



BAR

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation

ARBEITSHILFE

für die Rehabilitation von Menschen
mit allergischen Hauterkrankungen

ARBEITSHILFE für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen

IMPRESSUM

Herausgeber:

*Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18,
60486 Frankfurt/Main
Telefon: +49 69 605018-0
Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de*

*Nachdruck nur auszugsweise
mit Quellenangabe gestattet.*

*Frankfurt/Main,
Juni 2013*

ISBN 978-3-943714-09-8

INHALT

<i>Vorwort</i>	9
1 <i>Einleitung</i>	10
1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe	10
1.2 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	10
1.2.1 Bio-psycho-soziales Modell (ICF)	11
1.2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen	13
2 <i>Erkrankungsbilder der Haut und ihre Diagnostik</i>	17
2.1 Die häufigsten allergischen Hauterkrankungen	18
2.1.1 Atopisches Ekzem	18
2.1.2 Allergisches Kontaktekzem	19
2.1.3 Chronisches Handekzem	20
2.1.4 Urtikaria	21
2.1.5 Weitere allergische Erkrankungsbilder	21
2.2 Spezielle Diagnostik von allergischen Hauterkrankungen	22
2.2.1 Epikutantest	22
2.2.2 Pricktest	22
2.2.3 Scratchtest	22
2.2.4 Atopie-Patchtest	23
2.2.5 CAP-Test oder RAST	23
2.2.6 Photopatchtest	23
2.2.7 Provokationstestung	23
2.2.8 Probeexzision der Haut	24
3 <i>Indikationsstellung für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen</i>	25
3.1 Indikatoren der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Menschen mit allergischen Hauterkrankungen	27

INHALT

3.2	Allergische Hauterkrankungen im Klassifikationsmodell der ICF – Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe	27
4	<i>Ziele und Elemente der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen</i>	31
4.1	Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen	31
4.2	Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe am Arbeitsleben	32
4.3	Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	34
4.4	Elemente der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen	35
4.5	Flankierende Unterstützung durch Selbsthilfegruppen	36
5	<i>Besonderheiten der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen</i>	37
5.1	Prävention	37
5.2	Psychosoziale Aspekte bei allergischen Hauterkrankungen	40
5.3	Allergische Hauterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	41
6	<i>Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen</i>	43
6.1	Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1)	43
6.1.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)	43
6.1.1.1	Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX)	45
6.1.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 - 39 SGB IX)	45
6.1.3	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)	48
6.1.4	Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation (§§ 22 - 25 SGB IX)	48
6.1.5	Persönliches Budget (§ 17 SGB IX)	49

INHALT

6.2	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	51
6.2.1	Leistungen zur Primärprävention	52
6.2.2	Ambulante Krankenbehandlung	53
6.2.3	Krankenhausbehandlung	55
6.2.4	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	55
6.2.5	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	55
6.2.6	Belastungserprobung und Arbeitstherapie	56
6.3	Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG)	56
6.3.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	57
6.3.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	58
6.3.3	Ergänzende und sonstige Leistungen	59
6.4	Arbeitsförderung (SGB III)	60
6.4.1	Allgemeine Leistungen	60
6.4.2	Besondere Leistungen	61
6.4.3	Weitere Leistungen	61
6.5	Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)	62
6.6	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	62
6.6.1	Hautarztverfahren	63
6.6.2	Ärztliche Behandlung	64
6.6.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	64
6.6.4	Geldleistungen	64
6.6.5	Entschädigung	65
6.7	Sozialhilfe (SGB XII)	65
6.7.1	Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen	66
6.7.2	Zuständige Sozialhilfeträger	67
6.8	Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)	67
6.9	Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (SGB IX Teil 2)	68
6.9.1	Geschützter Personenkreis	68
6.9.2	Pflichten der Arbeitgeber und Rechte der schwerbehinderten Menschen	69
6.9.3	Betriebliche Prävention	70
6.9.4	Kündigungsschutz	70

INHALT

6.9.5	Sonstige Vorschriften	70
6.9.6	Integrationsämter	70
6.9.7	Integrationsfachdienste	72
6.9.8	Integrationsprojekte, Werkstätten für behinderte Menschen, Unentgeltliche Beförderung	72
Anhang		73
7.1	Glossar	73
7.2	Leitlinien und Empfehlungen	83
7.3	Ausgewählte Literatur	84
7.4	Adressen	84
7.4.1	Adressen von Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Verbänden	84
7.4.2	Weiterführende Adressen	87
7.5	Abkürzungsverzeichnis	89
7.6	Verzeichnis der Mitwirkenden	91

VORWORT

Mit dieser Arbeitshilfe widmet sich die BAR-Schriftenreihe auf Anregung des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der BAR erstmals dem Bereich der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen.

Allergische Hauterkrankungen sind i.d.R. chronisch und können zu erheblichen Beeinträchtigungen führen. Viele Merkmale der Erkrankung, z. B. starker Juckreiz, Bläschen, Schuppungen, offene Stellen und auch die Sichtbarkeit von erkrankten Hautregionen für andere Personen, führen bei diesen Krankheiten häufig neben den körperlichen auch zu besonderen psychischen Belastungen. Aufwändige Hautpflegemaßnahmen können die Beeinträchtigung weiter erhöhen, ebenso wie ggf. notwendige umfängliche Verhaltensregeln, um die Auslöser der Hautallergie zu vermeiden. Den Umgang mit der chronischen Erkrankung und ihren Folgen zu lernen, stellt deshalb eine wichtige Maßnahme zur Krankheitsbewältigung und Verbesserung der Lebensqualität dar.

Rehabilitationsleistungen kommt eine besondere Bedeutung zu; dabei ist die altersgerechte Gestaltung der Rehabilitation zu beachten, so etwa bei Kindern, bei denen allergische Hauterkrankungen häufiger auftreten. Bei Erwachsenen spielen insbesondere die Abklärung von Hautbelastungen im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit und die Anwendung entsprechender Schutzmaßnahmen eine wesentliche Rolle. Daher ist es besonders wichtig, dass präventive und rehabilitative Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden und möglichst nahtlos ineinander greifen. Insgesamt hebt die Komplexität der Krankheitsbilder allergischer Hauterkrankungen auch die erforderliche Einzelfall-Ausrichtung der Rehabilitation besonders hervor.

Die Arbeitshilfe beschreibt zunächst die wichtigsten allergischen Hauterkrankungen und diagnostischen Verfahren. Anschließend werden vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells, das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrunde liegt, Funktionsstörungen des Körpers und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe exemplarisch dargestellt. Daraus wird übergeleitet zu Zielen und Elementen der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen. Besonderheiten werden ausführlich erläutert. Neben den sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen der Rehabilitation werden weiterführende Informationen für alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen, den betroffenen Menschen und ihre Angehörigen zusammengestellt.

Die BAR dankt allen an der Erstellung der Arbeitshilfe Beteiligten, deren Expertise und aktive Mitwirkung wesentliche Grundlagen für das vorliegende Ergebnis waren.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

1 Einleitung

1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe

Die vorliegende Arbeitshilfe informiert über die Möglichkeiten der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen. Sie wendet sich an den betroffenen Menschen selbst sowie dessen Angehörige und soll als Orientierungs- und Entscheidungshilfe für alle Personen und Institutionen dienen, die an der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen beteiligt sind. Hierzu zählen insbesondere

- niedergelassene Ärzte¹ und in Krankenhäusern tätige Ärzte,
- Werks- und Betriebsärzte,
- Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und nachgehenden Betreuung (z. B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen),
- Mitarbeiter der Rehabilitationsträger (insbesondere Kranken-, Renten-, Unfallversicherung und Bundesagentur für Arbeit) sowie deren medizinische Dienste,
- Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation,
- Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialverwaltung,
- Mitarbeiter von Behindertenverbänden,
- Selbsthilfegruppen und -organisationen.

Darüber hinaus stellt die Arbeitshilfe eine Unterstützung für die Fortbildung aller bei den Sozialleistungsträgern tätigen Rehabilitationsfachkräfte dar.

1.2 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind darauf ausgerichtet, den durch Krankheit und Behinderung bedingten Einschränkungen zu begegnen und den betroffenen Menschen ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch [SGB IX]), d. h. ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen.

Die komplexen und multidisziplinären Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können in unserem gestuften System der sozialen Sicherung angezeigt sein, wenn andere Formen der Krankenbehandlung nicht ausreichen (z. B. der auf Heilung oder Linderung ausgerichtete Einsatz von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln etc.), um

- die krankheitsbedingten Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beheben oder zu reduzieren – oder, wenn dies nicht ausreichend möglich ist,

¹ Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wurde auf die explizite Verwendung der Bezeichnung beider Geschlechter stellenweise verzichtet.

KAPITEL 1

- den Betroffenen in den Stand zu versetzen, seine noch vorhandenen Fähigkeiten so zu nutzen, dass der größtmögliche Grad an eigenständiger Lebensführung und Integration in die Gesellschaft erreicht werden kann.

Bei **Leistungen zur Teilhabe** werden nach § 5 SGB IX folgende vier Leistungsgruppen unterschieden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sind angezeigt, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit festgestellt und im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels eine positiv eingeschätzte Rehabilitationsprognose festgestellt werden kann (vgl. Kap. 3 „Indikationsstellung für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen“).

Bei der Erbringung der Leistungen zur Teilhabe gelten folgende Grundsätze:

- Frühzeitigkeit der Bedarfserkennung² – rechtzeitiges Einsetzen der notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe,
- Individualität – Beachtung des individuellen Rehabilitationsbedarfs,
- Komplexität – Beachtung aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe,
- Interdisziplinarität – Integration aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe,
- Zielgerichtetheit (bezogen auf die Kompensation von Krankheitsfolgen),
- Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit der Leistungserbringung³ – Gewährleistung der Behandlungskontinuität im Zugang wie auch innerhalb der verschiedenen Leistungsarten der Rehabilitation,
- Bedarfsgerechtigkeit unter Berücksichtigung des möglichen Vorrangs von
 - ambulanten vor stationären Hilfen (Prinzip der Wohnortnähe),
 - Rehabilitation vor Rente und
 - Rehabilitation vor Pflege.

1.2.1 Bio-psycho-soziales Modell (ICF)

Für die Auswahl des im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionskonzeptes sind neben der (Grund-)Erkrankung

- Art und Ausmaß der Struktur-/Funktionsschädigung sowie
- die Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

² BAR, Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ unter www.bar-frankfurt.de

³ BAR, Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ unter www.bar-frankfurt.de

KAPITEL 1

- vor dem jeweiligen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des betroffenen Menschen

maßgeblich.

Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) Rechnung.⁴

Die ICF ermöglicht die systematische Beschreibung von Krankheitsauswirkungen im Einzelfall. Sie erweitert den Blick auf vorhandene Ressourcen und die im Einzelfall relevanten Barrieren und Förderfaktoren.

Der Oberbegriff für Körperstrukturen/-funktionen, Aktivitäten und Teilhabe ist in der ICF die **Funktionsfähigkeit**. Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Funktionsfähigkeit ist das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person, den Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems auf Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der für den Einzelfall relevanten Kontextfaktoren.

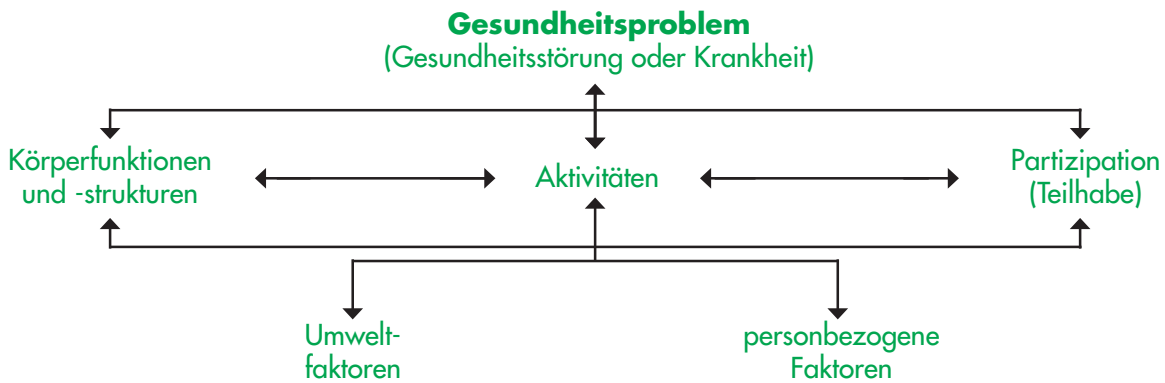
Die **Kontextfaktoren** ermöglichen die Beschreibung des gesamten Lebenshintergrundes einer Person, also aller umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit einer Person haben können. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder negativ (Barrieren) wirken.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb des Individuums. Dazu gehören z. B. Technologien, soziale Unterstützung und Beziehungen, Fremd-Einstellungen und Dienstleistungen.

Personbezogene Faktoren können z. B. Alter, Geschlecht, Beruf, Lebensstil und Gewohnheiten sein.

⁴ Die deutschsprachige Übersetzung der ICF wurde vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben unter www.dimdi.de

Abb. 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)



Das in Abb. 1 gezeigte Modell der Wechselwirkungen verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist. Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, z. B.

- bei der Behandlung der Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fähigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

1.2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur Teilhabe werden für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht. Nach dem SGB IX gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 SGB IX). Das SGB IX hat sich am bio-psycho-sozialen Modell der ICF orientiert und den Begriff der Partizipation als Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Rehabilitationsziel in den Vordergrund gestellt.

Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,

KAPITEL 1

3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern,
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Vor diesem Hintergrund ist Rehabilitation als Prozess zu verstehen, in dem unterschiedliche Hilfen – zeitlich parallel oder in zeitlicher Folge – jeweils so kombiniert werden, wie es dem individuellen Hilfebedarf neben der ggf. weiter erforderlichen Behandlung entspricht. Dieser umfassende Rehabilitationsgedanke wird im gegliederten System der sozialen Sicherung umgesetzt.

Für Leistungen zur Teilhabe sind im gegliederten System der sozialen Sicherung verschiedene Rehabilitationsträger zuständig (Tab. 1).

Um die zeitnahe Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen sicherzustellen, ist eine enge Kooperation aller beteiligten Rehabilitationsträger und Leistungserbringer (z. B. niedergelassene Ärzte, Therapeuten, in Rehabilitationseinrichtungen tätige Ärzte) erforderlich.⁵

⁵ BAR, Gemeinsame Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ unter www.bar-frankfurt.de

Tab. 1: Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger)

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Unterhalts-sichernde und andere ergänzende Leistungen
Gesetzliche Krankenversicherung	✓			✓
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓		✓
Alterssicherung der Landwirte	✓			✓
Bundesagentur für Arbeit		✓		✓
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓	
Träger der Sozialhilfe	✓	✓	✓	
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden	✓	✓	✓	✓

Allgemeines Ziel der **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll (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“ (d. h. für seinen persönlichen Lebenskontext üblich) erachtet werden.

Ziel der **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** ist, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Vorrangiges Ziel ist die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Kann dieses Ziel auch mit Unterstützter Beschäftigung nach § 38a SGB IX nicht erreicht werden⁶,

⁶ BAR, Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ unter www.bar-frankfurt.de

KAPITEL 1

ist eine Eingliederung auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z. B. Werkstätten für behinderte Menschen) möglich.

Die **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zielen darauf, behinderten Menschen die Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Dabei ist es Aufgabe und Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, die die Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie die Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen umfasst. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedeutet, dass der betroffene Mensch unter Wahrung der Chancengleichheit, entsprechend seinen Neigungen und Fähigkeiten, in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einbezogen ist und sich daran beteiligen kann.

Zusätzlich werden **unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen** erbracht. Durch sie soll die Erreichung der Ziele der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft unterstützt sowie eine selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden.

Grundsätzlich ist dabei die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Mitwirkungspflichten des Rehabilitanden wichtig. Sind Maßnahmen z. B. wegen mangelnder Mitarbeit des Rehabilitanden absehbar erfolglos, so kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen (§ 66 SGB I). Es müssen dann unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten Alternativen entwickelt und geprüft werden.

Detaillierte Informationen zur Zuständigkeit der jeweiligen Rehabilitationsträger sind unter Kap. 6 „Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen“ zu finden.

2 Erkrankungenbilder der Haut und ihre Diagnostik

Eine Allergie ist eine krankmachende Überreaktion des Immunsystems auf normalerweise harmlose körperfremde Substanzen (Allergene). Das Aufeinandertreffen und die Verbindung von Allergenen und den Immunorganen sind spezifisch. Nicht bei jedem Menschen zeigen sich Symptome, sondern nur, wenn das Immunsystem einen – fehlgesteuerten – Lernprozess durchgemacht hat und das Allergen als etwas vermeintlich Schädliches entdeckt und abwehrt. Diese Abwehrreaktion kann in verschiedenen Formen auftreten, die nach Coombs und Gell⁷ in vier Typen unterteilt werden:

Bei der Allergie vom Typ I treten Antikörper (IgE = Immunglobuline Klasse E) mit dem Allergen in spezifischen Kontakt, die „wie ein Schlüssel ins Schloss“ passen. Die unmittelbare Folge dieses Kontaktes ist eine Freisetzung von Botenstoffen (z. B. Histamin) aus bestimmten Immunzellen (sog. Mastzellen), die allergische Symptome auslösen, z. B.:

- Rötung und Nesseln an der Haut verbunden mit Juckreiz,
- tränende und juckende Augen,
- laufende Nase mit Niesreiz,
- Atemnot, Hustenreiz, Schleimbildung in den Bronchien,
- Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfälle,
- Kreislaufversagen (anaphylaktischer Schock).

Da diese Krankheitsform sofort nach Allergenkontakt auftritt, wird die Allergie vom Typ I auch „Soforttypreaktion“ genannt. Sie tritt auf bei Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, allergischem Asthma und Neurodermitis. Diese Erkrankungen gehen mit einem erhöhten Spiegel der Antikörper vom Typ IgE einher.

Im Gegensatz dazu tritt die Allergie vom Typ IV verzögert auf (sog. „Verzögerter Typ“). Hierbei reagieren nicht Antikörper mit den Allergenen, sondern eine Untergruppe der weißen Blutkörperchen: die sog. T-Lymphozyten, wiederum eine bestimmte Art von Immunzellen, vermitteln die übermäßige Reaktion des Körpers auf das als Eindringling erkannte Allergen. Da den Lymphozyten das Allergen erst präsentiert werden muss und diese dann erst aktiv werden können, vergehen zwischen dem Allergenkontakt und den Allergiesymptomen ca. 1-3 Tage. Typische Beispiele solcher Allergien vom Typ IV sind:

- das allergische Kontaktekzem auf z. B. Nickel,
- manche Formen der Neurodermitis,
- manche Formen der Arzneimittelreaktion mit einem Ausschlag am ganzen Körper.

Beide Allergietypen (I und IV) treten im Zusammenhang mit Neurodermitis auf.

⁷ Gell, P.G.H. & Coombs, R.R.A. (1963) The classification of allergic reactions underlying disease. In: Clinical Aspects of Immunology (Coombs, R.R.A. and Gell, P.G.H., Hrsg.), Blackwell, Science.

Die Allergietypen II und III spielen eine untergeordnete Rolle und werden daher in diesem Zusammenhang nicht weiter erläutert.

2.1 Die häufigsten allergischen Hauterkrankungen

Bei allergischen Hauterkrankungen handelt es sich i.d.R. um chronische oder chronisch rezidivierende (d. h. immer wieder auftretende Schübe mit zwischenzeitlichen symptomfreien Zeiten) Erkrankungen. Eine vollständige Heilung ist meistens nicht möglich. Es besteht aber u. a. durch Rehabilitations- und Schulungsmaßnahmen die Möglichkeit, die Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung anzuleiten und damit die Hautveränderungen möglichst gering zu halten und die Lebensqualität so zu verbessern.

