

Evidenz-basierte Rehabilitation als Basis für Planung

Referat bei der 10. Jahrestagung der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (GRVS), Mölln, 13.-15. Juni 2002

Rolf Buschmann-Steinhage
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

Gliederung:

1. Einleitung
2. Rehabilitationsplanung
 - 2.1 Planung der für die medizinische Rehabilitation erforderlichen Kapazitäten
 - 2.2 Planung von Rehabilitationseinrichtungen
3. Planung von Rehabilitation als Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen
4. Schlussbemerkung

1. Einleitung

Leitlinien und evidenz-basierte Medizin sind derzeit hoch im Kurs. Die am 1. Juli 2002 startenden Disease-Management-Programme (DMP) der Krankenkassen (§§ 137f, 137g, 268 und 269 SGB V) dienen ja u. a. dem Ziel, die Versorgung chronisch Kranker dadurch zu optimieren, dass sie in höherem Maße evidenz-basiert und leitlinienorientiert erfolgt als bisher. Dazu passt, dass viele Akteure im Gesundheitswesen ihre Vorstellungen als evidenz-basiert bezeichnen und sich auf entsprechende Leitlinien berufen. Der Titel „Evidenz-basierte Rehabilitation als Basis für Planung“ fragt, wie man bzw. konkreter: die Rentenversicherung eine evidenz-basierte Planung der Rehabilitation realisiert. Eine Antwort fällt nicht leicht, müssen doch allzu hoch gesteckte Erwartungen an die Evidenz, auf der die Reha-Planung basiert bzw. basieren kann, enttäuscht werden.

Was ist evidenz-basierte Rehabilitation?

- beweisgestützte Rehabilitation (Raspe 1996)
- Evidenz hergestellt im Experiment und systematischer Beobachtung und mit Hilfe aggregierter Daten und vergleichender Statistiken (Raspe 1996)

- Integration von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung (Sackett et al. 1997).
- integration of best research evidence with clinical expertise and patient values (Sackett et al. 2000 nach Reinauer 2002)

Über ihren ursprüngliches Anwendungsfeld, die Entscheidungsfindung im klinischen Einzelfall, hinaus hat die EBM, genauer deren Konzept, nach Raspe (1996) Bedeutung auch für:

- epidemiologische Bedarfsanalysen
- Studien zur Über-/Unterversorgung oder zur (in)adäquaten Anwendung von Verfahren
- Kriterien für den „Einkauf“ medizinischer Leistungen
- Orientierung für Qualitätssicherung.

Dazu braucht es aber eine Anpassung des Konzepts oder zumindest von dessen Anwendung, denn „individuelle klinische Erfahrung“ passt z. B. für Entscheidungen der Rehabilitationsträger, etwa über die Belegung von Kliniken, in aller Regel nicht.

2. Rehabilitationsplanung

Der Titel des Beitrags lässt offen, um welche Art von Planung es gehen soll. Verschiedene Möglichkeiten bieten sich an:

- Planung der für die medizinische Rehabilitation erforderlichen Kapazitäten/Behandlungsplätze
- Planung der für die medizinische Rehabilitation erforderlichen Finanzmittel
- Planung von Rehabilitationseinrichtungen (Personal, Ausstattung, Konzept)
- Planung individueller Rehabilitationsprozesse (entspricht dem Kern der EBM: „bei Entscheidungen über die Versorgung individueller Patienten“).

Bei den ersten drei Punkten könnte man von evidenz-basierter Reha-Versorgung sprechen, während der vierte die evidenz-basierte Reha-Medizin meint.

Alle vier genannten Planungsvorgänge können mehr oder weniger evidenz-basiert erfolgen. Ich beschränke mich im folgenden auf die Punkte eins und drei der Auflistung. Der zweite Punkt ergibt sich aus einer Kombination des ersten mit dem dritten; zum vierten Punkt haben Heiner Raspe und Eberhard Zilllessen in ihren Beiträgen schon Richtungweisendes gesagt.

Planung in diesem Sinne ist ein sehr komplexes Problem: Welche Arten von Einrichtungen mit welchen Reha-Konzepten und welcher Ausstattung sollen in welcher Zahl für welche Rehabilitandengruppen und wo zur Verfügung stehen?

2.1 Planung der für die medizinische Rehabilitation erforderlichen Kapazitäten/Behandlungsplätze

Ziel der Reha-Planung in diesem Sinne ist die Anpassung der rehabilitativen Infrastruktur an den sich verändernden Rehabilitationsbedarf. Diesen möglichst genau und zeitnah, ja möglichst sogar in die Zukunft hinein zu bestimmen, ist die entscheidende Planungsgrundlage.

