

REHA REPORT

Informationen für Ärzte

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

1 2011



Onkologische Rehabilitation

Onkologische Therapie funktioniert nur, wenn alle Behandler zusammenarbeiten

Im Interview

Bianca Erdmann-Reusch und Dr. Andreas Hasenöhl, Klinik Bavaria Kreischa/Sachsen

Hintergründe Spätfolgen der NHL-Therapie verringern + Betreuung steigert Compliance + Wissen über Opioidgabe gering

„Tumorpatienten werden von der Diagnose und dem Therapieablauf oft überrollt“

Bianca Erdmann-Reusch, Fachärztin für Innere Medizin und Palliativmedizin, leitet die Abteilung Onkologie und Hämatologie der Rehabilitationseinrichtung Klinik Bavaria Kreischa in Sachsen. Sie behandelt Patientinnen und Patienten mit Tumoren aus dem gesamten onkologischen Bereich mit Ausnahme primärer Hirntumoren. Ihr Kollege, Dr. Andreas Hasenöhl, leitet am gleichen Haus die Klinik für Psychotherapie und Verhaltensmedizin. Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin und Suchtmedizin. Im Gespräch mit dem REHA REPORT berichten beide über ihre Erfahrungen mit onkologischen Patienten sowie über die Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit.

Reha Report: Mit welchen Problemen kommen Krebspatienten beziehungsweise Krebspatientinnen vor allem zur Reha?

Bianca Erdmann-Reusch: Natürlich steht für viele Patienten zunächst die körperliche Komponente der Erkrankung im Vordergrund – die körperlichen Symptome sind kurz nach einer Krebstherapie ja auch vorherrschend.

Neben den zum Teil starken körperlichen Beeinträchtigungen sind für die Patientinnen und Patienten mit Krebs viele Vorstellungen verbunden, die mit dem Lauf und dem Ende des Lebens zu tun haben. Sie empfinden die Diagnose als Bedrohung: Während ein Beinbruch irgendwann überstanden ist, weist eine Krebserkrankung auf die Endlichkeit des Lebens hin. Außerdem zieht Krebs oft Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nach sich. Das katapultiert die Betroffenen aus dem normalen Lebensalltag heraus.

Man kann also die Aspekte Körper, Psyche und soziales Umfeld nicht voneinander

trennen. Dem folgt die onkologische Reha, die sich nach dem bio-psycho-sozialen Modell richtet und entsprechend einen ganzheitlichen Behandlungsansatz verfolgt, der die seelisch-geistigen, körperlichen und sozialen Aspekte umfasst.

RR: Was kann die onkologische Reha leisten und was nicht?

Erdmann-Reusch: Die Reha will vor allem die Kondition der Erkrankten wieder aufbauen und sie will erreichen, dass sie den Alltag selbständig meistern. In der frühen Phase nach der Krebstherapie sind die Patientinnen und Patienten durch die anstrengende Behandlungsphase mit OP, Chemo- und Strahlentherapie konditionell beeinträchtigt.

Für sie geht es also um die Wiederherstellung tumor- oder tumortherapiebedingt eingeschränkter Körperfunktionen: Zum Beispiel bei einem Patienten nach Prostatakarzinom-OP darum, wieder Kontinenz zu erlernen, nach einem Rektumkarzinom eventuell darum, mit einem künstlichen Darmausgang zu leben oder nach einer Lungenkrebstherapie darum zu lernen, mit dem verringerten Lungenvolumen Treppen zu steigen. Die konkreten Ziele sind individuell verschieden.

Die Reha unterstützt außerdem die notwendige soziale Anpassung der Lebensumstände und des Berufsumfelds, aber auch die psychische Krankheitsbewältigung.

In der palliativen Situation sind die Ziele anders gelagert: Dann kann Reha helfen die Lebensqualität zu verbessern und die noch verbleibende Lebenszeit mit Leben zu füllen.

RR: Wann nach einer Krebserkrankung ist die onkologische Reha sinnvoll?

Erdmann-Reusch: Es gibt grundsätzlich zwei Ansätze, die Anschlussheilbehandlung und die Nachsorgemaßnahme.

