Η αναγκαιότητα του συντονισμού όλων των φορέων στον τομέα της αποκατάστασης των χρονίως πασχόντων

■ Ι. ΣΙΟΥΤΗΣ[1], Ξ. ΜΙΧΑΗΛ[2], Ν. ΛΑΓΟΓΙΑΝΝΗΣ[3]
[1]Φυσίατρος, Επιμελητής Β', Ασκληπιείο Βούλας, Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης,
[2]Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης,
[3]Διευθυντής Τμήματος Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης

Περίληψη: *Σκοπός της αποδοτικότερης φροντίδας του χρονίως πάσχοντα είναι η εξατομικευμένη και κατά το δυνατόν εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών, με σκοπό την κοινωνική επανένταξη. Για την επίτευξη της φροντίδας αυτής, προϋπόθεση είναι η κεντρικά συντονισμένη συνεργασία όλων των φορέων της αποκατάστασης. Το ασφαλιστικό σύστημα, η πρωτοβάθμια φροντίδα, το νοσοκομείο, το κέντρο αποκατάστασης, τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, όπως και τα επιμέρους εξειδικευμένα τμήματα (φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, βοηθήματα κ.λπ.) τείνουν να αυθαιρετούν και να δημιουργούν περισσότερη σύγχυση παρά παροχή φροντίδας, λόγω της προβληματικής του συντονισμού. Πιστεύουμε ότι σε εποχές δημογραφικών αλλαγών και οικονομικών περικοπών η αποδοτική δικτύωση του συστήματος αποκατάστασης θα αποφέρει αρκετά κοινωνικοοικονομικά οφέλη.*

Λέξεις ευρετηρίου: *χρόνιος ασθενής, συνεργασία, συντονισμός, δικτύωση συστημάτων αποκατάστασης.*

Εισαγωγή

Ο προσανατολισμός των δομών της αποκατάστασης στην κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη τα τελευταία χρόνια ανέδειξε την αξία της πρόληψης της αναπηρίας και την ανάγκη εξατομικευμένης αντιμετώπισης. Η εξατομίκευση στον τομέα της αποκατάστασης οδήγησε στην εξειδίκευση της παροχής υπηρεσιών των επιμέρους τμημάτων[1], δημιουργώντας ταυτόχρονα προβλήματα συντονισμού. Η προβληματική του φαινομένου δεν είναι ελληνική ιδιαιτερότητα, λόγω όμως των πολλών και διαφορετικών μηχανισμών παρακολούθησης προκαλεί ιδιαίτερα κοινωνικοοικονομικά ελλείμματα.

Η προβληματική λοιπόν μάλλον εντοπίζεται στον ελλειμματικό συντονισμό μεταξύ ιδιωτικής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, πολλαπλών μορφών ασφαλιστικής ιατρικής, νοσοκομειακής περίθαλψης, τμημάτων αποκατάστασης και κέντρων περίθαλψης αυξημένης φροντίδας. Ο συντονισμός τείνει να κινείται αυθόρμητα και τυχαία. Βασίζεται σε περιστασιακή ενημέρωση[2] και κινδυνεύει από την εσκεμμένη δικτύωση και ανταποδοτική καθοδήγηση. Η υπερπληροφόρηση από την άλλη πλευρά μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες επιλογές.Η φιλοσοφία της δικτύωσης της αποκατάστασης με κεντρικό διαχειριστικό φορέα δείχνει να είναι η κοινώς αποδεκτή λύση.

Οι αληθινές ανάγκες αποκατάστασης

Με την αύξηση του μέσου όρου ζωής, με την αλλαγή του τρόπου ζωής και με την ευαισθητοποίηση για ποιότητα στην καθημερινότητα, οι ανάγκες προς αποκατάσταση έχουν αυξηθεί και επιταχύνονται με γρήγορους ρυθμούς. Το επιτευχθέν κοινωνικό αίτημα προς την ιατρική για αύξηση του μέσου όρου ζωής αντισταθμίζεται σταδιακά από τις χρόνιες παθήσεις και το συνδυασμό διαφόρων ασθενειών για μακρά χρονικά διαστήματα. Η δημογραφική[3] έκρηξη προχωρημένων ηλικιών έπρεπε να είχε προβλεφθεί από τον πολιτικό οραματιστή της ιατρικής προόδου[4]. Αντίθετα, ο διαχειριστικός ελεγκτής της υγείας αποδίδει τον κακό συντονισμό, μεταξύ άλλων, στις μη αληθινές, προκλητές ανάγκες ιατρικής αποκατάστασης της υγείας.

