

# Allergie + Asthma

## aktuell

1.600 m ü. M.



- **Ausgewähltes vom EACD-Symposium – „Allergologie für Pneumologen und Pädiater“**  
*PD Dr. Günter Menz*
- **„Therapeutische Intervention bei frühkindlicher Atemwegssymptomatik – Optionen und Illusionen“**  
*Dr. Hans-Joachim Mansfeld*
- **Neues Antragsverfahren für pneumologische Reha-Anträge bei der GKV**  
*Dr. Udo Kaiser*
- **Ankündigung EACD-Symposium April 2008**

# Einladung

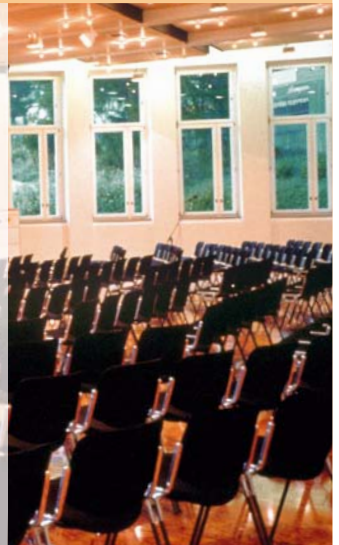
Auch im nächsten Jahr richtet das Europäische Allergie und Asthma Zentrum Davos (EACD) wieder ein **internationales Symposium** mit dem Titel „**Allergologie für Pneumologen und Pädiater**“ aus. Es wird vom **4.–6. April 2008** an der Hochgebirgsklinik stattfinden. Vorsitzender des Programmkomitees ist Prof. Dr. J. Christian Virchow, Rostock.

*Weitere Informationen zu Einzelthemen und Referenten folgen in den nächsten Ausgaben der Allergie + Asthma aktuell.*

**Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.  
Um frühzeitige Anmeldung wird gebeten.**

Für Informationen und Anmeldungen  
wenden Sie sich bitte an:  
Sekretariat EACD  
c/o Hochgebirgsklinik Davos  
Frau Heike Virchow

Herman-Burchard-Strasse 1  
CH-7265 Davos-Wolfgang  
Tel: 00 41 (0) 81 417 31 37  
Fax: 00 41 (0) 81 417 30 34  
eacd@hgk.ch



## ■ Impressum

**Herausgeber:** Hochgebirgsklinik Davos  
CH-7265 Davos • [www.hochgebirgsklinik.ch](http://www.hochgebirgsklinik.ch)  
**Servicenummer in Deutschland:** 01 80/1 46 36 44 (Ortstarif)  
**Schriftleitung:** PD Dr. med. Günter Menz  
**Redaktion und Gestaltung:** Media Concept GmbH (GPRA)  
D-47179 Duisburg • [www.mediaconcept.de](http://www.mediaconcept.de)



PD Dr. med. Günter Menz

## Editorial

Sehr verehrte **Frau Kollegin**,  
sehr geehrter **Herr Kollege**

Das 2003 von der Hochgebirgsklinik Davos und der Niederländischen Asthmaklinik Davos bzw. deren Stiftungen gemeinsam gegründete Europäische Allergie und Asthma Zentrum Davos (EACD) hat sich klinisch wissenschaftliche Forschung aber auch klinische Fortbildung auf die Fahnen geschrieben. 2005 und 2006 führte das EACD jeweils im Rahmen des traditionsreichen Kongresses „Fortschritte der Allergologie, Dermatologie, Pneumologie und Immunologie“ ein Halbtags-symposium durch.

