Wie werden Leitlinien entwickelt ?

Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland

Prof. Dr. med. Dipl. oec.
Bernhard Greitemann

Leitlinien

- Leitlinien sind...
- ... systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.
- Sie sollen die medizinische Versorgung verbessern.
- Sie geben den gegenwärtigen Erkenntnisstand im Fach wider.

Leitlinien

- Sind in der Regel von Fachgesellschaften entwickelt.
- Die AWMF unterstützt die Leitlinienentwicklung und –dissemination, sie führt ein Leitlinienregister.
- AWMF-Regelwerk zur Leitlinienerstellung unter

  www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html

Leitlinien

- Sollen die Versorgungslandschaft qualitativ verbessern, in dem sie möglichst evidenz-basierte Therapieempfehlungen („state of the art“) geben
- Unsinnige Behandlungsansätze sollen eliminiert werden
- Behandlungskorridore sollen verbleiben (!!)
- Individuelle Abweichungen sind möglich – aber nur mit Begründung
- Wichtig ist insbesondere die Implementation in die Praxis
- Begleitevaluationen sind nötig, um Effekte der Leitlinien zu untersuchen
- Viel Arbeit für Gruppen – bisher kaum finanzieller Aufwand der Kostenträger
- Im Rehabilitationsbereich Entwicklung von Leitlinien über Kostenträger (problematisch)

1. Planung und Organisation

- Begründung für die Auswahl des LL-Themas
- Zielorientierung der LL
- Stufenklassifikation (S1, S2e, S2k, S3)
- Zusammensetzung der LL-Gruppe
- Erarbeitung eines Projektlaufplanes
- Erarbeitung eines Finanzierungskonzeptes
- Formulierung klinischer Fragestellungen
- Erklärung von und Umgang mit Interessenskonflikten

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Begründung für die Auswahl des LL-Themas**
  - Wahrgenommene Versorgungsprobleme
  - Konkrete Verbesserungspotentiale
  - Angaben zur Häufigkeit des Versorgungsaspektes
  - Ggf. ökonomische Bedeutung
  - Ethische und soziale Aspekte
  - Informationsbedarf bei neuen Technologien
  - Interdisziplinärer Versorgungsbedarf

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Zielorientierung der LL**
  - Wer und was soll mit der LL erreicht werden?
  - Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen

  - Bsp.: Verbreitung evidenzbasierter Empfehlungen mit deren Hilfe man Entscheidungen in der medizinischen Versorgung auf eine rationale Basis stellen kann.
    (Bsp. LL zur konservativen und rehabilitativen Behandlung bei radikulären Beschwerden bei BSV)
  - Bsp. Konkretes Ziel: Verringerung der Amputationsrate bei Diabetischen Fußsyndrom

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Stufenklassifikation (S1, S2e, S2k, S3)**
  - S1 = Handlungsempfehlungen von Expertengruppen
    Konsensusfindung in informellem Verfahren
  - S 2e = Repräsentatives Gremium,
    strukturierte Konsensusfindung
  - S 2k = systematische Recherche,
    Auswahl und Bewertung der Literatur
  - S 3 = repräsentatives Gremium, syst. Literaturrecherche, strukturierte Konsensusfindung

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Stufenklassifikation (S1, S2e, S2k, S3)**
  - Wurden vorhandene LL genutzt?
  - Wie verhält sich die neue LL zu anderen?
  - Welche Art der Konsensusfindung liegt vor?
  - Welche Art der Literaturrecherche wurde durchgeführt?

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Zusammensetzung der LL-Gruppe**
  - Erfahrene Anwender?
  - Patienten-Beteiligung?
  - Keine Partikularinteressen?
  - Benennung von Mandatsträgern (nennen)
  - Professionelle und wissenschaftliche Expertise?
  - Leitlinienerfahrung?
  - Benennung der Teilnehmer

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Erarbeitung eines Projektlaufplanes**
  - Festlegung fester Zeitfenster
  - Festlegung von Aktivitäten und Verantwortlichen
    - Bspw.
    - Organisation, Anschreiben
    - Literaturrecherche
    - Organisation der Treffen
    - Textentwürfe
    - Strukturierte Konsensusfindung
    - Erstellung der LL-Dokumente
    - Implementierung und Evaluation
    - Fortschreiben und Aktualisieren

