



# Interdisziplinäre S1-Leitlinie: Stationäre dermatologische Rehabilitation

*Die medizinische Rehabilitation versteht Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychologischer und sozialer Vorgänge. Grundlage hierfür ist das bio-psycho-soziale Modell von funktionaler Gesundheit, das sich nach der internationalen WHO-Klassifizierung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-Klassifikation) richtet [1, 2, 3].*

*In der Behandlung chronisch-entzündlicher Dermatosen, die häufig multifaktoriell bedingt sind und zahlreiche Triggerfaktoren aufweisen, hat die Rehabilitation einen übergeordneten Stellenwert erlangt, da akut-stationäre Aufenthalte häufig nicht in der Lage sind, den Behandlungsansprüchen gerecht zu werden. Die zumindest dreiwöchige Behandlungszeit im Rahmen der Rehabilitation ermöglicht längerfristige Therapiekonzepte und Behandlungsmodule zu implementieren.*

*Die interdisziplinäre S1-Leitlinie zur stationären dermatologischen Rehabilitation wurde unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD) und in einer Expertenkonsensus-Konferenz im Mai 2015 erstellt. Bei der Bewertung des Evidenzgrades ist zu berücksichtigen, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gesetzlich vorgeschrieben sind.*

## Krankheitsbegriff in der Rehabilitation von Erkrankungen der Haut

Nach den Begrifflichkeiten der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren) ihre körperlichen Funktionen einschließlich des geistigen und seelischen Bereiches und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten

statistischen Werten entsprechen [8, 10, 11]. Zusätzlich sollte sie alles das tun können, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird (Konzept der Aktivitäten). Zusätzlich sollte sie zu allen Lebensbereichen Zugang haben und sich dort entfalten können, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktion oder Körperstruktur erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen). Eine modifizierte Übersicht über die ICF-Begrifflichkeiten bei dermatologischen Erkrankungen ist in Tabelle 1 dargestellt.

## Diagnosen für eine dermatologische Rehabilitation

Alle chronischen Dermatosen, insbesondere die entzündlichen Dermatosen, können im Rahmen einer rehabilitativen Behandlung effektiv behandelt werden. Bei einem Teil dieser Erkrankungen liegen bereits Leitlinien oder Empfehlungen zur dermatologischen Rehabilitation vor [12-15]. Alle dort aufgeführten Hauterkrankungen sind dadurch charakterisiert, dass die Patienten die



Dr. Werner Gudat



Beeinträchtigungen der Körperstruktur und Körperfunktion ständig wahrnehmen. Von besonderer Bedeutung ist das Stigmatisierungsempfinden durch Veränderungen an sichtbaren Körperstellen [16-19]. Darüber hinaus führt die Diagnose einer chronischen Hauterkrankung oder einer bösartigen Neubildung der Haut bei vielen Patienten zu einer psychischen Belastung, oft verstärkt aufgrund negativer Reaktionen ihres sozialen Umfeldes [20, 21]. In der Rehabilitation liegt ein Schwerpunkt der Behandlung auf dem besseren Umgang der Patienten mit ihrer Hauterkrankung. Zahlenmäßig von besonderer Bedeutung in der Rehabilitation ist die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit ihren Unterformen und unterschiedlichen Manifestationen sowie Ekzemen mit ihren Unterformen, insbesondere atopischer Dermatitis. Da diese Krankheiten häufig nicht isoliert auftreten, werden auch andere atopische Manifestationen interdisziplinär behandelt, wie das Asthma bronchiale sowie Stoffwechselstörungen oder kardiovaskuläre Erkrankungen mit Ausnahme der schweren koronaren Herzkrankheit oder kardialer Akutereignisse.

Eine psychologische Betreuung in der dermatologischen Rehabilitation ist bei den allermeisten Patienten obligatorisch.

