

13 Rehabilitation

Wolf Nürnberg und Johannes Norgauer

13.1 Begriffsbestimmung

Am 1. Juli 2001 ist nach jahrzehntelanger Diskussion über ein einheitliches Rehabilitationsrecht für behinderte Menschen das Sozialgesetzbuch IX in Kraft getreten. Es trägt den Titel „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ und definiert den Begriff der Behinderung (§2 SGB IX) in Übereinstimmung mit dem Konzept der Behinderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Hiernach gelten Menschen als behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“.

Basierend auf diesem durch die WHO definierten Begriff der Behinderung, erhalten „Behinderte“ oder „von Behinderung bedrohte Menschen“ Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am beruflichen, sozialen und familiären Leben zu sichern, Benachteiligung zu vermeiden und ihnen entgegenzuwirken (§1 SGB IX).

Im Gegensatz zur kurativ orientierten Akutmedizin, konzentriert sich die rehabilitative Behandlung auf chronische Erkrankungen, die nicht heilbar sind und deren Gesundheitsschädigungen anhalten.

Neben der Behandlung von akuten Gesundheitsschäden, z.B. den Hautveränderungen im Rahmen einer Psoriasis vulgaris, liegt der besondere Fokus einer rehabilitativen Maßnahme in dem Bereich der Minderung oder Behebung von Krankheitsfolgen. Der Betroffene soll trotz bleibender bzw.

rezidivierender Gesundheitsschäden und der resultierenden Folgen möglichst gut den Anforderungen des alltäglichen Lebens entsprechen können. Ziel ist es, die Teilhabe (Partizipation) in Familie, Beruf und Gesellschaft zu sichern oder wiederherzustellen.

Je nach Hauptaufgabe des Sozialversicherungsträgers, welcher federführend die rehabilitativen Maßnahmen finanziert, steht dabei die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Patienten bzw. die (Re-)Integration in das Erwerbsleben, die Verhinderung der Pflegebedürftigkeit bzw. Steigerung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe und die verminderte Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsleistungen im Vordergrund.

13.2 Rechtliche Grundlagen

Die Leistungen zur Rehabilitation werden in unterschiedlichen Gesetzeswerken geregelt. Von besonderer Bedeutung ist dabei das Sozialgesetzbuch IX zur „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Weitere Regelungen finden sich im Sozialgesetzbuch V für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), im Sozialgesetzbuch XI für die soziale Pflegeversicherung und im Sozialgesetzbuch VI für die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) sowie im Sozialgesetzbuch VII für die gesetzliche Unfallversicherung (GUV, BG). Arbeitsfördernde Maßnahmen regelt das Sozialgesetzbuch III.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel für die Rehabilitation von nicht oder nicht mehr erwerbstätigen Personen zuständig (Schüler, Studenten, Hausfrauen, Altersrentner und Pensionäre).

Hierbei gilt es, die soziale Teilhabe zu sichern oder wiederherzustellen und auch Folgekosten zu vermeiden („Reha vor Pflege“).

Ist eine Erwerbstätigkeit oder -fähigkeit durch eine Erkrankung bedroht oder eingeschränkt, ist im Allgemeinen für die Umsetzung und Finanzierung der Leistung der Rentenversicherungsträger zuständig.

Ziel ist dann primär, eine drohende Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden, Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen oder einer Frühberentung entgegenzuwirken („Reha vor Rente“, §9 SGB VI). Für nicht erwerbstätige Angehörige erbringt die gesetzliche Rentenversicherung sogenannte Nach- und Festigungskuren bei Krebserkrankungen und auch Kinderheilbehandlungen. Treten Fähigkeitsstörungen als Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls auf oder besteht der Verdacht auf eine berufsbedingte Erkrankung, so ist die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) bzw. Berufsgenossenschaft für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zuständig.

Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitationsleistung ist im Allgemeinen der Antrag der Versicherten. Ausnahme sind hier die Unfallversicherungen und die Sozialhilfeträger. Allerdings besteht auch ohne Antrag eine allgemeine Verpflichtung, eine Rehabilitationsmaßnahme einzuleiten. Sofern ein Antrag zur Rehabilitation gestellt und bei dem Kostenträger eingereicht wird, erfolgt automatisch eine Prüfung auf sozialmedizinische und leistungsrechtliche Voraussetzungen. So sind Mindestversicherungszeiten notwendig, um die Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers zu erfüllen. Die sozialmedizinischen Voraussetzungen werden seit 2008 stichprobenartig durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft, wobei die Befundberichte vom niedergelassenen Arzt bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme von fundamentaler Bedeutung sind. Basierend auf diesen Beurteilungen erfolgt eine Genehmigung oder Versagung der beantragten Leistungen.

13.3 ICF und die neuen Rehabilitationsrichtlinien

■ ICF

Die ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (International Classification of Functioning, Disability and Health), liegt seit 2004 in der deutschen Übersetzung vor (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI)).

Im Gegensatz zur ICD-10 stellt sie nicht nur eine Klassifikation als solche dar, sondern beinhaltet auch ein konzeptionelles Modell (Schuntermann 2005).

So basiert das 9. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) wesentlich auf der Konzeption der ICF-Nomenklatur und auch die gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) für die Durchführung von Begutachtungen beruht auf der Grundlage der ICF (SEG-1 2005; BAR 2004). Nicht zuletzt stellt die ICF auch die Basis für die vertragsärztliche Versorgung im Bereich der Rehabilitation dar.

Die ICF-Konzeption hilft wesentlich, den rehabilitativen Bedarf eines Patienten zu definieren.

So ergibt sich die Notwendigkeit einer rehabilitativen Leistung nicht etwa auf Basis der Diagnose „Psoriasis vulgaris“ (ICD-10: L40.0), sondern durch die Krankheitsauswirkungen sowie die konkreten individuellen Umständen, welche die sozioökonomischen Aspekte berücksichtigen (Abb. 13.1). Ob ein Patient bei Vorliegen einer Hauterkrankung seinen Alltag bewältigen und an den verschiedenen Lebensbereichen teilnehmen kann, hängt neben Art, Schwere und Verlauf der Erkrankung auch von äußeren und individuellen Kontextfaktoren ab. Letztere umfassen Umwelt- sowie persönliche Faktoren wie Alter, Geschlecht, Konstitution, biografische Erfahrung, Kompetenz, Compliance, Coping usw. Das ICF-Modell von Gesundheit und Krankheit blickt daher nicht primär auf die exakte Diagnose, sondern reflektiert perspektivisch den Gesamtzusammenhang von Gesundheit und Krankheit. Folgerichtig wird aus Sicht der ICF nicht die Diagnose („Was habe ich für eine Erkrankung?“) in den Vordergrund gestellt, sondern der Fokus auf die Einschränkungen in der Funktionsfä-

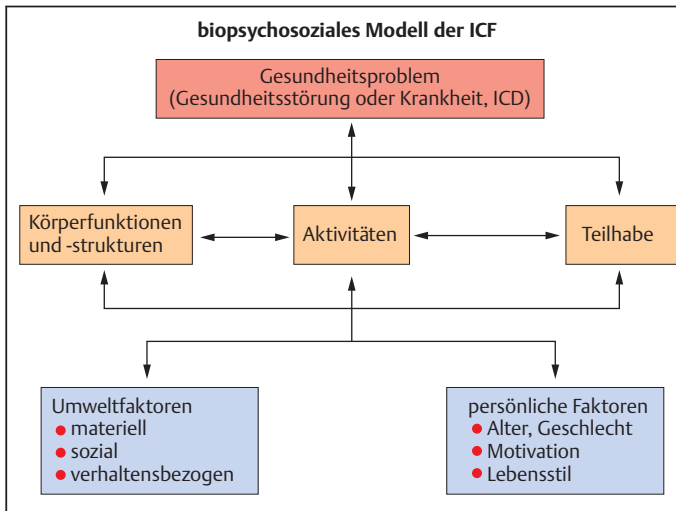


Abb. 13.1 Biopsychosoziales Modell der ICF.

