

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

→ Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit
bei Krankheiten der Haut

→ Januar 2012



Hinweis:

Den Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften, Rehabilitationseinrichtungen und Verwaltungen der Deutschen Rentenversicherung, die an der Erstellung der vorliegenden Leitlinie beteiligt waren, sei an dieser Stelle für ihr Engagement und ihre konstruktiven fachlichen Beiträge vielmals gedankt.

Ansprechpartner

Die fachliche Betreuung der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung erfolgt im Bereich 0440 „Sozialmedizin“.

Als Ansprechpartner für die „Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ (Stand: 10.10.2011) stehen zu Ihrer Verfügung:

Dr. med. Hanno Irle

Bereich 0440
Tel. 030 865 39320
E-Mail: dr.hanno.irle@drv-bund.de

Dr. med. Johannes Falk

Bereich 0440
Tel. 030 865 35534
E-Mail dr.johannes.falk@drv-bund.de

Leitlinie im Internet

Die Leitlinie ist auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zugänglich unter: www.deutsche-rentenversicherung.de (Pfad: Angebote für spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung > Leitlinien zur Begutachtung)

Inhaltsverzeichnis

Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut – Langfassung	4–30
1. Sozialmedizinische Bedeutung	4
2. Bio-psycho-soziales Modell und ICF	6
3. Sachaufklärung	9
4. Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit	10
4.1 Atopische Dermatitis	10
4.1.1 Klinische Erscheinungsformen und Therapieansätze	10
4.1.2 Therapieprobleme	13
4.1.3 Risikofaktoren	13
4.1.4 Besondere berufliche Belastungen	13
4.2 Psoriasis vulgaris	14
4.2.1 Klinische Erscheinungsformen und Therapieansätze	14
4.2.2 Therapieprobleme	16
4.2.3 Risikofaktoren	17
4.2.4 Besondere berufliche Belastungen	17
4.3 Ausgewählte Krankheiten	17
4.3.1 Hand- und Fußekzem	17
4.3.2 Lichen ruber planus	18
4.3.3 Vitiligo	19
5. Psychosomatik in der Dermatologie	20
6. Rehabilitationsdauer und -ort	23
7. Erstellungsprozess der Leitlinie	24
8. Literatur	28
Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut – Kurzfassung	31–32
Tabellen:	
Tab. 1: Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	4
Tab. 2: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	5
Tab. 3: Beispiel für das Übersetzen von Inhalten eines sozialmedizinischen Gutachtens in die ICF-Terminologie	7
Tab. 4: Haupt- und Nebenkriterien bei der Diagnose der atopischen Dermatitis	12

1. Sozialmedizinische Bedeutung

Im Jahr 2010 wurden im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung für Versicherte mit Hautkrankheiten 10.830 überwiegend stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt (ICD-10-Nr. C43-44, L00-L99, M07.0-07.3, M09.0), das sind 1,3 % der gesamten stationären Leistungen (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Erwachsene, Deutsche Rentenversicherung, 1. Diagnose, 2010 – ohne Kinderrehabilitation

ICD 10	Frauen	Männer	Gesamt
L00-L99 + M07.0-07.3 + C43-44:			
Krankheiten der Haut und der Unterhaut einschließlich psoriatischer Arthritiden & maligner Hautkrankheiten	5.653	5.177	10.830
davon:			
L20 Atopisches (endogenes) Ekzem	1.447	827	2.274
L40 Psoriasis*	1.886	2.434	4.320
L00-99 ohne L20 und L40 Sonstige nicht-maligne Hautkrankheiten	668	516	1184
M07.0-M07.3 Psoriatische Arthritiden	475	421	896
M09.0 Juvenile Arthritis bei Psoriasis	1	1	2
C43 Bösartiges Melanom der Haut	972	758	1730
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	204	220	424
A00-Z99 alle Diagnosen	465.947	494.783	960.730
* Hierin ist die Untergruppe L40.5 Psoriasis-Arthropathie mit insgesamt 657 Leistungen enthalten (345 für Frauen und 312 für Männer). Dieses Krankheitsbild wird auch mit einer M-Diagnose verschlüsselt, siehe ICD-10 M07.0-07.3 beziehungsweise M09.0.			
Deutsche Rentenversicherung: Rehabilitation 2010, Vierstellige Diagnosenauswertung von Reha-Leistungen, Reha-Statistik Datenbasis (RSD) der Deutschen Rentenversicherung			

Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wurden bei Versicherten mit Krankheiten der Haut nur in geringem Umfang durchgeführt. Bei Kinderrehabilitationen nehmen Hautkrankheiten (ICD-10 Nr. L00-99, M09.0, C43 + 44) mit 2.932 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die vierthäufigste Indikation ein (nach Asthma bronchiale, psychischen und Verhaltensstörungen sowie Adipositas in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren und anderen Erkrankungen).

Atopische Dermatitis [atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, Neurodermitis (constitutionalis)] und Psoriasis vulgaris stellen die häufigsten Indikationen für eine medizinische Rehabilitation bei Hautkrankheiten dar und haben entsprechend die größte sozialmedizinische Bedeutung. Im Jahr 2010 waren 85 % aller nicht-bösartigen Hautkrankheiten durch atopische Dermatitis und Psoriasis repräsentiert.

Aspekte der Rehabilitationsbedürftigkeit bei bösartigen Neubildungen sind gesondert behandelt in der Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung – Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten (siehe www.deutsche-rentenversicherung.de).

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurden im Jahr 2010 für Versicherte mit Hautkrankheiten 681mal wegen nicht-bösartiger Erkrankungen sowie 315 mal wegen bösartiger Neubildungen ausgesprochen. Der Anteil an der Gesamtheit der Rentenzugänge beträgt damit 0,6% (siehe Tabelle 2).

**Tab. 2: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Deutsche Rentenversicherung, 1. Diagnose, 2010**

ICD 10	Frauen	Männer	Gesamt
L00-L99 + C43-44: Krankheiten der Haut und der Unterhaut einschließlich maligner Hautkrankheiten ohne M-Diagnosen	512	484	996
davon:			
L20 Atopisches (endogenes) Ekzem	36	37	73
L40 Psoriasis	136	96	232
L40.5 Psoriasis-Arthropathie	69	41	110
L00-99 ohne L20 und L40/40.5 Sonstige nicht-maligne Hautkrankheiten	135	115	250
M07 Psoriatische Arthropathien	100	72	172
M09.0 Juvenile Arthritis bei Psoriasis	0	0	0
C43 Bösartiges Melanom der Haut	129	146	275
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	17	23	40
A00-Z99 alle Diagnosen	85.989	94.763	180.752
Deutsche Rentenversicherung: Rentenzugang 2010, Statistik-Band 183			

2. Bio-psycho-soziales Modell und ICF

Die WHO hat 2001 empfohlen, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health) im Bereich des Gesundheitswesens einzusetzen. Neben dem diagnosebezogenen medizinischen Dokumentationssystem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wurde damit eine neue Klassifikation eingeführt, der das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Gesundheit zu Grunde liegt.

Danach lässt sich Gesundheit oder Behinderung nicht allein durch medizinisch erfassbare Defizite oder durch Benennen von verbliebenen Fähigkeiten beschreiben. Für die Charakterisierung von Gesundheit oder Behinderung ebenso wichtig sind die Möglichkeiten einer Person, aktiv am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Diese Faktoren können durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen positiv und negativ geprägt werden.

Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person sollen durch die international standardisierte Sprachregelung der ICF besser beschrieben werden. Die umfangreiche Erfassung von Komponenten der Gesundheit einer Person soll unter anderem dazu beitragen, Rehabilitationsmöglichkeiten besser nutzen zu können und die sektorenübergreifende Versorgung zu optimieren.

Konzept und Begriffssystem der ICF haben bereits im Jahr 2001 ihren Niederschlag im Neunten Buch Sozialgesetzbuch („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, SGB IX) gefunden.

Die Implementierung der ICF in die sozialmedizinische Praxis erfordert jedoch eine weitere Differenzierung und Operationalisierung sowie eine Abstimmung im Expertenkreis. Die Anwendung und Umsetzung der ICF im klinischen Alltag ist aktuell noch unzureichend; die Diskussion in Wissenschaft und Praxis über die Anwendung, Umsetzung und Reichweite der ICF noch nicht abgeschlossen. Während Konzept und Sprache der ICF bereits einen umfangreichen Eingang in verschiedene Bereiche der gesundheitlichen Versorgung gefunden haben, bleiben Anwendungen der Kodierung eher projektbezogen.

Zum Beispiel ist bei der Psoriasis auf der Ebene von Körperfunktionen und -strukturen die Haut betroffen, bei der Psoriasis-Arthropathie zusätzlich die Gelenke.

Auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe einer Person wird unter anderem das Ausmaß der bestehenden Einschränkungen sowie das Profil der noch verbliebenen Fertigkeiten, Tätigkeiten und Ressourcen in Alltag und Beruf ermittelt. Einschränkungen der Aktivitäten bei Personen mit Psoriasis hängen von der Ausprägung der Symptomatik ab. Beeinträchtigungen können unter anderem durch Hautveränderungen in sichtbaren Körperbereichen hervorgerufen werden, zum Beispiel im Bereich der Hände. Die Einschränkungen werden modifiziert durch die subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit.

Die Teilhabe betrifft Fragen der Eingliederung, des Einbezogenenseins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Zu den Lebensbereichen zählen unter anderem Ausbildung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Familie und Haushaltsführung sowie Freizeit und Benutzung von Verkehrsmitteln. Eine Einschränkung der Teilhabe kann sich zum Beispiel aus beruflichem Abstieg, Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolierung und Stigmatisierung oder Verlust sozialer Unterstützung ergeben.

