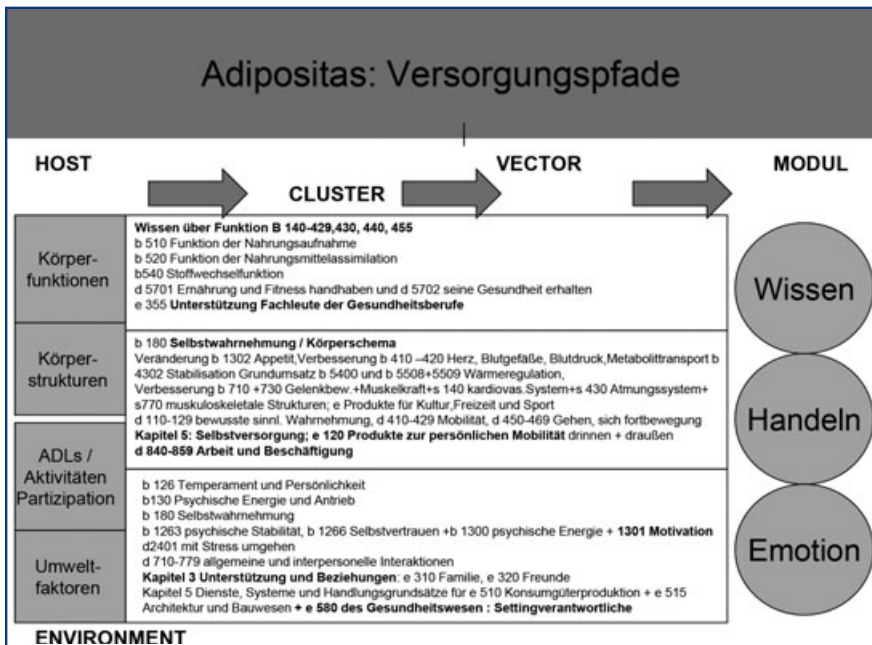


Abb.6 Clusterbildung und -zuweisung Adipositas.

Es werden entsprechende Module (didaktisch-methodische Auswahl) zur Erreichung der

- Entscheidungskompetenz
- Handlungs- und Sozialkompetenz sowie
- Bewegungskompetenz eingesetzt.

Aus dieser Ableitung ergeben sich Stundeninhalte zu den Modulen Wissen–Handeln–Emotion.

Adipositas: ICD- und ICF-Schlüssel

Für die Zuweisung in einen Behandlungspfad empfiehlt sich zunächst eine Auswahl

der in Frage kommenden prozentualen Anteile der ICF-Schlüssel.

Aus den Abb.1–4 ist eine Auswahl der Zuordnungsmöglichkeiten zu ersehen.

➤ Cluster und Versorgungspfade

Um eine didaktisch-methodische Auswahl und Abfolge des vorliegenden Adipositasprogrammes in „Versorgungspfade“ vornehmen zu können, bietet sich eine Bündelung (Cluster) der erhobenen ICF-Codes in die Module Wissen–Handeln–Emotion an (Abb.5 u. 6).

Für künftige individualisierte Versorgung von adipösen Rehabilitanden wird eine Zuweisung in mindestens zwei alternative Versorgungspfade empfohlen. Es gibt sicherlich Patienten mit vornehmlicher Notwendigkeit zur Versorgung der körperlichen Komponenten (Körperstruktur, -funktion und ADLs). Für diese muss im Segment „Handeln“ ein Mehr an Versorgung bereitgestellt werden.

Früher aktive Adipöse (Verunfallte, ehemalige Leistungssportler, aktive Personen, deren äußere Rahmenbedingungen neue Verhaltensmuster begründen, wie beispielsweise ein früher läuferisch aktiver Außenminister u.Ä.) benötigen sicherlich mehr Intervention zur Aktivierung und Selbstwirksamkeit, richtige Handlungsmuster zu initiieren und sich zu motivieren. Hier ist das Segment „Emotion“ stärker gefragt.

Eine nach individualisierten statt indikationsbezogenen Zuweisungen zu ICF-orientierten Bewegungstherapien könnte eine neue Form der Versorgung von Rehabilitanden begründen.