Βασικός κανόνας ή τουλάχιστον σκοπός της αποκατάστασης είναι η πρόληψη και η αποφυγή της μετατροπής ενός οξέος προβλήματος σε χρόνιο. Η συμμετοχή και η συνεργασία εξειδικευμένων φορέων είναι μια πιθανή λύση στο πρόβλημα. Από οικονομική άποψη, η καλά συντονισμένη συνεργασία των επιμέρους τομέων της αποκατάστασης θα λειτουργήσει αποδοτικά γιατί:

- Το οικονομικό κόστος της αποκατάστασης βρίσκεται χαμηλότερα από το κόστος της πολλαπλής συμπτωματικής αντιμετώπισης.
- Η αποκατάσταση μπορεί να ελέγξει καλύτερα τους χρόνους ανικανότητας για εργασία και τη συνταξιοδότηση λόγω προβλημάτων υγείας.

Για παράδειγμα, η ανάπτυξη εργοθεραπευτικών τμημάτων με έμφαση στην επαγγελματική επανεκπαίδευση ήταν ο στόχος περασμένων εποχών. Σε έλλειψη της εργοθεραπευτικής προσέγγισης, αρκετά περιστατικά θα παρέμεναν στην κατηγορία των χρονίως πασχόντων, με τις αντίστοιχες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Ο πολλαπλασιασμός των εργοθεραπευτικών τμημάτων, που πρέπει να γίνει, θα αποδώσει μόνο με την κατάλληλη ενημέρωση των υπόλοιπων φορέων της αποκατάστασης, αλλά και με την κεντρική συντονιστική παρουσία. Ένα τέτοιο κέντρο θα ήταν καταδικασμένο σε μαρασμό ή παρασιτισμό αν δεν υπήρχε ένας συντονιστικός φορέας που θα ενημέρωνε, θα φιλτράριζε και θα κατεύθυνε τα περιστατικά. Αυτονόητα, το αυξημέ- ⇨

νο οικονομικό κόστος θα μετακυλιστεί σε συγκεκριμένες κοινωνικές παροχές. Έτσι λοιπόν παρασιτούν οι υπερβολικές ή λανθασμένες επιλογές αποκατάστασης σε βάρος των προγραμμάτων πρόληψης και αδυνατίζουν την ανταποδοτικότητα του συστήματος.

Στο όνομα της ποιότητας ζωής την υπονομεύουν. Ο στατιστικός έλεγχος, όσο προβληματικός να φαντάζει για την ελληνική πραγματικότητα, είναι ο μόνος τρόπος ελέγχου της κατάστασης. Η εργοθεραπεία, όπως κάθε τομέας της αποκατάστασης, σε ελλειμματικό συντονισμό και συνεργασία με τους υπόλοιπους τομείς, θα αναγκαστεί να αυτοσχεδιάσει. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, η αξία της Αποκατάστασης δεν γίνεται αντιληπτή ούτε σε κοινωνικό αλλά ούτε σε οικονομικό επίπεδο.

Η ελληνική έννοια της αποκατάστασης

Η αποκατάσταση στην Ελλάδα πάντα έπαιζε δευτερεύοντα ρόλο. Ενώ όλοι θα συμφωνήσουν σε θεωρητικό επίπεδο για την προληπτική, κοινωνική και οικονομική προσφορά της, σε επίπεδο προώθησης, ενίσχυσης και συντονισμού, στο γενικό σύστημα υγείας τοποθετείται σε μειονεκτική θέση:

- Γιατί σε εποχές οικονομικού προγραμματισμού είναι ο τομέας περικοπών. Το budget της αποκατάστασης υπολείπεται πάντα συγκριτικά.
- Γιατί σε εποχές ανταγωνισμού συχνά ανταγωνίζονται οι τιμές αντί για τις παροχές.
- Γιατί πάρα πολύ συχνά παραλείπεται. Η επιθυμητή πορεία θα ήταν από την επείγουσα κατάσταση στη φάση αποκατάστασης και στη συνέχεια στη φάση της χρόνιας φροντίδας.
- Γιατί ο προγραμματισμός αφορά στο σήμερα και όχι στο αύριο, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση περιστατικών στην οξεία φάση.
- Γιατί η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης γίνεται με βάση την ακροαματικότητα και επομένως με βάση το περιστατικό της επείγουσας κατάστασης.