Die AHB steht jedem Tumorpatienten zu. Sie muss zum Beispiel nach einer Operation in der Regel spätestens 14 Tage nach Abschluss der Krankenhausbehandlung oder nach Beendigung der Chemo- oder Strahlentherapie beginnen. Das ist sinnvoll, denn es geht um unmittelbare Erkrankungsfolgen

und darum, schnell wieder für den Alltag fit zu werden. Nach meiner Erfahrung ist die AHB eine sehr sinnvolle Sache, auch damit Patienten Zeit und Gelegenheit haben, sich über die Bedeutung der Krank-

„Man kann also die Aspekte Körper, Psyche und soziales Umfeld nicht voneinander trennen.“

Bianca Erdmann-Reusch, Klinik Bavaria Kreischa

heit in ihrer Lebensbiografie klar zu werden. Tumorpatienten werden von der Diagnose und dem zeitlichen Ablauf der Therapie oft geradezu überrollt und kommen kaum dazu, über die weitere Lebensgestaltung und über die Krankheit und die damit verbundenen Folgen nachzudenken. Der Austausch mit gleich Betroffenen hilft ihnen, auch psychische und soziale Aspekte der Krankheit zu beleuchten.

Die Nachsorgemaßnahme ist zu einem späteren Zeitpunkt im Nachsorgezeitraum möglich. Sie wird nicht regelhaft vom Rentenversicherungsträger gewährt. Bei der Nachsorgemaßnahme muss der beantragende Arzt die Notwendigkeit der Rehabilitationsbehandlung plausibel machen: Ihr kann eine medizinische Notwendigkeit zugrunde liegen, aber auch Schwierigkeiten in der Alltagsführung oder die Tatsache, dass die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, können sie veranlassen. Die Nachsorgemaßnahme soll vor allem der Si-



Bianca Erdmann-Reusch

Quelle: Privat

cherung der Alltagsbewältigung und dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit dienen. Ich halte sie ebenfalls für sehr sinnvoll.

RR: Was sollten Niedergelassene ihren Patienten/Patientinnen vorab unbedingt vermitteln, damit sie mit realistischen Erwartungen in die onkologische Reha gehen?

Erdmann-Reusch: Sie könnten unter anderem vermitteln, dass man von einem dreiwöchigen Aufenthalt nicht Alles erwarten darf. Sie können vorab das Wissen bahnen, dass die aktive Mitarbeit der Patienten wichtig ist, denn Patienten sollen in der Reha Techniken und Wissen erlangen, um sich selbst zu helfen, auch über den Rehabilitationsaufenthalt hinaus.

Aber Reha ist eben nicht „Fango und Tango“. Wichtig ist, sich auf körperliche Aktivität einzustellen und die Motivation mitzubringen, aktiv etwas für die eigene Gesundheit zu leisten – Patienten und Patientinnen müssen die Reha wollen.

RR: Welche Maßnahmen sieht die onkologische Reha vor?

Erdmann-Reusch: Die konkreten Maßnahmen richten sich nach den individuellen Bedürfnissen, der Indikation und den einzelnen Handicaps. Grundsätzlich erhalten Patientinnen und Patienten viele Informationen, üben Verhaltensweisen und bauen Kondition auf.

Ein Mann nach der OP eines Prostatakarzinoms hat zum Beispiel vorwiegend mit zwei Problemen zu kämpfen: Erstens mit seiner Inkontinenz. Um sie in den Griff zu bekommen, ist gezieltes Beckenbodentraining nötig. Dazu kommt Konditionstraining, das heißt, der Patient muss lernen, wie er das Beckenbodentraining bei Aktivität einsetzen kann, um kontinent zu bleiben. Das zweite häufige Problem sind Sexualstörungen – eine urologische Sexualberatung hilft dem Patienten, das Problem anzugehen und für sich zu lösen. Jeder Patient erhält ein ausgefeiltes Therapieprogramm. Man kann sich das vorstellen wie bei einem Stundenplan in der Schule: Er beginnt nach dem Frühstück und dauert – natürlich nicht durchgängig – bis 16 Uhr. Das Programm selbst orientiert sich indikationsspezifisch an Reha-Leitlinien.

RR: Inwieweit unterscheiden sich die Maßnahmen nach einem Primärtumor von denen nach einem Rezidiv?

Erdmann-Reusch: Die Reha muss sich beim Primärtumor und beim Rezidiv nicht voneinander unterscheiden. Wir orientieren uns in beiden Fällen an den individuellen Handicaps. Auch die Dauer ist mit drei Wochen die gleiche. Die psychische Situation kann sich allerdings unterscheiden.

