

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

**Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation  
in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz-  
Ansätze einer Methodik  
der vergleichenden Rehabilitationsforschung**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Dr. rer. medic.

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Markus Zimmermann  
geboren am 20.01.1964 in Solingen

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Prof. Dr. Sportwiss. Wolfgang Schüle

12.05.2007 Eröffnungsdatum des Promotionsverfahrens  
23.10.2007 Datum der Verteidigung

## Referat

**Zielsetzung:** Ziel dieser Arbeit ist die Klärung der methodisch systematischen internationalen Vergleichbarkeit der Rehabilitation, was exemplarisch an den disparaten Versorgungsstrukturen der Rehabilitation in Schweden, Großbritannien, der Schweiz und Deutschland im Kontext der sozialen Sicherung der jeweiligen Länder unternommen wird.

**Methoden:** Daten über die rehabilitativen Konzepte und Strukturen in den einzelnen Ländern wurden primär mittels Diskussion einer Fallvignette und strukturiertem Leitfaden in 21 Interviews mit insgesamt 27 Experten durchgeführt und ausgewertet. Fragen zur Effektivität der Rehabilitation werden anhand von Sekundäranalysen beantwortet.

**Ergebnisse:** In allen vier Ländern waren ausgewiesene Maßnahmen der medizinisch und beruflich orientierten Rehabilitation etabliert, die sich jedoch in ihrer konzeptuellen, strukturellen und prozessualen Ausgestaltung deutlich voneinander unterscheiden und zwar sowohl innerhalb aber auch zwischen den Ländern. So reicht bei chronisch behindernden Rückenschmerzen medizinische Rehabilitation von sechs Physiotherapieeinheiten bis hin zu einem einjährigen multiprofessionellen, multimodalen Rehabilitationsprozess. Individualisierungsgrad der Maßnahmen und Zugangsmöglichkeiten unterscheiden sich deutlich. Gemeinsam ist eine Zuweisung von Maßnahmen nach dem Bedarfsprinzip. Eine Erfassung der Makrostrukturen der Rehabilitation muss als notwendige Voraussetzung angesehen werden, bi- und multinationale Studien im Kontext von Rehabilitation durchführen zu können. Selbst die multizentrische Durchführung randomisierter, kontrollierter rehabilitativer Studien kann nur als valide gelten, wenn die Besonderheiten der gesamten rehabilitativen Versorgung bekannt sind.

**Schlussfolgerungen:** Aus den Ergebnissen des Vorhabens wird deutlich, dass die Gegenüberstellung und der Vergleich der Gesamtheit rehabilitativer Strukturen wenig aussagen und erklären kann. Um aber die Effektivität und die Effizienz rehabilitativer Konzepte einschätzen zu können, wären Verlaufsstudien mit Prozessdaten an vergleichbaren Krankheitsbildern unter Einschluss der unterschiedlichen Dimensionen von Krankheitsfolgen wünschenswert.

### Bibliographische Beschreibung

Zimmermann, Markus: Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz- Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung. Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 78 Seiten, 2007

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Zur Begriffsgeschichte und zum Verständnis von „Rehabilitation“	2
1.2	Rehabilitation in medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive	4
1.2.1	Rehabilitation in medizinischer, gesundheitswissenschaftlicher und pflegerischer Perspektive	4
1.2.2	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	5
1.3	Rehabilitation in soziologisch, gesellschaftstheoretischer Perspektive	7
1.3.1	Rehabilitation als Teilbereich oder Subsystem des Systems der Krankenbehandlung	8
1.3.2	Rehabilitation als Teilsystem der sozialen Hilfe	10
1.4	Gegenstandsbestimmung der Rehabilitation	12
1.4.1	Die Einheit der Rehabilitation	12
1.5	Forschungsstand	13
1.5.1	Internationaler Vergleich der Rehabilitation	13
1.5.2	Effektivität der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen	16
<b>2</b>	<b>Zielstellung</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methodik</b>	<b>22</b>
3.1	Sekundärstatistiken als Material international vergleichender Forschung	22
3.2	Zur methodischen Besonderheit von Experteninterviews	23
3.3	Entwicklung des Interviewleitfadens und der Fallvignette	23
3.4	Auswahl der Interviewpartner	25
3.5	Durchführung der Experteninterviews	26
3.6	Metaanalysen und systematische Übersichtsarbeiten zur Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen	28

<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>31</b>
4.1	Gesundheits- und Versorgungssysteme der Krankenbehandlung	31
4.2	Begriff der Rehabilitation	34
4.3	Zuständigkeit, Differenzierungsgrad, Zielsetzung der Konzepte und Strukturen der Rehabilitation	37
4.3.1	Zuständigkeit und Differenzierungsgrad	37
4.3.2	Zielsetzung	40
4.4	Zugang und Mitwirkungsmöglichkeiten	45
4.5	Rehabilitation von chronisch behindernden Rückenschmerzen - Ergebnisse der Fallvignette	51
4.6	Übersichtsarbeiten zu Outcome orientierten Studien	56
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>61</b>
5.1	Einheitliches Verständnis von Rehabilitation?	61
5.2	Zuordnung der Rehabilitation – Rehabilitation: (k)ein System?	63
5.3	Die Evidence von Rehabilitation – ohne Raum und ohne Zeit?	64
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>66</b>
6.1	Anwendungsperspektiven	66
6.2	Folgeuntersuchungen und weitergehende Forschungsperspektiven	66
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>68</b>
	<b>Anhang</b>	<b>73</b>
A.	Teilnehmer/innen an den Experteninterviews	73

## Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeit
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CH	Schweiz
D	Deutschland
EU	Erwerbsunfähigkeit
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaft
EW	Einwohner
GB	Großbritannien
GP	General Practitioner
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
ICIDH	International Classification of Impairments, Disability and Health
ILO	International Labourorganisation
KKP	Kaufkraftparität
LVA	Landesversicherungsanstalt
MSK	muskuloskelettal
NHS	National Health Service
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
SGB	Sozialgesetzbuch
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SV	Schweden
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# 1 Einleitung

Die Frage nach „best practice“ und möglichst effektiver und effizienter Gesundheitsversorgung prägt gesundheitswissenschaftliche Forschung nicht erst seit jüngsten Diskussionen um Einnahme- und Ausgabeprobleme der Leistungsträger und Leistungserbringer. Dabei gewinnen internationale Vergleiche und Systemanalysen im Bereich der Gesundheitswissenschaften sowohl innerhalb der Versorgungsforschung als auch im Bereich gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Argumentationen an wachsender Popularität. Fast täglich werden in der Tages- und Fachpresse durch den Blick über die Grenze Anregungen gewonnen, die zur Reflexion und Kritik der eigenen Versorgungsstrukturen genutzt werden. Gerne wird eine internationale Perspektive für die Benennung von Schwächen des eigenen Systems oder die Entwicklung neuer Konzepte oder ‘Reformen’ bemüht. Auch im Bereich der Rehabilitation bzw. der rehabilitativen Versorgung gewinnen komparative Ansätze an Bedeutung. Allen diesen Bemühungen gemeinsam ist jedoch die Frage nach der tatsächlichen Vergleichbarkeit einzelner Prozesse, Verfahren und Interventionen bzw. der Abgrenzung von komplexen Strukturen, so wie sie sich im Falle der Rehabilitation darstellen. Denn was ist Rehabilitation, was sind rehabilitative Interventionen und wo finden sie statt? Die Frage der Vergleichbarkeit der Rehabilitation und ihrer Effekte erfordert sowohl eine theoretische als auch empirische anwendbare Grundlegung dessen, was als „Rehabilitation“ zu verstehen ist. Auf der einen Seite sind Strukturen zu untersuchen, die direkt als „Rehabilitation“ ausgeflaggt sind. Um jedoch nicht dem Äquivalenzverdacht zu verfallen und nur solche institutionellen Gefüge in den Blick zu nehmen, die aus eigenem Verständnis als „Rehabilitation“ zu bezeichnen sind, ist auf der anderen Seite zu fragen, welche Prozesse und Strukturen im Falle von spezifischen Aktivitätseinschränkungen und Partizipationsstörungen zur Verfügung stehen, um Betroffenen eine Rückkehr in die Normalität zu ermöglichen oder zumindest ihre Einschränkungen so zu reduzieren oder zu kompensieren, dass ein Leben mit möglichst hoher Lebensqualität und Selbstbestimmung möglich wird. Dabei geht es um die Frage, in welchen Strukturen und Prozessen diejenige Funktion stattfindet, die die Teilhabe nach einer Erkrankung oder einer angeborenen oder entstandenen Behinderung ermöglichen und sichern soll. Es geht folglich um die Berücksichtigung manifester aber auch in guter Tradition von Freud, Spencer und Parsons um latente Strukturen, in denen rehabilitative Interventionen stattfinden. Diese Arbeit unternimmt somit einen Zugangsweg der vergleichenden Untersuchung

- des Verständnisses von Rehabilitation (Ziele, Konzepte),
- der Strukturen (Leistungsträger, -erbringer, Organisationen, Prozesse),
- und der Funktion der Rehabilitation

im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung und des Wohlfahrtsstaats in England, Schweden, der Schweiz und Deutschland. Diese theoretische Grundlegung wird anhand zweier Schritte überprüft:

- Vergleich der Funktionen und Strukturen der Rehabilitation chronischer behindernder Rückenschmerzen
- Überprüfung und Vergleichbarkeit der evidenten Effektivität der Rehabilitation, so wie sich in klinischen Studien mit hohem Evidencegrad darstellen.

Letzteres versucht die Lücke zu kompensieren, dass –soviel kann vorweggenommen werden– sich die Datenlage über Ergebnisse rehabilitativer Prozesse bisher nur sehr fragmentarisch und kaum international vergleichbar darstellt. Metaanalysen oder systematische Reviews unternehmen jedoch –wenn auch auf klinischer Ebene– genau genommen nichts anderes, als Rehabilitationsprozesse und ihre Ergebnisse aus verschiedenen wohlfahrtsstaatlichen Institutionen miteinander in Beziehung zu setzen.

### 1.1 Zur Begriffsgeschichte und zum Verständnis von „Rehabilitation“

Ein einheitliches Verständnis von ‘Rehabilitation’ hat sich bisher nicht durchgesetzt<sup>1</sup>. Das gilt sowohl für Rehabilitation als Begriff, als auch für einzelne Teilbereiche dessen, was als Rehabilitation bezeichnet wird. Es vermischen sich einzelne Codierungen und Begriffe aus den Bereichen der Medizin, des Public-Health, des (Sozial-) Rechts und der vorherrschenden Verfahren, Organisationen und Institutionen.

Von der semantischen und etymologischen Bedeutung her sind zwei Wurzeln zu beachten:

1. Das Verständnis von *Re-habilitation* als „Wiederherstellung“ ist abgeleitet aus der lateinische Wurzel *habere* („haben“, „beherrschen“ „an sich tragen“). Über *habilis* („fähig“, „tüchtig“, „leicht zu handhaben“) führen *habilitare* und der Habilitation hin zu dem Prozess des „fähig machen“, „befähigen“. Zusammen mit dem Präfix „re-“ erwächst die Bedeutung des „wieder-herstellen“ und des „wieder-befähigen“ (21).

---

<sup>1</sup> Außer Acht gelassen wird Rehabilitation im moralischen oder juristischen Sinne z.B. als Wiedererlangung der bürgerlichen Rechte nach Straffälligkeit. Gegenstand des Vorhabens ist Rehabilitation bei Krankheit, Krankheitsfolgen und Behinderungen, obwohl mit dem systemtheoretischen Hintergrund

2. Ebenfalls aus dem lateinischen ist die Verwendung des Begriffs *rehabilitatio* bezeugt. Rehabilitation bezeichnet sui generis die soziale Dimension der „Einsetzung in einen früheren Stand“ also die Wiedereingliederung, Repositionierung innerhalb eines sozialen Gefüges (21).

Mit diesen beiden etymologischen Wurzeln kann bereits verdeutlicht werden, dass der Bezug der Rehabilitation immer eine individuelle, an den körperlich, mentalen Fähigkeiten einer Person orientierte wie auch eine soziale Dimension ist, die die Stellung einer Person innerhalb der Gesellschaft thematisiert.

Während diese Konzepte implizit die Theorie und Praxis der Gesundheits- und Körperpflege von der Antike bis zur Neuzeit prägen (20), wird „Rehabilitation“ als Begriff der Medizin und der sozialen Arbeit bzw. Fürsorge erst im 19. Jahrhundert virulent<sup>2</sup>. Das noch vorherrschende Verständnis der sowohl individuellen als auch gleichermaßen sozialen Dimension der Medizin legt die Grundlage für die Sozialhygiene und später die Sozialmedizin. Mit diesem Auftrag werden mit der industriellen Proletarisierung und Verarmung weiter Bevölkerungskreise auch die gesundheitliche Versorgung der Arbeiter und die Bewältigung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Behinderungen zum sozialen Problem und zum Teilaspekt der sozialen Frage.

In diesem Kontext spricht Franz Joseph von Buß bei krankheitsbedingten Problemen seinen „Platz“ innerhalb der Gesellschaft zu finden bzw. beizubehalten von „rehabilitieren“ und „Rehabilitation“:

„Vielmehr soll der heilbar Arme vollkommen rehabilitiert werden; er soll sich zu der Stellung wieder erheben, von der er herabgestiegen war. Er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wieder gewinnen und mit ihm ein neues Leben.“ (13).

Damit wird zumindest für den deutschen Sprachraum *Rehabilitation* mit Krankheit und Krankheitsfolgen, sowie von Beginn an mit den *sozialen* Konsequenzen von Krankheit und daraus resultierenden Behinderungen verknüpft. Hierbei wird wie selbstverständlich davon ausgegangen, dass die primären Adressaten von Rehabilitation ökonomisch bedürftige, „Arme“ sein sollen. Rehabilitation richtet sich demnach auf Personen, die durch Krankheit(sfolgen) ihre ursprüngliche gesellschaftliche und berufliche Stellung verloren haben. Rehabilitation soll wieder an die ursprüngliche Position zurückführen. Diese Entwicklung bleibt nicht auf den deutschen Sprachraum beschränkt, auch wenn die begriffli-

---

dieser Darstellung auch die juristische Rehabilitation integrierbar wäre. Eine Berücksichtigung würde aber den empirischen Rahmen sprengen.

che Formulierung und damit auch die Akzentuierung sich kulturell unterschiedlich gestaltet. So taucht der Begriff auch im Französischen, Spanischen, Italienischen und Englischen auf. In England zeigt sich aber bereits eine begriffliche Ausweitung von *rehabilitation*. In der Encyclopedia Britannica wird der Begriff sowohl mit der Bedeutung „restoration of normal functioning to the disabled through physical modes of treatment“ als auch „physiatry“ und „physical therapy“ versehen. Dagegen setzen sich in Frankreich neben *réhabilitation* auch die Begriffe der *ré-éducation fonctionelle* und später auch der *ré-adaptation fonctionelle* durch. Damit wird aber eine Bedeutungsmodifikation eingeführt. *Ré-éducation* legt einen Akzent auf Aspekte der Erziehung bzw. der Personveränderung. Damit sind zunächst allerdings primär Heranwachsende gemeint, die mit funktionellen Beeinträchtigungen seit Geburt oder durch Wachstumsstörungen belastet sind. Auch der Begriff der Orthopädie greift den Aspekt der „Erziehung“ bereits in der Wortwurzel auf und wird zu einer bedeutsamen Teilbewegung des rehabilitativen Gedankens, indem erste Anstalten und Heime für krüppelhaftige Kinder entstehen (20, 21).

## **1.2 Rehabilitation in medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive**

„Rehabilitation“ als Reaktion auf krankheitsbedingte Behinderungen, die die gesellschaftliche Teilnahme und Teilhabe erschweren oder unmöglich machen sind demnach auch von ihrer Begriffsgeschichte her zunächst mit dem medizinisch therapeutischen Bereich verknüpft. Die Entwicklung einer eigenständigen Rehabilitationsmedizin oder einer rehabilitativen Pflege lassen dabei länger auf sich warten. Die Trennung von Akut- und Rehabilitationsmedizin ist dabei eine eher jüngere Entwicklung, die nach dem zweiten Weltkrieg mit Gründung spezifischer Rehabilitationskliniken nach US amerikanischem Vorbild erfolgt. Dort wie auch in England hat Rehabilitation vor allem als Versorgung von Kriegsversehrten an Bedeutung gewonnen (21). Während die klassische Medizin primär kurativ an dem Überleben der verwundeten Heimkehrer orientiert ist, kämpft Rehabilitation für ein Weiterleben mit möglichst hoher Lebensqualität.

### **1.2.1 Rehabilitation in medizinischer, gesundheitswissenschaftlicher und pflegerischer Perspektive**

Die Unterscheidung von Rehabilitations- und Akutmedizin ist selbst in ‘Systemen’, die sich wie in Deutschland ausdrücklich anhand dieser Differenz beschreiben, unklar.

---

<sup>2</sup> Das gilt aber eben nur für die Bereiche der Medizin und Fürsorge. Im juristischen Sinn erlangt „Rehabilitation“ bereits weitaus früher eine Bedeutung, die sich bis in die Moderne erhalten hat.

Abgrenzungs- und Definitionsversuche werden zwar diskutiert, aber auch aufgrund mangelnder theoretischer Grundlegungen vermieden (18).

In gesundheitswissenschaftlicher Perspektive wird Rehabilitation vor allem in ihrer Relation zu den übrigen Bereichen der medizinisch therapeutischen Versorgung betrachtet. Es geht folglich vielfach um die Beschreibung und Bedeutung von Rehabilitation in der Versorgungskette. Klassische Entwürfe sehen Rehabilitation zumeist nachgeordnet den kurativen Bemühungen und lassen Rehabilitation einsetzen, wenn Kuration und eine *restitutio ad integram* an ihre Grenzen stoßen bzw. auszuschließen sind (40).

Diese Sicht kann inzwischen als überholt gelten. Aspekte der Frühmobilisation und Frührehabilitation (z.B. nach Schlaganfall oder Hüftprothetik) bei gleichzeitiger intensivmedizinischer und intensivpflegerischer Versorgung lassen die Vorstellung einer sukzessiven Abfolge nicht mehr plausibel erscheinen. Gleiches gilt für den inzwischen häufigen Fall der chronischen Erkrankung und chronischer Krankheitsfolgen (7, 40).

### **1.2.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**

Anfang der achtziger Jahre wurde durch die Weltgesundheitsorganisation ein Versuch unternommen, die in Folge des Internationalen Jahres der Behinderten 1977 begonnene Diskussion um einen operationalisierbaren Begriff von Behinderung in einer differenzierten Klassifikationen zu vereinheitlichen. Dabei wurde von einer Dreiteilung ausgegangen, die starke Ähnlichkeit mit der bahnbrechenden Studie von Harris in Großbritannien aufwies (34). Somit sollten die verschiedenen Facetten von physisch/psychischen Einschränkungen ("In the context of health experience, an impairment is any loss or abnormality of psychological, physiological, or anatomical structure or function." (89)), daraus resultierenden Bedarfen an kompensierenden Maßnahmen ("In the context of health experience, a disability is any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being." (89)) und gesellschaftlichen - oder besser sozialen bzw. kommunikativen - Folgen ("In the context of health experience, a handicap is a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal (depending on age, sex, and cultural factors) for that individual." (89)) berücksichtigt werden. Diese internationale Klassifikation der Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH (89); deutsch: (56)) als komplementäre Ergänzung zur International Classification of Diseases (ICD) wurde in der Folgezeit zum Teil hart kritisiert. Ansatzpunkte zur Kritik bot dabei die Be-

schränkung auf den Bereich des Gesundheitswesens<sup>3</sup> oder zumindest dessen Kontext, als auch die Verwendung des Begriffs der Normalität bzw. der Abweichung von normalem Verhalten. Daneben wurde der Versuch, die einzelnen Kategorien zu operationalisieren mit großer Skepsis betrachtet, vor allem die Ebene des "Handicaps" als soziale Dimension, die aber letztendlich auf individuelle Defizite sich reduziert.

Trotz ihrer (vor allem in Deutschland) geringen Wirkungsgeschichte entwickelte sich daraus ein langjähriger aufwändiger Revisionsprozess, der konzeptuell eine deutlich veränderte Klassifikation entstehen ließ, die sich dennoch weiterhin dem Auftrag verpflichtet weiß, neben der Klassifizierung von Krankheiten, individuelle und soziale Krankheitsfolgen erfassbar und kommunizierbar zu machen.

In der Neufassung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde das Konzept der drei Dimensionen (Impairments, Disabilities, Handicaps) der ICIDH prinzipiell übernommen:

- Körperfunktionen und Körperstrukturen: Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.
- Eine Aktivität bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen: Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.
- Teilhabe ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation: Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.
- Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Konzeptuell verändert wurde die Dimension der Impairments durch die Unterscheidung von Körperstrukturen und Körperfunktionen. Die Dimension der Disabilities wurde mit „Aktivitäten“ als neutraler Begriff gefasst und stärker auf die tatsächliche Durchführung spezieller Handlungen und Tätigkeiten ausgerichtet. Partizipation, Teilhabe als Nachfolgekategorie der Handicaps wurde mit der Klassifikation der Aktivitäten zusammengeführt. Unterscheidbar sind beide Dimensionen nur noch in der Beobachtungsperspektive: während Aktivitäten die Durchführbarkeit spezieller Handlungen und Tätigkeiten erfasst (Performanz), bezeichnet Teilhabe die tatsächliche Ausübung dieser Aktivitäten in der Lebenswirklichkeit der untersuchten Person. Somit beschreibt das Item d475 Ein Fahrzeug führen

---

<sup>3</sup> So Beck, die deshalb die ICIDH für den Bereich der Sonderpädagogik und das Phänomen "geistige Behinderung" für unbrauchbar hält (4).

in der Dimension der Aktivitäten die grundsätzliche Fähigkeit einer Person, z.B. ein Auto bedienen und sich im Verkehr orientieren zu können, während die Dimension der Teilhabe die tatsächliche Ausübung erfasst, also der Frage nachgeht, ob eine Person Auto fährt oder nicht.

Als neue Dimension tauchen in der revidierten Fassung der ICF die Umwelt- oder Kontextfaktoren auf. Sie sollen die Lebens- und Rahmenbedingungen beschreiben und erfassen, in denen sich das Aktivitäts- und Teilhabespektrum entfaltet. Sie umfassen sowohl die natürliche (Klima), als auch die artifizielle (Produkte, Technologien) und soziale Umwelt (Beziehungen, Einstellungen, soziale Dienste etc.) einer zu klassifizierenden Person. Kontextfaktoren sind zunächst als Konstrukt offen. Dennoch ist im Rahmen der Anwendung der Klassifikation zu entscheiden, ob sie als Barrieren Funktionsfähigkeit beeinträchtigen oder als Förderfaktoren Funktionsfähigkeit ermöglichen oder zumindest ~~Die ICF stellt~~ ~~Das ICF stellt~~ somit als eigenes Konzept eine Perspektiverweiterung zu der ätiologisch orientierten Klassifikation der Krankheiten dar (ICD). Sie liefert mit Ihrem mehrschichtigen Aufbau ein Konzept, Rehabilitationsbedarfe und –potentiale in den verschiedenen Dimensionen der Körperlichkeit, des Bewusstseins und der individuellen und sozialen Handlungs- und Kommunikationsfeldern zu erfassen.

Die ICIDH in ihrer ursprünglichen Fassung, verknüpfte Fragen der Inklusion bzw. der (Teil-)Exklusion(en) als Krankheitsfolgen an die sogenannten Survival roles, die sich an Maslows Theorie der Grundbedürfnisse anschließen (55). Die Neufassung ICF hat diese Kategorien weitgehend übernommen, sie aber als Partizipation im Sinne möglicher gesellschaftlicher Teilhabe umgedeutet und um hindernde Faktoren (contextual factors) ergänzt (90).

Auch wenn es sich bei der ICF nur um eine Klassifikation handelt, kann das dahinter stehende Konzept mit seinen differenzierten Dimensionen durchaus als theoretischer Rahmen des Rehabilitationsprozesses aufgefasst werden, da somit impliziert wird, dass die genannten Dimensionen im Rehabilitationsgeschehen in Wechselwirkung stehen und bei der Rehabilitationsplanung zu berücksichtigen sind (31, 92).

### **1.3 Rehabilitation in soziologisch, gesellschaftstheoretischer Perspektive**

Voraussetzung für eine komparatistische Analyse rehabilitativer Interventionen in verschiedenen Ländern, die sowohl manifeste als auch latente Institutionen des rehabilitativen Geschehens einschließt, ist eine gesellschaftstheoretische Grundlegung dessen, was als Rehabilitation innerhalb des Wohlfahrtsstaates und der Gesamtgesellschaft zu verstehen

ist, Im Sinne einer funktionalen Analyse ist dabei zu fragen, welches Problem durch Rehabilitation gelöst wird oder werden soll und welche funktionalen Äquivalente dabei vorstellbar sind.

Nach dem dreistufigen WHO-Konzepts lässt sich Rehabilitation als Funktion beschreiben, Schädigungen und Fähigkeitsstörungen zu kompensieren und in der sozialen Dimension Hilfen und Unterstützung zur Inklusion zu leisten. Der Begriff der Inklusion eröffnet die Möglichkeit statt von einer postulierten, durch Werte und Normen vermittelten immer schon bestehenden Integration (64), das Verhältnis Individuum - Gesellschaft als temporäre Kopplung zu beschreiben (52, 53), die bestehen aber auch gelöst werden kann (Exklusion). Hilfen zur Inklusion lassen sich differenziert vorstellen, je nach Teilsystem, in das inkludiert wird bzw. werden soll: Wirtschaft/Arbeit, Erziehung/Bildung etc. und dazugehörige Organisationsstrukturen (61). Dabei kann die Inklusion in das Wirtschaftssystem über das Medium *Arbeit* als prioritär in dem Sinne angesehen werden, als Arbeit den Inklusionsmodus mit Gleichheitschancen ausstattet (28). Im Verständnis der modernen Gesellschaft als funktional differenzierte Gesellschaft (53) sind Individuen niemals Teil der Gesellschaft oder eines einzelnen Funktionssystems. Sie nehmen an Kommunikationsprozessen teil (die sich als Handeln oder Erleben unterscheiden lassen), sind jedoch anders als in der vormodernen Gesellschaft, deren Differenzierung über Schichten und konkrete Schichtzugehörigkeit durch Geburt beschrieben ist, niemals Mitglieder oder Teile eines dieser Funktionssysteme wie Recht, Politik, Wirtschaft oder Religion (53). Dies führt zu der Konsequenz, dass Teilhabe oder Inklusion niemals über das System der Gesamtgesellschaft erfolgt, sondern immer nur über Regelungen der einzelnen Funktionssysteme, die unterschiedlich gestaltet sein können. Inklusion ist dabei mit dem Begriff der „Rolle“ verknüpft, wobei die Rollen in den einzelnen Systemen verschieden ausgestaltet sein können (79).

