

# Dialogisches Rehabilitationsmanagement der VBG

## Ziele – Umsetzung – Ergebnisse

### Ziele und Umsetzung

Ausgehend von den §§26 Abs. 5 und 34 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) VII liegt die Gesamtverantwortung für die Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Unfallverletzten beim Unfallversicherungsträger. Dementsprechend hat dieser die Aufgabe, die Heilbehandlung und die Rehabilitation aktiv zu steuern.

Die Betrachtung der traditionellen Verfahrensumsetzung mit dem weitgehenden Vertrauen auf die Wirksamkeit des berufs-genossenschaftlichen Heilverfahrens zeigte jedoch, dass in der Prozessqualität der medizinischen Behandlung und Rehabilitation mitunter Mängel auftraten, die zu Behandlungslücken und -verzögerungen führten und sich negativ auf das Rehabilitationsergebnis und die Kosten auswirkten [4, 5, 6, 8, 10].

Die entscheidenden Mängel waren:

- fehlende Planung der Weiterbehandlung
- fehlende Verzahnung der einzelnen Rehabilitationsphasen
- verspätete Beschaffung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation
- sinkende bis fehlende Motivation des Patienten
- lang andauernde Wiedereingliederung des Patienten

Auf der Basis dieser Erkenntnisse hat die VBG ihr seit dem Jahr 2001 verfolgtes Konzept des dialogischen Rehabilitationsmanagements entwickelt, dessen Basis die im Vertrag Ärzte – Unfallversicherungsträger (Ärztevertrag) beschriebenen Verfahren bilden. Seine Kernelemente sind [4]:

- a) Qualifiziertes Matching der Fälle bei der Erstvorlage  
 Zum Zeitpunkt des Erhalts der ersten Informationen über ein Unfallereignis wird entschieden, ob ein aktives Rehabilitationsmanagement erfolgen muss oder der Fall nach standardisierten Programmen (wie etwa der Weller-Tabelle) bearbeitet werden kann. Diese Entscheidung wird in Abhängigkeit von der Diagnose und besonderen Umständen des Einzelfalls, die die Rehabilitation erschweren könnten, getroffen. Beispielsweise können die distalen Radiusfrakturen nach AO23A2, -B1 und -B2 standardisiert bearbeitet werden; die AO23A3-, -B3- und die C-Frakturen erfordern nach Ansicht der Autoren ein Einzelfallmanagement.
- b) Persönlicher Erstkontakt mit dem Patienten und dem behandelnden Arzt (möglichst im Akuthaus)  
 Im Zentrum dieses Erstkontakts stehen 3 Ziele:
  1. Präzise Feststellung des Ausmaßes der Betroffenheit
    - exakte und validierte Diagnose
    - sonstige Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Rehabilitation
    - erwartetes Behandlungsergebnis
    - familiäre, soziale und berufliche Situation des Patienten
    - Wohn- und Lebensverhältnisse des Patienten
 Bei der Feststellung des Ausmaßes der Betroffenheit ist eine ganzheitliche Sicht auf den betroffenen Versicherten von zentraler Bedeutung, um sowohl die fördernden als auch die hemmenden Umstände bei der folgenden Planung der weiteren Rehabilitation von vornherein berücksichtigen zu können. Dies gilt auch für die psychischen Reaktionen des Betroffenen auf den Unfall.
  2. Planung der weiteren Rehabilitation
    - Abfrage des Weiterbehandlungskonzepts des Mediziners (Behandlungsplan, **Abb. 1**)
    - Matching des Konzepts mit den Rehabilitationsempfehlungen der VBG [9]
    - Klärung von Umfang und Ausmaß des Hilfsmittelbedarfs
    - Klärung der Patientenerwartung zur Rehabilitation
    - Die Planung der weiteren Rehabilitation ist ihrem Selbstverständnis nach als kooperativer Prozess aller Beteiligten angelegt. Der Patient soll bewusst die Rolle als Objekt der Rehabilitation überwinden und seine Rekonvaleszenz selbst aktiv mitgestalten.
  3. Zielvereinbarung über den Rehabilitationsverlauf
    - Art, Inhalt, Beginn, Dauer und Intensität der weiteren medizinischen Behandlung
    - Durchführende der Weiterbehandlung
    - weitere notwendige Maßnahmen
    - Verteilung der aktiven Handlungsbeiträge aller an der Zielvereinbarung Beteiligten
- c) Weiterverfolgung und Fortschreibung des Rehabilitationsplans im Dialog mit den Beteiligten  
 Der vereinbarte individuelle Ablaufplan der Rehabilitation bildet die