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Erarbeitung eines Finanzierungskonzeptes (offenlegen)**

- Bspw.:
  - Fachgesellschaften
  - Eigenbeiträge Beteiligte
  - Berufsverbände
  - Stiftungen
  - Leitlinienprogramm (NVL)
  - BMBF

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Formulierung klinischer Fragestellungen**
  - Klärung und Formulierung im Rahmen eines ersten Konsensustreffens
  - Wichtig auch für Literaturrecherche
  - Vorgehen nach dem PICO-Schema
    - Patient
    - Intervention
    - Comparison
    - Outcome

    Bsp.: Führt eine regelmäßige Kontrolluntersuchung (Intervention) bei Diabetikern (Patienten) zu einer verringerten Amputationsrate (Outcome) im Vergleich zu fehlender KU (Comparison)

Bernhard Greitemann

1. Planung und Organisation

- **Erklärung von und Umgang mit Interessenskonflikten**
  - Formblatt
  - Lenkungsgremium, Koordinatoren, AG-Leiter
  - Beurteilung durch Fachgesellschaften (beim Lenkungsgremium), durch Lenkungsgremium und Koordinatoren (bei AG-MG)
- Fertige LL, bei denen die Finanzierung Interessenkonflikte enthält oder bei denen die Interessenkonflikte einzelner Mitwirkender nicht transparent sind, werden nicht in das AWMF-Register aufgenommen

Bernhard Greitemann

2. Anmeldung

- Anmeldung bei AWMF ist Voraussetzung für spätere Publikation

- www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung/awmf-regelwerk-02-anmeldeverfahren.html

Bernhard Greitemann

3. syst. Literaturrecherche

- Klinisch relevante Fragestellungen formulieren
- System. Suche nach LL zum gleichen oder ähnlichen Themen
- Eigene Literaturrecherche (mit Beschreibung der Suchbegriffe)
- Darlegung der Auswahldomänen (Bsp. s.u.)
- Darlegung der Bewertungskriterien zur Auswahl, methodischen Qualität und Ergebnisqualität
- Festlegung der Evidenzstärke (bspw.: Oxford, SIGN, GRADE)

Bernhard Greitemann

4. Strukturierter Konsensus

- Klare Beschreibung der Methoden und Vorgehensweisen
- Diskussion und Abstimmung jeder Empfehlung unter neutraler Moderation
  - Starker Konsens = Zustimmung > 95%
  - Konsens = Zustimmung >75-95%
  - Mehrheitliche Zustimmung = > 50-75%
  - Kein Konsens = Zustimmung < 50%

Bernhard Greitemann

5. Graduierung von Empfehlungen

- A = starke Empfehlung = „soll/soll nicht
- B = Empfehlung = „sollte/sollte nicht“
- C = Empfehlung offen = „kann erwogen werden/kann verzichtet werden“

