

Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen (BVDD)

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 013/026

Entwicklungsstufe:

1

Dermatologische stationäre **Rehabilitation bei atopischer **Dermatitis**¹ Erwachsener**

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

Präambel

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

Einleitung

Die Rehabilitation hat in Deutschland eine lange Tradition, die von fortlaufender Entwicklung und Differenzierung geprägt ist. Einen letzten großen Sprung brachte das SGB IX. Nach § 1 SGB IX erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen zur Teilhabe, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Korrespondierend zu der Vorschrift über das Qualitätsmanagement im SGB V fordert das neue Sozialgesetzbuch IX die Träger von Rehabilitationseinrichtungen auf, zusammen mit den Spitzenverbänden der Leistungserbringer Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu vereinbaren (§ 20 SGB I Abs. 1 SGB XI). Leitlinien sind dabei ein Teil des Qualitätsmanagements (Beckmann et al, 2005; Wehrmann, 2005).

Kommentar: Weil es sich bei der atopischen Dermatitis um ein epidemiologisch und ökonomisch bedeutsames Gesundheits- und Versorgungsproblem mit zunehmender Relevanz handelt, wurde diese Leitlinie für die stationäre Rehabilitation Erwachsener entworfen, auch wenn die Evidenzstärke in der angegebenen Literatur sehr differiert.. Dies ist aber auch darin begründet, dass es sich sowohl bei der atopischen Dermatitis als auch ihrer Rehabilitation um einen komplexen Sachverhalt handelt, bei dem die Identifizierung einzelner Wirkgrößen (wie in einem Experiment) kaum möglich ist (Müller-Fahrnow, 2000). 2006 wurden die "Leitlinien für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin" mit allgemeinen Vorbemerkungen zur Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin und den Leitlinien" veröffentlicht (AWMF-Register).

Grundlage der Formulierung bildete eine Literatursuche in den Datenbanken Medline und DIMDI. Die Leitlinie wurde von April bis Dezember 2000 von den Autoren Buhles, Wehrmann und Amon (2005) im Rahmen eines Leitlinientreffens sowie mehrerer Telefonkonferenzen entwickelt. Sie wurde

dann weiteren Experten vorgelegt und den relevanten Selbsthilfegruppen in diesem Bereich. Eine Überarbeitung der Leitlinie erfolgte zuletzt im Herbst 2009. Eine finanzielle Förderung erfolgte nicht. Als Gültigkeitszeitraum werden 3 Jahre angesetzt.

Zielgruppe

Erwachsene Patienten mit atopischer Dermatitis (Novak und Bieber 2005, Wüthrich et al 2005), bei denen entweder die Erwerbsfähigkeit bedroht oder eingeschränkt ist oder eine bedeutende Einschränkung in der alltäglichen Lebensführung droht oder besteht und die wegen der Komplexität der Störung eines mehrdimensionalen, rehabilitativen Behandlungsansatzes bedürfen.

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

Zielsetzung

Mit der Leitlinie soll eine Hilfestellung für den Dermatologen, Hausarzt oder Gutachter und Kostenträger gegeben werden, welche Patienten mit atopischer Dermatitis einer **stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme** bedürfen im Unterschied zur ambulanten oder akut stationären Behandlung. Zusätzlich soll damit eine am Rehabilitationsziel des Patienten und seinen Funktionseinschränkungen (ICF; Niederauer et al, 2005) ausgerichtete optimierte multimodale Therapie erreicht werden (Nürnberg, 2005).

Rehabilitationsbedürftigkeit

Diese liegt im rentenversicherungsrechtlichen Sinne vor, wenn die Erwerbsfähigkeit bedroht ist (z.B. lange Arbeitsunfähigkeitszeiten, fragliche Weiterbeschäftigungsmöglichkeit am bisherigen Arbeitsplatz, Stichwort: Atopie und Berufsekzem; Diepgen, 1998). Auch die Unfallversicherung führt Rehabilitationsmaßnahmen bei berufsbedingten Hauterkrankungen durch (Diepgen et al, 2005). Im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn eine nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität vorliegt oder droht, insbesondere in Hinblick auf Pflegebedürftigkeit, und über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz erforderlich ist (Rehabilitationsrichtlinien 2004).

