

REHA REPORT

Informationen für Ärzte

Herausgeber: Arbeitskreis Gesundheit e.V. • www.arbeitskreis-gesundheit.de

3 2011



THEMA ORTHOPÄDIE

Wenn die Bewegung schmerzt

Im Gespräch

Dr. Bernd Wilhelm, MEDIAN
Klinik am Burggraben

Hintergründe

Helferzellen ändern
Funktion im Darm

Hintergründe

Wie Cortison bei Rheuma-
toider Arthritis wirkt

„Wir wollen fachübergreifende medizinischberuflich orientierte Rehabilitation“

Reha Report im Gespräch mit Dr. Bernd Wilhelm

Reha Report: Wie viele Patienten betreuen Sie in Ihrer Klinik?

Bernd Wilhelm: Unsere Klinik hat 747 Betten mit den Hauptabteilungen Orthopädie, Unfallchirurgie, Gynäkologie, Psychosomatik und Innere Medizin mit den Abteilungen Pneumologie, Kardiologie und Diabetologie. Ein besonderer Bereich ist die orthopädische Psychosomatik – sie wird durch einen orthopädischen Oberarzt federführend mit betreut.



Quelle: Privat

Dr. Bernd Wilhelm ist Arzt für Orthopädie mit den Zusatzbezeichnungen: Physikalische Therapie, Sportmedizin und Manuelle Medizin. Als Chefarzt leitet er die orthopädische Abteilung der MEDIAN Klinik am Burggraben in Bad Salzuffen. Neben seiner klinischen Tätigkeit ist Wilhelm Autor und Koautor diverser wissenschaftlicher Veröffentlichungen.

Reha Report: Wie viele Patienten betreut die Orthopädie?

Wilhelm: Wir belegen durchschnittlich 130 bis 135 Betten. Die Planung ist allerdings nicht ganz einfach, denn die Bewilligungen für AHB und Reha sind über das Jahr kaum vorherzusehen. Letztes Jahr hat die Rentenversicherung im ersten Halbjahr relativ viele Patienten zu uns geschickt, im zweiten Halbjahr dann die Zuweisungen nahezu gestoppt.

Reha Report: Mit welchen Indikationen kommen Patienten zu Ihnen in die Orthopädie?

Wilhelm: 75 Prozent unserer Patienten kommen nach einem Krankenhausaufenthalt zu uns, also zu einer Anschlussheilbehandlung: Unterschieden nach Kostenträgern sind das 15 Prozent über die Rentenversicherung und 60 Prozent krankenkassenfinanziert. AHB-Patienten haben meist eine Hüft- oder Knieendoprothesen-OP oder eine Wirbelsäulenoperation hinter sich. 25 Prozent unserer Patienten kommen wegen eines Heilverfahrens: unterschieden nach Kostenträgern erhalten 20 Prozent ein Heilverfahren über die Rentenversicherung, meist aufgrund von Rückenschmerzen, aber auch wegen degenerativer Gelenkerkrankungen. Die restlichen

fünf Prozent sind krankenkassenfinanziert – es handelt sich meist um ältere, multimorbide Patienten.

Reha Report: Wie kommt ein Patient in die orthopädische Psychosomatik?

Wilhelm: Die Zuweisung für Heilverfahren erfolgt seitens der Kostenträger direkt, zum Beispiel der Rentenversicherung, häufig über eine sogenannte M-Diagnose – also eine orthopädische Krankheit. Als Zweitdiagnosen sind oft F-Diagnosen dabei, also psychosomatische Erkrankungen.

Wir bekommen vor der Aufnahme die Akten der orthopädisch angemeldeten Patienten vorgelegt, und entscheiden dann, ob sie in der Orthopädie oder der orthopädischen Psychosomatik besser behandelt werden können. Meist ist in diesen Fällen die Umwidmung in die Psychosomatik problemlos möglich. Mit unseren Hauptbelegern haben wir diesbezüglich einen gut funktionierenden Weg gefunden.

Reha Report: Wie behandeln Sie Ihre Patienten?

Wilhelm: Wir gehen standardisiert vor, lassen aber Raum für die individuellen Erfor-

dernisse der Rehabilitanden. Unser Vorgehen ist dreistufig: Wir rastern zunächst nach Kostenträger, dann verfeinern wir die Behandlung der Indikation entsprechend. Daraus ergeben sich 13 Therapiestandards. Als dritten Schritt individualisieren wir den Standard je nach Gesundheitszustand des Patienten.