### **1.3.1 Rehabilitation als Teilbereich oder Subsystem des Systems der Krankenbehandlung**

Die Annahme eines „Systems“ der Krankenbehandlung oder eines Gesundheitssystems macht zunächst eine Bestimmung des Systembegriffs notwendig. Während vom im aristotelischen Verständnis ausgehend „System“ als Ganzheit oder Konglomerat einzelner Teile verstanden wird und damit auf Einheit setzt, liegt dem Ansatz der modernen „Systemtheorie“ ein grundlegendes Verständnis von Differenz zugrunde (51, 53). Systeme sind unterscheidbar von ihrer Umwelt und nur diese Differenz System/Umwelt begründet, was und wie eine Gegebenheit oder Sachverhalt in Differenz zu seiner

was und wie eine Gegebenheit oder Sachverhalt in Differenz zu seiner Umwelt als System zu beschreiben ist. Unter Einbeziehung des Begriffs der Funktion, der zu bestimmen ist als Einheit von Problemlösung und anderer Möglichkeiten –also ebenfalls als differenztheoretischer Begriff- ist in einem systemtheoretischen Verständnis unter System immer ein Problemlösungsmodus zu verstehen, der sich von allem anderen in seiner Umwelt unterscheidet.

Unter dieser Prämisse des doppelten Systembegriffs (Einheit oder Differenz) wird der Begriff des Gesundheitssystems oder Systems der Krankenbehandlung erklärungsbedürftig (51). Während die Perspektive der „Einheit“ primär nach den Elementen des Systems fragen wird, zielt der differenztheoretische Ansatz stärker auf die Frage ab, welches Problem der „Antwort“ Gesundheitssystem zugrunde liegt und welche Alternativen zu dieser Antwort denkbar wären. Letzteres wird als funktionale Analyse bzw. Suche nach funktionalen Äquivalenten beschrieben.

Demgegenüber beschreibt ein differenztheoretisches Konzept das Gesundheitssystem anhand seiner Unterschiede zu anderen Systemen. Das System der Krankenbehandlung ist primär an seiner Leitunterscheidung krank / gesund zu erkennen. Als gesellschaftliches Funktionssystem ist es durch das Prozessieren dieser Leitunterscheidung zu beschreiben (51). Damit ist sowohl der spezifische Kommunikationsbereich zwischen Arzt und Patienten bezeichnet, als auch alle weiteren Systemoperationen, die dann auf die Bewältigung oder Heilung einer spezifischen Erkrankung ausgerichtet sind. Es ist sicherlich zu fragen, ob die Unterscheidung krank/gesund nicht eine Verkürzung darstellt, da die Momente der Prävention und auch der Unheilbarkeit durch diesen Code nur unzureichend erfasst werden. Deshalb gibt es Vorschläge, die diesen Code ersetzen oder erweitern, wie gesundheitsförderlich/-hinderlich, was vor allem die Komponente der Prävention einschließt oder lebensförderlich/lebenshinderlich, wie von Jost Bauch vorgeschlagen (3), was sowohl Prävention aber auch die Möglichkeit der Verbesserung von Lebensqualität im Falle von chronischen oder unheilbaren Erkrankungen mit aufnimmt.

Das System der Krankenbehandlung informiert sich also anhand der Unterscheidung krank/gesund über seine eigenen Operationen. Dabei wird der Negativwert „Gesundheit“ – Gesundheit ist in diesem Zusammenhang der „negative“ Wert, da die Bezeichnung „gesund“ ja ausschließt, dass weitere Kommunikationen im System der Krankenbehandlung angeschlossen werden - gleichzeitig als Ziel der Systemoperationen markiert (51).

‘Rehabilitation’ demgegenüber reicht über den Bereich des Gesundheitssystems hinaus. Maßnahmen wie Umschulungen als berufliche Rehabilitation, (sonder-)pädagogische Maßnahmen in Erziehung und Bildung, ökologische Aspekte in Form baulicher, architektonischer Maßnahmen oder die behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes werden über den (medizinischen) Code krank / gesund nicht vollständig eingeschlossen.

### **1.3.2 Rehabilitation als Teilsystem der sozialen Hilfe**

Die Hypothese dieser Untersuchung geht davon aus, dass „Rehabilitation“ eher als ein Teilprogramm des Funktionssystems der „Sozialen Hilfe“ verstanden werden muss, denn als alleinige Teilfunktion des Gesundheitssystems oder des Wohlfahrtsstaats. Damit ist zunächst zu entwickeln, welche Alternativen sich für den Zusammenhang der „Rehabilitation“ vorstellen lassen und inwieweit die Annahme, Rehabilitation als Teilprogramm der Sozialen Hilfe zu verstehen sich im internationalen Vergleich bestätigen lassen kann.

Die Annahme eines Funktionssystems der Sozialen Hilfe oder sozialen Arbeit ist im aktuellen soziologischen Diskurs nicht unumstritten. So geht zwar auch Luhmann von der Möglichkeit eines Funktionssystems der sozialen Hilfe aus, wobei er etwas vorsichtiger von einem System im Entstehen spricht (52). Grundannahme ist, dass sich in der funktional differenzierten Gesellschaft zunehmend Inklusionsprobleme in einzelne Funktionssysteme ergeben, die von diesen nicht zu lösen sind und eine Kettenreaktion der Exklusion auslösen. In diesem Kontext bildet sich Soziale Hilfe als ein Funktionsbereich heraus, der über eine „stellvertretende Inklusion“ (2) die fehlende Teilnahme an den einzelnen Funktionszusammenhängen kompensiert. Primär ist hierbei an eine Inklusion in ökonomische Zusammenhänge über Zahlungen zu denken. Aber auch die Inklusion in das Rechtssystem z.B. in Form eines Betreuungsverhältnisses oder der Zugang zu Leistungen des Systems der Krankenbehandlung fallen darunter.

Im Unterschied zu anderen kompensatorischen Funktionssystemen ist Soziale Hilfe mit einer Leitdifferenz (helfen / nicht helfen bzw. Fall / kein Fall) beschrieben, der die Notwendigkeit einer Anschlusskommunikation im Rahmen des Konstrukts der „Bedürftigkeit“ definiert (2, 28, 87). Gerade die Klärung der Bedürftigkeit macht aber die Verweigerung der Hilfe erst möglich.

Ein Funktionssystem der sozialen Hilfe anzunehmen, entspringt erst einer jüngeren Entwicklung.<sup>4</sup> Dirk Baecker hat für die Funktion der stellvertretenden Inklusion ein System

---

<sup>4</sup> Die folgenden Ausführungen beziehen sich überwiegend auf Baecker (2).

der sozialen Hilfe festgemacht, mit allem, was ein System von seiner Umwelt unterscheidet: Einen Code (helfen / nicht helfen), eine Kontingenzformel, eine spezifische Kommunikation und einen Professionalisierungsschub. Soziale Hilfe mit seinen Organisationen und Institutionen stellt sich somit als Nachfolgerin des Helfens dar. Es kann als Folge des Funktionswechsels der Familie angesehen oder der Differenzierungsform zugeschrieben werden: Die alte Form des Helfens im Sinne von "Strukturen des wechselseitigen Erwartens" (50) werden infolge der Daseinsvorsorge durch den Geldmechanismus (also durch Ökonomie) überwiegend abgelöst.<sup>5</sup> Hilfe wird als *Soziale Hilfe* nunmehr zur *Daseinsnachsorge*. Nachsorge verstanden als Unterstützung, Teilnahmekancen für von Ausschluss bedrohte Personen zu erhöhen, die nicht mit *Geld* ihre Bedürfnisse befriedigen können.

Damit stellt sich Luhmann gegen die Zuordnung dieser Funktion als Teilfunktion des politischen Systems. In der Regel wird diese Form der kollektiven Versorgung als Kompensation der nicht erfüllten Leistung des ökonomischen Systems gesehen. Denn während innerhalb der Wirtschaft individuelle Interessen (und Bedürfnisse) prozessiert werden, wird über eine Staatsaufgabe "Armut" von kollektiver Seite aus denjenigen Unterstützung gewährt, die über Exklusion ihr Verhältnis zum Funktionssystem Ökonomie bestimmen.<sup>6</sup> Somit werden die Leistungen der Unterstützung durch die politische Verwaltung zugeteilt und transferiert, was sie zu einem direkten Teil des politischen Machtkalküls werden lässt.

Baecker dagegen geht von einem eigenständigen Funktionssystem aus (2), das sowohl über einen eigenen Code helfen/nicht Helfen, als auch über Programme und eine Kontingenzformel verfügt. Als Funktion macht er dabei die "stellvertretende Inklusion" aus. Allerdings ist dieser Aspekt der „Stellvertretung“ als Selbstbeschreibung von Kommunikationen und Handlungen im Kontext der Sozialen Hilfe durchaus hinterfragbar: denn wie lässt sich die „Simulation“ von sozialen Einschließungen (Inklusion) von nicht simulierten, demnach „sozialer Inklusion“ unterscheiden? Diese Funktionserfüllung findet

---

<sup>5</sup> Und das bedeutet, dass der Geldmechanismus universell in dem Sinne wird, "dass er nahezu alle Befriedigungsmöglichkeiten vermittelt: (...) Kapital- und damit ist nicht 'Privatkapital' gemeint, sondern Liquidität schlechthin - tritt als abstraktes funktionales Äquivalent an die Stelle von Dankbarkeit. Geld wird zum generalisierten Hilfsmittel." (50).

<sup>6</sup> So argumentiert u.a. Willke in Analogie zum Gewaltproblem, dessen Kontrolle er als die primäre Staatsaufgabe festmacht: "In dem Maße also, in dem Personen für ihre Armut nicht selbst verantwortlich sind, sondern die Armut aus bestimmten Momenten der Gesellschaftsentwicklung resultiert, erwächst dieser Gesellschaft - wie bereits Hegel eingestehen mußte - eine genuin eigene Verantwortung für die Kontrolle auch dieser Form der Gewalt." (89)

schließlich in erster Linie in Organisationen statt, die damit an die Stelle der ehemaligen Familien treten.

## 1.4 Gegenstandsbestimmung der Rehabilitation

Auch im Bereich der Rehabilitation wird vielfach unvoreingenommen von 'Rehabilitationssystemen' gesprochen, die sich analysieren und (international) vergleichen lassen. Hierfür werden auf der einen Seite vielfach Variablen der Gesundheitssystemforschung übernommen wie in dem Vergleich von Strukturdaten Zahl von Einrichtungen und deren Kapazitäten (71).

### 1.4.1 Die Einheit der Rehabilitation

Eine soziologische, *systemtheoretische* Verortung der Rehabilitation ist bisher wenig versucht und erfolgt. Das im Rahmen der Rehabilitationsforschung geläufige Verständnis von 'Rehabilitationssystem(en)' bleibt zumeist eine Leerformel. Im Rahmen der Gesundheitssystemforschung, die vielfach mit ähnlichen Abgrenzungsproblemen zu kämpfen hat (97), wird das Rehabilitationssystem als ein Subsystem verstanden. Eine Reflexion auf das, was denn nun das systemische des 'Systems' ausmacht findet nicht statt (19, 30, 38). System wird höchstens als eine Gesamtheit an Strukturen oder 'Handlungen' verstanden, die im Rahmen spezifischer Organisationen zu beobachten sind. Damit handelt es sich um einen Systembegriff, der nicht an der Funktion, sondern an der Frage nach Identität, und damit nicht im Sinne der Systemtheorie an Differenz, sondern an Einheit orientiert ist. Dennoch wird die 'Einheit des Systems' in dieser Art der Beobachtung nicht erreicht: die Grenzen der 'Rehabilitationssysteme' verschwimmen in mehrere Richtungen:

- Die Unterscheidung von Rehabilitations- und Akutmedizin ist selbst in 'Systemen', die sich -wie in Deutschland- ausdrücklich anhand dieser Differenz beschreiben, schwierig oder wird bewußt vermieden (18).
- 'Rehabilitation' reicht über den Bereich des Gesundheits-'Systems' hinaus. Maßnahmen wie Umschulungen als berufliche Rehabilitation, ökologische Aspekte in Form baulicher, architektonischer Maßnahmen oder die behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes werden über den medizinischen Code krank / gesund nicht vollständig eingeschlossen.
- 'Rehabilitation' wird vielfach mit den sozialrechtlichen Trägern und Finanzierungsinstanzen der 'Rehabilitation' in Deutschland identifiziert. Die Funktion der Rehabilitation kann aber auch in Bereichen geleistet werden, die nicht ausdrücklich als Einrich-

tungen oder Maßnahmen der Rehabilitation bezeichnet werden, wie z.B. Physiotherapie bei chronischen Erkrankungen im Rahmen der akutmedizinischen Versorgung.

Virulent wurde das Problem des Abschlusses des 'Systems' bisher vorwiegend in vergleichenden Studien. Diese Versuche von 'Systemvergleichen' (19, 30, 38, 71) der Rehabilitation waren grundsätzlich vor das Problem gestellt, einen gemeinsamen Untersuchungsgegenstand abzugrenzen. Dafür wäre ein einheitliches theoretisches Konzept von Rehabilitation notwendig. Ein Vorgehen nach systemtheoretischen Unterscheidungen hätte verschiedene Optionen zu prüfen, wie sich Rehabilitation im Rahmen der Theorie gesellschaftlicher Differenzierung beschreiben lässt:

- a) Rehabilitation als Programm darauf spezialisierter Organisationen der Systeme der Krankenbehandlung, beruflichen Bildung und der Sozialen Hilfe
- b) Rehabilitation als Programm des Wohlfahrtsstaats
- c) Rehabilitation als ein Mechanismus, Programm oder Teilfunktion zur Bearbeitung von Inklusionsproblemen in den jeweiligen gesellschaftlichen Subsystemen.
- d) Rehabilitation als ein eigenständiges funktionales Subsystem.
- e) Rehabilitation als Teilfunktion oder Programm eines Systems der Sozialen Hilfe (2, 53), Sozialen Arbeit (28) oder der psychosozialen Hilfe(n) (42) mit der Funktion der 'stellvertretenden Inklusion'.

Die folgenden Erörterungen werden eine Option für eine angemessene gesellschaftstheoretische Beschreibung von Rehabilitation zu eröffnen versuchen.

## **1.5 Forschungsstand**

Für die Fragestellung wurden Studien als relevante Arbeiten angesehen, die international vergleichend oder auf hohem Evidenzlevel die Wirkung der Rehabilitation von chronisch behindernden Rückenschmerzen untersuchen.

### **1.5.1 Internationaler Vergleich der Rehabilitation**

Eine Klärung der Frage, ob es sich bei Rehabilitation um ein eigenständiges, ausdifferenziertes Funktionssystem mit einem eigenen Code oder um ein Teilsystem der Sozialen Hilfe oder um einen systemübergreifenden Mechanismus handelt, kann nur anhand der empirischen Gegebenheiten über die Grenzen des deutschen 'Systems' hinweg erfolgen.

Denn erste international vergleichende Gegenüberstellungen (38, 71) von Rehabilitation, die auch ohne einen einheitlichen Begriff von Rehabilitation unternommen wurden, geben Hinweise auf andere Formen und Programme der Rehabilitation als Inklusionshilfe.

Das tangiert sowohl eingeschlossene Disziplinen und Professionen, die epidemiologische Ausrichtung, die Zielrichtung (z.B. Konzentrierung auf die Ebene der Krankheiten und Schädigungen, der Fähigkeitsstörungen und/oder der Beeinträchtigungen), die institutionelle Gliederung, Trägerschaft und Finanzierung als auch die Organisationsformen (stationäre Einrichtungen, ambulante Maßnahmen, private Dienstleistungsanbieter etc.), in denen Leistungen zur Rehabilitation erbracht werden (59).

Für eine genauere Analyse von 'Rehabilitationssystemen' ist nach diesen Erfahrungen die Beschränkung auf exemplarische Diagnosegruppen oder Behinderungsarten, die einer Rehabilitation bedürfen, zielführend (19, 30, 71). Denn nur so lassen sich Strukturen und aufgewendete Ressourcen und Zielperspektiven (z.B. Reintegration in den Arbeitsprozess) anhand eines einheitlichen Gegenstandsbereichs vergleichen.

In der funktionalen Ausrichtung blieben bisherige Vergleiche von 'Rehabilitationssystemen' überwiegend auf den medizinischen Bereich und damit eher auf die Ebenen der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen beschränkt. Sie konnten sich weitgehend den in der Gesundheitssystemforschung geläufigen Unterscheidungskriterien anschließen. Dazu zählen v.a. Trägerschaft (privat / staatlich / Sozialversicherung), Organisationsstruktur (v.a. ambulant / stationär), Ressourcen (Betten-, Platzzahl) und geleistete Aufwendungen (Anzahl der durchgeführten Maßnahmen, finanzieller Aufwand).

Die Einbeziehung anderer Bereiche der Rehabilitation (beruflich, sozial, etc.) ist bisher nur sehr selektiv erfolgt und beschränkte sich primär auf die Anzahl durchgeführter Maßnahmen und den daraus resultierenden Kosten (71). Eine umfassende systematische Gegenüberstellung konnte Hohmann (38) für die von ihm ausgewählten Länder leisten. Allerdings wurde 'Rehabilitation' in dieser Studie unscharf definiert. Die in den untersuchten Ländern variierenden Begriffe von Rehabilitation wurden zwar festgestellt, aber nicht auf ihre Konsequenzen hin weiterverfolgt. Die Gegenüberstellung ging in ihrer Gliederung implizit von den in Deutschland vorherrschenden Strukturen aus. Diese wurden allerdings nicht in den Vergleich mit einbezogen.

Methodisch wurden die bisherigen Gegenüberstellungen primär über die Auswertung von offiziellen Datenquellen und Experteninterviews durchgeführt (1, 10, 30, 38, 71). Erst jüngere Arbeiten haben über direkte Befragungen von Beteiligten an der Rehabilitation (Patienten, Ärzte) versucht, die Prozess- und Ergebnisebene mit einzubeziehen (17, 19, 37). Dabei stoßen Outcomevergleiche bisher aufgrund der unterschiedlichen Verfahren, Prozesstrukturen und Datenbestände auf Kongruenzprobleme.

Internationale multizentrische Studien, die mit hoher Evidenz Rehabilitation spezifischer Diagnosegruppen vergleichend untersuchen, stellen bisher die Ausnahme dar und wurden nur in weniger aussagekräftigeren Designs durchgeführt. Als einzelne binationale Studien unter Einbeziehung auch einer deutschen Studienpopulation sind die Euregio Studie mit Beteiligung des Hoahrheininstituts in Bad Säckingen (37) und das deutsch-schwedische Projekt „Erwartung und Motivation in der Rehabilitation“ zu nennen (91). Beide Studien wurden in einem Eingruppen-Prä-Post-Design angelegt. Sie wurden nur „grau“ oder auf Kongressen publiziert, was darauf hin deutet, dass neben der Designfrage die Ergebnisse aufgrund von Homogenitätsproblemen der Studienpopulationen und der eingesetzten Therapien und Interventionen nur bedingt aussagekräftig für eine vergleichende Effektivität der Rehabilitation in den einzelnen Ländern waren.

Einen anderen Weg beschritt das Projekt der International Labourorganisation (ILO) mit der Kohortenstudie „Work Incapacity and Reintegration (WIR), die in Dänemark, Israel, den Niederlanden, den USA, Schweden und Deutschland stattfand (11, 85). Hierbei wurden nicht rehabilitative Maßnahmen miteinander verglichen, sondern Kohortenschicksale von Erwerbstätigen mit durchgehender Langzeitarbeitsunfähigkeit von drei Monaten in den eingeschlossenen Ländern. Rehabilitative Maßnahmen und andere medizinische oder therapeutische Interventionen waren somit nicht Einschlusskriterium oder (Teil einer) Intervention, sondern mögliches Zielereignis. Der Studieneintritt (T1) geschah dabei nach dreimonatiger anhaltender Krankschreibung. Weitere Messzeitpunkte waren nach weiteren 12 Monaten nach Beginn der AU (T2) und zwei Jahre nach Beginn der Krankschreibung (85). Dabei zeigte sich, dass viele der in den einzelnen Ländern durchgeführten Interventionen nur schwer miteinander zu vergleichen sind. So taucht in der Variablenliste die Intervention „medizinische Rehabilitation“ nicht auf, stattdessen aber aktive und passive Therapien. Darunter ist zwar mehr als die ebenfalls erfassten physiotherapeutischen Behandlungen zu verstehen, dennoch variiert das was sich unter „active treatment“ in den einzelnen Ländern verstehen lässt deutlich voneinander. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass in dem gemeinsamen Bericht, nach einem Jahr in Deutschland 75 % der Kohortenmitglieder Maßnahmen des Krafttrainings und anderer aktiven Therapien durchlaufen hatten. In der nationalen Teilstudie allerdings wurden diese Maßnahmen nur bei knapp der Hälfte der Kohortenmitglieder als „medizinische Rehabilitation“ eingestuft. So hatten zwischen T1 und T2 in der Altersgruppe bis 50 Jahre 51% der Rückkehrer zu Arbeit und 49 % der Nichtrückkehrer an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. In der Altersgruppe 50 Jahre und älter waren es

men. In der Altersgruppe 50 Jahre und älter waren es 27 % der Rückkehrer und 73 % der Nichtrückkehrer (83).

### **1.5.2 Effektivität der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen**

Zu der Suchstrategie „chronic back pain“ im Zusammenhang mit „rehabilitation“ und „treatment“ und zu wurde eine Datenbankrecherche mit der Einschränkung „metanalysis“ und „systematic reviews“ in den internationalen wissenschaftlich relevanten Datenbanken Cochrane Library, Medline und Embase durchgeführt. Eine Handsuche erfolgte zusätzlich in „Spine“. Die Konzentrierung auf Studien mit kontrolliertem Design ergänzt die in den Expertengesprächen abzufragende Versorgungseffektivität. Daher werden mit den systematischen Reviews und Metaanalysen ausschließlich Studien mit hoher Qualität berücksichtigt. Dies schafft allerdings auch eine hohe Selektivität. Kontrollierte randomisierte Rehabilitationsstudien sind in Deutschland nur schwer realisierbar (39) und erfolgten bisher fast ausschließlich im Wartegruppenmodell, bei der die Behandlung der Kontrollgruppe verzögert erfolgt. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen machen eine Alternativbehandlung fast nicht möglich, da das Postulat des SGB IX „vollständig und umfassend“ erfüllt sein muss (SGB IX, §4, Abs.2).

Ein einheitliches Ergebnis zur Effektivität der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen ist nicht ablesbar. Dies ist einerseits auf die unterschiedliche Studienqualität der berücksichtigten Studien rückführbar. So stellten Furlan et al. bereits 2001 fest, dass insgesamt die Qualität der Reviews sehr hoch ist, die Limitation jedoch bei den eingeschlossenen Studien liege (29). Ein weiteres Problem bei der Outcomebewertung ist die fehlende Homogenität der in den Studien durchgeführten Interventionen und der eingeschlossenen Patienten mit ihren je spezifischen Problemen. So gilt inzwischen als gesichert, dass multidisziplinäre Rehabilitationsmaßnahmen mit Funktionstraining überlegen gegenüber monodisziplinären Maßnahmen sind (32). Unklar oder widersprüchlich ist jedoch die Situation bei der Wirkung der Rückkehr zur Arbeit oder der dauerhaften Schmerzreduzierung (32, 73). Beide Arbeiten sehen zwar deutliche Verbesserungen gegenüber der Regelversorgung wie der weiteren Betreuung durch den Hausarzt, können aber eine direkte Wirkung auf die Rückkehr zur Arbeit oder die allgemeine Funktionsfähigkeit nicht nachweisen. Gleiches gilt für die Berücksichtigung der beruflichen Situation. Karjalainen et al konnten nachweisen, dass es positive Einflüsse auf die schnelle und dauerhafte Rückkehr zur Arbeit gibt, wenn es ein Besuch des Arbeitsplatzes und Überlegungen zur Problemlösung der Arbeitssituation Teil der Maßnahme sind (43). Dauer und

Intensität der Therapien zeigen ebenfalls moderate Einflüsse auf ein positives Rehabilitationsergebnis (32). Insgesamt bleibt jedoch das Problem virulent, dass sich Patienten mit chronischen Rückenschmerzen bereits als sehr inhomogene Gruppe (international) darstellen. So werden in den Studien Rehabilitanden mit unterschiedlichen Funktionseinschränkungen und unterschiedlichen vorausgehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten (falls überhaupt vorhanden) eingeschlossen. Die Therapien und Interventionen sind äußerst divergent was sich selbst bei vergleichbaren Rehabilitationszielen durchhält. Auch wenn die Wirksamkeit von Einzelmaßnahmen nachweisbar scheint, bleibt das Geschehen in den institutionellen Versorgungsstrukturen auch bei klinischen Bedingungen teilweise intransparent.

## 2 Zielstellung

Primäres Ziel dieser Arbeit ist die Klärung der methodisch systematischen internationalen Vergleichbarkeit der Rehabilitation, was exemplarisch an den disparaten Versorgungsstrukturen der Rehabilitation in Schweden, Großbritannien, der Schweiz und Deutschland im Kontext der sozialen Sicherung der jeweiligen Länder unternommen wird.

Damit ist die Frage nach der Einheit bzw. einer einheitlichen Funktion der Rehabilitation gestellt. Nur wenn sich Rehabilitation als theoretisch abgrenzbarer Funktionszusammenhang darstellen lässt, kann sinnvoll von Rehabilitationssystemen und auf internationaler Ebene von ‚Systemvergleichen‘ gesprochen werden. Sollte dies nicht nachweisbar sein, werden international komparatistische Ansätze sich auf einzelne Indikationen oder aber auf gleiche Strukturen, wie Kliniken oder Therapieregime beschränken müssen.

Als sekundäre Zielstellung wird der Frage nachgegangen, inwieweit Unterschiede der Verankerung der Rehabilitation im Kontext der sozialen Sicherung überhaupt eine Vergleichbarkeit klinischer Studien ermöglichen. Dieser Pfad verfolgt das Problem, dass Zugang zur Rehabilitation und das dortige Klientel durchaus disparat von Land zu Land sich unterscheiden können. Sollten aber für die gewählte Beispielindikation der chronisch behindernden Rückenschmerzen unterschiedliche Patientengruppen in verschiedenen Ländern behandelt und rehabilitiert werden, dann ist zu reflektieren, ob die Einbeziehung von Studien aus unterschiedlichen Rehabilitationssystemen in Metaanalysen oder systematischen Übersichtsarbeiten überhaupt zulässig ist.

Dabei wird die allgemeine Fragestellung überprüft, welche Strukturen sich in den vier Ländern ausgebildet haben, um (Re-)Inklusionsprobleme durch Krankheit, Krankheitsfolgen und Behinderung zu bewältigen. Hinterfragt wird die mehr als hypothetische Annahme, dass es „Rehabilitation“ in allen vier Ländern gibt nicht in Form eines möglichen Artefakts, sondern der Versuch unternommen, das eigene Vorverständnis, was „Rehabilitation“ im Kontext von Krankheit und Gesundheit ist, nicht unreflektiert auf die Ausbildung von Strukturen in anderen Ländern, in denen rehabilitative Interventionen durchgeführt werden, zu übertragen.

Der dritte Zugang fragt nach der Übertragbarkeit klinischer Evidence („efficacy“), die in unterschiedlichen Rehabilitationsstrukturen gewonnen wurde. Die Zielrichtung bei dieser Frage richtet sich auf das Problem, dass auch unter strikter Befolgung von Studienprotokollen, die Vergleichbarkeit komplexer Interventionen, die niemals völlig losgelöst von

den sozialrechtlichen und wohlfahrtsstaatlichen Rahmenbedingungen durchzuführen sind, nicht unhinterfragt vorausgesetzt werden kann.

### **Begründung der Länderauswahl: Erfassung von Variabilität**

Die Auswahl der vier Länder begründet sich ausdrücklich durch „Variabilität“. Damit wird das Ziel verfolgt, die Frage nach der Vergleichbarkeit von „Rehabilitation“ und die Durchführung von Vergleichen unter ausdrücklicher Berücksichtigung von unterschiedlichen sozialen und politischen Rahmenbedingungen zu leisten.