Bezirksverwaltung 11 - Rehabilitation -

Ursache/Aktzeichen, bitte stets angeben

Behandlungsplan

VBG

Verwaltungs-  
Berufsgenossenschaft

die Berufsgenossenschaft  
der Banken, Versicherungen,  
Verwaltungen, freien Berufe  
und besonderer Unternehmen

1. Name des Verletzten:
2. Art der Verletzung (Diagnose) / **Klassifikation nach AO:**
3. **Jetziger Folgezustand der Verletzung:**
4. Art der bisherigen Behandlung:
5. Einflüsse auf das Heilverfahren  
(mangelnde Mitarbeit, Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen o.ä.):
6. Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit (ab Unfalltag): Wochen
7. Voraussichtliche Dauer der Behandlungsbedürftigkeit (ab Unfalltag): Wochen

8. **Folgende Maßnahmen plane ich für das weitere Heilverfahren in Kalenderwoche (KW) postoperativ:**

- stationäre Behandlung wegen:
- Physiotherapie von KW bis KW .....x wöchentlich
- Ergotherapie von KW bis KW .....x wöchentlich
- EAP von KW bis KW .....x wöchentlich
- MTT von KW bis KW .....x wöchentlich
- BGSW von KW bis KW in
- Arbeits- und Belastungserprobung:  
von KW bis KW
- Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Abb. 1 ◀ **Behandlungsplan**

Grundlage für das weitere Rehabilitationsmanagement. Die VBG ist so in der Lage, den Rehabilitationsprozess aktiv zu koordinieren und zu begleiten. Nach den sich möglicherweise verändernden Erfordernissen muss der Rehabilitationsplan im Zeitverlauf dialogisch mit den Beteiligten fortgeschrieben werden. Dieser Prozess wird bis zum Abschluss der Rehabili-

tation bzw. der Wiedereingliederung des Betroffenen in Arbeitsleben und Gesellschaft fortgeführt. Der Rehabilitationsmanager der VBG agiert hierbei als Leiter eines personenbezogenen Projekts Rehabilitation. Ein wichtiges Kennzeichen dieser Vorgehensweise ist die anlassbezogene, unbürokratische Kontaktaufnahme der Beteiligten untereinander unter Verzicht

auf formalisierte Berichtsweisen. Hierdurch wird erreicht, dass die Informationen über Probleme, Verzögerungen oder Handlungsbedarf frühzeitiger an die richtige Stelle gelangt.

Die Rehabilitationsmanager sind im Rahmen des dialogischen Rehabilitationsmanagements durch Qualifizierungen befähigt, unter komplexen Bedingungen Hil-

## Zusammenfassung · Abstract

Trauma Berufskrankh 2005 · 7[Suppl 1]:S241–S246  
DOI 10.1007/s10039-003-0798-9  
© Springer Medizin Verlag 2003

A. Lohsträter · E. Froese

### Dialogisches Rehabilitationsmanagement der VBG. Ziele – Umsetzung – Ergebnisse

#### Zusammenfassung

In der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Heilverfahrensteuerung (§§26 Abs. 5, 34 Abs. 1 SGB VII) haben sich die Unfallversicherungsträger lange Zeit fast ausschließlich auf die klassischen, im Vertrag Ärzte-UV-Träger (Ärztevertrag) beschriebenen Verfahren verlassen. Das dialogische Rehabilitationsmanagement der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) bezieht mit seinem innovativen Selbstverständnis sowohl die Mediziner als auch die Unfallverletzten frühestmöglich postoperativ bzw. poststationär aktiv in die Planung der weiteren Rehabilitation ein. Entscheidend ist dabei die Erkenntnis, dass nach einer adäquaten operativen oder begonnenen konservativen Behandlung das Outcome wesentlich von der konsequenten und zeitgerechten Weiterbehandlung abhängt. Ein wichtiger Beitrag zum dialogi-

schon Rehabilitationsmanagement war die Entwicklung von Rehabilitationsempfehlungen (Standards für Heilverfahren und Rehabilitation), die dezidierte Nachbehandlungsvorschläge für häufige traumatische Verletzungen beinhalten. Die Ergebnisse des seit Jahrzehnten in Deutschland erfolgreich praktizierten berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens werden so optimiert. Vorge stellt werden die Zielsetzungen, das Verfahren sowie erste Ergebnisse zweier retrospektiver Studien (Fersenbeinfrakturen und distale Radiusfrakturen).

