

2. LIFE FORUM REHABILITATION

Rehabilitation als Teil der Versorgungskette

– Ansätze und versorgungswissenschaftliche Zugänge in Deutschland –

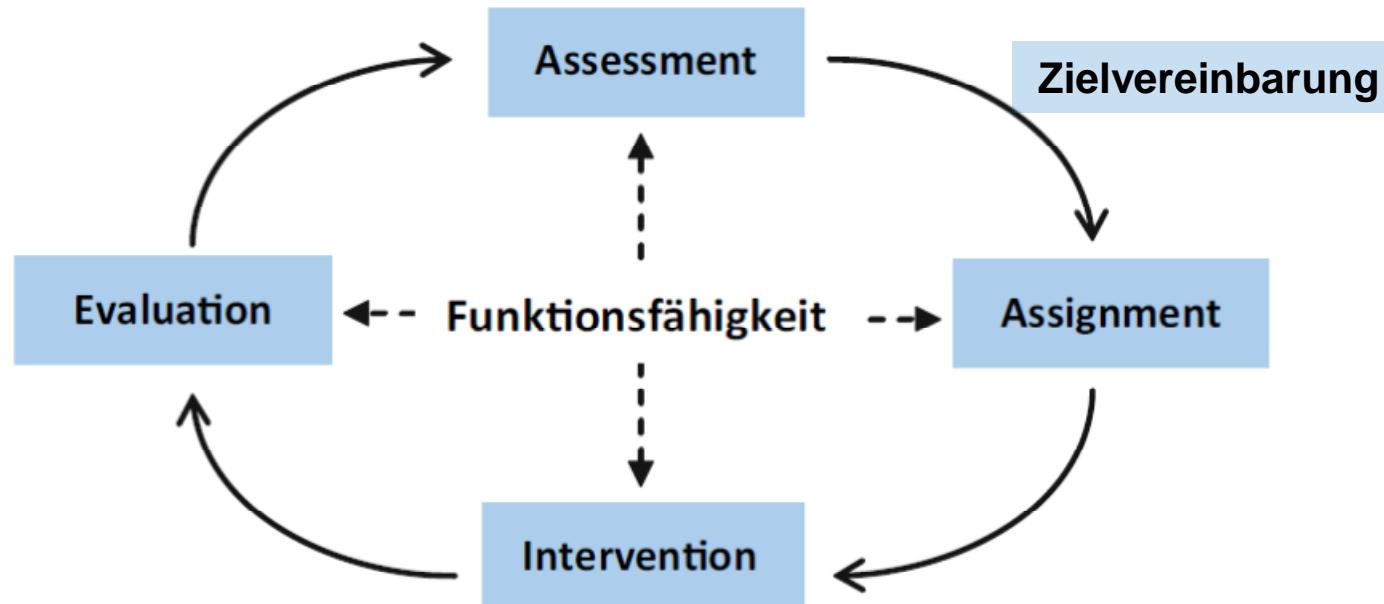
Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil

Institut für Rehabilitationsmedizin
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Agenda

- Rehabilitation als Prozess
- Versorgungsverläufe - Rehabilitation als Teil der Versorgungskette
- Formen integrierter Versorgung im Kontext des deutschen Gesundheitssystems
- Methodische Zugänge zur Untersuchung komplexer Rehabilitationsverläufe
- Resümee
- Literatur

Rehabilitation als Prozess: der Rehab-Cycle



Adaptiert nach Rauch & Meyer (2013)

Rehabilitation als Prozess: die Definition der DVfR



Rehabilitation fördert Menschen mit bestehender oder drohender Behinderung.

Ziel ist die Stärkung von körperlichen, geistigen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten sowie die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen.

Sie umfasst medizinische, therapeutische, pflegerische, soziale, berufliche, pädagogische oder technische Angebote einschließlich der Anpassung des Umfelds der Person.

Rehabilitation ist ein an individuellen Teilhabezielen orientierter und geplanter, multiprofessioneller und interdisziplinärer Prozess.

Sie achtet das Recht auf Selbstbestimmung.

www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr

Rehabilitation als Prozess: die Definition von Cochrane Rehabilitation



In a health care context,

rehabilitation is defined as

a multimodal, person-centred, collaborative process

including interventions targeting

a person's capacity (by addressing body structures, functions, and activities/participation)