Die ausgewählten Länder unterscheiden sich zunächst nach der Art der Finanzierung der einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung und der relevanten Bereiche der sozialen Sicherung. Während in England und Schweden die Gesundheitsversorgung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst organisiert ist, wird dieser Sektor in der Schweiz durch eine Vielzahl von privatwirtschaftlichen Krankenversicherungen und in Deutschland in der Mehrheit durch solidarische selbstverwaltete Krankenversicherungen übernommen (vgl. Tabelle1).

**Tabelle 1: Übersicht Rahmenstruktur gesundheitlicher Versorgung**

	England	Schweden	Schweiz	Deutschland
Gesundheitssystem	Staatlich	Staatlich	Privat	Sozialversicherung / Privat
Leistungsträger der Rehabilitation	Staatlich, regional	Staatlich, regional, kommunal, Sozialversicherung	Privat, Sozialversicherung	Sozialversicherung
Leistungserbringer	Staatlich, regional, privat	staatlich, regional, kommunal, privat	Regional, privat	Sozialversicherung, privat, kommunal

Im Klassifikationsschema nach Esping-Andersen (Esping-Andersen 1990), das auf dem Dekommodifikationsgrad<sup>7</sup> des Wohlfahrtsstaats beruht, wird Großbritannien dem liberalen Wohlfahrtsstaat mit geringem Dekommodifikationsgrad zugerechnet, Deutschland und die Schweiz dem korporatistischen Wohlfahrtsstaat mit mittlerem Dekommodifika-

<sup>7</sup> Unter dem Dekommodifikationsgrad versteht Esping-Andersen die Quote der öffentlichen Ausgaben für wohlfahrtsstaatliche Leistungen im Gegensatz zu privat zu erbringende Leistungen oder Marktangeboten.

tionsgrad und Schweden dem sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat mit stark ausgeprägter Dekommodifikation.

Als weiteres Unterscheidungskriterium wurde die Finanzierungsform des Gesundheitswesens gewählt. Gegenübergestellt werden demnach zwei Länder mit einer staatlich organisierten und finanzierten Gesundheitsversorgung (Schweden, England), ein Land mit teilprivaten Krankenversicherungen (Schweiz, wenn auch ein Bundesamt für Sozialversicherungen über die privat organisierten Krankenversicherungen „wacht“) und schließlich Deutschland mit vorwiegend öffentlich rechtlichen Krankenversicherungen und einem geringen Anteil privater Krankenversicherungen.

Auch auf der Ebene der vorab ermittelten Leistungsträger und Leistungserbringer der Rehabilitation zeigt sich ein Bild der Diversifikation und Differenzierung. Während in England -eines der beiden Länder mit staatlich organisierter Gesundheitsversorgung- die Leistungsträger und -erbringer vorwiegend durch den Staat und dessen regionalen und kommunalen Gliederungen dominiert werden (38), zeigt sich in Schweden eine sehr starke Sozialversicherung auf der Leistungsträgerseite. Dies gilt ebenso für die Schweiz und Deutschland, wobei in der Schweiz ein Teil der Rehabilitation durch die private Krankenversicherung und alles über die medizinische Versorgung hinausgehende durch die Sozialversicherungen getragen werden.

Somit stellt die Auswahl der vier Länder einen bewussten Versuch dar, die Vergleichbarkeit und Gegenüberstellung von Leistungen zur Rehabilitation an ausgesprochen unterschiedlichen „Systemen“ vorzunehmen. Wenn es angesichts dieser vorab ermittelten Variationen gelingt, die Vergleichbarkeit nachzuweisen und darzustellen, wäre auch von methodischer Seite der Weg zu einer international komparativen Rehabilitationswissenschaft gelegt.

Die oben beschriebenen Teilziele werden über einen differenzierten Zugangsweg verfolgt:

1. Einen Vergleich dessen, was in den jeweiligen Ländern unter ‘Rehabilitation’ verstanden wird und sich entwickelt hat, einschließlich der Zielsetzung, des Interventionspektrums und der und Organisationsstrukturen der Leistungserbringung,
2. Erfassung und Vergleich der rehabilitativen Interventionen bei der exemplarischen Indikation ‘Behinderung durch chronische Rückenschmerzen’ anhand differenzierter Fallvignetten mit unterschiedlichen Typen der Krankheitsfolgen, unterschieden nach den Ebenen der ICF (Schäden, Aktivitäten und Partizipation),

3. Vergleich der Einbindung von 'Rehabilitation' ins gesamte System der Wohlfahrt bzw. sozialen Sicherung,
4. Vergleich aktueller Problemidentifizierung und Reformansätze,
5. Klärung, welche Daten (Input, Prozeß, Outcome) in den unterschiedlichen Bereichen und Verfahren routinemäßig erhoben werden und für Vergleiche von Outcome und Effektivität nutzbar sind.

Der Vergleich der Rehabilitation in Großbritannien, Schweden, der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland soll die Erklärungskraft eines systemtheoretischen Konzepts der Rehabilitation als Funktions(-system) der (Re-)Inklusionshilfe überprüfen und Hinweise geben, ob es sich bei Rehabilitation um ein eigenständiges, ausdifferenziertes Funktionssystem oder um Mechanismen oder Programme verschiedener Funktionssysteme handelt.

Beide Ziele ergänzen sich gegenseitig und können nur in einem rekursiven Vorgehen erreicht werden. Eine theoretische Bestimmung und Abgrenzung von Rehabilitation (z.B. von Akutmedizin, beruflicher Bildung etc.) bedarf der Beobachtung der Semantik und Strukturen. Ein Vergleich der empirisch gegebenen Strukturen ist ohne begrifflich abgrenzbare Einheiten nicht leistbar. Über den exemplarischen Vergleich des rehabilitativen Spektrums im Falle chronischer Rückenschmerzen ist eine erste Begrenzung erreichbar.

Die Frage nach der Vergleichbarkeit der Strukturen und Konzepte der Rehabilitation in den einzelnen Ländern wird dann abschließend genutzt, um die Verwendung von klinischen Rehabilitationsstudien in Metaanalysen und systematischen Reviews zu prüfen.

### **3 Material und Methodik**

Zur empirischen Erfassung dessen, was innerhalb und über die Grenzen der deutschen Rehabilitationslandschaft hinaus unter „Rehabilitation“ verstanden wird und zur Beantwortung der Frage, ob sich Strukturen und Konzepte miteinander vergleichen und damit auch vergleichend bewerten lassen, wurde eine differenzierte, dreigliedrige Zugangsweise geboten:

- Die Klärung des Verständnisses von Rehabilitation und eine Übersicht, was an rehabilitativen Interventionen im Sinne der entwickelten Begriffsbestimmungen in den jeweiligen Ländern vorzufinden ist, sollte interaktiv mit der Möglichkeit der direkten Rückfrage geklärt werden. Hierfür wurde das Experteninterview als methodischer Zugang zu Informationsquellen gewählt (12). Um eine gemeinsame Ausgangsbasis zu schaffen, wird eine Fallvignette, die eine konkrete Patientenkonstellation beinhaltet, eingesetzt. Fallvignetten oder Fallprofile stellen kurze, typisierte Fallbeschreibungen für exemplarische Versorgungsprobleme dar und ermöglichen somit fallbezogene Diskussionen. Sie ermöglichen dabei anhand eines konkreten Problems, äquivalente Problemlösungsstrategien zu erfragen, ohne Strukturen oder Begriffe für die Problemlösung vorzugeben. Sie sind somit in der Lage Latenz aufzudecken.
- Die Erfassung von Angaben zur Bewertung von Routineverfahren und dabei besonders ihrer Outcomes innerhalb der rehabilitativen Versorgung, sollte durch eine systematische Datenbankrecherche erreicht werden. Dabei wurde der Fokus auf übliche Verfahren der Routineversorgung gelegt, nicht auf Besonderheiten einzelner herausragender Modellprojekte oder klinischer Interventionsstudien zur Ermittlung spezieller nicht gewöhnlicher Verfahren.

#### **3.1 Sekundärstatistiken als Material international vergleichender Forschung**

Für die Beschreibung der Gesundheitssysteme wurden als sekundärstatistisches Material primär die OECD Gesundheitsdaten 2004 verwendet. Dieser Datensatz erstellt für jedes der OECD Länder einen Datensatz zu dem Gesundheitszustand der Bevölkerung, Ressourcen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, Gesundheitsausgaben, Finanzierungssystem und Sozialer Schutz. Auch wenn diese Datenquelle neben EUROSTAT die zurzeit beste Datenbasis für internationale Vergleiche im Gesundheitssystem darstellen, ist die Analogie der Datenerhebung in den einzelnen Ländern nur bei wenigen Indikatoren gegeben. In vielen Fällen sind Hilfskonstruktionen notwendig, die in den OECD Ge-

sundheitsdaten auch berichtet werden. Zur Darstellung der Rahmendaten wurden eigene Tabellen und Übersichten aus den OECD Gesundheitsdaten erarbeitet (63). Daten über den Rehabilitationsprozess haben jedoch bisher nahezu keine Aufnahme gefunden. Die OECD Daten können daher nur zur Beschreibung der Rahmenbedingungen dienen, die durch das Gesundheitssystem und demografische Kerndaten gesetzt sind.

### **3.2 Zur methodischen Besonderheit von Experteninterviews**

Experteninterviews gelten als besonders guter Einstieg in der Exploration eines wenig beforschten Themengebietes (12). Sie gelten zudem als „konkurrenzlos dichte Datengewinnung“ und können bei der Erschließung weitere Experten oder des „Feldes“ (12) hilfreich sein. Diese Vorzüge waren für das explorative Vorgehen bei der Frage nach der Einheit der Rehabilitation bzw. Bestimmung und Vergleichbarkeit dessen, was in den Untersuchungsländern unter „Rehabilitation“ verstanden oder zumindest praktiziert wird besonders günstig. In der Methodik des Experteninterviews werden drei Dimensionen herausgestellt, die durch die Befragung von Experten und deren Beschreibung und Deutung zu gewinnen sind:

- *Technisches Wissen*, das durch Kenntnisse über Regelabläufe, Anwendungsroutinen und bürokratische Kompetenzen gekennzeichnet ist.
- *Prozesswissen*, das vor allem als „praktisches Erfahrungswissen“ Handlungsabläufe und organisatorische Konstellationen und Besonderheiten umfasst.
- *Deutungswissen* schließlich als Beobachtungen des „Insiders“ auf (implizite) Regelwerke, subjektive Sichtweisen und Relevanzen, also „das Feld der Ideen und Ideologien, der fragmentarischen, inkonsistenten Sinnentwürfe und Erklärungsmuster“ (12).

Gerade letztere Dimension ist gerade in ihrer subjektiven Ausprägung durchaus geeignet, Daten und Strukturen nicht nur als Faktenwissen aufzugreifen, sondern gleichzeitig auf ihre Umsetzung hin zu überprüfen. Somit können subjektive Deutungsmuster von „Experten“ frühzeitige Hinweise darauf geben, dass die Selbstbeschreibungen von Funktionszusammenhängen sich durchaus von der operativen Ebene unterscheiden.

### **3.3 Entwicklung des Interviewleitfadens und der Fallvignette**

In der Vorbereitungsphase bildete die Entwicklung eines geeigneten Gesprächsleitfadens für die Experteninterviews den Schwerpunkt. Hierfür wurde eine Systematik entwickelt, die zum einen Rehabilitation in ihrer Vielschichtigkeit (ambulant/stationär, Akutereignis vs. chronische Erkrankung) und Differenziertheit (medizinisch, beruflich, sozial) abbil-

det, andererseits genug Offenheit ermöglicht, strukturelle Gegebenheiten abzubilden, die die deutsche streng gegliederte Verfahrensweise aufweichen (68, 95). Diese Systematik wurde operationalisiert und das entstehende Instrument in der Arbeitsgruppe "Rehabilitation" des Instituts für Sozialmedizin der (damaligen) Medizinischen Universität zu Lübeck diskutiert. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die weitere Ausarbeitung der „Fallvignette“ gelegt (siehe Tabelle 13). Diese Kasuistik bildete ein Gerüst für den exemplarischen Schwerpunkt des Vergleichs der Rehabilitation von chronischen, behindernden Rückenschmerzen und der Rehabilitation nach Bandscheibenoperation. Sie sollte vor allem vergleichbare rehabilitative Versorgungsleistungen identifizieren helfen, die in anderen Ländern mit anderer Begrifflichkeit und Zuordnung (z.B. als Teil der Akutversorgung) versehen sind. Vignetten schaffen die Möglichkeit, funktionale Äquivalenz von Strukturen nicht vorauszusetzen, sondern sie als Forschungsprogramm aufzufassen. Erfasst werden sollte somit einerseits, welche Versorgungswege bei einer in Deutschland klar gegebenen Indikation der Rehabilitationsbedürftigkeit sich in den verschiedenen Untersuchungsländern für Patienten mit chronisch behindernden Rückenschmerzen eröffnen, aber unter Umständen auch verschlossen bleiben. Mit der Vignette konnte zudem das Problem umgangen werden, Maßnahmen und Interventionen, die in dem jeweiligen Land nicht als Rehabilitation ausgeflaggt, aber aus dem Verständnis von Rehabilitation in Deutschland als rehabilitative Maßnahmen zu verstehen sind, unberücksichtigt zu lassen. Für eine erste Testung der Leitfäden wurden fünf Interviews mit in der Rehabilitation tätigen Medizinerinnen, Wissenschaftlerinnen und Mitarbeitern der Sozialversicherung aus dem regionalen Umfeld durchgeführt. Die Verständlichkeit der Fragestellung wurde anhand der kognitiven Pretestmethoden der "Think-Aloud-Technik" und des „Paraphrasing“ überprüft (48). Im Falle von Verständnisproblemen wurden die Fragen modifiziert.

Ein erster Feldversuch außerhalb des eigenen Bundeslandes erfolgte zusammen mit dem Leiter des Referats Rehabilitationswissenschaft des Verbandes der deutschen Rentenversicherer. Nach Durchführung des Interviews bestand die Gelegenheit zu einer ausführlichen Diskussion des Fragekonzepts, das vom Gesprächspartner als gut geeignet für die Erfassung der Rehabilitation in Deutschland eingeschätzt wurde.

Die Vortestungen ergaben insgesamt, dass eine Befragung von Themenfeldern und Bereichen der Rehabilitation, die wenig Bezug zur Tätigkeit des Gesprächspartners aufwiesen, bei diesen eher Verunsicherung stifteten und daher das Gespräch unnötig belasteten. Daraufhin fand eine Überarbeitung des Leitfadens statt, wobei das Fragekonzept in einzelne

Module aufgeteilt wurde. Es wurde jetzt nur noch der erste, allgemeine Teil allen Interviewpartnern vorgelegt. Die anderen Fragebereiche zu rechtlichen Rahmenbedingungen, Strukturen und Differenzierung der Rehabilitation und die Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen werden je nach Zuständigkeitsbereich des Experten systematisch ausgewählt oder weggelassen. Demgegenüber konnten die konkreten Einzelfragen nach den Vortests weitgehend unverändert übernommen und für die Interviews mit Experten zuerst in Deutschland verwendet werden.

### **3.4 Auswahl der Interviewpartner**

Die Frage, welche „Experten“ tatsächlich über den notwendigen Hintergrund verfügen der notwendig ist, um komplexe Fragen zu Zusammenhängen der gesundheitlichen Versorgung eines Landes beschreiben und darstellen zu können, ist in der Methodik des Experteninterviews ein bisher wenig berücksichtigtes Problem. Während die Diskussion um den Expertenstatus und die Frage, wer als Experte gelten kann und was den Experten vom Laien unterscheidet, als durchaus differenziert betrachtet werden kann und sich an verschiedenen Kriterien wie der „sozialen Relevanz“ seines Wissens orientiert, (12), ist die Frage der Qualitätssicherung der Wahl der „richtigen“ Experten und die Validität ihrer Angaben auf das zu erforschende Feld bisher weitgehend ausgeklammert worden. Für die Ermittlung ausgewiesener Fachleute wurden daher eigene Kriterien entwickelt, die sich als eine Mischung von strukturellen und personellen Faktoren verstehen lassen. Strukturell wurde vorab festgelegt, dass nicht dem Wissen und der Übersicht eines einzelnen Experten für ein gesamtes Land vertraut werden sollte. Dies ließ sich primär mit der facettenreichen und höchst differenzierten Struktur der Rehabilitation in Deutschland begründen, was nahezu ausschließen ließ, dass eine einzelne Person alle Bereiche der gegliederten Rehabilitation überschauen kann. Zudem besteht die Gefahr, dass Erfahrungen des eigenen Arbeitsfeldes generalisiert werden. Daher wurde vorab festgelegt, dass in jedem Land mehrere Interviews zu führen sind und die Interviewpartner aus bestimmten Bereichen der Rehabilitation oder aus Bereichen mit hohem Einfluss auf Rehabilitation stammen sollten: dem Bereich der Leistungsträgerschaft, der politischen Planung, der Forschung bzw. der Rehabilitationswissenschaft und dem Bereich der rehabilitativen „Praxis“, wobei versucht werden sollte, möglichst alle Dimensionen von Rehabilitation (medizinisch, beruflich, sozial) abzudecken. In Tabelle 2 werden die Kriterien zugrundegelegt, die sich trotz aller methodischen Vorbehalte primär an der differenzierten Situation der

Rehabilitation in Deutschland orientierten und dokumentiert die hierfür vorgesehenen Institutionen.

**Tabelle 2: Auswahlkriterien für Experteninterviews**

	Deutschland	Großbritannien	Schweiz	Schweden
Leistungsträger (Verwaltung)	BfA, regionale LVA	National Health Service	Schweizer Unfallversicherungsanstalt	National Insurance Board
Politische Planung	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung	Dep. of Health and Social Security, Medical Policy Group	Bundesamt f. Gesundheitswesen	Ministerium für Gesundheit und soziale Angelegenheiten
Forschung	Medizinische Psychologie, Universität Hamburg	Rheumatological Rehabilitation, Univers. of Leeds	Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern	University of Uppsala
Professionen	jeweils in jedem der betreffenden Länder ein Interview mit:			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt der ambulanten Primärversorgung</li> <li>• Psychologe/Pädagoge in der beruflichen Rehabilitation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitationsmediziner</li> <li>• Psychologe, Sozialarbeiter der sozialen Rehabilitation</li> </ul>	

### 3.5 Durchführung der Experteninterviews

Von Januar bis Juni 2000 wurden insgesamt neun Interviews mit Experten der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der politischen Planung bzw. Verwaltung in Deutschland durchgeführt. Eine komplette Aufstellung aller in Deutschland und im Ausland geführten Interviews findet sich in Anlage 1. Die Erfahrungen der Interviews in Deutschland zeigten eine gute Praktikabilität des Gesprächsleitfadens. Die Dauer der Gespräche variierte von 60 bis 120 Minuten und wurde von den Interviewpartnern als zumutbar empfunden. Das Vorgehen, dem jeweiligen Experten ein auf seinen Zuständigkeitsbereich zugeschnittenes Instrument vorzulegen, hatte sich bewährt und wurde für die Interviews im Ausland übernommen.

Für den Einsatz des Interviewleitfadens in Großbritannien und Schweden wurde das Instrument ins Englische übersetzt. Auch bei diesem Arbeitsschritt wurde die Arbeitsgruppe „Rehabilitation“ des Instituts für Sozialmedizin miteinbezogen, die bereits an der Entwicklung des Instruments beratend teilgenommen hatte. Zur Qualitätssicherung wurde das Instrument zwei Personen aus dem Gesundheitswesen vorgelegt, deren Mutter-

sprache Englisch ist. Die Interviews im Ausland wurden zwischen Juli 2000 und Januar 2001 geführt. Insgesamt kamen zwölf Gespräche mit zusammen achtzehn Gesprächspartnern zustande. Gerade die ursprünglich nicht geplanten Gruppeninterviews erwiesen sich als arbeitsökonomisch sehr rationell und führten teilweise zur Entlastung der im Einzelinterview mitunter stark beanspruchten Interviewpartner.

Die Interviews verliefen weitgehend ohne Komplikationen. Durch die vorlaufende Terminabsprache wurde bereits eine erste Annäherung geschaffen, was den persönlichen Kontakt als auch die Einstellung auf den thematischen Rahmen betrifft. In allen Fällen wurde der Interviewleitfaden vorab zugestellt. Das führte zu der Möglichkeit der Interviewpartner, sich auf das Gespräch vorzubereiten. Durch die Kenntnis über den Inhalt der Gespräche war es den Interviewpartnern zusätzlich möglich, vorab eine Eingrenzung der zu behandelnden Sachverhalte vorzunehmen.

Dennoch waren in den Interviews bekannte Startschwierigkeiten und auch gewisse Hemmnisse zu überbrücken. Die Interviews wurden durch eine Vorstellung und Beschreibung des Projekts eingeleitet. Während vor allem in England die daraufhin folgenden Darstellungen sich schnell in ein eher freies Gespräch entlang des Leitfadens entwickelten, gestaltete sich in Schweden die Kommunikationssituation durch das nicht in der Muttersprache geführte Gespräch bei zwei der drei geführten Interviews etwas schwieriger. Erst mit zunehmender Dauer wurde das stark auf Frage-Antwort-Schema reduzierte Vorgehen etwas aufgebrochen und in ein etwas freieres Gespräch entlang der vorgegebenen Fragen überführt.

Grundsätzlich wurden die Vorgaben des Interviewleitfadens eingehalten, d.h. Abweichungen oder Auslassungen wurden vermieden. Allerdings wurden die Gespräche mit zunehmender Zahl in den einzelnen Ländern etwas freier geführt. Während bei einem Erstinterview die Rigidität des Leitfadens das Interview prägte, wurde die Zeit zwischen den Interviews dazu genutzt, Unklarheiten im Verständnis oder im Informationsgrad zu ermitteln und sie im folgenden Interview in das Gespräch einfließen zu lassen. Damit konnte bereits in der Erhebungsphase ein späteres Nachfragen weitgehend überflüssig gemacht werden.

Eine statistische Erfassung von Strukturen und des Leistungsgeschehen konnte nicht erschöpfend gesichert werden. Als hinderlich erwiesen sich hierbei fehlende Routinedokumentationen, Zersplitterung von Leistungsträgern und eine bisweilen unscharfe Trennung akuttherapeutischer und ausgewiesener rehabilitativer Maßnahmen. Berücksichtigt wur-

den weiter Selbstbeschreibungen einzelner leistungstragender und leistungserbringender Institutionen. Dazu gehören die Dachverbände der schwedischen und schweizerischen Sozialversicherungen. Begleitend zu den Expertengesprächen wurde ein systematisches Datenbankscreening zu den Stichwörtern „Rehabilitation“, „Rückenschmerzen“ bzw. „backpain“ und „chronic backpain“ in Verbindung mit den jeweiligen Ländernamen durchgeführt.

Bereits im Rahmen des Pretests, in den ersten Interviews mit Rehabilitationsmedizinern und Mitarbeitern der Sozialversicherungen wurde deutlich, dass eine Definition der Kasustiken anhand der unterschiedlichen Ebenen und konkreten Klassifizierungen nach ICF zu Kommunikations- und Verständigungsproblemen führt. Die Klassifikation war trotz ihrer Bedeutung für die Konzeptualisierung der Rehabilitation immer noch zu wenig verbreitet, als dass ihre Kategorien bereits eine Relevanz für die Alltagsroutine der rehabilitativen Praxis aufwiesen. Daher wurde bei der Definierung der Fallvignetten auf die ausdrückliche Klassifizierung nach der (damals noch gültigen) ICIDH verzichtet, allerdings Wert darauf gelegt, dass sowohl Funktionsstörungen (wie „Einschränkungen am Arbeitsplatz: Heben und Tragen“) als auch Beeinträchtigungen („6 Wochen arbeitsunfähig“) in dem Fallbeispiel integriert war.

Die Interviews wurden auf Tonträger aufgezeichnet und transkribiert. Die englischsprachigen Transkripte wurden zudem übersetzt. Die Inhaltsanalyse erfolgte anhand eines Kategorienschemas, das aus dem strukturierten Leitfaden abgeleitet wurde und mit diesem nahezu deckungsgleich war.

### **3.6 Metaanalysen und systematische Übersichtsarbeiten zur Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen**

Levels of Evidence gewinnen auch für die Rehabilitationswissenschaften zunehmend an Bedeutung. Analog zur Evidence-basierten Medizin gelten auch in der Rehabilitation und Pflegewissenschaft auf randomisiert-kontrollierten Studien aufbauende systematische Reviews und Metaanalysen als höchster Evidenzgrad (8, 24). Das Ziel solcher Sekundäranalysen besteht generell in der größeren Aussagekraft der Integration der Ergebnisse mehrerer Studien mit höchster methodischer Qualität als der Einzelstudie und soll dabei handlungssteuernde und entscheidungsstützende Funktion aufweisen.

Da die Studienauswahl in der Regel nicht auf Länder und nur bedingt auf Sprachen beschränkt ist, stellen systematische Reviews und Metaanalysen ebenfalls Formen international vergleichender Forschung dar, sobald sie im Falle der Rehabilitation, Studien aus

verschiedenen Ländern berücksichtigen. Methodische Zweifel werden hierbei zurzeit vorwiegend in dem hinsichtlich Qualität und Quantität unbefriedigenden nationalen und internationalen Forschungsstand zur Effektivität rehabilitationsspezifischer Interventionen gesehen<sup>8</sup>. Weniger in Frage gestellt wird dagegen die Problematik des Vergleichs und der Poolung von Daten, die zwar alle in klinischen Studien, aber in unterschiedlichen „Rehabilitationssystemen“ gewonnen wurden. Die Methoden der klinischen Epidemiologie scheinen über nationale Besonderheiten erhaben zu sein. Im Mittelpunkt der Homogenitätskriterien stehen daher die definierten Einschlusskriterien der eingeschlossenen Rehabilitanden inklusive der Stichprobenverluste, die Standardisierung und Vergleichbarkeit der Intervention(en), die Validität der eingesetzten Instrumente und die gewählten Messzeitpunkte inklusive der Follow Ups zur Prüfung der Nachhaltigkeit. Primär werden bei der Methode der Metaanalyse und der systematischen Reviews als mögliche Biasquellen betrachtet: Publikationstypen, Quellenverzerrung, Erhältlichkeitsverzerrung, Publikations- und Sprachverzerrung (65).

Letztere konfrontiert dabei als einzige Biasquelle mit dem Problem international vergleichender Forschung. Die Frage der Vergleichbarkeit von Studien mit großer klinischer und statistischer Heterogenität wird zwar gestellt (82), sie werden jedoch nur auf die experimentellen Rahmenbedingungen und die verwendeten statistischen Analysemethoden bezogen. Dabei ausgeklammert bleibt das Problem der Konstruktion der „Klinik“ an sich. Die grundsätzliche Frage der möglichen Heterogenität gehört zwar zur methodischen Stringenz jeder Metaanalyse (82), doch die Methoden der Sekundäranalysen bzw. integrativen Forschung basieren primär auf den vier Validitätskriterien des statistischen Schließens, der internen Validität, der Konstruktvalidität und der externen Validität (15) der Einzelstudien. Dabei lassen sich auf allen Ebenen bereits Anfragen stellen, inwieweit überhaupt bei komplexen Rehabilitationsmaßnahmen, die Kriterien der Standardisierung des Settings, der Homogenität der Stichproben, der Selektionsverzerrungen und vor allem der Interaktion verschiedener Behandlungen erfüllbar sind. Methodisch ist jedoch darüber hinaus zu fragen, ob die Rahmenbedingungen des Zugangs in den Ländern der Studienzentren und damit der einzuschließenden Klienten, der beteiligten Professionen und Therapeuten und damit des Interventionsspektrums und der gesetzlich Regelungen über Dauer und Inhalte der Rehabilitation nicht von vornherein Heterogenitätsquellen darstel-

---

<sup>8</sup> Eine Ausnahme hierbei bilden Hüppe und Raspe, die auf die kontextbedingtheit auch von klinischen Rehabilitationsstudien hinweisen (39).

len, die auch durch einen klinischen, d.h. experimentellen, kontrollierten und auf Randomisierung basierenden Rahmen nicht zu kompensieren sind. Diese Frage, die die Schnittstelle zwischen Metaanalysen und Reviews und international vergleichender Forschung berührt, wurde bisher weitgehend ausgeklammert.

