

publiziert bei:



S1-Leitlinie

Stationäre Dermatologische Rehabilitation

(Langfassung)

AWMF-Register-Nr.: 013/083, 2025

Zitation der Leitlinie: AWMF-S1-Leitlinie (013-083). Stationäre Dermatologische Rehabilitation. (2025)

Schlagworte: Dermatologie, Rehabilitation, Sozialmedizin, Psoriasis, Ekzem, Atopische Dermatitis, Tumore, Dermato-Onkologie, Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR)

Stand: 01/2025

Gültig bis: 12/2028

Version: 4.0

Leitlinienkoordination: PD Dr. Athanasios Tsianakas
Fachklinik Bad Bentheim
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Am Bade 1
48455 Bad Bentheim

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungen.....	6
Vorbemerkungen.....	7
1. Die wichtigsten Empfehlungen im Überblick.....	8
2. Einleitung.....	9
2.1 Abgrenzung der Rehabilitation von anderen medizinischen Versorgungssektoren und Implementierung der ICF-Klassifikation (International classification of functioning, disability and health).....	9
2.2 Krankheitsbegriff in der Rehabilitation von Erkrankungen der Haut.....	10
2.3 Behinderten-Rechtskonvention (UN) Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.....	14
3. Hintergrundtexte mit Empfehlungen.....	15
3.1 Diagnosen für eine dermatologische Rehabilitation.....	15
3.2 Indikationsstellung für die Rehabilitation von Erkrankungen der Haut und verhaltensmedizinisch-orientierte Rehabilitation (VOR).....	19
3.2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit.....	19
3.2.2 Rehabilitationsfähigkeit.....	21
3.2.3 Rehabilitationsziele.....	21
3.2.4 Rehabilitationsprognose.....	21
3.2.5 Zugangsmodalitäten zur Rehabilitation.....	22
3.2.6. Voraussetzungen für die stationäre dermatologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.....	23
3.2.7 Besonderheiten in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.....	23
3.3 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bei Hauterkrankungen in deutschen Rehabilitationskliniken.....	24
3.3.1 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion.....	25
Tabelle 4: Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion.....	27
3.3.1.1 Phototherapie und Balneo-Phototherapie.....	30
3.3.1.2 Physiotherapie, Ergotherapie und Rehabilitationssport.....	30
3.3.1.3 Fortsetzung oder Beginn der systemischen Therapie.....	31
3.3.1.4 Klimatherapie.....	31
3.3.2 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der Folgen der psychologischen Beeinträchtigung, Aktivität und der Teilhabe.....	31
3.3.2.1 Bewältigung der Beeinträchtigungen psychologischer Funktionen.....	31

3.3.2.2	Bewältigung der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe.....	33
3.3.3	Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Kontextfaktoren	35
3.3.4	Edukative Rehabilitationsziele und –maßnahmen.....	36
3.3.4.1	Edukative Maßnahmen bei der Rehabilitation von Kindern	38
3.4	Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung und Durchführung der Rehabilitation	39
3.4.1	Personelle Ausstattung	39
3.4.1.1	Ärztliche Leitung und Verantwortung	39
3.4.1.2	Rehabilitationsteam	39
3.4.1.3	Personalbesetzung einer psychosomatisch-dermatologischen Rehabilitation	40
3.4.1.4	Personalbesetzung bei der Rehabilitation von Kindern.....	40
3.4.2	Rehabilitationsplan	41
3.4.3	Rehabilitationselemente.....	41
3.4.4	Diagnostik, räumliche und apparative Ausstattung.....	41
3.4.4.1	Unterbringung von Kindern bei der Rehabilitation	42
3.4.5	Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme.....	43
3.4.6	Verlängerungskriterien der Rehabilitationsmaßnahme.....	43
3.4.7	Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme	43
3.5	Sicherung der Prozessqualität in der stationären dermatologischen Rehabilitation	43
3.6	Vorschläge zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären dermatologischen Rehabilitation	44
3.6.1	Qualitätsscreening	44
3.6.2	Qualitätszirkel	44
3.6.3	Ausblick	44
4.	Algorithmus	44
5.	Limitationen der Leitlinie.....	45
6.	Informationen zu dieser Leitlinie	46
7.	Methodik	48
8.	Interessenkonflikterklärungen aller Beteiligten.....	49
9.	Literatur	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Stationäre dermatologische Rehabilitation: Wer?
Tabelle 2a - d:	Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF bei Hauterkrankungen
Tabelle 3:	Übersicht über die häufigsten Krankheiten der Haut und deren Rehabilitation sowie therapierbare Nebenerkrankungen
Tabelle 4a - f:	Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen
Tabelle 5:	Der Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) 2015 der Deutschen Rentenversicherung: Information, Motivation, Schulung
Tabelle 6:	Projektdateien - Übersicht
Tabelle 7:	Mitglieder der Expertenkommission und Methodengruppe
Tabelle 8:	Bewertungskriterien für die Klassifikation der Interessenkonflikte
Tabelle 9:	Interessenskonflikte

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische

Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung
http://awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/013_D_Dermatologische_Ges/013-083_Abb1.pdf

Abbildung 2:

Formblatt 61 A - D (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) der GKV
http://awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/013_D_Dermatologische_Ges/013-083_Abb2.pdf

Abkürzungen

ADP	Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention
AHB	Anschlussrehabilitation
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BKV	Berufskrankheitenverordnung BKV
BRK	Behinderten-Rechtskonvention
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases
ICF	International classification of functioning, disability and health
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KTL	Katalog therapeutischer Leistungen (2015) der DRV
MBOR	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
SGB	Sozialgesetzbuch
UN	United Nations
UV	Ultraviolett
WHO	World Health Organization

Vorbemerkung

Diese Leitlinie wurde verfasst als Update der *S1-Leitlinie 013/083: Stationäre dermatologische Rehabilitation*. Die Genehmigung zur Adaptierung und partiellen Übernahme liegt vom Erstautor der Quelleitlinie Jochen Wehrmann vor (AWMF-Register Nr. 013/083, Interdisziplinäre S1-Leitlinie: Stationäre Dermatologische Rehabilitation). Die Leitlinie richtet sich neben der Zielgruppe der Ärzte und Patienten auch an die Vertreter des Gesundheitswesens aus den Bereichen wie Rentenversicherungen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, sonstige Kostenträger, Medizinischer Dienst und sonstige Vertreter von Rehabilitationseinrichtungen.

Empfehlungen für die Praxis entnehmen Sie bitte der Kurzfassung, die stichpunktartig neben den zur Reha führenden Diagnosen auch relevante Kofaktoren aufführt, die für die Beantragung wichtig sind.

1. Die wichtigsten Empfehlungen im Überblick

Eine stationäre dermatologische Rehabilitation sollte, zumindest einmalig, nach mäßigem ambulanten Therapieerfolg oder –verlauf, bei folgenden Indikationen und Kofaktoren eingeleitet werden (die Auflistung ist beispielhaft zu sehen und schließt sonstige Diagnosen nicht von der Reha-Bedürftigkeit aus):

Tabelle 1: Stationäre Dermatologische Rehabilitation: Wer?/Was? – eine Auswahl an dermatologischen Diagnosen und ihr Stellenwert in der Rehabilitation

Wichtigkeit	Indikation/Diagnose	Kofaktoren
Reha sehr häufig indiziert	Psoriasis vulgaris	Schulungsbedarf
	Psoriasis-Arthritis	Probleme der Krankheitsverarbeitung
	Psoriasis palmoplantaris (pustulosa)	Stigmatisierung
	Atopische Dermatitis	Repetitive Reha bei guter Wirksamkeit
	Hand- und Fußsekzem jeder Genese	Komorbiditäten
	Acne inversa (Hidradenitis suppurativa)	Häufige oder dauerhafte Teilhabestörungen
	kutane Lymphome wie Mycosis fungoides einschl. Parapsoriasis	Postoperative Beeinträchtigung
Reha grundsätzlich empfehlenswert	Invasive Tumoren der Haut nach erfolgter operativer Versorgung (ggf. als AHB)	Angespannte fachärztliche Versorgungslage
	Sonstige Ekzemformen	s.o.
	Ichthyosis	s.o.
	Lichen planus disseminatus	Erfordernis von Sole-UVB, PUVA, UVA1-Lichttherapie
	Granuloma anulare disseminatum	Lymphdrainage Physiotherapie Vibrationsmassage
	Disseminierte Morphea	
	Kutane Mastozytosen	Psychosomatische Komponente
Sklerodermie		
Prurigoerkrankungen		
Reha individuell zu prüfen in Abhängigkeit von Kofaktoren	Chronische Urticaria	Probleme der Krankheitsverarbeitung Sozialmedizinische Unterstützung Allgemeine Leistungssteigerung
	Kollagenosen	
	Blasenbildende Hauterkrankungen	
	Allergische Erkrankungen (Rhinokonjunktivitis allergical usw.)	

2. Einleitung

Diagnosen, Indikationsstellung und Voraussetzung für die Rehabilitation von Hauterkrankungen

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

Das Gesundheitssystem besteht aus mehreren Versorgungssektoren: einerseits ambulant, andererseits stationär, aber auch „präventiv“, „kurativ“ und „rehabilitativ“.

Die kurative Versorgung (ambulant und akut-stationär) im Sinne des SGB V ist zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit oder einer Schädigung der Gesundheit und hat eine Heilung bzw. Remission oder bei Krankheiten mit 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 biomedizinische Krankheitsmodell und die ICD-Klassifikation (*International Statistical Classification of Diseases*) (1–3).

Ergänzend zur kurativen Versorgung versteht die medizinische Rehabilitation Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des 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 richtet (ICF-Klassifikation) (1–3).

Abzugrenzen von dem Begriff der medizinischen Rehabilitation ist die *sekundär präventive medizinische Vorsorgeleistung*. Diese auch als sekundäre Prävention bezeichnete Maßnahme zielt mittels Frühdiagnostik und Frühtherapie darauf ab, das Fortschreiten des Krankheits- Prozesses zu verhindern bzw. dessen Umkehr zu bewirken sowie Beschwerden zu verringern. Damit unterscheidet sich die medizinische Vorsorgeleistung von der medizinischen Rehabilitation durch das Fehlen von alltagsrelevanten, nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe, die die maßgeblichen Indikationskriterien für die Rehabilitationsbedürftigkeit bilden (1,4).

Seit dem Jahre 2004 ist die Implementierung der ICF-Klassifikation in der Rehabilitationsrichtlinie vorgeschrieben (5). Im 9. Buch des Sozialgesetzbuches (*SGB IX*) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - wurden wesentliche Aspekte der ICF-Nomenklatur unter Berücksichtigung der in Deutschland historisch gewachsenen Besonderheiten aufgenommen. Auch die gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (*BAR*) für die Durchführung von Begutachtungen beruht auf der Grundlage der ICF (6).

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 (7). Die Endfassung wurde 2005 veröffentlicht (8).

Diese Codierung wird allerdings bisher in der klinischen Arbeit nicht genutzt. Demgegenüber werden mit Hilfe der ICF-Begrifflichkeiten Standards im Rahmen der Rehabilitation etabliert und sukzessive von den Rehabilitationseinrichtungen unter Berücksichtigung der aktuellen Rehabilitationsrichtlinie umgesetzt. Aus der Sicht des Rehabilitationsteams wird durch die

Philosophie und Struktur der ICF-Nomenklatur eine Systematisierung des rehabilitativen Denkens erreicht (9).

Die Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF kann die Diagnostik, die Therapieplanung, die Zielsetzung, die Erstellung des Leistungsbildes und die Evaluation im Rehabilitationsprozess präzisieren und damit die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure während und nach der Rehabilitation erleichtern. Dies unterstützt den patientenzentrierten rehabilitativen Ansatz.

2.2 Krankheitsbegriff in der Rehabilitation im Fachbereich „Haut“

Nach den Begrifflichkeiten der ICF gilt eine Person als funktional gesund, wenn (7, 9, 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 all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (*Gesundheitsproblem im Sinne der ICD-Verschlüsselungen von Erkrankungen*) erwartet wird (*Konzept der Aktivitäten*),
- und sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktion oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (*Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen*).

Eine modifizierte Übersicht über die ICF-Begrifflichkeiten bei dermatologischen Erkrankungen ist in der **Tabelle 2** dargestellt.

Tab. 2: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF bei Hauterkrankungen.