#### Schlüsselwörter

Dialogisches Rehabilitationsmanagement · Steuerung der Weiterbehandlung · Rehabilitationsempfehlungen · Studienergebnisse

### Dialogic rehabilitation management of the „Verwaltungs-Berufsgenossenschaft“. Aims – Implementation – Results

#### Abstract

For the implementation of judicial aspects of therapy control (§ 34 SGB VII) the classical procedures given in the contractual agreement between surgeons and insurers have been used exclusively by the insurance company for a long time period. The dialogic rehabilitation management scheme of the „Verwaltungs-Berufsgenossenschaft“ with its innovative self-recognition concept, includes the physician as well as the patient at the earliest post-operative or post-inpatient phase into the planning of further rehabilitation steps. Decisive is the recognition that after an adequate operative treatment or initial conservative treatment, the outcome depends considerably on a consequent and up-to-date treatment regimen. Another important component for dialogical rehabilita-

tion management was the development of rehabilitation recommendations (standards for therapies and rehabilitation) which include concrete post-treatment recommendations for frequently occurring traumatic injuries. Thus, the results of successfully implemented therapies during the last decades have been optimized. This publication introduces the objectives, the procedure as well as the initial results of two retrospective studies (heel fractures and distal radius fractures).

#### Keywords

Dialogic rehabilitation management · Post-treatment therapy control · Rehabilitation recommendations · Study results

femöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen und personellen Ressourcen koordinierend einzusetzen. Ziel ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Leistungserbringer mit dem betroffenen Unfallverletzten, die auf dessen individuellen Unterstützungsbedarf ausgerichtet ist [1]

Hierfür sind neben qualifizierten Rehabilitationsmanagern ebenso qualifizierte und engagierte Durchgangärzte und Weiterbehandler gefragt. Zum Controlling des Rehabilitationsprozesses bedarf es auch entsprechender Beratungsfachärzte bei den Unfallversicherungsträgern. Nach Ansicht der Autoren ist für diesen Personenkreis neben der Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ auch die Zusatzbezeichnung „physikalische Therapie“ wünschenswert.

Es ist in jüngster Zeit zu beobachten, dass sich weitere Unfallversicherungsträger dem von der VBG eingeschlagenen Weg angeschlossen haben [2].

#### Qualitätseffekte

Das dialogische Rehabilitationsmanagement der VBG ist ein auf den Einzelfall ausgerichteter Prozess mit den Hauptakteuren Arzt, Patient und Kostenträger.

Dementsprechend bietet sich eine dreidimensionale Betrachtung der Vorteile an:

#### Vorteile für den Patienten

Die Vorteile für den Patienten lassen sich unter prozess- und ergebnisqualitativen Gesichtspunkten betrachten.

Die durch das dargestellte Verfahren veränderte *Prozessqualität* zeigt sich für den Patienten in

- einer qualitativen Optimierung des auf seine Person zugeschnittenen Behandlungskonzepts
- einer Minimierung von Behandlungslücken oder -pausen
- seiner aktiven Beteiligung an der Rehabilitation

Die höhere *Ergebnisqualität* für den Patienten findet ihren Ausdruck in

- kürzeren Arbeitsunfähigkeitszeiten
- häufig funktionell besseren Ausheilungsergebnissen

