

Aufbaukurs Rehabilitationswesen – Teil F

Berlin, 21.02.2011

Rehabilitation als interdisziplinäre Aufgabe:

I) Arbeit in Institutionen und multiprofessionellen Teams.

II) Probleme und Möglichkeiten.



Johann
Wolfgang
Goethe-Univ.



Kardiocentrum Frankfurt



Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- **Zuweiserperspektive**
- **Kostenträgerperspektive**
- **Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen**
- **Medizinische Leitlinien: Problem / Chance**



Die präoperative AHB-Infoveranstaltung



Herzchirurgie, Uni-Klinik Frankfurt



Zuweiserperspektive (1): AHB nach HTX

| 32 Zentren BRD | Verlegung in AHB |
|-----------------------|----------------------------|
| 57% | generell immer |
| 26% | gelegentlich |
| 17% | grundsätzlich nicht |

*Bundesweite Umfrage der AG Thorakale Organtransplantation
der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
Z Kardiol. 85: 67-77 (1996)*



Zuweiserperspektive (2): AHB nach Infarkt

n = 29 Krankenhausärzte Unterfrankens

| Alter des Pat. [J.] | AHB ist wichtig |
|---------------------|-----------------|
| < 50 | 93% |
| 50 - 60 | 79% |
| > 60 | 66% |

Vogel et al: Präv Rehab 9: 139-146 (1997)



Zuweiserperspektive (3): AHB nach ACB-OP

**„Die Reha-Klinik wird
sich für Bypass-Patienten
(nach minimal-invasiver Herzchirurgie)
schon bald erübrigen.“**

Schüler, S.: Der Spiegel, 25/97



Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP

***Frühentlassung nach unkomplizierter Herzoperation:
Verlauf und Ereignisse unter hausärztlicher Betreuung.***

Everlien, M., Blome, M., Greve, H., Herz/Kreisl. 30: 80-83 (1998)

"Fazit: Patienten mit unkompliziertem Verlauf nach Operation mit Herz-Lungen-Maschine können mit vertretbarem Risiko zu Beginn der 2. Woche in hausärztliche Betreuung entlassen werden."



Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP

| | |
|--------------------|---|
| 485 (100%) | Gesamtkollektiv |
| 174 (35,9%) | bis zum 10. Tag nach Hause entl. |
| 61 (37,4%) | empfinden die Entlassung als zu früh |
| 36 (20,7%) | Inanspruchnahme HA / Notarzt, davon |
| 12 (6,9%) | Klinikeinweisung |
| 134 (77%) | traten später eine AHB an |

Everlien, M. et al: Herz/Kreisl. 30: 80-83 (1998)



Zuweiserperspektive (4): AHB nach ACB-OP

"Fazit: Patienten mit unkompliziertem Verlauf nach Operation mit Herz-Lungen-Maschine können mit vertretbarem Risiko zu Beginn der 2. Woche in hausärztliche Betreuung entlassen werden..."

...ehe sie später in die AHB aufgenommen werden, wenn der Hausarzt bereit ist und sich in der Lage sieht, bei 20% in Anspruch genommen zu werden, und wenn der Patientenwunsch keine Rolle spielt !



Zuweiserperspektive (5): Reha vers. keine Reha

Prämierter freier Vortrag auf der Jahrestagung der DGPR 2008 (www.dgpr.de)

A.Waldmann, Lübeck

**Sofortige Krankenhausentlassung vs.
Kardiologische Rehabilitation – ein Vergleich von
1474 Patienten nach KHK.**



Neuer AHB-Katalog

Kardiol. Indikationen:

- elektive PTCA
(mit Rehabedarf)
- NSTEMI
- CABG
- ICD
- HTX



Neuer AHB-Katalog → zum Thema MRSA

Theoretische Konsequenz:

1. Forderung an Akut-Krankenhäuser, ihrer screening-Verpflichtung nachzukommen.
2. Aufnahme von AHB-Patienten erst dann, wenn das einheitliche Ergebnis des Abstrichs vorliegt !



*FH, 60J.,
VWI, CPR, MRSA*

DRV-Bund: AHB Katalog (Ausgabe 2008)



Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- ✓ **Zuweiserperspektive**
- **Kostenträgerperspektive**
 - **Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen**
 - **Medizinische Leitlinien: Problem / Chance**



Telemedizinische AR mit ambulanten Kontrolluntersuchungen

Daten sind nicht bekannt, aber:

AOK will Home-Trainer als Anschluss-Reha!