In Ergänzung zu der Ebene der Teilhabe werden in der ICF Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) eingeführt. Sie dienen der Feststellung, welche Faktoren die Teilhabe beeinträchtigen beziehungsweise verhindern (Barrieren) und welche Faktoren die Teilhabe trotz des gesundheitlichen Problems ermöglichen oder erleichtern (Förderfaktoren). Zu den Kontextfaktoren zählen unter anderem die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, die Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, die Unterstützung durch Hilfspersonen oder der Zugang zu Dienstleistungen von Verbänden und Vereinen (zum Beispiel Trainingsgruppen, Nichtrauchertraining). Individuelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit sind als Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Bewertung gleichfalls von Bedeutung.

In Tabelle 3 werden am Beispiel der Symptomatik in Folge einer Psoriasis das bio-psycho-soziale Modell und die Anwendungsmöglichkeiten der ICF exemplarisch dargestellt.

Tab. 3: Beispiel für das Übersetzen von Inhalten eines sozialmedizinischen Gutachtens in die ICF-Terminologie

Klinische Diagnose des Gesundheitsproblems: Psoriasis vulgaris, ICD-10 Kodierung der Krankheit: L40

ICF-Kapitel: Körperfunktionen		
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item	ICF-Kode
Erythemato-squamöse Hautveränderungen mit Juckreiz	Auf die Haut bezogene Empfindungen, zum Beispiel Juckreiz	b840
Psoriasis palmaris et plantaris mit eingeschränkter Greiffunktion und Gehfähigkeit	Schutzfunktionen der Haut	b810
	Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen	b770
Psoriatische Tüpfelnägel und Trachyonychia psoriatica	Funktionen der Nägel	b860
ICF-Kapitel: Körperstrukturen		
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item	ICF-Kode
Gerötete, scharf begrenzte Effloreszenzen mit silbrig glänzender Schuppung an den Streckseiten der Extremitäten	Haut der oberen Extremitäten	s8102
	Haut der unteren Extremitäten	s8104
Psoriasis capitis	Haut des Kopfes	s8100
Psoriasis-Effloreszenzen an den Handinnenflächen	Haut der oberen Extremitäten	s8102
Psoriasis-Effloreszenzen an den Fingernägeln	Fingernägel	s8300

ICF-Kapitel: Aktivitäten		
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item	ICF-Kode
Übliche Tätigkeiten können durchgeführt werden	Die tägliche Routine durchführen	d230
Tragen der 10 kg schweren Tasche beschwerlich	Gegenstände anheben und tragen	d430
Beeinträchtigungen durch sichtbare psoriatische Veränderungen an Händen und Kopfhaut	Komplexe interpersonelle Interaktionen	d720
Fehler durch Arbeiten unter Zeitdruck	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	d240
ICF-Kapitel: Teilhabe		
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item	ICF-Kode
Eingeschränkte Wahl beruflicher Tätigkeiten	Bezahlte Tätigkeiten	d850
Für Sport und Theaterbesuche zu müde	Erholung und Freizeit	d920
ICF Kapitel: Umweltfaktoren (Kontextfaktoren)		
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item	ICF-Kode
Praxisaufgabe des Internisten	Fachleute der Gesundheitsberufe	e355
ICF Kapitel: Personbezogene Faktoren (Kontextfaktoren)		
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item	ICF-Kode
40 Jahre alt, Tätigkeit im Elektrogewerbe, verheiratet; hoher Zeitaufwand für Hautpflege.	Personbezogene Faktoren sind ohne ICF-Item und nicht zu kodieren.	?

3. Sachaufklärung

Die **krankheitsspezifische Sachaufklärung** umfasst Angaben zur Anamnese, zu bisheriger Therapie einschließlich Verträglichkeit und Wirksamkeit, Risikofaktoren und -verhalten sowie zur Familienanamnese. Wichtig sind Angaben zur Umwelt, insbesondere krankheitsfördernde/-verstärkende sogenannte Triggerfaktoren (zum Beispiel häusliche Umgebung, Freizeitgestaltung, Tierkontakte, Medikamenteneinnahme, spezielle Belastungsfaktoren) und Abhängigkeit der Erkrankung von Sonnenlicht oder Jahreszeit. In der Berufs- und Sozialanamnese sind Arbeitsplatzbezug und Expositions-faktoren (zum Beispiel Nässe, Kälte, Hitze, Staub, allergieauslösende Arbeitsstoffe) ausführlich zu dokumentieren.

Bei der Befunderhebung im Rahmen der **körperlichen Untersuchung** werden Primäreffloreszenzen (zum Beispiel Makula, Urtica, Papula) von Sekundäreffloreszenzen (zum Beispiel Crusta, Squama) unterschieden. Der Ort der Primärmanifestation, der Befall von Prädilektionsstellen, die Reaktion der Haut auf physikalische Reize (zum Beispiel Dermographismus, Kälte, Wärme, Druck) sowie Lokalisation, Ausdehnung und Anordnung der Hautveränderungen können von richtungweisender Bedeutung für die differentialdiagnostischen Überlegungen sein.

Bei einigen Krankheitsbildern bedarf die Diagnose der Absicherung durch komplementäre Verfahren wie zum Beispiel **Biopsie** und **dermatohistopathologische Untersuchung, Erhebung des Erlanger Atopie-Score** (modifiziert nach Diepgen et al.), **Allergieteste, infektiologische** oder **serologische Untersuchungen**. Dementsprechend sind die Ergebnisse gegebenenfalls vorliegender Untersuchungen von besonderer Bedeutung.

Andere als die Haut betreffende Befunde sind zu berücksichtigen, wenn sich eine Erkrankung zusätzlich an weiteren Organen manifestiert, zum Beispiel bei der Psoriasis arthropathica, oder bei den Komorbiditäten.

Aus der **dermatologischen Allergologie** sind hervorzuheben:

- die epikutane Hauttestung bei allergischen Erkrankungen vom Typ IV nach Gell und Coombs. Die Zunahme einer entzündlichen Lokalreaktion im Rahmen der standardisierten Ablesung nach 24, 48 und 72 Stunden („Crescendo-Reaktion“) spricht für eine Typ IV-Kontaktallergie, die Abnahme („Decrescendo-Reaktion“) für eine irritative Testreaktion.
- die Kutantestung in Form einer Prick-, Intrakutan- oder Scratch-Testung zum Nachweis einer Typ I-Reaktion nach Gell und Coombs. Sie dient dem Nachweis von Sofort-Typ-Allergien gegen höhermolekulare Allergene in Pollen, Lebensmitteln, Milben, Tierepithelien und Schimmelpilzsporen. Auch eine Variante, der sogenannte Reibetest, dient bei manchen Nahrungsmitteln dem Nachweis einer Typ-I-Allergie. Ergänzend kommen serologische Untersuchungen in Betracht, unter denen besonders der Nachweis allergenspezifischer IgE-Antikörper im Serum von Bedeutung ist.

Bei jeder Allergietestung muss die anamnestische und klinische Relevanz des Testergebnisses in die Beurteilung obligat eingehen. Nicht jede positive Testreaktion ist von Bedeutung für das zu beurteilende Krankheitsbild.

4. Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit

Wesentliche Kriterien für die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit von Versicherten mit Hauterkrankungen sind neben der Ausprägung der klinischen Erscheinungen die Häufigkeit von Rezidiven chronischer Hautkrankheiten trotz ausreichender Therapie, stattgehabte stationär behandlungspflichtige Exazerbationen der Hauterkrankung und das Vorliegen besonderer Risikofaktoren für Rezidive (berufliche Belastungsfaktoren wie häufige Reinigung oder Desinfektion der Haut, erhöhte Infektionswahrscheinlichkeit der Haut, psychische und/oder soziale Belastungen) sowie die funktionelle Beeinträchtigung (zum Beispiel schmerzhafteste Bewegungseinschränkung bei Beteiligung von Handflächen und Fußsohlen; hier resultiert trotz mitunter geringer Befundausdehnung eine deutliche Minderung von Aktivitäten und Teilhabe).

4.1 Atopische Dermatitis (ICD-10 L20)

Die atopische Dermatitis gehört neben allergischer Rhinitis und/oder Konjunktivitis sowie extrinsisches (allergisches) Asthma bronchiale zu den atopischen Erkrankungen. Die Prävalenz atopischer Erkrankungen wird auf etwa 20 % der Bevölkerung geschätzt, in etwa der Hälfte der Fälle manifestiert sich die atopische Konstitution als atopische Dermatitis.

Nahrungsmittelallergien können im Rahmen der atopischen Dermatitis eine bedeutende Rolle zum Beispiel als Triggerfaktoren einnehmen, gehören im eigentlichen Sinn aber nicht zu den atopischen Erkrankungen.

4.1.1 Klinische Erscheinungsformen und Therapieansätze

Die atopische Dermatitis ist eine entzündliche, nichtinfektiöse, chronische oder chronisch-rezidivierende Hauterkrankung mit starkem Juckreiz und typischen Erscheinungsbildern in verschiedenen Lebensaltern unter anderem auf dem Boden einer genetischen Verankerung. Nach Kontakt mit Allergenen (zum Beispiel Hausstaubmilben, Tierepithelien, Pilzsporen, Stäuben im Berufsleben, Nahrungsmittelallergenen wie zum Beispiel Eiweiß, Fisch, Obst, Gemüse, Konservierungsstoffen) folgt eine gegenüber der Norm verstärkte Bildung von Antikörpern der Klasse IgE. Die atopische Dermatitis manifestiert sich oft bereits im Säuglingsalter; mit zunehmendem Alter des Betroffenen wechseln gewöhnlich morphologische Ausprägung und Akuität der Hauterscheinungen. Während bei Säuglingen der sogenannte Milchschorf auftreten kann mit einem juckenden, stark nässenden und verkrusteten Ekzem meist auf dem behaarten Kopf und im Gesicht, imponieren im Kindesalter eine Trockenheit der gesamten Haut sowie typische Effloreszenzen an den Beugeseiten der Extremitäten. Betroffen sind vor allem Ellenbeugen, Kniekehlen, Handgelenke und Fußrücken, außerdem der Nacken.

