



AWMF-Register Nr.	013/083	Klasse:	S1
--------------------------	----------------	----------------	-----------

Interdisziplinäre S1-Leitlinie: Stationäre Dermatologische Rehabilitation (Langfassung)

ICD-10: L00 - L99, F45 - F54 sowie C43 - C44

Inhaltsverzeichnis

1	Diagnosen, Indikationsstellung und Voraussetzung für die Rehabilitation von Hauterkrankungen.....	3
1.1	Abgrenzung der Rehabilitation von anderen medizinischen Versorgungsbereichen und Implementierung der ICF-Klassifikation	3
1.2	Krankheitsbegriff in der Rehabilitation von Erkrankungen der Haut	4
1.3	Diagnosen für eine dermatologische Rehabilitation	6
1.4	Indikationsstellung für die Rehabilitation von Erkrankungen der Haut.....	9
1.4.1	Rehabilitationsbedürftigkeit.....	9
1.4.2	Rehabilitationsfähigkeit	11
1.4.3	Rehabilitationsziele	11
1.4.4	Rehabilitationsprognose	11
1.4.5	Zugangsmodalitäten zur Rehabilitation	11
1.4.6	Behindertenrechtskonvention (UN)	12
1.5	Voraussetzungen für die stationäre dermatologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.....	13
1.6	Besonderheiten in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	13
2	Rehabilitationsziele und -maßnahmen bei Hauterkrankungen in deutschen Rehabilitationskliniken.....	14
2.1	Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion	15
2.1.1	Phototherapie und Balneo-Photo-Therapie	18
2.1.2	Krankengymnastik, Ergotherapie und Rehabilitationssport	18
2.1.3	Fortsetzung oder Beginn der systemischen Therapie.....	18
2.1.4	Klimatherapie	19
2.2	Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der psychologischen Beeinträchtigung, Aktivität und der Teilhabe	19
2.2.1	Bewältigung der Beeinträchtigungen psychologischer Funktionen.....	19
2.2.2	Bewältigung der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe	20
2.3	Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Kontextfaktoren	21
2.4	Edukative Rehabilitationsziele und -maßnahmen	22
2.4.1	Edukative Maßnahmen bei der Rehabilitation von Kindern.....	24
2.4.2	Edukative Maßnahmen durch Sozialarbeiter in der Rehabilitation	24

3	Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung und Durchführung der Rehabilitation	26
3.1	Personelle Ausstattung.....	26
3.1.1	Ärztliche Leitung und Verantwortung.....	26
3.1.2	Rehabilitations-Team.....	26
3.1.3	Personalbesetzung bei der Rehabilitation von Kindern.....	27
3.1.4	Personalbesetzung einer somatisch-dermatologischen Reha	27
3.2	Rehabilitationsplan.....	28
3.3	Rehabilitationselemente.....	28
3.4	Diagnostik, räumliche und apparative Ausstattung	28
3.4.1	Unterbringung von Kindern bei der Rehabilitation	29
3.5	Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme	29
3.6	Verlängerungskriterien der Rehabilitationsmaßnahme	29
3.7	Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme	30
4	Sicherung der Prozessqualität in der stationären dermatologischen Rehabilitation.....	30
4.1	Vorschläge zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären dermatologischen Rehabilitation.....	31
4.1.1	Qualitätsscreening.....	31
4.1.2	Qualitätszirkel.....	31
4.1.3	Ausblick.....	31
5	Literatur.....	32
6	Verfahren zur Konsensbildung	37

1 Diagnosen, Indikationsstellung und Voraussetzung für die Rehabilitation von Hauterkrankungen

1.1 Abgrenzung der Rehabilitation von anderen medizinischen Versorgungssektoren und Implementierung der ICF-Klassifikation (International classification of functioning, disability and health)

Das Gesundheitssystem besteht aus mehreren Versorgungssektoren; einerseits ambulant, andererseits stationär, aber auch „präventiv“, „kurativ“ und „rehabilitativ“. Die kurative Versorgung (ambulant und akut-stationär) im Sinne des SGB V ist zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit oder einer Schädigung der Gesundheit und hat eine Heilung bzw. Remission oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenzen eine Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Leiden und auch Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen zum Ziel. Somit ist die kurative Versorgung kausal orientiert und ihr konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das biomedizinische Krankheitsmodell und die ICD-Klassifikation (*International Statistical Classification of Diseases*) (1–3).

Ergänzend zur kurativen Versorgung versteht die medizinische Rehabilitation Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineingreifens physiologischer, psychologischer und sozialer Vorgänge. Grundlage dafür ist das biopsychosoziale Modell von funktionaler Gesundheit, das sich nach der internationalen WHO-Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-Klassifikation) richtet (1–3). Abzugrenzen von dem Begriff der medizinischen Rehabilitation ist die *sekundär präventive medizinische Vorsorgeleistung*. Diese auch als sekundäre Prävention bezeichnete Maßnahme zielt mittels Frühdiagnostik und Frühtherapie darauf ab, das Fortschreiten des Krankheits-Prozesses zu verhindern bzw. dessen Umkehr zu bewirken sowie Beschwerden zu verringern. Damit unterscheidet sich die medizinische Vorsorgeleistung von der medizinischen Rehabilitation durch das Fehlen von alltagsrelevanten, nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe, die die maßgeblichen Indikationskriterien für die Rehabilitationsbedürftigkeit bilden (1,4).

Seit dem Jahre 2004 ist die Implementierung der ICF-Klassifikation in der Rehabilitationsrichtlinie vorgeschrieben (5). Im 9. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - wurden wesentliche Aspekte der ICF-Nomenklatur unter Berücksichtigung der in Deutschland historisch gewachsenen Besonderheiten aufgenommen. Auch die gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) für die Durchführung von Begutachtungen beruht auf der Grundlage der ICF (7).

Die ICF kann generell in zwei Varianten Anwendung finden: einerseits ist nach der ICF eine standardisierte Codierung von festgestellten Beeinträchtigungen, respektive Schädigungen möglich, wobei – analog zur ICD-Codierung von Krankheiten – jeder Schädigung ein 5-stelliger Nummern-Code zugeordnet wird (8). Die Endfassung wurde 2005 veröffentlicht (9).

Sie wird allerdings bisher in der klinischen Arbeit nicht genutzt. Demgegenüber werden mit Hilfe der ICF-Begrifflichkeiten Standards im Rahmen der Rehabilitation etabliert und sukzessive von den Rehabilitationseinrichtungen unter Berücksichtigung der aktuellen Rehabilitationsrichtlinie umgesetzt. Aus der Sicht des Rehabilitationsteams wird durch die Philosophie und Struktur der ICF-Nomenklatur eine Systematisierung des rehabilitativen Denkens erreicht (10).

Die Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF kann die Diagnostik, die Therapieplanung, die Zielsetzung und die Evaluation im Rehabilitationsprozess präzisieren und

damit die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure während und nach der Rehabilitation erleichtern. Dies unterstützt den patientenzentrierten rehabilitativen Ansatz.

1.2 Krankheitsbegriff in der Rehabilitation von Erkrankungen der Haut

Nach den Begrifflichkeiten der ICF gilt eine Person als funktional gesund, wenn (8,10,11)

vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (*Konzept der Kontextfaktoren*)

- ihre körperlichen Funktionen (*einschließlich des geistigen und seelischen Bereiches*) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten statistischen Normen entsprechen (*Konzepte der Körperfunktion und Strukturen*),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (*Gesundheitsproblem im Sinne der ICD-Verschlüsselungen von Erkrankungen*) erwartet wird (*Konzept der Aktivitäten*),
- und sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktion oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (*Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen*).

Eine modifizierte Übersicht über die ICF-Begrifflichkeiten bei dermatologischen Erkrankungen ist in der **Tabelle 1** dargestellt.

Tabelle 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF bei Hauterkrankungen.

Beeinträchtigungen der Körperstrukturen inkl. ICF-Code

- Hautläsionen oder -veränderungen am Integument (s810)
 - an sichtbaren und nicht-sichtbaren Bereichen
- – an Hautanhangsgebilden, Nägeln, Haaren (s820, s830, s840)
- Gelenkdeformitäten oder –veränderungen (s7--)
 - z. B. bei Begleit-Arthritis
- Beeinträchtigung der Geschlechtsorgane (s630)
- Beeinträchtigungen der Körperfunktion
- auf die Haut bezogene Empfindungen
 - Juckreiz (b279)
 - Schmerzen (b280)
- Einschränkung des Tastsinnes (b265)
- Beeinträchtigte Barrierefunktion der Haut (b810)
 - immunologische Dysfunktion, z. B. Allergisierung (b820)
- Beeinträchtigung der Kontaktfunktion der Haut (b830)
- Beeinträchtigung der Beweglichkeit (b710)
 - durch großflächige oder schmerzhaftige Hautveränderungen
 - durch Gewebsverluste
 - durch Ulzera
 - nach operativen Eingriffen
 - durch Narbenstrikturen
 - an Extremitäten, Rumpf und Gelenke
- Greiffunktion der Hände (durch Rhagaden, Gelenkveränderungen, Blasenbildung, Strikturen, Vernarbungen (b710))
- Gehfähigkeit (durch Rhagaden, Gelenkveränderungen (b710))
- Schlafstörungen insbesondere bei Pruritus oder Grübeleien (b134)
- Veränderungen der Wahrnehmung (b122)
- Beeinträchtigung der sexuellen Funktionen (b640)

**Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe
(siehe kommunikative Fähigkeiten)**

- Stigmatisierungsängste (d349)
- Rückzug aus Gemeinschaftsleben
- Verminderung der Gebrauchsfähigkeit der Hände durch Hautläsionen oder Gelenkveränderungen (d440, d445)
- Verminderung der Gebrauchsfähigkeit der Füße (Gehfähigkeit, Wegefähigkeit, Beweglichkeit eingeschränkt) (d450)
- Verminderung der Mobilität und Beweglichkeit z. B. durch Kontrakturen, Narben, Lichenifikation, Rhagaden, Sklerose, Ulzera, Gewebsverluste (d899)
- Behinderung bei beruflichen und privaten Aufgaben (d910)
 - Stigmatisierungserleben (d729)
 - bei zeitraubender Pflege der Haut (d899)
 - häufige Arztbesuche durch Therapie und Befundkontrolle (d799, d899)
- Einschränkungen, die tägliche Routine durchzuführen (d899)
- Einschränkungen in den kommunikativen- und interaktiven Fähigkeiten (d335, d349)
- Einschränkungen in der Selbstversorgung (besonders Körperhygiene) (d599)
 - auf fremde Hilfe durch Personen oder Hilfsmittel angewiesen
- Rückzug aus Aktivitäten in Beruf und Freizeit (d729, d859)
 - durch Hauterscheinungen in sichtbaren Arealen
 - durch unangenehmen Körpergeruch aufgrund der Erkrankung
- Einschränkungen in der körperlichen Unabhängigkeit: (d8--, d9--)
 - Notwendigkeit zu häufigen Arztbesuchen z. B. im Rahmen einer Phototherapie
 - Notwendigkeit zum täglichen Eincremen der Haut, um die Schutzfunktion der Hornschicht zu unterstützen (d520)
 - Probleme bei Haushaltsführung, z.B. Reinigungstätigkeiten (d640)
 - im beruflichen Bereich in Hinblick auf die Geh- und Wegefähigkeit
 - durch Arbeitsplatzbedingungen, insbesondere Exposition gegenüber hautbelastenden Substanzen (d845)

Personbezogene Kontextfaktoren (nicht im ICF klassifiziert)

- Motivation
 -„mit den Hautläsionen umzugehen“
- Dystress privat und beruflich durch intra- und interpsychische Konflikte
 - beispielsweise in Partnerschaft oder am Arbeitsplatz (z. B. Mobbing)
- Kontaktfähigkeit
 - Vermeiden von Treffen mit Kollegen und Freunden, da Angst vor Stigmatisierung durch Hautläsionen, Einschränkung durch Diäten, Alkoholverbot bei systemischen Therapien
- intellektuelle-emotionale-soziale Begabungen
 - eigene Verarbeitung und Aufnahme von Informationen zur Erkrankung
- so genannte widerstandsfähige Persönlichkeit (Resilienz)
 - mit einer Störung umgehen können, zur Selbstregulation fähig sein, unbeschadet weiter leben zu können
- Lebensführung
 - Übergewicht versus Idealgewicht
 - Alkohol- und Nikotinkonsum
- Begleiterkrankungen
 - z. B. Hypertonus, Adipositas, Diabetes mellitus, Depression, Schlafapnoe

- Triggerfaktoren
 - Infekte, Alkohol, Medikamente u. a. m.
- Atopische Disposition, Alter, Hauttyp

Umweltbezogene Kontextfaktoren

- Klimaschwankungen (e225)
 - heiße Umgebung> Schwitzen> z. B. Verschlechterung der Hauterkrankung
- Arbeitsplatzbedingungen (e260)
 - Feuchtarbeit
 - mechanische Belastung
 - trockener und sauberer Arbeitsplatz
- Hindernisse im privaten und beruflichen Umfeld (e120)
 - Treppensteigen
 - fehlende Mittel zur Mobilität
 - lange Wegestrecken zur Arbeit
- Unzureichende dermatologische Versorgung, z.B. Balneophototherapie, mit langen Wegen und Wartezeiten (e355, e580)
- Unzureichende Kostenübernahme der Pflege als Grundtherapie (e580)
- verminderte soziale Unterstützung: tragfähige oder belastende psychosoziale Umwelt (e4xx)
 - Nachbarn, Freunde und Bekannte, Arbeitskollegen, Sportverein
 - persönliche Kontakte

1.3 Diagnosen für eine dermatologische Rehabilitation

In **Tabelle 2** sind die Erkrankungen zusammengefasst, die in deutschen Rehabilitationskliniken behandelt werden können. Für einen Teil dieser Erkrankungen liegen bereits Leitlinien oder Empfehlungen zur dermatologischen Rehabilitation vor (12 -15). Alle dort aufgeführten Hauterkrankungen sind dadurch charakterisiert, dass die Patienten die Beeinträchtigungen der Körperstruktur und Körperfunktion ständig wahrnehmen. Von besonderer Bedeutung ist das Stigmatisierungsempfinden durch Beeinträchtigung der Körperstrukturen des Kontaktorgans Haut an sichtbaren Körperstellen (16 – 19). Darüber hinaus führt die Diagnosestellung einer chronischen Hauterkrankung oder einer bösartigen Neubildung der Haut bei vielen Patienten zu einer psychischen Belastung, oft verstärkt aufgrund negativer Reaktionen ihres sozialen Umfeldes (20 21). Dadurch liegt bei stärker ausgeprägten chronischen Hauterkrankungen eine nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe vor. In der Rehabilitation liegt ein Schwerpunkt der Behandlung auf dem besseren Umgang der Patienten mit ihrer Hauterkrankung, z. B. stadiengerechte Basistherapie, aber auch Förderung der Integration in Alltag und Beruf durch Bearbeitung von Stigmatisierungsgefühlen und sozialem Rückzug.

