

Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis¹ Erwachsener

Präambel

Leitlinien sind systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Massnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen medizinischen Umständen zu unterstützen. Leitlinien geben den Stand des Wissen (kontrollierte klinische Studien, Expertenwissen) wieder und bedürfen der ständigen Überprüfung, gegebenenfalls Aktualisierung. Durch Leitlinien soll die Methodenfreiheit des Arztes nicht eingeschränkt werden, ihre Beobachtung garantiert nicht in jedem Fall den diagnostischen oder therapeutischen Erfolg. Da das medizinische Wissen in stetem Fluss ist, erheben Leitlinien keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Entscheidung über die Angemessenheit der zu ergreifenden Massnahmen erfolgt in Absprache zwischen Arzt und Patient.

Einleitung

Nachdem Qualitätssicherung erst sektoriell eingeführt wurde (Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger), wurde diese Aufgabe auch in die Berufsordnung für Ärzte übernommen und ist Teil des Sozialgesetzbuches (§137 SGB V – leitliniengestützte Kriterien für zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung).

Kommentar: Weil es sich bei der atopischen Dermatitis um ein epidemiologisch und ökonomisch bedeutsames Gesundheits- und Versorgungsproblem mit zunehmender Relevanz handelt, wurde diese Leitlinie für die stationäre Rehabilitation Erwachsener entworfen, auch wenn die Evidenzstärke in der angegebenen Literatur im Bereich der Härtegrade 3 bis 2 liegt. Dies ist aber auch darin begründet, dass es sich sowohl bei der atopischen Dermatitis als auch ihrer Rehabilitation um einen komplexen Sachverhalt handelt, bei dem die Identifizierung einzelner Wirkgrößen (wie in einem Experiment) kaum möglich ist. (Müller-Farnow, 2000)

Grundlage der Formulierung bildete eine Literatursuche in den Datenbanken Medline und DIMDI.

Die Leitlinie wurde von April bis Dezember 2000 von den Autoren im Rahmen eines Leitlinientreffens sowie mehrerer Telefonkonferenzen entwickelt. Sie wurde dann weiteren Experten vorgelegt und den relevanten Selbsthilfegruppen in diesem Bereich. Eine Überarbeitung der Leitlinie erfolgte im Sommer 2004 und Herbst 2006.

Eine finanzielle Förderung erfolgte nicht.

Als Gültigkeitszeitraum werden **3** Jahre angesetzt.

¹ Atopische Dermatitis wird synonym verwendet mit atopischem Ekzem, Neurodermitis und endogenem Ekzem und anderen Bezeichnungen

Zielgruppe

Erwachsene Patienten mit atopischer Dermatitis (Leung, 2000; Wollenberg, Bieber, 2000), bei denen entweder die Erwerbsfähigkeit bedroht ist oder eine bedeutende Einschränkung in der alltäglichen Lebensführung droht oder besteht und die wegen der Komplexität der Störung eines mehrdimensionalen, rehabilitativen Behandlungsansatzes bedürfen.

Kommentar: Die atopische Dermatitis ist eine anlagebedingte (polygenetische), chronisch rezidivierende, nicht infektiöse Erkrankung multifaktorieller Genese mit immunologischen Veränderungen (z.B. häufig erhöhtes Gesamt-IgE und Nachweis von spezifischem IgE) und typischem klinischen Bild mit zumeist starkem Juckreiz und Auswirkungen in den verschiedensten Lebensbereichen.

Zielsetzung

Mit der Leitlinie soll eine Hilfestellung für den Dermatologen, Hausarzt oder Gutachter und Kostenträger gegeben werden, welche Patienten mit atopischer Dermatitis einer stationären **medizinischen** Rehabilitationsmaßnahme bedürfen im Unterschied zur ambulanten oder akut stationären Behandlung. Zusätzlich soll damit eine am Rehabilitationsziel des Patienten und seinen Funktionseinschränkungen (ICF) ausgerichtete optimierte multi-modale Therapie erreicht werden.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Diese liegt im rentenversicherungsrechtlichen Sinne vor, wenn die Erwerbsfähigkeit bedroht ist (z.B. lange Arbeitsunfähigkeitszeiten, fragliche Weiterbeschäftigungsmöglichkeit am bisherigen Arbeitsplatz, Stichwort: Atopie und Berufsekzem; Diepgen, 1998). Im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn eine nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität vorliegt oder droht, insbesondere in Hinblick auf Pflegebedürftigkeit, und über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz erforderlich ist (Rehabilitationsrichtlinien 2004).

