

REHA REPORT

Informationen für Ärzte

1 2010

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



Verschleißerkrankungen

Wenn der Rücken schmerzt

Im Interview
Prof. Dr. Johannes
Zeichen, Minden

Arthrose
Repariert der Körper
Knorpeldefekte selbst?

Osteoporose
Schuld sind nicht allein
die Wechseljahre

Akutklinik Prof. Dr. Johannes Zeichen, Minden, im Gespräch mit dem reha report

Orthopädische Patienten brauchen Rehabilitation

reha report: Herr Professor Zeichen, welche Indikationen behandeln Sie vorrangig?

Johannes Zeichen: Etwa die Hälfte unserer Patienten benötigt eine unfallchirurgische Versorgung, die andere Hälfte ist dem orthopädischen Behandlungsspektrum zuzuordnen. Neben der Prothetik des Knies und der Hüfte versorgen wir vor allem Schultergelenksläsionen.

reha report: Hat sich das OP-Spektrum in den letzten Jahren gewandelt?

Johannes Zeichen: Das Spektrum der Operationen selbst hat sich kaum geändert, allerdings hat sich dadurch, dass die Patienten immer älter werden, der Schwerpunkt hin zur Alterstraumatologie verlagert.

reha report: An welchen Stellen haben sich die therapeutischen Optionen in der Orthopädie und Unfallchirurgie in den letzten zehn Jahren vor allen Dingen verändert?

Johannes Zeichen: Der wichtigste Punkt ist, dass sich das Arsenal unserer Möglichkeiten ungeheuer erweitert hat – egal um welche Indikation es geht. Wir haben neue diagnostische Verfahren, neue OP-Methoden und neue Werkstoffe. Die Techniken haben sich so weiter entwickelt, dass man nun die Qual

der Wahl hat und die Aufgabe auch darin besteht, den eigenen Standard zu finden. Allein bei der Schulter gibt es viele unterschiedliche Prothesen – beispielsweise Langschaftprothesen oder so genannte inverse Prothesen – die eine sehr individuelle Versorgung möglich machen. Von kleinen bis großen Defekten ist mittlerweile alles ersetzbar. An dieser Stelle ist die genaue Indikationsstellung wichtig, um eine gute Behandlung zu gewährleisten. Bei den Schultern sehen wir in der Hälfte der Fälle eine Rotatorenmanschettentraktur. Bei jüngeren Patienten geht es häufiger um eine Labrum-Verletzung.

reha report: Was hat sich bei der Versorgung des Kniegelenks geändert?

Johannes Zeichen: Auch da existieren verschiedene Möglichkeiten. Bei innen-seitigem Gelenkverschleiß ist grundsätzlich die konservative Behandlung, die Gelenkspiegelung, die Umstellungsosteotomie oder eine Teilprothese möglich.

An der Stelle kann man die Entscheidung für eine OP fast mit einem Einkauf im Supermarkt vergleichen. Stellen Sie sich vor, Sie wollen ein Pfund Zucker kaufen und haben vier Sorten im Regal. Sie entscheiden nach einem Kriterium – im Fall Zucker vermutlich nach dem Preis. So

ähnlich ist das bei uns, nur ist das Kriterium Preis nicht das einzige.

reha report: Welche Rolle spielt die Knorpeltransplantation in der orthopädischen Versorgung?

Johannes Zeichen: Die Knorpeltransplantation gibt es seit Anfang der 90er Jahre. Sie eignet sich für Patienten unter 50 Jahren mit größeren Knorpelschäden an der Oberschenkelrolle des Knies, das heißt mit Schäden, die größer sind als vier Zentimeter.

Obwohl körpereigenes Material verwendet wird, entsteht aus dem Transplantat letztlich nur ein knorpelähnliches Produkt. Bei der Knorpeltransplantation entnimmt man ja zunächst ein Knorpelstück, das dann einer Firma zugeschickt wird, die den Knorpel kultiviert und nach drei bis sechs Wochen als Gel oder Knorpelvlies zurückschickt. Mit dem Material deckt man den Defekt und wartet die Heilung ab. Aus dem Transplantat wird dann aber kein hyaliner, sondern ein eher weißlicher Knorpel, der weicher ist, als der vom Körper selbst hergestellte. Dennoch: Er ist sehr belastbar und die Ergebnisse sind gut. Voraussetzung für die Transplantation ist allerdings, dass sonst keine Begleiterkrankungen am Knie vorliegen, das heißt, das Knie muss gerade und der Meniskus und die Kreuzbänder müssen in Ordnung sein.