Jetzt fand im April 2007 erstmals ein 2-Tagessymposium als „Invitational Conference“ des EACD statt. Leiter des Programmkomitees war Prof. Dr. Klaus Rabe (Leiden). Das Thema „Allergologie für Pneumologen und Pädiater“ brachte Pneumologen, Pädiater und Dermatologen aus den Niederlanden, der BRD und der Schweiz zu einer lebhaften Diskussion auf deutsch und englisch zusammen. Die „State of the Art lecture“ hielt Prof. Dr. Thomas Platts-Mills, der 2006 Präsident der American Academy of Allergy, Asthma and Immunology war. Der erfahrene klinische Allergologe wies u. a. eindrücklich auf die Bedeutung der Allergenkarrenz im Hochgebirge für die Behandlung von Asthma und Allergien hin.

In dieser Ausgabe der Allergie + Asthma aktuell werden Themen des Kongresses zusammengefasst abgehandelt.

Vom 04.–06.04.2008 wird in Davos die 2. EACD-Konferenz in ähnlichem Rahmen stattfinden (siehe auch Einladung Seite 2). Sie sind herzlich zur Teilnahme eingeladen.

Last but not least informiert Dr. Udo Kaiser über das neue Antragsverfahren für pneumologische Rehabilitationsanträge bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre.

Herzliche Grüße aus Davos

PD Dr. med. Günter Menz  
Ärztlicher Direktor

## Ausgewähltes vom EACD-Symposium 2007 – „Allergologie für Pneumologen und Pädiater“

*PD Dr. med. Günter Menz – Ärztlicher Direktor  
an der Hochgebirgsklinik Davos*

Aus dem Programm der zweitägigen Veranstaltung haben wir für dieses Heft Beiträge herausgesucht, die im Folgenden anhand der Unterlagen der Referenten dargestellt werden.

Bei den Vorträgen (Workshop) von Dr. Hans de Groot und PD Dr. Peter Schmid-Grendelmeier zur Immuntherapie und Dr. Erik van Spronsen/ PD Dr. Günter Menz über das „United Airway-Konzept“ handelt es sich um klinisch praktische Themen. Der Vortrag von PD Dr. Thomas M. Kündig behandelte eher klinisch experimentelle Themen mit dem Blick in eine mögliche Zukunft der Immuntherapie.

### Immuntherapie – ein praktischer Workshop

Die Referenten PD Dr. Schmid-Grendelmeier (Leiter der Allergiestation Universitätsspital Zürich) und Dr. Hans de Groot (Interne Genesekunde Erasmus Medisch Centrum) handelten das wichtige Thema nach dem Prinzip „Immuntherapie wann?, wann nicht? und wie?“ ab. Einige Fallbeispiele dienen zur plastischen Darstellung und Erläuterung.



Die wichtige Rolle der aktuellen Pollenprognose (Pollenbulletin) – verbreitet durch verschiedene Medien – wurden sowohl von dem Niederländer als auch dem Schweizer Referenten betont. Dies hat natürlich auch Gültigkeit für Deutschland.

Die Indikationen für die Immuntherapie sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

#### Indikationen für Immuntherapie

##### a) Relative:

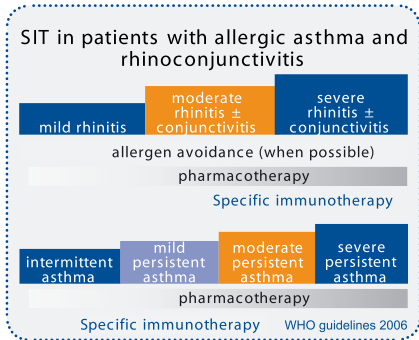
- nachgewiesene IgE vermittelte Allergie
- Baumpollen, Gräserpollen und/oder Hausstaubmilben
- registrierte, standardisierte Extrakte für die subkutane Anwendung
- Beschwerden trotz antiallergischer medikamentöser Therapie
- gute Motivation des Patienten und Compliance

##### b) Absolute:

- Hymenopteraallergie (-anaphylaxie)

Tab. 1

Die Tabelle 2 fasst die Indikationen in Bezug auf die Schweregrade von Rhinitis und Asthma zusammen, wie sie auch in den Guidelines der WHO gesehen werden (s. S. 5).