Tab. 2: Übersicht über die häufigsten Krankheiten der Haut und deren Rehabilitation sowie therapierbare Nebenerkrankungen [mit ICD-Ziffern].**Haupterkrankungen und Unterformen der Erkrankungen****Psoriasis [L40.-]**

- Psoriasis vulgaris [L40.0]
- Psoriasisarthritis [L40.5+ & M07.3*]
- Psoriasis pustulosa palmoplantaris [L40.3]
- Psoriasis pustulosa generalisata, [L40.1]
- Psoriasis palmoplantaris [L40.8]
- Psoriasis intertriginosa [L40.9]
- mit Alopezie einhergehende Psoriasis capillitii [L40.8]
- psoriatische Erythrodermie [L40.9]

Psoriasisarthritis mit ihren unterschiedlichen Manifestationen [L40.5 und M07.0 bis M07.3]

- Psoriatische Osteopathie
- Mutilierende und osteoproliferative Formen [M07.1]
- Polyarticuläre oder oligoarticuläre Formen [z. B. M07.3]
- Spondylitis psoriatica [M07.2]
- SAPHO-Syndrom [M35.1]

Haupterkrankungen und Unterformen der Erkrankungen**Atopische Dermatitis [L20.-]**

- Disseminierte atopische Ekzeme
- Lokalisierte atopische Ekzeme
- Atopisches Handekzem

Kombination mit anderen Erkrankungen**aus dem atopischen Formenkreis:**

- mit allergischem Asthma bronchiale [J45.0]
- mit Rhinokonjunktivitis allergica [J30.1 bis J30.4; H10.1]

Ekzeme anderer Genese

- Kontaktallergische Ekzeme [L23.-]
- irritativ-toxische Ekzeme [L24.-]
- Nummuläre Ekzeme [L30.0]
- Dyshidrotische Ekzeme [L30.8]
- Prurigo-Erkrankungen [L28.-]
- seborrhoisches Ekzem [L21.-]
- Sonstige Ekzeme [L30.-]

Andere papulo-squamöse**Hauterkrankungen**

- Formen der Parapsoriasis [L41.-]
- Lichen ruber [L43.-]
- Pityriasis rubra pilaris [L44.0]

Allergie, Urtikaria und Unverträglichkeiten

- Urtikaria [L50.-]
- Urtikaria pigmentosa [Q82.2]
- Medikamenten- und Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten [L27.-]
- Angioödem [T78.3, E88.0]
- Urtikaria Vaskulitis [M31.8]

Bösartige Neubildungen der Haut

- Malignes Melanom [C43.-]
- Basalzellkarzinom [C44.-]
- Spinozelluläres Karzinom [C44.-]
- Dermatofibrosarkom [C44.-]

- kutane Lymphome der Haut [C84.-, C85.-]

Blasenbildende Autoimmundermatosen

- Pemphigus-Erkrankungen [L10.-]
- Pemphigoid-Erkrankungen [L12.-]
- sonstige bullöse Dermatosen [L13.-]

Genetische Hauterkrankungen

- Ichthyosen [Q80.-]
- palmoplantare Keratosen [Q82.8]
- Morbus Darier [Q82.8]
- hereditäre blasenbildende Hauterkrankungen [Q80.-]

Bindegewebserkrankungen

- systemische Sklerodermie [M34.-]
- sonstige Sklerodermieformen [M34.8]
- Circumscripte Sklerodermie [L94.-]
- Lichen sclerosus et atrophicus [L90.0]
- Formen des Lupus erythematoses [L93.- M32.-]
- Dermatomyositis [M33.-]
- Eosinophile Fasciitis [M35.4]
- Vaskulitiden mit Hautbeteiligung [M30.-, M31.-, L95.-]

Ulkus-Erkrankungen

- Ulcus cruris venosum [I83.-]
- arterielles Ulkus [I70.2-]
- Pyoderma gangränosum [L88.0]
- Ulkus der Haut anderer Genese [L97, L98.4]

Chronische Lymphödeme [I89.0] • nach Komplikationen wie chronisches, rezidivierendes Erysipel

- Papillomatosis cutis

Großflächige Narben mit funktionellen Störungen [L90.5]

- z. B. nach Verbrennungen, Operationen, Krankheitsfolgen

Erkrankungen mit hauptsächlich psychischer Grundlage

- Dermatitis artefacta [L98.1]
- Prurigo simplex subacuta [L28.2]
- Prurigo nodularis [L28.1]
- Körperdysmorphie Störung [wahnhaft: F22.8; hypochondrisch: F45.2]
- Erschöpfungssyndrom (CFS) [G93.3]
- Multiple Chemical Sensitivity (MCS) [T78.4]

Sonstige Erkrankungen

- Granulomatöse Erkrankungen der Haut [L92.-]
- Sarkoidose der Haut [D86.3]
- Vitiligo [L80]

Häufige Nebenerkrankungen Unterformen der Erkrankungen**Stoffwechselstörungen**

- Fettstoffwechselstörungen [E78.9]
- Adipositas [E66.0]
- Hyperurikämie [E79.0] und Gicht [I10.-]
- Diabetes mellitus [E10.- bis E14.-]
- Osteoporose [M80.- bis M82.-]

Atemwegserkrankungen

- Allergisches Asthma bronchiale [J45.5]
- Nichtallergisches Asthma bronchiale [J45.1]
- COPD [J44.-]

- Schlafapnoe
- **Rhinokonjunktivitis (RC) allergica [J30.-]**
 - Allergische RC [J30.1 – 1 – 4];
 - Degenerative RC, Rhinosinusitis [J31.-; J32.-; H10.-]
- **Gastrointestinale Störungen (assoziiert oder als Fokus)**
 - Helicobacter-pylori-Gastritis [K29.7 und B96.81]
 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen [K50.-, K51.-]
 - Nahrungsmittelallergien [L27.2, T78.4]

Kardiovaskuläre Erkrankungen

- Hypertonus [I10.-]
- Herzrhythmus-Störungen [I49.-]

Orthopädische Erkrankungen

- z. B. HWS-, BWS- oder LWS-Syndrom [M47.12 - . 16]
- Arthrose [M15.- bis M19.-]
- Bandscheiben-Vorfall [M50.-, bis M51.-]
- Zustand nach Knie- oder Hüft-Gelenkendoprothese [u. a. T84.-]

Psychischen Erkrankungen:

- Depression [F32.-]
- soziale Phobie [F40.1]
- Anpassungsstörung [F43.2]
- Körperdysmorphie Störung [F45.2]

1.4 Indikationsstellung für die Rehabilitation von Erkrankungen der Haut

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat in ihrer Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation einen Katalog für die Indikationsstellung für die ambulante Rehabilitation von Hauterkrankungen herausgebracht (3,22), der weitgehend auf die stationäre Rehabilitation übertragbar ist. Des Weiteren liegen von der Deutschen Rentenversicherung Bund Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut vor (23). Auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der ICF und der Rahmenempfehlungen der BAR kann bei entzündlichen, allergischen und bösartigen Hauterkrankungen die Indikation für eine stationäre dermatologische Rehabilitation gestellt werden, wenn neben einer entsprechenden Störung auch alltagsrelevante, nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe vorliegen, die den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich machen (3). Daneben können auch das Vorliegen von Risikofaktoren, z. B. Infektanfälligkeit als Auslöser oder psychosoziale Belastungen bei geringerer Ausprägung der Hauterkrankung oder eine psychische Komorbidität eine stationäre medizinische Rehabilitation begründen (23,20).

Die Indikation für eine Rehabilitation von Hauterkrankungen kann aus dem stationären oder ambulanten Bereich gestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass neben der Feststellung einer Rehabilitationsbedürftigkeit auch eine Rehabilitationsfähigkeit gewährleistet sein muss. Die Rehabilitationsziele sollten klar abgesteckt werden und es wird eine Aussage über die Rehabilitationsprognose verlangt. Ein Antrag auf Rehabilitation kann auf Grundlage der aktuellen Gesetzeslage sowohl als Anschluss-Rehabilitationsverfahren, insbesondere bei schweren Krankheitsverläufen nach einem akutstationären Krankenhausaufenthalt oder bei bösartigen Neubildungen der Haut innerhalb einer Einjahresfrist nach Entfernung des Primärtumors, oder als Rehabilitation aus

dem ambulanten Sektor, gestellt werden (5, 6, 24, 25, 26). Bei einer *onkologischen* Anschlussheilbehandlung (AHB) muss die Epidermis durchbrochen sein.

1.4.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit bei Erkrankungen der Haut liegt nach den geltenden Rehabilitationsrichtlinien (5,6), den aktuellen Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (3,22), den aktuellen Begutachtungsrichtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (4) und den „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ der Deutschen Rentenversicherung Bund (23) vor, wenn :

1. eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten und Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen droht oder bereits vorliegt
2. die bisher durchgeführten fachdermatologischen kurativen (ambulanten und/oder stationären) Versorgungsmaßnahmen ausgeschöpft und/oder nicht ausreichend sind, respektive keinen ausreichenden Erfolg hatten
3. ein langfristiges Rezidiv freies Intervall der chronischen Hauterkrankung nur durch den koordinierten interdisziplinären bio-psycho-sozialen Behandlungsansatz der Rehabilitation zu erzielen ist
4. eine bösartige Neubildung der Haut vorliegt
5. eine chronisch-rezidivierende Verlaufsformen mit nur kürzeren symptomfreien Intervallen vorliegt
6. die Ausdehnung einer Hauterkrankung über eine größere Körperoberfläche und/oder Lokalisation im sichtbaren Körperbereich vorliegt
7. ein therapeutischer Effekt oder eine Optimierung der Behandlung bei zeitintensivem Aufwand mit dem Ziel der möglichst vollständigen Rückbildung erreicht werden soll, der nur mit den Mitteln der Rehabilitation möglich ist
8. eine schwere Verlaufsform einer Hauterkrankung im zeitlichen Zusammenhang nach einer Krankenhausbehandlung vorliegt, für die infolge einer schweren körperlichen Beeinträchtigung und konsekutiver ausgeprägter Funktionsstörung sowie Beeinträchtigung der Teilhabe eine besondere Rehabilitationsbedürftigkeit besteht
9. Risikofaktoren (z. B. Komorbidität) vorliegen, die auch bei geringer Ausprägung der Hauterkrankung Schulungsmaßnahmen erforderlich machen, um den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen wie:
 - Feuchtarbeiten oder andere irritative Einflüsse auf die Haut (z. B. häufiges Händewaschen bei Hauterkrankungen der Hände)
 - Stresssituationen
 - rezidivierende Infekte
 - Alkoholkonsum
 - schlecht eingestellte Stoffwechselkrankheiten, insbesondere
 - Diabetes mellitus
 - Fettstoffwechselstörung
10. wesentliche Therapieprobleme vorliegen wie
 - mangelnde Compliance hinsichtlich einer kontinuierlichen und langfristigen Mehrfachtherapie
 - Bei Hauterkrankungen mit psychosomatischem Hintergrund, z. B. psychosoziale Trigger, Anpassungsstörung, primär psychische Störung (23), ist dieser Komplexität des Krankheitsgeschehens Rechnung zu tragen. Die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung ist ausschlaggebend für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung, ggf. ist dann einer Behandlung in einer Einrichtung mit psychosomatisch-dermatologischem Therapieschwerpunkt der Vorzug zu geben (20).

Sollten aus gesundheitlichen Gründen Leistungen zur Rehabilitation medizinisch dringend erforderlich sein, kann eine Rehabilitation bei Vorliegen einer Rehabilitationsbedürftigkeit und gleichzeitiger positiver Rehabilitationsprognose auch vor Ablauf der 4-jährigen Karenzzeit erfolgen (4, 25, 27).

Hauterkrankungen stellen die mit Abstand am häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten-Verdachtsfälle dar. Beruflich bedingte Hauterkrankungen gehen mit einer schlechten Prognose hinsichtlich des Berufsverbleibes einher und verursachen hohe Kosten für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie volkswirtschaftliche Folgekosten. Kontaktekzeme der Hände machen über 90% aller beruflich bedingten Hauterkrankungen aus, in der Mehrzahl sind dies primär irritative Kontaktekzeme (kumulativ-subtoxische Ekzeme, irritativ provozierte atopische Ekzeme). Beruflich relevante Sensibilisierungen entstehen meist im Sinne sekundär aufgepfropfter allergischer Kontaktekzeme. Die genannten Berufsdermatosen führen häufig zu längerer Arbeitsunfähigkeit und schließlich zur Berufsaufgabe.

Als Indikationen für ein stationäres rehabilitatives Heilverfahren bei Vorliegen einer Berufsdermatose sind insbesondere zu nennen (28):

- ambulant therapieresistente Berufsdermatosen, drohende BK nach Nr. 5101 der Berufskrankheitenverordnung (BKV):
 - länger als 3 Monate bestehende Hautveränderungen
 - längere Arbeitsunfähigkeitszeiten dokumentiert oder absehbar
 - geringe Bereitschaft zur Mitwirkung seitens des Versicherten, Förderung der Motivation
 - Therapieresistenz, progredienter Verlauf der Dermatose
- wiederholtes Heilverfahren bei älteren Versicherten mit häufigeren Rezidiven zur Vermeidung der Tätigkeitsaufgabe
- Verlaufsbeobachtung bei fraglicher Kausalität, insbesondere zur Abgrenzung einer Eigendynamik, Vervollständigung der Diagnostik
- zur Minderung der BK-Folgen bei anerkannter BK mit schlechter Heilungstendenz

1.4.2 Rehabilitationsfähigkeit

Bereits im Vorfeld muss der antragstellende Arzt die Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten feststellen. In den Rehabilitationskliniken wird am Aufnahmetag erneut überprüft, ob eine Rehabilitationsfähigkeit des Patienten gegeben ist. Dabei ist von entscheidender Bedeutung, ob ausreichende körperliche und geistige Ressourcen, Selbsthilfe-Fähigkeit, Motivation, Motivierbarkeit, psychophysische Belastbarkeit und Mitwirkung bei der Teilnahme an täglichen mehrstündigen Maßnahmen der Rehabilitation vorhanden sind.

1.4.3 Rehabilitationsziele

Spezielle Rehabilitationsziele bei Erkrankungen der Haut werden in den nächsten Abschnitten dargestellt. Allgemein werden die Rehabilitationsziele in den deutschen Rehabilitationskliniken an den Vorstellungen des Patienten, des Arztes und nach den Vorgaben der Leistungsträger ausgerichtet. Im Vordergrund stehen dabei die Bewältigung der Beeinträchtigungen der Körperstruktur und -funktion (z. B. Abheilen von Ekzemen), alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe durch *restitutio ad integrum* respektive *restitutio ad optimum*, Kompensation, Adaptation, Umstellung von Lebensgewohnheiten und Selbsthilfe.

1.4.4 Rehabilitationsprognose

Im Vorfeld sollte der antragstellende Arzt mit dem Patienten eine begründbare Wahrscheinlichkeitsaussage darüber machen, ob wesentliche Rehabilitationsziele im vorgesehenen Zeitraum zu erreichen sind. Bei der Aufnahmeuntersuchung in der Rehabilitationsklinik wird diese Rehabilitationsprognose überprüft. Dabei hängt die Prognose entsprechend dem bio-psycho-sozialen Ansatz der ICF insbesondere vom bisherigen Krankheitsverlauf, dem Ausmaß der funktionellen und strukturellen Beeinträchtigung und den Möglichkeiten der Kompensationen von Beeinträchtigungen der Körperstruktur, Aktivitäten und der Teilhabe ab. Daneben wird in der Rehabilitationsprognose abgeschätzt, in wieweit körperliche und geistige Ressourcen, belastende Komorbiditäten sowie umweltbezogene Förderfaktoren verfügbar sind.

