

---

# Stationäre Dermatologische Rehabilitation

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

---

## Inhalt

<b>1</b>	<b><i>Diagnosen, Indikationsstellung und Voraussetzung für die Rehabilitation von Hauterkrankungen</i></b> .....	<b>3</b>
1.1	Abgrenzung der Rehabilitation von anderen medizinischen Versorgungssektoren und Implementierung der ICF-Klassifikation.....	3
1.2	Krankheitsbegriff in der Rehabilitation von Erkrankungen der Haut.....	4
1.3	Diagnosen für eine dermatologische Rehabilitation.....	7
1.4	Indikationsstellung für die Rehabilitation von Erkrankungen der Haut .....	10
1.4.1	Rehabilitationsbedürftigkeit .....	10
1.4.2	Rehabilitationsfähigkeit .....	13
1.4.3	Rehabilitationsziele .....	13
1.4.4	Rehabilitationsprognose.....	13
1.4.5	Zugangsmodalitäten zur Rehabilitation.....	13
1.5	Voraussetzungen für die stationäre dermatologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen .....	16
1.6	Besonderheiten in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.....	16
<b>2</b>	<b><i>Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bei Hauterkrankungen in deutschen Rehabilitationskliniken</i></b> .....	<b>18</b>
2.1	Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion.....	18
2.1.1	Phototherapie und Balneo-Photo-Therapie .....	22
2.1.2	Krankengymnastik, Ergotherapie und Rehabilitationssport .....	22
2.1.3	Fortsetzung oder Beginn der systemischen Therapie .....	23
2.1.4	Klimatherapie .....	23
2.2	Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der psychologischen Beeinträchtigung, Aktivität und der Teilhabe .....	24
2.2.1	Bewältigung der Beeinträchtigungen psychologischer Funktionen .....	24
2.2.2	Bewältigung der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe.....	25
2.3	Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Kontextfaktoren .....	27
2.4	Edukative Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen.....	28
2.4.1	Edukative Maßnahmen bei der Rehabilitation von Kindern.....	30
2.4.2	Edukative Maßnahmen durch Sozialarbeiter in der Rehabilitation .....	30

<b>3</b>	<b><i>Anforderungen an die Rehabilitations-Einrichtung und Durchführung der Rehabilitation</i></b> .....	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>Personelle Ausstattung</b> .....	<b>32</b>
3.1.1	Ärztliche Leitung und Verantwortung .....	32
3.1.2	Rehabilitations-Team .....	33
3.1.3	Personalbesetzung bei der Rehabilitation von Kindern .....	33
<b>3.2</b>	<b>Rehabilitations-Plan</b> .....	<b>34</b>
<b>3.3</b>	<b>Rehabilitations-Elemente</b> .....	<b>34</b>
<b>3.4</b>	<b>Diagnostik, räumliche und apparative Ausstattung</b> .....	<b>35</b>
3.4.1	Unterbringung von Kindern bei der Rehabilitation .....	37
<b>3.5</b>	<b>Zeitpunkt der Rehabilitations-Maßnahme</b> .....	<b>37</b>
<b>3.6</b>	<b>Verlängerungskriterien der Rehabilitations-Maßnahme</b> .....	<b>37</b>
<b>3.7</b>	<b>Beendigung der Rehabilitations-Maßnahme</b> .....	<b>37</b>
<b>4</b>	<b><i>Sicherung der Prozessqualität in der stationären dermatologischen Rehabilitation</i></b> .....	<b>38</b>
<b>4.1</b>	<b>Vorschläge zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären dermatologischen Rehabilitation</b> .....	<b>39</b>
4.1.1	Qualitätsscreening.....	39
4.1.2	Qualitätszirkel.....	39
4.1.3	Ausblick .....	39
<b>5</b>	<b><i>Literatur</i></b> .....	<b>40</b>
<b>6</b>	<b><i>Verfahren zur Konsensbildung</i></b> .....	<b>42</b>

# 1 Diagnosen, Indikationsstellung und Voraussetzung für die Rehabilitation von Hauterkrankungen

## 1.1 **Abgrenzung der Rehabilitation von anderen medizinischen Versorgungssektoren und Implementierung der ICF-Klassifikation**

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 Chronifizierungstendenz 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 bio-medizinische Krankheitsmodell und die ICD-Klassifikation (*International Statistical Classification of Disease*) (1-3).

Ergänzend zur kurativen Versorgung versteht die medizinische Rehabilitation Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens 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 Krankheitsprozesses 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 (5,6). 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). Demgegenüber besteht eine andere Anwendung darin, mithilfe der ICF-Begrifflichkeiten Standards im Rahmen der Rehabilitation zu etablieren. Diese Form wird von der Deutschen Rentenversicherung und von den Krankenkassen favorisiert und dementsprechend sukzessive von den Rehabilitations-Einrichtungen unter Berücksichtigung der aktuellen Rehabilitations-Richtlinie umgesetzt. Aus der Sicht des Rehabilitations-Teams wird durch die Philosophie und Struktur der ICF-Nomenklatur eine Systematisierung des rehabilitativen Denkens erreicht, was erweiterte Perspektiven für ein standardisiertes, zielorientiertes rehabilitatives Handeln ermöglicht (9).

Die konsequente Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF im Rehabilitations-Team führt zu einer Verbesserung der funktionalen Diagnostik, der Zielbestimmung, der Rehabilitationsplanung, der Auswahl einzusetzender Einzelleistungen und der Evaluation rehabilitativer Aktivitäten (9). Außerdem erhöht sie die Effizienz der Arbeitsweise und ermöglicht Verbesserungen der Struktur und Organisation von Abläufen. Im Mittelpunkt der dermatologischen Rehabilitation stehen die Patienten und die Bewältigung ihrer Beeinträchtigungen von Körperstruktur, Körperfunktion und Aktivität unter Beachtung der Kontextfaktoren, um ihre größtmögliche Teilhabe im beruflichen und privaten Umfeld langfristig zu festigen.

## **1.2 Krankheitsbegriff in der Rehabilitation von Erkrankungen der Haut**

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

- 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 ferner 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 **Abbildung 1** dargestellt.



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

### 1.3 Diagnosen für eine dermatologische Rehabilitation

In **Tabelle 1** 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 (11-14). Alle dort aufgeführten Hauterkrankungen sind dadurch charakterisiert, dass die Patienten die Beeinträchtigungen der Körperstruktur und Körperfunktion ständig wahrnehmen. Von besonderer Bedeutung ist das Stigmatisierungs-Empfinden durch Beeinträchtigung der Körperstrukturen des Kontaktorgans Haut an sichtbaren Körperstellen (15-18). 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. 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 Hautpflege, aber auch Förderung der Integration in Alltag und Beruf durch Bearbeitung von Stigmatisierungsgefühlen und sozialem Rückzug.