Η αποκατάσταση ατόμων με σοβαρές και χρόνιες νευρολογικές λειτουργικές διαταραχές είναι δυστυχώς ανεπαρκής. Η πίεση από πιο επείγοντα περιστατικά, η έλλειψη θέσεων στον τομέα της αποκατάστασης, το κενό σε εξειδικευμένες μονάδες αυξημένης φροντίδας οδηγούν τον ασθενή και το περιβάλλον του σε αναγκαστικές επιλογές. Σε μεγάλο ποσοστό τα περιστατικά αυτά κατευθύνονται σε γηροκομεία, μη ειδικές ιδιωτικές ή δημόσιες κλινικές ή, λόγω έλλειψης των παραπάνω, στο σπίτι. Ακόμα και να βρεθεί ο χώρος αυτός, οι παροχές αποκατάστασης δε θα εφαρμοσθούν και θα υπερκαλυφθούν από την άκρως αναγκαία φροντίδα επιβίωσης.

Το περιβάλλον του ασθενή, μπροστά στο διαφαινόμενο έλλειμμα, συχνά αυτοσχεδιάζει ή πέφτει θύμα τυχαίων, καλοπροαίρετων πολλές φορές θεραπευτικών μεθόδων, που θα επιβαρύνουν υπέρμετρα την οικογενειακή δομή και λειτουργία[5]. Προϋπόθεση για την κατά περίπτωση ποιοτική κάλυψη των αποκαταστασιακών αναγκών είναι ο ορισμός, η κατάταξη και η ενιαία αντιμετώπιση του σταδίου του προς αποκατάσταση ατόμου[6]. Θα πρέπει να ξεχωρίσουμε και να οριοθετήσουμε την «αποκατάσταση στην οξεία φάση», «αποκατάσταση πριν από τη φροντίδα» και την «αποκατάσταση στη φάση της φροντίδας». Στην πρώτη φάση η προσφορά της αποκατάστασης είναι -θα έπρεπε να είναι- επικουρική, στοχεύοντας στην προληπτική αποφυγή μελλοντικών επιπλοκών. Στη δεύτερη φάση πρόκειται για τη μέγιστη δυνατή, συχνά παθητική επέμβαση της αποκατάστασης, με σκοπό την επανενεργοποίηση της επικοινωνίας και της συμμετοχικότητας του ασθενή. Με τη σταδιακή επίτευξή τους, ο στόχος μεταφέρεται στο βαθμό αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου με ειδικές ανάγκες και προσδιορίζονται οι ανάγκες αυτές. Ένας μεγάλος βαθμός αυτοεξυπηρέτησης θα προϋποθέσει την επαγγελματική αποκατάσταση, επανεκπαιδεύοντας ή τροποποιώντας, στο εργασιακό περιβάλλον. Ένας μικρότερος βαθμός αυτοεξυπηρέτησης θα απαιτήσει ένα είδος χρόνιας θεραπείας, απαραίτητης, με την έννοια αυτής ενός διαβητικού που είναι εξαρτημένος από την ινσουλίνη και κανένα κοινωνικό καθεστώς δε νοείται να τη διακόψει. Σε συνάρτηση με το βαθμό αυτοεξυπηρέτησης, η πορεία θα πρέπει να είναι τυποποιημένη και ανεξάρτητη των κοινωνικών ικανοτήτων και δυνατοτήτων του περιβάλλοντος του χρονίως πάσχοντα.