1.4.5 Zugangsmodalitäten zur Rehabilitation

Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation ergibt sich im vertragsärztlichen Bereich aus deren Einleitung und Verordnung gemäß der aktuellen Rehabilitationsrichtlinie (5, 6). In der Regel leitet der behandelnde Arzt eine Rehabilitation mit den Vordrucken der entsprechenden Kostenträger (Deutsche Rentenversicherung) oder bei Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit Hilfe des Formblattes nach dem Muster 61 ein (4, 23). Einen Überblick für die Antragsformulare und für welche Versicherte welcher Vordruck verwendet wird, geben die **Abbildungen 1 und 2** zur visuellen Kontrolle. Wie und wo die wichtigsten Antragsformulare aus dem Internet geladen werden können, zeigt folgende Auflistung:

- Im Rahmen der Deutschen Rentenversicherung:
AHB-Antrag, onkologische Rehabilitation bzw. allgemeiner Rehabilitationsantrag (so genannter „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte“: www.driv-bund.de > Formulare u. Publikationen > Formulare > Rehabilitation > Anschlussheilbehandlung (AHB)“ usw.
- Gesetzliche Krankenversicherung (Formblatt 61): www.kbv.de > Vordruckmustersammlung, dann Musterformular 61 herunterladen. Eine andere Zugangsmodalität für Patienten, die sich in einem akut-stationären Krankenhausaufenthalt befinden, besteht im Sinne einer Anschluss- bzw. Frührehabilitation, die im Eilverfahren von dem zuständigen Kostenträger bearbeitet und ggf. genehmigt werden muss (4, 23, 25, 29). Antragsformulare und Zuständigkeit bei einer Rehabilitation aus dem stationären Bereich, siehe: www.driv.de (39/Eilverfahren).

Die Notwendigkeit zu einer medizinischen Rehabilitation kann schließlich auch im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den MDK festgestellt werden. Auf diesem Wege kann die Krankenkasse arbeitsunfähige Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation zu stellen (§ 51, SGB V). Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht nach, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist bis zu dem Tag, an dem die Antragstellung nachgeholt wird (30). Eine ähnliche Regelung besteht im Bereich der Arbeitslosenversicherung (§ 125, SGB III) (31).

Beruflich bedingte Hauterkrankungen werden meist durch den vom Hautarzt bzw. Betriebsarzt erstellten Hautarztbericht an den Unfallversicherungsträger gemeldet. Der "optimierte Hautarztbericht" ermöglicht die gezielte Übermittlung von Informationen, die für eine rasche verwaltungsseitige Entscheidungsfindung bezüglich der Frühintervention erforderlich sind und erfasst unter anderem hautschädigende Einwirkungen am Arbeitsplatz und erforderliche präventive Maßnahmen (32). Parallel zum optimierten Hautarztverfahren wurde das "Stufenverfahren Haut" eingeführt. Dieses hat zum Ziel, sinnvoll gestufte präventive und rehabilitative Maßnahmen im Rahmen des §3 BKV durch die Unfallversicherungsträger zu veranlassen (28). Die genannten Maßnahmen sollen dazu beitragen, die Berufsaufgabe des Betroffenen zu

verhindern und kommen daher möglichst frühzeitig im Krankheitsverlauf nach den Erfordernissen im Einzelfall zur Anwendung.

Ausschlüsse zum Zugang von Leistungen zu Lasten der Rentenversicherung sind im § 13 SGB VI aufgeführt (27).

1.4.6 Behinderten-Rechtskonvention (UN)

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Im Dezember 2008 ist die Bundesrepublik Deutschland dem Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (neue Nomenklatur: „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“) sowie dem Fakultativprotokoll beigetreten (33). Im Artikel 3 werden die Grundsätze dieses Übereinkommens genannt. Neben der „Nichtdiskriminierung“ von Menschen mit Behinderungen“ wird die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft (im englischen Teil: „Inclusion in society“) usw. gefordert. In dieser „Behinderten-Rechtskonvention“ (BRK) werden unter anderem auch behindertengerechte Zugänge zur Rehabilitation gefordert. In Interpretationen der BRK ist festzustellen, dass diese Forderung nach sozialer Inklusion“ über die bisherige „Integration“ von Menschen mit besonderen Bedürfnissen insofern hinausgeht, als mit Behinderung Betroffene sich nicht mehr im medizinischen Sinne als „defizitär“ fühlen müssen.

Aufgrund des Selbstverwirklichungsrechtes im Rahmen der Beschäftigung/Arbeit sollte sich die Rehabilitation auch im Fachbereich Dermatologie-Allergologie damit auseinandersetzen.

Ein Beispiel einer positiven Auseinandersetzung wäre im Bereich „MBOR“ (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) unter Sicherstellung positiver Perspektiven und Prognosen bei Gewerbedermatosen auch durch nicht gewerbliche Kostenträger (bspw. DRV) denkbar. So wäre den 2 - 4 % Versicherten, die trotz Meldung in der gesetzlichen Unfallversicherung keine Kostenträger finden, im Sinne des Artikels 3 (e) der BRK zu helfen.

1.5 Voraussetzungen für die stationäre dermatologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Mit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurden 2007 Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen umgewandelt (§ 40 SGB V) (25). Hierdurch soll Menschen mit besonderen Bedürfnissen oder von Behinderung bedrohten Menschen, Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe zuerkannt werden, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Wie bei erwachsenen Patienten, müssen bei der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. So muss neben einer Rehabilitationsbedürftigkeit auch eine positive Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose gewährleistet sein (siehe Punkt 1.4). Ist seitens der Kostenträger eine Rehabilitationsdauer von 3 bis max. 4 Wochen bei Hauterkrankungen von Erwachsenen die Regeldauer einer stationären Rehabilitation, so sieht der Gesetzgeber bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern bereits eine Regeldauer von 4 bis 6 Wochen vor, um den besonderen Bedingungen des kindlichen Organismus besser zu entsprechen (§23 Abs. 7 SGB V) (26). Wie bei Erwachsenen kann bei Kindern und Jugendlichen eine längere Dauer indiziert sein, sofern dies zum Erreichen von bestimmten Rehabilitationszielen notwendig ist.

Die spezifische dermatologische Kinderrehabilitation unterscheidet sich von einer Mutter-Vater-Kind-Rehabilitation mit dermatologischer Betreuung durch die spezifische

Ausrichtung der rehabilitativen Angebote. Steht bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen die Mutter bzw. der Vater im Vordergrund, so ist die Kinderrehabilitation konsequent auf die Bedürfnisse des Kindes ausgerichtet. Zudem stehen bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen die besonderen mütter-/vaterspezifischen Belastungen im Vordergrund. Entsprechend kann eine Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge bzw. -Rehabilitation keine Alternative für eine dermatologische Kinderrehabilitation darstellen. Bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen kann bei Fehlen der üblichen versicherungsrechtlichen Bedingungen auch eine Reha nach § 31 SGB VI beantragt werden.

1.6 Besonderheiten in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen einer stationären Rehabilitation muss den Erfordernissen und Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters Rechnung getragen werden. Dies betrifft sowohl die Konzeption als auch die Infrastruktur der Einrichtung. Bei der Umsetzung können dabei die Empfehlungen der Fachgesellschaft „Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin“ (34) und die BAR Richtlinien 2008 als Orientierungshilfen dienen. Bei der Übertragung der Empfehlungen der pädiatrischen Fachgesellschaft auf die Anforderungen in einer dermatologischen Rehabilitationsklinik ist zu bedenken, dass in dermatologischen Rehabilitationskliniken Kinder in der Regel nicht allein aufgenommen werden. Basierend auf der jungen Altersstruktur der hauterkrankten Kinder, welche überwiegend unter dem Krankheitsbild des atopischen Ekzems leiden, findet eine Aufnahme von Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr regelhaft mit einem Angehörigen/Elternteil statt. Bei älteren Kindern bedarf die Kostenübernahme für eine Begleitperson einer medizinischen Begründung (81). Hierbei kommt der Begleitperson die wichtige Rolle des Ko-Therapeuten zu, welche insbesondere in die medizinpädagogischen Behandlungs- und Betreuungsansätze eingebunden ist (35, 36, 37). Entsprechend sollte als Angehöriger oder Elternteil nur derjenige aus der Familie in die stationäre Behandlung eingebunden werden, welcher nach Abschluss der Maßnahme auch weiterhin wichtige Betreuungsfunktionen für das Kind übernimmt. Im Bedarfsfall kann auch ein Wechsel der Betreuungspersonen während der stationären Rehabilitation sinnvoll erfolgen, wodurch z. B. beiden Elternteilen die Möglichkeit gegeben wird, in eine krankheitsspezifische Schulung eingebunden zu werden (38-41). Aufgrund dieses familienpädagogischen Ansatzes der Rehabilitation sollten auch in dermatologischen Rehabilitationskliniken bestimmte Unterbringungs- und auch Betreuungsbedingungen besondere Berücksichtigung finden.

Die medizinischen, ernährungstherapeutischen, pädagogischen und psychologischen Elemente der Kinderrehabilitation müssen dem Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen angepasst werden. Typischerweise fördern Gruppenprogramme die positive Auseinandersetzung mit der Hauterkrankung und bahnen Entwicklungsschritte zur Teilhabe (42,43). Das Zusammenleben mit Kindern, die wegen anderer Diagnosen in einer Kinderrehabilitationsklinik behandelt werden, ermöglicht die Reflexion über Kranksein und Gesundwerden (44). Die Themen Partnerschaft, Familienplanung, Berufsorientierung und Transition, also spezielle Schulungsthemen der Jugend-Reha im Übergang zum Erwachsenwerden und zum Umgang mit der Erkrankung als zukünftig erwachsener Patient, sind spezifisch und fast ausschließlich in der Reha für Kinder/Jugendliche realisierbar (45,46)

2 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bei Hauterkrankungen in deutschen Rehabilitationskliniken

Das Ziel der Rehabilitation von Hauterkrankungen beinhaltet die Bewältigung und Verminderung der Beeinträchtigung der Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivität und

Teilhabe mit dem realistischen Ziel einer Verbesserung und Sicherung der Integration des Patienten in sein Berufsleben und den sozialen Alltag. Dabei spielen die Kontextfaktoren (persönlichkeitsspezifische Trigger mit Bezug zur Lebenssituation, Coping-Mechanismen, Komorbiditäten) eine wesentliche Rolle, die für einen positiven Rehabilitationsverlauf erfasst werden müssen. In der Rehaklinik wird dies mithilfe klinischer Pfade (z. B. strukturierte Anamnese, Fragebögen) und eines individuell auf den Patienten zugeschnittenen Rehabilitationsplanes umgesetzt.

Nach einer vorausgegangenen Erhebung von Anamnese, körperlicher Untersuchung und der Rehabilitationsdiagnostik werden die Rehabilitationsziele gemeinsam mit dem Patienten formuliert. Wegen der hohen psychischen Komorbidität wurde von der Deutschen Rentenversicherung ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation (47) vorgelegt, der als ersten Schritt ein Screening (HADS, PHQ9) vorsieht. Darin auffällige Patienten sollen einer vertieften Diagnostik beim Psychologen zugeführt werden, um Empfehlungen für eine ggf. nachstationäre Behandlung auszusprechen. Bei der Formulierung der Rehaziele sind realistische und somit erreichbare Zielsetzungen wesentlich, z. B. eine klinische Verbesserung mit Bewältigung respektive Verminderung der objektivierbaren Störungen oder Beeinträchtigungen und einer optimierten Integration des Patienten in den beruflichen und privaten Alltag. Die Dokumentation der Beeinträchtigungen der Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe sowie der Kontextfaktoren wird mit Hilfe der ICF-Begrifflichkeiten durchgeführt.

2.1 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion

In Tabelle 3 (48,49) werden die Rehabilitationsziele, Rehabilitationsmaßnahmen und Therapieformen zur Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion bei den häufigsten Hauterkrankungen zusammengefasst. Eine wesentliche Behandlungsform bei Erwachsenen mit Neurodermitis und Psoriasis stellt die Photo-Therapie in Form der Balneo-Photo-Therapie dar, die im Abschnitt 3.1.1 ausführlich vorgestellt wird. Begleitet wird diese durch eine stadiengerechte topische Therapie entsprechend den Leitlinien für die zu rehabilitierenden Dermatosen. Bedarfsweise werden auch systemische Präparate eingesetzt. Die Patienten werden sowohl vom Pflegepersonal als auch von den ärztlichen Mitarbeitern über die Anwendung informiert und angeleitet. Klimatherapeutische Maßnahmen werden -soweit vorhanden – indikationsbezogen verordnet und ärztlich überwacht durchgeführt.

Die Pharmakotherapie im Kindes- und Säuglingsalter setzt besondere Erfahrungen sowohl in der externen als auch in der internen dermatologischen Therapie voraus (38). Entsprechend müssen Anwendungsbeschränkungen, Kontraindikationen bzw. fehlende altersspezifische Anwendungserfahrungen in Abhängigkeit des Alters der Patienten besonders berücksichtigt werden (37, 41). Die Belastungsfaktoren in familiären Strukturen durch den chronischen Verlauf und juckreizbedingte Schlaflosigkeit des Kindes und der Eltern sollten in der pädiatrischen Reha berücksichtigt werden (48).

Bei der Anschlussrehabilitation von bösartigen Neubildungen der Haut wird neben der postoperativen Nachsorge der Patienten und der Wundversorgung die gesamte Bandbreite physiotherapeutischer Anwendungen durchgeführt. Darüber hinaus wird die in der Akutklinik eingeleitete Therapie weitergeführt. Dieses gilt z. B. beim Malignen Melanom sowohl für die Fortsetzung einer adjuvanten Immuntherapie als auch einer kombinierten Chemo-Immuntherapie mit Interferon bzw. Biologika.

Mit der Hauterkrankung assoziierte Syndrome, aber auch unabhängige Begleiterkrankungen, werden im Sinne einer umfassenden Rehabilitation entsprechend den Möglichkeiten der Klinik mitbehandelt. Unverzichtbar ist die Möglichkeit einer zumindest konsiliarischen internistischen Mitbehandlung und Mitbetreuung durch Psychologen/ Psychotherapeuten. Sinnvolle ärztliche Ergänzungen im Angebotsspektrum sind Or-

thopäden und/oder Rheumatologen, Internist und/oder Pneumologe, Psychiater/Neurologe, Diabetologe, HNO-Arzt.

Tabelle 3: Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion.