and/or contextual factors related to performance

with the goal of *optimising the functioning*

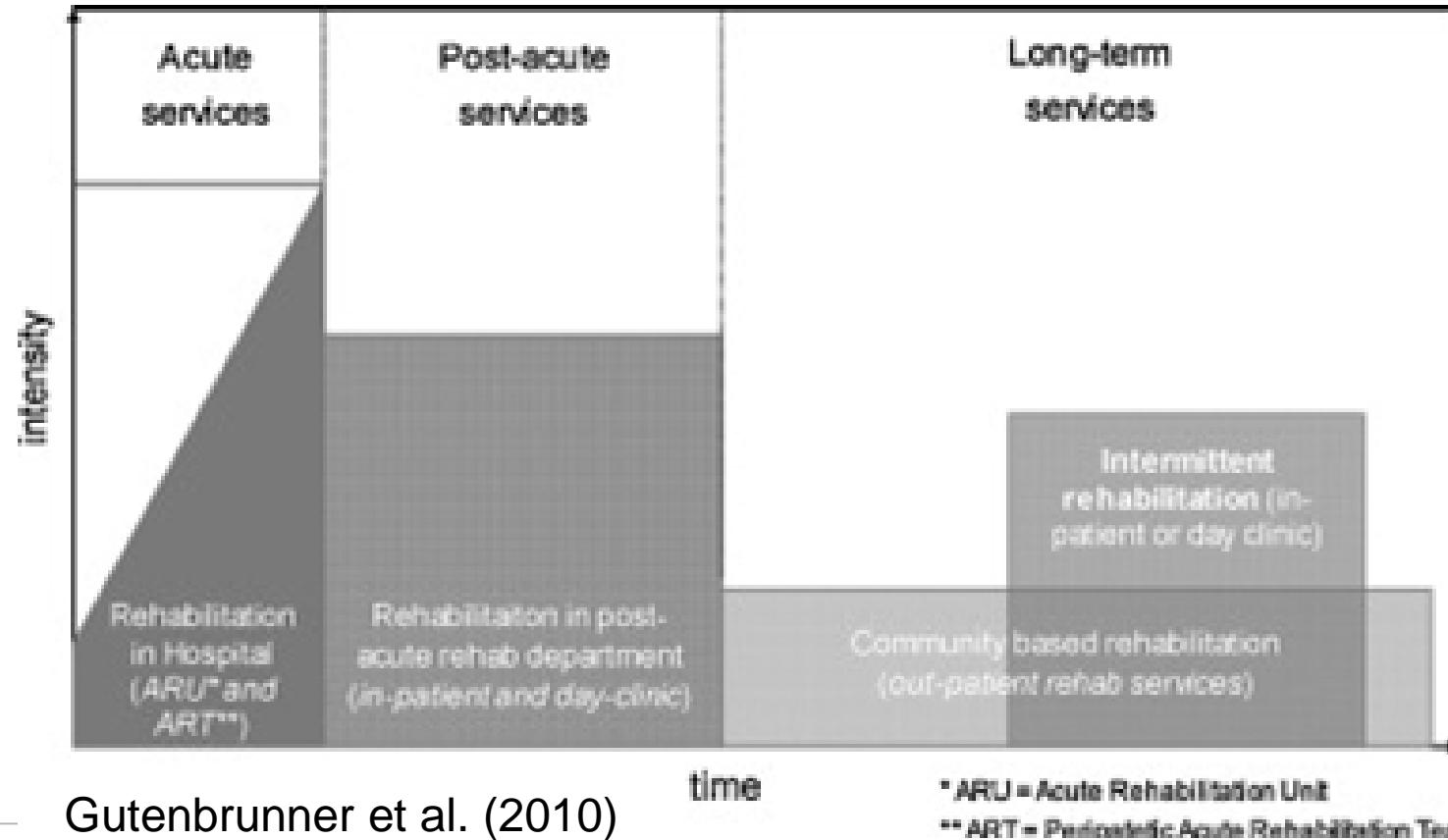
of persons with health conditions currently experiencing disability or likely to experience disability, or persons with disability.

Negrini et al. (2022)

Funktionsfähigkeit umgangssprachlich:



Rehabilitation als Prozess: Reha im Langzeitverlauf



....along and across the continuum of care, including hospitals, rehabilitation facilities, and the community; and across sectors, including health, education, labour and social affairs..."

Meyer et al. (2011)

Rehabilitation als Prozess: jenseits der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

- Bedarfserkennung
- Zuständigkeitsklärung
- Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung
- Teilhabeplanung
- Leistungsentscheidung
- Durchführung von Leistungen zur Teilhabe
- Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

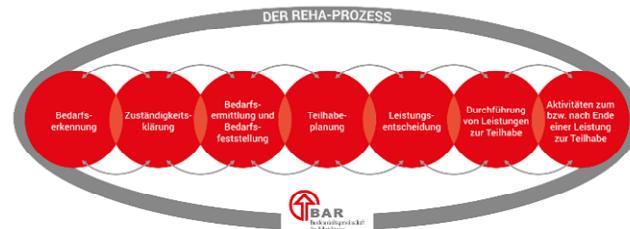


Bild aus: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess.html>



Formen integrierter Versorgung in Deutschland Leistungen auf sozialrechtlicher Grundlage (Sozialgesetzbuch IX)

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(LTA, früher: berufliche Rehabilitation)
3. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
(z.B. Krankengeld, Übergangsgeld)
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
(früher: soziale Rehabilitation)

Formen integrierter Versorgung in Deutschland

Leistungsträger der Rehabilitation

- Gesetzliche Rentenversicherung (1.-3.)
 - Gesetzliche Krankenkassen (1. und 3.)
 - Gesetzliche Unfallversicherung (1.-4.)
 - Träger der Kriegsopfersversorgung und Kriegsopferfürsorge (1.-4.)
 - Träger der öffentlichen Jugendhilfe (1.-4.)
 - Träger der Sozialhilfe (1.-2., 4.)
- 1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - 2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, früher: berufliche Rehabilitation)
 - 3. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld)
 - 4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (früher: soziale Rehabilitation)

Formen integrierter Versorgung in Deutschland

Formen der medizinischen Rehabilitation (DRV, GKV)

- **Frührehabilitation** (Akutkrankenhaus)
- **Anschluss-Rehabilitation vs. Heilverfahren**
(Stationäre und ambulante
Rehabilitationseinrichtungen)
- **Mobile Rehabilitation** (Häuslichkeit, Heim)
- **Reha-Nachsorge** (div.)

Formen integrierter Versorgung in Deutschland

Reha-Management der Unfallversicherung

- Arbeits- und Wegeunfälle, Ausbildung
- Einzige nicht-paritätische Sozialversicherungszweig
- alle Leistungen „aus einer Hand“: Akutversorgung bis Rentenzahlungen
- Einzelfall-Orientierung
- unterschiedliche Formen der Ausgestaltung
- keine Evidenz (black box)

Formen integrierter Versorgung in Deutschland

Formen der Integration von Versorgung in der DRV

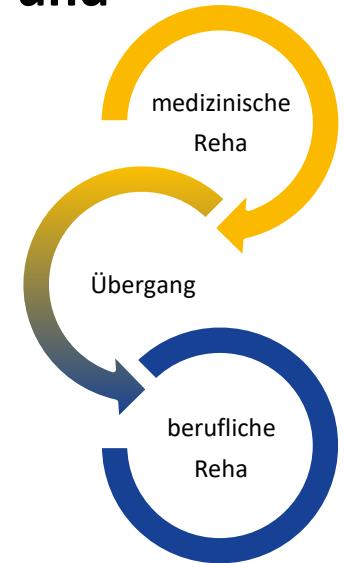
- Anschluss-Reha (Katalog, Entlassmanagement, Wunsch- und Wahlrecht)
- „Nachsorge“-Angebote (i.d.R. bis zu 26 Wochen), Organisation der Nachsorge in den Reha-Einrichtungen (eigenes ETM)
- Fall-Management: in einzelnen DRVen und Modellprojekte in rehapro: von Fall-Identifikation / Reha-Einleitung über Reha-Maßnahme in die Nachsorge und Nachbetreuung
- Übergreifende gesetzliche Regelung im SGV VI (nicht SGB IX) angestrebt

