

Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland

Uwe Koch & Rolf Buschmann-Steinhage¹

Zusammenfassung:

Die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung brauchen eine wissenschaftliche Fundierung durch Ergebnisse der Rehabilitationsforschung. Deshalb war es notwendig, die in Deutschland nur unzureichend im Wissenschaftssystem verankerten Rehabilitationswissenschaften durch die Rentenversicherung (und aktuell gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung) gezielt zu fördern. Ausgehend vom Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften beschreibt der Beitrag das gewachsene Interesse vieler Beteiligten an diesem Wissenschaftsbereich und stellt dar, wodurch und auf welche Weise sich die Rehabilitationsforschung in den vergangenen Jahren zunehmend etablieren konnte. Dadurch entstand eine rehabilitationswissenschaftliche Infrastruktur, die auch in Zukunft die für die Weiterentwicklung der Rehabilitation notwendigen wissenschaftlichen Ergebnisse zur Verfügung stellen kann.

1 Chronische Erkrankungen und Rehabilitationsbedarf

Das Krankheitsspektrum und damit die Anforderungen an die medizinische Versorgung haben sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verändert. **Chronische Erkrankungen** nehmen in der medizinischen Versorgung einen wachsenden Anteil am Gesamtspektrum der Erkrankungen ein. Hier sind vor allem die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, des Herz-Kreislaufsystems, der Atemwege oder des Stoffwechsels, aber auch Krebserkrankungen nach der Primärtherapie sowie die psychischen Krankheiten zu nennen. Als wesentliche Einflussfaktoren für die Zunahme chronischer Erkrankungen werden die veränderte Alterszusammensetzung der Bevölkerung, Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Fortschritte in der akutmedizinischen Versorgung diskutiert. Charakteristisch für chronische Erkrankungen sind **langfristige, progrediente Verläufe**, die das Leben der Betroffenen durch wachsende Beschwerden und Einschränkungen der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltagswelt prägen. Sie sind für einen erheblichen Anteil der Arbeitsunfähigkeitszeiten und der Frühberentungen verantwortlich; im höheren Lebensalter beeinträchtigen sie häufig die Fähigkeit zur Selbstversorgung und können schließlich zur Pflegebedürftigkeit führen.

¹ Die Autoren widmen den Beitrag Dr. Ferdinand Schliehe und Dr. Michael Schuntermann, die beide im Sommer 2004 aus dem aktiven Dienst für den VDR ausscheiden.

Auf der Ebene der Versorgung versteht sich die medizinische Rehabilitation als angemessene Antwort auf die Herausforderungen durch die chronischen Erkrankungen. Die **zentrale Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation** ist dementsprechend die Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen von chronischen Erkrankungen. Die medizinische Rehabilitation erfüllt damit einen Versorgungsauftrag, dem die Akutversorgung bisher nur sehr bedingt gerecht wird (vgl. Delbrück & Haupt, 1998).

Das **Rehabilitationssystem der Bundesrepublik** kann im internationalen Vergleich als ein sowohl unter quantitativen als auch unter qualitativen Gesichtspunkten sehr gut entwickeltes Versorgungssystem betrachtet werden. Es hat in seiner über hundertjährigen Geschichte einen großen Fundus an rehabilitativem Wissen entwickelt. Konzeptionell werden heute ganzheitlich orientierte Kliniken mit umfassenden integrativen und interdisziplinären Behandlungsansätzen angestrebt. Und die Förderung von Rehabilitation ist - so der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen - unter den strukturellen und funktionalen Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem eine der wichtigsten Optionen (Sachverständigenrat, 2003). In den letzten Jahrzehnten haben aber weniger diese Stärken, sondern eine **zunehmende Kritik** an der Rehabilitation die öffentliche und politische Diskussion bestimmt.

Die **kritischen Argumente** der verstärkt in der zweiten Hälfte der 80er Jahre geführten Diskussion betrafen vor allem: die ungeklärte Bedarfsorientierung, die Schnittstellenprobleme (zwischen präventiven, kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen), Reibungsverluste durch die verschiedenen Träger- und Finanzierungszuständigkeiten, der hohe Institutionalierungsgrad der medizinischen Rehabilitation, die starke Betonung von stationären Leistungen bei gleichzeitigem Fehlen ambulanter und wohnortnaher Maßnahmen, die geringe Flexibilität der Leistungsangebote, die geringe Verzahnung zwischen den verschiedenen (insbesondere den medizinischen und beruflichen) rehabilitativen Versorgungsformen, die fehlende Prüfung der Qualität der rehabilitativen Versorgung und die mangelhafte wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation.