Tabelle 2a: Beeinträchtigungen der Körperstrukturen und -funktionen inkl. ICF-Code
Strukturen:
• Hautläsionen oder -veränderungen am Integument (s810)
• an Hautanhangsgebilden, Nägeln, Haaren (s820, s830, s840)
• Gelenkdeformitäten oder -veränderungen, z. B. bei Begleit-Arthritis (s7--)
• Beeinträchtigung der Geschlechtsorgane (s630)
Funktionen:
• Juckreiz (b279)
• Schmerzen (b280)
• Einschränkung des Tastsinnes (b265)
• Beeinträchtigte Barrierefunktion der Haut (b810)
• immunologische Dysfunktion, z. B. Allergisierung (b820)
• Beeinträchtigung der Kontaktfunktion der Haut (b830)
• Beeinträchtigung der Beweglichkeit (b710)
• durch großflächige oder schmerzhafte Hautveränderungen
• durch Gewebsverluste
• durch Ulzera
• nach operativen Eingriffen
• durch Narbenstrikturen
• an Extremitäten, Rumpf und Gelenken
• Greiffunktion der Hände (durch Rhagaden, Gelenkveränderungen, Blasenbildung, Strikturen, Vernarbungen (b710))
• Gehfähigkeit (durch Rhagaden, Gelenkveränderungen (b710))
• Schlafstörungen insbesondere bei Pruritus oder Grübeleien (b134)
• Veränderungen der Wahrnehmung (b122)
• Beeinträchtigung der sexuellen Funktionen (b640)

Tabelle 2b: Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe (siehe kommunikative Fähigkeiten)
• Stigmatisierungsängste (d349)
• Rückzug aus Gemeinschaftsleben
• Verminderung der Gebrauchsfähigkeit der Hände durch Hautläsionen oder Gelenkveränderungen (d440, d445)
• Verminderung der Gebrauchsfähigkeit der Füße (Gehfähigkeit, Wegefähigkeit, Beweglichkeit eingeschränkt) (d450)
• Verminderung der Mobilität und Beweglichkeit z. B. durch Kontrakturen, Narben, Lichenifikation, Rhagaden, Sklerose, Ulzera, Gewebsverluste (d899)
• Behinderung bei beruflichen und privaten Aufgaben (d910)
○ Stigmatisierungserleben (d729)
○ bei zeitraubender Pflege der Haut (d899)
○ häufige Arztbesuche durch Therapie und Befundkontrolle (d799, d899)
• Einschränkungen, die tägliche Routine durchzuführen (d899)
• Einschränkungen in den kommunikativen- und interaktiven Fähigkeiten (d335, d349)
• Einschränkungen in der Selbstversorgung (besonders Körperhygiene) (d599)
• Rückzug aus Aktivitäten in Beruf und Freizeit (d729, d859)
○ durch Hauterscheinungen in sichtbaren Arealen
○ durch unangenehmen Körpergeruch aufgrund der Erkrankung
• Einschränkungen in der körperlichen Unabhängigkeit: (d8--, d9--)
○ Notwendigkeit zu häufigen Arztbesuchen z. B. im Rahmen einer Phototherapie oder Balneo-Photo-Therapie
○ Notwendigkeit zum täglichen Eincremen der Haut, um die Schutzfunktion der Hornschicht zu unterstützen (d520)
○ Probleme bei Haushaltsführung, z.B. Reinigungstätigkeiten (d640)
○ im beruflichen Bereich in Hinblick auf die Geh- und Wegefähigkeit oder Gebrauchsfähigkeit der Hände
○ durch Arbeitsplatzbedingungen, insbesondere Exposition gegenüber hautbelastenden oder allergenen Substanzen (d845)

Tabelle 2c: Personenbezogene Kontextfaktoren (nicht im ICF klassifiziert)
• Motivation
○„mit den Hautläsionen umzugehen“
• Dysstress privat und beruflich durch intra- und interpsychische Konflikte
○ beispielsweise in Partnerschaft oder am Arbeitsplatz (z. B. Mobbing)
• Kontaktfähigkeit
○ Vermeiden von Treffen mit Kollegen und Freunden, da Angst vor Stigmatisierung durch Hautläsionen, Einschränkung durch Diäten, Alkoholverbot bei systemischen Therapien
• intellektuelle-emotionale-soziale Begabungen
○ eigene Verarbeitung und Aufnahme von Informationen zur Erkrankung
• so genannte widerstandsfähige Persönlichkeit (Resilienz) mit einer Störung umgehen können, zur Selbstregulation fähig sein, unbeschadet weiterleben zu können
• Lebensführung
○ Übergewicht versus Idealgewicht
○ Alkohol- und Nikotinkonsum
• Begleiterkrankungen
○ z. B. art. Hypertonus, Adipositas, Diabetes mellitus, Depression, Schlafapnoe
• Triggerfaktoren
○ Infekte, Alkohol, Medikamente u. a. m.
• Atopische Disposition, Alter, Hauttyp, Lichttyp

Tabelle 2d: Umweltbezogene Kontextfaktoren
• Klimaschwankungen (e225)
○ heiße Umgebung > Schwitzen > z. B. Verschlechterung der Hauterkrankung
• Arbeitsplatzbedingungen (e260)
○ Feuchtarbeit
○ mechanische Belastung
○ trockener und sauberer Arbeitsplatz
• Hindernisse im privaten und beruflichen Umfeld (e120)
○ Treppensteigen
○ fehlende Mittel zur Mobilität
○ lange Wegestrecken zur Arbeit
• Unzureichende dermatologische Versorgung, z. B. Balneophototherapie mit langen Wegen und Wartezeiten (e355, e580)
• Unzureichende Kostenübernahme der Pflege als Grundtherapie (e580)
• verminderte soziale Unterstützung: tragfähige oder belastende psychosoziale Umwelt (e4xx)
○ Nachbarn, Freunde und Bekannte, Arbeitskollegen, Sportverein
○ persönliche Kontakte

2.3 Behinderten-Rechtskonvention (UN)

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Im Dezember 2008 ist die Bundesrepublik Deutschland dem Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (neue Nomenklatur: „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“) sowie dem Fakultativprotokoll beigetreten (11).

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

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

3. Hintergrundtexte mit Empfehlungen

3.1 Diagnosen für eine dermatologische Rehabilitation

In **Tabelle 3** sind die häufigsten Erkrankungen zusammengefasst, die in deutschen Rehabilitationskliniken behandelt werden können und schließt sonstige Diagnosen nicht von der Reha-Bedürftigkeit aus. Für einen Teil dieser Erkrankungen liegen bereits Leitlinien oder Empfehlungen zur dermatologischen Rehabilitation vor (12 -16). Alle dort aufgeführten Hauterkrankungen sind dadurch charakterisiert, dass die Patienten die Beeinträchtigungen der Körperstruktur und Körperfunktion ständig wahrnehmen.

Von besonderer Bedeutung ist das Stigmatisierungsempfinden durch Beeinträchtigung der Körperstrukturen des Kontaktorgans Haut an sichtbaren Körperstellen (17 – 20). 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 (21, 22). Dadurch liegt bei stärker ausgeprägten chronischen Hauterkrankungen eine nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe vor. In der Rehabilitation liegt ein Schwerpunkt der Behandlung auf dem besseren Umgang der Patienten mit ihrer Hauterkrankung, z. B. stadiengerechte Basistherapie (23) aber auch Förderung der Integration in Alltag und Beruf durch Bearbeitung von Stigmatisierungsgefühlen und sozialem Rückzug.

Unterstützend für das übergeordnete Rehaziziel des Erhalts der Teilhabe ist die Möglichkeit der Mitbehandlung weiterer beeinträchtigender Erkrankungen, die z. T. auch die Hauterkrankung triggern. Zu nennen sind Stoffwechselerkrankungen und Adipositas im Rahmen eines metabolischen Syndroms, orthopädische Erkrankungen, Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen und überlagernde psychische Störungen.

Tabelle 3: Übersicht über die häufigsten Krankheiten der Haut in der Rehabilitation sowie therapierbare Nebenerkrankungen [mit ICD-Ziffern].

Haupterkrankungen und Unterformen der Erkrankungen
Psoriasis [L40.-]
<ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis vulgaris [L40.0, L40.70] • Psoriasis-Arthritis [L40.5+ & M07.3*] • Psoriasis pustulosa palmoplantaris [L40.3] • Psoriasis pustulosa generalisata, [L40.1] • Psoriasis palmoplantaris [L40.8] • Psoriasis intertriginosa [L40.9] • mit Alopezie einhergehende Psoriasis capillitii [L40.8] • psoriatische Erythrodermie [L40.9]
Psoriasis-Arthritis mit ihren unterschiedlichen Manifestationen [L40.5 und M07.0 bis M07.3]
<ul style="list-style-type: none"> • Psoriatische Osteopathie • Mutilierende und osteoproliferative Formen [M07.1] • Polyarticuläre oder oligoarticuläre Formen [z. B. M07.3] • Spondylitis psoriatica [M07.2] • SAPHO-Syndrom [M35.1]
Haupterkrankungen und Unterformen der Erkrankungen
Atopische Dermatitis [L20.-]
<ul style="list-style-type: none"> • Disseminierte atopische Ekzeme • Lokalisierte atopische Ekzeme • Atopisches Hand-, Fuß-, Gesichtsekzem
Kombination mit anderen Erkrankungen aus dem atopischen Formenkreis:
<ul style="list-style-type: none"> • mit allergischem Asthma bronchiale [J45.0] • mit Rhinokonjunktivitis allergica [J30.1 bis J30.4; H10.1]
Ekzeme anderer Genese und Prurigo-Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktallergische Ekzeme [L23.-] • irritativ-toxische Ekzeme [L24.-] • Nummuläre Ekzeme [L30.0] • Dyshidrotische Ekzeme [L30.8] • Prurigo-Erkrankungen [L28.-] • seborrhoisches Ekzem [L21.-] • Sonstige Ekzeme [L30.-]
Andere papulo-squamöse Hauterkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • Formen der Parapsoriasis [L41.-] • Lichen ruber [L43.-] • Pityriasis rubra pilaris [L44.0]
Allergie, Urtikaria und Unverträglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • Urtikaria [L50.-] • Urtikaria pigmentosa [Q82.2] • Medikamenten- und Nahrungsmittel- Unverträglichkeiten [L27.-] • Angioödem [T78.3, E88.0]

• Mastozytose, kutan [Q 82.2]
• Urtikaria Vaskulitis [M31.8]
Krankheiten der Hautanhangsgebilde
• Akne [L70]
• Rosazea [L71.8]
• Acne inversa [L73.2]
Bösartige Neubildungen der Haut
• Malignes Melanom [C43.-]
• Basalzellkarzinom [C44.-]
• Spinozelluläres Karzinom [C44.-]
• Dermatofibrosarkom [C44.-]
• Merkelzellkarzinom [C44.-]
• Kutane T-Zelllymphome [C84.-, C85.-]
• Kutane B-Zelllymphome [C83.-, C85.-]
Blasenbildende Autoimmundermatosen
• Pemphigus-Erkrankungen [L10.-]
• Pemphigoid-Erkrankungen [L12.-]
• sonstige bullöse Dermatosen [L13.-]
Genetische Hauterkrankungen
• Ichthyosen [Q80.-]
• palmoplantare Keratosen [Q82.8]
• Morbus Darier, Morbus Hailey-Hailey [Q82.8]
• hereditäre blasenbildende Hauterkrankungen [Q80.-]
Bindegewebserkrankungen
• systemische Sklerose [M34.-]
• sonstige Sklerodermieformen [M34.8]
• Circumscriphte Sklerodermie [L94.-]
• Lichen sclerosus et atrophicus [L90.0]
• Formen des Lupus erythematodes [L93.- M32.-]
• Dermatomyositis [M33.-]
• Eosinophile Fasciitis [M35.4]
• Vaskulitiden mit Hautbeteiligung [M30.-, M31.-, L95.-]
Ulkus-Erkrankungen
• Ulcus cruris venosum [I83.-]
• arterielles Ulkus [I70.2-]
• Pyoderma gangraenosum [L88.0]
• Ulkus der Haut anderer Genese [L97, L98.4]
Chronische Lymphödeme [I89.0]
• nach Komplikationen wie chronisches, rezidivierendes Erysipel
• Papillomatosis cutis
Großflächige Narben mit funktionellen Störungen [L90.5]
• z. B. nach Verbrennungen, Operationen, Krankheitsfolgen

Sonstige Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • Granulomatöse Erkrankungen der Haut [L92.-] • Sarkoidose der Haut [D86.3]
Erkrankungen, die einer intensiven psychosomatischen Mitbehandlung bedürfen, sollten in einer psychosomatisch-dermatologischen Einrichtung oder einer dermatologischen Rehaklinik mit einem diagnosespezifischen (interdisziplinären) Therapiekonzept behandelt werden, welches eine intensive psychologische Betreuung gewährleistet
<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis artefacta [L98.1] infolge einer Impulskontroll- [F63.8] oder einer Zwangsstörung [F42.1] • Prurigo nodularis [L28.1] und Prurigo simplex subacuta [L28.2] • Pruritus sine materia [L29] bzw. Spannungspruritus [F45.8] • Alopecia areata [L63] oder Vitiligo [L.80] mit Anpassungsstörung (Stigmatisierungserleben) [F43] • Chron. rez. Hauterkrankungen mit starker psychosozialer Triggerung [F54] und Therapieresistenz unter üblicher somatischer Behandlung

3.2 Indikationsstellung für die Rehabilitation von Erkrankungen der Haut

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat in ihren Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation einen Katalog für die Indikationsstellung für die ambulante Rehabilitation von Hauterkrankungen herausgebracht (3, 24), der weitgehend auf die stationäre Rehabilitation übertragbar ist. Des Weiteren liegen von der Deutschen Rentenversicherung Bund Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut vor (23). Auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der ICF und der Rahmenempfehlungen der BAR kann bei entzündlichen, allergischen und bösartigen Hauterkrankungen die Indikation für eine stationäre dermatologische Rehabilitation gestellt werden, wenn neben einer entsprechenden Störung auch alltagsrelevante, nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe vorliegen, die den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich machen (3). Daneben können auch das Vorliegen von Risikofaktoren, z. B. Infektanfälligkeit als Auslöser oder psychosoziale Belastungen bei geringerer Ausprägung der Hauterkrankung oder eine psychische Komorbidität eine stationäre medizinische Rehabilitation begründen (21,25).

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 Eilt-Heilverfahren für Atopische Dermatitis oder Psoriasis, insbesondere bei schweren Krankheitsverläufen nach einem akutstationären Krankenhausaufenthalt oder als Anschlussrehabilitation (AHB/AR) bei bösartigen Neubildungen der Haut innerhalb einer Einjahresfrist nach Entfernung des Primärtumors, oder als Rehabilitation aus dem ambulanten Sektor, gestellt werden (5, 6, 26, 27, 28). Bei einer *onkologischen* Anschlussrehabilitation muss die Epidermis durch Tumorzellen durchbrochen sein.

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR)

Eine Besonderheit stellt die „verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation“ dar. Sie ist eine spezielle Form der Rehabilitation, die von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) entwickelt wurde, um Patienten mit psychischen Begleiterkrankungen besser zu versorgen. Im Bereich der Dermatologie ist diese besonders für Patienten mit chronisch entzündlichen Dermatosen geeignet, bei denen eine psychische Komorbidität sowie Probleme bei der Krankheitsbewältigung bestehen. Die Rehabilitanden bleiben in einer geschlossenen Bezugsgruppe mindestens 4 Wochen in der Klinik. Unter Anleitung ihrer Therapeuten durchlaufen sie ein spezielles psychologisches, sporttherapeutisches und medizinisches Programm. Ziel ist es, die komplexe Problematik jedes Individuums zu erfassen und interdisziplinär multimodal zu behandeln (92).