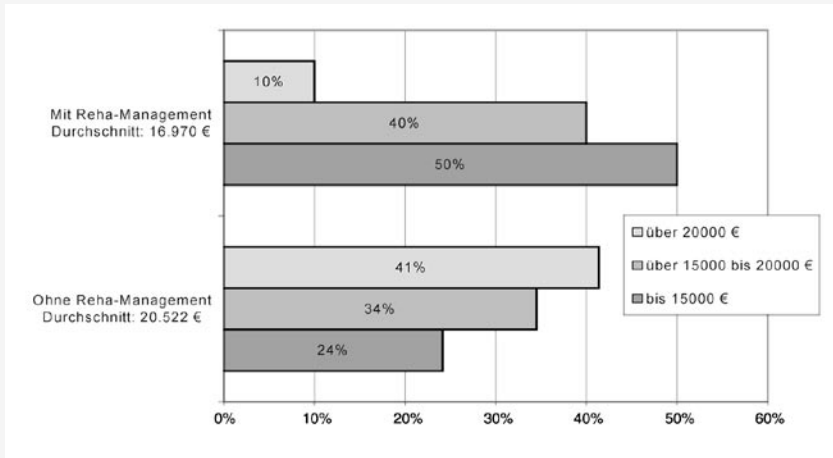


Abb.2 ▲ Kostenverteilung, Fersenbeinfraktur

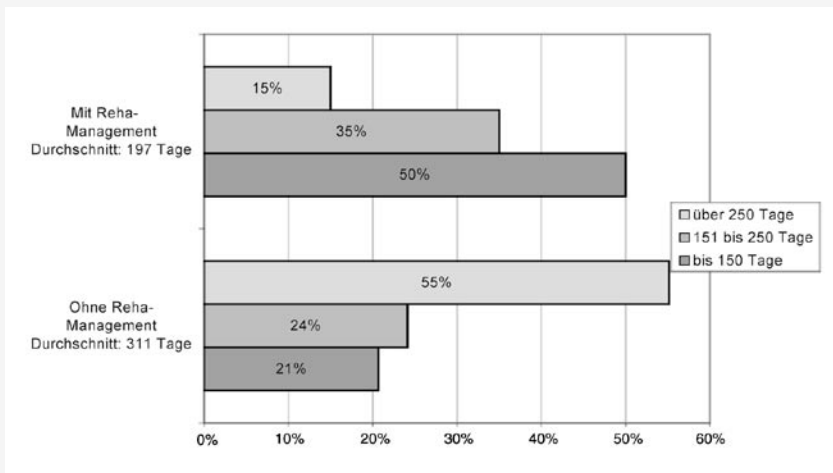


Abb.3 ▲ Verteilung Arbeitsunfähigkeitsdauer, Fersenbeinfraktur

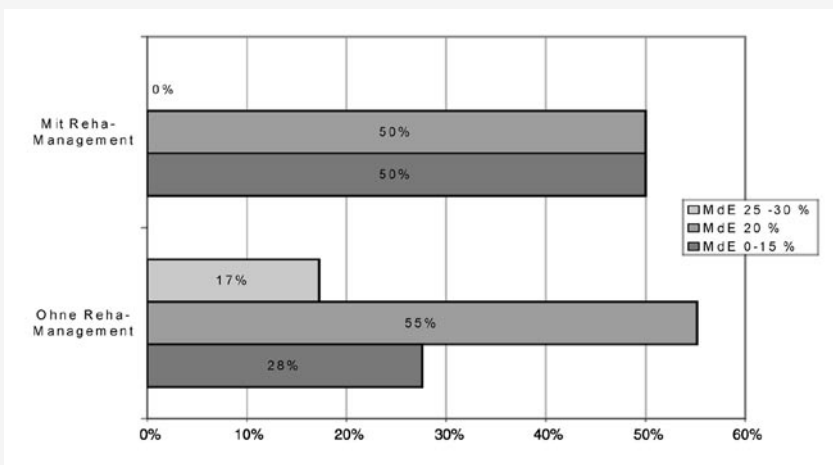


Abb.4 ▲ Rentenverteilung, Fersenbeinfraktur

- einer schnelleren Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess
- einer höheren Lebensqualität mit geringeren Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Leben in unserer Gesellschaft

## Vorteile für den Mediziner

Auch für die beteiligten Mediziner lassen sich Vorteile unter prozess- und ergebnisqualitativen Gesichtspunkten feststellen.

Bei konsequenter Umsetzung des Konzepts wird die *Prozessqualität* im Heilverlauf erhöht durch

- Ermöglichung der Optimierung der eigenen Behandlungsstrategie
- Herstellung einer ganzheitlichen Sichtweise
- Förderung der Weiterbildung insbesondere in Richtung evidenzbasierter Medizin

Nach Ansicht der Autoren werden diese Vorteile nicht etwa deshalb erzielt, weil Zweifel an der Qualität der akutmedizinisch erbrachten unfallchirurgischen Leistungen bestünden, sondern vielmehr dadurch, dass der Fokus auf die Weiterbehandlung und die Koordinierung dieser gerichtet wird. Das auch auf die Patientenstruktur gestützte Know-how der VBG ermöglicht es den Behandlern, im Dialog Anregungen zum Zeitpunkt und zum Ausmaß von Maßnahmen der physikalischen Medizin bis hin zur multimodalen Komplextherapie zu geben.