Ziele bei Neurodermitis und Psoriasis:

- Abheilung oder Verminderung der Hautveränderungen insbesondere sichtbarer Läsionen, die durch Kleidung nicht verdeckt werden können
- Verminderung von quälendem Juckreiz
- Wiederherstellung und Stabilisierung der Schutzbarrierefunktion der Haut
- Stabilisierung eines Hautbefundes bei rezidivierenden und schweren Hauterkrankungen
- Verbesserung der Gehfähigkeit insbesondere bei Hauterkrankungen und Befall der Fußsohlen
- Verbesserung der Greiffähigkeit insbesondere bei Hauterkrankungen mit Befall der Palmae und Finger
- Verbesserung des Schlafes insbesondere bei pruriginösen Dermatosen
- Wiederherstellung der durch ausgedehnte Hautläsionen, Narbenfelder und Rhagaden eingeschränkten Beweglichkeit

Maßnahmen:

- Balneo-Photo-Therapie mit Sole und UV-B 311 Phototherapie (nicht bei blasenbildenden Erkrankungen)
- Systemische oder Balneo-PUVA-Phototherapie
- Teilkörper-Phototherapie mit UV-A1, UV-B 311, Creme-/Balneo-PUVA oder systemische PUVA
- UV-A1-Mitteldosis- oder Hochdosis-Phototherapie bei der atopischen Dermatitis
- Krankengymnastische Bewegungstherapie und Ergotherapie
- Rehabilitationssport
- Externe Salbentherapie
- Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie
- Gesundheitspädagogische "Handschuhsprechstunde" bei Berufsdermatosen, ergotherapeutische Übungen zur Erprobung der Anwendbarkeit des Handschuhschutzes und Besserung der eingeschränkten Beweglichkeit
 - Tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan
 - (nicht)-standardisierte Schulung bei dermatologischen Krankheiten (KTL 2015: C742; Literatur 76)

Ziele bei Psoriasisarthritis und anderen Hauterkrankungen mit Gelenkbeteiligungen sowie nebenbefundlichen degenerativen Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems

- Verbesserung der Gelenkfunktionen
- Wiederherstellung der Greiffunktion der Hände
- Wiederherstellung der Gehfunktion
- Wiederherstellung der Beweglichkeit der Wirbelsäule
- Interdisziplinäre Mitbetreuung durch Rheumatologen oder Orthopäden

Maßnahmen:

- Krankengymnastische Bewegungstherapie und Ergotherapie
- Gerätegestützte Trainingstherapie
- Moorbäder und -kneten in Naturmoor (analog: Schlick-/Rapskneten)
- Rehabilitationssport

- Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie

Ziele bei chronischen Ulzera der Haut

- Abheilung oder Reduktion der Größe der Ulzera
- Reduktion von Begleitfaktoren wie Ekzemen, Ödemen und unangenehmem Geruch

Maßnahmen:

- Externe Ulkustherapie
- chirurgische Wundanfrischung
- Lymphdrainage
- Krankengymnastische Bewegungstherapie

Ziele bei Epidermolysis bullosa (meist Kinder):

- Adäquate, stadien-gerechte Anlage von Wundverbänden
- Etablierung einer effektiven und nebenwirkungsarmen Schmerztherapie
- Vermeidung einer Mangelernährung / Dystrophie durch Sicherung einer ungestörten (schmerzfreien) / adäquaten, enteralen Nahrungsaufnahme
- Erhaltung / Verbesserung der Greiffunktion der Hände

Maßnahmen

- Schulung der Patienten und ihrer Begleitpersonen in der Anlage von Wundverbänden
- Multimodales Wundmanagement
- Multimodale Behandlung chronischer Schmerzen
- Ernährungsberatung, Schulung von Patienten mit gastralen Sonden

Ziele bei sklerodermiformen Erkrankungen wie systemischer Sklerodermie, eosinophiler Faszitis, Muzinosen, circumscripiter Sklerodermie (Morphea), Lichen sclerosus et atrophicus (LSA):

- Verminderung der Hautverhärtung
- Abheilung von Erosionen und Ulzerationen
- Wiederherstellung der Beweglichkeit
- Interdisziplinäre Mitbetreuung durch Rheumatologen/Orthopäden/Internisten

Maßnahmen:

- UV-A1-Niedrigdosis- oder Mitteldosis-Phototherapie
- Krankengymnastische Übungen und Ergotherapie
- Peloide
- Moorbäder und -kneten in Naturmoor (analog: Schlick/Raps u. ä.)
- Rehabilitationssport
- Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie

Ziele bei bösartigen Neubildungen der Haut wie primär kutane Lymphome der Haut, malignes Melanom, spinozelluläres Karzinom, ausgedehnte Basalzellkarzinome:

Verminderung der Hautveränderungen bei primär kutanen Lymphomen der Haut

- Abheilung/Funktionsverbesserung bei Narbenfeldern
- Vermeidung von Wundinfekten
- Wiedererlangung der Funktionsfähigkeit der durch die Operation bedingten Gewebsverluste
- Wiederherstellung der körperlichen Fitness

Maßnahmen:

- Systemische oder Balneo-PUVA-Photo-Therapie bei primär kutanen T-Zell-Lymphomen
- Postoperative Wundversorgung
- Bewegungs- und Stabilisierungsübungen mit Gewichten, Ergotherapie
- Rehabilitationssport
- Fortsetzung einer adjuvanten Immuntherapie

Ziele bei Erkrankungen der oberen Atemwege:

- verbessertes Selbstmanagement persistierender oder intermittierender Atemwegsbeschwerden
- Reduktion/Abheilung von Obstruktion oder Sekretion
- Vermeiden des horizontalen oder vertikalen Organwechsels

Maßnahmen:

- phasengerechte Atemwegstherapie
- verbesserte Belüftung der Nasennebenhöhlen
- Setzen von Klimareizen (sekretorisches IgA) (49, 50)

2.1.1 Phototherapie und Balneo-Photo-Therapie

Die Balneo-Photo-Therapie spielt in dem dermatologischen Rehabilitationskonzept eine zentrale Rolle zur Bewältigung der Beeinträchtigung von Körperstruktur und -funktion vor allem bei entzündlichen, allergischen und genetischen Hauterkrankungen sowie bestimmten T-Zell-Lymphomen. Hierbei werden von den Rehabilitationseinrichtungen als natürliche Heilmittel Starksole, Meerwasser und Schwefelmineralwasser angewendet. Außerdem besteht die Möglichkeit zur Durchführung einer Balneo-PUVA mit Teil- oder Ganzkörperbädern in Methoxsalen (Meladinine®) Lösung (bzw. mit Dusch-PUVA).

Die Wirksamkeit und Durchführungsbedingungen der Sole-Photo- und Bade-PUVA-Therapie wurde in einer Studie des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen aufgezeigt (33). Darüber hinaus wurde in einer im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses initiierten Analyse vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Sole-Photo-Therapie mit Starksole und anschließender UV-B-Therapie gegenüber einer alleinigen UV-B-Therapie oder einer UV-B-Therapie mit Leitungswasser als überlegen eingestuft (51) und inzwischen auch als Kassenleistung für Psoriasis anerkannt.

2.1.2 Physiotherapie, Ergotherapie und Rehabilitationssport

Durch die in den Rehabilitationseinrichtungen vorgehaltenen physiotherapeutischen Anwendungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Rehabilitationssport und ggf. begleitende Massagen werden Beeinträchtigungen der Körperstruktur und -funktion in Bezug auf das muskuloskelettale System und Schmerzen vermindert. Je nach Art dieser individuellen Beeinträchtigungen wird ein auf den Patienten abgestimmtes Programm erstellt. Zusätzlich erfolgt eine Beratung zur Hilfsmittelversorgung. Dabei kann die gesamte Bandbreite der physiotherapeutischen Angebote zur Anwendung kommen. Ergänzt wird dieses speziell zugeschnittene Therapieprogramm durch die in den Kliniken allen Rehabilitanden offen stehende Gruppensport-Angebote wie Schwimmen, Walken, Jogging, gerätegestützter Trainingstherapie usw. Das Ziel liegt dabei in der Wiederherstellung oder zumindest wesentlichen Besserung der Beweglichkeit und Funktionsfähigkeit der betroffenen Körperstrukturen, beispielsweise der Wiederherstellung der Greiffähigkeit der Hände oder der Gehfähigkeit. Auch die Wiedererlangung der Funktionsfähigkeit bei ausgedehntem Hautbefall, Begleitarthritis oder bei durch Operation bedingten Gewebsverlusten (z. B. nach radikaler Operation eines malignen Melanoms oder Dermatofibrosarkoms) können gezielt gefördert werden.

Bei Atemwegserkrankungen werden die Atemarbeit optimiert und Atemtechniken für den Anfall erlernt.

2.1.3 Fortsetzung oder Beginn der systemischen Therapie

Neben der Fortsetzung einer in der Akutklinik oder Praxis eingeleiteten Therapie kann im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung auch eine systemische Therapie neu angesetzt werden. Dies gilt sowohl für entzündliche Hauterkrankungen als auch, im Rahmen des mehrdimensionalen Therapieansatzes, für begleitende Gelenkerkrankungen und für bösartige Neubildungen der Haut. Fortsetzung oder Neuansetzung einer Behandlung richtet sich dabei nach den Untersuchungsbefunden und den im Aufklärungsgespräch mit dem Patienten definierten Rehabilitationszielen.

In der stationären Kinderrehabilitation kann entsprechend dem Entwicklungsstand des Kindes die systemische Antikörpertherapie in der praktischen Handhabung gelehrt werden, um die Autonomie und Selbstwirksamkeit des jugendlichen Patienten zu fördern und die Eltern zu entlasten.

2.1.4 Klimatherapie

An der See und im Hochgebirge gibt es Orte, die neben den o. g. therapeutischen Möglichkeiten zusätzliche therapeutische Optionen aufgrund ihrer geoklimatologischen Lage ermöglichen. Während im Hochgebirge im wesentlichen Allergenarmut bzw. eine reduzierte Pollenbelastung der Luft durch Verschiebung der Vegetationsphasen gegenüber den Tallagen und die Heliotherapie relevant sind, treffen neben diesen beiden Klimafaktoren an der See zusätzlich maritime Elemente zu (50, 52). Die maritimen Schonfaktoren (Allergenarmut, weniger starke Temperaturschwankungen zwischen Tag und Nacht und Sommer und Winter, weniger Umweltschadstoffe) sowie die klimatherapeutischen Reizfaktoren (Heliotherapie, Thalassotherapie) können im Bereich der Nordseeinseln mit der stärksten Reizstufe eingesetzt (53) und mit weiteren klinisch-konventionellen aber auch psychologisch edukativen Maßnahmen besonders wirkungsvoll kombiniert werden. Je nach Rehabilitationsziel von Kostenträgern, Versicherten und abgestimmt mit dem Therapeuten wird der Schwerpunkt der Maßnahmen auf das geeignete Therapieelement gelegt.

2.2 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der psychologischen Beeinträchtigung, Aktivität und der Teilhabe

2.2.1 Bewältigung der Beeinträchtigungen psychologischer Funktionen

Eine chronische Hauterkrankung beinhaltet für den Patienten weit reichende Konsequenzen hinsichtlich Lebensqualität, Therapieerfordernissen und Umgang mit der Erkrankung im beruflichen und privaten Alltag. Bei bösartigen Neubildungen der Haut und bei bestimmten Bindegewebserkrankungen wie der systemischen Sklerodermie oder bei schweren Formen der Epidermolysis bullosa kommt eine zumeist verringerte Lebenserwartung hinzu. Diese Faktoren, aber auch die Stigmatisierung durch die tagtägliche Wahrnehmung der Erkrankung durch Mitmenschen, stellen für diese Patienten eine große psychische Belastung dar. Dadurch kann eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Funktionen in Form von Teilnahmslosigkeit im sozialen Umfeld, Beeinträchtigung sexueller Funktionen, Angstzuständen, Depressionen und psychovegetativen Erkrankungen entstehen (16 - 20). Dies hat bei erwerbstätigen Patienten häufige Arbeitsunfähigkeiten und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zur

Folge. Das Konzept zur Bewältigung der Beeinträchtigung dieser psychischen Funktionen umfasst einen mehrdimensionalen Ansatz mit interdisziplinärer Beteiligung von Psychologen, Pädagogen, Kreativtherapeutinnen, Ärzten, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern.

In der Pädiatrie sind systemische Familienberater zunehmend gefragt. Hierzu bieten die Rehakliniken angepasste Programme (u. a. Gesprächsgruppen, Einzelgespräche, Kreativverfahren und Entspannungstherapien) unter Berücksichtigung von Patientenstruktur und Klinikbesonderheiten (20).

Ein spezieller Ansatz für die Patienten, die sich „psychisch öffnen“, liegt auf dem Salutogenese-Konzept. Dieses verfolgt das Ziel, dem Patienten ein stabiles Selbstwertgefühl, ein positives Verhältnis zum eigenen Körper, zu Freundschaft und sozialen Beziehungen, einer intakten Umwelt, sinnvoller Arbeit und gesunden Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung, einer lebenswerten Gegenwart und zur begründeten Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft zu vermitteln. Die „salutogene“ oder „gesunderhaltende“ Strategie bedeutet, sich den Herausforderungen der chronischen Hauterkrankung und seiner Folgen zu stellen, statt zu resignieren. In der Kinder- und Jugendreha spielt die Integrationsfähigkeit in Kindergarten, Schule und Peergroup eine besondere Rolle und fördert auch unter den lindernden, ortstypischen Klimatherapieeinflüssen (54) eine gesunde Entwicklung des Kindes. Hierzu bietet das Rehabilitations-Team dem Patienten Hilfen an, die psychische Belastung zu bewältigen und die Lust am Leben trotz der Erkrankung zu stärken. Mit dieser Strategie zielt man darauf ab, dass die Erkrankung einen Teil des „Schreckens“ verliert, um eine Integration des Patienten in den Alltag zu ermöglichen. Bedeutsam ist, dass positive Erfahrungen besonders verstärkt werden, wodurch das therapeutische Team Schritte zur Krankheitsbewältigung sowie zur Akzeptanz der chronischen Hauterkrankung unterstützt.

Zur Verbesserung der psychischen Situation des Patienten tragen auch die vielfältigen Rehabilitations-Sportangebote in den Rehabilitationskliniken wie Schwimmen, Sport, Wassergymnastik, Nordic-Walking und Sauna bei, da sie in der Gruppe eine Überwindung des Stigmatisierungsempfindens und die Akzeptanz der Hauterkrankung trainieren. Eine besondere Rolle spielt dabei in vielen Einrichtungen die Möglichkeit, sich in teilweise auch der Öffentlichkeit zugänglichen Bädern als Hautbetroffener zu bewegen. Der Kontakt zu Patienten anderer Indikationen (beispielsweise Atemwegserkrankungen, Onkologie) kann das persönliche Leiden inkl. der Stigmatisierung (beispielsweise totaler Haarverlust nach Chemotherapie) relativieren.

2.2.2 Bewältigung der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe

Infolge der Beeinträchtigungen der Körperstruktur und Körperfunktion bei chronischen und bösartigen Hauterkrankungen (siehe vorherige Abschnitte) liegt eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe vor. Diese besteht vor allem in der Stigmatisierung durch den Befall des Kontaktorgans Haut, der Beeinträchtigung von Schlaf und Konzentration durch chronischen Pruritus und der verminderten Belastbarkeit in Schule, Beruf und Alltag. Dies beruht einerseits auf Störungen der Barrierefunktion der Haut, die zu einer erleichterten Penetration von Irritantien und Allergenen führt, wodurch die Hauterkrankung provoziert bzw. weiter verschlechtert werden kann. Andererseits entstehen alltagsrelevante Schwierigkeiten in der Fortbewegung, Beweglichkeit und Geschicklichkeit bei manuellen Tätigkeiten (sowohl dermatogen als auch arthrogen bedingt).

