

# Drei Wochen Reha bessern den Befund um 50 Prozent

# REHA-REPORT

Mitteilungen des Arbeitskreises Gesundheit e.V.

www.rehaklinik.com

Im Zeitraum von 9/99 bis 4/05 wurden insgesamt 2500 AHB-Patienten nach Hüft-TEP-Implantationen mittels Staffelstein-Score ausgewertet. Es handelte sich um 866 Männer und 1634 Frauen, also ungefähr doppelt soviel Frauen wie Männer, mit einem Durchschnittsalter von 68 Jahren, wobei die Männer durchschnittlich zwei Jahre jünger waren als die Frauen.

Bezüglich der Seitenlokalisation ergab sich eine leichte Häufigkeit zugunsten der rechten Seite, die aber statistisch nicht signifikant herausragte. Erwartungsgemäß entwickelte sich die Schmerzsymptomatik über den Verlauf der Rehabilitation positiv. Dies konnte auch mit dem Eingangs-Punktwert von 22,7 von 40 möglichen Punkten mit einer Steigerung auf 32,1 Punkte zum Ende

des Heilverfahrens belegt werden. Bei der Differenzierung der Schmerzanlagen gaben 4,1% zu Beginn der Heilmaßnahme im Operationsgebiet keine Schmerzen mehr an, 30% einen leichten Schmerz und 55,5% einen mittleren Schmerz mit gelegentlicher analgetischer Abdeckung. 9,8% bedurften eines regelmäßigen Analgetikums über 24 Stunden verteilt. Es ergab sich eine Verbesserung im Vergleich zum Abschluss der Heilmaßnahme der Art, dass 33% keine Schmerzen mehr angaben, 55,5% nur leichte gelegentliche Beschwerden und nur 10% der Fälle eine unregelmäßige Bedarfsmedikation benötigten.

Die Gesamtpunktzahl innerhalb der ADL-Items, also Treppensteigen, Schuhe- und Strümpfe (auf der operierten Seite) selbständig anziehen, Gehstrecken-Angabe, Hinken als Maß der glutealen Kraft, eigenständige Hygiene und Körperpflege, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, orthop. Hilfsmittel wie Gehbock, Rollstuhl oder Unterarmgehstützen sowie Transfer-Leistungen wurden zusammengefasst und zeigten ebenfalls eine Verbesserung über die Zeit. So konnte insgesamt ein Eingangspunktwert von 21,7 zu Beginn der Reha-Maßnahme über alle ADL-Items erreicht werden. Dieser steigerte sich

zum Ende des Heilverfahrens auf 29,5.

Ein gutes Maß für die funktionelle Verbesserung war die Angabe, ob die Strümpfe eigenständig mit oder ohne Probleme oder gar nicht angezogen werden konnten. Zu Beginn der Heilmaßnahme waren 55,2% nur mit Hilfsmitteln in der Lage, eigenständig Strümpfe anzuziehen. 40,8% konnten dies überhaupt nicht. Zum Ende des Heilverfahrens konnten sich 32% ohne Probleme selbständig an den Füßen anziehen, 62% gebrauchten nur noch geringe Hilfsmittel. Von den 40,8%, die zu Beginn auf eine völlig Fremdhilfe angewiesen waren, verblieben zum Ende des Heilverfahrens nur noch 4,7%. Auch die Überprüfung der Gehstrecke konnte im Vergleich eine signifikante Verbesserung des Gehvermögens, überwiegend allerdings mit Unterarm-Gehstützen, zeigen.