Kommentar 1 Von der DRV Bund liegen inzwischen „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ (2005) vor, in denen die Rehabilitationsbedürftigkeit bei atopischer Dermatitis erläutert wird: „In Abhängigkeit von individuellen Faktoren sowie beruflichen und sozialen Umständen

- bei chronisch-rezidivierenden Verlaufsformen mit nur kürzeren symptomfreien Intervallen
- bei Ausdehnung über eine größere Körperoberfläche und/oder Lokalisation im sichtbaren Körperbereich
- wenn ein therapeutischer Effekt oder die Optimierung der Behandlung mit dem Ziel der möglichst vollständigen Rückbildung nur mit den Mitteln der Rehabilitation zu erreichen ist
- ggf. bei Komorbidität mit anderen atopischen Erkrankungen (auch bei weniger Hautbefall)

- bei besonderen Risikofaktoren (Schulungsbedarf, psychosoziale Belastung). Die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigungen ist dann ausschlaggebend für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung mit einem psychosomatisch-dermatologischen Therapieschwerpunkt
- bei besonderen beruflichen Belastungen kann eine medizinische Rehabilitation die erhebliche Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit nicht immer beheben. Es muss ergänzend geprüft werden, ob Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sind. Entsprechende FCE-Modelle sind immer einzusetzen (Buhles 2003/Erbstößer 2003).

Kommentar 2: Am 01. April 2004 wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine „Rahmenempfehlung zur **ambulanten** dermatologischen Rehabilitation“ abgegeben, die die Forderungen des SGB IX und der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) berücksichtigt. Ebenso wie die stationäre Rehabilitation geht auch diese von einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung aus und beinhaltet ein umfassendes, rehabilitations-spezifisches und interdisziplinäres Therapieangebot, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus physischen, psychischen, ökotrophologischen, sozialen und edukativen Komponenten besteht (BAR 2004). „Gegen eine ambulante Rehabilitation sprechen folgende Kriterien

- eine **kurative** Behandlung...reicht aus
- Art oder Ausmaß der Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen übersteigen die Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation
- stark ausgeprägte Multimorbidität
- mangelnde psychische Belastbarkeit
- die Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung
- die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld

Kommentar 3: Um eine zielgenaue und damit sowohl effektive wie effiziente Rehabilitation zu erreichen, wurde im März 2004 eine neue Rehabilitationsrichtlinie verabschiedet (Rehabilitationsrichtlinie 2004). Ab dem 01.04.2005 sollten danach nur noch speziell qualifizierte Ärzte die Verordnung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der **GKV** (Bekanntmachung 2004) ausstellen. Dieses Datum wurde bereits mehrmals verschoben.

Bei der Wahl des Rehabilitationsortes können die therapeutisch gewünschte Allergenarmut, vermehrte UV-Strahlung oder reduzierte Umweltschadstoffe berücksichtigt werden (Klimatherapie).

Rehabilitationsfähigkeit

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, der Patient muss für aktive Rehabilitationsmaßnahmen psychisch und physisch belastbar sein und eine ausreichende Motivation oder Motivierbarkeit besitzen.

Rehabilitationsprognose

Die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme setzt eine positive Rehabilitationsprognose voraus. Dies ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über den Erfolg der Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren durch eine geeignete Maßnahme in einem überschaubaren Zeitraum (Rehabilitationsrichtlinien 2004). Die Rentenversicherungsträger fordern insbesondere eine positive Prognose bezüglich einer Wiederherstellung des Leistungsvermögens oder die Klärung des Leistungsbildes bei Rentenantrag.

Diagnostik

Schon vor der Rehabilitationsmaßnahme sollte eine mehrdimensionale Befunderhebung vorgenommen werden, um eine zielgenaue Zuweisung zu ermöglichen. Diese Forderung ist durch die bereits erwähnte Rehabilitationsrichtlinie aufgegriffen worden und schlägt sich in einem 4-seitigen Antragsvordruck mit differenzierten Angaben zur Krankheitsgeschichte und -befund, Komorbidität, funktionsbezogenen Einschränkungen (Alltagsbewältigung, Berufsausübung, Selbstversorgung), Kontextfaktoren (soziales Umfeld, Einschaltung sozialer Dienste), Aussagen zur Rehabilitationsfähigkeit und –prognose sowie dezidierten Anforderungen an die Rehabilitationsmaßnahme nieder (Bekanntmachung 2004)

Als Screeningverfahren für den psychosozialen Bereich kommen beispielsweise der FLQA (Freiburg-Life-Quality-Assessment) oder der MHF (Marburger-Haut-Fragebogen) in Betracht (Augustin et al, 2000).