Man sollte Patienten für den Eingriff auf jeden Fall an eine Klinik schicken, die sich auf Kniegelenke spezialisiert hat. Mindestmengen gibt es dafür aber nicht.

reha report: Inwieweit lässt sich Tissue Engineering einsetzen?

Johannes Zeichen: Der menschliche Körper ist so komplex, dass sich bisher kein Material hat finden lassen, das dem körpereigenen Material entspricht. Man versucht neben Knorpel auch Knochen zu züchten. Aber weder die Biomechanik noch die Biologie des künstlich hergestellten Materials entsprechen dem des körpereigenen Gewebes.

Künstliche Knochenersatzstoffe gibt es schon länger. Sie sind aber dem am häufigsten verwendeten körpereigenen Gewebe aus dem Beckenknochen nicht



Quelle: Privat

Prof. Dr. Johannes Zeichen

ist seit März 2008 Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Johannes Wesling Klinikum in Minden, einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Mit seinem Team aus fünf Oberärzten und 14 Assistentinnen und Assistenten hat Prof. Zeichen im letzten Jahr 2.537 Patienten stationär betreut, 19.000 Patienten unterzogen sich in seiner Abteilung einer ambulanten Behandlung. Bei rund 400 Operationen pro Jahr steht Prof. Zeichen selbst am Tisch.

Während seiner Zeit als Assistent und Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) beschäftigte sich Prof. Zeichen unter anderem in von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekten mit Grundlagenforschung zum „Tissue Engineering“, der Nachzüchtung von natürlichen Geweben unter Laborbedingungen. Für seine wissenschaftliche Arbeit erhielt er mehrere nationale und internationale Preise – unter anderem 1999 als erster Europäer den „Excellence in Research Award“ der American Orthopedic Society for Sports Medicine.

überlegen. Weil der künstliche Ersatz zudem teuer ist, nimmt man ihn nur in Ausnahmefällen. Andererseits hat man bei der Entnahme des körpereigenen Materials aus dem Becken eine hohe Morbidität. Es wird noch zehn bis 20 Jahre dauern, bis sich die Neuentwicklungen am Menschen einsetzen lassen. Im Moment gibt es erst einmal eine Reihe von Tierversuchen.

reha report: Welche Rolle spielen weiterentwickelte Werkstoffe?

Johannes Zeichen: Wichtige neue Werkstoffe wären zum Beispiel resorbierbare Implantate – also Platten und Schrauben, die sich selbst auflösen. Im Moment ist es noch so, dass bei Kindern, die operiert werden, das Implantat immer in einer Zweit-OP entfernt werden muss. Ein Werkstoff, der sich selbst auflöst, könnte den Kindern diese Zweit-OP ersparen. Auch diese Stoffe sind allerdings noch im Stadium des Tierversuchs.

reha report: Inwieweit kommt die minimal-invasive Chirurgie zum Einsatz?

Johannes Zeichen: Man muss die minimal-invasive Chirurgie mit anbieten können, aber es wird intensiv diskutiert, in welchem Bereich sie wirklich sinnvoll ist. Kurzfristig erzielt man damit eindeutig bessere Ergebnisse, längerfristig sieht man allerdings keine deutliche Verbesserung. Die minimal-invasive Chirurgie verlangt außerdem ein enormes Training, weswegen sie nur von erfahrenen Kollegen durchgeführt werden sollte.

Bei der Schulter hatte man früher nur die Möglichkeit des großen Schnitts. Die minimal-invasive OP hat den Vorteil, Begleiterkrankungen gleich mitbehandeln zu können. Für mich als Operateur ist das so, als stünde ich auf einem Berg: Früher konnte ich nur geradeaus schauen, jetzt ist mir ein Rundumblick möglich und ich kann nachsehen, ob noch irgendetwas Anderes nicht in Ordnung ist.