Ein Beispiel: Ein Patient kommt über die Krankenkasse zur AHB nach einer Hüft-TEP. Dafür erstellt uns der Computer einen Therapieplan, der alle Einzelmaßnahmen für die kommenden Wochen festlegt. Sehen wir allerdings bei der Aufnahme, dass der Patient noch z.B. liegende Fäden hat, was bei gut der Hälfte der AHB-Patienten inzwischen der Fall ist, darf der Patient in der ersten Woche keine Wasseranwendungen bekommen. Der Therapiestandard sieht dies vor, aber in diesem Fall müssen wir sie aus dem Plan nehmen. Die primäre Einteilung nach Kostenträgern – Krankenkassen und Rentenversicherung – ist sinnvoll, weil sich deren Anforderungen unterscheiden. Die DRV gibt Leitlinien für Rücken, Knie und Hüfte vor, nach denen wir uns richten müssen. Favorisiert sind aktive Anwendungen, passive Anwendungen spielen nur eine zweite Rolle. Die Rentenversicherung fordert auch mehr edukative Maßnahmen.

Reha Report: Wie sind Sie auf diese 13 Standards gekommen?

Wilhelm: Wir haben zusammen mit Werner Müller-Fahrnow, dem damaligen Lehrstuhlinhaber für Versorgungssystemforschung der Berliner Charité, Daten von Patienten aus 14 orthopädischen Kliniken

„ Wir gehen standardisiert vor, lassen aber Raum für die individuellen Erfordernisse der Rehabilitanden.“

Dr. Bernd Wilhelm, MEDIAN Klinik am Burggraben in Bad Salzuffen

ausgewertet. Dabei sind wir alle Unterlagen durchgegangen, inklusive der Eingangs- und der Entlassungsbefunde, und haben die Patienten ein halbes Jahr nach Entlassung schriftlich befragt. Die daraus resultierenden Behandlungspläne enthalten nun die Therapien mit dem besten Ergebnis.

Reha Report: Was bringt die Reha über die medizinisch-therapeutischen Maßnahmen hinaus?

Wilhelm: Wir schulen die Patienten: Was bedeutet die OP für sie? Worauf müssen sie achten?

Wir stellen fest, dass die Operateure nicht immer darüber aufklären, welche beruflichen Konsequenzen die OP hat. Ein Dachdecker mit einer Hüft-TEP kann seinen Beruf de facto nicht mehr ausüben. Die Patienten kommen zu uns und sind oft überrascht, dass ihre berufliche Einsatzfähigkeit nach der OP eingeschränkt ist. Nach den Schulungen kommen nicht selten Patienten zu uns und sagen „Wenn ich das gewusst hätte, hätte ich mir die OP eventuell noch einmal überlegt.“

Reha Report: Können Sie ein weiteres Beispiel nennen?

Wilhelm: Patienten nach Hüft- und Knie-TEP bekommen meistens einen Endoprothesenausweis. Er ist nötig, wenn erneute Operationen anstehen – für die einzelnen Prothesentypen sind Spezialwerkzeuge nötig. Darüber hinaus müssen sich die Patienten ausweisen können, wenn es in der Flughafenschleuse wegen des Implantatmetalls piept.

Außerdem sollen sich die Patienten regelmäßig röntgen lassen. Viele denken, solange sie keine Schmerzen haben, sei Röntgen unnötig. Das stimmt aber nicht. Eine Prothesenlockerung verursacht zunächst keine Schmerzen, auch wenn schon ein Knochensubstanzverlust vorliegt. Regelmäßiges Röntgen erlaubt ein frühes Eingreifen und vermeidet größere Defekte.

Reha Report: Werden Patienten in der Reha auch zu potenziellen neuen Berufsmöglichkeiten beraten?

Wilhelm: Wir dürfen keine dezidierten Vorschläge dazu machen, welcher Beruf geeignet ist. Dazu kennen wir den Arbeitsmarkt und die arbeitsplatzspezifischen Anforderungen nicht gut genug und wollen unsere Patienten nicht für einen bestimmten Berufszweig bahnen. Wir schreiben, welche Belastungen aus medizinischer

Sicht aufgrund der Erkrankung nicht zumutbar sind, beispielsweise keine Erschütterungen, keine Absturzgefahr.