Gut und effizient soll sie sein, die Reha, und möglichst nichts kosten. So sehen es die Kostenträger. Da kommt eine inzwischen abgeschlossene Untersuchung gerade recht: 300 Patienten hatten nach der Koronarchirurgie ein Trainingsfahrad und ein Einzel-EKG bekommen. Das EKG wurde regelmäßig an die Studienzentrale übermittelt, zwischendurch gab es einige ambulante Kontrolluntersuchungen. Nun befiehlt die AOK Westfalen-Lippe das „in-



Home-Reha auf Home-Trainer

tegratives Konzept mit innovativem und hochwertigem Charakter“, das nun als telemedizinisch begleitete Anschluss-Reha vertrieben werden soll. Wie den Erfolg des innovativen Projektes mit der konventionellen Anschluss-Reha vergleichen will, hat wenig Chancen. Bisher wurde nur eine Zwischenbilanz mit wenigen Patienten veröffentlicht. So leichtfertig sollte man den bewährten Reha-Methoden wohl doch nicht umgehend Seite 26

Cardio News 30.09.05



→ Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III



Vom IFAT (Institut für angewandte Telemedizin)
am Herz- und Diabeteszentrum NRW durchgeführtes Modell:
AUTARK (ambulante und telemedizinisch gestützte Anschluß-
Rehabilitation nach kardialen Erstereignis)

Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)



→ Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III

Methode: 170 Patienten nach Herz-OP, 92 % Männer
Ausschluß: EF < 30, BMI > 35, maligne Herzrhythmus-
störungen innerhalb der ersten 30 Tage post-OP,
Wundheilungsstörungen
Gruppen: 100 Patienten 12 Wochen ambulant vs.
70 Patienten 3 Wochen stationär
Programm: individuelle Schulung vor Einschluß einschl.
Einweisung in das mobile EKG-Gerät,
tägliches Heim-Trainingsprogramm

Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)



→ Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III

Ergebnisse: Stand 11/2006 (44 Absolventen)

- Hohe Patientenzufriedenheit
- Körperliche und psychische Leistungsfähigkeit stieg in beiden Gruppen an
- Weniger Angina pectoris in ambulanter Gruppe
- Kosten in ambulantem setting – 59%

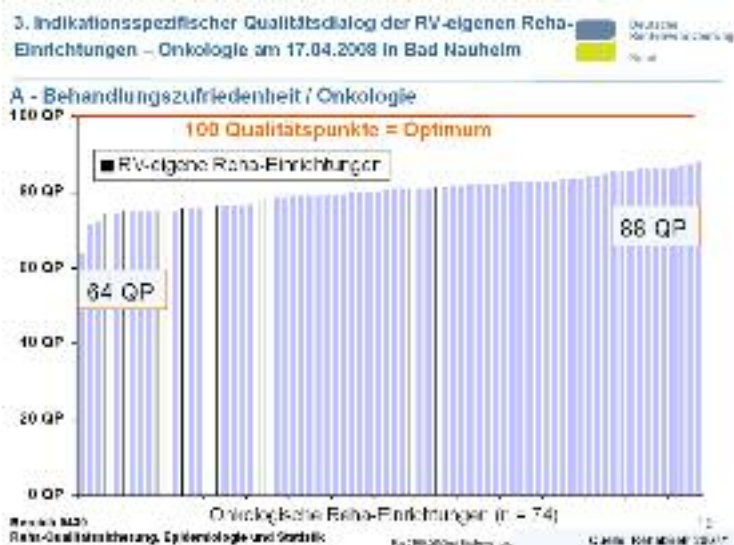
Fazit:

...vielversprechendes Instrument für die Tertiärprävention.“

Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)