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

- *bei chronisch-rezidivierenden Verlaufsformen mit nur kürzeren symptomfreien Intervallen*
- *bei Ausdehnung über eine größere Körperoberfläche und/oder Lokalisation im sichtbaren Körperbereich*
- *wenn ein therapeutischer Effekt oder die Optimierung der Behandlung mit dem Ziel der möglichst vollständigen Rückbildung nur mit den Mitteln der Rehabilitation zu erreichen ist*
- *ggf. bei Komorbidität mit anderen atopischen Erkrankungen (auch bei weniger Hautbefall)*
- *bei besonderen Risikofaktoren (Schulungsbedarf, psychosoziale Belastung). Die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigungen ist dann ausschlaggebend für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung mit einem psychosomatisch-dermatologischen Therapieschwerpunkt*
- *bei besonderen beruflichen Belastungen kann eine medizinische Rehabilitation die erhebliche Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit nicht immer beheben. Es muss ergänzend geprüft werden, ob Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sind. Entsprechende FCE-Modelle sind immer einzusetzen (Buhles 2003/Erbstößer 2003).*

*Kommentar 2: Am 01. April 2004 wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine "Rahmenempfehlung zur **ambulanten** dermatologischen Rehabilitation" abgegeben, die die Forderungen des SGB IX und der ICF (Internationale*

Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) berücksichtigt. Ebenso wie die stationäre Rehabilitation geht auch diese von einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung aus und beinhaltet ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches und interdisziplinäres Therapieangebot, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus physischen, psychischen, ökotrophologischen, sozialen und edukativen Komponenten besteht (BAR 2004). Gegen eine ambulante Rehabilitation sprechen folgende Kriterien

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

Kommentar 3: Um eine zielgenaue und damit sowohl effektive wie effiziente Rehabilitation zu erreichen, wurde im März 2004 eine neue Rehabilitationsrichtlinie für die GKV verabschiedet (Rehabilitations-richtlinie 2004). Die Umsetzung zeigt deutliche regionale Unterschiede (Nürnberg und Wehrmann, 2009)

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

Rehabilitationsfähigkeit

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

Rehabilitationsprognose

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

Diagnostik

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

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

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

Als erstes FCE-Modell (Functional Capacity Evaluation) im Bereich Dermatologie/Allergologie hat Buhles (2003) den "Tätigkeitsgeprüften Hautschutz-Plan" entwickelt. Als realitätsnahes Arbeitserprobungsverfahren für das (atopische) Handekzem wird die Funktionsdiagnostik auch auf die Teilhabe am Arbeitsleben fokussiert (Erbstößer 2003).

Therapieziele

Entsprechend den erhobenen Befunden werden diese unter Beachtung der Möglichkeiten des Patienten (Erwartungen und Motivation), dem sozial-medizinischen Auftrag und den Rahmenbedingungen der Behandlungsdauer formuliert. Hierzu wird auf die Therapieziele im Indikationsbereich Dermatologie des Band 18 der DRV-Schriften von Januar 2000 hingewiesen sowie für den psychischen Bereich auf das Manual zur Psy-BaDo (Heuft, Senf, 1998). Dabei ist heute die Anwendung der ICF (Niederauer et al 2005) zunehmend notwendig.

Therapieelemente

Die Therapie der atopischen Dermatitis erfordert jeweils eine individuelle, stadienadaptierte und am Bedarf orientierte Kombination verschiedener Therapieelemente ^{2,3} (Nürnberg 2005)

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

³ Folgende Therapieverfahren werden nach derzeitigem Erkenntnistand (Ring, 1998, Schäfer 2008) als nicht bewiesen, überflüssig oder obsolet eingestuft: Homöopathie, Akupunktur, Eigenblutbehandlung und deren Modifikationen, Aromatherapie, autohomologe Immuntherapie nach Kief, Symbioselenkung, Colon-Hydro-therapie, Bioresonanztherapie.

externe Therapie

systemische Therapie

Phototherapie

Hydro-(Balneo)therapie

Klimatherapie

Diät

Entspannungsverfahren

Information/Schulung

Sporttherapie

Psychotherapie.

Eine ausführliche Darstellung findet sich in der Leitlinie Neurodermitis, AWMF-Register [013/027](#) (Werfel et al 2008).