3.2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit bei Erkrankungen der Haut liegt nach den geltenden Rehabilitationsrichtlinien (5), den aktuellen Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (3, 24), den aktuellen Begutachtungsrichtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (4) und den „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ der Deutschen Rentenversicherung Bund (25) 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 Verlaufsform mit nur kürzeren symptomfreien Intervallen vorliegt
6. die Ausdehnung einer Hauterkrankung über eine größere Körperoberfläche und/oder Lokalisation im sichtbaren Körperbereich vorliegt
7. ein therapeutischer Effekt oder eine Optimierung der Behandlung bei zeitintensivem Aufwand mit dem Ziel der möglichst vollständigen Rückbildung erreicht werden soll, der nur mit den Mitteln der Rehabilitation möglich ist
8. eine schwere Verlaufsform einer Hauterkrankung im zeitlichen Zusammenhang nach einer Krankenhausbehandlung vorliegt, für die infolge einer schweren körperlichen Beeinträchtigung und konsekutiver ausgeprägter Funktionsstörung sowie Beeinträchtigung der Teilhabe eine besondere Rehabilitationsbedürftigkeit besteht
9. Risikofaktoren (z. B. Komorbidität) vorliegen, die auch bei geringer Ausprägung der Hauterkrankung Schulungsmaßnahmen erforderlich machen, um den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen wie:
 - Feuchtarbeiten oder andere irritative Einflüsse auf die Haut (z. B. häufiges Händewaschen bei Hauterkrankungen der Hände)
 - Stresssituationen
 - rezidivierende Infekte
 - Alkohol- u./o. Nikotinkonsum
 - schlecht eingestellte Stoffwechselkrankheiten, insbesondere
 - Diabetes mellitus
 - Fettstoffwechselstörung
10. wesentliche Therapieprobleme vorliegen wie
 - mangelnde Compliance hinsichtlich einer kontinuierlichen und langfristigen Mehrfachtherapie
 - Bei Hauterkrankungen mit psychosomatischem Hintergrund, z. B. psychosoziale Trigger, Anpassungsstörung, primär psychische Störung (25), 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 (21).

Sollten aus gesundheitlichen Gründen Leistungen zur Rehabilitation medizinisch dringend erforderlich sein, kann eine Rehabilitation bei Vorliegen einer Rehabilitationsbedürftigkeit und gleichzeitiger positiver Rehabilitationsprognose auch vor Ablauf der 4-jährigen Karenzzeit erfolgen (4, 27, 29).

Hauterkrankungen stellen die mit Abstand am häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten-Verdachtsfälle dar. 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 sekundärer allergischer Kontaktekzeme. Die genannten Berufsdermatosen führen häufig zu längerer Arbeitsunfähigkeit und es droht die Berufsaufgabe. Durch die gesetzliche Unfallversicherung wurden intensive Anstrengungen

unternommen, um dies zu verhindern. An erster Stelle stehen präventive Maßnahmen wie die TRGS 401 zu Hautschutz und -pflege am Arbeitsplatz. Des Weiteren wurde das Hautarztverfahren eingeführt als niederschwelliger Zugang zu diagnostischen (z.B. Allergietestung) und therapeutischen Maßnahmen (Hautschutzseminar, stationäre tertiäre Rehabilitation nach dem Osnabrück Modell). 2018 wurden 18.375 BK Meldungen nach Nr. 5101 bestätigt, letztlich aber nur 119 neue Rentenzugänge registriert bei insgesamt 505 Renten nach BK 5101, wobei zu berücksichtigen ist, dass dies den Zwang zur Berufsaufgabe voraussetzte.

Als Indikationen für ein stationäres rehabilitatives Heilverfahren bei Vorliegen einer Berufsdermatose sind insbesondere zu nennen (30):

- 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 Dermatoze
- 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

3.2.2 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.

3.2.3 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 Kostenträger ausgerichtet. Im Vordergrund steht 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.

3.2.4 Rehabilitationsprognose

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

und der Teilhabe ab. Daneben wird in der Rehabilitationsprognose abgeschätzt, in wieweit körperliche und geistige Ressourcen, belastende Komorbiditäten sowie umweltbezogene Förderfaktoren verfügbar sind.

3.2.5 Zugangsmodalitäten zur Rehabilitation

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

- Im Rahmen der Deutschen Rentenversicherung:
AHB-Antrag, onkologische Rehabilitation bzw. allgemeiner Rehabilitationsantrag (so genannter „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte“: <https://www.eservice-drv.de/eantrag/hinweis.seam?conversationId=357712> Antragsvorlagen auch herunterzuladen über die Homepage der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD) der DDG: <https://derma.de/ddg/arbeitsgruppen-kooperationen/arbeitsgruppe/rehabilitation-in-der-dermatologie-ared>
- Inhalte und Informationen zum Antragswesen finden sich auch in den folgenden Übersichtsartikeln:
S. von Martial, A. Tsianakas. Medizinische Rehabilitation in der Dermatologie – Ziele, Inhalte und Antragstellung. *Dermatologie (Heidelb.)* 2024 (86)
Voigt TP, Bause L, Tsianakas A. Inhalte und Stellenwert der Rehabilitation in der Dermatologie. *JDDG* 2021 (87)
Henkel F, von Martial S, Tsianakas A. Dermatologische Rehabilitation: Inhalte, Chancen und Antragstellung. *Deutsche Dermatologie* 2023 (88)
- Für die Kinder-Rehabilitation gilt das Formblatt „Antrag auf Kinder- und Jugendrehabilitation“ G200 und der ärztliche Befundbericht G612 herunterladbar über die zuständige DRV oder über die Website der gewünschten Klinik (Stichwort: Wunsch- und Wahlrecht),
- weitere Informationen zur Kinder- und Jugend-Reha: www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de/startseite/
- Die 4-Jahresfrist bis zur nächsten Reha-Beantragung ist nach Flexi-Rentengesetz für die Kinder-Reha komplett gestrichen worden, die Wiederholungsintervalle richten sich nach dem Krankheitsgeschehen (31)
- Gesetzliche Krankenversicherung (Formblatt 61): <https://www.kbv.de/html/21431.php> Musterformular 61 herunterladen. Eine andere Zugangsmodalität für Patienten, die sich in einem akut-stationären Krankenhausaufenthalt befinden, besteht im Sinne einer Anschluss- bzw. Frührehabilitation, die im Eilt-Heilverfahren von dem zuständigen Kostenträger bearbeitet und ggf. genehmigt werden muss (4, 25, 27, 32). Antragsformulare und Zuständigkeit bei einer Rehabilitation aus dem stationären Bereich, siehe: <https://www.driv.de>
Die Notwendigkeit zu einer medizinischen Rehabilitation kann schließlich auch im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den MD festgestellt werden. Auf diesem Wege kann die Krankenkasse arbeitsunfähige Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation zu stellen (§ 51, SGB V). Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht nach, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist bis zu dem Tag, an dem die Antragstellung nachgeholt wird (33). Eine ähnliche Regelung besteht im Bereich der Arbeitslosenversicherung (§ 125, SGB III) (34). (sog. Aufforderungs-Reha)

- 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 (35). 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 (30). Die genannten Maßnahmen sollen dazu beitragen, die Berufsaufgabe des Betroffenen zu verhindern und kommen daher möglichst frühzeitig im Krankheitsverlauf nach den Erfordernissen im Einzelfall zur Anwendung. Ausschlüsse zum Zugang von Leistungen zu Lasten der Rentenversicherung sind im § 13 SGB VI aufgeführt (29).

3.2.6. Voraussetzungen für die stationäre dermatologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Mit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurden 2007 Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen umgewandelt (§ 40 SGB V) (25). Hierdurch wird Menschen mit besonderen Bedürfnissen oder von Behinderung bedrohten Menschen, Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe zuerkannt, 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 müssen neben einer Rehabilitationsbedürftigkeit auch eine positive Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose gewährleistet sein (siehe Punkt 1.4). Ist seitens der Kostenträger eine Rehabilitationsdauer von 3 bis max. 4 Wochen bei Hauterkrankungen von Erwachsenen die Regeldauer einer stationären Rehabilitation, so sieht der Gesetzgeber bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern bereits eine Regeldauer von 4 bis 6 Wochen vor, um den besonderen Bedingungen des kindlichen Organismus besser zu entsprechen (§23 Abs. 7 SGB V) (26). Wie bei Erwachsenen kann bei Kindern und Jugendlichen eine längere Dauer indiziert sein, sofern dies zum Erreichen von bestimmten Rehabilitationszielen notwendig ist. Die spezifische dermatologische Kinderrehabilitation unterscheidet sich von einer Mutter-Vater-Kind-Rehabilitation mit dermatologischer Betreuung durch die spezifische Ausrichtung der rehabilitativen Angebote. Steht bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen die Mutter bzw. der Vater im Vordergrund, so ist die Kinderrehabilitation konsequent auf die Bedürfnisse des Kindes ausgerichtet. Zudem stehen bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen die besonderen mütter-/väterspezifischen Belastungen im Vordergrund. Entsprechend kann eine Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge bzw. -Rehabilitation keine Alternative für eine dermatologische Kinderrehabilitation darstellen. Bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen kann bei Fehlen der üblichen versicherungsrechtlichen Bedingungen auch eine Reha nach § 31 SGB VI beantragt werden.

3.2.7 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“ und die BAR Richtlinien 2017 (www.bar-frankfurt.de, dort kostenloses Download „Medizinische Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene- Ein Wegweiser für Fachkräfte“) als Orientierungshilfen dienen. Bei

der Übertragung der Empfehlungen der pädiatrischen Fachgesellschaft auf die Anforderungen in einer dermatologischen Rehabilitationsklinik ist zu bedenken, dass in dermatologischen Rehabilitationskliniken Kinder in der Regel nicht allein aufgenommen werden. Basierend auf der jungen Altersstruktur der hautoberkrankten Kinder, welche überwiegend unter dem Krankheitsbild des atopischen Ekzems leiden, findet eine Aufnahme von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr regelhaft mit einem Angehörigen/Elternteil statt. Bei älteren Kindern bedarf die Kostenübernahme für eine Begleitperson einer medizinischen Begründung (36). Hierbei kommt der Begleitperson die wichtige Rolle des Ko-Therapeuten zu, welche insbesondere in die medizinpädagogischen Behandlungs- und Betreuungsansätze eingebunden ist (37 - 40). 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 (41-44). Aufgrund dieses Familien-pädagogischen Ansatzes der Rehabilitation sollten auch in dermatologischen Rehabilitationskliniken bestimmte Unterbringungs- und auch Betreuungsbedingungen besondere Berücksichtigung finden.

Die medizinischen, ernährungstherapeutischen, pädagogischen und psychologischen Elemente der Kinderrehabilitation müssen dem Entwicklungsstand des Kindes/ Jugendlichen angepasst werden. Typischerweise fördern Gruppenprogramme die positive Auseinandersetzung mit der Hauterkrankung und bahnen Entwicklungsschritte zur Teilhabe (45-48). Das Zusammenleben mit Kindern, die wegen anderer Diagnosen in einer Kinderrehabilitationsklinik behandelt werden, ermöglicht die Reflexion über Kranksein und Gesundwerden (49). Die Themen Partnerschaft, Familienplanung, Berufsorientierung und Transition, also spezielle Schulungsthemen der Jugend-Reha im Übergang zum Erwachsenwerden und zum Umgang mit der Erkrankung als zukünftig erwachsener Patient, sind spezifisch und fast ausschließlich in der Reha für Kinder/ Jugendliche realisierbar (50, 51). Eine Finanzierung für Nachsorgeprogramme zur Verstetigung der erreichten Reha-Ziele ist über die DRV mit dem Flexi-Rentengesetz seit 2018 abgesichert, wenn es sich um ein von der DRV genehmigtes Nachsorgeprogramm im Sinne einer sogenannten Reha-Kette handelt (52).

3.3 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bei Hauterkrankungen in deutschen Rehabilitationskliniken

Das Ziel der Rehabilitation von Hauterkrankungen beinhaltet die Bewältigung und Verminderung der Beeinträchtigung der Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe mit dem realistischen Ziel einer Verbesserung und Sicherung der Integration des Patienten in sein Berufsleben und den sozialen Alltag. Dabei spielen die Kontextfaktoren (persönlichkeitsspezifische Trigger mit Bezug zur Lebenssituation, Coping-Mechanismen, Komorbiditäten) eine wesentliche Rolle, die für einen positiven Rehabilitationsverlauf erfasst werden müssen. In der Rehaklinik wird dies mithilfe klinischer Pfade (z. B. strukturierte Anamnese, Fragebögen) und eines individuell auf den Patienten zugeschnittenen Rehabilitationsplanes umgesetzt. Ziel ist ein Empowerment hautkranker Menschen zu einer möglichst uneingeschränkten Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben mit einer guten Lebensqualität.

Nach einer vorausgegangenen Erhebung von Anamnese, körperlicher Untersuchung und der Rehabilitationsdiagnostik werden die Rehabilitationsziele gemeinsam mit dem Patienten formuliert. Wegen der hohen psychischen Komorbidität wurde von der Deutschen Rentenversicherung ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation (53) vorgelegt, der als ersten Schritt ein Screening (HADS, PHQ9) vorsieht. Darin auffällige Patienten sollen einer

vertieften Diagnostik beim Psychologen zugeführt werden, um Empfehlungen für eine ggf. nachstationäre Behandlung auszusprechen. Bei der Formulierung der Rehaziele sind realistische und somit erreichbare Zielsetzungen wesentlich, z. B. eine klinische Verbesserung mit Bewältigung respektive Verminderung der objektivierbaren Störungen oder Beeinträchtigungen und einer optimierten Integration des Patienten in den beruflichen und privaten Alltag. Die Dokumentation der Beeinträchtigungen der Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe sowie der Kontextfaktoren wird mit Hilfe der ICF-Begrifflichkeiten durchgeführt.

Um den Rehabilitationserfolg zu sichern, werden verschiedene nachstationäre Maßnahmen besprochen, wie weitere ambulante dermatologische Behandlung, Irena/Psyrena, Selbsthilfegruppe, ggf. ambulante Psychotherapie.

