

Rehabilitation beim atopischen Ekzem des Erwachsenen

Dermatologic Rehabilitation of Atopic Dermatitis in Adults

A. Eisenmann



Das atopische Ekzem ist eine Hauterkrankung, die häufig mit massivem Verlust an Lebensqualität verbunden ist. Eine entscheidende Rolle spielt die gute Eigenkompetenz der Erkrankten bezüglich stadiengerechter Anwendung pflegender und medikamentöser Externa und weiterer Copingmaßnahmen. Die dermatologische Rehabilitation steht hierbei flächendeckend als strukturierte und qualitätsgesicherte ergänzende Behandlungsmaßnahme zur Verfügung.

Einleitung

Die medizinische Rehabilitation ist eine in Deutschland seit Jahrzehnten etablierte und von den Kostenträgern ständig evaluierte Behandlungsform vorwiegend chronisch erkrankter Patienten. Während das primäre Ziel der Akutmedizin die Heilung oder Linderung der Erkrankung darstellt, strebt die medizinische Rehabilitation primär die Sicherung bzw. Wiedererlangung der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben an. Methodische Grundlage hierfür ist die WHO-Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Diese definiert in einem übergreifenden „bio-psycho-sozialen Modell“ das Konzept der „funktionalen Gesundheit“ in mehreren Ebenen (► **Abb. 1**):

„Eine Person ist *funktional gesund*, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren – :

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen).
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten).
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation an den Lebensbereichen)“ [1].

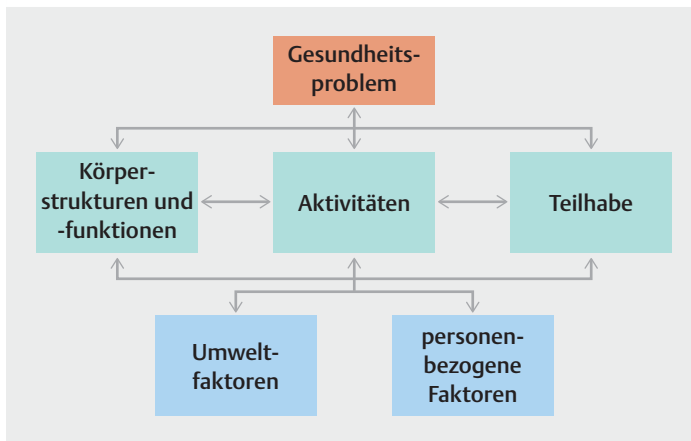
Das atopische Ekzem ist mit einer Prävalenz von 1,5 – 5 % bei Erwachsenen und 10 – 15 % bei Kindern eine der häufigsten chronischen Erkrankungen, mit seit Jahrzehnten

ABKÜRZUNGEN

AGNES	Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung
ARNE	Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung für Erwachsene
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BeKV	Berufskrankheitenverordnung
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DLQI	Dermatology Quality of Life Index
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EASI	Eczema Area and Severity Index
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GUV	gesetzliche Unfallversicherung
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
SCORAD	SCORing Atopic Dermatitis

zunehmender Prävalenz in Europa [2,3]. Klinische Hauptprobleme im Erwachsenenalter sind folgende:

- Die Störung der Hautbarriere führt zu einer deutlich reduzierten Toleranz der Haut bezüglich chemischen, biologischen, allergischen und physikalischen Umgebungsreizen. Bei Erwachsenen sind häufig die Hände mit befallen, was lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und sonstige Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe verursacht.
- Der oft extrem quälende Juckreiz führt zu Konzentrations-, Schlaf- und weiteren psychischen Störungen sowie zur Triggerung des Ekzems durch einen Juck-Kratz-Teufelskreis.
- Die kosmetische Beeinträchtigung reicht bis zur Entstellungsproblematik und bedingt weitere psychosoziale Einschränkungen.



► **Abb. 1** Konzept der funktionalen Gesundheit im bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (aus [1]).

Angesichts der primär konstitutionellen Pathogenese gibt es keine nachhaltige kurative Therapie. Die Rehabilitation erarbeitet entsprechend dem Konzept der funktionalen Gesundheit ergänzend zur Behandlung der Strukturschäden weitere Maßnahmen zur Besserung von Funktions- und Teilhabestörungen und damit zur anhaltenden Besserung der Lebensqualität [4]. Dies erfolgt überwiegend stationär und wohnortfern in Fachkliniken, da ambulante Angebote kaum zur Verfügung stehen.

Trotz der hohen Prävalenz und der massiven psychosozialen wie auch ökonomischen Bedeutung der Erkrankung führt das atopische Ekzem eher selten zu Rehabilitationsmaßnahmen, mit in den letzten 10 Jahren noch weiter leicht rückläufiger Tendenz (► **Tab. 1**). Im Folgenden werden die in der dermatologischen Grundversorgung unzureichend bekannten rehabilitativen Angebote detailliert erläutert.

Rehavoraussetzungen

Für die Einleitung einer Rehabilitationsbehandlung sind wichtige Grundvoraussetzungen zu erfüllen, vor allem die **Rehabilitationsbedürftigkeit**.

HINTERGRUND

Rehabilitationsbedürftigkeit

Im Sinne der **gesetzlichen Krankenversicherung** besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn eine nicht nur vorübergehende, alltagsrelevante **Beeinträchtigung der Aktivität** vorliegt oder droht, insbesondere in Hinblick auf Pflegebedürftigkeit. Zusätzlich muss über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz erforderlich sein [5].

Im **rentenversicherungsrechtlichen Sinne** liegt Rehabilitationsbedürftigkeit vor, wenn die **Erwerbsfähigkeit** nicht nur vorübergehend bedroht ist: z. B. lange Arbeitsunfähigkeitszeiten, fragliche Weiterbeschäftigungsmöglichkeit am bisherigen Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit mit beeinträchtigter Vermittelbarkeit durch das Ekzem [6]. Häufig ist bei chronischen Erkrankungen eine wiederholte Rehabilitation zur nachhaltigen Besserung der Krankheitsaktivität und Verfestigung der Krankheitskompetenz sinnvoll, wobei in der Regel eine Sperrfrist von 4 Jahren bis zur Wiederholung des Verfahrens zu beachten ist. In begründeten Ausnahmen, z. B. anhaltender Arbeitsunfähigkeit, drohender stationärer Therapie bei schwerer Exazerbation oder fehlenden Strukturvoraussetzungen z. B. für eine erforderliche ambulante Fototherapie, können erneute Maßnahmen auch in kürzeren Intervallen genehmigt werden.

