



## **Nachhaltig unterwegs: Ethik, Evidenzbasierung und Erfahrungen**

Dr. Marco Streibelt

Herzlich willkommen, „rehalitätsnah“ nimmt Sie heute mit auf eine Reise.

„rehalitätsnah“ - ein Wissenschaftspodcast mit Dr. Marco Streibelt.

Dr. Marco Streibelt

Ich nehme Sie mit von Berlin nach Göttingen und wir reisen natürlich nachhaltig mit dem Zug, Sie können es vielleicht hören, wir sind ja gerade auf dem Bahnhof. Wir sind unterwegs zu einem der Wegbereiter der Evidenzbasierung in Deutschland. Ich sage Ihnen das nur vorab, denn er wird es vielleicht ein wenig bescheiden herunterspielen.

Ich stelle ihn heute einen Mann vor, von dem viele länger nichts gehört und gelesen haben. Sollten Sie sich fragen, was macht eigentlich Professor Dr. Dr. Heiner Raspe heute? - Sie hören es gleich. Ich steige ein in den Zug und erzähle Ihnen auf dem Weg dorthin etwas zu meinem ökologischen Fußabdruck, bis gleich.

So geschafft, Sitzplatz gefunden, jetzt gehts los nach Göttingen.

Aber ich bin Ihnen auch was schuldig. - Wie hat sich mein Fußabdruck seit der letzten Folge verändert? Ja, er ist tatsächlich ein bisschen kleiner geworden, ich freue mich auch drüber. Vielleicht hat es damit zu tun, dass ich wieder weniger Fleisch esse, vielleicht hat es aber auch damit zu tun, dass ich jetzt wieder mehr Fahrrad fahre. Mal sehen, wie es weitergeht. Ich bin gespannt, halte Sie auf dem Laufenden, aber jetzt geht es erst mal nach Göttingen zu Herrn Raspe.

Transkript zum Podcast „rehabilitätsnah“: Staffel zwei, Folge drei

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe  
Hallo Herr Streibelt! Kommen Sie rein.

Dr. Marco Streibelt  
Einen schönen guten Tag!

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe  
Das ist unser Hund, der ist ganz harmlos, Nelly heißt sie.

Dr. Marco Streibelt  
Hallo Nelly.

Wir sind jetzt zu Gast mit unserem mobilen Podcast-Studio in der neuen Wohnung von Professor Heiner Raspe, werden hier im Esszimmer gut bedient mit Tee und Wasser. Herr Raspe wohnt seit Dezember 2023 in Göttingen, noch nicht so lange. Wir wollen heute mit ihm über verschiedene Dinge sprechen, unter anderem evidenzbasierte Medizin, EBM, aber auch Bedarf und Bedarfskonstellationen. Herr Raspe, vielen Dank, dass wir bei Ihnen sein dürfen.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe  
Ich freue mich. Ich danke.

Dr. Marco Streibelt  
Herr Raspe, ja Sie sind neu hier in Göttingen. Wie stellen Sie sich hier den fremden Menschen eigentlich vor?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe  
Das ist eine schwierige Frage, denn das ist noch gar nicht häufig passiert. Wir sind ja hier familiärerseits hingezogen, haben alte Freunde hier, da muss man sich nicht mehr vorstellen. Aber ich denke, dass unser Hund wichtig ist für das Vorstellen unter Hundebesitzern, denn wir gehen mit ihm hier in den nahen Wald und dort treffen wir andere Hunde - andere Hundebesitzer und insofern kennen die eher unsere Nelly als mich und da ist ein Vorstellen eben eher, dass man die Hunde vorstellt.

Dr. Marco Streibelt  
Diese Bescheidenheit kenne ich von Ihnen, Herr Raspe, aber stellen Sie sich einfach vor, wir beide wären auf einer Fachtagung und würden uns nicht kennen und am Buffet treffen und wie würden Sie sich mir vorstellen, mit Ihrem beruflichen Werdegang?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ich würde Wert darauf legen zu sagen, dass das schon alles lange her ist, was sich mit der Rehabilitation und mir ereignet hat und dass ich früher einmal sehr intensiv Reha-Forscher war und in einer engen Verbindung auch durchaus mit den Instituten, zum Beispiel der Deutschen Rentenversicherung, gestanden habe und sehr viel Wert darauf gelegt habe, dass es eine akademische Reha-Forschung gibt und dass die bestimmte Charakteristika hat, nämlich die Freiheit, auch Unangenehmes und Unerwünschtes zu sagen und dass ich das ein bisschen gepflegt habe, auch damals in der Zeit als ich Reha-Forscher war.