Η κατά προτεραιότητα οικονομική ενίσχυση[7] του τομέα της αποκατάστασης αφορά σε συγκρίσεις και με τομείς όπως η παιδεία, αλλά μετά από σκέψη και εικονική μεταφορά σε προσωπικό ή οικογενειακό επίπεδο, ακόμα και με τον τομέα των επειγόντων περιστατικών. Σε θεωρητικό επίπεδο, η κοινή αποδοχή της απόλυτης προτεραιότητας του τομέα της υγείας και ειδικότερα της αποκατάστασης, σε επίπεδο οικονομικών παροχών[8], για το χρονίως πάσχοντα, καταργείται στην πράξη, για λόγους που περιγράφουμε παρακάτω. Η χωρίς πρόθεση ενσωμάτωση της αποκατάστασης στον τομέα περικοπών, όταν μάλιστα δεν έχει ενισχυθεί στη χώρα μας κατά το παρελθόν, όπως έχει γίνει σε άλλα κράτη[9], επιβαρύνει μακροπρόθεσμα το ασφαλιστικό σύστημα, γιατί η γενικότερη κοινωνική ευαισθητοποίηση σε θέματα αναπηρίας και κοινωνικής ενίσχυσης, όταν παραμένει στα λόγια, εκτινάσσει (και) μέσω των ευαισθητοποιημένων φορέων την ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση και παροχή σε ακριβά βιοτεχνολογικά προϊόντα, χωρίς να προσθέτει ανταποδοτικά ισότιμα οφέλη. Το πολλές φορές εισαγόμενο ερευνητικό επίτευγμα αντιγράφεται ή εντάσσεται σε υπολειτουργούσες ελληνικές δομές, εν ονόματι της απρόσκοπτης και προηγμένης προσφοράς στον χρονίως πάσχοντα και εξαναγκάζουν το πολιτικά ελεγχόμενο ασφαλιστικό σύστημα να ευαισθητοποιηθεί και να το καλύψει. Η από χρόνια καλλιεργηθείσα ελλειμματική της εμπιστοσύνης στο υπολειτουργόν και διαπλεκόμενο σύστημα, σε συνδυασμό με την από χρόνια περιορισμένη σε θεωρητικό επίπεδο διαχείριση του δημόσιου τομέα υγείας, δεν μπορούν παρά να ενισχύσουν κατά τι ακόμα την προβληματική της οικονομικής πολιτικής. Η από χρόνια συζητούμενη ενοποίηση του τομέα υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών ελάχιστα θα αποφέρει όταν εφαρμοσθεί σε ένα σύστημα που έχει δρομολογηθεί από ιδιωτικούς φορείς, που εν τω μεταξύ έχουν κερδίσει το συγκριτικό πλεονέκτημα.

Ενδοαποκαταστασιακές διαφορές

Το γραφειοκρατικό σύστημα και η μη αυτονόητη πορεία στην αποκατάσταση ενός ελλείμματος ή μιας αναπηρίας προκαλούν συχνά φαινόμενα αυτοσχεδιασμού. Ο αυτοσχεδιασμός μπορεί να γίνει από τον ασθενή, μπορεί όμως να αυτοσχεδιάσει και το ανθρώπινο δυναμικό του φορέα της αποκατάστασης. Αυτό συχνά συνδέεται με λανθασμένες επιλογές. Το αποτέλεσμα θα είναι αρνητικό για όλους τους εμπλεκόμενους, αλλά και για το σύνολο, μέσω του αυξημένου κόστους. Για παράδειγμα, ένα περιστατικό που αντιμετωπίζεται από ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα αποκατάστασης θα καθοδηγηθεί αποκλειστικά από το φορέα αυτό, με βάση τις επικοινωνιακές δυνατότητες του φορέα. Η ιεράρχηση και αξιολόγηση στο φορέα θα γίνει και πάλι βάσει προσωπικών ικανοτήτων επικοινωνιακού τύπου. Το αποτέλεσμα θα είναι ικανοποιητικό για την κρίση του φορέα. Μπορούμε λοιπόν να συνοψίσουμε τα πιθανά προβλήματα:

- Οι διαφορετικές αρμοδιότητες μεταξύ υπουργείου και ασφαλιστικού συστήματος.
- Το ενδιαφέρον ορισμένων φορέων της αποκατάστασης να αναλάβουν το σύνολο

των δραστηριοτήτων.

- Η κατ' ανάγκη ανάληψη δραστηριοτήτων ορισμένων φορέων της αποκατάστασης.
- Η τάση του ασφαλιστικού συστήματος να αναλαμβάνει υγειονομικούς τομείς.
- Η ανύπαρκτη κεντρική δικτύωση των υπηρεσιών της αποκατάστασης[10].
- Η απουσία συντονιστικού κέντρου ενημέρωσης και κατεύθυνσης (φορέων και ενδιαφερομένων).
- Το ιατροεκπαιδευτικό σύστημα, που ήταν (και δυστυχώς παραμένει) προσανατολισμένο στην επείγουσα ιατρική, σχεδόν αγνοώντας τον τομέα της αποκατάστασης.