Auch die **Unfallversicherung** führt Rehabilitationsmaßnahmen beim atopischen Ekzem durch. Voraussetzung ist die **berufliche Mitverursachung**, wie sie vor allem bei degenerativen Handekzemen auf dem Boden einer atopischen Hautdiathese typisch ist [7].

Übliche Kostenträger und Voraussetzungen für die Leistungserbringung zeigt ► **Tab. 2**. Unabhängig vom Kostenträger gelten folgende Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation:

- Die bisher durchgeführten akutmedizinischen (ambulanten und/oder stationären) Versorgungs-

► **Tab. 1** Entwicklung DRV-Rehaverfahren wegen atopischen Ekzems in den letzten 10 Jahren (Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund).

Jahr	Atopisches Ekzem (ICD L20)	Kontaktekzem (ICD L23, L24)	Rehamaßnahmen gesamt	% Anteil Ekzemleiden
2006	2375	91	70 4004	0,35
2010	2263	51	83 7874	0,28
2015	2220	42	84 5825	0,27

► **Tab. 2** Häufigste Kostenträger der Rehabilitation [4, 8–10].

Kostenträger	Formale Voraussetzung	Sozialmedizinische Voraussetzung
gesetzliche Rentenversicherung und Altersversicherung der Landwirte	6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren oder weitere Möglichkeiten	erhebliche Gefährdung oder bestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit
gesetzliche Krankenversicherung	bestehender Versicherungsschutz, kein Anspruch an andere Träger	Behinderung und/oder Pflegebedarf
Beihilfe	Beihilfeberechtigung	Bedrohung der Erwerbsfähigkeit, Behinderung und/oder Pflegebedarf
gesetzliche Unfallversicherung	zum Zeitpunkt der Schädigung bestehendes Beschäftigungsverhältnis	berufsbedingte richtungweisende Verschlechterung des Ekzems
Sozialamt	nur nachrangig bei fehlenden anderen Kostenträgern	Behinderung und/oder Pflegebedarf

maßnahmen sind ausgeschöpft und hatten keinen ausreichenden Erfolg.

- Die **Rehabilitationsfähigkeit** ist gegeben. Dies schließt Reisefähigkeit und Schulungsfähigkeit/-motivation mit ein.
- Es besteht eine **positiv eingeschätzte Rehabilitationsprognose** im Hinblick auf das Erreichen der Rehabilitationsziele.

Merke

Essentielle Inhalte des Rehabilitationsantrags sind die Darstellung von zumindest drohenden Einschränkungen in der Teilhabe, der Ausschöpfung sonstiger Maßnahmen und der Erfolgchance der Rehabilitation.

Antragsverfahren

Je nach Kostenträger sind verschiedene Abläufe zu beachten [8–10]:

- **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV):** Der Rehabilitationsantrag erfolgt zur Prüfung der Zuständigkeit mit dem Formular Muster 61 Teil A bei der GKV (► **Abb. 2**). Zur konkreten Beantragung bei der GKV ist der komplette Vordruck Teil B–D auszufüllen. Die Formulare sind über die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zu erhalten. Voraussetzung für die Vergütung des Antrags ist der Nachweis einer Online-Fortbildung über die KBV.
- **Gesetzliche Rentenversicherung:** Bei berufstätigen Patienten und bestehender gesetzlicher Rentenversicherung erfolgt der Antrag direkt bei dieser. Bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund ist das 3-seitige Formblatt G1204 „Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung“ online unter www.deutsche-rentenversicherung.de zu erhalten, die Versicherungsanstalten der Länder benutzen z. T. abweichende Formulare.
Bei ausgeprägter Erkrankung mit kurzfristig drohender oder bestehender Arbeitsunfähigkeit (AU)

oder kurzfristigem Bedarf der stationären Behandlung sollte unter entsprechender Begründung der Hinweis „Eilt!“ erfolgen.

- **Unfallversicherung:** Die Meldung erfolgt über den Hautarztbericht. Das Meldungsformular F6050 zur Einleitung des Hautarztverfahrens entsprechend § 3 Berufskrankheitenverordnung (BeKV) ist bei bgw-online.de downloadbar. Die empfohlenen Therapien, Arbeitsschutzverbesserungen, Schulungsseminare und sonstigen rehabilitativen Maßnahmen sind explizit zu nennen.

FALLBEISPIEL 1

Eine 37-jährige Patientin leidet seit der Kindheit unter einer wechselhaft verlaufenden, seit Jahren progredienten Neurodermitis mit Befall vor allem von Ellenbeugen, Handgelenken, Kniekehlen, Hals und Gesicht. Eine Verschlechterung wird im Winter beobachtet, nach dem letzten Sommerurlaub am Meer habe sich die Haut für ca. 3 Monate gebessert. Sie gibt quälenden Juckreiz mit Schlafstörungen, eine kosmetische Beeinträchtigung und gelegentliches Hautbrennen an wunden Stellen bei der privaten Haushaltsversorgung wie auch bei der mit 30 Wochenstunden durchgeführten Berufstätigkeit in einer Reinigungsfirma an. Schutzhandschuhe inkl. Baumwollinnenhandschuhe werden bei der Arbeit gestellt. Durch tägliche Nutzung einer Triamcinolon-haltigen Creme kann sie die Beschwerden erträglich halten. Sie vermeidet Schwimmbadbesuche wegen verstärkten Brennens im gechlorten Wasser. Eine angebotene UV-Therapie kann sie bei 40-minütiger Fahrzeit zur Hautarztpraxis nicht in ihren Alltagsablauf integrieren. Eine dermatologische Rehabilitation ist bei erheblich drohender Beeinträchtigung der beruflichen Teilhabe und ausgeschöpften ambulanten Therapiemöglichkeiten indiziert und wird direkt bei der zuständigen gesetzlichen Rentenversicherung beantragt. Bei Unsicherheit bezüglich des Kostenträgers kann der Antrag auch zunächst bei der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Vertragsarzt-Nr. VZ gültig bis Datum	<h3 style="margin: 0;">Verordnung von medizinischer Rehabilitation*</h3> <p style="margin: 0;">61 Teil A</p> <p style="margin: 0;">Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen</p> <p style="margin: 0;">* für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten</p> <p style="margin: 0;">Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen Nein = <input type="checkbox"/> Ja = <input type="checkbox"/></p>
---	---

Print Form

A. Lebenssituation

allein lebend mit (Ehe-)Partner-/in betreutes Wohnen
 mit / bei Kindern Pflegeeinrichtung

B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus?
 (berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Stunden/Woche: und zwar:
 Schichtdienst

arbeitslos seit arbeitsunfähig seit

C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe Schwerbehinderung anerkannt GdB Merkzeichen

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

Rehabilitationsmaßnahmen und weitere Diagnosen

1.