Dr. Marco Streibelt

Seit wann sind Sie eigentlich Reha-Forscher? Seit wann beschäftigen Sie sich konkret mit dem Thema Reha?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Also ich war ja zuerst Mediziner geworden, dann Soziologe und habe dann fünf Jahre Medizinsoziologie gemacht mit Professor Johannes Siegrist und einem Freund und Chef und Kollegen und bin dann für elf Jahre in die Rheumatologie gegangen, nach Hannover an die MAH und bin von dort aus direkt sozusagen in die Sozialmedizin gekommenen, denn wir hatten in Hannover Projekte, gut finanzierte Projekte für Rheuma-Epidemiologie. Von der Rentenversicherung hat man als Hochschularzt eigentlich keine Ahnung, muss man schlicht sagen, die existiert sozusagen nicht, denn wenn es da AHB oder irgendwas Ähnliches gab, dann hat das der Sozialdienst gemacht. Aber unsere Partner waren die Krankenversicherungen natürlich und nicht die Rentenversicherung und insofern gab es für mich ein neues Leben, als ich nach Lübeck kam und diesen Ruf da bekam, denn die Professur war zuerst eine Stiftungsprofessur der LVA, damals noch Schleswig Holstein und von da an 1989 an bin ich sozusagen Reha-Forscher geworden, nolens volens mehr volens als nolens, und habe das als wichtige Aufgabe auch gesehen, was auch gar nicht schwierig war, weil man als Rheumatologe, der ich war, zu der Zeit eben dauernd mit chronisch Kranken zu tun hat, die eben tatsächlich behindert sind und wo man auch ein eigenes Verständnis für Behinderung bekommt, was eben nicht jetzt Querschnittslähmung oder irgendetwas ist, sondern einfach chronische somatische Krankheit mit allen Folgen, die das hat.

Dr. Marco Streibelt

2003 habe ich ja begonnen in der Reha-Forschung aktiv zu sein und ich glaube 2005 habe ich eine Veröffentlichung von Ihnen gelesen. Da haben Sie eine Übersichtsarbeit über die orthopädische Rehabilitation und über die Effekte orthopädische Rehabilitation veröffentlicht und haben das verglichen mit Wirksamkeitsuntersuchungen im internationalen Raum. Das war für mich sehr erhellend. Sie sprachen ja von der Freiheit, auch mal Unbequemes sagen zu dürfen. Und Sie haben ja damals festgestellt, dass die Effekte der orthopädischen Reha eigentlich den Effekten der Kontrollgruppen im internationalen Bereich, also usual Care - Nichtstun, entsprachen. Das war für mich wirklich sehr erhellend und ich glaube, es war auch so ein bisschen der Wegbereiter für das Thema Nachsorge, was dann aufkam. Sie haben also Wirksamkeit, Evidenzbasierung eigentlich immer auch gelebt in der Reha. Wir machen ja den Podcast hier zum Thema Nachhaltigkeit. Was haben wir aus Ihrer Sicht Wirksamkeit auch Evidenzbasierung mit wissenschaftlicher Nachhaltigkeit zu tun?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Also nachhaltig ist sicherlich, so hoffe ich und bin nicht mehr ganz sicher, die Idee der Evidenzbasierung, denn das, was wir an jetzt Präzisionsmedizin, wie das dann so heißt oder personalisierte Medizin sehen, kommt manchmal mit der Idee daher: Wir brauchen keine Studien mehr, wir brauchen keine Kausalität sozusagen mehr im Experiment, im RCT Randomized Controlled Trial. Weil wir so wunderbar gut Bescheid wissen, das heißt, wir können, wir sind so gut in der Grundlagenforschung und in den Mechanismen von Krankheit und Therapie, dass wir eigentlich auf RCTs und diesem ganzen Unsinn verzichten können. Und insofern bin ich nicht so ganz sicher, was aus der Evidenzbasierung langfristig wird.

Im Augenblick glauben wir ja, dass wir dieses Experiment brauchen. Handeln soll man handelnd evaluieren und nicht nur am Schreibtisch und in Gedanken, aber ob das so ist, das wird sich noch zeigen, meines Erachtens und insofern ist die Idee der Evidenzbasierung im Augenblick nachhaltig. Der Witz ist ja, dass die Evidenz selbst nicht nachhaltig ist, denn wenn die neue Studie kommt, ist die alte Studie überholt in gewisser Weise. Gut, so schnell geht es in aller Regel nicht, aber Evidenzbasierung ist eben ein moving target sozusagen.

Dr. Marco Streibelt

Wobei, die neue Studie könnte die alte ja auch bestätigen und insofern hätte man da eine etwas bewährtere Aussage.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Und dann würde man wieder sagen, dann brauchen wir keine weitere Studie, dann ist es - dann lasst uns hier stoppen. Das war ja das Argument mit der Lyse-Therapie zum Beispiel beim Schlaganfall oder auch im Herzinfarkt-Bereich, dass man sagte, da sind viel zu lange kleine Studien gemacht worden, das hätten wir längst abbrechen sollen. Da sind noch x Patienten ganz unnötigerweise in Studien eingeschlossen worden.

Dr. Marco Streibelt

Und damit auch in Kontrollgruppen gekommen.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Genau, und so weiter. Also insofern muss man da relativ genau hingucken.

