

Die Rehabilitation hat kein Imageproblem!

Zur kritischen Auseinandersetzung mit der Rehabilitationsforschung: Anmerkungen zum Gespräch mit Prof. Dr. Alfred Wirth

Text: Dr. Rüdiger Nübling

Ohne Zweifel: In der Rehabilitation sind – auch 20 Jahre nach der Reha-Kommission – weitere Verbesserungen nötig und vor allem möglich. Viele der von Alfred Wirth und Kollegen gemachten Vorschläge können nur unterstrichen werden. Dies gilt insbesondere für die Hervorhebung der herausragenden Bedeutung des bio-psycho-sozialen Ansatzes der Rehabilitation sowie für die Notwendigkeit, die Rehabilitation stärker zu vernetzen. Auch die Forderung, die Rehabilitation mehr an den Universitäten zu verankern, sowie die Kritik an der oft etwas allzu zentralistischen Ausrichtung der Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung können unterstützt werden. Nicht geteilt werden können die Einschätzungen zur Qualität der Rehabilitationsforschung und zur Forschungskompetenz von Mediziner:innen.

Antworten auf die demografische Herausforderung

Die Rehabilitation ist mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz der wichtigste Behandlungsrahmen für Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen und hier der Akutmedizin – mit ihren meist auf einzelne Körperteile oder -regionen spezialisierten Behandlungsmodellen – überlegen. Sie ist damit, neben der Prävention, eine der wichtigsten Antworten auf die aktuellen und künftigen Herausforderungen einer dramatisch alternden und zunehmend multimorbiden Gesellschaft (F. Beske 2010). Hier ist auch, und das geht über die Argumentation von Wirth hinaus, ein Umdenken in der finanziellen Gewichtung der unterschiedlichen Säulen des Gesundheitswesens nötig. Bei einer ausschließlich oder überwiegend akutmedizinischen Behandlung chronischer Erkrankungen muss von einer beträchtlichen Fehlallokation der Mittel ausgegangen werden. Mittel- und langfristig wird es zu einer Verschiebung hin zu einer deutlich stärker präventions- und rehabilitationsbezogenen Versorgung kommen müssen; dies wird unter anderem auch in den Gutachten des „Sachverständigenrats Gesundheit“ von 2007 und 2009 thematisiert.

Aktuell sieht die Situation allerdings völlig anders aus: Der absolute Betrag für die Aufwendungen für Vorsorge und Rehabilitation stieg zwar in den letzten 15 Jahren um etwa 5 % von 7,6 Mrd. Euro auf 8 Mrd. Euro an. Gleichzeitig ging aber der relative Anteil an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen von 4,1 % auf 3,1 %, also um etwa 25 %, zurück.



DR. DIPLOM-PSYCHOLOGE RÜDIGER NÜBLING

LANDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER

Baden-Württemberg
Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart
Telefon: 0711 674470-40, E-Mail: nuebling@lpk-bw.de
Internet: www.lpk-bw.de

GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN (GFQG)

Erfurterstraße 5a, 76139 Karlsruhe
Telefon: 0721 3528686, E-Mail: nuebling@gfqq.de
Internet: www.gfqq.de

Eine Literaturliste gibt es beim Verfasser

„Medizinlastigkeit“ abbauen

Wie Wirth hervorhebt, ist das bio-psycho-soziale Modell eine der Stärken der Rehabilitation. Dieser ganzheitliche Ansatz ist formal beschrieben im sogenannten Theoriemodell der Rehabilitation (N. Gerdes u. a. 2000). In ihm spielen die Kontextfaktoren vor allem für die Bewältigung und/oder Verarbeitung der chronischen Erkrankung sowie das Gesundheitsverhalten eine entscheidende Rolle. In der Umsetzung dieser Grundkonzeption in die Rehabilitationskonzepte der Kliniken und noch mehr in deren Versorgungsalltag allerdings ist die Rehabilitation nach wie vor zu „medizinlastig“.

Die Behandlung multimorbider Patienten einschließlich der Kontextabhängigkeit der Erkrankungen, vor allem in Richtung Änderung ihres Lebensstils und Gesundheitsverhaltens, soll multiprofessionell erfolgen. Spezialisten für solche Interventionen sind Psychologen oder Psychologische Psychotherapeuten. Der bio-psycho-soziale Ansatz muss sich auch in der Teamgestaltung und in der Leitungsverantwortung spiegeln. So ist zum Beispiel fachlich nicht nachvollziehbar, warum in den somatischen Rehabilitationskliniken der Anteil der Psychologen am Gesamtteam chronisch zu niedrig ist, und warum Kliniken nicht, zumindest in der Psychosomatischen und der Suchtrehabilitation, auch von einem Psychologen oder Psychologischen Psychotherapeuten geführt werden können.

