

**BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR REHABILITATION**

II Besonderer Teil

**Rahmenempfehlungen
zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation**

vom 22. Januar 2004

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines	3
2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen	4
2.1 Vorbedingung / Diagnosen	5
2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation	5
2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen.....	6
2.4 Aktivitäten.....	8
2.5 Teilhabe.....	8
2.6 Kontextfaktoren	9
2.7 Individuelle Voraussetzungen.....	10
3. Rehabilitationsziele	11
3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen	12
3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten	12
3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe	13
3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren	13
4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer	14
5. Ausschlusskriterien	14
6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung	15
6.1 Rehabilitationskonzept	15
6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung.....	15
6.3 Ärztliche Aufgaben	16
6.4 Rehabilitationsdiagnostik.....	17
6.5 Rehabilitationsplan	18
6.6 Behandlungselemente.....	18
6.7 Aufgaben des Rehabilitationsteams	19
7. Personelle Ausstattung	19
7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation	19
7.2 Personalbemessung.....	22
8. Räumliche Ausstattung	23
9. Apparative Ausstattung	24
9.1 Diagnostik.....	24
9.2 Therapie	25
10. Verlängerungskriterien	25
11. Beendigung der Maßnahme	25

1. Allgemeines

Dermatologische Erkrankungen sind hinsichtlich ihrer Ätiologie, Lokalisation, Ausdehnung und ihres Krankheitsverlaufes heterogen und können zu komplexen Krankheitsverläufen führen. Die exponierte Lage von Hauterkrankungen führt bei vielen Rehabilitanden zu Belastungen im Alltag und Beruf. Die zum Teil entstehenden Veränderungen der Haut, die Sichtbarkeit für die Öffentlichkeit und der vielen dermatologischen Erkrankungen innewohnende schubweise Krankheitsverlauf können zu einer negativ-hilflosen Grundhaltung und depressiven Verstimmung der Rehabilitanden führen. Darüber hinausgehend kann die oft – fälschlicherweise – vermutete Ansteckbarkeit von Hauterkrankungen in Folge der Ablehnung durch die Umwelt den sozialen Rückzug der Rehabilitanden fördern.

Chronisch hautkranke Menschen erleben durch die bestehenden Schädigungen, wie z.B. Hautsymptome, quälender Juckreiz, unterschiedliche Allergien, Gelenkbeschwerden bei Schuppenflechte, zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die sich u.a. in einer deutlich verminderten Belastbarkeit, einem eingeschränkten Ausüben bestimmter Tätigkeiten und auch einer gestörten Kommunikation, bedingt durch die Stigmatisierung, niederschlägt. Hieraus können sich Beeinträchtigungen der Teilhabe entwickeln, die dann bei der Berufswahl und bei der Berufsausübung eine Rolle spielen, oder die zur sozialen Isolierung führen, oder die eine deutliche Belastung in der Partnerschaft bedeuten.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Problematik der chronisch Hautkranken ist ein sehr differenziertes und individualisiertes Rehabilitationskonzept erforderlich.

Die ambulant durchgeführte dermatologische Rehabilitation geht ebenso wie die stationäre Form von einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung aus und beinhaltet ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus den physischen, psychischen, oecotrophologischen, sozialen und edukativen Komponenten besteht.

Die Entscheidung darüber, ob bei einem Rehabilitanden eine stationäre oder ambulante dermatologische Rehabilitation durchgeführt wird, ist abhängig vom Ausmaß der Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten, der (drohenden) Beeinträchtigungen der Teilhabe, des dermatologischen Risikos, vom sozialen Umfeld und den berechtigten Wünschen des Rehabilitanden (Rücksichtnahme auf persönliche/familiäre sowie religiö-

se/weltanschauliche Bedürfnisse und Gegebenheiten) sowie dem Vorhandensein einer den Qualitätskriterien entsprechenden Einrichtung.