Dr. Marco Streibelt

Ja, okay. Ja, spannend. Sie haben zusammen mit dem jetzigen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Mitte der 90er Jahre in einer kleinen Arbeitsgruppe, die Evidenzbasierung in der Medizin thematisiert, festgeschrieben und schließlich daraus auch ein Netzwerk gegründet. Was motivierte Sie dazu?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ja, also lassen Sie uns so ein bisschen auf die Zeiten und die Jahre gucken. Also ich glaube, dass das Netzwerk „Evidenzbasierte Medizin“ als informelles Netzwerk 1998 gegründet worden ist, und daraus wurde der Verein 2001. Ich bin nicht mehr sicher, jetzt im Rückblick wann Lauterbach dazugekommen ist, dass er ein Vertreter der EBM ist, wollen wir nicht bezweifeln, das ist klar, aber was uns bewegt hat, war eigene Forschung. Wir haben ja in Hannover ein Modell gehabt, das hieß mobile Rheuma-Hilfe. Das hatte die Möglichkeit, im Stadtgebiet Hannover, unterstützt von der KV und den Kassen, Hausbesuche zu machen, Arbeitsplatz-Besuche zu machen bei Rheumatikern. Da waren Ergotherapeuten dabei, Sozialarbeit, Psychologie, Ärzte, Physiotherapie war angeschlossen, in gewisser Weise, also diese mobile Rheuma-Hilfe sollte auch evaluiert werden. Und ich habe mich am Schluss wirklich furchtbar geärgert, dass wir kein RCT gemacht haben, sondern wir haben sie verglichen mit unserer normalen Rheuma-Ambulanz. Wir waren für Hannover zuständig, die Rheuma-Ambulanz dann für ganz Niedersachsen und die beiden Patientengruppen waren nicht ideal zu vergleichen und ein bisschen adjustieren konnte man, aber so richtig befriedigend war das nicht, so dass wir schon auf solch einer evaluativer Spur waren und ich habe auch ein paar Medikamenten-Studien damals mitgemacht in der MAH. Wir waren also auf dieser Spur und waren jetzt in einem neuen Fahrwasser „Rehabilitation“ und hatten das Gefühl, so richtig ist das da noch nicht verankert gewesen, um es liebevoll zu sagen. Und gleichzeitig habe ich seit 1996 über EBM in Deutschland geschrieben und dann habe ich mir das in McMaster einmal angeguckt.

Ich war einmal kurz in McMaster, wollte da eigentlich auch studieren und insofern war es, war sehr rasch so bei mir klar, das ist eine wichtige Bewegung, die müssen wir in Deutschland irgendwie auch zur Geltung bringen. Und dieses zur Geltung bringen war eben sehr merkwürdig in Deutschland. In Kanada, wo das entstanden ist, in McMaster und Feinstein in den USA, in Yale war es eine Bewegung aus der Klinik für die Klinik.

Also David Sackett war ein Nephrologe, Feinstein hat angefangen in der Kardiologie. Und bei uns war das, wie ich Ihnen gezeigt habe, eben Gründungsmitglieder des Vereins. Waren das Mediziner? Ja, aber keine Kliniker. Wir waren alle aus der Klinik heraus, bis auf Regina Kunz, die noch in der Charité in der Nephrologie arbeitete und einem Allgemeinarzt, der, über den wir sehr froh waren, natürlich, aber von den Neunen waren nur zwei Kliniker.

Dr. Marco Streibelt

Und der Rest kam aus der Wissenschaft.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Der Rest war Wissenschaft, Verbände, Ärztekammer und insofern war das ein etwas merkwürdiger Anfang, der dann obendrein seine Krönung darin fand, dass, glaube ich, 1999 die EBM ins Sozialrecht kam, in einen Paragrafen, im SGB V, den es heute nicht mehr gibt, der ist gestrichen worden, aber da war von evidenzbasierten Leitlinien plötzlich die Rede.

Das heißt, die EBM ist im System angekommen, aber nicht in der Klinik.

Transkript zum Podcast „rehalitätsnah“: Staffel zwei, Folge drei

Dr. Marco Streibelt  
Sondern von oben aufoktroiert.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe  
Von oben aufoktroiert worden, sozusagen. So ist es verstanden worden.

Dr. Marco Streibelt  
Und damit entsprechend wahrscheinlich Gegenwind aus der Praxis.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe  
Und damit wenig Sympathien in der Praxis.

Dr. Marco Streibelt  
Was war denn das Argument? Also war das Argument, ich als Arzt, ich als Ärztin habe die bessere Erfahrung? Ich weiß es besser als eine Studie?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe  
Ja, also wir, wir, wir dürfen die Intuition und das Erfahrungswissen der Praxis-Ärzte nicht übersehen. Und wir dürfen vor allen Dingen keine Mittelwert-Medizin machen. Das ist ein uraltes Argument, was wir jetzt schon historisch, ich bin im Augenblick medizin-historisch unterwegs, dass wir schon sehr früh finden.

Dr. Marco Streibelt  
Und was ja eigentlich genau das Argument jetzt dieser personalisierten Medizin wieder ist, die Sie vorhin angesprochen haben, dass wir in der Evidenzbasierung, ja tatsächlich Populationen betrachten und keine einzelnen Personen und immer Gruppen-Schätzer haben letztlich.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe  
Genau und das ist jetzt in der personalisierten Medizin natürlich genauso, nur dass die Gruppen kleiner sind. Das ist der einzige Unterschied dazu.

