

Chancen und Risiken des Rehabilitationsmanagements

Handlungsrahmen

Im Herbst 2010 veröffentlichten die Organe der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) den Handlungsleitfaden zum Rehabilitationsmanagement per Rundschreiben [5]. Mit diesem Konzept wurde nicht nur ein Rahmen für ein einheitliches Vorgehen bei den Unfallversicherungsträgern geschaffen. Es ist auch der – späte – Aufbruch zu neuen Strukturen, Verfahren und Abläufen. Die Modernisierung der Unfallversicherung findet sich nun auch in der direkten Arbeit mit den Unfallverletzten wieder.

Im Rehabilitationsmanagement wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass bei einer kleinen Gruppe von Fällen mit einem besonders hohen Kosten-, Betreuungs-, Kommunikations- und Behandlungsaufwand zu rechnen ist, um dem gesetzlichen Versorgungsauftrag mit optimalem Ergebnis nachkommen zu können. Diese besonderen Fälle weisen Merkmale auf wie

- besondere Verletzungsschwere,
- komplexe Behandlungsproblematik,
- besondere personen- oder umweltbezogene Problemlagen, beispielsweise eine Gefährdung der beruflichen Reintegration.

Das Konzept zeichnet sich durch 4 Leitmotive aus:

- Es bekennt sich ausdrücklich zum biopsychosozialen Modell.
- Die kooperative Gesundheitskommunikation mit dem Unfallpatienten wird festgeschrieben.

- Die Fallsteuerung ist planend-proaktiv statt wie bisher reaktiv.
- Das Fallmanagement erfolgt durch vernetzte Leistungserbringer.

Die Berücksichtigung dieser Aspekte war nicht selbstverständlich, sowohl im sozialpolitischen Umfeld als auch in der täglichen Praxis liegen hier Chancen wie Risiken.

Biopsychosoziales Modell

Das biopsychosoziale Modell ICIDH-2 („International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions and Functioning“) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, [16]) bietet auch für die gesetzliche Unfallversicherung einen neuen Blickwinkel. Aus der Erkenntnis, dass für die Krankheitsbewältigung „objektive“ Krankheits- und Behandlungsmerkmale im Vergleich zum Einfluss der Person sowie des sozialen Umfeldes von erstaunlich geringer Bedeutung sind“ [2], war die Benennung psychosozialer Faktoren im Rehabilitationsmanagement ein deutliches Signal: Ätiologie und Pathologie werden durch die Salutogenese ergänzt.

Dabei zeigte sich, wie in anderen Leistungsbereichen auch, die Notwendigkeit, das Modell an die Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung anzupassen. Schwerpunkte wie die berufliche Reintegration und Traumaverarbeitung erhielten ihren besonderen Stellenwert. Das Ergebnis war ein System, das die Rehabilitation Unfallverletzter im biopsychoso-

zialen Kontext abbildet (■ Tab. 1). Die entsprechenden Kontextfaktoren wurden auszugsweise in den Handlungsleitfaden aufgenommen.

Die Kodierungen des ICF („International Classification of Function, Disability and Health“, [6]) wurden dabei bewusst noch nicht übernommen, da die bisherige Fachsprache im Berichtswesen und in den Formularen der DGUV als Grundlage der berufsgenossenschaftlichen Praxis unangetastet bleiben sollte. Weiterhin fehlen auf einigen Feldern die Kodierungsmöglichkeiten. Eine konsequentere Nutzung der AO-Kodes (AO: Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) zur besseren Diagnosevalidierung wäre ein kleiner, aber greifbarer Erfolg.

Mit der unfallspezifischen Umsetzung des biopsychosozialen Modells wurde ein zeitgemäßes Handwerkszeug geschaffen, das eine umfassendere und erfolgsorientiertere Betreuung Unfallverletzter als bisher erlaubt.

