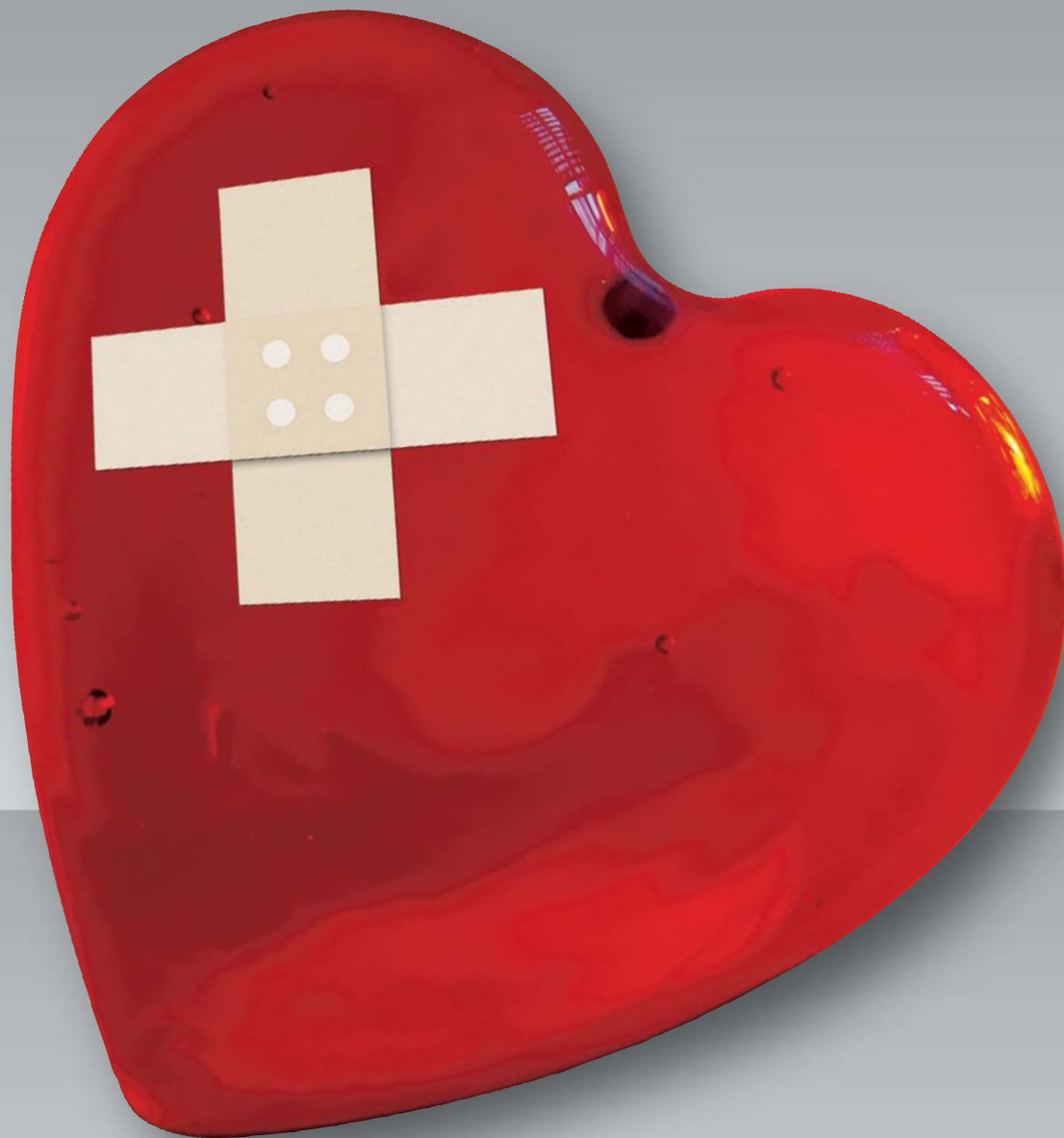


REHA REPORT

Informationen für Ärzte

1 2009

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



Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Kraft fürs Herz

Interview

mit Friedrich-Wilhelm Mohr,
Leipzig: Bessere Vernetzung
mit Niedergelassenen

Wissenschaft

Lysetherapie bei
Kreislaufstillstand nach
Lungenembolie

Politik

Herzranke sind
Verlierer der
Gesundheitsreform



Professor Friedrich-Wilhelm Mohr

gehört zu den führenden Kardiochirurgen Deutschlands. Seit 1994 hält Mohr den Lehrstuhl für Herzchirurgie am Herzzentrum der Universität Leipzig und ist Ärztlicher Direktor des Herzzentrums. Dort wurden im letzten Jahr 6498 Operationen durchgeführt, davon 3564 am offenen Herzen. Bei rund 350 Operationen stand Mohr selbst am Tisch. Mit dem „Reha Report“ spricht Mohr über den Stellenwert der Rehabilitation an seiner Klinik und über die Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Kollegen.

Mehr Ressourcen für die Rehabilitation

Der Leiter des Leipziger Herzzentrums, Friedrich-Wilhelm Mohr im Gespräch mit dem „Reha Report“

Reha Report: Mit welchen Indikationen kommen Patienten zu Ihnen?

Mohr: Wir sehen in den letzten Jahren eine deutliche Änderung des Indikationsspektrums. Wir haben im letzten Jahr zwar immer noch rund tausendzweihundert koronarchirurgische Patienten behandelt, allerdings führen wir im Vergleich zum Jahr 2002 rund zwanzig Prozent weniger isolierte koronarchirurgische Eingriffe durch. Mittlerweile kommen sehr viel mehr Patienten für rekonstruktive Klappen-OPs und kombinierte Klappen- und koronarchirurgische OPs zu uns. Auch Operationen kongenitaler Erkrankungen nehmen zu. Dazu muss man aber sagen, dass unsere Klinik ein ungewöhnliches Indikationsspektrum aufweist. Bei anderen Kliniken machen koronarchirurgische Operationen sechzig bis achtzig Prozent aller Operationen aus – das wissen wir unter anderem aus den Vergleichszahlen, die wir mit anderen Kliniken in unserem Konzern generieren.