Für Letzteres müssten die geltenden gesetzlichen Grundlagen, insbesondere des SGB IX (§ 26 Abs.2), geändert werden. Die strategische Leitung und damit auch die Leitung der Umsetzung der Rehabilitationskonzepte ausschließlich durch Mediziner impliziert die „Gefahr“ der Präferenz von medizinischen Leistungen und Maßnahmen, was auch heute noch in vielen Rehabilitationskliniken gut beobachtet werden kann.

Ein gutes Beispiel für die „Medizinlastigkeit“ ist auch die bislang mangelhafte Umsetzung der Ergebnisse aus der Rehabilitationsforschung zur psychischen Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Inzwischen belegen mehrere fundierte Studien, dass vor allem in der orthopädischen und onkologischen Rehabilitation – aber auch in anderen Indikationsbereichen – ein erheblicher Anteil von Patienten psychische Beeinträchtigungen aufweist, die von den Mediziner:innen oft nicht erkannt werden (siehe zum Beispiel H. Baumeister u. a. 2004, M. Härter u. a. 2007, R. Nübling u. a. 2004, N. Gerdes/W. Jäckel 1995). Bislang haben diese Erkenntnisse allerdings keine weiterreichenden Konsequenzen für die Behandlungskonzepte der Kliniken oder ihre Stellenpläne – etwa eine Erweiterung des Stellenschlüssels für Psychologen – nach sich gezogen. Vielmehr wird trotz eines erkannten höheren Bedarfs von einer seit über 25 Jahren gleichbleibenden Stellensituation berichtet (siehe D. Küch u. a. 2008). Nur eine Deutsche Rentenversicherung hat sich

des Themas angenommen und auch Veränderungen initiiert, etwa mit den „Speyrer Empfehlungen“ (siehe J. Herdt/B. Kulick 2007). Inzwischen erfolgt auch eine Projektförderung zur Entwicklung eines psychodiagnostischen Stufenplans (siehe B. Vogel u. a. 2009), dessen Implementierung in die Einrichtungen aber am genannten Ressourcenproblem zu scheitern droht.

Vernetzung verbessern

Richtig und wichtig sind auch alle Anstrengungen zu einer Verbesserung der Vernetzung der Rehabilitation mit der ambulanten Versorgung. Nach wie vor bestehen, obwohl im SGB IX inzwischen recht eindeutig geregelt, zum Teil erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren. Vor allem den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten kommt beim Erkennen des Rehabilitationsbedarfs und der Rehabilitationsfähigkeit eine ganz entscheidende Bedeutung zu, was im „System“ für die Indikationsstellung zur Rehabilitation noch immer eine zu geringe Rolle spielt.

Stattdessen „leisten“ sich die Rehabilitationsträger ein aufwendiges System der Prüfung von Anträgen. Sie tun dies unter anderem auch mit dem Hinweis darauf, dass bei den niedergelassenen Ärzten keine oder zu wenig Rehabilitationskompetenz vorliegt, was zum Teil auch stimmt. Aber hier könnte auch ein entsprechendes Screening ausreichen, auf dessen Grundlage eine direkte Überweisung in eine Rehabilitationsklinik erfolgen könnte. Für viele niedergelassene Ärzte oder Psychotherapeuten ist das Antragsverfahren mit (zu) viel Aufwand und für den Patienten mit einem meist langwierigen Verfahren verbunden. Darüber hinaus werden Anträge nicht ausschließlich nach dem Bedarf bewilligt, sondern auch in Abhängigkeit von einem gedeckelten Budget, was weder für die betroffenen Patienten noch gesundheitsökonomisch sinnvoll erscheint.