Dr. Marco Streibelt  
Der Karl Lauterbach hat jetzt die Evidenzbasierung als konsequente Grundlage zur Finanzierung medizinischer Leistungen wieder aufgebracht - Stichwort Homöopathie und Finanzierung der Homöopathie. Sie verfolgen die Debatte ja sicher. Wie? Wie sehen Sie das? Wie stehen Sie dazu? Ist das vielleicht auch etwas, was man in der Reha noch viel stringenter verfolgen sollte? In der Finanzierung?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Also wenn man das jetzt sehr stringent verfolgt, dann kann man ja die Reha in weiten Bereichen dichtmachen und das wird keiner wollen und keiner können und keiner durchsetzen und es ist auch nicht sozial verträglich. Also man muss aufpassen, dass man da die Kirche im Dorf lässt und das ändert überhaupt nichts an meiner Einstellung, dass ich glaube, wir müssen die Evidenzbasierung auch in der Reha natürlich wesentlich verfolgen.

Das ist ganz klar und überall, wo es geht. Aber es geht auch gar nicht immer überall und natürlich müssen wir auch sehen, dass wir den Spagat hinkriegen zwischen der dem Gruppen-Schätzern, Mittelwert, relatives Risiko, Hazard Ratio und weiß der Kuckuck und dem Einzelfall. Und wie man das wirklich klug macht, ist überhaupt keine einfache Frage und ich finde auch, es gibt noch keine idealen Modelle dafür.

Dr. Marco Streibelt

Sie sprachen ja gerade schon von der Reha und der Möglichkeit, diese Wirksamkeit zu untersuchen. Lassen Sie uns da vielleicht kurz drüber sprechen, denn ich habe in der Vergangenheit auch in meinem beruflichen Werdegang immer wieder gehört: „Das geht gar nicht, das geht gar nicht, denn die Reha wird beantragt und jemand hat einen Anspruch darauf, wenn die bewilligt ist. Da ist ein Bescheid, und man kann ihm diese Leistung deswegen nicht vorenthalten.“ Sie haben ja tatsächlich so eine randomisiert kontrollierte Studie gemacht dazu und haben letztlich 2021 mit ihren Kolleginnen Angelika Hüppe und Jana Langbrandner den David-Sackett-Preis des Netzwerks evidenzbasierte Medizin bekommen und glaube ich Sie selbst auch fürs Lebenswerk, wenn mich nicht alles täuscht, ist das richtig?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ja, ich bin Ehrenmitglied.

Dr. Marco Streibelt

Sie sind Ehrenmitglied schön und gewürdigt auch von Gesundheitsminister Lauterbach. Das darf man jetzt, darf man jetzt noch mal sagen. Aber lassen Sie uns kurz über die Studie an sich sprechen. Was haben Sie da untersucht und wie haben Sie es geschafft, diese Kontroll-Situation zu erreichen?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Also ich will mal sagen, dass es die fünfte Studie gewesen ist, wobei eine von Oskar Mittag gemacht worden ist Professor Mittag, der dann in Freiburg war.

Also wir selber haben vier Studien gemacht und haben angefangen mit einer AOK-Studie und dort haben wir aufgesetzt vor aller Beantragung, nämlich bei der Kasse. Wir sind zu einer Kasse gegangen und das war letztlich das Modell, was wir weiter dann gepflegt haben, zu einer Kasse gegangen und haben gesagt jetzt gucken wir doch mal in die Kassen-Daten und schauen in Gruppen hinein, die ja vermutlich einen Reha-Bedarf haben.

Und wenn Sie das also an einer Diagnose festmachen, dann an AU-Zeiten, die bestimmtes Ausmaß haben. Ich weiß nicht mehr, was wir da genommen haben, sechs Wochen oder was? Dann sind Sie in einer Hoch-Risikogruppe. Und wenn Sie dann anfangen, diese Gruppe zu randomisieren und das aber so machen, dass die Leute wissen, dass sie randomisiert sind. Wir haben das damals so gemacht, dass wir die Beratung zur Reha randomisiert haben, also die Beratung in der Kasse.

Eine Gruppe ist beraten worden, die eine Gruppe ist nicht beraten worden. Dabei ist ihnen ja nichts vorenthalten worden, was ihnen zusteht. Denn Reha ist eine Antragsleistung. Und dann stellte sich zu allem Unglück heraus, dass die Leute, die in der Kontrollgruppe waren und nicht in der Reha waren, weniger AU-Zeiten hatten als die, die in der Reha waren. Das heißt, das war nicht das erwünschte Ergebnis und ich habe auch keine vernünftige Erklärung dafür.

Man kann natürlich sagen, in der Reha lernt man manches, aber jedenfalls war das nicht so ganz klar, was wir da eigentlich, ob das ein Zufallsbefund war, aber es war eine signifikante Differenz, keine Frage.

Dr. Marco Streibelt

Ich kann mich an die Studie erinnern, tatsächlich.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Genau.

