



| | | | |
|--------------------------|----------------|----------------|-----------|
| AWMF-Register Nr. | 013/026 | Klasse: | S1 |
|--------------------------|----------------|----------------|-----------|

S1-Leitlinie

Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener - Aktualisierung 2015 (AWMF-Register: 013/026)

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 Tätigkeit am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Benachteiligungen sind 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 auch ein Teil des Qualitätsmanagements [4,35].

Kommentar 1: 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 [25]. 2006 wurden die „Leitlinien für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin mit allgemeinen Vorbemerkungen zur Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin“ veröffentlicht (AWMF-Register) [24].

Kommentar 2: Landläufig wird häufig noch von Kur, statt von Rehabilitation gesprochen, obwohl der Begriff „Kur“ im sozialmedizinischen und legislativen Gebrauch nur noch im Zusammenhang mit der „Mutter/Vater-Kind-Kur“ bzw. der „ambulanten Badekur“ Gebrauch findet. Eine Rehabilitationsmaßnahme beschränkt sich nicht auf wenige, meist ortsgebundene Heilmittel, verbunden mit Entlastung von alltäglichen Aufgaben (vergleiche Maßnahmen im Müttergenesungswerk), sondern beinhaltet eine multimodale Behandlung in einem multiprofessionellen Team unter sozialmedizinischer Leitung nach einem Behandlungsplan, der sich an den Einschränkungen der funktionalen Gesundheit (ICF) und der Förderung der Teilhabe orientiert.

In den letzten 2 Jahren ist von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in 6/2013 die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen“ erschienen [3], in der auch das atopische Ekzem eingehend berücksichtigt wird; seitens der DRV Bund existiert die Leitlinie zu „Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ von 1/2012 (Lang- und Kurzfassung) [13], die ebenfalls umfassende Informationen zum atop. Ekzem gibt.

Methodik

Grundlage der Formulierung bildete eine Literatursuche in den Datenbanken Medline und DIMDI. Bei der Erarbeitung der Leitlinie orientierten wir uns am AWMF-Regelwerk zur Leitlinienerstellung.

Die Leitlinie wurde von April bis Dezember 2000 von den Autoren Buhles, Wehrmann und Amon [9] im Rahmen eines Leitlinientreffens sowie mehrerer Telefonkonferenzen entwickelt. Sie wurde dann weiteren Experten vorgelegt und den relevanten Selbsthilfegruppen in diesem Bereich. Im Leitlinien-Clearing-Verfahren erfolgte eine Einstufung in Stufe 1 mit anschließender Veröffentlichung in Buchform [22] und im Dermatologischen Fachjournal [10]. 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 [4].

Eine Überarbeitung der Leitlinie seitens der AReD erfolgte zuletzt im Herbst 2014.

Eine finanzielle Förderung erfolgte nicht.

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) [26] ausgerichtete optimierte multimodale Therapie erreicht werden [28]. Dies schließt die berufliche Orientierung einer medizinischen Reha-Maßnahme ein [7]. In den letzten 10 Jahren ist ein steter Rückgang stationärer dermatologischer Rehabilitationsmaßnahmen des atop. Ekzems zu beobachten, möglicherweise Folge des erweiterten ambulanten Therapiespektrums. Gleichzeitig sind kombinierte dermatologisch-psychosomatische Rehabilitationen parallel zum Anstieg psychosomatischer Rehamaßnahmen gewachsen, so dass der Auflistung von Komorbiditäten, besonders psychischer Art, eine große Bedeutung zukommt [37].

Zielgruppe

Erwachsene Patienten mit atopischer Dermatitis [27,38], bei denen entweder die Erwerbsfähigkeit bedroht ist oder eine bedeutende Einschränkung in der alltäglichen Lebensführung droht oder besteht und die wegen der Komplexität der Störung [8,37] eines mehrdimensionalen, rehabilitativen Behandlungsansatzes bedürfen.

Kommentar 3: Die atopische Dermatitis (Synonym: Atopisches Ekzem, Neuro-dermitis, endogenes Ekzem u.v.m) 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.

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). Auch die Unfallversicherung führt Rehabilitationsmaßnahmen bei berufsbedingten Hauterkrankungen durch [11]. 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 [3].