Tab. 2

Die Evidenzlage für die subkutane Immuntherapie ist I a und I b für die Wirksamkeit bei Rhinokonjunktivitis und Asthma. Die Wirksamkeit ist lang anhaltend (> 10 Jahre nach Therapieende). Immuntherapie wirkt präventiv gegenüber Neusensibilisierungen und präventiv in Hinsicht auf die Asthmaentwicklung bei Kindern. Die Wirksamkeit bei Hymenopteraallergien liegt bei über 85%.

### Wann keine Immuntherapie?

Die Referenten sahen von der Erkrankungsseite als Kontraindikation an:

Leichte Erkrankung, Polysensibilisierung und/oder unspezifische Irritation, das mittelgradige/schwergradige atopische Ekzem, derzeit noch die Nahrungsmittelallergien (hier evtl. in Zukunft sublinguale Immuntherapie) und die Anwendung nicht standardisierter Extrakte.

Von Patientenseite sind Kontraindikationen: schlechte Compliance, schwergradiges Asthma, Urtikaria, Anwendung von Beta-Blockern (auch Augentropfen), Komorbiditäten, Schwangerschaft (für die Einleitung der Immuntherapie) und Laktation.

Die Sicherheit der Immuntherapie wurde eingehend anhand einer Literaturübersicht der Jahre

2000–2005 besprochen. In den verschiedenen Übersichten wurden für die subkutane Immuntherapie (SCIT) zwischen 2% und 5,2% an systemischen Reaktionen bei den Patienten gesehen. Darunter sind sicher auch fehlerhafte Dosierungsschritte verborgen.

Bei der sublingualen Immuntherapie (SLIT) sind Fälle schwerer Lokalreaktionen (Holländische Übersicht LAREB) und ein Fall von Anaphylaxie (Dunsky 2006) gesehen worden.

Bei richtiger Anwendung durch einen erfahrenen Spezialisten und bei Beobachtung des Patienten nach der Applikation sind SCIT und SLIT ein Verfahren mit hoher Sicherheit für den Patienten.

Die zunehmende Zahl von Haustieren in West-/Mitteleuropa wird für Allergiker problematisch. In den Niederlanden sind in 27% der Haushalte eine oder mehrere Katzen, in 21% Hunde, Vögel bei 9%, Kaninchen bei 9%. „Hypoallergene“ Katzen (s. Foto) und Hunde sind sicher kein Ausweg. Die sublinguale Immuntherapie wurde im Rahmen des Workshops ebenfalls eingehend diskutiert. Zwischen 2000 und 2007 wurden 21 randomisierte kontrollierte Studien publiziert, mit positiven und negativen Resultaten.

Eine Metaanalyse (Wilson 2005) sah eher positive Resultate bei Erwachsenen während die Situation bei Kindern nicht einheitlich war. Eine neue Metaanalyse zum Thema wird noch im Jahr 2007 in „Paediatric Allergy and Immunology“ erscheinen. Auch berichtete De Groot von einer kürzlich unter seiner Mitwirkung durchgeführten und im April 2007 publizierten Studie über die Wirksamkeit von SLIT mit Gräserpollenallergenen bei Kindern und Jugendlichen (E. Röder et



al. J Allergy Clin Immunol April 2007). Er fasst die Ergebnisse prägnant zusammen: die SCIT war sicher, die Compliance war gut, die SLIT war nicht effektiv.

**„Take home message“ spezifische Immuntherapie**

In Fällen mittelgradiger bis schwerer Allergie ist die SCIT indiziert und effektiv (Evidenz I a, I b). Die SCIT sollte in der Arztpraxis und durch einen erfahrenen Arzt durchgeführt werden, da wegen einer möglichen systemischen Reaktion eine Beobachtung des Patienten nach Applikation unbedingt notwendig ist. Zu den Kontraindikationen zählen schweres Asthma, schwere bronchiale Hyperreagibilität, allergische Polysensibilisierung, schlechte Motivation und Compliance des Patienten. Die Indikationen für SLIT und die Wirksamkeit sind noch unübersichtlich.