**Tabelle 1: Übersicht über die häufigsten Krankheiten der Haut und deren Rehabilitation sowie therapierbare Nebenerkrankungen [mit ICD-Ziffern].**

Haupterkrankungen	Unterformen der Erkrankungen
<p><b>Psoriasis [L40.-]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis vulgaris [L40.0]</li> <li>• Psoriasis arthritis [L40.5+ &amp; M07.3*]</li> <li>• Psoriasis pustulosa palmoplantaris [L40.3]</li> <li>• Psoriasis pustulosa generalisata, [L40.1]</li> <li>• Psoriasis palmoplantaris [L40.8]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis intertriginosa [L40.9]</li> <li>• mit Alopezie einhergehende Psoriasis capillitii [L40.8]</li> <li>• psoriatische Erythrodermie [L40.9]</li> </ul>
<p><b>Psoriasis arthritis mit ihren unterschiedlichen Manifestationen [L40.5 und M07.0 bis M07.3]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriatische Osteopathie</li> <li>• Mutilierende und osteoproliferative Formen [M07.1]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyarticuläre oder oligoarticuläre Formen [z.B. M07.3]</li> <li>• Spondylitis psoriatica [M07.2]</li> <li>• SAPHO-Syndrom [M35.1]</li> </ul>

Haupterkrankungen	Unterformen der Erkrankungen
<b>Atopische Dermatitis [L20.-]</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disseminierte atopische Ekzeme</li> <li>Lokalisierte atopische Ekzeme</li> <li>Atopisches Handekzem</li> </ul>	<b>Kombination mit anderen Erkrankungen aus dem atopischen Formenkreis:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>mit allergischem Asthma bronchiale [J45.0]</li> <li>mit Rhinokonjunktivitis allergica [J30.1 bis J30.4; H10.1]</li> </ul>
<b>Ekzeme anderer Genese</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontaktallergische Ekzeme [L23.-]</li> <li>irritativ-toxische Ekzeme [L24.-]</li> <li>Nummuläre Ekzeme [L30.0]</li> <li>Dyshidrosiforme Ekzeme [L30.8]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prurigo-Erkrankungen [L28.-]</li> <li>seborrhoides Ekzem [L21.-]</li> <li>Sonstige Ekzeme [L30.-]</li> </ul>
<b>Andere papulo-squamöse Hauterkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formen der Parapsoriasis [L41.-]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lichen ruber [L43.-]</li> <li>Pityriasis rubra pilaris [L44.0]</li> </ul>
<b>Allergie, Urtikaria und Unverträglichkeiten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Urtikaria [L50.-]</li> <li>Urtikaria pigmentosa [Q82.2]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medikamenten- und Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten [L27.-]</li> <li>Angioödem [T78.3, E88.0]</li> <li>Urtikaria Vaskulitis [M31.8]</li> </ul>
<b>Bösartige Neubildungen der Haut</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Malignes Melanom [C43.-]</li> <li>Basalzellkarzinomom [C44.-]</li> <li>Spinozelluläres Karzinom [C44.-]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dermatofibrosarkom [C44.-]</li> <li>kutane Lymphome der Haut [C84.-, C85.-]</li> </ul>
<b>Blasenbildende Autoimmundermatosen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pemphigus-Erkrankungen [L10.-]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemphigoid-Erkrankungen [L12.-]</li> <li>sonstige bullöse Dermatosen [L13.-]</li> </ul>
<b>Genetische Hauterkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ichthyosen [Q80.-]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>palmoplantare Keratosen [Q82.8]</li> <li>Morbus Darier [Q82.8]</li> </ul>
<b>Bindegewebserkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>systemische Sklerodermie [M34.-]</li> <li>sonstige Sklerodermieformen [M34.8]</li> <li>Circumscripte Sklerodermie [L94.-]</li> <li>Lichen sclerosus et atrophicus [L90.0]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formen des Lupus erythematodes [L93.- M32.-]</li> <li>Dermatomyositis [M33.-]</li> <li>Eosinophile Fasciitis [M35.4]</li> <li>Vaskulitiden mit Hautbeteiligung [M30.-, M31.-, L95.-]</li> </ul>
<b>Ulkus-Erkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ulcus cruris venosum [I83.-]</li> <li>arterielles Ulkus [I70.2-]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pyoderma gangränosum [L88.0]</li> <li>Ulkus der Haut anderer Genese [L97, L98.4]</li> </ul>
<b>Chronische Lymphödeme [I89.0]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nach Komplikationen wie chronisches rezidivierendes Erysipel</li> <li>Papillomatosis cutis</li> </ul>

<b>Großflächige Narben mit funktionellen Störungen [L90.5]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. nach Verbrennungen, Operationen, Krankheitsfolgen</li> </ul>
<b>Erkrankungen mit psychosomatischer Grundlage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatitis artefacta [L98.1]</li> <li>• Prurigo simplex subacuta [L28.2]</li> <li>• Prurigo nodularis [L28.1]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperdysmorphie Störung [wahnhaft: F22.8; hypochondrisch: F45.2]</li> <li>• Erschöpfungssyndrom (CFS) [G93.3]</li> <li>• Multiple Chemical Sensitivity (MCS) [T78.4]</li> </ul>
<b>Sonstige Erkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Granulomatöse Erkrankungen der Haut [L92.-]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarkoidose der Haut [D86.3]</li> <li>• Vitiligo [L.80]</li> </ul>

Häufige Nebenerkrankungen	Unterformen der Erkrankungen
<b>Stoffwechselstörungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fettstoffwechselstörungen [E78.9]</li> <li>• Adipositas [E66.0]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperurikämie [E79.0] und Gicht [I10.-]</li> <li>• Diabetes mellitus [E10.- bis E14.-]</li> <li>• Osteoporose [M80.- bis M82.-]</li> </ul>
<b>Atemwegserkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergisches Asthma bronchiale [J45.5]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nichtallergisches Asthma bronchiale [J45.1]</li> <li>• COPD [J44.-]</li> </ul>
<b>Rhinokonjunktivitis (RC) allergica [J30.-]</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergische RC [J30.1 – 1 – 4];</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Degenerative RC, Rhinosinusitis [J31.-; J32.-; H10.-]</li> </ul>
<b>Gastrointestinale Störungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helicobacter-pylori-Gastritis [K29.7 und B96.81]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronisch entzündliche Darmerkrankungen</li> <li>• Nahrungsmittelallergien [L27.2, T78.4]</li> </ul>
<b>Kardiovaskuläre Erkrankungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertonus [I10.-]</li> <li>• Herzrhythmus-Störungen [I49.-]</li> </ul>
<b>Orthopädische Erkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• z.B. HWS-, BWS- oder LWS-Syndrom [M47.12 -. 16]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthrose [M15.- bis M19.-]</li> <li>• Bandscheiben-Vorfall (M50.-, bis M51.-)</li> <li>• Zustand nach Knie- oder Hüft-Gelenkendoprothese (u.a. T84.-)</li> </ul>
<b>Psychischen Erkrankungen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• soziale Phobie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassungsstörung</li> <li>• körperdysmorphie Störung</li> </ul>