2. Indikationsstellung / Medizinische Voraussetzungen

Die ambulante dermatologische Rehabilitation ist indiziert, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn also die bei einer gesundheitlich bedingten drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe
 - eine für den einzelnen Rehabilitanden erforderliche umfassende kurative Behandlung durch den Facharzt für Dermatologie/Venerologie nicht ausreicht und
 - das ganzheitlich ausgerichtete, interdisziplinäre Konzept der Rehabilitation erforderlich ist
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die vorstehenden Begriffe sind im Allgemeinen Teil definiert.

Die sozialmedizinische Indikationsstellung für eine ambulante dermatologischen Rehabilitation hat also nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der unter Ziffer 2.3 bis 2.6 beschriebenen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Insbesondere sind Ausprägung der klinischen Erscheinungen, Rezidivhäufigkeit der chronischen Hauterkrankung trotz adäquater Therapie, anamnestische Angaben zu stattgehabten stationär behandlungspflichtigen Exazerbationen (Aufblammen) und das Vorliegen von Risikofaktoren für das Auftreten von Rezidiven zu berücksichtigen.

2.1 Vorbedingung / Diagnosen

Unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2 genannten medizinischen Voraussetzungen kann eine ambulante dermatologische Rehabilitation insbesondere bei einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten angezeigt sein:

- atopisches Ekzem und damit assoziierte Erkrankungen
- Allergien, Berufsdermatosen, chronische Ekzeme anderer Genese
- Psoriasis-Formen
- bösartige Neubildungen der Haut
- dermatologische Manifestationen bei chronisch venöser Insuffizienz, Arterieller Verschlusskrankheit, Lymphatischer Symptomenkomplex
- Kollagenosen
- chronische Wunden
- großflächige Narbenfelder z.B. als Folge von Verbrennungen oder Operationen
- genetisch bedingte Hauterkrankungen.

Falls bei dermatologischen Manifestationen primär internistischer Erkrankungen die Indikation für eine ambulante dermatologische Rehabilitation gestellt wird, ist bei der Durchführung der Rehabilitation eine adäquate internistische Mitbehandlung sicherzustellen.

2.2 Anforderungen an die medizinische Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Die medizinische Diagnostik der Grunderkrankung, der Schädigungen einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen sollte so weit abgeschlossen sein, dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt, d.h. beurteilt werden kann, ob Ausschlusskriterien für ein ambulantes Rehabilitationsprogramm vorliegen.

Zu dieser Diagnostik zählen u.a.:

- klinisch dermatologische Untersuchungen (einschl. Scores wie PASI oder SCORAD)
- allergologische Testungen (Prick, i.c., RAST, evtl. nasale/konjunktivale/bronchiale Provokation, Epikutantest)
- Dopplersonographie
- Labor

- Histologie
- Röntgenuntersuchungen

zur Abklärung der Ätiologie und Prognose der Erkrankung.

Bestehen weitere Erkrankungen, die die Rehabilitation beeinflussen können, sollten diese vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme diagnostiziert sein und während der Rehabilitation mit berücksichtigt werden. Dabei sind das Ausmaß der Schädigungen und die sich daraus ergebenden Störungen im Hinblick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit genau zu bezeichnen.

2.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Schädigungen bei dermatologischen Krankheitsbildern sind definiert als ein Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen, physiologischen und anatomischen Struktur und/oder Funktion in diesem Indikationsbereich. Sie können sich

- akut
- bei chronischem rezidivierendem Verlauf
- bei chronischem progredientem Verlauf
- mit Besserungstendenz bei chronischem Verlauf

manifestieren, wobei es vielfältige Überschneidungsmöglichkeiten gibt.