Viele denken, wenn ich die Rente einreiche, bekomme ich sie automatisch. Das stimmt nicht. Wenn ärztlicherseits der letzte Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann, ist die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu beurteilen. Berücksichtigt werden müssen auch arbeitsrechtliche Aspekte, so dass letztendlich die Entscheidung von einem Juristen getroffen wird. Bei jüngeren Jahrgängen ab 1961 ist auch die Berufsunfähigkeitsrente weggefallen.

Reha Report: Wie setzen Sie die berufliche Rehabilitation auf?

Wilhelm: Wir arbeiten gerade an einem neuen Konzept zur MBOR – der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Im Gegensatz zu den bisherigen Umsetzungen wollen wir die MBOR fachübergreifend gestalten.

In der Orthopädie betreiben wir natürlich jetzt schon MBOR, aber nur für orthopädische Patienten. In Zukunft soll sich ein Mitarbeiterpool aus Ärzten aller Fachbereiche, Psychologen und Sozialarbeitern speziell um Patienten mit besonderen beruflichen Problemen kümmern.

Patienten sollen zunächst ein so genanntes berufliches Assessment erhalten, bei dem der Ist-Stand ihrer für den Beruf notwendigen körperlichen Fähigkeiten festgehalten wird. Die indikationsspezifische Rehabilitation bleibt. Die individuelle Situation des Rehabilitanden wird dann fachübergreifend im Team besprochen. Zu welchen beruflichen Aspekten der Patient geschult und informiert wird, entscheidet das Team. Die Maßnahmen werden sechs bis acht Therapie-Stunden mehr pro Woche umfassen als sonst üblich. Das soll in geschlossenen Gruppen durchgeführt werden, das heißt die Patienten sind drei Wochen lang miteinander in einer Gruppe – das ist für uns ein großer logistischer Aufwand.

Reha Report: Wie finden Sie heraus, welche Patienten diese besondere berufliche Reha brauchen?

Wilhelm: Idealerweise sagen uns das die Kostenträger vorab. Passiert dies nicht,

Heilverfahren

Heilverfahren im Sozialrecht sind laut SGB IX stationäre Leistungen zur Rehabilitation – umgangssprachlich werden die Heilverfahren oft als „Kur“ bezeichnet. Der traditionelle Begriff „Kur“ wird in der neuen Sozialgesetzgebung nicht mehr verwendet.

AHB

Die AHB (Anschlussheilbehandlung oder auch Anschlussrehabilitation) ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

Geht der Anschlussheilbehandlung eine Operation voraus, muss sie spätestens zwei Wochen nach Entlassung aus der Akutklinik beginnen. Das Krankenhaus (behandelnder Krankenhausarzt oder Sozialdienst) beantragen die AHB.

Die stationäre AHB dauert in der Regel drei Wochen und kann bei schweren Erkrankungen, nach Operationen (z. B. Krebs, Schlaganfall, Herzoperationen) und Unfällen durchgeführt werden.

Kostenträger sind die Deutsche Rentenversicherung (DRV) oder die Krankenkassen.

stehen uns weitere Methoden zur Verfügung. Bei der Aufnahme lässt sich zum Beispiel der EFL durchführen: Die Abkürzung steht für Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit. Das ist ein umfassender kinesiophysischer Test, der Fähigkeiten einer Person beurteilt, arbeitsbezogene Tätigkeiten auszuführen. Wir ermitteln die Leistungsfähigkeit durch standardisierte funktionelle Beobachtungskriterien. Subjektive Größen wie Schmerzangaben werden ebenfalls dokumentiert.

Zusätzlich erfolgt die Einschätzung über den AVEM, den die Patienten zur Aufnahme mitbringen. AVEM ist die Abkürzung für Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Die Methode erfasst nicht nur Belastungssymptome in Form körperlicher und psychischer Beschwerden. Sie zielt auf die Art und Weise ab, wie sich Menschen beanspruchenden Situationen stellen. Dazu dienen Selbsteinschätzungen in elf Dimensionen: Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabebereitschaft, Perfektionstreiben, Distanzierungsfähigkeit, Re-

„Regelmäßiges Röntgen erlaubt ein frühes Eingreifen und vermeidet größere Defekte“

Dr. Bernd Wilhelm, MEDIAN Klinik am Burggraben in Bad Salzuffen

signationstendenz bei Misserfolg, offene Problembewältigung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung.