Der 3. Abschnitt des Staffelstein-Scores umfasst die messbaren Funktionswerte einer Hüfte, also Flexion-/Extensions-Defizit, Abduktion und Glutealkraft. Hier konnte ein durchschnittlicher Eingangswert von 22,2 von 40 möglichen auf 33,4 Punkten am Ende des Heilverfahrens gefunden werden. Über alle Qualitäten, nämlich Flexion, Extensionsdefizit und Abduktion konnte

eine deutliche Verschiebung zur Verbesserung gefunden werden. Waren zu Beginn des Heilverfahrens 274 Patienten nicht in der Lage, über 70° zu beugen, verblieben am Ende des Heilverfahrens davon noch 45 Patienten. In der großen Mittelgruppe mit einem durchschnittlichen Flexionsverhalten von 75-95° ergab sich eine Verschiebung zugunsten einer Beugefähigkeit von über 100°. Von anfänglich 128 Patienten mit einem Beugemaß von über 100° steigerte sich dies über den gemessenen Zeitraum von 21 Tagen auf 1150 Patienten. Dies entspricht einer Verbesserung von 41%.

Bei der Gesamt-Score-Ergebnismittlung wurde über alle Patienten ein durchschnittlicher Wert von 66,7 Eingangspunkten erreicht. Zum Ende des Heilverfahrens bei einer durchschnittlichen Reha-Dauer von 21 Tagen erreichte der Durchschnitt 95,2 Punkte. Dies zeigt, dass das individuelle Reha-Ergebnis über alle Patienten verteilt um 50% in nur 21 Tagen verbessert werden konnte, und unterstreicht die Wirkung und Wertigkeit einer stationären Anschlussheilbehandlung nach Hüft-TEP-Implantation.

Dr. med. W. Blaum, Bad Wildungen



## Reha macht Lehrer wieder berufsfähig

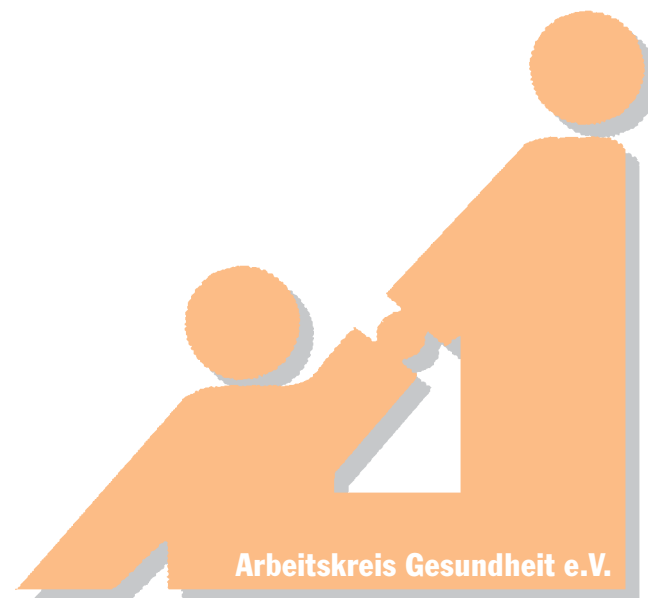
Die Berufsgruppe der Lehrer scheint für das Burnout-Syndrom besonders anfällig zu sein. Vor allem in Berufsschulen ist der Stress offenbar so groß, dass ein Gutteil der Lehrkräfte nicht bis zum Pensionsalter durchhält. Ein Teil von ihnen wird mit Anfang bis Mitte 50 dauerhaft krankgeschrieben oder in die Frühpension entlassen. Die Hauptursache sind psychische Störungen: Depressionen, oft kombiniert mit einem Burnout-Syndrom.

Eine Studie hat nun gezeigt, dass solche Patienten durchaus wieder arbeitsfähig gemacht werden können – in einer stationären Reha. Ein Gewinn auch für die

Pensionskassen: Eine bayrische Untersuchung hierzu hat erbracht, dass die Erfolgsquote bei über 75 Prozent liegt. Von 82 behandelten Lehrern waren zwei Jahre nach der Therapie drei Viertel wieder voll im Berufsleben. Auch bei den restlichen Patienten hatten sich die Symptome deutlich gebessert. Die Lehrer waren in einer psychotherapeutisch ausgerichteten Reha-Klinik behandelt worden.