Die Existenz dieser Strukturdefizite wurde durch die sorgfältigen Analysen der vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger eingesetzten **Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung** (VDR, 1991) zumindest im Grundsatz bestätigt. In der Folge wurde deshalb seit Beginn der 90er Jahre eine größere Zahl von Maßnahmen zur Optimierung der medizinischen Rehabilitation initiiert. Dieser Veränderungsprozess wurde durch den gravierenden Eingriff in die für die medizinische Rehabilitation bereit gestellten finanziellen Ressourcen im Rahmen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) 1996 stark überlagert. Zum Teil wurden dadurch Entwicklungen erheblich verzögert, zum Teil aber auch beschleunigt. Die durch die Reformkommission der Rentenversicherung veranlassten Innovationen betreffen Zielsetzungen wie stärkere Bedarfsorientierung und Flexibilisierung, eine stärkere Orientierung an Ergebniskriterien, Lösungen bei den Schnittstellenproblemen, Entwicklung neuer (nicht-stationärer) Angebotsformen sowie eine stärkere Verwissenschaftlichung der medizinischen Rehabilitation (vgl. Koch, 2001).

Nachfolgend wird die in diesem Veränderungsprozess der Rehabilitation zu sehende dynamische Entwicklung der Rehabilitationsforschung beschrieben. Eingegangen wird dabei auf das veränderte

Interesse an Rehabilitationswissenschaften, ihr Selbstverständnis, ihre strukturellen Rahmenbedingungen sowie ihre Inhalte und Methoden.

2 Gewachsenes Interesse an Rehabilitationsforschung

Das inzwischen gewachsene Interesse an Rehabilitationsforschung (vgl. Koch, Schliehe & Aufderheide, 1998; Haaf & Schliehe, 2000) lässt sich im wesentlichen auf eine Veränderung der Interessenslagen der verschiedenen beteiligten Institutionen bzw. Akteure zurückführen. Insbesondere die knapper werdenden Ressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung wie auch der universitären Forschung führen dazu, dass die bisher vernachlässigten Arbeits- und Forschungsbereiche der Rehabilitation an Attraktivität gewinnen.

Die wichtigsten Institutionen, die in der Forschung im Bereich der Rehabilitation interagieren, sind der Gesetzgeber bzw. die Gesundheitspolitik, Kostenträger (insbesondere Rentenversicherungsträger und Krankenkassen), Rehabilitationskliniken und Universitäten. Obwohl es beträchtliche Varianz innerhalb dieser Gruppen gibt, sollen nachfolgend für jede der Gruppen einige Interessenslagen benannt werden, die sich aus den unterschiedlichen Aufgaben und der unterschiedlichen Sozialisation ihrer Vertreter ableiten (vgl. Koch & Barth, 1992; Weis & Koch, 1998).

Gesundheitspolitik: Die zu verzeichnende Zunahme chronischer Erkrankungen und gleichzeitig die knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen machen es notwendig, Kosten zu reduzieren, was z.T. über eine Erhöhung der Effizienz angestrebt wird. In einer Optimierung von Angeboten sehen Gesundheitspolitiker eine wichtige Aufgabe für wissenschaftliches Arbeiten.

Rentenversicherungsträger: Ebenfalls unter dem Druck knapper werdender Ressourcen wird es aus Sicht der Rentenversicherung als wesentlichem Kostenträger der medizinischen Rehabilitation zunehmend wichtiger, die vorhandenen Mittel für die (in der Regel stationär erbrachten und damit relativ kostenintensiven) Behandlungen optimal zu nutzen bzw. kostensparsamere Angebotsformen zu entwickeln und zu erproben. Dies setzt eine verbesserte Steuerung der Inanspruchnahme voraus, wie auch eine Überprüfung und Sicherung der Durchführungs- und Ergebnisqualität einzelner Angebote bzw. Angebotsformen. Diese veränderten Bedingungen und Zielsetzungen sowie die Zunahme der Komplexität innerhalb der Rehabilitation führten zu einer höheren Akzeptanz der Forschung bei den Rentenversicherungsträgern. Forschung wird hier jetzt vor allem als ein Instrument aufgefasst, das Beiträge leisten kann zu Fragen der Effizienz und Effektivität der Angebote, der Rehabilitationsbedürftigkeit und Bedarfsplanung, der Qualitätsentwicklung und -kontrolle sowie der Entwicklung krankheitsspezifischer Konzepte.