► ICF-orientierte Stundenplanung bei Multimorbidität

Tab. 1 Ein 10-Stundenprogramm Adipositas unter Berücksichtigung der Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 und koronarer Herzerkrankungen.

Didaktisches Grobziel	Kognitives Teilziel Wissen	Motorisches Teilziel Handeln	Affektives Teilziel Emotion	Methodik Medien	Adaption Diabetes	Adaption KHK
Stunde 1 Warum bin ich übergewichtig?	Evolutionäres Erbe: Gewicht Story Telling	Einführung in Walken Körperwahrnehmung (KPW)	Selbstwirksamkeit Kontroll-Überzeugung	Schrittzähler Pulsuhr Bewegungs-Tagebuch Fragebogen	Blutzucker in der Evolution	Herzfrequenz (HFR) in der Evolution
Stunde 2 Will ich abnehmen?	Nutzerbarrieren erkennen Gesprächskreis	Belastungsdosiertes Walken, KPW	Nutzerbarriere	Schrittzähler Pulsuhr Borgskala	Blutzucker Insulin und Bewegung	HFR bei Bewegung
Stunde 3 Wie nehme ich ab?	Problemlösungsstrategien	Walken, KPW Dehnübungen	Soziale Unterstützung	Bewegungs-Pyramide	Glukoseabbau und Bewegung	Senkung HFR und Bewegung
Stunde 4 Welche Hilfen habe ich dabei?	Antizipation Problemlösung	Ausdauer-Alternativen KPW	Soziale Unterstützung Kontroll-Überzeugung	Einführung in das Deltaprinzip	Deltaprinzip und Glukose	Deltaprinzip und HFR
Stunde 5 Wie hilft mir das Deltaprinzip?	Energiebilanz Energieaufnahme	Walken und Ausdaueralternativen Einführung in das Muskeltraining	Kontroll-Überzeugung	Visualisierung Mobil rund um die Uhr	Insulinkalkulator	Herz-Kreislauf-Broschüre
Stunde 6 Wie gehe ich mit Ernährung und Bewegung vernünftig um?	Energiebilanz Energieverbrauch	Bewegungsangebote für den Alltag in Ausdauer, Kraft, Koordination Koordinationsübungen	Kausal-Attribuierung Kontroll-Überzeugung Motivation	Visualisierung Mobil rund um die Uhr Ernährungs- und Bewegungs-Pyramide	Insulinkalkulator	Herz-Kreislauf-Broschüre
Stunde 7 Wie setze ich die 12 Deltaschritte ein?	Kontrolle der Energiebilanz durch Kopplung Ernährung und Bewegung	Muskeltraining Koordination Spiel	Selbstmanagement Stimmungsbildung	Visualisierung Gymnastik	Insulinkalkulator	Herz-Kreislauf-Broschüre
Stunde 8 Wie integriere ich die Deltaschritte in den Alltag?	Integration in den Alltag	Eigene Dosierung von Ausdauer, Kraft, Koordination im Alltag Spiel	Selbst-Management Stimmungsbildung	Gymnastik mit dem Theraband	Kontrolle von Ernährung, Bewegung, Blutzucker	Kontrolle von Ernährung, Bewegung, HFR
Stunde 9 Wie geht's allein weiter?	Integration in wohnortnahe Angebote	Eigene Dosierung von Ausdauer, Kraft, Koordination im Alltag	Empowerment	Hinführung zur körperlichen Aktivität im Alltag	Kontrolle von Ernährung, Bewegung, Blutzucker	Kontrolle von Ernährung, Bewegung, HFR
Stunde 10 Welche Strukturen nutze ich künftig?	Vernetzung	Test	Empowerment	Fragebogen Integration in ein Sportangebot vor Ort oder weiterführendes Angebot		

Die Tab. 1 wurde entnommen aus: Huber G: Normalgewicht – Das Deltaprinzip. Grundlagen und Module zur Planung von Kursen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009. Mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzte-Verlags, Köln.