2.

3.

Diagnose(n) Nummer(n) ist / sind zurückzuführen auf

Arbeitsunfall, Schulunfall sonstiger Unfall Berufskrankheit Gesundheitsschaden nach dem BVG

► **Abb. 2** Teil A des Rehaantrags für die gesetzliche Krankenversicherung. Die Teile B–D sind als Ansichtsexemplar einzusehen unter http://www.kbv.de/media/sp/Muster61_Ansichtsexemplar.pdf.

► **Tab.3** Strukturschäden und Beeinträchtigungen beim atopischen Ekzem, konsekutive Teilhabestörungen und wichtige Kontextfaktoren nach dem bio-psycho-sozialen Ansatz des ICF-Modells.

Geschädigte Strukturen	Typische Funktionsstörungen	Häufige Störungen der Aktivität und Teilhabe	Häufige Kontextfaktoren mit positiven oder negativen Auswirkungen
<ul style="list-style-type: none"> Haut Hautanhangsgebilde Nägel Haare Sinnesorgan Haut 	<ul style="list-style-type: none"> Barrierefunktion Greif- und Gehfunktion sowie grobe Kraft und Feinmotorik bei palmoplantarem Ekzem Sinneswahrnehmung (Juckreiz, Schmerz) Schlafstörung Störungen der sexuellen Funktion Störung mentaler Funktionen (Konzentrationsfähigkeit usw.) kosmetische Funktion 	<ul style="list-style-type: none"> Selbstständigkeit und Selbstversorgung inkl. Nahrungszubereitung, Haushalt zeitaufwendige Körperpflege und Therapien mit konsekutivem Zeitmangel beeinträchtigte Freizeitaktivitäten (z. B. Sportverein, Schwimmbad) Einschränkungen im Sozialleben durch Stigmatisierung/Stigmatisierungsängste berufliche Aktivitäten und Teilhabe 	<ul style="list-style-type: none"> Wohnsituation und familiäres Umfeld soziale Unterstützung (Familie, Bekanntenkreis, Kollegen, Selbsthilfegruppen) Ausgestaltung des Arbeitsplatzes medizinische Infrastruktur Verkehrsanbindung klimatische Bedingungen

Rehabilitationsziel

Das grundsätzliche Rehabilitationsziel bei **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** besteht darin, möglichst frühzeitig drohende oder bereits bestehende Beeinträchtigungen infolge einer Gesundheitsstörung zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die medizinische Rehabilitation zielt auf eine Verbesserung der alltagsrelevanten und der berufsbezogenen Funktionsstörungen und damit Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe (► **Tab.3**) [5]. Häufige konkrete Ziele bei der Rehabilitation des atopischen Ekzems sind [10]:

- möglichst weitgehende Abheilung der aktuell bestehenden Hautveränderungen,
- Besserung der allgemeinen Belastbarkeit der Haut sowie von Greif- und Gehfähigkeit bei palmoplantarem Befall,
- Verminderung des Pruritus inkl. Folgen wie Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen,
- Besserung von Krankheitsakzeptanz und Krankheitsverständnis,
- Erarbeitung heimisch fortsetzbarer Therapiemaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Basispflege und Hautschutzmaßnahmen,
- Schulung zu Auslösefaktoren und Erarbeitung von Vermeidungsstrategien im Alltag wie auch Berufsleben,
- Beratung und ggf. Einleitung von weiteren Leistungen zur Teilhabe wie z. B. berufliche Qualifizierungsmaßnahmen.

Merke

Das Grundziel der Rehabilitation ist die funktionelle Kompensation der Einschränkungen, die durch ausschließlich medizinische Behandlung oft nicht komplett zu beseitigen sind.

Behandlungen in der stationären Rehabilitation des atopischen Ekzems

Die stationäre Rehabilitation des atopischen Ekzems beim Erwachsenen erfolgt in fachdermatologisch geleiteten Einrichtungen im Regelfall über einen Zeitraum von 3 Wochen. Die Aufnahme sollte ca. 6–8 Wochen nach Eingang der Anmeldung und der Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers erfolgen, in Eiltfällen schneller. In Ausnahmefällen ist eine Verlängerung der Rehadauer möglich, sofern die Teilhabe erheblich beeinträchtigt ist und durch die Verlängerung eine nachhaltige Verbesserung des Rehaeffekts zu erwarten ist. Dies kann z. B. zutreffen, wenn durch die Verlängerung eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit beendet oder akuter Pflegebedarf abgewendet wird oder falls ambulant aus logistischen Gründen die noch dringend indizierte kurzfristige Fortsetzung einer apparativen Therapie nicht gewährleistet ist.

Die Rehabilitation beinhaltet die im Folgenden genannten Leistungen.

Diagnostik

Die adäquate Diagnostik ist Voraussetzung für die Beantragung der Rehabilitation und somit keine primär rehabilitative Maßnahme. Selbstverständlich erfolgt im Rahmen der Aufnahme eine klinische und laborchemische Basisdiagnostik. Aktivitätsscores wie SCORAD oder EASI wie auch Lebensqualitätsscores wie der DLQI werden routinemäßig zu Beginn und Ende der Rehabilitation erhoben.

Bei unzureichenden Voruntersuchungen, entsprechendem Bedarf und Testfähigkeit, erfolgen in der Rehabilitation weitere allergologische Untersuchungen.

Zusätzlich erfolgt routinemäßig die basisdiagnostische Abklärung sowohl von atopischen Ko-Diagnosen als auch von möglicherweise Ekzem-triggernden unabhängigen Begleiterkrankungen. Soweit von der Ausrichtung der Klinik her möglich, erstreckt sich das auch auf weitere, nicht mit dem Ekzemleiden in Zusammenhang stehenden Erkrankungen, sofern diese als negative Kontextfaktoren zur weiteren Einschränkung der Teilhabe führen.