Infolge eines sozialen Rückzugs können Beeinträchtigungen sozialer Aktivitäten und der Teilhabe eintreten. Als Ursache können hier beispielsweise durch Hygienemaßnahmen nicht verbesserbare unangenehmer Körpergeruch, das häufige Eincremen der Haut, ständige Arztbesuche (u. a. Phototherapie, Visiten) und die Meidung „öffentlicher Events“ im beruflichen wie im privaten Umfeld genannt werden.

Bei Kindern und Jugendlichen ist durch den zwangsläufig engen Kontakt in der Kindergarten- oder im Klassenraum eine Ausgrenzung durch unangenehme Körperausdünstungen fast unvermeidbar, z. B. bei bestimmten Formen der Ichthyosis u. a. Hyperkeratosen sowie bei der Epidermolysis bullosa.

Eine weitere Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe liegt in der Einschränkung der Selbstversorgung in der häuslichen Umgebung, die in bestimmten Fällen nur durch zusätzliche Hilfsmaßnahmen bewältigt werden kann. Die Stigmatisierung durch die Hauterkrankung führt bei vielen Patienten zur Ausgrenzung aus ihrem sozialen Umfeld - sowohl am Arbeitsplatz als auch im Privatleben - und nicht selten zu einer psychischen Erkrankung, beispielsweise in Form des sogenannten Skin picking Syndroms, das mit sozialer Phobie einhergeht (21). Zusammenfassend resultiert für den Patienten, im Vergleich zum Gesunden, eine mäßige bis schwere Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe. Vor allem bei Patienten mit Berufsdermatosen droht aufgrund der Schwere der Hauterkrankung häufig die Aufgabe des erlernten Berufes oder die Berufsfindung im Jugendalter ist aufgrund der chronischen Hauterkrankung eingeschränkt.

Bei beruflicher Mitverursachung wird die zuständige berufsgenossenschaftliche Mitbetreuung initiiert. Hier muss es das Ziel sein, die Prognose hinsichtlich der Berufsfindung und des Berufsverbleibes durch eine individuelle Beratung und Motivation zum Hautschutz (Schutzhandschuhe, protektive Hautschutzcremes, Hautpflege) zu verbessern, die in der ambulanten Betreuung häufig zu kurz kommen. In einer "Handschuhsprechstunde" wird ein auf die berufliche Tätigkeit und die individuellen Unverträglichkeiten abgestimmtes Hautschutzkonzept erarbeitet. Wenn bei Rehabeginn noch akut entzündlichen Veränderungen bestehen, können während der in der Regel 3-wöchigen Rehadauer noch keine aussagekräftigen Belastungserprobungen erfolgen. Bei stabilem Hautzustand kann ein tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan (TGH) erstellt werden (55, 56).

Hieran schließen sich ergotherapeutische Übungen an, bei der berufsbezogene praktische Tätigkeiten simuliert werden, um die empfohlenen Handschuhe auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen.

Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere vorberufliche Handekzeme und Beugenezeme Prädiktoren für die Manifestation von beruflich bedingten Hauterkrankungen sind (57).

Bei Hauterkrankungen besteht eine enge Wechselbeziehung zwischen dem kranken Organ Haut und Auswirkungen auf das psychosoziale "Funktionsniveau". So können durch Stabilisierung des Hautbefundes und Wiederherstellung der Geh- und Greiffähigkeit Verhalten, Selbstversorgung, Fortbewegung und Beweglichkeit verbessert werden. Durch Minderung von Juckreiz und Abheilung sichtbarer Hautläsionen kann durch die Behandlung der Hautkrankheit auch eine Verminderung von Ängstlichkeit und anderen psychologischen Beeinträchtigungen erreicht werden.

Das optimale Ziel sollte dabei sein, dass der Patient die gleiche Aktivität und Teilhabe wie „gesunde“ Mitmenschen wiedererlangt bzw. dass der Jugendliche durch ausreichende Beratung und Anleitung die Möglichkeit zur Berufstätigkeit oder zu weiterer schulisch/universitärer Förderung erhält.

Durch die Rehabilitationsmaßnahme sollen also die physische Unabhängigkeit, eine gesteigerte Mobilität, die Erwerbsfähigkeit, sinnvolle Freizeitaktivitäten, eine stabile Psyche und soziale Integration sowie eine eigenständige, wirtschaftliche Sicherung erlangt, wiederhergestellt bzw. bewahrt werden.

2.3 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen nach der ICF-Nomenklatur den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle umweltbedingten und personenbezogenen Einflussfaktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Kontextfakto-

ren stehen somit in Wechselwirkung mit den Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und der Teilhabe. Kontextfaktoren können negativ oder positiv auf die Hauterkrankung einwirken (3, 8, 11).

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Ein positiver Umwelt-Einflussfaktor besteht im „Auffangen“ des Patienten in einer sozialen Gemeinschaft (z. B. innerhalb seines häuslichen Umfelds wird der Patient von den Familienangehörigen in der Bewältigung seiner Erkrankung sowohl psychisch als auch physisch unterstützt). Ein negativer Umwelt-Einflussfaktor kann die bereits vor seiner Erkrankung bestehende private Isolation (beispielsweise durch einen Verlust eines Lebenspartners) darstellen, so dass der Patient in seiner privaten Umgebung wenig Unterstützung findet. Die Bedingungen des Arbeitsplatzes können in ihrer jeweiligen spezifischen Interaktion mit der Hauterkrankung einen negativen oder positiven Kontextfaktor darstellen (neg.: Hitze, Staub, Allergene, Stress, Publikumsverkehr, Feuchtarbeiten, hautreizende Substanzen etc; positiv: das Fehlen dieser Belastungen am Arbeitsplatz, Unterstützung durch den Schwerbehindertenbeauftragten, den Betriebsarzt, den Integrationsfachdienst (8,10,11)).

Personbezogene Kontextfaktoren werden durch die individuelle Lebenswelt bedingt, die nicht Teil seines Gesundheitsproblems oder -zustandes sind. Diese Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Komorbidität, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile (Coping), sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster und Art des Charakters, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen, die in ihrer Gesamtheit oder einzeln für die Behinderung eine Rolle spielen können (3, 8, 10). Als positiver personenbezogener Kontextfaktor ist z. B. eine gute physische Konstitution zu sehen, aufgrund der eine adjuvante Chemotherapie besser vertragen wird. Als negative personenbezogene Kontextfaktoren können die Lebensgewohnheiten eines Patienten (z. B. fettreiche Mahlzeiten bei hohem Alkohol- und Nikotinkonsum; Hypertonus) einwirken, auch die atopische Konstitution zählt hierzu.

Das Ziel der Rehabilitationsmaßnahme liegt im Rahmen von Schulungen und Gesprächen vor allem darin, die Ressourcen des Patienten gemeinsam mit ihm zu ergründen und sie für die Reha zu nutzen. Förderung der Volition (58) als innerer Prozess und Motivation stehen am Anfang einer jeden Rehabilitation. Im Verlauf werden bestehende, negativ einwirkende Kontextfaktoren aufgedeckt, um diese mit dem Patienten im Rehabilitationsteam zu besprechen. Der Patient sollte dabei lernen, mit negativen Kontextfaktoren umzugehen. Hierbei wird vor allem auf die Vermeidung von Triggerfaktoren, Anleitung zur eigenständigen häuslichen Versorgung bei Alleinlebenden, Vermeidung von Partnerkonflikten mit Abwendung des Lebenspartners wegen der Erkrankung eingegangen. Weitere Strategien zur Vermeidung von negativen Kontextfaktoren liegen in der Reduktion des Körpergewichts bei Adipositas, Behandlung sonstiger Begleiterkrankungen (auch dies begründet die multimodale komplexe stationäre Rehabilitation (59, 60), Vermeidung irritierender/sensibilisierender Substanzen und Reduktion von Feuchtarbeiten. Bei bösartigen Neubildungen der Haut aber auch bei UV-behandelten Dermatosen werden der sinnvolle Umgang mit UV-Licht und geeignete Lichtschutzmaßnahmen erläutert.

Weitere negative Kontextfaktoren bei chronischen Hauterkrankungen und bösartigen Neubildungen der Haut stellen die Bewältigung des Gesundheitsproblems selbst und die existenziellen Ängste des Patienten dar. Hierzu zählt beispielsweise die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes und dem damit verbundenen Abrutschen in eine finanzielle Notlage oder Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen. Durch die interdisziplinäre Arbeit des Rehabilitations-Teams werden diese Kontextfaktoren ausführlich besprochen und mit dem Patienten alltagstaugliche, individuell passende Ideen zur Lebensführung entwickelt, welche die Integration des Patienten in das soziale Umfeld erleichtern.

2.4 Edukative Rehabilitationsziele und -maßnahmen

Einen wichtigen Eckpfeiler der Rehabilitation stellt die Schulung des Patienten über seine Erkrankung dar. Entsprechende Angebote sind in der Akutversorgung speziell im Fach Dermatologie nur rudimentär implementiert. Dabei ist die Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit den Beeinträchtigungen durch die chronischen Hauterkrankungen für die langfristige Prognose ebenso wichtig wie die oben dargestellten Maßnahmen zur direkten Wiederherstellung der Strukturen und Funktionen. Vor allem für Patienten aus dermatologisch ungenügend versorgten ländlichen Regionen ist die stationäre dermatologische Rehabilitation oft die einzige Möglichkeit der Betroffenen, systematisch an der Minimierung von vor allem personen- aber auch umweltbezogenen negativen Kontextfaktoren zu arbeiten. Die Verbesserung der Coping-Strategien ist eine Grundvoraussetzung für langfristige Verbesserungen des Verlaufes der chronischen Erkrankungen.

Hierbei werden Ursachen, Auslösefaktoren, Therapieoptionen und Prognose der Erkrankung erläutert. Das Ziel für den Patienten besteht darin, dass er mit der Diagnose einer chronischen oder bösartigen Hauterkrankung umzugehen lernt und die Tragweite der Erkrankung für sich selbst erkennt. Hierzu verweisen wir auch auf die im Abschnitt 3.2 aufgeführten Punkte zur Bewältigung der Beeinträchtigungen der psychologischen Funktion. Um die edukativen Rehabilitationsziele zu erreichen, sind in den Rehabilitationskliniken Informationsveranstaltungen, Seminare und standardisierte Schulungs-Module entwickelt worden, die sich an den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP), der Rentenversicherer (Klassifikation therapeutischer Leistungen, KTL Ausgabe 2015 (76), Schulungsmanual der DRV Bund zur Neurodermitis (80) bzw. an etablierten gesundheitspädagogischen Standards der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung AGNES (43, 62, 63), Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung für Erwachsene ARNE (64) und anderen Organisationen wie z. B. Selbsthilfegruppen orientieren (65, 66).

In der **Tabelle 4** sind Schulungs- und Informationsmodule für die häufigsten Hauterkrankungen und Begleiterkrankungen zusammengefasst. Neben reinen Informationsveranstaltungen in Form von Vorträgen wird bei der Rehabilitation von Hautkrankheiten ein Schwerpunkt auf Seminare und standardisierte Schulungen gelegt. Letztere sind nicht nur manualisiert, sie besitzen auch einen curricularen Aufbau und bedienen sich unterschiedlicher Vermittlungsmethoden mit interaktivem Ansatz. Dabei werden den Patienten in Vorträgen, Diskussion, Gruppenarbeit und praktischen Übungen grundlegende Information über ihre Hauterkrankung, Auslösemechanismen und Verarbeitungsstrategien vermittelt. Die Ausgestaltung der Angebote ist abhängig von Klinikbesonderheiten wie bspw. primär psychosomatischer Ansatz (20), medizinisch-beruflich orientierter Ansatz (56) o. a.

Tabelle 4: Der Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) 2015 der Deutschen Rentenversicherung: Information, Motivation, Schulung

C741: Standardisierte Erwachsenenbildung bei chronisch entzündlichen Dermatosen

(Psoriasis vulgaris, Neurodermitis, Ekzeme anderer Genese)

C741: Standardisierte Schulung für Kinder und Jugendliche bei chronisch entzündlichen Dermatosen (Psoriasis vulgaris, Neurodermitis, Ekzeme anderer Genese)

C777: Standardisierte Schulung bei Tumorerkrankungen

(bösartige Neubildungen und maligne Systemerkrankungen der Haut)

C600: Vortrag: Indikationsspezifische Krankheitsinformation

(Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen, onkologische Erkrankungen)

C631: Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Schutzfaktoren“:

indiziert bei allen Haut- und Schleimhauterkrankungen zur Verbesserung von Salutogenese und Schutz (beispielsweise Hautschutzplan bei gewerblicher Belastung der Hände oder tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan (TGH))

C634: Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“ bei allen Haut-, Atemwegserkrankungen und bösartigen Neubildungen der Haut

C611: Vortrag: Rehabilitation

zu Rehabilitationszielen und -modulen sowie Sozialrecht

C671: Standardisierte Schulung bei rheumatologischen Erkrankungen

(im Rahmen von Hauterkrankungen, insbesondere Psoriasis Arthropathie)

C663: Standardisierte Schulung bei sonstigen degenerativen Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane

(im Kontext mit dem Ziel ganzheitlicher Behandlung aller Reha-Patienten, die auch „Verschleißerscheinungen“ der Bewegungsorgane vorweisen)

C681: Standardisierte Schulung bei chronischen Schmerzen

(dermatologische Patienten mit orthopädischen und rheumatologischen Problemen, aber auch im Bereich der Onkologie durchführbar)

M621, M630, M640: Lehrküche, Einkaufstraining, Beratung am Früh- und Abendbuffet

C751: Schulung bei Allergosen (z. B. Hausstaubmilbenanierung, Heuschnupfen, Asthma usw.)

Neben den rein fachmedizinischen Themen befassen sich die Schulungen auch mit sozialmedizinischen und -rechtlichen Aspekten. Dabei wird eine Übersicht über die für den Patienten geltenden Rahmenbedingungen geschaffen, um die Angst vor beruflichen, finanziellen und sozialen Veränderungen durch die chronische Erkrankung, zu vermindern. Durch das Rehabilitationsteam aus Sozialarbeitern, Ärzten und Psychologen wird damit in den Schulungen dem Patienten eine ganzheitliche Betrachtungsweise und Hilfestellung bei der Bewältigung der Erkrankung und deren Auswirkung auf die gesamte Lebenssituation vermittelt. Dem gesundheitspädagogischen Hautschutzseminar kommt im Rahmen der stationären Rehabilitation von Patienten mit berufsbedingten Dermatosen eine zentrale Bedeutung zu; es ergänzt die in der "Handschuhsprechstunde" vermittelten Inhalte und informiert den Patienten hinsichtlich potentieller Hautrisikofaktoren und Strategien zur Verminderung hautschädigender Einflüsse am Arbeitsplatz und in der Freizeit (65, 66, 55).