Bei chronischer Entzündung kommt es zu einer Lichenifikation, die im Jugend- und Erwachsenenalter oft weiter zunimmt und das gesamte Integument betreffen kann. Exkoriationen und Erosionen sind Ergebnis des starken Juckreizes, der das entzündliche Geschehen weiter aufrechterhalten kann. Anfallsartig auftretender oder permanenter quälender Juckreiz kann zu Schlaflosigkeit, Übermüdung, Leistungsminderung und depressiver Stimmung führen. Die Prurigoform (Knoten) der atopischen Dermatitis kann bereits im frühen Erwachsenenalter auftreten, ist jedoch insbesondere für das höhere Lebensalter typisch. Im höheren Lebensalter verliert sich die Betonung der Beugeseiten. Die Haut ist trocken, sie schuppt, ist entzündlich gerötet oder zeigt Rhagaden und nässt.

Die in Tabelle 4 genannten Kriterien dienen der Diagnostik der Erkrankung. Bei Erfüllung von jeweils drei Haupt- und vier Nebenkriterien kann die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden. Zur Dokumentation der Akuität hat sich im europäischen Schrifttum der „SCORAD“ (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) etabliert, in dem die Intensität der Hautveränderungen sowie deren flächenhaftes Ausmaß, daneben aber auch subjektive Parameter (Schlaflosigkeit, Juckreiz) miteinander abgeglichen werden.

Die Therapie umfasst außer einer angestrebten Allergenkarenz (bekannter und relevanter Allergene) und möglichst weitgehender Elimination anderer auslösender Faktoren in erster Linie eine antientzündliche Lokalbehandlung der Dermatitis. Neben dem Einsatz von Glukokortikoiden und Calcineurininhibitoren (Tacrolimus, Pimecrolimus) wird als Grundlage der Behandlung eine Basistherapie mit pflegenden Dermatika angesehen, gegebenenfalls unterstützt durch Anwendung von Polidocanol (gegen Juckreiz), Gerbstoffe (zum Beispiel Tannin, besonders bei Hyperhidrosis), Antiseptika (Chlorhexidin, Triclosan), Antimykotika (bei sekundärer Pilzinfektion) und Salizylsäure (bei Keratosen an Händen und Füßen). Antientzündlich und antiproliferativ wirken auch Teerpräparate.

Eine UV-Phototherapie stellt eine mögliche Interventionsbehandlung dar. Hier stehen insbesondere die UVA1-Hochdosistherapie (akuter, schwerer Schub) als auch die UVB-Therapie (mittelgradig ausgeprägter Befund) zur Verfügung.

Bei therapieresistenten Verläufen werden systemisch immunsuppressive Substanzen (insbesondere Ciclosporin) eingesetzt.

Als Komplikation auftretende Infektionen werden – lokal oder systemisch – je nach Erreger antibakteriell, antimykotisch oder antiviral behandelt.

Unverzichtbar ist die Patientenschulung, die eigenverantwortliches Handeln unterstützt und sich insbesondere mit der Prävention, der adäquaten lokalen Therapie, den Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen sowie Copingproblemen befasst.

Abnahme der Allergenbelastung, reduzierte Luftfeuchtigkeit und Zunahme der UV-Strahlung sind für die begleitende Klimatherapie im Hochgebirge von Bedeutung. Die Klimatherapie auf Nordsee-Inseln oder im Ostsee-Küstenbereich zeichnet sich ebenfalls durch Allergenarmut und Reduktion von Umweltschadstoffen sowie zusätzlich durch reizklimatische Einflüsse aus.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit hängt grundsätzlich ab

- vom Verlauf der atopischen Dermatitis
- von Ausdehnung und Lokalisation
- vom Ansprechen auf Therapeutika.

Tab. 4: Haupt- und Nebenkriterien bei der Diagnose der atopischen Dermatitis

a) Hauptkriterien

- Juckreiz
- Ekzem in typischer Morphe und Verteilung
- chronischer und/oder rezidivierender Verlauf
- persönliche oder Familienanamnese für Atopie

b) Nebenkriterien

objektive klinische Symptome

- Ichthyosis vulgaris, Keratosis pilaris, Vertiefung der Handlinien
- Hand- und Fußekzem (Dyshidrosis, „atopic winterfeet“)
- Mamillen- und Lippenekzeme, Pityriasis alba, Faltenbildung am seitlichen Hals
- perifollikuläre Betonung des Ekzems
- Milchschorf im Kleinkindalter

subjektive klinische Symptome

- Juckreiz beim Schwitzen
- Unverträglichkeit von Wolle und Fettlösungsmitteln

immunologische Abweichungen – Typ I

- erhöhte IgE-Serumspiegel (polyklonal)
- erhöhte Hautreaktionen bei Prick- und Intrakutantestungen
- Nahrungsmittelintoleranzen

immunologische Abweichungen – Typ IV

- Neigung zu Hautinfektionen (bes. durch Staphylococcus aureus und Herpes simplex)
- erniedrigte Sensibilisierbarkeit auf potente Kontaktallergene wie DNCB oder Rhus

funktionelle Anomalien

- zentrale Gesichtsblassheit oder Gesichtserothem
- Schweißausbrüche
- weißer Dermographismus
- Verschlimmerung durch emotionale und äußerliche Einflüsse
- fehlender oder abgeschwächter Rachen- und Kornealreflex

Anomalien des Auges und des umgebenden Gewebes

- rezidivierende Konjunktivitis
- infraorbitale doppelte Lidfalte (Dennie-Morgan-Falte)
- Keratokonus
- anteriore und/oder posteriore subkapsuläre Katarakte
- periorbitale Pigmentierung

Sönnichsen 1996, nach Rajka und Hanifin

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor – in Abhängigkeit von individuellen klinisch-medizinischen 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 beziehungsweise durch die Lokalisation bedingte funktionelle Einschränkungen**
- **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.**

Komorbidität mit anderen atopischen Erkrankungen im Bereich der Atmungsorgane oder des Gastrointestinaltrakts (zum Beispiel allergisches Asthma bronchiale, Nahrungsmittelallergie) kann **Rehabilitationsbedürftigkeit** auch bei weniger ausgeprägten Hauterscheinungen bedingen.

Bei Licht- oder Sonnenempfindlichkeit beziehungsweise spezieller relevanter Sensibilisierung müssen Jahreszeit und Rehabilitationsort Beachtung finden.

Bei chronisch-stationärer Form der atopischen Dermatitis in geringer Ausprägung sowie bei Krankheitsbildern mit nur wenigen Schüben pro Jahr, die aber auf die lokale Therapie gut ansprechen, besteht **keine Rehabilitationsbedürftigkeit**.

4.1.2 Therapieprobleme

Bei chronisch-rezidivierenden Verlaufsformen durch ein nachgewiesenes Allergen und möglicher, aber nicht erfolgter Allergenkenz ist die **Rehabilitationsbedürftigkeit besonders kritisch** zu beurteilen. Bei mangelnder Compliance ist die Problematik der Motivation zu beachten. Vorrangig ist die fachärztliche dermatologische Betreuung.

4.1.3 Risikofaktoren

Als Risikofaktoren werden Manifestation oder Ausprägung der atopischen Dermatitis beeinflussende Umstände angesehen. Das klinische Zustandbild kann beeinflusst werden zum Beispiel von Infekten, ubiquitären beziehungsweise schwer meidbaren häuslichen/beruflichen Allergenen oder psychosozialen Belastungen.

Das Vorliegen von Risikofaktoren führt auch bei geringer Ausprägung der Erkrankung zur Rehabilitationsbedürftigkeit. Hierdurch werden Schulungsmaßnahmen erforderlich, die die Ausprägung der Erkrankung positiv beeinflussen.

4.1.4 Besondere berufliche Belastungen

Liegen bei Versicherten mit einer atopischen Dermatitis besondere berufliche Belastungen vor, kann eine medizinische Rehabilitation allein die erhebliche Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit nicht beheben. Es muss ergänzend geprüft werden, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sind.

Im Einzelfall sind folgende Einflüsse zu prüfen: irritative Reizung durch tätigkeitsbedingte starke Verschmutzung, durch Feuchtigkeit oder durch Kontakt mit nicht meidbaren berufstypischen Allergenen (zum Beispiel bei Gärtnern, Floristen, Friseuren, Pflegeberufen, Drehern, in der Lebensmittelbranche).

Bei regelmäßiger Verschlimmerung der Hauterkrankung durch berufstypische Noxen ist die Anerkennung als Berufskrankheit zu prüfen. Zur Klärung der Prognose bezüglich des Verbleibens am Arbeitsplatz kann ein tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan erstellt werden.

4.2 Psoriasis vulgaris (ICD-10 L40)

4.2.1 Klinische Erscheinungsformen und Therapieansätze

Die Psoriasis vulgaris ist eine primär entzündliche Hauterkrankung mit akutem exanthematischem oder chronisch-stationärem Verlauf auf der Basis einer vererbten Disposition. Man unterscheidet den Typ I – Erkrankungsbeginn vor dem 40. Lebensjahr mit schwererem Verlauf – vom Typ II, der sich erst nach dem 40. Lebensjahr manifestiert.

Die Morbidität liegt in Mitteleuropa bei 2–3 % der Bevölkerung. Die Hauterscheinungen sind durch entzündlich gerötete, scharf begrenzte Effloreszenzen unterschiedlicher Konfiguration mit einer charakteristischen, silbrig glänzenden Schuppung gekennzeichnet. Die erythemato-squamösen Hauterscheinungen beginnen als punktförmige Effloreszenzen, die sich zentrifugal ausbreiten; sie können sich auf wenige Herde begrenzen, zu großen Arealen konfluieren oder sich selten universell bis hin zur Erythrodermie ausdehnen. Prädilektionsstellen der Psoriasis vulgaris sind die Streckseiten der Extremitäten – insbesondere im Bereich der Ellbogen und Knie –, des Weiteren behaarte Kopfhaut, Gehörgänge, Lendenregion, Perianalregion, Genitale und Nägel.

