

# REHA REPORT

Informationen für Ärzte

Herausgeber: Arbeitskreis Gesundheit e.V. • [www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de)

2 2011

**DIE LUFT ZUM LEBEN**

## Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen

**Im Gespräch**

Unterversorgung bei Lungenkrankheiten

**Studie**

Konsequenzen des DRG-Systems

**Literaturempfehlung**

Asbestbedingte Berufskrankheiten

## Reha Report – Im Gespräch

**Der Internist, Pneumologe, Allergologe, Sozialmediziner und Somnologe (DGSM) Michael Schnölzer ist Chefarzt der Espan-Klinik in Bad Dürkheim im Schwarzwald. Die Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen und Klinik für Anschlussheilbehandlungen (AHB/AR-Klinik) ist ein so genanntes „Alpha-1-Center“, eines der deutschen Zentren für Patienten mit Alpha-1-Antitrypsinmangel.**

**Reha Report:** Mit welchen Indikationen kommen Patienten und Patientinnen vor allem in Ihre Klinik?

**Michael Schnölzer:** Im Wesentlichen haben wir es mit drei Indikationen zu tun: mit Asthma bronchiale, der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD – verursacht mit durch eine chronische Bronchitis mit oder ohne Emphysem – und schließlich mit Patienten, die nach der Akutbehandlung eines Lungenkarzinoms zu uns kommen.

**Reha Report:** Inwieweit hat sich das Indikationsspektrum im Lauf der letzten Jahre geändert?

**Schnölzer:** Die Verteilung der Indikationen selbst hat sich nicht geändert. Wir sehen aber seit Dezember 2010 deutlich weniger Patienten, die über die Rentenversicherung elektiv zu uns kommen. Jetzt nehmen wir 70 Prozent unserer Patienten zur Anschlussheilbehandlung auf. Die neuen Fallpauschalenbedingungen führen dazu, dass die Krankenhäuser früher entlassen, zum Teil schon sechs bis sieben Tage nach OP. Die Pflege- und Hilfsbedürftigkeit der AHB-Patienten hat also deutlich zugenommen.

Unsere Pflege reagiert darauf mit großem Engagement, aber angesichts dieser Entwicklungen erreichen wir personell die Grenze des Machbaren.

**Reha Report:** Inwieweit sind Diagnostik und Therapie der Atemwegserkrankungen in Deutschland Ihrer Erfahrung nach verbesserbar?

**Schnölzer:** Es wird viel auf das Herz geachtet, aber zu wenig auf die Lunge. In Deutschland besteht vor allem bei der COPD, aber auch beim Asthma erwiesenermaßen eine Unterversorgung. Daran sind unter anderem abrechnungstechni-



Quelle: Privat

Michael Schnölzer ist Jahrgang 1963. Seine Ausbildung zum Lungenfacharzt erhielt er 1999-2003 in der Lungenfachklinik Zusammenkunft bei Augsburg. Bis 2006 war er Oberarzt in der Lungenfachklinik Bethanien, Solingen. Seit August 2006 steht Schnölzer als Chefarzt der Espan-Klinik in Bad Dürkheim vor.

sche Gründe schuld: Die Spirometrie, die zusammen mit den Symptomen den Schweregrad einer COPD bestimmt, lässt sich im niedergelassenen Bereich nicht abrechnen. Sie ist eine IGEL-Leistung, die viele Patienten verständlicherweise nicht bezahlen wollen. Einige der niedergelassenen Kollegen führen

die Untersuchung mittlerweile sogar ohne Bezahlung durch – an der Stelle ist ein eindeutiges Finanzierungslöcher. Dabei ist die COPD eine Volkskrankheit, die 12 bis 15 Prozent der über 40-jährigen und 12

bis 15 Prozent der Bevölkerung betrifft.

**Reha Report:** Kommen Patienten und Patientinnen normalerweise rechtzeitig im Krankheitsverlauf in die Reha?

**Schnölzer:** Bei der COPD sollte gemäß Leitlinie ab Grad II eine Reha erfolgen. Wir sehen bei uns aber nur ungefähr 10% der Patienten mit Grad II. Auch hier existiert also eine deutliche Unterversorgung.