higkeit und Teilhabe gerichtet („Was kann ich nicht mehr, woran kann ich nicht mehr teilhaben?“). Berücksichtigt werden dabei sowohl negative Elemente der Krankheitsauswirkung sowie erstmals auch positive Kontextfaktoren (z.B. Unterstützungsmechanismen durch die Familie, gute medizinische Infrastruktur in der Umgebung etc.). Von besonderer Bedeutung ist, dass im Konzept der ICF sämtliche Komponenten in Wechselwirkung treten und damit die Auswirkung der Krankheit bestimmen können (siehe Abb. 13.1).

■ Rehabilitationseinleitung

Am 1. April 2007 erfolgte die Umsetzung der neuen Rehabilitationsrichtlinien, die die Zugangswege und Zugangsvoraussetzungen für eine Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung regeln und wesentlich auf der Konzeption der ICF-Nomenklatur beruhen (Rehabilitations-Richtlinie 2004, Rehabilitations-Richtlinie 2005). Im Rahmen dieser Verordnung wurden die Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durch ein 2-stufiges Verfahren zur Rehabilitationseinleitung festgelegt.

- Besteht ein Rehabilitationsbedarf, so muss der behandelnde Arzt die zuständige Krankenkasse durch Ausfüllen des Formblattes 60A darüber informieren.
- Im Anschluss prüft die Krankenkasse ihre Zuständigkeit und leistungsrechtliche Ansprü-

che, um in einem zweiten Schritt den Vertragsarzt mit dem Ausfüllen einer detaillierten Rehabilitationsverordnung (Blatt 61 A–D) zu beauftragen.

Verfügt der verordnende Arzt über spezielle Kenntnisse, welche er z.B. durch Teilnahme an einem Kurs zur Verordnungsberechtigung erworben hat, so kann er gegenüber der Krankenkasse seine Aufwendungen geltend machen (Nürnberg u. Wehrmann 2005). Rehabilitationsanträge zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung oder Anträge für Vorsorgeleistungen sowie Beantragungen von Mutter-Kind-Vorsorgekuren unterliegen nicht den Vorschriften der neuen Rehabilitationsrichtlinien und können wie gehabt ausgefüllt und abgerechnet werden.

Das Verordnungsblatt (Blatt 61 A–D) ist grundsätzlich die Basis für den Entscheidungsalgorithmus zur Genehmigung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Entsprechend wird der Vertragsarzt aufgefordert, auf folgende Inhalte einzugehen:

1. Sozialanamnese
2. klinische Anamnese
3. rehabilitationsrelevante Diagnosen
4. Rehabilitationsbedürftigkeit (Schädigung nicht nur vorübergehender Art mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie Kontextfaktoren)
5. Maßnahmen der Krankenbehandlung in den letzten 12 Monaten
6. Rehabilitationsfähigkeit

7. Rehabilitationsziele
8. Rehabilitationsprognose
9. sonstige Angaben

Diese Angaben sind nicht nur die Entscheidungsgrundlage des medizinischen Dienstes für die Zuerkennung von Rehabilitationsleistungen, sondern begründen auch die Rehabilitationsziele, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation umgesetzt werden sollen. Entsprechend kommt dem Vertragsarzt eine außerordentliche Verantwortung zu, um als „Torwart“ für medizinische Leistungen zu Lasten der Solidargemeinschaft zu fungieren. Er definiert wesentlich die inhaltlichen Schwerpunkte und Ziele während einer Rehabilitation.