Rehabilitationskliniken und Klinikträger: Auf Seiten der Leistungserbringer führten die Bestrebungen der Rentenversicherungsträger zu einem verstärkten Druck, Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation zu fördern bzw. zu betreiben. Forschung wird darüber hinaus auch

zunehmend als Weg zur Entwicklung innovativer Angebote zur Belegungssteigerung vor dem Hintergrund zunehmender Konkurrenz verstanden (vgl. Delbrück & Haupt, 1998)

Universitäten und Hochschulen: Es fehlten lange Zeit – wie oben bereits angemerkt – ausreichend verankerte Strukturen für Rehabilitationsforschung an den Hochschulen. Erst in letzter Zeit verbesserte sich die Situation sowohl durch ein größeres Drittmittelaufkommen, das insbesondere von den RV-Trägern bereit gestellt wurde, als auch auf struktureller Ebene durch die Einrichtung einzelner Professuren und vor allem von Stiftungsprofessuren (s. o.). Die dadurch ermöglichten Forschungsaktivitäten haben die Akzeptanz der Rehabilitationsforschung als universitäres Forschungsfeld erheblich verbessert. Trotz dieser deutlichen Verbesserungen fehlen nach wie vor vor allem Fördermittel für Forschungsfragestellungen im rehabilitativen Grundlagenbereich. Bisher ist es den Forschern nur selten gelungen, dafür Mittel von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) einzuwerben.

3 Zum Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften

Eine wissenschaftliche Disziplin lässt sich zunächst über den von ihr behandelten Gegenstand definieren. Als weitere Charakteristika kommen ihre besonderen theoretischen und methodischen Grundlagen und eventuell auch die Art und Organisation der Erbringung der wissenschaftlichen Leistungen in Frage. Unter diesen drei Gesichtspunkten soll nachfolgend eine knappe Skizzierung der Wesensmerkmale von Rehabilitationswissenschaften vorgenommen werden (vgl. Koch & Bengel, 2000).

Ein moderner **Rehabilitationsbegriff** orientiert sich am **biopsychosozialen Modell** von Gesundheit und Krankheit der WHO, das seinen Niederschlag gefunden hat in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (vgl. Schuntermann, 2003), und fokussiert primär die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenem Leiden oder des Alterns. Unter Rehabilitation sind demzufolge Bemühungen zu verstehen, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung/Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren. Da wegen der Chronizität der Erkrankungen nur selten eine vollständige Heilung zu erreichen ist, besteht das Ziel rehabilitativer Leistungen oft in einer Verringerung der Einschränkungen/Beeinträchtigungen und im Bemühen, Verschlechterungen oder erneute akute Schübe zu vermeiden (Sekundärprävention), in einer Schadensbegrenzung und Stabilisierung des gegenwärtigen Zustandes, in einer Verlangsamung der Progression, der Linderung der Beschwerden, einer Adaptation an einen mehr oder weniger stabilen Endzustand mit oder ohne technische Hilfen, einer Vermeidung von Maladaptation, einem Lernen und Trainieren von kompensatorischen Leistungen oder einer funktionsgünstigen Gestaltung der persönlichen Umwelt (vgl. Koch et al. 1995).

Als ein umfassenderes, allgemein akzeptiertes Ziel der Rehabilitation wird oft die **soziale Integration** des Behinderten genannt. Gemeint ist damit eine möglichst weitgehende Teilhabe des Behinderten am Leben in der Gemeinschaft. Ein solches Rehabilitationsverständnis zielt darauf, mit Leistungen der medizinischen, beruflichen, schulisch-pädagogischen und psychosozialen Rehabilitation chronisch kranken und behinderten Menschen dazu zu verhelfen, die Erkrankung und Behinderung sowie deren Folgen zu bewältigen, um möglichst weitgehend und selbständig am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilnehmen zu können.

Als **vorrangige Themen der Rehabilitationswissenschaften** lassen sich aus diesem Verständnis von Rehabilitation die nachfolgenden ableiten: Entstehung, Auftretenshäufigkeit, Verlauf und Prognose von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe in der Gesellschaft und im Beruf. Auf der Handlungsebene befasst sie sich mit der Entwicklung und Evaluation von Assessments und rehabilitativen Interventionen. Dies schließt Fragen der Prognostik, Begutachtung, Indikationsstellung, Zuweisungsprozesse und Therapiesteuerung mit ein. Weiterhin besteht der Gegenstand der Rehabilitationswissenschaften in der Analyse und Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems unter sich verändernden gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Des weiteren befasst sie sich mit theoretischen und methodischen Grundlagen der Rehabilitation und Rehabilitationsforschung.