Die Diagnostik in der Rehabilitationsklinik umfasst neben den bereits genannten Bereichen eine spezifische Funktionsdiagnostik im Tätigkeitsbereich, wenn zu Fragen der Erwerbsfähigkeit und des Leistungsvermögens Stellung genommen werden soll (ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Als erstes FCE-Modell (Functional Capacity Evaluation) im Bereich Dermatologie/Allergologie hat Buhles den „Tätigkeitsgeprüften Hautschutz-Plan“ entwickelt. Als realitätsnahes Arbeitserprobungsverfahren für das (atopische) Handekzem wird die Funktionsdiagnostik auch auf die Teilhabe am Arbeitsleben fokussiert (Erbstößer).

Therapieziele

Entsprechend den erhobenen Befunden werden diese unter Beachtung der Möglichkeiten des Patienten (Erwartungen und Motivation), dem sozialmedizinischen Auftrag und den Rahmenbedingungen der Behandlungsdauer formuliert. Hierzu wird auf die Therapieziele im Indikationsbereich Derma-

tologie des Band 18 der DRV-Schriften von Januar 2000 hingewiesen sowie für den psychischen Bereich auf das Manual zur Psy-BaDo (Heuft, Senf, 1998). Dabei ist heute die Anwendung der ICF (Niederauer) zunehmend notwendig.

Therapieelemente

Die Therapie der atopischen Dermatitis erfordert jeweils eine individuelle, stadienadaptierte und am Bedarf orientierte Kombination verschiedener Therapieelemente^{2 3} (Leung, 2000; Ruzicka, Wüthrich, 1997; Drake et al., 1992; Ring 1998):

- externe Therapie
- systemische Therapie
- Phototherapie
- Hydro-(Balneo)therapie
- Klimatherapie
- Diät
- Entspannungsverfahren
- Information/Schulung
- Sporttherapie
- Psychotherapie.

Siehe auch Leitlinie *Atopische Dermatitis* (013/2007; 2003).

Evaluation

Erhoben werden sollen der SCORAD und die Komorbidität zu den jeweiligen Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, möglichst ½ Jahr nach Entlassung) und die Verweildauer. Sofern man die Therapieziele in die Evaluation mit einbezieht, sind Selbst- und Fremdbeurteilung zu differenzieren und außerdem sind methodische Probleme der Operationalisierung zu bedenken.

Kommentar: Gültigkeit (7/2004) inzwischen abgelaufen; die Arbeit an einer S2-Leitlinie hat aktuell begonnen.

² In der Literatur werden die einzelnen Therapieelemente mit unterschiedlicher Evidenzstufe und Indikation teilweise kontrovers diskutiert.

³ Folgende Therapieverfahren werden nach derzeitigem Erkenntnistand (Ring, 1998) als nicht bewiesen, überflüssig oder obsolet eingestuft: Homöopathie, Eigenblutbehandlung und deren Modifikationen, autohomologe Immuntherapie nach Kief, Symbioselenkung, Colon-Hydrotherapie, Bioresonanztherapie.

In Hinblick auf die mögliche Einführung neuer Abrechnungssysteme auch in der stationären Rehabilitation müssen möglicherweise neben der Komorbidität auch Komplikationen der Erkrankung (Vieluf, Ring, 1991) berücksichtigt werden (Buhles et al. 2000).

Zur Erfassung psychosozialer Parameter soll ein Lebensqualitätsinventar (z. B. FLQA) oder ein krankheitsspezifisches Inventar (z. B. MHF) eingesetzt werden (Augustin et al., 2000).

Ökonomische Parameter

Die heutige Ergebnisforschung (Outcomes Research) beleuchtet neben den klinischen auch den patientenbezogenen und den ökonomischen Nutzen einer Behandlung.

Kommentar:

Bei den ökonomischen Kosten ist zwischen direkten und indirekten zu differenzieren, wobei insbesondere die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeitszeiten (Lohnfortzahlung, Krankengeld, Produktionsausfall), Umschulungsmaßnahmen oder vorzeitigen Rentenbezug schnell vierstellige Summen pro Fall und Jahr erreichen (Gieler et al., 1999; Herd et al., 1996; Rychlik, Kilburg, 2000). Diese Kosten gilt es zu senken, da die Inzidenz der atopischen Dermatitis zudem weiter ansteigt.