Der Vertragsarzt muss festlegen, welche Anforderungen an die „richtige Klinik“ hinsichtlich ihrer Kompetenzen gestellt werden müssen und welche Gesundheitsstörungen im Vordergrund stehen. Dies ist insbesondere bei Psoriasispatienten mit Komorbiditäten wichtig (psoriatische Arthropathie, Genussmittelmissbrauch, metabolisches Syndrom und psychosoziale Belastungen etc.).

13.4 Voraussetzungen und Indikationsstellung

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

- Es treten chronisch rezidivierende Verlaufsformen mit kurzen symptomfreien Intervallen auf, die zu zunehmenden Einschränkungen in der sozialen, familiären und beruflichen Teilhabe führen.
- Es macht sich eine deutliche Zunahme in Ausdehnung und Schweregrad bemerkbar, die unter Ausschöpfung der ambulanten Maßnahmen nicht verhindert werden konnte oder kann.
- Es drohen behandlungsbedürftige Begleiterkrankungen oder sie liegen bereits vor.
- Im Vorfeld lag eine akutstationäre Behandlung durch einen schwerwiegenden Verlauf (Erythrodermie) vor.
- Es liegen Therapie- und Complianceprobleme vor, die durch eine Intensivierung der Betreuung und Behandlung im Rahmen einer Rehabilitation angegangen werden können.

Eine Rehabilitation wird allerdings nur dann erfolgreich, wenn eine adäquate Rehabilitationsfähigkeit und eine gute Rehabilitationsprognose vorliegt. Entsprechend muss bei dem Patienten im Vorfeld eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Selbsthilfefähigkeit vorhanden sein, um den Anforderungen einer Rehabilitation zu entsprechen.

13.5 Inhalte der Rehabilitation

■ Ziele der Rehabilitation bei Psoriasis vulgaris

In Übereinstimmung mit dem biopsychosozialen Modell der ICF ist das Hauptziel einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bei Psoriasis vulgaris neben einer Besserung des Hautzustandes und der vorliegenden Komorbiditäten eine allgemeine körperliche und psychische Stabilisierung, eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit sowie eine Steigerung der Lebensqualität durch Erlernen von Krankheitsbewältigungsstrategien im Rahmen von Schulung und Motivationsförderung (Delbrück et al. 1998, Reich u. Mrowietz 2007). Im Einzelfall sollte man daher mit dem Patienten zusammen die individuellen Rehabilitationsziele definieren, bezogen auf Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie auf die Kontextfaktoren (Tab. 13.1). Hierbei können Arzt und Patient durchaus unterschiedliche Therapieziele benennen, was bei der Therapieplanung und letztendlich auch bei der Beurteilung der Therapieergebnisse im Anschluss an die Heilmaßnahme berücksichtigt werden muss.

In jedem Fall kann von dem Patienten eine aktive Mitarbeit während des Rehabilitationsprozesses erwartet werden (Mitarbeitspflicht des Rehabilitanden, §§ 60–67 SGB I).

Der Patient soll nicht nur die Behandlungen aktiv unterstützen, sondern muss auch die Bereitschaft übernehmen, die während einer Rehabilitation gewonnenen Erkenntnisse in Verhaltensänderungen umzusetzen („aktive Partnerschaft“).

Tabelle 13.1 Rehabilitationsziele bei Psoriasis vulgaris (in Anlehnung an: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation, 2004).

bezogen auf Körperfunktionen und -strukturen	bezogen auf Aktivitäten und Teilhabe	bezogen auf Kontextfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Abheilung oder Verminderung der Hautveränderungen • Stabilisierung eines Hautbefundes bei rezidivierenden und schweren Verläufen • Verminderung von quälendem Juckreiz, Verbesserung des Nachtschlafes • Verbesserung der Greif- u./o. Gehfähigkeit bei Befall der Palmae, Finger, Fußsohlen • Verbesserung der Gelenkfunktionen • Wiederherstellung der Beweglichkeit der Wirbelsäule 	<ul style="list-style-type: none"> • Erlernen von physischer Unabhängigkeit in Bezug auf Selbstversorgung, Haushaltsführung und Mobilität • psychische Stabilität, Stärkung des Selbstwertgefühls • soziale Sicherung bzw. Reintegration im Bereich Familie und soziales Umfeld • wirtschaftliche Eigenständigkeit durch Sicherung des Lebensunterhaltes und Ausbildung • Beschäftigung (Freizeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzvermittlung durch Informationstransfer und Schulung • Erlernen von Coping-Strategien • Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle (Juckreiz) und Stressverarbeitung (Entspannungstechniken) • Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (Alkohol, Nikotin etc.) • Reintegration in Familie, soziales Umfeld und Erwerbsleben • Integration in Selbsthilfegruppen