2.1.1 Atopisches Ekzem

Das atopische Ekzem wird auch als atopische Dermatitis, endogenes Ekzem oder Neurodermitis bezeichnet. Es handelt sich um eine chronische nicht-infektiöse Erkrankung der Haut, die mit starkem Juckreiz einhergeht. Das Ekzem tritt bei beiden Geschlechtern gleichmäßig und – je nach Alter des Patienten – an typischen Lokalisationen auf. Z. B. sind bei Klein- und Schulkindern besonders die großen Beugen (Ellenbeuge, Kniekehle, Handgelenke, Fußrücken) und die Ohrläppchen betroffen. Bei Säuglingen wiederum eher die Streckseiten der Arme und Beine sowie der Rumpf und die Wangen. Die Häufigkeit (Prävalenz) von allergischen Hauterkrankungen beträgt 2-5%, im Kindesalter 10-20%.⁸ Charakteristische Erscheinungsbilder des atopischen Ekzems sind unscharf begrenzte, flächige Rötungen, Knötchen, Bläschen, Schuppungen und offene Stellen mit Verlust der Oberhaut (sog. Erosionen), oft in Kombination mit Nässen. Bei lange bestehendem Verlauf kann sich die Haut verdicken wie bei einer Flechte und die Hautfölderung wird gröber (sog. Lichenifikation). Im Erwachsenenalter finden sich häufig kleinere und größere Knoten, die meist aufgekratzt sind (sog. pruriginöse Erscheinungsform). Obwohl die Mehrzahl der Patienten eher an einer leichteren Form des atopischen Ekzems erkrankt, kann die Krankheit in der Maximalvariante bis zu einer Rötung der gesamten Haut (Erythrodermie) führen. Da das atopische Ekzem zum sogenannten atopischen Formenkreis (Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) gehört, treten Heuschnupfen und Asthma sehr häufig mit einer Neurodermitis gemeinsam auf.

Die Ursache der Erkrankung ist nicht eindeutig geklärt. Es wird von einer genetischen Veranlagung ausgegangen (ca. 70%), die durch Umweltfaktoren (ca. 30%) verstärkt und angestoßen (= „getriggert“) wird.⁹ Bei vielen Patienten mit atopischem Ekzem wird eine Mutation im Filaggrin-Gen gefunden, die eine Barrierestörung der obersten Schicht der Haut (Epidermis) bedingt und damit den Zugang für Reizstoffe, Allergene und Mikroben in die Haut erleichtert. Auf der anderen Seite stehen Fehl- oder Überreaktionen der Immunzellen (bestimmte Lymphozyten) im Hautorgan, die zu einer chronischen Entzündung und Autoimmunmechanismen führen und sich u. a. in einem erhöhten Spiegel der IgE Antikörper gegen Umweltallergene zeigen.

8 Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. Überarbeitete Auflage, 2009

9 Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. Überarbeitete Auflage, 2009

Der Verlauf ist chronisch oder chronisch rezidivierend, meist sind die Symptome im Winterhalbjahr stärker ausgeprägt als im Sommer. Bakterielle, virale und Pilzinfektionen stellen eine häufige und manchmal schwerwiegende Komplikation dar.

■ Therapieansätze

Die Leitlinie „Neurodermitis“¹⁰ folgt einem Stufenmodell, dessen Basis das Erkennen und Beseitigen von möglichen Auslösern und eine regelmäßige Anwendung von pflegenden Substanzen (sog. Emollientien) darstellt. Bei leichten Ekzemen (Stufe 2) werden neben Juckreiz stillenden und anti-infektiösen Substanzen schwächere Kortisonsalben und äußerlich anzuwendende, entzündungsabschwächende Medikamente (Immunmodulatoren) eingesetzt. Ab der Pubertät kann dies durch eine Licht- und Badetherapie ergänzt werden. Bei mittlerer Ekzemstärke (Stufe 3) kommen stärkere, von außen anzuwendende Kortisonpräparate hinzu, in der Stufe 4 (stärkste Ekzemform) werden Immunmodulatoren zur innerlichen Anwendung wie Cyclosporin A verwendet.

Das Ziel der Behandlung ist die Abheilung bzw. eine Rückführung der Krankheitsaktivität in eine niedrigere Stufe. Durch die niedrigere Stufe wird eine Anpassung der Behandlung erforderlich. Daneben werden für die verschiedenen Altersstufen angepasste Schulungen bei chronischem Verlauf empfohlen.

2.1.2 Allergisches Kontaktekzem

Das allergische Kontaktekzem stellt eine spezifische immunologische Reaktion der Haut nach Kontakt mit einem Allergen dar. In der Einteilung nach Coombs und Gell¹¹ handelt es sich dabei um eine Allergie vom Typ IV (verzögerter Typ), d. h. die Entzündung an der Haut folgt dem Kontakt mit dem Allergen frühestens ca. ein bis drei Tage später. Vermittelt wird die Reaktion im Gegensatz zur Sofortreaktion (Allergie vom Typ I) nicht von Antikörpern, sondern durch allergenspezifische T-Zellen. Eine Besonderheit stellt das so genannte photoallergische Kontaktekzem dar, bei dem der Allergenkontakt allein nicht ausreicht, sondern eine zusätzliche Ultraviolett-(UV)-Bestrahlung für eine Ekzemauslösung erforderlich ist.

Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch die typischen Erscheinungsbilder: Rötung, Bläschen, Knötchen, Schuppung, offene Stellen mit Verlust der Oberhaut (Erosionen) mit Nässen, begleitet von starkem Juckreiz. Die Häufigkeit des allergischen Kontaktekzems beträgt nach dem Bundesgesundheitsurvey jährlich etwa 7%.¹²

■ Therapieansätze

Die Therapie besteht in erster Linie in der Erkennung des Allergens mit nachfolgender Vermeidung (sog. Karenz). Häufige Auslöser sind z. B. Nickel oder Duftstoffe. In der Akutphase wird mit Kortisonsalben, feuchten kühlen Umschlägen und Juckreiz stillenden Maßnahmen therapiert. Der weitere Behandlungs- oder ggf. Rehabilitationsbedarf richtet sich nach dem Ausmaß des Krankheitsbildes bzw. den dadurch verursachten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe.

10 Leitlinie „Neurodermitis“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Stand: 04/2008

11 Gell, P.G.H. & Coombs, R.R.A. (1963): The classification of allergic reactions underlying disease. In: Clinical Aspects of Immunology (Coombs, R.R.A. and Gell, P.G.H., Hrsg.), Blackwell, Science.

12 Schnuch, A. & Uter, W. (2004): Die Verbreitung des Kontaktekzems in der Allgemeinbevölkerung und in verschiedenen Berufen. In: Schultze-Werninghaus, G., Fuchs, T., Bachert, C., Wahn, U. (Hrsg.): Manuale allergologicum. Dustri, München, S. 297–345.

2.1.3 Chronisches Handekzem

Ein Handekzem wird als chronisch bezeichnet, wenn es trotz Mitwirkung des Patienten und adäquater dermatologischer Behandlung über mehr als 3 Monate fortbesteht oder innerhalb von zwölf Monaten mindestens dreimal auftritt.¹³

Das chronische Handekzem ist ein sehr häufiges Krankheitsbild mit häufigen und langen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Es stellt weder von der Entstehung (= Ätiologie) noch den Erscheinungsbildern her ein einheitliches Krankheitsbild dar. Die Hauterscheinungen an der Hand stellen eine chronische Entzündung dar und sind nicht infektiös. Unterschieden werden das Abnutzungsekzem (irritative oder subtoxisch-kumulative Form des Handekzems), das allergische Handekzem (Kontaktsekzem, Proteinkontaktdermatitis), das atopische Handekzem und andere Handekzemformen.¹⁴

Zu den allergischen Erkrankungen der Haut gehören das atopische und das kontaktallergische Handekzem. Obwohl irritative Handekzeme demnach definitionsgemäß keine allergische Erkrankung sind, sollen sie im Rahmen dieser Arbeitshilfe besprochen werden, da sie häufig Anlass zu Rehabilitationsleistungen geben. Zudem lassen sie sich im klinischen Erscheinungsbild kaum von atopischen und allergischen Handekzemen unterscheiden. Zum Teil kommt es auch zu Überlappungen, insbesondere da sich auf irritative Handekzeme ein allergisches Ekzem „aufpfropfen“ kann (= Zweiphasenekzem).

Charakterisiert ist das irritative Handekzem durch eine raue und trockene Oberfläche, die im Laufe der Zeit vermehrt schuppt und schließlich in eine verstärkte Verhornung mit tiefen Rissen (sog. Rhagaden) übergeht. Betroffen sind in erster Linie Finger- und Handrücken sowie die angrenzenden Unterarme, erst später können die Handinnenflächen dazu kommen. Im Gegensatz zum allergischen Handekzem bleiben die Hautveränderungen auf den Ort der chronischen oder wiederholten Schädigung begrenzt, Streuphenomene treten nicht auf. Besonders betroffen sind Beschäftigte in Feuchtbberufen und solche mit einer atopischen Hautveranlagung.

■ Therapieansätze

Als Basistherapie dient die Verwendung von pflegenden Substanzen (Emollientien), die Verminderung der Belastung durch Meidung von Auslösefaktoren und die Anwendung von Hautschutzfaktoren (z. B. Handschuhe, Schutzsalben). In der Stufe 1 (leichtes Handekzem) werden neben äußeren Wirkstoffen zur Linderung des Juckreizes und zur Abtötung von Mikroorganismen auch Kortisonsalben und Immunmodulatoren äußerlich angewendet. Die Therapie beim mittelschweren bis schweren Handekzem der Stufe 2 wird ergänzt durch stark wirksame Kortisonsalben, eine Therapie mit ultraviolettem Licht und einer aus dem Vitamin A entwickelten Substanz (Alitretinoin), die als Tablette eingesetzt wird. Ist das Handekzem dauerhaft chronisch, muss die Therapie um weitere Medikamente ergänzt werden, die das Immunsystem unterdrücken: Kortison und/oder Cyclosporin A als Immunmodulatoren zur innerlichen Anwendung.

Das Ziel der Behandlung ist auch hier die Abheilung bzw. eine Rückführung der Krankheitsaktivität in eine niedrigere Stufe. Durch die niedrigere Stufe wird eine Anpassung der Behandlung erforderlich.

13 Leitlinie „Management von Handekzemen“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Stand: 11/2008

14 Leitlinie „Management von Handekzemen“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Stand: 11/2008

2.1.4 Urtikaria

Unter einer Urtikaria (Nesselsucht, Nesselfieber) versteht man das plötzliche Auftreten von juckenden Quaddeln oder Nesseln an der Haut, manchmal in Kombination mit tiefen Schwellungen der Haut, so genannten Angio- oder Quincke-Ödemen. Ca. 30% der Bevölkerung leidet einmal im Laufe des Lebens an einer Urtikaria, die meist nur wenige Tage oder Wochen andauert (akute Form). Von einer chronischen Urtikaria spricht man bei einer Dauer von mehr als 6 Wochen. Neben der spontanen Urtikaria gibt es auch Formen, die durch physikalische Reize wie Druck, Kälte, Wärme, Licht oder Anstrengung ausgelöst werden.

Die Quaddeln entstehen durch die Freisetzung von Histamin aus Mastzellen. Ursachen dafür können sein:

- Infekte,
- Nahrungsmittel und -zusatzstoffe,
- Medikamente,
- Autoimmunphänomene,
- psychische Faktoren (z. B. Stress).

Selten sind echte Typ I-Allergene wie beispielsweise Insektengifte.

■ Therapieansätze

Therapie der Wahl ist die Meidung oder Beseitigung von möglichen Auslösern. Auch unspezifische Verstärker der Urtikaria sollten reduziert werden. Führen eine pseudoallergenarme Kost (ohne Konservierungsmittel, Farbstoffe und Geschmacksverstärker) und die Behandlung von möglichen Infekten nicht zu einer Besserung, kommen verschiedene Medikamente zum Einsatz:

- In der ersten Stufe werden zunächst Antihistaminika verwendet, die nicht müde machen,
- in den nächsten Stufen kommen andere anti-allergische oder entzündungshemmende Substanzen in Betracht.

2.1.5 Weitere allergische Erkrankungsbilder

Weitere allergische Erkrankungsbilder in der Dermatologie sind Arzneimittelexantheme, Prurigo nodularis und Unterschenkeleczeme.

Bei den **Arzneimittelexanthenen** handelt es sich um juckende Ausschläge am ganzen Körper nach Einnahme von Medikamenten, auf die der betroffene Mensch allergisch reagiert (meist Allergiereaktion vom Typ IV).

Die **Prurigo nodularis** wird definiert als Hauterkrankung mit sehr stark juckenden Knoten, die bevorzugt an den Streckseiten von Armen und Beinen, dem Gesäß und dem oberen Rücken auftreten.

Das **Unterschenkeleczem** ist ein häufiges Begleitsymptom von anderen Ekzemformen und wird im Rahmen dieser Erkrankungen mit behandelt. Es tritt besonders bei Menschen mit trockene-

ner Haut und bei älteren Menschen auf. Dies liegt zum einen an der geringeren Zahl von Talgdrüsen an den Unterschenkeln generell, zum anderen nimmt die Zahl der Talgdrüsen im Alter und insbesondere an den Unterschenkeln ab.

Da diese Krankheitsbilder eher selten sind, erfolgt an dieser Stelle keine weitergehende Beschreibung.

2.2 Spezielle Diagnostik von allergischen Hauterkrankungen

Für die Diagnostik bei Erkrankungen der Haut stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. In Abhängigkeit von Krankengeschichte und spezifischer Anamnese folgen verschiedene, nachfolgend erläuterte Haut-Provokations- und andere geeignete klinische Testverfahren.

2.2.1 Epikutantest

Dieser Test dient der Analyse von allergischen Kontaktekzemen. Nachgewiesen werden allergische Reaktionen, die durch T-Zellen vermittelt werden und damit zu den Allergien vom Typ IV (verzögerter Typ) der Allergiereaktionen gehören. Die Allergene (standardisierte oder native Testmaterialien) sind in Vaseline oder Wasser verarbeitet bzw. gelöst und werden am Tag 1 auf dem oberen Rücken aufgetragen. Dies geschieht mit Hilfe von Aluminiumplättchen, die auf einem Pflaster angebracht sind; damit können auf einem kleinen Raum viele Allergene appliziert werden. Die Pflaster verbleiben 24 oder 48 Stunden auf dem Rücken, nach der Entfernung werden die einzelnen Applikationsstellen der Allergene mit einem Hautmarker angezeichnet. 72 Stunden nach dem Aufkleben der Pflaster erfolgt die Endablesung des Epikutantests. Eine positive Reaktion ist durch unterschiedlich starke Ekzemreaktionen gekennzeichnet.

2.2.2 Pricktest

Der Pricktest wird bei Allergien vom Typ I (Soforttyp-Allergie) wie Heuschnupfen, Asthma, Nahrungsmittel- oder Insektengiftallergien eingesetzt, daneben auch zur Bestimmung der atopischen Veranlagung bei diagnostisch nicht eindeutig zuzuordnendem Ekzem. Bei diesem Test werden die in der Haut vorhandenen IgE Antikörper nachgewiesen, die auf Mastzellen gebunden sind. Auf der Innenseite des Unterarms werden dazu Tropfen der standardisierten Allergietestlösungen aufgebracht und die Haut darunter mit einer kleinen Lanzette eingeritzt. Nach 15-20 Minuten zeigt eine Quaddel mit Rötung ein positives Ergebnis an (dokumentiert wird der Quaddeldurchmesser), als Kontrolle dient die Reaktion auf Histamin und Kochsalz. Antihistaminika müssen rechtzeitig vor dem Test (3-5 Tage) abgesetzt werden.

2.2.3 Scratchtest

Auch der Scratchtest diagnostiziert Allergien vom Typ I, dabei wird die Haut auf 1-2 cm angeritzt und die zu untersuchende Substanz (Nahrungsmittel, Pflanzen, Medikamente etc.) auf diese Stelle aufgetragen. Es handelt sich schwerpunktmäßig um unveränderte Substanzen (sog. native Allergene), für die keine standardisierte Allergietestlösung existiert. Der weitere Ablauf entspricht dem Pricktest.

2.2.4 Atopie-Patchtest

Der Test dient als Diagnostikum bzw. Provokationstest beim atopischen Ekzem. Ähnlich wie beim Epikutantest werden die Allergene in Vaseline verarbeitet auf einem Pflaster auf den Rücken geklebt. Hierbei werden aber große Moleküle wie Pollen-, Milben- oder Nahrungsmittelallergene verwendet. Die Applikationszeit des Pflasters beträgt immer 48 Stunden, die Endablesung erfolgt nach 72 Stunden.

2.2.5 CAP-Test oder RAST

Wie beim Prick- oder Scratchtest werden mit dem CAP-Test (= Carrier-Polymer-System-Test) sowie dem RAST (= Radio-Allergo-Sorbent-Test) Allergiereaktionen vom Typ I untersucht. Es werden nicht die auf Mastzellen gebundenen, sondern die frei im Blutserum schwimmenden IgE Antikörper bestimmt. Dies geschieht durch eine Blutentnahme, d. h. der Test findet außerhalb des Körpers im Reagenzglas statt, ist für den Patienten weniger belastend und kann sowohl in der akuten Phase der Erkrankung als auch unter Medikamenteneinnahme sowie bei bestehender Schwangerschaft durchgeführt werden. Im Gegensatz zu anderen Testungen kann durch diese Testverfahren keine Schockreaktion ausgelöst werden.

2.2.6 Photopatchtest

Der Photopatchtest dient der Diagnostik von photoallergischen Reaktionen. Dabei werden auf der linken und rechten Seite des oberen Rückens Epikutantestpflaster mit identischen Allergenen appliziert. Nach 24 Stunden werden beide Pflaster abgenommen, aber nur eine Seite mit UV-Licht bestrahlt. Die weiteren Ablesungen erfolgen alle 24 Stunden bis zum 5. Tag nach dem Aufkleben des Pflasters.

2.2.7 Provokationstestung

Bei den Haut- und/oder Bluttestungen kann es zu falsch positiven Reaktionen kommen, d. h. man findet Antikörper gegen ein Allergen. Diese stehen aber nur für eine so genannte Sensibilisierung, krankmachende Symptome beim Kontakt mit dem Allergen bleiben aus. In diesem Fall ist eine Provokation des Patienten mit dem Allergen (z. B. Nahrungsmittel) notwendig, um zu erkennen, dass dieses Nahrungsmittel keine schädigende Wirkung auf den Betroffenen hat und eine Auslassdiät daher unnötig und überzogen wäre.

Andere Allergene zeichnen sich dadurch aus, dass sich weder im Haut- noch im Bluttest Reaktionen nachweisen lassen. Trotzdem führt der Kontakt zu Symptomen wie bei einer Allergie, so dass von einer Pseudoallergie gesprochen wird. In diesem Fall müssen mit den Provokationstestungen z. B. Schmerzmittel oder Nahrungsmittelzusatzstoffe ausgetestet werden. Davon ist abhängig, welche Substanzen der Patient in Zukunft meiden muss oder weiter zu sich nehmen darf. Dabei werden dem Patienten steigende Mengen des zu untersuchenden Stoffes in Form eines Pulvers in Kapseln oder vermischt in einem Brei zugeführt, ohne dass er selbst oder der Behandler wissen, welche Substanz verabreicht wird. Bei örtlichen Betäubungsmitteln geschieht dies durch eine Injektion unter die Haut (subkutan). Bei allen Provokationen werden auch harmlose Scheinsubstanzen (Placebos) mit getestet. Diese so genannte doppelt blinde, Placebo kontrollierte Provokation soll dafür sorgen, dass andere Faktoren wie Angst oder Abneigung keinen Einfluss auf das Ergebnis haben.

2.2.8 Probeexzision der Haut

Bei einer diagnostisch nicht eindeutig zuzuordnenden Hautveränderung kann zur Abgrenzung von allergischen zu nicht-allergischen Erkrankungen in örtlicher Betäubung aus dem erkrankten Bereich ein Stück Haut- und Unterhautgewebe entnommen und feingeweblich untersucht werden. Diese histopathologische Diagnostik dient der Erkennung von Differentialdiagnosen bei klinisch unklarem Beschwerdebild.