Reha Report: Wodurch ist der Unterschied zu diesen Kliniken erklärbar?

Mohr: Koronarchirurgische Patienten kommen im Wesentlichen durch regionale Zuweiser in regionale Zentren. Komplexere Operationen werden dagegen in überregionalen Zentren durchgeführt. Dazu ge-

hören wir. Bei uns liegen die überregionalen Zuweisungen, also Patienten, die von außerhalb Sachsens, Sachsen-Anhalts und Thüringen kommen, bei fünfunddreißig Prozent. Der Trend geht deutschlandweit zu diesen großen Zentren. Kliniken, die innovativ aufgestellt sind, weisen auch keine Verluste, sondern eher Zuwächse auf. Wir haben mittlerweile extrem lange Wartelisten.

Reha Report: Welchen Stellenwert nimmt die Rehabilitation in der Behandlung Ihrer Patienten ein?

Mohr: Reha hat für uns einen großen Stellenwert. Welche Form der Rehabilitation wir empfehlen, kommt auf den Patienten

an. Die Zahl alter, sehr kranker Patienten steigt. Bei diesen Patienten ist eine intensive stationäre Reha zwingend, denn genau diese Patienten profitieren von den Maßnahmen – regelmäßige Physiotherapie

ist dafür nur ein Beispiel. Das heißt, die Notwendigkeit, diese Form der Reha vorzuhalten, wird größer. Hier brauchen wir definitiv mehr Ressourcen. Andererseits gibt es auch eine Reihe junger Patienten, die eine Woche nach der OP schon wieder extrem fit sind, ich denke zum Beispiel an Patienten nach Mitralklappenrekonstruktion. Die sind am besten in einer ambulanten Reha aufgehoben.

Reha Report: Wie schätzen Sie den Erfolg der Reha ein?