**Reha Report:** Wann sollten Niedergelassene unbedingt an eine Reha denken?

**Schnölzer:** Die Möglichkeiten sind vielfältig: Ganz wichtig in diesem Zusammenhang ist Raucherentwöhnung. Zudem bietet die stationäre Reha gute Möglichkeiten, Asthma zu stabilisieren.

Ein weiteres Thema ist die Gewichtsstabilisierung. Bei COPD Patienten, die untergewichtig sind, weil sie einen großen Teil ihrer Muskelkraft allein für das Atmen brauchen, erreicht die Reha durch Ernährungs- umstellung – zum Beispiel durch Zwischenmahlzeiten oder hochkalorische Nahrungsmittel – einen Muskelaufbau, der sich positiv auf den Gesamtzustand auswirkt. Bei Asthma können wir stationär die Therapie optimieren. Die Patienten sind oft medikamentös unterversorgt: Das kann daran liegen, dass ein Patient Angst vor der Einnahme inhalativer Kortikoide hat. Diese Angst können wir in der Reha beispielsweise durch Schulungen nehmen.

**Reha Report:** Wie gut funktioniert die stationäre Raucherentwöhnung?

**Schnölzer:** Sowohl COPD wie auch Lungenkarzinome sind zu 80 Prozent durch Rauchen allein oder mit verursacht. Mit dem Rauchen aufzuhören ist die entscheidende Maßnahme, damit sich eine COPD nicht verschlechtert. Auch Asthma ist mit Raucherentwöhnung gut positiv beeinflussbar.

Die Erfolgsquote, wenn ein Raucher allein durch Willensanstrengung mit dem Rauchen aufhören will, liegt bei sechs Prozent. Die stationäre strukturierte Entwöhnung führt dagegen zu einem Erfolg von 30 Prozent und mehr.

Ein Drittel können wir also mit der strukturierten Entwöhnung in den Griff bekommen – über den Zeitraum von einem Jahr hält der Erfolg erwiesenermaßen an.

**Reha Report:** Worüber sollten niedergelassene Kollegen ihre Patienten und Patientinnen vor der Reha unbedingt informieren?

**Schnölzer:** Ganz oben steht die Formulierung von Rehabilitationszielen – die sollten Niedergelassene mit ihren Patienten vor der Reha formulieren. Wenn ein Patient sagt, „Ich will zur Reha“, dann sollte seitens des Behandlers die Frage folgen „Wozu, was haben Sie vor?“.

Dahinter stecken zwei Gründe: Wenn diese Ziele direkt im Reha-Antrag stehen, fällt

dem Kostenträger unter Umständen die Genehmigung leichter. Zweitens hat sie der Patient schon einmal ausgesprochen und ist dadurch fokussierter.

Ziele können zum Beispiel sein: „Ich will wieder Treppen steigen können, ich will Gewicht abnehmen oder zunehmen, ich will aufhören zu rauchen, ich will mich mental von der Alltagsbelastung distanzieren, um für zuhause wieder besser gerüstet zu sein“.

**Reha Report:** Wie können Niedergelassene zum Reha-Erfolg beitragen?

**Schnölzer:** Ein entscheidender Punkt – auch für den Kostenträger – ist die Zeit danach. Es gibt leider keinen Speichereffekt für den Rehabilitationserfolg. Die eingeübten Aktivitäten und Veränderungen des Lebensstils müssen nach der Reha weiter gehen, zum Beispiel durch ambulante Angebote. Beispiele sind Lungensport oder die Weiterbehandlung in Disease Management Programmen.

**Reha Report:** Nutzen die DMP Ihrer Erfahrung nach?

**Schnölzer:** Ich frage die Zugehörigkeit zu DMP bei Entlassungsgesprächen immer mit ab. Sie sind sinnvoll, aber Kassen haben die Programme in Umfang und Qualität unterschiedlich. Schulungen und Sport sind nur zum Teil Bestandteil der DMP. Dass es bisher keine Qualitätsstandards gibt, sehe ich als deutliches Problem. Man kann die Frage also nicht allgemein beantworten.