Formen der Integration von Versorgung in Deutschland: GKV

- Anschluss-Reha (Katalog, Entlassmanagement, Wunsch- und Wahlrecht), mobile Rehabilitation
- Disease Management Programme (Adipositas, Asthma bronchiale, Brustkrebs, Chronische Herzinsuffizienz, Chronischer Rückenschmerz, COPD, Depressionen, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis)
- Ärztenetze (z.B. Kinzigital)
- Integrierte Versorgungsmodelle / Selektivverträge
- Phasenmodell der Neurologischen Rehabilitation

Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) als Beispiel für die Intergration unterschiedlicher Rehabilitationsphasen mit unterschiedlichen Leistungsträgern

- Besonderes Rehabilitationskonzept für Personen mit **komplexen Funktions- und Teilhabestörungen infolge psychischer Erkrankung**
- **Kombiniert medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen (LTA)**, als zwei Phasen aus einer Hand
- Ziele: Minderung, und Bewältigung der Folgen der psychischen Erkrankung, Ressourcenaktivierung, Training der Leistungsfähigkeit
- Langfristiges **Teilhabeziel Arbeit von Beginn an im Fokus**
- Personenzentrierung, Berücksichtigung von Neigungen und Fähigkeiten
- Arbeit als Ziel und Methode der Reha: Kooperation mit Unternehmen
- Lebensweltorientierung, Einbezug von An- und Zugehörigen



Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK)

- Grundlage:
bundesweite RPK-Empfehlungsvereinbarung
(Überarbeitungsstand 01.08.2024)
= Rahmenkonzept mit hohen fachlichen, personellen und strukturellen Standards
ambulante und/oder stationäre Einrichtungen



Komplexität im Rehabilitationprozess: Anbieter-, Setting- und Sektorenübergreifende Rehabilitation

- „Einfacher“ Reha-Prozess mit einer Rehabilitationsmaßnahme als Komplexleistung
- Verschiedene, ineinander greifende Reha-Leistungen, z.B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme
- Nicht-lineare Verläufe, insb. aufgrund von Krankheitsverläufen (insb. Schübe, Rückfälle, Exazerbationen), personbezogenen (z.B. Persönlichkeitsmerkmale) und/oder Umwelt-bezogenen Faktoren (z.B. critical life events, Arbeitsplatzverlust)
- Integration des Rehaprozesses / von Rehaprozessen in weitere Versorgungsverläufe

Methodische Zugänge zur Analyse komplexer Rehabilitationsverläufe

- Der summative Evaluationsansatz
- Die Erweiterung des evaluativen Ansatzes: MRC Framework zur Evaluation komplexer Interventionen
- Beschreibung und Analyse komplexer Versorgungsverläufe I: Routinedatenanalysen
- Beschreibung und Analyse komplexer Versorgungsverläufe II: Qualitative Analyse von Versorgungserfahrungen
- Weitere Ansätze

Methodische Zugänge: Der summative Evaluationsansatz

- Prominent geworden in und mit der (klinischen) Medizin: Evidenz-basierte Medizin (EbM) / Evidenz-basierte Praxis
- RCTs als „Goldstandard“-Studiendesign für Interventionsstudien
- Breit akzeptiert für „Add-Ons“ / zusätzliche Interventionsbausteine
- Kontrovers für Frage der absoluten (und generalisierten) Wirksamkeit der in Deutschland praktizierten Form medizinischer Rehabilitation (Haaf 2005)
- aktuell 2 RCTs zu CED (MERCED-Studie) und Asthma bronchiale (EPRA-Studie)

Meyer (2022) Evidenzbasierung der Rehabilitation

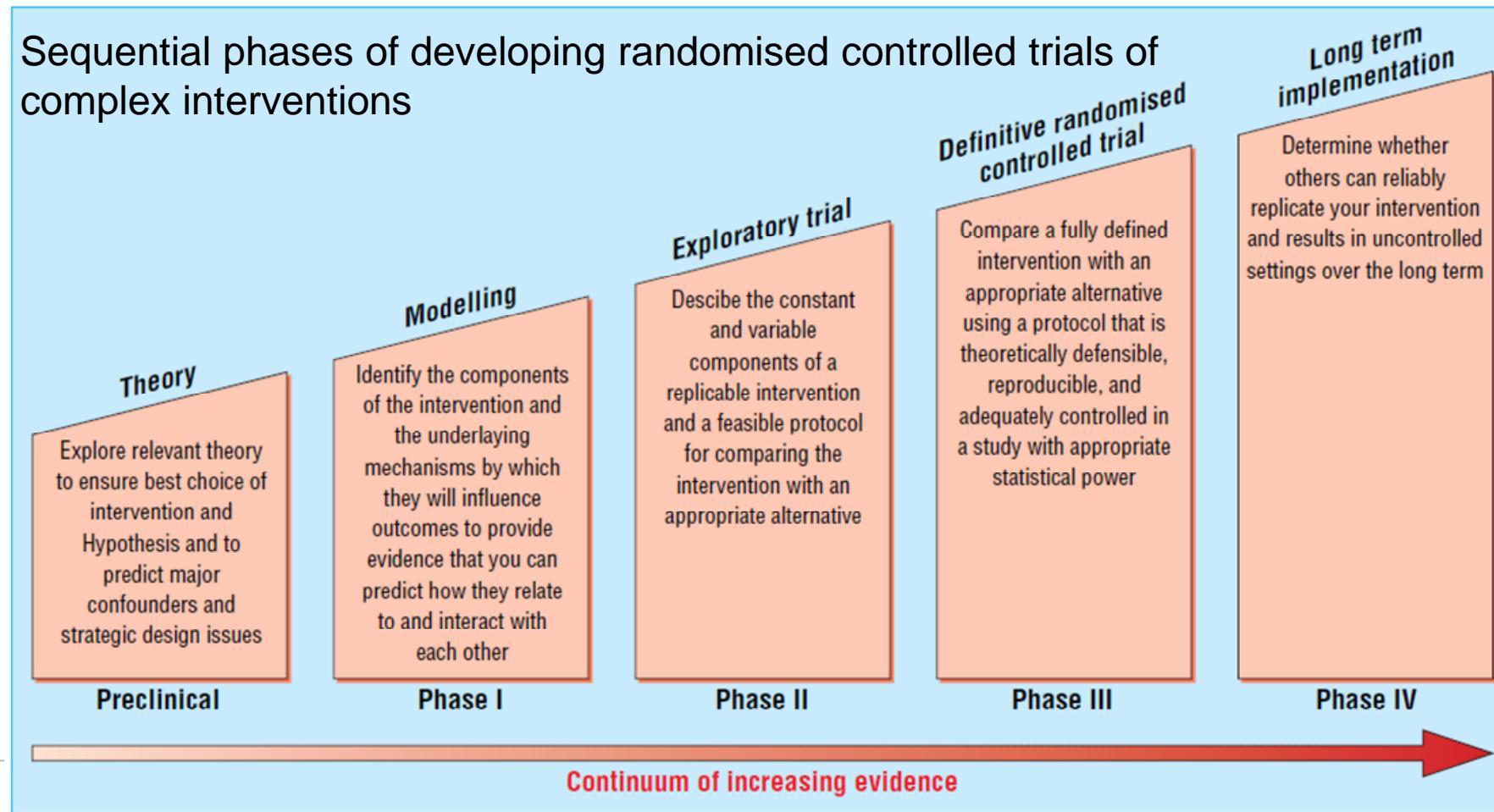
Methodische Zugänge: Der summative Evaluationsansatz