Mohr: Das kommt sehr stark auf die intellektuelle Akzeptanz an, die der Patient der Reha entgegenbringt. Wer die Anregungen akzeptiert, hat einen hohen Benefit.

Reha Report: Inwieweit kann der Arzt in der Akutklinik diese Akzeptanz bahnen?

Mohr: Nehmen Sie zum Beispiel einen Patienten mit koronarer Herzkrankheit: Reha hat in diesem Fall unter anderem die Aufgabe, Patienten dabei zu helfen, ein Bewusstsein für Risikofaktoren zu entwickeln und seinen Lebensstil zu ändern. Das braucht Zeit und dafür würde ich jedem nahe legen, eine stationäre Reha durchzuführen. Diese Umstellung der Einstellung zum Leben ist Patienten in der Akutklinik kurz nach der OP schwer klarzumachen. Patienten, die bei uns in der Klinik sind, müssen zunächst mit ganz anderen Problemen klar kommen. Es geht erst einmal um die Frage: Überstehe ich das überhaupt?

Reha Report: Wo stehen wir in Deutschland hinsichtlich der Reha kardiovaskulärer Erkrankungen im internationalen Vergleich?

Mohr: Im Ausland gibt es ein grundsätzlich anderes System. In den USA beispielsweise werden die Patienten viel früher entlassen. Sie durchlaufen die ambulante Reha dann häufig in einem der Klinik angegliederten Hotel. Das ist für die Patienten wesentlich billiger. Zweitens ist dort der zuweisende Kardiologe stärker involviert: Er betrachtet den Patienten während der ganzen Behandlungskette als seinen Patienten. Das funktioniert aber nur, wenn die Patienten auch regional versorgt werden. Viele Patienten wünschen sich diesen zentrumsnahen Kontakt.

Reha Report: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit des Herzzentrums Leipzig mit Reha-Einrichtungen in der Praxis?

Mohr: Die Zusammenarbeit mit Kliniken im Umkreis funktioniert sehr gut. Manche Patienten können wir in private Kliniken schicken – damit machen wir sehr gute Erfahrungen – die haben meines Erachtens sehr gut funktionierende Programme.

Reha Report: Wie ließe sich die Reha aus Ihrer Sicht weiter verbessern?

Mohr: Die direkte Verbindung zwischen uns als Akutklinik und den Reha-Einrich-

„Die Vernetzung mit den niedergelassenen Kollegen in der direkten Nachbetreuung muss enger werden.“