**Reha Report:** Welche Schulungsmodule bietet die Reha Patientinnen und Patienten mit Atemwegserkrankungen?

**Schnölzer:** Das Modul für COPD enthält zum Beispiel Atemtechnik, Atemtherapie, Schulungen zum Umgang mit Dosieraerosolen und bei Bedarf mit der Sauerstofftherapie. Individuelle Module wie Gewichtsreduktion oder Gewichtsaufbau sowie – besonders wichtig – Raucherentwöhnung kommen dazu.

Es geht, wie immer bei der Reha, um Körper und Kopf – medizinische Unterstützung und Wissen. Das ist bei Asthma genauso

– hier ist Bewegung entscheidend. Dadurch lassen sich Asthmasymptome deutlich verbessern. Stützende psychologische Einzelgespräche sind ebenfalls möglich.

**Reha Report:** Welche Rolle spielt körperliche Aktivität bei der Reha von Atemwegserkrankungen?

**Schnölzer:** Körperliche Aktivität predigen wir ab Tag eins der Reha. So gut wie jede chronische Erkrankung lässt sich dadurch verbessern – sogar das Bronchialkarzinom, wobei hierfür Studien aber noch ausstehen.

Bei der COPD hat sich vor einigen Jahren ein Paradigmenwechsel vollzogen: Bis ungefähr 2005 haben wir Patienten gesagt

„schone Dich“. Studien unter anderem von Petro und Schultz<sup>1</sup> haben aber gezeigt, dass körperliche Aktivität bei COPD denselben Stellenwert hat wie Medikamente. Der Wert von Bewegung gilt für Asthma genauso

– allerdings stehen für diese Indikation weitere Studien ebenfalls noch aus.

Ambulanter Lungensport ist eine Möglichkeit, die Bewegung nach der Reha weiter zu führen. In Deutschland gibt es im Moment 720 Lungensportgruppen. Für Patienten heißt das einmal pro Woche 60 bis 90 Minuten Sport. Übungsleiter mit der Qualifikation Lungensport leiten diese Gruppen an. Dabei geht es um Ausdauer, Koordination, den Aufbau der Muskulatur, die richtige Atemtechnik und am Schluss um Ruhe und Entspannung, zum Beispiel durch autogenes Training oder Yoga.

In unserer Klinik bieten wir zwei ambulante Lungensportgruppen an.

Der Lungensport kann auch von den Niedergelassenen verordnet werden – 50 Einheiten in 18 Monaten. Die Verordnung ist budgetneutral. Viele wissen nicht, dass das geht.

**Reha Report:** Wie lange hält der Erfolg der Reha für gewöhnlich an? Was müssen

Patienten dafür nach der Reha-Maßnahme tun?

**Schnölzer:** Eine Untersuchung der Rentenversicherung zeigt, dass sechs Monate nach Reha 90 Prozent der Patienten wieder inaktiv sind. Das ist ein ernüchterndes Ergebnis. Aber bei den zehn Prozent, die weiter machen, halten die positiven Effekte an. Das heißt, die Patienten müssen nach der Reha unbedingt weiter aktiv bleiben.

Hier haben wir ein grundsätzliches Problem: Es mangelt an der Bedarfserfassung. An dieser Stelle sind die Kassen gefragt. Einzelne Kassen versuchen jetzt, das Problem aufzugreifen. Die AOK fängt gerade damit an, Reha-Patienten einen Fragebogen mitzugeben, der ermittelt, welche Angebote die Betroffenen nach der Reha brauchen – zum Beispiel Raucherentwöhnung oder Lungensport. Wenn die Patienten per Unterschrift damit einverstanden sind, dass ihre Daten weiter gegeben werden, leiten wir den ausgefüllten Fragebogen weiter an die Kasse.