- Methodische Kritik an RCTs und ihrer Durchführung, u.a. Probleme der externen Validität, hoher Aufwand, kaum für längerfristige Prozesse und individuelle Zielorientierung geeignet
- Alternativen für „kontrafaktischen Ansatz“, z.B. Propensity-Score-Methode auf der Basis von Routinedaten (Krischak et al. 2019)
- Primäre Aufgabe von summativen RCTs zum Nachweis absoluter Wirksamkeit: **Legitimierungsfunktion** (vs. Erkenntnisfunktion)

Meyer (2022), Schmitz & Meyer-Feil (2024)

Methodische Zugänge: Der MRC-Framework

MRC guidance zur Evaluation komplexer Interventionen (2000)



Methodische Zugänge: Der MRC-Framework

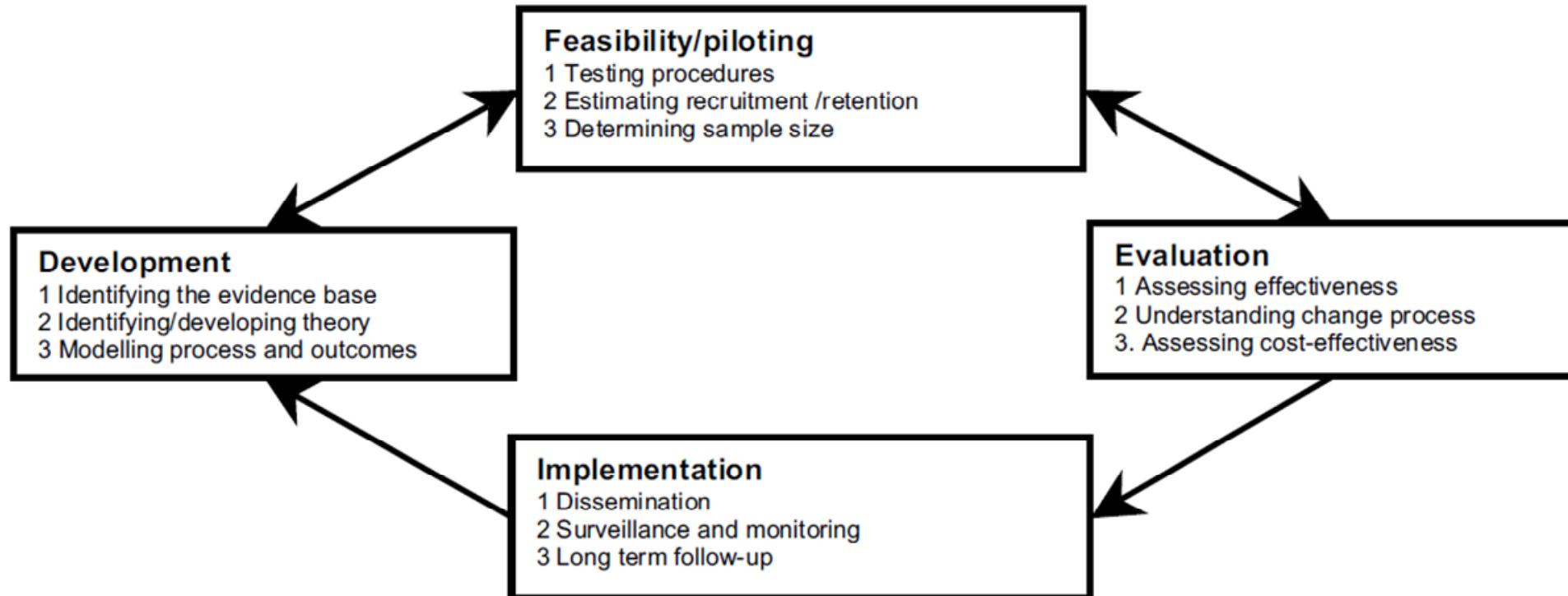
Überarbeitung 2007/2008: Änderungsbedarf

- größerer Bedarf an Pilotierung bzw. früher Entwicklungsschritte
- eher rückbezügliches Modell des Evaluationsprozesses (vs. linear)
- Zusammenführung von Prozess- und Outcome-Evaluation
- bessere Passung komplexer Interventionen auf lokale Bedingungen (vs. hoher Grad an Standardisierung)
- bessere Kompatibilität zu systemtheoretischen Ansätzen (Theorie komplexer adaptiver Systeme)