### Indikationsstellung für die Rehabilitation von Erkrankungen der Haut

Die Indikation für eine Rehabilitation von Hauterkrankungen kann aus dem stationären oder ambulanten Bereich gestellt werden. Dabei ist

#### Beeinträchtigungen der Körperstrukturen inklusive ICF-Code

- » Hautläsionen oder -veränderungen am Integument (s810)
  - an sichtbaren und nicht-sichtbaren Bereichen
  - an Hautanhangsgebilden, Nägeln, Haaren (s820, s830, s840)
- » Gelenkdeformitäten oder -veränderungen (s7--)
- zum Beispiel Begleit-Arthritis
- » Beeinträchtigung der Geschlechtsorgane (s630)
- » Beeinträchtigungen der Körperfunktion
  - » auf die Haut bezogene Empfindungen
    - Juckreiz (b279)
    - Schmerzen (b280)
  - » Einschränkung des Tastsinnes (b265)
  - » Beeinträchtigte Barrierefunktion der Haut (b810)
    - immunologische Dysfunktion, zum Beispiel Allergisierung (b820)
  - » Beeinträchtigung der Kontaktfunktion der Haut (b830)
  - » Beeinträchtigung der Beweglichkeit (b710)
    - durch großflächige oder schmerzhaftige Hautveränderungen
    - durch Gewebsverluste
    - durch Ulzera
    - nach operativen Eingriffen
    - durch Narbenstrikturen
    - an Extremitäten, Rumpf und 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)
- Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe (siehe kommunikative Fähigkeiten)**
- Personenbezogene Kontextfaktoren (nicht im ICF klassifiziert)**
- Umweltbezogene Kontextfaktoren**

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

zu beachten, dass neben der Feststellung einer Rehabilitationsbedürftigkeit auch eine Rehabilitationsfähigkeit gewährleistet sein muss. Spezielle Rehabilitationsziele bei Erkrankungen der Haut werden noch im Folgenden dargestellt. 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 Anschlussrehabilitationsverfahren, insbesondere bei schweren Krankheitsverläufen nach einem

akut stationären Krankenhausaufenthalt oder bei bösartigen Neubildungen der Haut innerhalb einer Ein-Jahres-Frist nach Entfernung des Primärtumors oder als Rehabilitation aus dem ambulanten Sektor gestellt werden [5, 6, 24, 25, 26]. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor, wenn eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten und Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen droht oder bereits vorliegt, ferner die bisher durchgeführten fachdermatologischen kurativen Versorgungsmaßnahmen ausgeschöpft

und/oder nicht ausreichend sind, respektive keinen ausreichenden Erfolg hatten. Insbesondere kommt Rehabilitation auch dann zum Einsatz, wenn ein langfristiges rezidivfreies Intervall der chronischen Hauterkrankung nur durch den koordinierten interdisziplinären biopsychosozialen Behandlungsansatz der Rehabilitation zu erzielen ist. Die Rehabilitationsbedürftigkeit ist in Rehabilitationsrichtlinien [3–6, 22, 23] niedergelegt (Tabelle 2).

Bereits im Vorfeld muss der antragstellende Arzt die Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten feststellen, die in der Rehabilitationsklinik nochmals überprüft wird. Die Rehabilitationsziele werden nach den Vorstellungen des Patienten, des Arztes und nach den Vorgaben der Leistungsträger ausgerichtet. Im Vordergrund stehen hierbei die Abheilung der sichtbaren Hautveränderungen, die Umstellung der Lebensgewohnheiten, die Schulung und der Kontakt zur Selbsthilfe. Zusätzlich muss mit dem Patienten im Vorfeld abgesprochen werden, welche wesentlichen Rehabilitationsziele im vorgesehenen Zeitraum überhaupt erreichbar sind. Dabei hängt die Prognose insbesondere vom bisherigen Krankheitsverlauf und dem Ausmaß der Beeinträchtigungen ab. Daneben wird in der Rehabilitationsprognose abgeschätzt, inwieweit körperliche und geistige Ressourcen, belastende Komorbiditäten sowie umweltbezogene Förderfaktoren verfügbar sind.

### Zugang 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]. Grundsätzlich kann die Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung beantragt werden oder durch die gesetzliche Krankenversicherung, wobei hierbei gesetzliche Verantwortlichkeiten vorliegen. Beruflich bedingte Hauterkrankungen werden an den Unfallversicherungsträger gemeldet, der ebenfalls rehabilitative Maßnahmen einleiten kann. Gerade Hauterkrankungen stellen die mit Abstand am häufigsten gemeldeten Berufskrankheiten und -verdachtsfälle dar. Aber auch andere Sozialversicherungsträger können als Kostenträger in Anspruch genommen werden.