In seinem Gutachten mit dem Titel „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ hat sich der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen u. a. intensiv mit den Begrifflichkeiten bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Versorgung auseinandergesetzt - Er unterscheidet (wie Raspe) den subjektiven Bedarf (Nachfrage), der sich z. B. in einer Antragstellung auf Reha-Leistungen niederschlägt, von dem objektiven Bedarf, der zusätzlich eine objektivierende Feststellung einer Krankheit bzw. Funktionseinschränkung oder deren drohenden Eintritts voraussetzt, und den objektiven Behandlungsbedarf, der darüber hinaus das prinzipielle Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen voraussetzt (vgl. Stevens & Rafetery 1997).

Reha-Planung braucht also Evidenz sowohl zur Reha-Bedürftigkeit der Versicherten im Sinne der Notwendigkeit, gegen die Krankheit bzw. Funktionseinschränkung etwas zu tun, als auch für die Wirksamkeit entsprechender Interventionen.

Mögliche Zugänge zum Reha-Bedarf:

- Epidemiologie - die erhobene Häufigkeit, Schwere und v. a. die vermutete Rehabilitationsbedürftigkeit der verschiedenen Erkrankungen wird zu entsprechenden Rehabilitationsangeboten zugeordnet. Ausreichende Daten fehlen für viele Bereiche; sie entstehen erst langsam.

Direkte Studien erheben direkt die Rehabilitationsbedürftigkeit von Probanden; z. B. Biefang et al. 1991, 1992 für die LVA Württemberg) während indirekte Studien die Rehabilitationsbedürftigkeit aus der Schwere der Erkrankung erschließen (es gibt Daten z. B. zur chronischen Polyarthrit und zum Rückenschmerz).

Die Studien von Peters und Raspe im Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ erarbeiteten die Grundlagen für einen Reha-Score zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit beim Diabetes mellitus (Dodt et al. 2002) - daraus entsteht zur Zeit in Zusammenarbeit von DGRW, GRVS, RV, KV und anderen eine Indikationsleitlinie Rehabilitation bei Diabetes, die zur Anwendung im Rahmen der Disease-Management-Programme gedacht ist.

- Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen

Aus Studien wissen wir, dass subjektive Reha-Bedürftigkeit noch lange nicht bedeutet,

dass die betroffene Person auch einen Reha-Antrag stellt. (Rische & Löffler 1998, Zimmermann et al. 1999) „Von den Personen mit subjektiv gegebenem Rehabilitationsbedarf wollten nicht mehr als 41% in den nächsten 12 Monaten einen Antrag stellen, 24% waren sich unsicher, und 34% verneinten dies. Die subjektiv Reha-bedürftigen beantragten in den folgenden 12 Monaten in 11% der Fälle eine Rehabilitation, unter den Unsicheren waren es 3% und unter den nicht Reha-bedürftigen unter 2%.“ (Héon-Klin & Raspe 2000, S. 91) Unter anderem wegen dieser „Antragslücke“ ist die Nachfrage kein valider Indikator für den Reha-Bedarf.

- Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen
Die durch die Rentenversicherung bewilligten Anträge stellen einen Teil des objektiven Behandlungsbedarfs dar. Denn diese Bewilligungen sind durch Gutachten/Befundberichte objektiviert und es stehen entsprechende Reha-Konzepte und Einrichtungen zur Verfügung. Nicht erfasst wird hierdurch naturgemäß der latente (objektive) Bedarf, der sich nicht in einer Nachfrage oder Inanspruchnahme niederschlägt.
- Expertenkonsens
Das können Expertenschätzungen sein, die sich auf epidemiologische Daten und/oder Daten zu Nachfrage und Inanspruchnahme stützen könnten.