Dr. Marco Streibelt

War das die „Petra“?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Genau die „Petra“

Dr. Marco Streibelt

Wissen Sie das aus dem Kopf noch, wie hoch die Reha-Quote in der einen oder in der anderen Gruppe war.?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ja, also die Reha-Quote war tatsächlich die höchste, die wir jemals gesehen hatten. Ich glaube an die 70, über 70 %.

Dr. Marco Streibelt

Ja und ich glaube in der Kontrollgruppe 30 oder so, also die Idee ist quasi nicht, die Leistung an sich zu randomisieren, sondern ein Stück weit vorherzusagen, wer wahrscheinlich einen



hohen Bedarf hat und wahrscheinlich diesen Weg geht. Und dann sozusagen eine Randomisierung vorzunehmen und die eine Gruppe bewusst auf die Reha zu stoßen und bei der anderen Gruppe einfach zu warten.

Und in der Hoffnung, dass sie nicht wissen, dass die Rentenversicherung Reha macht und sie keinen Antrag stellen.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Jetzt gibt es eine weitere Bedingung, die, die unerlässlich ist und das ist die Bedingung der sogenannten Equipoise, das heißt, man muss sicher sein, dass man nicht eine Gruppe apriori schlechter stellt. In dem Augenblick, wo wir also wüssten, dass Reha bei Rückenschmerz eher schadet, dürften wir nicht mehr handeln.

Genauso, wenn sie eher nützt, dürfen wir auch nicht randomisieren, das ist so klar. Und das nennt man die Equipoise. Das Kriterium muss erfüllt sein. Da kann man sich jetzt immer noch fragen, wie man Equipoise versteht, ob man das klinisch versteht und sagt, das müssen wir für den einzelnen Patienten beurteilen oder ob es ausreicht, und der Meinung bin ich, dass die Fachleute sagen, die Literatur-Lage ist unklar. Hier müssen wir was klären. Wir wissen es nicht, ob das eine besser oder das andere schlechter. Und diese Bedingung muss erfüllt sein. Und diese Bedingung war jetzt erfüllt, auch für die letzte Studie, die wir gemacht haben, die fünfte, die über CED ging, also chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Und dort haben wir es so gemacht, dass wir einen Flyer zuerst verschickt haben an Krankenversicherte von drei oder vier Krankenkassen, TK vor allen Dingen in Hamburg. Und die haben also nach dieser Diagnose geguckt, die mussten ein paar Mal schon aufgetaucht sein, nicht nur einmal. Sie haben auf AU-Zeiten geguckt und dann haben diese Versicherten einen Flyer bekommen und gesagt: „Wir wollen das, es gibt die Reha. - Es ist eine offene Frage, ob sie nützt und wir wollen das untersuchen und wenn Sie da ein Interesse haben, dann melden Sie sich bitte.“

Und da sind gar nicht so furchtbar viele Leute dazu. Also nicht 50 oder 60 %, sondern weniger haben sich dazu bereitgefunden, haben gesagt: „Das interessiert mich.“. Und die sind dann in das Verfahren hineingekommen. Und wir haben denen, die letztlich in der Kontrollgruppe gelandet sind gesagt, also nach einem Jahr ist unsere Nachbeobachtungszeit zu Ende und dann kümmern wir uns um euch und...

Dr. Marco Streibelt

Eine Warte-Kontrollgruppe

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Es war eigentlich eine Warte-Kontrollgruppe über ein Jahr.

Dr. Marco Streibelt:

Okay.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Wenn man so will. Aber eben eingebettet in dieses Beratungsarrangement.

Dr. Marco Streibelt

Und sie konnten die Effektivität in der CED, also bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, ja auch nachweisen.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ja, ja, das war jetzt ein positives Ergebnis, was uns was eindeutig war. Und es war nur 7 oder 8 % in der Kontrollgruppe, die eben dann auch in die Reha gegangen sind.

Wir haben denen auch gesagt: „Natürlich könnt ihr in der Zwischenzeit Reha beantragen. Ist ja klar, wir können Euch das ja nicht verbieten.“ Und das ist für mich ein ganz wichtiger Punkt, weil wir ja ein aktives Verfahren hatten. Wir haben nicht gewartet, bis jemand beantragt und damit haben wir natürlich Reha-Potenzial mobilisiert, was sonst gar nicht aufgetaucht wäre bei euch, denn die 7 % sind sozusagen die Spontan-Rate.

Dr. Marco Streibelt

Und das ist ja sehr visionär, Herr Raspe, weil die neue, also das ist ja gerade die neue Strategie der Rentenversicherung, proaktiv auf Menschen zuzugehen, um unentdeckte Bedarfe abdecken zu können oder versorgen zu können.

Da sind wir gerade dabei, große Studien zu starten, um genau das zu erreichen, dass wir bekannter werden bei den Menschen, die uns brauchen. Insofern haben Sie da was vorweggenommen.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ja, und ich bin, wir sind ja schon lange hinterher, genau dieses zu propagieren, bin aber immer wieder gescheitert auch, das steht da auch mit drin, dass die Assessment-Instrumente, die wir dann haben wollten oder einsetzen wollten, keine Akzeptanz bei den ärztlichen Prüfdiensten fanden, schlicht und einfach.