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

In Tabelle 4 werden die Rehabilitationsziele, Rehabilitationsmaßnahmen und Therapieformen zur Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion bei den häufigsten Hauterkrankungen zusammengefasst. Eine wesentliche Behandlungsform bei Erwachsenen mit Atopischem Ekzem und Psoriasis stellt aufgrund der Aufenthaltsdauer von mindestens drei Wochen oftmals die Phototherapie in Form der Balneo-Phototherapie dar, die im Abschnitt 3.3.1.1 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 (41). Entsprechend müssen Anwendungsbeschränkungen, Kontraindikationen bzw. fehlende altersspezifische Anwendungserfahrungen in Abhängigkeit des Alters der Patienten besonders berücksichtigt werden (38, 44). Die Belastungsfaktoren in familiären Strukturen durch den chronischen Verlauf und juckreizbedingte Schlaflosigkeit des Kindes und der Eltern sollten in der pädiatrischen Reha berücksichtigt werden (44).

Bei der Anschlussrehabilitation von bösartigen Neubildungen der Haut wird neben der postoperativen Nachsorge der Patienten und der Wundversorgung die gesamte Bandbreite physiotherapeutischer Anwendungen durchgeführt. Darüber hinaus wird die in der Akutklinik eingeleitete Therapie weitergeführt. Dieses gilt z. B. beim Malignen Melanom sowohl für die Fortsetzung einer adjuvanten Immuntherapie als auch einer Chemo- oder Immuntherapie (84, 85, 89, 90).

Mit der Hauterkrankung assoziierte Syndrome, aber auch unabhängige Begleiterkrankungen, werden im Sinne einer umfassenden Rehabilitation entsprechend den Möglichkeiten der Klinik mitbehandelt. Unverzichtbar ist die die Mitbetreuung durch Psychologen/Psychotherapeuten sowie zumindest die Möglichkeit einer konsiliarischen internistischen Mitbehandlung. Sinnvolle ärztliche Ergänzungen im Angebotsspektrum sind Orthopäden und/oder Rheumatologen, Internist und/oder Pneumologe, Psychiater/Neurologe, Diabetologe, HNO-Arzt. Dieser interdisziplinäre Ansatz ist beispielsweise bei Psoriasispatienten äußerst sinnvoll, um neben den sichtbaren Hautläsionen auch das Spektrum der Komorbiditäten einschließlich des kardiovaskulären Risikos wirksam zu adressieren (91).

Tabelle 4: Rehabilitations-Ziele und -Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion.

Tabelle 4a: Ziele beim Atopischen Ekzem und Psoriasis:
• Abheilung oder Verminderung der Hautveränderungen insbesondere sichtbarer Läsionen, die durch Kleidung nicht verdeckt werden können
• Verminderung von quälendem Juckreiz
• Wiederherstellung und Stabilisierung der Barrierefunktion der Haut
• Stabilisierung eines Hautbefundes bei rezidivierenden und schweren Hauterkrankungen
• Verbesserung der Gehfähigkeit insbesondere bei Hauterkrankungen mit Befall der Fußsohlen
• Verbesserung der Greiffähigkeit insbesondere bei Hauterkrankungen mit Befall der Palmae und Finger
• Verbesserung des Schlafes insbesondere bei pruriginösen Dermatosen
• Wiederherstellung der durch ausgedehnte Hautläsionen, Narbenfelder und Rhagaden eingeschränkten Beweglichkeit und Hautfunktion
Maßnahmen:
• Balneo-Phototherapie mit z.B. Sole oder antiseptischen Bädern (v.a. beim Atopischen Ekzem) und UV-B 311 Phototherapie (nicht bei blasenbildenden Erkrankungen)
• Systemische oder Balneo-PUVA-Phototherapie
• Teilkörper-Phototherapie mit UV-A1, UV-B 311, Creme-/Balneo-PUVA oder systemische PUVA
• UV-A1-Mitteldosis- oder Hochdosis-Phototherapie bei der atopischen Dermatitis
• Krankengymnastische Bewegungstherapie und Ergotherapie
• Rehabilitationssport
• Externe Salbentherapie
• Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie (s.a. 3.3.1.3)
• Gesundheitspädagogische "Handschuhsprechstunde" bei Berufsdermatosen, ergotherapeutische Übungen zur Erprobung der Anwendbarkeit des Handschuhschutzes und Besserung der eingeschränkten Beweglichkeit
• Tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan
• (nicht) standardisierte Schulung bei dermatologischen Krankheiten (KTL 2015: C742; Literatur 76)

Tabelle 4 b: Ziele bei Psoriasis-Arthritis und anderen Hauterkrankungen mit Gelenkbeteiligungen sowie nebenbefundlichen degenerativen Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems
• Verbesserung der Gelenkfunktionen
• Wiederherstellung der Greiffunktion der Hände
• Wiederherstellung der Gehfunktion
• Wiederherstellung der Beweglichkeit der Wirbelsäule
• Interdisziplinäre Mitbetreuung durch Rheumatologen oder Orthopäden
Maßnahmen:
• Krankengymnastische Bewegungstherapie und Ergotherapie
• Gerätegestützte Trainingstherapie
• Moorbäder und -kneten in Naturmoor (analog: Schlick-/Rapskneten)
• Rehabilitationssport
• Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie (s.a. 3.3.1.3)

Tabelle 4 c: Ziele bei chronischen Ulzera der Haut
• Abheilung oder Reduktion der Größe der Ulzera
• Reduktion von Begleitfaktoren wie Ekzemen, Ödemen und unangenehmem Geruch
Maßnahmen:
• Externe Ulkustherapie
• Kompressionstherapie, ggf. Verordnung Bestrumpfung
• chirurgische Wundanfrischung
• Lymphdrainage
• Krankengymnastische Bewegungstherapie

Tabelle 4 d: Ziele bei sklerodermiformen Erkrankungen wie systemischer Sklerose, eosinophiler Fasziitis, Muzinosen, circumscripiter Sklerodermie (Morphea), Lichen sclerosus et atrophicus (LSA):
• Verminderung der Hautverhärtung
• Abheilung von Erosionen und Ulzerationen
• Wiederherstellung der Beweglichkeit
• Interdisziplinäre Mitbetreuung durch Rheumatologen/Orthopäden/Internisten
Maßnahmen:
• UV-A1-Niedrigdosis- oder Mitteldosis-Phototherapie
• Krankengymnastische Übungen und Ergotherapie
• Peloide
• Moorbäder und -kneten in Naturmoor (analog: Schlick/Raps u. ä.)
• Paraffinwachs-Handbad
• Rehabilitationssport
• Fortsetzung oder ggf. Neueinstellung einer systemischen Therapie (s.a. 3.3.1.3)

Tabelle 4 e: Ziele bei bösartigen Neubildungen der Haut wie primär kutanen Lymphomen, malignen Melanomen, spinozellulären Karzinomen, ausgedehnten Basalzellkarzinomen
• Abheilung/Funktionsverbesserung bei Narbenfeldern
• Vermeidung von Wundinfekten
• Wiedererlangung der Funktionsfähigkeit der durch die Operation bedingten Gewebsverluste
• Wiederherstellung der körperlichen Fitness
Maßnahmen:
• Systemische oder Balneo-PUVA-Phototherapie bei primär kutanen T-Zell-Lymphomen
• Postoperative Wundversorgung
• Bewegungs- und Stabilisierungsübungen mit Gewichten, Ergotherapie
• Schulung der Patienten hinsichtlich Hintergründen der Erkrankung (Genese, Therapie, Nachsorge, Vorsorge)
• Psycho-onkologische Betreuung
• Rehabilitationssport
• Fortsetzung einer Chemo, Immun- oder zielgerichteten Therapie

Tabelle 4f: Ziele bei Epidermolysis bullosa (meist Kinder):
• Adäquate, stadiengerechte Anlage von Wundverbänden
• Etablierung einer effektiven und nebenwirkungsarmen Schmerztherapie
• Vermeidung einer Mangelernährung / Dystrophie durch Sicherung einer ungestörten (schmerzfreen) / adäquaten, enteralen Nahrungsaufnahme
• Erhaltung / Verbesserung der Greiffunktion der Hände
Maßnahmen:
• Schulung der Patienten und ihrer Begleitpersonen in der Anlage von Wundverbänden
• Multimodales Wundmanagement
• Multimodale Behandlung chronischer Schmerzen
• Ernährungsberatung, Schulung von Patienten mit gastralen Sonden

Tabelle 4g: Ziele bei kongenitalen Ichthyosen (meist Kinder):
• Adäquate, stadiengerechte Externa-Therapie
• Etablierung einer effektiven und nebenwirkungsarmen Schmerztherapie bei Gelenkbefall
• Gewährleistung von ausreichender Flüssigkeitszufuhr, insbesondere bei Sport und Hitze
• Erhaltung / Verbesserung der Greiffunktion der Hände und Beweglichkeit der Gelenke insgesamt
• Augenlid-und Hornhautpflege
• Beratung bezüglich Ektropium-OP, Vermittlung von Kontakten zu universitären Augenkliniken
Maßnahmen:
• Schulung der Patienten und ihrer Begleitpersonen in der Externatherapie, adäquater Kleidung
• Physiotherapie, Hydrotherapie
• Multimodale Behandlung chronischer Schmerzen bei Gelenkbefall und Augenbeteiligung
• Ernährungsberatung,
• Beratung bei assoziierten inneren Erkrankungen von speziellen Ichthyosisformen (Lit 37 a)

Tabelle 4h: Ziele bei Acne inversa (Hidradenitis suppurativa):
• Abheilung oder Verminderung der Hautläsionen wie entzündliche Knoten, Abszesse, Fisteln
• Wiederherstellung der durch ausgedehnte Hautläsionen, Narbenfelder und Ödeme eingeschränkten Beweglichkeit und Hautfunktion
• Schmerzreduktion/-freiheit
• Wiederherstellung der Beweglichkeit (v.a. Arme, Beine)
• Linderung der Funktionseinschränkung sensibler Areale wie Genitale
• Screening auf bzw. psychologische Betreuung bei Depressivität und Ängstlichkeit und sozialer Isolation
•
Maßnahmen:
• Balneo(photo)therapie (z.B. antiseptische Bäder mit Kaliumpermanganat)
• Adäquate befundadaptierte Externa-Therapie
•
• Fortsetzung bzw. Einleitung Leitlinien-gerechter Systemtherapie (s. auch 3.3.1.3)
• Multimodale Behandlung chronischer Schmerzen
• Ernährungsberatung und Adipositas-schulung

• Krankengymnastische Bewegungstherapie und Ergotherapie
• Lymphdrainage
• Bei Bedarf Verordnung von Kompressionshosen einschl. Pelotten (z.B. bei Lymphödemen im Genitalbereich)
• Psychologische Betreuung
• Raucherentwöhnung
• Rehabilitationssport

3.3.1.1 Phototherapie und Balneo-Phototherapie

Die Balneo-Phototherapie spielt in dem dermatologischen Rehabilitationskonzept eine zentrale Rolle zur Bewältigung der Beeinträchtigung von Körperstruktur und -funktion vor allem bei entzündlichen, allergischen und genetischen Hauterkrankungen sowie bestimmten T-Zell-Lymphomen. Hierbei werden von den Rehabilitationseinrichtungen als natürliche Heilmittel Starksole, Meerwasser und Schwefelmineralwasser angewendet (93). In der Tradition der Balneologie haben sich aber auch andere Bäder mit z.B. Moorlauge oder Thermalwässern bewährt, die u.a. zu einer Verbesserung des Mikromilieus der Haut und Stabilisierung der Hautbarriere führen können (94, 95, 96). Außerdem besteht die Möglichkeit zur Durchführung einer Balneo-PUVA mit Teil- oder Ganzkörperbädern in Methoxsalen (Meladinine®) Lösung (bzw. mit Dusch-PUVA) sowie einer Creme-PUVA. Antiseptische Bäder z.B. mit Kaliumpermanganatzusatz können zur Initialbehandlung bei Atopischem Ekzem oder Acne inversa sinnvoll sein.

Die Wirksamkeit und Durchführungsbedingungen der Sole-Photo- und Bade-PUVA-Therapie wurden in einer Studie des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen aufgezeigt. Darüber hinaus wurde in einer im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses initiierten Analyse vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Sole-Phototherapie mit Starksole und anschließender UV-B-Therapie gegenüber einer alleinigen UV-B-Therapie oder einer UV-B-Therapie mit Leitungswasser als überlegen eingestuft (55) und daher auch als Kassenleistung für Psoriasis anerkannt.

Auch die Balneophototherapie zur Behandlung des atopischen Ekzems ist gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundlage dieses Beschlusses sind die im Rahmen des IQWiG Berichtes N18-01 ausgewerteten Studien zum Nutzen der synchronen Balneophototherapie bei mittelschwerem bis schwerem atopischen Ekzem

3.3.1.2 Physiotherapie, Ergotherapie und Rehabilitationssport

Durch die in den Rehabilitationseinrichtungen vorgehaltenen physiotherapeutischen Anwendungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Rehabilitationssport und ggf. begleitende Massagen werden Beeinträchtigungen der Körperstruktur und -funktion in Bezug auf das muskuloskelettale System und Schmerzen vermindert. Je nach Art dieser individuellen Beeinträchtigungen wird ein auf den Patienten abgestimmtes Programm erstellt.

Zusätzlich erfolgt eine Beratung zur Hilfsmittelversorgung. Dabei kann die gesamte Bandbreite der physiotherapeutischen Angebote zur Anwendung kommen. Ergänzt wird dieses speziell zugeschnittene Therapieprogramm durch die in den Kliniken allen Rehabilitanden offenstehende Gruppensport-Angebote wie Schwimmen, Walken, Jogging, gerätegestützter Trainingstherapie usw. Das Ziel liegt dabei in der Wiederherstellung oder zumindest wesentlichen Besserung der Beweglichkeit und Funktionsfähigkeit der betroffenen Körperstrukturen, beispielsweise der Wiederherstellung der Greiffähigkeit der Hände oder der Gehfähigkeit. Auch die Wiedererlangung der Funktionsfähigkeit bei ausgedehntem Hautbefall, Begleitarthritis oder bei durch Operation bedingten Gewebsverlusten (z. B. nach

radikaler Operation eines malignen Melanoms oder Dermatofibrosarkoms, aber auch bei Akne inversa) können gezielt gefördert werden. Bei begleitenden Atemwegserkrankungen werden die Atemarbeit optimiert und Atemtechniken für den Anfall erlernt.