Das Design der vorliegenden Arbeit ermöglicht diese Zusammenschau und Heterogenitätsprüfung. Beispielfhaft wird daher anhand eines Reviews zur multidisziplinären Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen untersucht, inwieweit sich derartige Sekundäranalysen zur vergleichenden Beschreibung der Ergebnisse der Rehabilitation von chronisch behindernden Rückenschmerzen in den eingeschlossenen Ländern eignen und welche Artefakte entstehen können, wenn die Ergebnisse von Rehabilitationsmaßnahmen miteinander in Beziehung gesetzt werden, ohne den Zugang und die rechtlichen Rahmenbedingungen der Länder, in denen die Studien durchgeführt wurden, zu berücksichtigen. Hierzu wird in einem abschließenden analytischen Schritt exemplarisch eine systematische Übersichtsarbeit zur Rehabilitation von Rückenschmerzen gesichtet und die darinnen produzierten Ergebnisse mit den Ergebnissen der Expertenbefragung auf Konsistenz und Korrelation verglichen.

## 4 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in ihrem Vorgehen den beiden in der Zielstellung genannten komplementären Untersuchungsfragen. Daher werden im Folgenden zunächst das begriffliche Verständnis von Rehabilitation, dann Angaben zum Differenzierungsgrad der Konzepte und Strukturen, die inhaltliche Gestaltung der Konzepte und Strukturen und schließlich die vorgesehenen Interventionen für Patienten bzw. Rehabilitanden mit chronisch behindernden Rückenschmerzen dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Rehabilitation wie andere Interventionen aus dem Bereich der sozialen Sicherung vielfältigen internen und externen Steuerungen und Veränderungen unterworfen sind. Die Ergebnisse der Interviews sind somit Momentaufnahmen und entsprechen den Angaben über die Rehabilitation in den betreffenden Ländern aus den Jahren 1999-2001. Spätere Veränderungen, wie z.B. die Einführung des neunten Sozialgesetzbuchs „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ wurden nach Kenntnisstand berücksichtigt. Die Ergebnisse der Literaturrecherche und der berücksichtigten Studien werden in einem zweiten Schritt in die Angaben der Experten über die Behandlung und Rehabilitation von chronisch behindernden Rückenschmerzen eingebunden und stellen somit eine Ergänzung und Validierung des so erfassten Materials dar.

### 4.1 Gesundheits- und Versorgungssysteme der Krankenbehandlung

Tabelle 3 stellt einige Rahmenbedingungen der Soziodemographie, des Gesundheitszustands der Bevölkerung und einige Kenndaten der Gesundheitsversorgung für die Jahre 1992 und 2002 dar. Auf der wirtschaftlichen Seite fällt dabei neben dem gemeinsamen Trend des volkswirtschaftlichen Wachstums die relativ stabile Arbeitslosenquote in Deutschland auf, während in den anderen Ländern -mit Ausnahme der Schweiz mit ihrem deutlich geringeren Ausgangsniveau- stärkere Rückgänge zu verzeichnen sind.

Auf der Ebene des Gesundheitszustands und der Gesundheitsversorgung zeigt sich in allen vier Ländern der Trend der steigenden Lebenserwartung bei Geburt bei allerdings unterschiedlichen Ausgangsniveaus. Hier vollzog Deutschland bei niedrigstem Wert im Jahr 1992 den deutlichsten Sprung in der vergangenen Dekade, was sich unter anderem durch die Angleichung im West- und Ostteil erklären lässt<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Die Lebenserwartung in der DDR lag deutlich unter dem Wert in der Bundesrepublik.

**Tabelle 3: Rahmendaten Demographie, Gesundheit und Gesundheitsversorgung**

	Großbritannien		Schweden		Schweiz		Deutschland	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002
Einwohner in Mio.	57,6	59,2	8,7	8,9	6,9	7,3	80,6	82,5
BIP, pro Kopf (in Tsd. \$ KKP)	17,1	28,0	19,1	27,3	25,1	30,7	19,8	25,8
Arbeitslosigkeit (in % Er- werbsbevölkerung)	9,6	5,5 <sup>2</sup>	9,8	5,9 <sup>2</sup>	3,8	3,0	8,4	8,0 <sup>2</sup>
Lebenserwartung (bei Geburt, Jahre)	76,3	78,1 <sup>5</sup>	78,1	79,9	77,9	80,4	75,9	78,5 <sup>5</sup>
Fehlzeiten Arbeit	7,8	7,8	17,0	25,0 <sup>3</sup>	10,3 <sup>4</sup>	11,0 <sup>5</sup>	12,3	15,6
Zahl Gesundheitsberufe (je Tsd. EW)	26,9	31,9	46,7	35,2 <sup>3</sup>	51,6 <sup>1</sup>	59,3 <sup>5</sup>		45,9
Betten akut-stationär (je Tsd. EW)	2,7	3,9	3,7	2,4 <sup>4</sup>	6,3	3,9	9,9	9,0 <sup>4</sup>
Krankenhausverweildauer Akutbetten (Ø Tage) <sup>1</sup>	5,7	6,9	5,8	4,8	12,1	9,2	15,6	11,6 <sup>5</sup>
Krankenhausverweildauer (Ø Tage) <sup>1</sup> MSK	13,6	8,6	9,8	6,3	14,7	11,3	15,3 <sup>2</sup>	12,1 <sup>3</sup>
Krankenhausaufenthalte MSK (je 100.000 EW)		1.325	1.002	826			1.173	1.449 <sup>3</sup>
Krankenhausverweildauer (Ø Tage) <sup>1</sup> Diskopathien	15,2	11,6	7,5	5,7	16,8	12,2	16,3 <sup>2</sup>	12,8 <sup>3</sup>
Krankenhausaufenthalte Disko- pathien (je 100.000 EW)		53	58	39			170 <sup>2</sup>	208 <sup>5</sup>

<sup>1</sup>Angaben für 1991; <sup>2</sup>Angaben für 1993; <sup>3</sup>Angaben für 1999; <sup>4</sup>Angaben für 2000; <sup>5</sup>Angaben für 2001  
(Quelle: OECD-Health-Data 2004 (63); eigene Zusammenstellung)

Bei den Fehlzeiten ist die größte Abweichung auf niedrigem stabilem Niveau in Großbritannien zu verzeichnen, während in Schweden in der vergangenen Dekade eine deutliche Zunahme zu beobachten war.

Auf der Strukturebene der Gesundheitsversorgung zeigt sich in den Gesundheitsberufen Tätigen ein uneinheitlicher Trend. Während in Großbritannien 1992 nur nahezu die Hälfte der Zahl je Tausend Einwohner erreichte und daraufhin bis 2002 einen deutlichen Zuwachs zu verzeichnen hatte, wurde diese Zahl in Schweden um fast 25 % reduziert. Während für Deutschland keine Vergleichszahlen für die Vergangenheit vorliegen, lag der Wert 2002 zwischen dem Ausgangswert in Schweden 1992 und der Zahl in der Schweiz, die auf hohem Niveau noch angestiegen ist.

In der Zahl der Akutstationären Betten ist ein Abnahmetrend in allen Ländern zu beobachten, wobei hier die hohe Zahl in Deutschland auffällt, die fast das Dreifache mit 9 Betten je Tsd. Einwohnern ausmacht als in den Vergleichsländern. Ein ähnlicher Trend zeigt sich bei der Krankenhausverweildauer. Auch hier ist nahezu übergreifend ein Rückgang zu beobachten (Ausnahme GB), wobei die Schweiz und Deutschland deutlich über den Niveaus in Schweden und GB liegen. Betrachtet man die Verweildauer nur für muskuloskelettale Erkrankungen, so fällt bei ähnlichem Trend zur Gesamtzahl der hohe Ausgangswert in GB auf, wobei die höchste Verweildauer 2002 in Deutschland zu verzeichnen war. Letzteres gilt auch für die absolute Zahl der stationären Behandlungen bei MSK. Ähnlich sieht es bei Verweildauer und Krankenhausaufenthalten aufgrund von Diskopathien aus, wobei hier die sehr hohe Zahl der stationären Behandlungen in Deutschland aus dem Rahmen fällt.

**Tabelle 4: Ausgaben für Gesundheitsversorgung**

	Großbritannien		Schweden		Schweiz		Deutschland	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002
Gesamtausgaben (% BIP)	6,9	7,7	8,3	9,2	9,3	11,2	9,9	10,9
Gesamtausgaben (Kopf \$ Wechselkurs)	1.287	2.031	2.528	2.494	3.376	4.217	2.477	2.631
Öffentliche Ausgaben (in % gesamt Gesundheitsausgaben)	84,6	83,4	87,2	85,3	53,8	57,9	80,9	78,5

(Quelle: OECD-Health-Data 2004 (63); eigene Zusammenstellung)

Anhand der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung (Tabelle 4) ist erkennbar, dass der gemeinsame Trend der prozentualen Ausgabensteigerung bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt in allen Ländern innerhalb der letzten Dekade zu beobachten ist. In absoluten Zahlen vollzog dabei Großbritannien den größten Sprung, was sich aber vor allem durch den deutlichen Anstieg im BIP erklären lässt. Dennoch bleibt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Großbritannien unter dem niedrigsten Wert der anderen drei Länder in 1992. Bei der Art der Ausgabenstruktur fällt besonders die Schweiz aus dem Rahmen. Hier liegt der Anteil der öffentlichen Ausgaben wenn auch mit steigender Tendenz deutlich unter Zweidrittel. Der Hauptgrund hierfür ist in der privatwirtschaftlichen Organisation der Krankenversicherung zu suchen.

Zusammenfassend zeigen sich trotz des gemeinsamen Trends des Abbaus von stationärer Versorgung auch Unterschiede. So sind die Ausgangsniveaus in den staatlichen Gesundheitssystemen Schwedens und Großbritanniens bezogen auf Bettenzahlen und Verweildauer deutlich unter den Werten in der Schweiz und Deutschlands. Dies gilt für Großbritannien, das auf manchen Ebenen einen gewissen Nachholbedarf verzeichnet, nicht für den Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen.

## 4.2 Begriff der Rehabilitation

Die Interviews begannen mit einer offenen Frage zum Verständnis von „Rehabilitation“. Unterschieden nach den Bereichen der Leistungsträger, der Leistungsanbieter, der Rehabilitationswissenschaft und der politischen Planung ergeben sich zwischen den Ländern weitgehende Übereinstimmungen. Auf der individuellen Ebene ist die Erhöhung oder Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit als primärer Gegenstand rehabilitativer Interventionen anzusehen, wobei Funktionsfähigkeit zielgerichtet verstanden wird und sich auf die Gestaltung eines (weitgehend) „normalen“ Lebens ausrichtet. Die Befähigung eine Arbeit auszuüben, stellt eine Konkretisierung vor allem bei Leistungsträgern dar, die Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen, um die Rückkehr ins Erwerbsleben zu ermöglichen.<sup>10</sup> In England stellt diese Beschreibung für den Bereich der befragten Leistungsträger und –erbringer die einzige Definition dar<sup>11</sup>. Unter den Leistungsträgern ist zudem zu beobachten, dass Zielsetzung und Definition der Rehabilitation weitgehend in eins gesetzt werden. Auf der sozialen Ebene erscheinen neben der allgemeinen „sozialen Integration“ die „Unterstützung zur Reorganisation des Lebens“ unter Einschluss der individuellen Bedürfnisse. Damit lässt sich durchaus einschätzen, dass die Beschreibung dessen was Rehabilitation ist oder sein kann, sich deutlich an den Relevanzstrukturen der befragten Interviewpartner orientiert.

---

<sup>10</sup> Funktionsfähigkeit wurde von den Interviewpartnern somit nicht allein Aktivitätsstörung, sondern im der revidierten Fassung der ICDH, der ICF, als umfassender Begriff verstanden (90).

<sup>11</sup> Gerade in England wird der Versuch einer Begriffsbestimmung in vielen Fällen kritisch bewertet. In zwei Interviews wurden „Definitionsversuche“ als primär „deutsches“ Unterfangen bezeichnet, das weniger auf die praktische Durchführung, denn auf theoretische Kategorisierung konzentriert ist. Diese Diskussion soll an dieser Stelle nicht geführt werden, mag jedoch verdeutlichen, dass kulturelle Unterschiede selbst auf einer derart basalen Ebene, Konsensbemühungen um Begriffe als wenig relevant erachten lassen.

**Tabelle 5: Verständnis von Rehabilitation bei Leistungsträgern und Leistungserbringern**

	<b>Leistungsträger</b>	<b>Leistungserbringer</b>
<b>E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozess bzw. Intervention zur Maximierung der Leistungsfähigkeit („performance“) und der Lebensqualität; Maximierung des Potenzials, das alltägliche Leben gestalten zu können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multidisziplinäre Befähigung bzw. Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit, um ein Leben zu ermöglichen, das den Vorstellungen eines chronisch Kranken oder eines behinderten Menschen entspricht.</li> </ul>
<b>SV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Anstrengungen, die jemanden zurück zur Arbeit bringen; sowohl medizinisch, als auch andere Therapieformen; es ist immer in Hinblick auf Rückkehr zur Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit, so gut wie möglich, physisch und mental</li> <li>• abhängig vom Kontext, primär medizinisch oder primär auf Funktion(rück)gewinnung ausgerichtet; durch Überlappung: Probleme von Kostenträgerseite her</li> <li>• Coping und Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>• Befähigung zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt</li> <li>• Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit, physisch und mental</li> </ul>
<b>CH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitation ist für Menschen, die einen Unfall oder eine Krankheit hatten oder haben.</li> <li>• Aufgrund der Funktionsdiagnostik ein Programm oder einen Rehabilitationsplan entwickeln. Zuerst die Diagnostik und dann die Therapie</li> <li>• Eine Rehabilitation muss einen Endpunkt haben, und man muss auch ein Ergebnis sehen können.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare Unterscheidung monodisziplinärer Nachbehandlung und interdisziplinärer (nicht multidisziplinär) Rehabilitation; unter Einbezug aller sozialen, aber auch spirituellen, und beruflichen Gebieten oder Bedürfnisse oder Richtungen.</li> <li>• Rehabilitation beginnt dort, wo der Mensch nicht mehr zum Ausgangspunkt zurückkehren kann z.B. nach einer schweren Erkrankung oder einem Unfall</li> </ul>
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für den Bereich berufliche Rehabilitation: Ersteingliederung bzw. Wiedereingliederung behinderter Menschen in Arbeit und Beruf: Definition eines beruflichen Einsatzziels entsprechend von Eignung und Neigung</li> <li>• Wiedereingliederung in das Erwerbsleben: gesundheitsökonomischer Ansatz: Zweck von Rehabilitation in der Rentenversicherung ist es, Kosten für Renten einzusparen</li> <li>• Soziale Integration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitation umfasst die Förderung oder Wiederherstellung der Funktionskapazität. Das ist der allgemeine Ansatz, der aber berücksichtigen muss, welche Funktionen im Alltag und / oder Beruf notwendig und zu kompensieren bzw. zu verbessern sind.</li> </ul>

**Tabelle 6: Verständnis von Rehabilitation im Bereich der Rehabilitationswissenschaft und der politischen Planung**

	(Rehabilitations)Wissenschaft	Politische Planung
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wiederherstellung maximaler Funktionsfähigkeit und Verbesserung der Lebensqualität, möglichst in einem multidisziplinären Ansatz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unterstützung zur Reorganisierung des Lebens bei Behinderung oder chronischer Erkrankung</li> <li>„Re“-Habilitation: immer Eingrenzung auf Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung, die vorher „normal“ waren. Maßnahmen des Social Service sind immer auch auf Personengruppen ausgerichtet, die einer Erstbefähigung bedarfen. Rehabilitation immer auch Habilitation</li> </ul>
SV	<ul style="list-style-type: none"> <li>habilitas = fähig; durch das „re“-eben wieder befähigen: Wiederherstellung von Fähigkeiten, die verloren gegangen sind</li> <li>Fähigkeiten herzustellen und ein möglich unabhängiges Leben zu ermöglichen, vitale Lebensrollen und Aufgaben zu übernehmen</li> <li>multiprofessionell und bedarfsorientiert</li> <li>Zusammenhang mit finalem Ziel: Rückkehr zur Arbeit, Rückkehr zum Sport oder Rückkehr ins Leben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zur Rehabilitation gehört das Wissen, um individuelle Lebensumstände des Betroffenen: wie hat sich sein früheres Leben gestaltet, was waren seine Ziele im Leben, was entsprach seiner Persönlichkeit. Deshalb individuelle Gestaltung der Rehabilitation</li> </ul>
CH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wiedererlangung eines möglichst hohen Funktionsniveaus trotz bleibender Einschränkung / Behinderung durch Krankheit oder Unfallfolgen</li> <li>Klarer Schnitt: Akutbehandlung, wenn diese Maßnahmen ausgeschöpft sind, erfolgt die Wiedereingliederung oder eben Rehabilitation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Erkrankung oder einem Unfall einen möglichst hohen Grad an Funktionsfähigkeit wiederzuerlangen unter Berücksichtigung der ICF</li> <li>Die restlichen, die verbliebenen Fähigkeiten und Funktionen möglichst optimal nutzen zu können. Nach einer Erkrankung oder nach einem Unfall einen möglichst hohen Grad an Funktionsfähigkeit wiederzuerlangen</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>soziale Integration</li> <li>alle Maßnahmen, die bei entsprechender Bedürftigkeit das Ziel „Integration erreichen, unter Einschluss der ICDH-Definition. Notwendigkeit, den Bereich der Rehabilitation sinnvoll gegenüber anderen akut- und kurativ-medizinischen Maßnahmen abzugrenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamtheit von Aktivitäten, die so auf die Ziele des §10 SGB I, gerichtet sind: Behinderung abzuwenden, beseitigen, zu bessern, Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern, zur Sicherung des Platzes in der Gemeinschaft und im Arbeitsleben nach den individuellen Neigungen und Fähigkeiten</li> </ul>

Weiterhin wurde deutlich, dass sich hinsichtlich der Definitionen stärkere Unterschiede zwischen den einzelnen Akteuren und Perspektiven der Leistungsträger versus Leistungserbringer beobachten ließen, als zwischen den einzelnen Ländern. Während nämlich die Leistungserbringer stärker auf Erfolge in der Kompensierung von funktionalen Schädigungen und Aktivitätsstörungen orientiert sind, zielen die Funktionsbeschreibungen der Leistungsträger weitaus deutlicher auf die Partizipationsebene ab. Eine klare Abgrenzung zu anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung wird nicht übereinstimmend vorgenommen. Einhellig wird Inter- bzw. Multidisziplinarität betont. Dabei fällt auf, dass in England die Rückkehr zur Arbeit nicht thematisiert wird.

### **4.3 Zuständigkeit, Differenzierungsgrad, Zielsetzung der Konzepte und Strukturen der Rehabilitation**

#### **4.3.1 Zuständigkeit und Differenzierungsgrad**

Bei einer ersten Annäherung an die Gliederung dessen, was nach der begrifflichen Festlegung als „Rehabilitation“ verstanden wird, fällt zunächst auf, dass Zuständigkeit und Zahl der Leistungsträger in den in den Vergleich einbezogenen Ländern stark variiert. Tabelle 7 gibt einen Überblick anhand der in Deutschland weitgehend üblichen Gliederung der Rehabilitation in medizinische, berufliche und soziale Leistungen.

England: In England ist der wichtigste Leistungsträger der Rehabilitation der Nationale Gesundheitsdienst (NHS). Er ist sowohl für die gesamten rehabilitativen Interventionen während der akutmedizinischen Versorgung als auch für alle weiteren medizinischen Hilfen im Kontext von Krankheit und Behinderung zuständig. Dazu zählen alle Behandlungen und Therapien, als auch die Ausstattung mit direkten medizinischen oder physiotherapeutischen Hilfsmitteln. Für darüber hinausgehende Leistungen wie indirekte Hilfsmittel z.B. als behinderungsgerechte Wohnungsanpassung zeichnen sich außer für den Fall einer privaten Krankenversicherung die Kommunen verantwortlich. Berufliche Rehabilitation war zum Zeitpunkt der Interviews in Großbritannien stark unterentwickelt. Einzelne Modellprojekte wurden durch das Labourdepartment, Kommunen und in Einzelfällen durch den Arbeitgeber und den NHS getragen.

Schweden: Für die Landschaft der Leistungsträger fällt in Schweden primär auf, dass dem Arbeitgeber eine bedeutsame Rolle innerhalb der Rehabilitation seiner Beschäftigten zugewiesen wird. Von Gesetzes wegen ist ihm sogar die primäre Rolle zugeschrieben (62). Das bedeutet, dass alle weiteren Träger der Rehabilitation in Schweden zunächst als nach-

rangig anzusehen sind. Rehabilitation durch den Arbeitgeber, der sich seinerseits für solche Leistungen (rück-)versichern kann, umfasst dabei das gesamte rehabilitative Leistungsspektrum von medizinischen und therapeutischen Maßnahmen bis zur behinderungsgerechten Anpassung des Arbeitsplatzes oder Trainingsmaßnahmen zur Rückgewinnung der Arbeitsfähigkeit.

Neben dem Arbeitgeber sind als weitere bedeutende Rehabilitationsträger die staatliche Gesundheitsversorgung, die allgemeine Sozialversicherung, der Arbeitsmarktdienst und die Unfallversicherung zu nennen. Dabei ist zu beachten, dass die Sozialversicherung die Rolle des Koordinators innehält und eine Abstimmung zwischen den verschiedenen Leistungsträgern und den jeweiligen Leistungserbringern zusammen mit dem Rehabilitanden zu leisten hat. Sie übernimmt die Trägerschaft nur im Falle aktueller Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, während für alle darüber hinausgehenden Maßnahmen und die Rehabilitation nach einer stationären Akutversorgung der staatliche Gesundheitsdienst zuständig ist.

Im Falle beruflicher Veränderungsnotwendigkeiten wird zwischen beruflicher Rehabilitation (Ausbildung, Umschulung) und arbeitsbezogener (Training im Sinne von Workhardening, Arbeitsplatzanpassung) Rehabilitation unterschieden. Während für erstere der Arbeitsmarktdienst, die Sozialversicherung und der Arbeitgeber verantwortlich sind liegt die Zuständigkeit bei arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen nicht bei dem Arbeitsmarktdienst, dafür aber bei Vorliegen beruflich bedingter Verletzungen und Erkrankungen bei der Unfallversicherung.

Schweiz: In der Schweiz dominieren drei Träger die Rehabilitation: die (privatrechtlich organisierten) Krankenversicherungen, die Invalidenversicherung und die obligatorische Unfallversicherung. Ihre Leistungen weisen kaum Überschneidungen auf und sind zumindest rechtlich klar von einander abgegrenzt. So erbringen die Krankenversicherungen ausschließlich medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und sind im Falle von Krankheit, Krankheitsfolgen und Behinderung nur dann für Rehabilitation zuständig, wenn die beiden anderen Träger keine Leistungspflicht haben. Positiv formuliert ist die Unfallversicherung für genau alle Maßnahmen zuständig, die aus beruflich bedingten Verletzungen, Erkrankungen und Behinderungen herrühren. Diese umfassen dann sowohl medizinische, als auch arbeitsplatzbezogene oder der beruflichen Umorientierung bezogene rehabilitative Maßnahmen. Die Invalidenversicherung ist demgegenüber nur im Falle der bestehenden Erwerbsunfähigkeit in die Trägerschaft von Rehabilitationsmaßnahmen eingebunden. Sie ist zuständig, wenn medizinische Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschöpft

sind und eine auf absehbare Zeit dauerhafte Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Die Leistungen der Invalidenversicherung sind somit in der Regel nachrangig mit einer Ausnahme: die Unterstützung und Förderung von Kindern und Jugendlichen im Falle von den so genannten „Geburtsgebrechen“ als gesundheitlichen Störungen bzw. Behinderungen, die von Geburt an bestehen und nicht Folge einer im Laufe des Lebens eingetretenen Erkrankung sind. In diesem Falle ist die Invalidenversicherung verpflichtet, alle möglichen Leistungen (und dann eben auch medizinische) zu erbringen, die der späteren Erwerbsfähigkeit des Kindes oder Jugendlichen dienlich sind. Dies umfasst jede Form von Maßnahmen, wie medizinische Eingriffe, Frühförderung, schulische Fördermaßnahmen und medizinisch-therapeutische Rehabilitationsleistungen. Die Rehabilitation von Erwachsenen ist demgegenüber auf direkt berufsbezogene Maßnahmen ausgerichtet und konzentriert sich weitgehend auf Trainings- oder Ausbildungsprogramme. Die Rolle des Arbeitgebers beschränkt sich auf freiwilliges betriebliches Engagement.

Deutschland: In Deutschland ist die Zuständigkeit und Trägerschaft ähnlich klar voneinander abgegrenzt, wobei zusätzliche versicherungsrechtliche Bestimmungen und Voraussetzungen das Bild noch differenzierter gestalten: vergleichbar mit der Schweiz sind für alle rehabilitativen Maßnahmen und Leistungen infolge eines beruflich bedingten Unfalls oder einer direkt<sup>12</sup> bedingten Erkrankung die Träger der Unfallversicherung, die Berufsgenossenschaften zuständig. Liegt ein solcher Fall vor, dann umfassen die Leistungen der Berufsgenossenschaften alle Maßnahmen, die zur gesellschaftlichen Teilhabe als notwendig erachtet werden, angefangen von medizinischen Therapien bis zu beruflichen Umorientierungen. Liegt keine beruflich bedingte Erkrankung oder Krankheitsfolge vor, dann hängt die Trägerschaft sowohl für medizinische, als auch für berufliche Maßnahmen der Rehabilitation vom beruflichen und versicherungsrechtlichen Status des Betroffenen ab. Für Versicherte im erwerbsfähigen Alter ist primär die Rentenversicherung zuständig, die sowohl medizinische, als auch berufliche Rehabilitationsleistungen erbringt. Im Falle des Fehlens einer geringer als fünfjährigen Versicherungspflicht übernimmt die Krankenversicherung die Trägerschaft für medizinische Leistungen und im Falle des Fehlens einer geringer als fünfzehnjährigen Versicherungspflicht übernimmt die Arbeitsagentur die beruflichen Leistungen zur Rehabilitation. Analog zur Schweiz ist die Rolle des Arbeitgebers für Rehabilitation nicht definiert und beruht allein auf freiwilligen betrieblichen Leistungen.

---

<sup>12</sup> Die Liste der beruflich bedingten Erkrankungen ist dabei sehr eng geführt und umfasst nur direkt nachweisbare Kausalzusammenhänge.