## **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 Rehabilitation von Hauterkrankungen herausgebracht (3,19). Auch wenn sich diese Empfehlungen auf die ambulante Rehabilitation beziehen, sind sie grundsätzlich auch auf die stationäre Rehabilitation übertragbar. Des Weiteren liegen von der Deutschen Rentenversicherung Bund Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut vor (20). Auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der ICF und der Rahmenempfehlungen der BAR ergibt sich bei entzündlichen, allergischen und bösartigen Hauterkrankungen die Indikation für eine dermatologische Rehabilitation, wenn neben einer entsprechenden Störung auch alltagsrelevante, nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe vorliegen, die einen mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich machen (3). Daneben können auch das Vorliegen von Risikofaktoren, z.B. Infekte oder psychosoziale Belastungen, bei geringerer Ausprägung der Hauterkrankung oder eine psychische Komorbidität eine stationäre medizinische Rehabilitation begründen (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 akut-stationären Krankenhausaufenthalt oder bei bösartigen Neubildungen der Haut innerhalb einer Einjahresfrist nach Entfernung des Primärtumors – oder als Rehabilitation aus dem ambulanten Sektor gestellt werden (5,6,21-23).

### **1.4.1 Rehabilitationsbedürftigkeit**

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit bei Erkrankungen der Haut liegt nach den geltenden Rehabilitationsrichtlinien (5,6), den aktuellen Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (3,19), den aktuellen Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (4) und den „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ der Deutschen Rentenversicherung Bund (20) 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 rezidivfreies 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 vorliegen, die auch bei geringer Ausprägung der Hauterkrankung Schulungs-Maßnahmen 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
  - Nichtansprechen auf „übliche“ Therapieformen

Bei Hauterkrankungen mit psychosomatischem Hintergrund, z.B. psychosoziale Trigger, Anpassungsstörung, primär psychische Störung (20), 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.

Sollten aus gesundheitlichen Gründen Leistungen zur Rehabilitation medizinisch dringend erforderlich sein, kann eine Rehabilitation bei Vorliegen einer Rehabilitations-Bedürftigkeit und gleichzeitiger positiver Rehabilitations-Prognose auch vor Ablauf von vier Jahren erfolgen (4,22,24).

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 (25):

- 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 ab vom bisherigen Krankheitsverlauf, dem Ausmaß der funktionellen und strukturellen Beeinträchtigung und den Möglichkeiten der Kompensationen von Beeinträchtigungen der Körperstruktur, Aktivitäten und der Teilhabe. 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 60 und 61 ein (4,20). Einen Überblick für die Antragsformulare und für welche Versicherte welcher Vordruck verwendet wird, gibt die **Abbildung 2** zur visuellen Kontrolle. Wie und wo die wichtigsten Antragsformulare aus dem Internet geladen werden können:

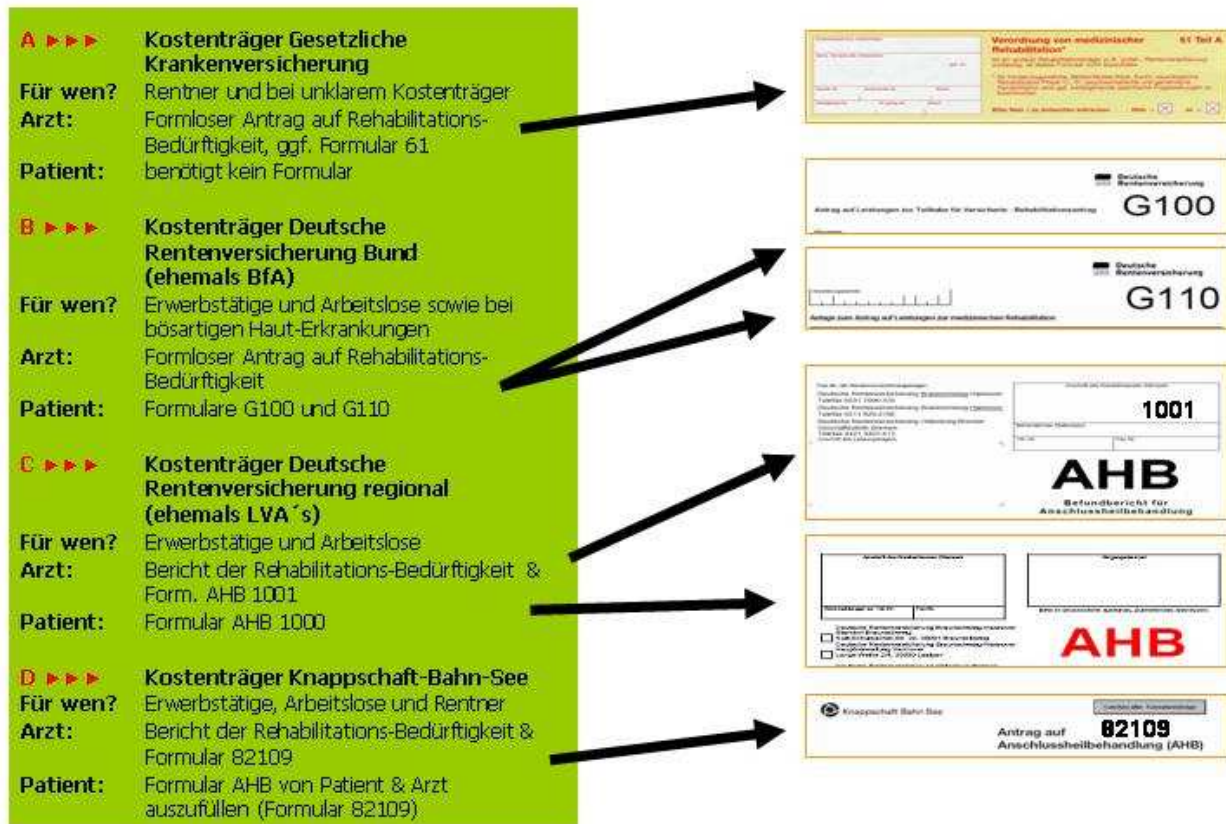
- Im Rahmen der Deutschen Rentenversicherung:  
 AHB-Antrag, onkologische Rehabilitation bzw. allgemeiner Rehabilitationsantrag (so genannter „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte“): [www.driv-bund.de](http://www.driv-bund.de)  
 > Formulare u. Publikationen > Formulare > Rehabilitation > Anschlussheilbehandlung (AHB)“ usw.
- Gesetzliche Krankenversicherung (Formblatt 60 und 61)  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de) (Suchbegriff eingeben: „Qualitätssicherungsmaßnahmen zur medizinischen Rehabilitation“, dann Musterformulare 60 und 61 herunterladen)

**Abbildung 2: Antragsformulare und Zuständigkeit bei einer Rehabilitation aus dem ambulanten Bereich.**



Eine andere Zugangsmodalität für Patienten, die sich in einem akut-stationären Krankenhausaufenthalt befinden, besteht im Sinne einer Anschluss- bzw. Frührehabilitation, die im Eiltverfahren von dem zuständigen Kostenträger bearbeitet und ggf. genehmigt werden

muss (4,20,22,26). Eine Übersicht über die Antragsformulare bei einer Anschlussrehabilitation dermatologischer Erkrankungen ist in **Abbildung 3** dargestellt.