### Rehabilitationsziele und -maßnahmen bei Hauterkrankungen in deutschen Rehabilitationskliniken

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

#### Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor, wenn:

1. eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten und Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen droht oder bereits vorliegt.
2. die bisher durchgeführte 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. jegliche 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 (zum Beispiel 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 (zum Beispiel häufiges Händewaschen bei Hauterkrankungen der Hände)
  - » Stresssituationen
  - » rezidivierende Infekte
  - » Alkoholkonsum
  - » schlecht eingestellte Stoffwechselkrankheiten, insbesondere
    - Diabetes mellitus
    - Fettstoffwechselstörung
10. wesentliche Therapieprobleme vorliegen, wie
  - » mangelnde Compliance hinsichtlich einer kontinuierlichen und langfristigen Mehrfachtherapie
  - » bei Hauterkrankungen mit psychosomatischem Hintergrund, zum Beispiel psychosoziale Trigger, Anpassungsstörung, primär psychische Störung [23], ist dieser Komplexität des Krankheitsgeschehens Rechnung zu tragen. Die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung ist ausschlaggebend für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung, gegebenenfalls ist dann einer Behandlung in einer Einrichtung mit psychosomatisch-dermatologischem Therapieschwerpunkt der Vorzug zu geben [20].

Tabelle 2: Rehabilitationsbedürftigkeit.



**Ziele bei Neurodermitis und Psoriasis**

Abheilung oder Verminderung der Hautveränderungen, insbesondere sichtbarer Läsionen, die durch Kleidung nicht verdeckt werden können.

Verminderung von quälendem Juckreiz.

Wiederherstellung und Stabilisierung der Schutzbarrierefunktion der Haut.

Stabilisierung eines Hautbefundes bei rezidivierenden und schweren Hauterkrankungen.

Verbesserung der Gehfähigkeit, insbesondere bei Hauterkrankungen und Befall der Fußsohlen.

Verbesserung der Greiffähigkeit, insbesondere bei Hauterkrankungen mit Befall der Palmae und Finger.

Verbesserung des Schlafes, insbesondere bei pruriginösen Dermatosen.

Wiederherstellung der durch ausgedehnte Hautläsionen, Narbenfelder und Rhagaden eingeschränkten Beweglichkeit.

Tabelle 3: Rehabilitationsziele bezogen auf die Bewältigung der physischen Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktion.

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 (persönlichkeitspezifische Trigger mit Bezug zur Lebenssituation, Coping-Mechanismen, Komorbiditäten) eine wesentliche Rolle, die für einen positiven Rehabilitationsverlauf erfasst werden müssen. In der Rehabilitationsklinik wird dies mithilfe klinischer Pfade (zum Beispiel strukturierte Anamnese, Fragebögen) und eines individuell auf den Patienten zugeschnittenen Rehabilitationsplanes umgesetzt. Nach einer vorausgegangenen Erhebung von Anamnese, körperlicher Untersuchung und der Rehabilitationsdiagnostik werden die Rehabilitationsziele gemeinsam mit dem Patienten formuliert. Wegen der hohen psychischen Co-Morbiditäten wurde von der Deutschen Rentenversicherung ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation [47] vorgelegt, der als ersten Schritt ein Screening vorsieht. Dabei auffällige Patienten werden auch psychotherapeutisch betreut, um Empfehlungen für eine gegebenenfalls nachstationäre Behandlung auszusprechen. Bei der Formulierung der Rehabilitationsziele sind realistische und somit erreichbare Zielsetzungen wesentlich, zum Beispiel eine klinische Verbesserung des Erscheinungsbildes oder eine möglichst gute Integration des Patienten in den beruflichen und privaten Alltag. Die Dokumentation der Beeinträchtigungen der Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe sowie der Kontextfaktoren wird mithilfe der ICF-Begrifflichkeiten durchgeführt.