Λόγω της διαφορετικής δημογραφικής κατανομής της σημερινής κοινωνίας, με αυξημένο ποσοστό ηλικιωμένων και λιγότερους εργαζόμενους, οι ανάγκες για περίθαλψη χρονίως πασχόντων αυξήθηκαν και θα αυξηθούν ακόμα περισσότερο. Η εγρήγορση του ασφαλιστικού συστήματος θα αποτύχει αν δεν επικεντρωθεί στην αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων. Αναλογιζόμενοι δε το γραφειοκρατικό σύστημα και τις ελλειμματικές υποδομές σε ορισμένους τομείς, η αναγκαιότητα αυτή θα πρέπει να χαρακτηρισθεί επείγουσα. Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει εδώ στις διάφορες ομάδες αυτοβοήθειας και την εθελοντική δράση τους, που, ενόψει αύξησης της ατομικής συμμετοχής στο κόστος της ασθένειας, θα πρέπει να ενισχυθούν. Η ενίσχυση αυτή θα έπρεπε να αφορά στην ενημέρωση για την ύπαρξη των ομάδων αυτών, στην ενίσχυση της υποδομής τους, στη συμβουλευτική και ενημερωτική δικτύωση με κεντρική υπηρεσία και ίσως στην οικονομική ενίσχυσή τους σε συνδυασμό με την τεκμηριωμένη ή μελλοντικά ορατή αποδοτικότητά τους.

Δικτύωση του τομέα αποκατάστασης

Η συζήτηση για την αποκατάσταση στην Ελλάδα θα ήταν καλύτερα να σταματήσει, αν δε συνειδητοποιήσουμε ότι: η ανάπτυξη της αποκατάστασης χρονίως πασχόντων ανήκει στα μέτρα μείωσης του κόστους του τομέα της υγείας. Δεν είναι μόνο κοινωνικοπολιτική ενίσχυση, αλλά και μηχανισμός ελέγχου των αληθινών ιατροασφαλιστικών αναγκών, του ήδη αυξημένου ποσοστού χρονίως πασχόντων. Η αποκατάσταση δεν είναι αναγκαίο κακό αλλά όσο πιο έγκαιρα εφαρμοσθεί η πρόληψη νέων υποτροπών τόσο αποδοτικότερη θα είναι. Όσο πιο ομαδική (σε επίπεδο φορέων) και ενημερωτική (για τον ασθενή), τόσο πιο οικονομική. Η δημιουργία ενιαίου συστήματος αξιολόγησης και ταξινόμησης του λειτουργικού ελλείμματος του ασθενή θα αποτελέσει μέτρο αυτοελέγχου. Έτσι λοιπόν η κεντρικά ελεγχόμενη δικτύωση των φορέων της αποκατάστασης θα μπορέσει να εκπτύξει τον προληπτικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό της ρόλο[11]. Η πρόταση αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί απειλή από κανένα φορέα και με την κατάλληλη ευαισθητοποίηση (δημοσιοποίηση, ενημέρωση, νομοθέτηση) θα μπορέσει να ενισχυθεί χωρίς αντιδράσεις. Τα κοινωνικά και οικονομικά οφέλη μπορούν να υπολογιστούν λόγω:

- Της μείωσης του αριθμού νέων εισαγωγών στο νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις.
- Της μείωσης του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο.
- Της ταχύτερης πορείας αποκατάστασης[12].
- Της ενιαίας ποιοτικά και ποσοτικά παροχής «απαραίτητης» περίθαλψης.

Συμπερασματικά

Σε δημογραφικά και κοινωνικά επιβαρημένες εποχές η κεντρική δικτύωση του τομέα της αποκατάστασης δείχνει να αποτελεί αδιαμφισβήτητη προϋπόθεση.