**Tabelle 7: Leistungsträger der Rehabilitation**

	England	Schweden	Schweiz	Deutschland
Krankenversicherung	(nur privat:) medizinische Rehabilitation)		Medizinische Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation
Staatlicher Gesundheitsdienst	(Medizinische Rehabilitation)	Medizinische Rehabilitation		
Arbeitgeber	Freiwillig oder nach privater Absicherung	Arbeitsbezogene Rehabilitation Berufliche Rehabilitation Soziale Rehabilitation	Freiwillig oder nach privater Absicherung	Freiwillig oder nach privater Absicherung
Allgemeine Sozialversicherung (beinhaltet Gesundheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Altersrente)		Arbeitsbezogene Rehabilitation Berufliche Rehabilitation Soziale Rehabilitation		
Arbeitslosenversicherung, Arbeitsmarktdienst	Berufliche Rehabilitation	Berufliche Rehabilitation		Berufliche Rehabilitation
Invalidenversicherung/ Rentenversicherung			Berufliche Rehabilitation (medizinische Rehabilitation)	Medizinische Rehabilitation (Arbeitsbezogene Rehabilitation) Berufliche Rehabilitation
Unfallversicherung	Berufliche Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation Arbeitsbezogene Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation Arbeitsbezogene Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation, Arbeitsbezogene Rehabilitation Berufliche Rehabilitation
Kommunen, Sozialhilfe	Soziale Rehabilitation	Soziale Rehabilitation	Soziale Rehabilitation	Soziale Rehabilitation

### 4.3.2 Zielsetzung

Die Darstellung der jeweiligen Träger von rehabilitativen Leistungen kann noch keinen Aufschluss darüber geben, welche Logik und welche geschichtlichen Faktoren dazu geführt haben, bestimmte Strukturen für dieses Leistungsspektrum vorzusehen.

**Tabelle 8: Rehabilitationsziele der Leistungsträger der Rehabilitation**

	England	Schweden	Schweiz	Deutschland
Krankenversicherung			Erhaltung/ Wiederherstellung der allgemeinen Funktionsfähigkeit	Erhaltung/ Wiederherstellung der allgemeinen Funktionsfähigkeit
Staatlicher Gesundheitsdienst	Erhaltung/ Wiederherstellung der allgemeinen Funktionsfähigkeit	Erhaltung/ Wiederherstellung der allgemeinen Funktionsfähigkeit		
Arbeitgeber		Return to Work		
Allgemeine Sozialversicherung (beinhaltet Gesundheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Altersrente)		Return to Work Verhinderung von Invalidität		
Arbeitslosenversicherung, Arbeitsmarktdienst	Return to Work	Return to Work		Return to Work
Invaliden-/ Rentenversicherung			Return to Work Verhinderung dauerhafter Invalidität	Erhaltung/ Wiederherstellung der allgemeinen Funktionsfähigkeit, Return to Work, Verhinderung dauerhafter Invalidität
Unfallversicherung			Erhaltung/ Wiederherstellung der allgemeinen Funktionsfähigkeit, Return to Work, Verhinderung dauerhafter Invalidität	Erhaltung/ Wiederherstellung der allgemeinen Funktionsfähigkeit, Return to Work, Verhinderung dauerhafter Invalidität
Kommunen, Sozialhilfe	Soziale Inklusion	Soziale Inklusion	Soziale Inklusion	Soziale Inklusion

Stellt man wie in Tabelle 8 die Ziele der Träger der Rehabilitation gegenüber, so zeigen sich besonders bei den Trägern der gesundheitlichen Versorgung -und zwar gleicherma-

ßen den staatlichen Gesundheitsdiensten und den Krankenversicherungen- große Überschneidungen. Grundsätzlich geht es um die (Wieder-)Herstellung und Verbesserung von Funktionsfähigkeit, wobei mit „Funktionsfähigkeit“ nicht nur in dem übergreifenden Sinne zu verstehen ist, wie es die ICF mit „functioning“ bezeichnet.

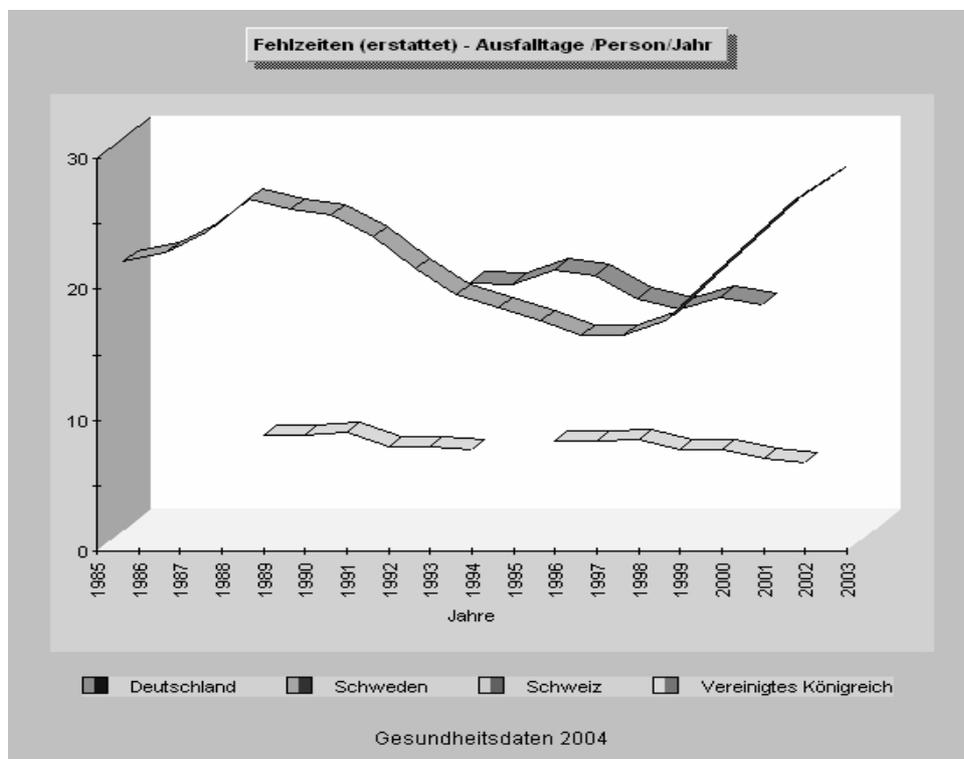
Funktionsfähigkeit wird gerade im Kontext medizinisch ausgerichteter rehabilitativer Interventionen vor allem auf die in der ICF unterschiedenen Ebenen der „Körperfunktionen“ – demnach der Bewältigung von Impairments – und den Störungen von Aktivitäten bezogen. Der Aspekt der „Erhaltung/ Wiederherstellung der allgemeinen Funktionsfähigkeit“ ist allerdings keine reine Domäne der direkten Gesundheitsversorgung. Auch die Unfallversicherungsträger der Schweiz und Deutschlands und die Rentenversicherungsträger in Deutschland legen einen Schwerpunkt auf diese Zielsetzung, wobei genannte Träger gleichzeitig die von ihnen geleisteten rehabilitativen Maßnahmen auf die Ziele der Rückkehr zur Arbeit und der Verhinderung von Invalidität ausrichten. Damit lassen sich drei Träger identifizieren, die das gesamte Spektrum des durch die ICF vorgegebenen Rahmens der Bewältigung von Schädigungen der Körperfunktionen (und –strukturen), der Störung von Aktivitäten und der Störungen von Partizipation abdecken.

Somit ist die Zielsetzung dieser Dimension der Rehabilitation durch Leistungsträger in den vier Ländern teilweise vergleichbar, wobei die Akzentuierung und Kumulierung von Zielen variiert. Hierzu ist auf den Unterschied zwischen Deutschland, Schweden und der Schweiz zu verweisen, der an Deutlichkeit gewinnt, wenn die Zuständigkeit für Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall und für Erwerbsunfähigkeitsrenten mit in Betracht gezogen wird. Tabelle 9 verdeutlicht, dass sich abgesehen von der Zuständigkeit der Unfallversicherungen in den einzelnen Ländern ein Unterschied im Mix der Entgeltzahlungen zeigt. Unter den solidarischen Versicherungen und Institutionen ist allein die Sozialversicherung in Schweden sowohl für Arbeitsunfähigkeit als auch für Erwerbsunfähigkeit zuständig. Lohnersatzleistungen können dabei bis zum Eintritt des Invalidität oder des Rentenalters gezahlt werden. Aus dieser Aufgabe erwächst ein starkes Interesse, sowohl Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall zu reduzieren, als auch Renten für Invalidität zu vermeiden. In den drei anderen Ländern verteilt sich die Zuständigkeit jeweils auf unterschiedliche Träger.

Tabelle 9: Zuständigkeit bei Arbeits- (AU) und Erwerbsunfähigkeit (EU)

	England		Schweden		Schweiz		Deutschland	
	AU	EU	AU	EU	AU	EU	AU	EU
Krankenversicherung					(X)		X	
Staatlicher Gesundheitsdienst								
Arbeitgeber			X	(X)			X	(X)
Allgemeine Sozialversicherung			X	X				
private Versicherungen	X	(X)			X	(X)		(X)
Invalidenversicherung / Rentenversicherung		X						X
Unfallversicherung	X	X	X	X	X	X	X	X

X = obligatorisch (X) = freiwillig



(Quelle: OECD-Health-Data 2004 (63); eigene Zusammenstellung)

Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitstage 1985-2003

Abbildung 1 verdeutlicht die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitszeiten der vier untersuchten Länder. Für die Schweiz liegen im OECD-Datensatz nur Selbstauskünfte vor (daher keine Datenkurve), was sich teilweise aus der unterschiedlichen Zuständigkeit durch private Versicherer für das Risiko Arbeitsunfähigkeit erklären lässt. Angaben bestehen nur für die Jahre 1992 (10,3 Tage) und 1997 (11 Tage). Damit rangiert Arbeitsunfähigkeit in der Schweiz etwas über dem Niveau im Vereinigten Königreich und etwas unter dem Niveau in Deutschland. Besonders augenfällig vor allem in ihren gravierenden Schwankungen ist die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit in Schweden. Die hohen Fehlzeiten Ende der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts waren eine erste Motivation, rehabilitative Leistungen zu intensivieren. So sank die Fehlzeitenquote nahezu um die Hälfte bis 1996 ab, was aber in Schweden selber weniger durch erfolgreiche Rehabilitation als durch ökonomische Rahmenbedingungen und den Druck des Arbeitsmarktes erklärt wird. Seit sich die konjunkturelle Lage deutlich verbessert hat, steigt die Fehlzeitenquote wieder deutlich an und übertraf 2003 den Höchststand von 1989.

**Tabelle 10: Leistungsträger der Rehabilitation nach Finalität und Kausalität**

	England	Schweden	Schweiz	Deutschland
Krankenversicherung	Kausalität	Kausalität	Kausalität	Finalität
Staatlicher Gesundheitsdienst	Kausalität	Kausalität	-	-
Arbeitgeber	-	Kausalität / Finalität	-	-
Allgemeine Sozialversicherung	-	Finalität	-	-
Arbeitslosenversicherung, Arbeitsmarktdienst	Finalität	Finalität	-	Finalität
Invalidenversicherung / Rentenversicherung	-	-	Finalität	Finalität
Unfallversicherung	Kausalität	Kausalität	Kausalität	Kausalität
Kommunen, Sozialhilfe	Kausalität / Finalität	Kausalität / Finalität	Kausalität	Finalität

Als grundsätzliche Prinzipien, die bei der Erbringung von Maßnahmen zur Rehabilitation zugrunde gelegt werden, lassen sich finale und kausale Prinzipien unterscheiden. Kausalität beschreibt eine rehabilitative Intervention, die durch eine vorausgehende Schädigung

*retrospektiv* begründet wird, Finalität dagegen eine prospektive Perspektive, bei der durch eine Rehabilitationsmaßnahme weitere Krankheitsfolgen kompensiert oder reduziert werden sollen. Diese Unterscheidung kann auch auf die verschiedenen Leistungsträger der Rehabilitation in den untersuchten Ländern angewendet werden. Tabelle 10 verdeutlicht die durchaus unterschiedlichen Prinzipien der Zuständigkeit der einzelnen Träger.

Dabei fällt auf, dass abgesehen von der kommunalen Zuständigkeit in England und Schweden eine Mischung von Finalität und Kausalität nur bei der Arbeitgeberverantwortlichkeit in Schweden gegeben ist. Bis auf die Rehabilitation durch Unfallversicherungen herrscht bei den Rehabilitationsträgern, die auf eine Rückkehr zur Arbeit und der Vermeidung von Invalidität abzielen, das Finalitätsprinzip vor. Anders verhält es sich bei den Trägern der medizinisch orientierten Rehabilitation Gesundheitsdienst und Krankenversicherung. Bis auf die Krankenversicherung in Deutschland, steht als Begründung von rehabilitativen Interventionen das Kausalitätsprinzip im Mittelpunkt. In Deutschland erklärt sich der Unterschied aus der zwar rechtlich getrennten Zuständigkeit von Kuration, Prävention und Rehabilitation versus Pflege nach dem XI. Sozialgesetzbuch. Die Pflegeversicherung ist zwar ebenfalls ein Rehabilitationsträger, tritt aber bis heute kaum in diese Verantwortung ein, sondern überlässt das Feld der Rehabilitation bei älteren Versicherten der Krankenversicherung.

#### **4.4 Zugang und Mitwirkungsmöglichkeiten**

Die Frage des Zugangs zur Rehabilitation übersetzt Zielsetzung und Konzepte auf die Klientenebene. Wer kann in welcher Situation von einem differenzierten Angebot rehabilitativer Maßnahmen in den Bereichen der medizinischen und beruflich orientierten Rehabilitation profitieren? Tabelle 11 verdeutlicht die Voraussetzungen, die zu einer Indikation der Rehabilitationsbedürftigkeit führen.

England: *Medizinische* Rehabilitationsleistungen werden in England primär über einen Gatekeeper, den General Practitioner zugewiesen, d.h. in der Regelversorgung reicht eine medizinische Indikation aus, um die allerdings knapp bemessenen Leitungen zu erhalten. Die Knappheit verdeutlicht sich zudem an dem Prinzip der Warteliste, was den Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen zusätzlich steuert. *Berufliche* Rehabilitation ist in Großbritannien weiterhin erst im Aufbau begriffen. Zum Zeitpunkt der Interviews wurde nur von einzelnen Modellprojekten berichtet. Maßnahmen der *sozialen* Rehabilitation werden anhand von ökonomischer Bedürftigkeit zugewiesen.

Schweden: *Medizinische* Rehabilitation wird im Falle einer Anschlussrehabilitation nach einem Akutereignis über den behandelnden Arzt veranlasst. Ähnlich wie in England können Priorisierungen und Wartelisten zu einer Verzögerung von Maßnahmen führen. Ohne vorhergehendes Akutereignis ist der Zugang zunächst davon abhängig, ob der Arbeitgeber seiner gesetzlichen Verantwortung nachkommt und für eine frühzeitige Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme sorgt. Sollte dies nicht der Fall sein, übernimmt die Sozialversicherung die Steuerung des Prozesses. Die Voraussetzung ist allerdings das Vorliegen einer andauernden Arbeitsunfähigkeit von 6 Monaten. Sollte dies gegeben sein, kann eine Rehabilitationsmaßnahme in Gang gesetzt werden, sofern das Budget des Geschäftsjahrs noch nicht ausgeschöpft ist. Gleiches gilt für *berufliche* Maßnahmen, die in Schweden nicht deutlich von medizinischer Rehabilitation getrennt sind, sondern Teil eines individuellen Rehabilitationsplans sein können. Maßnahmen der *sozialen* Rehabilitation werden im Falle einer anerkannten Behinderung über die Kommunen zugewiesen.

Schweiz: *Medizinische* Rehabilitationsleistungen werden in der Schweiz im Falle von Anschlussrehabilitationen nach einem Akutereignis über den behandelnden bzw. verantwortlichen Arzt veranlasst und dann in der Regel auch durch den Kostenträger akzeptiert. Im Falle eines Heilverfahrens wird ergänzend zum behandelnden Arzt eine Indikation durch die Krankenversicherung als Kostenträger gestellt.

*Berufliche* Rehabilitation wird in der Schweiz nur bei bereits ausgeschöpften medizinischen Maßnahmen gewährt. Dies ist klar im Falle einer bereits eingetretenen Erwerbsunfähigkeit (*Invalidität*) und dem Empfang einer Invaliditätsrente. Als Ausnahme ist nur die Unfallfolge zu nennen, bei der die Unfallversicherung auch im Falle von noch nicht ausgeschöpften medizinischen Maßnahmen berufliche Interventionen wie Arbeitsplatzanpassung oder Umschulungen ermöglicht. Maßnahmen der *sozialen* Rehabilitation werden analog zu Schweden im Falle einer anerkannten Behinderung über die Kommunen zugewiesen.

Deutschland: *Medizinische* Rehabilitationsleistungen werden in Deutschland analog zur Schweiz im Falle eines Akutereignisses als Anschlussrehabilitation durch behandelnde Ärzte in der Klinik veranlasst. In vielen Regionen ist hierzu ein Eilverfahren etabliert, das eine rasche Überleitung vom Akutbereich in die Rehabilitation ermöglicht. Im Falle der Rehabilitation von chronischen Einschränkungen wird der Antrag auf medizinische Rehabilitation durch die betroffene Person gestellt. Für Personen mit aktueller Erwerbsfähigkeit (inklusive Arbeitslosigkeit) erfolgt dann (bei Vorliegen der versicherungsrechtli-

chen Voraussetzungen, siehe 4.3.1) eine sozialmedizinische Begutachtung, die unter Umständen das Hinzuziehen eines ärztlichen Dienstes erfordert. Ein Ausschlusskriterium ist die Notwendigkeit weiterer akutmedizinischer Behandlungen. Im Falle der fehlenden Erwerbstätigkeit (Haushalt, Berentung) übernimmt die Krankenversicherung die Leistungsträgerschaft.

**Tabelle 11: Voraussetzung für Erbringung einer Rehabilitationsmaßnahme**

	England	Schweden	Schweiz	Deutschland
<b>Medizinische Rehabilitation</b>	medizinische Indikation (GP)  Priorisierung: Warteliste	Medizinische Indikation durch behandelnden Arzt;  Priorisierung: Warteliste  Arbeitgeber  ohne vorhergehenden Akut-eingriff: bestehende Arbeitsunfähigkeit (6 Monate)	medizinische Indikation durch behandelnden Arzt  teilweise: medizinische Indikation durch Kostenträger	Antrag  medizinische Indikation durch behandelnden Arzt  sozialmedizinische Indikation durch Kostenträger  versicherungsrechtliche Voraussetzungen  Ausschluss:  Notwendigkeit akutmedizinischer Behandlung  trägerspezifisch Voraussetzungen, z.B. keine Rehabilitation durch Rentenversicherung bei (Antrag auf) Altersrente
<b>berufliche / berufsbezogene Rehabilitation</b>	keine Regelversorgung oder –angebote: Vorhandensein von Modellprojekten	bestehende Arbeitsunfähigkeit (6 Monate)  Rehabilitationsbereitschaft  Rehabilitationsfähigkeit (v.a. psychosozial)	medizinische Therapien abgeschlossen bzw. weitere medizinische Therapien nicht erfolgversprechend  Ausnahme: Unfallfolge  Invalidität	Antrag  medizinische Indikation  versicherungsrechtliche Voraussetzungen
<b>Soziale Rehabilitation</b>	Soziale (ökonomische) Bedürftigkeit	Anerkannte Behinderung	Anerkannte Behinderung	Soziale (ökonomische) Bedürftigkeit

Über *Berufliche* Rehabilitation wird ebenfalls auf Antrag entschieden. Voraussetzung ist eine medizinische Indikation bzw. bestehende Aktivitätsstörungen. Maßnahmen der *sozialen* Rehabilitation werden anhand von ökonomischer Bedürftigkeit zugewiesen.

Die Annahme, dass gesellschaftliche Differenzierungs- und damit einhergehende Individualisierungsprozesse auch für die Versorgungsstrukturen zu wechselnden Herausforderungen führen, begründete den Themenblock der Partizipation und der individualisierten Therapieangebote (vgl. Tabelle 12).

Dabei ist Partizipation in diesem Zusammenhang als verantwortungsvolle Mitwirkung des Klienten gemeint und nicht eine Teilhabe im Sinne des SGB IX oder der ICF.

England: In England stellt sich die Partizipationsmöglichkeit insgesamt als sehr gering dar, was vorwiegend aus dem geringen Leistungsangebot der Regelversorgung resultiert. Im Falle eines über „Physiotherapie“ hinausgehenden Therapieangebotes besteht die Möglichkeit des Aushandlungsprozesses zwischen Patient und General Practitioner. Zusätzlich limitierend wirkt sich das Wartelistenprinzip aus, das auf aktuelle Bedürftigkeit oft nur mit Verzögerung reagieren kann. Eine Wahl zwischen verschiedenen Settings wie z.B. zwischen einer wohnortnahen, ambulanten Maßnahme oder einem mitunter entfernten stationären Angebot entfällt zumeist wegen fehlender Angebotsalternativen. Einen Zwang zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen gibt es nicht.

Schweden: In Schweden stellen ähnlich wie in England das Wartelistenprinzip und zusätzlich die Jahresbudgets sowie der Zugang zu Leistungen der Sozialversicherung erst nach sechs Monaten Arbeitsunfähigkeit die stärksten Limitationen bei bestehender Rehabilitationsbedürftigkeit dar. Einen direkten Zwang zur Rehabilitation gibt es zwar nicht, dafür aber Sanktionsmöglichkeiten in Form von Kürzung der Lohnersatzleistungen im Falle einer Verweigerung rehabilitative Maßnahmen bei bestehender Langzeitarbeitsunfähigkeit in Anspruch zu nehmen. Im Falle der Bereitschaft des Betroffenen sich in den begleiteten Rehabilitationsprozess zu begeben, steht ein sehr individualisiertes Maßnahmenpektrum zur Verfügung. Dabei wird stets darauf abgezielt, alle Entscheidungen über Art und Setting der Rehabilitation mit dem Klienten und unter Umständen auch unter Einbeziehung des Arbeitgebers und Angehöriger auszuhandeln. Vor der Festlegung werden differenzierte Testungen und Assessments vorgenommen, die dann zu einem sehr individualisierten Rehabilitationsplan führen.

**Tabelle 12: Grenzen und Möglichkeiten der Partizipation**

	England	Schweden	Schweiz	Deutschland
„Zwang“ zur Reha	-	evtl. Kürzung der Lohnersatzleistung	-	SGB V § 51 „Reha vor Rente“
(Mit-) Entscheidung über Wahl der Maßnahme	Aushandlungsprozess mit GP (wenn rehabilitative Angebote vorhanden sind) Warteliste!	individuelle Aushandlung und Testung (limitiert durch Wartezeiten und Budgetierung)	beruflich Reha erst nach Ausschöpfung der medizinische Möglichkeiten	Antragsprinzip berufliche Reha zumeist erst nach Abklärung der medizinische Situation
Individualisierungsgrad der Maßnahmen	festen Therapiepakete feste Programme	Individualisierte Maßnahmen, individuelle Rehabilitationspläne bei chronischen Erkrankungen	weitgehend standardisierte Programme; Individualisierte Therapiepläne nach Eingangsuntersuchung, -assessment Trennung beruflich vs. medizinisch	weitgehend standardisierte Programme; Individualisierte Therapiepläne nach Eingangsuntersuchung, -assessment Trennung beruflich versus. medizinisch
(Mit-) Entscheidung über Ort und Setting der Rehabilitation		ja, individuelle Aushandlung	ja, wenn Alternativen vorhanden	ja, in Einzelfällen und wenn Alternativen vorhanden sind
(Mit-) Entscheidung über Art der Maßnahmen, Therapiepläne	-	Abklärung bei Problemen mit Kostenträgern	ja, anhand der „Rehaziele“	ja, anhand der „Rehaziele“
Organisationsformen, Rehabilitationssettings	ambulant (stationär von regional unterschiedlichen Strukturen abhängig)	ambulant (stationär bei spezieller Indikation)	stationär als Regelangebot	stationär als Regelangebot

Dabei besteht keine grundsätzliche sektorale Trennung von medizinisch therapeutischen und beruflichen Maßnahmen. Miteinbezogen wird die Möglichkeit der temporären -aber bis zu einem Jahr anhaltenden- eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bzw. prozentualen Ar-

beitsunfähigkeit als rehabilitative Maßnahme. In alle diese Entscheidungen wie auch die Wahl des Settings wird der Klient einbezogen.

Schweiz: In der Schweiz sind ein Zwang zur Rehabilitation oder Sanktionsmöglichkeiten im Falle der Verweigerung der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen unbekannt. Eine Mitentscheidung über die Gestaltung der Maßnahme ist im Falle der medizinischen Rehabilitation erst nach Eintritt in eine Rehabilitationsklinik möglich. Dort werden dann Ziele ausgehandelt und Therapien festgelegt. Dabei werden durch die Leistungsträger primär Standardprogramme bedient. Eine Parallelität von medizinischen und beruflichen Maßnahmen ist auch im Falle des Klientenwunsches nicht möglich. Es gilt immer erst medizinische Maßnahmen auszuschöpfen, bevor berufliche Rehabilitation in Betracht gezogen wird. Die Wahl des Settings speziell für die medizinische Rehabilitation ist durch den Schwerpunkt auf stationäre Maßnahmen limitiert aber dort möglich, wo ein ambulantes Angebot vorgehalten wird. Die Auswahl stationärer Rehabilitationskliniken hängt von den Versorgungsverträgen ab, die die jeweilige Krankenversicherung mit einzelnen Kliniken geschlossen hat.

Deutschland: Analog zu Schweden gibt es in Deutschland insbesondere bei langen Arbeitsunfähigkeitszeiten die Möglichkeit durch die Rentenversicherung, die Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme bei den betroffenen Versicherten einzufordern. Im Falle einer Beantragung einer Frühberentung kann der Rentenanspruch in einen Rehabilitationsanspruch umgewidmet werden, um abzuklären, ob ein Rest an Leistungsfähigkeit vorhanden ist und sich eine Invalidität durch eine medizinische Rehabilitation abwenden lässt.

Bei der Einleitung des Rehabilitationsprozesses gilt das Antragsprinzip. Hierbei wird grundsätzlich von der Eigenverantwortlichkeit ausgegangen, die zumeist durch behandelnde Ärzte unterstützt wird. Dies gilt insbesondere bei Anschlussrehabilitationen nach akuten Ereignissen und Behandlungen. Die Wahl der Art der Maßnahmen ist rechtlich gegeben. Vielfach werden jedoch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen erst nach vorlaufender medizinischer Rehabilitation bewilligt. Eine Mitentscheidung über Setting und Ort der Rehabilitationsmaßnahme ist ebenfalls durch ein Wahlrecht im SGB IX gegeben (§ 9), allerdings wird von „berechtigten“ Wünschen gesprochen, so dass fachliche Kriterien höher bewertet werden. Bei der Wahl des Settings ist das Angebot zu berücksichtigen, das lokal und regional sehr unterschiedlich gestaltet ist. Multidisziplinäre ambulante Rehabilitationszentren, die ein vergleichbares Spektrum an Rehabilitationsmaßnahmen wie der stationäre Sektor anbieten, sind aktuell erst wenig und zumeist nur in Ballungszentren vertreten.