Als Herausforderung für die Praxis kann sich die Schwäche des biopsychosozialen Modells erweisen, *Alles mit Allem* zu erklären, sich als Rehabilitationsmanager also nicht im Multifaktoriellen zu verirren. Hier werden zielgerichtete, praxisorientierte Schulungen der Rehabilitationsmanager ihren Beitrag leisten müssen. Die Handlungsmaxime des Rehabilitationsmanagements, Risikofaktoren zu reduzieren und Schutzfaktoren auszubauen, erfordert ein Instrumentarium, das noch überprüft und notfalls ergänzt werden muss. Schlagworte wie Ressourcenstärkung, Copingförderung und

Tab. 1 Biopsychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei der Rehabilitation Unfallverletzter

Medizinisches Bild		Psychologisches Bild		Soziales Bild	
Genesungsfaktoren		Persönlichkeitsfaktoren		Soziales Umfeld	
Unfallfolgen	Sekundäres Gesundheitsbild	Grundeinstellung	Berufliche Motive	Persönliche Bindungen	Sozialer Druck und Status
- Primäre Leitverletzung	- Allgemeinzustand	- Lebensbewertung/ Optimismus	- Rückkehrmotivation in den Betrieb	- Bezugspersonen/ soziale Unterstützung	- Soziale Schicht, Sprache, Sozialisation
- Sekundäre Unfallfolgen	- Vorschädigungen	- Initiative/Kontrollüberzeugungen	- Rückkehrmotivation in den Beruf	- Verantwortung	- Besitz- und Teilhabeinteressen
- Komplikationen und Heilverlaufsstörungen	- Begleiterkrankungen				
Behandlungsfaktoren		Situative Faktoren		Berufliches Umfeld	
Versorgungssystem Leistungen	Versorgungssystem Logistik	Traumaverarbeitung	Rehabilitations-einschätzung	Betriebliche Lage	Persönliche Berufsperspektive
- Fehlversorgung/ Behandlungsziel	- Berichtswesen	- Psychischer Leidensdruck	- Genesungsbewertung	- Arbeitsnachfrage	- Tätigkeitsniveau, Berufsbild
- Über-/Unterversorgung	- Kontakte, Kommunikation	- Schuldfragen, Grübeln	- Akzeptanz, Selbstbild	- Hilfspotenzial/ soziale Sicherheit	- Vertragslage, prekäre Arbeit
		- Referenzerfahrungen			- Arbeitsphysiologische Belastungsprognose

„empowerment“ müssen noch zu konkreten Handlungsinstrumenten geformt werden.

Darauf, dass ein Fallmanagement nicht per se zu Gutem führt, wiesen Leppin u. Schwarzer [14] hin. Nicht immer fällt ein intensives Betreuungsangebot auf fruchtbaren Boden; Abwehrreaktionen und Zielkonflikte zwischen allen Beteiligten sind stets möglich. Daher muss dem Primat der Freiwilligkeit gefolgt werden: Geholfen wird nur dem, der sich helfen lassen will. Das Rehabilitationsmanagement ist konsensual angelegt. Bei verfestigten Zielkonflikten (aktiv eingeforderte sekundäre Krankheitsgewinne) wird es an seine Grenzen stoßen. Der Unfallversicherungsträger ist diesbezüglich an den gesetzlichen Auftrag gebunden.

Weitere Fragen stellen sich im sozialpolitischen und sozialrechtlichen Umfeld. Das SGB (Sozialgesetzbuch) VII ist zwar einerseits vom umfassenden Rehabilitationsauftrag (§ 26 SGB VII: „mit allen geeigneten Mitteln“) geprägt, andererseits aber auch von isoliert verletzungsspezifischen Blickverengungen (§ 199 SGB VII). Alle rehabilitationsrelevanten biopsychosozialen Faktoren im Blick zu haben, bedeutet zwangsläufig, sich von der isolierten Betrachtung des Unfallschadens zu trennen. Der sozialpolitische Handlungsauftrag muss somit lauten: Alles, was dem Verletzten hilft, sollte auch zum Erreichen des gesetzlichen Handlungsauftrags eingesetzt werden dürfen. Im Rahmen des konsensualen Rehabilitationsmanage-

ments werden dabei datenschutzrechtliche Patienteneinwilligungen die Basis bilden.