Fachdermatologische Therapie

Die **dermatologische Behandlung** erfolgt fachärztlich geleitet und leitliniengerecht [3] mit:

- stadiengerechtem Einsatz vorwiegend externer antiinflammatorischer Medikamente (Lokalsteroid, Calcineurininhibitoren),
- intensiver, pflegerisch unterstützter Hautpflege, bedarfsadaptiert inkl. den üblichen antiseptischen, hydratisierungsfördernden, adstringierenden und antipruriginösen Externa,
- Alltagserprobung von Hautschutzmaßnahmen,
- bedarfsadaptiert Antihistaminika,
- Beratung zu und in Ausnahmefällen Beginn einer systemischen antiinflammatorischen Therapie mit Steroiden, Ciclosporin, Alitretinoin u. a.,
- physikalischer Therapie wie UV-Therapie, medizinische Bäder, Iontophorese bei palmoplantarer Hyperhydrose oder Entstauungstherapie mit apparativer und manueller Lymphdrainage bei zusätzlicher Stauungsdermatitis, sowie intensiver
- **Lichttherapie mit:**
 - UVB (meist 311-nm-Schmalspektrum),
 - UVA/UVB-Kombinationstherapie,
 - UVA1-Lichttherapie meist in Medium-Dose von ca. 50J/cm²,
 - Teil- oder Ganzkörpercreme- oder Bade-PUVA-Therapie,
 - zusätzliche Heliotherapie oder Thalasso-Heliotherapie entsprechend den lokalen Möglichkeiten der Rehabilitationseinrichtung,
- bei gesicherten Nahrungsmittelallergien oder -intoleranzen entsprechender Ernährung inklusive Diätberatung, im Einzelfall ggf. auch einer kontrollierten Erweiterung des Diätplans,
- fachärztlicher Beurteilung der Einschränkungen im Berufsleben, Beratung zu Verbesserungsmöglichkeiten und ggf. Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen wie Hautarztverfahren bei der GUV oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die DRV.

Ortsgebundene Faktoren

Empfehlenswert für die Rehabilitation des atopischen Ekzems ist eine Klimaregion, die Inflammation und Pruritus positiv beeinflusst. Zu vermeiden ist sommerliche schwüle Hitze, bei Soforttyp-Allergikern auch stärkere Allergenbelastung durch Pollenflug. Klimatisch günstige



► **Abb. 3** Rehakliniken liegen meist in ländlichen Urlaubsregionen. Der räumliche Abstand von den Alltagsproblemen und die Nutzung von günstigen Klimaregionen unterstützen die Abheilung des Ekzemleidens.

ge Regionen sind vor allem „Reizklimata“ in den Küstenregionen der Nord- und Ostsee oder in höheren Lagen in Mittel- und Hochgebirgsregionen [11, 12] (► **Abb. 3**). Diese bieten zeitlich veränderte Vegetationsperioden und teilweise fast komplette Pollenfreiheit, z. B. in der Brandungszone. Die erheblich reduzierte Allergenexposition während der Rehadauer unterstützt als adjuvante Therapiemaßnahme die Wiederherstellung der epidermalen Integrität.

In vielen Fällen ist eine heimatferne Rehabilitation sinnvoll, die durch den räumlichen Abstand von heimischen Belastungsfaktoren die Fokussierung auf die Heilmaßnahmen unterstützt und Beeinträchtigungen wie zwischenzeitliche Haushaltstätigkeiten verhindert.

Bewegungs- und Sporttherapie

Der vegetativen Stabilisierung dient neben den positiven Klimabedingungen auch ein sportlich aktivierendes Bewegungsprogramm, angepasst an die aktuelle Belastbarkeit der Haut im Rahmen der entzündlichen Veränderungen. Reizklimata begünstigen Outdooraktivitäten durch ein geringeres Schwitzpotenzial und somit reduziertem Risiko der Ekzem- und Juckreiz-Triggerung. Rehatypische sporttherapeutisch geleitete Angebote sind z. B. Walking, Nordic Walking, sonstige Outdooraktivitäten, Fitnessgymnastik, Atemgymnastik, Schwimmen (häufig in Solebädern).

Die körperliche Aktivierung dient einerseits der Wiedererlangung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit, die im Rahmen von stärkeren Ekzemschüben und damit verbundenem Trainingsmangel oft erheblich reduziert ist. Zudem wirkt die Bewegungstherapie sich positiv auf die psychische und vegetative Stabilisierung aus. Eine psychometrische Vergleichsstudie bei 49 unter schwerer Neurodermitis leidenden und deshalb klinisch stationär behandelten Probanden zeigte zum Ende der 3- bis 4-wöchigen stationären Therapie eine

► **Tab. 4** Edukative Maßnahmen der Rehabilitation des atopischen Ekzems.

Schulungsziel	Therapeutische Maßnahme
Theoretische Kenntnisse	
Kenntnisse zu Pathogenese, Triggerfaktoren, Therapieoptionen	ärztliche Einzel- und Gruppenberatung
psychosomatische Zusammenhänge und Krankheitsverarbeitung	psychotherapeutische Gruppensitzungen z. B. zu: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stressbewältigung ▪ Juck-Kratz-Teufelskreis ▪ Umgang mit chronischen Erkrankungen
Zusammenhang mit der Ernährung	Gruppen- und Einzelberatung durch Ökotrophologen oder Diätassistenten zu: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nahrungsmittelallergie ▪ Nahrungsmittelintoleranz ▪ gesunde Ernährung
Sozialberatung zur Unterstützung bei negativen Kontextfaktoren	Vorträge und Einzelberatung durch Sozialpädagogen zu: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwerbehindertenrecht ▪ Rentenrecht ▪ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)
Praktische Fähigkeiten	
Externtherapie inklusive Pflege- und Schutzmaßnahmen	pflegerische Anleitung zur selbstständigen Durchführung, Gebrauch von Schutzhandschuhen und Schutzcremes
zusätzliche körperliche Kräftigung und vegetative Stabilisierung	sporttherapeutische Anleitung zu Walking, Nordig Walking medizinische Trainingstherapie Gymnastikgruppen und sonstige sportliche Aktivitäten
Entspannungsmaßnahmen	progressive Muskelentspannung autogenes Training Qi Gong Yoga u. a.

signifikante Besserung von Befindlichkeit, Depressivität, Stigmatisierung und krankheitsbezogenem Problembewusstsein bei der sportlich aktiven Gruppe, die auch bei einer Nachuntersuchung nach 3 Monaten noch deutlich, nach 6 Monaten noch tendenziell vorhanden war [13].