3 *Indikationsstellung für die Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen*

Im gestuften System der sozialen Sicherung sind über die akutmedizinische Versorgung hinaus Leistungen zur Teilhabe angezeigt, wenn das Ziel des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Teilhabe nur durch eine komplexe multidisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist. Dabei kann auch die sozialmedizinische Notwendigkeit zur Einleitung einer komplexen Rehabilitationsleistung bestehen, wenn noch nicht alle Möglichkeiten der Krankenbehandlung ausgeschöpft wurden. Die Leistungen zur Teilhabe können je nach individuellem Bedarf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen.

Der individuelle Teilhabebedarf richtet sich dabei nach den Auswirkungen der vorhandenen Gesundheitsstörung – also der allergischen Hauterkrankung – auf Aktivitäten und Teilhabe des betroffenen Menschen und ist jeweils unter Einbeziehung der biologischen, psychischen und sozialen Komponenten (vgl. Kap. 1.2.1 „Bio-psycho-soziales Modell (ICF)“) zu ermitteln. Ein wesentliches Instrument zur Umsetzung der genannten Grundsätze ist die Erarbeitung eines mit dem betroffenen Menschen und allen an seiner Behandlung und Rehabilitation beteiligten Fachkräften abgestimmten, zielorientierten Teilhabeplans.

Voraussetzung für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist die Feststellung der individuellen

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit sowie
- eine im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels positiv eingeschätzte Rehabilitationsprognose.

■ **Rehabilitationsbedürftigkeit**

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge einer Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen und/oder Beeinträchtigung der Aktivitäten die Teilhabe an Lebensbereichen nicht nur vorübergehend bedroht oder beeinträchtigt ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Maßgebend für die Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs sowie für die sozialmedizinische Beurteilung sind nicht die klassifizierenden Diagnosen, sondern Art und Umfang einer drohenden oder eingetretenen Behinderung und deren Auswirkungen auf die verschiedenen Bereiche der Teilhabe. Hierzu ist eine mehrdimensionale Diagnostik erforderlich, die neben dem Krankheitsbild auch die persönlichen, beruflichen und sozialen Folgen der Erkrankung berücksichtigt. Während der Durchführung rehabilitativer Maßnahmen können die Diagnostik weiter differenziert und der Rehabilitationsplan angepasst werden.

■ **Rehabilitationsfähigkeit**

Die Rehabilitationsfähigkeit ist Voraussetzung für die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit) im Hinblick auf die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe.

■ **Rehabilitationsprognose**

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

- durch geeignete Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- in einem dafür notwendigen Zeitraum.

■ **Rehabilitationsziel**

Das Rehabilitationsziel bei **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** besteht darin, möglichst frühzeitig drohende oder bereits bestehende Beeinträchtigungen infolge einer Gesundheitsstörung zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die medizinische Rehabilitation zielt nicht nur auf eine Verbesserung der alltagsrelevanten, sondern auch der berufsbezogenen Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe (erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit).

Das alltagsrelevante Rehabilitationsziel wird aus den Schädigungen der Funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe abgeleitet.

Ziel der **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** ist, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Bei Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen oder vergleichbaren Einrichtungen umfasst die Zielsetzung auch, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln sowie ihre berufliche Bildung und Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern.

Die **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zielen darauf, behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

3.1 Indikatoren der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Menschen mit allergischen Hauterkrankungen

Bei allergischen Hauterkrankungen besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn:¹⁵

- eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung von alltagsrelevanten Aktivitäten und der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen droht oder bereits vorliegt,
- die bisher durchgeführten hautärztlichen akutmedizinischen (ambulanten und/oder stationären) Versorgungsmaßnahmen ausgeschöpft oder nicht ausreichend sind oder keinen ausreichenden Erfolg hatten,
- ein langfristiges rezidivfreies Intervall der chronischen Hauterkrankung nur durch den koordinierten interdisziplinären bio-psycho-sozialen Behandlungsansatz der Rehabilitation zu erzielen ist,
- eine chronisch-rezidivierende Verlaufsform mit nur kürzeren symptomfreien Intervallen vorliegt,
- die Ausdehnung der Hauterkrankung über eine größere Körperfläche und/oder Lokalisation im sichtbaren Körperbereich vorliegt,
- ein therapeutischer Effekt oder eine Optimierung der Behandlung bei zeitintensivem Aufwand mit dem Ziel der möglichst vollständigen Rückbildung erreicht werden soll, der nur mit den Mitteln der Rehabilitation möglich ist,
- eine schwere Verlaufsform einer Hauterkrankung im zeitlichen Zusammenhang nach einer Krankenhausbehandlung vorliegt, durch die schwere körperliche Beeinträchtigungen und konsekutiv ausgeprägte Funktionsstörungen bestehen.

Mangelnde Kooperation und Bereitschaft zur Mitwirkung (Compliance) schließen eine Rehabilitationsmaßnahme aus.

3.2 Allergische Hauterkrankungen im Klassifikationsmodell der ICF – Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

Patienten mit Neurodermitis, allergischem Kontaktekzem oder einem Handekzem können durch die Sichtbarkeit der Hautveränderungen, Begleitsymptome wie Juckreiz, Nässen oder Schuppung, immer wiederkehrende Erkrankungsschübe (sog. Rezidive) sowie durch das Wissen um die Prognose in Bezug auf Heilung in ihrer Lebensqualität erheblich eingeschränkt sein. Im Sinne des bio-psycho-sozialen Ansatzes der ICF können sie somit vielfältige Auswirkungen ihrer individuellen allergischen Hauterkrankung erleben, die in Abb. 2 beispielhaft dargestellt sind.¹⁶

So kann es durch die Hautschädigungen zu einer verminderten Belastbarkeit im Berufsleben mit Auswirkungen auf Berufswahl und Berufsausübung kommen. Insbesondere manuelle Tätigkeiten oder Berufe mit Publikumsverkehr (z. B. Tätigkeiten im Beratungs- und Servicebereich) können

¹⁵ Leitlinie „Stationäre dermatologische Rehabilitation“, Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Stand 09.07.2007

¹⁶ Weitere Beispiele zu anderen Erkrankungen auch in: BAR, ICF-Praxisleitfaden 3 unter www.bar-frankfurt.de

problematisch sein. Auch das soziale Leben kann erheblich eingeschränkt sein (vgl. auch Kap. 5.2 „Psychosoziale Aspekte bei allergischen Erkrankungen der Haut“).

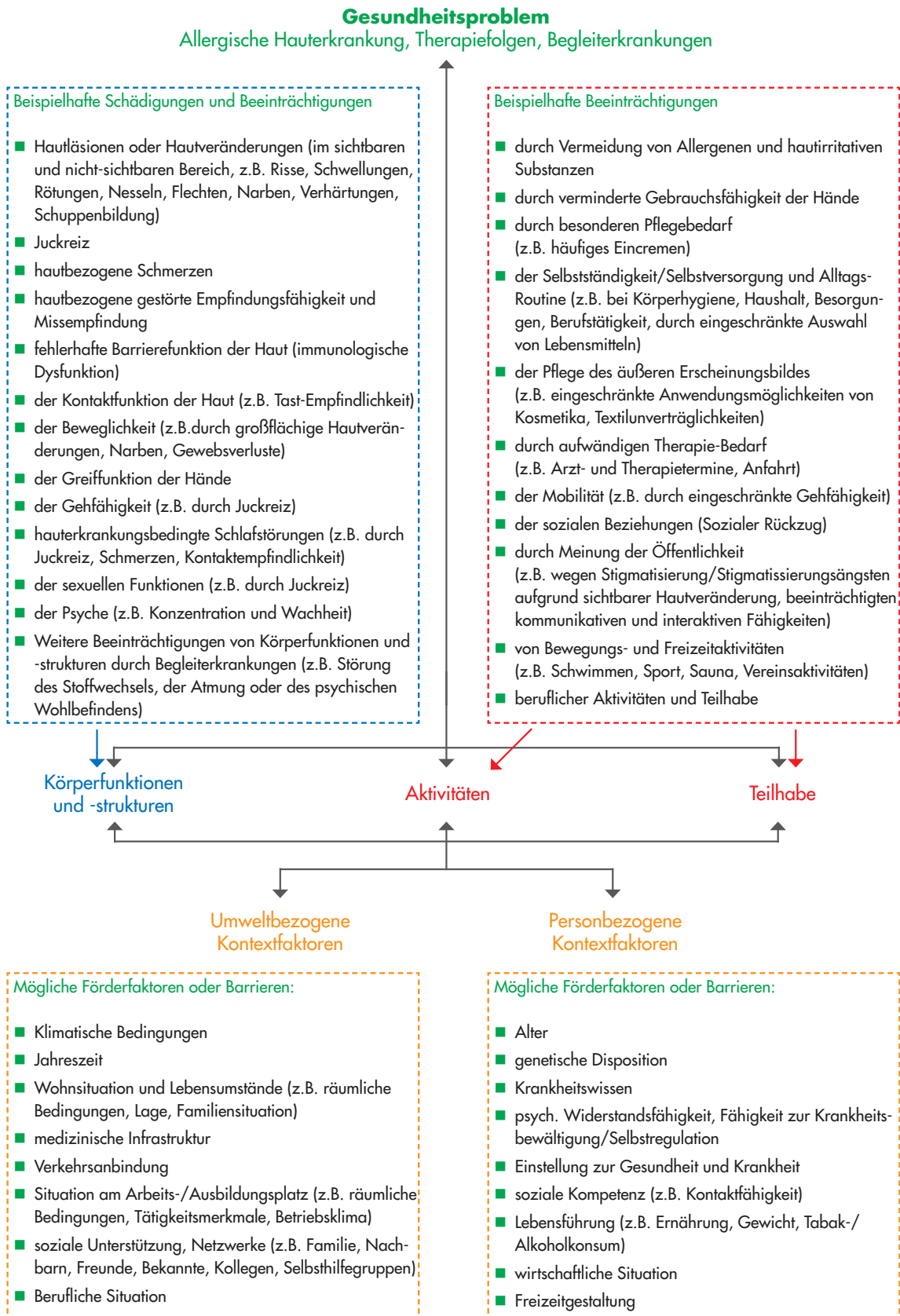
■ **Beeinträchtigungen der Aktivitäten**

In Folge der durch allergische Hauterkrankungen auftretenden Schädigungen und deren Auswirkungen können beispielsweise folgende Beeinträchtigungen der Aktivitäten auftreten:

- im Verhalten bei persönlichen und sozialen Aktivitäten (z. B. Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung, Rollenverhalten in der Familie, Auswählen geeigneter Kleidung),
- in der Selbstversorgung (z. B. Haushaltsführung, Einkaufen, Ernährung, Haut- und Körperpflege),
- in der Fortbewegung, Beweglichkeit und Geschicklichkeit (z. B. manuelle Fähigkeiten, längeres Gehen, Treppensteigen, schnelles Laufen).

KAPITEL 3

Abb. 2: Beschreibung von allergischen Hauterkrankungen und ihrer Folgen nach dem bio-psycho-sozialen Ansatz des ICF-Modells



■ **Beeinträchtigungen der Teilhabe**

In Folge der durch allergische Hauterkrankungen auftretenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten können weiterhin Beeinträchtigungen der Teilhabe beispielsweise in folgenden unterschiedlichen Bereichen auftreten:

- In der körperlichen Unabhängigkeit (z. B. durch Notwendigkeit von Hilfsmitteln, Abhängigkeit von Fremdhilfe, eingeschränkte Selbstständigkeit oder Selbstversorgung im Alltag),
- in der Mobilität (z. B. durch Einschränkungen in der Bewegung im persönlichen Umfeld, in der Nachbarschaft, der Gemeinde, im Fernbereich, bei Reisen, auf dem Weg von und zur Arbeit),
- bei der beruflichen Beschäftigung,
- in der Freizeit,
- bei der sozialen Integration/Reintegration (z. B. bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen),
- bei der wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

Die Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe durch allergische Hauterkrankungen können in Wechselwirkung mit Kontextfaktoren unterschiedlich ausfallen (z. B. durch körperliche Belastungen in Beruf, Freizeit oder Alltag, berufliche Exposition von Hautallergenen oder klimatische/thermische Bedingungen).

4 Ziele und Elemente der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen

Im Mittelpunkt der Rehabilitation steht die Minderung der Beeinträchtigungen von Körperfunktion, Körperstruktur und Aktivitäten unter Beachtung der Kontextfaktoren, um langfristig eine größtmögliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Der Rehabilitationserfolg lässt sich insbesondere an dem Ausmaß beurteilen, in dem ein Rehabilitand oder eine Rehabilitandin

- einer Arbeit nachgehen kann und
- in für sich befriedigender Weise am Leben in der Gesellschaft teilnehmen und seine/ihre Freizeit gestalten kann.

Bei der Ermittlung des konkreten individuellen Rehabilitationsbedarfs und der Entwicklung der Rehabilitationsziele sind wichtige Anhaltspunkte:

- vorhandene persönliche und umweltbezogene Ressourcen,
- Funktionen und Funktionsstörungen,
- Aktivitäten und eingeschränkte Aktivitäten,
- Teilhabe an Lebensbereichen und hier vorliegende Einschränkungen.

4.1 Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen

Ziel ist die Bewältigung der Beeinträchtigungen von Körperfunktion und Körperstruktur, also die Beseitigung, Minderung und Vermeidung der weiteren Verschlechterung der Schädigungen des Hautorgans sowie der damit einhergehenden Folgen. Dies umfasst:

- Abheilen oder Vermindern der Hautschädigungen (z. B. Verlängerung des erscheinungsfreien Intervalls der Haut),
- ggf. Behandlung einer Infektion,
- Minderung der Bewegungseinschränkungen (z. B. Wiederherstellung der Greiffähigkeit der Hand bei Handekzem),
- Linderung von Juckreiz und Schmerz,
- Erlernen und Anwendung stadiengerechter Hautpflege,
- Kennenlernen und Vermeiden allergieauslösender Ursachen.

Im Vordergrund steht die langfristige gesundheitliche Stabilisierung.

4.2 Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe am Arbeitsleben

Arbeit und strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Keine andere Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung. Arbeit vermittelt:

- eine Möglichkeit, sich in einer gesellschaftlich anerkannten Funktion zu betätigen und wirkt so auf den sozialen Status und die Identität,
- soziale Kontakte und Unterstützung,
- Struktur für den Tages-, Wochen- und Monatsablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus),
- finanzielle Anerkennung sowie wirtschaftliche Eigenständigkeit durch Entlohnung.

Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Bezug auf allergische Hauterkrankungen sind:

- Vermeidung von Allergenkontakt am Arbeitsplatz,
- Vermeidung oder Verminderung von hautreizenden Belastungen,
- Anwendung von Hautschutzmitteln und Hautpflegemitteln am Arbeitsplatz,
- Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit in Bezug auf die berufliche Tätigkeit,
- verbesserter Umgang mit beruflichen Belastungsfaktoren (wie häufige Reinigung oder Desinfektion der Haut, Tätigkeiten mit erhöhtem Infektions- und Verletzungsrisiko, Kontakt mit hautreizenden Stoffen) mit dem Ziel der Arbeitsplatzzerhaltung,
- leidensgerechte (Re-)Integration in das Erwerbsleben.

Im Vordergrund steht immer der Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes bzw. der bisherigen Tätigkeit ggf. durch eine Versetzung an einen weniger hautbelastenden Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes. Ist dies nicht möglich, ist eine berufliche Umorientierung in Betracht zu ziehen.

Grundsätzlich gibt es berufliche Tätigkeiten (Beispiele für Berufsfelder, siehe Tab. 2), die mit einer erhöhten Belastung der Haut – insbesondere an den Händen – einhergehen. Dies ist z. B. der Fall bei

- Feuchtarbeiten; als Risiko werden Tätigkeiten im feuchten Milieu von mehr als zwei Stunden täglich angesehen, Arbeiten, bei denen der Beschäftigte mehr als zwei Stunden täglich feuchtigkeitsdichte (okkludierende) Handschuhe trägt oder häufige Handreinigungen von mehr als 20mal pro Normalschicht oder bei aggressiven Reinigungsverfahren eine entsprechend geringere Anzahl durchführen muss;
- Arbeiten, bei denen der Beschäftigte Hautkontakt mit chemischen Substanzen mit irritativer bzw. allergener Potenz hat; Beispiele hierfür sind Metallionen (Chrom, Nickel), Desinfektionsmittel oder alkalische Flüssigkeiten wie Reinigungslösungsmittel);

KAPITEL 4

- Arbeiten, bei denen der Beschäftigte Hautkontakt mit natürlichen Substanzen mit irritativer bzw. allergener Potenz hat; Beispiele hierfür sind Naturlatex, Mehle, tierische Proteine;
- Arbeiten, bei denen der Beschäftigte der Einwirkung bestimmter physikalischer Faktoren ausgesetzt ist, z. B. beim Verarbeiten von Stoffen wie Mineralfasern oder bei Tätigkeiten, die thermischen Reizen (Hitze oder Kälte) ausgesetzt sind.¹⁷

Tab 2: Beispiele für Berufsfelder mit erhöhtem Hauterkrankungsrisiko:¹⁸

Tätigkeiten	Einwirkungen
Friseure	Dauerwellmittel, Blondiermittel, Haarfarben, Haarwaschmittel
Bäcker, Konditoren, Köche	feuchtigkeitsdichte (okkludierende) Handschuhe, Teige, Aromen und Gewürze, Konservierungsmittel und Antioxidantien, Reinigungsmittel
Bauarbeiter, Maurer, Fliesenleger, Estrichleger	Zement, Frischbeton, Kunststoffe, Härter, Epoxidharze, Isocyanate
Landwirte, Floristen, Gärtner	Pflanzenschutzmittel, Korbbütler
Metall- und Galvanikarbeiter	Kühlschmiermittel, Metalle
Heil- und Pflegeberufe	feuchtigkeitsdichte (okkludierende) Handschuhe, Desinfektionsmittel, Medikamente

Sozialversicherungsrechtlich muss unterschieden werden zwischen bereits vorliegenden allergischen Hauterkrankungen, die eine Berufstätigkeit erschweren bzw. die Tätigkeit in bestimmten Berufen nicht ermöglichen, und Hauterkrankungen, die durch die Berufstätigkeit ausgelöst wurden. Wird die Hauterkrankung durch die Arbeitstätigkeit selbst ausgelöst, liegt eine Berufsdermatose vor. Häufig können hier sekundärpräventive Maßnahmen zu einer Verbesserung der Situation am Arbeitsplatz und damit zu einem Abklingen der Beschwerden führen. Aus einer Berufsdermatose kann eine Berufskrankheit werden. Die in der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) vom 31.10.1997 aufgeführte Berufskrankheitenliste führt dazu unter der Berufskrankheit (BK) Nr. 5101 folgenden Tatbestand auf:

„Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.“

Sind in diesem Falle Teilhabeleistungen angezeigt, ergibt sich die Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger. Liegt bei einer allergischen Hauterkrankung kein kausaler Zusammenhang zwischen Erkrankung und beruflicher Tätigkeit vor, und es wurde ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben festgestellt, so ist – je nach Anzahl der vorliegenden Versicherungsjahre –

¹⁷ Vgl. Merkblatt für die ärztliche Untersuchung zu Nr. 5101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung.

¹⁸ Die Ausführungen sind beispielhaft und dienen der Veranschaulichung. Sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

entweder die gesetzliche Rentenversicherung oder die Bundesagentur für Arbeit der zuständige Rehabilitationsträger.

Sofern durch eine allergische Hauterkrankung individuelle Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als sechs Wochen innerhalb der letzten 12 Monate entstehen, sind die Vorschriften zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX zu beachten, das 2004 als verpflichtendes Angebot von Arbeitgebern an längerfristig arbeitsunfähige Mitarbeiter/-innen eingeführt wurde. BEM dient dazu, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten und ist somit sowohl für Arbeitnehmer/-innen als auch für Arbeitgeber/-innen von Vorteil. Es stellt ein wesentliches Verbindungselement zwischen dem System der Sozialversicherung und der Arbeitswelt dar und ermöglicht es, die Unterstützungsleistungen der Rehabilitationsträger noch zielgenauer im betrieblichen Kontext zu verankern. Die Entscheidung darüber, ob ein Betriebliches Eingliederungsmanagement durchgeführt wird, trifft der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin. In den Prozess sind verschiedene betriebliche Akteure einzubinden.

4.3 **Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**

Ziel ist, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder deren Zunahme zu verhüten.