In diesem Zusammenhang können Schädigungen z.B. vorliegen in Form von

- Rötung, Schuppung, Rhagaden, Pusteln, Bläschen, Nässen, maximal die gesamte Körperoberfläche betreffend mit daraus resultierenden Einschränkungen wie z.B. juckende, schmerzende Haut mit schwankender Ausprägung
- Juckreiz
- Entzündungen von Haut, Schleimhäuten, anderen Organsystemen
- Allergien (Typ I; Typ IV) gegenüber Nahrungsmitteln, Medikamenten, Stoffen aus der täglichen Umgebung (z.B. Nickel, Duftstoffe, Konservierungsmittel), Berufsstoffen
- vaskuläre Störungen/Schädigungen
- veränderten Reaktionen auf physikalische Reize (z.B. erhöhte Lichtempfindlichkeit, gestörte Wärme-/Kältetoleranz)

- Narbenbildung
- Schmerzen (Haut, Schleimhäute, andere Organsysteme wie z.B. Gelenke)
- klein- bis großflächige, nichtheilende Wunden
- Infektionen der Haut durch Bakterien, Pilze und Viren
- Sklerose der Haut und Unterhaut, Entzündung der Muskulatur mit daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen
- Verhornungsstörungen.

Dermatologische Erkrankungen können neben der Haut und den Schleimhäuten generelle Auswirkungen (Systemcharakter) haben, z.B. auf:

- Lunge und Atemwege
- Bewegungsapparat
- Niere und ableitende Harnwege, Geschlechtsorgane
- Verdauungssystem (Magen, Darm, Leber etc.), exokrine Drüsen
- Nervensystem (einschl. vegetatives Nervensystem)
- Psyche
- Sinnesorgane (Augen, Ohren etc.)
- Herz-Kreislaufsystem
- Blutbildendes System
- Immunsystem.

Schädigungen und ihre Folgen können Rückwirkungen auf den psychophysischen und sozialen Gesamtzustand sowie die Art des Umgangs mit der Krankheit (Krankheitsbewältigung) haben.

2.4 Aktivitäten

In Folge der o.g. Schädigungen und deren Auswirkungen können Beeinträchtigungen der Aktivitäten auftreten:

- im Verhalten bei persönlichen und sozialen Aktivitäten (z.B. Akzeptanz der Erkrankungen, Selbstbild, Probleme der Stigmatisierung, Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung, Kompensationsstrategien, Selbstgefährdung, Rolle in der Familie, Motivation und Antrieb im Beruf)
- in der Selbstversorgung (z.B. Haushalt, Reinigung, Einkaufen, Ernährung, Körperpflege, Kleidung)
- in der Fortbewegung, Beweglichkeit und Geschicklichkeit (z.B. manuelle Fähigkeiten, längeres Gehen, Treppensteigen, schnelles Laufen, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Reisen)
- situationsbedingt (z.B. körperliche Belastbarkeit in Beruf, Freizeit und Alltag hinsichtlich Schwere, Ausdauer, bestimmter Körperpositionen wie langes Stehen, feuchtes Milieu, extreme Kälte/Wärme, Sonnenlicht, Umweltnoxen).

2.5 Teilhabe

In Folge der o.g. Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten können Beeinträchtigungen der Teilhabe in folgenden unterschiedlichen Bereichen auftreten:

- der körperlichen Unabhängigkeit (z.B. Notwendigkeit von Hilfsmitteln, Anpassung der Umgebung, Hilfebedürftigkeit durch andere Menschen, persönliche Assistenz oder Pflege, Abhängigkeit von Fremdhilfe, eingeschränkte Selbständigkeit oder Selbstversorgung im Alltag)
- der Mobilität (z.B. Einschränkungen in der Bewegung im persönlichen Umfeld, in der Nachbarschaft, der Gemeinde, im Fernbereich, bei Reisen)
- der Beschäftigung
 - im beruflichen Bereich im Hinblick auf den Weg von und zur Arbeit, den Arbeitsplatzbedingungen (z.B. bei beruflicher Exposition von Hautallergenen und Noxen), Arbeitsorganisation, Qualifikation (Aus-, Fort- und Weiterbildung)
 - in der Haushaltsführung
 - in der Freizeit
- der psychischen Belastbarkeit

- der sozialen Integration / Reintegration (z.B. Aufnahme und Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen)
- der wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

2.6 Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erlebnisse. Personbezogene Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).

Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind.

Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Darüber hinaus können spezielle Risikofaktoren sowohl die Manifestation als auch den Verlauf und die Redizivwahrscheinlichkeit von Hauterkrankungen beeinflussen. Dabei kann es sich um berufliche (z.B. häufige Reinigung oder Desinfektion der Haut, Tätigkeiten mit erhöh-

tem Infektions- und Verletzungsrisiko, Kontakt mit hautreizenden Stoffen), soziale oder psychische Belastungsfaktoren handeln.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für ambulante medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social support) einbezogen.

Eine auf die individuellen Fähigkeiten des Rehabilitanden fördernd oder hemmend wirkende physikalische oder soziale Umwelt beeinflusst den Rehabilitationserfolg nachhaltig. Hierzu gehören z.B.

- persönliche Unterstützung und Assistenz durch Bezugspersonen
- Einrichtungen zur weiteren rehabilitativen Versorgung
- künstliche physikalische Umwelt mit Gestaltung von Wohngebäuden, Geschäftsgebäuden, öffentlichen Gebäuden
- natürliche Umwelt.

2.7 Individuelle Voraussetzungen

Neben den unter Ziffer 2 genannten medizinischen Voraussetzungen muss der Rehabilitand für eine ambulante Rehabilitation rehabilitationsfähig sein, d.h.,

- über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreichen können
- über eine durchgängige Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft, Handlungs- und Lernfähigkeit verfügen
- über eine ausreichende Compliance und Motivation verfügen.

Die häusliche Versorgung des Rehabilitanden sowie seine sonstige medizinische Versorgung müssen sichergestellt sein.

3. Rehabilitationsziele

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Ziele in diesem Sinne sind für

- das Erwerbsleben z.B.
 - Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit
 - Planung von Arbeitsplatzanpassung
 - Erhalt des Arbeitsplatzes
 - Planung und Einleitung von Maßnahmen zur (weiteren) Teilhabe am Arbeitsleben

- die Aktivitäten des täglichen Lebens z.B.
 - Gestaltung der häuslichen Umgebung, Wohnraumanpassung
 - Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien
 - Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschl. Abbau von negativ wirkenden Kontextfaktoren
 - Einleitung von Anpassung an Sport- und Freizeitaktivitäten.

Die dermatologische Rehabilitation hat für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einen besonderen Stellenwert, um die soziale Integration zu fördern. Dieses Ziel kann in der ambulanten dermatologischen Rehabilitation erreicht werden durch:

- Behebung oder Verminderung der Schädigungen (z.B. Verlängerung des hauterscheinungsfreien Intervalls)
- Verminderung des Schweregrades der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder deren Wiederherstellung
- Kompensation (Ersatzstrategien)
- Adaptation/Krankheitsverarbeitung.

Dies kann nur durch eine aktive Mitarbeit des Rehabilitanden erreicht werden. Ein wesentliches Rehabilitationsziel ist somit die Motivation zur Krankheitsbewältigung und Verhaltensänderung durch umfassende Anleitung bei der Hautpflege und Lokalthherapie und durch Schulungen. Durch die intensive Beschäftigung und Auseinandersetzung mit der Hauterkrankung und der sie beeinflussenden Faktoren steigt die Krankheitsakzeptanz, der Leidensdruck nimmt ab und die beeinträchtigte Lebensqualität kann wieder zunehmen.

3.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Schädigungen des gesamten Hautorgans unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.1 genannten Diagnosen, insbesondere bezüglich

- des klinischen Erscheinungsbildes
- Juckreiz
- Infektionen
- Bewegungseinschränkungen und Kontrakturen.

Im Vordergrund steht hierbei die langfristige Besserung bzw. Stabilisierung des Hautbefundes und ggf. anderer Manifestationen.