2.4.1 Edukative Maßnahmen bei der Rehabilitation von Kindern

Pädagogische Ansätze sollten den Patienten (Kind) als auch die Begleitperson im Sinne eines Ko-Therapeuten einbinden. In Abhängigkeit des Alters sowie des Entwicklungsstandes des Kindes sollten spezielle Angebote für das hauterkrankte Kind angeboten werden:

- indikationsspezifische Patientenschulung nach Altersgruppen ,s. o. Staab et al 2006 (43), Ernst und Szczepanski 2014 (45)
- indikationsspezifische Angehörigen-/Elternschulung
- allgemeine gesundheitspädagogische Schulungen für Angehörige/Eltern
- psychologische Begleitung von Kindern und Angehörigen/Eltern (72,62)

Bei der Erfassung einer ggf. vorliegenden psychosozialen Problemsituation kommt der Erhebung der umfassenden Sozialanamnese von Angehörigen/Eltern und Kind eine besondere Bedeutung zu. Entsprechend sollten auch spezifische familientherapeutische, sozialtherapeutische und sozialpädagogische Behandlungs- und Betreuungsansätze im Sinne einer ganzheitlichen Familientherapie Berücksichtigung finden (48) Im Rahmen einer stationären dermatologischen Rehabilitation sollte auch die schulische Ausbildung in Form eines Stützunterrichtes in den Kernfächern gewährleistet werden. Der Unterricht muss in den Gesamttherapieplan eingebunden werden und evtl. vorliegende Teilleistungsstörungen in besonderem Maße berücksichtigen.

2.4.2 Edukative Maßnahmen durch Sozialarbeiter in der Rehabilitation

Die Zusammenarbeit in einer deutschen Rehabilitationseinrichtung mit Berufshelfern und Sozialarbeitern der Sozialversicherungsträger ermöglicht den Patienten die Erörterung versicherungsrechtlicher Fragestellungen. Berater aus dem Team „Soziale Arbeit“ in einer Rehabilitationsklinik unterstützen und informieren die Rehabilitanden über ihre Rechte und Pflichten. Die Soziale Arbeit in einer Reha-Klinik will keine Lösungsvorschläge für die Probleme der Patienten bieten, sondern vielmehr die möglichen Perspektiven aufzeigen und somit „Starthilfe“ leisten. Die Tätigkeiten von Sozialarbeitern umfassen folgende Arbeitsfelder:

Sozialrechtliche Beratung

- Die Beratung von Patienten erfolgt in der Regel im Einzelgespräch. Durch eine Sozial- und Berufsanamnese wird die berufliche bzw. schulische Situation aufgenommen und gemeinsam mit den Patienten besprochen. Die Beratung erfolgt im Hinblick auf die berufliche Perspektive nach der Rehabilitation.
- Auch die Beratung zur familiären Situation oder zur wirtschaftlichen Situation ist möglich. Hierzu zählt z. B. die Schuldnerberatung, Konfliktberatung.
- Die Patienten haben in Einzelgesprächen ebenfalls die Möglichkeit sich zu verschiedenen sozialrechtlichen Fragestellungen beraten zu lassen. Hierzu gehört z. B. die Beratung in Rentenfragen, aber auch zum Thema Zuzahlungen zur Rehabilitation und zu Gesundheitskosten allgemein.
- Des Weiteren hilft der Sozialarbeiter beim Ausfüllen von Antragsformularen, wie z. B. beim Reha-Antrag nach dem sechsten Sozialgesetzbuch.

Beratung zur beruflichen Rehabilitation (LTA: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

- Bei der beruflichen Beratung geht es neben der Berufsklärung auch um die Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen, wie berufsvorbereitende Maßnahmen bei Jugendlichen, Erreichen eines geeigneten Schulabschlusses durch Förderunterricht nach langen Phasen krankheitsbedingter Schulfehlzeiten, im Erwachsenensetting Maßnahmen der Umschulung, Eingliederungshilfe, innerbetriebliche Umsetzung oder Fortbildungen. Hier stellt der Sozialarbeiter ggf. Kontakt zu Kostenträgern, wie der Krankenkasse, dem Rentenversicherungsträger oder einer Berufsgenossenschaft, aber auch Arbeitgebern her.
- Außerdem berät der Sozialarbeiter im Hinblick auf eine stufenweise Wiedereingliederung und leistet diese auch ein. Nach lang andauernder Arbeitsunfähigkeit dient die Wiedereingliederung dazu, den arbeitsunfähigen Versicherten nach schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung am bisherigen Arbeitsplatz heranzu-

führen. Der Sozialarbeiter tritt hier gemeinsam mit dem Patienten in Kontakt zum behandelnden Arzt, dem Arbeitgeber und dem Kostenträger. Bezüglich der Themen Zuzahlung zu Gesundheitskosten finden in der Kinder- und Jugend-Reha spezielle Transitionsmodule mit zusätzlicher Internetseite (67), die sich auf die Erfahrungen jugendlicher Patienten im Übergang zur Erwachsenenmedizinversorgung entwickelt haben und derzeit evaluiert werden (45, 46, 49, 67).

Sonstige Aufgaben (einrichtungsspezifisch auch anderen Mitarbeitern zuzuordnen)

- Sozialarbeit in Reha-Kliniken vermittelt auch die Kontakte für Patienten mit Selbsthilfegruppen an den Heimatorten.
- Teilweise ist nach einer Rehabilitation auch eine nachstationäre Behandlung notwendig. Hier organisiert die Sozialarbeit alle weitergehenden Maßnahmen. Dazu gehört z. B. die Einleitung häuslicher Pflege oder die Beantragung einer Pflegestufe im Eilverfahren.
- Für alle Patienten gibt es am Anreisetag einen Einführungsvortrag. Dieser informiert den Patienten über die Rehabilitationsklinik, über den Ablauf einer solchen Maßnahme und über alles, was für den Patienten im Laufe einer solchen Behandlung wichtig ist. Auch in Fragen der Freizeitgestaltung stehen der Sozialarbeiter oder Beschäftigungstherapeuten zur Verfügung.
- Im Laufe einer Rehabilitation werden die Patienten zu einem sozialrechtlichen Vortrag eingeladen. Der Sozialarbeiter klärt die Patienten zu folgenden Themen auf: Beurlaubung während der Rehabilitation, Zuzahlung zur Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit und ihre Folgen, Zuzahlungen zu Gesundheitskosten und Belastungsgrenzen und zum Schwerbehindertenausweis.

3 Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung und Durchführung der Rehabilitation

3.1 Personelle Ausstattung

3.1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die Leitung der Rehabilitationsmaßnahme in einer deutschen Rehabilitationseinrichtung erfolgt durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie mit der Zusatzbezeichnung Allergologie sowie vollständiger Ableistung der Kurse der Sozialmedizin gemäß der aktuellen Richtlinie der Weiterbildungsordnung (3) oder Erwerb der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen. Die ärztliche Leitung in einer Kinder- und Jugendklinik, die chronische Dermatosen des Kindesalters behandelt, obliegt einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dermatologischer Expertise oder mit der zusätzlichen Facharztausbildung Dermatologie und Venerologie.

Der leitende Arzt soll dabei je nach Spezialisierung der Klinik über langjährige Erfahrung in der Diagnostik, Therapie, Schulung und Rehabilitation entzündlicher, allergischer, genetischer und bösartiger Hauterkrankungen verfügen. Die Therapie-Schwerpunkte liegen je nach Klinikschwerpunkt auf der Phototherapie, Helio- und Balneo- inkl. Thalassotherapie, Psychosomatik, begleitenden psychologischen Krankheitsbewältigungsstrategien wie Salutogenese, systemischer Immunsuppression und der Therapie maligner Hauterkrankungen wie Immuntherapie. Er leitet das Rehabilita-

tionsteam und sorgt für die Sicherstellung und Einhaltung des Rehabilitationsplans. Der leitende Arzt oder sein Vertreter, der bei ausschließlich dermatologischen Kliniken die gleiche Qualifikation haben sollte (3), führt die notwendigen Visiten bei den Patienten durch und unterweist die mitarbeitenden Ärzte. Bei interdisziplinär arbeitenden Rehakliniken können die notwendigen Vertretungskompetenzen auf mehrere Mitarbeiter verteilt sein.

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts, entsprechend den Zielen des jeweiligen Rehabilitationsträgers und bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

3.1.2 Rehabilitationsteam

Das Rehabilitationsteam sollte entsprechend der Richtlinien der DRV-Bund in deutschen Rehabilitations-Einrichtungen wie folgt zusammengesetzt werden (61):

In den vorgenannten Richtlinien wird darauf hingewiesen (Seite 12), dass im Bereich der „personalbezogenen Merkmale“ ein Toleranzbereich nach Struktur, Größe und Schwerpunkt der Einrichtung zu beachten ist. Dabei ist der Assistenzbereich (MTA, MTLA, MTRA, PTA, neurophysiologische Assistenten usw.) in Anzahl und Zusammensetzung nicht geregelt, weil nur zuweisungsrelevant und einrichtungsbezogen festlegbar. Vorab sei darauf hingewiesen, dass für deutlich kleinere und/oder größere Einrichtungen die Linearität der Anpassung des Personalbedarfs in Frage steht.

- Ärzte 6 pro 100 Rehabilitanden
- Psychologen im Verhältnis 1,25 pro 100 Rehabilitanden, abweichend von den Vorgaben der DRV werden 2,5 Psychologen pro 100 Rehabilitanden für nötig gehalten
- Sozialarbeiter/-pädagoge, Gesundheitspädagogen im Verhältnis 1 pro 100 Rehabilitanden
- Physiotherapeuten/Masseur/Badehelfer, med. Bademeister 3,5 pro 100 Rehabilitanden
- Ergotherapeuten im Verhältnis 0,6 pro 100 Rehabilitanden
- Sportlehrer/Sporttherapeut im Verhältnis 2,5 pro 100 Rehabilitanden
- examinierte Krankenschwester oder Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferin: 8,5 pro 100 Rehabilitanden (pro Schicht 1 - 3)
- Ökotrophologe/Diätassistent 1 pro 100 Rehabilitanden

Das Rehabilitationsteam wird aus den genannten Mitarbeitern gebildet und ist in der Lage, fachspezifische Beurteilungen durchzuführen und gemeinsam an Zieldefinitionen zu arbeiten, die in den Rehabilitationsplan einmünden.

3.1.3 Personalbesetzung bei der Rehabilitation von Kindern

Sofern die Einrichtung mit dermatologischer Fachrichtung behandlungsbedürftige Kinder mit Angehörigen/Elternteil aufnimmt, ist durch eine entsprechende personelle Ausstattung die Umsetzung des Therapiekonzeptes zu gewährleisten. Aufgrund häufiger Komorbiditäten im Kindesalter (z. B. Asthma bronchiale, Entwicklungsverzögerungen) sollten physiotherapeutische (z. B. Atemgymnastik), ergotherapeutische und kinderpsychologische Behandlungsansätze in dem Konzept einer dermatologischen Rehabilitation integriert sein. Zur personellen Ausstattung gehören insbesondere:

- pädiatrisch erfahrene(r) Dermatologe/-in,
 - Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin
 - examinierte Kinderkrankenschwestern oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in (8/100 Kinder)
 - 0,5 Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen (u.a. zur Erziehungsberatung)
- Der Personalbedarf ist abhängig von der Gruppenanzahl je Altersbereich und deren Gruppenstärke. Es sollten folgende Richtwerte angestrebt werden:
- 0 - 3 Jahre: pro 10 Kinder mindestens 2 Betreuerinnen
 - ab 3 Jahre: pro 24 Kinder mind. 1 Erzieherin und 1 geeignete Zweitkraft.
- Das Strukturanforderungsprofil der DRV Bund fordert 19 Erzieher neben dem Pflegepersonal (8 Personen) pro 100 Kinder.

Darüber hinaus können je nach zusätzlicher Spezialisierung der Einrichtung Logopädistinnen/ Sprach- und Musiktherapeutinnen und psychologische Psychotherapeutinnen/systemische Familienberaterinnen vorgehalten werden.

Einrichtungen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche mit Hauterkrankungen betreuen, werden von einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dermatologischer Expertise und der Zusatzbezeichnung Allergologie geleitet.

Das Reha-Team in der Kinder/Jugend-Reha entspricht in den übrigen Bereichen weitgehend den Forderungen im Erwachsenenbereich (s. 3.1.2), allerdings mit dem wichtigen Unterschied, dass statt 6 nur 3 Ärzte gefordert sind, dafür aber 2,5 Psychologen statt 1,25/100 Patienten. Abweichend zu den Vorgaben der DRV sind 4 Ärzte pro 100 Rehabilitanden nötig.

3.1.4 Personalbesetzung einer psychosomatisch-dermatologischen Rehabilitation

Diese orientiert sich an den Vorgaben der DRV für psychosomatische Einrichtungen (61)

3.2 Rehabilitationsplan

Nach erfolgter Anamnese und Befunddokumentation unter Berücksichtigung der ICF-Klassifikation wird mit Hilfe klinischer Pfade ein Rehabilitationsplan auf den Patienten abgestimmt, der sich nach der Erkrankung und den Rehabilitations-Zielen richtet. Die in der Klinik durchgeführten Rehabilitations-Maßnahmen, die zum Erreichen dieser Rehabilitationsziele führen, sind im Abschnitt 2 ausführlich dargestellt. Regelmäßige Visiten und therapeutische Gespräche sowie Teamsitzungen begleiten den Rehabilitationsverlauf. Dabei werden die Aufgaben des Rehabilitationsteams koordiniert und der Rehabilitationsplan umgesetzt und ggf. angepasst. Mit dem Rehabilitanden werden der Therapieverlauf, notwendige Therapieänderungen, die Entlassungsform und die sozialmedizinische Einschätzung sowie nachstationäre Empfehlungen besprochen.

3.3 Rehabilitationselemente

Die in den Kliniken durchgeführten Rehabilitationselemente beinhalten Photo-Therapie, externe und systemische Therapien, Patientenschulungen und -Information, Ernährungsberatung, Sozialberatung (Beratung bei sozialrechtlichen Fragen und zum Umgang mit den Sozialleistungsträgern), Betreuung durch Psychologen, Motivation zur Selbsthilfe, Gesundheitstraining, Entspannungstraining und Stressbewältigung. Ergotherapie, Hilfsmittelberatung, Physiotherapie. Allgemeine körperliche Aktivierung zur Lifestyle-Optimierung und medizinischen Pflege sind ebenso wichtig, wie ggf. die Erstellung von (tätigkeitsgeprüften) individuellen Hautschutzplänen (68, 55, 69, 70). Dabei

unterscheiden sich die Zusammensetzung und die Intensität der eingesetzten Elemente nach Schwerpunktsetzung der Einrichtung (z. B. Kinder-Reha, Psychosomatik, Berufsdermatosen etc.). In der Kinder-Reha ist die zusätzliche Beratung von Angehörigen in Bezug auf primäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen (71) unverzichtbar.

3.4 Diagnostik, räumliche und apparative Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der Rehabilitationskliniken soll die Umsetzung der Rehabilitation der in dem Diagnose-Katalog aufgeführten Erkrankungen der Haut ohne Einschränkungen ermöglichen. Die Balneo-Photo-Therapie-Abteilung soll über die entsprechenden Ausstattungen wie Badewannen und Lichtgeräte verfügen. Hierzu zählen in der Regel UV-Ganzkörper und Teilbestrahlungsgeräte mit den Spektren UV-A (ggf. UV-A1), UV-B-Breitband und UV-B311.

Funktionsräume für die dermatologische Salbenbehandlung einschließlich Okklusivverbänden sind vorzuhalten. Indikationsbezogen auch Ergotherapie (für TGH und Kreativtherapie), Lehrküche, Salbenbar und Handschuhthek u. a. (65).