3.3.1.3 Fortsetzung oder Beginn der systemischen Therapie

Neben der Fortsetzung einer in der Akutklinik oder Praxis eingeleiteten Therapie soll nach Ausschöpfung anderer Therapiemaßnahmen im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung auch eine systemische Therapie eingeleitet werden. Hier sollte auf eine Leitlinien-gerechte Verordnung und auf die Klärung der Weiterverordnung nach dem Ende des Rehabilitationsaufenthaltes geachtet werden. Alternativ werden die Therapieoptionen mit dem Patienten zumindest besprochen. Dies gilt sowohl für entzündliche Hauterkrankungen als auch, im Rahmen des mehrdimensionalen Therapieansatzes, für begleitende Gelenkerkrankungen und für bösartige Neubildungen der Haut. Fortsetzung oder Neuansetzung einer Behandlung richtet sich dabei nach den Untersuchungsbefunden und den im Aufklärungsgespräch mit dem Patienten definierten Rehabilitationszielen. In der stationären Kinderrehabilitation kann entsprechend dem Entwicklungsstand des Kindes die systemische Antikörpertherapie in der praktischen Handhabung gelehrt werden, um die Autonomie und Selbstwirksamkeit des jungen Patienten zu fördern und die Eltern zu entlasten (56).

3.3.1.4 Klimatherapie

An der See und im Hochgebirge gibt es Orte, die neben den o. g. therapeutischen Möglichkeiten zusätzliche therapeutische Optionen aufgrund ihrer geoklimatologischen Lage ermöglichen. Während im Hochgebirge im wesentlichen Allergenarmut bzw. eine reduzierte Pollenbelastung der Luft durch Verschiebung der Vegetationsphasen gegenüber den Tallagen und die Heliotherapie relevant sind, treffen neben diesen beiden Klimafaktoren an der See zusätzlich maritime Elemente zu (57, 58). 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 (59, 60) und mit weiteren klinisch konventionellen aber auch psychologisch edukativen Maßnahmen kombiniert werden. Je nach Rehabilitationsziel von Kostenträgern, Versicherten und abgestimmt mit dem Therapeuten wird der Schwerpunkt der Maßnahmen auf das geeignete Therapieelement gelegt.

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

3.3.2.1 Bewältigung der Beeinträchtigungen psychologischer Funktionen

Eine chronische Hauterkrankung beinhaltet für den Patienten weit reichende Konsequenzen hinsichtlich Lebensqualität, Therapieerfordernissen und Umgang mit der Erkrankung im beruflichen und privaten Alltag. Bei bösartigen Neubildungen der Haut und bei bestimmten Bindegewebserkrankungen wie der systemischen Sklerodermie oder bei schweren Formen der Epidermolysis bullosa kommt eine zumeist verringerte Lebenserwartung hinzu. Diese Faktoren, aber auch die Stigmatisierung durch die tagtägliche Wahrnehmung der Erkrankung durch Mitmenschen, stellen für diese Patienten eine große psychische Belastung dar. Dadurch kann eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Funktionen in Form von Teilnahmslosigkeit im sozialen Umfeld, Beeinträchtigung sexueller Funktionen, Angstzuständen, Depressionen und psychovegetativen Erkrankungen entstehen (17 - 21).

Dies hat bei erwerbstätigen Patienten häufige Arbeitsunfähigkeiten und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zur Folge. Auch der chronische Pruritus bei der atopischen Dermatitis, bei der Psoriasis und der Epidermolysis bullosa schränken die Lebensqualität erheblich ein (61).

Das Konzept zur Bewältigung der Beeinträchtigung dieser psychischen Funktionen umfasst einen mehrdimensionalen Ansatz mit interdisziplinärer Beteiligung von Psychologen, Pädagogen, Kreativtherapeutinnen, Ärzten, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern. Hierzu bieten die Rehakliniken angepasste Programme (u. a. Gesprächsgruppen, Einzelgespräche, Kreativverfahren und Entspannungstherapien) unter Berücksichtigung von Patientenstruktur und Klinikbesonderheiten (21).

Ein spezieller Ansatz für die Patienten, die sich „psychisch öffnen“, liegt auf dem **Salutogenese-Konzept**. Dieses verfolgt das Ziel, dem Patienten ein stabiles Selbstwertgefühl, ein positives Verhältnis zum eigenen Körper, zu Freundschaft und sozialen Beziehungen, einer intakten Umwelt, sinnvoller Arbeit und gesunden Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung, einer lebenswerten Gegenwart und zur begründeten Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft zu vermitteln. Die „salutogene“ oder „gesunderhaltende“ Strategie bedeutet, sich den Herausforderungen der chronischen Hauterkrankung und seiner Folgen zu stellen, statt zu resignieren. Hierzu bietet das Rehabilitations-Team dem Patienten Hilfen an, die psychische Belastung zu bewältigen und die Lust am Leben trotz der Erkrankung zu stärken. Mit dieser Strategie zielt man darauf ab, dass die Erkrankung einen Teil des „Schreckens“ verliert, um eine Integration des Patienten in den Alltag zu ermöglichen. Bedeutsam ist, dass positive Erfahrungen besonders verstärkt werden, wodurch das therapeutische Team Schritte zur Krankheitsbewältigung sowie zur Akzeptanz der chronischen Hauterkrankung unterstützt. Zur Verbesserung der psychischen Situation des Patienten tragen auch die vielfältigen Rehabilitations-Sportangebote in den Rehabilitationskliniken wie Schwimmen, Sport, Wassergymnastik, Nordic-Walking und Sauna bei, da sie in der Gruppe eine Überwindung des Stigmatisierungsempfindens und die Akzeptanz der Hauterkrankung trainieren. Eine besondere Rolle spielt dabei in vielen Einrichtungen die Möglichkeit, sich in teilweise auch der Öffentlichkeit zugänglichem Schwimmbad als Hautbetroffener zu bewegen. Der Kontakt zu Patienten anderer Indikationen (beispielsweise Atemwegserkrankungen, Onkologie) kann das persönliche Leiden inkl. der Stigmatisierung (beispielsweise totaler Haarverlust nach Chemotherapie) relativieren.

Wenn die psychische Beeinträchtigung durch die Hauterkrankung (z.B. Stigmatisierungserleben bei Alopecia areata oder Vitiligo) zu einer **psychischen Komorbidität** (Anpassungsstörung, soziale Phobie, depressive Reaktion, Körperdysmorphie Störung) geführt hat, dann besteht bei entsprechender Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus auch eine Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme, die dann vorzugsweise in einer Einrichtung mit entsprechendem Behandlungskonzept (z.B. psychosomatisch-dermatologische Rehabilitation) erfolgen sollte (21,25)

Die psychologische Betreuung **dermatoonkologischer Patienten** sollte gesondert geschultem Personal obliegen (Psycho-Onkologen; s.a. 84, 85, 89, 90).

In der Kinder- und Jugendreha spielt die Integrationsfähigkeit in Kindergarten, Schule und Peergroup eine besondere Rolle und fördert auch unter den lindernden, ortstypischen Klimatherapieeinflüssen (60) eine gesunde Entwicklung des Kindes. Hierzu bietet das Rehabilitations-Team dem Patienten Hilfen an, die psychische Belastung zu bewältigen und die Lust am Leben trotz der Erkrankung zu stärken. Mit dieser Strategie zielt man darauf ab, dass die Erkrankung einen Teil des „Schreckens“ verliert, um eine Integration des Patienten in den Alltag zu ermöglichen. Bedeutsam ist, dass positive Erfahrungen besonders verstärkt werden, wodurch das therapeutische Team Schritte zur Krankheitsbewältigung sowie zur Akzeptanz der chronischen Hauterkrankung unterstützt.

Alleinerziehende mit chronisch hautoerkrankten Kindern tragen ein besonderes Risiko für stressassoziierte Erkrankungen, was sich wiederum negativ auf die Entwicklung des betroffenen Kindes auswirkt (62). Hier kann in der Kinder- und Jugendreha durch

psychologisch-pädagogische Interventionen Unterstützung angeboten und weitere Hilfsangebote nach der Reha vermittelt werden.

Hierbei sind systemische Familienberater zunehmend gefragt, mit an die Rehakliniken angepasste Programme (u. a. Gesprächsgruppen, Einzelgespräche, Kreativverfahren und Entspannungstherapien) unter Berücksichtigung von Patientenstruktur und Klinikbesonderheiten (21).

3.3.2.2 Bewältigung der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe

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

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

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

Eine weitere Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe liegt in der Einschränkung der Selbstversorgung in der häuslichen Umgebung, die in bestimmten Fällen nur durch zusätzliche Hilfsmaßnahmen bewältigt werden kann. Die Stigmatisierung durch die Hauterkrankung führt bei vielen Patienten zur Ausgrenzung aus ihrem sozialen Umfeld - sowohl am Arbeitsplatz als auch im Privatleben - und nicht selten zu einer psychischen Erkrankung, beispielsweise in Form des sogenannten Skin picking Syndroms, das mit sozialer Phobie einhergeht (22). Zusammenfassend resultiert für den Patienten, im Vergleich zum Gesunden, eine mäßige bis schwere Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe. Vor allem bei Patienten mit Berufsdermatosen droht aufgrund der Schwere der Hauterkrankung die Aufgabe des erlernten Berufes oder die Berufsfindung im Jugendalter ist aufgrund der chronischen Hauterkrankung eingeschränkt.

Bei beruflicher Mitverursachung wird die zuständige berufsgenossenschaftliche Mitbetreuung initiiert. Hier muss es das Ziel sein, die Prognose hinsichtlich der Berufsfindung und des Berufsverbleibes durch eine individuelle Beratung und Motivation zum Hautschutz (Schutzhandschuhe, protektive Hautschutzcremes, Hautpflege im Sinne der TRGS 401) zu verbessern, die in der ambulanten Betreuung häufig zu kurz kommen. In einer "Handschuhsprechstunde" wird ein auf die berufliche Tätigkeit und die individuellen Unverträglichkeiten abgestimmtes Hautschutzkonzept erarbeitet. Wenn bei Rehabeginn noch akut entzündlichen Veränderungen bestehen, können während der in der Regel 3-wöchigen Rehadauer noch keine aussagekräftigen Belastungserprobungen erfolgen. Bei stabilem Hautzustand kann ein tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan (TGH) erstellt werden (63, 64).

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 Beugenekzeme Prädiktoren für die Manifestation von beruflich bedingten Hauterkrankungen sind (65).

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

Das optimale Ziel sollte dabei sein, dass der Patient die gleiche Aktivität und Teilhabe wie „gesunde“ Mitmenschen wiedererlangt.

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

3.3.3 Rehabilitationsziele und -maßnahmen bezogen auf die Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen nach der ICF-Nomenklatur den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle umweltbedingten und personenbezogenen Einflussfaktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Kontextfaktoren stehen somit in Wechselwirkung mit den Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und der Teilhabe. Kontextfaktoren können negativ oder positiv auf die Hauterkrankung einwirken (3, 7, 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. Die Bedingungen des Arbeitsplatzes können in ihrer jeweiligen spezifischen Interaktion mit der Hauterkrankung einen negativen oder positiven Kontextfaktor darstellen (neg.: Hitze, Staub, Allergene, Stress, Publikumsverkehr, Feuchtarbeiten, hautreizende Substanzen etc., positiv: das Fehlen dieser Belastungen am Arbeitsplatz, Unterstützung durch den Schwerbehindertenbeauftragten, den Betriebsarzt, den Integrationsfachdienst (7, 9, 10)).

Personenbezogene 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, 7, 9). Als positive personenbezogene Kontextfaktoren sind z. B. eine gute physische Konstitution zu sehen, aufgrund der eine adjuvante Chemotherapie besser vertragen wird, oder eine psychische Stabilität (Resilienz). Als negative personenbezogene Kontextfaktoren können die Lebensgewohnheiten eines Patienten (z. B. fettreiche Mahlzeiten bei hohem Alkohol- und Nikotinkonsum; Hypertonus) einwirken, auch die atopische Konstitution zählt hierzu. Das Ziel der Rehabilitationsmaßnahme liegt im Rahmen von Schulungen und Gesprächen vor allem darin, die Ressourcen des Patienten gemeinsam mit ihm zu ergründen und sie für die Reha zu nutzen. Förderung der Volition (66) als innerer Prozess und Motivation stehen am Anfang einer jeden Rehabilitation. Im Verlauf werden bestehende, negativ einwirkende Kontextfaktoren aufgedeckt, um diese mit dem Patienten im Rehabilitationsteam zu besprechen. Der Patient sollte dabei lernen, mit negativen Kontextfaktoren umzugehen. Hierbei wird vor allem auf die Vermeidung von Triggerfaktoren, Anleitung zur eigenständigen häuslichen Versorgung bei Alleinlebenden, Vermeidung von Partnerkonflikten mit Abwendung des Lebenspartners wegen der Erkrankung eingegangen. Weitere Strategien zur Vermeidung von negativen Kontextfaktoren liegen in der Reduktion des Körpergewichts bei Adipositas, Behandlung sonstiger Begleiterkrankungen (auch dies begründet die multimodale komplexe stationäre Rehabilitation (67, 68), Vermeidung irritierender /sensibilisierender Substanzen und Reduktion von Feuchtarbeiten. Bei bösartigen Neubildungen der Haut aber auch bei UV-behandelten Dermatosen werden der sinnvolle Umgang mit UV-Licht und geeignete Lichtschutzmaßnahmen erläutert. Weitere negative Kontextfaktoren bei chronischen Hauterkrankungen und bösartigen Neubildungen der Haut stellen die Bewältigung des Gesundheitsproblems selbst und die existenziellen Ängste des Patienten dar. Hierzu zählt beispielsweise die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes und dem damit verbundenen Abrutschen in eine finanzielle Notlage oder Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen. Durch die interdiszi-

pliniäre Arbeit des Rehabilitations-Teams werden diese Kontextfaktoren ausführlich besprochen und mit dem Patienten alltagstaugliche, individuell passende Ideen zur Lebensführung entwickelt, welche die Integration des Patienten in das soziale Umfeld erleichtern.