Dr. Marco Streibelt

Das muss man vielleicht auch ein Stückchen ausholen, das ist ja das Thema Bedarf. Das ist ja das zweite große Thema, weswegen ich Sie auch kennengelernt habe. Sie haben einen Grundlagen-Artikel in der „Rehabilitation“ dazu geschrieben, den ich sehr, sehr gut fand. Da hatten Sie dieses Dreieck, dieses Bedarfsdreieck und das Thema ist ja, dass wenn jemand eine Reha beantragt, dann muss er bestimmte Informationen mitgeben.

Diese Informationen sind mehr oder weniger gut geeignet, um prüfen zu können, ob jemand Bedarf an einer Rehabilitation hat - die einen sagen so, die anderen so. Sie haben damals bei sich den sogenannten Lübecker Algorithmus entwickelt, also Sie haben versucht, ein strukturiertes Instrument zu entwickeln, was Reha-Bedarf abbilden kann, und sind bei den

Transkript zum Podcast „rehalitätsnah“: Staffel zwei, Folge drei

PraktikerInnen wieder genauso auf Wände gelaufen wie bei der Evidenzbasierung, oder? Was waren die Argumente dagegen? Also eigentlich ist es ja toll, wenn ich etwas habe, was mir valide vorhersagt, ob jemand Reha braucht oder nicht.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Es kratzt natürlich an verschiedenen Stellen. Eine Stelle ist sicherlich, dass der ärztliche Prüfdienst ja sowieso unter Druck war. Und jetzt kamen solche Leute wie wir und brachten Fragebogen. Und so ein richtiger orthopädisch geschulter Arzt, der braucht keinen Fragebogen, hat andere Instrumente, das ist eine fremde Welt und das ist alles so subjektiv.

Dr. Marco Streibelt

Und eigentlich ist es ja dasselbe Argument gewesen. Auch der Algorithmus basiert ja auf Validitätsuntersuchungen, die letztlich nur Populationen betrachten. Und das ärztliche Argument ist ja immer im Einzelfall ist das anders und das ist ja da genau die gleiche Systematik.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Gleiche Systematik sozusagen.

Dr. Marco Streibelt

Ich könnte mich noch ewig mit Ihnen weiter unterhalten Herr Raspe, es ist toll und ich fühle mich ganz häufig auch bestätigt in dem, was ich bislang gemacht habe.

Aber mal zurück zur Gegenwart und vielleicht auch zur Zukunft der Rehabilitation. Was meinen Sie, wir haben jetzt das Jahr 2024, wo stehen wir? Was muss noch getan werden? Wo sehen Sie eigentlich Forschungslücken? Was möchten Sie uns da noch mal mitgeben?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ich habe gestern von der BAR noch was bekommen, obwohl ich mich da schon abgemeldet hatte. Und zwar die Aufstellung über die Finanzen. Also welches Geld fließt eigentlich wohin für die Rehabilitation? Da habe ich gesehen, der größte, weitaus größte Batzen ist von der Arbeitsverwaltung offenbar. Und dann kommt zweitens die Rentenversicherung. Und ich hatte aber den Eindruck, dass der Anteil der Rentenversicherung ziemlich konstant, also nicht der Anteil konstant, sondern auch die Summe relativ konstant ist. Und wir haben ja solche Sache schon einmal erlebt mit diesem Gesetzeswerk.

Dr. Marco Streibelt

1997.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Genau da habe ich auch dagegen geschrieben, habe aber, wo eben klar war, jetzt wird gespart und gedeckelt. Und insofern weiß ich nicht, wie Ihre Zukunft eigentlich aus dieser Perspektive aussieht. Aber wenn sie rosig ist, was man hoffen soll, weil, sie hat eine wichtige Funktion in unserem Gesundheitswesen vertreten, da bin ich nach wie vor ganz fest überzeugt, dass ohne Rehabilitation wären wir deutlich ärmer.

Wir brauchen diese Funktion ganz sicher, und insofern glaube ich, dass sie eine gute Zukunft haben sollten. Ganz eindeutig. Ich glaube aber auch, dass das Bedarfsprinzip ernster genommen werden muss. Und zum Bedarf gehört dann natürlich auch, dass es Daten gibt, die sagen, dass es nützt und nicht nur wirksam ist. Das ist ja auch noch mal ein kleiner Unterschied bei uns in der EBM sozusagen.

Also es gibt auch eine negative Wirksamkeit, zum Beispiel, die nun völlig ohne Nutzen ist, wenn ein Medikament Nebenwirkungen macht, ist es wirksam, sonst würde man ja nicht von Nebenwirkungen reden.

Dr. Marco Streibelt

Und zwar von Nebenwirkungen, aber nur nicht in die richtige Richtung.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Genau und übrigens eine Nebenwirkung, ein Thema, was wir einmal aufgebracht haben.

Dr. Marco Streibelt

Nebenwirkungen der Rehabilitation, ich kann mich erinnern.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Manches war auch nicht so richtig der Bringer, wie man so sagt, sondern das hat auch keinen wirklich interessiert.