Der Erlangerer Sozialmediziner Professor Andreas Weber empfiehlt Hausärzten, angesichts der psychischen Notsituation, in der viele Lehrer stecken, solche Probleme anzusprechen – und rechtzeitig gegenzusteuern.

Der REHA-REPORT wurde Ihnen freundlich überreicht von:



Arbeitskreis Gesundheit e.V.



Friedel Mägdefrau

Die medizinische Versorgung der Patienten in Deutschland liegt, trotz massiver Einsparungen, im Weltver-

gleich immer noch auf einem Spitzenplatz. Sowohl in der Akut- als auch in der Reha-Medizin leisten unsere Ärzte Außergewöhnliches.

Pflege" besteht nach Expertenmeinung noch erheblicher Nachbesserungsbedarf. Experten werden darüber diskutieren, wie das Gesundheits- und Sozialsystem durch zielgerichtete, am individuellen Bedarf orientierte Reha-Maßnahmen entlastet werden kann und wie dadurch nicht zuletzt viele Patienten vor Pflegebedürftigkeit bewahrt werden.

Der 2. Deutsche Rehatag wird stark erweitert an den Start gehen. In diesem Jahr sind es bereits 19 Or-

## Willkommen zum 2. Deutschen Rehatag!

ganisationen, die sich unter einem Dach versammelt haben und so eine starke Interessengemeinschaft bilden.

Ein Ruck geht durch die Branche, der auch ein Signal an die Politik ist. Nie zuvor hat eine Reha-Veranstaltung eine solch breite Öffentlichkeit erreicht wie der Deutsche Reha-Tag. Er spricht Fachleute, Funktionäre, Patienten und Politiker gleichermaßen an. Und er unterstreicht mit der Kompetenz seiner Initiatoren die Bedeutung der Reha für unser Gesundheitswesen.

Viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe des Reha-Report wünscht Ihr

„Reha vor Rente“ zur Diskussion gestellt. „Reha vor Rente“ bedeutet, dass im Vordergrund aller Bemühungen um die berufliche und soziale Wiedereingliederung des Versicherten neben einer optimalen medizinischen Betreuung eine erfolgreiche Rehabilitation das Mittel der ersten Wahl ist. Im Bereich „Reha vor

Reha vor Pflege“ bedeutet, dass im Vordergrund aller Bemühungen um die berufliche und soziale Wiedereingliederung des Versicherten neben einer optimalen medizinischen Betreuung eine erfolgreiche Rehabilitation das Mittel der ersten Wahl ist. Im Bereich „Reha vor

Reha vor Pflege“ bedeutet, dass im Vordergrund aller Bemühungen um die berufliche und soziale Wiedereingliederung des Versicherten neben einer optimalen medizinischen Betreuung eine erfolgreiche Rehabilitation das Mittel der ersten Wahl ist. Im Bereich „Reha vor

Friedel Mägdefrau

Vorstandsvorsitzender des Arbeitskreises Gesundheit e.V.



Aktionstage erhalten aus der ganzen Branche Unterstützung:

## 2. Deutscher

## Rehatag geht im September stark erweitert an den Start

Der 2. Deutsche Reha-Tag am 24. September bezieht zu einem aktuellen Thema bundesweit Position. Unter dem Motto „REchtzeitig HANdeln – Durch Reha mitten im Leben“ rufen 19 Organisationen Einrichtungen der Rehabilitation zum Mitmachen auf. Wie dringend nötig Aufklärung über die Chancen der Rehabilitation und Prävention ist, zeigt jetzt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2005 „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ auf.

In dem Gutachten stellt der Sachverständigenrat fest, dass die Angebote der Rehabilitation und Prävention in Deutschland bislang zu wenig genutzt würden. Insbesondere das Rehabilitationspotenzial älterer Menschen werde durchgängig unterschätzt. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung kann dieses Manko fatale volkswirtschaftliche Folgen haben.