In Tabelle 3 werden die Rehabilitationsziele bei den häufigsten Hautkrankheiten der Rehabilitation der Neurodermitis und Psoriasis bezogen auf die Bewältigung der physischen

Beeinträchtigung der Körperstruktur und Körperfunktionen dargestellt.

Eine wesentliche Behandlungsform bei Erwachsenen mit Neurodermitis und Psoriasis stellt die Phototherapie in Form der Balneo-Phototherapie dar, die mit Sole oder PUVA (Psoralen als



Dermatosen sind auch im Kindesalter keine Seltenheit.

Lichtsensibilisator + UVA-Phototherapie) erfolgen kann, ferner UV-A1-Mitteldosis- oder -Hochdosis-Phototherapie. Insgesamt erfüllen 35 Studien zur UV-Phototherapie als Monotherapie die Einschlusskriterien der S3-Leitlinie zur Psoriasis, davon wurden zur Monotherapie drei Studien mit dem Evidenzgrad A2, 26 Stu-

Anzeige

**Ultraschall  
in Ihrer Nähe**



**SONORING®**  
Seybold Medizintechnik

**Bei uns wird SERVICE  
großgeschrieben ...**

Augsburg – München – Nürnberg – Passau – Regensburg

**Wartung und Reparatur  
Kompetenz**

Zertifizierte  
Servicetechniker

**Faire Preise**

Sondenreparatur

**Fünf-Jahres-  
Garantie**

**u. v. m**



**Seybold Medizintechnik**  
**Sonothek München:** Hubertusstraße 4, 82110 Germering  
 Tel. 089 / 215 466 900 | [www.seybold-medtech.de](http://www.seybold-medtech.de)





Topische Therapie bei Neurodermitis und Psoriasis.

dien mit einem Evidenzgrad B und sechs Studien mit dem Evidenzgrad C bewertet. Begleitet wird dies durch eine stadiengerechte topische Therapie (zum Beispiel lokale Steroide Klasse I-IV, Calcineurininhibitoren, Basistherapeutika oder Keratolytika wie zum Beispiel Urea, Salicylsäure) entsprechend den Leitlinien. Bedarfsweise werden auch systemische Präparate (zum Beispiel Methotrexat, Fumarsäureester, systemische Steroide oder Biologica) eingesetzt. Die Patienten werden sowohl vom Pflegepersonal als auch von den ärztlichen Mitarbeitern über die Anwendung informiert und angeleitet. Die Pharmakotherapie im Kindes- und Säuglingsalter setzt besondere Erfahrungen sowohl in der externen als auch in der internen dermatologischen Therapie voraus [38]. Entsprechend müssen Anwendungsbeschränkungen, Kontraindikationen bzw. fehlende altersspezifische Anwendungserfahrungen in Abhängigkeit des Alters der kleinen Patienten besonders berücksichtigt werden [37, 41].

Der chronische Verlauf und die juckreizbedingte Schlaflosigkeit des Kindes und der Eltern sollten in der pädiatrischen dermatologischen Rehabilitation berücksichtigt werden [48]. Der positive Effekt von Rehabilitationssport sowie krankengymnastischer Bewegungstherapie und Ergotherapie ist allgemein anerkannt und belegt.

Bei der Anschlussrehabilitation von bösartigen Neubildungen der Haut wird neben der postoperativen Nachsorge der Patienten und

der Wundversorgung die gesamte Bandbreite physiotherapeutischer Anwendungen (zum Beispiel krankengymnastische Übungsbehandlung, manuelle Therapie, Lymphdrainage, Massagetechniken oder Wärmebehandlungen wie Rotlicht, Fango, Schlick) durchgeführt. Dabei werden die eingeleiteten Therapien weitergeführt. Mit der Hautkrankheit assoziierte Syndrome, aber auch unabhängige Begleiterkrankungen werden im Sinne einer umfassenden Rehabilitation entsprechend den Möglichkeiten der Klinik mitbehandelt. Eine chronische Hauterkrankung hat für den Patienten weitreichende Konsequenzen hinsichtlich Lebensqualität, Therapieerfordernissen und Umgang mit der Erkrankung im beruflichen und privaten Alltag. Insbesondere die Stigmatisierung durch die tagtägliche Wahrnehmung der Erkrankung durch Mitmenschen stellt für diese Patienten eine große psychische Belastung dar. Dadurch kann eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Funktionen in Form von Teilnahmslosigkeit im sozialen Umfeld, Beeinträchtigung sexueller Funktionen, Angstzuständen, Depressionen und psychovegetativen Erkrankungen entstehen [16–20]. Das Konzept zur Bewältigung dieser psychischen Faktoren umfasst einen mehrdimensionalen Ansatz mit interdisziplinärer Beteiligung von Psychologen, Pädagogen, Kreativ-Therapeuten, Ärzten, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern [20]. Zur Verbesserung der psychischen Situation des Patienten tragen auch die vielfältigen allge-