Friedrich-Wilhelm Mohr, Herzzentrum Leipzig

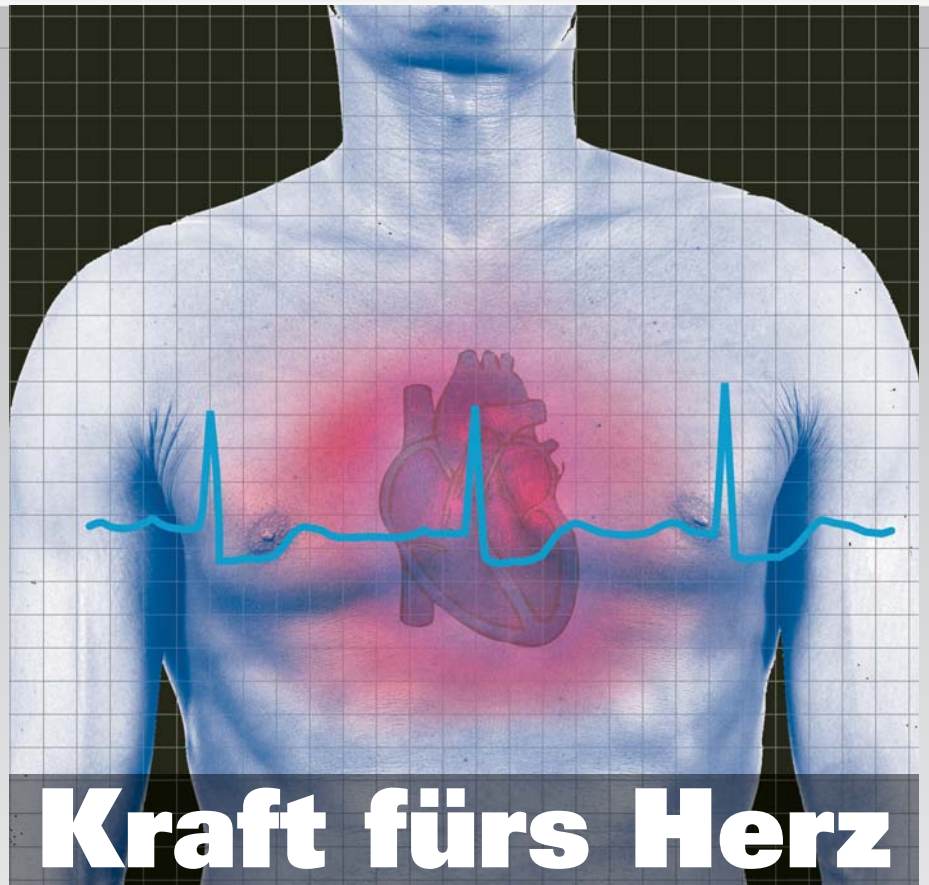
tungen ist nicht das Problem – die Bürokratie dazwischen behindert uns. Wir müssen uns täglich mit diversen Trägern und Rentenversicherern auseinandersetzen, wobei ich oft das Gefühl habe, dass jeder seinen eigenen Stolperstein einbaut. Die Phase, bis wir einen Reha-Platz für einen Patienten bekommen, ließe sich verkürzen. Manchmal liegt der Patient eine Woche lang hier in der Klinik, obwohl er längst in eine Anschlussbehandlung könnte. Das führt für uns zum Problem überlasteter Bettenkapazitäten. Wir operieren pro Tag 20 bis 25 Patienten. Kommen die nicht rechtzeitig in die Anschlussbehandlung, fehlen uns deren Betten und wir können geplante Operationen nicht durchführen. Sie können einen Patienten, der auf die Reha wartet, nach einer Herz-OP auch nicht einfach anderswohin verlegen. An der Stelle ließe sich auf Seiten der Träger noch Einiges tun. Auch der Patientenwunsch, die Reha in Heimatnähe durchzuführen, wird oft nicht berücksichtigt. Wenn Patienten mehr als hundert oder zweihundert Kilometer vom Heimatort untergebracht sind, halte ich das für problematisch.

Reha Report: Bestehen Verbesserungsmöglichkeiten in der ambulanten Nachbetreuung durch Niedergelassene?

Mohr: Die Vernetzung mit den niedergelassenen Kollegen in der direkten Nachbetreuung sollte noch enger werden. Schritte, die die Behandlungskette besser vernetzen, halte ich für sehr vorteilhaft. Dazu gehören zum Beispiel die elektronische Krankenakte, die digitale Patientenakte und IT-Lösungen, die es dem Niedergelassenen ermöglichen, die aktuelle Krankenakte seines Patienten oder dessen Röntgenbilder anzusehen.

Reha Report: Was wünschen Sie sich konkret von Ihren niedergelassenen Kollegen?

Mohr: Wenn niedergelassene Ärzte mit ihren Patienten die Möglichkeiten der Reha in der Heimatregion vorab besprechen, würden sie uns wirklich helfen. Wir in Leipzig bekommen unter Umständen ein Problem, wenn wir einem Patienten aus Aurich die passende Reha vermitteln müssen. Das sollte jemand tun, der sich in der Region auskennt. Die Ärzte sollten geeignete Patienten auch über die Möglichkeiten der ambulanten Reha aufklären. All das lässt sich vor der Reha besprechen. Dadurch können wir den Patienten die optimale Betreuung schnell nach der OP zukommen lassen.