Also Bedarfsprinzip ja, sehr. Und ich glaube, dann würden wir zu einer Differenzierung kommen, denn es gibt immer wieder, das hat auch Ruth Deck bei uns eben immer wieder gefunden. Es gibt einfach Leute, bei denen man sich wundert, wieso sie in der Reha sind.

Dr. Marco Streibelt

Ja.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Und das ist kein kleiner Prozentsatz, das ist ein Viertel oder irgendsowas in der Richtung, wo man eigentlich nicht nachvollziehen kann, dass wieso dieser Gesunde nach allem, was wir darüber wissen, wieso dieser gesunde Mensch in der Reha ist.

Und dafür wissen wir, dass es andere gibt, die nicht drin sind, die das dringend bräuchten. Die diesen ungeklärten oder unmet need haben und insofern da umzuschichten wäre finde ich wird ein wichtiger Punkt. Dazu müssen wir diese Bedarfsfrage aufseiten der Patienten oder der Versicherten klären und wir müssen die Wirksamkeit der Reha und den Nutzen der Reha und zwar auch für sozial-medizinische Outcomes klären.

Und nicht nur, dass irgendwie die Schmerzen hinterher ein bisschen besser sind oder dass Lebensqualität oder der Erholungseffekt irgendwie sich nachweisen lässt. Wenn das in diese Richtung geht, dann würde ich der Reha eine rosigere Zukunft noch voraussagen.

Dr. Marco Streibelt

Interessant ist trotzdem, dass wir nach, ja wann war die große Initiative? Die großen Forschungsverbünde sind um die Jahrtausendwende, glaube ich, gegründet worden.

Das ist jetzt fast 25 Jahre her und da muss man ja sagen, dass wir in bestimmten Punkten noch nicht so viel weitergekommen sind. Das muss ich sagen deswegen, das nehme ich auch immer mit. Gerade diese Bedarfsdiskussion, was heißt eigentlich Reha-Bedarf und wie kann man ihn operationalisieren, wie kann man ihn messen? Da stehen wir tatsächlich immer noch am Anfang. Da haben wir sicherlich noch Forschungsbedarf.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Und es wäre gut, wenn das eben auch dann bei den ärztlichen Prüfdiensten oder auch bei den Verwaltungsdiensten für die überwiegend heute nach Aktenlage prüfen, wenn ich das richtig erinnere. Wenn das sich da irgendwie ein bisschen herumsprechen würde.

Dr. Marco Streibelt

Ja, ich nehme das auf jeden Fall mit Herr Raspe aus Göttingen nach Berlin und Ihnen danke ich für dieses hochspannende, wertvolle und sehr gute Gespräch. Dankeschön.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Vielen Dank!

Dr. Marco Streibelt

Aber was wäre unser Podcast, wenn wir nicht zum Schluss noch ein kleines Spielchen spielen würden? Wären Sie bereit für ein Spiel?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ja.

Jingle: www. Was wäre wenn?

Dr. Marco Streibelt

Herr Raster. Was wäre, wenn Sie Ihrem jüngeren Ich einen Rat geben müssten fürs Leben? Welcher wäre das?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Die Schule ernster zu nehmen.

Dr. Marco Streibelt

Waren sie nicht gut in der Schule?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Doch, es hat gereicht für ein Medizinstudium.

Dr. Marco Streibelt

Und Soziologie.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Soziologie, aber ich sehe, dass das bei unseren Enkeln. Wir haben elf Enkel und natürlich noch nicht alle im schulfähigen Alter, aber überwiegend schon. Und ich, wenn ich zurückblicke, ärgere ich mich über manches, dass ich in der Schule manche Angebote nicht angenommen habe, weil ich zu blöd war.

Dr. Marco Streibelt

Vielen Dank für diesen Einblick, aber ich möchte gerne ein bisschen nachbohren. Welche Angebote wären das denn gewesen, die Sie Ihnen selbst gemacht hätten?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Sie werden sich wundern, es ist weniger Fußballspiel oder sonst irgendwas gewesen. Ich kann mich ärgern. Zum Beispiel, dass ich ein Philosophie-Angebot, dass wir in Lübeck an dieser allsprachigen Schule hatten, einmal genutzt habe und dann bin ich weggeblieben. Und das beschäftigt mich in gewisser Weise bis heute. Wenn ich früher dort angebissen hätte, hätte ich es heute leichter.

Dr. Marco Streibelt

Meinen Sie, Sie hätten das angenommen?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Nein. Ich bin nicht mehr gefragt worden.

Dr. Marco Streibelt

Ja, ist ja richtig. Es gibt bestimmte Phasen.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Was wäre wenn? Das ist wirklich Konjunktiv.

Dr. Marco Streibelt

So, bleiben wir dabei. Was wäre, wenn Sie durch die Zeit reisen könnten? Würden Sie lieber in die Zukunft oder in die Vergangenheit gehen? Und wohin eigentlich?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Das ist wirklich eine schwierige Frage, weil ich kann mir nicht vorstellen, eine vergangene Zeit, die, die besser war als diese Jahre, die wir hatten.