Reha Report: Wie stellen Sie fest, ob die Reha Erfolg hat?

Wilhelm: Direkte Rückkopplung von Patienten, Kostenträgern oder Nachbehandelnden bekommen wir leider nicht. Wir nutzen aber Scores für die interne Qualitätskontrolle. Für Hüft- und Knie-TEPs greifen wir auf den Staffelstein-Score zurück. Der 120 Punkte-Score bildet körperliche Funktion, Schmerz und Aktivitäten des täglichen Lebens ab. Volle Punktzahl bedeutet Beschwerdefreiheit. Die Patienten erzielen bei Rehabeginn einen bestimmten Durchschnittswert. Am Ende des Aufenthaltes ermitteln wir den Punktwert wieder. Aus der Differenz erkennen wir Verbesserungen. Für andere Erkrankungen gibt es ähnliche Kennzahlen. Wir sind zurzeit dabei, die Kennzahlen in allen MEDIAN-Kliniken zu vereinheitlichen.

Reha Report: Wie ist der Kontakt zu den Vor- und Nachbehandlern?

„Es wäre aber auf jeden Fall sinnvoll, den Kontakt zu den Niedergelassenen zu intensivieren,“

Dr. Bernd Wilhelm, MEDIAN Klinik am Burggraben in Bad Salzufen

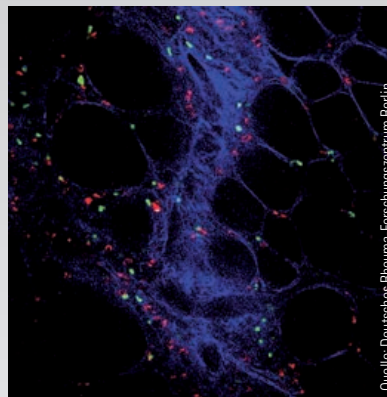
Wilhelm: Zu den Akutkliniken, die viele Patienten einweisen, besteht guter Kontakt. Wir machen zum Beispiel alle drei Wochen wechselseitige Visiten bei den Hauptbelegern.

Es wäre aber auf jeden Fall sinnvoll, den Kontakt zu den Niedergelassenen zu intensivieren, denn das ist eine Schnittstelle, die nicht so gut funktioniert. Es ist inzwischen sogar so, dass es für Niedergelassene schwerer geworden ist, einen Reha-Antrag zu stellen – das sind seitenlange Antragsformulare. Von den Kostenträgern werden Schwellen aufgebaut, die der Schnittstelle und damit letztendlich den Patienten nicht gut tun.

Helferzellen ändern Funktion im Darm

Bestimmte T-Helferzellen können im Dünndarm Charaktereigenschaften annehmen, die ungewollte Immunreaktionen stoppen. Zu diesem 2011 in „Nature“ publizierten Ergebnis kommt ein Team um den Neuroimmunologen Eric Esplugues vom Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin.

Die T-Helferzellen TH-17 sind für die Produktion eines entzündungsauslösenden Proteins verantwortlich: So können sie Immunzellen abrufen und die Zerstörung von Krankheitserregern im Körper beschleunigen. Im Dünndarm lassen sich die TH-17-Zellen „umprogrammieren“: Sie können Charaktereigenschaften annehmen, die ungewollte Immunreaktionen stoppen. „Dies ist absolut neu für uns und sehr interessant, da sie die Aktivität der überschüssigen, entzündlichen Reaktionen des Immunsystems hemmen, die durch Autoimmunkrankheiten ausgelöst werden“, erklärt Esplugues. Dies könnte es möglich machen, lebensbedrohliche – durch eine Überaktivität der TH-17-Zellen verursachte – Im-



Quelle: Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin

◀ **Multiphotonen-Analyse von TH17-Zellen (grün) in einem entzündeten Darm.**

munreaktionen zu vermeiden. Die Forschergruppe sieht darin einen ersten Schritt für eine mögliche Heilung von Auto-

immunkrankheiten. Unter Umständen lassen sich über diesen Weg rheumatoide Arthritis oder Multiple Sklerose eindämmen und neue Therapien entwickeln.