Bench-marking aus Sicht der Kostenträger



Bench-marking aus Sicht der Kostenträger

| DGGR: | relevante Bandbreite 2005 ¹⁾ | | relevante Bandbreite 2006 ¹⁾ | | relevante Bandbreite 2007 ¹⁾ | |
|-------------------|---|----------|---|----------|---|----------|
| | 1.Dezil | 9.Dezil | 1.Dezil | 9.Dezil | 1.Dezil | 9.Dezil |
| Orthopädie | 97,00 € | 117,09 € | 97,49 € | 117,53 € | 98,88 € | 117,76 € |
| Kardiologie | 101,37 € | 130,89 € | 102,18 € | 129,39 € | 102,81 € | 134,85 € |
| Gastroenterologie | 99,90 € | 116,57 € | 99,90 € | 116,57 € | 99,90 € | 117,54 € |
| Pneumologie | 95,02 € | 114,31 € | 95,47 € | 123,48 € | 95,28 € | 123,48 € |
| Onkologie | 99,39 € | 114,66 € | 99,79 € | 115,12 € | 101,29 € | 116,28 € |
| Urologie | 99,45 € | 103,88 € | 99,31 € | 104,52 € | 101,00 € | 107,24 € |
| Sucht | 87,95 € | 107,51 € | 88,28 € | 107,51 € | 88,75 € | 109,59 € |
| Psychosomatik | 107,71 € | 119,34 € | 107,50 € | 119,81 € | 107,51 € | 121,73 € |
| Neurologie | 130,89 € | 168,82 € | 130,38 € | 162,23 € | 128,84 € | 170,61 € |
| Dermatologie | 97,59 € | 114,31 € | 98,50 € | 114,31 € | 98,50 € | 116,60 € |
| sonstige | 101,24 € | 149,30 € | 102,00 € | 144,90 € | 102,34 € | 140,61 € |

Vergleich der relevanten Bandbreiten 2005 bis 2007



Kostenträgerperspektive: AHB-Verlängerungsantrag bei der GKV

80-jährige Patientin nach Aortenklappenersatz.
Schon früh wird deutlich, dass 3 Wochen AHB nicht ausreichen → 1. Verlängerungsantrag Ende der 1. Woche: zu früh.
→ 2. Verlängerungsantrag Ende 2. Woche:
→ Kein Bescheid bis 1 Tag vor Ende der 3 Wochen.
→ Anruf beim SB der KK → weitergeleitet an AL. Meine Argumentation: Kann die Patientin morgen noch nicht nach Hause entlassen. Wenn keine Kostenzusage für Verlängerung, muß ich ins Akutkrankenhaus legen. Dort kostet sie pro Tag ca. EUR 300,-, in Reha EUR 110. Antwort: anderer Topf.
Ergebnis: Patientin zahlte Verlängerungswoche aus eigener Tasche.



Kasuistik 5 mit externer Schnittstelle: Stufenweise Wiedereingliederung

Langzeit-AU-Rehabilitand (Bezug von Übergangsgeld) soll stufenweise WE.

Krankenkasse fordert noch während der Reha dazu auf, den Antrag vor Entlassung zu stellen.

Patient bittet Reha-Team inständig darum, den Antrag durch den Hausarzt stellen zu lassen, warum?

**Wenn Antrag während Reha → WE zu Lasten der RV
→ Übergangsgeld.**

**Wenn Antrag nach Entlassung aus der Reha → WE im Rahmen des Hamburger Modells zu Lasten der GKV
→ Krankengeld (= höher als Übergangsgeld)**



Zuständigkeits-Wirrwarr - eine alltägliche Kasuistik -

54-jähriger Patient nach PTCA liegt im Akutkrankenhaus. Dort keine Indikationsstellung zur AHB, daher auch keine Klärung der möglichen Kostenträgerschaft.

Patient wird entlassen, wünscht nach Rücksprache mit Sportfreunden Reha.

Hausarzt stellt Antrag, da Beamter via Beihilfe.

Kommt zur Aufnahme, müßte 50% selbst bezahlen.

Sozialdienst der Reha-Klinik bewirkt bei der DRV-Bund volle Kostenübernahme auf Kulanzbasis.



Arbeit in Institutionen...

Eine wahre Kasuistik:

Ein Angestellter wird 1980 EU dauerberentet (BfA).

Nimmt 1985 Anstellung als Arbeiter an (LVA-Nordrhein).

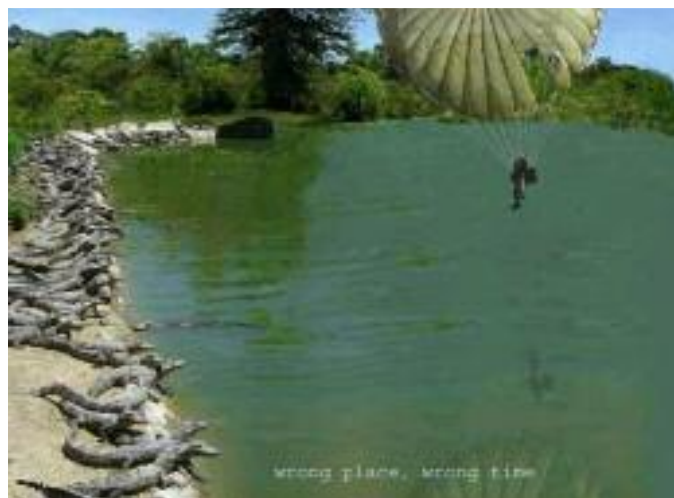
Stellt 1990 Antrag auf med. Reha (Träger: LVA-N.).