■ Multi- und interdisziplinäre Rehabilitation

Im Gegensatz zu einer akutmedizinischen dermatologischen Intervention hat die dermatologische Rehabilitation grundsätzlich einen multiprofessionellen und multidimensionalen Behandlungsansatz, der auf die Rehabilitationsziele des Patienten ausgerichtet ist (Elsner et al. 2007, Nürnberg 2005). Bei der individuellen Therapieplanung gilt es, bedarfsgerecht verschiedene Behandlungen im Rahmen eines ganzheitlichen Konzeptes zu vereinigen, ohne den Patienten zu überfordern (siehe Tab.13.2). Die Auswahl der therapeutischen Elemente wird dabei nicht allein durch die somatischen Bedürfnisse des Patienten bestimmt. So werden z.B. bei Einschränkungen im kognitiven Bereich/Compliance oder bei Defiziten im Gesundheitsverhalten bzw. bei begleitenden psychosozialen Belastungen Kontakte mit verschiedenen Therapeuten des psychosozialen Bereiches (z.B. Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialtherapeuten) in den individuellen Behandlungsplan integriert.

Dermatologische Therapie. Die stadien- und bedarfsgerechte dermatologische Therapie orientiert sich an der aktuellen S3-Leitlinie, die kürzlich publiziert wurde (Nast et al. 2006). Wie für den ambulanten Bereich, gilt hierbei auch, dass die Behandlung während der stationären Maßnahme möglichst klar strukturiert wird und der Patient

Tabelle 13.2 Therapieelemente bei der Rehabilitation von Patienten mit Psoriasis vulgaris.

- Lokalthherapie
- Systemische Therapie
- Fototherapie
- Foto-Sole-Therapie
- Fotochemotherapie
- Klimatherapie
- Psychotherapie / psychologische Begleitung (inkl. Entspannungstherapie)
- Sozialberatung, Sozialtherapie
- diätetische Schulung und Behandlung
- Sport- und Physiotherapie
- Ergotherapie
- Gesundheitsförderung
- Psoriasissschulung

unterwiesen wird, wie er selbst eine adäquate und rationale Therapie praktisch umsetzen kann („Wie creme ich mich richtig ein?“, „Wie verwende ich ein Ölbad richtig?“, „Wann und wie beginne ich wieder mit der Therapie?“ etc.).

Psychologische Betreuung. Im Rahmen einer dermatologischen Rehabilitation kommt der psychologischen Betreuung der Patienten ein wichtiger Stellenwert zu. Untersuchungen der letzten Jahre konnten bestätigen, dass viele Psoriasispatienten unter dem Gefühl der Stigmatisierung und körperlichen Unattraktivität sowie einer hohen Rate depressiver Erkrankungen bis hin zu suizidalen

Gedanken leiden (Schmid-Ott et al. 2005, Schmid-Ott et al. 2003, Reich u. Mrowietz 2007). Auch wird die Hauterkrankung durch die betroffenen Patienten häufig ähnlich belastend empfunden, wie andere chronische und teils lebensbedrohliche Erkrankungen, wie beispielsweise die Angina pectoris oder ein Krebsleiden (Rapp et al. 1999). Generell ist davon auszugehen, dass bei einer Psoriasis ab mittlerer Ausprägung bzw. Involvierung von sichtbaren Arealen und Gelenkbeteiligung eine ausgeprägte Beeinträchtigung der Lebensqualität vorherrscht. Nicht selten wird von betroffenen Patienten zudem berichtet, dass durch Stress oder psychische Belastungsfaktoren eine Verschlechterung der Hauterscheinung bzw. Schubauslösung induziert werden kann (Saikowski 1999).