Neben Größe und Ausdehnung der Hautveränderungen wird das Erscheinungsbild der Psoriasis vulgaris durch deren Lokalisation variiert. Durch Wärme und Sekreteinwirkung können besonders in intertriginösen Bereichen psoriatische Hauterscheinungen provoziert werden. Sind ausschließlich Beugeseiten betroffen, spricht man von einer Psoriasis inversa (5 % der Patienten). Bei Befall von Handinnenflächen und Fingern kann es zu schmerzhaften Rhagaden in den Beugelinien kommen.

Nagelveränderungen kommen bei etwa 30–50 % aller Patienten mit Psoriasis vulgaris vor, bei Psoriasis arthropathica in bis zu 80 %. Häufige Veränderungen sind der psoriatische Tüpfelnagel, die Onychodystrophia psoriatica, der psoriatische Ölfleck (subunguale Psoriasis) und als schwerwiegendste Veränderung die psoriatischen Krümelnägel (Trachyonychia psoriatica) als Zeichen einer Nagelmatrix- und Nagelbettpsoriasis.

Als **Psoriasis capitis** bestehen die psoriatischen Veränderungen am behaarten Kopf mit Übertritt um etwa 1–2 cm auf die nichtbehaarte Haut an der Stirn-Haar-Grenze sowie an den seitlichen Kopfpartigen.

Bei bis zu 25 % der Patienten mit Psoriasis vulgaris treten Gelenkveränderungen auf (**Psoriasis arthropathica**) – zum Teil vor den Hautveränderungen. Die Psoriasis-Arthropathie beginnt häufig an asymmetrisch verteilten einzelnen Gelenken mit langsam progressivem Verlauf, seltener als schwere deformierende Arthritis. Prognostisch ungünstig sind Allgemeinsymptome und Fieber bei den ersten Gelenkmanifestationen. Je nach Befallmuster der Gelenke, Ausprägungsgrad und Verlauf können verschiedene Formen der Psoriasis arthropathica abgegrenzt werden (international einheitlich anerkannte Klassifikationskriterien liegen allerdings nicht vor): distaler, mutilierender und chronischer symmetrischer Polyarthritistyp, die Oligoarthritistyp und die Spondylarthropathia psoriatica. Es gibt jede Form des gemeinsamen Auftretens mehrerer Befallsmuster. Psoriatische Gelenkerscheinungen weisen nur eine geringe Rückbildungstendenz auf, ausschlaggebend ist der Ausprägungsgrad.

Die ungünstigste Form ist die mutilierende psoriatische Arthritis. Bei dieser Form kommt es in wenigen Jahren zu schweren destruktiven Veränderungen der peripheren Gelenke mit Usurierung und Osteolyse. Je nach Typ der Erkrankung sind röntgenologische Gelenkveränderungen nachweisbar. Zur Früherkennung entzündlicher Veränderungen ist die Skelettszintigraphie geeignet.

Besonders schwere Verlaufsformen der Psoriasis stellen **psoriatische Erythrodermie** und **Psoriasis pustulosa generalisata** dar, die der akutstationären Behandlung bedürfen. Die Erythrodermie entwickelt sich sekundär bei 1–2% der Patienten, sie entsteht spontan durch laufende Größenzunahme der Herde bei eruptiv-exanthematischer oder chronisch-stationärer Psoriasis, häufig aber auch iatrogen durch eine zu intensive Lokalbehandlung. Die Entwicklung zu einer Psoriasis pustulosa kann durch Zunahme exsudativer Veränderungen im Psoriasis Herd, aber auch primär bei stark exsudativer Note und Konfluenz der sonst nur histologisch sichtbaren Munro-Mikroabszesse in der Hornschicht zu klinisch sichtbaren Makroabszessen erfolgen.

Die **Psoriasis pustulosa palmaris et plantaris** zeigt einen weniger schwerwiegenden, aber meist außerordentlich hartnäckigen Verlauf. Allgemeinsymptome treten in der Regel nicht auf, die Lokalisation der Erkrankung wirkt sich aber im Berufsleben und privaten Bereich stark hinderlich aus (eingeschränkte Greiffunktion beziehungsweise Gehfähigkeit).

Die Psoriasis wird nicht mehr nur allein als Erkrankung der Haut und der Gelenke aufgefasst, sondern als **systemische Entzündung**, die ein umfassendes Therapiemanagement erfordert. Bedeutsam sind die Komorbiditäten metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipoproteinämie und Nikotinabusus. Es besteht eine spezielle Assoziation zwischen Psoriasis und kardiovaskulären Erkrankungen, wobei bereits die Psoriasis per se einen Risikofaktor darstellt. Eine Beeinflussung der anderen bekannten und beeinflussbaren Risikofaktoren im Sinne der ganzheitlichen Behandlung sollte somit fester Bestandteil der Rehabilitation sein.

Bei der **Therapie der Psoriasis** sind viele Faktoren – zum Beispiel endogener Eruptionsdruck, Ausdehnung, Lokalisation und exsudative Note – zu berücksichtigen. Zur Ermittlung des Schweregrades und Therapieerfolges der Psoriasis wird häufig der PASI-Score (Psoriasis Area and Severity Index) verwendet.

Bei der lokalen Therapie der chronisch-stationären Psoriasis werden abschuppende Maßnahmen mit 5–10prozentiger Salizylvaseline in Kombination mit verschiedenen Phototherapieverfahren eingesetzt. Des Weiteren kann vor allem im stationären Bereich auf Dithranol in steigender Dosierung (antiproliferativer Effekt) zurückgegriffen werden. Beide Therapieformen müssen über mehrere Wochen durchgeführt werden, wirken jedoch längerfristig stabilisierend. Als weitere Lokaltherapeutika können Vitamin-D3-Analoga, Glukokortikoide (kurzfristig), Kombinationen von Vitamin-D3-Analoga mit Glukokortikoiden, Retinoide in topischer Form und adjuvante Wirkstoffe (Teer, Harnstoff, Milchsäure, Pflegeexterna) eingesetzt werden.

Pustulöse Hautveränderungen im Hand- und Fußbereich werden durch die lokale Anwendung von Psoralenen im Zusammenwirken mit langweiliger UV-A-Strahlung (Photochemotherapie, PUVA) und einer lokalen UV-B-Phototherapie allein oder durch Okklusivverbände mit fluoridierten Glukokortikoiden therapiert. Für die besonders schwer zu behandelnde Nagelpsoriasis stehen fluoridierte Glukokortikoide beziehungsweise Vitamin-D3-Analoga-Lösungen zur Verfügung. Versuche mit einer Nagelpunktbestrahlung sind möglich, alternativ mit einer Calcipotriol-Lösung (Vitamin-D3-Analogon).

Bei schweren pustulösen Verlaufsformen und Erythrodermien erfolgt – unter Abwägung von Nutzen und schädlichen Wirkungen – der Einsatz von immunsuppressiven Substanzen (Methotrexat, Ciclosporin). Weiterhin stehen orale Retinoide, Fumarsäureester und die Photochemotherapie (PUVA) zur Verfügung.

Für therapieresistente Krankheitsbilder und die Psoriasisarthritis werden systemisch Substanzen (TNF-alpha-Blocker oder Interleukin-Antagonisten) eingesetzt, die die Immunreaktion modulieren.

Rehabilitationsbedürftigkeit hängt grundsätzlich ab

- vom Verlauf der Psoriasis
- von Ausdehnung und Lokalisation
- vom Ansprechen auf Therapeutika.

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt – in Abhängigkeit von individuellen Faktoren sowie beruflichen und sozialen Umständen – vor

- bei chronisch-rezidivierenden Verlaufsformen mit nur kürzeren symptomfreien Intervallen
- bei Ausdehnung über eine größere Körperoberfläche und/oder Lokalisation im sichtbaren Körperbereich beziehungsweise durch die Lokalisation bedingte funktionelle Einschränkungen
- wenn ein therapeutischer Effekt oder eine Optimierung der Behandlung bei zeitintensivem Aufwand mit dem Ziel der möglichst vollständigen Rückbildung nur mit den Mitteln der Rehabilitation zu erreichen ist.

Komorbiditäten sind zu berücksichtigen.

Außerdem kann **Rehabilitationsbedürftigkeit** gegeben sein im zeitlichen Zusammenhang nach Krankenhausbehandlung der seltenen Sonderformen Erythrodermie, Psoriasis pustulosa generalisata und Psoriasis arthropathica. Sie beruht hier auf schwerster körperlicher Beeinträchtigung, resultierend in ausgeprägten Funktionsstörungen.

Bei chronisch-stationärer Form der Psoriasis in geringer Ausprägung sowie bei Krankheitsbildern mit wenigen Schüben pro Jahr, die aber auf die lokale Therapie gut ansprechen, **besteht keine Rehabilitationsbedürftigkeit.**

4.2.2 Therapieprobleme

Wesentliche Therapieprobleme, die in der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit eine Rolle spielen, liegen vor, wenn trotz regelmäßiger dermatologischer Betreuung mit differenzierter Therapie weiterhin ein ausgeprägter Hautbefund besteht durch

- mangelnde Compliance hinsichtlich einer kontinuierlichen und langfristigen Mehrfachtherapie. Dies kann zum Beispiel an dem erheblichen Zeitaufwand, den die Behandlung einer ausgedehnten Psoriasis erfordert, und/oder mangelnder Krankheitsverarbeitung liegen.
- Nichtansprechen auf die übliche lokale Therapie mit zum Beispiel Dithranol, Phototherapie, Photochemotherapie, Glukokortikoiden.

Wesentliche Therapieprobleme können Rehabilitationsbedürftigkeit bedingen; dabei ist die Problematik der Motivation zu beachten. Dies gilt insbesondere bei vorzeitiger Antragstellung.