**Reha-Klinik (Vertragshaus der BfA *und* LVA) fordert
Vorbefunde an, versehentlich bei BfA...**



Arbeit in Institutionen...

Eine wahre Kasuistik:



Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- ✓ Zuweiserperspektive
- ✓ Kostenträgerperspektive
- Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen
 - Medizinische Leitlinien: Problem / Chance
 - (Fahrtauglichkeit: verschiedene Sichtweisen)



Lymphol. Kasuistik 1 für ein interdisziplinäres Team

LymphForsch 11: 51-55 (2007)

Ch. C. E., 20 J., Nigeria, Elephantiasis seit dem 8 Lj.



Bei Aufnahme



Nach 10 Wo. tägl. Lymphdrainage
Mobilisation von 65 Liter Wasser



Lymphol. Kasuistik 1 für ein interdisziplinäres Team

LymphForsch 11: 51-55 (2007)

Berufsgruppen im Kernprozeß

Aufnahme

Dolmetscher

Sozialdienst

Stationsarzt

Pflege

Therapieplanung

Lymphtherapeut

Wäscherei

Sanitätshaus

Verwaltungsleiter (Lymphamat, Spenden)



Lymphol. Kasuistik 1 für ein interdisziplinäres Team

LymphForsch 11: 51-55 (2007)

Entlassungsbefund:

Gangbild normalisiert. Patient kann in Bestrumpfung normal springen und laufen. Mykose und Ulcera abgeheilt, Skrotum kleiner, Penis sichtbar. Haut weicher und geschmeidiger, hängt an den Oberschenkeln allerdings in Falten hinunter. Körperliche Leistungsfähigkeit altersentsprechend.

Versorgung mit Kompressionstextilien (Doppelbestrumpfung Klasse 3, flachgestrickt, Leistenstrümpfe plus Strumpfhose.

AIK-Gerät mit 1 Paar Kompressionstiefeln für zu Hause (dort plant er eine Lymphdrainagepraxis...)



Lymphol. Kasuistik 1 für ein interdisziplinäres Team

LymphForsch 11: 51-55 (2007)



Presse-
referenten

Wetterauer Zeitung 28.10.2006



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

W., Annett, 40 J., 156cm, 92 kg.
Malerin und Dekoriererin für Glas und Keramik, seit 1995
anhaltend arbeitssuchend. Aufnahme als MRA af.

Vorgeschichte: Abgesehen von einer Mammareduktionsplastik bei Makromastie nie ernsthaft krank gewesen.

Ödemanamnese: Schon immer übergewichtig und kräftige Beine, seit 2003 zunehmend, 2005 erstes Erysipel linkes Bein → 2006 zu Hausärztin → Verd. Lymphödem, bislang keinerlei Therapie.

Jetzige Beschwerden: Schweregefühl der Beine.



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Aufnahmebefund: ein mehrere Monate alter Verband schnürt die rechte Fessel ein.



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Aufnahmebefund: Säbelzahnähnliche, bis 7 cm lange, verpilzte Nägel.



Pudrige Masse auf beiden Beinen



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Berufsgruppen im Kernprozeß

Aufnahme

Stationsarzt

Pflege

Podologin

Therapieplanung

Lymphtherapeut

Wäscherei

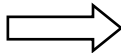
Sanitätshaus

Sozialdienst (Verlängerungsantrag)



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Entlassungsbefund (n. 6 W.): li. – 2630ml, re. – 2940 ml



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Entlassungsbefund (n. 6 W.): li. – 2630ml, re. – 2940 ml



**Kniestrümpfe Klasse 3 ohne Spitze mit Fußkappen.
Sozial reintegriert.
Entlassung af.**



Sozial/med. Kasuistik 4 für ein interdisziplin. Team



- ✓ **5-fach CABG**
- **Zust. n. HWI und VWI**
- **Reduzierte LV-Funktion**
- **Perikarderguß**
- **Mitralklappenrekonstruktion**
- **3-Kammer-ICD (CRT)**