**Reha Report:** Wie ändert sich das Leben der Patienten durch die Reha?

**Schnölzer:** Wenn sich Patienten bewahren, was die Reha bietet, kann sich eine Menge ändern. Sie erlernen zum Beispiel, wie sie in Notfällen reagieren können, was hinter der Behandlung steckt und wie sie sich selbst helfen. Dadurch steigt die Lebensqualität und die Beschwerden – Husten und Atemnot zum Beispiel – werden weniger.

Gewichtsreduktionsschulungen enthalten Lehrmodule mit Probekochen – die Patientinnen und Patienten können daraus konkrete Handlungsmuster mit nach Hause nehmen. Es geht im Grunde um eine vernünftige Prävention, die wir unseren Patientinnen und Patienten idealerweise aus der Reha mitgeben.

**Reha Report:** Ihre Klinik gehört zu den Zentren für Patienten mit Alpha-1-Antitrypsinmangel. Wissen die meisten Patienten und Patientinnen von dieser Erkrankung, bevor sie zu Ihnen kommen?

**Schnölzer:** Wir haben ein Screening etabliert, das heißt, wir messen bei allen Patienten, die wir aufnehmen, den Blutspiegel: Die meisten haben keinen Alpha-1-Antitrypsinmangel. Eigentlich sollte bei jedem Patienten dieses Screening einmal durchgeführt werden. Allerdings passiert das in der Realität nicht.

## „Rehabilitationsziele sollten direkt im Reha-Antrag stehen, dann fällt dem Träger die Genehmigung leichter.“

Michael Schnölzer, Espan-Klinik Bad Dürkheim

<sup>1</sup>Schultz K et al. Effectiveness of inpatient pulmonary rehabilitation (AHB). Results of a multicenter prospective observation study. Dtsch Med Wochenschr. 2006; 131: 1793-1798.

Halle W et al. Evidence and technique for exercise training in patients with COPD. Pneumologie. 2008;62:209-221.

Dazu muss man aber auch sagen, dass Seltene selten vorkommt. Die Prävalenz des Alpha-1-Antitrypsinmangels, beziehungsweise ihres symptomatisch besonders wichtigen Phänotyps ZZ wird mit 1:2.000 bis 1:7.000 angegeben, die Krankheit ist also sehr selten. Wir screenen viele Patienten, fischen aber nur wenig Betroffene heraus – zwei bis drei pro Jahr.

**Reha Report:** Was ist bei diesen Patientinnen und Patienten besonders zu beachten?

**Schnölzer:** Wenn jemand an einem Alpha-1-Antitrypsinmangel leidet, ist Aufgeben des Rauchens ganz entscheidend, denn Rauchen potenziert den Verlust an Lungengewebe. Den Patienten muss man klar sagen, dass Rauchen ihre Lebenserwartung deutlich senkt.

Darüber hinaus müssen Infekte vermieden werden – deshalb sind Impfungen gegen Pneumokokken und Grippe wichtig. Dazu kommt die auch sonst übliche symptomatische Behandlung einer COPD, zum Beispiel über Klopfmassagen und pneumologische Physiotherapiegeräte wie Fluter oder Cornet.

Bei Patienten mit Alpha-1-Antitrypsinmangel überprüfen wir, ob eine Infusionsbehandlung in Frage kommt. Diese Therapie ist allerdings sehr teuer und kommt daher nur für ausgewählte Patienten in Frage. ■

## Indikation zur pulmonologischen Rehabilitation bei COPD/Asthma

Eine pneumologische Rehabilitation soll angeboten werden, wenn trotz adäquater ambulanter ärztlicher Betreuung beeinträchtigende körperliche, soziale oder psychische Krankheitsfolgen bestehen, die die Möglichkeiten von normalen Aktivitäten bzw. der Teilhabe am normalen beruflichen und privaten Leben behindern. Quellen: Leitlinie Asthma (Nov. 2010) und COPD (Apr. 2011)

### Leitlinien im Internet

[www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma](http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma)  
[www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd](http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd)