Οι επεμβάσεις θα πρέπει να αφορούν στο υγειονομικό εκπαιδευτικό σύστημα, με τη μεταστροφή του από επειγοντο-κεντρικό σε αποκαταστασιακο-κεντρικό. Από συμπτωματικό σε προληπτικό. Η αποκατάσταση μπορεί να διαχωρίσει και να δικτυώσει αποδοτικά τον παρεξηγημένο τομέα της χρόνιας φροντίδας. Ο τομέας αυτός θα πρέπει να αναπτυχθεί σε νέα βάση, συνεπικουρούμενος από την ομάδα αποκατάστασης, με γνώμονα την ποιότητα ζωής. Ο διαχωρισμός και η αποσυμφόρηση του τμήματος αποκατάστασης, σε επιστημονικά αξιολογημένες φάσεις θεραπείας (τμήμα αυξημένης και χρόνιας φροντίδας) θα εξυπηρετήσει περισσότερα επανεντάξιμα περιστατικά και θα μειώσει τους χρόνους ανικανότητας. Η συμβολή της κεντρικής δικτύωσης στη συλλογή και αξιολόγηση στατιστικών στοιχείων[13] πιστεύουμε ότι θα αποδειχθεί σημαντικότατη. Η ενοποίηση του υγειονομικού τομέα του ασφαλιστικού συστήματος, σε συνδυασμό με την αποδοτική δικτύωση των φορέων της αποκατάστασης, αποτελεί αδιαμφισβήτητη, πολλαπλής αιτιολογίας αναγκαιότητα, που, όπως όλοι καλά γνωρίζουμε, θα εφαρμοσθεί καθυστερημένα, λόγω προτεραιότητας άλλων «σημαντικότερων» θεμάτων της καθημερινής μας ζωής.

Summary

The necessity for central networking in the fielf of Rehabilitation

I. Sioutis, X. Michael, N. Lagogiannis.

A more efficient care for the chronically suffering patient consists in the individualised and as possible specialised benefit of services, aiming at the social rehabilitation. Condition for the achievement of this care is the centrally coordinated collaboration of all institutions of Rehabilitation. The actuarial system, the first degree care, the hospital, the centre of Rehabilitation, the centres of professional training and the individual specialised departments (physical therapy, ergotherapy, etc.) create more confusion, despite benefit of care, because of the problem of co-ordination. We believe that in seasons of demographic changes and economic curtailments the efficient networking of system of Rehabilitation will yield enough socioeconomic profits.

Key words: *chronic illness, cooperation, coordination, rehab-networked health protection.*

Βιβλιογραφία

1. Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B, Gadomski M. Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 146-156.
2. Lesky J. Die psychologische Bedeutung medizinischer Aufklärung am Beispiel der Rehabilitation Querschnittgelähmter. Rehabilitation 2002; 329-335.
3. Heine W, Kuhlmey A. Rehabilitation und Pflege im Spannungsfeld des demographischen WandelsVeröffentlichung der Vorträge einer gemeinsamen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. und des Instituts für Medizinische Soziologie (ZHGB) am 13. September 2002 in Berlin.
4. Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G. Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. Phys Rehab Kur Med 2002.
5. Lesky J. Bedürfnisse von Querschnittgelähmten im Rahmen der psychologischen Betreuung zur Zeit der Erstrehabilitation - Eine retrospektive Befragung. Rehabilitation 2001; 76-86.
6. Bürger W, Dietsche S, Morfeld M, Koch U. Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation - Ergebnisse einer Studie zum Vergleich der Behandlungsergebnisse und Kosten. Rehabilitation 2002; 92-102.
7. Brach M, Piek S, Stucki G. Finanzierung der Frührehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2002; 317-324.
8. Krauth C, Rieger J, Schwartz FW. Gesundheitsökonomische Evaluation von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2003; 100-107.
9. Müller K, Ammer K, Berliner M, Bochdansky T, Knüsel O, Prager C, Schmidt-Dumbacher M, Smolenski U, Schneider W, Schwarz H. Rehabilitationsprozess und Rehabilitationsteam. Ergebnisse der Konsensuskonferenz der drei Gesellschaften für Physikalische Medizin und Rehabilitation von Deutschland, Österreich und der Schweiz ÖZPMR, Österr. Z Phys Med Rehabil 2001:11.
10. Heine W. Die reha-vernetzte Gesundheitssicherung (Vortrag anlässlich des MEDVANTIS-Kongresses "Zukunftssicherung im Gesundheitswesen" am 24./25. Januar 2003 in Berlin).
11. Steinke B, Heine W. SGB IX - Magna Charta einer funktionalen Teilhabephilosophie. Rehabilitation 2002; 343-347.
12. Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V. Empfehlung für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur verstärkten Umsetzung des Grundsatzes "Rehabilitation vor Pflege", Heidelberg, October 2002.
13. Grätzel P. Elektronische Patientenakten Ärzte Zeitung, 05.03.2003.