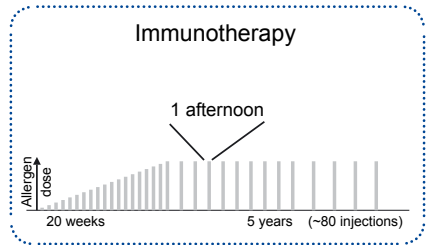
**Immunomodulatory interventions in allergic disease**

PD Dr. Thomas M. Kündig – Abteilung Experimentelle Immunotherapie, Universitätsspital Zürich

Neue Möglichkeiten der spezifischen Immuntherapie standen im Mittelpunkt des Vortrages von PD Dr. Kündig, Zürich.

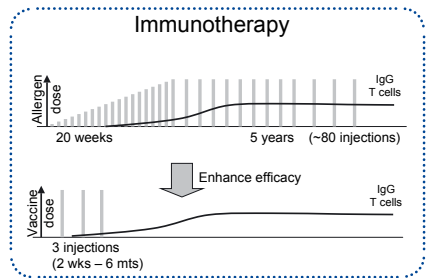
Die klassische spezifische Immuntherapie mit subkutaner Verabreichung des Allergens und vorsichtiger Dosissteigerung ist zeitaufwendig und von langer Dauer. Auch für den Patienten ist der Zeitaufwand relativ groß, muss er doch jeweils etwa einen halben Tag für einen Termin reservieren. (Siehe Abb. 1)

Mittels Verabreichung des Allergens in einen Lymphknoten konnte Kündig die Immuntherapie auf drei Injektionen begrenzen und trotzdem eine hohe Wirksamkeit und Sicherheit erzielen. (Siehe Abb. 2–3/S. 6–7)



(Kündig) Abb. 1

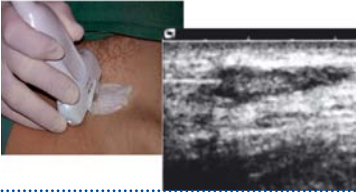
Diese Methode wurde von Kündig und Mitarbeitern bereits bei Hymenopteraallergie und in einer Studie bei 154 Patienten („Pollen Study“) mit Pollenallergien verwendet. Im Weiteren berichtete der Referent über die Möglichkeiten



(Kündig) Abb. 2

einer Immuntherapie mit Anwendung rekombinanter Allergene, z.B. mit dem Haupt-Katzenallergen Fel d1. Es gibt auch neue Möglichkeiten die Antigenpräsentation zu verstärken, was zu deutlich vermehrter Interferon-Gamma und Interleukin-10 Produktion im Organismus führte.

### Injection into Lymph Nodes



(Kündig) Abb. 3

Pathogene Organismen (Viren, Bakterien) sind optimale Stimuli des Immunsystems. Durch Konstruktion von „Virus-like particles“ und Kombination mit dem Allergen (Particulate allergen) sind weitere neue Formen der Immuntherapie denkbar.

Tabelle 1 stellt die Möglichkeiten der experimentellen Immunotherapie heute dar.

### Immunotherapy

Subcutaneous	Targeting of lymph node
Allergen extract	Recombinant allergens Targeting of MHC Class II
Alum	TLR 2, 3, 9 ligands
Soluble Form	Particulate allergens Particulate adjuvants

Tab. 1

### Fazit für den Kliniker

Ein insgesamt sehr interessantes Gebiet. Die Verfahren eignen sich jedoch noch nicht für den klinischen Alltag.

## "United Airway Concept" – Das Konzept von der Verbindung der oberen und unteren Atemwege

Dr. Erik van Spronsen – *Academisch Medisch Centrum, Afdeling KNO, Amsterdam*

Im Vortrag von Dr. van Spronsen, aber auch im gemeinsam mit PD Dr. Menz durchgeführten praktischen Workshop wurden die Fakten, die für ein Konzept der gemeinsamen Bedeutung

der oberen und unteren Atemwege im Sinne der wechselseitigen Beeinflussung bei Rhinitis, Sinusitis und Asthma sprechen, angeführt und diskutiert.