Originalpublikation: Esplugues E et al. Control of TH17 cells occurs in the Small Intestine. Nature 2011; 475:514-518

Julius Wolff – 175. Jahrestag des Gründervaters der Orthopädie

Der menschliche Knochen passt sich sowohl in seiner äußeren Form, als auch mit seinen inneren Strukturen an äußere mechanische Belastungen an – mit dieser Entdeckung, bekannt unter der Kurzform „form follows function“, legte Julius Wolff den Ausgangspunkt für das Fachgebiet der klassischen Orthopädie. Seine Erkenntnisse finden noch heute breite Anwendung von der muskuloskeletalen Forschung über die Unfallchirurgie, Orthopädie und Rehabilitation bis hin zum Tissue Engineering.

Der Mediziner war auch Vorreiter der interdisziplinären Zusammenarbeit: Während er die Struktur und Veränderung des menschlichen Knochens mittels Sä-

geschnitten untersuchte, tauschte er sich regelmäßig mit Biologen, Mechanikern, Baustatikern und Mathematikern aus. Wolff pflegte beispielsweise engen Kontakt zu Karl Culmann (1821-1881), der die Theorie der Fachwerke entwickelte und einen der späteren Konstrukteure des Eiffelturms unter-

richtete. Von ihm erhielt Wolff wichtige Impulse zur mechanischen Deutung von Knochenpräparaten.

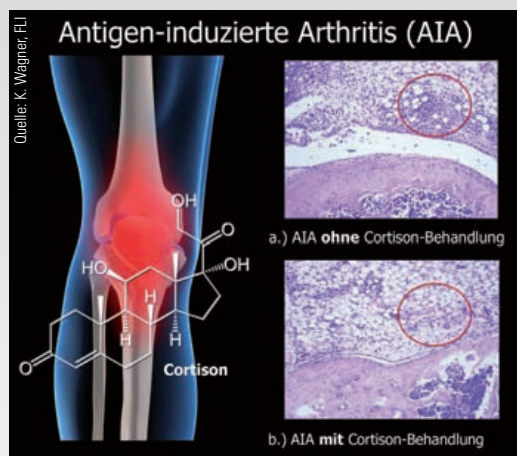
Kurz vor seinem Tod 1902 war er Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie, der Vorgängerorganisation der bis heute aktiven Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC).



Wie Cortison bei Rheumatoider Arthritis wirkt

Forscher des Leibniz-Instituts für Altersforschung in Jena decken wichtige Details des Wirkmechanismus von Cortison auf, die sich für die Trennung gewünschter Therapieeffekte von Nebenwirkungen nutzen lassen könnten.

Obwohl Cortison seit mehr als 60 Jahren erfolgreich zur Arthritis-Behandlung eingesetzt wird, war bisher unklar, welche Zellen für dessen therapeutische Wirkung verantwortlich sind und welchem Wirkmechanismus dieser Prozess folgt.



Wissenschaftler des Leibniz-Instituts für Altersforschung in Jena haben zusammen mit Immunologen und Pathologen aus Jena, Göttingen und Lyon (Frankreich) nun erstmals einen Mechanismus aufgedeckt, dem die entzündungshemmende Wirkung von Cortison zugrunde liegt. Sie zeigten, welche Immun-Zelltypen die Behandlung von Mäusen mit Antigen-induzierter Arthritis ermöglichen: Über Glucocorticoid-Rezeptor-Dimere in T-Zellen lässt sich der Entzündungsbotenstoff Interleukin-17 hemmen.

"Während normale Arthritis-Mäuse durch Cortison therapierbar waren, waren die Mäuse, die keinen Glucocorticoid-Rezeptor in T-Zellen besaßen, gegenüber Glucocorticoiden resistent", so die Jenaer Forscherin Ulrike Baschant. "Unsere Versuche zeigten, dass von den verschiedenen Abwehrzellen des Immunsystems nur die T-Zellen im Zentrum der Cortison-

◀ **Im Vergleich zu unbehandelter Arthritis (Abb. a) nehmen die entzündeten, lila eingefärbten Bereiche unter Cortison-Therapie (Abb. b) deutlich ab.**

Therapie stehen", so Baschant weiter. Normalerweise verstärken T-Zellen die arthritische Reaktion durch Freisetzung von Cytokinen wie Interleukin-17 oder Interferon-Gamma.