Edukative Maßnahmen

Die Schulung der Betroffenen zur Pathogenese ihrer Erkrankung, möglichen Triggerfaktoren und deren Vermeidung sowie zur eigenständigen phasengerechten Anwendung wirkstoffhaltiger Externa und regelmäßigen Hautpflege stellt eine wichtige Grundsäule des längerfristigen Rehabilitationserfolgs dar. Nur durch besseres Krankheitsverständnis und bessere Krankheitsakzeptanz können die langfristig erforderlichen Verhaltensänderungen erreicht werden. Schulung von Kindern und Jugendlichen bzw. deren Eltern erfolgt seit Jahren mit evaluiertem Erfolg durch die Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung AGNES [14–16]. Inhalte und Qualitätskriterien für Schulungsprogramme für Erwachsene wurden vor Jahren von der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention erarbeitet, inzwischen weitergeführt von der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung für Erwachsene (ARNE). Frühere Untersuchungen zeigten positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf [16], eine Evaluation der

ARNE steht noch aus. Die Kosten der Erwachsenenschulung werden allerdings im Gegensatz zu den Angeboten für Kinder und Eltern nicht von der GKV übernommen, weshalb sie in der Regel nur von wissenschaftlich tätigen Hautkliniken angeboten werden können. Lediglich die stationäre dermatologische Rehabilitation bietet entsprechende Programme flächendeckend an. ► **Tab. 4** zeigt die vielgestaltigen edukativen Angebote der dermatologischen Rehakliniken.

Bei beruflicher Mitverursachung, vor allem bei Handekzemen, bieten die Unfallversicherungen weitere Schulungen an (s. u.) [17].

Psychologische Mitbetreuung

Psychische Triggerfaktoren wie Stress gehören zu den wichtigsten Auslösefaktoren des atopischen Ekzems, was sich schon an Idiomen wie „zum aus der Haut fahren“ zeigt. Zudem stellt die Erkrankung selbst einen massiven Stressor dar, durch Juckreiz, konsekutive Schlafstörungen, kosmetische und funktionelle Beeinträchtigungen. Deshalb ist psychologische Mitbetreuung für die Erarbeitung langfristiger Copingstrategien unverzichtbar [18]. Dies gilt besonders für die Schulungsmaßnahmen, die Module im Stressmanagement, Entspannungsverfahren und Umgang mit chronischen Erkrankungen beinhalten (► **Tab. 4**). In vielen Rehakli-

FALLBEISPIEL 2

Ein 49-jähriger Realschullehrer stellt sich wegen quälend juckenden Hautrötungen vor, die seit 2 Jahren bestehen. Vorher war er immer hautgesund. Im Gespräch gibt er an, dass sein 8-jähriger Sohn seit der Scheidung vor 2 Jahren unter Neurodermitis leide. Anamnestisch besteht eine kaum mehr symptomatische Baumpollenallergie und Wollunverträglichkeit seit Kindheit. Neben den juckenden Hautveränderungen klagt er über Schlafstörungen, Antriebsschwäche, Lustlosigkeit, häufige Nacken- und Kopfschmerzen. Er könne seinen ständig steigenden beruflichen Anforderungen bei steigendem Migrantenanteil kaum mehr gerecht werden.

Klinisch zeigt sich ein leicht xerotisches Integument mit disseminierten Kratzexkoriationen. Vor allem an Unterarmen und Unterschenkeln finden sich stark zerkratzte, bis 1 cm große, flache Knoten auf blassen, unscharf begrenzten Erythemen. Gelenkbeugen frei. Unter der Diagnose prurigiformes atopisches Ekzem bei Anpassungsstörung mit depressiven Zügen und Somatisierungstendenz wird neben dermatologischer Behandlung die psychotherapeutische Unterstützung empfohlen, ergänzt durch eine initiale 4- bis 6-wöchige, primär psychosomatische Rehabilitation in einer Klinik mit fachdermatologischer Mitbehandlungsmöglichkeit. Ein Attest zur Beantragung bei der Beihilfestelle wird mitgegeben.

niken werden routinemäßig im Rahmen des Aufnahmeprozesses gängige Testverfahren wie der „Dermatologische Lebensqualitätsfragebogen“ (DLQI), das „Freiburger Life Quality Assessment“ oder der „Marburger Hautfragebogen“ als Screeningverfahren genutzt.

Ergänzend zu den Gruppenangeboten bieten alle Rehakliniken auch psychotherapeutische Einzelgespräche an. Diese dienen der akuten Entlastung wie auch der Beratung zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten, z.B. durch Selbsthilfegruppen oder den Beginn einer längerfristigen heimischen Psychotherapie.

In manchen Fällen sind die psychosomatischen Aspekte des atopischen Ekzems wichtigster Anlass und Inhaltspunkt der Rehabilitation. Dann sollte eine primär psychosomatische Rehabilitation angestrebt werden, die neben einer längeren Aufenthaltsdauer auch mehrmals wöchentliche psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche anbietet [19]. Einzelne psychosomatische Rehakliniken bieten eine gleichzeitige fachdermatologische Behandlung an.

Sozialberatung und Einleitung zusätzlicher Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Bereits bei der Aufnahmeuntersuchung zur Rehabilitation erfolgt neben der dermatologisch-medizinischen Anamnese und Untersuchung auch eine umfangreiche Allgemein- und Sozialanamnese. Hierbei werden Aus-

wirkungen der Erkrankung auf das allgemeine soziale Leben erhoben, z. B. Behinderung bei Grundversorgung und Freizeitaktivitäten wie Haushaltsführung, Sport oder Schwimmbadbesuche, kosmetische Beeinträchtigung der Sozialkontakte oder der Intimbeziehungen, Konzentrations- und Schlafstörungen durch den Pruritus. Bei berufstätigen Rehabilitanden wird ein besonderer Fokus auf berufliche Beeinträchtigungen gelegt. Diese bestehen vor allem durch die geschädigte Barrierefunktion und die evtl. begleitenden Kontaktallergien. Triggernd wirken Feuchtarbeiten, Handschuharbeiten, Hitzeexposition, reibende oder okkludierende Kleidung u.v.m.

Sofern deutliche Einschränkungen bestehen, werden diese im Verlauf der Reha und unter Berücksichtigung der therapeutischen Erfolge in fachärztlichen Beratungen thematisiert, inklusive Erstellung und Besprechung eines Leistungsbilds und der eventuellen Auswirkungen auf das Erwerbsleben. Im Bedarfsfall wird weitere Unterstützung eingeleitet, z.B. durch einen Hautarztbericht an die GUV oder Initiierung von Leistungen zur Teilhabe durch Arbeitgeber oder DRV.