Corren et al. (J Allergy Clin Immunol 1997) hatte bereits Mechanismen der Interaktion von Nase und Lunge beschrieben. Dazu gehören der naso-bronchiale Reflex, die reduzierte Fähigkeit der kranken Nase zur Anwärmung der Luft (reduced air conditioning) als auch die Aspiration von nasaler Flüssigkeit (post nasal drip) und dadurch die systemische inflammatorische Antwort in beiden Etagen. Eine nasale Allergenprovokation resultiert in Steigerung der bronchialen Hyperreagibilität (manchmal auch bronchialer, obstruktiver Symptomatik) (Braunstahl et al., J Allergy Clin Immunol 2001). Umgekehrt kann eine segmentale bronchiale Allergenprovokation zu einer nasalen (allergischen) Inflammation führen (Braunstahl et al., Am J Respir Crit Care Med 2000).

Aus diesen und anderen Provokationsuntersuchungen in beiden Etagen darf man folgern:

- Allergische Rhinitis und Asthma sind eng miteinander verbundene Krankheiten.
- Allergische Rhinitis und Asthma sind keine begrenzt lokalisierten Krankheiten.
- Das Konzept der „United Airways“ schließt das Knochenmark und das Blutkompartiment mit ein.

### Fazit:

- Patienten mit persistierender Rhinitis sollten auf Asthma untersucht werden.
- Patienten mit persistierendem Asthma sollten auf Rhinitis und Sinusitis untersucht werden.
- Die Therapiestrategie sollte immer eine Kombinationsbehandlung der oberen und unteren Atemwege sein.



ge obstruktiven Episoden und klinisch nahezu identischer Symptomatik.

Beide somit klinisch ähnlich imponierenden Symptomkomplexe sprechen auf die heute gängige Therapie mit inhalativen Steroiden (ICS) in der Regel gut an. Die aktuelle Wirksamkeit erwähnter antiinflammatorischer Behandlung zur Beeinflussung obstruktiver Symptome und infektinduzierter Schleimhautinflammation ist unbestritten. Höchsten unterschiedliche Ansichten bestehen jedoch über die Langzeitwirkung sowie vor allem über die Effizienz hinsichtlich Prävention eines progredienten und sich im Erkrankungsverlauf chronifizierenden asthmatischen Atemwegsleidens.

Zu Recht gilt die „rezidivierende obstruktive Bronchitis“ als eine typische Erkrankung des Kleinkindesalters vom 1.–4. Lebensjahr mit in der Regel günstiger Prognose: in etwa 2/3 der Fälle kommt es mit zunehmendem Alter zu spontaner Symptomabnahme und häufig dauerhafter Ausheilung – dies auch ohne ICS-Therapie. Somit könnte sich aus guten Gründen eine Beschränkung der Behandlung rezidivierender obstruktiver Bronchitiden auf temporäre broncholytische und sekretolytische symptomatische Therapie vertreten lassen. Andererseits besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass eine frühzeitig einsetzende und längerfristig konsequent durchzuführende antiinflammatorische Therapie mit ICS bei beginnendem Asthma bronchiale eine wesentliche Voraussetzung für die Verhinderung weiterer Progredienz und die Entwicklung bzw. Limitierung späterer Lungenfunktionsverluste darstellt.