Also wir sind die Generation. Ich bin kurz nach dem Krieg geboren, nach dem Zweiten Krieg also ich bin kurz nach dem Krieg geboren. Und wir sind ja eine beschenkte Generation, also 70 Jahre, 80 Jahre doch Frieden gehabt zu haben, Wohlstand, Fortschritt, Ruhe. Also das ist schon ein Geschenk. Und diese Unruhe, die jetzt ja die Welt erfasst hat und klar im Mikrokosmos, familiär, im beruflichen Umfeld, in der Politik.

Also ich habe mir eigentlich gedacht, ich wär' neugierig, was in 50 Jahren ist. Also ich wäre neugierig, würde ich mir gerne aus der Distanz angucken.

Dr. Marco Streibelt

Aus der Beobachterperspektive, dabei sein muss man ja vielleicht nicht unbedingt.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Je nachdem.

Dr. Marco Streibelt

Ja, je nachdem.

Ja, habe ich verstanden.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Also es ist nicht leicht, sich da eine Zeit zu erträumen, in der man glücklicher gewesen und es besser gehabt hätte als in der Zukunft.

Dr. Marco Streibelt

Ja, danke. Letzte Frage, was wäre, wenn Sie mir noch eine Frage stellen dürften und ich Sie ganz ehrlich beantworten zu hätte?

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ja, also die Reha-Forschung hat ja verschiedene Vorteile, Chancen, aber sie hat immer auch wieder Risiken und läuft gegen Wände. Eine Wand, die wir sehr intensiv in Schleswig-Holstein erlebt haben, war die Wand der Kliniker und zwar, wie könnte es uns gelungen sein, Kliniker zur Forschung zu bringen.

Wir haben sogar Stipendien ausgelobt in Lübeck und Umgebung, wenn eine Klinik bereit wäre, sich zu öffnen - 0,0 Reaktion. So, jetzt frage ich Sie, sind wir uns darüber einig möglicherweise oder auch nicht, dass wir die Kliniken gewinnen müssen für die Forschung, ohne die wird es nicht gehen, meines Erachtens. Und wenn das so ist, wie soll das denn gehen Herr Streibelt? Was würden Sie dann machen?

Dr. Marco Streibelt

Das ist eine interessante Frage. Die Frage ist ja woher kommt Weiterentwicklung? Woher kommt Forschung? Und Sie haben ja bei der Gründung dieses Vereins für evidenzbasierte Medizin ja schon gesagt. 7 von 9 Menschen kamen eigentlich aus der Theorie, gar nicht aus der Praxis. Das ist ja so, dass Forschung ja durchaus auch aus der Forschung, also aus der Theorie, Weiterentwicklung kommt ja häufig aus der Theorie. Praxisbezogene Forschung wäre eine schöne Sache. Und ich würde als Ökonom antworten, wenn die Einrichtungen klare ökonomische Anreize bekämen, so etwas zu fördern. Wenn so etwas passiert, dann wären Sie relativ schnell dabei, ihre ganzen Kolleginnen und Kollegen nicht nur bei Ihnen, nicht nur im medizinischen Dienst, auch in den Therapieberufen dazu zu bringen, zu forschen, sich weiterzuentwickeln. Ich glaube da fest an das ökonomische Prinzip.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ja, aber dann. Sie haben das ja versucht. Wir haben ja gedacht, gehen wir diesen Weg, machen wir ein ökonomisches Incentive. Natürlich war die langfristige Finanzierung dann offen. Das ist dann die Frage. Und dann sagen natürlich die Kaufmänner und Kauffrauen in den Einrichtungen, das ist uns zu risikoreich, wir bleiben darauf hängen, natürlich.

Aber das andere Risiko ist ja sehr viel größer, wahrscheinlich, denn dass dann die Klinik mit schlechten Daten rauskommt und dass dann, dass man dieses Risiko eingeht, nicht. Also ist das, ist Forschung nicht gefährlich, weil sie uns informiert? Und wollen wir diese Informationen wirklich haben oder ist es nicht viel besser, die Prävention des Nichtwissens zu genießen?

Dr. Marco Streibelt

Ich glaube wirklich, das ist ein Faktor, der einfach Aufwand macht, Geld kostet und deswegen gemieden wird.



Transkript zum Podcast „rehalitätsnah“: Staffel zwei, Folge drei

Ja, es ist nicht einfach. Auf jeden Fall vielen Dank für diese Frage, die uns auch umtreibt und auf die ich vielleicht eine sehr ökonomische Antwort hatte.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Ich danke sehr für die, für das Interview.

Dr. Marco Streibelt

Danke schön. Ich sage kurz knapp ressourcenorientiert, aber herzlich. Vielen Dank fürs Zuhören. Herzlichen Dank für die Gastfreundschaft und den Tee Herr Raspe. Ich mache mich jetzt wieder auf den Weg zurück von Göttingen nach Berlin zu einem kleineren Fußabdruck.

Und Sie hören mich hier im nächsten Monat wieder. Ganz rehalitätsnah. Ich freue mich drauf. Tschüss.