Literatur

- 1 Bobzien M, Stark W, Straus F. Qualitätsmanagement. Alling: Sandmann; 1996
- 2 Bublitz T, Fuchs H, Gerwin H et al. Entwicklungsfelder und Perspektiven der MBO-Rehabilitation. In: Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karoff M, Hrsg. Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006: 585 ff
- 3 CBO – Centraal Begeleidingsorgaan: National Organization for Quality Assurance in Hospitals; WHO Collaborating Centre for Quality Assurance In Health Care (<http://www.cbo.nl>); 1998
- 4 Deppe HU, Friedrich H, Müller R (Hrsg). Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen. Frankfurt a.M., New York: Campus; 1995
- 5 Deutsches Institut für Normung. DIN ISO 9000: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungsnormen. Leitfaden zu Auswahl und Anwendung. Berlin: Beuth; 1990
- 6 Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Qual Rev Bull 1992; 18(11): 356–360
- 7 Egnér U et al. Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Z ärztl Fortbild Qual sic (ZaeFQ) 2002; 96: 4–10
- 8 Friedtag HR, Schmidt W. My Balanced Scorecard. Freiburg: Haufe; 2001
- 9 Grigoleit H, Schliehe F, Wenig M. Handbuch Rehabilitation und Vorsorge. Rechtsgrundlagen, Definitionen, Inhalt und Konzepte, Modelle, Verfahren, Vereinbarungen. St. Augustin: Asgard; 1998
- 10 Huber G. Evaluation und Qualitätsmanagement in der bewegungsbezogenen Rehabilitation. In: Pfeifer K, Banzer W, Hrsg. Sportmedizinische Funktionsdiagnostik des Bewegungssystems. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2003: 262–275
- 11 Huber G, Baldus A. Qualitätssicherung in Bewegungsprogrammen. Gesundheitssport und Sporttherapie 1997; 13(1): 4–9
- 12 Huber G, Baldus A, Pfeifer K. Qualitätsmanagement und Evaluation. In: Schüle K, Huber G. Grundlagen der Sporttherapie. München: Elsevier; 2004: 135–147
- 13 Huber G, Baldus A. Qualitätsmanagement in der Bewegungstherapie. Gesundheitssport und Sporttherapie 2000; 16: 2–12
- 14 Huber G, Baldus A. Leitlinienorientiertes Qualitätsmanagement in der Rehabilitation. Gesundheitssport und Sporttherapie 2002; 18: 67–71
- 15 Jäckel W, Farin E. Qualitätssicherung in der Rehabilitation: Wo stehen wir heute? Rehabilitation 2004; 43: 257–259
- 16 Müller-Fahnow W, Radoschewski M. Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation. In: Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karoff M, Hrsg. Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006: 36 ff
- 17 Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg). Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006
- 18 Osthus H, Kaluscha R, Jacobi E et al. Balanced Scorecard im Reha-Qualitätsmanagement – ein Kennzahlen-System. Orthopädische Praxis 2003; 39: 5
- 19 Bak P, Bocker B, Müller WD et al. Zertifizierungs- und Akkreditierungssysteme als Instrument des Qualitätsmanagements in der Rehabilitation. Teil 1: Identifizierung der meist verbreiteten Systeme. Phys Rehab Kur Med 2004; 14: 243–248
- 20 Radoschewski M, Müller-Fahnow W, Hansmeier T. Entwicklungs- und Forschungsbedarf aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht. In: Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karoff M, Hrsg. Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006: 591 ff
- 21 Reerink E. Arcadia revisited: quality assurance in hospitals in The Netherlands. Br Med J 1991; 302: 1443–1445
- 22 Schüle K, Huber G. Grundlagen der Sporttherapie. 2. Aufl. München: Elsevier; 2004 www.integrationsaemter.de. (Zugriff am 28.09.2006)
- 24 www.tbs-nrw.de (Zugriff am 12.10.2006)
- 25 Zimmermann U. Erwartung der Leistungserbringer an die Qualitätssicherung. Prävention 1993; 1: 15–17

Korrespondenzadresse

Angelika Baldus
Geschäftsführerin
des DVGS
Vogelsanger Weg 48
D-50354 Hürth-Efferen
Tel.: 02233/65019
Fax: 02233/64561
E-Mail: dvgs@dvgs.de