Somit können bereits im Vorschulalter für die Auslösung identischer bzw. sehr ähnlicher klinischer Atemwegssymptome drei Phänotypen definiert werden, welche aufgrund höchst unterschiedlicher Spontanprognose differentes therapeutisches Procedere verlangen, um sowohl eine

## Phänotypen obstruktiver Atemwegserkrankungen im Kleinkindesalter

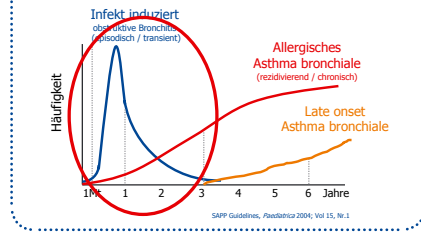


Abb. 1

therapeutische Über- als auch Unterversorgung zu vermeiden:

**1.** Rezidivierende obstruktive/spastische/asthmoide Bronchitis bei Kindern bis zu 3, höchstens 4 Jahren. Keine atopische Familien- oder Eigenanamnese, keine frühkindliche Ekzemsymptomatik, normale Lungenfunktionsverhältnisse. Günstige Prognose bei bedarfsorientierter symptomatischer Therapie. Kein Indikator für Asthma bronchiale.

**2.** Rezidivierende obstruktive/spastische/asthmoide Bronchitis persistierend über das 3/4. Lebensjahr hinaus. Keine atopische Familien- oder Eigenanamnese, anamnestisch häufig Hinweise auf schwere (RSV) frühkindliche Virusinfektionen der unteren Atemwege. Auch über das Schulalter hinaus Auslösung bronchialer Obstruktion durch virale Atemwegsinfekte.

Trotz im infektfreien Intervall in der Regel subjektiver Symptomfreiheit häufig Nachweis bronchialer Hyperreagibilität sowie Belastungsdyspnoe. Häufig nichtallergisches Asthma bronchiale im Erwachsenenalter.

**3.** Obstruktive Bronchitiden als Beginn eines persistierenden – und häufig progredienten – allergischen Asthma mit atopischer Diathese in Familien- und Eigenanamnese. Bereits im Kleinkindesalter eingeschränkte Lungenfunktion sowie bronchiale Hyperreagibilität. Allergologisch häufig – jedoch nicht zwingend – erhöhtes Gesamt-IgE sowie erste Sensibilisierungen gegen nutritive oder aerogene Allergene nachweisbar.

### **Asthma beginnt mit Husten und Dyspnoe im Kindesalter – aber nicht jedes hustende und giemende Kind hat bzw. bekommt Asthma**

Welche Kriterien erlauben eine für die langfristige Therapieplanung ausreichend verlässliche Differenzierung zwischen ersten Symptomen von Asthma bronchiale sowie passagerer obstruktiver Bronchitis?

1. Familiäre atopische Diathese
2. Atopische Eigenanamnese (z. B. frühkindliches atopisches Ekzem)
3. Bronchiale Hyperreagibilität bzw. pathologische Lungenfunktion im symptomfreien Intervall
4. Kutane Allergietests, Gesamt-IgE, spezifisches IgE. Nachweis bronchialer Hyperreagibilität und somit chronischer Schleimhautinflammation im symptomfreien Intervall durch z. B. exhalierendes NO, Methacholinprovokation

Die wichtigsten Unterscheidungskriterien zwischen erwähnten Phänotypen dürften auf einer subtilen und regelmäßigen lungenfunktionellen Diagnostik zwischen den infektinduzierten obstruktiven Episoden und – im „symptomfreien“ Intervall – wesentlichen Lungenfunktionsparametern sowie bronchialer Hyperreagibilität und jährlicher Neubeurteilung der allergologischen Situation beruhen.

### **Konsequenzen**

Offenbar bestehen unterschiedliche Phänotypen frühkindlicher und späterer bronchialer Obstruktion. Diese sind bereits in früher Kindheit

weitgehend determiniert hinsichtlich Dauer und Schwere eines sich entwickelnden Asthma bronchiale sowie Veränderungen der Lungenfunktionsparameter.

Bei rezidivierender obstruktiver Bronchitis kann die bedarfsorientierte Applikation von ICS infektinduzierte Episoden in Intensität, Dauer und Obstruktion günstig beeinflussen. Da zwischen den infektinduzierten Episoden jedoch in der Regel keine eosinophile Schleimhautinflammation besteht, ist eine regelmäßig langfristige ICS-Therapie bei ausschließlich viral induzierter Obstruktion nicht effizient. Der Effekt intermittierender Gabe von Montelukast ist unsicher.