Eine Mitentscheidung über die Ausgestaltung des Therapieplans im Falle der medizinischen Rehabilitation findet (erst) nach Antritt der Maßnahme über die Definition der Rehabilitationsziele statt. Durch die standardisierten Behandlungsformen und Therapieangebote vor allem im stationären Sektor sind bestimmte Entscheidungen wie z.B. Dauer und Inhalte der Maßnahme nur begrenzt verhandelbar.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Differenzierung und damit Individualisierung rehabilitativer Interventionen in anderen Ländern im Unterschied zu Deutschland weitaus deutlicher entwickelt ist, das gilt besonders für Schweden. Hier können Anregungen der Umsetzung (individueller Rehabilitationsplan durch koordinierende Instanz) aufgenommen werden und –durch die Möglichkeiten und Anregungen des SGB IX auch rechtlich unterstützt– vorangetrieben werden.

#### 4.5 Rehabilitation von chronisch behindernden Rückenschmerzen - Ergebnisse der Fallvignette

Die Expertenbefragung anhand der Fallvignette „Patient mit chronisch behindernden Rückenschmerzen“ bildete den Kern der Interviews.

**Tabelle 13: Fallvignette**

<p><b>Fallprofil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Männlicher Patient, 30 Jahre</li> <li>• aktuelle Berufstätigkeit als Packer seit fünf Jahren</li> <li>• chronische, unspezifische Rückenschmerzen</li> <li>• Einschränkung der alltäglichen Tätigkeiten (Selbstversorgung) und der Tätigkeiten am Arbeitsplatz (heben, tragen)</li> <li>• seit 6 Wochen krankgeschrieben</li> <li>• seit 4 Monaten ambulante Therapien (Massage, KG und Schmerzmittel), keine wesentliche Besserung</li> <li>• Komorbidität: Metabolisches Syndrom</li> </ul>
<p><b>Fragenkonzept:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liegt nach Ihrem Ermessen eine Indikation zur Rehabilitation vor?</li> <li>2. Falls nein: Welche Indikationen sind nicht gegeben bzw. müssen vorliegen?</li> <li>3. wenn ja: welche Verfahren sind vorgesehen?</li> <li>4. Gibt es Leitlinien oder eine vorgeschriebene Abfolge von Maßnahmen?</li> <li>5. Wer entscheidet über die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme?</li> <li>6. Wird eine Rehabilitation auf Antrag oder Verordnung gewährt?</li> <li>7. Sind bestimmte Einschluss- oder Auschlusskriterien zu berücksichtigen (z.B. versicherungs- oder sozialrechtliche Voraussetzungen)?</li> </ol>

### **Fallmodellierung:**

Fallbehandlung abhängig von

- dem Geschlecht?
- dem Alter des Patienten?
- dem Erwerbsstatus (Arbeitslosigkeit, fehlende Berufstätigkeit oder bestehende Berentung)?
- der konkreten Berufsausübung und ihren Anforderungen?
- der Diagnose?
- dem Auftreten von Funktionsstörungen im Alltag und / oder Beruf?
- einer Arbeitsunfähigkeit und / oder ihrer Dauer?
- bereits erfolgten Therapien oder Behandlungen?
- bestehende Komorbidität

Wie im Methodenteil beschrieben, schaffen Vignetten die Möglichkeit, funktionale Äquivalenz von Strukturen nicht vorauszusetzen, sondern sie als Forschungsprogramm aufzufassen. Die Vignette wurde jedem Teilnehmer der Expertenbefragung sichtbar vorgelegt und dann anhand des Fragerasters und der Modellierung systematisch abgearbeitet.

England: In den Gesprächen mit den englischen Experten aus den Kontexten der rehabilitativen Versorgung und der Rehabilitationswissenschaft wurde übereinstimmend deutlich, dass die in der Vignette dargestellte Vorgeschichte („seit 4 Monaten ambulante Therapien (Massage, KG und Schmerzmittel), keine wesentliche Besserung“) bereits als abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme zu gelten habe. Im Rahmen der Regelversorgung durch den NHS ist die Verschreibung von maximal 10 Physiotherapieeinheiten als rehabilitative Standardbehandlung anzusehen. Ist „Physiotherapie“, die begrifflich vielfach mit „Rehabilitation“ gleichgestellt wird ausgeschöpft, so liegt es im Ermessensspielraum des behandelnden Arztes ein Rücken stärkendes Krafttraining zu verordnen.

Im Falle einer starken Schmerzbelastung bleibt die Möglichkeit einer Überleitung in eine Schmerzzambulanz oder stationäre Schmerzklinik. Darüber hinaus gehende Maßnahmen sind abhängig von regionalen Versorgungsstrukturen, die im günstigen Fall im Aufbau begriffen waren, im ungünstigen Fall auch in Zukunft fehlen werden. Als regionale singuläre Besonderheiten haben dabei sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitationszentren zu gelten, die flächendeckend nicht vorhanden sind („patchy“).

Berufliche Maßnahmen wie Arbeitsplatzanpassung oder eine berufliche Umorientierung in Form eines Trainings oder einer Ausbildung kamen für das dargelegte Fallprofil nicht in Betracht. Zentrale Steuerungsinstanz bei allen durchgeführten Maßnahmen ist der GP, der weitgehend nach eigenem Ermessen vorgeht, da Leitlinien für Rehabilitation im Falle

von chronischen Rückenschmerzen nicht vorlagen. Für die einzelnen Rehabilitationsprogramme gilt grundsätzlich, dass jede Implementierung und jede routinemäßige Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen evaluiert wird.

Schweden: In Schweden wurde von allen befragten Experten die grundsätzliche Indikation zur Rehabilitation bestätigt. Allerdings ist durch die Versorgungspraxis der Sozialversicherung das eigene Engagement erst nach 6 Monaten Arbeitsunfähigkeit zu starten. Die Initiative und Verantwortung für die vorliegende Fallkonstruktion ist auf den Arbeitgeber oder den staatlichen Gesundheitsdienst beschränkt, wobei letzterer keine komplexen Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen trägt.

**Tabelle 14: Fallvignette: Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen (1)**

	England	Schweden	Schweiz	Deutschland
Indikation gegeben?	ja (beschriebene vorlaufende Maßnahmen der Fallvignette waren bereits Rehabilitation)	ja	ja	ja
Einschränkungen bzw. was fehlt zur Indikation?	Reha abhängig von regionalen Rehaprogrammen	abhängig von AU-Dauer und Ausschöpfung des Budgets		evtl.: versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Frage nach zuständigem Kostenträger)
vorgesehene Interventionen	evtl.: Physiotherapie, wenn noch nicht ausgeschöpft; evtl. ärztlich verordnetes Krafttraining abhängig von regionalen Ressourcen „Trainingsprogramm“, Schmerzlinik	primär ambulantes, individuell ermitteltes Behandlungs- u. Therapiekonzept: - Physiotherapie - reduzierte Arbeitsdauer - Workhardening - Arbeitstraining - Umgestaltung Arbeitsplatz - Umschulung - Schmerzlinik	ambulantes Behandlungs- und Therapiekonzept (wenn vorh.) stationäre Rehamassnahme, multimodal, multiprofessionell; Intensität und Dauer abhängig vom Kostenträger berufliche Reha: nein	primär stationäre, medizinische Reha: multimodal, multiprofessionell   vereinzelt: ambulante Reha berufliche Reha: möglich, zumeist vorherige medizinische Abklärung

Als weitere Limitation für eine Verantwortlichkeit der Sozialversicherung ist die Ausschöpfung des Budgets anzusehen, so dass auch bei Vorliegen einer sechsmonatigen Ar-

beitsunfähigkeit ein Versicherter im November mit einer Wartezeit bis zur Eröffnung des neuen Budgets im kommenden Jahre zu rechnen hätte. Im Falle der Verantwortungsübernahme durch den Arbeitgeber ist eine Vielzahl von Maßnahmen vorstellbar, die von einer Arbeitsplatzanpassung bis zu einem Workhardening reichen können. Bei der Verantwortlichkeit durch die Sozialversicherung wird wie unter 4.4 bereits dargestellt ein sehr individualisiertes Programm eingeleitet, dem fast immer ein ausführliches Assessment der physischen und kognitiven Funktionsfähigkeit vorgeschaltet ist. Dies wird von der Sozialversicherung in Auftrag gegeben und nach der Auswertung mit dem Klienten diskutiert. Erst dann werden die Ziele und notwendigen Bausteine der Rehabilitation ausgehandelt. Für das vorliegende Fallprofil wurden als denkbare Maßnahmen genannt: Physiotherapie, reduzierte Arbeitsdauer, Workhardening, Arbeitstraining, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, Umschulung und bei persistierenden Schmerzen der Aufenthalt in einer Schmerzklinik. Die Maßnahmen können parallel aber auch sukzessive erfolgen und können maximal ein Jahr lang in Anspruch nehmen. Dann wird eine Evaluation durchgeführt und die Maßnahme zumindest vorläufig abgeschlossen. Für die Rehabilitation von chronischen Erkrankungen gilt die Rückkehr zur Arbeit als Erfolgsindikator. Sie wurde zum Zeitpunkt der Befragung mit 40 % angegeben. Für die Planung und Durchführung ist in der Regel ein Fallmanager der Sozialversicherung, der ein Arzt oder auch ein Psychologe oder Physiotherapeut sein kann, verantwortlich. Leitlinien für die Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen sind zwar vorhanden, werden in der Praxis bisher aber kaum angewendet.

Schweiz: In der Schweiz wurde für das zugrunde gelegte Fallprofil ebenfalls ein klarer medizinischer Rehabilitationsbedarf übereinstimmend bestätigt. Eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme kommt wie unter 4.3.1 dargestellt erst im Falle der Invalidität bzw. der Ausschöpfung aller medizinischen Maßnahmen in Betracht. Als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen wären für den dargestellten Fall je nach regionalem Angebot stationäre oder ambulante Therapien indiziert, die multiprofessionell als Maßnahmepaket erbracht werden. Die genaue Therapieplanung erfolgt nach Antritt der Rehabilitation durch den dort behandelnden Arzt. Die Dauer und Intensität sind dabei vom Kostenträger abhängig, wobei generell die Maßnahmen der Unfallversicherung aufwändiger und intensiver sind und in der Regel auch bei medizinischen Maßnahmen Arbeitsplatzorientierte Abläufe in Trainingsmaßnahmen simulieren. Für dieses differenzierte Therapieprogramm stehen in der gesamten Schweiz zwei Kliniken zur Verfügung. Die übrigen Leistungserbrin-

ger sind zumeist kantonale Kliniken oder Rehabilitationszentren, die mit den Krankenversicherungen feste Versorgungsverträge abschließen. Wie auch in England und Schweden stehen ebenfalls Leitlinien für Rückenschmerzbehandlung des konkreten Fallprofils zur Verfügung bleiben jedoch in der Rehabilitation weitgehend unberücksichtigt.

Eine systematische Evaluation- oder Outcomeforschung fand zum Zeitpunkt der Befragung in der Schweiz nicht statt. In der Leistungserfassung der Schweizer Unfallversicherung (SUVA) und der Invalidenversicherung werden die Rückkehr zur Arbeit nach Unfallereignis oder bestehender Invalidität dokumentiert. Evaluation von Maßnahmen auf der Ebene der Aktivitätseinschränkung spielt sich jedoch ausschließlich auf der Ebene einzelner Einrichtungen ab.

**Tabelle 15: Fallvignette: Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen (2)**

	Großbritannien	Schweden	Schweiz	Deutschland
Leitlinien	- (nicht für Reha)	Vorhanden kaum relevant	Vorhanden kaum relevant	vorhanden für Rückenschmerzbehandlung; innerhalb der Rehabilitation nicht vorhanden
Entscheidung über Indikation zur Reha	Behandelnder Arzt	Arbeitgeber Kostenträger	Arzt	Kostenträger und Antrags- und Bedarfsprinzip
weitere Ein- und Ausschlusskriterien	Warteliste Physiotherapie erhalten?  Trainingsprogramm: nach 6-12 Monaten	Dauer der Arbeitsunfähigkeit  bereits durchgeführte Rehamassnahme	bisherige Rehamassnahmen  berufliche Reha: „dauerhafter Gesundheitsschaden“	bisherige Rehamassnahmen  versicherungsrechtliche Voraussetzungen
Routine-Erfolgskontrolle	Maßnahmen in Modellprojekten oder speziellen Programmen werden <u>immer</u> evaluiert	Rehaende nach 12 Monaten: Rückkehr zur Arbeit 40 %	-	Qualitätssicherung der RV misst subjektiv wahrgenommene Veränderung

Deutschland: Auch in Deutschland wurde von allen befragten Personen für den dargelegten Fall Rehabilitationsbedarf attestiert. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation, für die im dargelegten Falle die Rentenversicherung zuständig ist, würde nach Vorliegen eines Antrags auf medizinische Rehabilitation der zuständige regionale Träger entscheiden und in den meisten Fällen eine stationäre multiprofessionelle, multimodale Maßnahme von

mindestens drei Wochen bewilligen. Die Zieldefinition und die Therapieplanung werden vor Ort bei Antritt der Rehabilitation mit dem Klienten ausgehandelt. Die Maßnahmen bieten zwar weitgehend Standardprogramme an, die Teilnahme an Gesundheitsschulungen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen könne jedoch wie die Therapieintensität und -frequenz variieren. Die Steuerung des Rehabilitationsprozesses übernimmt dabei im Antragsverfahren ein Sachbearbeiter der Rentenversicherung, der einen ärztlichen Dienst oder Vertrauensärzte hinzuziehen kann. In den Rehabilitationskliniken und Rehabilitationszentren übernehmen die dort behandelnden Ärzte die Steuerung und Therapieplanung.

Ein Träger der beruflichen Rehabilitation (Arbeitsagentur) sah ebenfalls eine Indikation für eine Maßnahme in dem beschriebenen Fall als gegeben an, der andere würde eine berufliche Maßnahme erst nach einer durchgeführten medizinischen Rehabilitation befürworten (Rentenversicherung). Wie in den anderen Ländern stehen ebenfalls Leitlinien für Rückenschmerzbehandlung des konkreten Fallprofils zur Verfügung, bleiben jedoch in der Rehabilitation bis 2002 weitgehend unberücksichtigt. Erst in jüngerer Zeit gewinnen sie an Bedeutung.

Die Erfassung von Rehabilitationsergebnissen geschieht trägerspezifisch. Hierbei ist vor allem das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung zu nennen, das seit 2001 versucht, die unterschiedlichen Ebenen der Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Neben einer Strukturermassung spielen hierbei vor allem die Prozessevaluation anhand der Rehabilitationsberichte und eine Patientenbefragung, die bei 15 % der durch die Rentenversicherung betreuten Rehabilitanden routinemäßig durchgeführt werden, eine besondere Rolle.

#### **4.6 Übersichtsarbeiten zu Outcome orientierten Studien**

Zur Evidencebasierung der in den Experteninterviews angedeuteten Nachweise von Wirksamkeit und Effektivität der Rehabilitation wurde ein systematisches Datenbankscreening in Medline zu den Stichwörtern „rehabilitation“, „chronic (low) backpain“ bzw. „backpain“ in Verbindung mit den jeweiligen Ländernamen durchgeführt.

Drei Arbeiten wurden dabei identifiziert, die die Kriterien „Studien aus in dieser Arbeit verhandelten Länder“ und „Angaben über Einschlusskriterien, Interventionstyp und Staus der Rehabilitanden zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahmen“ beinhalten:

- Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW: Meta-Analysis: Exercise Therapy for Nonspecific Low Back Pain (35)

- Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults (43)
- Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW.: Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain (73)

Für eine detailliertere Analyse wurde die Arbeit von Hayden et al (35), ausgewählt, da sie sowohl aktive Therapiekonzepte bei unspezifischen chronischen Rückenschmerzen als auch die Zielgruppe der Betroffenen im erwerbsfähigen Alter untersucht. In dieser Metaanalyse wurden sowohl Studien aus England, Schweden, Deutschland und der Schweiz verwendet.<sup>13</sup>

Analysiert wurden insgesamt 61 Studien, von denen vier Studien in Schweden, jeweils drei in Deutschland und England und eine Studie in der Schweiz durchgeführt wurden. Eingeschlossen wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien. Von Interesse für die hier verhandelte Fragestellung sind mehr die verwendeten Einschlusskriterien, Interventionsarten und Outcomeparameter als die Ergebnisse (vgl. Tabelle 16-18).

**Tabelle 16: Charakteristika der Einzelstudien in Hayden et al 2005 (1)**

			<i>Source</i>	<i>Duration of Low Back Pain</i>	
<b>Study, Year (Reference)</b>	<b>Country</b>	<b>Patients, n</b>	<b>Population Characteristics</b>		<b>Exercise Description</b>
Dalichau and Scheele, 2000 (63)	Germany	63	Secondary or tertiary care (referred)	Chronic	1) Strengthening: warm-up aerobic exercises, 60-min equipment training (total body) 2) Same as above without lumbar support during exercises
Hildebrandt et al., 2000 (43)	Germany	222	Primary Care	Chronic	1) Postural exercises (Cesar therapy)
Rittweger et al., 2002 (51)	Germany	60	General population	Chronic	1) Lumbar extension, repetitive contraction cycles, constant speed, load gradually increased; resistance exercise of the abdominal and tight muscles 2) Specific exercise: "platform that oscillates around a resting axis between the subjects feet...during exercise units, the subject performed slow movements of the hip and waist, with bending in the sagittal and frontal planes and rotation in the horizontal plane"
Seferlis et al., 1998 (76)	Sweden	180	Occupational	Acute	1) Intensive training program: information, muscle training, and general conditioning
Lindström et al., 1992 (22)	Sweden	103	Occupational	Subacute	1) Aerobics, strengthening, stretching
Bentsen et al., 1997 (33)	Sweden	74	General population	Chronic	1) Dynamic strength back exercises: at gym and home 2) Home exercises
Rasmussen-Barr et al., 2003 (89)	Sweden	47	Primary Care	Chronic	1) Stabilizing exercises: activation and control deep abdominal, multifidus muscles
Mannion et al., 1999 (29)	Switzerland	148	General population	Chronic	1) Aerobics, stretching 2) Controlled progressive exercises with machines (David Beck Clinic program) 3) Physiotherapy including exercises using resistance bands and general strength training
Moffett et al., 1999 (47)	United Kingdom	187	Primary Care	Subacute	1) Graded activity program
Frost et al., 1995 (19)	United Kingdom	71	Primary Care	Chronic	1) Warm-up, stretching, progressive exercises, light aerobic and advice, plus back school
Frost et al., 2004 (84)	United Kingdom	286	Secondary or tertiary care (referred)	Chronic	1) Standard physiotherapy: 94% received exercises (stretching, strengthening, mobility exercises)

<sup>13</sup> Die Arbeiten von Schonstein et al und Karjalainen et al verwenden zum Teil die gleichen Studien, berücksichtigen aber weniger Einschlusskriterien und Outcomeparameter.

Für einzelne Analysen wie „Schmerz“ und „Funktionsfähigkeit zum ersten Follow-Up-Zeitpunkt“ wurden Daten gepoolt, d.h. es wurde aus den Datensätzen ein gemeinsamer Datensatz erstellt. Für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurden aktive Therapieangebote („exercise therapy“) als wirksamer zur Schmerzreduktion und zur Erhaltung oder Steigerung der Funktionsfähigkeit gesehen als konservative Behandlungen oder Nullinterventionen. Für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurden aktive Therapieangebote („exercise therapy“) als wirksamer zur Schmerzreduktion und zur Erhaltung oder Steigerung der Funktionsfähigkeit gesehen als konservative Behandlungen oder Nullinterventionen.

**Tabelle 17: Charakteristika der Einzelstudien in Hayden et al 2005 (2)**

	<i>Intervention Time, h†</i>	<i>Delivery Format</i>	<i>Other Interventions</i>	
	<b>Exercise Intervention Characteristics</b>		<b>Intervention Group</b>	<b>Comparison Group</b>
<b>Dalichau and Scheele, 2000 (63)</b>	12	Individual	Lumbar Support	No treatment
	12	Individual	None	
<b>Hildebrandt et al., 2000 (43)</b>	10.5	Individual	None	Usual general practitioner care
<b>Rittweger et al., 2002 (51)</b>	3	Individual	None	
	3	Individual	None	
<b>Seferlis et al., 1998 (76)</b>	130.5	Group	Advice to stay active or education	1) other conservative 2) Usual general practitioner care treatment
<b>Lindström et al., 1992 (22)</b>	8	Group	Behavioral therapy; advice to stay active or education	Usual general practitioner care
<b>Bentsen et al., 1997 (33)</b>	21.8	Individual; independent home exercises	None	
	21.8	Independent home exercises only	None	
<b>Rasmussen-Barr et al., 2003 (89)</b>	7	Individual; supervised home exercises	Advice to stay active or education	Other conservative treatment
<b>Mannion et al., 1999 (29)</b>	24	Group	None	
	24	Group	None	
	17.6	Individual	Ergonomic advice; passive modality	
<b>Moffett et al., 1999 (47)</b>	13	Individual	Advice to stay active or education	Usual general practitioner care
<b>Frost et al., 1995 (19)</b>	8	Group	Advice to stay active or education; back school	Other conservative treatment
<b>Frost et al., 2004 (84)</b>	3.5	Individual	Manual therapy; advice to stay active or education	Other conservative treatment

Um diese Ergebnisse nachzuvollziehen und die Homogenität der Studien(designs) zu prüfen wird im Folgenden nach den Einschlusskriterien, der Interventionsart und -dichte und den Ergebnisparametern detailliert geschaut. Während in Deutschland ausschließlich Studien mit Rehabilitanden mit chronischem Schmerzzustand vertreten sind (was auch mit dem Konzept der Rehabilitation in Deutschland korreliert) finden sich bei den schwedischen Studienpopulationen sowohl akute, als auch subakute wie chronische Schmerzpatienten. Ähnliches gilt für England, während in der schweizerischen Studie ebenfalls chronische Patienten vertreten sind. Diese Ergebnisse decken sich mit den Zu-

gangsmöglichkeiten zu rehabilitativen Maßnahmen, wie sie unter Zugangs- und Mitwirkungsmöglichkeiten (Kap. 4.4) dargestellt worden sind. Während sowohl die Therapiezeiten von drei bis 24 Stunden variierten und sich auch die Form der Intervention zwischen Gruppen- und Einzeltherapien unterschied, waren die Interventionen selber weitgehend vergleichbar, sofern sich das angesichts der Therapiedichte überhaupt konzidieren lässt. Allerdings variierte die Verwendung weiterer Interventionsangebote wie Verhaltenstraining, Patientenschulung und Massagen.

**Tabelle 18: Charakteristika der Einzelstudien in Hayden et al 2005 (3)<sup>14</sup>**

Study, Year (Reference)	Country	Rating of Results†	Outcome Measures Reported (Scale)	Initial Pain Intensity		Initial Functional Impairment	
				Ex	C	Ex	C
Dalichau and Scheele, 2000 (63)	Germany	Unclear	Pain (VAS/10), function (ODQ)	6.3	5.5	60.0	50.0
		Unclear		5.8		55.0	
Hildebrandt et al., 2000 (43)	Germany	Positive	Global				
Rittweger et al., 2002 (51)	Germany	Neutral	Pain (VAS), function (VAS/70 points)	4.5 ± 2.2		20.3 ± 9.9	
		Neutral		4.2 ± 1.9		20.7 ± 14.3	
Seferlis et al., 1998 (76)	Sweden	Neutral	Pain (VAS/10 points), function (ODQ), RTW	5.1 ± 1.4	5.1 ± 1.4	30.0 ± 18.0	30.0 ± 18.0
Lindström et al., 1992 (22)	Sweden	Positive	Pain (VAS), RTW	41.3 ± 28.2	44.5 ± 28.8		
Bentsen et al., 1997 (33)	Sweden	Unclear	Function (Million), RTW				
Rasmussen-Barr et al., 2003 (89)	Sweden	Neutral	Pain (VAS), function (ODQ)	33.0 ± 23.53	32.0 ± 25.0	18.0 ± 14.71	14.0 ± 10.29
Mannion et al., 1999 (29)	Switzerland	Positive	Pain (VAS/10 points), function (RMDQ)	4.2 ± 1.8		8.0 ± 5.1	
		Positive		4.1 ± 1.8		7.7 ± 4.7	
		Neutral		4.1 ± 1.8		7.9 ± 4.0	
Moffett et al., 1999 (47)	United Kingdom	Positive	Pain (APS), function (RMDQ), RTW	27.9 ± 11.1	25.5 ± 10.9	6.7 ± 4.0	5.6 ± 3.9
Frost et al., 1995 (19)	United Kingdom	Positive	Pain (VAS), function (ODQ)	20.9 ± 12.3	25.6 ± 17.9	23.6 ± 9.7	23.6 ± 12.3
Frost et al., 2004 (84)	United Kingdom	Neutral	Function (ODQ), global			21.12 ± 11.08	21.6 ± 11.0

Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse durch unterschiedliche Outcomeparameter wie „Schmerzen“ und/oder „Funktionsfähigkeit“ erschwert. Tabelle 18 verdeutlicht die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen anhand der unterschiedlichen Schmerz- und Funktionsskalen. Schmerzen wurden zumeist in visuellen Analogskalen, die entweder bis

<sup>14</sup> Werte sind Mittelwerte (in Klammern: Standardabweichungen) für Schmerz und funktionale Einschränkungen, wie sie in den Einzelstudien dargestellt sind. APS = Aberdeen Pain Scale (Maximum: 100 Punkte). Ex = exercise therapy group; ODQ = Oswestry Disability Questionnaire (Maximum: 100 Punkte); RMDQ = Roland Morris Disability Questionnaire (Maximum: 24 Punkte); RTW = Rückkehr zur Arbeit; VAS = visuelle Analogskala (Maximum: 100 Punkte, wenn nicht anders definiert).

tionsskalen. Schmerzen wurden zumeist in visuellen Analogskalen, die entweder bis 10 oder 100 reichten erfasst. Die Ausgangswerte verdeutlichen, dass es sich in den meisten Studien um mittlere Schmerzbelastung unter der möglichen Mitte der Skalen (5 oder 50) handelt. Allerdings sind in einigen Studien auch Patienten mit nur leichter Schmerzbelastung und Werten im unteren Drittel aufgenommen. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Studienpopulationen.

In den Ausgangswerten der Funktionsfähigkeit zeigen sich noch deutlichere Unterschiede. So weisen Studienteilnehmer in dem in fünf Studien verwendeten Oswestry Disability Questionnaire (0-100) Werte von 20 bis 60 auf, d.h. in einer der in die Metaanalyse einbezogenen Studien wurden dreifach höher belastete Betroffene aufgenommen als in den anderen Studien. Damit zeigt sich deutlich, dass Rehabilitationsmaßnahmen nicht losgelöst von ihren Zielen und Adressaten betrachtet werden können. Für die in diesem Review sekundär analysierten Studien wären zudem andere Ausgangswerte zu erwarten gewesen. So werden geringe Funktionseinschränkungen in einer der schwedischen Studien ermittelt (66). Gerade hier mit einer Vorlaufzeit von 6 Monaten Arbeitsunfähigkeit sind aktuell deutlich stärker eingeschränkte Personen in der Rehabilitation anzutreffen. Damit wird deutlich, dass nicht nur Raum im Sinne von Ländergrenzen eine Rolle spielt, sondern auch der Zeitfaktor eine Rolle spielt: Rahmenbedingungen der Rehabilitation können sich durch Gesetzgebung oder medizinischen Fortschritt verändern.

Unterschiedliche Ausgangswerte lassen sich zwar statistisch adjustieren, es bleibt allein die Frage, welche Populationen mit welchen Belastungen, welchem Chronifizierungsgrad und welchen Behandlungs- oder Rehabilitationszielen miteinander verglichen werden.