Fragen zur Rehabilitationsforschung

Kritisiert wird von Wirth und Kollegen auch die mangelnde Qualität der Rehabilitationsforschung. Die Hauptaufgabe der Rehabilitationsforschung sei, so Wirth, die Frage zu beantworten: Nutzt die Rehabilitation? Der Aussage, er kenne keine einzige Studie aus der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung, die dies belege, liegt eine – verbreitete – methodische Auffassung zugrunde, nach der sogenannte „RCT-Studien“ (Randomized Clinical Trials) als „Gold-Standard“ klinischer Forschung gesehen werden. Richtig ist, dass es in der Rehabilitationsforschung bislang wenig RCT-Studien gibt. Aber ist sie deshalb weniger wissenschaftlich? Ist ihre Qualität deshalb geringer?

Die RCT-Studien führen die aktuell geltenden Standards evidenzbasierten Vorgehens, die „Levels of evidence“, an.

Die beiden höchsten Evidenzstufen umfassen mehrere RCT-Studien (Level 2) oder Meta-Analysen von RCT-Studien (Level 1). Das Ziel von RCT-Studien ist die Herausarbeitung von Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen sowie die Erfassung „reiner“ Effekte (siehe zum Beispiel P. H. Rossi u. a. 1999). Dies soll unten anderem erreicht werden durch Zufallszuweisungen zu Behandlungs- und Kontrollgruppen, manualisierte Behandlung, Verblindung sowie Kontrolle sogenannter Störgrößen.

Eine ausreichende interne Validität ist ohne Zweifel ein wichtiges Kriterium für die Feststellung der Wissenschaftlichkeit von Studien. Nicht weniger wichtig aber ist – und das wird in den „Levels of evidence“ vernachlässigt – die externe Validität, also die Generalisierbarkeit der Befunde. Die sich in den Evidenzstufen ausdrückende einseitige Schwerpunktlegung auf die interne Validität von Studien wird zunehmend (wieder) als Überbewertung experimenteller Designs kritisiert (siehe zum Beispiel M. Campbell u. a. 2000, F. Leichsenring 2004 a/b, F. Porzolt u. a. 2006, V. Tschuschke 2005, G. Zurhorst 2003). Auf die in diesem Kontext relevante wissenschaftstheoretische Diskussion zur Paradigmenabhängigkeit von Forschung kann hier nur verwiesen werden (siehe zum Beispiel B. D. Slife 2004, H. Westmeyer 1989).

Die Kritik an den RCT-Studien ist umso beachtenswerter, als sie aktuell auch aus der – diesem Paradigma stärker verpflichteten – Pharmaforschung kommt (siehe F. Porzolt u. a. 2006). Zudem ist die Kritik an den RCT-Studien nicht neu. So wurde bereits in den 1970er und 1980er Jahren in der Psychologie die Kontroverse um den „experimentellen und korrelativ-naturalistischen“ Ansatz geführt (D. J. Kiesler 1977, N. L. Smith 1980, C. J. Gelso 1979, W. W. Wittmann 1985 und 1988). Verschiedentlich wurde auch vom „Mythos Experiment“ gesprochen (R. Nübling 1992, R. Nübling/J. Schmidt 2000).

Welche Studien brauchen wir?

Ein Hauptkritikpunkt ist, dass die Ergebnisse von RCT-Studien vor allem wegen ihrer Künstlichkeit nur sehr begrenzt repräsentativ sind, also nicht ohne weiteres generalisiert werden können (K. Bayer 2007, L. E. Beutler 1998, P. Fonagy 1999, T. Fydrich/W. Schneider 2007, K. I. Howard u. a. 1996, M. E. P. Seligman 1995); D. Revenstorf (2005) spricht von „notorischer Irrepräsentativität“ der RCT-Studien.

Damit sind RCT-Studien selbstverständlich nicht grundsätzlich ungeeignet für die Nutzenbeurteilung der Rehabilitation. Aber die Bedeutung der Ergebnisse naturalistischer Studien für die Versorgung kann besser eingeschätzt werden. Im Hinblick auf die Rehabilitation (wie auch Psychotherapie) werden die Vorteile naturalistischer Studien massiv unterschätzt. Die unvergleichlich höhere Praxisnähe und Generalisierbarkeit der Befunde

führen zu einer verbesserten Prognose dessen, was ein Verfahren in der konkreten klinischen Alltagspraxis zu leisten vermag und welche gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung ihm zugeschrieben werden kann.