RR: Wie motiviert sind Patienten in der onkologischen Reha?

Erdmann-Reusch: Tumorpatienten sind in der Regel hoch motiviert. Sie möchten etwas für ihre Gesundheit tun und sie wollen gesund werden. Unmotivierte Patientinnen und Patienten sehen wir sehr selten.

RR: Inwieweit spielen Familienangehörige eine Rolle?

Erdmann-Reusch: Sie spielen nach einer Tumorerkrankung eine große Rolle – die Familie ist das soziale Netz. Familienangehörige in die Reha einzubeziehen ist also absolut wünschenswert. Das bedeutet zum Beispiel vor allem bei älteren Patienten die Begleitung durch den Lebenspartner – Patient und Partner können in der Reha gemeinsam lernen mit der Krankheit und deren Folgen umzugehen. Sie üben beispielsweise gemeinsam die Versorgung eines Stomas oder wie die Ernährung mit einer PEG-Sonde funktioniert. Begleitpersonen müssen allerdings ihren Aufenthalt selbst finanzieren. Es sei denn, der Rentenversicherungsträger genehmigt den Aufenthalt – das kann dann der Fall sein, wenn beispielsweise ein Blinder oder ein intelligenzgeminderter Patient an Krebs erkrankt und seine Bezugsperson während des Aufenthalts braucht.

RR: Inwieweit sind Kinder an Krebs erkrankter Eltern eingebunden?

Erdmann-Reusch: Wir haben unter Federführung unserer Abteilung Onkologie und der klinischen Psychologie ein Konzept gemeinsamer Therapieangebote für krebserkrankte Eltern und begleitende Kinder entwickelt. Die psycho-onkologische Rehabilitation für krebserkrankte Eltern mit ihren Kindern, kurz POREK, ist eine Besonderheit unserer Klinik – in die Reha der Eltern sind in den Ablauf am Nachmittag psychologische Therapieelemente eingebaut, die sie gemeinsam mit ihren Kindern wahrnehmen können. Es gibt zum Beispiel Kunsttherapie, Entspannungstherapien, Sport- und Musiktherapie, aber auch Informationen dazu, wie man mit Kindern über Krebs sprechen kann. POREK geht

Dr. Andreas Hasenöhl



Quelle: Privat

inhaltlich also weit über die reine Mitaufnahme der Kinder hinaus. Der Rententräger finanziert dies für Kinder bis sechs Jahre voll. Für Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren lässt sich das über die Haushaltshilfe der Krankenkassen finanzieren. Trennungszeiten sind so vermeidbar. Zudem begleiten die Kinder den Gensungsprozess ihrer Eltern. Für die Kinder verliert die Krankheit dadurch ihren erschreckenden Aspekt.

RR: Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen?

Erdmann-Reusch: Die Vernetzung ist gut. Das muss auch so sein, denn zum Teil setzen wir onkologische Therapien wie die Chemo hier fort. Ein onkologisches Behandlungskonzept kann nur funktionieren, wenn alle beteiligten Behandler zusammenarbeiten.

RR: Was wünschen Sie sich von ihren vorbehandelnden Kollegen?

Erdmann-Reusch: Was uns wirklich hilft, sind umfassende Unterlagen zur Krankengeschichte – zum aktuellen Krankheitsverlauf, zu wichtigen Behandlungsaspekten. Uns würde grundsätzlich schon helfen, wenn die Reha-Klinik auch im Verteiler des Krankenhausentlassungsberichtes immer berücksichtigt würde.

RR: Wie lange brauchen Patienten/Patientinnen normalerweise, bis sie die Erkrankung körperlich und seelisch weitgehend überstanden haben?

Erdmann-Reusch: Die Krisenverarbeitung verläuft individuell ganz unterschiedlich. Sie ist unter anderem davon abhängig, ob es sich um einen kurativ oder palliativ behandelbaren Tumor handelt. Der onkolo-

gische Patient muss beispielsweise lernen mit der Bedrohung eines möglichen Rezidivs zu leben.

RR: Gibt es typische Phasen, die Patienten/Patientinnen nach einer onkologischen Erkrankung durchlaufen?