Folgende Aspekte können in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen:¹⁹

- Vermeidung von Allergenkontakt im täglichen Leben,
- Hautpflege und Hautschutz im täglichen Leben,
- Verbesserung alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe am sozialen Leben (z. B. durch Reduktion von Scham- und Stigmatisierungsgefühlen zur Vermeidung von sozialem Rückzug),
- Bewältigung von chronischem Juckreiz und chronischen Schmerzzuständen,
- Psychische Stabilisierung (z. B. Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Verminderung von Angst und Depressivität, Verbesserung der Krankheitsbewältigung),
- Verbesserung und Erhalt der physischen Unabhängigkeit (z. B. Selbstständigkeit in Bezug auf Mobilität und Selbstversorgung),
- Schulung des Verhaltens (z. B. in der Familie, im Beruf, in der Freizeit, bei Krisen).

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind nach Möglichkeit Bezugspersonen mit einzubeziehen. Dies gilt insbesondere bei der Rehabilitation von Kindern (vgl. Kap 5.3 „Allergische Hauterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“).

¹⁹ Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. Überarbeitete Auflage, 2009, Seite 296f

4.4 Elemente der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen

Die medizinische Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen erfolgt in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen. Sie geht von einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept aus und beinhaltet ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus dermatologischen, allergologischen, physischen, psychischen, oecotrophologischen, sozialen und edukativen Komponenten bestehen kann. Aufgrund der Vielschichtigkeit der Problematik der allergisch Hautkranken Menschen ist ein sehr differenziertes und individualisiertes Rehabilitationskonzept erforderlich.

In Abhängigkeit von der bestehenden Zielsetzung (Verbesserung von Körperfunktion und Körperstruktur, Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben, Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) enthalten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit allergischen Hauterkrankungen folgende Elemente:²⁰

- Funktionsdiagnostik,
- Psychosoziale Diagnostik,
- äußerliche und innerliche medizinische Therapie (Einreibungen, Systemtherapie, Lichttherapie u. a.),
- Kennenlernen und Vermeiden allergieauslösender Ursachen,
- Patientenschulungen (Anleitung und Motivation zum Hautschutz, Erarbeitung einer dem Alltagsleben angemessenen Behandlung und Bewältigung der chronischen Erkrankung),
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlernährung, Bewegungsmangel, inadäquates Freizeitverhalten, körperliche und psychische Überforderung),
- Psychologische Betreuung (Gesprächstherapie, themenzentrierte Gruppenschulungen z. B. zu Juckreiz- und Stressbewältigung, Beratung zu krankheitsassoziiertem Erleben und Verhalten, Konfliktbewältigung und Interaktionsübungen zur Verbesserung sozialer Kompetenz),
- Beratung und Anleitung von Bezugspersonen (insbesondere bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen),
- Diätetik (z. B. Beratung bei Vorliegen von Nahrungsmittelallergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Behandlung der Komorbiditäten wie Adipositas oder Diabetes mellitus),
- Bewegungstherapie, Sporttherapie,
- Physiotherapie,
- Erlernen und Anwendung von Entspannungstechniken (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation etc.),
- Ergotherapie (Erprobung von Hautschutzprodukten),
- Sozialarbeit, Berufshilfe (sozialrechtliche Beratung, Beratung zur beruflichen Rehabilitation),
- abschließende sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden.

²⁰ Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. überarbeitete Auflage, 2009

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit allergischen Hauterkrankungen ist eine gut ineinandergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen wichtig. Dazu gehören insbesondere dermatologische Fachärzte, Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sportlehrer und Sporttherapeuten, Ernährungsfachkräfte sowie Pflege- und Assistenzkräfte.

Grundsätzlich gilt, dass bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu dieser Thematik publizierte gültige Leitlinien der relevanten Fachgesellschaften berücksichtigt werden sollten.²¹

4.5 Flankierende Unterstützung durch Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, die ein gleiches Problem oder Anliegen haben und gemeinsam etwas dagegen bzw. dafür unternehmen möchten. Typische Probleme sind etwa der Umgang mit chronischen oder seltenen Krankheiten, mit Lebenskrisen oder belastenden sozialen Situationen. Selbsthilfegruppen dienen im Wesentlichen dem Informations- und Erfahrungsaustausch von Betroffenen und Angehörigen, der praktischen Lebenshilfe sowie der gegenseitigen emotionalen Unterstützung und Motivation. Darüber hinaus vertreten Selbsthilfegruppen in unterschiedlichem Grad die Belange ihrer Mitglieder nach außen.²² Insgesamt stellt die Selbsthilfe einen wichtigen und unentbehrlichen Bestandteil des Sozial- und Gesundheitssystems dar.²³

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe kann insbesondere für Menschen mit allergischen Hauterkrankungen in vielfältiger und wirksamer Weise die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung ergänzen. Das Charakteristikum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ist ihre Betroffenenkompetenz. Vor allem durch gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Gruppen schafft sie Akzeptanz bei betroffenen Menschen und ihren Angehörigen und ermöglicht niedrigschwellige Hilfestrukturen. Der Erfolg der Selbsthilfegruppen beruht vor allem auf Eigeninitiative und Eigenverantwortung ihrer Mitglieder. Die Leistungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe basieren im Wesentlichen auf freiwilligem Engagement und Ehrenamtlichkeit.

21 Eine Auflistung der für die Rehabilitation allergischer Hauterkrankungen relevanten Leitlinien finden sich im Kapitel 7.2 „Leitlinien und Empfehlungen“

22 Weitere Informationen finden sich bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen unter www.nakos.de

23 Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe“ gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 65GB IX in der Fassung vom 23. Februar 2012; Datum des In-Kraft-Tretens 1. Mai 2012

5 Besonderheiten der Rehabilitation von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen

5.1 Prävention

Präventive Maßnahmen spielen bei allergischen Hauterkrankungen eine wichtige Rolle. Grundsätzlich wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden.

Unter **Primärprävention** ist in diesem Fall die Vermeidung des Auftretens einer allergischen Hauterkrankung durch das Umgehen allergieauslösender Substanzen in Alltag und Beruf zu verstehen. So finden sich z. B. in der Leitlinie „Allergieprävention“ der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie²⁴ Empfehlungen zur Vermeidung von Allergieentwicklungen bei familiär vorbelasteten Kindern (sog. „Risikokindern“). Aufgrund der deutlichen Zunahme allergischer Hauterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (auch in Verbindung mit Lebensmittelallergien) werden vermehrt Strategien gesucht, wie bei Risikokindern eine Allergieentwicklung von vorneherein vermieden werden kann. Nach der besagten Leitlinie werden nach heutigem Wissensstand deshalb hier folgende primärpräventive Maßnahmen empfohlen:

- ausschließliches Stillen in den ersten 4 Monaten zur Prävention atopischer Erkrankungen; ist dies nicht möglich, wird die Verwendung von hypoallergener Säuglingsnahrung empfohlen;
- Verzicht auf Katzenhaltung; es überwiegen Studien, die in der Katzenhaltung einen Risikofaktor sehen;
- Vermeidung von Nikotinkonsum (aktiv und passiv) während der Schwangerschaft;
- Vermeidung von Innenraumschadstoffen und flüchtigen organischen Verbindungen (z. B. Formaldehyd);
- Vermeidung eines Innenraumklimas, welches Schimmelpilzwachstum begünstigt.

Ein weiteres Beispiel für Primärprävention sind Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz. Hierzu zählen u. a.:

- Vermeidung von hautreizenden Stoffen (Irritantien) und Allergenen am Arbeitsplatz durch Ersatz hautgefährdender Arbeitsstoffe durch weniger gefährdende Arbeitsstoffe (z. B. Reduzierung des Gehaltes an löslichem Chrom in der Zementtrockenmasse)²⁵ ;
- technische Maßnahmen am Arbeitsplatz zur Vermeidung des Hautkontakts mit hautgefährdenden Arbeitsstoffen, z. B. der Einsatz von Putzautomaten;
- organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz, z. B. ein regelmäßiger Wechsel zwischen Feucht- und Trockenarbeiten;
- persönliche Schutzausrüstung, z. B. geeignete Schutzhandschuhe zur Vermeidung des Kontakts mit hautirritierenden und allergisierenden Stoffen sowie adäquate Hautpflegemaßnahmen vor und nach der Arbeit.²⁶

24 Leitlinie „Allergieprävention“ der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie, Stand 03/2009

25 Vorgeschrieben durch die TRGS 613 sowie die EU-Richtlinie 2003/53/EG

26 Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. überarbeitete Auflage, 2009

Bei einer bekannten allergischen Disposition ist ggf. die Auswahl eines entsprechend wenig hautbelastenden Berufes zu überlegen.

VON ZENTRALER BEDEUTUNG BEI BERUFSDERMATOLOGISCHEN FRAGESTELLUNGEN IST DIE TRGS 401.“

Viele Maßnahmen zur Bereitstellung hautschonender Arbeitsplätze werden durch die „Technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS)“ beschrieben. Von zentraler Bedeutung bei berufsdermatologischen Fragestellungen ist die TRGS 401 „Gefährdung durch Hautkontakt – Ermittlung, Beurteilung, Maßnahmen“. ²⁷ Diese beschreibt neben den einzelnen Gefährdungen auch die notwendigen Schutzmaßnahmen bis hin zur arbeitsmedizinischen Vorsorge, die gemäß „Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge“ (ArbMedVV) auch ausschließlich eine individuelle Beratung sein kann.

Maßnahmen der **Sekundärprävention** sind angezeigt, wenn bereits Erscheinungen der jeweiligen Hauterkrankung vorliegen. ²⁸ Hier ist die Früherkennung erster Symptome wichtig. Es ist Aufgabe des behandelnden Arztes, insbesondere des Hautarztes, den betroffenen Menschen über adäquaten Hautschutz (Verhaltens- und Verhältnisprävention) aufzuklären.

Besteht der begründete Verdacht einer berufsbedingten Hauterkrankung, ist jeder niedergelassene Arzt (gemäß § 41 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) verpflichtet, den Patienten einem Hautarzt vorzustellen. Dieser kann, ebenso wie jeder zuständige Arbeitsmediziner oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin, das so genannte Hautarztverfahren zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung einleiten, dessen Kosten von der Unfallversicherung übernommen werden. Der Hautarzt untersucht den Betroffenen und verfasst mit dessen Einverständnis einen Hautarztbericht. Neben einer differenzierten fachärztlichen Diagnose enthält dieser u. a. Angaben zur Therapie sowie zu den erforderlichen präventiven Maßnahmen am Arbeitsplatz (weitere Ausführungen finden sich in Kap. 6.6.1 „Hautarztverfahren“).

27 Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS): Technische Regeln für Gefahrstoffe. Gefährdung durch Hautkontakt: Ermittlung – Beurteilung – Maßnahmen. TRGS 401. GMBI: Juni 2008. Zuletzt berichtigt 2011, S. 175 (Nr. 9).

28 Leitlinie „Management von Handekzemen“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Stand: 11/2008

Beispiel für durchgeführte Maßnahmen der Sekundärprävention im Bereich der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Im Aufgabenbereich der Präventionsdienste der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wurde insbesondere der Ansatz der praxisorientierten „Vor-Ort-Hilfe“ und direkter Kontakt mit den Versicherten entwickelt. Flankiert wird dieser Ansatz heute von Erhebungen zur Exposition der Versicherten und der betrieblichen Abläufe und Zusammenhänge (Fragebögen und Checklisten).

Es werden so durch die Präventionsdienste Beratungen mit den Erkrankten und den Verantwortlichen im Betrieb durchgeführt, die maßgeblich zu einem Umdenken im Bereich des Haut- und Handschutzes in der Landwirtschaft, Forstwirtschaft und im Gartenbau beitragen. Dieser direkte Kontakt zu den Versicherten und zum Arbeitsplatz der Erkrankten ermöglicht es, weitreichende Maßnahmen und nachhaltige Lösungen für Expositionsszenarien und Arbeitsabläufe zu erörtern und gegebenenfalls umzustellen.

Durch die Beratung vor Ort können maßgeschneiderte Schutzmaßnahmen wie Hautschutz-, Hautreinigungs- und Hautpflegemittel sowie den Expositionsbedingungen entsprechende Schutzhandschuhe an die Erkrankten ausgegeben werden, was entscheidend zu deren Akzeptanz und konsequenter Verwendung beiträgt. Da diese Form der Beratung i.d.R. mit 3 Terminen über 6 Monate betrieben wird, kann die positive Entwicklung beeinflusst und die Nachhaltigkeit der Maßnahmen im Betrieb gewährleistet werden.

Ähnliche Verfahren sind auch bei anderen Unfallversicherungsträgern etabliert.

Einige Unfallversicherungsträger haben eigene sekundäre Präventionsprogramme entwickelt. Beispielsweise hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) spezielle Schulungs- und Beratungszentren (kurz: Schu.ber.z) für Versicherte mit Hautproblemen eingerichtet. Hier können sich versicherte Beschäftigte von Hautärzten und weiteren Experten der BGW in einer so genannten Hautsprechstunde medizinisch beraten lassen. Schulungen und individuelle Beratungen sollen helfen, die berufsbedingten Hautprobleme in den Griff zu bekommen (s. Kasten).

Zu den **tertiären Präventionsmaßnahmen** gehören u. a. die Leistungen zur Rehabilitation.

5.2 Psychosoziale Aspekte bei allergischen Hauterkrankungen

Eine Sensibilisierung gegenüber Allergenen, die sich in einer allergischen Hauterkrankung manifestieren kann, besteht i.d.R. ein Leben lang. Häufig liegen bei den Betroffenen auch andere Erkrankungen vor („Komorbidität“), vor allem allergische Atemwegserkrankungen.

Menschen mit allergischen Hauterkrankungen erleben zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit. Dazu zählen nicht nur die körperlichen Symptome und deren zum Teil aufwändige Behandlung, sondern auch psychische und soziale Belastungen. Sie haben vielfältige Ursachen und stellen besondere Anforderungen an die Bewältigung der Erkrankung.

Als ein wesentliches Merkmal bei Hauterkrankungen wirkt sich aus, dass die Haut sowohl für die Betroffenen als auch für die Menschen in ihrer Umgebung ein - zumindest teilweise - gut sichtbares und zudem „greifbares“ Organ ist. Diese Eigenschaft fördert bei den Betroffenen die persönliche „Beschäftigung“ mit der Hauterkrankung. Sie kann beispielsweise

- gedanklich (permanentes „daran denken“),
- visuell (ständige Kontrollblicke) oder
- manuell (häufiges Kratzen)

erfolgen.

Oft sind auch für andere Menschen die Krankheitsmerkmale auffällig (z. B. an Gesicht oder Händen). In Abhängigkeit von Lokalisation und Erscheinungsbild der Erkrankung können sie deshalb nicht nur das Selbstbild der Betroffenen, sondern auch deren soziale Beziehungen beeinträchtigen. Dabei wirken sich sowohl tatsächliche als auch „angenommene“ (negative) Reaktionen des sozialen Umfelds auf die Betroffenen aus. Auch Konflikte mit dem sozialen Umfeld können so entstehen oder verstärkt werden. Als Folge kann es zur Vermeidung von Kontakt-Situationen mit anderen Menschen kommen; es droht sozialer Rückzug.

Besonders berührt wird davon auch die berufliche Situation, z. B. im Umgang mit Kunden. Zusätzlich können hier juckreizbedingte Schlaflosigkeit, Übermüdung, Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen zu Leistungsminderungen führen.

Die nicht immer vollständig mögliche Allergenkenz und der meist unvorhersehbare Krankheitsverlauf können Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins gegenüber dem nächsten Schub bewirken. Die psychosoziale Belastung kann sich in Anspannung, Reizbarkeit oder Depressivität äußern. Eine Manifestation als psychische Komorbidität (z. B. depressive Erkrankung) ist möglich.

Die psychosozialen Faktoren werden zudem nicht allein von der körperlichen Hautsymptomatik beeinflusst, sondern wirken auch wieder auf diese zurück. Nicht nur mangelnde Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an den therapeutischen Maßnahmen (sog. Therapie-Compliance) kann den Erfolg der Behandlung reduzieren; es droht ein Teufelskreis aus sich gegenseitig verstärkenden Faktoren. Exemplarisch zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang der so genannte „Juck-Kratz-Zirkel“. Kratzen reduziert zwar den Juckreiz und damit (für kurze Zeit) auch einen

Teil der psychischen Anspannung, kann aber die Schädigung der Haut und damit körperliche und psychosoziale Symptome wieder verstärken.

Insgesamt ist es deshalb wichtig, Menschen mit allergischen Hauterkrankungen Maßnahmen und Hilfen zur psychosozialen Bewältigung ihrer Krankheit zu vermitteln. Psychische Probleme treten bei 25-30% der Betroffenen mit Hauterkrankungen auf.²⁹ Die psychische bzw. soziale Beeinträchtigung kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein und sollte ggf. bei der Wahl der Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt werden. Vor individuellen psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungen sollte geprüft werden, ob zunächst Patienten- und bei Kindern ggf. Eltern-Schulungen angeboten werden, die auch darauf abzielen, die familiäre, partnerschaftliche und sonstige soziale Situation der Betroffenen zu stabilisieren.

5.3 Allergische Hauterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Allergien entwickeln sich oft schon in der Kindheit. Eine besonders häufige allergische Hauterkrankung im Kindesalter ist das atopische Ekzem (Neurodermitis); entsprechend werden viele stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder aufgrund dieser Erkrankung durchgeführt. In Europa leiden bis zur Einschulung ca. 10-15% der Kinder zumindest zeitweilig unter Neurodermitis. Im Erwachsenenalter tritt die Erkrankung seltener auf; allerdings entwickeln mindestens 30% aller Kinder, die unter einer Neurodermitis leiden, auch als Erwachsene Ekzeme.³⁰

Auslösende Faktoren für die Neurodermitis, seltener auch für andere allergische Hauterkrankungen, können Nahrungsmittelunverträglichkeiten sein. Ca. 1/3 aller betroffenen Kinder mit Ekzem hat auch eine Nahrungsmittelallergie.³¹ Ekzeme bei Kindern können außerdem die Vorstufe einer späteren Erkrankung der Atemwege sein und damit noch weitere Beeinträchtigungen nach sich ziehen.

Allergische Phänomene treten bei Kindern und Erwachsenen in ähnlicher Weise auf. Altersabhängig gibt es in den therapeutischen Verfahren dennoch inhaltliche Unterschiede. Zu beachten ist deshalb, dass die entsprechenden Therapieeinrichtungen, ihre Strukturen und Abläufe für die jeweilige Zielgruppe angemessen gestaltet sind. Dies gilt auch für die altersgerechte Diagnostik und Therapie. So ist es beispielsweise bei Kindern mit Nahrungsmittelallergie besonders wichtig, trotz notwendiger Einschränkungen bei der Wahl der Lebensmittel auf eine ausgewogene Ernährung zu achten, um Mangelerscheinungen vorzubeugen. Da Nahrungsmittelunverträglichkeiten aus der Kindheit mit dem Älterwerden häufig verschwinden, sollte ihr Fortbestehen auch ca. ein bis zwei Jahre nach Feststellung überprüft werden, um dann ggf. unnötig gewordene Einschränkungen bei der Ernährung zu beenden.

Wesentlich bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist die adäquate Einbindung von Betreuungspersonen (i.d.R. ein Elternteil). Diese werden in Bezug auf zentrale Elemente für den Umgang mit der allergischen Hauterkrankung umfassend informiert bzw. geschult. Dazu gehört

29 Leitlinie Psychosomatische Dermatologie der DDG und anderer Fachgesellschaften, Überarbeitungsstand 10/2006

30 Leitlinie „Neurodermitis“ der DDG und anderer Fachgesellschaften, Überarbeitungsstand 4/2008

31 Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. Überarbeitete Auflage, 2009

KAPITEL 5

vor allem die richtige Hautpflege. Wichtig ist außerdem die Ernährung. Durch die Krankheitssymptome (insbesondere Juckreiz) treten häufig Schlafstörungen auf, die die Nachtruhe von Kindern und Betreuungspersonen gleichermaßen beeinträchtigen können. Eine zentrale Rolle in der Rehabilitation spielt u. a. deshalb auch die Vermittlung von Entspannungsverfahren.