Bernhard Greitemann

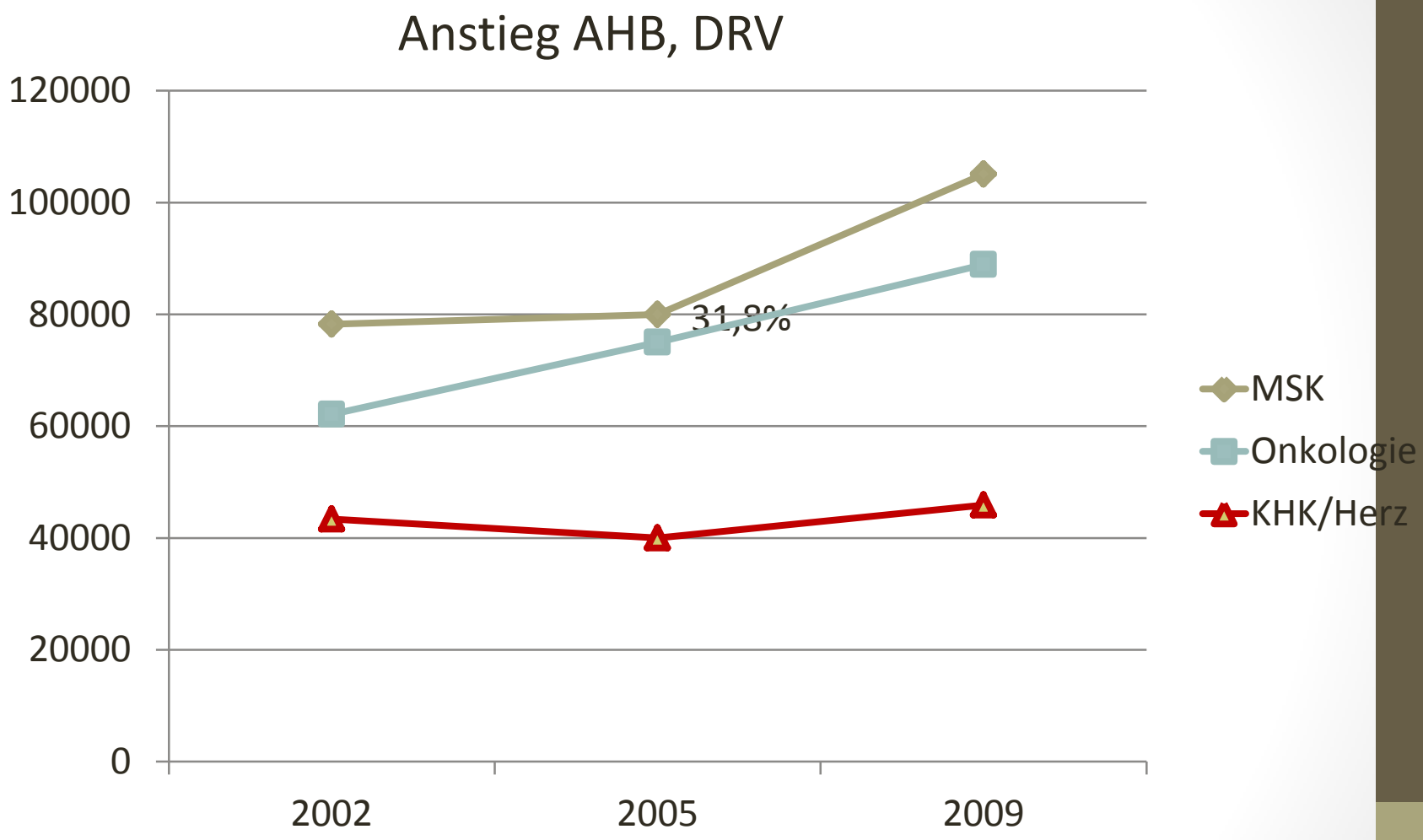
Leitlinie zur konservativen und rehabilitativen Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik

Prof. Dr. med. Dipl. oec. Bernhard Greitemann

Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Reha-Klinikum Bad Rothenfelde
Klinik Münsterland

Reha-Statistik 2009 DRV Bund



Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Gremium

- Leitung:
  - Prof. Dr. med. Dipl. oec. B. Greitemann (Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde)
  - PD Dr. med. V. Stein (Magdeburg, MDK)
- Moderator:
  - M. Schnabel (IFR Norderney, Uni Witten-Herdecke, Moderator)
- Mitglieder
  - Dr. med. J. Bauer (Parkklinik Bad Rothenfelde)
  - E. Böhle (ZVK)
  - Dr. med. H. Bork (Sekt. Phys.Ther.u.Rehab.)
  - Dr. med. U. Borngräber (Klinik am Hellweg, Bad Sassendorf) (zeitweilig)
  - Dr.med. L. Broll-Zeitvogel (Parkklinik Bad Rothenfelde)
  - S. Brüggemann (DRV Bund)
  - M. Freundt (Verb. D. Ergotherapeuten)
  - S. Panning (Psychologe)
  - Prof. Dr. K.Pfeiffer (Sporttherapie)
  - Dr. med. T. Theodoridis (St. Josef-Spital, Bochum)

LL

Algorithmus der Behandlung bei bandscheibenbedingten Beschwerden
Vorwort
Ziele der Leitlinie
Berufszielgruppen
1. Definition der Krankheitsbilder
2. Grundlegendes Vorgehen
2.1 grundlegende Diagnostik
2.1.1 Klinische Untersuchung
2.1.2 Spezifische zusätzliche Untersuchung bei segmentalen Bewegungsstörungen
2.1.3 Bildgebende Verfahren
2.2 Allgemeine Hinweise zu den Therapieformen
2.2.1 Schmerztherapie
2.2.1.1 Medikamentöse Schmerztherapie
2.2.1.2 TLA: Therapeutische Lokalanästhesie.
2.2.1.3 Akupunktur
2.2.1.4 Psychologische Schmerztherapie
2.2.2 Gesundheitsbildung und Information
2.2.3 Bewegungstherapie
2.2.4 Physiotherapie
Krankengymnastik
GerätegestützteTraktion
Wärmetherapie
Elektrotherapie
Ultraschall
Massage
Hydrotherapie/Balneotherapie