Craig et al. (2008) BMJ

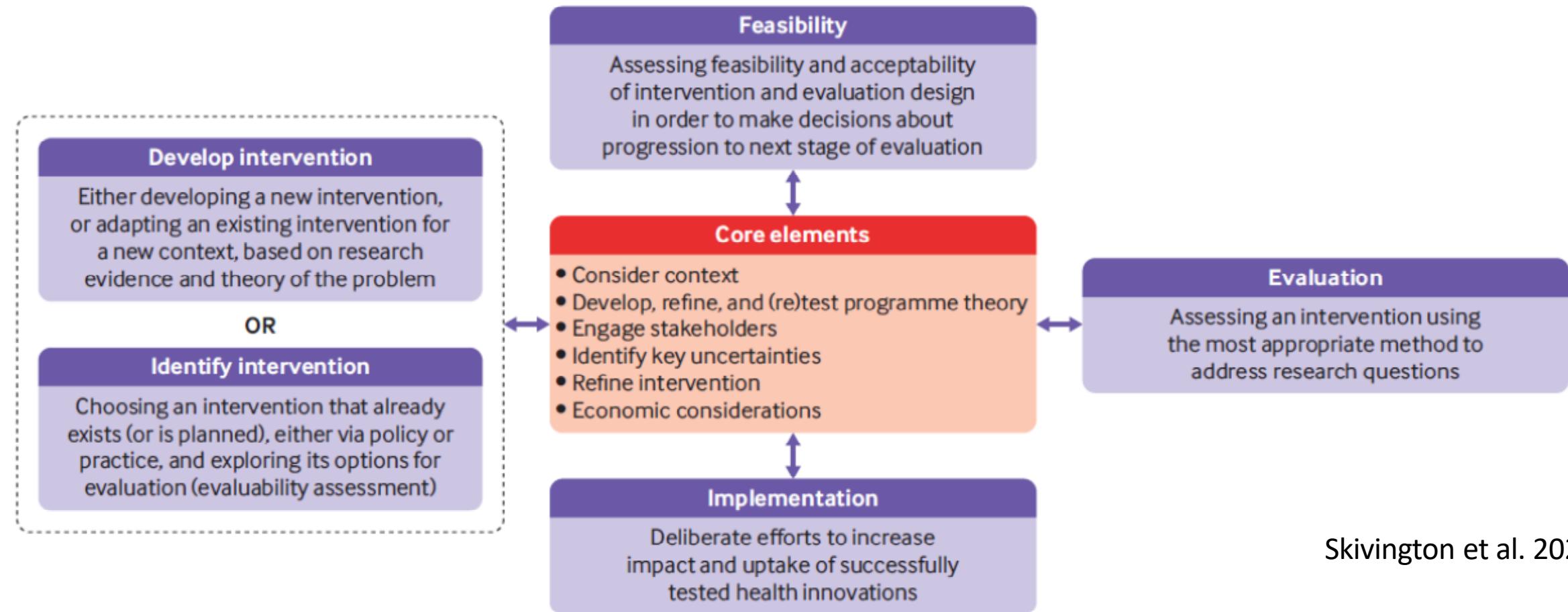
Methodische Zugänge: Der MRC-Framework 2008

Schlüsselemente des Entwicklungs- und Evaluationsprozesses



Craig et al. (2008)

Methodische Zugänge: Der MRC-Framework



Skivington et al. 2021

Methodische Zugänge: Bedeutung von Kontext und Mechanismen im MRC Framework

CMO model: context + mechanism = outcome

1. Nutzung eines weiten Spektrums wissenschaftlicher Methoden, die auf Mechanismen und Kontexte zielen können sollten (→ qualitative Methoden)
2. Orientierung auch an inkrementellen Verbesserungen, Lernen aus Erfahrung (z.B. Plan-Do-Study-Act Zyklen)
3. Integration inkrementeller Verbesserung über Praktiker, die in der Lage sind, Effekte des eigenen Tuns als Teil ihrer täglichen Arbeit aktiv und objektiv zu untersuchen
4. Gegenseitige Wertschätzung von Akademikern und Praktikern

Berwick DM (2008) The science of improvement. JAMA 299:1182-4

Methodische Zugänge: MRC-Framework in der Forschungspraxis

Beispiel: Projekt zur Entwicklung und Evaluation einer maßgeschneiderten Intervention zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit, sozialen Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Gelenkkontrakturen in Pflegeheimen

1. Müller et al. (2015) Developing and piloting a multifactorial intervention to address participation and quality of life in nursing home residents with joint contractures (JointConImprove): study protocol.
2. Saal et al. (2018) Development of a complex intervention to improve participation of nursing home residents with joint contractures: a mixed-method study.
3. Nguyen et al. (2019) Effectiveness of a complex intervention to improve participation and activities in nursing home residents with joint contractures (JointConEval): study protocol of a multicentre cluster-randomised controlled trial [DRKS-ID:DRKS00015185].
4. Saal et al. (2019) Improved participation of older people with joint contractures living in nursing homes: feasibility of study procedures in a cluster-randomised pilot trial.
5. Klingshirn et al. (2020) Implementation of a complex intervention to improve participation in older people with joint contractures living in nursing homes: a process evaluation of a cluster-randomised pilot trial.

Methodische Zugänge zur Analyse komplexer Rehabilitationsverläufe

- Der summative Evaluationsansatz
- Die Erweiterung des evaluativen Ansatzes: MRC Framework zur Evaluation komplexer Interventionen
- Beschreibung und Analyse komplexer Versorgungsverläufe I: Routinedatenanalysen
- Beschreibung und Analyse komplexer Versorgungsverläufe II: Qualitative Analyse von Versorgungserfahrungen
- Weitere Ansätze

Methodische Zugänge zur Analyse komplexer Rehabilitationsverläufe

- Der summative Evaluationsansatz
- Die Erweiterung des evaluativen Ansatzes: MRC Framework zur **Entwicklung, Evaluation und Implementierung** komplexer Interventionen
- Beschreibung und Analyse komplexer Versorgungsverläufe I:
Routinedatenanalysen
- Beschreibung und Analyse komplexer Versorgungsverläufe II:
Qualitative Analyse von Versorgungserfahrungen
- Weitere Ansätze

Methodische Zugänge: Routinedaten- /Sekundärdatenanalysen

- liegen üblicherweise in hohen Fallzahlen und längsschnittlich vor
- Eignung insb. für Analyse von Trends, regionalen Vergleichen, von kleinen Subpopulationen / seltenen Erkrankungen und deskriptiven Darstellungen der Versorgungsrealität
- Weniger aufwändig als prospektive Primärdatenerhebungen
- Problemfelder: u.a. Validität (Erhebungszweck und –praxis), Vollständigkeit der interessierenden Variablen und Fälle, Fälle vs. Personen, Selektion
- Neues Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) am BfArM, Grundlage: Abrechnungsdaten der gesetzlich Krankenversicherten (Anträge ab 2. Jahreshälfte 2024)