Als besonders hilfreich bei der Behandlung von Kindern mit allergischen Hauterkrankungen haben sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüfte strukturierte Elternschulungen erwiesen. Mittlerweile gibt es ein weitgehend flächendeckendes Angebot an ambulanten Schulungsmaßnahmen, die i.d.R. von den Krankenkassen finanziert werden.

Auch der Austausch mit anderen betroffenen Familien (z. B. im Rahmen von Selbsthilfegruppen) kann weitere Hilfe bieten.

6 Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Mit dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –, das zum 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist, wurden die Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zusammengefasst. Die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe wurden in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und der Katalog der zu erbringenden Leistungen in den vier Leistungsgruppen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. §§ 26 ff. SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. §§ 33 ff. SGB IX, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen gem. §§ 44 ff. SGB IX sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. §§ 55 ff. SGB IX) weitgehend harmonisiert. So gelten die nachstehend dargestellten Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe für alle Rehabilitationsträger, soweit sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt.

Bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe ist neben den Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger die Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall zu berücksichtigen. Zudem sind die Vorgaben des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention), insbesondere deren Zielsetzung der Inklusion sowie der Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der betroffenen Menschen zu beachten. In der Bundesrepublik Deutschland wurde die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) am 26. März 2009 ratifiziert.

Der Leistungskatalog der unterschiedlichen Leistungsträger nach dem Sozialgesetzbuch und die wesentlichen leistungsrechtlichen Grundlagen werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

6.1 Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1)

6.1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)

- „(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um
1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.
- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere
1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,

KAPITEL 6

2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
 3. Arznei- und Verbandmittel,
 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 6. Hilfsmittel,
 7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.
- (3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können sowohl ambulant³² als auch stationär erbracht werden.

DIE RÜCKKEHR AN DEN ARBEITSPLATZ NACH EINER SCHWEREN ERKRANKUNG MIT LANGANDAUERNDER ARBEITSUNFÄHIGKEIT IST OFTMALS FÜR BETROFFENE MIT ERHEBLICHEN BELASTUNGEN VERBUNDEN.“

32 vgl. BAR-Rahmenempfehlung zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation

6.1.1.1 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX)

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer schweren Erkrankung mit langandauernder Arbeitsunfähigkeit ist oftmals für Betroffene mit erheblichen Belastungen verbunden. Dies kann zu einem Hinauszögern der Arbeitsaufnahme oder auch zu Rückschlägen führen, was sowohl im medizinischen Sinne als auch unter arbeitsphysiologischen und psychologischen Aspekten problematisch sein kann. Um durch einen „ungeschützten“ Arbeitsbeginn missglückte Versuche der Arbeitsaufnahme oder kostenintensive Leistungen wie eine vorzeitige Berentung oder die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu vermeiden, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.³³

Mit dem SGB IX wurde die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung als Leistung für alle Träger der medizinischen Rehabilitation eingeführt:

„Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen medizinische und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.“ (§ 28 SGB IX)

Bei der stufenweisen Wiedereingliederung wird der Betroffene im Rahmen eines Stufenplanes schrittweise an die Belastungen des bestehenden Arbeitsplatzes herangeführt. Je nach Krankheitsbild, bestehenden Funktionseinschränkungen, Belastungsfähigkeit, bisheriger Dauer der Arbeitsunfähigkeit und den organisatorischen Möglichkeiten des Betriebes wird der betroffene Arbeitnehmer zunächst nur stundenweise pro Woche beschäftigt, bis nach einigen Wochen oder Monaten die volle Arbeitsfähigkeit erreicht wird.³⁴

Ein Wiedereingliederungsplan kann, nach Zustimmung des Betroffenen, in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt bzw. Arzt der Rehabilitationseinrichtung, dem zuständigen Rehabilitationsträger und dem Arbeitgeber erstellt werden.

Für den Zeitraum der stufenweisen Wiedereingliederung durch einen Träger der medizinischen Rehabilitation gilt der erkrankte Arbeitnehmer während der gesamten Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahme als arbeitsunfähig im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihm steht eine Entgeltersatzleistung (Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld) unter Anrechnung des ggf. vom Arbeitgeber gezahlten Teilarbeitsentgeltes zu.

6.1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 - 39 SGB IX)

§ 33 SGB IX:

„(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.“

³³ Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i.V.m. § 51 Abs. 5 SGB IX (In-Kraft ab 01.09.2011)

³⁴ BAR, Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Heft 8, Ausgabe 2004; www.bar-frankfurt.de

KAPITEL 6

- (2) Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.
- (3) Die Leistungen umfassen insbesondere
 1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
 2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
 - 2a. individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
 3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
 4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
 5. Gründungszuschuss entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
 6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.
- (4) Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt; in diesem Fall werden die Kosten nach Absatz 7, Reisekosten nach § 53 sowie Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § 54 übernommen.
- (5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.
- (6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,

KAPITEL 6

7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).

(7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist,
2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät.

(8) Leistungen nach Absatz 3 Nr. 1 und 6 umfassen auch

1. Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
2. den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstausfalls des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenten für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
4. Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
5. Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
6. Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

Die Leistung nach Satz 1 Nr. 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren erbracht und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 4 ausgeführt. Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. Der Anspruch nach § 102 Abs. 4 bleibt unberührt.“

6.1.3 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)

„(1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.“

6.1.4 Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation (§§ 22 - 25 SGB IX)

Entsprechend §§ 22 - 25 SGB IX unterhalten die Rehabilitationsträger Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation für Fragestellungen insbesondere im Zusammenhang mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Diese erbringen eine qualifizierte, umfassende, individuelle und neutrale Beratung. Für jeden Landkreis/jede kreisfreie Stadt besteht mindestens eine Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation. Das tatsächliche Angebot ist in den Regionen unterschiedlich entwickelt. Ein aktuelles Verzeichnis aller Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation befindet sich im Internet.³⁵

Mit den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation sollen u. a. Probleme der Zuständigkeitsklärung vermieden werden. Sie klären daher das Anliegen des Ratsuchenden, nehmen Rehabilitationsanträge auf und ermitteln den zuständigen Rehabilitationsträger. Wenn notwendig, wird auch der weitere Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger hergestellt und der Antrag weitergeleitet.³⁶ Auch in laufenden Rehabilitationsverfahren kann sich der Ratsuchende an die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation wenden.

Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation unterstützen den betroffenen Menschen also von der Antragstellung bis zum Abschluss des Verfahrens.

Als Anlaufstelle erfüllt die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation nach §§ 22, 84 SGB IX umfassende Beratungs- und Unterstützungsaufgaben³⁷, insbesondere:

³⁵ www.reha-servicestellen.de

³⁶ vgl. auch BAR: Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation, 2. Auflage, 2009

³⁷ Bei Bedarf können zur Beratung weitere Sachverständige (z. B. Ärzte, Sozialarbeiter) hinzugezogen werden. Mit Einverständnis des betroffenen Menschen können

- Information (z. B. über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger einschließlich deren Inhalt und Ablauf),
- Klärung der Zuständigkeit,
- Bedarfsklärung (z. B. Hilfe bei der Klärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfs, Antragstellung und -weiterleitung),
- Beratung (z. B. über besondere Hilfen im Arbeitsleben, bei Verwaltungsabläufen, bei der Inanspruchnahme von Leistungen oder dem Hinwirken auf Entscheidungen,
- unterstützende Begleitung und Koordination (z. B. Vorbereitung der Entscheidung, Koordination und Vermittlung, Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich ein Gutachten erforderlich ist),
- Begleitung und Koordination beim Persönlichen Budget,
- Begleitung und Koordination beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

6.1.5 Persönliches Budget (§ 17 SGB IX)

Mit dem Persönlichen Budget wird behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Seit 1. Januar 2008 besteht auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets ein Rechtsanspruch. Das Persönliche Budget ist ein Angebot für alle Menschen mit Behinderungen, von dem niemand aufgrund der Art und Schwere seiner Behinderung oder wegen des Umfangs der benötigten Leistungen (zur Teilhabe) ausgegrenzt wird. Es bietet die Möglichkeit, die Leistungen am individuellen Bedarf auszurichten und die Wunsch- und Wahlrechte potentieller Budgetnehmer umfassend zu berücksichtigen.

Ein Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX setzt einen Anspruch auf Teilhabeleistungen bzw. andere budgetfähige Sozialleistungen voraus. Der behinderte Mensch hat die Möglichkeit und das Recht, diese Leistungsansprüche in Form von Geldleistungen (ggf. auch Gutscheinen) als Alternative zu Sachleistungen zu verwirklichen. Wie vor jeder Leistungsbewilligung ist auch vor der Bewilligung eines Persönlichen Budgets vom Leistungsträger u. a. zu prüfen, ob der Antragsteller einen rechtlichen Anspruch auf die Leistung hat. Dieser besteht, wenn der Antragsteller die Voraussetzungen für die Leistungsbewilligung, die sich aus den Vorschriften des jeweiligen Leistungsgesetzes ergeben, erfüllt. Das Persönliche Budget ist also keine neue Leistung, sondern eine neue Form der Leistungserbringung. Als Budgetnehmer erhält der behinderte Mensch die ihm bewilligten Leistungen als Geldbetrag und kann damit auf Grundlage der Zielvereinbarung selbst darüber entscheiden, wann, wo, wie und durch wen er seine der Leistung zu Grunde liegenden Bedarfe deckt und wie und wodurch die vereinbarten Ziele erreicht werden. Damit soll für behinderte Menschen die Grundlage dafür geschaffen werden, im stärkeren Maße ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in eigener Verantwortung zu führen.

Sind mehrere Leistungsträger beteiligt, handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, welches als Komplexleistung und „wie aus einer Hand“ erbracht wird. Mit dem im Wesentlichen in der Budgetverordnung³⁸ verankerten Verfahren wird ein Rehabilitationsträger zum

38 Vertreter/-innen z. B. von Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen oder Interessensvertretungen behinderter Frauen an den Beratungen beteiligt werden
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung – Budget V) vom 27. Mai 2004

KAPITEL 6

Beauftragten, der dem Budgetnehmer als Ansprechpartner in allen Fragen zu seinem Persönlichen Budget zur Verfügung steht, alle darin enthaltenen Leistungen koordiniert und im Auftrag der beteiligten Leistungsträger handelt.

SIND MEHRERE LEISTUNGSTRÄGER BETEILIGT, HANDELT ES SICH UM EIN TRÄGERÜBERGREIFENDES PERSÖNLICHES BUDGET, WELCHES ALS KOMPLEXLEISTUNG UND „WIE AUS EINER HAND“ ERBRACHT WIRD.“

Nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig. Dies gilt für alle in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen und damit für

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Neben den Leistungen nach Satz 1 sind nach § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX auch die weiteren erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe budgetfähig, wenn sie sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

Anträge auf Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets kann die Antragstellende Person bei allen Leistungsträgern oder den Gemeinsamen Servicestellen schriftlich oder durch sonstige Willenserklärung stellen. Die Leistungen, die als Persönliches Budget erbracht werden, können zwischen den Leistungsträgern variieren. Beispielhafte Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets können den Handlungsempfehlungen entnommen werden.³⁹

³⁹ Weitere Informationen unter: BAR – Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 1. April 2009, siehe unter www.bar-frankfurt.de

6.2 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist im SGB V festgeschrieben. Nach §§ 20 ff. SGB V können Krankenkassen u. a. Leistungen zur primären Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen. Außerdem unterstützen sie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20b SGB V). Darüber hinaus können die Krankenkassen und ihre Verbände Selbsthilfegruppen und -organisationen fördern, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation bei bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben (§ 20c Abs. 1 SGB V). Sie fördern die Selbsthilfe grundsätzlich auf drei Ebenen: Bundesorganisationen, Landesorganisationen und örtliche Selbsthilfegruppen. Die jeweiligen Förderebenen sind grundsätzlich gleichrangig und gleichwertig.

Mit dem Ziel einer wirkungsvollen und die Eigenverantwortlichkeit fördernden Behandlung und Rehabilitation hat der Gesetzgeber dem Leistungsrecht u. a. die Prinzipien

- ambulant vor stationär und
- Rehabilitation vor Pflege

vorangestellt. Entsprechend dieser Vorgaben hat die GKV eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung kranker und behinderter Menschen mit zu gestalten und mit zu finanzieren.

Nach § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst insbesondere

1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2.a Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Außerdem können nach § 42 SGB V Belastungserprobung und Arbeitstherapie erbracht werden.

Um den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen gerecht zu werden, sind bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung die Besonderheiten dieses Krankheitsbildes zu berücksichtigen, insbesondere bei der Versorgung mit Arzneimitteln und Heilmitteln sowie bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Leistungen zur stationären Vorsorge oder medizinischen Rehabilitation sind Zuzahlungen zu leisten (§ 61 SGB V), sofern aufgrund der Einkommensverhältnisse, bestehender Pflegebedürftigkeit oder einer schwerwiegenden chronischen Krankheit keine teilweise Befreiung möglich ist. Über die Möglichkeit der (teilweisen) Befreiung und die Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V informieren die Krankenkassen.

6.2.1 Leistungen zur Primärprävention

Häufig kann allergischen Hautreaktionen durch Leistungen zur Primärprävention vorgebeugt werden. Einzelne Handlungsfelder bei den Leistungen zur Primärprävention (z. B. Ernährung oder betriebliche Verpflegung) können daher allergische Hauterkrankungen beispielsweise bei Nahrungsmittelallergien positiv beeinflussen.

Mit dem GKV-Leitfaden Prävention⁴⁰ wurden die inhaltlichen Handlungsfelder und die qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention nach den §§ 20 und 20a SGB V festgelegt, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Der Leitfaden bildet die Grundlage, die Versicherten dabei zu unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden.

Von der GKV finanzierte Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen (§ 20 Abs. 1 S. 2 SGB V). Diese Leistungen sollen allen Versicherten offenstehen und gleichzeitig die Zugänge zu sozial benachteiligten Zielgruppen besonders unterstützt werden. Unterschieden werden deshalb

- Interventionen, die auf Lebensräume abzielen und Gesundheit durch Strukturbildung fördern (sog. Setting-Ansatz) und
- Interventionen, die auf einzelne Personen und ihr Verhalten ausgerichtet sind und die die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Beeinträchtigungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen (individueller Ansatz).

Ziel der Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist es, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen die jeweiligen Gesundheitspotenziale und -risiken im Lebensbereich zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Dieser Prozess soll über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessern.

Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten. Sie versuchen ihn zu befähigen und zu motivieren, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen, und finden als Kurse und Beratungen grundsätzlich in Gruppen statt.

Die Krankenkassen dürfen aus den Mitteln nach § 20a SGB V keine originären Aufgaben des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, die in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen (z. B. Schutzhandschuhe, Hautreinigungs- und Pflegemittel).

40 GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000; Fassung vom 27. August 2010

6.2.2 Ambulante Krankenbehandlung

■ Ärztliche Versorgung

Grundlage der ambulanten Krankenversorgung ist die ärztliche Tätigkeit. Sie umfasst die Maßnahmen des Arztes, die zur Verhütung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Zur ärztlichen Behandlung gehören auch die Hilfeleistungen anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind (§ 28 SGB V). Zu den ärztlichen Aufgaben zählt neben der eigentlichen Behandlung auch die Kontrolle der allergischen Hauterkrankung.

Hausärztlich tätige niedergelassene Ärzte sind vielfach eine erste Anlaufstelle für Menschen mit allergischen Hauterkrankungen. Der behandelnde Arzt entscheidet, ob er selbst die Beratung oder Behandlung übernimmt. Bei Bedarf sollte er den Patienten an einen niedergelassenen Facharzt für Hautkrankheiten überweisen. Bei Verdacht auf arbeitsbedingte Verursachung erfolgt regelhaft die Zuweisung an einen Facharzt für Hautkrankheiten.

Bestimmte Behandlungsmaßnahmen (z. B. Phototherapie) können nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden.⁴¹

■ Psychotherapie

Menschen mit allergischen Hauterkrankungen erleben durch die bestehenden Schädigungen zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die sich u. a. in einer deutlich eingeschränkten Belastbarkeit, einem eingeschränkten Ausüben bestimmter Tätigkeiten und bedingt durch die Stigmatisierung auch einer gestörten Kommunikation oder einem sozialen Rückzug niederschlagen können. Hieraus können sich Beeinträchtigungen der Teilhabe entwickeln.

Psychotherapeutische Behandlung kann nur durch Vertragsärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten mit einer anerkannten Zusatzausbildung erbracht werden. Näheres zur Indikation und Durchführung von Psychotherapie ist in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)⁴² geregelt. Danach werden die Psychotherapieformen

- psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) und
- Verhaltenstherapie

anerkannt.

■ Arznei- und Verbandmittel

In der ambulanten Versorgung von Menschen mit allergischen Hauterkrankungen haben Arznei- und Verbandmittel einen festen Stellenwert. Sie werden vom Arzt verordnet und verantwortet. Zur Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln durch die an der vertragsärztlichen Versorgung

41 vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Balneophototherapie“ vom 13. März 2008; www.g-ba.de/informationen/beschluesse/645/

42 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie); www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20

teilnehmenden Ärzte hat der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (sog. Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL)⁴³ beschlossen. Zum Arzneimittelrecht sind darüber hinaus weitere unterschiedliche Richtlinien zu beachten.⁴⁴

Die Kosten der medizinisch notwendigen verordnungsfähigen Arznei- und Verbandmittel werden von der Krankenkasse übernommen. Sofern mehrere gleichwirksame Medikamente zur Wahl stehen, ist unter Beachtung von Rabattverträgen der Krankenkassen das preisgünstigste Mittel erstattungsfähig. Für Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen, ist die Kostenübernahme generell nicht möglich. Daneben sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Kostenübernahme mit bestimmten Ausnahmen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgeschlossen. Dabei sind die Besonderheiten der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten.

■ Heilmittel

Unter die Heilmittel (§ 32 SGB V) fallen die so genannten therapeutischen Dienstleistungen. Dabei ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln zu beachten.⁴⁵

■ Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind (§ 33 SGB V). Die Verordnung von Hilfsmitteln erfolgt durch Vertragsärzte unter Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie).⁴⁶

■ Häusliche Krankenpflege

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege stehen grundsätzlich auch Menschen mit allergischen Hauterkrankungen zur Verfügung.

■ Haushaltshilfe

Ist insbesondere wegen einer notwendigen Krankenhausbehandlung oder Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und ist im Haushalt ein Kind von unter 12 Jahren oder ein behindertes und hilfebedürftiges Kind zu versorgen, so besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe. Dies gilt nur, wenn nicht eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann (§ 38 SGB V).

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) handelnd als landwirtschaftliche Krankenkasse kann für landwirtschaftliche Unternehmer Haushaltshilfe erbringen,

43 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL); www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/

44 Veröffentlichung weiterer Richtlinien, die der Gemeinsame Bundesausschuss laut gesetzlichem Auftrag „über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ beschließt (§ 92 SGB V), unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien

45 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL); www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/

46 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/Hilfsm-RL); www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/

wenn wegen Krankheit oder einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist (§ 10 Abs. 1 KVLG 1989).

6.2.3 Krankenhausbehandlung

Ist das Behandlungsziel durch ambulante Maßnahmen einschließlich der häuslichen Krankenpflege nicht zu erreichen, besteht ein Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 39 SGB V). Dabei kann es sich auch um ein Fachkrankenhaus oder eine dermatologische Fachabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus handeln. Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.

Die Krankenhausbehandlung beinhaltet ärztliche Behandlung, pflegerische Hilfen, diagnostische und therapeutische Leistungen, verschiedene, nicht an den Ort gebundene Therapieleistungen und sozialtherapeutische Leistungen der Sozialdienste sowie bei vollstationären Leistungen Unterkunft und Verpflegung.

Dabei umfasst die Krankenhausbehandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 SGB V).