3.3.4 Edukative Rehabilitationsziele und –maßnahmen

Einen wichtigen Eckpfeiler der Rehabilitation stellt die Schulung des Patienten über seine Erkrankung dar. Entsprechende Angebote sind in der Akutversorgung speziell im Fach Dermatologie nur rudimentär implementiert. Dabei ist die Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit den Beeinträchtigungen durch die chronischen Hauterkrankungen für die langfristige Prognose ebenso wichtig wie die oben dargestellten Maßnahmen zur direkten Wiederherstellung der Strukturen und Funktionen. Im ambulanten Versorgungs-Setting und eingebunden in die alltäglichen Rahmenbedingungen der Betroffenen bleibt häufig nicht die erforderliche Zeit und Muße, systematisch an der Minimierung von vor allem personen- aber auch umweltbezogenen negativen Kontextfaktoren zu arbeiten. Auch die Verbesserung der Coping-Strategien ist eine Grundvoraussetzung für eine langfristige Verbesserung des Verlaufes der chronischen Erkrankungen.

Hierbei werden Ursachen, Auslösefaktoren, Therapieoptionen und Prognose der Erkrankung erläutert. Das Ziel für den Patienten besteht darin, dass er mit der Diagnose einer chronischen oder bösartigen Hauterkrankung umzugehen lernt und die Tragweite der Erkrankung für sich selbst erkennt.

Um die edukativen Rehabilitationsziele zu erreichen, sind in den Rehabilitationskliniken Informationsveranstaltungen, Seminare und standardisierte Schulungs-Module entwickelt worden, die sich an den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP), der Rentenversicherer (Klassifikation therapeutischer Leistungen, KTL Ausgabe 2015 (69), Schulungsmanual der DRV Bund zur Neurodermitis (70) bzw. an etablierten gesundheitspädagogischen Standards der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung AGNES (46, 71, 72), Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung für Erwachsene ARNE (73) und anderen Organisationen wie z. B. Selbsthilfegruppen orientieren (74, 75).

In der **Tabelle 5** sind Schulungs- und Informationsmodule für die häufigsten Hauterkrankungen und Begleiterkrankungen zusammengefasst. Neben reinen Informationsveranstaltungen in Form von Vorträgen wird bei der Rehabilitation von Hautkrankheiten ein Schwerpunkt auf Seminare und standardisierte Schulungen gelegt. Letztere sind nicht nur manualisiert, sie besitzen auch einen curricularen Aufbau und bedienen sich unterschiedlicher Vermittlungsmethoden mit interaktivem Ansatz. Dabei werden den Patienten in Vorträgen, Diskussion, Gruppenarbeit und praktischen Übungen grundlegende Information über ihre Hauterkrankung, Auslösemechanismen und Verarbeitungsstrategien vermittelt. Die Ausgestaltung der Angebote ist abhängig von Klinikbesonderheiten wie bspw. primär psychosomatischer Ansatz (21), medizinisch-beruflich orientierter Ansatz (64) o. a.

Tabelle 5: Der Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) 2015 der Deutschen Rentenversicherung: Information, Motivation, Schulung
<ul style="list-style-type: none"> • C741: Standardisierte Erwachsenenbildung bei chronisch entzündlichen Dermatosen (Psoriasis vulgaris, Neurodermitis, Ekzeme anderer Genese)
<ul style="list-style-type: none"> • C741: Standardisierte Schulung für Kinder und Jugendliche bei chronisch entzündlichen Dermatosen (Psoriasis vulgaris, Neurodermitis, Ekzeme anderer Genese)
<ul style="list-style-type: none"> • C777: Standardisierte Schulung bei Tumorerkrankungen (bösartige Neubildungen und maligne Systemerkrankungen der Haut)
<ul style="list-style-type: none"> • C600: Vortrag: Indikationsspezifische Krankheitsinformation (Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen, onkologische Erkrankungen)

<ul style="list-style-type: none"> • C631: Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Schutzfaktoren“: indiziert bei allen Haut- und Schleimhauterkrankungen zur Verbesserung von Salutogenese und Schutz (beispielsweise Hautschutzplan bei gewerblicher Belastung der Hände oder tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan (TGH))
<ul style="list-style-type: none"> • C634: Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul „Stress und Stressbewältigung“ bei allen Haut-, Atemwegserkrankungen und bösartigen Neubildungen der Haut
<ul style="list-style-type: none"> • C611: Vortrag: Rehabilitation zu Rehabilitationszielen und -modulen sowie Sozialrecht
<ul style="list-style-type: none"> • C671: Standardisierte Schulung bei rheumatologischen Erkrankungen (im Rahmen von Hauterkrankungen, insbesondere Psoriasis Arthropathie)
<ul style="list-style-type: none"> • C663: Standardisierte Schulung bei sonstigen degenerativen Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane (im Kontext mit dem Ziel ganzheitlicher Behandlung aller Reha-Patienten, die auch „Verschleißerscheinungen“ der Bewegungsorgane vorweisen)
<ul style="list-style-type: none"> • C681: Standardisierte Schulung bei chronischen Schmerzen (dermatologische Patienten mit orthopädischen und rheumatologischen Problemen, aber auch im Bereich der Onkologie durchführbar)
<ul style="list-style-type: none"> • M621, M630, M640: Lehrküche, Einkaufstraining, Beratung am Früh- und Abendbuffet
<ul style="list-style-type: none"> • C751: Schulung bei Allergosen (z. B. Hausstaubmilbensanierung, Heuschnupfen, Asthma usw.)

Neben den rein fachmedizinischen Themen befassen sich die Schulungen auch mit sozialmedizinischen und -rechtlichen Aspekten. Dabei wird eine Übersicht über die für den Patienten geltenden Rahmenbedingungen geschaffen, um die Angst vor beruflichen, finanziellen und sozialen Veränderungen durch die chronische Erkrankung zu vermindern. Durch das Rehabilitationsteam aus Sozialarbeitern, Ärzten und Psychologen wird damit in den Schulungen dem Patienten eine ganzheitliche Betrachtungsweise und Hilfestellung bei der Bewältigung der Erkrankung und deren Auswirkung auf die gesamte Lebenssituation vermittelt. Dem gesundheitspädagogischen Hautschutzseminar kommt im Rahmen der stationären Rehabilitation von Patienten mit berufsbedingten Dermatosen eine zentrale Bedeutung zu; es ergänzt die in der "Handschuhsprechstunde" vermittelten Inhalte und informiert den Patienten hinsichtlich potentieller Hautrisikofaktoren und Strategien zur Verminderung hautschädigender Einflüsse am Arbeitsplatz und in der Freizeit (74, 75, 63).

Edukative Maßnahmen durch Sozialarbeiter in der Rehabilitation

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

Sozialrechtliche Beratung

Die Beratung von Patienten erfolgt in der Regel im Einzelgespräch. Durch eine Sozial- und Berufsanamnese wird die berufliche bzw. schulische Situation aufgenommen und gemeinsam mit den Patienten besprochen. Die Beratung erfolgt im Hinblick auf die berufliche Perspektive nach der Rehabilitation.

- Auch die Beratung zur familiären Situation oder zur wirtschaftlichen Situation ist möglich. Hierzu zählt z. B. die Schuldnerberatung, Konfliktberatung.

- Die Patienten haben in Einzelgesprächen ebenfalls die Möglichkeit sich zu verschiedenen sozialrechtlichen Fragestellungen beraten zu lassen. Hierzu gehört z. B. die Beratung in Rentenfragen (aber keine Rentenberechnung), aber auch zum Thema Zuzahlungen zur Rehabilitation und zu Gesundheitskosten allgemein.
- Des Weiteren hilft der Sozialarbeiter beim Ausfüllen von Antragsformularen, wie z. B. beim LTA-Antrag oder für nachstationäre Nachsorge (IRENA).

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

- Bei der beruflichen Beratung geht es neben der Berufsklärung auch um die Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen, Erreichen eines geeigneten Schulabschlusses durch Förderunterricht nach langen Phasen krankheitsbedingter Schulfehlzeiten. Im Erwachsenensetting Maßnahmen der Umschulung, Eingliederungshilfe, innerbetriebliche Umsetzung oder Fortbildungen. Hier stellt der Sozialarbeiter ggf. Kontakt zu Kostenträgern, wie der Krankenkasse, dem Rentenversicherungsträger oder einer Berufsgenossenschaft, aber auch Arbeitgebern her.
- Außerdem berät der Sozialarbeiter im Hinblick auf eine stufenweise Wiedereingliederung und leitet 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.
- Bezüglich der Themen Zuzahlung zu Gesundheitskosten finden in der Kinder- und Jugend-Reha spezielle Transitionsmodule mit zusätzlicher Internetseite (76), die sich auf die Erfahrungen jugendlicher Patienten im Übergang zur Erwachsenenmedizinversorgung entwickelt haben und derzeit evaluiert werden (50, 51).

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 in der Anreiseweche einen Einführungsvortrag. Dieser informiert den Patienten über die Rehabilitationsklinik, über den Ablauf einer solchen Maßnahme und über alles, was für den Patienten im Laufe einer solchen Behandlung wichtig ist. Auch in Fragen der Freizeitgestaltung stehen die Sozialarbeiter oder Beschäftigungstherapeuten zur Verfügung.
- Im Laufe einer Rehabilitation werden die Patienten zu einem sozialrechtlichen Vortrag eingeladen. Themen sind z.B.: Erfordernisse der sozialmedizinischen Beratung und Beurteilung, Beurlaubung während der Rehabilitation, Zuzahlung zur Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit und ihre Folgen, Zuzahlungen zu Gesundheitskosten und Belastungsgrenzen, Schwerbehindertenrecht.

3.3.4.1 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 hautoberkrankte Kind angeboten werden:

- indikationsspezifische Patientenschulung nach Altersgruppen, s. o. Staab et al 2006
- (46), Ernst und Szczepanski 2014 (50)

- indikationsspezifische Angehörigen-/Elternschulung
- allgemeine gesundheitspädagogische Schulungen für Angehörige/Eltern
- psychologische Begleitung von Kindern und Angehörigen/Eltern (71, 77)

Bei der Erfassung einer ggf. vorliegenden psychosozialen Problemsituation kommt der Erhebung der umfassenden Sozialanamnese von Angehörigen/Eltern und Kind eine besondere Bedeutung zu. Entsprechend sollten auch spezifische familientherapeutische, sozialtherapeutische und sozialpädagogische Behandlungs- und Betreuungsansätze im Sinne einer ganzheitlichen Familientherapie Berücksichtigung finden (54)

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.

3.4 Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung und Durchführung der Rehabilitation

3.4.1 Personelle Ausstattung

3.4.1.1 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die Leitung der Rehabilitationsmaßnahme in einer deutschen Rehabilitationseinrichtung erfolgt durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie mit der Zusatzbezeichnung Allergologie sowie vollständiger Ableistung der Kurse der Sozialmedizin gemäß der aktuellen Richtlinie der Weiterbildungsordnung (3) oder Erwerb der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen.

Die ärztliche Leitung in einer Kinder- und Jugendklinik, die chronische Dermatosen des Kindesalters behandelt, obliegt einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dermatologischer Expertise oder mit der zusätzlichen Facharztausbildung Dermatologie und Venerologie.

Der leitende Arzt soll dabei je nach Spezialisierung der Klinik über langjährige Erfahrung in der Diagnostik, Therapie, Schulung und Rehabilitation entzündlicher, allergischer, genetischer und bösartiger Hauterkrankungen verfügen. Die Therapie-Schwerpunkte liegen je nach Klinikschwerpunkt auf der Phototherapie, Helio- und Balneo- inkl. 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.

3.4.1.2 Rehabilitationsteam

Das Rehabilitationsteam sollte entsprechend der Richtlinien der DRV-Bund in deutschen Rehabilitations-Einrichtungen wie folgt zusammengesetzt werden (78):

In den vorgenannten Richtlinien wird darauf hingewiesen (Seite 12), dass im Bereich der „personalbezogenen Merkmale“ ein Toleranzbereich nach Struktur, Größe und Schwerpunkt der Einrichtung zu beachten ist. Dabei ist der Assistenzbereich (MTA, MTLA, MTRA, PTA, neurophysiologische Assistenten usw.) in Anzahl und Zusammensetzung nicht geregelt, weil nur zuweisungsrelevant und einrichtungsbezogen festlegbar.

Vorab sei darauf hingewiesen, dass für deutlich kleinere und/oder größere Einrichtungen die Linearität der Anpassung des Personalbedarfs in Frage steht.

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

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

3.4.1.3 Personalbesetzung einer psychosomatisch-dermatologischen Rehabilitation

Diese orientiert sich an den Vorgaben der DRV für psychosomatische Einrichtungen (78)

3.4.1.4 Personalbesetzung bei der Rehabilitation von Kindern

Sofern die Einrichtung mit dermatologischer Fachrichtung behandlungsbedürftige Kinder mit Angehörigen/Elternteil aufnimmt, ist durch eine entsprechende personelle Ausstattung die Umsetzung des Therapiekonzeptes zu gewährleisten. Aufgrund häufiger Komorbiditäten im Kindesalter (z. B. Asthma bronchiale, Entwicklungsverzögerungen) sollten physiotherapeutische (z. B. Atemgymnastik), ergotherapeutische und kinderpsychologische

Behandlungsansätze in dem Konzept einer dermatologischen Rehabilitation integriert sein. Zur personellen Ausstattung gehören insbesondere:

- pädiatrisch erfahrene Dermatologen,
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- examinierte Kinderkrankenpflegekräfte oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (8/100 Kinder)
- 0,5 Sozialarbeiter/Sozialpädagogen (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 Betreuer
- ab 3 Jahre: pro 24 Kinder mind. 1 Erzieher und 1 geeignete Zweitkraft.
- Das Strukturanforderungsprofil der DRV Bund fordert 19 Erzieher neben dem Pflegepersonal
- (8 Personen) pro 100 Kinder.

Darüber hinaus können je nach zusätzlicher Spezialisierung der Einrichtung Logopäden/ Sprach- und Musiktherapeuten und psychologische Psychotherapeuten/ systemische Familienberateren vorgehalten werden.