Kraft fürs Herz

Leitlinie „Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen“

Die Zahl der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Krankheiten nimmt in Deutschland seit Jahren ab. Dennoch: Auf Platz 1 der Mortalitätsstatistik stehen diese Erkrankungen noch immer. 44% aller Todesfälle pro Jahr gehen auf ihr Konto. Die aktuellen Daten aus dem vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Sozialbericht für 2008 zeigen, dass im Jahr 2006 die koronare Herzkrankheit (KHK) für die meisten Todesfälle verantwortlich ist, und zwar bei Männern und Frauen: 34.000 Männer und 44.000 Frauen verstarben 2006 an einer KHK. Vier der zehn häufigsten Todesursachen kommen aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstanden dem deutschen Gesundheitswesen 2006 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Kosten von 35,2 Milliarden Euro, was fast 15% der gesamten Gesundheitskosten in Deutschland entspricht.

Rehabilitation nutzt

Viele der Risikofaktoren, die eine Progression der KHK vorantreiben, sind vom Patienten beeinflussbar. Rauchen, Fehl-

ernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel, aber auch Risikoerkrankungen wie Hypertonie, Diabetes und Hypercholesterinämie zählen dazu.

Neben der akuten Verbesserung der körperlichen und psychischen Situation eines Herzpatienten setzt sich die Reha ein weiteres Hauptziel: Sie kann Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen helfen, beeinflussbare Risikofaktoren zu verringern oder auszuschalten und das Vorschreiten zugrunde liegender Risikoerkrankungen aufhalten.

Obwohl diverse Studien den Erfolg der Rehabilitation zur Sekundärprävention dieser beeinflussbaren Faktoren belegen, wird die Reha nicht immer wahrgenommen. Die Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DLL-KardReha) gibt behandelnden Ärzten und Ärztinnen einen umfassenden und evidenzbasierten Überblick darüber, welche Indikation welche Rehabilitationsmaßnahme erfordert.

Reha nach Myokardischämie

Studienergebnisse aus Daten des multizentrischen ACOS- (Acute Coronary Syndrome) Registers zeigen, dass nur 67%

der Patienten nach einem Herzinfarkt mit ST-Hebung (STEMI) und nur 52% der Patienten nach einem Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) eine kardiologische Rehabilitation durchlaufen. Gerade bei Risikopatienten werde auf die Rehabilitation häufiger verzichtet. Dabei ist laut Leitlinie die kardiologische Reha bei Patienten nach STEMI und NSTEMI mit dem höchst möglichen Evidenzgrad indiziert.

Reha nach Myokardrevaskularisation

Kardiologische Rehabilitationsprogramme verbessern erwiesenermaßen nach einer koronaren Bypass-Operation die Lebensqualität und die Langzeit-Prognose. Auch hier bestätigt die Leitlinie der Reha den höchsten Evidenzgrad.

Bei einer elektiven perkutanen koronaren Intervention (PCI) richtet sich die Reha-Indikation nach dem individuellen Bedarf: Ist die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt oder leidet der Patient unter fortbestehenden Beschwerden, ist eine Reha indiziert. Bedarf der Patient psychischer Stabilisierung, ist die soziale Wiedereingliederung gefährdet oder weist der Patient ein ausgeprägtes Risikoprofil auf und braucht besondere Schulungen, ist die Reha ebenfalls angebracht.

Reha nach Herzklappenoperation

Nach der Operation eines Herzklappenfehlers ist eine multidisziplinäre Rehabilitation indiziert: Die Patienten sollten in einer auf die postoperative medizinische Überwachung und Therapie spezialisierten Klinik behandelt werden – dies gilt vor allem für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, für Patienten, die eine Endokarditisprophylaxe, zum Beispiel nach prothetischem Klappenersatz, benötigen und für Patienten, die eine Dauerantiko-

LINKTIPPS

www.herzstimulation.de Die Website bietet zu fast allen in Deutschland erhältlichen Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren, biventrikulären Stimulatoren und Elektroden umfassende Informationen an. Verantwortlich für die Datenbank ist der Fachbereich kardialer Medizinprodukte des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed).