Abschließend ist bei der festgestellten Inhomogenität der verwendeten Studien die Frage zu stellen, inwieweit mit Metaanalysen und systematischen Reviews überhaupt der hohe Anspruch der Vergleichbarkeit von Studien und der Poolung von Daten zu erfüllen ist? Können Rahmenbedingungen einer klinischen Studie derartige beobachtete Divergenzen kompensieren? Es konnte mit Evidence gezeigt werden, dass die methodisch erforderlichen Homogenitätskriterien nur schwer erfüllbar sind. Diese Verletzungen rühren von der Heterogenität des Zugangs, der Zielsetzung und der (sozialrechtlichen) Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern her, in denen die Studien stattgefunden haben. Sie zu kontrollieren scheint bedeutsamer als die Ergebnisse vergleichbarer aber immer sehr divergenter Interventionen.

## 5 Diskussion

### 5.1 Einheitliches Verständnis von Rehabilitation?

Diese Arbeit verfolgte die Frage, ob und wie im Falle von chronischer Krankheit, Krankheitsfolgen (im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, früher ICIDH) und bleibender Behinderung in vier ausgewählten Ländern Europas Menschen bei der Bewältigung ihrer krankheitsbedingten individuellen und sozialen Probleme Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Diese Hilfen werden in Deutschland nach dem neuen Sozialgesetzbuch IX an „Behinderte“ und von „Behinderung bedrohte“ Menschen adressiert und haben „Selbstbestimmung“ und „gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (SGB IX §1). Dabei gelten Menschen als „behindert“, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“, wobei als „von Behinderung bedroht“ angesehen wird, bei dem die Erwartung einer solchen Beeinträchtigung vorliegt (vgl. SGB IX §2).

Mit der Hypothese, Rehabilitation als eine Hilfe zur (Re-)Inklusion in gesellschaftliche Teilsysteme (u.a. Wirtschaft) und zugehörige Organisationen (Betriebe, Vereine) zu verstehen, wurde ein Anschluss an eine soziologische und gesellschaftstheoretische Diskussion gesucht. Darin wurde der ursprünglich differenzlose Begriff als Beschreibung des Verhältnisses Individuum und Gesellschaft mit der Differenz der Exklusion konfrontiert, da zunehmend deutlich wurde, dass das Postulat der Vollinklusion aller auch in der fortgeschrittenen wohlfahrtstaatlich geprägten Gesellschaft eine Fiktion geblieben ist.<sup>15</sup>

Mit einer solchen soziologisch theoretischen Analyse verband sich die leitende Frage, ob es sich im Falle von Rehabilitation um eine Funktion und Strukturen handelt, die sich von anderen Funktionen und Strukturen der medizinischen bzw. Gesundheitsversorgung und der sozialen Sicherung abgrenzen und als eigenständiges Sub- oder Teilsystem beschreiben lassen. Weitergehend sollte überprüft werden, in wie weit sich die betreffenden Strukturen der Rehabilitation in den vier Ländern miteinander vergleichen lassen.

---

<sup>15</sup> „Denn funktionale Differenzierung kann, anders als die Selbstbeschreibung der Systeme behauptet, die postulierte Vollinklusion nicht realisieren. Funktionssysteme schließen, wenn sie rational operieren, Personen aus oder marginalisieren sie so stark, daß dies Konsequenzen hat für den Zugang zu anderen Funktionssystemen. Keine Ausbildung, keine Arbeit, kein Einkommen, keine reguläre Ehe, Kinder ohne registrierte Geburt...“ (Luhmann 1995, 148)

Vor allem aus den Darstellungen zum Zugang und den Voraussetzungen der Inanspruchnahme (öffentlich finanzierter) Rehabilitationsmaßnahmen konnte gezeigt werden, dass es sich bei rehabilitativen Maßnahmen, sofern sie ein monodisziplinäres Therapieregime (England) überschreiten, um Leistungen handelt, die nicht vergleichbar „verschrieben“ werden, sondern denen in der Regel umfangreiche Bedarfsprüfungen (Deutschland, Schweiz) oder aber Wartezeiten vorausgehen, die den Krankenstatus qualifizieren (Schweden). Der Automatismus der Behandlung, der bei akutmedizinischen Interventionen mit medizinischer Notwendigkeit einhergeht, stellt sich für die Rehabilitation als deutlich hürdenreicher dar. Allerdings sind die Hürden in den untersuchten Ländern niedriger oder höher. Dies spricht trotz medizinischem Kontext (zumindest in der medizinischen Rehabilitation) für Ausdifferenzierungsprozesse, die sich dem Code helfen/nicht helfen des Systems der sozialen Hilfe annähern.

Aus der Vorlage der Fallvignetten ergab sich für die Erfassung rehabilitativer Strukturen und Prozesse im Falle von chronisch behindernden Rückenschmerzen folgendes konkret: während in Deutschland und der Schweiz ein Schwerpunkt auf stationären, multimodalen medizinischen Maßnahmen mit Betonung der Sekundärprävention liegt, werden in England vorwiegend physiotherapeutische Einzelmaßnahmen angeboten, die in anderen Ländern noch der Akutversorgung zugerechnet werden. Multimodale Rehabilitationsmaßnahmen oder -programme sind in England regional unterschiedlich vorhanden, so dass es keine einheitliche landesweite Angebotsstruktur gibt<sup>16</sup>. Umfassende rehabilitative Konzepte mit entsprechenden Strukturen lassen sich zurzeit nur als regionale Besonderheit oder aber als Modellprojekte beobachten. In Schweden finden -in zumeist ambulanten Setting- vorwiegend beruflich orientierte Rehabilitationen statt, die allerdings frühestens nach 6 Monaten Arbeitsunfähigkeit beginnen und daher klar auf eine Rückkehr zur Arbeit zielen. Demgegenüber wird in Deutschland berufliche Rehabilitation vielfach erst nachgeordnet angeboten, in der Schweiz müssen sogar obligatorisch alle medizinischen Maßnahmen vorher ausgeschöpft sein. Für Schweden ist damit die Gliederung in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation nicht ohne Interpretations- und Transferleistungen aufrechtzuerhalten.

Für alle untersuchten Länder gilt, dass es auf der Ebene der Versorgung bisher keine aussagekräftigen Erfolgskontrollen anhand von Prozessdaten gibt. Hier besteht ein eindeuti-

---

<sup>16</sup> Das Einzugsgebiet des der Universitätsklinik Manchester angegliederten ambulanten Rehabilitationszentrums war zum Befragungszeitpunkt so groß, dass es Liverpool miteinschloss.

ger Nachholbedarf, der durch die Ergebnisse von Einzelstudien nicht zu kompensieren ist.

## 5.2 Zuordnung der Rehabilitation – Rehabilitation: (k)ein System?

Vor einem systemtheoretischen Hintergrund waren verschiedene Möglichkeiten der Ein- und Zuordnung von Rehabilitation angenommen worden:

1. Rehabilitation als Teilfunktion oder Subsystem eines Systems der Sozialen Hilfe im Sinne von ‘stellvertretender Inklusion’<sup>17</sup>.
2. Rehabilitation als ein eigenständiges funktionales Subsystem.
3. Rehabilitation als ein Mechanismus zur Bearbeitung von (Re-)Inklusionsproblemen in den jeweiligen gesellschaftlichen Subsystemen.

Anhand der Gegenüberstellungen der Fragen des Zugangs und der Voraussetzungen zur Rehabilitation (Tabelle 11) und der innerhalb des Rehabilitationsprozesses thematisierten Zielaufgaben und Leistungen (Tabelle 8 und Tabelle 9), ist Hypothese drei eindeutig zu verwerfen. Außer der Verantwortung für Rehabilitation durch den Arbeitgeber in Schweden waren keine Ansätze zu finden, die Rehabilitation als Programm eines Funktionssystems wie Ökonomie oder Bildung beschreibbar machen.

Gegen die Annahme eines eigenständigen Funktionssystems 2 spricht das Fehlen eines eigenständigen Codes, einer eindeutigen Funktionszuordnung und einer operativen Schließung.<sup>18</sup> Auch die Eindeutigkeit einer Funktionsbeschreibung wie „Steigerung der Funktionsfähigkeit“ oder „Stärkung der gesellschaftlichen Partizipation“ weisen keine solche innere und äußere Ausschließlichkeit auf, dass von einer eigenständigen Funktion ausgegangen werden kann, wie z.B. im Falle des politischen Systems durch das Treffen kollektiv verbindlicher Entscheidungen. Die größte Plausibilität zeigt die Zuordnung der Rehabilitation zu den funktionalen Teilsystemen der Krankenbehandlung und der Sozialen Hilfe.<sup>19</sup> Vor allem „frühe“ Rehabilitation wie im Kontext von Schlaganfall oder anderen neurologischen Erkrankungen ist sowohl vom Konzept als auch von den Strukturen her kaum von akuter Gesundheitsversorgung zu unterscheiden und folgt der Leitunter-

---

<sup>17</sup> „Stellvertretende“ Inklusion meint, dass Inklusion (also gesellschaftliche Teilhabe) vorwiegend, wenn nicht ausschließlich durch soziale Dienste geleistet wird, somit *gesellschaftliche* Inklusion misslingt oder von völligem Misslingen bedroht ist (2).

<sup>18</sup> Diese drei Kriterien gelten als Voraussetzung, um von einem ausdifferenzierten Funktionssystem zu sprechen (2).

<sup>19</sup> Damit wird die Annahme aufgegeben, eine *alleinige* Zuordnung zu einem System der Sozialen Hilfe wäre denkbar.

scheidung krank/gesund<sup>20</sup>. Dagegen ist die gezielte Bedarfsprüfung in Deutschland und in abgeschwächter Form durch die medizinische Indikation in der Schweiz bzw. die Einhaltung von Priorisierungen in den staatlich organisierten Gesundheitssystemen Englands und Schwedens eher als Hinweis auf eine Zuordnung zu einem System der Sozialen Hilfe zu verstehen. Denn ein System der Sozialen Hilfe wird genau anhand dieser Leitdifferenz (helfen/nicht helfen; bzw. Bedarf/kein Bedarf) und der Funktion der Nachsorge durch stellvertretende Inklusion beschrieben. Allerdings erscheint der Aspekt der „*stellvertretenden*“ Inklusion zu eng bemessen. Rehabilitanden wegen chronisch behindernder Rückenschmerzen sind eher von Inklusionsproblemen und damit von Exklusion *bedroht*, als dass bereits von einer *verhinderten* gesellschaftlichen Teilhabe ausgegangen werden kann. Dennoch interveniert Rehabilitation, wenn „Inklusionsprobleme“ auftreten. Aus dieser Perspektive wäre zu überlegen, ob für die Funktion der Sozialen Hilfe nicht mit „Hilfe zur Inklusion“ oder „Inklusionsassistenz“ eine plausiblere Beschreibung gefunden wäre. Denn auch die klassischen „Fälle“ der Sozialen Hilfe sind selten *allein* durch das System der Sozialen Hilfe noch oder ausschließlich mit der Gesellschaft verbunden, was aber der Begriff der „*Stellvertretung*“ suggeriert.

Wird dieser Analyse gefolgt, ist jedoch die Rede von einem Rehabilitationssystem oder Rehabilitationssystemen nicht (mehr) angemessen. Rehabilitation ist somit zu fassen als Teilfunktion oder Programm des Gesundheitssystems oder der Sozialen Hilfe, abhängig von der Situation des zu Rehabilitierenden (akut oder chronisch), *nicht jedoch als eigenständiges (Funktions)System*. Für die Vergleichbarkeit der Rehabilitation bedeutet dies, dass es immer nur um einen Ausschnitt von Strukturen oder Prozessen gehen kann, in denen unterschiedliche Verläufe verfolgt werden können.

### 5.3 Die Evidence von Rehabilitation – ohne Raum und ohne Zeit?

Zu Beginn wurde die Frage gestellt, ob der Goldstandard der Metaanalyse auch in der Rehabilitation Geltung beanspruchen kann. Die exemplarischen Analysen der Kontexte in denen klinische Rehabilitationsstudien stattfinden konnten zeigen, dass auch bei der Erstellung von Metaanalysen die Dimensionen von Zeit und Raum durch die Methoden der klinischen Epidemiologie nicht unhintergebar sind. So ändern sich zum einen Rah-

---

<sup>20</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch die medizinische Behandlung immer im Kontext von Notwendigkeit und Angemessenheit zu sehen ist. Allerdings erfolgte diese Reglementierung durch Recht und Selbstbeschränkung der ärztlichen Disziplin lange Zeit zögerlich oder unbeachtet. Erst jüngere Einnahme-/Ausgabenprobleme haben den Fokus auf diese ärztliche Rationalität und

menbedingungen der Rehabilitation innerhalb einzelner Länder durch gesellschaftliche Aufgabenstellung (siehe die Herausforderung durch die wechselnden Arbeitsunfähigkeitszeiten in Schweden) und politische bzw. gesetzgeberische Entscheidungen. Zum anderen bleiben sie aber auch (bei sich verschiebenden Problemlagen) erstaunlich stabil indem sie auf historisch entstandene Probleme weiterhin reagieren. Somit ist es nicht die Komplexität der rehabilitativen Interventionen alleine, die die Methoden des systematischen Reviews oder der Metaanalyse in Frage stellen. Es sind vielmehr die bei der Zusammenschau verschiedener Studien nicht zu kontrollierenden Kontexte. Es bleibt auch angesichts der in Metaanalysen viel beklagten mangelnden Studienqualität zu fragen, ob „efficacy“ in diesem Feld ein nur aufscheinender aber nie erreichbarer Horizont ist. Vielleicht ist die verlaufsorientierte „effectiveness“ naheliegender und gerade für international vergleichende Forschung ein gangbarer Weg.

## 6 Schlussfolgerungen

### 6.1 Anwendungsperspektiven

Für die Rehabilitation in Deutschland können aus dem Vergleich der rehabilitativen Strukturen und Konzepte folgende Anregungen für die eigene Praxis abgeleitet werden:

- Die Individualisierung rehabilitativer Interventionen ist in anderen Ländern weitaus deutlicher entwickelt, das gilt besonders für Schweden. Hier können Anregungen der Umsetzung (individueller Rehabilitationsplan durch koordinierende Instanz) aufgenommen werden und - durch die Möglichkeiten und Anregungen des SGB IX auch rechtlich unterstützt - vorangetrieben werden.
- Die Betonung der Rehabilitation als Intervention nach dem *Bedarfsprinzip* (sowohl durch Indikationsstellung als auch durch Formen der Priorisierung) nicht nur in Deutschland, sondern in allen, der untersuchten Ländern kann dazu ermutigen, Bedarfsermittlung zu rationalisieren und nach Kriterien höchstmöglicher Evidenz durchzuführen. Dabei ist allerdings sowohl an die externe Evidence z.B. anhand validierter Assessmentverfahren und Leitlinien zu denken als auch an die interne Evidence, die Erfahrungen der beteiligten professionellen Akteure aber vor allem der betroffenen Klienten meint (8). Gerade letztere ist bei einer zielorientierten Rehabilitation unhintergebar.

### 6.2 Folgeuntersuchungen und weitergehende Forschungsperspektiven

Eine Erfassung der Makrostrukturen der Rehabilitation muss als notwendige Voraussetzung angesehen werden, bi- und multinationale Studien im Kontext von Rehabilitation durchführen zu können. Selbst die multizentrische Durchführung randomisierter, kontrollierter rehabilitativer Studien macht nur Sinn, wenn die Besonderheiten der gesamten rehabilitativen Versorgung bekannt sind. Denn eine Fokussierung auf einzelne Aspekte des Rehabilitationsgeschehens wird nicht in der Lage sein, die Grenzen und Möglichkeiten des gesamten rehabilitativen Prozesses innerhalb eines sozialen Sicherungssystems reflektieren zu können und somit immer fragmentarisch bleiben.

Für den Internationalen Vergleich bedeutet aber diese Disparität der beobachtbaren rehabilitativen Prozesse und Strukturen, dass die Annahme von Rehabilitations“systemen“ eine nicht begründbare Gegenstandsbeschreibung und –Vorentscheidung darstellt. Rehabilitation als Ganzes international vergleichen zu wollen, muss an dem Problem der Ge-

genstandseingrenzung scheitern. Selbst für die einzelne Diagnose „chronisch behindernde Rückenschmerzen“ ist eine Erfassung aller relevanten Strukturen und Prozesse aufgrund der unterschiedlichen Zuordnung in den jeweiligen Gesundheitssystemen und Systemen der Sozialen Sicherung nahezu unmöglich.

Aus den Ergebnissen des Vorhabens wird weiter deutlich, dass die Gegenüberstellung und der Vergleich der Gesamtheit rehabilitativer Strukturen alleine wenig viel versprechend sind. Um aber die Effektivität und die Effizienz rehabilitativer Konzepte einschätzen zu können, wären Verlaufsstudien an konkreten Krankheitsbildern unter gleichen Ausprägungen der Erkrankungen unter Einschluss der unterschiedlichen Dimensionen von Krankheitsfolgen wünschenswert. Denkbar wäre die Erfassung und Protokollierung der medizinischen und rehabilitativen Versorgungsverläufe bei vergleichbaren Patienten. Hierzu wären identische Anfangsbedingungen notwendig, die sowohl die Diagnose und Einschränkungen der Körperfunktionen- und strukturen aber besonders das Maß der Aktivitäts- und Partizipationsstörungen berücksichtigen oder aber Prozessdaten, die eine solche Verlaufsbeschreibung spezifischer Klientengruppen möglich machen. Unter Einschluss der Kontextfaktoren könnten dann die Versorgungsverläufe in den unterschiedlichen Settings der rehabilitativen Strukturen einzelner Länder verfolgt werden. Als Outcome sollten die verschiedenen Dimensionen der ICF Berücksichtigung finden. Für den Fall von Rückenschmerzpatienten wären dies die Erhöhung von Funktionsfähigkeit wie z.B. in den Aktivitäten des täglichen Lebens dokumentiert, die Rückkehr zur Arbeit bzw. der Verbleib im Arbeitsprozess und die Verbesserung der allgemeinen gesellschaftlichen Partizipation.

## Literaturverzeichnis

- (1) Alber J: Großbritannien. In: Alber J, Bernardi-Schenkluhn B: Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Campus, Frankfurt/M., New York 1992
- (2) Baecker D: Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. ZfS 23 (1994) 93-110
- (3) Bauch J: Gesundheit als sozialer Code. Juventa, Weinheim und München, 1996
- (4) Beck I: Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen: Zielperspektiven und Bewertungsfragen. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, 1994
- (5) Behrens J, Braun B, Morone J, Stone D (Hrsg): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland: Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs, Nomos Baden-Baden, 1996
- (6) Behrens J, Rationierung als Ausflucht vor rationaler Allokation. Die Umdeutung von Rationierung in mangelnden Bedarf, Zeitschrift für Sozialreform 47 (2001) 669-699
- (7) Behrens J: Inklusion durch Anerkennung: Chronische Krankheit, das Veralten der Indikatoren sozialer Ungleichheit und die Herausforderungen an die Pflege und anderer Gesundheitsberufe. Österreichische Zeitschrift für Soziologie 27/4 (2002) 23 – 41
- (8) Behrens J, Langer G: Evidence-based Nursing: Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. Hans-Huber, Bern, 2004
- (9) Bentsen H, Lindgärde F, Manthorpe R: The Effect of Dynamic Strength Back Exercise and/or a Home Training Program in 57-year-old Women With Chronic Low Back Pain: Results of a Prospective Randomized Study With a 3-year Follow-Up Period. Spine 22/13 (1997) 1494-1500
- (10) Bernardi-Schenkluhn B: Schweiz. In: Alber J, Bernardi-Schenkluhn B: Westeuropäische Gesundheitssystem im Vergleich. Campus, Frankfurt/M., New York 1992
- (11) Bloch FS, Prins R (Hrsg): Who returns to work and why: a six country study on work incapacity and reintegration. New Brunswick, London, 2000
- (12) Bogner A, Menz W: Das theoriegeleitete Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg): Das Experteninterview. Theorie, Methode Anwendung. Opladen, 2002, S. 33-70
- (13) Buß FJ v.: System der gesamten Armenpflege. Bd. 3, Steinkopff, Darmstadt 1846
- (14) Carey TS, Hadler NM, Gillings D, Stinnet S, Wallsten T: Medical Disability Assessment of the Back Pain Patient for the Social Security Administration: the Weighting of Presenting Clinical Features. J Clin Epidemiol 41 7 (1988) 691-697
- (15) Cook DJ, Campell DT: Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings, Rand-McNally, Chicago, 1979
- (16) Dalichau S, Scheele K.: Effects of elastic lumbar belts on the effect of a muscle training program for patients with chronic back pain. Z Orthop Ihre Grenzgeb. 138 (2000) 8-16
- (17) Deck R: Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Hans Jacobs, Lage, 1999
- (18) Dellbrück H, Haupt E (Hrsg): Rehabilitationsmedizin. Urban & Schwarzenberg, München, 1998
- (19) Duda L, Van Noort LO, Röseler S, Greitemann B, Van Harten WH, Klazinga NS: Rehabilitation in Germany and the Netherlands: A comparison of two rehabilitation-systems. RRD progress in rehabilitation science 3. Roessingh Research & Development, Enschede, 1995
- (20) Engelhardt D v.: Konzepte und Perspektiven der Rehabilitation: Erfahrungen der Geschichte – Anregungen für die Zukunft. In: Huhmann W (Hrsg): Diagnostik in der kardiologischen Rehabilitation. Konstanz, 1989, S. 15-25

- (21) Engelhardt D v.: 100 Jahre Rehabilitation. DRV (1990) 572-588
- (22) Esping-Andersen G: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Polity Press, Cambridge, 1990
- (23) Esping-Andersen G: Die gute Gesellschaft und der neue Wohlfahrtsstaat. Zeitschrift für Sozialreform 50/1-2 (2004) 189-210
- (24) Farin E, Antes G: Forschungsintegration und Metaanalysen im Kontext Evidenzbasierter Medizin. In: Bengel J, Koch U (Hrsg): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin, Heidelberg, New York, 2000, S. 430-449
- (25) Frost H, Lamb SE, Klaber Moffett JA, Fairbank JC, Moser JS. A fitness programme for patients with chronic low back pain: 2-year follow-up of a randomised controlled trial. Pain 75 (1998) 273-9
- (26) Frost H, Lamb SE, Doll HA, Carver PT, Stewart-Brown S: Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. BMJ 329 (2004) 708
- (27) Fuchs P, Buhrow D, Krüger M: Die Widerständigkeit der Behinderten: Zu Problemen der Inklusion/Exklusion von Behinderten in der ehemaligen DDR. In: Fuchs P, Göbel A (Hrsg): Der Mensch - Das Medium der Gesellschaft? Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1994
- (28) Fuchs P: Weder Herd noch Heimstatt – Weder Fall noch Nichtfall. Doppelte Differenzierung im Mittelalter und in der Moderne. Soziale Systeme 3 (1997) 413-437
- (29) Furlan A, Clarke J, Esmail R, Sinclair SD, Irvin E, Bombardier C: A Critical Review of Reviews on the Treatment of Chronic Low Back Pain. Spine Vol 26(7) (2001) E155-E162
- (30) Gabanyi M, Schneider M: Herzinfarkt-Rehabilitation in Europa. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg, 1993
- (31) Gerdes N; Weis J: Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel J, Koch U (Hrsg): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin, Heidelberg, New York, 2000, S 41-68
- (32) Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C: Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review, in: BMJ 322 (2001), 1511-1515
- (33) Hansson TH, Hansson EK: The Effects of Common Medical Interventions on Pain, Back Function, and Work Resumption in Patients With Chronic Low Back Pain: A Prospective 2-Year Cohort Study in Six Countries. Spine 25/23 (2000) 3055-3064
- (34) Harris AJ: Handicapped and Impaired Persons in Great Britain, Part 1. HMSO, London 1971
- (35) Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW: Meta-Analysis: Exercise Therapy for Nonspecific Low Back Pain, Ann Intern Med 142 ( 2005) 765-775
- (36) Hildebrandt VH, Proper KI, van den Berg R, Douwes M, van den Heuvel SG, van Buuren S: Cesar therapy is temporarily more effective in patients with chronic low back pain than the standard treatment by family practitioner: randomized, controlled and blinded clinical trial with 1 year follow-up. Ned Tijdschr Geneesk 144 (2000) 2258-64
- (37) Hoahrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e.V. (Hrsg): Endbericht der Interregio-studie. Bad Säckingen, 1999
- (38) Hohmann J: Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Hans-Huber Bern, 1998
- (39) Hüppe A, Raspe H.: Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. Rehabilitation 42 (2003) 143-154
- (40) Hurrelmann K: Gesundheitssoziologie (Grundlagentexte Soziologie). Juventa, Weinheim, München, 2000
- (41) Igl G: Das SGB IX und seine Wirkungen auf das System des Sozialrechts. Zeitschrift für Sozialreform 50/4-5 (2004) 365-383

- (42) Japp K: Wie psychosoziale Dienste organisiert werden. Campus, Frankfurt a.M., New York, 1986
- (43) Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2003), Issue 2. Art. No.: CD002193. DOI: 10.1002/14651858.CD002193
- (44) Kellett KM, Kellett DA, Nordholm LA: Effects of an Exercise Program on Sick Leave Due to Back Pain. *Physical Therapy* 71/4 (1991) 283-293
- (45) Klaber Moffett J, Torgerson D, Bell-Syer S et al.: Rndomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. *BMJ* 319 (1999) 279-283
- (46) Koch U, Badura B, Barth M: Rehabilitation. In: Schwartz FW, Badura B (Hrsg): *Gesundheitssystemforschung in Deutschland: Denkschrift der DFG*. Weinheim, Basel, 1995, S. 75-79
- (47) Kool J, de Bie R, Oesch P: Exercise reduces sick leave in patients with non-acute non-specific low back pain: a meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine* 36 (2004) 49-62
- (48) Kurz K, Prüfer P, Rexroth M: Zur Validität von Fragen in standardisierten Erhebungen: Ergebnisse des Einsatzes eines kognitiven Pretestinterviews. *ZUMA-Nachrichten* 44 (1999) 83-107
- (49) Lindström I, Öhlund C, Eek C et al.: The Effect of Graded Activity on Patients with Subacute Low Back Pain: A Randomized Prospective Clinical Study with an Operant-Conditioning Behavioral Approach. *Physical Therapy* 72/4 (1992) 279-293
- (50) Luhmann N: Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: Luhmann N.: *Soziologische Aufklärung 2*, Westdeutscher Verlag, Opladen, 1975, S.134-149
- (51) Luhmann N: Der medizinische Code. In: Luhmann N: *Soziologische Aufklärung 5*. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1990, S. 183-195
- (52) Luhmann N: *Gesellschaftsstruktur und Semantik 4*. Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1995
- (53) Luhmann N: *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1997
- (54) Marshall TH: Staatsbürgerrechte und soziale Klassen. In: Marshall TH (Hrsg): *Bürgerrechte und soziale Klassen: zur Soziologie des Wohlfahrtsstaates Theorie und Gesellschaft*, Bd. 22. Campus, Frankfurt a.M., New York, 1992, S. 33-94
- (55) Maslow AH: *Motivation and Personality*. Harper, New York, 1954
- (56) Matthesius RG, Jochheim KA, Barolin GS, Heinz C (Hrsg): *ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. 2. Aufl. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden, 1995
- (57) Meuser M, Nagel U: Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg): *Das Experteninterview: Theorie, Methode Anwendung*. Leske und Budrich, Opladen, 2002, S. 71-94
- (58) Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips H, Farrin A, et al. Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. *BMJ* 319 (1999) 279-83
- (59) Müller-Fahrnow W, Schliehe F, Spyra K: Das Rehabilitationssystem unter sich verändernden ökonomischen Bedingungen: In: Bengel J, Koch U (Hrsg): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2000, S. 183-196
- (60) Nassehi A: Inklusion, Exklusion - Integration, Desintegration: Die Theorie funktionaler Differenzierung und die Desintegrationsthese. In: Heitmeyer W (Hrsg): *Was hält die Gesellschaft zusammen?* Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1997, S. 113-148