Implementierung

Im Leitlinien-Clearing-Verfahren erfolgte eine Einstufung in Stufe 1 mit anschließender Veröffentlichung in Buchform (Korting et al, 2003) und im Dermatologischen Fachjournal (2003). Dies geschah in Abstimmung mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD). Zusätzlich wurden die Kostenträger informiert, die im Rahmen ihres eigenen Qualitätsmanagements bzw. rechtlicher Vorgaben Leitlinien in besonderer Weise berücksichtigen (BfA 2000). Mit eingebunden wurden die relevanten Selbsthilfeorganisationen im dermatologischen Bereich.

***Kommentar:** Durch die neuen Richtlinien zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinien 2004) wird eine erhöhte sozialmedizinische Kompetenz des verordnenden Arztes gefordert. Dadurch besteht eine bessere Chance zur Implementierung der Leitlinien, da deren Beachtung die inhaltliche Auseinandersetzung mit den geforderten Angaben (Bekanntmachung 2004) wesentlich erleichtert.*

Literatur (Auswahl; partiell zitiert im Text)

Augustin M, Amon U, Bullinger M, Gieler U. Empfehlungen zur Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie. Dermatol Psychosom 2000; 1: 76-82

- BAR 2004: www.bar-frankfurt.de/publik
 Bekanntmachung: 14. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung. Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 26 (2004): C-532
- BfA 2000. Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente, Tagung am 28./29.02.2000 in Berlin, Pressedezernat
- Bürger W, Morfeld M. Gibt es schichtspezifische Benachteiligungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen? Die Rehabilitation (1999) 2. Suppl 38: S134-S141
- Buhles N: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. Auflage. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Springer Verlag 2003: Kapitel 19
- Buhles N, Seifart C. Entwurf einer klinisch/sozialmedizinischen Einteilung der relevanten Schweregrade bei Neurodermitis (ND) Derm 2000; 6: 363-366
- Cole WC, Roth HL, Sachs LB. Group Psychotherapy as an Aid in the Medical Treatment of Eczema. Journal of the American Academy of Dermatology 1998; 18: 286-291
- Diepgen T. Die atopische Hautdiathese. Gentner Verlag, Stuttgart, 1991
- Diepgen T. Berufsdermatosen. Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH, München, 1998
- Drake LA, Ceilley RI, Cornelison RL et al., Guidelines of Care for Atopic Dermatitis. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 485-488
- Ehlers A, Gieler U, Stangier U. Treatment of Atopic Dermatitis: A Comparison of Psychological and Dermatological Approaches to relaps Prevention. Journal Consult Clinical Psychol 1995; 63: 624-635
- Erbstößer, S, Nellesen, G, Schuntermann, M (2003): FCE-Studie – FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit (Abschlussbericht). In: DRF-Schriften, Band 44: Sonderausgabe, 63
- Gall K, Salzer B, Hornstein OP. Gruppensport als therapeutisches Adjuvans bei Neurodermitis. Deutsches Ärzteblatt 1997; 40: A-2564-2568
- Gieler U, Hohmann M, Niemeier V et al., Cost Evaluation in Atopic Eczema. J Dermatol Treatment 1999; 10 (Suppl. 1): S15-S20
- Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: An Update. Journal of the American Academy of Dermatology 1996; 34: 1030-1046
- Gutenbrunner C, Hildebrandt G. Handbuch der Balneologie und medizinischen Klimatologie. Springer Verlag, Berlin, 1998
- Hansmeier T, Vogt K, Spyra K, Müller-Fahrnow W. Zum Begriff und zur Messbarkeit der Rehabilitationsbedürftigkeit – Ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Untersuchungsansatz. Die Rehabilitation (1999) 2. Suppl. 38: S86-S92
- Herd RM, Tidman MJ, Prescott RJ, Hunter JAA. The Cost of Atopic Eczema. 1996; 135: 20-23
- Heuft G, Senf W. Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Thieme Verlag, Stuttgart, 1998
- Hoegl L, Fichter M, Plewig G. Stationäre Verhaltensmedizin bei chronischen Hautkrankheiten. Hautarzt 1998; 49: 270-275
- ICF www.dimdi.de, Kurzform im DÄ 101, Heft 17 (2004) B990