In seiner Bestandsaufnahme stützt der Sachverständigenrat die Argumente des Deutschen Reha-Tages, der schon im vergangenen Jahr gefordert hatte, die Rehabilitation als unverzichtbaren

Bestandteil des Gesundheitssystems stärker anzuerkennen.

Insgesamt 300 Einrichtungen der Rehabilitation beteiligten sich am Aktionstag im Herbst 2004; rund 60.000 Besucher kamen zu den Veranstaltungen. In diesem Jahr wird der 2. Deutsche Reha-Tag deutlich erweitert stattfinden. Hochrangige Vertreter aus Politik, Wirtschaft und Ärzteschaft haben für den Reha-Tag ihre Teilnahme zugesichert. Die Auftaktveranstaltung findet am 23. September im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin statt, der Tag der offenen Tür folgt am 24. September. Weitere Infos sind im Internet unter [www.rehatag.de](http://www.rehatag.de) abrufbar.



Sport, Spiel und ausführliche medizinische Beratung: All dies wird angeboten am Tag der offenen Tür

## Klinik-Lotse neu aufgelegt

Einmal nachgeschlagen, schon gefunden: Der Klinik-Lotse „Reha-Kliniken stellen sich vor“ ist nun in einer überarbeiteten 11. Auflage erschienen. In ihm stellen sich über 400 Kliniken mit ihren Fachgebieten und ihren Behandlungsmethoden vor. Adressen und Ansprechpartner findet der niedergelassene Arzt auf einen Blick.

## Inhalt

- Seite 1 • Intro • 2. Deutscher Reha-Tag ... • 11. Auflage Reha-Kliniken stellen sich vor
- Seite 2 • Die medizinische Reha im Arbeitsleben • Neues aus der Reha
- Seite 3 • Reha-Maßnahmen bei Demenz-Kranken
- Seite 4 • Reha nach Hüft-Implantation



## Neues aus der Reha

Operation bringt kaum mehr bei Rückenschmerz

Bei leichteren Rückenschmerzen bringt ein Eingriff an der Wirbelsäule nur minimale Vorteile im Vergleich mit intensiven Reha-Maßnahmen. Das hat eine englische Studie gezeigt. Die Forscher verglichen dabei die Resultate bei 175 Patienten nach operativer Stabilisierung der Wirbelsäule mit denen von 173 Reha-Teilnehmern. Die Ergebnisse waren in etwa vergleichbar. Sieben Patienten aus der Reha-Gruppe mussten sich im Laufe von zwei Jahren zusätzlich operieren lassen. Angesichts der Kosten eines Eingriffs und der Belastungen für den Patienten sehen die Wissenschaftler letztendlich die Reha als bessere Behandlungsform an.

Gute Schmerztherapie wichtig in der Reha

Wie wichtig eine Schmerztherapie zu Beginn von Reha-Maßnahmen sein kann, zeigen die Ergebnisse einer dreiwöchigen Studie mit 443 Patienten. Die Probanden mit Gelenksbeschwerden wurden in zwei Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe erhielt zu Beginn der Therapie ein Schmerzmittel, die andere keines. Nach Abschluss der Reha wurden die Patienten befragt. 58 Prozent der Patienten, die das Schmerzmittel bekommen hatten, fühlten sich während der physiotherapeutischen Übungen nicht oder kaum beeinträchtigt – aber nur 27 Prozent aus der anderen Gruppe.

## Impressum

Der **Reha-Report** erscheint vierteljährlich und wird herausgegeben vom Arbeitskreis Gesundheit e.V., Bundeskanzlerplatz 2-10, 53113 Bonn.