- (61) Nassehi A, Nollmann G: Inklusionen: Organisationssoziologische Ergänzungen der Inklusions-/Exklusionstheorie. In: Soziale Systeme 3 (1997) 393-412
- (62) Nordqvist C, Holmqvist C, Alexanderson K: Views of Laypersons on the Role Employers in Return to Work When Sick-Listed. *Journal of Occupational Rehabilitation* 13/1 (2003) 11-20
- (63) OECD (Hrsg): OECD Health Data 2004. Paris, 2004
- (64) Parsons T: Das System moderner Gesellschaften. Juventa, Weinheim, München, 1972
- (65) Pawlik K: Metaanalyse. Eine anwendungsorientierte Einführung. Verlag Hans Huber, Bern, 2003
- (66) Rasmussen-Barr E, Nilsson-Wikmar L, Arvidsson I.: Stabilizing training compared with manual treatment in sub-acute and chronic low-back pain. *Man Ther* 8 (2003) 233-41
- (67) Raspe H: SGB IX: Bedarfsgerechte Leistung und umfassende Rehabilitation. *Zeitschrift für Sozialreform* 50/4-5 (2004) 446-461
- (68) Raspe H, Zimmermann M: Vergleich Rehabilitation: Deutschland, Großbritannien, Schweden, Schweiz: Forschungsantrag an die DFG. Lübeck, 1998
- (69) Rittweger J, Just K, Kautzsch K, Reeg P, Felsenberg D. Treatment of chronic lower back pain with lumbar extension and whole-body vibration exercise: a randomized controlled trial. *Spine* 27 (2002) 1829-34
- (70) Runde P: Soziologie der Behinderten – Forschungsstand und Perspektiven. In: Runde P, Heinze RG (Hrsg): Chancengleichheit für Behinderte: sozial-wissenschaftliche Analysen für die Praxis. Neuwied, Darmstadt, 1979, S. 5-36
- (71) Schneider M, Rehabilitation im europäischen Vergleich. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg, 1991
- (72) Schneider M, Biene-Dietrich P: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg, 1995
- (73) Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW.: Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2003), Issue 3. Art. No.: CD001822. DOI: 10.1002/14651858.CD001822
- (74) Schuntermann MF: Die revidierte Fassung der Internationalen Klassifikation der Impairments, Disabilities und Handicaps (ICIDH-2): Was ist neu? *DRV* (1997) 530-542
- (75) Schwartz FW, Wismar M.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München Wien Baltimore, 2003, S. 516-545
- (76) Seferlis T, Németh G, Carlsson AM, Gillström P: Conservative treatment in patients sick-listed for acute low back pain: a prospective randomised study with 12 months' follow-up. *European Spine Journal* 7 (1998) 461-470
- (77) Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW: Return-to-Work Interventions for Low back Pain: A Descriptive Review of Contents and Concepts of Working Mechanisms. *Sports Medicine* 32/4 (2002) 251-167
- (78) Stichweh R: Inklusion in Funktionssysteme der modernen Gesellschaft. In: Mayntz R, Rosewitz B, Schimank U, Stichweh R (Hrsg): Differenzierung und Verselbständigung: zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme / MPI für Gesellschaftsforschung, Campus, Frankfurt a.M., 1988, S. 45-115
- (79) Stichweh R.: Inklusion und Exklusion. Studien zur Gesellschaftstheorie. Transcript Verlag, Bielefeld 2005
- (80) Thimm W (Hrsg): Soziologie der Behinderten. Rheinstetten. 1972
- (81) Thimm W: Behinderung als Stigma. Überlegungen zu einer Paradigma-Alternative. *Sonderpädagogik* 5 (1975) 149-157

- (82) Thompson SG: Why and how sources of heterogeneity should be investigated. In: Egger M, Smith GD, Altman DG (Ed.), *Systematic Reviews in Health Care*. BMJ Books, London 2005, S. 157-175
- (83) Weber A, Weber U., Raspe H.: Medizinische Rehabilitation nach Langzeitarbeitsunfähigkeit. *Die Rehabilitation* 38 (1999) 220-226
- (84) Weber A, Zimmermann M: Berufliche Rehabilitation in Schweden und Deutschland. In: Seyd W (Hrsg): *Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration in das Arbeitsleben DVfR-Reihe: Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation Band 8*. Universitätsverlag, Ulm, 1999, S. 342-6
- (85) Weber A: Behinderte und chronisch kranke Menschen – „Problemgruppen“ auf dem Arbeitsmarkt? Spuren der Wirklichkeit Bd. 21. LIT-Verlag, Hamburg, London, 2002
- (86) Weber G, Hillebrandt F: *Soziale Hilfe-Ein Teilsystem der Gesellschaft?* Westdeutscher Verlag, Opladen, 1999
- (87) Welti F: Wunsch- und Wahlrechte und die individuelle Konkretisierung. *Zeitschrift für Sozialreform* 50/4-5 (2004) 423-445
- (88) Willke H: *Ironie des Staates: Grundlinien einer Staatstheorie polyzentrischer Gesellschaft* Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1992
- (89) World Health Organisation (Hrsg): *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva, 1980
- (90) World Health Organisation (Hrsg): *International Classification of Functioning, Disability and Health* Geneva, 2001
- (91) Zimmermann M., Deck R., Raspe H.: Rehabilitation of Chronic Back Pain in Sweden and Germany, in: *Deutsche Rentenversicherung (Hrsg): 6th European Congress on Research in Rehabilitation (=DRV-Schriften Bd. 10)*, Frankfurt, 1998, S. 241-2
- (92) Zimmermann M: Die Unterscheidung von Medium und Form - Ein systemtheoretisches Angebot zur Bestimmung der Relation zwischen Schäden, Aktivitätseinschränkungen, Partizipationsstörungen und Kontextfaktoren. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg): 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband DRV-Schriften Band 12*. Frankfurt a.M., 1999, S. 204-205
- (93) Zimmermann M, Glaser-Möller N, Deck R, Raspe H: Determinanten der Antragstellung auf medizinische Rehabilitation - Ergebnisse eines Versicherungsscreenings. *Gesundheitswesen* 61 (1999) 292-298
- (94) Zimmermann M, Glaser-Möller N, Deck R, Raspe H: Subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit, Antragsintention und Inzidenz der Anträge auf medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer Befragung von LVA-Versicherten. *Rehabilitation* 38 (1999) S122-S127
- (95) Zimmermann M: Das 'Rehabilitationssystem' - ein System ohne Grenzen? Theoretische und methodologische Anforderungen an eine Rehabilitationssystemforschung. *Gesundheitswesen* 61 (1999) A218
- (96) Zimmermann M, Weber A: Struktur- und systembedingte Grenzen und Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Prozess der Rehabilitation in Deutschland, Schweden und der Schweiz. In: *Blumenthal W (Hrsg): Selbstbestimmung in der Rehabilitation - Chancen und Grenzen DVfR-Reihe: Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation Band 9*. Universitätsverlag, Ulm, 2000, S. 240-244
- (97) Zimmermann M, Raspe H: Konzepte und Strukturen der Rehabilitation chronisch behindernder Rückenschmerzen in Deutschland, Großbritannien, Schweden und der Schweiz. In: *Deutsche Rentenversicherung (Hrsg): 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband DRV-Schriften Bd. 33*. Frankfurt M., 2002, S. 423-424

## Anhang

### A. Teilnehmer/innen an den Experteninterviews

	Deutschland	Großbritannien	Schweden	Schweiz
Leistungsträger	VDR	NHS Manchester	National Insurance Board	Konkordat der Krankenversicherungsträger, Solothurn
	<b>Herr Dr. Reimann</b>	<b>Mrs. Prof. Oldham</b>	<b>Ms. Sisko Bergendorf</b>	<b>Herr Dr. Schilling</b>
	LVA-Thüringen	Department of Health, community care		Bundesamt für Versicherungen, Abt. Invalidenversicherung, Bern
	<b>Herr Dr. Kohl</b>	<b>Mr. Mark Davies</b>		<b>Herr Dr. Bohny</b>
	Landesarbeitsamt NORD	Department of Health, responsible for adult rehabilitation		
	<b>Herr Preuschoft</b>	<b>Mrs. Caroline Plowright</b>		
	Bundesverband der AOK			
	<b>Frau Waldeyer-Jeebe</b>			
Politische Planung	BMA	Departm. of Social Security		Bundesamt für Sozialversicherung
	<b>Herr Dr. Haines</b>	<b>Mr. Dr. Wright</b>		<b>Herr Dr. Gurtner</b>
Forschung	VDR	Uni Leeds, Rheumat. Rehab	Uni Göteborg, Rehab Sciences	Psych. Unipoliklinik Basel
	<b>Herr Dr. Schliehe</b>	<b>Mrs. Prof. Chamberlain</b>	<b>Mr. Prof. Grimby Dr.</b>	<b>Herr PD Peter Keel</b>
Leistungserbringer	AK-Barmbek	Institute of Rehab, Hull	Ambulantes Reha-zentrum Göteborg	SUVA-Rehaklinik Bellikon
	<b>Herr Dr. Müller</b>	<b>Mrs. Dr. Klaber Moffet</b>	<b>Mrs. Dr. Malin Lindh</b> <b>Mr. Dr. Peter Rodin</b>	<b>Herr Prof. Senn</b>
	Reha-Klinik Bad Füssing			
	<b>Herr Prof. Beyer</b>			
	Amt für Soziales und Rehabilitation Hamburg			
	<b>Herr Dr. Buchhofer</b>			

## Thesen

1. Ein einheitliches Verständnis von 'Rehabilitation' hat sich bisher nicht durchgesetzt. Voraussetzung für eine komparatistische Analyse rehabilitativer Interventionen in verschiedenen Ländern, die sowohl manifeste als auch latente Institutionen des rehabilitativen Geschehens einschließt, ist eine gesellschaftstheoretische Grundlegung dessen, was als Rehabilitation innerhalb des Wohlfahrtsstaates und der Gesamtgesellschaft zu verstehen ist, bzw. im Sinne einer funktionalen Analyse, welches Problem durch Rehabilitation gelöst wird oder werden soll und welche funktionalen Äquivalente dabei vorstellbar sind.
2. Die Hypothese dieser Untersuchung geht davon aus, dass „Rehabilitation“ eher als ein Teilprogramm des Funktionssystems der „Sozialen Hilfe“ verstanden werden muss, denn als eigenständiges Funktionssystem.
3. Im Unterschied zu anderen kompensatorischen Funktionssystemen ist Soziale Hilfe mit einer Leitdifferenz (helfen / nicht helfen bzw. Fall / kein Fall) beschrieben, der die Notwendigkeit einer Anschlusskommunikation im Rahmen des Konstrukts der „Bedürftigkeit“ definiert. Gerade die Klärung der Bedürftigkeit macht aber die Verweigerung der Hilfe erst möglich.
4. Soziale Hilfe mit seinen Organisationen und Institutionen stellt sich somit als Nachfolgerin des Helfens dar. Hilfe wird als „Soziale Hilfe“ nunmehr zur „Daseinsnach-sorge“. Nachsorge verstanden als Unterstützung, Teilnahmekancen für von Ausschluss (d.h. Exklusion) bedrohte Personen zu erhöhen.
5. Die Frage nach der Einheit der Rehabilitation wurde bisher vorwiegend in international vergleichenden Studien virulent. Diese Versuche von 'Systemvergleichen' der Rehabilitation waren grundsätzlich vor das Problem gestellt, einen gemeinsamen Untersuchungsgegenstand abzugrenzen. Dafür wäre ein einheitliches theoretisches Konzept von Rehabilitation notwendig.
6. Primäres Ziel dieser Arbeit ist die Klärung der methodisch systematischen internationalen Vergleichbarkeit der Rehabilitation, was exemplarisch an den disparaten Versorgungsstrukturen der Rehabilitation in Schweden, Großbritannien, der Schweiz und Deutschland im Kontext der sozialen Sicherung der jeweiligen Länder unternommen wird. Damit ist die Frage nach der Einheit bzw. einer einheitlichen Funktion der Rehabilitation gestellt. Sollte dies nicht nachweisbar sein, werden international

komparatistische Ansätze sich auf einzelne Indikationen oder aber auf gleiche Strukturen, wie Kliniken oder Therapieregime beschränken müssen.

7. Als sekundäre Zielstellung wird der Frage nachgegangen, inwieweit Unterschiede der Verankerung der Rehabilitation im Kontext der sozialen Sicherung überhaupt eine Vergleichbarkeit klinischer Studien ermöglichen. Dieser Pfad verfolgt das Problem, dass Zugang zur Rehabilitation und das dortige Klientel durchaus disparat von Land zu Land sich unterscheiden können. Sollten aber für die gewählte Beispielindikation der chronisch behindernden Rückenschmerzen unterschiedliche Patientengruppen in verschiedenen Ländern behandelt und rehabilitiert werden, dann ist zu reflektieren, ob die Einbeziehung von Studien aus unterschiedlichen Rehabilitationssystemen in Metaanalysen oder systematischen Übersichtsarbeiten überhaupt valide sein kann.
8. Daten über die rehabilitativen Konzepte und Strukturen in den einzelnen Ländern wurden primär mittels Diskussion einer Fallvignette und strukturiertem Leitfaden insgesamt 21 Interviews mit insgesamt 27 Experten durchgeführt und ausgewertet. Die Effektivität der Rehabilitation wurde anhand von Sekundäranalysen gesichtet.
9. In einem abschließenden analytischen Schritt wurde exemplarisch eine systematische Übersichtsarbeit zur Rehabilitation von Rückenschmerzen analysiert und die darin produzierten Ergebnisse mit den Ergebnissen der Expertenbefragung auf Konsistenz und Korrelation verglichen.
10. Zu dem begrifflichen Verständnis von „Rehabilitation“ wurde in den Experteninterviews deutlich, dass sich hinsichtlich der Definitionen stärkere Unterschiede zwischen den einzelnen Akteuren und Perspektiven der Leistungsträger versus Leistungserbringer beobachten ließen, als zwischen den einzelnen Ländern.
11. Stellt man die Ziele der Träger der Rehabilitation gegenüber, so zeigen sich besonders bei den Trägern der gesundheitlichen Versorgung –und zwar gleichermaßen den staatlichen Gesundheitsdiensten und den Krankenversicherungen– große Überschneidungen.
12. Differenzierung und damit Individualisierung rehabilitativer Interventionen ist in anderen Ländern weitaus deutlicher entwickelt als in Deutschland, das gilt besonders für Schweden. Hier können Anregungen der Umsetzung (individueller Rehabilitationsplan durch koordinierende Instanz) aufgenommen werden und –durch die Möglichkeiten und Anregungen des SGB IX auch rechtlich unterstützt– vorangetrieben werden.

13. Aus der Vorlage der Fallvignette ergab sich für die Erfassung rehabilitativer Strukturen und Prozesse im Falle von chronisch behindernden Rückenschmerzen folgendes konkret: während in Deutschland und der Schweiz ein Schwerpunkt auf stationären, multimodalen medizinischen Maßnahmen mit Betonung der Sekundärprävention liegt, werden in England vorwiegend physiotherapeutische Einzelmaßnahmen angeboten, die in anderen Ländern noch der Akutversorgung zugerechnet werden. Multimodale Rehabilitationsmaßnahmen oder –programme sind in England regional unterschiedlich vorhanden, so dass es keine einheitliche landesweite Angebotsstruktur gibt.
14. In Schweden finden -in zumeist ambulantem Setting- vorwiegend beruflich orientierte Rehabilitationen statt, die allerdings frühestens nach 6 Monaten Arbeitsunfähigkeit beginnen und daher klar auf eine Rückkehr zur Arbeit zielen.
15. Demgegenüber wird in Deutschland berufliche Rehabilitation vielfach erst nachgeordnet angeboten, in der Schweiz müssen sogar obligatorisch alle medizinischen Maßnahmen vorher ausgeschöpft sein. Für Schweden ist damit die Gliederung in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation nicht ohne Interpretations- und Transferleistungen aufrechtzuerhalten.
16. Gegen die Annahme von Rehabilitation als einem eigenständigen Funktionssystem spricht das Fehlen eines eigenständigen Codes, einer eindeutigen Funktionszuordnung und einer operativen Schließung. Auch die Eindeutigkeit einer Funktionsbeschreibung wie „Steigerung der Funktionsfähigkeit“ oder „Stärkung der gesellschaftlichen Partizipation“ weisen keine solche innere und äußere Ausschließlichkeit auf, dass von einer eigenständigen Funktion ausgegangen werden kann, wie z.B. im Falle des politischen Systems durch das Treffen kollektiv verbindlicher Entscheidungen.
17. Die größte Plausibilität zeigt die Zuordnung der Rehabilitation zu den funktionalen Teilsystemen der Krankenbehandlung und der Sozialen Hilfe. Vor allem „frühe“ Rehabilitation wie im Kontext von Schlaganfall oder anderen neurologischen Erkrankungen ist sowohl vom Konzept als auch von den Strukturen her kaum von akuter Gesundheitsversorgung zu unterscheiden und folgt der Leitunterscheidung krank/gesund. Dagegen ist die gezielte Bedarfsprüfung in Deutschland und in abgeschwächter Form durch die medizinische Indikation in der Schweiz bzw. die Einhaltung von Priorisierungen in den staatlich organisierten Gesundheitssystemen Eng-

lands und Schwedens als Hinweis auf eine Zuordnung zu einem System der Sozialen Hilfe zu verstehen.

18. Aus dieser Perspektive wäre zu überlegen, ob für die Funktion der Sozialen Hilfe nicht mit „Hilfe zur Inklusion“ oder „Inklusionsassistenz“ eine plausiblere Beschreibung gefunden wäre. Denn auch die klassischen „Fälle“ der Sozialen Hilfe sind selten *allein* durch das System der Sozialen Hilfe noch oder ausschließlich mit der Gesellschaft verbunden, was aber der Begriff der „*Stellvertretung*“ suggeriert.
19. Für eine detaillierte Analyse der Kontextbezogenheit von Studien, die in Reviews und Metaanalysen verwendet werden, wurde die Arbeit von Hayden et al ausgewählt, da sie sowohl aktive Therapiekonzepte bei unspezifischen chronischen Rückenschmerzen bei Betroffenen im erwerbsfähigen Alter untersucht. Dabei wurden vier Studien in Schweden, jeweils drei Studien in Deutschland und England und eine Studie in der Schweiz durchgeführt. Eingeschlossen wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien.
20. In den Ausgangswerten der Funktionsfähigkeit zeigen sich noch deutlichere Unterschiede. So weisen Studienteilnehmer in dem in fünf Studien verwendeten Oswestry Disability Questionnaire (0-100) Werte von 20 bis 60 auf, d.h. in einer der in die Metaanalyse einbezogenen Studien wurden dreifach höher belastete Betroffene aufgenommen als in den anderen Studien.
21. Damit zeigt sich deutlich, dass Rehabilitationsmaßnahmen nicht losgelöst von ihren Zielen und Adressaten betrachtet werden können. Für die in diesem Review sekundär analysierten Studien wären zudem andere Ausgangswerte zu erwarten gewesen. So werden geringe Funktionseinschränkungen in einer der schwedischen Studien ermittelt (Rasmussen-Barr et al 2003). Gerade hier mit einer Vorlaufzeit von 6 Monaten Arbeitsunfähigkeit sind aktuell deutlich stärker eingeschränkte Personen in der Rehabilitation anzutreffen.
22. Selbst die multizentrische Durchführung randomisierter, kontrollierter rehabilitativer Studien kann nur als valide gelten, wenn die Besonderheiten der gesamten rehabilitativen Versorgung bekannt sind.
23. Eine Erfassung der Makrostrukturen der Rehabilitation muss als notwendige Voraussetzung angesehen werden, bi- und multinationale Studien im Kontext von Rehabilitation durchführen zu können. Selbst die multizentrische Durchführung randomisierter, kontrollierter rehabilitativer Studien macht nur Sinn, wenn die Besonderheiten

der gesamten rehabilitativen Versorgung bekannt sind. Denn eine Fokussierung auf einzelne Aspekte des Rehabilitationsgeschehens wird nicht in der Lage sein, die Grenzen und Möglichkeiten des gesamten rehabilitativen Prozesses innerhalb eines sozialen Sicherungssystems reflektieren zu können und somit immer fragmentarisch bleiben.

24. Aus den Ergebnissen des Vorhabens wird weiter deutlich, dass die Gegenüberstellung und der Vergleich der Gesamtheit rehabilitativer Strukturen alleine wenig viel versprechend sind. Um aber die Effektivität und die Effizienz rehabilitativer Konzepte einschätzen zu können, wären Verlaufsstudien an konkreten Krankheitsbildern unter gleichen Ausprägungen der Erkrankungen unter Einschluss der unterschiedlichen Dimensionen von Krankheitsfolgen wünschenswert.

# Lebenslauf, Selbständigkeitserklärung, Publikationen, Danksagung

## Lebenslauf:

Anschrift	Teichstr. 12, 06184 Kabelsketal, Deutschland
Email:	markus.zimmermann@medizin.uni-halle.de
geboren am:	20.01.1964
in:	Solingen, NRW
Staatsangehörigkeit:	Deutsch
Familienstand:	Verheiratet

## Berufliche Tätigkeiten

seit 2001	Wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (Dir. J. Behrens) der Martin-Luther- Universität Halle-Wittenberg
1996-2002	Wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin (Dir. H. Raspe) der Medizinischen Universität zu Lübeck.
1993-1996	Freier wissenschaftlicher Mitarbeiter des Landesverbandes der Katholischen Arbeitnehmerbewegung Rottenburg-Stuttgart.
1991-1994	Studentische (91-92) und Wissenschaftliche (92-94) Hilfskraft an der Forschungsstelle 'Lebenswelten behinderter Menschen', Universität Tübingen.
1990-1992	Studentische Hilfskraft, Praktische Theologie, Universität Tübingen

## Studium

1985-1987	Studium der Katholischen Theologie, Universität Bonn.
1987-1988	DAAD-Stipendium zum Studium an der Theologischen Fakultät der Dormition Abbey, Jerusalem.
1988-1996	Studium der Katholischen Theologie, Soziologie, Pädagogik und Philosophie, Universität Tübingen.
1992	Erlangung des Diploms in Katholischer Theologie.
seit 2004	Studium der Gerontologie (European Master of Gerontology, Vrije Universiteit, Amsterdam)

## **Schulbildung**

1970-1974

Katholische Grundschule Solingen-Wald.

1974-1983

Humboldt-Gymnasium Solingen. Abschluss: Allgemeine Hochschulreife.

## **Zivildienst**

1983-1985

Maria-Grosser-Haus, Behindertenwohnheim der Heimstatt Adolph-Kolping, Caritasverband Solingen

## **Mitgliedschaften**

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie

Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie der DGS

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaft

Deutsches Netzwerk Evidenz basierte Medizin (Sektion Pflegewissenschaft)

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Vorstand des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd (gefördert durch das BMBF)

International Sociological Association, Research Committee on Sociology of Aging

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit, das ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Frühere Promotionsversuche wurden von mir nicht unternommen.

Kabelsketal, 8. Mai 2007

## Publikationen von Ergebnissen dieser Arbeit:

- Zimmermann M., Weber A., Struktur- und systembedingte Grenzen und Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Prozess der Rehabilitation in Deutschland, Schweden und der Schweiz, in: Blumenthal W., Rische H. (Hg.), 'Selbstbestimmung in der Rehabilitation - Chancen und Grenzen': Arbeitstagung DVfR 1999 (=Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation; Bd.9), Universitätsverlag, Ulm, 2000, S. 240-244
- Zimmermann M., Weber A., Raspe H., Methodik des internationalen Vergleichs von Rehabilitation-Forschungsstand und Perspektiven, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.), Individualität und Rehaprozess. 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DRV-Schriften Band 20), Frankfurt M. 2000, 150-151
- Zimmermann M., Weber A., Raspe H., Rehabilitation zwischen Gesundheitssystem, Wohlfahrtsstaat und sozialer Hilfe. Zur gesellschaftstheoretischen Einordnung der Rehabilitation, in: 30. Kongress der DGS, Gute Gesellschaft?! Zur Konstruktion sozialer Ordnung, September 2000 in Köln, Abstractband, S. 366
- Zimmermann M., Raspe H., Zuständigkeit und Zielsetzung der Rehabilitation in Großbritannien, Schweden, der Schweiz und Deutschland, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.), 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DRV-Schriften Band 20), Frankfurt M. 2001, S.
- Zimmermann M., Raspe H., Die Bewältigung von chronischen Rückenschmerzen durch Rehabilitation – ein Vergleich der Konzepte und Strukturen in England, Schweden, der Schweiz und Deutschland, Gesundheitswesen 63 2001, A53
- Zimmermann M., Raspe H., Konzepte und Strukturen der Rehabilitation chronisch behindernder Rückenschmerzen in Deutschland, Großbritannien, Schweden und der Schweiz, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.), 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DRV-Schriften Band 33), Frankfurt M. 2002, S. 423-424
- Zimmermann M., Weber A., Raspe H., Potenziale der Selbstbestimmung und des Empowerments in der rehabilitativen Versorgung chronisch Kranker und Behinderter in Europa, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.), 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DRV-Schriften Band 33), Frankfurt M. 2002, S. 241-242
- Zimmermann M.: Die Funktion der Rehabilitation als Ausgangspunkt für eine international vergleichende Rehabilitationsforschung. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband (=DRV-Schriften 52), Frankfurt M. 2004, 380-381
- Zimmermann M.: Medizinische und/oder berufliche Rehabilitation? Zuweisung und Wahl der „richtigen“ Rehabilitation für Patienten mit chronisch behindernden Rückenschmerzen im internationalen Vergleich, in: VDR (Hg.): Rehabilitationsforschung in Deutschland - Stand und Perspektiven, Bad Homburg 2005, 380-381
- Zimmermann M.: Goldstandard Metaanalyse auch in der Rehabilitation? Anfrage an die Levels of Evidenz bei komplexen Interventionen, in: DRV (Hg.): Gesund älter werden – mit Prävention und Rehabilitation, Bad Homburg 2007, 71-72

## **Danksagung:**

Ein ganz besonderer Dank gebührt der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die die Durchführung der Experteninterviews im Rahmen des Projekts „Vergleich Rehabilitation: Deutschland, Großbritannien, Schweden und die Schweiz“ (Förderkennzeichen: RA314/9-1) durch Ihre Förderung ermöglicht hat.

Bedanken möchte ich mich bei Professor Heiner Raspe, der das der Arbeit zugrunde liegende Projekt mit wachem und kritischem Geist stets gefördert hat und bei allen ehemaligen Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Sozialmedizin in Lübeck, die bei der Entwicklung von Idee und Methode des Vorhabens zur Seite standen.

Dank an Andreas Weber, der als langjähriger Diskussionspartner diesen Forschungsprozess wohl am intensivsten begleitet hat.

Weiterer Dank muss selbstverständlich allen Interviewpartnerinnen und -partnern ausgesprochen werden, die einen nicht unbeträchtlichen Teil ihrer Arbeitszeit beigestiftet haben, um Auskunft zu geben.