- ICIDH. Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (Übersetzung). Ullstein Mosby, Wiesbaden, 1995
- Korting HC, Callies R, Reusch M, Schlaeger M, Sterry W: Dermatologische Qualitätssicherung – Leitlinien und Empfehlungen. Zugschwerdt Verlag München 2003
- Lange S, Zschocke I, Langhardt S, Amon U, Augustin M. Effekte kombinierter therapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 1999; 50: 791-797
- Leitlinie *Atopische Dermatitis*: www.awmf.de; Korting et al (2003)
- Leitlinie *Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener*. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 9 (2003): 238-241
- Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ (2005) : www.deutsche-rentenversicherung-bund.de Suche: Leitlinien Dermatologie
- Leung DY. Atopic Dermatitis: new Insights and Opportunities for Therapeutic Intervention. *J Allergy Clin Immunol*. 2000; 105: 860-876
- Maier-Riehle B, Schliehe F: Rehabilitationsbedarf und Antragsverhalten. *Die Rehabilitation* (1999) 2. Suppl. 38: S100-S115
- Müller-Fahrnow W. Der Beitrag der Rehabilitationsforschung zur aktuellen Leitliniendiskussion. In: Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente? BfA (Hrsg.) 2000
- Niederauer H. H., Schmidt-Ott G., Buhles N. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Dermatologischen Rehabilitation. *Hautarzt* 2005, 56: 631 – 636.
- Petermann F, Warschburger P (Hrsg.) *Neurodermitis*. Hogrefe, Göttingen, 1999
- Peters M, Löwenberg H. Prognose und Behandlungserfolg bei stationärer psychotherapeutisch-dermatologischer Behandlung von Neurodermitispatienten. *Hautarzt* 1993; 44: 210-214
- Raspe H, Héon-Kalin V: Zur empirischen Ermittlung von Rehabilitationsbedarf und Antragsverhalten. *Die Rehabilitation* (1999) 2.Suppl. 38: S. 100 - 115
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinien) nach § 92 Abs.1, Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16.03.2004 (BAnz.S.6769).
In: *Deutsches Ärzteblatt* 101, Heft 17 (2004) B-986
- Ring J. *Neurodermitis*. Ecomed Verlag, Landshut, 1998
- Ruzicka T, Wüthrich B. Das integrierte Therapiekonzept des atopischen Ekzems. *Deutsches Ärzteblatt* 1997; 27: 1874 –1880
- Rychlik R, Kilburg A. The Basics of Health Economics: An Example from Dermatology. *Dermatol Psychosom* 2000, 1:105 - 109
- Schlipphak A, Heidenreich T, Stangier U. Ambulante Rehabilitation von Neurodermitis-Patienten. *Psychomed* 1996; 8: 78 - 82
- Schmid-Ott G, Jäger B, Lamprecht F. Psychoanalytische Methoden in der psychosomatischen Dermatologie. *Z Dermatol* 1999; 185: 77-81

- Sönnichsen N. Rehabilitation bei Hautkrankheiten. In H. Delbrück, E. Haupt
Rehabilitationsmedizin. Urban & Schwarzenberg, 1996: 429-438
- Stangier U, Gieler U, Ehlers A. Neurodermitis bewältigen. Springer, Berlin,
1996
- Stangier U. Zur Praxis der Verhaltenstherapie bei dermatologischen
Störungen. Z Dermatol 1999; 185: 82-86
- Uslar von A, Prochazka P, Uslar von D. Ganzheitlich-integratives
Therapiemodell der Neurodermitis constitutionalis atopica (atopische
Dermatitis) Zeitschrift für Hautkrankheiten 1989; 64: 480-486
- Vieluf D, Ring J. Complications and Diseases associated with Atopic Eczema.
In: Ruzicka T, Ring J, Przybilla B (Hrsg). Handbook of Atopic Eczema.
Springer, Berlin, 1991, 54-79
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrg.) Das Qualitäts-
sicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der
medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren. Band 18,
2000
- Wehrmann J. Indikation für eine psychosomatisch-dermatologische
Rehabilitations- behandlung. Hautarzt 1996; 47: 253-257
- Wollenberg A, Bieber T. Atopic Dermatitis: from the Genes to Skin Lesions.
Allergy (2000) 55: 205-213

Autoren:

Norbert Buhles, Asklepios-Nordseeklinik, Westerland/Sylt

Jochen Wehrmann, Rothaarklinik, Bad Berleburg

Ulrich Amon, PsoriSol – Fachklinik für Dermatologie und Allergologie,
Hersbruck

für die AReD (Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie) im
Auftrag der Subkommission Rehabilitation der Qualitätskommission der DDG
und des BVDD

Erstellungsdatum

08/2001

Letzte Überarbeitung

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

12/2009