Diese Veränderungen in der Prozessqualität führen dann fast zwangsläufig zu einer höheren *Ergebnisqualität*. Diese liegt in

- schneller zu erreichenden Ausheilungsergebnissen
- nicht selten funktionell optimierten Ausheilungsergebnissen

Einige exemplarische Untersuchungen [3, 5, 6] haben mittlerweile die Beziehung zwischen koordinierter Fallsteuerung und Outcome gezeigt. Da der Kliniker oder der niedergelassene Mediziner häufig aufgrund seines nur abschnittsbezogenen Tätigwerdens und seines begrenzten Zeitpotenzials die Steuerung des Einzelfalls

nicht vollumfänglich übernehmen kann und die Gesamtverantwortung beim UV-Träger liegt, lag es nahe, diese interdisziplinäre, koordinierende Aufgabe auf den Rehabilitationsmanager zu übertragen.

### Vorteile für den Kostenträger

Die Vorteile der dargestellten Vorgehensweise betreffen auch für den Kostenträger die Prozess- und die Ergebnisqualität.

Die *Prozessqualität* wird durch

- Optimierung des Behandlungskonzepts
- Minimierung von Behandlungslücken oder -pausen
- Einfluss auf die aktive Steuerung der Rehabilitation
- steigende Qualifikation der Mitarbeiter

erhöht. Insgesamt wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den nach dem Ärztevertrag beteiligten Medizinern zielgerichteter und besser.

Daraus folgt auch eine entsprechend veränderte *Ergebnisqualität* mit

- in der Regel kürzeren Arbeitsunfähigkeitszeiten
- einer schnelleren Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess
- niedrigeren Heilverfahrenskosten
- geringeren Entschädigungsleistungen (Verletztengeld und Renten)

Letztendlich führt das Verfahren zu zufriedeneren Kunden der VBG. Dabei ist daran zu erinnern, dass dies nicht nur die Patienten, sondern auch die Unternehmer als die alleinigen Beitragszahler zur gesetzlichen Unfallversicherung sind.

### Ergebnisse

Zur Evaluation der Wirksamkeit des beschriebenen Rehabilitationsmanagements wurden 2 retrospektive Studien mit unterschiedlichen Verletzungen (Fersenbeinfrakturen und distale Radiusfrakturen) ausgewertet.

### Fersenbeinfrakturen

Bei der isolierten Fersenbeinfraktur (geschlossen; ICD-10: S. 92.00) wurde nach

Tabelle 1

#### Durchschnittskosten bei distalen Radiusfrakturen ohne und mit Rehabilitationsmanagement

Fraktur	Ohne Rehabilitationsmanagement	Mit Rehabilitationsmanagement
Extraartikulär/konservativ	3885 EUR	1982 EUR
Extrartikulär/operativ	6240 EUR	Kein Fall
Intraartikulär/konservativ	5204 EUR	2189 EUR
Intraartikulär/operativ	9839 EUR	7279 EUR

Tabelle 2

#### Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeiten bei distalen Radiusfrakturen

Fraktur	Arbeitsunfähigkeit [Tage]
Extraartikulär/konservativ	51,4
Extrartikulär/operativ	54,7
Intraartikulär/konservativ	73,8
Intraartikulär/operativ	90,3

dem Zufallsprinzip aus dem Datenbestand eine Stichprobe ohne Rehabilitationsmanagement ( $n=29$ ) mit einer 2. Stichprobe mit Rehabilitationsmanagement ( $n=20$ ) verglichen. Eine Unterscheidung nach Frakturtypen (tonque type und joint depressions type) unterblieb angesichts der Fallzahlen. Die Unfälle entstammten den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen.