Im Vordergrund der psychologischen Behandlungsangebote stehen Einzel- und Gruppentherapien, die im Rahmen der Psoriasis-Schulung auch Aspekte eines allgemeinen Gesundheitstrainings berücksichtigen. Inhalte sind neben Beratung und Motivationsförderung auch das Training von Bewältigungsstrategien im Sinne der Kompetenz- und Selbstsicherheitsentwicklung. Weiterhin wird den Patienten das Erlernen von Entspannungsmaßnahmen (Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) angeboten, wodurch der Umgang mit Stressbedingungen nachhaltig positiv beeinflusst werden soll. Bei inadäquatem Genussmittelgebrauch (Nikotin und Alkohol) sollte in jedem Fall ein Raucherentwöhnungstraining angeboten und der gesundheitsgefährdende Umgang mit Alltagsgiften und Noxen im Rahmen von Informationsveranstaltungen und Schulungen thematisiert werden.

Betreuung durch Sozialarbeiter. Um die Teilhabe der Patienten in Beruf und Gesellschaft nach einer Rehabilitation langfristig zu sichern, bedarf es nicht selten sozial- und versicherungsrechtlicher sowie sozialpädagogischer Unterstützung während der Maßnahme. Im Rahmen professioneller Beratungsangebote muss den Patienten die Möglichkeit gegeben werden, Fragen in Bezug auf berufliche Perspektiven, berufliche Wiedereingliederung, Umschulung, innerbetriebliche Umsetzungen, Antragstellungen zur Rente, Anerkennung eines GdB oder auch Ehe- und Konfliktberatungen bis hin zur Schuldnerberatung zu thematisieren und entsprechende Hilfestellungen bei der Umsetzung zu erhalten.

Internistische, orthopädische und rheumatologische Behandlung. Es ist hinreichend bekannt, dass Schuppenflechtepatienten ein erhöhtes Risiko aufweisen, an kardiovaskulären Erkrankungen zu sterben (Gelfand et al. 2006). Entsprechend empfiehlt es sich, in der dermatologischen Rehabilitation eine orientierende internistische Diagnostik durchzuführen, die sich insbesondere auf die Identifikation eines metabolischen Syndroms ausrichtet. Zu den entsprechenden Basisuntersuchungen gehören eine Überprüfung der Blutfette mit HDL- und LDL-Bestimmung, Ausschluss eines Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie sowie einer Hyperurikämie (Sommer et al. 2006). Liegt eine behandlungsbedürftige bzw. manifeste kardiovaskuläre oder metabolische Erkrankung vor bzw. leidet der Patient zudem unter Gelenkbeschwerden, so bedarf es einer Mitbehandlung durch entsprechende Fachärzte für Innere Medizin.

Sport-, Physio- und Ergotherapie. Zur Behandlung von Gelenkbeschwerden bei Psoriasispatienten verfügen dermatologische rehabilitative Einrichtungen in der Regel über leistungsfähige physiotherapeutische Abteilungen mit vielfältigen krankengymnastischen Hilfsmitteln, Bewegungsbädern, elektrotherapeutischen Angeboten sowie Kälte- und Wärmetherapieoptionen. Auch zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt dem Sport eine wesentliche präventive Bedeutung zu. Der Rehabilitand wird daher grundsätzlich in ein Bewegungsprogramm integriert, das nicht nur Spaß an der Bewegung vermitteln soll, sondern auch degenerative Wirbelsäulenerkrankungen vermeiden hilft (z. B. Rückenschule). Bei fortgeschrittener Arthropathie kann die Ergotherapie dazu dienen, die Feinmotorik zu trainieren und die entsprechenden hilfsmittelunterstützten Fähigkeiten (Binden der Schuhe, Öffnen von Gefäßen etc.) für das Tägliche zu üben.