4.2.3 Risikofaktoren

Als Risikofaktoren werden Umstände angesehen, die den Schweregrad der Ausprägung einer Psoriasis vulgaris beeinflussen. Zu den Provokationsfaktoren zählen Stresssituationen, rezidivierende Infekte, Bestrahlungen (zum Beispiel UV-Licht, Röntgenstrahlen) und andere entzündliche Dermatosen mit epidermaler Beteiligung. Vermehrter Alkoholkonsum wird häufig als Form der Triggerung von Psoriasis-schüben angesehen; er kann aber auch Folge der chronischen entstellenden Hautkrankheit sein. Eine Triggerung kann ebenfalls durch schlecht eingestellte Stoffwechselformparameter (zum Beispiel bei Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörung) und weiterer Komorbiditäten erfolgen.

Das Vorliegen von Risikofaktoren führt auch bei geringer Ausprägung der Erkrankung zur Rehabilitationsbedürftigkeit. Hierdurch werden Schulungsmaßnahmen erforderlich, die die Ausprägung der Erkrankung positiv beeinflussen. Bei Vorliegen von Alkoholmissbrauch oder einer anderen stoffgebundenen Abhängigkeitsproblematik ist die Indikation für eine Entwöhnungsbehandlung zu prüfen.

4.2.4 Besondere berufliche Belastungen

Liegen bei Versicherten mit einer ausgeprägten Psoriasis vulgaris besondere berufliche Belastungen vor, kann eine medizinische Rehabilitation allein die erhebliche Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit nicht beheben. Es muss ergänzend geprüft werden, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert sind.

Diese kommen in Frage, wenn folgende Einflüsse vorliegen, deren Vermeidung nicht möglich ist: zum Beispiel irritative Reizung durch starke Verschmutzung, durch Feuchtigkeit oder durch mechanische Einflüsse; Befall der Hände bei Tätigkeiten in der Lebensmittelbranche; Befall der Fußsohlen bei überwiegend stehender/gehender Tätigkeit; Publikumsverkehr bei entstellenden Psoriasis-herden im Gesicht oder im Bereich der Hände.

4.3 Ausgewählte Krankheiten

4.3.1 Hand- und Fußekzem (ICD-10 L20-L30)

Sowohl die Ätiologie als auch die Morphe des Hand- und Fußekzems sind sehr uneinheitlich. Bei der **akuten toxischen Kontaktdermatitis** finden sich entzündlich-exsudative Hautreaktionen, die dann in ein bullöses Stadium übergehen. Nach wenigen Tagen trocknen die Erosionen aus und es bilden sich Krusten, die wiederum abgestoßen werden. Es verbleibt ein Resterythem.

Beim **subtoxisch-degenerativen Ekzem** basiert die Schädigung der Barrierefunktion der Haut auf wiederholter oder andauernder Einwirkung von primär nicht obligat toxischen Substanzen über einen längeren Zeitraum. Dieses Ekzem ist charakterisiert durch eine stärkere entzündliche Note, oft mit synchroner Polymorphie, gleichzeitigem Auftreten von entzündlicher Rötung, Hautverdickung und Schuppung, seltener auch von Bläschen oder Krusten und sekundärer Neigung zur Lichenifikation.

Das **hyperkeratotisch rhagadiforme Hand- und Fußekzem** hat einen chronischen Verlauf; die Prädilektionsstellen finden sich an den Palmae und Plantae. Häufig entsteht dieses Ekzem auf dem Boden einer Atopie.

Das **chronisch-allergische dyshidrosiforme Ekzem** ist eine der häufigsten Ekzemformen im Bereich der Hände und Füße. Man sieht punktförmig dyshidrosisartige Bläschen auf entzündlich gerötetem Grund. Differentialdiagnostisch ist immer an eine Atopie zu denken, in deren Rahmen es auch zu dieser Ekzemform kommen kann. Ebenfalls ist eine Dermatomykose auszuschließen. Bilden sich an den Hand- und Fußinnenflächen stecknadelkopffartige Pusteln, muss neben einer Psoriasis palmoplantaris auch an ein superinfiziertes dyshidrosiformes Ekzem gedacht werden.

Erkrankungen mit allergischem und toxischem Hand- und Fußekzem bedingen in der Regel keine Rehabilitationsbedürftigkeit für eine medizinische Rehabilitation. Die Noxen beziehungsweise Allergene müssen am Wohnort eruiert und der Kontakt zu ihnen möglichst ausgeschlossen werden. Im Einzelfall kann bei irritativ-toxischen Belastungen mit drohender Chronifizierung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sein. Handelt es sich dabei um Belastungen am Arbeitsplatz in Form von allergisierenden oder irritativ wirkenden Stoffen, sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen; handelt es sich um ein Hand- oder Fußekzem im Rahmen einer Atopie oder Psoriasis vulgaris, ist nach den entsprechenden Kapiteln zu verfahren.

4.3.2 Lichen ruber planus (ICD-10 L43)

Der Lichen ruber planus ist eine nichtkontagiöse, klinisch und histologisch sehr typisch verlaufende entzündliche papulöse Hauterkrankung, die subakut oder chronisch verläuft. Sie verursacht meist starken Juckreiz und betrifft auch die Schleimhäute. Die Erkrankung ist relativ häufig, die Morbidität in der Bevölkerung soll bei etwa 0,2% liegen. Der Lichen ruber kann in jedem Lebensalter vorkommen, mehr als zwei Drittel der Patienten befinden sich zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahrzehnt.

Die Ätiologie des Lichen ruber planus ist unbekannt. Als Beteiligte an der Pathogenese werden Virusinfektionen und Autoimmunphänomene diskutiert. Als sicher gilt der Einfluss einer psychischen Komponente, da ein Beginn dieser Erkrankung nach massiven psychischen Traumen oder anderen Belastungssituationen zu beobachten war.

Kennzeichnend für das Erscheinungsbild der Erkrankung sind die Wachstumstendenz der Papeln durch Aggregation und eine milchigweiße Zeichnung an der Oberfläche der Papeln in Form feiner Netze oder mehr randständiger Säume (Wickham-Phänomen). Prädilektionsstellen beim Lichen ruber planus exanthematicus sind Beugeflächen der Handgelenke und Unterarme, seitliche Halsregionen, Glutäalgegend, Knöchelgegend der Fußgelenke und

Geschlechtsorgane. Auch der Stamm ist oft mit betroffen. Bei starkem Eruptionsdruck oder irritierender Behandlung kann es subakut zur Generalisierung des Exanthems kommen, in schweren Fällen mit Übergang in eine sekundäre Erythrodermie. Schleimhautveränderungen treten bei etwa 50 % der Patienten auf. Nicht selten kommt auch ein isolierter Lichen ruber der Mundschleimhaut oder des Lippenrotes vor. Langfristig bestehende – besonders ulzerierende – Veränderungen an der Mundschleimhaut und der Zunge gelten als fakultative Präkanzerose. Auch die Schleimhäute im Genital- und Analbereich können betroffen sein. Hier besteht oft unstillbarer Pruritus. Exanthematische Schübe können sechs bis 12 Monate persistieren; die Primäreffloreszenzen bleiben mitunter über Jahre bestehen.

Die Behandlung des Lichen ruber planus kann große Schwierigkeiten bereiten. Systemische Glukokortikoide und orale Retinoide bilden in ausgedehnten Fällen die Grundlage jeder Therapie. Häufig kommt es zu Rezidiven der Hautveränderungen nach Reduzierung der Medikamente.

Bei Versicherten mit Lichen ruber planus besteht Rehabilitationsbedürftigkeit nur bei ausgedehntem Befall und dann in der Regel wegen der psychischen Beeinträchtigung nach Ausschöpfung aller spezifisch dermatologischen Behandlungen.

4.3.3 Vitiligo (ICD-10 L80)

Als Vitiligo bezeichnet man einen Pigmentverlust der Haut ohne weitere Symptomatik mit Neigung zur Progredienz. Die scharf umschriebenen, weißen Flecken werden individuell unterschiedlich stark als kosmetisch störend empfunden. Eine gesicherte lokale Therapie besteht nicht. Bei starker Beeinträchtigung des Versicherten kann ambulant ein Behandlungsversuch mit zum Beispiel PUVA (Psoralene systemisch und UV-A-Bestrahlung) in Kombination mit der systemischen Gabe von Phenylalanin (als Präkursor des Melanins) unternommen werden, die eine Behandlungsdauer von mehreren Monaten bis Jahren nach sich zieht.

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit liegt auf dermatologischem Gebiet nicht vor.

5. Psychosomatik in der Dermatologie

Wie jede chronische Erkrankung weisen auch chronische Hautkrankheiten bei der Genese und im Verlauf komplexe Zusammenhänge von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren auf. Erforderlich ist daher ein ganzheitlicher, mehrdimensionaler Therapieansatz unter Berücksichtigung dermatologischer und psychosomatisch-psychotherapeutischer Aspekte. Unter Hautpatienten werden – nach methodisch gut dokumentierten Erhebungen – von jedem dritten bis vierten psychische Probleme angegeben.