Tel.: 02 28/21 21 00  
Fax: 02 28/21 22 11

Redaktionsleitung: Yvonne Gabor

Redaktion und Realisation:  
Die Medienpartner  
Annette Westhoff, Rainer Stahlhacke  
Simmerer Str. 7a  
50935 Köln  
Tel.: 02 21/3403 256

V.i.S.d.P.: Wolfram L. Boschke

Anzeigen: Annette Westhoff  
Layout: D+L Reichenberg

## Sozialexperte Harry Fuchs über Instrumente der Prävention und des betrieblichen Wiedereingliederungs-Managements

# Medizinische Rehabilitation im Arbeitsleben

Es ist kaum bekannt, dass der Gesetzgeber bereits am 1.10.2000 mit der Verankerung der Prävention im Arbeitsleben begonnen hat. In diesem Zusammenhang sind behandelnde Ärzte wichtige Beteiligte im Verfahren der betrieblichen Eingliederung und Leistungen der medizinischen Rehabilitation häufig ein wirksames Instrument für den Erhalt des Arbeitsplatzes.

**1. Ziel und Anlass der Prävention im Arbeitsleben.** Ziel der Prävention im Arbeitsleben ist es, eine Schwerbehinderung gar nicht erst eintreten zu lassen, sondern bei Wahrnehmung gefährdender Indikatoren möglichst frühzeitig alle erforderlichen und möglichen Schritte zur Erhaltung des Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses sowie zur Beseitigung der gefährdenden Indikatoren einzuleiten. Der Gesetzgeber definiert als Indikatoren, die zur Gefährdung eines Arbeitsverhältnisses führen könnten, personen-, verhaltens- oder betriebsbedingte Schwierigkeiten (§ 84 Abs. 1 SGB IX) oder häufige beziehungsweise lang andauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten (Abs. 2).

Mit dem Inkrafttreten des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) wurden die Regelungen über die Prävention im Arbeitsleben ab 1.10.2001 über die Vermeidung einer Schwerbehinderung hinausgehend auch an das Vorliegen einer längeren oder häufigen Arbeitsunfähigkeit geknüpft (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Damit ist nicht nur eine drohende oder bereits eingetretene Schwerbehinderung Auslöser für Prävention im Arbeitsleben. Auch länger als sechs Wochen andauernde Zeiten einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres verpflichten nunmehr den Arbeitgeber dazu, Maßnahmen zur Sicherung des Be-

schäftigungsverhältnisses seines Arbeitnehmers einzuleiten.

**2. Der Arbeitgeber steht in der Verantwortung.** Auf der Basis der seit dem Jahr 2000 gesammelten Erfahrungen wurde das Verfahren der Prävention im Ar-

Der Arbeitgeber steht mehr in der Verantwortung

beitsleben seit dem 1.7.2004 erneut gesetzlich konkretisiert. Der Arbeitgeber ist nunmehr gesetzlich verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen (§ 84 Abs. 2 SGB IX) und die erforderlichen Hilfen zum Erhalt des Arbeitsplatzes zu mobilisieren, wenn er den Arbeitsplatz eines Arbeitnehmers als Folge von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten oder häufigen oder lang andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten als gefährdet ansieht.

Kommt der Arbeitgeber diesen Pflichten nicht nach, könnte dies für ihn etwa nach einer Kündigung des Arbeitnehmers wegen lang andauernder Arbeitsunfähigkeit negative Folgen im Kündigungsschutzverfahren haben, weil sich eine ohne Einhaltung des Präventionsverfahrens ausgesprochene Kündigung als ungerechtfertigt erweisen und nicht wirksam sein könnte. Danach hat nicht nur der Arbeitnehmer, sondern auch der Arbeitgeber ein Interesse an der erfolgreichen Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements.

**3. Was ist betriebliches Eingliederungsmanagement?** Das betriebliche Eingliederungs-



Harry Fuchs

management umfasst zunächst die Verpflichtung des Arbeitgebers, mit Zustimmung des Betroffenen den Betriebsrat oder die Personalvertretung einzuschalten und gemeinsam mit diesem und dem Betroffenen die Möglichkeiten zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden und mit welchen Leistungen bzw. Hilfen einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Der Gesetzgeber hat das Verfahren und die Inhalte des Eingliederungsmanagements nicht vorgeschrieben, sondern es dem Arbeitgeber und den im Betrieb Beteiligten überlassen, das konkrete Verfahren des Eingliederungsmanagements etwa im Rahmen einer betrieblichen Verfahrensordnung (Integrationsvereinbarung) nach den individuellen betrieblichen Erfordernissen zu gestalten.