Evaluation

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

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

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

Ökonomische Parameter

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

Bei den ökonomischen Kosten ist zwischen direkten und indirekten zu differenzieren, wobei insbesondere die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeitszeiten (Lohnfortzahlung, Krankengeld, Produktionsausfall), Umschulungsmaßnahmen oder vorzeitigen Rentenbezug schnell vierstellige Summen pro Fall und Jahr erreichen (Gieler et al., 1999; Rychlik und Kilburg, 2000; Ehliken et al 2005). Diese Kosten gilt es zu senken, da die Inzidenz der

Implementierung

Im Leitlinien-Clearing-Verfahren erfolgte eine Einstufung in Stufe 1 mit anschließender Veröffentlichung in Buchform (Korting et al, 2007) und im Dermatologischen Fachjournal (2008). Dies geschah in Abstimmung mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie (AReD). Zusätzlich wurden die Kostenträger informiert, die im Rahmen ihres eigenen Qualitätsmanagements bzw. rechtlicher Vorgaben Leitlinien in besonderer Weise berücksichtigen (Beckmann et al, 2005). Mit eingebunden wurden die relevanten Selbsthilfeorganisationen im dermatologischen Bereich.

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

Literatur (Auswahl; partiell zitiert im Text)

1. Augustin M, Amon U, Bullinger M, Gieler U. Empfehlungen zur Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie. *Dermatol Psychosom* 2000; 1: 76-82,
2. BAR 2004: www.bar-frankfurt.de/publik (externer Link)
3. Beckmann U, Klosterhuis H, Mitschele A. Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung - Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. *Deutsche Angestellten Versicherung* 2005; 431-438
4. Bekanntmachung: 14. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* 101, Heft 26 (2004): C-532
5. Bürger W, Morfeld M. Gibt es schichtspezifische Benachteiligungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen? *Die Rehabilitation* (1999) 2. Suppl 38: S134-S141
6. Buhles N: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. Auflage. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Springer Verlag 2003: Kapitel 19
7. Buhles N, Seifart C. Entwurf einer klinisch/sozialmedizinischen Einteilung der relevanten Schweregrade bei Neurodermitis (ND) *Derm* 2000; 6: 363-366
8. Buhles N, Wehrmann J, Amon U: Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener. *JDDG* 4/2005: 304 - 308
9. Cole WC, Roth HL, Sachs LB. Group Psychotherapy as an Aid in the Medical Treatment of Eczema. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1998; 18: 286-291
10. Diepgen T. Die atopische Hautdiathese. Gentner Verlag, Stuttgart, 1991
11. Diepgen TL. Rehabilitation von berufsbedingten Hauterkrankungen. *Hautarzt* 2005; 56: 637-643
12. Diepgen T. Berufsdermatosen. Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH, München, 1998
13. Ehlers A, Gieler U, Stangier U. Treatment of Atopic Dermatitis: A Comparison of Psychological and Dermatological Approaches to relaps Prevention. *Journal Consult Clinical Psychol* 1995; 63: 624-635
14. Ehken B, Möhrensclager M, Kugland B, Berger K, Quednau K, Ring J. Krankheitskostenstudie bei Patienten mit atopischem Ekzem in Deutschland. *Hautarzt* 2005; 56: 1144-1151
15. Erbstößer, S, Nellessen, G, Schuntermann, M (2003): FCE-Studie - FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit (Abschlussbericht). In: DRF-Schriften, Band 44: Sonderausgabe, 63
16. Gall K, Salzer B, Hornstein OP. Gruppensport als therapeutisches Adjuvans bei Neurodermitis. *Deutsches Ärzteblatt* 1997; 40: A-2564-2568
17. Gieler U, Hohmann M, Niemeier V et al., Cost Evaluation in Atopic Eczema. *J Dermatol Treatment* 1999; 10 (Suppl. 1): S15-S20
18. Gutenbrunner C, Hildebrandt G. Handbuch der Balneologie und medizinischen Klimatologie. Springer Verlag, Berlin, 1998
19. Hansmeier T, Vogt K, Spyra K, Müller-Fahrnow W. Zum Begriff und zur Messbarkeit der Rehabilitationsbedürftigkeit - Ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Untersuchungsansatz. *Die Rehabilitation* (1999) 2. Suppl. 38: S86-S92
20. Harth W, Gieler U. Psychosomatische Dermatologie. Springer, Heidelberg, 2006
21. Herd RM, Tidman MJ, Prescott RJ, Hunter JAA. The Cost of Atopic Eczema. 1996; 135: 20-23
22. Heuft G, Senf W. Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Thieme Verlag, Stuttgart, 1998
23. Hoegl L, Fichter M, Plewig G. Stationäre Verhaltensmedizin bei chronischen Hautkrankheiten. *Hautarzt* 1998; 49: 270-275
24. ICF www.dimdi.de (externer Link), Kurzform im DÄ 101, Heft 17 (2004) B990
25. Korting HC, Callies R, Reusch M, Schlaeger M, Sterry W: Dermatologische Qualitätssicherung - Leitlinien und Empfehlungen. ABW Wissenschaftsverlag, Berlin, 2007
26. Lange S, Zschocke I, Langhardt S, Amon U, Augustin M. Effekte kombinierter therapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 1999; 50: 791-797
27. Leitlinie Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener. *JDDG* 2008; 6: 510-513 sowie leitlinien.net
28. Leitlinie Neurodermitis: leitlinien.net; Werfel et al (2008)
29. Leitlinien für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin, leitlinien.net (2006)
30. Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut (2005): www.deutsche-rentenversicherung-bund.de (externer Link) Suche: Leitlinien Dermatologie
31. Maier-Riehle B, Schliehe F: Rehabilitationsbedarf und Antragsverhalten. *Die Rehabilitation* (1999) 2. Suppl. 38: S100-S115
32. Müller-Fahrnow W. Der Beitrag der Rehabilitationsforschung zur aktuellen Leitliniendiskussion. In: Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente? BfA (Hrsg.) 2000
33. Niederauer H. H., Schmidt-Ott G., Buhles N. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Dermatologischen Rehabilitation. *Hautarzt* 2005, 56: 631 - 636.
34. Novak N, Bieber T. Pathogenese des atopischen Ekzems. *JDDG* 2005; 3: 994-1004
35. Nürnberg W, Wehrmann J. Die dermatologische Rehabilitation - Fakten, Daten und Analysen. *JDDG* 2009; 7: 172-175
36. Nürnberg W. Stationäre Rehabilitation von chronischen Hauterkrankungen am Beispiel des atopischen Ekzems. *Hautarzt* 2005; 56: 644-648
37. Petermann F, Warschburger P (Hrsg.) Neurodermitis. Hogrefe, Göttingen, 1999
38. Peters M, Löwenberg H. Prognose und Behandlungserfolg bei stationärer psychotherapeutisch-dermatologischer Behandlung von