Mit Einführung des biopsychosozialen Modells wird die linear-monokausale medizinisch-chirurgische Rehabilitation enden und die Arbeit mit Kontextfaktoren zum Tagesgeschäft gehören.

Einbindung des Patienten: „decision-sharing“

Zu den entscheidenden Perspektivwechseln im Gesundheitswesen der letzten Jahre gehört die verstärkte Einbindung des Patienten in seine Rehabilitation. Mit dem „decision-sharing“ [7] erfolgt auch in dieser Phase eine Abkehr von der paternalistischen Leistungsgewährung durch Arzt und Unfallversicherungsträger hin zu einer gemeinsamen Absprache über Maßnahmen und Ziele der Rehabilitation.

Dass dieses kooperative Modell nicht nur kommunikationsaufwendig, sondern auch arbeitsintensiv ist, liegt nahe. Es setzt aber auch einen Anspruch an den Patienten voraus, den dieser nicht immer zu erfüllen bereit sein wird. Nicht jeder Patient ist in der Lage, sich lösungsorientiert in aktiv-interessierter Weise mit seinem Krankheitszustand auseinanderzusetzen. Die von Miller [15] getroffene Unterscheidung in selbstwirksame, informationsuchende „monitors“ und passivleidende „blunters“ zeigt, dass die rehabilitative Praxis nicht nur aus dem idealtypischen kooperativen Patienten be-

steht. Vielen Menschen ist die Möglichkeit, sich mit ihrem Gebrechen in sachlicher Distanziertheit auseinanderzusetzen, nicht gegeben. Ein überforderndes Informationsangebot an den Patienten verbietet sich hier. Dieser darf nur im Rahmen seiner Möglichkeiten eingebunden werden [4, 9, 11]. Die richtige Mischung aus Eigen- und Fremdverantwortung zu finden, wird Aufgabe des Rehabilitationsmanagers sein.

Auf nicht immer deckungsgleiche Interessenlagen der Beteiligten wurde in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur hingewiesen [10]:

- Patienteninteressen fokussieren sich meist auf Schmerzfreiheit, Wiedergewinnung von Wohlbefinden und Körperfunktionen, angemessene Entschädigung, Sinnfinden in existenziellen Fragen und befriedigende familiäre Beziehungen.
- Interessen des Medizinpersonals werden oft auf Compliance gerichtet sein, beispielsweise unaufwendige Kooperation, Beherrschen von Emotionen und Handlungseffizienz.
- Die Unfallversicherungsträger sind primär zu einer effizienten Prozesssteuerung und -beherrschung sowie zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben verpflichtet.

Diese unterschiedlichen Anliegen müssen auf das gemeinsame Ziel gebündelt werden. Jede Partei muss dabei die Sprache der anderen verstehen lernen, deren In-

tionen würdigen und in den Konsens einbauen. Ein schnelles Telefonat wird hier nur in den seltensten Fällen genügen. Der Besuch des Rehabilitationsmanagers beim Verletzten noch vor Erstellung des Rehabilitationsplans schafft die vertrauensvolle Grundlage für die Monate der Rehabilitation. Auf jeden Fall muss der Patient im Rahmen des Rehabilitationsmanagements die Gelegenheit haben, sich ausdrücklich zu seinen Wünschen, Befürchtungen und eigenen Prioritäten zu äußern.

Die Kommunikation im Rehabilitationsmanagements konzentriert sich auf die 3 Ebenen

- Motivation/Unterstützung,
- Beziehung/Partizipation und
- Behandlungsverlauf/Therapiebewertung [4].