2.2.5 Ergotherapie
Ziele
Hilfsmittelberatung, -testung und –training
ADL-Beratung/-Training
Funktionstraining, Wahrnehmungstraining/sensomotorisch-perzeptive Behandlung.
Arbeitsplatztraining/Arbeitstherapie
2.2.6 Manuelle Therapie
2.2.7 Orthesen
2.3 Nachsorge und berufliche Reintegration
2.3.1 Nachsorgekonzept
2.3.2 Berufliche Wiedereingliederung
3. Empfehlungen
3.1 akut
3.1.1 Schmerztherapie
3.1.1.2 Medikamentöse Therapie
3.1.1.2 TLA:Therapeutische Lokalanästhesie
3.1.1.3 Akupunktur
3.1.1.4 Psychologische Schmerztherapie
3.1.2 Information und Gesundheitsbildung
3.1.3 Bewegungstherapie
3.1.4 Physiotherapie
3.1.5 Ergotherapie
3.1.6 Manuelle Therapie
3.1.7 Orthesen
3.2 subakut
3.2.1 Schmerztherapie
3.2.1.1 Medikamentöse Therapie
3.2.1.2 TLA:Therapeutische Lokalanästhesie
3.2.1.3 Akupunktur
3.2.1.4 Psychologische Schmerztherapie