3.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen einer Zunahme der Beeinträchtigungen der Aktivitäten insbesondere

- im Verhalten (z.B. in der Familie, im Beruf, in der Freizeit, in der Motivation und bei Krisen)
- in der Selbstversorgung (z.B. bei hygienischen Verrichtungen)
- in der Fortbewegung und Beweglichkeit
- in der Krankheitsbewältigung z.B.
 - Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität
 - Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen, Juckreiz und Stress
 - Förderung der Compliance
- bei der Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping).

3.3 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe

Ziele sind, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Zunahme zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern insbesondere in der

- physischen Unabhängigkeit (in Bezug auf Selbstversorgung)
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung)
- Beschäftigung (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung, Freizeit)
- psychischen Stabilität
- sozialen Integration
- wirtschaftlichen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes).

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind die Bezugspersonen nach Möglichkeit einzubeziehen.

3.4 Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik¹ können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind. Hierzu können u.a. Arbeitsplatzbegehungen, Wohnraumbesichtigungen und Gespräche mit dem Arbeitgeber bzw. den Bezugspersonen erforderlich sein, mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des Rehabilitanden anzupassen (Adaptation).

Es ist auch Aufgabe der Rehabilitation, soziale, somatische und psychische Auswirkungen der dermatologischen Erkrankung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand ist anzuleiten, mit Krankheitsauswirkungen zu leben (Coping) und negativ wirkende Kontextfaktoren zu vermeiden, zu beseitigen bzw. deren Wirkungen zu vermindern.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind:

¹ Die funktionale Problematik kennzeichnet den aktuellen Status der funktionalen Befunde und Symptome auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe.

- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Erlernen und Anwendung von individuellen Hautschutz- und Hautpflege-techniken
- besserer Umgang mit Notfallsituationen (Schub, Superinfektionen)
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlernährung, Bewegungsmangel, inadäquates Freizeitverhalten, körperliche und psychische Überforderung)
- Erlernen und Anwendung in Techniken zur Selbstkontrolle (z.B. Juckreiz-Kratz-Zirkel)
- Erlernen und Anwendung von Entspannungstechniken
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- verbesserter Umgang mit beruflichen Belastungsfaktoren (z.B. häufige Reinigung oder Desinfektion der Haut, Tätigkeiten mit erhöhtem Infektions- und Verletzungsrisiko, Kontakt mit hautreizenden Stoffen)
- Reintegration in das Erwerbsleben.

4. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

Je nach Schweregrad der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und den sich daraus ergebenden Rehabilitationszielen gestalten sich die individuell erforderliche Rehabilitationsdauer und Therapiedichte. In der Regel ist eine Therapiezeit von täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden an fünf bis sechs Tagen in der Woche einzuhalten. Auf die individuelle Belastbarkeit des Rehabilitanden ist dabei Rücksicht zu nehmen.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der ambulanten dermatologischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden.

5. Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien für die ambulante dermatologische Rehabilitation sind:

- die allgemeinen Ausschlusskriterien (Ziffer 8 Allgemeiner Teil)
- fehlende Kooperation
- mangelnde Compliance des Rehabilitanden

- bei Hautkrebs schwerwiegende Operationsfolgen
- Erythrodermie
- schwerwiegende Sekundärinfektionen
- Bewegungseinschränkung als vorherrschendes Symptom.

6. Anforderungen an die ambulante Rehabilitationseinrichtung

6.1 Rehabilitationskonzept

Jede ambulante dermatologische Rehabilitationseinrichtung erstellt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept evtl. unter Berücksichtigung von Schwerpunkten, das die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung und Angaben zur voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält.

6.2 Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes/einer Ärztin² mit der Gebietsbezeichnung „Dermatologie/Venerologie“ stehen.

Der leitende Arzt muss über mindestens zweijährige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrungen verfügen und sollte die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin führen. Er hat neben der gebietsbezogenen Fortbildung auch seine Fort- und

² Im Folgenden wird auf die weibliche Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

Weiterbildung in der Sozialmedizin (Absolvierung der sozialmedizinischen Kurse nach der Weiterbildungsordnung /WBO) und zu indikationsspezifischen Anforderungen der Arbeitsmedizin zu gewährleisten, einschließlich der Anleitung und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter.

Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Therapiezeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein. Der Vertreter des leitenden Arztes muss über eine vergleichbare Qualifikation verfügen wie der leitende Arzt der Einrichtung.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine dermatologische Gemeinschaftspraxis oder an eine vollstationäre dermatologische Einrichtung angebunden, muss eine räumliche und organisatorische Trennung gegeben sein.

Für die Betreuung außerhalb der Rehabilitation muss der weiterbehandelnde Arzt entsprechend informiert werden. Die während der ambulanten Rehabilitation gewonnenen medizinischen Daten müssen anderen behandelnden Ärzten bei Bedarf zugänglich sein.

6.3 Ärztliche Aufgaben

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung eines ganzheitlichen und umfassenden Rehabilitationskonzepts, entsprechend den Zielen des jeweiligen Rehabilitationsträgers und bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den o.g. Krankheitsdimensionen, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit Konkretisierung des Behandlungsbedarfs
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abstimmung des Rehabilitationszieles sowie des Rehabilitationsplans mit den Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam

- Durchführung aller für die ambulante Rehabilitation erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen

- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Durchführung von Visiten in den Behandlungsräumen und Sprechstundenangebot für den Rehabilitanden
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 mal pro Woche)
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Bezugspersonen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte des nicht-ärztlichen Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und weiterbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliar-diensten und den in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation.

6.4 Rehabilitationsdiagnostik

Am Beginn, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation ist die Rehabilitationsdiagnostik durchzuführen. Die Befunde der Vorfelddiagnostik sind zu berücksichtigen. Die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie die relevanten Kontextfaktoren sind zu beschreiben und zu bewerten; zeitnahe Befunde sind zu berücksichtigen.

Die Diagnostik umfasst obligatorisch:

- medizinische und psychosoziale Anamnese
- eingehende körperliche allgemeine Untersuchung
- eingehende fachspezifische Untersuchungen
- psychologische Diagnostik.

Fakultativ:

- Ruhe-EKG
- Bestimmung von Laborparametern
- weiterführende Diagnostik.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen sichergestellt sein.

6.5 Rehabilitationsplan

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik werden für jeden Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und das individuelle Rehabilitationsziel bzw. –teilziel definiert.

Regelmäßige Besprechungen des Rehabilitationsteams geben Auskunft über den Verlauf. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten sowie ggf. der Teilhabe sind in regelmäßigen Abständen unter Nutzung der relevanten Untersuchungsmethoden zu dokumentieren.

6.6 Behandlungselemente

Neben den vom Arzt erbrachten Leistungen (Ziffer 6.3) kommen folgende therapeutische Leistungen in Betracht:

- psychologische Beratung/Behandlung
- Rehabilitationsfachberatung einschl. Hilfsmittelberatung, ggf. Wohnraumberatung, Arbeitsplatzberatung
- Sozialberatung, Leistungerschließung
- Ernährungsberatung
- Patientenschulung und -information
- Motivation zur Eigenhilfe/Hilfe zur Selbsthilfe
- Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining
- Entspannungstraining/Stressbewältigung
- Angehörigenberatung/-anleitung
- Ergotherapie

- Physiotherapie
- Lichttherapie
- Krankenpflege
- medizinische Bäder.

6.7 Aufgaben des Rehabilitationsteams

Die Umsetzung des ganzheitlichen umfassenden Rehabilitationskonzeptes ist Aufgabe des gesamten Rehabilitationsteams, das sich aus den unter Ziffer 7 aufgeführten ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften zusammensetzt. Es finden regelmäßig Teambesprechungen statt. Die Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen nach dem vom leitenden Arzt unter Mitwirkung des Rehabilitationsteams erstellten Rehabilitationsplan und werden dem Rehabilitationsverlauf nach Absprache angepasst. Wo möglich finden Beratungen oder Behandlungen in der Gruppe statt.