meinen Rehabilitationsangebote wie Schwimmen, Wassergymnastik, Nordic Walking und Sauna bei, da sie in der Gruppe eine Überwindung des Stigmatisierungsempfindens und die Akzeptanz der Hauterkrankung trainieren. Der Kontakt zu Patienten anderer Indikationen (beispielsweise Atemwegserkrankungen) kann das persönliche Leiden inklusive der Stigmatisierung relativieren.

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 und die Meidung von Zusammenkünften im beruflichen wie im privaten Umfeld genannt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist durch den zwangsläufig engen Kontakt in der Kindergartengruppe oder im Klassenraum eine Ausgrenzung durch sichtbare Hautveränderungen oder unangenehme Körperausdünstungen fast unvermeidbar. Eine weitere Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe liegt in der Einschränkung der Selbstversorgung in der häuslichen Umgebung, die in bestimmten Fällen nur durch zusätzliche Hilfsmaßnahmen bewältigt werden kann. Zusammenfassend resultiert für den Patienten im Vergleich zum Gesunden eine mäßige bis schwere Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe. Vor allem bei Patienten mit Berufsdermatosen droht aufgrund der Schwere der Hauterkrankung häufig die Aufgabe des erlernten Berufs oder die Berufsfindung im Jugendalter ist aufgrund der chronischen Hauterkrankung eingeschränkt.

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 können negativ oder positiv auf die Hauterkrankung einwirken [3, 8, 11]. Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Ein positiver Umwelteinflussfaktor besteht beispielsweise im „Auffangen“ des Patienten in einer sozialen Gemeinschaft. Ein negativer Umwelt-Einflussfaktor kann die bereits vor seiner Erkrankung bestehende private Isolation darstellen. 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, Erziehungs-Bewältigungsstile (Coping), sozialer Hintergrund, Bildung und

Ausbildung, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster und Art des Charakters, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen, die in ihrer Gesamtheit oder einzeln für die Behinderung eine Rolle spielen können [3, 8, 10].

## Edukative Maßnahmen

Einen Eckpfeiler der Rehabilitation stellt die Schulung des Patienten über seine Erkrankung dar. Das Schulungsprogramm für Kinder, Jugendliche und Eltern bei der Neurodermitis hat einen Evidenzgrad A (nach Cochrane-Analyse). 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 vorab dargestellten Maßnahmen zur direkten Wiederherstellung der Strukturen und Funktionen. Vor allem für Patienten aus dermatologisch ungenügend versorgten ländlichen Regionen ist die stationäre dermatologische Rehabilitation oft die einzige Möglichkeit, systematisch an der Minimierung von vor allem personen- aber auch umweltbezogenen negativen Kontextfaktoren zu arbeiten. Die Verbesserung der Coping-Strategien ist eine Voraussetzung für langfristige Verbesserungen des Verlaufes der chronischen Erkrankungen. Inzwischen gibt es standardisierte Schulungsprogramme:

- » als Erwachsenenschulung bei chronisch-entzündlichen Dermatosen,
- » als Schulung für Kinder und Jugendliche bei chronisch-entzündlichen Dermatosen,
- » die Schulung bei Tumorerkrankungen.