Man hat lange geglaubt, man könne allein durch die minimal-invasive Technik das Ergebnis verbessern. Aber die beste Technik steht und fällt mit dem Patienten. Wenn er oder sie nach der Operation nicht mitarbeitet, ist langfristig kein gutes Ergebnis zu erwarten.

reha report: Welche Entwicklung innerhalb der letzten zehn Jahre schreiben Sie die größte Behandlungsverbesserung für den Patienten zu?

Johannes Zeichen: Die wichtigsten Errungenschaften sind meines Erachtens win-

kelstabile Platten aufgrund ihrer Bedeutung für die ältere Bevölkerung, die Frakturen erleidet. Früher hat man zur Fraktur stabilisierung einfach eine Platte mit Löchern benutzt, in die man dann die Schrauben drehte. Jetzt nimmt man eine Platte in deren Löcher sich ein Gewinde befindet – und dazu Schrauben mit einem Gewinde außen am Schraubenkopf. Dadurch verbinden sich Platte und Schraube ganz fest miteinander und der Winkel zwischen beiden kann sich nicht verändern – das ist ein ganz rigides System. Gerade bei Patienten mit Osteoporose ist das manchmal die einzige Option, um Brüche zu stabilisieren. Zudem können die Patienten und Patientinnen früher mobilisiert werden als nach der alten Methode.

reha report: Sie leiten auch eine berufsgenossenschaftliche Sonderstation für Schwerunfallverletzte: Was steckt hinter diesem Konzept?

Johannes Zeichen: Das Ziel ist, Patienten so schnell wie möglich wieder ins Arbeitsleben zu integrieren. Die Patienten werden ab der Einlieferung ins Krankenhaus bis zur Wiedereingliederung auf der Sonderstation behandelt. Ein Ärzteteam und ein Team aus der physikalischen Medizin stehen dazu in engem Austausch. Neben der interdisziplinären medizinischen Behandlung ist ein zweiter Punkt nicht zu unterschätzen: Es dauert seine Zeit und erfordert eine Menge Bürokratie bis ein Patient im normalen Krankenhaus jenseits der Akutversorgung alles bekommt, was er braucht. Auf unserer Sonderstation begleiten Berufshelfer die Patienten durch die Bürokratie.

Bei einem Dachdecker mit einer Wirbelfraktur kommt zum Beispiel, der Berufshelfer in die Klinik und bespricht mit dem Patienten was er an seinem Arbeitsplatz nach dem Unfall noch leisten kann, oder ob und wo eine Umschulung sinnvoll ist. Der persönliche Kontakt steht im Gegensatz zu dem was beispielsweise der MDK tut – wenn es ein Problem gibt, erledigt der MDK alles schriftlich, hat aber keinen Kontakt zum Patienten. Das halte ich für weniger gut.

reha report: Welchen Stellenwert nimmt die Rehabilitation in der Behandlung Ihrer Patienten in Minden ein?

Johannes Zeichen: Die Reha-Kliniken haben eine enorme Bedeutung und es ist ausnehmend wichtig, dass die Patienten schnell nach der stationären Behandlung in die Reha kommen. Der

Grund ist eine rasche Mobilisierung. Aber auch die DRG machen es notwendig, Patienten schnell in die Reha zu verlegen.

reha report: Welchen Stellenwert messen Sie ambulanter, welchen stationärer Reha zu?

Johannes Zeichen: Die stationäre Reha ist auf jeden Fall erforderlich für ältere Patienten ab 60 Jahren. Sie haben oft Schwierigkeiten, alleine körperlich wieder fit zu werden. Auch dauert die Reha für Ältere länger als für Junge – oder sie sollte zumindest mehr Zeit vorsehen.

reha report: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit des Johannes-Wesling-Klinikums mit den Reha-Einrichtungen?

Johannes Zeichen: Wir haben hier im Umkreis viele Reha-Kliniken und die Zusammenarbeit verläuft wirklich gut. Wir treffen uns im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen und man bleibt bei Problemfällen im Telefonkontakt. Bei Standardoperationen an der Hüfte oder am Knie müssen wir die Patienten in der Regel nicht wieder sehen. Bei komplexeren Eingriffen ist das natürlich anders.

reha report: Was wünschen Sie sich von Ihren niedergelassenen Kollegen, die Ihre Patienten nach der Reha ja weiter betreuen? Bestehen Verbesserungsmöglichkeiten in der ambulanten Nachbetreuung?