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

Das Reha-Team in der Kinder/Jugend-Reha entspricht in den übrigen Bereichen weitgehend den Forderungen im Erwachsenenbereich (s. 3.4.1.2), allerdings mit dem wichtigen Unterschied, dass statt 6 nur 3 Ärzte gefordert sind, dafür aber 2,5 Psychologen statt 1,25/100 Patienten. Abweichend zu den Vorgaben der DRV sind 4 Ärzte pro 100 Rehabilitanden nötig.

3.4.2 Rehabilitationsplan

Nach erfolgter Anamnese und Befunddokumentation unter Berücksichtigung der ICF-Klassifikation wird mit Hilfe klinischer Pfade ein Rehabilitationsplan auf den Patienten abgestimmt, der sich nach der Erkrankung und den Rehabilitations-Zielen richtet. Die in der Klinik durchgeführten Rehabilitations-Maßnahmen, die zum Erreichen dieser Rehabilitationsziele führen, sind im Abschnitt 3.3 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.

3.4.3 Rehabilitationselemente

Die in den Kliniken durchgeführten Rehabilitationselemente beinhalten die unter 3.3 aufgeführten Elemente.

Allgemeine körperliche Aktivierung und medizinische Pflege sind ebenso wichtig, wie ggf. die Erstellung von (tätigkeitsgeprüften) individuellen Hautschutzplänen. Dabei unterscheiden sich die Zusammensetzung und die Intensität der eingesetzten Elemente nach Schwerpunktsetzung der Einrichtung (z. B. Psychosomatik, Berufsdermatosen, Kinder-Reha etc.).

In der Kinder-Reha ist die zusätzliche Beratung von Angehörigen in Bezug auf primäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen unverzichtbar.

3.4.4 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-Phototherapie-Abteilung soll über die entsprechenden Ausstattungen wie Badewannen und Lichtgeräte verfügen. Hierzu zählen in der Regel UV-Ganzkörper und Teilbestrahlungsgeräte mit den Spektren UV-A (ggf. UV-A1), UV-B-Breitband und UV-B 311.

Funktionsräume für die dermatologische Salbenbehandlung einschließlich Okklusivverbänden sind vorzuhalten. Indikationsbezogen auch Ergotherapie (für TGH und Kreativtherapie), Lehrküche, Salbenzimmer und Handschuhtheke u. a. (74, 79).

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 (80).

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

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

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

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

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

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

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

3.4.4.1 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. pädagogische Beschäftigungstherapie/ Ergotherapie, freies Spiel)
- Barrierefreier Zugang
- Freizeiträume mit Spielmöglichkeiten für Kinder
- Kindgerechte Sanitäranlagen
- Kinderspielplatz im Freien
- Waschküche mit Waschmöglichkeit (80)

3.4.5 Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme

Die Aufnahme des Patienten in die Rehabilitationsklinik erfolgt in der Regel innerhalb von 6 Wochen nach der Kostenzusage des Kostenträgers für den zugebilligten Zeitraum. Bei Eilverfahren soll eine Rehabilitationsmaßnahme auf direkte Anfrage und nach ärztlicher Abklärung bei vorliegender Kostenzusage möglichst innerhalb 2 Wochen erfolgen.

3.4.6 Verlängerungskriterien der Rehabilitationsmaßnahme

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

3.4.7 Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme

Wenn die Rehabilitations-Ziele erreicht sind, die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind oder andere Ereignisse auftreten (z. B. unerwartete Komplikationen, Verlegung, disziplinarisch), wird die Rehabilitations-Maßnahme beendet. Sollte sich während der Reha zeigen, dass keine ausreichende Belastungsfähigkeit oder Motivation des Rehabilitanden vorliegt, kann die Behandlung ebenfalls beendet werden.

Der Rehabilitationsbericht wird nach den Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung (81) unter Berücksichtigung der ICF-Klassifikation verfasst. Bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Vorgaben des Entlassmanagements bezüglich Entlassbericht und Sicherstellung der Weiterversorgung beachtet (82).

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

Darüber hinaus müssen erforderliche arbeitsplatzbezogene technische oder organisatorische Maßnahmen mit dem Unfallversicherungsträger und ggf. dem Betriebsarzt abgesprochen werden.

3.5 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 (69, 78). Die gesetzliche Grundlage dafür liegen im § 137 SGB V (3,79) und § 20 (2) SGB IX. Ein einheitliches Qualitätsmanagement-System für alle Rehabilitationskliniken gibt es aber zurzeit noch nicht.

Aufgrund der Vielzahl der Meldungen 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 (30). Diese Standards basieren auf den über zehnjährigen Erfahrungen mit der stationären Rehabilitation von

Berufsdermatosen an der Universität Osnabrück ("Osnabrücker Modell"). 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 (75). Im Anschluss daran erfolgt ein Arbeitsversuch unter hautfachärztlicher Supervision. Im Rahmen dieses Projektes werden Ausbildungsmodulare für die mit Patientenberatung und -schulung befassten Gesundheitspädagogen bzw. Psychologen und Mediziner im Sinne einer zertifizierungsfähigen "Train-the-Trainer"-Qualifizierungsmaßnahme entwickelt.

3.6 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 (80).

3.6.1 Qualitätsscreening

Die Regelmäßigkeit der Behandlung sowie das angestrebte und erreichte Behandlungsergebnis sind zu dokumentieren. Die Kliniken sind verpflichtet, ein den Vorgaben der BAR entsprechendes Qualitätsmanagement zu implementieren (80). Werden Kliniken durch die DRV belegt, gelten die §§20 und 21 des SGB IX, für die Pädiatrie sind die evidenzbasierte Therapiemodule der DRV-Bund (78) zu beachten.

3.6.2 Qualitätszirkel

In den Rehabilitationskliniken sind klinikinterne Qualitätszirkel eingerichtet. Aufgabe dieser Zirkel ist die umfassende interne Qualitätssicherung im Sinne eines *Total Quality Management* unter besonderer Berücksichtigung der vergleichenden Qualitätsprüfungen. Darüber hinaus sind klinikübergreifende Qualitätszirkel zu bilden, die sich insbesondere aus leitenden Klinikärzten, Abteilungs- und Oberärzten mit vergleichbaren Rehabilitationsaufgaben und -tätigkeiten zusammensetzen. Vorrangige Aufgabe der klinikübergreifenden Qualitätszirkel ist die fachliche, indikationsorientierte Auseinandersetzung mit den Methoden, Zielen und der Praxis der Rehabilitation (83). Sowohl auf der Ebene der internen wie auch der klinikübergreifenden Qualitätszirkel sollen regelmäßig betroffene Patienten befragt werden.

3.6.3 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.

2. Algorithmus

Wir verweisen auf Kapitel 1 Die wichtigsten Empfehlungen im Überblick.

3. Limitationen der Leitlinie

Die Leitlinie wurde durch eine multidisziplinäre Expertengruppe erstellt, entsprechend den empirischen Erfahrungen mit der Rehabilitation. Kontrollierte Studien sind in der von den Sozialversicherungen finanzierten Rehabilitation nicht möglich, da keine adäquate Vergleichsgruppe zur Verfügung steht.

4. Informationen zu dieser Leitlinie

Projektdaten

Tabelle 6: Projektdaten - Übersicht

Titel der Leitlinie:	Stationäre dermatologische Rehabilitation
Art der Anmeldung:	Update von AWMF-Register-Nr.: 013-083 von 01/2020
Geplante Klasse:	S1
Anmeldedatum:	12/2024
Geplante Fertigstellung (Monat/Jahr):	01/2025
Gründe für die Themenwahl:	Darstellung der stationären Rehabilitation als wichtige Komponente des langfristigen Managements chronischer Hauterkrankungen
Zielorientierung der Leitlinie:	Indikation, Beantragung, Inhalte und Ziele der stationären dermatologischen Rehabilitation
Verbindung zu vorhandenen Leitlinien:	Therapie der Psoriasis vulgaris Registernummer 013-001 Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie) Registernummer 013-024 Neurodermitis Registernummer 013-027 UV-Phototherapie und Photochemotherapie Registernummer 013-029
Anmelder (Person):	PD Dr. med. Athanasios Tsianakas
Anmeldende Fachgesellschaft(en):	Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Versorgungsbereich	Ambulant/stationär; Prävention, Rehabilitation
Patientenzielgruppe	Erwachsene mit einer rehabilitationsfähigen chronischen Erkrankung der Haut
Adressaten der Leitlinie (Anwenderzielgruppe):	Dermatologen, Allgemeinmediziner, internistische Hausärzte, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Sozialmediziner, Kinder- und Jugendärzte
Geplante Methodik (Art der <i>evidence</i> -Basierung, Art der Konsensusfindung):	Es wird nur S1 angestrebt.

Expertenkommission und Methodengruppe

Tabelle 7 zeigt eine Übersicht über die an der Entwicklung der vorliegenden Leitlinie Beteiligten¹ einschließlich der Rolle in der Leitlinienentwicklung, der benennenden Fachgesellschaft und der Fachrichtung bzw. Institution. Interessenkonflikterklärungen der Leitlinienmitglieder sind im Anhang aufgeführt.

Tabelle 7: Mitglieder der Expertenkommission und Methodengruppe

Vertreter	Ort	Vertretene Fachgesellschaft(en) / Organisation(en)
Dr. N. Buhles	Westerland/Sylt	Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD)
Fr. Dr. H. Lantzsch	Westerland/Sylt	DDG, AReD
Dr. R. Weißbecher	Borkum	DDG, AReD
PD Dr. A. Tsianakas	Bad Bentheim	DDG, AReD

5. Methodik

Literaturrecherche:

Entsprechend der gewählten Entwicklungsstufe erfolgte eine nicht systematische Literaturrecherche durch die Expertengruppe selbst.

Auswahl und Bewertung der Evidenz:

Entsprechend der gewählten Entwicklungsstufe erfolgte keine systematische Bewertung der Qualität der Evidenz.

Generierung von Empfehlungen/Konsensuskonferenz

Entsprechend der gewählten Entwicklungsstufe erfolgte die Generierung und Verabschiedung der Empfehlungen informell im Umlaufverfahren.

Verabschiedung der Leitlinie

Die Leitlinie wurde am 08.08.2025 durch den Vorstand der DDG verabschiedet.

Aktualisierung der Leitlinie

Die vorliegende Leitlinie hat eine Gültigkeit bis 12/2028. Ansprechpartner für eine Aktualisierung ist PD Dr. A. Tsianakas.

Unter Berücksichtigung der bis zu diesem Zeitpunkt neu erschienenen Literatur wird im Vorfeld eine Aktualisierung vorbereitet. Über die Notwendigkeit der Neubearbeitung der einzelnen Kapitel im Rahmen eines Updates der Literatur entscheidet die Expertengruppe. Entscheidende Kriterien hierzu sind:

- 1) Vorliegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, die eine Revision der Empfehlungen erfordern
- 2) Vorliegen neuer gesetzlicher Vorschriften, die eine Revision der Empfehlungen erfordern.
- 3) Intensivere Einbeziehung der Dermatologischen Rehabilitation zu Lasten der BG in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Berufsdermatologie

6. Interessenkonflikterklärungen aller Beteiligten

Interessenerklärungen wurden von allen Autoren entsprechend den Vorgaben des AWMF Formblatts erstellt und hinterlegt. Die Bewertungskriterien und die Zusammenfassung der Col sind im Folgenden tabellarisch dargestellt. Es besteht im Autorengremium Konsens, dass keine relevanten Interessenskonflikte vorliegen. Die Bewertung der Interessenerklärung erfolgte durch den Koordinator der Leitlinie, PD Dr. Athanasios Tsianakas. Eine Bewertung der Interessenerklärung des Koordinators erfolgte durch Prof. Dr. Alexander Nast, Leitlinienbeauftragter der DDG.

Tabelle 8: Bewertungskriterien für die Klassifikation der Interessenkonflikte

	Keine Col	Geringe Col	Moderate Col	Hohe Col
Berater- / Gutachtertätigkeit	-	-	Honorare	- ¹⁾
Mitarbeit in medizinischem Beirat / AdBoard	-			
Bezahlte Vortrags- / Schulungstätigkeit	-	Honorare ≤ 2.000 € pro Jahr (im Durchschnitt)	Honorare > 2.000 € pro Jahr (im Durchschnitt)	- ¹⁾
Bezahlte Autorenschaft	-			- ¹⁾
Forschungsvorhaben / Studien	-	Zuwendungen an die Klinik / Institution bei direkter Entscheidungsverantwortung bzgl. der Mittelverwendung	Persönliche Zuwendungen / Zuwendungen an die eigene Praxis	- ¹⁾
Aktienbesitz	-	-	-	Aktienbesitz einzelner Firmen unabhängig von der Höhe
Eigentümerinteressen	-	-	-	Persönliche Eigentümerinteressen unabhängig von der Höhe
Arbeitsverhältnis bei der Industrie				jegliches
Die Angaben der Höhe beziehen sich auf die Angaben pro Jahr (wenn als solche deklariert) oder auf den Durchschnitt pro Jahr (bei Angabe einer Gesamtsumme für den zu erklärenden Zeitraum).				
Für Produkte, die nicht mehr dem Patentschutz unterliegen und für die Generika oder Biosimilars verfügbar sind, erfolgt eine Herabstufung der Relevanz um jeweils eine Stufe.				
¹⁾ Bei Honoraren in erheblicher Höhe von einem oder mehreren einzelnen Unternehmen, kann eine Einstufung in „hohe Col“ erfolgen.				