www.leitlinien.dgk.org Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie hat aktuelle internationale Leitlinien zu kardialen Erkrankungen und therapeutischen oder diagnostischen Verfahren zusammengestellt. Neben den Langversionen finden sich zu einigen Leitlinien auch gekürzte Pocket-Versionen – 2008 waren dies „Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern“ und „Invasive elektrophysiologische Diagnostik/Katheterablation“.

www.gesundheitsinformation.de Unabhängige, qualitätsgesicherte und gut verständliche Information für Ihre Patienten kommt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG). Das IQWiG untersucht Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patienten. Zu Herz und Kreislauf stehen auf der Website die Themen: Herzinfarkt, Krampfadern, psychische Folgen eines Schlaganfalles sowie die Rubrik „Kurze Antworten auf wissenschaftliche Fragen“ zur Verfügung.

agulation brauchen. Bisherige, kleine Studien zu körperlichem Training bei Patienten, die nach einer Herzklappen-OP allerdings nur eine geringe Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit zeigten, ergaben eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Inhalte kardiologischer Rehabilitation

Nach einer Risikoeinordnung des Patienten zu Beginn der Reha werden mit dem Patienten individuelle Therapieziele abgestimmt. Die Inhalte der Rehabilitation passen sich den Bedürfnissen des Patienten an. Sie schließen Erfordernisse des Patienten auf körperlicher, psychischer, sozialer und edukativer Ebene ein.

Das heißt konkret: Seminare und spezielle Schulungen helfen Patienten und teilweise auch ihren Angehörigen, sich Wissen über die Erkrankung, ihre Behandlungsmöglichkeiten und über den Umgang mit der Krankheit im Alltag anzueignen. Ein Schwerpunkt liegt im Erlernen eines gesunden Lebensstils, zum Beispiel durch Ernährungsumstellung oder Nicht-Rauchen. Eine Kombination

verschiedener Trainingsarten stellt die für den jeweiligen Patienten erreichbare körperliche Leistungsfähigkeit wieder her. Entspannungsübungen wie autogenes Training ergänzen das Programm. Auch Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, beispielsweise über Belastungssimulation oder Musterarbeitsplätze, gehören zur kardialen Rehabilitation. Am Ende der Rehabilitation steht die Bewertung des Rehabilitationsverlaufs und die Planung weiterer Maßnahmen.

Aufwärtstrend bei medizinischer Reha

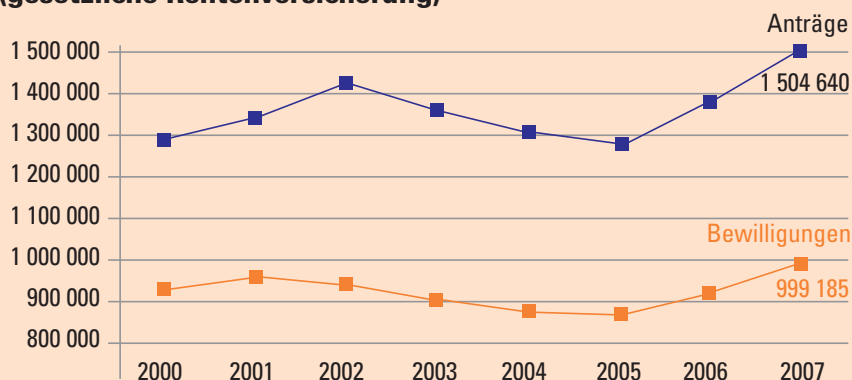
Die Zahl der Reha-Behandlungen zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung steigt seit 2005 wieder. 2007 gaben die Rentenversicherungsträger etwa 3,7 Milliarden Euro für medizinische Rehabilitationsleistungen aus. Die Rentenversicherung geht nach Angaben des Deutschen Ärzteblatts von einem neunprozentigen Zuwachs der Reha-Behandlungen bis 2011 aus. Dafür verantwortlich sei unter anderem die Entwicklung hin zu einer längeren Lebensarbeitszeit.