6.2.4 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Reicht bei Versicherten eine Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen (§§ 11, 40 SGB V). Diese werden nur dann erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 SGB VI auf solche Leistungen kein Anspruch besteht (§ 40 Abs. 4 SGB V).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant und stationär durchgeführt. Die Entscheidung über die Form der Leistungserbringung trifft die Krankenkasse aufgrund der medizinischen Notwendigkeit. Leistungen, die mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, werden grundsätzlich ambulant durchgeführt. Ist eine Rehabilitationsmaßnahme unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, kann sie als Anschlussrehabilitation eingeleitet werden. Bei der Beurteilung sind sozialmedizinische und wirtschaftliche Gesichtspunkte zu beachten. Hierbei werden auch die Wünsche des Versicherten, soweit angemessen, berücksichtigt. Diese Leistungen können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur von Einrichtungen erbracht werden, die die in § 107 Abs. 2 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllen und mit denen die Krankenkassen Versorgungsverträge nach §§ 111 oder 111 c SGB V abgeschlossen haben.

6.2.5 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Krankenkassen können ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) erbringen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Erkrankung bzw. Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Hierzu gehören nicht Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Für Menschen mit allergischen Hauterkrankungen kommen insbesondere Patientenschulungen (§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) in Betracht. Dabei handelt es sich um interdisziplinäre, informations-, verhaltens- und handlungsorientierte Maßnahmen, die grundsätzlich in Gruppen durchgeführt werden. Patientenschulungen sind indikationsbezogen und dienen der Verbesserung des Selbstmanagements, um Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu vermeiden, z. B. bei Neurodermitis und/oder Asthma. Die Leistungsanbieter haben die Wirksamkeit und Effizienz ihrer Programme gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen.

6.2.6 Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Ziel der Arbeitstherapie (Leistungsstraining durch Elemente der Ergotherapie) ist die Verbesserung der Belastbarkeit und die Erhaltung und Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die berufliche Wiedereingliederung benötigt werden. Wichtige Faktoren dieses Leistungsstrainings sind Arbeitsqualität und Arbeitstempo. Bei der Arbeitstherapie werden insbesondere die Belastbarkeit und Konzentration, die Anpassungs- und Ausdauerfähigkeit, die Teamfähigkeit, die Gewöhnung an feste Zeitstrukturen und das Erfassen von komplexen Arbeitsvorschriften gefördert. Die Arbeitstherapie kommt unter anderem bei besonders schwerem Krankheitsverlauf oder bei Mehrfachbehinderungen in Betracht, sofern das körperliche, psychische und intellektuelle Leistungsvermögen so gravierend gestört ist, dass eine berufliche Wiedereingliederung noch nicht möglich ist.

Die Belastungserprobung dient in der Regel nach Abschluss der Arbeitstherapie der Ermittlung der körperlichen und geistig-seelischen und sozialen Leistungs- bzw. Anpassungsfähigkeit des Patienten. Beurteilt werden hierdurch auch die Chancen einer beruflichen Eingliederung sowie die dauerhafte Belastbarkeit im Arbeitsleben.

Die Belastungserprobung und Arbeitstherapie sind von der Ergotherapie, die vom Vertragsarzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnet werden kann, zu unterscheiden (vgl. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln).⁴⁷ Wenn eine Belastungserprobung oder Arbeitstherapie im Rahmen einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation stattfindet, ist sie Bestandteil dieser Maßnahme. Die Belastungserprobung oder Arbeitstherapie durch die Krankenkasse ist nachrangig gegenüber den Rehabilitationsleistungen anderer Sozialleistungsträger.

6.3 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG)

Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung und der SVLFG handelnd als Alterssicherung der Landwirte haben das Ziel, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert und sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereingegliedert werden.

⁴⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL); www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/

KAPITEL 6

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Für die Alterssicherung der Landwirte gelten die nachfolgenden Ausführungen entsprechend, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Für Leistungen zur Teilhabe erfüllen Versicherte die persönlichen Voraussetzungen gemäß § 10 Abs. 1 SGB VI, wenn eine Krankheit oder Behinderung und dadurch bedingt eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht und zu erwarten ist, dass

- die erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann oder
- bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn

- eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder
- die Wartezeit von 15 Jahren (180 Kalendermonaten) erfüllt ist oder

für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darüber hinaus, wenn

- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen oder
- innerhalb von zwei Jahren nach der Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt wurde oder
- der Antragsteller nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist oder
- die Wartezeit von fünf Jahren (60 Kalendermonaten) erfüllt ist und der Versicherte bei Antragstellung vermindert erwerbsfähig ist oder wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

6.3.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzliche Rentenversicherung und die SVLFG handelnd als Alterssicherung der Landwirte erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 15 SGB VI, 26-31 SGB IX, ausgenommen Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30 SGB IX. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können sowohl ganztägig ambulant als auch stationär erbracht werden.

KAPITEL 6

In der „Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ der Deutschen Rentenversicherung (DRV) werden wesentliche Aspekte beschrieben, die Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut aus sozialmedizinischer Sicht begründen bzw. ausschließen. Hierbei ist die Darstellung des Ausmaßes von Schädigungen und Beeinträchtigungen auf der somatischen, der psychischen und der sozialen Ebene berücksichtigt worden.

6.3.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben⁴⁸

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI in Verbindung mit den §§ 33 - 38 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 SGB IX).

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Grundsätzlich hängt die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch bei Vorliegen allergischer Hauterkrankungen von den folgenden Fragen ab (vgl. Leitlinien der DRV):

- Kann der bisherige Beruf am selben Arbeitsplatz ausgeübt werden?
- Kann eine Tätigkeit an einem anderen Arbeitsplatz im selben Beruf ausgeübt werden?
- Kann eine Tätigkeit an einem leidensgerecht gestalteten Arbeitsplatz im selben Beruf ausgeübt werden?
- Kann eine angemessene andere Tätigkeit ausgeübt werden?
- Kann ein anderer Beruf ausgeübt werden?

„DIE LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN UMFASSEN AUCH MEDIZINISCHE, PSYCHOLOGISCHE UND PÄDAGOGISCHE HILFEN.“

Bei der Auswahl der geeigneten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie die persönlichen und sozialen Verhältnisse und die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt.

⁴⁸ Die SVLFG handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse kann keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die Rehabilitationsziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 33 Abs. 6 SGB IX).

In der Regel ist die Maßnahmeförderung auf einen Zeitraum bis zu zwei Jahren begrenzt. Nur in begründeten Ausnahmefällen ist eine länger dauernde Leistung zur Erreichung des Rehabilitationsziels möglich.

6.3.3 Ergänzende und sonstige Leistungen

Als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können

- Übergangsgeld,⁴⁹
- Beiträge und Beitragszuschüsse zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung,⁵⁰
- ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung,
- ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
- Reisekosten sowie
- Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

erbracht werden (§ 28 SGB VI in Verbindung mit § 44 Abs. 1 Nr. 2 - 6 und Abs. 2 SGB IX, §§ 53 und 54 SGB IX). Anstelle von Übergangsgeld kann in der Alterssicherung der Landwirte Betriebs- oder Haushaltshilfe zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erbracht werden.

Als sonstige Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können

- Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsnachsorge),
- medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben,⁵¹
- onkologische Rehabilitationsleistungen für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie ihre Angehörigen,
- stationäre Rehabilitationen für Kinder von Versicherten, Beziehern einer Rente wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder für Bezieher einer Waisenrente,
- Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern,

49 Die SVLFG handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse kann kein Übergangsgeld erbringen

50 Die SVLFG handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse kann keine Beiträge und Beitragszuschüsse erbringen

51 Für die SVLFG handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse findet § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI keine Anwendung

erbracht werden (§ 31 SGB VI). Diese Leistungen setzen jeweils bestimmte persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen voraus. Sie werden nur auf Grund von Zuwendungsrichtlinien der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht, die im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlassen werden. Für die Alterssicherung der Landwirte bestehen in der Regel keine Bedenken, diese Richtlinien analog anzuwenden.

6.4 Arbeitsförderung (SGB III)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit haben das Ziel, den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern.

Die Bundesagentur für Arbeit erbringt gemäß § 112 SGB III als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Dabei sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen. Soweit es erforderlich ist, schließt das Verfahren zur Auswahl der Leistungen eine Abklärung der beruflichen Eignung oder eine Arbeitserprobung ein. Hilfen können auch zum beruflichen Aufstieg erbracht werden (§§ 4 Abs. 1 und 33 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 112 SGB III).

Wesentliche Voraussetzungen für Leistungen der Bundesagentur für Arbeit sind, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, soweit diese indiziert sind, abgeschlossen sind.

Die Bundesagentur für Arbeit tritt mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann ein, wenn kein anderer Träger für die Erbringung entsprechender Leistungen zuständig ist (§ 22 Abs. 2 SGB III).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen die allgemeinen Leistungen, wie sie auch für nicht behinderte Menschen erbracht werden, sowie besondere Leistungen, die nur dann erbracht werden, wenn eine berufliche Eingliederung nicht durch die allgemeinen Leistungen erreicht werden kann (§ 113 SGB III).

Bestandteil der Leistungen sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen gem. § 33 Abs. 6 SGB IX, darunter die Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110 SGB IX).

6.4.1 Allgemeine Leistungen

Die allgemeinen Leistungen umfassen nach § 115 SGB III

1. Vermittlungsunterstützende Leistungen (§§ 44 ff. SGB III),
2. Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (§§ 93 ff. SGB III),
3. Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung (einschließlich berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen, §§ 56 ff. SGB III),
4. Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (§§ 81 ff. SGB III).

6.4.2 Besondere Leistungen

An Stelle der allgemeinen Leistungen werden die besonderen Leistungen erbracht, wenn

1. Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Eingliederungserfolges die Teilnahme an
 - a) einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder
 - b) einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme unerlässlich machen oder
2. die allgemeinen Leistungen die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Maßnahmen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen (§ 117 SGB III).

Besondere Einrichtungen für behinderte Menschen sind Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen (z. B. Berufliche Trainingszentren - BTZ) und Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (z. B. Phase II-Einrichtungen).

6.4.3 Weitere Leistungen

Neben bzw. teilweise in Verbindung mit den vorstehend genannten Leistungen kommen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit allergischen Erkrankungen der Haut je nach Situation des Einzelfalls auch andere Leistungen der Arbeitsförderung in Betracht. Hierzu gehören insbesondere:

- Übernahme der mit der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Kosten (Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Fahrkosten und Haushaltshilfe, Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, §§ 117 ff. SGB III),
- Berufsausbildungsbeihilfe (§§ 56 ff. SGB III) und Ausbildungsgeld (§§ 122 ff. SGB III),
- Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB III),
- Übergangsgeld (§ 44 SGB IX i.V.m. § 119 ff. SGB III),
- Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 73 SGB III),
- Zuschüsse zu den Arbeitsentgelten (Eingliederungszuschüsse § 34 SGB IX i.V.m. §§ 88 ff. SGB III),
- Zuschüsse zu Arbeitshilfen im Betrieb (§ 34 SGB IX i.V.m. § 46 SGB III),
- die teilweise oder volle Erstattung der Kosten einer bis zu drei Monaten befristeten Probebeschäftigung behinderter Menschen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 46 SGB III),
- Leistungen für eine individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung (§ 38a SGB IX).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen nach § 33 Abs. 8 SGB IX u. a. auch

- Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
- den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstausfalls des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen,
- Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
- Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
- Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

6.5 Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)

Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige Menschen, die Leistungen aus dem Rechtskreis des SGB II erhalten, soweit nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 6a SGB IX).

Die Prozessverantwortung für das Rehabilitationsverfahren einschließlich der Feststellung der Zuständigkeit und der Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf nach § 19 SGB III obliegt der Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger.

6.6 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

Die gesetzliche Unfallversicherung erbringt aktiv alle medizinischen und außermedizinischen Leistungen zur Rehabilitation einschließlich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sowie ergänzende Leistungen „aus einer Hand“. Sie stellt die betroffenen Menschen mit dem Ziel der Förderung ihrer Selbstbestimmung im Sinne des SGB IX in den Mittelpunkt und orientiert sich an der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Nach einem Arbeitsunfall, bei Eintritt einer Berufskrankheit (BK) oder auch schon bei einer drohenden Berufskrankheit sichert die gesetzliche Unfallversicherung bestehende Beschäftigungsverhältnisse mit allen geeigneten Mitteln. Hierzu erbringen die Unfallversicherungsträger primär Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und, wo dies nicht ausreicht, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Außerdem werden bei Bedarf Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbstständigen

gen Lebens bereitgestellt. Ebenso erbringt die gesetzliche Unfallversicherung ergänzende Leistungen, um den Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe zu erreichen und zu sichern.

Bei arbeitsbedingten allergischen Hauterkrankungen werden frühzeitig Maßnahmen ergriffen, um den entstandenen Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII). Darüber hinaus übernehmen die Unfallversicherungsträger bei (drohenden) Berufskrankheiten auch individuell vorbeugende Leistungen nach § 3 Abs. 1 Berufskrankheitenverordnung (BKV),⁵² um einer drohenden Entstehung, Verschlimmerung oder einem drohenden Wiederaufleben einer Berufskrankheit entgegenzuwirken. Dabei schafft § 3 BKV die grundsätzliche Möglichkeit, Leistungen zu erbringen, noch bevor sich aus der Hauterkrankung eine Berufskrankheit entwickelt. Die im Einzelfall jeweils in Betracht kommenden Leistungen ergeben sich in aller Regel wiederum aus den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB VII.

6.6.1 Hautarztverfahren

Insbesondere bei Hauterkrankungen sind für die Anerkennung als Berufskrankheit besondere versicherungsrechtliche Merkmale gefordert (Schwere oder wiederholte Rückfälligkeit der Erkrankung, Zwang zur Unterlassung aller als gefährdend anzusehenden Tätigkeiten). Auf der Grundlage des § 3 BKV besteht die Möglichkeit, durch entsprechende präventive Maßnahmen der Entstehung einer Berufskrankheit bei Hauterkrankungen vorzubeugen. In den §§ 41-43 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger ist deshalb das Hautarztverfahren vereinbart. Danach sind Versicherte mit krankhaften Hautveränderungen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass daraus eine Berufskrankheit entsteht, unverzüglich einem Hautarzt vorzustellen.

Dieser informiert den zuständigen Unfallversicherungsträger ebenfalls unverzüglich mittels Hautarztbericht und weist darin bereits auf die als Ursache in Betracht kommende Exposition sowie aus seiner Sicht sinnvolle Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen hin. Die Unfallversicherungsträger entscheiden daraufhin über einen ggf. an die Hautärzte zu erteilenden Behandlungsauftrag (§ 26 Abs. 5 SGB VII) sowie weitere individualpräventive Maßnahmen. Als solche kommen unter anderem in Betracht:

- ambulante hautärztliche Behandlung,
- Beratung zur Verhaltens- und Verhältnisprävention, ggf. mit Einbindung des Arbeitgebers,
- Einschaltung des Betriebs- und Werksarztes,
- Schulungen zur Verhaltensprävention (SIP-Seminare: Seminare zur sekundären Individualprävention),
- Einschaltung eigener Arbeitsmediziner der Unfallversicherungsträger,
- Austausch von Arbeits- und/oder Inhaltsstoffen,
- innerbetriebliche Umsetzung zur Meidung des Allergens,

⁵² Berufskrankheitenverordnung der Bundesregierung vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2623), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Juni 2009 (BGBl. I S. 1273); www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/berufskrankheiten-verordnung.html

- stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, ggf. ergänzt um weitere Maßnahmen der tertiären Individual-Prävention (TIP) in Form von gesundheitspädagogischer und psychologischer Betreuung, Ergotherapie.

Die verschiedenen Möglichkeiten, im Rahmen von § 3 BKV tätig zu werden, werden in aller Regel nach einem Eskalationsmodell zunächst niederschwellig mit ambulanter hautärztlicher Behandlung und Beratungs- sowie Schulungsmaßnahmen begonnen. Die Behandlungsaufträge an die Hautärzte können dabei inhaltlich und/oder zeitlich eingeschränkt sein. Erst bei nicht ausreichender Besserung werden umfassendere Maßnahmen (z. B. stationäre medizinische Rehabilitation) ergriffen.

Das Ziel dieser Maßnahmen ist es, dass die Versicherten trotz ihrer allergischen Hauterkrankung möglichst durch Meidung des Allergens am bisherigen Arbeitsplatz bleiben können.

6.6.2 Ärztliche Behandlung

Dem Konzept des Hautarztverfahrens entsprechend wird in aller Regel zunächst ambulante medizinische Behandlung durch Hautärzte angestrebt. Diese behandeln die Versicherten dem Umfang des ihnen jeweils vorliegenden Behandlungsauftrags entsprechend. Außerdem informieren sie den Unfallversicherungsträger bei wesentlichen Änderungen im Heilungsverlauf sowie zusätzlich auf Anforderung.

Sofern ambulante hautärztliche Behandlung nicht ausreichend erscheint, kommt eine stationäre Behandlung in Betracht. In dieser können Maßnahmen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in Form von tätigkeitsspezifischer Ergotherapie und gesundheitspädagogischer Betreuung zur Verhaltensprävention integriert werden.

6.6.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Mit einem frühzeitigen Erkennen, welche im Einzelfall maßgeblichen Allergene bei der beruflichen Tätigkeit der Versicherten auftreten, wird die Grundlage für die Verhältnis- und Verhaltensprävention gelegt. Dabei greifen Überlegungen, ob und ggf. auf welchem Weg die maßgeblichen Allergene beseitigt oder ausgetauscht werden können sowie die Fragen nach dem situativ angepassten Umgang der Versicherten mit ggf. auch weiterhin verbleibenden Noxen ineinander. Dafür ist ein enger und vertrauensvoller Dialog zwischen den Versicherten und den UV-Trägern einerseits sowie ggf. auch zwischen den UV-Trägern und den Arbeitgebern, ggf. zusätzlich auch den jeweiligen Betriebsärzten, notwendig. Nur im gemeinsamen Dialog können die krankheitsverursachenden Belastungen am Arbeitsplatz erkannt und in ihrer Wirkung beseitigt oder zumindest abgeschwächt werden.

6.6.4 Geldleistungen

Während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten Versicherte mit Berufskrankheiten, soweit sie in dieser Zeit kein Entgelt erzielen, Entgeltersatzleistungen in Form von Verletztengeld oder Übergangsgeld. Bei Aufgabe der gefährdenden Tätigkeiten kommt als weitere Geldleistung gemäß § 3 BKV die Gewährung einer Übergangsleistung zum Ausgleich eines daraus resultierenden Minderverdienstes oder sonstigen wirtschaftlichen Nachteils in Betracht, wenn die Gefahr der Entstehung, des Wiederauflebens oder der Verschlim-

merung einer BK fortbesteht. Falls erforderlich, werden Reisekosten, die im Zusammenhang mit den Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung entstehen, ebenfalls übernommen.

6.6.5 Entschädigung

Können Versicherte nicht wieder uneingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen, zahlen die Unfallversicherungsträger eine Rente. Voraussetzung ist eine andauernde Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 von Hundert (§ 56 SGB VII) bzw. 30 von Hundert (§ 80 a SGB VII). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich danach, wie sehr die in Folge des Versicherungsfalles eingetretene Reduzierung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens eines Versicherten seine Arbeitsmöglichkeiten einschränkt.

6.7 Sozialhilfe (SGB XII)

Leistungen der Träger der Sozialhilfe sind denen anderer Leistungsträger nachrangig (§ 2 SGB XII). Insbesondere Leistungen zur Eingliederungshilfe (vgl. Kap. 6.7.1 „Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen“) erhalten Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder von einer solchen Behinderung bedroht sind (§ 53 Abs. 1 SGB XII). Aufgrund dessen sind die Leistungen der Träger der Sozialhilfe für Menschen mit allergischen Hauterkrankungen in der Regel von geringer Bedeutung.

Die Leistungsarten der Sozialhilfe umfassen unter anderem die Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege. Die Leistungen nach dem SGB XII zielen darauf, den Leistungsberechtigten so weit wie möglich zu befähigen, unabhängig von Sozialhilfe zu leben. Hierbei müssen die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften mitwirken (§ 1 Satz 2 SGB XII). Aufgrund der Nachrangigkeit der Leistungen der Sozialhilfeträger sind Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe oder andere Leistungen vorrangig gegenüber anderen Sozialleistungsträgern geltend zu machen.