- **pAVK St. IV, blaue Plastikhauben**
- **Liegende Schrittmacherelektroden**
- **EKG-Klebelektroden !!!**
- **Soziale Anamnese...**

**LH, 60 J., Übernahme am 20. Tag.
AHB-Anmeldung als komplikationsloser
Verlauf nach CABG ohne Begleiterkrankungen**



Sozial/med. Kasuistik 4 für ein interdisziplin. Team

LH, soziale Anamnese:

- Lebte drei Monate neben seinem verstorbenen LP
- Polizei kam wegen Verwesungsgeruch
- Einweisung in die Psychiatrie
- Entlaufen → wohnungslos, keine soziale Bindung
- Kollaps → Liegendaufnahme → Diagnostik → CABG



Sozial/med. Kasuistik 4 für ein interdisziplin. Team

Berufsgruppen im Kernprozeß

Aufnahme

Stationsarzt

Pflege

Therapieplanung

Psychologe, psych. Konsil

Physiotherapeut

Wäscherei

Verwaltungsleiter

Vormundschaftsrichter

Sozialdienst...



LH, Maßnahmen durch den Sozialdienst während der AHB (hatte 60 Monate als Schneider einbezahlt)

- Klärung der Kostensituation → Aufnahme in die ARGE = Taschengeld
- Keine KV → Aufnahme in AOK
- Schwerbehindertenstatus (GdB 100, AG B)
- Anregung und Umsetzung gesetzliche Betreuung
- Grundausstattung Kleidung durch MAs und Spenden
- Orthopädische Schuhversorgung
- Gehwagen
- Brillenversorgung
- Komplette Sanierung und Prothesenversorgung Gebiß
- Ende der AHB → Verlegung Pflegeeinrichtung



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

H., Ulrich, 56 J., Sachbearbeiter.

Vorgeschichte: Nie ernsthaft krank gewesen.

Im Alter von 54 plötzliche Dyspnoe → stat. Abklärung:
Luftnot unklarer Genese.

9 Monate später Beinschwellung re. → stat. Abklärung:
Thrombose unklarer Genese mit Zust. n. Lungenembolie
mit PA in Ruhe von 56mmHg.

Aktuelle Anamnese: Zunehmende Belastungsdyspnoe
NYHA III bis IV → Refähigkeit eher nicht gegeben!!!



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Berufsanamnese:

Der Patient war zuletzt als Sachbearbeiter beim Landratsamt angestellt.

Au seit 14 Monaten.

Rehagrund:

Kommt als § 51 mit der Frage des therapeutischen und sozialmedizinischen Procederes zur Reha ins Haus.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Aufnahmebefund:

56 J., 184 cm, 85 kg.

Langsames Gehen auf ebener Ebene gerade noch möglich.

Prall gefüllte Halsvenen,
Ruhe-HF um 90, betonter P₂.
Akrozyanose. Aszites. Ödeme
bds, rechts + 1 cm Umfang.

Aufnahme Thorax: Ektasie der zentralen Pulmonalis mit ausgeprägtem Kalibersprung zur Peripherie.



26.03.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

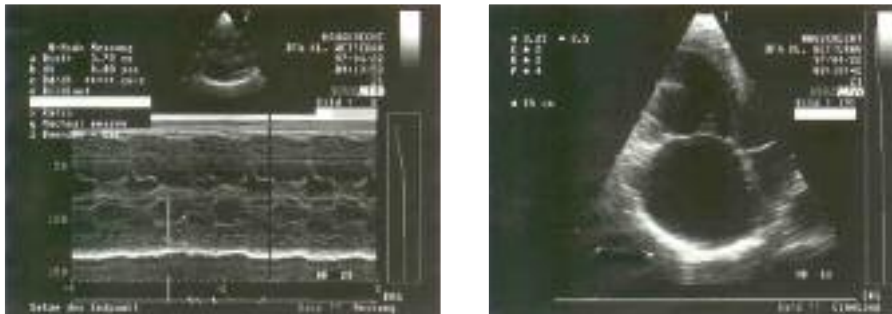
Aufnahme-EKG: Überdrehter Rechtstyp, Sinusrhythmus, kompletter Rechtsschenkelblock.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

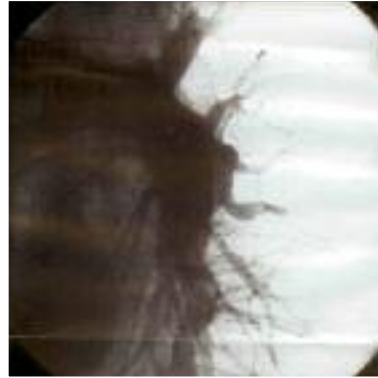
Aufnahme-Echo: Linkes Herz oB, rechtes Herz extrem vergrößert. Trikuspidalinsuffizienz III° (→ PA-Druck 78mmHg).