Dr. Andreas Hasenöhl: Ich kann mich meiner Kollegin nur anschließen, eine pauschale Einordnung in Phasen wird der Situation nicht gerecht. Krebs ist ein einschneidendes Lebensereignis und wird den individuellen Lebensstil und das jeweilige Körperverständnis beeinträchtigen. Jeder Betroffene geht damit individuell anders um.

Auch wenn derartige Phasen in der Literatur diskutiert werden, widerspricht meine Erfahrung einer solchen vereinheitlichenden Einordnung.

RR: Brauchen onkologische Patienten/Patientinnen psychosomatische Unterstützung?

Hasenöhl: Aus fachlicher Sicht besteht kein Grund, jeden Krebspatienten psychosomatisch anzusprechen. Man muss die Patientin und den Patienten ganzheitlich betrachten, jeder verarbeitet seine

Erkrankung unterschiedlich. Patienten kommen überdies mit unterschiedlichen Erwartungshaltungen: Manche brauchen eher seelsorgerischen Beistand als den Psychosomatiker. Andere lehnen die Psychosomatik ab und sagen ‚ich bin doch nicht psychisch krank‘. Es ist eine Ecke, in die sie sich nicht stellen wollen – sie sagen der Krebs ist allein schon schlimm genug. Man darf auch nicht vergessen, dass Mechanismen wie Verdrängung oder Verleugnung der Krankheit die Psyche oft sehr gut schützen. Sie können am Anfang sehr nützlich sein – gerade bei wahrscheinlich eng begrenzter Lebenszeit, zum Beispiel bei einem Glioblastom. Patienten können mit diesen Mechanismen ihre Zeit sehr gut gestalten. Sie haben eher den Anreiz aktiv zu bleiben, als wenn sie sich ausschließlich mit ihrer infausten Prognose beschäftigen.

RR: Wann ist eine psychosomatische Betreuung dann sinnvoll?

Literaturempfehlung

Hermann Delbrück:
Krebsnachbetreuung. Nachsorge,
Rehabilitation und Palliation.
Springer Heidelberg 20031,
ISBN-13: 9783540436355

Hasenöhl: Eine primär psychosomatische Reha sehen wir als Klinik differenziert und in einem integrativen Prozess.

Die klassische psychosomatische Reha greift sicher dann, wenn Patienten auch noch nach Jahren ihre Krebserkrankung psychisch nicht überstanden haben. Ein Beispiel aus meiner Praxis ist eine Patientin, die fünf Jahre nach ihrem geheilten Mammakarzinom mit einem noch liegenden Port zu uns kam, den der Frauenarzt auch noch regelmäßig spülte. Es war schwer der Patientin darzulegen, dass die Krankheit höchstwahrscheinlich überstanden ist. Für sie war dennoch eine on-

kologische Vorstellung bei uns wichtig.

Wenn die Erkrankung eine Lebenssinnkrise nach sich zieht, brauchen Patienten ebenfalls Hilfe. Man sollte dann auf jeden Fall daran denken,

dass eine psychosomatische Reha sinnvoll sein könnte – in einer Reha-Klinik mit zusätzlicher onkologischer Abteilung. Ich gebe ihnen ein Beispiel: Bei einer Patientin mit ausgeheiltem Mammakarzinom, die seit ihrer OP und Chemotherapie aus fehlender Krankheitsverarbeitung heraus keine Nachsorge mehr hat durchführen lassen, ist die onkologische Vorstellung im gleichen Haus weit einfacher.

RR: Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Onkologie und Psychosomatik?

Hasenöhl: Wir arbeiten sehr eng zusammen. Aber wir haben keine Mischabteilung. Die gibt es nicht, unter anderem auch, weil die Kostenträger das nicht wünschen.

RR: Inwieweit sollten Krebspatienten mit Ihrer Erkrankung vor allem im beruflichen Kontext offen umgehen?

Hasenöhl: Wir raten eher zu einem offenen Umgang. Dafür gibt es mehrere

Gründe, unter anderem gehört dazu, dass gesetzlich Krankenversicherten eineinhalb Jahre Krankengeld zusteht. Leider werden Krebskranke recht früh motiviert, einen Rentenantrag zu stellen – das halte ich für kontraproduktiv, denn der Betroffene wird damit konfrontiert, dass er nicht mehr ins Erwerbsleben gehört. Das ist ein großes sozialmedizinisches Problem.