Der Gegenstand der Rehabilitationswissenschaften ist die Krankheits- und Behinderungsbewältigung bzw. die **Krankheits- und Behinderungsfolgenbewältigung**. Deren Analyse, nimmt man den zugrundeliegenden biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsbegriff ernst, muss individuums-, institutions-, programm-, bevölkerungs- und umweltbezogen erfolgen. Kennzeichnend für eine solche Betrachtung ist ein **theoretischer Pluralismus** sowie eine **Methodenvielfalt**, die die Verwendung experimenteller und nicht-experimenteller Forschungsmethodik, wie auch den Einsatz qualitativer und quantitativer Methoden umfasst. Damit lassen sich die Rehabilitationswissenschaften auch nicht einem der großen Wissenschaftsbereiche zuordnen. Je nach betrachtetem Gegenstand wird sie eher Sozialwissenschaft oder eher Naturwissenschaft und gelegentlich auch Geisteswissenschaft sein. Die Forderung nach einer eigenständigen Theorie und Forschungsmethodik lässt sich angesichts der Aufgabenstellung weder sinnvoll begründen noch einlösen. Begonnen wurde in den letzten Jahren schrittweise mit einer **Adaptation von theoretischen Ansätzen und von Forschungsmethoden** auf die spezifischen Bedürfnisse der Rehabilitationsforschung. Zu nennen sind hier im methodologischen Bereich vor allem Verfahrens- und Analysestrategien wie Prognosemöglichkeiten des Rehabilitationsbedarfs, Bestimmung von Indikatoren des Rehabilitationserfolgs, Ansätze der Prozess- und Ergebnisevaluation, methodische Ansätze in der Dokumentation und Katamnestik sowie Analyse von Routinedaten, Verfahren zur Datenaggregation und Selektionsprozesse. Darüber hinaus wurden Ansätze zur Anwendung von statistischen Verfahren, Qualitätsprüfung, Ergebnisintegration und Metaanalysen, computergestützten Hilfen und Rehabilitationsdaten sowie zur Nutzung von Datenbanken in der Rehabilitationsforschung entwickelt (vgl. Petermann & Waldmann, 1996).

Die Rehabilitationsforschung zeichnet sich durch eine Reihe von **institutionellen und organisatorischen Besonderheiten** aus (vgl. Koch & Bengel, 2000). So konstituiert sie sich in einem

Spannungsfeld mehrerer Interessengruppen wie Gesundheitspolitik, Kosten- und Leistungsträger, Forscher. Hinzu kommen das therapeutische Personal und die unterschiedlichen Gruppen von Rehabilitanden. Diesen Besonderheiten müssen die in diesem Bereich tätigen Wissenschaftler in verschiedener Hinsicht Rechnung tragen. So können sie beispielsweise deutlich weniger als naturwissenschaftlich-experimentelle Forscher ihre Konditionen selbst bestimmen, sondern haben sich vielfältigen versorgungsgegebenen Notwendigkeiten anzupassen und sind damit auch in besonderem Ausmaß sozialen Einflüssen ausgesetzt (Bengel & Koch 1988). Dies betrifft die Interaktionen zwischen Personen wie auch zwischen Institutionen. So setzt die Rehabilitationsforschung in vielen Fällen eine enge Kooperation von Wissenschaftlern aus Forschungsinstituten mit Mitarbeitern verschiedenster beruflicher Ausrichtung und Qualifikation innerhalb der Kostenträger sowie der Rehabilitationseinrichtungen voraus. Gleichzeitig erfordert sie – wie bei der Erbringung der rehabilitativen Leistungsangebote – auch auf der wissenschaftlichen Seite für die Analyse von Behandlungsprozessen und -ergebnissen eine **interdisziplinäre Zusammenarbeit** von Medizinern verschiedener Fachgebiete mit Psychologen, Pädagogen (u. a. auch Heilpädagogik, Sonderpädagogik), Soziologen, Biostatistikern, Ökonomen, Ingenieurwissenschaftlern und Juristen. Dementsprechend stellt die Bereitschaft und Fähigkeit der Forscher verschiedener Disziplinen zur interdisziplinären Bearbeitung der rehabilitativen Fragestellungen ein zentrales Prüfkriterium für eine angemessene Forschung dar. Eine erfolgreiche interdisziplinäre Kooperation setzt die Loslösung von starren Berufsrollen, partiell auch die Aufgabe von Hierarchien sowie intensive Kommunikationsprozesse zwischen den verschiedenen Spezialisten und zwischen Personen aus verschiedenen Institutionen voraus. Betrachtet man allerdings diesen Anspruch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sozialisierungen, der für die Rehabilitationsforschung relevanten Berufsgruppen (vgl. hierzu Wöhrl, 1988; Schulz & Koch, 2000), so muss davon ausgegangen werden, dass die als erforderlich vorauszusetzende Interdisziplinarität nicht ohne einen evtl. u. U. recht mühsamen Lern- und Anpassungsprozess zustande kommen dürfte. Mindestbedingungen für das Gelingen einer wissenschaftlichen Zusammenarbeit sind die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache der Teammitglieder, Basiskenntnisse über die Grundlagen und Kompetenzen der anderen im Team vereinigten Berufsgruppen sowie – an den jeweiligen Aufgabenstellungen orientiert – die Regelung von Verantwortlichkeiten und des Koordinierungsbedarfs.