- Neurodermitispatienten. Hautarzt 1993; 44: 210-214
39. Raspe H, Héon-Kalin V: Zur empirischen Ermittlung von Rehabilitationsbedarf und Antragsverhalten. Die Rehabilitation (1999) 2.Suppl. 38: S. 100 - 115
40. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinien) nach § 92 Abs.1, Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16.03.2004 (BAnz.S.6769). In: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 17 (2004) B-986
41. Ring J. Neurodermitis. Ecomed Verlag, Landshut, 1998 Rychlik R, Kilburg A. The Basics of Health Economics: An Example from Dermatology. Dermatol Psychosom 2000, 1:105 - 109
42. Schäfer T. Alternativverfahren bei atopischem Ekzem. Allergo J 2008; 17: 466-475
43. Schlipphak A, Heidenreich T, Stangier U. Ambulante Rehabilitation von Neurodermitis-Patienten. Psychomed 1996; 8: 78 - 82
44. Stangier U, Gieler U, Ehlers A. Neurodermitis bewältigen. Springer, Berlin, 1996
45. Stangier U. Zur Praxis der Verhaltenstherapie bei dermatologischen Störungen. Z Dermatol 1999; 185: 82-86
46. Vieluf D, Ring J. Complications and Diseases associated with Atopic Eczema. In: Ruzicka T, Ring J, Przybilla B (Hrsg). Handbook of Atopic Eczema. Springer, Berlin, 1991, 54-79
47. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrg.) Das Qualitäts- sicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren. Band 18, 2000
48. Wehrmann J. Indikation für eine psychosomatisch-dermatologische Rehabilitationsbehandlung. Hautarzt 1996; 47: 253-257
49. Wehrmann J. Leitlinien zur dermatologischen Rehabilitation. Hautarzt 2005; 56: 626-630
50. Wüthrich B, Roll A, Fischer B, Senti G, Schmid-Grendelmeier P. Aktuelles zur atopischen Dermatitis (Neurodermitis). Allergologie 2005; 28: 92-104

Verfahren zur Konsensbildung

Autoren:

Norbert Buhles, Asklepios-Nordseeklinik, Westerland/Sylt
Jochen Wehrmann, Rothaarklinik, Bad Berleburg
Klaus-Dieter Hinsch, DRV-Klinik Borkum-Riff, Borkum
Wolf Nürnberg, Ostseeklinik Kühlungsborn

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

Erstellungsdatum:

08/2001

Letzte Überarbeitung:

11/2009

Nächste Überprüfung geplant:

10/2012

Zurück zum [Index Leitlinien der Dermatologie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

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 für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2009

© Dt. Dermatologische Ges. u.a.

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 10.05.2010; 14:23:52