**Abbildung 3: Antragsformulare und Zuständigkeit bei einer Rehabilitation aus dem stationären Bereich.**

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. 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 (27). Eine ähnliche Regelung besteht im Bereich der Arbeitslosenversicherung (28).

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 (29). 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 (25). 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.

### **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) (22). Hierdurch soll Behinderten 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) (23). 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-/väterspezifischen Belastungen im Vordergrund. Entsprechend kann eine Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge bzw. -Rehabilitation keine Alternative für eine dermatologische Kinderrehabilitation darstellen.

### **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“ als Orientierungshilfen dienen (30). 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 hautoerkrankten Kinder, welche überwiegend unter dem Krankheitsbild des atopischen Ekzems leiden, findet eine Aufnahme der Kinder überwiegend mit einem Angehörigen/Elternteil statt. Hierbei kommt der Begleitperson die wichtige Rolle des Ko-Therapeuten zu, welche insbesondere in die medizin-pädagogischen Behandlungs- und Betreuungsansätze eingebunden sind. 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. Aufgrund dieses familien-pädagogischen Ansatzes der Rehabilitation sollten auch in dermatologischen Rehabilitationskliniken bestimmte Unterbringungs- und auch Betreuungsbedingungen besondere Berücksichtigung finden.

## **2 Rehabilitations-Ziele 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 der Integration des Patienten in sein Berufs- und Privatleben.

In der Klinik wird die Rehabilitations-Maßnahme mithilfe klinischer Pfade und eines individuell auf den Patienten zugeschnittenen Rehabilitations-Planes durchgeführt, zum einen um den physischen und psychologischen Beeinträchtigungen der Körperstruktur und -funktion entgegenzuwirken und sie zu überwinden. Zum anderen hat die Rehabilitationsmaßnahme zum Ziel, ein vorzeitiges Ausscheiden des Patienten aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder ihn möglichst dauerhaft wieder in das Erwerbsleben einzugliedern. Zusätzlich soll auch eine dauerhafte oder zumindest langandauernde Teilhabe am sozialen Alltag erreicht werden.

Nach einer vorausgegangenen Erhebung von Anamnese, körperlicher Untersuchung und der Rehabilitationsdiagnostik werden die Rehabilitationsziele gemeinsam mit dem Patienten formuliert. Wesentlich sind realistische und somit erreichbare Zielsetzungen, 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 mithilfe der ICF-Begrifflichkeiten durchgeführt.

### ***2.1 Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion***

In der **Tabelle 2** werden die Rehabilitationsziele, Rehabilitationsmaßnahmen und Therapieformen zur Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion bei den häufigsten Hauterkrankungen zusammengefasst. Eine wesentliche Behandlungsform 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. Entsprechend müssen Anwendungsbeschränkungen, Kontraindikationen bzw. fehlende altersspezifische Anwendungserfahrungen in Abhängigkeit des Alters der Patienten besonders berücksichtigt werden (31,32).

Bei der Anschlussrehabilitation von bösartigen Neubildungen der Haut wird neben der post-operativen 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.

Mit der Hauterkrankung assoziierte Syndrome aber auch unabhängige Begleiterkrankungen werden im Sinne einer umfassenden Rehabilitation entsprechend der Möglichkeiten der Klinik mitbehandelt. Unverzichtbar ist die Möglichkeit einer zumindest konsiliarischen internistischen Mitbehandlung und Mitbetreuung durch Psychologen/Psychotherapeuten. Sinnvolle ärztliche Ergänzungen im Angebotsspektrum sind Orthopäden und/oder Rheumatologen, Internist und/oder Pneumologe, Psychiater/Neurologe, Diabetologe, HNO-Arzt.

**Tabelle 2: Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion.**

Erkrankungen	Rehabilitations-Ziele bezogen auf Bewältigung der physischen Körperstruktur und Körperfunktion	Rehabilitations-Maßnahmen und Therapieformen
<p><b>Entzündliche und schuppige Hauterkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis vulgaris</li> <li>• Atopische Dermatitis</li> <li>• Hand- und Fußekzeme</li> <li>• Prurigo</li> <li>• Ekzeme anderer Genese</li> <li>• Ichthyosen</li>   <li>• Blasenbildende Autoimmundermatosen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abheilung oder Verminderung der Hautveränderungen insbesondere sichtbarer Läsionen, die durch Kleidung nicht verdeckt werden können</li> <li>• Verminderung von quälendem Juckreiz</li> <li>• Wiederherstellung und Stabilisierung der Schutzbarrierefunktion der Haut</li> <li>• Stabilisierung eines Hautbefundes bei rezidivierenden und schweren Hauterkrankungen</li> <li>• Verbesserung der Gehfähigkeit insbesondere bei Hauterkrankungen und Befall der Fußsohlen</li> <li>• Verbesserung der Greiffähigkeit insbesondere bei Hauterkrankungen mit Befall der Palmae und Finger</li> <li>• Verbesserung des Schlafes insbesondere bei pruriginösen Dermatosen</li> <li>• Wiederherstellung der durch ausgedehnte Hautläsionen, Narbenfelder und Rhagaden eingeschränkten Beweglichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balneo-Photo-Therapie mit Sole und UV-B311 Phototherapie (nicht bei blasenbildenden Erkrankungen)</li> <li>• Systemische oder Balneo-PUVA-Phototherapie</li> <li>• Teilkörper-Phototherapie mit UV-A1, UV-B311, Creme-/Balneo-PUVA oder systemische PUVA</li> <li>• UV-A1-Mitteldosis- oder Hochdosis-Phototherapie bei der atopischen Dermatitis</li> <li>• Krankengymnastische Bewegungstherapie und Ergotherapie</li> <li>• Rehabilitationssport</li> <li>• Externe Salbentherapie</li> <li>• Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie</li> <li>• Gesundheitspädagogische "Handschuhsprechstunde" bei Berufsdermatosen, ergotherapeutische Übungen zur Erprobung der Anwendbarkeit des Handschuhschutzes</li> </ul>
<p><b>Psoriasis arthritis</b></p> <p><b>Degenerative Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Gelenkfunktionen</li> <li>• Wiederherstellung der Greiffunktion der Hände</li> <li>• Wiederherstellung der Gehfunktion</li> <li>• Wiederherstellung der Beweglichkeit der Wirbelsäule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinäre Mitbetreuung durch Rheumatologen oder Orthopäden</li> <li>• Krankengymnastische Bewegungstherapie und Ergotherapie</li> <li>• Moorbäder und -kneten in Naturmoor</li> <li>• Rehabilitationssport</li> <li>• Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie</li> </ul>