Der Rehabilitationsmanager hat dabei folgende Handlungsfelder:

- Seine *Heilverfahrenssteuerung* ist auf Diagnosevalidierung, Schlüssigkeit und Zielerreichung des Therapiekonzepts, Methodenevidenz, Verlaufsplanning, Prognose der Arbeitsunfähigkeitsdauer sowie Effizienz gerichtet.
- Die *Copingförderung* zielt auf die Ermittlung von Kontextfaktoren, die Reduzierung von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren, insbesondere durch Stärkung des sozialen Umfelds und der eigenen Ressourcen des Patienten.
- Das „*empowerment*“ setzt auf die Schaffung eines rehabilitationsförderlichen sozialen Umfelds, ohne dass der Rehabilitationsmanager selbst zum Sozialarbeiter, Ehe- oder Schuldnerberater wird, vielmehr durch Aktivieren von weiteren Helfern und dem Anstoßen von Lösungswegen.
- Schließlich zielt die *klassische Berufshilfe* als integraler Bestandteil des Rehabilitationsmanagements auf Klärung des Arbeitsverhältnisses, Ermittlung von Tätigkeits- und Fähigkeitsprofil zum Erstellen einer arbeitsphysiologischen Belastungsprognose, Gestaltung der beruflichen Reintegration und der Teilhabe.

Das „decision-sharing“ bindet den mündigen Patienten kooperativ ein. Der Kon-

sens wird zum Handlungsleitfaden des Rehabilitationsprozesses, die Mitwirkung des Patienten und seine eigene Entscheidung über sein Wohlergehen sind die Grundlage. Bei manchen Patienten, die sich noch in der Schock- oder Einwirkungsphase [8] befinden und prozessorientierten strategischen Überlegungen noch nicht zugänglich sind, stößt dieses Konzept an seine Grenzen. Auch Patienten mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung und geringer Selbsthandlungskompetenz dürfen mit Entscheidungen nicht überfordert werden.

Die Schwierigkeit, trotz nicht immer gradlinigem Genesungsverlauf vertrauensvoll zu kommunizieren, ist in der rehabilitationswissenschaftlichen Literatur [12] seit längerem bekannt. Der Weg von der Compliance zum Commitment braucht den informierten Konsens als Behandlungsgrundlage.

Für Arzt und Rehabilitationsmanager gilt: *Es ist nicht immer leicht mit dem Patienten.* Umgekehrt gilt das auch für den Patienten im Umgang mit seinen Helfern. Trotzdem sind Kommunikation und Kooperation für eine gelungene Rehabilitation wichtig, wenn nicht entscheidend.

Copingpläne und proaktive Steuerung: der Rehabilitationsplan

Mit dem Teilhabeplan der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, [3]) wurde auch der Rahmen für den Rehabilitationsplan gesetzt. Beide orientieren sich am biopsychosozialen Modell und an der Einbindung des Betroffenen.

Der Rehabilitationsplan der DGUV hat mehrere Ansprüche zu erfüllen:

- Er gibt dem Unfallverletzten einen Orientierungsrahmen als Leitfaden für seine Verletzungsbewältigung. Er ist damit ein Copingplan und ein Signal, dass die Rehabilitation ein zielgerichteter, von kompetenten Händen begleiteter Prozess ist.
- Er verpflichtet alle Leistungserbringer zur gemeinsamen Mitwirkung am formulierten Ziel.
- Er vernetzt die Leistungserbringer und verpflichtet sie auf einzelne Beiträge.