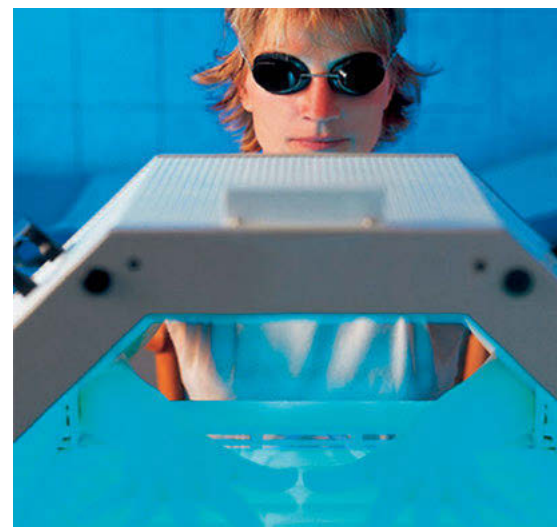
Für die Indikation Neurodermitis liegt ein hoher Evidenzgrad insbesondere für Patienten- und Elternschulungen in der Kinderrehabilitation [43, 45] vor. Neben den rein fachmedizinischen Themen befassen sich die Schulungen auch mit sozialmedizinischen und rechtlichen Aspekten. Durch das Rehabilitationsteam 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.

## Rehabilitationsteam

Das Rehabilitationsteam besteht grundsätzlich in allen Einrichtungen aus Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten/Masseuren, Ergotherapeuten, Sportlehrern/Sporttherapeuten, dem examinierten Pflegepersonal sowie einem Ökotrophologen/Diätassistenten sowie einem Sozialarbeiter oder Gesundheitspädagogen.

Die Regelmäßigkeit der Behandlung sowie das angestrebte und erreichte Behandlungsergebnis sind zu dokumentieren. Die Kliniken sind verpflichtet, ein den Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) entsprechendes Qualitätsmanagement zu implementieren [75]. Werden Kliniken durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) belegt, gelten §§ 20 und 21 des Sozialgesetzbuches (SGB) IX. Ansonsten kann auf die Qualitätssicherungsprogramme der Kostenträger verwiesen werden.

**Zusammensetzung der Leitliniengruppe:**  
**Dr. Jochen Wehrmann,**  
*Helios Rehasentrum, Rotheraarklinik,*  
*Bad Berleburg*



UVA-Phototherapie.

*Dr. Ansgar Weyergraf,*  
*Klinik Bad Bentheim*  
*Dr. Norbert Buhles,*  
*Asklepios Nordseeklinik, Westerland Sylt*  
*Dr. Sibylle Scheewe,*  
*Fachklinik Sylt DRV-Nord*  
*Dr. Andreas Eisenmann,*  
*Strandklinik Sankt Peter-Ording*  
*Dr. Werner Gudat,*  
*Silberberg Klinik Bodenmais*

*Das Literaturverzeichnis bezieht sich auf die gesamte ausführliche S1-Leitlinie, um sich gegebenenfalls ausführlicher mit der Thematik beschäftigen zu können.*

*Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.*

*Der Autor erklärt, dass er keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten hat, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnte.*

## Das Wichtigste in Kürze

Der stationären Rehabilitation kommt bei der Behandlung chronischer Dermatosen im Gesundheitswesen ein besonderer Stellenwert zu. Im ganzheitlichen interdisziplinären Ansatz eines Rehabilitationsteams können die chronischen Dermatosen und Tumorerkrankungen der Haut, die zahlreichen zusätzlichen Triggerfaktoren und Komorbiditäten unterworfen sind, effektiv behandelt werden. Die Etablierung von edukativen Programmen ist im ambulanten Bereich nur ungenügend etabliert. Die Rehabilitationsziele umfassen Maßnahmen bezogen auf die Bewältigung physischer Beeinträchtigungen, insbesondere Verbesserung des Hautbildes und zur Besserung der Körperfunktionen, Maßnahmen zur Bewältigung psychologischer Beeinträchtigung und Förderung von Aktivität und Teilhabe sowie Maßnahmen bezogen auf die Kontextfaktoren.

## Autor

**Dr. Werner Gudat,**

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Allergologie, Berufsdermatologie (ABD), Rehabilitationswesen, Ärztlicher Direktor Silberberg Klinik, Rechensöldenweg 8-10, 94249 Bodenmais