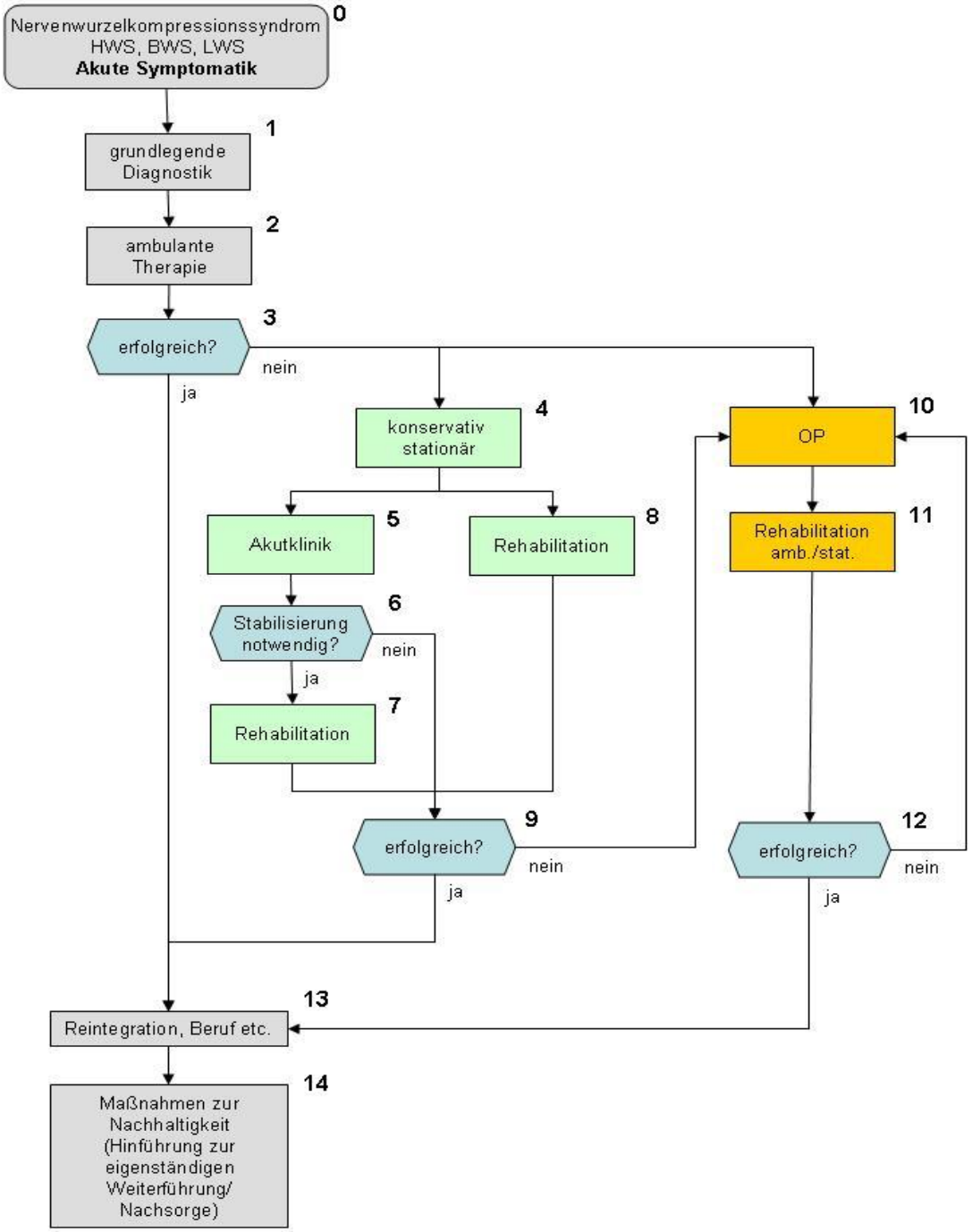
3.2.2 Information und Gesundheitsbildung
3.2.3 Bewegungstherapie
3.2.4 Physiotherapie
3.2.5 Ergotherapie
3.2.6 Manuelle Therapie
3.2.7 Orthesen
3.3 postoperativ
3.3.1 Schmerztherapie
3.3.1.1 Medikamentöse Therapie
3.3.1.2 TLA:Therapeutische Lokalanästhesie
3.3.1.3 Akupunktur
3.3.1.4 Psychologische Schmerztherapie
3.3.2 Information und Gesundheitsbildung
3.3.3 Bewegungstherapie
3.3.4 Physiotherapie
3.3.5 Ergotherapie
3.3.6 Manuelle Therapie
3.3.7 Orthesen
3.4 Chronifizierungs-gefährdet
3.4.1 Schmerztherapie
3.4.1.1 Medikamentöse Therapie
3.4.1.2 TLA:Therapeutische Lokalanästhesie
3.4.1.3 Akupunktur
3.4.1.4 Psychologische Schmerztherapie
3.4.2 Information und Gesundheitsbildung
3.4.3 Bewegungstherapie
3.4.4 Physiotherapie
3.4.5 Ergotherapie
3.4.6 Manuelle Therapie
3.4.7 Orthesen
4. Glossar
5. Literatur

LL

- Die vorliegende Leitlinie behandelt die konservative und rehabilitative Versorgung bei Bandscheibenvorfällen.
- Dabei sollen bewusst die akuten, subakuten, chronischen Zustände des Krankheitsbildes dargestellt und besprochen werden.
- Die operativen Verfahren sind Bestandteil einer separaten Leitlinie und werden hier nicht behandelt.
- Die Leitlinie beinhaltet auch einen Vorschlag für einen Ablaufalgorithmus im Sinne der Versorgungskoordination.

LL

- Bei der Bearbeitung wurde nach Würdigung der Literatur eine Empfehlung zu den jeweiligen Therapiearten gegeben, die sich an folgendem Schema orientiert:
- Kann angewendet werden: es liegen keine überzeugenden Studien mit Wirknachweis vor, es gibt aber auch keine generellen Kontraindikationen
- Sollte angewendet werden: es gibt einzelne Studien mit Nachweis einer Wirkung
- Soll angewendet werden: es handelt sich um evidenzbasierte Therapien auf der Basis guter Studien.


Nervenwurzelkompressionssyndrom
HWS, BWS, LWS
Akute Symptomatik
0
grundlegende Diagnostik
1
ambulante Therapie
2
erfolgreich?
3
nein
ja
konservativ stationär
4
Akutklinik
5
Stabilisierung notwendig?
6
nein
ja
Rehabilitation
7
Rehabilitation
8
erfolgreich?
9
nein
ja
OP
10
Rehabilitation amb./stat.
11
erfolgreich?
12
nein
ja
Reintegration, Beruf etc.
13
Maßnahmen zur Nachhaltigkeit (Hinführung zur eigenständigen Weiterführung/ Nachsorge)
14

Diagnostik - Rö

a) Akuter Schmerz
Bei fehlendem Hinweis auf gefährliche Risikofaktoren („red flags“) ist eine bildgebende Diagnostik in den ersten 4 bis 6 Wochen nach einem Erstereignis aufgrund der akuten Prognose nicht spezifischer Rückenschmerzen nicht zwingend indiziert [47, 48, 49, 50, 51, 2, 3].