Psychosomatische Störungen in der Dermatologie können je nach spezifischer Problematik in drei Kategorien unterteilt werden:

- Probleme bei der Verarbeitung von Erkrankungen, die sich an der Haut manifestieren und zu reaktiven psychischen Beeinträchtigungen führen (zum Beispiel sichtbare Hauterkrankungen bei Diagnosen unter 4.1 bis 4.3, Verbrennungen, Narbenbildung nach Verletzungen, Hautmetastasen), können den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen. Insbesondere Ängste, Depressionen und Selbstunsicherheit können eine begleitende ärztliche beziehungsweise psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung erforderlich machen.
- Chronisch-rezidivierende Dermatosen, bei denen organische und psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen im Sinne einer Wechselwirkung bezüglich des weiteren Verlaufs und bei der Chronifizierung (zum Beispiel atopische Dermatitis, Psoriasis vulgaris, chronische Urtikaria, Lichen ruber).
- Primär psychische Störungen mit dermatologischer Symptomatik, die psychiatrischer beziehungsweise psychotherapeutischer Behandlung bedürfen:
 - produktiv-psychotische Syndrome mit körperlichem Beeinträchtigungserleben (körperbezogener Wahn, Dermatozoenwahn)
 - Verhaltensstörungen mit Manipulationen an der Haut (neurotische Exkoration, Trichotillomanie, Artefakte bei Persönlichkeitsstörungen, bei körperdysmorphen Störungen, Waschzwang)
 - Konversionsstörungen (Symptome der Haut ohne morphologisches Substrat, zum Beispiel genitaler und analer Pruritus sine materia)
 - undifferenzierte somatoforme Störungen (zum Beispiel generalisierter Pruritus sine materia).

In der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit und gegebenenfalls der Entscheidung über die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung ist der Komplexität des Krankheitsgeschehens Rechnung zu tragen. Insbesondere bei Antragstellern mit Erkrankungen der zweiten (bei denen die psychische Problematik im Vordergrund steht) und der dritten Kategorie sind somatisch ausgerichtete Therapieansätze unzureichend.

Ein kausaler Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsstrukturen und dermatologischen Störungen lässt sich teilweise belegen. Zwar findet sich bei Neurodermitikern eine erhöhte Ängstlichkeit, jedoch bestehen nach Verbesserung der Hautsituation oft keine Persönlichkeitsauffälligkeiten mehr. Auch bei an Psoriasis vulgaris schwer und mittelschwer Erkrankten können die auftretenden depressiven Verstimmungen und die auftretende Ängstlichkeit als mögliches Folgeproblem gewertet werden, ebenso die signifikanten somato-psychischen Komorbiditäten.

Insbesondere familiäre Stressfaktoren, wie zum Beispiel strenge und rigide familiäre Interaktionen, können zu Exazerbationen der Hautkrankheiten bei den Betroffenen beitragen.

Unbestritten ist die große Bedeutung symbiotisch-taktiler Kommunikation in der frühkindlichen Entwicklung. Diejenigen Kinder, die im Zusammenhang mit einer atopischen Dermatitis einen Mangel an Hautkontakten erfahren, weisen einen Entwicklungsrückstand gegenüber gleichaltrigen gesunden Kindern auf. Die Haut spielt bei der Ausreifung der Ich-Funktionen eine wesentliche Rolle. Zweifellos können bei früher Manifestation der atopischen Dermatitis neurotische Persönlichkeitsstrukturen geprägt werden, die sich im späteren Leben zum Beispiel als Nähe-Distanz-Konflikt äußern.

Auf der Ebene der psychoreaktiven Auslösung von Krankheitsschüben finden sich zum Beispiel bei der atopischen Dermatitis signifikante Zusammenhänge mit lebensgeschichtlichen Schwellensituationen beziehungsweise Nähe-Distanz-Veränderungen (Pubertät, Schulabschluss, Berufs- oder Studienbeginn, Heirat) oder belastenden Lebensereignissen wie Trennungssituationen.

Juckreiz ist das häufigste Symptom bei dermatologischen Erkrankungen. Auch beim Hautgesunden ist in stressreichen Situationen und bei emotionaler Anspannung ein Juckreiz leichter auslösbar, das heißt die Schwelle zur Juckreiz-Auslösung kann durch psychische Belastung modifiziert werden. Bei Erkrankten mit atopischer Dermatitis ergaben sich Hinweise auf eine erhöhte Stressreagibilität. Von besonderer Bedeutung ist der „Juck-Kratz-Zirkel“, durch den die Konditionierung einer Kratzreaktion auch ohne Juckreiz möglich ist. Da Nachlassen des Juckreizes einer Spannungsreduktion gleichzusetzen ist, wird das Kratzen zur inadäquaten Entspannungstechnik, die zudem zur Zuwendung durch die besorgten Bezugspersonen, aber auch in der Folge zu Schuldgefühlen und letztlich Beeinträchtigung der eigenen Attraktivität und des Selbstwerterlebens führt.

Krankheitsbewältigung und -verarbeitung stehen in engem Zusammenhang mit der Dynamik der Erkrankung und haben eine zentrale Bedeutung. Jede Verschlechterung einer Dermatoase führt beim Betroffenen zu erhöhtem Stress und vermag Anspannung, Reizbarkeit und Depressivität hervorzurufen. So können zum Beispiel die sichtbaren und potentiell stigmatisierenden Hautläsionen bei Psoriasis vulgaris soziale Interaktionen erheblich einschränken. Der unvorhersehbare Krankheitsverlauf kann zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins gegenüber dem nächsten Schub und damit auch zu Depressivität oder anderen psychischen Reaktionen führen. Nachweislich sind auch für Neurodermitiker psychosoziale Faktoren für den Hautzustand bedeutender als klimatische Bedingungen.

Bei aus dermatologischer Sicht gegebener Rehabilitationsbedürftigkeit ist die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung ausschlaggebend für die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung. Insbesondere bei manifesten psychischen Störungen (siehe Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, Neuauflage in Vorbereitung, www.deutsche-rentenversicherung.de) ist daher der Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung mit einem psychosomatisch-dermatologischen Therapieschwerpunkt der Vorzug zu geben.

In einer solchen Rehabilitationseinrichtung können diesen Hautpatienten durch Linderung der Hautsymptomatik, Reduzierung psychischer Symptome wie Angst und Depression, Förderung des Verständnisses psychosomatischer Zusammenhänge insbesondere im Hinblick auf Auslösesituationen, durch Stressbewältigungstraining, Aufbau einer adäquaten Entspannungsfähigkeit, Verbesserung der sozialen Kompetenz und der Konfliktfähigkeit durch Interaktionsübungen, durch Gruppen- und gegebenenfalls Einzeltherapie sowie Förderung ihres Selbstbeobachtungs- und Selbsthilfepotentials neue Verarbeitungsmöglichkeiten eröffnet und sowohl das Krankheitsverhalten als auch der weitere Erkrankungsverlauf (Reduktion von Zahl und Schwere der Schübe) positiv beeinflusst werden.

Bei Patienten mit psychischen Störungen, bei denen sich aus der dermatologischen Symptomatik allein keine Rehabilitationsbedürftigkeit ergibt, ist die Indikation für eine Rehabilitation in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung gesondert zu prüfen.

6. Rehabilitationsdauer und -ort

Psoriasis vulgaris: Die Rehabilitation erfordert häufig eine längere Dauer als 21 Tage, da Hautveränderungen diese Behandlungsdauer erfahrungsgemäß benötigen (Entschuppung/Reduktion der Infiltration/Stabilisierungsphase), bevor ein Heilerfolg eintritt. Die Wahl des Ortes ist nicht erstrangig. Klimatische Bedingungen sind bei der Rehabilitation von Versicherten mit Psoriasis vulgaris zwar von geringerer Wertigkeit, tragen aber zur Therapiemotivation bei. Primär stehen künstliche Strahlungsquellen und Solen ortsungebunden zur Verfügung.

Atopische Dermatitis (Neurodermitis constitutionalis): Die Rehabilitation erfordert häufig eine längere Dauer als 21 Tage, da ein positiver, stabilisierender Effekt oft erst nach längerer Rehabilitation eintritt. Variable Ausprägungsgrade und unterschiedliches Ansprechen auf die Therapie bedingen vielfach eine individuelle Dauer der Rehabilitation. Bei der Rehabilitation von Patienten mit atopischer Dermatitis ist auch die Wahl des Ortes bedeutsam (siehe unter 4.1.1).

7. Erstellungsprozess der Leitlinie

Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie:

Zielsetzung der Erstellung von Leitlinien für den sozialmedizinischen Beurteilungsprozess ist die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit. Dabei werden aus Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Rahmen eines sozialmedizinischen Bewertungsprozesses sozialrechtlich relevante Kategorien gewonnen. Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Verwaltungsverfahren sollen erhöht und die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden.

Inhalt der Leitlinie:

Die Darstellung der Problembereiche in der vorliegenden Leitlinie umfasst im Wesentlichen die sozialmedizinischen Aspekte. Auf die Niederlegung von gesetzlichen Grundlagen wird ebenso verzichtet wie auf die Angabe des Verfahrensweges. Die Gliederung der Leitlinie orientiert sich an der sozialmedizinischen Bedeutung, der erforderlichen Sachaufklärung, der Definition, Einteilung und Symptomatik der Krankheitsbilder sowie an den Aussagen zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit aus sozialmedizinischer Sicht. Im Mittelpunkt der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit steht die Bewertung von geschädigten Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabe (Funktionsbefunde und Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie der Abgleich von individueller Leistungsfähigkeit und Anforderungen im Erwerbsleben.

Zielgruppen:

Zielgruppen für die Erstellung der vorliegenden Leitlinie sind sowohl die sozialmedizinischen Dienste bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung als auch externe Gutachter und Rehabilitationskliniker, die in die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit eingebunden sind. Darüber hinaus ist die Leitlinie für andere Sozialleistungsträger oder mit Fragen der Rehabilitation befasste Institutionen von Interesse, um mit den Beurteilungskriterien der gesetzlichen Rentenversicherung vertraut zu werden. Den Versicherten und ihren Vertretern, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, bietet die Leitlinie Informationen und erhöht Transparenz und Nachvollziehbarkeit sozialmedizinischer Beurteilungen.