## Versorgung von Patienten mit Asthma und COPD kann besser werden

**Erste Ergebnisse der von der Deutschen Atemwegliga geförderten Studie „Asthmabehandlung in der hausärztlichen Praxis“ decken vielfältige Diskrepanzen zwischen verordneter Therapie und Durchführung durch die Patienten auf.**

Beispielsweise wird die antientzündliche Basistherapie mit inhalativen Glukokortikoiden aus Angst vor Nebenwirkungen und in Unkenntnis der Wirkungsweise von Patienten eigenmächtig angepasst oder zeitweilig sogar vollkommen unterbrochen, so Heidrun Lingner, Medizinische Hochschule Hannover.

Heinrich Worth, Vorsitzender der Deutschen Atemwegliga, erwartet durch eine bessere Implementierung der aktuellen Leitlinien eine Optimierung der Versorgung von Asthma- und COPD-Patienten.

Hierzu gehören auch nicht medikamentöse Therapieoptionen, wie die strukturierte Patientenschulung und körperliches



Quelle: Emolia

Training. Durch körperliches Training lässt sich die Symptomatik der COPD verbessern, die Belastbarkeit und Lebensqualität. ■

## Kürzer im Krankenhaus, kränker zur Reha – Studie zeigt Konsequenzen des Fallpauschalensystems

Seit der Einführung des Fallpauschalensystems steigt die Zahl der Patienten, die bei der Aufnahme in die Reha einen deutlich verschlechterten Gesundheitszustand aufweisen. Zu diesem Ergebnis kommt die so genannte REDIA-Studie – die erste prospektive Langzeitstudie über die Auswirkungen der DRG (Diagnosis Related Groups) auf die Rehabilitation.

Seit 2003, als das Fallpauschalensystem noch nicht eingeführt war, stieg beispielsweise der Anteil von Hüftpatienten, die wegen Schmerzen und geklammerten Wundnähten in der ersten Woche nicht an der Physiotherapie teilnehmen konnten, von knapp sechs Prozent auf 40 Prozent. Deutlich nahm auch der Medikationsaufwand in der Rehabilitation zu: Die Verabreichung von Herz entlastenden Nitraten wuchs von rund

einem Prozent (2003) auf über 30 Prozent (2010), und die Gabe von Schmerzpräparaten zog von vier auf 32 Prozent an. Die Einnahme von Blutverdünnern entwickelte sich gar von drei auf 57,4 Prozent bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Studienleiter Wilfried von Eiff vom Centrum für Krankenhaus-Management der Universität Münster führt diese Entwicklung auf mehrere Ursachen zurück: „Zeitsparende Operationstechniken ermöglichen eine kurze Liegezeit im Krankenhaus, machen aber aufwendige Wundversorgung und Schmerztherapien in der Rehabilitation nötig. Außerdem stieg das Durchschnittsalter der Patienten im Untersuchungszeitraum um vier Jahre an, auch die Zahl von Begleiterkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck nahm zu.“

## Neue Empfehlung zur Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten

**Aufgrund der "Falkensteiner Empfehlung" können medizinische Gutachter nun besser und einheitlicher als bisher beurteilen, ob eine Erkrankung durch den beruflichen Kontakt mit Asbest entstanden ist.**

„Wir haben damit erstmals einheitliche Kriterien für die Frage, in welchen Fällen der berufliche Kontakt mit Asbest krank gemacht hat. Berufsgenossenschaften und Unfallkassen können damit künftig besser und nachvollziehbarer Entscheidungen bei Asbest-Berufskrankheiten treffen“, sagt Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Für die Gleichbehandlung der Versicherten sei dies ein wichtiger Fortschritt. Ein wesentlicher Aspekt, der sich aus der Empfehlung ergibt, sei die nunmehr einheitliche Definition der verschiedenen Grade der Asbestose. „Die Empfehlung stellt außerdem klar, dass ein Versicherter eine Asbestose Grad I hat, wenn das Lungengewebe unter dem Mikroskop entspre-

chende Veränderungen plus Asbest aufweist“, so Breuer. Selbst wenn auf dem Röntgenbild also nichts zu sehen sei, könne eine Asbestose vorliegen.