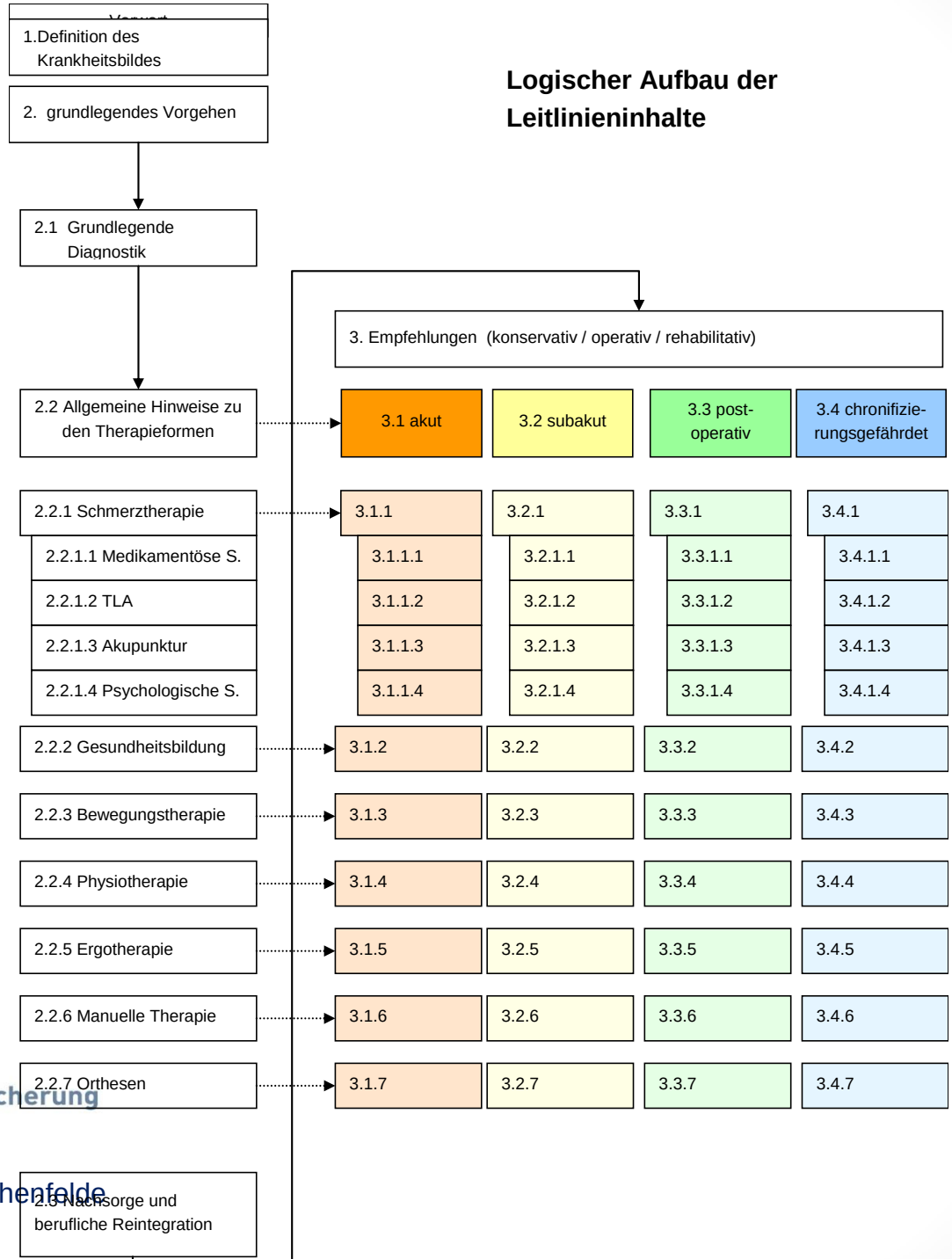
Liegen „red flags“ vor, so ist in der Regel eine Kernspintomographie aufgrund der besseren Beurteilbarkeit der ligamentären Strukturen, der wirbelsäulennahen Weichteile, des Knochenmarks und auch des Spinalkanals mit seiner Binnenstruktur bei gleichzeitig fehlender Strahlenexposition mit bildgebender Methode die primäre Wahl [52, 53, 54].