Erdmann-Reusch: Es gibt noch einen zweiten Aspekt, der für den offenen Umgang mit der Krebserkrankung am Arbeitsplatz spricht. Patienten mit einer Tumorerkrankung bekommen für fünf Jahre nach der Diagnose einen Schwerbehindertenausweis, was sich unter anderem in fünf Tagen mehr Urlaub und einem verbesserten Kündigungsschutz niederschlägt. Ich würde jeder Patientin und jedem Patienten raten, das zu nutzen. Der Schwerbehindertenausweis ist Sache des Versorgungsamts – jeder Tumorpatient hat das Recht auf Anerkennung – in der Regel wird ein Grad der Behinderung von 50 Prozent zuerkannt.

Hasenöhl: Dazu kommt das betriebliche Eingliederungsmanagement. Der Arbeitgeber ist verpflichtet eine Wiedereingliederung zu ermöglichen. Patienten mit onkologischen Erkrankungen haben gute Karten, wieder ins Erwerbsleben einzusteigen.

RR: Ab und zu fällt noch der Begriff „Krebspersönlichkeit“ in Diskussionsforen im Internet – inwieweit können psychische Prozesse Krebserkrankungen begünstigen?

Hasenöhl: Ich halte diesen Begriff für vollkommen obskur. Er kann implizieren, dass der Patient Schuld an seiner Erkrankung hat. Dieser Vorwurf ist für Patienten schwer zu ertragen.

Stattdessen sollte man besser darauf hinweisen, welche Genussgifte Krebs begünstigen.

Der Begriff Krebspersönlichkeit ist jedenfalls nicht haltbar und wir distanzieren uns weit davon.

„Wenn die Erkrankung eine Lebenssinnkrise nach sich zieht, brauchen Patienten Hilfe.“

Dr. Andreas Hasenöhl, Klinik Bavaria Kreischau

Betreuung steigert Compliance

Gezielt betreute Krebspatienten halten ihr Therapieregime besser ein. Das zeigt eine Studie der Universität Bonn in Zusammenarbeit mit dem Johanniter-Krankenhaus und einer onkologischen Praxis.

Für die medikamentöse Behandlung von Karzinomen müssen Patienten immer seltener stationär in eine Klinik aufgenommen werden. Die Einnahme der Präparate kann zunehmend in eigener Verantwortung des Patienten zu Hause erfolgen. Allerdings weichen viele Patienten von ihrem vorgeschriebenen Therapieschema ab.

Eine gezielte Betreuung von Krebspatienten kann deren Therapietreue signifikant steigern, so die Bonner Studie. Während ein Viertel der nicht betreuten Patienten ihre Tabletten an mehr als jedem fünften Tag nicht korrekt einnahm, traf dies auf keinen der betreuten Patienten zu.

Neu an dem vorgestellten Modell ist unter anderem die Einbindung von Apothekern. Nach der Entscheidung für eine Krebstherapie in Tablettenform informiert der Arzt den Patienten über die Möglichkeit einer zusätzlichen pharmazeutischen

Betreuung. Ist der Patient daran interessiert, gibt ein Apotheker ihm Einnahmehinweise und erläutert ihm die Wirkungen der Medikamente sowie die Bedeutung der regelmäßigen Einnahme für den Behandlungserfolg.

„Die betreuten Patienten hielten sich nicht nur besser an das Therapieschema des Arztes, sondern brachen die Behandlung auch seltener ab“, erläutert Ulrich Jaehde aus dem Bereich Klinische Pharmazie: „Die Ergebnisse zeigen, dass nicht nur durch neue Medikamente bessere Erfolge in der Krebstherapie erzielt werden können, sondern auch durch eine intensivere Betreuung der Patienten.“

Das Betreuungsmodell wird derzeit in einer Folgestudie weiter modifiziert.

Quelle: Simons S, Ringsdorf S, et al. Enhancing adherence to capecitabine chemotherapy by means of multidisciplinary pharmaceutical care. Support Care Cancer, 2010

Wissen über Opioidgabe gering

Ärzte sind bei der Verordnung opioidhaltiger Schmerzmittel oft unsicher: Eine Befragung durch Dresdener Forscher unter 226 Schmerztherapie-interessierten Ärzten ergab, dass über 80 % regelmäßig Opiode gegen starke Schmerzen verordnen, jedoch nur die wenigsten Fragen zur Anwendung und Medikamentenwahl nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand richtig beantworten konnten. Die Dresdner Forscher drängen daher auf eine intensivere Ausbildung von Medizinstudierenden und Ärzten.