Edukative Ansätze. Die sogenannte Psoriasis-schulung stellt einen wesentlichen Baustein in der Psoriasis-therapie in stationären rehabilitativen Einrichtungen dar. Ziel der Schulung ist:

- die Vermittlung von handlungsrelevantem Wissen über die Erkrankung,
- die Steigerung von Therapiemotivation, Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit,
- die Förderung einer adäquaten Krankheitsbewältigung und
- die Vermeidung von Spätfolgen der Erkrankung.

Im Vordergrund steht nicht nur die Vermittlung von abstraktem Wissen, sondern, im Sinne eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes, die sofortige Umsetzung des Erlernten im Alltag. In Anlehnung an die Schulungskonzepte, die unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) für den ambulanten Bereich erarbeitet wurden, enthalten die Schulungen im stationären rehabilitativen Bereich ebenfalls verschiedene Module, welche u.a. die Pathogenese und Therapie der Erkrankung, Hautpflege, psychologische Bewältigung und Diätetik thematisieren.

■ Klimatherapie

Die Klimatherapie ist eine ergänzende Behandlungsoption bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen, die seit 1793 durch die Gründung des ersten deutschen Seeheilbades in Heiligen-damm einen festen Platz in der Behandlung der Psoriasis hat. Der Gesamtkomplex der Klimatherapie besteht nach Prof. Menger aus 3 verschiedenen Wirkkomplexen, die gemeinsam den Organismus beeinflussen (Menger 1997):

- dem thermisch-hygrischen,
- dem aktinischen und
- dem chemischen Wirkkomplex.

In Deutschland werden entsprechende Therapien vorwiegend im Bereich der Küstenregionen und Inseln an Nord- und Ostsee sowie im Hochgebirge durchgeführt. Trotz jahrhundertelanger Erfahrung mit diesem natürlichen Heilmittel existiert gegenwärtig nur wenig valides Datenmaterial, das die Wirksamkeit der Klimatherapie in der Behandlung der Psoriasis eindeutig belegt. Im Rahmen einer kürzlich publizierten Studie konnte allerdings eine signifikante unmittelbare Verbesserung des Schweregrades der Psoriasis und der Lebensqualität nach Klimatherapie bei norwegischen Patienten nachgewiesen werden. Eine nachhaltige Besserung ließ sich allerdings im Rahmen dieser Untersuchung nicht feststellen (Wahl et al. 2005).

13.6 Sozialmedizinische Beurteilung

Im Rahmen einer stationären dermatologischen Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung muss grundsätzlich eine Beurteilung des positiven und negativen Leistungsbildes des Versicherten erfolgen. Zu diesem Zweck gilt es, auf Einschränkungen hinzuweisen, insbesondere auf Gefährdungs- und Belastungsfaktoren. Im Allgemeinen sollten aufgrund der besonderen Empfindlichkeit der Haut (Köbner-Phänomen) Dauerarbeiten im Feuchtmilieu sowie solche, die mit ständiger starker Verschmutzung (Schmier-, Mineralöle und -fette) einhergehen oder die Haut dauerhaft mechanisch und chemisch belasten, möglichst vermieden werden. Im Falle einer Begleiterkrankung des knöchernen Apparates (Psoriasis arthropatica) sowie bei Manifestation an Händen und Füßen muss das Leistungsbild dahingehend eingeschränkt werden, dass im Bewegungs- und Haltungsapparat Schädigungen vorliegen können, die die Gebrauchsfähigkeit der Hände sowie das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten einschränken.