Kommentar 4: Es liegen inzwischen „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ [13] 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 zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sind. Entsprechende FCE-Modelle sind immer einzusetzen [7,16].*

*Kommentar 5: 2004 wurde von der Bundesarbeits-gemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine „Rahmenempfehlung zur **ambulant** dermatologischen Rehabilitation“ abgegeben [2], die die Forderungen des SGB IX und der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) berücksichtigt. Ebenso wie die stationäre Rehabilitation geht auch diese von einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung aus und beinhaltet ein umfassendes, rehabilitations-spezifisches und interdisziplinäres Therapieangebot, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus physischen, psychischen, ökotrophologischen, sozialen und edukativen Komponenten besteht. 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

Die Umsetzung der Richtlinie zeigt deutliche regionale Unterschiede [29].

Bei der Wahl des Rehabilitationsortes sollten die therapeutisch gewünschte Allergenarmut, vermehrte UV-Strahlung oder reduzierte Umweltschadstoffe berücksichtigt werden (Klimatherapie) [6,33].

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 [5].

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 [2, 31]. 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 Rehabilitationsrichtlinie der GKV [31] aufgegriffen worden und schlägt sich in einem 4-seitigen Antragsvordruck (Formular 61) mit differenzierten Angaben zur Krankheitsgeschichte, -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.

„20% der Rehabilitanden mit körperlichen Grunderkrankungen, die in somatischen Reha-Einrichtungen behandelt werden, weisen psychische Begleit- und Nebenerkrankungen auf. Das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, ist bei Personen mit einer chronischen Erkrankung bis zu zweimal so hoch wie bei Gesunden... Um die Diagnostik und Therapie komorbider

psychischer Störungen in dem zeitlich begrenzten Rahmen der somatischen Rehabilitation zu verbessern, hat die DRV Bund eine Broschüre zur psychischen Komorbidität [12] herausgebracht (siehe auch [14], Positionspapier der DRV, S. 11).“

Als Screeningverfahren für den *psychosozialen* Bereich kommen beispielsweise der FLQA (Freiburg-Life-Quality-Assessment), der MHF (Marburger-Haut-Fragebogen [1]), der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) oder die Depressionsskala des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-9) (DRV 2014) [14] in Betracht.

Zeigt sich in der Zusammenschau mit Anamnese und psychischem Befund, dass eine bedeutsame psychosomatische Genese oder psychiatrische Komorbidität besteht, sollte eine Umstellung zu einer psychosomatisch dermatologische Rehabilitation erwogen und mit dem Pat. besprochen werden [13,36].

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

Als erstes FCE-Modell (Functional Capacity Evaluation) im Bereich Dermatologie/Allergologie hat Buhles den „Tätigkeitsgeprüften Hautschutz-Plan“ entwickelt. Als realitätsnahes Arbeitserprobungsverfahren für das (atopische) Handekzem wird die Funktionsdiagnostik auch auf die Teilhabe am Arbeitsleben fokussiert [16]. 2011 wurde das daraus entwickelte MBOR-Konzept publiziert [7].

Therapieziele

Entsprechend den erhobenen Befunden werden diese unter Beachtung der Möglichkeiten des Patienten (Erwartungen und Motivation), dem sozialmedizinischen Auftrag und den Rahmenbedingungen der Behandlungsdauer formuliert. Hierzu wird auf die Therapieziele im Indikationsbereich Dermatologie des Band 18 der VDR-Schriften von Januar 2000 hingewiesen [34] sowie für den psychischen Bereich auf das Manual zur Psy-BaDo [21]. Dabei ist heute die Anwendung der ICF [26,30] von zunehmender Bedeutung

Therapieelemente

Die Therapie der atopischen Dermatitis erfordert jeweils eine individuelle, stadienadaptierte und am Bedarf orientierte Kombination verschiedener Therapieelemente [28].

- externe Therapie
- systemische Therapie
- Phototherapie
- Hydro-(Balneo)therapie
- Klimatherapie [19]

- Diät
- Entspannungsverfahren
- Information/Schulung
- Sporttherapie [17]
- Psychotherapie.

Eine ausführliche Darstellung findet sich in der „Leitlinie Neurodermitis“, AWMF-Register 013/027; (Werfel et al. 2008) [23].

Folgende Therapieverfahren können aufgrund unzureichendem Wirksamkeitsnachweises gegenwärtig nicht empfohlen werden [32]: Homöopathie, Akupunktur, Eigenblutbehandlung und deren Modifikationen, Aromatherapie, autohomologe Immuntherapie nach Kief, Symbioselenkung, Colon-Hydro-therapie, Bioresonanztherapie.