Sozialpädagogen ergänzen die ärztliche Beratung und die in ► **Tab. 4** dargestellten edukativen Angebote durch individuelle Beratung und Unterstützung. Gängige Themen hierbei sind:

- Einzelberatung zum Schwerbehindertenrecht, ggf. inkl. Erstellung des Antrags,
- allgemeine Beratung zu sozialen Unterstützungsmöglichkeiten durch Sozialamt, GKV oder einschlägige Beratungsstellen,
- Organisation einer Nachbetreuung z. B. durch Pflegedienste oder der Einleitung weiterer medizinischer oder psychotherapeutischer Maßnahmen,
- Informationen zu Selbsthilfegruppen,
- Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der DRV,
- Organisation einer stufenweisen Wiedereingliederung im Anschluss an die Rehabilitation,
- Beratung zum Rentenrecht.

Merke

Rehabilitation ist eine multidimensionale, interdisziplinäre Aufgabe. Es werden sowohl Komorbiditäten mitberücksichtigt als auch paramedizinische Maßnahmen eingeschlossen, vor allem durch Psychologen, Sozialpädagogen und Bewegungstherapeuten.

Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation

Eine der häufigsten Manifestationen des atopischen Ekzems im Erwachsenenalter ist das chronische Handekzem. Dieses wird in der Regel zusätzlich extern getriggert, im Sinne eines kumulativ-subtoxischen, gele-

gentlich auch eines allergischen Kontaktekzems. Sofern die externe Triggerung beruflich bedingt ist und eine „richtungweisende Verschlechterung“ begründet, ist die gesetzliche Unfallversicherung der zuständige Kostenträger für rehabilitative Maßnahmen. In der ROQ-I-Studie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) [20] wurde bei 1410 gemeldeten Fällen von Handekzemen in 51 % die Diagnose „atopisches Handekzem“ gestellt.

Insgesamt wurden von der DGUV 2015 in 54979 Fällen dermatologische Behandlungen übernommen, davon 709 stationär. Die Meldung erfolgt überwiegend über das Hautarztverfahren. Angesichts des primär berufsdermatologischen Auftrags der DGUV beinhaltet die berufsgenossenschaftliche Rehabilitation grundsätzlich neben der medizinischen Rehabilitation auch Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. An die Einleitung des Hautarztverfahrens sollte besonders gedacht werden bei:

- Handekzemen, vor allem bei Persistenz > 3 Monate,
- berufstypischer Kontaktsensibilisierung zusätzlich zur atopischen Hautdiathese,
- längeren manifesten oder absehbaren AU-Zeiten.

Typische Inhalte der berufsgenossenschaftlichen Rehabilitation sind:

- **Medizinische Rehabilitation:** Die DGUV übernimmt die Kosten der ambulanten dermatologischen Therapie. Die unter den Vorgaben der budgetierten kassenärztlichen Versorgung gängige, da kostengünstige Lokalsteroidtherapie führt zur weiteren Schädigung der epidermalen Barriere und kann mit berufsgenossenschaftlicher Unterstützung auf das unverzichtbare Minimum reduziert und durch weitere Maßnahmen ergänzt werden [21, 22]. Die bg-liche Kostenübernahme schließt Therapieformen ein wie:
 - Lokaltherapie mit Calcineurininhibitoren, ggf. auch längerfristig proaktiv,
 - UV-Therapie wie lokale PUVA-Therapie oder UVB-Therapie,
 - ergänzende Hautschutz- und Pflegeprodukte,
 - im Einzelfall systemische immunmodulierende Therapie mit Alitretinoin, Ciclosporin oder anderen geeigneten Medikamenten,
 - stationäre medizinische und berufliche Rehabilitation in berufsgenossenschaftlichen Hautkliniken oder in dermatologischen Rehakliniken.
- **Berufliche Rehabilitation:**
 - Betriebsbegehung mit Überprüfung und Optimierung der persönlichen Schutzausrüstung,
 - berufsdermatologische Sprechstunden der BG-Kliniken,
 - Erstellung eines Hautschutzplans durch den betreuenden Dermatologen, Betriebsarzt oder die berufsgenossenschaftliche Hautklinik,

FALLBEISPIEL 3

Ein 52-jähriger Produktionsarbeiter leidet seit 3 Jahren unter zunehmenden Handekzemen, beginnend 6 Monate nach einer innerbetrieblichen Umsetzung auf einen Arbeitsplatz mit überwiegend Handschuharbeiten. Eine Neurodermitis ist seit Kindheit bekannt, äußert sich aber nur noch bei schwül-heißem Wetter durch Beugeneckzeme. Das Handekzem heilte zuletzt im Vorjahr nach einem 3-wöchigen Urlaub ab, seit 1 Jahr bestehen ständige Beschwerden. Aus Angst um den Arbeitsplatz vermeidet er AU-Meldungen und behandelt täglich mit einer Clobetasol-haltigen Salbe. Es zeigen sich an beiden Handrücken und den Zwischenfingerräumen unscharf begrenzte flächige Erytheme mit Lichenifikation, leichter Schuppung und Erosivreaktionen. Leichte Lichenifikation der Ellenbeugen ohne akute Ekzemmorphen.

Nach Ausschluss eines kontaktallergischen Handekzems durch Epikutantestung inkl. der genutzten Schutzhandschuhe wird ein kumulativ-subtoxisches, beruflich getriggertes atopisches Handekzem diagnostiziert. Zur Einleitung berufsgenossenschaftlicher Maßnahmen nach § 3 BeKV wird ein Hautarztbericht erstellt. Bei akut bedrohter Arbeitsfähigkeit wird zusätzlich zur intensiven Initialtherapie unter Meidung der beruflichen Belastungsfaktoren eine dermatologische Rehabilitation im Eilt-Verfahren beim Rentenversicherer beantragt.

- berufsspezifische Hautschutzseminare,
- stationäre berufsdermatologisch-allergologische, gesundheitspädagogische, ergotherapeutische und gesundheitspsychologische Maßnahmen im Rahmen eines berufsgenossenschaftlichen stationären Heilverfahrens.

Merke

Bei einer beruflich verursachten Verschlechterung eines atopischen Ekzems sollte an eine kombinierte Rehabilitation stationär durch die DRV und ambulant im Rahmen des Hautarztverfahrens gedacht werden, besonders bei multifaktoriellen Handekzemen.

Qualitätssicherung

Die stationäre Rehabilitation des atopischen Ekzems erfolgt in Fachkliniken, die den Qualitätsanforderungen der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) sowie der Kostenträger unterliegen. Ein betriebliches Qualitätsmanagement mit regelmäßiger Zertifizierung ist vorgeschrieben, wie auch Anforderungen an Strukturqualität und Personalschlüssel. Dieser fordert u. a. die Sicherstellung der fachdermatologischen Versorgung auch in Urlaubszeiten und die adäquate Qualifikation der nichtärztlichen Mitarbeiter.