Strategie der Rentenversicherung:

Angesichts der letztlich noch nicht befriedigenden Evidenzlage folgt das Vorgehen der Rentenversicherung einem mehrstufigen Konzept:

1. Stufe:

Verfahrensoptimierung, damit der sich in den bewilligten Rehabilitationsleistungen niederschlagende Bedarf möglichst genau dem objektiven Rehabilitations- und Behandlungsbedarf entspricht:

- Dazu gehört die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung, z. B. in der LVA Württemberg schon in der ersten Hälfte der 90er Jahre (Sieber & Stelzer 1994). Die BfA hat 1999 Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für ihren beratungsärztlichen Dienst erarbeitet und veröffentlicht (BfA 1999). Ebenfalls zu nennen ist die Weiterentwicklung der sozialmedizinischen Begutachtung durch die laufende Arbeit einer Expertenkommission des VDR (SOMEKO), damit sich die Vermutung von Raspe et al. (2001, S. 50) bestätigt, wonach die Prüfdienste der Rentenversicherungsträger „zu nachvollziehbaren und auch akzeptablen Ergebnissen zu kommen“ scheinen.
- Verfahren zur Identifizierung wahrscheinlich rehabilitationsbedürftiger Versicherter: Screening mit Fragebögen (Biefang et al. 1991, 1992) und/oder Analyse von AU-Daten (Behrens & Dreyer-Tümmel 1995, Hein 1996); zu beiden Möglichkeiten gab und gibt es Forschungsprojekte und Modellvorhaben, z. B. PETRA in Schleswig-Holstein (früher

PAULA, Hein 1996). Zeitweise scheiterte die Umsetzung an den Budgetrestriktionen für die Rehabilitation der Rentenversicherung. Die Ergebnisse der genannten Studien schufen auch Evidenz für die Gestaltung der Zugangsverfahren zur medizinischen Rehabilitation.

2. Stufe:

Anpassung der Behandlungskapazitäten an den so sich entwickelnden Bedarf.

3. Stufe:

Versuch (auch langfristiger) Prognosen: Modellrechnungen, u. a. zum demographischen Effekt

Zwei Beispiele für solche Modellrechnungen:

Kurzfristige Prognose des Finanzbedarfs für die Rehabilitation der Rentenversicherung bis 2005:

Ausgangsbasis:

- Budget für Rehabilitation (incl. Berufsförderung und Sozialversicherungs-Beiträge) nach der Modellrechnung zur Finanzentwicklung (Stand: 13.07.2001)
- aus dem Jahr 2000 hochgerechnete Ausgaben aufgrund demografischer Entwicklungen sowie angenommener Preissteigerungen (Preissteigerungen als Bruttolohnentwicklung auf Basis der abhängig Beschäftigten; 2001: 2,04%; 2002: 2,74%; ab 2002: 2,64%)
- Berechnung mit und ohne Wanderungseffekte zwischen Arbeiterrentenversicherung (ArV) und Angestelltenversicherung (AnV; 5% pro Jahr; siehe Abb. 1)

Das Modell berücksichtigt also ausschließlich die Auswirkungen, die sich aufgrund des Hineinwachsens der geburtenstarken 60er Jahrgänge in das reha-intensive Alter ergeben. Die Auswirkungen dieser demografischen Effekte sind bis zum Jahr 2005 noch relativ gering, ein Maximum ist für das Jahr 2015 anzunehmen. Ab dem Jahr 2003 ist mit einer Überschreitung des Reha-Budgets um etwa 40 Mio. € zu rechnen (Abb. 2 und Abb. 3). Im Jahr 2005 liegt die ArV im Budgetrahmen, die AnV aber um 105 Mio. € darüber (ohne Wanderungseffekte). Wenn die Wanderungseffekte einbezogen werden liegt die ArV im Jahr 2005 um 130 Mio. € unter dem Budgetrahmen, die AnV dagegen um 200 Mio. € darüber.

Abbildung 1:

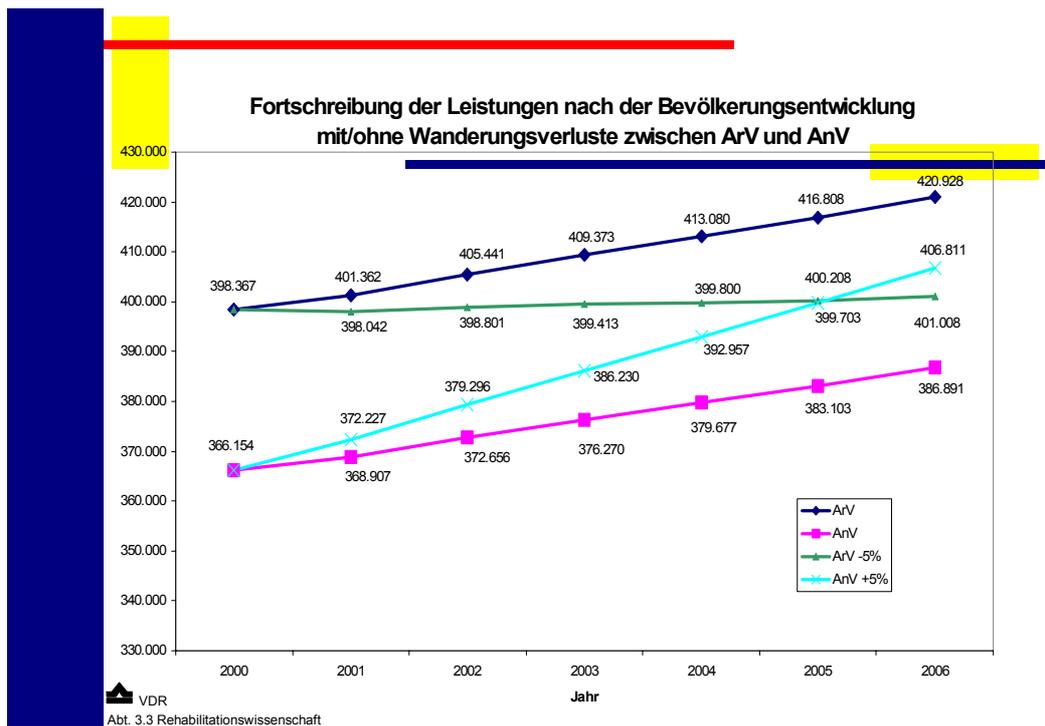


Abbildung 2:

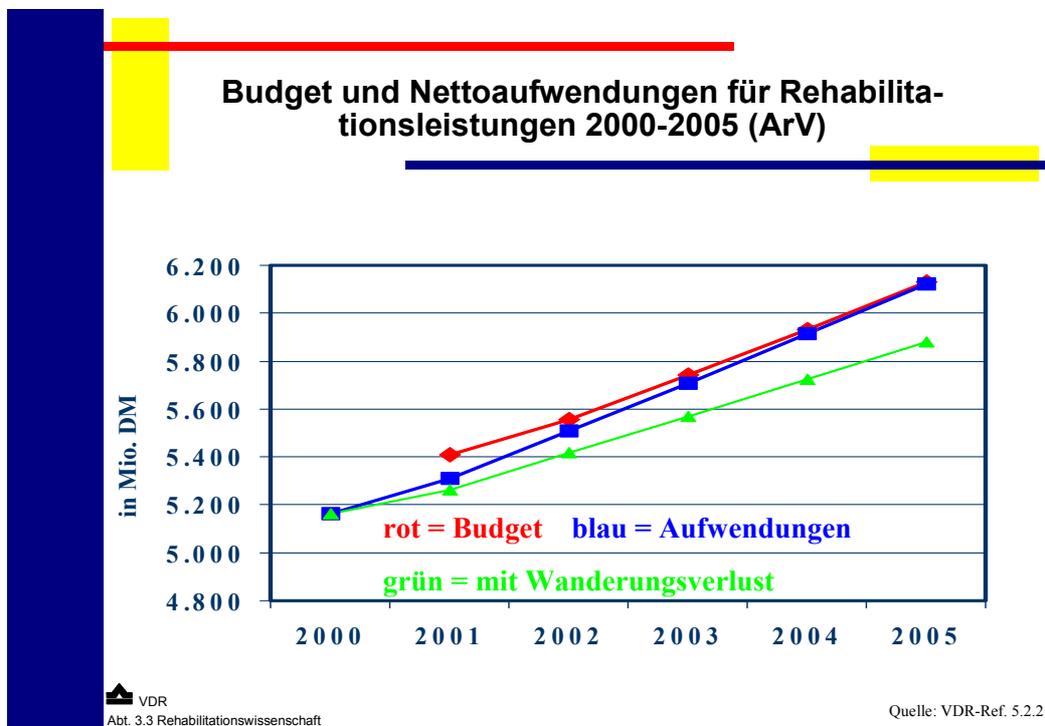
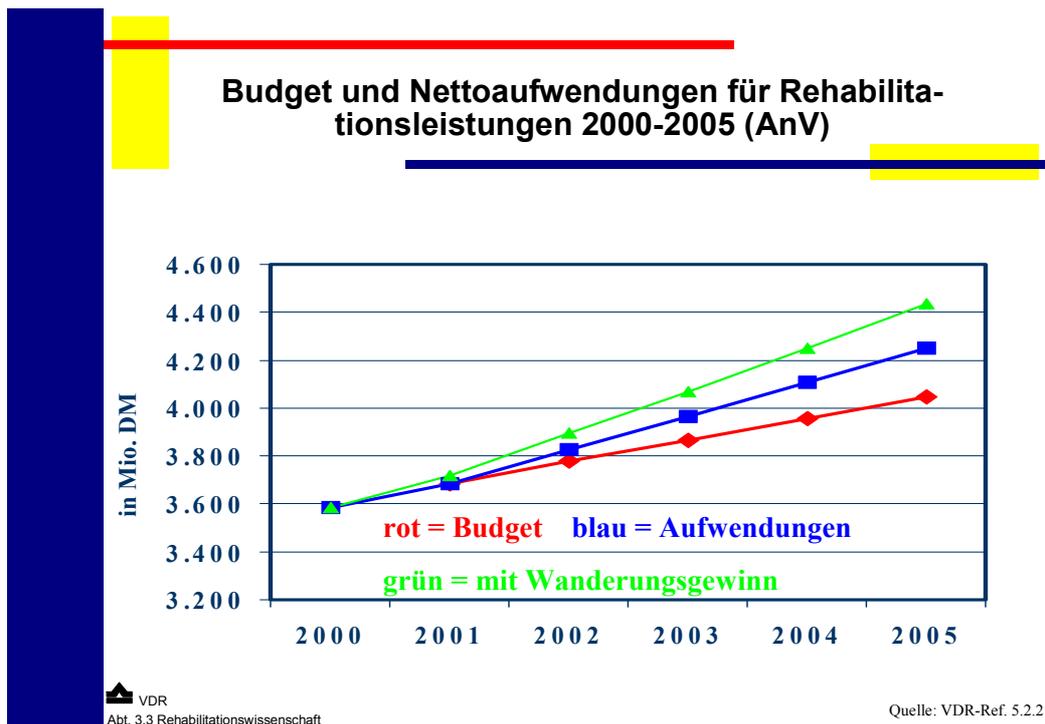