Chronifizierung
- psychische Faktoren -

Tabelle 3: *Psychosoziale Risikofaktoren für die Entwicklung chronischer nichtspezifischer Kreuzschmerzen (aus der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz)*

starke Evidenz	• Depressivität, Distress (vor allem berufs/-arbeitsbezogen) • schmerzbezogene Kognitionen: (z. B. Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Fear-Avoidance-Beliefs) • passives Schmerzverhalten (z. B. ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten)
moderate Evidenz	• schmerzbezogene Kognitionen: Thought Suppression • überaktives Schmerzverhalten: Task Persistence, suppressives Schmerzverhalten • Neigung zur Somatisierung
begrenzte Evidenz	• Persönlichkeitsmerkmale
keine Evidenz	• psychopathologische Störungen

Logischer Aufbau der Leitlinieninhalte



TLA

Tabelle

Randomisierte kontrollierte Studien zur epiduralen Injektionsbehandlung beim lumbalen Wurzelkompressionssyndrom

Autor	Jahr	Zugang	Dosis	Ergebnis
Cuckler et al [170]	1985	interlaminär dorsal	80 mg Triam/Procain	-
Bush et a l[171]	1991	sakral	80 mg Triam/NaCl	+
Klenerman [172]	1984	interlaminär dorsal	80 mg Prednisolon	-
Yates [173]	1998	sakral/interlaminär dorsal	60 mg Triam	+
Krämer et al [174]	1997	interlaminär epidural-perineural u. epidorsal versus Muskelinfiltration	10 mg Triam	+
Ng et al [175]	2005	interlaminär dorsal	40 mg Triam versus Bupivacain	+
Becker et al [176]	2006	interlaminär epidural-perineural	10/5 mg Triam versus Orthokin	+
Teske et al [177]	2009	interlaminär epidural-perineural	10 mg Triam versus Lidocain	+

3.3 postoperativ

3.3.1 Schmerztherapie

3.3.1.1 Medikamentöse Therapie

Pharmakotherapie soll postoperativ zum Einsatz kommen.

3.3.1.2 TLA:Therapeutische Lokalanästhesie

Empfehlung: Bei postoperativen bandscheibenbedingten Schmerzen kann Therapeutische Lokalanästhesie angewendet werden.

3.4 Chronifizierungs-gefährdet

Die *Krankengymnastik* soll bei chronifizierungs-gefährdeten bandscheibenbedingten Schmerzen eingesetzt werden.

Rückenschule
Rückenschule, beruhend auf einem bio-psychosozialen Ansatz, soll bei chronifizierungs-gefährdeten bandscheibenbedingten Schmerzen durchgeführt werden.

Ergotherapeutisches Funktionstraining soll bei bei chronifizierungs-gefährdeten bandscheibenbedingten Schmerzen eingesetzt werden.

Literatur

5. Literatur

1. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM: Acute low back pain: systematic review of ist prognosis. BMJ 2003: 327 (7410): 323
2. Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, Vale LD, Campbell MK, Scott NW, Knigt DJ, Wardlaw D: Low back pain: influene of early MR imaging or CT on treatment and outcome-multicenter randomized trial. Radiologie 2004: 231 (2): 343 – 351
3. Kendrick D, Fielding K, Bentlex E, Kerslake R, Miller P, Pringle M: Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. BMJ 2001: 322 (7283): 400 – 405
4. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM: A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. J Clin Epidemiol 2008: 61 (2): 110 – 118
5. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM: Screening for malignancy in low back pain patients: a systematic review. Eur Spine J 2007: 16 (10): 1673 – 1679
6. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Empfehlungen zur Therapie von Kreuzschmerzen. 3. Auflage 2007. Available from: http://akdae.de/en/35/64-Kreuzschmerzen-2007-3Auflage.pdf
7. Airaksinen O, Brox JL, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli G: Chapter 4. European guidelines fort he management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 2006: 15 Suppl 2: 192 – 300
8. Linton SJ: A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine 2000: 25 (9): 1148 – 1156
9. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP: A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain: Spine 2002: 27 (5): E109 – E120
10. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Stalman WA, Bouter LM: Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. BR J Gen Pract 2007: 57 (534): 15 – 22
11. Grotle M, Vollestad NK, Brox JL: Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire. Clin J Pain 2006: 22 (5): 458 – 467
12. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM: Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine 1997: 22 (18): 2128 – 2156
13. van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM: Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for Spinal Disorders. Spine 1997: 22 (20): 2323 – 2330
14. Linton SJ, Andersson T: Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. Spine 2000: 25 (21): 2825 – 2831
15. Hasenbring M, Ulrich HW, Hartmann M, Soyka D: The efficacy of a risk factor-based cognitive behavioural intervention an elektromyographic biofeedback in patients with acute sciatic pain. An attempt to prevent chronicity. Spine 1999: 24 (23): 2525 – 2535