Zusammenfassend kann man folgendes zur Charakterisierung der Rehabilitationswissenschaften feststellen:

- Die Rehabilitation und damit auch die Rehabilitationswissenschaften haben mit dem Thema Krankheitsfolgen einen klar umrissenen, thematisch eher engen Gegenstand. Ein Argument dafür, trotzdem einen eigenständigen Wissenschaftsbereich zu deklarieren, könnte darin gesehen werden, dass das Thema Rehabilitation in den nächsten Jahrzehnten noch erheblich an Bedeutung gewinnen dürfte. Chronische Erkrankungen werden nach übereinstimmenden Prognosen weiter zunehmen.

- Die Rehabilitationsforschung kann auf keinen eigenständigen Kanon von Theorie- und Methodenansätzen verweisen. Sie bedient sich dafür eines breiten und pluralistisch angelegten Spektrums von auf die jeweilige Fragestellung angepassten Theorie- und Methodenrepertoires.
- Die Rehabilitationsforschung zeichnet sich durch eine Reihe von institutionellen und organisatorischen Besonderheiten aus. Zu nennen sind hier die unterschiedlichen Interessensgruppen an Rehabilitationsforschung, die notwendige Berücksichtigung institutioneller Kontexte sowie die hohen Erfordernisse an Interdisziplinarität. Diese Faktoren beeinflussen ihre inhaltliche Ausrichtung, ihre Arbeitsprozesse und die Nutzung der Ergebnisse.

4 Veränderung der strukturellen Voraussetzungen der Rehabilitationsforschung

Nach übereinstimmender Meinung von Rehabilitationsexperten bestand - zumindest bis Anfang der 90er Jahre - im Bereich der medizinischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland eine erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Aufwendungen für rehabilitative Maßnahmen einerseits und den vergleichsweise geringen Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung der rehabilitativen Praxis andererseits (vgl. Koch & Barth, 1992). Zwar unterstützte die Rentenversicherung die Rehabilitationsforschung, u. a. auf der Basis eines von der Mitgliederversammlung des VDR schon 1975 beschlossenen Rahmenkonzeptes. Dies allein konnte aber nicht ausreichen, um die medizinischen Rehabilitation in Deutschland auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu halten. Diese Einschätzung wurde im Bericht der **Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation** in der gesetzlichen Rentenversicherung nachhaltig bestätigt.² Dementsprechend wurde in den Empfehlungen zum Bereich Wissenschaft und Forschung der Ausbau der Rehabilitationswissenschaften und die Schaffung einer entsprechenden Forschungsinfrastruktur gefordert (VDR, 1991, vgl. auch Schuntermann, 1993).

Das angesprochene **Defizit an Rehabilitationsforschung** wird deutlich, wenn man die damalige Situation an den medizinischen Hochschulen betrachtet. Zu diesem Zeitpunkt wurden an den medizinischen Fachbereichen und Fakultäten der **Universitäten** der Bundesrepublik rehabilitationswissenschaftliche Forschungsthemen zwar an einigen sozialmedizinischen Abteilungen und Abteilungen für Physikalische Medizin mitbearbeitet, erforderliche Spezialabteilungen, die sich längerfristig mit rehabilitationswissenschaftlichen Fragen befassen konnten, gab es bis auf einige Ausnahmen nicht.

Nicht wesentlich günstiger stellten sich die Bedingungen in anderen für die Rehabilitationsforschung relevanten Disziplinen dar. Während die Psychologie zumindest an einigen Universitäten (z.B. in Freiburg, Bielefeld, Konstanz) über Professuren mit Schwerpunkten im Bereich der Rehabilitationspsychologie verfügte, fehlen bis heute entsprechende Professuren in den Wirtschafts-

² Dr. Ferdinand Schliehe koordinierte die Arbeit der Reha-Kommission; Dr. Michael Schuntermann leitete den Arbeitsbereich „Wissenschaft und Lehre“.

und Rechtswissenschaften. Im Bereich der Soziologie gibt es erst seit Mitte der 90er Jahre eine Professur für Rehabilitationssoziologie an der Humboldt-Universität in Berlin.