ÜBERBLICK**Leistungen der stationären Rehabilitation des atopischen Ekzems**

- Diagnostik
- fachdermatologische Therapie
- ortsgebundene Faktoren
- Bewegungs- und Sporttherapie
- edukative Maßnahmen
- psychologische Mitbetreuung
- Sozialberatung und Einleitung zusätzlicher Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
- berufsgenossenschaftliche Rehabilitation
- Qualitätssicherung

Die DRV führt regelmäßige Qualitätskontrollen der von ihr belegten Kliniken durch mit mehreren verschiedenen Verfahren wie stichprobenartige Prüfung von Entlassgutachten auf Einhaltung der vorgeschriebenen Standards, Patientenbefragungen zum Rehaerfolg und -erfolg, Statistiken zu den abgegebenen Leistungen während der Reha, Outcome-Untersuchungen bezüglich der weiteren Arbeitsfähigkeit und Klinikbegehungen zur Kontrolle vor Ort.

Die gesetzliche Unfallversicherung führte von 2010–2016 im Rahmen der ROQ-1- und ROQ-2-Studie über 3 bzw. 5 Jahre gehende Langzeitbeobachtungen durch, die u. a. einen massiven Rückgang der Arbeitsunfähigkeitszeiten unter den rehabilitativen Maßnahmen zeigten, von 34,5 Tagen im Jahr vor der Rehabilitation auf 9,1 Tage insgesamt im Jahr 2 und 3 der Nachbeobachtungsphase [20] beziehungsweise insgesamt 14,5 Tage im Jahr 4 und 5 der Nachbeobachtungsphase [23].

Zur Evaluation des Rehaeffekts werden durch die Einrichtungen routinemäßig Krankheitsaktivitätsscores wie SCORAD oder EASI bei Aufnahme und vor Entlassung erhoben, ebenso auch Lebensqualitätsscores. Während der Rehadauer von 3–4 Wochen wurde bei über 80% der Patienten eine Reduktion von SCORAD und DLQI von deutlich über 50% erreicht (eigene Daten).

KERNAUSSAGEN

- Die dermatologische Rehabilitation stellt für Patienten mit atopischem Ekzem eine wichtige Ergänzung der akutmedizinischen ambulanten und stationären Therapie dar.
- Rehabilitationsmaßnahmen unterliegen nicht den Budgets und Restriktionen der GKV und deren Budgets.
- Die Rehabilitanten werden 3–4 Wochen leitliniengerecht fachdermatologisch stationär behandelt.
- Theoretische und praktische Schulung zum Umgang mit dem Ekzemleiden verbessert die Eigenkompetenz und das Selbstmanagement. Vergleichbare Angebote sind im Behandlungskatalog der Krankenversicherungen außerhalb der Rehabilitation nicht enthalten.
- Die Rehabilitation berücksichtigt psychosomatische Aspekte der Erkrankung.
- Der langfristigen Stabilisierung des Krankheitsverlaufs dienen ergänzende Angebote zur Verbesserung von Kontextfaktoren im beruflichen und sozialen Umfeld.
- Ergänzend zur medizinischen Behandlung unterstützen Kofaktoren wie Heilklima, räumlicher Abstand von heimischen Triggerfaktoren und Freistellung von beruflichen Belastungen den akuten Behandlungserfolg.
- Angesichts der chronisch konstitutionellen Pathogenese der Erkrankung sind repetitive Durchführungen in den von den Kostenträgern akzeptierten Intervallen von 4 Jahren sinnvoll. Hierdurch kann der Therapieerfolg weiter optimiert werden.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Über den Autor



Andreas Eisenmann

Dr. med. Jahrgang 1957. 1977 – 1984 Studium der Humanmedizin an der Universität Hohenheim und Freiburg. 1990 Facharzt für Dermatologie. 1990 Zusatzbezeichnung Allergologie. 1997 Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin. 1998 Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Seit 1990 zunächst oberärztlicher, seit 2006 cheförztlicher Leiter der dermatologischen Abteilung der Strandklinik St. Peter-Ording.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Andreas Eisenmann
Strandklinik St. Peter-Ording
Fritz-Wischer Str. 3
25826 St. Peter-Ording
E-Mail: a.eisenmann@strandklinik-spo.de

Literatur

- [1] Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsche Übersetzung 2005. www.dimdi.de
- [2] Homey B, Ruëff F, Ruzicka T. Atopisches Ekzem. In: Plewig G, Landthaler M, Burgdorf WHC, Hertl M, Ruzicka T, Hrsg. Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie. 6. Aufl. Berlin: Springer; 2012: 508 – 528
- [3] Heratizadeh A et al. Leitlinie Neurodermitis (atopisches Ekzem; atopische Dermatitis). Überarbeitung 2015. AWMF-Registernummer: 013/027. www.awmf.org
- [4] Breuer K, Kapp A. Stationäre medizinische Rehabilitation bei erwachsenen Patienten mit atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 2006; 57: 592 – 602
- [5] Falk J, Grotkamp S et al. „Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen“. *BAR* (6/2013). www.bar-frankfurt.de
- [6] Irle H, Falk J. Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2012. www.deutsche-rentenversicherung.de
- [7] Diepgen T. Berufsbedingte Hauterkrankungen. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012; 10: 297 – 313
- [8] Wehrmann J, Buhles N, Hinsch KD, Nürnberg W. S1-Leitlinie Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener. 2014. Aktualisierung 2015. AWMF-Register: 013/026. www.awmf.org
- [9] Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. (Rehabilitations-Richtlinie). Letzte Änderung am 15. Oktober 2015, Bundesanzeiger BAnz AT 02.03.2016 B2. In Kraft getreten am 01. April 2016. www.g-ba.de
- [10] Wehrmann J, Scheewe S, Weyergraf A et al. Interdisziplinäre S1-Leitlinie: Stationäre Dermatologische Rehabilitation. 2015. AWMF-Register Nr. 013/083. www.awmf.org
- [11] Schuh A, Nowak D. Klimatherapie im Hochgebirge und im Meeresklima. Evidente Akut- und Langzeiteffekte – ein qualitativer Review. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 135 – 139
- [12] Gutenbrunner C, Hildebrandt G. Handbuch der Balneologie und medizinischen Klimatologie. Berlin: Springer; 1998
- [13] Gall K, Salzer B, Hornstein OP. Gruppensport als therapeutisches Adjuvans bei Neurodermitis. *Dtsch Ärztebl* 1997; 40: A-2564 – 2568
- [14] Stalder JF, Bernier C, Ball A et al. Therapeutic patient education in atopic dermatitis: worldwide experiences. *Pediatr Dermatol* 2013; 30: 329 – 334
- [15] Coenraads PJ, Span L, Jaspers J et al. Intensives Patientenschulungs- und Behandlungsprogramm für junge Erwachsene mit atopischem Ekzem. *Hautarzt* 2001; 52: 428 – 433
- [16] Kupfer J, Gieler U, Diepgen TL et al. Structured education program improves the coping with atopic dermatitis in children and their parents – a multicenter, randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2010; 68: 353 – 358
- [17] Wulffhorst B. Gesundheitspädagogik in der Prävention von Berufsdermatosen. In: Szliska C, Brandesburg S, John SM, Hrsg. Berufsdermatosen. Oberhaching: Dustri Verlag; 2007: 547 – 554
- [18] Baumeister H et al. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Nachdruck 2014. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung.de
- [19] Wehrmann J. Dermatologisch-psychosomatische Rehabilitation. *Hautarzt* 2010; 61: 317 – 322
- [20] John SM, Diepgen TL. „Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren ‚Haut‘ – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens“. ROQ I, FB 0096. Abschlussbericht; 2013. www.dguv.de
- [21] Brasch J, Becker D et al. Leitlinie Kontaktekzem. *Allergo J Int* 2014; 23: 126 – 135
- [22] 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
- [23] John SM, Diepgen TL, Ofenloch R et al. Abschlussbericht zum Vorhaben „Langzeitevaluation der Kohorten im Projekt „Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren ‚Haut‘ – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ) über 5 Jahre“. (ROQ II), FB174; 2016. www.dguv.de (Vorabinformation)