Elemente eines betrieblichen Eingliederungsmanagements sollten neben der Entwicklung von Maßnahmen der Früherkennung sowie zur Vermeidung von Behinderung und Krankheit und der Entwicklung eines betrieblichen Katalogs für präventive Maßnahmen immer auch

- die Erörterung von außerbetrieblichen Leistungen der medizinischen Rehabilitation (inklusive der stufenweisen Wiedereingliederung) und der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) sowie
- die Beteiligung und die Zusammenarbeit mit den Ärzten, insbesondere den behandelnden Ärzten der Arbeitnehmer sein.

Die Arbeitgeber können die Integrationsämter in das betriebliche Eingliederungsmanagement einschalten, die den Arbeitgeber nicht nur umfassend zu beraten und zu unterstützen, sondern auch auf das zeitnahe Ergreifen aller Initiativen

beziehungsweise Einleiten von Leistungsverfahren bei den zuständigen Rehabilitationsträgern hinzuwirken haben.

**4. Indikatoren für einen Rehabilitationsbedarf.** Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger haben in einer gemeinsamen Empfehlung zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“, § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX) Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe formuliert. Dies sind, neben den zugrunde liegenden gesundheitlichen Störungen<sup>1</sup> auf der Ebene der Schädigungen (Körperfunktionen und -strukturen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in den für die betroffenen Menschen wichtigen Lebensbereichen. Sie können sich

- auf der Ebene der Aktivitäten z.B. in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- im Verhalten,
- in der Kommunikation,
- in der Haushaltsführung und Kinderbetreuung,
- in der Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen,
- in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und
- auf der Ebene der Teilhabe z.B. in Einschränkungen der Möglichkeiten der Bildung und Ausbildung, Selbstversorgung, Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen), Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit), Bewältigung familiärer Aufgaben, sozialen Integration oder ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts) zeigen.

Solche Anhaltspunkte können sich zum Beispiel ergeben<sup>2</sup> bei Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind;<sup>3</sup> bei multimorbiden oder chronisch kranken Menschen jeden Alters;<sup>4</sup> bei Menschen mit mehrfachen oder lang andauernden stationären Behandlungen wegen der selben Erkrankung insbesondere dann, wenn durch eine Chronifizierung der Erkrankung eine Behinderung oder eine Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben droht;<sup>5</sup> bei Menschen mit besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen;<sup>6</sup> bei Menschen, die eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beziehen;<sup>7</sup> bei Menschen, die bereits Leistungen zur

Teilhabe erhalten oder erhalten haben, wenn sich eine Verschlimmerung anbahnt oder sich neue Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens ergeben;<sup>8</sup> bei Menschen, bei denen der Gesundheitsschädigung vermutlich eine Abhängigkeit oder psychosomatische Reaktion zugrunde liegt;<sup>9</sup> bei Menschen nach traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit.

**5. Beteiligung und Möglichkeiten behandelnder Ärzte.** Eine weitere gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Rehabilitationsträger befasst sich mit der Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller an der medizinischen Rehabilitation und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beteiligten Akteure (§ 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX). Darin verpflichten sich die Rehabilitationsträger unter an-

Kontinuierlicher Informationsaustausch mit Betrieben

derem dazu, zur frühzeitigen Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs einen kontinuierlichen Informationsaustausch mit Betrieben

jeder Größenordnung sicherzustellen. Die dazu erforderlichen Instrumente und Richtlinien müssen jedoch erst noch aus der Praxis heraus entwickelt werden (§ 5 Abs. 1). Desgleichen sollen auch für behandelnde Haus- und Fachärzte sowie für Betriebs- und Werksärzte gezielte Informationsmaterialien entwickelt werden (Abs. 2).