Abbildung 3:



Zusätzlich zu den demografischen Effekten muss berücksichtigt werden, dass sich aus dem SGB IX ergebende Leistungsausweitungen (z. B. stufenweise Wiedereingliederung; Arbeitsassistenz) sowie die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen im Krankenhausbereich zu weiteren Ausgabensteigerungen führen können

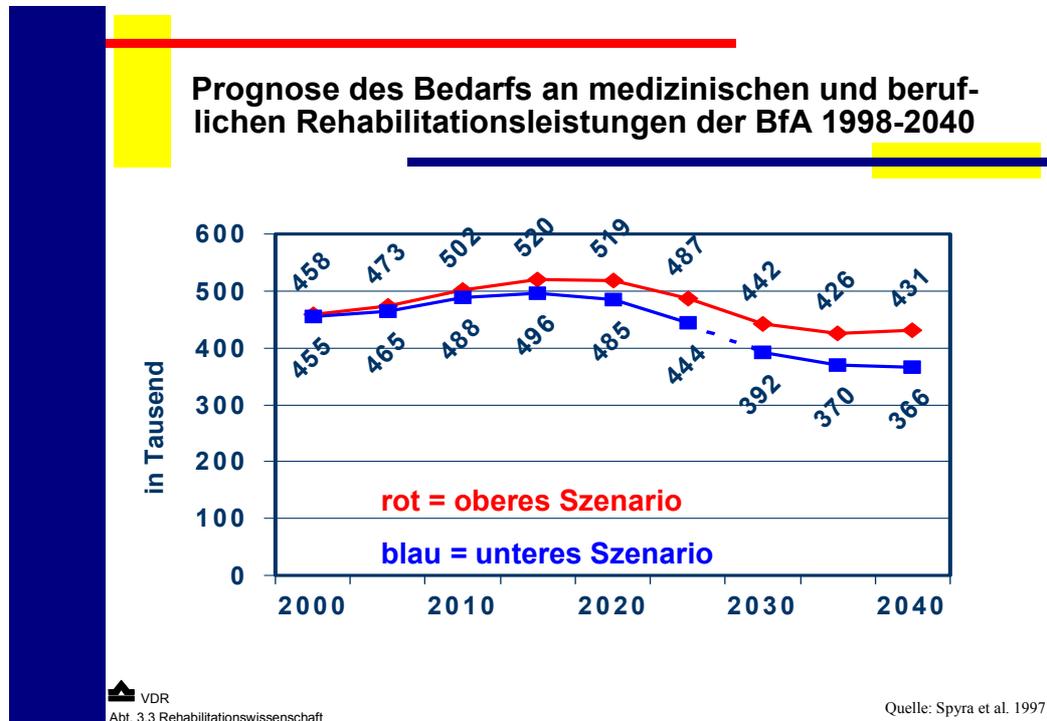
Längerfristige Prognose für die (medizinischen beruflichen) Rehabilitationsleistungen der BfA (SPYRA et al. 1997):