**Tabelle 2: Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion.**

Erkrankungen	Rehabilitationsziele bezogen auf Bewältigung der physischen Körperstruktur und Körperfunktion	Rehabilitations-Maßnahmen und Therapieformen
<b>Chronische Ulzera der Haut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abheilung oder Reduktion der Größe der Ulzera</li> <li>• Reduktion von Begleitfaktoren wie Ekzemen, Ödemen und unangenehmem Geruch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externe Ulkustherapie</li> <li>• Lymphdrainage</li> <li>• Krankengymnastische Bewegungstherapie</li> <li>• chirurgische Wundanfrischung</li> </ul>
<b>Sklerodermiforme Erkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemische Sklerodermie</li> <li>• Eosinophile Fasziitis</li> <li>• Muzinosen</li> <li>• Circumscripte Sklerodermie (Morphea)</li> <li>• Lichen sclerosus et atrophicus (LSA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verminderung der Hautverhärtung</li> <li>• Abheilung von Erosionen und Ulzerationen</li> <li>• Wiederherstellung der Beweglichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinäre Mitbetreuung durch Rheumatologen/Orthopäden/Internisten</li> <li>• UV-A1-Niedrigdosis- oder Mitteldosis-Phototherapie</li> <li>• Krankengymnastische Übungen und Ergotherapie</li> <li>• Peloide</li> <li>• Moorbäder und -kneten in Naturmoor</li> <li>• Rehabilitationssport</li> <li>• Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie</li> </ul>
<b>Bösartige Neubildungen der Haut</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• primär kutane Lymphome der Haut</li> <li>• Malignes Melanom</li> <li>• Spinozelluläres Karzinom</li> <li>• Ausgedehnte Basalzellkarzinome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verminderung der Hautveränderungen bei primär kutanen Lymphomen der Haut</li> <li>• Abheilung/Funktionsverbesserung bei Narbenfeldern</li> <li>• Vermeidung von Wundinfekten</li> <li>• Wiedererlangung der Funktionsfähigkeit der durch die Operation bedingten Gewebsverluste</li> <li>• Wiederherstellung der körperlichen Fitness</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemische oder Balneo-PUVA-Photo-Therapie bei primär kutanen T-Zell-Lymphomen</li> <li>• Postoperative Wundversorgung</li> <li>• Bewegungs- und Stabilisierungsübungen mit Gewichten, Ergotherapie</li> <li>• Rehabilitationssport</li> <li>• Fortsetzung einer adjuvanten Immuntherapie</li> </ul>
<b>Erkrankungen der oberen Atemwege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verbessertes Selbst-Management persistierender oder intermittierender Atemwegsbeschwerden</li> <li>• Reduktion/Abheilung von Obstruktion oder Sekretion</li> <li>• Vermeiden des horizontalen oder vertikalen Etagenwechsels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• phasengerechte Atemwegstherapie</li> <li>• verbesserte Belüftung der Nasennebenhöhlen</li> <li>• Setzen von Klimareizen (sekretorisches IgA)</li> </ul>

### **2.1.1 Phototherapie und Balneo-Photo-Therapie**

Die Balneo-Photo-Therapie spielt in dem dermatologischen Rehabilitations-Konzept 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<sup>®</sup>) Lösung (bzw. mit Dusch-PUVA).

Bei der Sole-Photo-Therapie werden die Patienten in einer starken Salzlösung gebadet. Im Gegensatz zur Behandlung am Toten Meer wird in den Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland anschließend mit UV-B oder UV-B311 in einer genau messbaren Strahlungsenergie pro Fläche bestrahlt, so dass die kumulative Dosis und die zuletzt applizierte Dosis in  $\text{J}/\text{cm}^2$  exakt festgehalten werden kann. Die Wirksamkeit der Sole-Photo-Therapie mit Starksolebädern und anschließender UV-B-Bestrahlung bei Patienten mit Psoriasis vulgaris 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 (34).

### **2.1.2 Krankengymnastik, Ergotherapie und Rehabilitationssport**

Durch die in den Rehabilitationseinrichtungen vorgehaltenen physiotherapeutischen Anwendungen wie Krankengymnastik, Massage, Ergotherapie und Rehabilitationssport 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. Bei Atemwegserkrankungen werden die Atemarbeit optimiert und Atemtechniken für den Anfall erlernt.

Dabei kann die gesamte Bandbreite der krankengymnastischen Therapie zur Anwendung kommen. Hierzu zählen unter anderem Einzel- oder Gruppenkrankengymnastik, Bewegungs- und Stabilisierungsübungen sowie Ergotherapie. Ergänzt wird dieses speziell zugeschnittene Therapieprogramm durch die in den Kliniken allen Rehabilitanden offen stehende Gruppen-Sport-Angebote wie Schwimmen, Walken, Jogging 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, Begleitarthritiden oder bei durch Operation bedingten Gewebsverlusten (z.B. nach radikaler Operation eines malignen Melanoms oder Dermatofibrosarkoms) können gezielt gefördert werden.

### **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.

### **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 einsetzen können. 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. 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 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 Rehabilitations-Ziele 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, Therapieerfordernisse und Umgang mit der Erkrankung im beruflichen und privaten Alltag. Bei bösartigen Neubildungen der Haut und bei bestimmten Bindegewebserkrankungen wie der systemischen Sklerodermie 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 (15-18). Dies hat bei erwerbstätigen Patienten häufige Arbeitsunfähigkeiten und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zur Folge.

Das Konzept zur Bewältigung der Beeinträchtigung dieser psychischen Körperfunktionen umfasst einen mehrdimensionalen Ansatz mit interdisziplinärer Beteiligung von Psychologen, Kreativtherapeutinnen, Ärzten und Sozialarbeitern. Hierzu bieten die Rehakliniken angepasste Programme (u.a. Gesprächsgruppen, Einzelgespräche, Kreativverfahren und Entspannungstherapien) unter Berücksichtigung von Patientenstruktur und Klinikbesonderheiten.