Bei den reinen Rehabilitationskosten ergab sich das in **Abb. 2** dargestellte Ergebnis. Die Durchschnittskosten betragen ohne Rehabilitationsmanagement 20.522 EUR, mit Rehabilitationsmanagement 16.970 EUR. Bereits hier war eine Kostenersparnis von 3552 EUR zu verzeichnen. Die in den Fällen mit Rehabilitationsmanagement zeitgerecht früh einsetzende und konsequent initiierte Weiterbehandlung machte in vielen Fällen eine längere Komplextherapie entbehrlich. Allerdings konnte auch in den gemanagten Fällen nicht immer auf eine multimodale Komplextherapie verzichtet werden.

Die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit unterschied sich um 114 Tage (ohne Rehabilitationsmanagement 311 Tage; mit Rehabilitationsmanagement 197 Tage). Dies entspricht bei einem durch-

schnittlichen Verletztengeld von 60 EUR kalendertäglich einer Kostenersparnis von durchschnittlich 6840 EUR pro Fall. Die Verteilung der Arbeitsunfähigkeitszeiten ist **Abb. 3** zu entnehmen.

Die Verteilung der Renten ergab ein ähnliches Bild. Während in den Fällen ohne Management in nur 28% der Fälle eine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vermieden werden konnte, waren es bei dieser doch schweren Verletzung in den Fällen mit Rehabilitationsmanagement 50%. Während in beiden Stichproben der Prozentsatz an Renten mit einer MdE von 20% nahezu gleich war, waren Renten mit einer höheren MdE in den Fällen mit Rehabilitationsmanagement gar nicht vorhanden. Einzelheiten sind **Abb. 4** zu entnehmen.

### Distale Radiusfrakturen

Auch hier wurde die isolierte Verletzung untersucht (ICD-10: S. 52.50). Die Herangehensweise an das Rehabilitationsmanagement von distalen Radiusfrakturen weist einige Besonderheiten auf. Hier werden der Durchgangsarztbericht (F-1000) und – soweit operativ behandelt wurde – der Operationsbericht unmittelbar nach Eingang dem beratenden Handchirurgen vorgelegt. Dieser gibt innerhalb von 24 h eine Behandlungsempfehlung für den weiterbehandelnden Arzt ab. Das Vorgehen wurde bereits in dieser Zeitschrift dargestellt [5]. Die Prognosegenauigkeit hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitsdauer lag dabei bei 86%.

Soweit in jüngeren Publikationen ein abweichender Modell- bzw. Verfahrensvorschlag angeregt wurde [7, 8], bleibt auf das hier dargestellte Verfahren und dessen Ergebnisse zu verweisen.

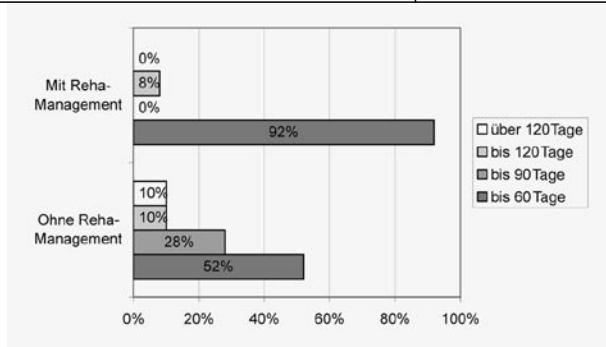


Abb. 5 ◀ **Verteilung Arbeitsunfähigkeitsdauer, distale Radiusfraktur**

Der Datenbestand entstammt einer Stichprobe ohne Rehabilitationsmanagement ( $n=29$ ) und einer Stichprobe mit Rehabilitationsmanagement ( $n=13$ ). Die Ergebnisse dieser retrospektiven Studie mögen angesichts der Fallzahl noch nicht repräsentativ sein; ein deutlicher Trend ist gleichwohl festzustellen. Die Fälle stammen aus den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Thüringen. Zur Ergebnissicherung läuft derzeit eine prospektiv randomisierte Studie ( $n=200$ ), über die zu gegebener Zeit zu berichten sein wird.

Die Durchschnittskosten der Fälle ohne und mit Rehabilitationsmanagement sind in **■ Tabelle 1** aufgeführt. Eine weitere Klassifizierung der Fälle nach AO war wegen der Qualität der D-Berichte nicht möglich.

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieser Monoverletzung differierte zwischen 22 (Selbstständiger) und 219 Tagen (Komplikation: CRPS). Die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten gehen aus **■ Tabelle 2** hervor.