Seit einigen Jahren sind allerdings bemerkenswerte **Veränderungen in der universitären Infrastruktur** festzustellen. So wurden zum Beispiel in den letzten Jahren an verschiedenen Stellen Stiftungsprofessuren (u.a. an den Universitäten in Lübeck, Freiburg, Berlin, Witten-Herdecke, Würzburg, Halle und Hannover) eingerichtet. Zwar unterliegen sie stiftungszweckgebunden starken Einengungen in ihrem Inhaltsspektrum, stellen aber allein schon wegen der Verpflichtung der Universitäten, die Finanzierung dieser Professuren langfristig aus dem eigenen Haushalt zu sichern, einen wichtigen Schritt zur universitären Verankerung der Rehabilitationswissenschaften dar.

Des Weiteren haben sich an einigen Universitäten im wesentlichen um bereits bestehende universitäre Abteilungen rehabilitationswissenschaftliche Forschungsschwerpunkte entwickelt. Dies gilt vor allem für die Universitätskliniken in Hamburg (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie) und Lübeck (Institut für Sozialmedizin) sowie die Universitäten in Freiburg (Psychologisches Institut und Medizinische Fakultät), Bremen (Zentrum für Rehabilitationsforschung) und Ulm (Institut für Rehabilitationsmedizin). Die hier tätigen rehabilitationswissenschaftlichen Arbeitsgruppen verfügen über zum Teil erhebliche Drittmittel, mit denen vielfältige rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen bearbeitet werden. Partiiell finden sich hier auch interdisziplinäre Forschungsansätze. Die bearbeiteten Forschungsprojekte zielen jedoch in der Regel auf schnell verwertbares, anwendungsbezogenes Wissen und sind zeitlich meist eng limitiert. Wegen der knappen oder fehlenden eigenen personellen Ressourcen können gerade die für die Erforschung von Verlaufsprozessen bei chronischen Erkrankungen besonders wichtigen Langzeituntersuchungen und die grundlagenorientierten Forschungsarbeiten oft nicht geleistet werden.

Eine besondere Entwicklung fand an der **Humboldt-Universität** zu Berlin statt. Hier wurde im Zuge der Neustrukturierung der Universität ein Institut für Rehabilitationswissenschaften eingerichtet. Die Initialausstattung dieses Instituts sah neben sieben Professuren aus dem Bereich der schulischen Rehabilitation (Sonderpädagogik) auch sieben Professuren aus den Bereichen Medizinische Grundlagen der Rehabilitation, Rehabilitationspsychologie, allgemeine Rehabilitationspädagogik, Rehabilitationssoziologie, Evaluation, Rehabilitationstechnik sowie eine Stiftungsprofessur (der BfA) für den Bereich Qualitätssicherung und Systemforschung in der Rehabilitation vor. Auch wenn im Zuge der gravierenden Sparmaßnahmen an Berliner Hochschulen während der letzten Jahre einige der zuvor genannten zwischenzeitlich vakant gewordenen Professuren nicht wieder besetzt wurden, bietet dieses Institut sehr gute Chancen, rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen angemessen und disziplinübergreifend zu bearbeiten (vgl. Koch, 1994).

Relevante Entwicklungen für die Rehabilitationsforschung gab es auch im **nicht-universitären Kontext**. Eine Reihe von Rentenversicherungsträgern haben Fördervereine und einzelne auch Forschungsinstitute eingerichtet, um so günstigere Voraussetzungen für eine längerfristig angelegte Forschung zu schaffen. Zu nennen sind hier u. a. das Forschungsinstitut in Norderney, das Hochrheininstitut in Bad Säckingen, die Stiftung für rehabilitationsmedizinische Forschung an der

Universität Ulm, die Berliner und die Nordrhein-Westfälische Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein und die Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsstelle am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) in Frankfurt verfügt inzwischen über eine rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, die vorrangig Aufgaben der Projektkoordination, Forschungsförderung und -beratung übernimmt.³

Als wichtige strukturelle Maßnahmen zur Förderung von Rehabilitationswissenschaften müssen hier zwei größere Programminitiativen genannt werden. Zum einen das unten detaillierter beschriebene **Rehabilitationswissenschaftliche Verbundforschungsprogramm** des BMBF und des VDR (vgl. Koch et al., 1995; Buschmann-Steinhage et al., 1998), zum anderen das 1994 eingeführte **Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung**. Dieses von der BfA initiierte und von der Rentenversicherung gemeinsam weiterentwickelte 5-Punkte-Programm versteht sich sowohl als Maßnahme der Qualitätssicherung als auch des Qualitätsmanagements. Die Rentenversicherung nutzte bei der Entwicklung des Programms, vor allem was die Schaffung der instrumentellen und verfahrenstechnischen Voraussetzungen anging, gezielt die Unterstützung mehrerer rehabilitationswissenschaftlicher Institute.