Soweit keine solchen Ansprüche bestehen, können Menschen mit allergischen Hauterkrankungen erforderliche Hilfen vom Sozialhilfeträger erhalten, wenn sie oder ihre Angehörigen (Ehegatten, Kinder, Eltern, Bedarfsgemeinschaften im Sinne § 19 SGB XII) nicht über ausreichendes Einkommen und Vermögen verfügen, um die notwendige Hilfe in zumutbarer Weise selbst finanzieren zu können. Bezüglich der sozialhilferechtlichen Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen sind im Hinblick auf Leistungen der Eingliederungshilfe einige Sonderregelungen (§§ 82 – 96 SGB XII) zu beachten.

■ Art, Form und Maß der Leistungen

Art, Form und Maß der Sozialhilfe richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles, vor allem nach der Person des Leistungsberechtigten, der Art seines Bedarfes und den örtlichen Verhältnissen (§ 9 Abs. 1 SGB XII). Formen der Sozialhilfe sind Dienstleistungen, Geldleistung oder Sachleistung (§ 10 Abs. 1 SGB XII).

Wünschen der Leistungsberechtigten soll entsprochen werden, wenn sie angemessen und nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind (§ 9 Abs. 2 SGB XII). Im Übrigen haben ambulante Hilfen Vorrang vor stationären Angeboten (§ 9 Abs. 2 und § 13 SGB XII).

6.7.1 Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen

■ Hilfen zur Gesundheit

Zur Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung bewilligt. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden die medizinischen Vorsorgeleistungen und Untersuchungen erbracht. Auf andere Leistungen besteht nur ein Anspruch, wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht (§§ 47, 48 und 52 Abs. 1 SGB XII). Die Leistungen zur Krankenbehandlung werden entsprechend den Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 ff. SGB V erbracht (§ 48 SGB XII).

■ Eingliederungshilfe

Nach § 53 SGB XII können Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen Personen erhalten, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder von einer solchen Behinderung bedroht sind. Die einzelnen Leistungen der Eingliederungshilfe zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ergeben sich aus §§ 54 bis 56 SGB XII. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII).

Leistungen der Eingliederungshilfe sind danach insbesondere:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX,
- Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die schulrechtlichen Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleibt unberührt,
- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX oder in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX,
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

6.7.2 Zuständige Sozialhilfeträger

§ 97 Abs. 1 SGB XII normiert eine umfassende Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe (Kreise und kreisfreie Städte).

In § 97 Abs. 2 SGB XII wird neben der Regelung des Zuständigkeitsbereiches des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe durch Landesrecht eine so weit wie möglich einheitliche Zuständigkeit für die einzelnen Leistungen im Sinne des § 8 Abs. 1 bis 6 SGB XII gefordert.

In § 97 Abs. 3 SGB XII wird der Aufgabenbereich des überörtlichen Trägers festgelegt, falls keine landesrechtliche Regelung im Sinne des § 97 Abs. 2 SGB XII getroffen wird.

Es gibt keine bundesweit einheitliche Regelung, so dass je nach Landesrecht die Aufgabenliste des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe von Bundesland zu Bundesland abweicht.

6.8 Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)

Sofern keine seelische Behinderung vorliegt und/oder andere Träger vorrangig zuständig sind, spielen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe i.d.R. bei Menschen mit allergischen Hauterkrankungen als Rehabilitationsträger eine untergeordnete Rolle.

Die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbringen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. an Erziehung und Bildung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie weitere Leistungen der Eingliederungshilfe.

KINDER UND JUGENDLICHE HABEN EINEN ANSPRUCH AUF LEISTUNGEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE.“

Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen wie auch die Leistungen nach dem SGB XII dem Grundsatz des Nachrangs. Sie werden nur erbracht, wenn für die Leistungen kein anderer Träger zuständig ist. Außerdem sind stets etwaige Verpflichtungen von unterhaltspflichtigen Angehörigen zu berücksichtigen.

KAPITEL 6

Gemäß § 35a Abs. 3 SGB VIII richten sich Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen nach den Regelungen des § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1 und den §§ 54, 56 und 57 des SGB XII, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte und von einer solchen Behinderung bedrohte Menschen Anwendung finden.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35a Abs. 1 SGB VIII).

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen Wohnformen erbracht (§ 35a Abs. 2 SGB VIII).

Bei Angeboten für Kinder und Jugendliche ist seit 2012 der mit Verabschiedung des Bundeskinderzuschutzgesetzes am 22. Dezember 2011 geänderte § 21 SGB IX „Verträge mit Leistungserbringern“ zu beachten.

6.9 Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (SGB IX Teil 2)

In Teil 2 des SGB IX (Schwerbehindertenrecht) sind wesentliche Regelungen für die Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung oder Gleichstellung enthalten. Sie umfassen diesbezüglich sowohl Rechte und Pflichten von Arbeitnehmer/-innen als auch Aufgaben und Pflichten der Arbeitgeber/-innen sowie der betrieblichen Interessenvertretungen, außerdem das Leistungs- und Aufgabenspektrum der Integrationsämter und ihrer Fachdienste.

Das Schwerbehindertenrecht findet Anwendung bei Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 und mehr sowie bei Menschen, die schwerbehinderten Menschen gleichgestellt sind (§ 68 Abs. 1 SGB IX). Die Schwerbehinderteneigenschaft wird durch Ausweis nachgewiesen.

6.9.1 Geschützter Personenkreis

Die Feststellung der Schwerbehinderung erfolgt auf Antrag beim zuständigen Versorgungsamt oder den nach Landesrecht zuständigen Behörden (§ 69 SGB IX). Bei Menschen mit Schwerbehinderung bestehen nicht nur vorübergehend Funktionseinschränkungen, aufgrund derer ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 festgestellt ist (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Zur Bemessung fin-

det die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)⁵³ Anwendung, die die Versorgungsmedizinischen Grundsätze enthält. Insbesondere auch bei Menschen mit allergischen Hauterkrankungen berücksichtigt diese zusätzlich zum Hautleiden die hierdurch bedingten sozialen Auswirkungen. Art und Ausmaß der Funktionsstörungen wird durch ein ärztliches Begutachtungsverfahren in der Regel an Hand aussagekräftiger Befundunterlagen erhoben.

Beträgt der GdB mindestens 30, aber unter 50, kann bei der Agentur für Arbeit die Gleichstellung beantragt werden, wenn aufgrund der Behinderung ohne diese kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder gesichert werden kann (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

6.9.2 Pflichten der Arbeitgeber und Rechte der schwerbehinderten Menschen

Ab einer Zahl von 20 Beschäftigten sind auf 5% der Arbeitsplätze Menschen mit Schwerbehinderung zu beschäftigen (§§ 71 ff. SGB IX). Solange private und öffentliche Arbeitgeber die vorgeschriebene Zahl schwerbehinderter Menschen nicht beschäftigen, entrichten sie für jeden nicht besetzten Pflichtarbeitsplatz eine Ausgleichsabgabe (§ 77 SGB IX). Sofern in einem Betrieb oder einer Dienststelle wenigstens fünf schwerbehinderte oder gleichgestellte Arbeitnehmer nicht nur vorübergehend beschäftigt sind, wird eine Schwerbehindertenvertretung gewählt (§§ 94 ff. SGB IX).

Nach § 81 SGB IX sind die Arbeitgeber verpflichtet zu prüfen, ob freie Arbeitsplätze mit Menschen mit Schwerbehinderung besetzt werden können. Bei Vorliegen von Bewerbungen von Menschen mit Schwerbehinderung ist die Schwerbehindertenvertretung zu beteiligen. Arbeitgeber dürfen schwerbehinderte Beschäftigte nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligen. Im Einzelnen gelten hierzu die Regelungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG).

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen haben gegenüber ihrem Arbeitgeber Anspruch auf

- Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können,
- bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung,
- Erleichterungen im zumutbaren Umfang zur Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung,
- behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten, einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit, unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr,
- Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen.

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist.

⁵³ Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) vom 10. Dezember 2008; die Broschüre „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ kann bestellt werden unter www.bmas.de

6.9.3 Betriebliche Prävention

Das SGB IX geht von einem „Vorrang der Prävention“ (§ 3 SGB IX) aus. Auch im Schwerbehindertenrecht finden sich umfassende Regelungen zur betrieblichen Prävention (§ 84 Abs. 1 SGB IX). Arbeitgeber müssen bei schwerbehinderten und gleichgestellten Beschäftigten vor Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten, die das Arbeits- bzw. Beschäftigungsverhältnis gefährden können, tätig werden, d. h. gemeinsam mit der Schwerbehindertenvertretung, dem Betriebs- bzw. Personalrat sowie dem Integrationsamt klären, welche Maßnahmen und Hilfen eingesetzt werden können, um das Arbeitsverhältnis langfristig bis dauerhaft zu sichern.

Bei individuellen Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als sechs Wochen innerhalb der letzten 12 Monate sind die Vorschriften zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) zu beachten.

6.9.4 Kündigungsschutz

Der Arbeitgeber benötigt zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten oder diesem gleichgestellten Menschen die vorherige Zustimmung des Integrationsamtes (§§ 85 ff. SGB IX). Wenn die schriftliche Zustimmung des Integrationsamtes vorliegt, kann der Arbeitgeber die Kündigung mit Mindestfrist von 4 Wochen wirksam erklären (§ 86 SGB IX). Eine Zustimmung ist nicht erforderlich bei Kündigung innerhalb der ersten sechs Monate seit Beginn des Arbeitsverhältnisses (§ 90 SGB IX) oder bei einvernehmlichem Aufhebungsvertrag, Kündigung von Seiten des/der Beschäftigten oder Fristablauf eines befristeten Arbeitsverhältnisses.

6.9.5 Sonstige Vorschriften

Die Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen hat **Vorrang** gegenüber anderen Personengruppen (§ 122 SGB IX). Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Beschäftigte werden auf ihr Verlangen von **Mehrarbeit** (§ 124 SGB IX) freigestellt. Sie haben Anspruch auf **Zusatzurlaub** (§ 125 SGB IX) von fünf bezahlten Urlaubstagen mit entsprechender Anpassung, wenn mehr oder weniger als fünf Arbeitstage je Woche gearbeitet wird. Gleichgestellte behinderte Menschen haben keinen gesetzlichen Anspruch auf Zusatzurlaub.

Vorschriften über Hilfen für behinderte Menschen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen (**Nachteilsausgleiche**, § 126 SGB IX) werden so gestaltet, dass sie unabhängig von der Ursache der Behinderung der Art oder Schwere der Behinderung Rechnung tragen. Durch diese werden z.B. Steuer- und Gebührenermäßigungen und Parkerleichterungen geregelt.

6.9.6 Integrationsämter

Die Integrationsämter sind die Träger der Leistungen, die nach Teil 2 SGB IX an schwerbehinderte und diesen gleichgestellte Menschen erbracht werden (§§ 101 ff. SGB IX). Dazu gehören persönliche und finanzielle Hilfen für schwerbehinderte Menschen sowie begleitende Hilfen für Arbeitgeber. Auch Leistungen zur Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen können erbracht werden. Bei der Durchführung der Begleitenden Hilfen im Arbeitsleben können

die Integrationsämter Integrationsfachdienste einschließlich psychosozialer Dienste freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligen.

■ **Persönliche Hilfen für schwerbehinderte Menschen**

Persönliche Hilfen für schwerbehinderte Menschen umfassen die Beratung und Betreuung in allen Fragen des Arbeitslebens, insbesondere bei persönlichen Schwierigkeiten, bei Arbeitsplatzproblemen, bei Umsetzungen am Arbeitsplatz, bei Fragen im Zusammenhang mit der Schwerbehinderung, bei Konflikten mit Kollegen, Vorgesetzten und dem Arbeitgeber, bei Gefährdung des Arbeitsplatzes bis hin zur psychosozialen Betreuung, um schwerwiegende Konflikte zu lösen.

■ **Finanzielle Hilfen für schwerbehinderte Menschen**

Finanzielle Hilfen können erbracht werden für

- Technische Arbeitshilfen,
- Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes,
- Leistungen zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit,
- Wohnungshilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht,
- Leistungen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten,
- Hilfen in besonderen Lebenslagen sowie für eine notwendige Arbeitsassistenz und Unterstützte Beschäftigung.

Bei den individuellen Leistungen an schwerbehinderte Menschen bilden Leistungen für Arbeitsassistenz und für technische Arbeitshilfen den Schwerpunkt.

■ **Begleitende Hilfen für Arbeitgeber**

Begleitende Hilfen für Arbeitgeber, die schwerbehinderte Menschen beschäftigen, umfassen:

- **Beratung** bei der Auswahl des geeigneten Arbeitsplatzes für schwerbehinderte Menschen, bei der Schaffung neuer und der behinderungsgerechten Gestaltung vorhandener Arbeitsplätze, bei allen Fragen im Zusammenhang mit der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen; psychosoziale Beratung zur Beseitigung von besonderen Problemen; Information über Lösungsmöglichkeiten;
- **Finanzielle Leistungen** zur Schaffung neuer zusätzlicher Arbeitsplätze, zur behinderungsgerechten Einrichtung und Gestaltung vorhandener Arbeitsplätze sowie bei außergewöhnlichen Belastungen, die mit der Beschäftigung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen verbunden sind;
- **Zuschüsse** zu Gebühren bei der Berufsausbildung besonders betroffener schwerbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter bis zu 25 Jahren und Prämien und Zuschüsse zu den Kosten der Berufsausbildung behinderter Jugendlicher und junger Erwachsener, wenn diese für die Zeit der Ausbildung durch eine Stellungnahme der Agentur für Arbeit oder durch einen Bescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gleichgestellt sind.
- **Prämien** zur Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Bei Leistungen an Arbeitgeber spielen die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, die behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen (Lohnkostenzuschüsse) eine zentrale Rolle.

6.9.7 Integrationsfachdienste

Die Integrationsfachdienste (IFD) haben die Aufgabe, die Integration schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen (§§ 109 ff. SGB IX). Dazu informieren und beraten sie sowohl Arbeitgeber/-innen als auch Arbeitnehmer/-innen. Im Rahmen der Berufsbegleitung für schwerbehinderte Menschen sind Hauptauftraggeber der IFD die Integrationsämter. Sie werden aber auch für die Bundesagentur für Arbeit in der Arbeitsvermittlung tätig oder für die Rehabilitationsträger im Rahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung. Sie können insoweit auch zur Unterstützung behinderter, nicht gleichgestellter Menschen beauftragt werden.

6.9.8 Integrationsprojekte, Werkstätten für behinderte Menschen, Unentgeltliche Beförderung

Im SGB IX Teil 2 finden sich weitere Regelungen zu Integrationsprojekten (§§ 132 ff. SGB IX), Werkstätten für behinderte Menschen (§§ 136 ff. SGB IX) sowie zur unentgeltlichen Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr (§§ 145 ff. SGB IX). Als Leistungsangebote für Menschen mit allergischen Hauterkrankungen spielen diese in der Regel eine untergeordnete Rolle.

7 Anhang

7.1 Glossar

Aktivität (ICF):	Eine Aktivität bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.
Alitretinoin:	Alitretinoin wurde 2008 in Deutschland spezifisch für die Behandlung des schweren chronischen Handekzems, das nicht auf potente äußerlich anzuwendende Kortikosteroide anspricht, zugelassen. Die Einführung der Vitamin-A-Derivate, zu denen auch Alitretinoin gehört, ist ein neuer Therapieansatz in Tablettenform.
Allergen:	Ein Allergen ist eine Substanz, die über Vermittlung des Immunsystems Überempfindlichkeitsreaktionen auslöst. Ein Allergen ist ein Antigen. Die von ihm verursachte Überempfindlichkeitsreaktion des Immunsystems heißt allergische Reaktion.
Allergene, native:	Native Allergene sind allergene Substanzen, die so getestet werden, wie sie in der Natur vorkommen. Es findet kein Aufreinigungs- oder Konzentrationsprozess statt. Beispiele dafür sind mitgebrachte Nahrungsmittel, Pflanzen oder Arzneimittel. Vorteil: Allergene werden durch den fehlenden Aufbereitungsschritt nicht inaktiviert. Nachteil: Reine Reizwirkungen, die keine Allergie darstellen, können nicht ausgeschlossen werden. Der Patient muss frische Produkte mitbringen, da keine Haltbarkeit vorliegt.
Allergene Potenz:	Fähigkeit (allergische Potenz) eines Stoffes, eine Allergie auszulösen
Allergenkarrenz:	Verhaltensweisen oder Maßnahmen, durch die man die Exposition gegenüber Allergenen teilweise oder vollständig vermeidet.
Allergie:	krankmachende Überreaktion des Immunsystems auf normalerweise harmlose körperfremde Substanzen
Allergiereaktion vom Typ I:	Die Allergiereaktion vom Typ I oder Soforttyp-Reaktion ist IgE-vermittelt. Hierfür ist ein Erstkontakt mit einer Sensibilisierung nötig, die symptomlos verläuft. Die Reaktion erfolgt beim Zweitkontakt innerhalb von Sekunden bis wenigen Minuten. Antigene sind im pathologischen Allergiefall freie

oder gelöste Moleküle, die vom Immunsystem fälschlich als bedrohlich oder körperfremd gewertet werden.

Allergiereaktion vom Typ IV:

Die Überempfindlichkeitsreaktion vom Typ IV wird ausgelöst durch die Aktivierung Allergen-spezifischer T-Zellen. Bei einer positiven Reaktion finden sich u. a. Rötung, Bläschen, Knötchen oder Schuppung, begleitet von starkem Juckreiz. Diese Testreaktionen können auch über das Testareal hinaus auftreten.

Allergiereaktionen vom Typ IV nennt man auch „verzögerten Typ“.

→s. auch „Einteilung nach Coombs und Gell“

Allergietestlösung, standardisiert:

Kommerziell hergestellte Allergenlösungen der Industrie, die nach einem einheitlichen Standard gereinigt, aufbereitet, konzentriert und konserviert werden. Vorteil: Standardisierte Produkte, die eine Zulassung durch staatliche Institutionen haben und haltbar sind. Nachteil: Verlust der Allergene durch den Aufbereitungsprozess.

Allergisches Kontaktekzem:

Ekzemerkrankung der Haut, die durch eine verzögerte Immunreaktion als spezifische Antwort auf ein von außen einwirkendes Kontaktallergen ausgelöst wird. Dieses ist an sich für den Organismus nicht gefährlich, die Erkrankung entsteht erst durch die überschießende Reaktion des Immunsystems auf den Kontaktstoff.

Anaphylaktischer Schock:

Ein anaphylaktischer Schock ist die Maximalreaktion einer allergischen Reaktion, also der Überempfindlichkeitsreaktion des Immunsystems auf eine bestimmte Substanz und akut lebensbedrohlich.

Der Begriff Schock bezeichnet in der Medizin ein lebensbedrohliches Zustandsbild, bei dem die Blutzirkulation in den Kapillaren vermindert ist. Als Folge treten eine Sauerstoffunterversorgung der Gewebe und in letzter Konsequenz Stoffwechselstörungen auf.

Angio-Ödem:

Das Angio-Ödem, auch bekannt als Quincke-Ödem, ist in der Medizin eine sich rasch entwickelnde, schmerzlose, selten juckende Schwellung (Ödem) von Haut (meist Gesicht), Schleimhaut und der angrenzenden Gewebe, die auf einer plötzlichen Erhöhung der Durchlässigkeit der Gefäßwände beruht. Es kann Stunden bis Tage anhalten. Von der Urtikaria unterscheidet es sich durch die Beteiligung auch tiefer Gewebe und der Darmwand. Fast immer

handelt es sich um eine allergische Reaktion oder die Nebenwirkung von Medikamenten.

Antihistaminika:

Substanzen, welche die Wirkungen des u. a. aus Gewebemastzellen freigesetzten Botenstoffes Histamin abschwächen oder blockieren.

Applikationsstellen:

Stellen des Körpers, auf die Stoffe (Allergene, Arzneimittel) aufgetragen (appliziert) werden.

Applikationszeit:

Zeitdauer, die ein Stoff (Allergene, Arzneimittel) an einer Stelle des Körpers aufgetragen verbleibt.