Bei Bedarf sind Besuche vor Ort (Wohnung, Arbeitsplatz) durchzuführen. Die Angehörigen/Bezugspersonen sind, soweit für die Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich, in die Rehabilitation einzubeziehen.

7. Personelle Ausstattung

7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Die ambulante dermatologische Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitglieder über die nachstehend aufgeführte Qualifikation und Berufserfahrung³ in der Regel verfügen müssen.

³ Bei Teilzeitkräften verlängert sich der Zeitraum der erforderlichen Berufserfahrung entsprechend.

Arzt

Für den leitenden Arzt und seinen Stellvertreter gelten die unter Ziffer 6.2 genannten Ausführungen. Für die weiteren Ärzte gilt, dass sie möglichst in der fortgeschrittenen Facharztausbildung sind und über nachweisliche Erfahrung in der Betreuung von Rehabilitanden mit den unter Ziffer 2.1 genannten Erkrankungen verfügen.

Diplom - Psychologe

- Diplom als Psychologe, psychologischer Psychotherapeut mit dem Schwerpunkt klinische Psychologie und
- Zusatzqualifikation in Entspannungs-/Stressbewältigungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und
- Erfahrung in der Leitung von Gruppen und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung.

Oecotrophologe/Diätassistent

- Diplom als Oecotrophologe, Diätassistent mit Schwerpunkt Nahrungsmittelunverträglichkeit bei der Betreuung von Rehabilitanden mit atopischem Ekzem oder staatliche Anerkennung als Diätassistent und
- mind. 2 Jahre vollzeitige praktische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung.

Sozialarbeiter/Sozialpädagoge

- Diplom/staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung und
- Erfahrung in Einzelfallhilfe und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen.

Physiotherapeut/Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung und
- wenn in hauptverantwortlicher Tätigkeit: Erfahrungen mit manueller Lymphdrainage/entstauenden Massagetechniken.

Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferin

- Staatliche Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger oder Arzthelferin und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer dermatologischen Einrichtung und
- Erfahrung in der fachlichen Beratung, Anleitung und praktischen Unterstützung von medizinischen Laien und
- wünschenswert: Weiterbildung/Erfahrung in der Rehabilitationspflege.

Ergotherapeut

- Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung und
- Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und
- einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie.

Sportlehrer/Sporttherapeut (fakultativ)

- Diplom-Sportlehrer mit medizinischer Ausrichtung (z.B. Fachrichtung Rehabilitation) oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer/Sporttherapeut mit ausreichender rehabilitativer Erfahrung.

Die nichtärztlichen Therapeuten müssen bei Bedarf über indikationsspezifische Zusatzqualifikationen oder Weiterbildungen verfügen.

Das Team der ambulanten Rehabilitationseinrichtung bilden Mitarbeiter mit definierter Qualifikation. Das Team ist in der Lage, bei Bedarf ein fachspezifisches Assessment durchzuführen und gemeinsam zu den Zieldefinitionen beizutragen, welche im Rehabilitationsplan dokumentiert werden.

Die Fort- und Weiterbildung für alle Teammitglieder sollte in angemessenem Umfang gewährleistet werden.

7.2 Personalbemessung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Je nach Schwerpunktbildung und indikationsbezogenen Rehabilitationskonzepten verändern sich in Abhängigkeit von Frequenz und Dauer der unterschiedlichen Therapieeinheiten die Anforderungen an das Rehabilitationsteam und den Personalschlüssel.