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-104196>
Akt Dermatol 2017; 43: 251–263
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <http://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/u2d003> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512017152373546



Frage 1

Welche Aussage ist falsch? Üblicher Kostenträger der stationären Rehabilitation des atopischen Ekzems ist die ...

- A gesetzliche Krankenversicherung.
- B private Krankenversicherung.
- C Berufsgenossenschaft.
- D Beihilfe.
- E gesetzliche Rentenversicherung.

Frage 2

Welche Aussage ist falsch? Grundziel der Rehabilitation des atopischen Ekzems ist ...

- A funktionelle Gesundheit.
- B Sicherung der Teilhabe am Erwerbsleben.
- C Sicherung der Teilhabe am sozialen Leben.
- D dauerhafte Heilung der Erkrankung.
- E Besserung der Lebensqualität.

Frage 3

Welche Aussage ist falsch? Die Rehabilitation ...

- A richtet sich aus nach der Systematik des ICD.
- B richtet sich aus nach der Systematik des ICF.
- C beruht auf einem bio-psycho-sozialen Modell.
- D bezieht Kontextfaktoren wie soziales Umfeld mit ein.
- E hat einen multidimensionalen interdisziplinären Therapieansatz.

Frage 4

Welche Aussage zum bio-psycho-sozialen Modell in der Reha ist richtig?

- A Komorbiditäten, auch wenn diese als negative Kontextfaktoren zur weiteren Einschränkung der Teilhabe führen, dürfen nicht mitbehandelt werden.
- B Ein Mensch ist nur dann als funktional gesund zu bezeichnen, wenn das atopische Ekzem abgeheilt ist.
- C Wichtigstes Rehaziel ist eine Verbesserung der Hautveränderungen und der alltagsrelevanten und berufsbezogenen Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe.

- D In nur wenigen Fällen sind die psychosomatischen Aspekte des atopischen Ekzems wichtigster Anlass und Inhaltspunkt der Rehabilitation.
- E Die Schulung der Betroffenen zur Natur ihrer Erkrankung, möglichen Triggerfaktoren und deren Vermeidung sollte möglichst erst am Heimatort erfolgen, da in der Rehabilitation die Akutbehandlung der Haut im Vordergrund steht.

Frage 5

Welche Aussage ist falsch? Basisangebot der Rehabilitation des atopischen Ekzems ist die ...

- A Externtherapie.
- B Sozialberatung.
- C Fototherapie.
- D intensive Allergiediagnostik.
- E Beratung zur und ggf. Einleitung einer Systemtherapie.

Frage 6

Welche Aussage ist falsch? Edukative Maßnahmen der Rehabilitation des atopischen Ekzems beinhalten regelhaft ...

- A Entspannungsverfahren.
- B die Pathophysiologie des atopischen Ekzems.
- C Stressverarbeitung.
- D adäquate Anwendung von Externa.
- E Schminkkurse.

Frage 7

Welche Aussage ist falsch? Die berufsgenossenschaftliche Rehabilitation des atopischen Handekzems beinhaltet ...

- A eine ambulante Schulung.
- B einen dermatologischen Akutklinikaufenthalt.
- C eine stationäre dermatologische Rehabilitation.
- D eine berufliche Rehabilitation.
- E eine ambulante dermatologische Therapie.

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 8

Welche Aussage ist richtig? Voraussetzung für eine Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung ist/sind ...

- A der Bezug von Altersrente.
- B die Abwendung von drohendem Pflegebedarf.
- C eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit.
- D Arbeitsunfähigkeitszeiten von mindestens 6 Wochen Dauer in den letzten 12 Monaten.
- E eine beruflich bedingte richtunggebende Verschlimmerung einer Hauterkrankung.

Frage 9

Welche Aussage ist falsch? Sport und Bewegung in reizklimatisch günstig gelegener rehabilitativer Umgebung ...

- A ermöglichen durch Pollenarmut Outdooraktivitäten auch bei starken Allergikern.
- B führen nach Rückkehr ins heimische Klima häufig zu einem Reboundphänomen.
- C minimieren das Risiko der Juckreiztriggerung durch Schwitzen bei Outdoorsport.
- D bewirken eine signifikante Besserung von Befindlichkeit, Depressivität und Stigmatisierung.
- E müssen an die individuelle Belastbarkeit der Haut angepasst werden.

Frage 10

Welche Aussage ist falsch? Ein psychosoziales Element eines Rehabilitationsverfahrens bei atopischem Ekzem kann sein ...

- A die Erhebung eines Lebensqualitätsscores.
- B die Vermittlung von Entspannungsverfahren.
- C das Organisieren einer stufenweisen Wiedereingliederung.
- D die intensive Psychotherapie mit mehrmals wöchentlichen Einzel- und Gruppentherapien.
- E das Beantragen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.