Nach den Einsatzgebieten von Opioiden gefragt, nannten fast alle Befragten korrekt Tumorschmerzen. Die Hälfte konnte weitere Diagnosen nennen, bei denen Opiode in Frage kommen. Bis zu 13 Prozent gaben allerdings auch Einsatzgebiete an, bei denen Opiode von Spezialisten eindeutig abgelehnt werden, wie z.B. Kopfschmerzen. Auch bei der Dosierung mangelt es an Wissen. So würden über 40 Prozent ein schnell wirksames Medikament, das bei Bedarf gegeben wird, unterdosieren.

Nebenwirkungen werden überschätzt

Die Nebenwirkungen von Opioiden wurden häufig falsch eingeschätzt. Besonders psychische Abhängigkeit und seltene Ne-

benwirkungen werden überschätzt. Dies und die wenig bekannten rechtlichen Bedingungen bei der Verordnung von Betäubungsmitteln könnten Gründe dafür sein, dass Ärzte bei Zweifeln keine Opiode verschreiben, auch wenn das sinnvoll wäre. Andererseits kann die mangelnde Therapiekennntnis im Umgang mit Opioiden aber auch zu einem unkritischen Einsatz der Präparate mit einer Gefährdung des Patienten führen. Die Forscher empfehlen daher eine intensivere Aufklärung von Medizinstudierenden und regelmäßige Fortbildungen für Ärzte.

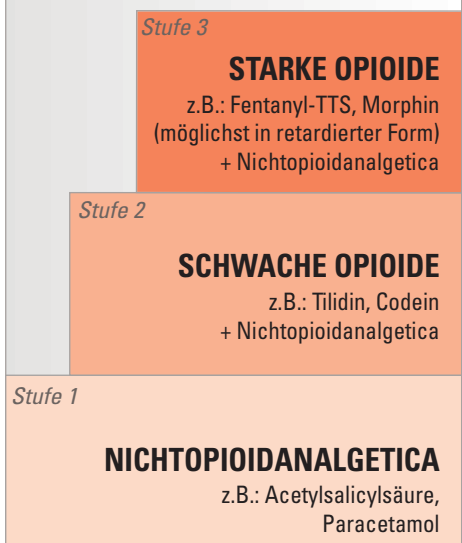
Quelle: M. Pflughaupt et. al. Befragung schmerztherapeutisch interessierter Ärzte zum Umgang mit Opioiden. In: Der Schmerz 2010, 24:267-275, DOI: 10.1007/s00482-010-0913-3

Spätfolgen der NHL-Therapie verringern

Das Non-Hodgkin-Lymphom (NHL) wird oft mit einer Kombination aus Chemo- und Strahlentherapie behandelt. Allerdings kann die Bestrahlung des Gehirns zu schwerwiegenden Spätfolgen führen.

Die Deutsche Studiengruppe für primäre Lymphome des Gehirns unter Leitung von Eckhard Thiel und Michael Weller, beide Universität Tübingen, hat in der G-PCNSL-SG-1 Phase IV-Studie an 75 Zentren mit 551 Betroffenen den Stellenwert der Strahlentherapie des Gehirns untersucht. Mit überraschendem Ergebnis: Die Überlebenszeit von Patienten, die mit Chemo- und Strahlentherapie behandelt wurden, und denen, die sich nur einer Chemotherapie unterzogen, unterschied sich nicht. Daher raten die Wissenschaftler dazu, die ZNS-Bestrahlung bei der Therapie des Non-Hodgkin-Lymphoms neu zu bewerten. „Aufgrund der Ergebnisse unserer Studie raten wir von der Ganzhirnbestrahlung als Standardtherapie beim Non-Hodgkin-Lymphom des Gehirns ab“, so Weller.

WHO-Stufenschema



Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) hat ein Kerncurriculum Schmerztherapie entwickelt, das wesentliche Aspekte aktueller Schmerztherapie benennt. Kurz- und Langversion des Curriculums sind Online abrufbar unter: www.dgss.org/index.php?id=103

Quelle: <http://www.forum-schmerz.de/schmerz-infos/krebsschmerz/therapie/who-stufenschema.html>

◀ 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. (März 2011)