Für eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit 40 Rehabilitanden mit ganztägiger Rehabilitation wird folgender Personalschlüssel empfohlen:

Arzt	1 : 15 – 1 : 20
Diplom - Psychologe	1 : 30 - 1 : 40
Oecotrophologe/Diätassistent	1 : 40 – 1 : 80
Gesundheits- und Krankenpfleger/Arzthelferin	1 : 20
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	1 : 60 – 1 : 90
Physiotherapeut/Krankengymnast	1 : 20 – 1 : 40
Sportlehrer/Sporttherapeut (fakultativ)	1 : 40 – 1 : 80
Ergotherapeut	1 : 80

Zusätzlich sind Verwaltungsaufgaben, Laboranbindung sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretung sicherzustellen.

8. Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen.

Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten dermatologischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Nutzfläche für gerätetechnisch gestützte Diagnostik
- Funktionsräume (z.B. für die Licht- und Bädertherapie)
- Funktionsräume für die Hautpflege
- Funktionsräume für die Beratungen (medizinisch, psychologisch, oecotrophologisch) und Diagnostik
- Arztzimmer mit Untersuchungsraum
- steriler Verbandsraum
- Möglichkeit zur Notfallbehandlung
- multifunktionaler Raum für Teambesprechungen, Gruppenschulungen usw.
- Schulungsraum mit audiovisuellen Medien
- Umkleideräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Anzahl mit barrierefreier Gestaltung
- Empfangs- und Wartebereich
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Aufenthalts- und Versorgungsbereich
- Personalaufenthaltsraum
- Sekretariat
- Patientenannahme, Archiv.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

9. Apparative Ausstattung

9.1 Diagnostik

Die für die diagnostischen Maßnahmen notwendige apparative Ausstattung umfasst folgende Geräte:

- Test-Kits für die allergologische Diagnostik Prick, i.c., RAST, nasale/konjunktivale/ bronchiale Provokation, Epikutantest, Indikationen: Atopisches Ekzem, sonstige Allergien, Berufsdermatosen, chronische Ekzeme
- Geräte für UVA und UVB Testuntersuchungen, Indikationen: Atopisches Ekzem, sonstige Allergien, Berufsdermatosen, chronische Ekzeme, Psoriasis, Kollagenosen
- Ultraschallgerät für Dopplersonographie (Gefäßdiagnostik), Indikation: vaskuläre Erkrankungen
- EKG
- Spirometrie.

Weitere apparative Diagnostik muss die Einrichtung selbst nicht vorhalten. Es muss jedoch im Rahmen einer festen Kooperation der Rehabilitationseinrichtung mit entsprechenden Partnern gewährleistet sein, dass bei medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall die rasche Durchführung weiterer apparativ-gestützter Diagnostik bedarfsgerecht und mit geringem organisatorischen Aufwand möglich ist, wie:

- Laboruntersuchungen
- Röntgen
- Computertomographie
- Magnet-Resonanz-Tomographie
- konventionelle Sonographie
- EEG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Langzeit-EKG
- Endoskopie.

9.2 Therapie

Für die Therapie sind je nach Indikation bereitzustellen:

- Indikationen atopisches Ekzem, Allergien, Berufsdermatosen, chronische Ekzeme, Psoriasis

speziell:

- Selektive UV-Bestrahlungsgeräte für Ganzkörper-/ Teilkörperbestrahlungen (Hände, Füße, Kopfhaut)
- Wannen zur Durchführung von Teilkörperbädern und Vollbädern mit medizinischen Badezusätzen
- Möglichkeiten zur Durchführung von Ganz- oder Teilkörper Fett-Feucht Verbänden
- Elektrostimulationsgerät

- Indikation chronische venöse Insuffizienz

speziell:

- Gerät für intermittierende Kompressionstherapie.

10. Verlängerungskriterien

Unter dem Gesichtspunkt der individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist auch im ambulanten Bereich nach vorheriger Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich bei

- Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationszieles bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit (z.B. interkurrente Erkrankungen).

11. Beendigung der Maßnahme

Die ambulante dermatologische Rehabilitation ist zu beenden, wenn sich erst während der Rehabilitationsmaßnahme die unter Ziffer 5 genannten Ausschlusskriterien zeigen, oder wenn das Rehabilitationsziel erreicht ist, oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.