Trauma Berufskrankh 2012 · 14[Suppl 2]:217–221
DOI 10.1007/s10039-011-1740-1
© Springer-Verlag 2011

B. Lossin

Chancen und Risiken des Rehabilitationsmanagements

Zusammenfassung

Das Rehabilitationsmanagement greift mehrere Konzepte der modernen Gesundheitsversorgung auf: Dazu gehören das biopsychosoziale Modell der WHO („World Health Organization“, Weltgesundheitsorganisation), die Einbindung der Patienten in die Entscheidungsfindung, die planende Organisation der Unfallbewältigung, des Heilverlaufs und der beruflichen Wiedereingliederung sowie die Arbeit in Versorgungsnetzwerken. Für die praktische Arbeit bedeutet dies, eine Balance zwischen der Berücksichtigung der Patienteninteressen und den Anforderungen des Versorgungssystems sowie zwischen aktiver Einbindung des Patienten und seiner Nichtüberforderung zu finden. Das Verfahren erfordert einen sozialpolitischen Konsens, der auch im Alltag tragfähig ist.

Schlüsselwörter

Rehabilitation · Rehabilitationsmanagement · Rehabilitationsplan · Entscheidungsfindung · Patientenbeteiligung

Chances and risks of rehabilitation management

Abstract

Rehabilitation management incorporates a number of modern healthcare concepts including the biopsychosocial model of the WHO, decision-sharing, coping plan management, planning organization of medical and occupational services and networking. For the practical work this means finding a balance between patient interests and the requirements of the medical organization and furthermore, to find a balance between active integration of a patient's recovery process and non-excessive demands. The procedure needs a sociopolitical consensus which is also compatible with everyday life.

Keywords

Rehabilitation · Rehabilitation, organizational management · Rehabilitation, administrative management · Decision making · Decision sharing

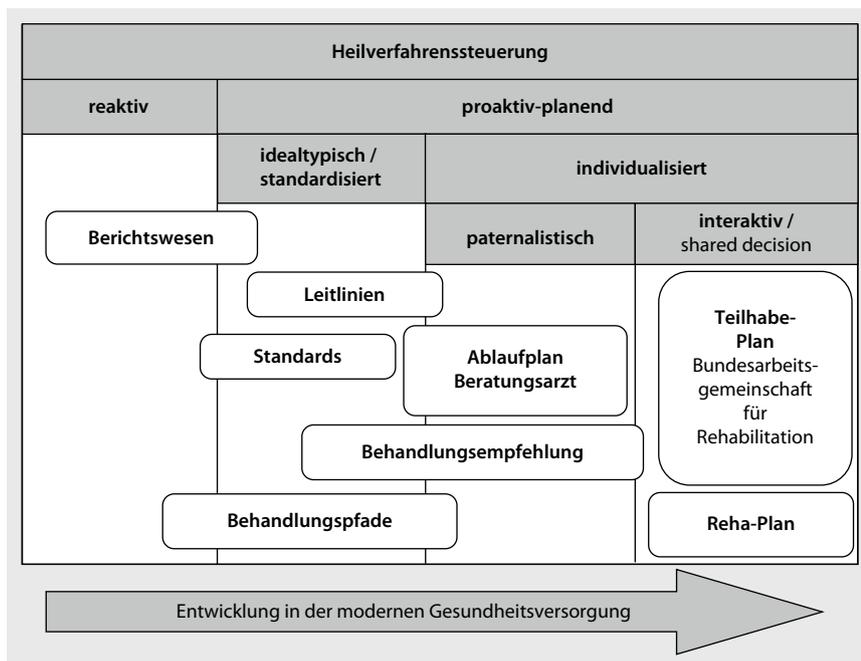


Abb. 1 ▲ Rehabilitationsplan als Instrument der Heilverfahrenssteuerung

- Er stellt eine Abkehr von der rein reaktiven Heilverfahrenskontrolle dar und betont die proaktive Steuerung des Genesungsgeschehens.
- Er bündelt alle entscheidungserheblichen Tatsachen und schließt damit Missverständnisse und Unausgesprochenes aus.