Bei frühkindlichem leichten bis mäßigen Asthma bronchiale bei atopischen Kleinkindern kann die frühe therapeutische Intervention mit ICS die Entwicklung von Lungenfunktionsverlusten verhindern, die bronchiale Hyperreagibilität reduzieren, eine bessere Asthmakontrolle mit längeren symptomfreien Phasen und weniger Gebrauch von  $\beta$ -2-Sympatikomimetika und somit höhere Lebensqualität erlauben – dies ist jedoch bisher nur während der Behandlungsdauer eindeutig evaluiert. Die kontinuierliche Auswertung von Langzeitstudien ergibt keine Hinweise auf Änderungen asthmatischer Symptomatik sowie Entwicklung pathologischer Lungenfunktionsverhältnisse während behandlungsfreier Phasen. So erscheint die erhoffte und erwartete langfristig anhaltend günstige Beeinflussung eines sich entwickelnden frühkindlichen Asthma bronchiale nach Beendigung einer zeitlich begrenzten Therapie mit ICS diskussionswürdig.

# Neues Antragsverfahren für pneumologische Reha-Anträge bei der GKV

*Dr. phil. Udo Kaiser*

## *Psychosoziale Rehabilitation*

Das allgemeine Ziel der medizinischen Rehabilitation i. S. der GKV ist es, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Ausgehend vom biopsychosozialen Krankheitsmodell (ICF der WHO) sollen durch die medizinische Rehabilitation dauerhafte alltagsrelevante Einschränkungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) oder drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen in der sozialen Teilhabe als Folge einer Schädigung vermieden, beseitigt bzw. vermindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden. Sind Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen nicht mehr ausreichend beeinflussbar, so gilt es, den Versicherten zu befähigen, mit diesen im Alltag zu leben, d.h. ihm eine möglichst selbständige Lebensführung zu ermöglichen. Insofern besteht auch bei drohender bzw. bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit die Indikation zur Rehabilitation, sofern Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sind.

Für die positive Begutachtung durch den MDK sind die folgenden vier Schlüsselkriterien entscheidend, wobei die Prüfkriterien aus dem Antrag schlüssig hervorgehen müssen, damit dieser nicht aus formalen Gründen abgelehnt wird:

**1. Rehabilitationsbedürftigkeit** besteht, wenn als Folge der Erkrankung eine anhaltende alltagsrelevante Fähigkeitsstörung vorliegt, eine Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe droht bzw. vor-

liegt oder die Notwendigkeit einer „komplexen, interdisziplinären Versorgung“ besteht.

*Eine Fähigkeitsstörung (Störung der Aktivitäten)* ist jede Einschränkung bzw. Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten in der Art und Weise oder dem Umfang auszuführen, die für einen Menschen als normal (für seinen persönlichen Lebenskontext als typisch) angesehen werden.

*Eine Beeinträchtigung in der sozialen Teilhabe* ist eine sich aus einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung ergebende Benachteiligung einer betroffenen Person, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die (abhängig von Geschlecht, Lebensalter sowie sozialen und kulturellen Faktoren) für diese Person normal ist.

*Notwendigkeit einer „komplexen, interdisziplinären Versorgung“:* Reicht eine Krankenbehandlung nicht aus, ist die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen zu prüfen. Aus dem Antrag sollte die Notwendigkeit einer komplexen Reha-Maßnahme hervorgehen (z.B. „Notwendigkeit einer umfassenden verhaltensmedizinisch fundierten Schulung mit Hilfen zur Krankheitsverarbeitung