Slagman et al. (2023)

Methodische Zugänge: Routinedaten- /Sekundärdatenanalysen

Im Bereich der Rehabilitation:

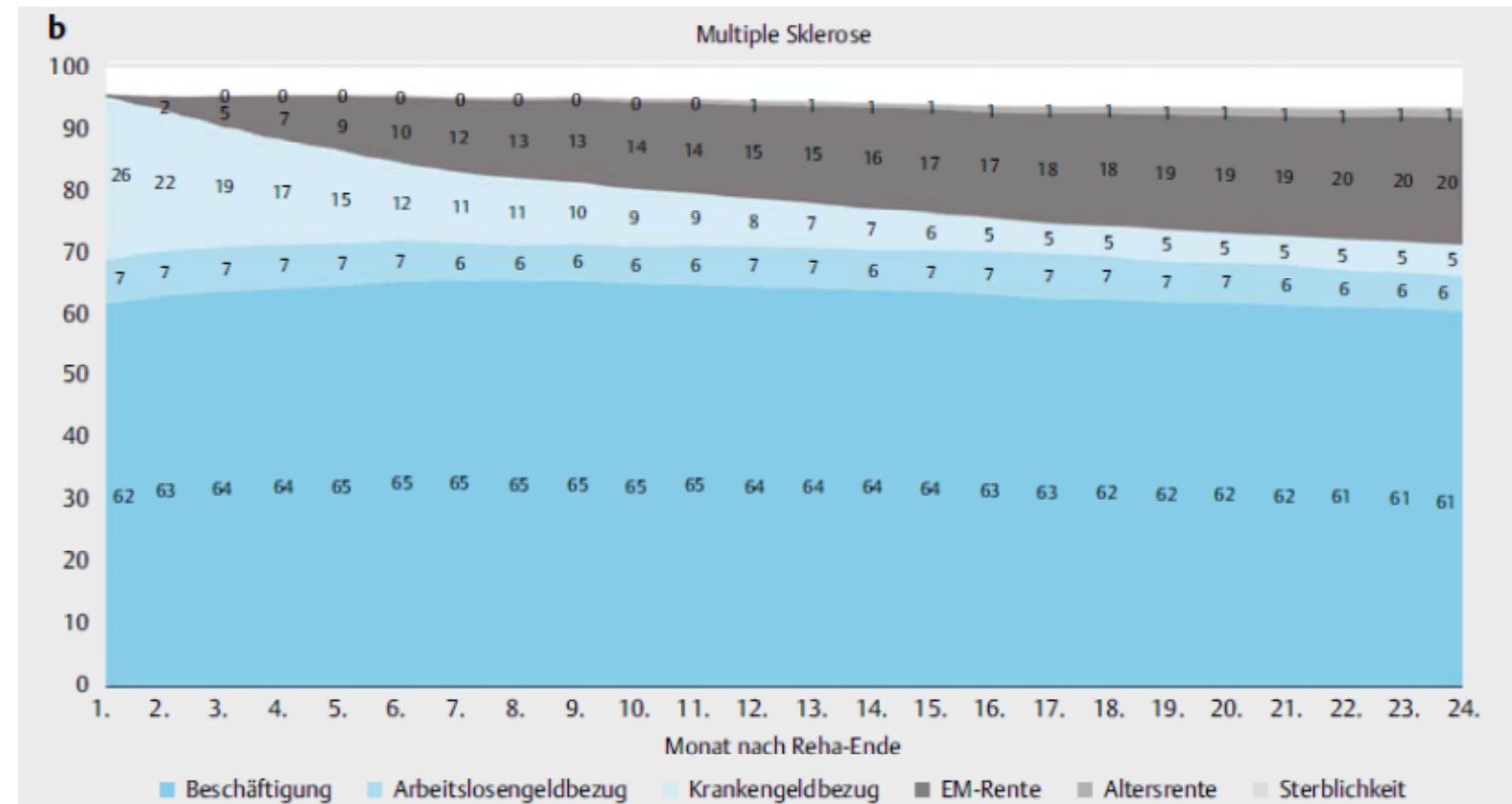
- Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV)
- Routinedaten der RV (u.a. Stammdaten, SV-Beiträge, Antragsstellung)
- Daten der Qualitätssicherung der Rentenversicherung (u.a. Diagnosen, KTL, RTS, Reha-Erfolg und –Zufriedenheit)
- GKV-Routinedaten einzelner Krankenversicherungen
- QS-Reha-Daten der GKV
- Trägerübergreifende Leistungsdaten (Teilhabeverfahrensbericht der BAR)

Methodische Zugänge: Routinedaten- /Sekundärdatenanalysen

Streibelt M, Zollmann P, Rasch L, Schimichowski J, Schmitz S (2023)