Pocket-Leitlinie „Rehabilitation Herz-Kreislauf-Erkrankungen“

2008 hat die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) eine komprimierte Form der „Deutschen Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ (DLL-KardReha) veröffentlicht. Die Pocket-Leitlinie können Sie von der Webseite der DGPR

www.dgpr.de herunterladen.

Anträge und Bewilligungen für Reha-Maßnahmen (gesetzliche Rentenversicherung)



Herzkrankte Verlierer der Reform

Die im Rahmen der Gesundheitsreform 2009 zum 1. Januar in Kraft getretene Euro-Gebührenordnung wird die angespannte Finanzlage vieler kardiologischer Praxen weiter verschärfen. Der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) fordert von den Entscheidern daher eine sofortige Korrektur der Honorierung.

Ursache für die prekäre Situation vieler niedergelassener Kardiologen sind in erster Linie die Kosten für Technik, Personal und Räume, die mit den Facharztleistungen verbunden sind:

In kardiologischen Praxen liegt der Kostenanteil in der Regel bei deutlich über 50 Prozent. In einigen Regionen werden künftig außerdem kostenintensive Leistungen wie Katheteruntersuchungen in das normale Praxisbudget verlagert. Bleibt es bei den festgesetzten Leistungsvergütungen, dürfte es in Deutschland bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in einigen Regionen zu einer schlechteren Patientenversorgung kommen. Dem Kostendruck zum Opfer fielen vor allem kardiologische „Extras“ wie Gefäßuntersuchungen mit Ultraschall, Untersuchungen von Herzschrittmachern und Defibrillatoren, Venenuntersuchungen oder die Betreuung von Patienten mit Herztransplantaten.

Für Norbert Smetak, 1. Vorsitzender des BNK, steht fest: „Über kurz oder lang müssten wir aus Kostengründen Wartelisten einführen. Für Routinebehandlungen müssten Patienten dann entweder sehr lange auf einen Termin beim Arzt ihres Vertrauens warten oder mitunter weite Wege in Krankenhausambulanzen auf sich nehmen.“ In Richtung der Kassenärztlichen Vereinigungen spricht Smetak deshalb eine deutliche Botschaft aus: „Damit wir Kardiologen unsere Patienten auch weiterhin bestmöglich versorgen und Arbeitsplätze sichern können, fordern wir die Entscheider auf, unverzüglich für eine aus betriebswirtschaftlicher Sicht realistische Honorierung sowie für mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei den Berechnungen zu sorgen.“

Mehr Informationen unter: www.bnk.de

Ohne Zertifikat keine Patienten

Bei der Jahrestagung des Institutes für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) im November 2008 in Berlin machten Vertreter des Bundesarbeitsministeriums, der Rentenversicherung und der Krankenkassen deutlich, dass zukünftig nur noch diejenigen Reha-Kliniken mit einer Belegung rechnen können, bei denen ein strukturiertes Qualitätsmanagement-Verfahren zur Anwendung kommt und denen ein entsprechendes Prüf-Zertifikat verliehen wurde.

Bereits lange vor der gesetzlichen Verpflichtung zur Zertifizierung haben die Rehabilitations-Kliniken in privater Trägerschaft mit dem Integrierten Qualitäts Management Programm Reha (IQMP-Reha) ein rehaspezifisches Zertifizierungsverfahren entwickelt.

Auf der Tagung wurde das 100. Zertifikat „EQR - Excellente Qualität in der Rehabilitation“, mit dem die erfolgreiche Umsetzung von IQMP-Reha bestätigt wird, an zwei Kliniken verliehen: die Reha-Klinik Nahetal in Bad Kreuznach (Hamm-Kliniken) und die Rheumaklinik Bad Wurzach (Waldburg-Zeil-Kliniken).