## **Organisationshilfen**

- *Fragebogen zu Beeinträchtigungen und zu Rehazielen vom Patienten ausfüllen lassen*
- *Unterstützung durch Arzthelferin*
- *Korrektur lesen und vom Patienten verbessern lassen*
- *Vorbereitung von Muster 61 (Verordnung der Reha) vorbereiten lassen (in Turbomed-Praxisprogramm hinterlegt)*
- *Endkontrolle durch den Arzt und Ausdruck (3–5 Minuten)*
- *Falls Krankenkasse eigenes und leicht verändertes Formular zusendet (z.B. TK) – Blanko-Muster 61 vorhalten und zurücksenden*

und -akzeptanz bei gleichzeitiger Notwendigkeit einer umfassenden Atemphysiotherapie oder Trainingstherapie“, da die vorhandenen ambulanten Möglichkeiten, z.B. ambulante Schulung, ambulante KG oder Lungensport ausgeschöpft sind).

## 2. Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

## 3. Positive Rehabilitationsprognose

Medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und des Kompensationspotenzials (Rückbildungsfähigkeit) unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen (Rehabilitationspotenzial) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme in einem notwendigen Zeitraum.

## 4. Formulierung realistischer Rehabilitationsziele (Beispiele)

- Somatische Therapieziele: Reduktion von Husten, Auswurf und Atemnot, Besserung der Sekretmobilisation, Besserung der Ventilationsstörung
- Funktionsbezogene Therapieziele: Verbesserung der Selbstversorgung, Verbesserung der Fähigkeit Treppen zu steigen, Verlängerung der Gehstrecke
- Psychosoziale Therapieziele: Verminderung von Ängstlichkeit oder Depressivität, Optimierung der Krankheitsbewältigung, Verbesserung der beruflichen und sozialen Integration.
- Edukative Therapieziele: Beherrschen von Not-

## Qualifikation des Vertragsarztes

- Gebietsbezeichnung „*Physikalische und Rehabilitative Medizin*“ oder
- Zusatzbezeichnung „*Sozialmedizin*“ oder „*Rehabilitationswesen*“ oder fakultative Weiterbildung „*Klinische Geriatrie*“ oder
- *mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung oder*
- *mindestens 20 Reha-Gutachten auch für andere Sozialleistungsträger (Rentenversicherung) oder*
- *anerkannte Fortbildung von 8 bzw. 16 Stunden: Handhabung der Richtlinien, Grundlagen der ICF, Inhalte der verordnungsfähigen Leistungen der Rehabilitation (nach Curriculum der KBV und der Spitzenverbände der Krankenversicherungen)*
- *Übergangsfrist bis 1. April 2007*

fallstrategien, Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit, Beherrschen von Techniken und Strategien zum Abbau von Risikoverhalten, Verbesserung der Medikamentencompliance.

## Verordnungen von Rehabilitationsleistungen

mit dem Kostenträger GKV können seit dem 01.04.2007 nur noch durch hierfür qualifizierte Reha-Vertragsärzte erfolgen. Sie erfolgt in zwei Stufen:

- Abklärung der genannten Kriterien und Ausfüllen des grünen Musters 60 „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation“
- Kasse prüft die Kriterien und die Zuständigkeit und sendet die eigentliche Verordnung (Formular M61) an Pneumologen oder Patienten

**Vergütung:** Diese „Verordnung“ kann lukrativ abgerechnet werden. Im EBM 2000+ mit Ziffer 01611 = 810 Punkte. Bei einem fixen Punktwert von 5 €-Cent sind dies 40,50 €. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär!

**Ausführliche Informationen zur Antragstellung für die GKV und DRV** stehen zum Download unter [www.hochgebirgsklinik.ch](http://www.hochgebirgsklinik.ch) für Sie bereit. In Zusammenarbeit mit dem Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation (ISPR) bieten wir fortlaufend von der KV-Bayern zertifizierte Kurse (20 Fortbildungspunkte) zum Reha-Vertragsarzt an. **Die genauen Termine finden Sie unter [www.ispr.biz](http://www.ispr.biz) oder [www.hochgebirgsklinik.ch](http://www.hochgebirgsklinik.ch).**