Die Empfehlung enthält Hinweise zur Diagnostik der Erkrankungsfolgen, zu Untersuchungsumfang und -abständen, zur Beurteilung, ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung Folge der Erkrankung ist, zur Prävention und Rehabilitation. Tabellen

### Hintergrund im Internet

Die Empfehlung kann auf den Internetseiten der DGUV heruntergeladen werden unter: <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/falkensteinerempfehlung.pdf>

helfen dem Gutachter dabei, den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit einzuschätzen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist die Basis für die Zahlung und Berechnung der Berufskrankheiten-Rente.



## Asthma und Allergien auf dem Vormarsch: Weltweite ISAAC-Studie zieht nach 20 Jahren Bilanz

**Zwei Millionen Kinder und Jugendliche in 106 Ländern wurden seit dem Start 1991 untersucht. Klares Fazit: Die richtige Lebensweise, wie gesunde Ernährung und Verzicht auf Zigaretten – auch bei den Eltern –, kann schützen.**



Mitinitiator von ISAAC  
Prof. Ulrich Keil mit einer Publikation zu der Mammuthstudie.

Deutschland liegt bei allen untersuchten Symptomen im Mittelfeld. Der Unterschied zwischen den beiden deutschen Studienzentren Münster und Greifswald ist relativ gering, aber statistisch signifikant. In Greifswald sind die Kinder und Jugendlichen gesünder. Eine mögliche Erklärung:

„Kinderkrippen waren und sind auf dem Gebiet der ehemaligen DDR weiter verbreitet“, so Ulrich Keil, 2009 emeritierter Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster. „Die Kinder werden deshalb stärker mit Keimen konfrontiert und ihr Immunsystem kann

sich dadurch besser entwickeln.“ In Münster untersuchten die Forscher zusätzlich den Einfluss von Belastungen durch den Straßenverkehr. Das Ergebnis: Kinder an Hauptstraßen leiden häufiger unter Asthma als Kinder, die in verkehrsarmen Seitenstraßen wohnen. Laut Keil sind Abga-

se aus Diesel-Motoren ein wichtiger Einflussfaktor. Abgase aus Industrie-Schloten hätten demgegenüber nur geringe Auswirkungen.

### Trendreport „Rehabilitation in NRW“

Jeder zweite Reha-Patient aus Nordrhein-Westfalen lässt sich außerhalb des Landes behandeln, vorzugsweise in Niedersachsen (11,7 %), Hessen (9,5 %), Rheinland-Pfalz (7,5 %) oder Schleswig-Holstein (6,4 %). Obwohl NRW mit 136 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und rd. 20 500 Betten (2008) von der Versorgungsdichte her bundesweit mit an der Spitze liegt, ist der Gesundheitssektor im Bereich der Rehabilitation noch ausbaufähig.

Das zeigt der aktuelle Trendreport „Rehabilitation in NRW“, herausgegeben vom Clustermanagement Gesundheitswirtschaft NRW. Vor allem der weitere Ausbau ambulanter, wohnortnaher Rehabilitationsstrukturen sollte vorangetrieben werden.

◀ Falls der Adressaufkleber fehlt, bitte hier Praxis- oder Klinikstempel einfügen. Vielen Dank!

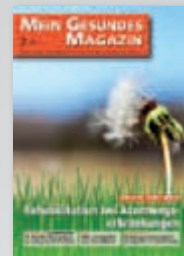
Ihre Adressdaten haben sich geändert? Bitte teilen Sie uns Ihre Änderungen mit:

Titel \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

## Sehr geehrte Leserinnen und Leser des REHA REPORT! Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Reha hilft! Die Erkenntnis ist nicht neu. Trotzdem wissen wir aus unserer täglichen Arbeit, dass die ganze Vielfalt an Reha-Angeboten den meisten Zuweisern gar nicht bekannt ist. Der „REHA REPORT“ wird Ihnen deshalb auch 2011 alle drei Monate aktuelle Informationen rund um das Thema Rehabilitation direkt in Ihre Praxis oder in Ihr Institut bringen. Das zeitgleich erscheinende Publikumsmagazin „*Mein Gesundes Magazin*“ behandelt das jeweilige Thema des „REHA REPORT“ in patientengerechter Form. „*Mein Gesundes Magazin*“ informiert Ihre Patienten, die einen Reha-Aufenthalt vor sich haben, über medizinische Hintergründe, organisatorische Grundlagen, Aufgaben und Ziele der Reha. Das hilft Ihnen, das Patientengespräch von allgemeinen organisatorischen Fragen zu entlasten und so

mehr Zeit für das Besprechen individueller Patientenfragen zu gewinnen. Beide Angebote stellt der Arbeitskreis Gesundheit e.V. – ein gemeinnütziger Zusammenschluss von Reha-Kliniken unterschiedlicher Fachrichtungen – für Ärztinnen, Ärzte und Mitglieder angrenzender Berufsgruppen kostenfrei zur Verfügung.



### Ihr Feedback ist uns wichtig!

Wenn Sie den „REHA REPORT“ weiterhin beziehen möchten und zusätzlich auch das Patientenmagazin „*Mein Gesundes Magazin*“ erhalten möchten, kreuzen Sie bitte die gewünschte Anzahl an und faxen Sie diese Seite an uns zurück.

Bitte senden Sie mir zusätzlich zum „REHA REPORT“ für meine Patienten kostenfrei **„Mein Gesundes Magazin“**

10 Exemplare  
 20 Exemplare  
 50 Exemplare  
.....Exemplare

Bitte geben Sie an, wie viele Exemplare Sie möchten

### „REHA REPORT“ abbestellen

Falls Sie den „REHA REPORT“ nicht mehr erhalten möchten, setzen Sie bitte hier ein Kreuzchen und faxen uns diese Seite ohne weitere Angaben zu.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Faxanforderung an den Arbeitskreis Gesundheit e.V., Gustav-Mahler-Str. 2, 04109 Leipzig

# Faxnummer 0341/870595959

## Der Arbeitskreis Gesundheit e.V. informiert

Wenn Sie weitere Fragen zur Rehabilitation haben, finden Sie eine Vielzahl aktueller Informationen unter:

**[www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de)**

Die Webseite des Arbeitskreises Gesundheit bietet Ärztinnen und Ärzten unter anderem Antworten auf Fragen wie:

- Wo finde ich eine geeignete Reha-Klinik, die ich meinem Patienten empfehlen kann?
- Welche Patienten haben Anspruch auf eine Rehabilitationsleistung?

- Wer ist der zuständige Kostenträger?
- Wann ist eine Rehabilitation erforderlich?
- Wer übernimmt die Kosten für stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen?
- Was ist bei der Antragstellung zu beachten?
- Wo gibt es Rat und Hilfe?

Im Bereich „Infothek“ finden Sie neben Broschüren auch Filmmitschnitte zu Reha-Themen. Alle Informationen auf der Website sind kostenfrei zugänglich. Patienten bietet die Website grundsätzliche Informationen zur medizinischen Re-

habilitation und Hilfe bei der Antragstellung an.

Der Arbeitskreis als gemeinnütziger Zusammenschluss von Reha-Kliniken unterschiedlicher Fachrichtungen veröffentlicht regelmäßig Informationen über die rehabilitationsmedizinische Versorgung.

### Impressum

ARBEITSKREIS GESUNDHEIT E.V.  
Ein starker Partner der Rehabilitation

Der REHA REPORT erscheint vierteljährlich.  
Herausgeber: Arbeitskreis Gesundheit e.V., Gustav-Mahler-Str. 2, 04109 Leipzig  
Telefon: 0341/87059590, Fax: 0341/870595959  
[www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de)  
Geschäftsführer: Ingo Dörr (v.i.S.d.P.)  
Auflage: 44.400 Expl. (August 2011)