Die Beratungen im psychologischen, psychosozialen, ökotrophologischen und medizinischen Dienst finden in spezifischen Funktionsräumen statt. Arztzimmer mit Untersuchungsraum sind vorhanden und entsprechend den Anforderungen für die Rehabilitation. Funktionsräume zur Durchführung steriler diagnostischer Eingriffe sind vorhanden, ebenso Instrumente zur Notfallbehandlung und Reanimation (75).

Für kleine operative Eingriffe, Entnahme von Hautproben oder Wundbehandlungen sollte auch nach Schwerpunkt der Rehabilitationseinrichtung ein Eingriffsraum für kleinere Operationen und Hautbiopsien vorgehalten werden.

Bei Rehakliniken mit einem allergologischen Schwerpunkt sollte der Funktionsbereich der Allergologie über die Vollausrüstung zur Durchführung von Hauttestungen (Prick-, Intra- und Epikutantestungen) verfügen. Außerdem können je nach Schwerpunkt der Rehabilitationseinrichtung parenterale und orale Provokationstestungen z. B. bei Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten oder bronchiale Provokationstestungen mit bodyplethysmographischer Lungenfunktionsuntersuchung erfolgen.

Alle Zimmer sollten über eine Nasszelle mit WC sowie über eine Notrufanlage, die mit dem zentralen Krankenpflegezentrum verbunden ist, verfügen. Die Infusionstherapie findet in Behandlungsräumen statt, die permanent sowohl durch qualifiziertes Krankenpflegepersonal als auch durch Ärzte besetzt sind. Die Visiten sowie „therapeutischen“ Gespräche mit den Sozialarbeitern/ -pädagogen, Psychologen, Gesundheitspädagogen, Ernährungsassistenten und Ergotherapeuten finden in den jeweiligen Funktionsräumen statt.

Die physiotherapeutische Therapie findet in den Räumlichkeiten der physikalischen Therapie statt.

Außerdem sollten Sozialräume für die Patienten zur Verfügung gestellt und verschiedene Sportangebote (z. B. Tennis, Tischtennis, Billard, Minigolf, MTT) bereitgestellt werden. Außerdem sollte die Möglichkeit einer Lehrküche oder eines Schulungsbuffets bestehen, um unter der Anleitung von Diätassistentinnen eine auf den Patienten abgestimmte Beratung durchzuführen.

Erforderliche Laboruntersuchungen, Konsiliaruntersuchungen mit bildgebenden oder Funktionsuntersuchungen können auch bei am Ort ansässigen Ärzten oder Kliniken durchgeführt werden.

Darüber hinaus werden variabel ausgestattete Schulungsräume bereitgestellt, in denen sowohl praktische als auch theoretische Schulungen stattfinden können.

3.4.1 Unterbringung von Kindern bei der Rehabilitation

Die Infrastruktur der Klinik bzw. Abteilung sollte eine altersgerechte Unterbringung der Kinder gewährleisten und die erforderliche Sicherheit für Kinder bieten. Dies betrifft insbesondere die Ausstattung mit kindgerechten Badewannen. Die Zim-

mer/Appartements sind so zu gestalten, dass ein separater Schlafraum für die Kinder vorhanden ist. Mehrbettzimmer für Mütter sind ausgeschlossen. Kinderschutzmaßnahmen im Bereich der Elektrik (z. B. Kinderschutzsteckdosen), Türsicherungen, Einklemmschutz sowie Verbrühungsschutzmaßnahmen stellen eine Mindestanforderung dar.

Zu den baulichen/räumlichen Mindestanforderungen gehören:

- Altersspezifische Betreuungsinfrastruktur (z. B. pädagogische Beschäftigungstherapie/Ergotherapie, freies Spiel)
- Barrierefreier Zugang
- Freizeiträume mit Spielmöglichkeiten für Kinder
- Kindgerechte Sanitäranlagen
- Kinderspielplatz im Freien
- Waschküche mit Waschmöglichkeit (75, 76)

3.5 Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme

Die Aufnahme des Patienten in die Rehabilitationsklinik erfolgt in der Regel innerhalb von 6 Wochen nach der Kostenzusage des Kostenträgers für den zugewilligten Zeitraum. Bei Eilverfahren soll eine Rehabilitationsmaßnahme auf direkte Anfrage und nach ärztlicher Abklärung bei vorliegender Kostenzusage umgehend erfolgen.

3.6 Verlängerungskriterien der Rehabilitationsmaßnahme

Wenn die Rehabilitations-Ziele noch nicht erreicht sind (z. B. aufgrund von Bewegungseinschränkungen, ausgedehnten Hautveränderungen, verzögerter Wundheilung, Ko- bzw. Multimorbidität, Komplikationen wie infektiöse Neuerkrankungen etc.), wird bei weiter bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme angestrebt.

3.7 Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme

Wenn die Rehabilitations-Ziele erreicht sind, die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind oder andere Ereignisse auftreten (z. B. unerwartete Komplikationen, Verlegung, disziplinarisch), wird die Rehabilitations-Maßnahme beendet. Sollte sich während der Reha zeigen, dass keine ausreichende Belastungsfähigkeit oder Motivation des Rehabilitanden vorliegt, kann die Behandlung ebenfalls beendet werden. Der Rehabilitationsbericht wird nach den Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung (79) unter Berücksichtigung der ICF-Klassifikation verfasst. Bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt dabei die auf die berufliche Tätigkeit abzielende medizinische Leistungsbeurteilung.

Bei Patienten mit Berufsdermatosen sollte der Entlassungsbericht Angaben zur prognostischen Einschätzung hinsichtlich des Berufsverbleibes bzw. voraussichtlich längerfristig angezeigter §3-Maßnahmen enthalten. Letztere sollten im Bedarfsfall bereits im Rahmen der dermatologischen Rehabilitation durch Erstellen eines Hautarztberichtes eingeleitet werden. Sollten sich Zweifel am beruflichen Ursachenzusammenhang ergeben, muss hierauf eingegangen werden. Notwendige medizinische Maßnahmen (Fortführung der Therapie, Bereitstellung der erarbeiteten Hautschutzmittel) sollten rechtzeitig vor Entlassung veranlasst werden, um eine nahtlose Versorgung sicherzustellen. Darüber hinaus müssen erforderliche arbeitsplatzbezogene technische oder organisatorische Maßnahmen mit dem Unfallversicherungsträger und ggf. dem Betriebsarzt abgesprochen werden.

4 Sicherung der Prozessqualität in der stationären dermatologischen Rehabilitation

Die Rehabilitation der chronischen Dermatosen ist eine interdisziplinäre therapeutische Aufgabe, für die gesetzliche Vorgaben zu erfüllen sind. Von Seiten der gesetzlichen Rentenversicherung und durch zahlreiche gesetzliche Krankenkassen sind in Anlehnung daran Prozessabläufe definiert und vorgegeben worden, die als Standard-Vorgehensweise akzeptiert werden müssen (61, 76). Die gesetzliche Grundlage dafür liegen im § 137 SGB V (3,70) und § 20 (2) SGB IX. Ein einheitliches Qualitätsmanagement-System für alle Rehabilitationskliniken gibt es aber zurzeit noch nicht.

Aufgrund der schlechten Prognose berufsbedingter Hauterkrankungen sind verstärkte Bemühungen zur Entwicklung eines standardisierten medizinisch-beruflichen Heilverfahrens für die Rehabilitation von Berufsdermatosen dringend erforderlich. Im Rahmen des multizentrischen Projektes "Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)" unter Beteiligung aller Unfallversicherungsträger werden zur Zeit diagnostische, therapeutische und gesundheitspädagogische Standards unter Gesichtspunkten der Qualitätssicherung, Gesundheitsökonomie und evidenz-basierter Methodik evaluiert (28). Diese Standards basieren auf den über zehnjährigen Erfahrungen mit der stationären Prävention und Rehabilitation von Berufsdermatosen an der Universität Osnabrück ("Osnabrücker Modell") (25). Diese Maßnahme zur "Tertiären Individualprävention" sieht im Sinne eines integrierten Versorgungsmodells die Fortführung der stationär eingeleiteten Behandlung im Rahmen eines nachstationären ambulanten Heilverfahrens vor, das eine dreiwöchige poststationäre Arbeitskarenz impliziert (66). Im Anschluss daran erfolgt ein Arbeitsversuch unter hautfachärztlicher Supervision. Im Rahmen dieses Projektes werden Ausbildungsmodule für die mit Patientenberatung und -schulung befassten Gesundheitspädagogen bzw. Psychologen und Mediziner im Sinne einer zertifizierungsfähigen "Train-the-Trainer"-Qualifizierungsmaßnahme entwickelt.

Getragen durch die UN-Behinderten-Rechtskonvention (33) und im Rahmen der Umsetzung der dort geforderten „Inclusion in society“ stellen auch Rentenversicherungsträger im dermatologischen Bereich „Functional capacity evaluation-Modelle“ zur Verfügung, die eine medizinisch-berufliche Rehabilitation unter der Trägerschaft dieser Sozialeinrichtungen ermöglicht (68,69). Insofern ist die Durchführung eines tätigkeitsgeprüften Hautschutzplanes im Rahmen der medizinischen Rehabilitation durch Kostenträger der GKV und DRV ein Schritt zur vollständigen Implementierung des in der BRD im März 2009 in Kraft getretenen Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (56).

4.1 Vorschläge zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären dermatologischen Rehabilitation

Für die in einer Rehabilitationseinrichtung behandelten Patientengruppen sind Art, Umfang und zeitliche Abfolge der Rehabilitationsleistung sowie die Behandlungsziele in Form von indikationsbezogenen Therapieprotokollen zur Verfügung zu stellen, sofern nicht die Qualitätssicherungsprogramme der Kostenträger Anwendung finden (75).

4.1.1 Qualitätsscreening

Die Regelmäßigkeit der Behandlung sowie das angestrebte und erreichte Behandlungsergebnis sind zu dokumentieren. Die Kliniken sind verpflichtet, ein den Vorgaben der

BAR entsprechendes Qualitätsmanagement zu implementieren (75). Werden Kliniken durch die DRV belegt, gelten die §§20 und 21 des SGB IX, für die Pädiatrie sind die evidenzbasierte Therapiemodule der DRV-Bund (61) zu beachten.

4.1.2 Qualitätszirkel

In den Rehabilitationskliniken sind klinikinterne Qualitätszirkel eingerichtet. Aufgabe dieser Zirkel ist die umfassende interne Qualitätssicherung im Sinne eines *Total Quality Management* unter besonderer Berücksichtigung der vergleichenden Qualitätsprüfungen. Darüber hinaus sind klinikübergreifende Qualitätszirkel zu bilden, die sich insbesondere aus leitenden Klinikärzten, Abteilungs- und Oberärzten mit vergleichbaren Rehabilitationsaufgaben und -tätigkeiten zusammensetzen. Vorrangige Aufgabe der klinikübergreifenden Qualitätszirkel ist die fachliche, indikationsorientierte Auseinandersetzung mit den Methoden, Zielen und der Praxis der Rehabilitation (78). Sowohl auf der Ebene der internen wie auch der klinikübergreifenden Qualitätszirkel sollen regelmäßig betroffene Patienten befragt werden.

4.1.3 Ausblick

Ziel des Programms ist es, über die bisherigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung hinaus die interne und externe Qualitätssicherung systematisch weiterzuentwickeln. Hierzu wird auch auf die Qualitätssicherungsprogramme der Kostenträger (GKV, RV) verwiesen.

5 Literatur

- (1) Leistner K, Gibis B. Begriffsbestimmungen - Definition der medizinischen Rehabilitation und deren Abgrenzung von anderen medizinischen Versorgungssektoren. In: Leistner K, Beyer HM, editors. Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Antragsverfahren unter besonderer Berücksichtigung der ICF. Landsberg/Lech: Ecomed Medizin, 2005: 25-35
- (2) Luther B, Grimm M, von Mittelstaedt G. Aufgaben und Funktion des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK): Aktuelle Aspekte in der Dermatologie aus sozialmedizinischer Sicht. *Hautarzt* 2006; **57**:411-422
- (3) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR „Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen“. www.bar-frankfurt.de: Publikationen: Reha-Info 1-5/2015
- (4) Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung - Teilhabe" (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen. Begutachtungs-Richtlinie: Vor- und Rehabilitation. 2005
- (5) Rehabilitationsrichtlinie. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation; Vereinfachung Verordnungsverfahren. Gültigkeit ab dem 1.4.2016
https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?genericsearch_param.start_date%3A0=02&genericsearch_param.start_date%3A1=03&genericsearch_param.start_date%3A2=2016&genericsearch_param.stop_date%3A0=02&genericsearch_param.stop_date%3A1=03&genericsearch_param.stop_date%3A2=2016&%28page.navid%3Ddetailsearchlisttodetailsearchlistupdateresetpage%29=Dokumente+a

nzeigen&genericsearch_param.fulltext=BAnz+AT+02.03.2016+

- (7) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs.1 Nr.4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen. 2004
- (8) Schuntermann MF. Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech: Ecomed Medizin, 2005
- (9) http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf
- (10) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). ICF-Praxisleitfaden: Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. 2006
- (11) Niederauer HH, Schmid-Ott G, Buhles N. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Dermatologischen Rehabilitation: Konzept, Anwendung, Perspektive. *Hautarzt* 2005; **56**:631-636
- (12) Breuer K, Kapp A. Stationäre medizinische Rehabilitation bei erwachsenen Patienten mit atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 2006; **57**:592-602
- (13) Buhles N, Sander C. Dermatoonkologische Rehabilitation. *Hautarzt* 2005; **56**:659-664
- (14) Nürnberg W. Stationäre Rehabilitation von chronischen Hauterkrankungen am Beispiel des atopischen Ekzems. *Hautarzt* 2005; **56**:644-648
- (15) Wehrmann J. Leitlinien zur dermatologischen Rehabilitation. *Der Hautarzt* 2005; **56**:626-630
- (16) Bock O, Schmid-Ott G, Malewski P, Mrowietz U. Quality of life of patients with keloid and hypertrophic scarring. *Arch Dermatol Res* 2006; **297**:433-438
- (17) Schmid-Ott G, Kunsebeck HW, Jager B, Sittig U, Hofste N, Ott R et al. Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. *Acta Derm Venereol* 2005; **85**:27-32
- (18) Schmid-Ott G, Malewski P, Kreiselmaier I, Mrowietz U. Psychosoziale Folgen der Psoriasis--eine empirische Studie über die Krankheitslast bei 3753 Betroffenen. *Hautarzt* 2005; **56**:466-472
- (19) Schmid-Ott G, Burchard R, Niederauer HH, Lamprecht F, Kunsebeck HW. Stigmatisierungsgefühl und Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis. *Hautarzt* 2003; **54**:852-857
- (20) Wehrmann J Dermatologisch-psychosomatische Rehabilitation. *Hautarzt* 2010; **61**:317-322
- (21) Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L, Lindner DM, Jemec GB, Poot F, Szepletowski JC, de Korte J, Taube KM, Lvov A, Consoli SM.self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification-a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry(ESDaP).*Acta Derm Venereol*, 2013 Jan; **93**(1):4-13