Damit unterscheidet sich der Rehabilitationsplan von pauschalen Behandlungspfaden und „second opinions“. Er ist ein anspruchsvolles Instrument in der modernen Gesundheitsversorgung (■ Abb. 1)

Der Aufwand, mit allen Beteiligten gemeinsam zu kommunizieren, ist recht hoch. Er ist dadurch gerechtfertigt, dass jeder seine Vorstellungen einbringen kann, Behandlungsmethoden vorgeschlagen, begründet und abgestimmt werden können, kurz: man sich gegenseitig austauscht und Commitment schafft. Deshalb ist es auch gerechtfertigt, diesen Rehabilitationsplan als gegenseitige Verpflichtung zu unterschreiben. Diese Unterschrift ist als deutliches Zeichen der Einbindung des Patienten zu sehen und aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht ein wichtiges Instrument. Wer hier sein Misstrauen juristisch verpackt und darauf verweist, dass der medizinisch-funktionale Heilerfolg nicht eingeklagt werden

kann, verkennt die Absicht der Copingvereinbarung. Es muss deutlich werden, dass der Rehabilitationsplan keine juristische Verpflichtung ausdrückt, sondern eine Absichtserklärung und Zielorientierung ist. Er lässt den Rahmen der Mitwirkung nach §§ 65 und 66 SGB I unberührt.

Es wird sich zeigen, inwieweit weniger aufwendige Maßnahmen wie Behandlungspfade oder beratungsärztliche Stellungnahmen geeignet sind, weniger intensive Rehabilitationsmanagementfälle zu gestalten. Damit würde eine Reduzierung der Ansprüche einhergehen. Ob die Fallzahlen ein solches *Rehabilitationsmanagement light* wirklich erforderlich machen, muss durch Evaluation geklärt werden.

Die Rehabilitationsplanung ist weiterhin mit der Gefahr verbunden, dass sie im falschen Kontext dazu neigt, Schäden zu produzieren. Wenn ein Rehabilitationsplan „innerhalb eines Monats“ [5] erstellt wird, kann sich der Patient noch in der Einwirkungs- oder frühen Erholungsphase der Traumaverarbeitung befinden. Erstere ist geprägt durch Ärger, Selbstzweifel und die Unmöglichkeit, positive Möglichkeiten zu denken, in Letzterer kann die Gefahr der kumulativen Traumatisierung bestehen. Wer den Patienten in solchen Phasen mit einer schlechten Rehabilitationsprognose oder seiner Einschätzung

konfrontiert, dass die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz unwahrscheinlich ist, schafft psychische Probleme, die er dann wieder beseitigen muss. Hiermit werden die Lebensperspektive und die Zukunftsplanung eines Menschen zerstört. Badura et al. [1] und Keck et al. [13] wiesen darauf hin, dass die Wirkung eines Expertenworts schnell zur „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ werden kann.

Es gilt daher, dass der Rehabilitationsplan zum richtigen Zeitpunkt und mit den richtigen Worten vermittelt werden muss, wenn er wirklich hilfreich sein soll.

Networking

Mit dem Einbinden aller Beteiligten in ein System gegenseitiger Information, Abstimmung und aufeinander aufbauender Teilziele wird die Rehabilitation zu einem maßgeschneiderten, den individuellen Verhältnissen angepassten Versorgungssystem und geht damit über das Modell der integrierten Versorgung hinaus. Alle Leistungserbringer wie Durchgangsarzt (D-Arzt), Krankengymnast, Berufsförderungswerk, Psychologe oder Arbeitsphysiologe werden gemeinsam mit Patient und Rehabilitationsmanager vernetzt, um die Leistungserbringung koordiniert zu gestalten. Ein entscheidender Netzwerkpartner ist dabei derjenige Leistungserbringer, dem die Planung des Rehabilitationsmanagements obliegt, „dem Arzt/der Ärztin für die Planung im Rehabilitationsmanagement“ [5]. Hier findet die fachliche Qualitätssicherung statt. Solche besonderen Kompetenzzentren, zu denen insbesondere die BG-Kliniken zählen sollen, müssen in ihren Häusern Koordinatoren schaffen, die Unfallversicherungsträger und Krankenhausbetrieb aufeinander abstimmen und Besuchskapazitäten steuern. Der Besuchsdienst der Landesverbände muss integriert werden.