Evaluation

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

Zur Erfassung psychosozialer Parameter soll ein Lebensqualitätsinventar (z. B. FLQA) oder ein krankheitsspezifisches Inventar (z. B. MHF) eingesetzt werden [1]. Kliniken, die von der DRV-Bund federführend belegt werden, unterliegen deren Qualitätssicherungskonzept und erhalten regelmäßig Auswertungen zum Behandlungserfolg, zur Patientenzufriedenheit, zum sozialmedizinischen Verlauf (2 Jahre nach der Reha) und zur Behandlungsqualität durch ein peer review.

Ökonomische Parameter

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

Kommentar 6: 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 [15, 18, 20]. Diese Kosten gilt es zu senken, da die Inzidenz der atopischen Dermatitis weiter ansteigt.

Implementierung

Diese Leitlinie hat Eingang gefunden in die DRV-Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Kapitel Krankheiten der Haut [5,13].

Als Gültigkeitszeitraum werden 3 Jahre angesetzt.

17.5.2017: Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch
das Leitliniensekretariat verlängert bis 30.12.2019

Literatur

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/Publikationen/Broschueren, Thema: med. Reha, Stichwort: Rahmenempfehlung zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation
3. BAR (6/2013) „Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen“
4. Beckmann U, Klosterhuis H, Mitschele A. Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung - Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. *Deutsche Angestellten Versicherung* 2005; 431-438
5. Buhles N. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Auflage. Hrsg.: Deutsche Rentenversicherung (DRV). Springer Verlag 2011: Kapitel 20
6. Buhles N, Kappes S. Klimatherapie in der Dermatologie auf Sylt. *Ästhetische Dermatologie*; 1/2012:2-6
7. Buhles N, Kurrat W, Glaser-Möller N. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation von Gewerbedermatosen. *vffr-news* 02/2011:11-13
8. Buhles N, Seifart C. Entwurf einer klinisch/sozialmedizinischen Einteilung der relevanten Schweregrade bei Neurodermitis (ND) *Derm* 2000; 6:363-366
9. Buhles N, Wehrmann J, Amon U. Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener. *JDDG* 4/2005: 304-308
10. Buhles N, Wehrmann J, Hinsch KD, Nürnberg W: S1-Leitlinie: Dermatologische Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener. *JDDG* 7/2011:1-5
11. Diepgen T. Berufsbedingte Hauterkrankungen. *JDDG* 5/2012: 297-314
12. DRV Bund (2011) Psychische Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Berlin
13. DRV Bund (1/2012) Leitlinie zu „Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“
14. DRV Bund (2014) Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Berlin
15. Ehlken B, Möhrenschrager M, Kugland B et al. Krankheitskostenstudie bei Patienten mit atopischem Ekzem in Deutschland. *Hautarzt* 2005; 56:1144-1151
16. Erbstößer, S, Nellessen, G, Schuntermann, M. FCE-Studie – FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit (Abschlussbericht). In: DRF-Schriften, Band 44: Sonderausgabe, 63 ; 2003

17. Gall K, Salzer B, Hornstein OP. Gruppensport als therapeutisches Adjuvans bei Neurodermitis. Deutsches Ärzteblatt 1997; 40: A-2564-2568
18. Gieler U, Hohmann M, Niemeier V et al., Cost Evaluation in Atopic Eczema. J Dermatol Treatment 1999; 10 (Suppl. 1): S15-S20
19. Gutenbrunner C, Hildebrandt G. Handbuch der Balneologie und medizinischen Klimatologie. Springer Verlag, Berlin, 1998
20. Herd RM, Tidman MJ, Prescott RJ, Hunter JAA. The Cost of Atopic Eczema. 1996; 135:20-23
21. Heuft G, Senf W. Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Thieme Verlag, Stuttgart, 1998
22. Korting HL et al.: Dermatologische Qualitätssicherung - Leitlinien und Empfehlungen ABW-Wissenschaftsverlag 6/2009:968-973
23. Leitlinie Neurodermitis: leitlinien.net; Werfel et al. (2008)
24. Leitlinien für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin, leitlinien.net (2006)
25. Müller-Fahrnow W. Der Beitrag der Rehabilitationsforschung zur aktuellen Leitliniendiskussion. In: Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente? BfA (Hrsg.) 2000
26. 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.
27. Novak N, Bieber T. Pathogenese des atopischen Ekzems. JDDG 2005; 3:994-1004
28. Nürnberg W. Stationäre Rehabilitation von chronischen Hauterkrankungen am Beispiel des atopischen Ekzems. Hautarzt 2005; 56:644-648
29. Nürnberg W, Wehrmann J. Die dermatologische Rehabilitation - Fakten, Daten und Analysen. JDDG 2009; 7:172 - 175
30. Nürnberg W, Vieluf D. Die ICF-basierte Rehabilitation von chronisch atopischen Erkrankungen. Allergologie 2010, 33:271-278
31. 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
32. Schäfer T, Alternativverfahren bei atopischem Ekzem. Allergo J 2008; 17:466-475
33. Schuh A, Nowak D. Klimatherapie im Hochgebirge und im Meeresklima. Dtsch Med Wochenschr 2011; 136:135-139
34. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger - VDR (Hrsg.) Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren. Band 18, 2000
35. Wehrmann J. Leitlinien zur dermatologischen Rehabilitation. Hautarzt 2005; 56: 626-630
36. Wehrmann J. dermatologisch-psychosomatische Rehabilitation. Hautarzt 2010; 61:317-322
37. Wehrmann J. Multimodalen Ansätzen gehört die Zukunft. hautnah dermatologie 2013; 337-340
38. Wüthrich B, Roll A, Fischer B et al. Aktuelles zur atopischen Dermatitis (Neurodermitis). Allergologie 2005; 28: 92-104