Bedeutung von Leitlinien

- OLG Naumburg, Urteil vom 19.12.01, 1 U 46/01, LG Halle Urteil vom 16.03.01, 6 O 468/95
  - LL sind keine verbindlichen Handlungsanweisungen ihnen kommt lediglich Informationscharakter zu
- BGH (Az. VI ZR 382/12)
  - Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien und Verbände sind nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichzusetzen
  - Leitlinien können erst nach Ihrer Veröffentlichung Standards begründen
- Dennoch werden die LL als Bewertungsgrundlage bei Gerichten z. Zt. bereits eingesetzt und in der juristischen Argumentation auch gebraucht.

Bedeutung von Leitlinien

- In Anbetracht auch der juristischen Konsequenzen, aber auch der Informationsfunktion für die Patienten sind Leitlinienunterschiede zu Thematiken sehr problematisch!
- Eine Koordination der zahlreichen „überlappenden“ und „wildwuchsartig“ parallel laufenden Leitlinienentwicklungen von Fachgesellschaften u. Gremien ist dringend nötig.

Das Reha-Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung

Ziel:

- Verbesserung der rehabilitativen Versorgung durch die Anwendung als wirksam nachgewiesener Therapien (Evidenz-Basierung)

Vorgehen:

- Umfassende internationale Literaturrecherche zur Effektivität rehabilitativer Therapien, Analyse der Versorgungsrealität in der Rehabilitation, Expertendiskussion,
  Implementation von Reha-“Leitlinien“

Indikationen:

- Chronischer Rückenschmerz, koronare Herzkrankheit, Diabetes mell. II, Brustkrebs, Alkoholabhängigkeit u.a.

Vorgehen DRV

- **1. Literaturrecherche**
- Bestimmung der **Inhalte** einer idealtypischen Rehabilitation
- Aggregation zu evidenzbasierten **Therapiemodulen**
- **Zuordnung** passender KTL-Codes zu den Modulen

Vorgehen DRV

- ETM 1 Bewegungstherapie
- ETM 2 Rückenschule
- ETM 3 Schmerzbewältigung
- ETM 4 Entspannungstraining
- ETM 5 Information und Motivation
- ETM 6 Psychologische Beratung und Therapie
- ETM 7 Arbeitsbezogene Therapien
- ETM 8a Soziale und sozialrechtliche Beratung
- ETM 8b Unterstützung der beruflichen Integration
- ETM 8c Organisation der Nachsorge

Vorgehen DRV

- **2. Soll-Ist-Vergleich:**
- Nutzung von Routinedaten aus den E-Berichten

- **Orientierender** Vergleich:
- Welche Therapien sollte der Rehabilitand erhalten und welche Therapien erhält er tatsächlich?

- Unterschiede zwischen Einrichtungen

- Leitlinie erforderlich?

- Reha-Leitlinien auf der Basis von KTL-Daten stellen eine wesentliche Erweiterung der Reha-Qualitätssicherung der RV dar.

- Rückmeldungen von KTL-Auswertungen an die Reha-Einrichtungen und Leistungsträger sichern einen kontinuierlichen Austausch über die thera-peutische Versorgung.

- Mit der KTL ist eine Grundlage auch für die Reha-Qualitätssicherung gegeben.

Es gibt viel zu tun
- packen wir es an !