Ein gutes Beispiel für die wechselseitige Anerkennung von RCT-Studien und naturalistischen Studien stellt das sogenannte Methodenpapier des „Wissenschaftliches Beirats Psychotherapie“/Version 2.8 vom 20. September 2010 dar (Internet: www.wbpsychotherapie.de; siehe auch R. Nübling 2008). Anders als der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Verfahrensordnung (Bundesanzeiger 2006, Seite 4876) fordert der „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie“ neben allgemeinen Kriterien methodischer Qualität sowohl die Beurteilung der internen Validität als auch der externen Validität der vorgelegten Studien. Auch für naturalistische Studien hat der „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie“ methodische Standards definiert, das heißt, es können auch hier entsprechende Evidenzstufen, parallel zu den RCT-Studien, formuliert werden (siehe F. Leichsenring 2004a) und zur Bewertung guter Forschung herangezogen werden.

Pluspunkte der Versorgungsforschung

Die Rehabilitationsforschung ist, wie Wirth kritisiert, vorwiegend Versorgungsforschung. Dies ist keine Kritik, sondern vielmehr ein Kompliment, denn die Versorgungsnähe ist eine der besonderen Stärken der Rehabilitationsforschung. Innerhalb der noch jungen Versorgungsforschung kann die Rehabilitation als ein „Best-Practice-Modell“ betrachtet werden.

Ein gutes Beispiel für die potenzielle Bedeutung naturalistischer Studien für die Nutzenbewertung eines Versorgungsbereichs stellt die im Rahmen des „Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften“ erstellte Meta-Analyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation dar (A. Steffanowski u. a. 2007). Hierbei wurden 65 Studien, die seit Mitte der 1980er Jahre durchgeführt wurden, einbezogen. Fast alle Studien (nämlich 63) waren naturalistisch angelegt, das heißt, es wurden konkrete Inanspruchnahmepopulationen aus der alltäglichen Klinikroutine gewonnen. Insgesamt umfassten die untersuchten Studien mehr als 25 000 Patienten. Die gesundheitsökonomische Analyse der Autoren legt eine Kosten-Nutzen-Relation (Return of Investment) von etwa 1:4 nahe, wobei der gesamtgesellschaftliche Nutzen der jährlich etwa 100 000 Behandlungen auf rund 3 Mrd. Euro im Jahr veranschlagt wird.

In der Sichtweise der auf „Randomized Clinical Trials“ fokussierten Evidenzstufen würden diese Studien wegen „mangelnder Evidenz“ gar nicht oder nur sehr bedingt zu einer Bewertung im Sinne der Verfahrensordnung des G-BA ausgewählt werden. Es kann allerdings nicht

ernsthaft behauptet werden, die in der alltäglichen Versorgung durchgeführten Studien dieser Größenordnung (Stichprobengröße) hätten keine Evidenz. Ganz im Gegenteil belegen sie die Effektivität sowie auch die Effizienz der durchgeführten Behandlungen für diesen Versorgungsbereich eindrücklich.

Auch die Ergebnisse der Prognos-Studie (M. Steiner u. a. 2009) weisen in die gleiche Richtung. Vor diesem Hintergrund ist die Frage der Evidenz bzw. der Evidenzstufen neu oder zumindest anders zu stellen, das Absolutheitskriterium der „Unverzichtbarkeit“ des experimentellen Nachweises wird ad absurdum geführt. Aus dieser Perspektive ist die fundamentale Kritik von Wirth, es gebe keine einzige Studie, die den Nutzen der Rehabilitation belege, schlicht nicht zu akzeptieren.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Forschung und Klinik

In seiner Kritik an der Rehabilitationsforschung thematisiert Wirth auch die Verschränkung zwischen Forschung und Klinik. Er fordert, dass die Rehabilitationsforschung mehr als bisher durch Kliniker durchgeführt werden sollte, und nicht, wie in der Vergangenheit häufig, von Instituten außerhalb der Versorgung.

Dem ist teilweise zuzustimmen.

So war es eines der Ziele des „Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften“, die Rehabilitationsforschung mehr an die Kliniken zu bekommen, was zumindest nicht in dem Ausmaß gelungen ist, wie es geplant war (siehe I. Ehlebracht-König 2005). Demgegenüber geht aus dem Beispiel der Psychosomatischen Rehabilitation hervor, dass es bereits eine über 30jährige Tradition der Rehabilitationsforschung in den Rehabilitationskliniken gibt. Natürlich kann an dieser Stelle die Auffassung unterstützt werden, dass diese Verankerung der Forschung in den Kliniken noch in viel stärkerem Maß erfolgen soll und muss.