Ist die berufliche Leistungsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen langfristig eingeschränkt, so kann eine Erwerbsminderungsrente (EU-Rente) beantragt werden. Sofern der Arbeitnehmer aus gesundheitlichen Gründen nur 3–6 Stunden einem Beruf nachgehen kann, liegt eine teilweise Erwerbsminderung vor. Eine volle Erwerbsminderung ist dann anzuerkennen, wenn aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung der Versicherte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weniger als 3 Stunden zur Verfügung steht.

Im Allgemeinen kann ein andauernder und ausgedehnter Befall an stark beeinträchtigenden Lokalisationen, z.B. an den Händen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 30–50 bewertet werden. Bei zusätzlichem Befall der Gelenke und/oder der Wirbelsäule kann in Abhängigkeit von den Auswirkungen ein GdB von 20–40 bis hin zu 50–70 vergeben werden (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004). Wird ein GdB von mindestens 50 zuerkannt, erhält der Antragsteller einen Schwerbehindertenausweis mit Ansprüchen auf einen Nachteilsausgleich (z.B. Kündigungsschutz, Steuervergünstigungen, Wohn-geld etc.). Das Merkzeichen „G“ kann dann zuerkannt werden, wenn die Gehfähigkeit beeinträchtigt ist, das heißt z.B. durch Gelenkbefall der

unteren Extremitäten entsprechende Behinderungen nachweisbar sind. Durch dieses Merkzeichen hat der Schwerbehinderte Anrecht auf Freifahrten im öffentlichen Personenverkehr oder kann Ermäßigungen bei der Kfz-Steuerlast geltend machen.

■ Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation. 2004.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX). 2004. Kapitel 26.17 Haut: 10–111
- Delbrück H, Haupt H, Sönnichsen N. Rehabilitationsmedizin – Ambulant, Teilstationär, Stationär: Rehabilitation bei Hautkrankheiten. 2. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg; 1998: 562–574
- Elsner J, Wehrmann J, Nürnberg W, Buhles N et al. AWMF Leitlinie: Stationäre Dermatologische Rehabilitation. JDDG; (im Druck)
- Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB et al. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA* 2006; 296: 1735–1741
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF. Köln 2004, www.dimdi.de
- Menger W. Klimatherapie an Nord- und Ostsee. Jena: Gustav Fischer Verlag; 1997: 23–25
- Nast A, Kopp IB, Augustin M et al.: S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006; 4 (s2): 1–126
- Nürnberg W. Stationäre Rehabilitation von chronischen Hauterkrankungen am Beispiel des atopischen Ekzems. *Hautarzt* 2005; 56:644–648
- Nürnberg W, Wehrmann J. Neue Richtlinien zur Rehabilitation – Chancen und Risiken für die Dermatologie. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (JDDG)* 2005; 3: 392–396
- Rapp SR, Feldmann SR, Exum ML et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41 (3Pt1): 401–407
- Rehabilitations-Richtlinie. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. *Bundesanzeiger* 2004; 63:6769
- Rehabilitations-Richtlinie. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. *Bundesanzeiger* 2005; 58:4551
- Reich K, Mrowietz U. Therapieziele bei der Behandlung der Psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007; 5: 566–575
- Saikowski K. Haut und Psyche. Medizinisch-psychologische Problemfelder in der Dermatologie. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1999: 80–91
- Schmid-Ott G, Malewski P, Kreiselmaier I et al. Psychosoziale Folgen der Psoriasis - Eine empirische Studie über die Krankheitslast bei 3753 Betroffenen. *Hautarzt* 2005; 56:466–472
- Schmid-Ott G, Burchard R, Niederauer HH et al. Stigmatisierungsgefühl und Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasis und Neurodermitis. *Hautarzt* 2003; 54: 852–857
- Schuntermann MF. Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech: Ecomed Medizin; 2005
- Sommer DM, Jenisch S, Suchan M et al. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2006; 298 (7): 321–328
- Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen. Begutachtungs-Richtlinie: Vorsorge und Rehabilitation; 2005
- Wahl AK, Mork C, Cooper BA et al. No long-term changes in psoriasis severity and quality of life following climate therapy. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52 (4): 699–701