Zwischen den Stichproben waren deutliche Unterschiede zu verzeichnen. Gemessen wurde die Arbeitsunfähigkeit in den Zeitabschnitten bis 60, bis 90, bis 120 und über 120 Tage Dauer der Arbeitsunfähigkeit. In allen Zeitabschnitten bestanden deutliche Vorteile zugunsten der Stichprobe mit Rehabilitationsmanagement (**■ Abb. 5**).

Beim Outcome (Bewegungseinschränkungen, Funktionsminderungen, Achsabknickungen, Muskeldefizite) waren ebenso deutliche Unterschiede auszumachen. Indikator für das gemessene Outcome war die Gewährung einer *Verletztenrente*. Während in der Stichprobe ohne Rehabilitationsmanagement in 18% der Fälle eine messbare MdE und in 10% eine rentenberechtigende MdE zu

verzeichnen waren, gab es in der Stichprobe mit Rehabilitationsmanagement lediglich in 12% der Fälle eine messbare und in keinem Fall eine rentenberechtigende MdE.

Ein Vergleich der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und des Outcomes mit den Ergebnissen anderer Publikationen [7, 8] untermauert die Vorteile des hier dargestellten Verfahrens. Dabei ist zu beachten, dass ein erfahrener, kompetenter Handchirurg in der Nachbehandlung unabdingbar ist.

## Fazit

- Für alle am Verfahren Beteiligten, insbesondere aber für die Unfallverletzten, lassen sich durch die beschriebene Vorgehensweise Vorteile erzielen.
- Auf die im Rahmen des Arztevertrags beschriebenen Verfahren kann als Grundvoraussetzung nicht verzichtet werden. Sie erreichen allerdings einen noch höheren Wirkungsgrad, wenn der das Heilverfahren führende UV-Träger mit seinen entsprechend qualifizierten Rehabilitationsmanagern aktiv zielgerichtete Handlungsbeiträge dazu erbringt.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen UV-Trägern, Ärzten und Therapeuten ist in einem höheren Maß gefordert als bisher.
- Bei allen Beteiligten sind ein Umdenken und das Überwinden einer rein phasenbezogenen Sichtweise Voraussetzung für optimierte Ergebnisse; der einzelfallbezogene Dialog zwischen den Beteiligten einschließlich des Unfallverletzten ist dabei zwingend erforderlich.
- Die VBG hat die Rolle des Sachbearbeiters zugunsten eines Rehabilitationsmanagers neu definiert.

## Korrespondierender Autor

A. Lohsträter

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft,  
Bezirksverwaltung Erfurt,  
Postfach 101255, 99012 Erfurt  
E-Mail: Axel.Lohstraeter@vbg.de

## Literatur

1. Ballew J, Mink G (1986) Case management in the human services. Thomas, Springfield, Illinois
2. Bischoff HJ (2003) Reduktion der Schnittstellenproblematik im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren durch Einführung eines „Unfallmedizinischen Service“. BG 6: 244–248
3. Froese E (2002) Dialogisches Rehamanagement – Ausdruck eines zeitgemäßen Selbstverständnisses eines Unfallversicherungsträgers. BG 3: 122–127
4. Froese E, Wenzel G (2003) Kosten- und Qualitätseffekte des dialogischen Reha-Managements. BG 5: 203–207
5. Lohsträter A, Schmidt J (2002) Rehamanagement bei Hand- und Handgelenksverletzungen aus Sicht des UV-Trägers. Trauma Berufskrankh 4: 163–167
6. Nehls J (2000) Frühzeitige Vernetzung der Rehabilitation. Trauma Berufskrankh [Suppl 2] 2: S278–S282
7. Radek E, Wentzensen A, Leuftink D (1998) Externe Qualitätssicherung am Beispiel der distalen Speichenbrüche. Trauma Berufskrankh 1: 49–56
8. Radek E, Köhler T, Münch K et al. (2003) Verletztenrenten auf unbestimmte Zeit nach distalen Radiusfrakturen. Trauma Berufskrankh 5: 253–259
9. Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (2002) Standards für Heilverfahren und Rehabilitation. Schriften zur Rehabilitation und Entschädigung, Bd 2. Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Rehabilitation, Hamburg
10. Wittemann M, Jung A, Hornung R, Germann G (1994) Die sog. „kleine Handverletzung“ und ihre sozioökonomischen Folgen. Chirurg 65: 1004–1007