Von links nach rechts: Ärztlicher Qualitätsmanager Hamm-Kliniken D. Bauernschmitt, BDPK-Präsident K. H. Rehfeld, Vorsitzender des IQMG-Verwaltungsrates P. Clausing, Kaufmännischer Leiter Ch. Franken und Chefarzt Prof. P.-J. Hülser Rheumaklinik Bad Wurzach. (Quelle: BDPK; IQMG)

Bessere Wiederbelebung nach Herz-Kreislauf-Stillstand

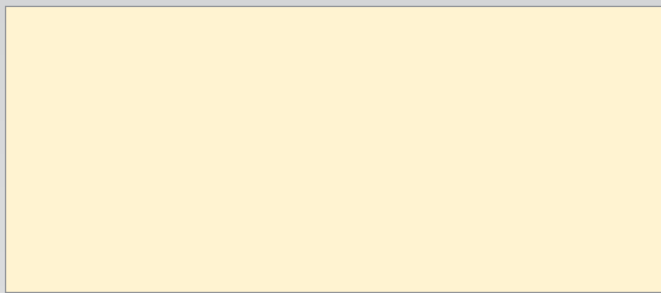
Im New England Journal of Medicine wurde im Dezember die bisher größte Studie zur Wirksamkeit einer Lyse-therapie bei Reanimation nach akutem Herz-Kreislauf-Stillstand veröffentlicht (NEJM 2008; 18: 2651-62).

In der TROICA („Thrombolysis in Cardiac Arrest“) Studie brachte die Lyse zwar keine sichtlichen Überlebensvorteile (bei einer Gesamtüberlebensrate von 15 Prozent), aber Patienten mit Kreislaufstillstand aufgrund einer Lungenembolie überlebten nur, wenn sie das in der Studie untersuchte Thrombolytikum Tenecteplase bekommen hatten.

Eine Hälfte der insgesamt 1050 Patienten hatten die Lyse bekommen, die andere ein Placebo. Teilnehmer der Studie waren Patienten, die wegen eines Herzstillstands vom Notarzt beziehungsweise von einem Notfallteam behandelt worden waren. Zunächst wurden alle erforderlichen Standard-Maßnahmen der Wiederbelebung durchgeführt, dann erhielten die Patienten zusätzlich das Testmedikament. Der mögliche zusätzliche Erfolg der neuen The-

rapie wurde daran gemessen, wie viele behandelte Patienten im Vergleich die Intensivstation erreichten und wie viele den Herz-Kreislauf-Stillstand 30 Tage und mehr überlebten. Ein weiteres wichtiges Kriterium war die Fähigkeit der Patienten, in ihren Alltag zurückzukehren.

Die vorliegende Studie ist eine der größten Untersuchungen zum Einsatz von Medikamenten, die jemals in der Notfallmedizin durchgeführt wurde. Sie unterstützt die Empfehlung der derzeit gültigen Reanimationsleitlinien, nach denen ein routinemäßiger Einsatz eines Thrombolytikums bei Patienten mit Kreislaufstillstand nicht empfohlen wird. Gleichzeitig unterstreicht sie die mögliche Bedeutung dieser Therapie bei Patienten mit Kreislaufstillstand aufgrund einer Lungenembolie. „Trotz Wiederbelebung und dem Einsatz eines Defibrillators überlebte bisher nur etwa jeder zehnte der betroffenen Patienten“, erklärt Studienleiter Bernd Böttiger von der Universität Köln. Ursache des plötzlichen Herzstillstandes ist bei zwei Drittel der Patienten ein Herzinfarkt oder eine Lungenembolie.



◀ 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 2009 alle zwei 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

„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., Am Römerlager 2, 53117 Bonn

FAXNUMMER 0228-21 22 11

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 unterschiedlicher Fachrichtungen veröffentlicht regelmäßig Informationen über die rehabilitationsmedizinische Versorgung.

Impressum

ARBEITSKREIS GESUNDHEIT E.V.
Ein starker Partner der Rehabilitation



Der REHA REPORT erscheint zweimonatlich.
Herausgeber: Arbeitskreis Gesundheit e.V.,
Am Römerlager 2, 53117 Bonn
Tel. (0228) 212100, Fax (0228) 212211
www.arbeitskreis-gesundheit.de
Geschäftsführer: Ingo Dörr (v.i.S.d.P.)
Auflage: 30.000 Expl. (Januar 2009)