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 Arbeitsbedingungen, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung, einer lebenswerten Gegenwart und die begründete 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. 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 soll versucht werden, 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, Wassergymnastik, Nordic-Walking und Sauna bei, da sie in der Gruppe eine Überwindung des Stigmatisierungsempfindens und die Akzeptanz der Hauterkrankung trainieren. Eine besondere Bedeutung spielt dabei in vielen Einrichtungen die Möglichkeit, sich in teilweise auch der Öffentlichkeit zugängliche Bäder als Hautbetroffener zu zeigen und so den Abbau von Stigmatisierung zu beginnen. Der Kontakt zu Patienten anderer Indikationen (beispielsweise Atemwegserkrankungen, Onkologie) kann das persönliche Leiden inkl. der Stigmatisierung (beispielsweiser 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 häufig chronischen Pruritus und der verminderten Belastbarkeit in Beruf und Alltag. Diese 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 unangenehmer Körpergeruch (z.B. bei Superinfektion bei der atopischen Dermatitis oder durch Beläge beim Ulcus cruris), das häufige Eincremen der Haut, ständige Arztbesuche (u.a. Phototherapie, Visiten) und die Meidung „öffentlicher Events“ im beruflichen wie im privaten Umfeld genannt werden. Eine weitere Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe liegt in der Einschränkungen der Selbstversorgung in der häuslichen Umgebung, die in bestimmten Fällen nur durch zusätzliche Hilfsmaßnahmen bewältigt werden kann. Die Stigmatisierung durch die Hauterkrankung (z.B. Fehlen der Fingerkuppe nach Entfernung eines Melanoms oder Psoriasisherde an den Händen) führt bei vielen Patienten zur Ausgrenzung aus ihrem sozialen Umfeld - sowohl am Arbeitsplatz als auch im Privatleben - und nicht selten zu einer psychischen Erkrankung. Zusammenfassend resultiert für den Patienten, im Vergleich zum Gesunden, eine mäßige bis schwere Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe.

Bei Patienten mit Berufsdermatosen droht aufgrund der Schwere der Hauterkrankung häufig die Aufgabe des erlernten Berufes. Hier muss es das Ziel sein, die Prognose hinsichtlich des Berufsverbleibes durch eine individuelle Beratung und Motivation zum Hautschutz (Schutzhandschuhe, protektive Hautschutzcremes, Hautpflege) zu verbessern. In einer "Handschuhsprechstunde" wird ein auf die berufliche Tätigkeit und die individuellen Unverträglichkeiten abgestimmtes Hautschutzkonzept erarbeitet. 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 Beugeneckzeme Prädiktoren für die Manifestation von beruflich bedingten Hauterkrankungen sind (35). Auf der anderen Seite ist bekannt, dass die Beratung zu Hautschutz und Hautpflege im Rahmen der ambulanten Betreuung durch den Hautfacharzt häufig zu kurz kommt. Daher sollten insbesondere Patienten, auf welche die o.g. Eigenschaften zutreffen, bereits vor dem Auftreten einer Berufsdermatose im Verlauf einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gezielt hinsichtlich Hautschutz- und Hautpflegemaßnahmen beraten werden.

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.

Mit Hilfe der Ärzte, Psychologen, Gesundheitspädagogen, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Berufshelfern, Ökotrophologen, Pflegekräfte und Physiotherapeuten des Rehabilitations-Teams werden die Verminderung der Hautläsionen sowie Stärkung der psychosozialen Kompetenzen beim Patienten durch somatische Therapien, Gesprächstherapien, Beratungen und Schulungen angestrebt, so dass der Patient in sein soziales Umfeld integriert werden kann. Das optimale Ziel sollte dabei sein, dass der Patient wieder die gleiche Aktivität und Teilhabe wie „gesunde Mitmenschen“ wiedererlangt. Durch die Rehabilitations-Maßnahme sollen also die physische Unabhängigkeit, eine gesteigerte Mobilität, die Erwerbsfähigkeit, sinnvolle Freizeitaktivitäten, eine stabile Psyche und soziale Integration sowie eine eigenständige, wirtschaftliche Sicherung wiederhergestellt bzw. bewahrt werden.

### **2.3 Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Kontextfaktoren**

Kontextfaktoren stellen nach der ICF-Nomenklatur den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle umweltbedingten und personbezogenen Einflussfaktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Kontextfaktoren stehen somit in Wechselwirkung mit den Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und der Teilhabe. Kontextfaktoren können negativ oder positiv auf die Hauterkrankung einwirken (3,8,10).

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. Ein weiterer negativer Kontextfaktor ist die problematische Integration in der Arbeitswelt durch die Auswirkungen der Erkrankung (8,9). Andere Kontextfaktoren können sich aus spezifischen beruflichen Bedingungen ergeben, z.B. der Notwendigkeit zu häufiger Reinigung oder Desinfektion der Haut, Tätigkeiten, die Umgang mit hautbelastenden Stoffen beinhalten, oder die mit intensivem Publikumsverkehr einhergehen (10).

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 (3,8,9). Als positiver personbezogener Kontextfaktor ist z.B. eine gute physische Konstitution zu sehen, aufgrund der eine adjuvante Chemotherapie besser vertragen wird. Als negative personbezogene Kontextfaktoren können die Lebensgewohnheiten eines Patienten (z.B. fettreiche Mahlzeiten bei hohem Alkohol- und Nikotinkonsum; Hypertonus) einwirken. Aber auch die **atopische Konstitution** zählt hierzu.

Das Ziel der Rehabilitations-Maßnahme liegt im Rahmen von Schulungen und Gesprächen vor allem darin, bestehende negativ einwirkende Kontextfaktoren aufzudecken und diese mit dem Patienten im Rehabilitations-Team 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, 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 der existenziellen Ängste des Patienten dar. Hierzu zählt beispielsweise die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes und des damit verbundenen Abrutschens in eine finanzielle Notlage oder wichtiger Bezugspersonen. Durch die interdisziplinäre Arbeit des Rehabilitations-Teams werden diese Kontextfaktoren ausführlich besprochen. Darüber hinaus wird mit dem Patienten ein alltagstauglicher Plan aufgestellt, der die Integration des Patienten in das soziale Umfeld erleichtert.

## **2.4 Edukative Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen**

Einen wichtigen Eckpfeiler der Rehabilitation stellt die Schulung des Patienten über seine Erkrankung dar. Hierbei werden Ursachen, Auslösfaktoren, 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 2007) bzw. an etablierten gesundheitspädagogischen Standards und anderen Organisationen wie z.B. Selbsthilfegruppen orientieren (36,37). In der **Tabelle 3** 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 primär psychosomatischer Ansatz o.a..