Auch die Forderung, dass die Rehabilitation stärker an den Universitäten verankert werden muss, kann nur unterstrichen werden. Insbesondere im Zuge zunehmender Multimorbidität müssen flächendeckend Lehrstühle

– allerdings nicht nur für Rehabilitationsmedizin, sondern auch für Rehabilitationspsychologie und Rehabilitationspflege – eingerichtet werden.

Der in diesem Kontext implizit von Wirth erhobene methodische Anspruch, dass Rehabilitationsforschung (ausschließlich?) von Medizinern gemacht werden sollte, ist hingegen kaum nachzuvollziehen. Wie schon zu meiner Studienzeit vor 30 Jahren müssen sich auch heute noch Medizinstudenten wegen ihrer mangelhaften Methodenausbildung (siehe A. Stallmach u. a. 2011) Unterstützung von den Psychologen holen. Die häufig mangelnde methodische Qualität medizinischer Doktorarbeiten ist weithin bekannt.

Dies hat Folgen für die Forschungsqualität in den Kliniken und Krankenhäusern, und die Rehabilitationsforschung hätte sich ohne die methodische Qualität der meist externen und außerhalb der Patientenversorgung stehenden Institute gar nicht in einer solchen Form entwickeln können. Und davor hat es noch keine Rehabilitationsforschung gegeben.

Wichtig erscheint in dieser Hinsicht, dass sich auch für die wesentlichen Forschungsfragestellungen Kliniker und Forscher an einen Tisch setzen und – ähnlich wie die multiprofessionellen Teams in den Kliniken – eine multiprofessionelle Zusammenarbeit für die Rehabilitationsforschung realisieren. Hier ist schon sehr viel getan worden, und hier muss auch weiterhin noch mehr getan werden.

Der „Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften“ hat eine Fülle von Studien hervorgebracht mit relevanten Fragestellungen, die für die Umsetzung und Erprobung in der Praxis bereitstehen. Die Ergebnisse sind zwar meist nicht in hochrangigen internationalen Journalen publiziert (dafür in guten deutschsprachigen wie zum Beispiel „Die Rehabilitation“, „Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie“, „Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie“), aber die Deutsche Rentenversicherung hat im Internet eine hervorragende Forschungsdatenbank eingerichtet (www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb), wo sich die Abschlussberichte der Studien einsehen lassen.