- Annahmen A: Das PROGNOSE-Modell, das auch für die Abschätzung des künftigen Rentenversicherungsbeitrages verwendet wird. Es berücksichtigt Geburtenverhalten, Lebenserwartung, Außenwanderung und die Erwerbsbeteiligung. Ein oberes und ein unteres Szenario unterscheiden sich durch unterschiedliches positives Wanderungssaldo (300.000 vs. 70.000 ab 2010).
- Annahmen B: Es wird von konstanten altersspezifischen Reha-Inanspruchnahmeraten ausgegangen; Wanderungseffekte von der ArV zur AnV werden nicht berücksichtigt.

Das Ergebnis: (siehe Abb. 4) lässt einen Anstieg erkennen mit einem Gipfel etwa 2015, dem ein Abfall der Zahl der Rehabilitationsleistungen folgt. Im oberen Szenario rechnet man mit 453.000 Rehabilitationsleistungen in 1998, 520.000 in 2015 (+ 15%) und 431.000 in 2040 (- 5%). Im unteren Szenario kommt man zu 452.000 Leistungen in 1998, 496.000 in 2015

(+ 10%) und zu 366.000 Leistungen in 2040 (- 19%). Der Verlauf über den Prognosezeitraum ist je nach Indikation ganz unterschiedlich.

Abbildung 4:



Schon die Prognose anhand der demographischen Veränderungen führt je nach Ausgangsannahmen zu ganz unterschiedlichen Resultaten. Noch deutlich schwieriger wäre die Vorhersage, wenn weitere Variablen, wie z. B. Entwicklungen im Krankheitsspektrum, einbezogen werden. Nach übereinstimmenden Aussagen aller Experten wird der Bedarf an Rehabilitationsleistungen zumindest zunächst weiter zunehmen. Dies hängt u. a. mit der Zunahme chronischer Erkrankungen sowie mit demografischen Entwicklungen zusammen. Aufgrund verschiedener Belastungsfaktoren moderner Gesellschaften einschließlich beruflicher Anforderungen wird besonders mit einer Zunahme psychischer Erkrankungen gerechnet. Anzeichen dafür äußern sich beispielsweise im Berentungsgeschehen. Zu erinnern ist auch an die Heraufsetzung der Altersgrenzen für die vorgezogenen Altersrenten, aber auch darüber hinausgehend an die Diskussion um eine weitere Anhebung des Alters bei den normalen Altersrenten.

Will sich Rehabilitationsplanung auf solche Modellrechnungen stützen, steht sie vor mindestens zwei Problemen:

Zum einen wird das Antragsverhalten massiv durch gesundheits- und krankheitsunabhängige Rahmenbedingungen beeinflusst: Als Folge des Wachstums- und Beschäftigungsförde-

rungsgesetzes (WFG) hat sich in den Jahren 1996 und 1997 ein sehr deutlicher Rückgang der Anträge auf medizinische Reha-Leistungen um mehr als ein Drittel ergeben, ohne dass wir deshalb annehmen können, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten schlagartig verbessert hätte. Seitdem sind allerdings wieder kontinuierliche Zuwächse zu verzeichnen. Wir müssen deshalb davon ausgehen, dass Gesetzgebung sowie Änderungen im Inanspruchnahmeverhalten von Versicherten vielfach stärkere Auswirkungen auf das Leistungsaufkommen haben als demografische Effekte. Bei Planungen einzelner Rentenversicherungsträger sind auch Wanderungsgewinne/-verluste relevant.

Zum andern bestehen erhebliche Restriktionen für die Reha-Planung und die Bewilligung von Reha-Anträgen durch die Budgetierung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung seit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG), d. h. seit 1997. Diese Budgetierung (angelehnt an die Höhe der Bruttolohngehaltssumme) kann als Ausdruck des Misstrauens seitens des Gesetzgebers gegenüber der Rehabilitationsplanung durch die Rentenversicherung gedeutet werden. Im Jahr 2001 hat die Rentenversicherung mit ihren Reha-Ausgaben das Budget einhalten können - in den kommenden Jahren wird das schwierig sein.