Verfahren zur Konsensbildung

Autoren:

Jochen Wehrmann, HELIOS-Rehazentrum Bad Berleburg, Rothaarklinik

Norbert Buhles, Asklepios-Nordseeklinik, Westerland/Sylt

Klaus-Dieter Hinsch, privatärztliche Hautarztpraxis HH

Wolf Nürnberg, DRV Mitteldeutschland, Leipzig

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

Erstellungsdatum

08/2001

Letzte Überarbeitung

12/2014

Nächste Überprüfung geplant:

10/2017

17.5.2017: Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch das Leitliniensekretariat verlängert bis 30.12.2019

Anhang

Interessenkonflikterklärung

| Name | Berater- bzw. Gutachterstätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinprodukt-industrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung | Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung | Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung | Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/ Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz) | Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft | Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft | Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/ Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung | Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten | Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante Arbeitgeber der letzten 3 Jahre |
|--|--|--|---|---|---|---|--|---|---|
| Norbert Buhles (Leitlinienkoordinator) | Nein | Nein | Nein | Nein | Besitz von Dachfonds, die wahrscheinlich auch Anteile an Unternehmen der Gesundheitswirtschaft haben | Nein | Leiter der Subkommission ‚Rehabilitation‘ der Kommission für Qualitätssicherung in der Dermatologie | Nein | Asklepios Nordseeklinik Norderstraße 81 25980 Westerland / Sylt |
| Klaus-Dieter Hinsch | Advisory Board Galderma | Galderma, Abbott und Garnier | Nein | Nein | Nein | Nein | Mitglied der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft | Nein | Niedergelassener Hautarzt in privatärztlicher Hautarztpraxis in Hamburg |
| Wolf Nürnberg | Seit 2012 Teilbereichsleiter in der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland | Nein | Nein | Miterfinder von ‚Treibgasfreie schaubildende Systeme, deren Herstellung sowie deren kosmetische, | Nein | Nein | Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der DDG (AReD) | Nein | Seit 2012 Teilbereichsleiter in der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland. Zuvor Chefarzt und ärztlicher |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---|------|------|--|------|------|------|------|--|
| | | | | dermatologische und hygienische Anwendung', Anmelde­nummer 05021762.9, Europäisches Patentamt, Anmeldetag 29.11.2005; Miterfinder von ‚Hydrophile bzw. amphiphile Zubereitungen auf natürlicher Basis‘, Europäische Nachanmeldung zu DE 10 2005 036 160.9 / EP 06013550, Anmeldetag 02.08.2005 | | | | | Direktor der Ostseeklinik Kühlungsborn (Rehabilitationsklinik) |
| Jochen Wehrmann | Aufsichtsratsmitglied der Wittgensteiner Kliniken, Tochter von HELIOS | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Helios Rehazentrum Bad Berleburg Arnikaweg 1 57319 Bad Berleburg |

17.5.2017: Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch
das Leitliniensekretariat verlängert bis 30.12.2019

| | |
|-------------------------------------|---------|
| Erstellungsdatum: | 08/2001 |
| Überarbeitung von: | 12/2014 |
| Nächste Überprüfung geplant: | 10/2017 |

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