Literatur

- Baumeister, H., Höfler, M., Jacobi, F., Wittchen, H.U., Bengel, J. & Härter, M. (2004). Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskeletalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Zts Klin Psychol Psychother*, 55, 247-255.
- Bayer, K. (2007). Methodische und begriffliche Überlegungen zur evidenzbasierten Medizin (EbM) im Hinblick auf deren Eignung als Werkzeug, um die bisherige Medizin zu reformieren. *bvvp-Magazin*, 1, 2007, 22-24.
- Beske, F. (2010). Häufigkeit ausgewählter überwiegend chronischer Krankheiten als Beispiel für Probleme der Gesundheitsversorgung von morgen. *Public Health Forum*, 18, Heft 66, 21e1 – 21e2
- Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321: 694–696
- Ehlebracht-König, I. (2005). Rehabilitationsalltag und Rehabilitationswissenschaft – Widerspruch der Chance? *DRV-Schriften*, Band 59 (S. 29-31). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Fonagy, P. (1999). Process and outcome in mental healthcare delivery: a model approach to treatment evaluation. *Bulletin of Menniger Clinic*, 63, 288-304.
- Fydrich, T. & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68.
- Gelso, C. J. (1979). Research in counseling: methodological and professional issues. *The Counseling Psychologist*, 8, 7-35.
- Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA (2006). Verfahrensordnung. *Bundesanzeiger* 2006, S. 4876; download: <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/2006-07-07-VerfO.pdf>.
- Gerdes, N., Bengel, J. & Jäckel, W. (2000). Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung. In J. Bengel & W. H. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in der Rehabilitation* (S. 12-20). Regensburg: Roderer.
- Gerdes, N. & Jäckel, W. (1995). Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Rehabilitation*, 34, XII-XXIV.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hrsg.) (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg, Springer.
- Herdt, J. & Kulick, B. (2007). Wissenstransfer im Gesundheitswesen. In: Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hrsg.). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (147-159). Heidelberg, Springer.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness and patient progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 1059-1064.
- Kiesler, D.J. (1977). Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma. In: Petermann, F. (Hrsg.), *Psychotherapieforschung* (S. 7-50). Weinheim, Beltz
- Küch, D., Rusdorf, S., Rossband, H. & Morfeld, M. (2008). Analyse des Bedarfs psychologischer Interventionen in der Rehabilitation - Vergleich dreier Screening-Instrumente zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten. *DRV-Schriften*, Band xx (S. 88-90). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Leichsenring, F. (2004a). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of Menniger Clinic*, 68, 137-151.
- Leichsenring, F. (2004b). „Empirically supported Treatments“: Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52, 209-222.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt a. M.: VAS.
- Nübling, R. (2008). Das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie - Definierte Hürden für die Zulassung von Psychotherapieverfahren für Ausbildung und Berufsausübung. *Psychotherapeutenjournal*, 7, Heft 2/2008, 101-109
- Nübling, R., Hafen, K., Jastrebow, J., Körner, M., Löschmann, C., Rundel, M., Schmidt, J., Wirtz, M. & Bengel, J. (2004). Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (2000). Methodische Grundlagen der Ergebnisevaluation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft* (S. 324-346). Berlin: Springer.
- Porzolt, F., Ackermann, M. & Amelung, V (2006). Konzept zur Bewertung des intangiblen Nutzens von Gesundheitsleistungen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 11, 353-364.
- Revenstorff, D. (2005). Das Kuckucksei - Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung. Internetveröffentlichung. http://www.revenstorff.de/meg/downloads/Das_Kuckucksei.pdf
- Rossi, P. H., Freeman, H. E. & Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation. A systematic approach*. 6th Edition, Thousand Oaks, Sage.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W.M.C. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *The Consumer Reports Study*. *American Psychologist*, 50, 965-974
- Shadish, W. R., Matt, G., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Slife, B. D. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: the constraint of naturalism. In Lambert, M. L. (Ed.), *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 44-83). 5th Edition. New York: Wiley & Sons.
- Smith, N. L. (1980). The feasibility and desirability of experimental methods in evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 3, 252-256.
- Stallmach, A., Bauer, M., Witte, O.W. & Siegmund, B. (2011). Hochschulmedizin – Strategien zu Sicherung des wissenschaftlichen Nachwuchses. *Dtsch Ärztebl*, 108, A380-382.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern, Huber.
- Steiner, M., Zwingmann, C., Riedel, W., Schüssler, R. & Zweers, U. (2009). *Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Basel, Prognos AG.
- Tschuschke, V. (2005). Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. *Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge*. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 106-115.
- Vogel, B., Jahed, J., Bengel, J., Bath, J., Härter, M. & Baumeister, H. (2009). Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation*, 48, 361-368.
- Westmeyer, H. (1989)(Ed.). *Psychological theories from a structuralist point of view*. New York, Springer.
- Wirth, A. (2010). Zum Stellenwert der Rehabilitation in der Versorgungskette: Hat die Rehabilitation nur ein Imageproblem? Gespräch mit H. Seiter, A. Falk, D. Renn, U. Hartschuh und E.-L. Karl. *Spektrum Mitteilungsblatt der DRV Baden-Württemberg*, 2/2010, 35-38.

- Wirth, A., Klein, G. & Lepthin, H.-J. (2010). Medizinische Rehabilitation – Bessere –Vernetzung notwendig. Dt. Ärzteblatt, 107, A1253-1256.
- Wissenschaftlicher Beirat WBP (2010). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Version 2.8 vom 20.09.2010. download: <http://www.wbpsychotherapie.de/>
- Wittmann, W. W. (1985). Evaluationsforschung. Berlin: Springer.
- Wittmann, W. W. (1988). Multivariate reliability theory. Principles of symmetry and successful validation strategy. In J. R. Nesselroade & R. B. Cattell (Hrsg.), Handbook of multivariate experimental psychology (pp. 505-560). New York: Plenum.
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal, 2, 97-104.
- Zwingmann, C., Buschmann-Steinhage, R., Gewinn, H. & Klosterhuis, H. (2004). Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“: Ergebnisse – Umsetzung – Erfolge und Perspektiven. Rehabilitation, 43, 260-270.

Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart
Telefon: 0711 674470-40, E-Mail: nuebling@lpk-bw.de
Internet: www.lpk-bw.de