**Tabelle 3: Der Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) 2007 der Deutschen Rentenversicherung**

<b>Information, Motivation, Schulung nach KTL 2007</b>
<b>C391: Standardisierte Erwachsenenbildung bei chronisch entzündlichen Dermatosen (Psoriasis vulgaris, Neurodermitis, Ekzeme anderer Genese)</b>
<b>C401: Standardisierte Schulung für Kinder und Jugendliche bei chronisch entzündlichen Dermatosen (Psoriasis vulgaris, Neurodermitis, Ekzeme anderer Genese)</b>
<b>C461: Standardisierte Schulung bei Tumorerkrankungen</b> (bösartige Neubildungen und maligne Systemerkrankungen der Haut)
<b>C060: Vortrag: Indikationsspezifische Krankheitsinformation</b> (Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen, onkologische Erkrankungen)
<b>C081: Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Schutzfaktoren“:</b> indiziert bei allen Haut- und Schleimhauterkrankungen zur Verbesserung von Salutogenese und Schutz (beispielsweise Hautschutzplan bei gewerblicher Belastung der Hände oder tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan (TGH))
<b>C084: Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“</b> bei allen Haut-, Atemwegserkrankungen und bösartigen Neubildungen der Haut
<b>C070: Vortrag: Rehabilitation</b> zu Rehabilitationszielen und -modulen sowie Sozialrecht
<b>C201, C211 und C221: Standardisierte Schulung bei rheumatologischen Erkrankungen</b> (im Rahmen von Hauterkrankungen, insbesondere Psoriasis Arthropathie)
<b>C191: Standardisierte Schulung bei sonstigen degenerativen Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane</b> (im Kontext mit dem Ziel ganzheitlicher Behandlung aller Reha-Patienten, die auch „Verschleißerscheinungen“ der Bewegungsorgane vorweisen)
<b>C181: Standardisierte Schulung bei chronischen Schmerzen</b> (dermatologische Patienten mit orthopädischen und rheumatologischen Problemen, aber auch im Bereich der Onkologie durchführbar)
<b>C 119, C120, C 131 und C 132: Lehrküche, Einkaufstraining, Beratung am Früh- und Abendbuffet</b>
<b>C 181: Schulung bei Allergosen (z.B. Hausstaubmilbensanierung, Heuschnupfen, Asthma usw.)</b>

Neben den reinen 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 (37,38).

#### **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
- indikationsspezifische Angehörigen-/Elternschulung
- allgemeine gesundheitspädagogische Schulungen für Angehörige/Eltern
- psychologische Begleitung von Kindern und Angehörigen/Eltern

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 sozialtherapeutische und sozialpädagogische Behandlungs- und Betreuungsansätze im Sinne einer ganzheitlichen Familientherapie Berücksichtigung finden.

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. Die Soziale Arbeit in einer Rehabilitationsklinik berät, unterstützt und informiert die Rehabilitanden. 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 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 Antrag nach dem neunten Sozialgesetzbuch.

### **Beratung zur beruflichen Rehabilitation**

- Bei der beruflichen Beratung geht es neben der Berufsklärung auch um die Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen, wie 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 heranzuführen. Der Sozialarbeiter tritt hier gemeinsam mit dem Patienten in Kontakt zum behandelnden Arzt, dem Arbeitgeber und dem Kostenträger.

### **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 vom Sozialarbeiter. 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 steht der Sozialarbeiter 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 Rehabilitations-Einrichtung und Durchführung der Rehabilitation**

#### **3.1 Personelle Ausstattung**

##### **3.1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung**

Die Leitung der Rehabilitations-Maßnahme 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). 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 Kliniksschwerpunkt dabei auf der Phototherapie, Helio- und Balneo- inkl. Thalasso-therapie, Psychosomatik, begleitenden psychologischen Krankheitsbewältigungsstrategien wie Salutogenese, systemischer Immunsuppression und der Therapie maligner Hauterkrankungen wie Immuntherapie. Er leitet das Rehabilitationsteam 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 Rehabilitations-Team**

Das Rehabilitationsteam sollte in Anlehnung der BAR-Empfehlungen in deutschen Rehabilitations-Einrichtungen wie folgt zusammengesetzt werden (3):

- Nachgeschaltete Ärzte: 1 Oberarzt (Facharzt für Dermatologie und Venerologie)
- Assistenzärzte im Verhältnis 1:15 – 1:20
- Diplom-Psychologen im Verhältnis 1:30 – 1:40
- Sozialarbeiter/-pädagog, Gesundheitspädagogen im Verhältnis 1:60 – 1:90
- Physiotherapeuten/Krankengymnasten im Verhältnis 1:40
- Ergotherapeuten im Verhältnis 1:80
- Sportlehrer/Sporttherapeut im Verhältnis 1:40 – 1:80
- Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferin im Verhältnis 1:20
- Ökotrophologe/Diätassistent 1:40 – 1:80

Das Rehabilitations-Team 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 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 Pädiatrie
- examinierte Kinderkrankenschwestern
- 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 Zweikraft

Darüber hinaus können je nach zusätzlicher Spezialisierung der Einrichtung Logopädinnen/Sprachtherapeutinnen und psychologische Psychotherapeutinnen vorgehalten werden.

### **3.2 Rehabilitations-Plan**

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 Rehabilitations-Elemente**

Die in den Kliniken durchgeführten Rehabilitations-Elemente beinhalten Photo-Therapie, externe und systemische Therapien, Patientenschulungen und -Information, Ernährungsberatung, Sozialberatung (Beratung bei sozialrechtlichen Fragen und zum Umgang mit den Sozialleistungsträger), Betreuung durch Psychologen, Motivation zur Selbsthilfe, Gesundheitstraining, Entspannungstraining und Stressbewältigung. Beratung von Angehörigen, Ergotherapie, Hilfsmittelberatung, Physiotherapie und medizinischen Pflege sind ebenso wichtig, wie ggf. die Erstellung von (tätigkeitsgeprüften) individuellen Hautschutzplänen (39-41).

### **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, 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. (40).

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.

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 (DBPCFC) oder bronchiale Provokationstestungen mit bodyplethysmographischer Lungen-Funktionsuntersuchung 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 werden 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 Anleitung durchzuführen.

Erforderliche Laboruntersuchungen, Konsilaruntersuchungen 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 Zimmer/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. im Kinderland)
- Barrierefreier Zugang
- Freizeiträume mit Spielmöglichkeiten für Kinder
- Kindgerechte Sanitäreanlagen
- Kinderspielplatz im Freien
- Waschküche mit Waschmöglichkeit

### **3.5 Zeitpunkt der Rehabilitations-Maßnahme**

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

### **3.6 Verlängerungskriterien der Rehabilitations-Maßnahme**

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

### **3.7 Beendigung der Rehabilitations-Maßnahme**

Wenn die Rehabilitations-Ziele erreicht sind, die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind oder andere Ereignisse auftreten (z.B. unerwartete Komplikationen, disziplinarisch), wird die Rehabilitations-Maßnahme beendet.