Bis diese Instrumente, Richtlinien und Materialien vorliegen, kommt es entscheidend darauf an, dass die behandelnden Ärzte im Wissen um die Möglichkeiten der betrieblichen Prävention zur Erhaltung des Arbeitsplatzes sensibel alle offenkundig werdenden Hinweise und Merkmale eines Zusammenhangs zwischen aktuellen, gesundheitsbedürftigen Gesundheitsproblemen eines Patienten und seinen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz wahrnehmen und aktiv aufgreifen. Der niedergelassene Arzt hat neben seiner Pflicht zur Beratung über Rehabilitationsleistungen und den Hinweis auf die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger (§ 61 SGB IX) auch selbst verschiedene Möglichkeiten, im Interesse seines Patienten hilfreich tätig zu werden:

Er kann sich einerseits mit Zustimmung des Patienten unmittelbar an den Arbeitgeber wenden und diesen auf der Basis der oben genannten Kriterien für einen Bedarf an Präventions- und Teilhabeleistungen auf das Erfordernis eines betrieblichen Eingliederungs-

managements aufmerksam machen. Dabei kann er auch gezielt anregen, die Einleitung z.B. medizinischer Leistungen zur Rehabilitation zu prüfen beziehungsweise in Gang zu setzen. Er kann andererseits nach der Richtlinie über die Verordnung von Leistungen und die Beratung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Re-

Reha-Antrag auch bei einer Gemeinsamen Servicestelle

habilitations-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen auch selbst Leistungen zur medizinischen Reha verordnen.

Falls – wie in der Mehrzahl aller Fälle – voraussichtlich ein Rentenversicherungsträger für die Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zuständig ist, kann der behandelnde Arzt seinem Patienten raten, unabhängig vom Ordnungsverfahren nach der Rehabilitations-Richtlinie, unmittelbar bei einer gemeinsamen Servicestelle oder direkt bei einem Rentenversicherungsträger einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu stellen (vergleiche dazu im Einzelnen auch Reha-Report 1/2004).

## Nach Schenkelfraktur

# Reha-Programm für Demenzkranke

Die Patienten sind nicht einsichtig, wehren sich womöglich gar gegen Therapieversuche. Sie sind unfähig, nach einer Schenkelfraktur an einer normalen Reha teilzunehmen. Entsprechend ungünstig sind häufig die Langzeit-Prognosen bei Demenzkranken mit solchen Brüchen. Ohne Intensiv-Therapie bleiben sie bettlägerig, ihr Allgemeinzustand verschlechtert sich. Sie werden zu schweren Pflegefällen selbst bei leichterem Demenz und nach der Akutbehandlung sehr viel häufiger in ein Pflegeheim entlassen als Schenkelfraktur-Patienten mit gesunder geistiger Verfassung.

Um diese Situation zu bessern, hat die Forschungsgruppe Geriatrie unter der Leitung von Professor Elisabeth Steinhagen-Thiessen an der Berliner Charité ein spezielles Reha-Programm entwickelt. Das Ziel ist die Wiedereingliederung der Patienten in ihren Alltag und die Vermeidung vorzeitiger Pflegebedürftigkeit.

Die Forschungsgruppe Geriatrie hat bereits in der Vergangenheit Studien zum Thema geriatrische Reha präsentiert. Das Ziel etwa eines in der Tagesklinik des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin (EGZB) durch-

geführten Modellprojekts war die Verringerung der Belastung pflegender Angehöriger von Geriatrie-Patienten. So wurde eine wöchentlich stattfindende Angehörigengruppe eingerichtet, an der nach einem festgelegten Turnus alle Berufsgruppen des therapeutischen Teams beteiligt wurden. Die Mitarbeiter wurden für diese Aufgabe umfassend geschult und in ihrer Arbeit supervidiert.



Reha-Report 3

1. Diagnosestellung nach ICD-10