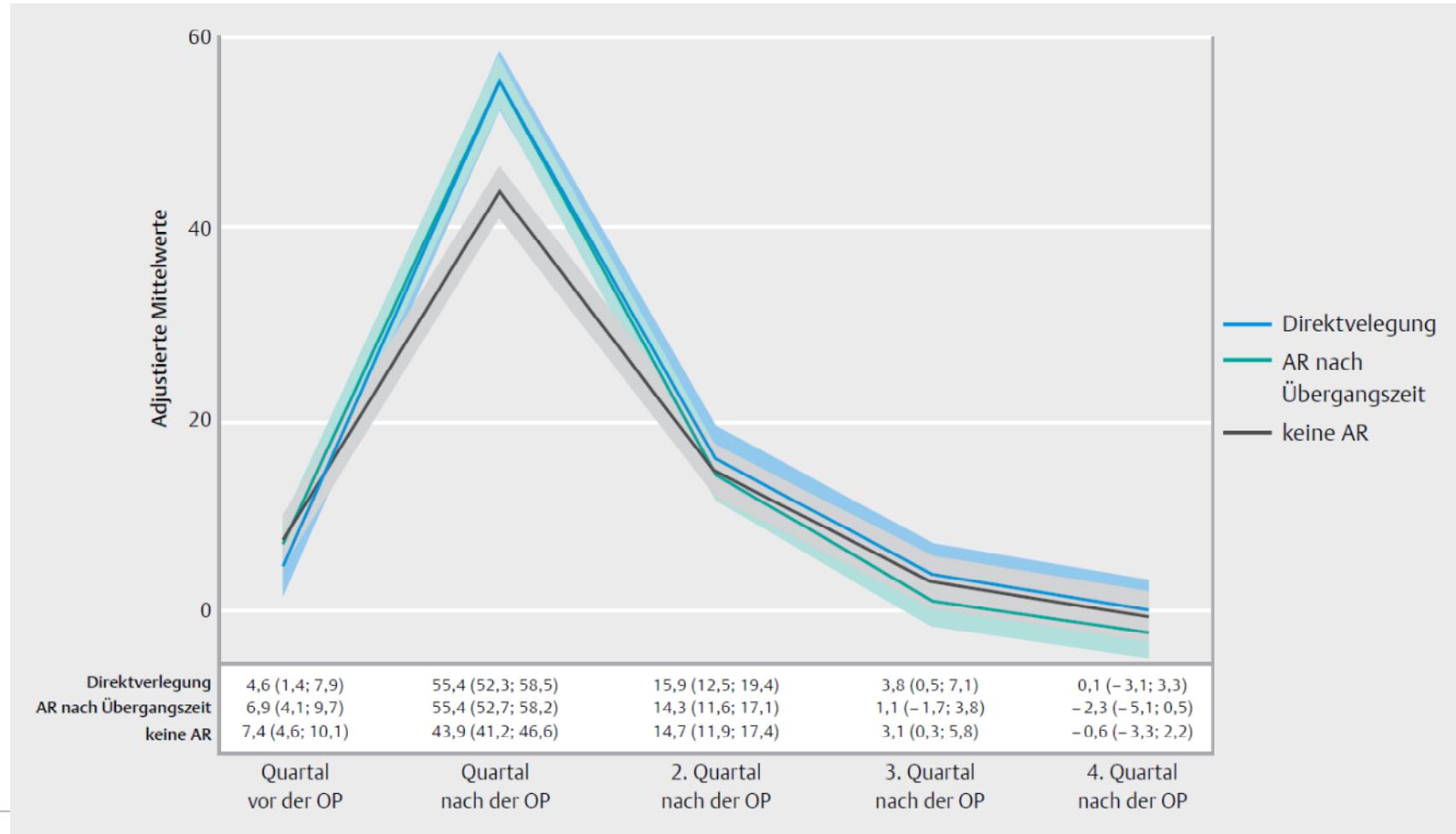
Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen.

Rehabilitation 62: 22-30.



Methodische Zugänge: Routinedaten- /Sekundärdatenanalysen

Dannenmaier J, Ritter S,
Jankowiak S, Kaluscha R,
Krischak G (2018)
Erwerbsstatus nach einer
Bandscheibenoperation:
Was bewirkt eine
Anschlussrehabilitation?
Rehabilitation 57: 38-47.



► Abb. 2 Adjustierte Mittelwerte der AU-Dauer nach Behandlungspfad mit 95 %-Konfidenzbändern.
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Methodische Zugänge: Qualitative Analyse bzw. Rekonstruktion von Versorgungserfahrungen

- Narrative (biografische) Interviews / Narrationsanalyse
- Nicht „objektiver Verlauf“ steht im Fokus, sondern Versorgungserleben und -entscheidungen
- Bsp. „EndoHealthCare-Studie“: Versorgungserfahrungen von Frauen mit Endometriose

Methodische Zugänge: Qualitative Analyse bzw. Rekonstruktion von Versorgungserfahrungen

Mit Beginn der Beschwerden/vor dem ersten Arztkontakt

Normalisierung (persönliche Dimension):

„Ich hab immer noch gedacht das ist bei mir so wie bei allen anderen Frauen und, ich bin halt irgendwie empfindlicher.“ (O_a2a2bb, Zeile 104-111)

Normalisierung durch das soziale Umfeld

„Meine Mutter und meine Großmutter haben mir dann seinerzeit gesagt, ich möge mich doch nicht so anstellen, das sei normal. Diesen Satz, den habe ich dann später nochmal häufiger gehört.“ (I_aaa4bbb4, Zeile 24-26)

Der erste Arztkontakt aufgrund von Beschwerden

Aberkennen der Bedeutung der Beschwerden:

„Und, der [Gynäkologe] hatte mir damals gesagt dass (--) al- i- ich hab's n-, den Satz der hat sich eingebrennt. "Ja Frau [Name], seine Periode haben, tut nun mal weh".“ (K_AA6BB6, Zeile 48-50)

Einfache Lösungen:

„[Sie hat] gefragt (...), ob ich irgendwie besondere (...) Beschwerden habe. Wo ich dann (...) gesagt habe, „ja gut, also meine Regel ist sehr schmerhaft, aber nicht besonders lang oder besonders stark.“ Das war alles so ganz normal. Wo sie dann gesagt hat, „ja dann nehmen Sie doch einfach die Pille und dann ist auch gut“.“ (R_aa1bb1, Zeile 33-43)

Überschreiten einer persönlichen Grenze:

„Meine erste Ärztin, der ich das erzählt habe mit 18, dass mir das unten rum weh tut, dass ich, starke Beschwerden habe bei der Regelblutung, hat dann gesagt ich soll mich nicht so anstellen. (--) Ich würde beim Sex ja auch nicht ((klopft auf den Tisch)) mich so anstellen.“
(P_Abb9Baa9, Zeile 16-20)

Methodische Zugänge: Qualitative Analyse bzw. Rekonstruktion von Versorgungserfahrungen

Weitere Arztkontakte vor der Diagnosestellung

Überschreiten einer persönlichen Grenze:

„Der [Gynäkologe] hat wieder gesagt, „naja, pfff, [ich] kann nichts sehen. Stellen Sie sich mal nicht so an (...) Müssen Sie sich halt 'nen anderen Sexualpartner suchen.“
(D_aB7bA7, Zeile 27-30)

Alternative Erklärungen:

„Und dann hieß es auf einmal Blinddarm ((atmet hörbar ein)) und dann bin ich halt ins Krankenhaus eingewiesen worden (...) Und es wurde 'ne Bauchspiegelung gemacht und es wurde nichts vorgefunden. Der Blinddarm sah toll aus. Aber es wurde ja nicht weiter geguckt ((mit etwas gebrochener Stimme)).“
(L_ab1ab5, Zeile 720-726)

Nicht-Achtung von Kollegenmeinungen:

„Und, hatte dann noch 'nen Bericht an den Gynäkologen eben zur Weiterbehandlung geschickt gehabt. Und der hat das dann alles so schön unter'n Tisch fallen lassen so. Interessiert mich doch nicht ((sehr leise sprechend))“ (D_aB7bA7, Zeile 35-38)

Aberkennen einer körperlichen Ursache der Beschwerden und Attribution auf psychologische Ursachen der Beschwerden:

„Ich war bei (...) mehreren Ärzten, immer wieder. (...) Und, mir wurde halt also immer gesagt, nach nem Ultraschall oder nach 'ner Untersuchung, ich habe nichts. (...) Ne, ich würde mir das so einbilden und, da wäre nichts.“ (M_bAA1bb6, Zeile 13-18)

Umgang mit Schmerzmitteln:

„[Der Gynäkologe hat] gesagt „(...) Nehmen Sie halt einfach 'ne Paracetamol oder 'nen Ibuprofen, das ist schon in Ordnung“. Und dann war eben wieder das Sich-Nicht-Ernst-Genommen-Fühlen.“
(O_a2a2bb, Zeile 125-131)

Weitere methodische Zugänge

- Möglichkeiten der sektorübergreifenden Fallrekonstruktion durch Fall-Management
 - Bsp. BORA-TB (Teilhabebegleiter:innen für Patient:innen während und nach der Entwöhnungsbehandlung)
 - Nutzen der Dokumentationen der Case-Manager:innen, um Fallverläufe zu beschreiben und typische Fallverläufe herauszuarbeiten
- Fallverläufe in qualitativen Längsschnittstudien (selten!)
 - Bsp. MeZEB (Versorgungserfahrung vor und mit Med. Zentren für Erwachsene mit Behinderung)
- Systematischer Vergleich von Fallverläufen mit / ohne bestimmten Leistungsangeboten zur Rehabilitation (kontrastierender Fallvergleich von Personen mit vergleichbaren Ausgangsmerkmalen; pending)

Resümee

Welchen Beitrag kann die Versorgungsforschung für die Analyse komplexer Rehabilitationsverläufe leisten?

- Anerkennung der begrenzten Aussagekraft konventioneller summariver Evaluationsdesigns
- Umgang mit Fragen der Komplexität (sowohl des Kontextes als auch der Interventionen): Nutzung des MRC-Frameworks
- Theorie-basierte, Mechanismen-orientierte Forschung voranbringen
- Nutzung von Routinedaten: steht am Anfang, sektorenübergreifende Analysen dringend geboten (bzw. Förderung zuverlässiger einheitlicher Dokumentationen)
- Nutzung qualitativer Forschungsansätze zur Rekonstruktion und Analyse von komplexen Rehabilitationsverläufen

Literatur

- Berwick DM (2008) The science of improvement. *JAMA* 299:1182-1184
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2019) Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GEReha-Prozess.BF01.pdf
- Campbell et al. (2000) Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 321: 694-696.
- Craig et al. on behalf of the Medical Research Council (2008) Developing and evaluating complex interventions: new guidance. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance.
- Dannenmaier J, Ritter S, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G (2018) Erwerbsstatus nach einer Bandscheibenoperation: Was bewirkt eine Anschlussrehabilitation? *Rehabilitation* 57(01): 38-47.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) Reha-Definition der DVfR. Verfügbar unter www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr
- Gutenbrunner C et al. (2010) Describing and developing the field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe – preface to a series of papers published by the Professional Practice Committee of the PRM section of the Union of European Medical Specialists (UEMS). *Ann Phys Rehabil Med* 53: 593-597.
- Haaf H-G (2005)
- Krischak G, Tepohl L, Dannenmaier J, Hartschuh U, Auer R, Kaluscha R (2019) Gesundheitsökonomische Effekte der Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz – Eine Beobachtungsstudie mittels kombinierten Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenkasse und der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2019; 58: 392–397
- Levin S, Hendry M, Chandler J et al. (2017) Assessing the complexity of interventions within systematic reviews: development, content and use of a new tool (iCAT-SR). *BMC Med Res Methodol* 17:76.
- Meyer T (2022) Evidenzbasierung der Rehabilitation. In Meyer T, Bengel J, Wirtz M (Hrsg.) *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften*. Bern, Göttingen: Hogrefe, S. 294-306.
- Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G (2011) Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *J Rehabil Med* 43(9):765-769.
- Möhler R, Farin-Glattacker E (2022) Merkmale von Interventionen und Versorgung. In: Meyer T, Bengel J, Wirtz M (Hrsg.) *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften*. Bern, Göttingen: Hogrefe, S. 369-376.
- Negrini S, Selb M, Kiekens C, Todhunter-Brown A, Arienti C, Stucki G, Meyer T; 3rd Cochrane Rehabilitation Methodology Meeting participants (2022) Rehabilitation Definition for Research Purposes: A Global Stakeholders' Initiative by Cochrane Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 101(7): e100-e107.
- Rauch A, Meyer T (2013) Die Implementierung der ICF in das Rehabilitationsmanagement - ein Fallbeispiel. In V Fialka-Moser (Hrsg.) *Kompendium Physikalische Medizin und Rehabilitation: Diagnostische und therapeutische Konzepte* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wien: Springer, S. 127-153.
- Schmitz S, Meyer-Feil T (2024) Randomized controlled trials as a source of evidence in rehabilitation: a critical analysis. *Eur J Phys Rehabil Med* 60(6):1078-1087.
- Slagman A, Hoffmann F, Horenkamp-Sonntag D, et al. (2023) Analyse von Routinedaten in der Gesundheitsforschung: Validität, Generalisierbarkeit und Herausforderungen. *Z Allg Med* 99:86–92.
- Skivington K, Matthews L, Simpson SA et al. (2021) A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 374:n2061.
- Streibelt M, Zollmann P, Rasch L, Schimichowski J, Schmitz S (2023) Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. *Rehabilitation* 62: 22-30.