Die Vermengung von Qualitätssicherung und eigener Leistungserbringung kann ein Risiko sein. Ebenso ist die Gefahr nicht zu unterschätzen, dass verschiedene Leistungsanbieter Komplettpakete offerieren, die von der ersten Diagnosevalidierung über den Rehabilitationsplan bis zur beruflichen Belastungserprobung reichen. Der Rehabilitationsmanager des Unfallversicherungsträgers würde dabei

auf einen Kundenzulieferer und Rechnungsbegleicher reduziert werden. Eine solche Ausgliederung des Rehabilitationsmanagements an einen Generalübernehmer mindert die Möglichkeiten der Steuerung und Qualitätssicherung.

Fazit für die Praxis

Das Rehabilitationsmanagement der DGUV schuf mit der Einführung des biopsychosozialen Modells, der Einbindung des Patienten in die Entscheidungsfindung, den Rehabilitationsvollzug, die Rehabilitationsplanung und die Netzwerkbildung mehrere neue Handlungsansätze. Damit diese zu einem umfassenden, Erfolg versprechenden modernen Verfahren werden, sind der sozialpolitische Konsens, die Schulung der Rehabilitationsmanager und die Feinjustierung des Versorgungssystems nötig. Nach bisherigen Erfahrungen hat dieses Konzept das Potenzial, die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung weiter zu optimieren.

Korrespondenzadresse

B. Lossin

Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro
Medienerzeugnisse (BG ETEM),
Bezirksverwaltung Berlin,
Corrensplatz 2, 14195 Berlin
lossin.bernd@bgetem.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Badura B, Grande G, Janssen H, Schott T (1995) Qualitätsforschung im Gesundheitswesen – Ein Vergleich. Juventa, Weinheim
2. Büchi S, Buddeberg C (2004) Subjektive Krankheitskonzepte – Krankheitsbewältigung. In: Buddeberg C (Hrsg) Psychosoziale Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 417
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004) Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main, <http://www.bar-frankfurt.de>
4. Dehn-Hindenburg A (2010) Gesundheitskommunikation im Therapieprozess. Schulz-Kirchner, Idstein, S 35
5. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2010) Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. DGUV– Handlungsleitfaden. DGUV Rundschreiben RS 0519/2010 vom 26.10.2010
6. DIMDI – Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF. WHO, Genf
7. Eich W (2009) Shared decision making in Medizin und Psychotherapie. Psychother Dialog 10(4):364
8. Fischer G, Riedesser P (2009) Lehrbuch der Psycho-traumatologie. Reinhardt, München
9. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M (2006) Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. J Clin Nurs 15(12):1498
10. Gerdes N, Weis J (2000) Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel J, Koch U (Hrsg) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 60
11. Hurrelmann K (2006) Gesundheitssoziologie. Juventa, Weinheim
12. Kayser B, Schwefing B (1998) Managed care und HMO's. Huber, Bern Stuttgart Toronto
13. Keck M, Busse HG, Kallinke D, Behrens J (2000) Berufsbezogene Orientierung und praktische Erprobung während der Phase II der kardiologischen Rehabilitation als Instrumente der beruflichen Früh-Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, <http://www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de>
14. Leppin A, Schwarzer R (1997) Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer R (Hrsg) Gesundheitspsychologie. Hogrefe, Göttingen, S 358
15. Miller SM (1987) Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. J Pers Soc Psychol 52:345–353
16. World Health Organisation (Hrsg) (2000) International classification of functioning, disability and health. Final draft, full version. WHO, Genf