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Pulmonalisangiographie:
Bds. zentrale Verschlüsse, in
der Mittellappenarterie und
Lingulasegmenten links sowie
Arterien des anterioren und
anterolateralen
Unterlappensegmentes.



→ Entschluß zur OP



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

OP: Bilaterale Thrombendarterektomie, Trikuspidalraffung,
Implantation eines cava-Schirmchens.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Post OP Rückübernahme zur AHB. Ruhe-EKG: Steiltyp, Sinusrhythmus, inkompletter Rechtsschenkelblock.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

**Pulmonalisangiographie:
Wiedereröffnung aller zuvor
verschlossenen Segment- und
Subsegmentarterien einschl.
Abtragung des
Thrombusmaterials im rechten
Pulmonalishauptstamm.
Normalisierung des PA-Drucks (!)**



Post OP



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Thorax: Im Vergleich zu prä-OP Herz jetzt in Form u. Größe regelrecht, noch deutlich erweiterte zentrale Pulmonalisgefäße, peripher zum Teil bis zur Thoraxwand reichend.



prä-OP



post-OP



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Verlauf:

Keine Ruhe-Dyspnoe mehr. Stufenweise Mobilisation. Bel.-EKG bis 75 Watt im Liegen (!) wegen *peripherer* Erschöpfung abgebrochen.

Orale Dauerantikoagulation, INR-Schulung.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Sozialmedizinische Epikrise:

„Wir halten den Patienten für fähig, seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sachbearbeiter nach ca. 3 Monaten erneut vollschichtig auszuüben.“

Entlassungsstatus: au.



Kardiologische Kasuistik

Dtsch Med Wschr 123. 965-971 (1998)

Interne Berufsgruppen

Aufnahme

Stationsarzt

Pflege

Therapieplanung

Psychologe

Physiotherapeut

Funktionsschwester

Externe Berufsgruppen

Radiologe

RTW

Blutspendedienst

Thoraxchirurgie



Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- ✓ **Zuweiserperspektive**
- ✓ **Kostenträgerperspektive**
- ✓ **Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen**
- **Medizinische Leitlinien: Problem / Chance**



Leitlinien in der kard. Reha 2005

2. Band 92501-520 D004
001 1819001-60082 400-8196-1

LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN

E. Dietz
B. Rauch

Herausgeber vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, im Auftrag bearbeitet von der Kommission für Klinische Kardiologie (E. Dietz, H. Gremmel, E. Lewné, T. Michler, A. Ockenga, E. Sinner, U. Tebbe, E. Weidner) unter der Leitung von G. Arzoo, H.-J. Triggel und dem fachlichen Fachgeschäftlichen (U.-I. Richter, D. Erlenzbeck, C. Bode, E. Gatzka, S. Hoseney, K. Hild, H. Kato, B. Rauch)

Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK)

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)



Prozeßleitlinien

Risiken:

- Individuelle Reha-Konzepte bedroht
- Vergleichbarkeit der Kliniken ?
- Klinikspezifische KTL-Verschlüsselung
- Belegungsrelevanz

Chancen:

- Argumentationshilfe für angemessene Personalausstattung



Gliederung Teil II – Probleme und Möglichkeiten

- ✓ Zuweiserperspektive
- ✓ Kostenträgerperspektive
- ✓ Medizinische Kasuistiken mit multiprofessionellen Kernprozessen
- ✓ Medizinische Leitlinien: Problem / Chance

>>> www.prof-wendt.de <<<



Zusammenfassung Teil II - Probleme und Möglichkeiten -

- Die interne, multiprofessionelle Qualität ist vorhanden. Den limitierenden Faktor stellen die quantitativen personellen Ressourcen dar.
- Aus externer Sicht a) sind Kosten höher priorisiert als Qualität und b) hinkt das Ansehen der Rehabilitation noch immer der Akutmedizin hinterher.
- Prozeßleitlinien und bench-marking schaffen die Möglichkeit, gute Qualität zu belegen und angemessene Stellenpläne zu beantragen. Sie bergen aber auch Risiken!



Aufbaukurs Rehabilitationswesen, Teile E - F

Berlin, 21.02.2011