2.2 Planung von Rehabilitationseinrichtungen (Personal, Ausstattung, Konzept)

Über ihre Strukturverantwortung als Leistungs- und nicht nur Kostenträger ist die Rentenversicherung auch verantwortlich für die Planung der Rehabilitationseinrichtungen selbst: „Der Träger der Rentenversicherung bestimmt im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.“ (§ 13 Abs. 1 SGB VI) Dies gilt analog auch für die Kranken- und die Unfallversicherung als Rehabilitationsträger. Bei genauer Betrachtung kann man hier mit mehr Recht als im vorigen Abschnitt dem Titel „Evidenz-basierte Rehabilitation als Basis für Planung“ gerecht werden.

Dabei stützt der Rehabilitationsträger sich auf die beste ihm vorliegende Evidenz, z. B. auf

- Reha-Konzepte der Reha-Kommission des VDR
- Erfahrungen aus den rentenversicherungseigenen Reha-Kliniken
- Leitlinien von Fachgesellschaften, z. B. der GRVS
- Basiskriterien der Strukturqualität aus dem Qualitätssicherungsprogramm (demnächst)
- Ergebnisse wissenschaftlicher Studien, z. B. aus dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ (hier besteht ein Nachholbedarf in der Rezeption von Studien aus dem internationalen Bereich).

Auch hier machen sich allerdings die oben schon erwähnten finanziellen Restriktionen bemerkbar. Und natürlich kann der Rehabilitationsträger den Rehabilitationseinrichtungen zwar deren Konzept mehr oder weniger vorgeben; die konkrete Ausgestaltung der Rehabilitationsprozesse in den Einrichtungen liegt aber in der Hand der dort Tätigen.

Ein Beispiel für Evidenz zur Gestaltung von Rehabilitationseinrichtungen sind die zahlreichen Studien zur ambulanten (oft im Vergleich zur stationären) medizinischen Rehabilitation, deren Ergebnisse gerade in einem Sonderheft der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ veröffentlicht wurden. Diese meist von den Rehabilitationsträgern, insbesondere der Rentenversicherung, finanzierten Studien belegen, dass die ambulante Rehabilitation nach den aktuellen Konzepten von Renten- und Krankenversicherung bei den dafür geeigneten Patienten im Grundsatz ebenso wirksam ist wie die stationäre Rehabilitation.

3. Planung von Rehabilitation als Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen

Für die Umsetzung der Erkenntnisse in die Planung der Rehabilitationseinrichtungen reicht das bloße Vorhandensein und Verbreiten dieser Erkenntnisse, d. h. hier der Evidenz, nicht aus (das gilt genauso für die Umsetzung in die klinische Praxis). Auch hier ist die Umsetzung nicht trivial, von vielerlei Bedingungen abhängig - oft analog zur Umsetzung von Forschungsergebnissen überhaupt.

Abschließend deshalb ein kurzer Vergleich mit den Bedingungen für die Umsetzung von Ergebnissen der Reha-Forschung sonst:

- 1. Bedingung: Die richtigen Fragen werden gestellt.
Das gilt für beide Bereiche gleichermaßen.
- 2. Bedingung: Die Fragen werden überzeugend beantwortet, methodisch ohne Fehler, übertragbar auf die Versorgungspraxis.
Ist das bei den wissenschaftlichen Studien zur Rehabilitationsplanung schwieriger als bei der Evaluationsforschung zu einzelnen Interventionen?
- 3. Bedingung: Die notwendigen Informationen gelangen in geeigneter Form zu den Handelnden, sowohl in der Rehabilitationseinrichtung als auch beim Rehabilitationsträger.
Das müsste leichter sein, weil es zahlenmäßig weniger Akteure sind. Sind sie aber auch genauso aufnahmebereit und vertraut mit der Auswertung wissenschaftlicher Ergebnisse?
- 4. Bedingung: Materielle und immaterielle Anreize unterstützen die Umsetzung. (Qualitätssicherungsprogramm, leitlinienorientierte Vergütung)

Zum Teil gibt es analoge Anreize, z. B. höhere Belegungschance, wenn Einrichtungskonzept dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entspricht.

- 5. Bedingung: Strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen erlauben die Weiterentwicklung der Rehabilitationspraxis.

Das ist hier wahrscheinlich so schwierig wie dort.

Von außen betrachtet mag es schwierig sein, die Rentenversicherung von der Notwendigkeit neuer Reha-Konzepte und Behandlungsformen zu überzeugen, die von dem Bewährten abweichen. Es spricht aber auch Einiges dafür, Neues (und oft Teureres) erst dann zu übernehmen, wenn es seine Wirksamkeit zumindest modellhaft unter Beweis gestellt hat.