Mit dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ haben die Rentenversicherung und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein gemeinsames Programm zur Rehabilitationsforschung ins Leben gerufen (siehe Buschmann-Steinhage & Zwingmann, 2003). Acht regionale Forschungsverbünde werden über einen zweiphasigen Zeitraum von insgesamt acht Jahren mit insgesamt 41 Millionen Euro gefördert. Zielsetzung des Förderschwerpunkts ist es, sowohl die anwendungsorientierte Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation zu fördern, als auch die strukturelle Verankerung der Rehabilitationswissenschaften an den Universitäten und Hochschulen zu verstärken. Nach einer bundesweiten Ausschreibung begann im Sommer 1998 die erste Förderphase mit der Förderung von acht regionalen Forschungsverbänden mit insgesamt rund 75 Forschungsprojekten. Nach einer weiteren Begutachtung der Verbünde und ihrer neuen Forschungsanträge läuft seit Herbst 2001 die zweite Förderphase, wieder mit rund 75 Vorhaben in den acht Verbänden. Darüber hinaus werden an zwei Standorten (Halle, Würzburg) Stiftungsprofessuren durch die Rentenversicherung gefördert.

Durch die Zusammenarbeit zwischen der Rentenversicherung und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung konnten wesentliche Synergieeffekte in der Förderung erreicht werden. Die acht regionalen Forschungsverbünde werden ihre erfolgreiche Arbeit über die zweite Förderphase hinaus verstetigen, in Form von Stiftungsprofessuren, Methodenzentren und Geschäftsstellen. Die rehabilitationswissenschaftliche Infrastruktur ist somit langfristig erheblich gestärkt worden. Erkennbar gestiegen ist das methodische Niveau, auf dem inzwischen Rehabilitationsforschung betrieben wird. Hier ist insbesondere die Realisierung von randomisierten Studien zu nennen, die vor dem Förderschwerpunkt in der Rehabilitationsforschung kaum zu finden waren. Für die Disziplin Rehabilitationswissenschaften ist auch von Bedeutung, ob es gelingt, die eigene Identität

³ Erster Leiter dieser Abteilung war Dr. Ferdinand Schliehe.

weiterzuentwickeln und ein Netzwerk der wissenschaftlichen Kommunikation aufzubauen. Bezogen auf den zuletzt genannten Aspekt hat es während der letzten Jahre deutliche Fortschritte gegeben. Zu nennen sind u. a. regelmäßig durchgeführte nationale und internationale wissenschaftliche Veranstaltungen, die stärkere wissenschaftliche Ausrichtung der führenden Fachzeitschriften und Buchreihen für Rehabilitation und die Gründung von wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften mit deutlichem Bezug zur Rehabilitationsforschung.

Das seit 1992 jährlich stattfindende **Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium**, organisiert vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, hat sich als wichtiges Forum für die Kommunikation von Forschungsergebnissen und Behandlungskonzepten etabliert. Die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR) veranstaltet ebenso wie die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Kongresse, auf denen auch Forschungsergebnisse präsentiert werden. Auf europäischer Ebene findet alle drei Jahre der European Congress on Research in Rehabilitation, veranstaltet von der European Federation for Research in Rehabilitation, statt (1998 in Berlin, 2001 in Madrid, 2004 in Ljubljana).

Bezüglich der **Fachzeitschriften für Rehabilitation und Rehabilitationsforschung** ist ebenfalls eine intensive Weiterentwicklung zu beobachten: In Deutschland kommt vor allem der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ (2004 im 43. Jahrgang) eine zentrale Rolle für die Kommunikation der Entwicklungen in der Rehabilitation zu. Von den internationalen Journalen sind vor allem zu nennen: American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Disability and Rehabilitation, European Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, European Journal of Rehabilitation, International Journal of Rehabilitation Research, Physical Medicine and Rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Journal, Rehabilitation Counseling Bulletin und Rehabilitation Psychology (vgl. Hohmann 1998, Reuter 1992, DeJong & Sutton 1995).