Beteiligung von Interessengruppen:

Im Erstellungsprozess der Leitlinie sind die Anwender (Ärztinnen und Ärzte in sozialmedizinischen Diensten) und die verantwortlichen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung repräsentativ vertreten. Als betroffene Fachgruppen wurden darüber hinaus Leitende Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen einbezogen (siehe weiter unten unter Autoren). Versicherte sind durch die Mitglieder der Autorengruppe und durch Beteiligte am Konsentierungsverfahren vertreten. Zu den Versicherten zählen sowohl diejenigen, die Leistungen auf Grund von Krankheit oder Behinderung in Anspruch nehmen als auch jene, die diese Leistungen im Rahmen einer Solidarversicherung mit finanzieren. Im Rahmen der umfassenden Implementierung der Leitlinie sind Rückmeldungen über Brauchbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz aus der Anwenderzielgruppe an die Autorengruppe vorgesehen.

Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung:

Grundlage der Leitlinienentwicklung ist die Zusammenführung von Erfahrungen und Kriterien auf der Basis des Ist-Zustandes der sozialmedizinischen Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit zur Sicherung der Entscheidungsqualität. Die Fakten aus dem täglichen Handeln der Ärztinnen und Ärzte von sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger werden unter Einbeziehung sozialmedizinischer Standardliteratur sowie aktueller medizinischer Fachliteratur diskutiert und das Ergebnis zusammengefasst. Die Antragsbearbeitung durch den sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers erfolgt in der Regel auf der Grundlage von Befundberichten oder von Gutachten mit persönlicher Befragung und Untersuchung, hauptamtlich oder nichthauptamtlich erstellt, oder nach Aktenlage. Für diese besondere Situation liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder Hinweise zur Operationalisierung vor.

Im Vordergrund der sozialmedizinischen Entscheidung stehen die aus den Antragsunterlagen zugänglichen objektivierbaren medizinischen Parameter. Sie werden durch die subjektive Einschätzung des Betroffenen zu seiner Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit ergänzt. Assessment-Verfahren zur Beschreibung von Leistungseinschränkungen und noch vorhandenen Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf die Lebens- und Erwerbssituation können ergänzend herangezogen werden.

Evidenzgrad:

Die Leitlinie wurde in einer internen Expertengruppe der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengestellt. Der Gruppe gehörten Ärztinnen und Ärzte aus dem Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund, Bereich Sozialmedizin, und der Leistungs-(Renten)abteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund mit unterschiedlicher fachärztlicher Qualifikation an.

Ein erweiterter Konsens wird durch ein formales Konsentierungsverfahren angestrebt. Dabei werden ärztliche Experten aus der Deutschen Rentenversicherung (Ärztepanel: Leitende Ärztinnen und Ärzte, sozialmedizinische Experten) sowie weitere medizinische und nichtmedizinische Experten beteiligt. Die abschließende Konsentierung erfolgt im Ärztetrium der Deutschen Rentenversicherung.

Bei der Bewertung des Evidenzgrades ist zu berücksichtigen, dass auf Renten wegen Erwerbsminderung und Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch besteht.

Klarheit und Gestaltung:

Die aus der Leitlinie resultierenden Empfehlungen beziehen sich immer auf individuelle Versicherte. Die doppelte Transformation von (1.) geschädigten Körperfunktionen und beeinträchtigter Teilhabe in qualitative Leistungseinschränkungen und hiervon (2.) in quantitative Leistungseinschränkungen unter Berücksichtigung des Abgleichs von Leistungsvermögen und Anforderungen an die Tätigkeit ist ein komplexer Beurteilungsprozess. Die Leitlinie trägt dazu bei, Ermessen bei dieser Beurteilung zu minimieren.

Generelle Anwendbarkeit:

Leitlinien sind im Rahmen der üblichen Organisation der Rentenversicherungsträger – sowohl bei der Sachaufklärung als auch der sozialmedizinischen Beurteilung – grundsätzlich ohne Nachteile einsetzbar. Gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen Ressourcen bei Anwendung der Leitlinie steht eine rationellere Ressourcenverwendung gegenüber, die Folgekosten sparen hilft.

Eine Evaluation der Leitliniennutzung fördert deren Anwendung. Durch die Konformität der Versorgung mit Leitlinienempfehlungen, den individuellen Therapieerfolg und die populationsbezogenen Ergebnisse der Leitlinienanwendung können Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden.

Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem:

Die Leitlinie ist an den Versorgungsbereich der Rehabilitation adressiert. Kriterien, die für die sozialmedizinische Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit unzweckmäßig oder überflüssig sind, werden in der Leitlinie genannt.

Eine Verbreitung der Leitlinie ist durch Veröffentlichung in Publikationsorganen sowie kostenloser Verfügbarkeit im Internet auf breiter Basis sicher gestellt. Darüber hinaus dienen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie die Vorstellung als Bestandteil der Einarbeitungsunterlagen sozialmedizinisch tätiger Mitarbeiter der weiteren Verbreitung und Anwendung der Leitlinie. Leitlinien sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in Deutschland.

Autoren der ersten Fassung der Leitlinie:

Dr. Elisabeth Rütten-Köppel, Dr. Manfred Rohwetter, Gabriele Sandner, Christiane Härdel, Dr. Christiane Korsukéwitz. Alle Autoren waren Mitarbeiter der ehemaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA).

Mit einer kritischen Diskussion und Anregungen waren beteiligt: Dr. Holger Aulepp, seinerzeit Chefarzt der Abteilung für Dermatologie und Allergologie der Rehabilitationsklinik Borkum Riff der BfA; Dr. Karl-Walter Kertzendorff, seinerzeit Abteilungsarzt der Rehabilitationsabteilung der BfA; Dr. Heike Müller, seinerzeit Rehabilitationsabteilung der BfA, Dezernat „Berufliche Leistungen zur Rehabilitation“; Dr. Gabriele Wille, bis Juni 1999 Leitende Ärztin der BfA.

Aktualisierung der Leitlinien im Jahr 2004 durch:

Dr. Elisabeth Rütten-Köppel, Dr. Manfred Rohwetter, Gabriele Sandner, Dr. Thomas Hillmann, Dr. Hanno Irle, Dr. Christiane Korsukéwitz. Alle Autoren waren Mitarbeiter der ehemaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA).

Für eine kritische Diskussion und Anregungen danken die Autoren: Dr. Yvette Bloch, Rehabilitationsklinik Ostseeblick der BfA, Ückeritz/Usedom; Herrn Christof Lawall, Grundsatzreferat Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben in der Abteilung Rehabilitation der BfA.

Autorinnen und Autoren der vorliegenden Fassung:

Dr. Manfred Rohwetter als Mitarbeiter aus dem Bereich Sozialmedizin (0440) im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Elisabeth Rütten-Köppel aus der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Eine kritische Durchsicht und Anregungen sind erfolgt von Dr. Christiane Korsukéwitz, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Hanno Irle, Leiter des Bereichs Sozialmedizin (0440) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Johannes Falk, Referat Grundsatzaufgaben der Sozialmedizin (0441) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Jürgen Ritter, Leiter des Grundsatzreferats Rehabilitationsrecht (8011) der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Konsentierung:

Im Rahmen der Konsentierung danken die Autoren für die kritische Durchsicht durch: Dr. Norbert Buhles und Dr. Stefanie Kappes, Klinik für Dermatologie und Allergologie der Asklepios Nordseeklinik, Westerland/Sylt; Andreas Werner, Reha-Zentrum Ückeritz – Klinik Ostseeblick der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Christoph Zick und Dr. Gerhard Maaß, Reha-Zentrum Borkum – Klinik Borkum Riff der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Die Leitlinie wurde den Leitenden Ärztinnen und Ärzten der gesetzlichen Rentenversicherungsträger am 9./10.11.2011 in Düsseldorf vorgestellt und abschließend abgestimmt.

Redaktionelle Unabhängigkeit:

Die Mitglieder der Autorengruppe sind Beschäftigte von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Verfassung der Leitlinie durch die Autorinnen und Autoren erfolgte allein auf der Grundlage fachlicher Erwägungen. Die Mitglieder der Autorengruppe weisen keine die Leitlinie betreffenden Nebentätigkeiten auf.

Aktualisierung:

Aktualisierungen sind in fünfjährigen Abständen vorgesehen.

9. Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Methodische Empfehlungen zur Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie („Leitlinien für Leitlinien“), <http://awmf.org>, Stand Dezember 2004

Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H. H.: Dermatologie und Venerologie, 1. korrigierter Nachdruck der 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin – Heidelberg – New York 1997

Brehm G.: Hautkrankheiten und Andrologie. In: Medizinische Begutachtung, 6. Auflage, Herausgeber: Marx H. H., Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York 1992

Breuer K., Nürnberg W., Elsner J., Wehrmann J., Eisenmann A., Buhles N.: Kurzleitlinien-Empfehlung: Stationäre dermatologische Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, 22, Nr. 4/2010: 139 – 147

Buhles N.: Hauterkrankungen. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Auflage. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg 2011

Buhles N., Sander C.: Dermatoonkologische Rehabilitation. Der Hautarzt 56, 2005: 659–664

Dabrowski-Widera J.: Rehabilitation der chronischen Dermatosen in der Dermatologischen Abteilung der Nordseeklinik Borkum der LVA Rheinprovinz. Mitteilungen der LVA Rheinprovinz 11–12/2003: 480–484

Dermatologische stationäre Rehabilitation bei atopischer Dermatitis Erwachsener. Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen (BVDD). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/026, Erstellungsdatum 08/2001, letzte Überarbeitung 11/2009. www.awmf.org

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. DRV-Schriften Band 68, Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Dezember 2006. Siehe auch www.deutsche-rentenversicherung.de, Neuauflage in Vorbereitung

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Januar 2011. Siehe auch www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Rentenzugang 2010. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 183. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin Juni 2011

Deutsche Rentenversicherung: Vierstellige Diagnosenauswertung von Reha-Leistungen, Rechenzentrum Würzburg der Deutschen Rentenversicherung

Diepgen T. L.: Aktuelle Fragen bei der Begutachtung von Hauterkrankungen. Der Medizinische Sachverständige 99 No 2, 2003: 54–58