Johannes Zeichen: Wenn Patienten in die ambulante Betreuung gehen, werden sie in der Regel gut weiter behandelt. Das Wichtigste ist ein schneller Informationsaustausch bei Problemen – egal ob mit niedergelassenen Kollegen oder mit der Reha-Klinik. Beides läuft im Regelfall sehr gut.

Es gibt aber schon Projekte, die wir uns wünschen: Für uns wäre es von Vorteil, gerade bei verletzten alten Patienten, über computerbasierte Systeme auf Daten aus der Hausarztpraxis zuzugreifen, um beispielsweise die aktuellen Medikamente zu erfragen. Es wäre auch sinnvoll zu wissen, ob jemand schwer alkoholkrank ist – denn das sind Dinge, die uns Patienten nicht sofort sagen, die aber deutlichen Einfluss auf die Behandlung nehmen.

Umgekehrt wäre es sinnvoll, Niedergelassene könnten auf bestimmte Laborwerte und Röntgenbilder aus unserer Klinik zugreifen. Derartiger Plattformen bedarf es zur langfristigen Verbesserung der Patientenversorgung. Die ist schließlich das Ziel, das wir alle verfolgen – von der

Akutklinik über die Reha bis zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Kollegen.

reha report: Der frühere Facharzt für Orthopädie und die Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie wurden 2003 zu einem Facharzt zusammengeführt. Hat sich das Berufsbild dadurch in den letzten Jahren verändert?

Johannes Zeichen: Die Zusammenlegung ist aus der Idee entstanden, die Qualität der Patientenversorgung zu optimieren – zum Beispiel durch das Zusammenlegen der Ressourcen, dazu gehört die gemeinsame Nutzung von OP-Sälen oder des Ärztepools.

Man hofft auch, dadurch die Erlössituation in der Unfallchirurgie zu verbessern – sie ist momentan immer noch weit schlechter als in der Orthopädie. Die Umstände haben sich also geändert, das Berufsbild selbst aber nicht.

Allerdings nimmt die Spezialisierung immer mehr zu und die Generalisten werden weniger. Spezialisten übernehmen medizinisch und ökonomisch interessante Operationsbereiche – man kann schon von einem Zunehmen der Rosinenpickerei sprechen. Zudem ist die Arbeit geprägt von einem enormen Dokumentationsaufwand und wir sehen uns zunehmend Schadenersatzansprüchen ausgesetzt. Auf der anderen Seite haben wir enormen Nachwuchsmangel, das heißt wir sehen einen Brain- und Hand-Drain in der Klinik. Die Probleme gilt es in den nächsten Jahren zu bewältigen.

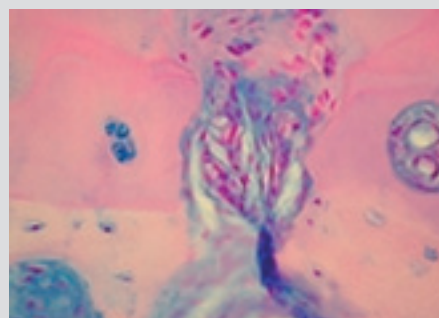
Repariert der Körper Knorpeldefekte bei Arthrose selbst?

Wissenschaftler der Abteilung Prothetik an der Universität Göttingen finden knorpelartige Vorläuferzellen im erkrankten Gewebe von Patienten mit Kniegelenksarthrose.

„Knorpelartige Vorläuferzellen“ nennen die Göttinger Wissenschaftler die Zellen, die sie im Knorpelgewebe von Patienten mit späten Stadien der Arthrose entdeckt haben. Die ‚chondrogenic progenitor cells‘ (CPC) sind reifen Knorpelzellen sehr ähnlich. Die Zellen produzieren knorpelartiges Gewebe und sind in der Lage zu migrieren. Im gesunden Knorpel kommen diese Zellen jedoch nicht vor. „Die genaue Herkunft dieser Zellen ist noch unklar. Aber es ist durchaus möglich, dass sie aus dem Knochenmark in das erkrankte Knorpelgewebe eingewandert sind“, sagt Nicolai Miosge Leiter der Arbeitsgruppe ‚Orale Biologie und Geweberegeneration‘ in der Abteilung Prothetik der Universität Göttingen.