Im März 2000 wurde die **Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)** gegründet. Die DGRW versteht sich als gemeinnütziger, interdisziplinär und multiprofessionell arbeitender und zur unabhängigen wissenschaftlichen Erkenntnis verpflichteter Zusammenschluss von Wissenschaftlern aus verschiedenen Bereichen der Rehabilitation. Sie sieht ihre vornehmliche Aufgabe in der Förderung der Kommunikation innerhalb der Rehabilitationswissenschaften, sowohl im nationalen wie internationalen Rahmen, in der Veranstaltung wissenschaftlicher Tagungen, in der Anregung von Forschungsprogrammen, in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, Förderung der Entwicklung von rehabilitativen Leitlinien, in Maßnahmen zur weiteren Entwicklung der Rehabilitationswissenschaften an den Hochschulen, anderen wissenschaftlichen Einrichtungen sowie in Rehabilitationseinrichtungen sowie in Stellungnahmen zu wissenschaftlichen Fragen der Rehabilitation und Information der Öffentlichkeit. Seit Mai 2004 ist die DGRW Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Literatur

- Bengel, J. & Koch, U. (1988). Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin: Springer, 321-347
- Buschmann-Steinhage, R., Gewinn, H., Klosterhuis, H., Mitreiter, R. (1998) Der Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften" ein Förderprogramm und seine Umsetzung. Rehabilitation 37 Suppl 2: S71-S77
- Buschmann-Steinhage, R. & Zwingmann, C. (2003) Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – Ergebnisse und Umsetzung. Deutsche Rentenversicherung 6-7, 405-423.
- DeJong, G., & Sutton, J.P. (1995) Rehab 2000: The evolution of medical rehabilitation in American Health Care. In: Landrum, P.K., Schmidt, N. D., McLean, A. (Eds.) Outcome oriented rehabilitation. Aspen. Gaithersburg, ML, S. 3-42
- Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.) (1998) Rehabilitationsmedizin. Urban & Schwarzenberg, München
- Haaf, H.-G. & Schliehe, F. (2000). Zur Situation der Rehabilitationsforschung: Stand und Bedarf In: J. Bengel & U. Koch (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Heidelberg: Springer, 19-40
- Hohmann, J. (1998). Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Bern: Huber.
- Koch U. & Barth M. (1992) Rehabilitationsforschung in der Rentenversicherung - Rahmenbedingungen, Interessen und Perspektiven. In Müller R. & Schuntermann, M.F. (Hrsg.) Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Bund, Köln, 75-89
- Koch, U. (1994). Der Fachbereich Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität Berlin. Versuch einer Innovation. In: U. Bleidick & S. Ellger-Rüttgardt (Hrsg.): Behindertenpädagogik im vereinten Deutschland. Weinheim: Beltz, 138-231
- Koch, U., Gedes, N., Jäckel, W., Müller-Fahrnow, W., Raspe, H.H., Schian, H.-M., Schliehe, F., Wallesch, W. & Lotz, W. (1995). Verbundforschung Rehabilitationswissenschaften, Vorschlag zu einer Förderinitiative. Deutsche Rentenversicherung 7-8, 491-513.
- Koch, U., Schliehe, F., Aufderheide, E. (1998) Stand und Entwicklung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. Die Rehabilitation 37, Suppl. 2: S66-S70
- Koch, U. & Bengel, J. (2000). Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften In: J. Bengel & U. Koch (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Heidelberg: Springer, 3-18
- Koch, U. (2001). Der Wandel der rehabilitativen Einrichtungen unter dem Einfluss knapper werdender Ressourcen. In: Heinrich-Haus Engers (Hrsg.), Psychologen/innen in der Behindertenhilfe. Bericht des Symposiums in Neuwied Engers. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, 76-96
- Reuter, W. (1992) Der Stand der Rehabilitationswissenschaften in Großbritannien. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 5, 318-322

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003) Finanzierung, Nutzerorientierung, Qualität. Gutachten 2003.
- Schulz, H. & Koch, U. (2000). Interaktionelle Aspekte der Rehabilitationsforschung. In: J. Bengel & U. Koch (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Heidelberg: Springer, 513-524
- Schuntermann, M. (1993). Zur Begründung der interdisziplinären Rehabilitationswissenschaften. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1, 161-171
- Schuntermann, M.. (2003) Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutsche Rentenversicherung 1-2, 52–59
- VDR (1991). Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung - Abschlußberichte, Band III und IV, Eigenverlag, Frankfurt am Main
- Weis, J. & Koch, U. (1998). Forschung in der Rehabilitationsmedizin. In: H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), Rehabilitationsmedizin. Ambulant, teilstationär, stationär. 2. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg, 150-164
- Wöhrl, H. (1988). Berufsgruppen in der Rehabilitation: Funktion und Kooperationsmodelle. In: U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin: Springer, 212-249

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. Dr. med. Dipl.-Psych. Uwe KOCH
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie (Haus S 35)
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung
Eysseneckstraße 55
60322 Frankfurt am Main