Glucocorticoide, die an Glucocorticoid-Rezeptoren auf den T-Zellen binden, hemmen die arthritische Reaktion. Die Rezeptoren können ihre entzündungshemmende Wirkung als Monomer oder als Dimer entfalten. Bisher nahmen die Biologen an, dass die Cytokinfreisetzung nur über die monomere Rezeptorform gehemmt wird, also das Dimere bei der Cortisonwirkung keine Rolle spielt. Die Jenaer Forscher machten nun im Mausmodell die überraschende gegenteilige Beobachtung: Für die Hemmung war das Glucocorticoid-Rezeptor-Dimer verantwortlich.

Die Forscher gehen davon aus, dass ihre Ergebnisse Konsequenzen für Forschungskonzepte der Industrie haben werden: Sie könnten die Entwicklung nebenwirkungsärmerer Cortison-Präparate als bisher ermöglichen.

Originalquelle: Baschant U et al. Glucocorticoid therapy of antigen-induced arthritis depends on the dimerized glucocorticoid receptor in T cells. PNAS 2011;108: 19317-19322.

Osteoporose bei Männern – Urologen empfehlen frühzeitige Risikoabklärung und Prävention

Wer bei Osteoporose immer noch von einer typischen Frauenkrankheit nach der Menopause ausgeht, muss umdenken: Von den mehr als acht Millionen Deutschen, die an Osteoporose leiden, sind etwa ein Drittel Männer – Tendenz zunehmend.

„Angesichts unserer häufig älteren männlichen Patienten sind Urologen für die Risikoabklärung von Osteoporose beim Mann gefragt“, sagt Professor Oliver Hakenberg, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU). Oft werde eine entsprechende Diagnose zu spät – nämlich erst nach Knochenbrüchen bei geringsten Anlässen – gestellt.

Grundsätzlich wird zwischen primärer und sekundärer Osteoporose unterschieden. Bei der primären Form sind keine krankhaften Ursachen festzustellen, während bei der sekundären eine andere Erkrankung oder auch deren Therapie der Auslöser der Osteoporose ist.

Professor Sabine Kliesch, Urologin und Andrologin am Universitätsklinikum Münster:

„Bei Männern diagnostizieren wir mehrheitlich sekundäre Osteoporosen. Bei ihnen ist die Suche nach den krankheitsbedingten Ursachen vorrangig, um eine kausale Therapie einleiten zu können.“ Die DGU-Pressesprecherin sieht den Hypogonadismus, also den Testosteron-Mangel, als einen wichtigen Risikofaktor für Osteoporose beim Mann. Besonders bei Prostatakrebs-Patienten induziere antiandrogene Therapie einen solchen Mangel. Da durch die Behandlung die Lebenserwartung dieser Patienten deutlich zunehme, steige deren Osteoporoserisiko im Alter. Hier gelte es, frühzeitig präventiv gegenzusteuern. Unter den zahlreichen weiteren Risikofaktoren weist Kliesch besonders auf Langzeittherapien mit Kortisonpräparaten

sowie auf Nierenfunktionsstörungen hin, aber auch auf eine ungesunde Lebensführung mit falscher Ernährung, Nikotin, Alkohol und Bewegungsmangel.

Dr. Axel Schroeder, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen (BDU), empfiehlt bei Männern jenseits der 50 auch ihr Osteoporoserisiko abzuklären – besonders wenn sie zu den Risikogruppen gehörten oder typische Symptome zeigten. „Typische Symptome sind akut auftretende Schmerzen des Skeletts, ungewollter Gewichtsverlust um mehr als zehn Prozent sowie besonders das Schrumpfen der Körpergröße um mehr als vier Zentimeter in einem Jahr“, so der Urologe aus Neumünster. Eine Röntgen-Messung der Knochendichte gebe klaren Aufschluss.

Die therapeutischen Schwerpunkte bei diagnostizierter Osteoporose liegen laut Schroeder für Männer und Frauen gleichermaßen in Ernährung und Bewegung sowie je nach Schwere des Befundes auch in verschiedenen Medikamenten.

◀ 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

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 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
Geschäftsführer: Ingo Dörr (v.i.S.d.P.)
Auflage: 44.400 Expl. (August 2011)