Vorherige Untersuchungen legten nahe, dass erkrankter Knorpel Zellen enthält, die Reparaturvorgänge im Gewebe auslösen können. Dieser Idee gingen Miosge und Kollegen auf den Grund: Sie untersuchten, ob es Zellen im erkrankten Knorpelgewebe gibt, die Stammzellcharakter haben und so mobil sind, dass sie ins Knorpelgewebe eingewandert sein

können. Gefunden haben die Göttinger Grundlagenforscher eine bisher unbekannte Vorläuferzellpopulation, die offenbar nur im erkrankten Knorpelgewebe existiert. Diese Entdeckung könnte der Ausgangspunkt für eine mögliche zell-erneuernde Therapie bei Arthrose sein. „Wir hoffen, dass diese knorpelartigen Vorläuferzellen so verändert werden können, dass sie wieder gesundes Knorpelgewebe herstellen“, sagt Miosge. Der Weg zu einer möglichen Zelltherapie der Arthrose sei jedoch noch lang.



Blutgefäße und Regenerationsgewebe sprosst aus dem Knochenmarksraum in das Knorpelgewebe ein (Quelle: umg/miosge)

Internationales Forscherteam entdeckte neue Erklärungen für die Entstehung der Volkskrankheit: Proteine steuern Reifungsprozess der Knochenfresszellen.

Etwa jeder zehnte Deutsche leidet an einer Osteoporose. Betroffen sind vor allem Frauen jenseits des 50. Lebensjahres, denn der Mangel an Östrogen spielt für die Erkrankungsentwicklung eine zentrale Rolle: „Aber nicht die einzige“, sagt Thomas Pap, Direktor des Instituts für Experimentelle Muskuloskeletale Medizin der Universität Münster. „Entscheidend dafür, dass niedrige Hormonspiegel in den Wechseljahren zur vermehrten Bildung von Knochenfresszellen und damit zum Knochenverlust führen, ist die

Osteoporose: Schuld sind nicht allein die Wechseljahre



„Bei jährlich allein 120.000 Schenkelhalsbrüchen in Deutschland und Gesamtkosten von etwa 20.000 Euro pro Patient entsteht durch die Osteoporose nicht nur persönliches

Leid, sondern auch ein Aufwand in Milliardenhöhe für die Gesellschaft.“

**Prof. Thomas Pap,
Direktor des Instituts für Experimentelle
Muskuloskeletale Medizin,
Universität Münster (Quelle: WWU)**

erhöhte Empfindlichkeit dieser Zellen gegenüber Reifungssignalen von außen.“ Die Wissenschaftler konnten erstmals nachweisen, dass ein bestimmtes Signaleiweiß, nämlich CCR2, zumindest in Mäusen, an der Bildung von RANK – Receptor Activator of NF-κB, einem Protein auf der Oberfläche von Osteoklasten – zentral beteiligt ist. Ein Fehlen von CCR2 schützt die Tiere nachhaltig vor Osteoporose. Diese Ergebnisse helfen nicht nur, so die Wissenschaftler, die Osteoporose besser zu verstehen, sondern bieten auch einen Ansatz für die Entwicklung neuer und innovativer Therapieformen.

Rückenschmerzpatienten schlecht versorgt?

Der im September vorgestellte Bandscheiben-Report der Gmünder Ersatzkasse deckt Versorgungslücken auf: Bei zwei von drei Patienten wird die Bandscheibenverlagerung im Lendenwirbelbereich chronisch, ohne dass eine Behandlung dokumentiert ist.



Quelle: fotolia

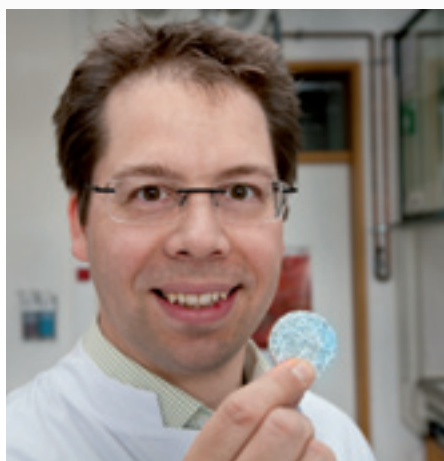
Jeder 20. Versicherte erhält einmal im Jahr eine Diagnose, die mit den Bandscheiben zu tun hat, jeder 60. wird deswegen zeitweise oder dauerhaft arbeitsunfähig. Je nach Schweregrad und Therapie entstehen jährlich pro Patient direkte Kosten von 200 bis 4.500 Euro. Eine postoperative Reha-Maßnahme oder Anschlussheilbehandlung erhält aber nur jeder Fünfte operierte Patient.

