



## Risiken und Nebenwirkungen von Medizinischer Rehabilitation

Ein Teil des Autorenteam ist nach unseren Erkenntnissen in einer renommierten Reha-Klinik im Süden Schleswig Holsteins tätig. Es ist erstaunlich, dass sowohl ein Psychologe als auch ein Neurologe detaillierte Aussagen zu orthopädischen Problemen in der medizinischen Rehabilitation aufzeigen. Die Argumente zum Nachweis von Risiken und Nebenwirkungen

von medizinischer Rehabilitation werden vom Autorenteam durch anekdotische Evidenz gestützt, d. h., ihre Aussagen sind wahr, weil sie vom Befragten und/oder Untersucher selbst so erlebt wurden. Die medizinische Rehabilitation in Deutschland arbeitet jedoch nicht mehr auf einer oberflächlichen anekdotischen Evidenz, sondern steht auf der Basis evidenzbasierter Daten.

Diese finden sich in Form von evidenzbasierten Therapiemodulen in den Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung für viele Indikationen wieder (koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ II, Brustkrebs, Alkoholabhängigkeit, Schlaganfall).

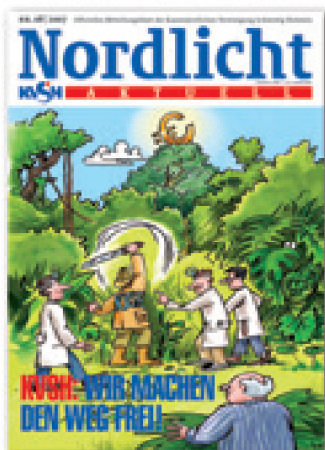
Die Erstellung der Rehabilitationsleitlinien erfolgt durch unabhängige wissenschaftliche Institute. Die Rehabilitationsleitlinien der Rentenversicherung tragen zur Verbesserung der medizinischen Rehabilitation und damit zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung chronischer Kranker

bei. Nach Aussagen der Rentenversicherung nähert sich die rehabilitative Versorgung wissenschaftlichen Standards an. Die Inhalte der evidenzbasierten Leitlinien tragen zur optimierten Umsetzung des Krankheitsfolgemodells nach ICF bei.

Dass bis zu 13 Prozent der Rehabilitanden Verschlechterungen in einzelnen Problembereichen nach Rehabilitationsmaßnahmen infolge der Reha-Maßnahme angeben, muss kritisch überprüft werden. Die Arbeitsgruppe um Koch aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf postuliert bereits 02/2002 in ihrem Abschlussbericht Ambulante und Stationäre Rehabilitation, dass Forschungsbedarf dahingehend besteht, inwieweit Verschlechterungen nach medizinischen Reha-Maßnahmen diesen selbst oder progredienten Krankheitsverläufen anzulasten sind.

Medizinische Rehabilitation wirkt. Wir stimmen mit den Autoren überein, dass jede Wirkung mit einer Nebenwirkung einhergeht. Von daher sollte sich die Reha-Forschung dem Thema „Risiken und Nebenwirkungen von Medizinischer Rehabilitation“ widmen. Hauptaugenmerk der Reha-Forschung in Deutschland muss jedoch aus unserer Sichtweise vornehmlich auf dem Aspekt „Chancen und Wirkung von Medizinischer Rehabilitation“ liegen.

DR. MATTHIAS BÖGERSHAUSEN,  
CHIRURG/ORTHOPÄDE, REHA-ZENTRUM PINNEBERG



## eGK: „Wann geht's denn nun los?“

Auf welchem Niveau wollen Sie eigentlich mit einem derartigen Artikel welche Leserschaft erreichen? Merken Sie denn nicht, dass es längst nicht nur eine querulatorische Kleingruppe der in der KVSH zwangsbemittelten niedergelassenen Ärzteschaft ist, die sich nicht zu Erfüllungsgehilfen der EDV-

Wirtschaft machen lassen und dem deutschen Daten-GAU entgegenwirken will?

Eine Werbeveranstaltung einer Krankenkasse – klar, dass diese Mitspieler im Konzert des Gesundheitswesens hier massive Interessen verfolgen – lädt ein, und Sie berichten darüber.

Nein, eine solche Art des Problemumgangs ist eines „Offizielle[n] Mitteilungsblatt[es] der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins“ nicht würdig. Wir als Ärzteschaft haben nicht den geringsten Grund, einer eGK Vorschub zu leisten. Wir Ärzte erkennen doch tagtäglich, wie unser Gemeinwesen heruntergewirtschaftet wird.

Widerstand tut Not! Wenn die derzeitige Entwicklung anhielte, lohnte sich unser Beruf bald nicht mehr. Ob eine reale Chance besteht, den Verfall wirksam aufzuhalten, weiß ich nicht. Aber dass man es versuchen muss, davon bin ich zutiefst überzeugt.

DR. MARTIN GATTERMANN,  
ALLGEMEINARZT, ST. PETER-ORDING

## Rabattverträge

Seitdem es Rabattverträge gibt, laufen unsere Patienten Sturm gegen die Verweigerung ihrer bisherigen – und auf Kassenrezept verordneten – Medikamente. Jedes zweite Mal in der Apotheke bekommen sie eine neue Schachtel mit zwar angeblich wirkstoffgleichen, aber völlig verschiedenen aussehenden Arzneimitteln! Dies ist Gift für das therapeutische Vertrauensverhältnis. Sehr oft kamen die Patienten am nächsten Tag zu mir (nach Genuss der ersten neuen Tablette) und baten um ein neues Rezept mit einem aut idem Kreuz. Um den Patienten einigermaßen effektiv therapieren zu können, sehe ich mich trotz gebetsmühlenartiger Erklärungen meinerseits genötigt, diesem Wunsch des Patienten immer öfter nachzukommen. Der größte „Knaller“ passierte mir an einem Tag sogar zweimal: Einem Hypertoniker wurde das bislang gut vertragene Cardular PP 4 mg verordnet. Die EDV des Apothekers sagte hinsichtlich der Rabattverträge: Bitte substituieren mit Doxazosin. Beide Patienten sind nach Einnahme des substituierten Mittels dann kollabiert! Warum? Es wurde rücksichtslos retardiertes gegen nichtretardiertes Doxazosin ausgetauscht, weil die EDV des Apothekers dies verlangte! Auf diese Weise gefährdet man unsere Patienten, spart bei den vielen Doppelrezepten ohne und mit aut-idem-Kreuz gar kein Geld und macht das therapeutische Verhältnis zwischen Arzt und Patient kaputt – mit Folgen für die compliance.

Wussten Sie übrigens, dass trotz Substitution durch den Apotheker der Arzt weiterhin verantwortlich bleibt, obwohl er gar nicht weiß, welches rabattierte Medikament der Patient bekommen hat? Dies hat mich doch in den letzten Tagen immer häufiger bewegt, fast schon generell aus juristischen Gründen das aut-idem-Kreuz zu setzen!

DR. NORBERT SIEBRASSE, INTERNIST,  
NEUMÜNSTER