Der Rehabilitations-Bericht wird nach den Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung 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. 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. Die gesetzliche Grundlage dafür liegt im § 137 SGB V (3,42). Ein einheitliches Qualitäts-Management-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 (25). 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. 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.

#### **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.

##### **4.1.1 Qualitätsscreening**

Die Regelmäßigkeit der Behandlung sowie das angestrebte und erreichte Behandlungsergebnis sind zu dokumentieren. Die Kliniken sind verpflichtet, sich einer Evaluierung zu unterziehen, sofern sie nicht bereits an einem Qualitätssicherungsprogramm (s.o.) teilnehmen. Insofern verweisen wir auf die Leitlinienempfehlung Qualitätsmanagement in dermatologischen Kliniken und Hautarztpraxen (43).

##### **4.1.2 Qualitätszirkel**

In den Rehabilitationskliniken sind klinikinterne Qualitätszirkel eingerichtet. Aufgabe dieser Zirkel ist 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. 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, Grimmel 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). Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation. 2004.
- (4) Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung - Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen. Begutachtungs-Richtlinie: Vorsorge und Rehabilitation. 2005.
- (5) Rehabilitations-Richtlinie. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. *Bundesanzeiger* 2004; **63**:6769.
- (6) Rehabilitations-Richtlinie. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. *Bundesanzeiger* 2005; **58**:4551.
- (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) 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.
- (10) 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.
- (11) Breuer K, Kapp A. Stationäre medizinische Rehabilitation bei erwachsenen Patienten mit atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 2006; **57**:592-602.
- (12) Buhles N, Sander C. Dermatoonkologische Rehabilitation. *Hautarzt* 2005; **56**:659-664.
- (13) Nürnberg W. Stationäre Rehabilitation von chronischen Hauterkrankungen am Beispiel des atopischen Ekzems. *Hautarzt* 2005; **56**:644-648.
- (14) Wehrmann J. Leitlinien zur dermatologischen Rehabilitation. *Der Hautarzt* 2005; **56**:626-630.
- (15) 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.

- (16) 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.
- (17) 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.
- (18) 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.
- (19) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation. 2004.
- (20) Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/.../leitlinien\\_rehabeduerftigkeit\\_dermatologie\\_pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/.../leitlinien_rehabeduerftigkeit_dermatologie_pdf), 2005.
- (21) SGB IX. § 4 Leistungen zur Teilhabe. 2006.
- (22) SGB V. § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. 2007.
- (23) SGB V. § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen. 2007.
- (24) SGB VI. § 13 Ausschluss von Leistungen. 2006.
- (25) 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.
- (26) SGB V. § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. 2006.
- (27) SGB V. § 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe. 2006.
- (28) SGB III. § 125 Minderung der Leistungsfähigkeit. 2006.
- (29) 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.
- (30) AWMF online. Leitlinien für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin. [http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/II\\_070.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/II_070.htm); 2006.
- (31) 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.
- (32) Nürnberg W. Arzneistoffe zur Behandlung von Hauterkrankungen bei Kindern. *Pharm Ztg* 2001; **22**:41-44.
- (33) Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft Bad Elster. Abschlussbericht zum klinischen Wirksamkeitsnachweis der ambulanten Balneophototherapie für die Psoriasis (BP-BVDD). Eine multizentrische, offene, randomisiert-kontrollierte Vergleichsstudie. 2004.

- (34) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Nutzenbewertung der Balneophototherapie. Abschlussbericht N04/04. Köln. 2006.
- (35) Uter W. Risikofaktoren für beruflich bedingte Kontaktekzeme. In: Szliska C, Brandesburg S, John SM, editors. Berufsdermatosen. München: Dustri Verlag, 2006.
- (36) Deutsche Rentenversicherung Bund. KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Auflage ed. 2007.
- (37) Wulfhorst B. Gesundheitspädagogik in der Prävention von Berufsdermatosen. In: Szliska C, Brandesburg S, John SM, editors. Berufsdermatosen. München: Dustri Verlag, 2007: 547-548.
- (38) Skudlik C, Schwanitz HJ. Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. *J Dtsch Dermatol Ges* 2004; **2**:424-433.
- (39) Buhles N. Kapitel 19. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), editor. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer Verlag, 2003.
- (40) Buhles N. Patientenbezogener, tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan. *Umwelt- und berufsdermatologisches Bulletin* 2004; **104**:10-11.
- (41) Buhles N, Wehmann J, Amon U. Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005; **3**:304-306.
- (42) SGB V. § 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern. 2006.
- (43) Amon U, Buhles N, Seidel C. Qualitätsmanagement in dermatologischen Kliniken und Hautarztpraxen. In: Korting HC, Callies R, Reusch M, Schlaeger M, Sterry W, editors. Dermatologische Qualitätssicherung: Leitlinien und Empfehlungen. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag, 2007: 971-990.

## 6 Verfahren zur Konsensbildung

Kommission Qualitätssicherung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft - Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V.

Subkommission Rehabilitation

Leiter: Dr. med. Norbert Buhles

Stellvertreter: Prof. med. Dr. Jörn Elsner, Dr. med. Joachim Weiß

Das Manuskript wurde im Auftrag der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und ihrer Arbeitsgemeinschaft, Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD) erstellt. Die Abstimmung in der Konsensuskonferenz, unter den primär beteiligten Experten und den Autoren koordinierte Prof. Dr. med. Jörn Elsner, Bad Bentheim, in Abstimmung mit Dr. Buhles, Sylt.

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 25. - 28. 04. 2007 während 44. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Dresden und auf der 80. Jahrestagung der Norddeutschen Dermatologischen Gesellschaft vom 14. - 16.09. 2007. Die Federführung liegt bei der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD), deren Vorstandsmitglieder zur Tagung geladen haben.

### **Teilnehmer waren:**

Prof. Dr. med. Jörn Elsner, Bad Bentheim; PD Dr. med. Wolf Nürnberg, Ostseebad Kühlungsborn; Dr. med. Jochen Wehrmann, Bad Berleburg; Dr. med. Andreas Eisenmann, St. Peter-Ording; Dr. med. Norbert Buhles, Westerland; PD Dr. med. Kristine Breuer, Hamburg.

### **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.

### **Autorenngremium**

Prof. Dr. Jörn Elsner, Dr. Jochen Wehrmann, PD Dr. Wolf Nürnberg, Dr. Andreas Eisenmann, PD Dr. Kristine Breuer, Dr. Norbert Buhles

**Korrespondenzanschrift** Dr. med. Norbert Buhles  
Chefarzt der Klinik  
für Dermatologie und Allergologie  
Asklepios Nordseeklinik  
Norderstraße 81  
D-25980 Westerland/Sylt

**Subkommission** Rehabilitation

**Leiter**  
**Gültig bis**

Dr. med. Norbert Buhles  
**31.12.2010**