Bei bis zu 40 Prozent der stationär eingewiesenen Patienten ist keine anschließende stationäre oder ambulante Behandlung dokumentiert. Auffällig ist auch die durchschnittlich vierwöchige Lücke zwischen klinischer und postklinischer Behandlung bei über 40 Prozent der Patienten. Erst nach zwölf Wochen reduziert sich deren Anteil auf 20 Prozent. Diese Zahlen belegen die dringende Not-

wendigkeit, zeitnahe und umfassende Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten. Rückenschmerzpatienten haben ein stark erhöhtes Risiko für eine Verschlimmerung ihrer Erkrankung: Für sie ist eine Bandscheibendiagnose in den Folgejahren hoch wahrscheinlich. Auch auffällig: 65 Prozent der Patienten mit zweimaliger Diagnose ‚lumbale Bandscheibenverlagerung‘ in einem Jahr und ohne anschließende Therapie erhielten im Folgejahr dieselbe Diagnose erneut. Studienleiter Bernard Braun vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen hält den hohen Anteil an Dauerdagnosen ohne dokumentierte Therapie für fragwürdig: "Nach einer zweimaligen Diagnose wäre eine frühzeitige und angemessene Therapie plausibel." Als mögliche Ursache für das erhöhte Chronifizierungsrisiko bei Rückenschmerzpatienten führte er Qualitätsmängel in der ambulanten Diagnostik und bei einer möglichst zügigen erkrankungsspezifischen Behandlung an.

GEK Vorstand Rolf-Ulrich Schlenker mahnt mehr Koordination und Kooperation zwischen den Sektoren an: „Das Verschleppungsrisiko vor und nach der Krankenhausweisung ist offensichtlich. Wir müssen daher sicherstellen, dass Rückenpatienten zügig und erkrankungsspezifisch behandelt werden.“

Den Bandscheiben-Report können Sie auf der GEK-Webseite in der Rubrik „Service“ unter „Medien-Center“ einsehen und herunterladen.



MHH-Forscher entwickeln resorbierbaren Knochenersatz aus Metall

Ein Team um PD Dr. Frank Witte vom Labor für Biomechanik und Biomaterialien der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) entwickelt neuartige hochstabile Knochenimplantate aus Magnesiumfasern.

Nach Unfällen oder komplizierten Operationen ist die Heilungszeit von Knochenverletzungen lang – Implantate müssen die fehlende Knochensubstanz in der Zwischenzeit ersetzen. "Die Nach-

teile der bisherigen Implantate reichen von mangelnder Stabilität über nicht vollständigen Abbau der Überbrückungssubstanz bis hin zu sehr hohen Kosten", sagt Witte. Die neuen Implantate aus einem Verbund dünner, kurzer Magnesiumfasern unterstützen das Knochenwachstum: Neue Knochenzellen können in die poröse Struktur wachsen. Zugleich lösen sich die Metallimplantate während des Heilungsprozesses völlig auf.

Verläuft die Forschung weiter gut, wird das neue Verfahren in fünf Jahren in der klinischen Routine ankommen.

Das Magnesiumimplantat, das Frank Witte in der Hand hält, könnte Komplikationen bei der Heilung komplizierter Frakturen verringern. Das Team um Witte gehört mit dieser Forschung zu den Gewinnern des Innovationswettbewerbs Medizintechnik 2009. Quelle: MHH/Zorn

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

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

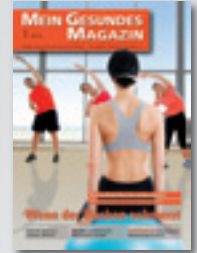
Titel _____
Name _____
Straße _____
Postleitzahl, Ort _____

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 2010 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

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 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., 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: 46.300 Expl. (Januar 2010)