4. Schlussbemerkung

Es gibt zu Skepsis gegenüber allzu hohen Erwartungen an eine schnelle Evidenzbasierung der Rehabilitationsplanung. In der Medizin insgesamt ist das vermutlich nicht anders: Nach Prof. Porzsolt (Ulm) basieren höchstens 25% aller medizinischen Entscheidungen auf validen wissenschaftlichen Daten und nur zu 5% aller Entscheidungen gibt es eine einheitliche Meinung, die durch solche Daten gestützt wird (nach Referat beim BKK-Tag am 9. Oktober 2001 in Halle, vgl. Die BKK 12/2001, S. 587). Kann das für die Rehabilitationsplanung anders sein?

Was kann man von der Rentenversicherung verlangen:

- 1) Die beste vorhandene Evidenz benutzen.
- 2) Dazu beitragen, dass die benötigte Evidenz entsteht.

Beiden Forderungen kommt die Rentenversicherung zusammen mit ihren Rehabilitationseinrichtungen und den in ihnen tätigen Menschen zunehmend nach - das wird spätestens deutlich, wenn man auf die letzten Jahrzehnte zurückblickt.

Literatur:

BEHRENS, J. & DREYER-TÜMMEL, A.: Ermittlung von Indikatoren der Rehabilitationsbedürftigkeit aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Daten). Deutsche Rentenversicherung 7-8/1995, S. 413-443.

BfA (Hrsg.): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für den beratungsärztlichen Dienst. Berlin: BfA 1999.

BIEFANG, S., POTTHOFF, P. & ARNOLD, E.-M.: Modellversuch "Gesundheit und Erwerbsfähigkeit. Mitteilungen der LVA Württemberg 1991, 83(4), 122-128.

BIEFANG, S., POTTHOFF, P. & MESCHENMOSER, E.-M.: Screening zur Ermittlung rehabilitationsbedürftiger Arbeiter. Sozial- und Präventivmedizin 1992, 37, 284-292.

DODT, B., PETERS, A., HÉON-KLEIN, V., MATTHIS, Chr., RASPE, A. & RASPE, H.: Reha-Score für Diabetes mellitus: Ein Instrument zur Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs bei Diabetes mellitus. Die Rehabilitation 2002, 41(4), im Druck.

HEIN, R.: Ergebnisse des Modellversuches PAULA. Die Krankenversicherung 1996, 48(2), 50-53.

HÉON-KLIN, V. & RASPE, H.: Zur Epidemiologie der Rehabilitationsbedürftigkeit. in: BENGEL, J. & KOCH, U.: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin: Springer 2000, S. 87-102.

RASPE, H.: Evidence based medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1996, 90, 553-562.

RASPE, H., SULEK, C., HÉON-KLIN, V., MATTHIS, C. & IGL, G.: Zur Feststellung von Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen unter erwerbstätigen Mitgliedern der Gesetzlichen Rentenversicherung. Das Gesundheitswesen 2001, 63, 49-55.

REINAUER, H.: Ist evidenz-basierte Medizin unerlässlich für die Erstellung ärztlicher Leitlinien? Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis 2002, Heft 1, 15-21.

RISCHE, H. & LÖFFLER, H. E.: Rehabilitationsbedarf höher als Rehabilitationsinanspruchnahme. Ergebnisse einer Versichertenbefragung der BfA und der LVA Sachsen. Deutsche Angestelltenversicherung 1998, 45(10), 394-404.

SACKETT, D. L. et al.: Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchener Medizinische Wochenschrift 1997, 139(44), 644-645.

SIEBER, G. & STELZER, E.: Qualitätssicherung in der Rentenbegutachtung - Ergebnisse und praktische Erfahrungen mit einem Qualitätssicherungsprogramm. Das Gesundheitswesen 1994, 56, 701-795

SPYRA, K., MÜLLER-FAHRNOW, W., HANSMEIER, Th. & KLOSTERHUIS, H.: Medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen der BfA. Abschätzung der Bedarfs- und Ausgabenentwicklung bis zum Jahre 2040 unter Berücksichtigung des WFG-Deckels. Die Angestelltenversicherung 1997, 44(5), 208-225.

STEVENS, A. & RAFETERY, J.: Health Care Needs Assessment. Second Series. Oxford, New York: Radcliffe Medical 1997.

ZIMMERMANN, M., GLASER-MÖLLER, N., DECK, R. & RASPE, H.: Determinanten der Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer Befragung von Versicherten der LVA Schleswig-Holstein. Das Gesundheitswesen 1999, 61, 292-298.