- (22) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation. 2004
- (23) DRV Bund Leitlinie zu „Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/begutachtung/leitlinien_rehabeduerftigkeit_dermatologie_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=12
- (24) SGB IX. § 4 Leistungen zur Teilhabe. 2006
- (25) SGB V. § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. 2007
- (26) SGB V. § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen. 2007
- (27) SGB VI. § 13 Ausschluss von Leistungen. 2006
- (28) John SM, Skudlik C. Neue Versorgungsformen in der Dermatologie: Vernetzte stationär-ambulante Prävention von schweren Berufsdermatosen: Eckpunkte für eine funktionierende integrierte Versorgung in Klinik und Praxis. *Gesundheitswesen* 2006; **68**:769-774
- (29) SGB V. § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. 2006
- (30) SGB V. § 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe. 2006
- (31) SGB III. § 125 Minderung der Leistungsfähigkeit. 2006
- (32) John SM, Skudlik C, Römer W, Blome O, Brandesburg S, Diepgen TL et al. Leitlinie Hautarztverfahren der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD). *Dermatologie in Beruf und Umwelt* 2006; **3**:101-103
- (33) Bundesgesetzblatt 2008, Teil II, Nr. 35: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 31.12.2008
- (34) AWMF online. Leitlinien für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin. http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/II_070.htm: 2006
- (35) Lukas A, Wolf G, Folster-Holst R. [Special features of topical and systemic dermatologic therapy in children]. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006; **4**:658-678
- (36) Nürnberg W. Arzneistoffe zur Behandlung von Hauterkrankungen bei Kindern. *Pharm Ztg* 2001; **22**:41-44
- (37) awmf Sk2-LL Neurodermitis Register-Nr. 013-027, gültig bis Ende 2018
- (38) Höger P. Externatherapie des atopischen Ekzems im Kindesalter. *Monatschrift Kinderheilkunde* 10/2015:981-90
- (39) Höger PH, Hamm H. Psoriasis vulgaris bei Kindern und Jugendlichen. Pathogenese, klinisches Bild und therapie. *Hautarzt* 2015 Apr.;**66**(4):267-76
- (40) Scheewe S, Szczepanski R. Kompetenznetz Patientenschulung arbeitet für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. *Kinder-und Jugendarzt* 2009, 4: 1-2

- (41) Scheewe S, Stachow R. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Hauterkrankungen. *Kinder-und Jugendmedizin* 2013, 4:1-7
- (42) Scheewe S, Schmidt S, Petermann F, Stachow R, Warschburger P. Long-term efficacy of an inpatient rehabilitation with integrated patient education program for children and adolescents with psoriasis. *Dermatol Psychosom* 2001;2:16-21
- (43) Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott F, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gieler U. Age related structural educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 332: 933-938
- (44) Szczepanski R, Brockmann G. Modulares Asthmaschulungsprogramm der AG Asthmaschulung (gem. Handbuch QS, 4.Auflage 2013, ISBN 978-3-89967-901-4, Lengerich: Pabst Publishers
- (45) Ernst G, Szczepanski R (Hrsg) für das Kompetenznetz Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (KomPaS). Modulares Schulungsprogramm ModuS für chronisch kranke Kinder, Jugendliche sowie deren Eltern. ISBN 978-3-89967-898-7 2014. Lengerich: Pabst Publishers
- (46) Lindsay S, Hoffman A. A complex transition: lessons learned as three young adults with complex care needs transition from an inpatient paediatric hospital to adult community residences. *Child Care Health Dev.* 2015 Mai; 41(3):397-407
- (47) DRV Bund (2011) Psychische Komorbidität, Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/psychische_komorbiditaet
- (48) Fenerty SD, O'Neill JL, Gustafson CJ, Feldman SR. Maternal Adherence Factors in the Treatment of Pediatric Atopic Dermatitis *JAMA Dermatol.* 2013;149(2):229-231
- (49) Shaw KL1, Watanabe A, Rankin E, McDonagh JE. Walking the talk. Implementation of transitional care guidance in a UK paediatric and a neighbouring adult facility. *Child Care Health Dev.* 2014 Sep;40(5):663-70. doi: 10.1111/cch.12110. Epub 2013 Oct 21.
- (50) Scheewe S. Nordseeklima: Klimatherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Komplementärmedizin* 2015;07(03): 22-27
- (51) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Nutzenbewertung der Balneophototherapie. Abschlussbericht N04/04. Köln. 2006
- (52) Fieten KB et al. Alpine climate treatment of atopic dermatitis: a systematic review. *Allergy* 70 (2015) 12–25
- (53) Schuh A, Nowak D. Klimatherapie im Hochgebirge und im Meeresklima Evidente Akut- und Langzeiteffekte – ein qualitativer Review. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 135–139

- (54) Eggert P, Rautenberg K, Scheewe S, Stick C. Über eine Veränderung der Saliva-Kortisol-Konzentration bei Kindern im Verlauf einer Klimakur an der Nordsee. *Phys Med Rehab Kuror* 2001; 11: 178-181
- (55) Buhles N. Patientenbezogener, tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan. *Umwelt- und berufsdermatologisches Bulletin* 2004; 104:10-11
- (56) Buhles N, Kurrat W, Glaser-Moeller N: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation von Gewerbedermatosen. *vffr-news* 02/2011: 11 – 13
- (57) Uter W. Risikofaktoren für beruflich bedingte Kontaktekzeme. In: Szliska C, Brandesburg S, John SM, editors. *Berufsdermatosen*. München: Dustri Verlag, 2006
- (58) Frith C. 2013. The psychology of volition. *Exp Brain Res* 2013 Sept;229 (3): 289-99
- (59) Schmitter J; Buhles N: Quo vadis? Rehabilitation bei atopischer Dermatitis. *HAUT* 02/14: 72- 76
- (60) Lantzsch H, Buhles N: Rehabilitation bei Psoriasis: Quo vadis? *Akt. Dermatol.* 40 (2014): 223 – 230
- (61) DRV Bund (2014) Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung (S. 18 – Erwachsene, S. 28 – Kinder/Jugendliche)
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_strukturqualitaet/Broschuere_Strukturanforderungen
- (62) Breuer K, Matteredne U, Diepgen TL, Fartasch M, Gieler U, Kupfer J, Lob-Corziilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Staab D, Szczepanski R, Wittenmeier M, Wahn U, Werfel T.
Predictors of benefit from an atopic dermatitis education programme. *Pediatr Allergy Immunol.* 2014 Aug;25(5):489-95. doi: 10.1111/pai.12249
- (63) Werfel T. Lotte C, Scheewe S, Staab D, AGNES Manual Neurodermitisschulung. Dustri 2008, ISBN 978-3-87185-373-9, z.Zt. Neuauflage in Arbeit
- (64) Stalder JF, Bernier C, Ball A, De Raeve L, Gieler U, Deleuran M, Marcoux D, Eichenfield LF, Lio P, Lewis-Jones S, Gelmetti C, Takaoka R, Chiaverini C, Misery L, Barbarot S
Therapeutic patient education in atopic dermatitis: worldwide experiences. *Pediatr Dermatol.* 2013 May-Jun;30(3):329-34. doi: 10.1111/pde.12024. Epub 2013 Feb 14
- (65) Wulfhorst B. Gesundheitspädagogik in der Prävention von Berufsdermatosen. In: Szliska C, Brandesburg S, John SM, editors. *Berufsdermatosen*. München: Dustri Verlag, 2007: 547-548
- (66) Skudlik C, Schwanitz HJ. Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. *J Dtsch DermatolGes* 2004; 2:424-433
- (67) www.between-kompas.de

- (68) Buhles N. Kapitel 19. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), editor. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer Verlag, 2003
- (69) S1-Leitlinie
Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener - Aktualisierung 2015 (AWMF-Register: 013/026)
- (70) SGB V. § 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern. 2006
- (71) Schäfer T, Bauer CP, Beyer K, Buße A, Friedrichs F, Gieler U, Gronke G, E Hamelmann E, Hellermann M, Kleinheinz A, Klimek L, Koletzko S, Kopp MV, Lau S, Müsken S, Reese I, Schmidt S, Schnadt S, Sitter H, Strömer K, Vagts J, Vogelberg C, Wahn U, Werfel T, Worm M, Muche-Borowski .awmf S3 Leitlinie Allergieprävention 2014 AWMF Reg 061/016
- (72) Holling H, Deppner C, Musekamp G, Stachow R. Effects of inpatient rehabilitation for children with atopic dermatitis-a prospective controlled evaluation study. J Eval Clin Pract 2010; 16: 1364-1367
- (73) Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, Gieler U, Lipozencic J, Luger T, Oranje AP, Schäfer T, Schwennensen T, Seidenari S, Simon D, Ständer S, Stingl G, Szalai S, Szepietowski JC, Taïeb A, Werfel T, Wollenberg A, Darsow U; European Dermatology Forum; European Academy of Dermatology and Venereology; European Task Force on Atopic Dermatitis; European Federation of Allergy; European Society of Pediatric Dermatology; Global Allergy and Asthma European Network.
Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis)
J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Sep;26(9):1176-93. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04636.x. Epub 2012 Jul 19. Review
- (74) Schedel F, Schürmann C, Metze D, Ständer S. Prurigo. Klinische Definition und Klassifikation. Hautarzt 2014, 65: 684-690
- (75) Amon U, Buhles N, Seidel C. Qualitätsmanagement in dermatologischen Kliniken und Hautarztpraxen. In: Korting HC, Callies R, Reusch M, Schlaeager M, Sterry W, editors. Dermatologische Qualitätssicherung: Leitlinien und Empfehlungen. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag, 2007: 971-990
- (76) Deutsche Rentenversicherung Bund. KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 6. Auflage ed. 2015
- (77) http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/122656/publicationFile/19713/Artikel_rvaktuell_bestandsaufnahme.pdf, 2010
- (78) Farin E, Gustke M, Widera T et al. Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projektes zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. Gesundheitswesen 2012; 74:358-370
- (79) http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/infos_fuer_reha_einrichtungen/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.pdf
- (80) Curriculum Neurodermitis constitutionalis (2010)

http://www.deutsche-rentenversicherungs.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung_downloads/konzepte_systemfragen/gesundheitsstraining/haut_neurodermitis.pdf?_blob=publicationFile&v=12

(81) Anwendungsempfehlungen zu den Kinder-Reha-Richtlinien (nach §31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI) vom 21.4.1993 in der Fassung vom 07.12.2015, §5 Abs. 2.1 und 2.2

6 Verfahren zur Konsensbildung

Kommission Qualitätssicherung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft
– Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V.
Subkommission Rehabilitation
Leiter: Dr. med. Jochen Wehrmann
Stellvertreter: Dr. med. Norbert Buhles

Das Manuskript wurde im Auftrag der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) durch ihre Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD) erstellt.

Eingebunden in den Prozess waren die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention, die Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), hier namentlich Herr PD Dr. Hagen Ott.

Die **Zielsetzung dieser Leitlinie** besteht darin, einen im Rahmen der Qualitätssicherung entwickelten Leitfaden für Dermatologen, Hausärzte und Mediziner anderer Fachrichtungen zu erstellen, der die sozialmedizinische Beurteilung der Kriterien zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung der ICF und den aktuellen Rehabilitations-Richtlinien aufzeigt.

Evidenzgrad

Bei der Bewertung des Evidenzgrades ist zu berücksichtigen, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gesetzlich vorgeschrieben sind.

Experten-Konsensuskonferenz

Ein Konsens über alle Grundsatzfragen der Leitlinie „Stationäre dermatologische Rehabilitation“ wurde auf der Experten-Konsensuskonferenz vom 08.05. und 09.05.2015 während des 12. Insel-Workshops auf Sylt gefunden. Die Federführung liegt bei der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD).

Teilnehmer waren:

Dr. Sibylle Scheewe, Sylt; Dr. Jochen Wehrmann, Bad Berleburg;
Dr. Norbert Buhles, Sylt; Dr. Werner Gudat, Bodenmais; Prof. Dr. Peter Altmeyer, Bochum, Dr. Andreas Eisenmann, St. Peter-Ording

Abstimmung der Manuskripte über E-Mail-Versand

Ein Konsens über alle Detailfragen der Leitlinie „Stationäre dermatologische Rehabilitation“ wurde mit allen Teilnehmern der Experten-Konsensuskonferenz (s. o.) hergestellt.

Die Abstimmung mit der DGAUM und der DGKJ erfolgte schriftlich.

Autorengremium:

Dr. Jochen Wehrmann,, Dr. Sibylle Scheewe, Dr. Ansgar Weyergraf, Dr. Norbert Buhles,
Dr. Andreas Eisenmann, Dr. Werner Gudat

Finanzielle Förderung:

Eine finanzielle Förderung erfolgte nicht

Interessenskonflikte:

Erklärungen über Interessenskonflikte wurden von allen Autoren eingeholt und liegen dem Koordinator vor. Es wurden keine Interessenskonflikte im Rahmen des Leitlinienvorhabens erklärt. Die Interessenkonflikt-Erklärungen können auf Wunsch beim Koordinator eingesehen werden.

Leitlinienkoordinator: Dr. Norbert Buhles Leitlinie: Stationäre dermatologische Rehabilitation Registernr: 013-083						
	Dr. Ansgar Weyergraf	Dr. Jochen Wehrmann	Dr. Andreas Eisenmann	Dr. Sibylle Scheewe	Dr. Norbert Buhles	Dr. Werner Gudat
1 Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
2 Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
3 Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein
4 Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein	nein
5 Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Besitz von Dachfonds, die möglicherweise Aktien der Gesundheitswirtschaft enthalten	Besitz von Dachfonds, die möglicherweise Aktien der Gesundheitswirtschaft enthalten	nein	nein	Besitz von Dachfonds, die möglicherweise Aktien der Gesundheitswirtschaft enthalten	Besitz von Dachfonds, die möglicherweise Aktien der Gesundheitswirtschaft enthalten
6 Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein

7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD)	Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD) und der Arbeitsgemeinschaft psychosomatische Dermatologie (APD)	Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD) und der Arbeitsgemeinschaft psychosomatische Dermatologie (APD)	Vorstandsmitglied Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Pneumologie und Allergologie nappa (GPA), Lehrkommission AGNES, AGAS, Vorstand KomPaS	Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Deutschen Psoriasisbundes, der AG Rehabilitation in der Dermatologie (AReD), der ADB (AG der Berufsdermatologie), der DDG (Deutschen dermatologischen Gesellschaft) und des BVDD (Berufsverband der Deutschen Dermatologen)	Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD) der ADB AG der Berufsdermatologen der DDG und des BVDD
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	entfällt	nein	nein	Nein	nein	nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Fachklinik Bad Bentheim	HELIOS-Rehakliniken Bad Berleburg, Rot-Haarklinik	Strandklinik St. Peter-Ording	Fachklinik Sylt, DRV Nord	Asklepios Nordseeklinik in Westerland/Sylt	Silberberg Klinik Bodenmais

Korrespondenzanschrift:

HELIOS-Rehakliniken
Dr. Jochen Wehrmann
Arnikaweg 1
57319 Bad Berleburg

Subkommission Rehabilitation

Leiter Dr. Jochen Wehrmann **Gültig bis 31.12.2019**

Abbildung 1:

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

http://awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/013_D_Dermatologische_Ges/013-083_Abb1.pdf

Abbildung 2:

Formblatt 61 A - D (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) der GKV

http://awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/013_D_Dermatologische_Ges/013-083_Abb2.pdf

Erstellungsdatum: 05/2013

Überarbeitung von: 05/2015

Nächste Überprüfung geplant: 12/2019

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Dermatologie

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online