Diepgen T. L.: Schmidt A., Kresken J.: Prävention berufsbedingter Handekzeme durch Hautschutzmaßnahmen – Ergebnisse einer betrieblichen Interventionsstudie. *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin*, 39, 2004: 307–314

Empfehlungen zur UV-Phototherapie und Photochemotherapie. Empfehlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/029, Erstellungsdatum 11/2002, letzte Überarbeitung 12/2009. www.awmf.org

Fabry H., Frosch P. J.: Probleme der ärztlichen Begutachtung aus der Dermatologie. In: *Die ärztliche Begutachtung*, 6. Auflage. Herausgeber: Fritze E., May B. und Mehrhoff F., Steinkopff Verlag, Darmstadt 2001

Harms V., Buhles N., Fölster-Holst R., Gonda S., Kiosz D., Schuh H., Stick C.: Die Behandlung der Neurodermitis an Nord- und Ostsee: verwendete Therapien und Quantifizierung der Befundbesserung. *Physikalische Medizin – Rehabilitationsmedizin – Kurortmedizin* 12, 2002: 89–94

Herbst M.: *Haut, Allergie und Umwelt*. Springer Verlag, Berlin – Heidelberg – New York 1998

Hornstein O. P.: *Hauterkrankungen*. In: *Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung*, 5. Auflage, Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart – Jena – New York 1995

Korting H. C., Callies R., Reusch M., Schläger M., Sterry W.: *Dermatologische Qualitätssicherung. Leitlinien und Empfehlungen*. 3. Auflage, Zuckschwerdt Verlag, München 2003

Lebwohl M., Tau M.-H.: Psoriasis and stress. *Lancet*, 351, Nr. 9096, 10.01.98

Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris. S3-Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen e. V. (BVDD). AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 013/001, Update 2011. www.awmf.org

Miehle W.: *Arthritis psoriatica*. 4., neu bearbeitete und aktualisierte Auflage, Rheumamed Verlag 2006

Mrowietz U., Reich K.: Psoriasis – neue Erkenntnisse zur Pathogenese und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, Jahrgang 106, Heft 1–2, 2009: 11–18

Neurodermitis. Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen, der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Rehabilitation und anderer. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/027, Erstellungsdatum 07/2002, letzte Überarbeitung 04/2008. www.awmf.org

Niederauer H. H., Schmid-Ott G., Buhles N.: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Dermatologischen Rehabilitation. *Der Hautarzt* 56, 2005: 631–636

Niedner R.: Berufliche Belastung der Haut – Beispiel Hände. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 2008: 334–339

Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie). Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/024, Erstellungsdatum 01/2002, letzte Überarbeitung 10/2006. www.awmf.org

Schmid-Ott G.: Dermatologie. In: Psychosomatische Medizin. Herausgeber: Adler R. H., Hermann J. M., Köhle K., Langewitz W., Schonecke O. W., von Uexküll Th., Wesiack W., 6. Auflage, Urban & Fischer, München – Jena 2003

Schneider G., Gieler U.: Die Haut als Spiegel der Seele: Psychosomatische Dermatologie – aktueller Forschungsstand. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 47, 2001: 307–331

Schön M. P., Boehncke W.-H.: Psoriasis. The New England Journal of Medicine 352, 2005: 1899–1912

Sönnichsen N.: Rehabilitation bei Hautkrankheiten. In: Rehabilitationsmedizin. Herausgeber: Delbrück H. und Haupt E., Urban & Schwarzenberg, 2. Auflage, München – Wien – Baltimore 1998

Völter-Mahlknecht S., Sacher N., Wegner I., Schulze-Rath R., Escobar Pinzón L. C., Diepgen T. L., Blettner M., Letzel S.: Pilotstudie zum Hautkrebs-Screening bei fliegendem Personal unter arbeits- und sozialmedizinischen Aspekten. Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin 41, 2006: 510–517

Welzel-Ruhrmann C., Liedtke R.: Dermatologische Erkrankungen. In: Jores praktische Psychosomatik. Herausgeber: Meyer A, 3. Auflage, Huber-Verlag, Bern 1996

Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut – Kurzfassung

1. Grundlagen und indikationsübergreifend zu berücksichtigende Problembereiche

Für die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist wesentlich, inwieweit Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit [siehe International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit] an der Teilhabe am Erwerbsleben unter Berücksichtigung der einwirkenden Kontextfaktoren gehindert sind. Neben den indikationsabhängigen Kriterien sind bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit zu berücksichtigen:

- aktive Mitwirkung des Versicherten bei der Rehabilitation (Rehabilitationsfähigkeit),
- Arbeitsunfähigkeit mit psychosozialer Dimension,
- Komorbiditäten,
- positive Rehabilitationsprognose.

Basis für die Beurteilung sind Unterlagen über Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie über Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe. Meist bestehen die Unterlagen in einem ärztlichen Befundbericht, in dem Funktionsbefunde mit Auswirkungen auf den beruflichen und sozialen Bereich aufgeführt werden, sowie in einem Selbstauskunftsbogen mit Eigenangabe der Beeinträchtigungen.

Die medizinische Rehabilitation wird in ganztägig ambulanter oder stationärer Form durchgeführt, in der Regel über eine Dauer von drei Wochen.

Bei Beeinträchtigungen der Gesundheit durch entsprechende berufliche Belastung ist zudem zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage kommen oder die zuständige Berufsgenossenschaft zu beteiligen ist.

2. Indikationsbezogene Kriterien bei Krankheiten der Haut

2.1 Atopische Dermatitis

Rehabilitationsbedürftigkeit kann bestehen:

- 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.

Bei Komorbidität mit anderen atopischen Erkrankungen – zum Beispiel allergischem Asthma bronchiale, Nahrungsmittelallergie, allergischer Rhinokonjunktivitis – kann Rehabilitationsbedürftigkeit auch bei weniger ausgeprägten Hauterscheinungen vorliegen.

- bei Vorliegen von **Risikofaktoren**, die Schulungsmaßnahmen erforderlich machen.

Bei chronisch-rezidivierenden Verlaufsformen durch ein nachgewiesenes Allergen und möglicher, aber nicht erfolgter Allergenkarenz ist die Rehabilitationsbedürftigkeit besonders kritisch zu prüfen. Bei mangelnder Compliance ist die Problematik der Motivation zu beachten (Mitwirkungspflicht der Rehabilitandin/des Rehabilitanden).

Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann bestehen bei:

- **besonderen beruflichen Belastungen**, zum Beispiel
 - irritativer Reizung durch tätigkeitsbedingte starke Verschmutzung,
 - Feuchtigkeit oder Kontakt mit nicht meidbaren berufstypischen Allergenen (zum Beispiel bei Gärtnern, Floristen, Friseuren, Krankenpflegeberufen, Drehern, in der Lebensmittelbranche).

Bei regelmäßiger Verschlimmerung der Hauterkrankung durch berufstypische Noxen ist die Anerkennung als Berufskrankheit zu prüfen. Dann ist gegebenenfalls die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft (Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) gegeben.

Bei der Wahl des Rehabilitationsortes können eine klimatherapeutisch gewünschte Allergenarmut, vermehrte UV-Strahlung oder reduzierte Umweltschadstoffe mit berücksichtigt werden.

2.2 Psoriasis vulgaris

Rehabilitationsbedürftigkeit kann bestehen:

- 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,
- im zeitlichen Zusammenhang nach Krankenhausbehandlung der Sonderformen **Erythrodermie, Psoriasis pustulosa generalisata** und **Psoriasis arthropathica**,
- unter besonderer Berücksichtigung der zu klinischen Erscheinungen führenden **Risikofaktoren** (unter anderem Alkohol-/ Nikotinkonsum, rezidivierende Streptokokkeninfekte) und Komorbiditäten (metabolisches Syndrom, arterielle Hypertonie).

Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann bestehen bei:

- **besonderen beruflichen Belastungen, zum Beispiel**
 - irritativer Reizung durch tätigkeitsbedingte starke Verschmutzung,
 - Feuchtigkeit oder mechanische Einflüsse,
 - Befall der Hände, bei Tätigkeiten in der Lebensmittelbranche,
 - Befall der Fußsohlen bei überwiegender stehender/gehender Tätigkeit,
 - Publikumsverkehr bei entstellenden Psoriasisherden im Gesicht oder im Bereich der Hände.

Bei regelmäßiger Verschlimmerung der Hauterkrankung durch berufstypische Noxen ist die Anerkennung als Berufskrankheit zu prüfen. Dann ist gegebenenfalls die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft (Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) gegeben.

Die für die Behandlung herangezogenen Strahlungsquellen und Solen stehen ortsungebunden zur Verfügung.

2.3 Onkologische dermatologische Krankheiten

Rehabilitationsbedürftigkeit kann bestehen:

Siehe Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung – Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten (www.deutsche-rentenversicherung.de).

Sofern der Rehabilitationsbedarf sich nicht primär auf krebsspezifische hämatologisch-onkologische Fragestellungen bezieht, sondern Hautstrukturen und -funktionen im Vordergrund stehen, können für die Behandlung vorrangig dermatologische Rehabilitationseinrichtungen geeignet sein.

2.4 Psychische Beteiligung bei Hautkrankheiten

Rehabilitationsbedürftigkeit kann bestehen:

Bei aus dermatologischer Sicht gegebener Rehabilitationsbedürftigkeit ist die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung ausschlaggebend für die **Auswahl der Rehabilitationseinrichtung**. Insbesondere bei manifesten psychischen Störungen (siehe Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, www.deutsche-rentenversicherung.de) ist daher der Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung mit einem psychosomatisch-dermatologischen Therapieschwerpunkt der Vorzug zu geben.

3. Ausschluss von Rehabilitationsbedürftigkeit zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung

Bei

- akutmedizinischem Handlungsbedarf,
 - Durchführung primärer Prävention oder
 - erforderlicher differenzialdiagnostischer Klärung
- ist die gesetzliche Rentenversicherung nicht der zuständige Leistungsträger.



Deutsche
Rentenversicherung