Keine Col → keine Konsequenz

Geringe Col → keine AG-Leitung

Moderate Col → keine Teilnahme bei Abstimmungen im Umlaufverfahren

Hohe Cols → keine Teilnahme am gesamten Umlaufverfahren

Tabelle 9: Interessenskonflikte

	Berater- bzw. Gutachter- tätigkeit	Mitarbeit in einem Wissenschaftlic- hen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autoren-/oder Coautoren- schaft	Forschungs- -vorhaben/ Durchführu- ng klinischer Studien	Eigentümer- interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Bewertung/ Konsequenz
Dr. Norbert Buhles	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine COI Keine Konsequenz
Fr. Dr. Hanka Lantzsch	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine COI Keine Konsequenz
PD Dr. Athanasios Tsianakas	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine COI Keine Konsequenz
Dr. Robert Weißbecher	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine COI Keine Konsequenz

7. 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 „Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen“. : <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/BAR.AH.Haut.web.pdf>
- (4) Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung - Teilhabe" (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen. Begutachtungs-Richtlinie: Vorsorge und Rehabilitation. 2005
- (5) Rehabilitationsrichtlinie. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie: Vereinfachung Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen vom: 15.10.2015
Bundesministerium für Gesundheit; BAnz AT 02.03.2016 B2
- (6) 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
- (7) Schuntermann MF. Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech: Ecomed Medizin, 2005
- (8) <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>
- (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) Bundesgesetzblatt 2008, Teil II, Nr. 35: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 31.12.2008
- (12) Breuer K, Kapp A. Stationäre medizinische Rehabilitation bei erwachsenen Patienten mit atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 2006; 57:592-602
- (13) Buhles N, Sander C. Dermatoonkologische Rehabilitation. *Hautarzt* 2005; 56:659-664
- (14) Nürnberg W. Stationäre Rehabilitation von chronischen Hauterkrankungen am Beispiel des atopischen Ekzems. *Hautarzt* 2005; 56:644-648
- (15) Wehrmann J. Leitlinien zur dermatologischen Rehabilitation. *Der Hautarzt* 2005; 56:626-630
- (16) Eisenmann A. Rehabilitation beim atopischen Ekzem des Erwachsenen. *Akt. Dermatologie* 2017, 43: 251-263
- (17) 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
- (18) 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
- (19) Schmid-Ott G, Malewski P, Kreiselmair I, Mrowietz U. Psychosoziale Folgen der Psoriasis--eine empirische Studie über die Krankheitslast bei 3753 Betroffenen. *Hautarzt* 2005; 56:466-472
- (20) 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
- (21) Wehrmann J Dermatologisch-psychosomatische Rehabilitation. *Hautarzt* 2010; 61:317-322
- (22) Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L, Lindner DM, Jemec GB, Poot F, Szepietowski JC, de Korte J, Taube KM, Lvov A, Consoli SM. self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification-a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry(ESDaP). *Acta Derm Venereol*, 2013 Jan; 93(1):4-13
- (23) AWMF-Leitlinie Registernummer 013 – 094, Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen 2018. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-094.html>

- (24) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation. 2004
- (25) DRV Bund Leitlinie zu „Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“. 2012.
https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/begutachtung/leitlinien_rehabeduerftigkeit_dermatologie_pdf.pdf
- (26) SGB IX. § 4 Leistungen zur Teilhabe. 2006
- (27) SGB V. § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. 2007
- (28) SGB V. § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen. 2007
- (29) SGB VI. § 13 Ausschluss von Leistungen. 2006
- (30) 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
- (31) Flexi-Rentengesetz, Novellierung des SGB VI, gültig seit 1.1.2017; Kinder-Reha-Richtlinie 28.6.2018
- (32) SGB V. § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. 2006
- (33) SGB V. § 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe. 2006
- (34) SGB III. § 125 Minderung der Leistungsfähigkeit. 2006
- (35) 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
- (36) Anwendungsempfehlungen zu den Kinder-Reha-Richtlinien (nach §31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI) vom 21.4.1993 in der Fassung vom 07.12.2015, §5 Abs. 2.1 und 2.2
- (37) Lukas A, Wolf G, Foelster-Holst R. [Special features of topical and systemic dermatologic therapy in children]. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006; 4:658-678
- (38) Nürnberg W. Arzneistoffe zur Behandlung von Hauterkrankungen bei Kindern. *Pharm Ztg* 2001; 22:41-44
- (39) AWMF Sk2-LL Neurodermitis, Register-Nr. 013-027, gültig bis 30.03.20
- (40) Stachow R, Küppers-Chinnow M, Scheewe S. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Hauterkrankungen. *Aktuelle Dermatologie* 43.366-379 DO-10.1055/s-0043-111706
- (41) Höger P. Externatherapie des atopischen Ekzems im Kindesalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 10/2015:981-90
- (42) Höger PH, Hamm H. Psoriasis vulgaris bei Kindern und Jugendlichen. Pathogenese, klinisches Bild und Therapie. *Hautarzt* 2015 Apr.;66(4):267-76
- (43) Scheewe S, Szczepanski R. Kompetenznetz Patientenschulung arbeitet für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. *Kinder-und Jugendarzt* 2009, 4: 1-2
- (44) Scheewe S, Stachow R. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Hauterkrankungen. *Kinder-und Jugendmedizin* 2013, 4:1-7
- (45) Scheewe S, Schmidt S, Petermann F, Stachow R, Warschburger P. Long-term efficacy of an inpatient rehabilitation with integrated patient education program for children and adolescents with psoriasis. *Dermatol Psychosom* 2001; 2:16-21
- (46) Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott F, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gieler U. Age related structural educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomized controlled trial. *BMJ* 2006; 332: 933-938
- (47) ResHa 2 –Entwicklung und Implementierung eines Konzeptes für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit seltenen schweren Hauterkrankungen,
<https://www.uni-flensburg.de/gesundheitspsychologie-und-gesundheitsbildung/forschung/aktuelle-forschungsprojekte/resha-2-entwicklung-und-implementierung-eines-konzeptes-fuer-die-rehabilitation-von-kindern-und-jugendlichen-mit-seltenen-schweren-hauterkrankungen/>
- (48) Küppers-Chinnow M, Stachow R, Ufer F. Inpatient rehabilitation for children with EB and their families, 2018.
http://www.debra-international.org/fileadmin/media_data/4_DEBRA_International/2_Events/2018_DI_Congress_Zermatt/Presentations/Inpatient_rehabilitation_for_children_with_EB_and_their_families.pdf
- (49) Szczepanski R, Brockmann G. Modulares Asthmaschulungsprogramm der AG Asthmaschulung (gem. Handbuch QS, 4.Auflage 2013, ISBN 978-3-89967-901-4, Lengerich: Pabst Publishers
- (50) Ernst G, Szczepanski R (Hrsg) für das Kompetenznetz Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (KomPaS). Modulares Schulungsprogramm ModuS für chronisch kranke

- Kinder, Jugendliche sowie deren Eltern. ISBN 978-3- 89967-898-7 2014. Lengerich: Pabst Publishers
- (51) Lindsay S, Hoffman A. A complex transition: lessons learned as three young adults with complex care needs transition from an inpatient paediatric hospital to adult community residences. *Child Care Health Dev.* 2015 Mai; 41(3):397-407
 - (52) Stachow R, Szczepanski R. Wir brauchen eine funktionsfähige Reha-Kette. *Kinder-und Jugendarzt* 32 (11): 918-926
 - (53) DRV Bund (2014), Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzept_e_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.pdf
 - (54) Fenerty SD, O'Neill JL, Gustafson CJ, Feldman SR. Maternal Adherence Factors in the Treatment of Pediatric Atopic Dermatitis *JAMA Dermatol.* 2013; 149(2): 229-231
 - (55) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Nutzenbewertung der Balneophototherapie. Abschlussbericht N04/04. Köln. 2006
 - (56) Siegfried E C, Igelman S, Jaworski J C, Antaya R J, Cordoro K M, Eichenfield L F, Levy M L, Paller A S. Use of dupilimab in pediatric atopic dermatitis: Access, dosing, and implications for managing severe atopic dermatitis. DOI: 10.1111/pde.13707 *Pediatric Dermatology*
 - (57) Scheewe S. Nordseeklima: Klimatherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Komplementärmedizin* 2015;07(03): 22-27
 - (58) Fieten KB et al. Alpine climate treatment of atopic dermatitis: a systematic review. *Allergy* 70 (2015) 12–25
 - (59) Schuh A, Nowak D. Klimatherapie im Hochgebirge und im Meeresklima Evidente Akut- und Langzeiteffekte – ein qualitativer Review. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 135–139
 - (60) Eggert P, Rautenberg K, Scheewe S, Stick C. Über eine Veränderung der Saliva-Kortisol-Konzentration bei Kindern im Verlauf einer Klimakur an der Nordsee. *Phys Med Rehab Kuror* 2001; 11: 178-181
 - (61) Scheewe S, Ständer S. Chronischer Pruritus bei atopischer Dermatitis. *Monatsschr Kinderheilkd* 2018.166:513-520
 - (62) Gieler U, Schoof S, Gieler T, Scheewe S, Schut C, Kupfer J. Atopic Eczema and Stress among Single Parents and Families: An Empirical Study of 96 Mothers. *Acta Derm Venereol* 2017, 97:42-46.
 - (63) Buhles N. Patientenbezogener, tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan. *Umwelt- und berufsdermatologisches Bulletin* 2004; 104:10-11
 - (64) Buhles N, Kurrat W, Glaser-Moeller N: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation von Gewerbedermatosen. *vffr-news* 02/2011: 11 – 13
 - (65) Uter W. Risikofaktoren für beruflich bedingte Kontaktekzeme. In: Szliska C, Brandesburg S, John SM, editors. *Berufsdermatosen*. München: Dustri Verlag, 2006
 - (66) Frith C. 2013. The psychology of volition. *Exp Brain Res* 2013 Sept;229 (3): 289-99
 - (67) Schmitter J; Buhles N: Quo vadis? Rehabilitation bei atopischer Dermatitis. *HAUT* 02/14: 72- 76
 - (68) Lantzsich H, Buhles N: Rehabilitation bei Psoriasis: Quo vadis? *Akt. Dermatol.* 40 (2014): 223 – 230
 - (69) Deutsche Rentenversicherung Bund. KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 6. Auflage ed. 2015
 - (70) Curriculum Neurodermitis constitutionalis (2019) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitsstraining/haut_neurodermitis.html
 - (71) Breuer K, Mattered U, Diepgen TL, Fartasch M, Gieler U, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Staab D, Szczepanski R, Wittenmeier M, Wahn U, Werfel T. Predictors of benefit from an atopic dermatitis education programme. *Pediatr Allergy Immunol.* 2014 Aug; 25(5): 489-95.
 - (72) Werfel T. Lotte C, Scheewe S, Staab D, AGNES Manual Neurodermitisschulung. Dustri 2008, ISBN 978-3-87185-373-9
 - (73) Stalder JF, Bernier C, Ball A, De Raeve L, Gieler U, Deleuran M, Marcoux D, Eichenfield LF, Lio P, Lewis-Jones S, Gelmetti C, Takaoka R, Chiaverini C, Misery L, Barbarot S Therapeutic patient education in atopic dermatitis: worldwide experiences. *Pediatr Dermatol.* 2013 May-Jun; 30(3):329-34. doi: 10.1111/pde.12024. Epub 2013 Feb 14

- (74) Wulfhorst B. Gesundheitspädagogik in der Prävention von Berufsdermatosen. In: Szliska C, Brandesburg S, John SM, editors. Berufsdermatosen. München: Dustri Verlag, 2007: 547-548
- (75) Skudlik C, Schwanitz HJ. Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. J Dtsch DermatolGes 2004; 2:424-433
- (76) www.between-kompas.de
- (77) Holling H, Deppner C, Musekamp G, Stachow R. Effects of inpatient rehabilitation for children with atopic dermatitis-a prospective controlled evaluation study. J Eval Clin Pract 2010; 16: 1364-1367
- (78) DRV Bund (2014) Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung (S. 18 – Erwachsene, S. 28 – Kinder/Jugendliche) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/qualitaet/Strukturqualitaet/Broschuere_Strukturanforderungen.html
- (79) SGB V. § 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern. 2006
- (80) 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
- (81) Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht 12/2019. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/qualitaet/allgemein/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.html
- (82) Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Abs. 1 a 5GB V für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung (Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) vom 01.02.2019
- (83) Farin E, Gustke M, Widera T et al. Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projektes zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. Gesundheitswesen 2012; 74:358-370
- (84) Wehrmann J, welche Rehabilitation für meinen Hautkrebspatienten-onkologisch, dermatologisch, psychosomatisch? Derm 2019 (25) 26-30
- (85) Tsianakas A. Dermatoonkologische Rehabilitation, warum, für wen und wie? Die privatärztliche Dermatologie 2020,22-23
- (86) S. von Martial, A. Tsianakas. Medizinische Rehabilitation in der Dermatologie – Ziele, Inhalte und Antragstellung. Dermatologie (Heidelb.) 2024; 75(5):366-376
- (87) Voigt TP, Bause L, Tsianakas A. Inhalte und Stellenwert der Rehabilitation in der Dermatologie. JDDG 2021, 19(2):248-263
- (88) Henkel F, von Martial S, Tsianakas A. Dermatologische Rehabilitation: Inhalte, Chancen und Antragstellung. Deutsche Dermatologie. 2023; 71(8):652-659
- (89) Veltmaat K, Tsianakas A. Rehabilitation bei dermato-onkologischen Erkrankungen. Akt Dermatol 2020
- (90) Muszynski A, Tsianakas A. Dermatoonkologische Rehabilitation. TumorDiagnostik & Therapie 2020
- (91) Al Attar J, von Martial S, Troost K et al. Impact of a dermatological rehabilitation program on cardiovascular risks of psoriasis patients. J Dtsch ges Dermatol 2024; Nov 13
- (92) Lantzsch H. Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) bei chronisch entzündlichen Dermatosen. Allergologie 2023; 46, 339–346. <https://doi.org/10.5414/ALX02385>
- (93) Brockow T, Schiener R, Franke A et al (2007) A pragmatic randomized controlled trial on the effectiveness of highly concentrated saline spa water baths followed by UVB compared to UVB only in moderate to severe psoriasis. J Altern Complement Med 13(7):725–732
- (94) Costantino M, Lampa E. Psoriasis and mud bath therapy: clinical-experimental study. 2005 Jul Aug;156(4):145-9.
- (95) Wollina U. Peat: a natural source for dermatocosmetics and dermatotherapeutics. 2009 Jan;2(1):17-20.doi:10.4103/0974-2077.53094.
- (96) Huang A, Seite S, Adar T. The use of balneotherapy in dermatology. 2018 May-Jun;36(3):363-68. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.03.010.

Korrespondenzanschrift:

PD Dr. Athanasios Tsianakas
Fachklinik Bad Bentheim
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Am Bade 1
48455 Bad Bentheim

Versions-Nummer: 4.0

Erstveröffentlichung: 05/2013

Überarbeitung von: 01/2025

Nächste Überprüfung geplant: 12/2028

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

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online