Ätiologie:

Fachrichtung der Medizin oder Psychologie, die sich mit der Ursache von Krankheiten beschäftigt. In der Antike wurde der Begriff auch von philosophischen Schulen für die Lehre von den Ursachen verwendet. Das Adjektiv ätiologisch bedeutet dementsprechend „die Ätiologie betreffend“ oder „ursächlich, begründend, kausal“.

Atopie-Patchtest:

Besondere Art des Epikutantestes, bei dem die typischen Allergene der Neurodermitis in einem Pflaster mit besonders großen Aluminiumkammern auf die Haut gebracht werden und 48 Stunden einwirken. Man schaut dann nach 2 Tagen und nach 3 Tagen nach einem „Mini-Ekzem“. Mit diesem Verfahren testet man bei Neurodermitis beispielsweise auf Hausstaubmilbenallergie oder Katzenhaarallergie.

Atopisches Ekzem:

Das atopische Ekzem ist eine chronische, nicht ansteckende Hautkrankheit, die mit starkem Juckreiz einhergeht. Weitere geläufige Bezeichnungen dafür sind Neurodermitis, atopische Dermatitis und endogenes Ekzem. Außerdem wird die Erkrankung auch als chronisch konstitutionelles Ekzem, Asthmaekzem und Prurigo Besnier bezeichnet.

Autoimmunphänomene:

Das Abwehrsystem des Menschen, das Immunsystem, schützt ihn vor äußeren Einflüssen, wie Viren, Bakterien und anderen Fremdstoffen. Bei Autoimmun-Erkrankungen führt eine falsche Zielvorgabe oder „Programmierung“ des Abwehrsystems zu einer Ausrichtung gegen körpereigenes Gewebe: anstelle der Bekämpfung von möglicherweise krankheitsverursachenden Keimen werden Teile des eigenen Körpers als „fremd“ angesehen und bekämpft.

Berufsdermatose:	arbeitsbedingte Hauterkrankung
Bio-psycho-soziales Modell (ICF):	Das „bio-psycho-soziale Modell“ ist ein Modell zur Darstellung der wechselseitigen Beziehungen zwischen Krankheit und Behinderung und ihren Folgen. Gesundheit und Krankheit/Behinderung werden als Ergebnis eines Zusammenspiels und/oder gegenseitiger Beeinflussung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren gesehen. Das bio-psycho-soziale Modell ist unter anderem Grundlage der ICF.
CAP-Test:	(Carrier Polymer System-Test) Laboruntersuchung aus Blutserum zum Nachweis von Antikörpern der Klasse IgE (Immunglobulin E) gegen spezifische Allergene. Diagnostische Maßnahme bei Allergiereaktionen vom Typ I.
Chronisches Handekzem:	Ein Handekzem wird als chronisch bezeichnet, wenn es trotz Mitwirkung des Patienten und adäquater dermatologischer Behandlung über mehr als 3 Monate fortbesteht oder innerhalb von zwölf Monaten mindestens dreimal auftritt.
Compliance:	Oberbegriff für das kooperative Verhalten des Patienten im Rahmen der Therapie; Bereitschaft zur Kooperation.
Cyclosporin A:	Arzneistoff aus der Gruppe der Immunsuppressiva. Cyclosporin unterdrückt die Immunabwehr, indem es indirekt das Enzym Calcineurin hemmt, und wird vor allem in der Transplantationsmedizin verwendet, um Abstoßungsreaktionen zu vermeiden.
Dermatologie:	Teilgebiet der Medizin, das sich mit Abklärung und Behandlung von Erkrankungen der Haut befasst.
Disposition:	Unter dem Begriff Disposition (= Anordnung, Einteilung) wird im weiteren Sinne häufig eine organische oder psychische, genetisch bedingte oder lebensgeschichtlich erworbene Anfälligkeit für die Ausbildung von Krankheiten verstanden.
Einteilung nach Coombs und Gell:	Die allergischen Reaktionen werden nach Coombs und Gell in vier Formen unterteilt: Die Allergiereaktion vom Typ I, auch Reaktion vom Soforttyp, wird durch Antikörper der Klasse IgE (Immunglobulin E) vermittelt. Trifft ein Immunglobulin der Klasse IgE auf ein passendes Allergen werden aus bestimmten Immunzellen

wie beispielsweise Mastzellen Botenstoffe wie Histamin freigesetzt. Diese führen zu einer Gefäßerweiterung (Rötung), Juckreiz, Schwellung, tränenden Augen, laufender Nase, Niesreiz, Verschleimung und Verengung der Bronchien sowie Atemnot. Krankheiten sind der Heuschnupfen, das allergische Asthma, Nahrungsmittelallergien, manche Formen der Neurodermitis.

Die Allergiereaktion vom Typ II wird durch Immunkomplexe vermittelt, die andere Zellen und Gewebe zerstören, bei den Allergiereaktionen vom Typ III führen Komplexe aus Allergenen und Antikörpern zur Aktivierung einer Entzündung in den Gefäßen oder an den Bronchien.

Die Allergiereaktion vom Typ IV ist eine Reaktion vom verzögerten Typ. Hierbei reagieren nicht Antikörper mit den Allergenen, sondern eine Untergruppe der weißen Blutkörperchen, die T-Lymphozyten, vermitteln die Reaktion des Körpers auf das fälschlicherweise als schädlichen Eindringling erkannte Allergen. Überempfindlichkeitsreaktionen vom Typ IV werden also ausgelöst durch die Aktivierung Allergen-spezifischer T-Zellen. Da den Lymphozyten das Allergen erst präsentiert werden muss und diese dann erst aktiv werden können, vergehen zwischen dem Allergenkontakt und den Allergiesymptomen 1-3 Tage. Typische Symptome sind:

- das allergische Kontaktekzem auf z. B. Nickel
- manche Formen der Neurodermitis
- manche Formen der Arzneimittelreaktion mit einem Ausschlag am ganzen Körper

Emollientien:

Pflegende Substanzen, die als Grundpflege bei der Neurodermitis eingesetzt werden, die die trockene Haut geschmeidig und weniger anfällig für Entzündungen machen und Feuchtigkeit in der Haut binden.

Epidermis:

Oberhaut, äußerste Hautschicht

Epikutantest:

Der Epikutantest oder Patch-Test ist ein Provokationstest (Allergietest), mit dem ermittelt werden soll, ob eine Kontaktallergie vorliegt. Der Epikutantest ist derzeit das einzige Mittel, um Allergien vom verzögerten Typ (bei denen zwischen Exposition und Reaktion ein größerer Zeitraum liegt) zu erkennen.

Erosionen:

Erosion (als Vorgang „erodieren“=„abtragen“) steht in der Medizin für einen nässenden, nicht blutenden, nur die

oberste Zellschicht betreffenden Substanzverlust der Haut oder Schleimhaut.

Erythem:

Hautrötung

Erythrodermie:

Rötung der gesamten Haut

Exposition:

Die Exposition bezeichnet die Summe aller Umgebungseinflüsse, die auf einen Gegenstand oder ein Lebewesen einwirken. Diese Einflüsse können biologischer, chemischer oder physikalischer Natur sein. Speziell in der Medizin und Toxikologie steht Exposition für das Ausgesetztsein von Lebewesen gegenüber schädigenden Umwelteinflüssen wie Krankheitserregern, toxischen chemischen Elementen oder Verbindungen oder physikalischen Einflüssen wie Hitze, Lärm oder Strahlung.

Filaggrin-Gen:

Filaggrin ist ein Eiweißbaustein in Hautzellen von Säugetieren, der für die Form und Struktur der Oberhaut wichtig ist.

Handekzem,
irritativ oder subtoxisch-kumulativ:

Unter einem irritativen oder subtoxisch-kumulativen Handekzem versteht man ein Abnutzungsekzem. Die Entzündung der Haut an den Händen entwickelt sich schleichend. Dabei führen kleine Mengen des schädigenden äußeren Einflusses zu einer sich über Wochen, Monate und manchmal Jahre entwickelnden entzündlichen Veränderung an den Händen, die sich im Lauf der Zeit verselbständigenden oder mit minimalen äußeren Reizen am Laufen gehalten werden können.

Histamin:

Naturstoff, der im menschlichen Organismus als Geweshormon und Botenstoff wirkt. Er wird bei allergischen Reaktionen freigesetzt.

Histopathologische Diagnostik:

Eine feingewebliche Untersuchung. Im Labor werden von den entsprechenden Gewebeproben histologische Schnittpräparate angefertigt. Dazu muss das Gewebe in Automaten entwässert und paraffindurchtränkt werden, damit die medizinisch-technischen Assistent/-innen (MTA) wenige Mikrometer dünne Gewebeschnitte anfertigen können. Diese werden auf Glasobjektträger aufgebracht und stehen nach Anfärbung mit verschiedenen Verfahren für die mikroskopische Untersuchung zur Verfügung.

IgE-Antikörper:	Unterklasse der Immunglobuline, die bei Allergiereaktionen vom Typ I mit dem Allergen in Kontakt treten und dadurch die Freisetzung von Botenstoffen aus Mastzellen verursachen.
Immunglobuline:	Antikörper des körperlichen Immunsystems
Immunmodulatoren:	Medikamente, die Immunreaktionen und damit Entzündungen abschwächen. Können von außen auf die Haut aufgetragen werden oder innerlich angewendet werden.
Individual-Prävention:	Vorsorge, angepasst an den Bedarf des jeweiligen Patienten.
Irritantien:	Chemische oder physikalische Wirkstoffe mit einer direkten schädigenden Wirkung an der Haut nach einmaligem oder wiederholtem Kontakt. Sie können die Zellen der Oberhaut zerstören, Fette aus der Haut lösen, Eiweiße zerstören oder Zellmembranen schädigen.
Karenz:	Hier: Vermeiden des Kontakts mit Allergenen
Komorbidität:	Als Komorbidität oder Begleiterkrankung werden in der Medizin ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder bezeichnet (Doppel- oder Mehrfachdiagnose). Komorbiditäten können, müssen aber nicht – im Sinne einer Folgeerkrankung – ursächlich mit der Grunderkrankung zusammenhängen.
Kontextfaktoren:	Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person; gliedert in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren
Kortison:	Körpereigenes Hormon aus der Nebennierenrinde mit stark entzündungshemmenden Eigenschaften. Wird in Form von Tabletten, Infusionen und Salben angewendet. Wichtiges Arzneimittel bei der Therapie von Ekzemen und Allergien, weil es die Entzündung auf vielen Ebenen unterdrückt.
Lichenifikation:	Der Begriff Lichenifikation (Lichen = „Flechte“) beschreibt eine flächenhafte Verdickung der Haut mit einer vergrößerten Felderzeichnung, die zu den so genannten sekundären Effloreszenzen gerechnet wird. Sie tritt regelmäßig als Symptom verschiedener chronischer Hauterkrankungen auf.

Häufige Ursachen für eine Lichenifikation sind langdauernde mechanische, chemische oder entzündliche Reizung der Haut, unter anderem im Rahmen chronischer Ekzeme. Typisch ist sie unter anderem für die Neurodermitis.

Mastzellen:

Mastzellen (Mastozyten) sind bestimmte Zellen der körpereigenen Abwehr, die bestimmte Botenstoffe, unter anderem Histamin und Heparin, gespeichert haben. Die Mastzelle spielt eine wichtige Rolle bei der Allergiereaktion vom Typ I (IgE-vermittelte Allergien wie Asthma, allergische Rhinitis, systemische Anaphylaxie).

Nativ:

Native Testmaterialien sind Stoffe (Allergene), die sich im natürlichen Zustand befinden, also unverändert sind.

Noxe:

Noxe ist ein Begriff, der vor allem in der Medizin Verwendung findet und einen Stoff oder Umstand bezeichnet, der eine schädigende, pathogene (d. h. krankheitserzeugende) Wirkung auf einen Organismus oder auf ein Körperorgan ausübt. Wissenschaftler unterscheiden zwischen endogenen (inneren) und exogenen (äußeren) Noxen. Im weiteren Sinn versteht man unter einer „Noxe“ jede Art von gefährdender und potentiell schädlicher Substanz und schädigendem Einfluss.

Okkludierend:

Verschließend, sperrend, hemmend. Beispielsweise sind okkludierende Handschuhe feuchtigkeitsdicht.

Photoallergische Reaktion:

Allergische Reaktion, die nicht allein durch Allergenkontakt, sondern nur in dessen Verbindung mit einer zusätzlichen UV-Bestrahlung ausgelöst wird.

Placebo:

Ein Placebo ist im engeren Sinn ein Scheinarzneimittel, welches keinen Arzneistoff enthält und somit auch keine durch einen solchen Stoff verursachte pharmakologische Wirkung haben kann.

Probeexzision:

Eine Probeexzision ist das umschriebene, chirurgische Entfernen eines Gewebes oder Gewebeteils zu diagnostischen Zwecken.

Provokationen:

In der Medizin versteht man unter Provokation gezielte Tests, bei denen bestimmte Reize Symptome einer vermuteten Erkrankung hervorrufen sollen. Beispiele hierfür sind Provokationstests in der Allergologie.

Pruriginös:	Juckreiz auslösend
Prurigo nodularis:	Prurigo nodularis (Prurigo = Juckreiz, nodularis = knotig) ist eine nicht-ansteckende, ursächlich nicht einheitliche Hauterkrankung mit Auftreten von stark juckenden entzündlichen Bläschen oder Knoten, nach deren Aufkratzen der Juckreiz meist nachlässt.
Quincke-Ödem:	siehe „Angio-Ödem“
RAST:	(Radio-Allergo-Sorbent-Test) Methode zum Nachweis und zur Bestimmung von IgE Antikörpern
Reaktion vom verzögerten Typ:	siehe „Allergiereaktion vom Typ IV“
Rezidivierend:	immer wieder auftretender Krankheitsschub mit zwischenzeitlich symptomfreien Zeiten
Rhagaden:	Eine Rhagade (= Riss) ist eine schmaler, spaltförmiger Riss, der alle Schichten der Epidermis (Oberhaut) durchtrennt.
Sensibilisierung:	Beim Vorliegen einer Sensibilisierung hat der Organismus nach dem Erstkontakt mit einem Fremdstoff (oft ein Allergen) eine fehlgeleitete spezifische Immunantwort aufgebaut. Bei einem erneuten Kontakt kann es dann zu einer allergischen Reaktion kommen, die unmerklich verlaufen oder auch bis zum allergischen Schock führen kann.
Setting-Ansatz:	Setting = Milieu, Umfeld; hier: besondere Bedingungen, unter denen bestimmte Leistungen der GKV angeboten werden.
Sofortreaktion:	siehe „Allergiereaktion vom Typ I“
Teilhabe (ICF):	Teilhabe (Partizipation) ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.
Therapie-Compliance:	Darunter versteht man die Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an den therapeutischen Maßnahmen. Compliance ist in der Medizin ein Oberbegriff für das kooperative Verhalten des Patienten im Rahmen der Therapie. Der Begriff kann mit „Therapietreue“ wiedergegeben werden.

Triggern:	schnelles/sofortiges oder zeitlich genau bestimmtes Anstoßen oder Auslösen eines Prozesses
T-Lymphozyten/ T-Zellen:	T-Lymphozyten oder kurz T-Zellen bilden eine Gruppe von weißen Blutzellen, die der Immunabwehr dient. Das T im Namen steht für den Thymus (bestimmtes Körperorgan), in dem die Zellen ausreifen.
Urtikaria:	Nesselsucht; krankhafte Reaktion der Haut auf Nahrungsmittel oder Medikamente (Allergien), auf Wärme-, Kälte-, Licht-, Druck- oder Wassereinwirkung, auf immunologische Phänomene oder auch auf psychischen Stress. Kennzeichen sind Quaddeln oder Erytheme.
Verhaltensprävention:	Verhaltensprävention bezeichnet vorbeugende Maßnahmen, die am individuellen Gesundheitsverhalten von Personen ansetzen. Diese sollen zu einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung befähigt und motiviert werden. Maßnahmen der Verhaltensprävention umfassen beispielsweise Information über Gesundheitsgefahren und das Einüben gesundheitsgerechten Verhaltens. Die Verhaltensprävention ergänzt die Verhältnisprävention.
Verhältnisprävention:	Verhältnisprävention befasst sich mit der vorbeugenden Gestaltung der situativen Umgebung. Beispielsweise technische, organisatorische oder soziale Bedingungen des gesellschaftlichen Umfeldes und der Umwelt sollen so gestaltet werden, dass sie Gesundheit fördern und Erkrankungen vorbeugen. Die Verhältnisprävention ergänzt die Verhaltensprävention.
Zweiphasenekzem:	Bestimmte Form eines Handekzems. In der ersten Phase tritt an den Händen ein Abnutzungsekzem durch kleine schädigende Dosen von Reizstoffen bzw. bei unzureichender Erholungsmöglichkeit der Haut auf stoffgebundene Belastungen des täglichen Lebens (z. B. Nässe) auf. Diese geschädigte und entzündete Haut können Allergene leichter durchdringen und dann in einer zweiten Phase ein allergisches Ekzem auslösen (Allergiereaktion vom Typ IV).

7.2 Leitlinien und Empfehlungen

Allgemeine Präventionsleitlinie „Hautschutz – Auswahl, Bereitstellung und Benutzung“ des Ausschusses „Persönliche Schutzausrüstungen“ der DGUV, Stand 03/2008; verfügbar unter www.dguv.de/psa; Webcode: d35733 (zuletzt aufgerufen am 13.10.2012)

AWMF-Empfehlung zur Qualitätssicherung „Hautarztverfahren“, Stand 12/2010; verfügbar unter www.awmf.org (zuletzt aufgerufen am 13.11.2012)

AWMF-Leitlinie „Allergieprävention“, Stand 03/2009; verfügbar unter www.awmf.org (zuletzt aufgerufen am 16.7.2012)

AWMF-Leitlinie „Neurodermitis“, Stand: 04/2008; verfügbar unter www.awmf.org (zuletzt aufgerufen am 16.7.2012)

AWMF-Leitlinie „Management von Handekzemen“, Stand: 11/2008; verfügbar unter www.awmf.org (zuletzt aufgerufen am 16.7.2012)

AWMF-Leitlinie „Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie)“, Stand: 10/2006; verfügbar unter www.awmf.org (zuletzt aufgerufen am 16.7.2012)

AWMF-Leitlinie „Urtikaria“, Stand 04/2011; verfügbar unter www.awmf.org (zuletzt aufgerufen am 13.10.2012)

Bamberger Merkblatt - Begutachtungsempfehlungen für die Begutachtung von Haut- und Hautkrebsempfehlungen der DGUV (Hrsg.), Stand 03/2009; verfügbar unter www.dguv.de (zuletzt aufgerufen am 13.10.2012)

Leitlinie zur „Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut“ der Deutschen Rentenversicherung, Stand 01/2012, aus der Reihe „Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung“; verfügbar unter www.deutsche-rentenversicherung.de (zuletzt aufgerufen am 16.7.2012)

Hinweis:

Umfangreiche Informationen wie beispielsweise Hautschutzpläne für bestimmte Berufsgruppen, auch in leichter Sprache, finden sich unter www.bgw-online.de unter dem Stichwort „Hauptsache Hautschutz“; verfügbar unter www.bgw-online.de/internet/generator/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Kundenzentrum/Hauptsache_20Hautschutz/navi.html (zuletzt aufgerufen am 16.7.2012)

7.3 Ausgewählte Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005

Landau, K., Pressel, G. (Hrsg.): Medizinisches Lexikon der beruflichen Belastungen und Gefährdungen. Definition. Vorkommen. Arbeitsschutz. Stuttgart: Gentner Verlag Stuttgart, 2004

Ring, J., Bachert, C., Bauer, C.-P., Czech, W. (Hrsg.): Weißbuch Allergie in Deutschland, 3. Auflage. München: Springer Medizin, 2010

7.4 Adressen

7.4.1 Adressen von Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Verbänden

Die hier aufgeführten Adressen sind als Auswahl und nicht als vollständige Auflistung zu verstehen:

Ärzteverband deutscher Allergologen e.V.
Blumenstraße 14
63303 Dreieich
Tel.: 06103/62273 und 06103/63657
Fax: 06103/697019
Email: info@aeda.de
Internet: www.aeda.de

Arbeitsgemeinschaft Berufs- und Umweltdermatologie e.V. (ABD)
Sedanstraße 115
49069 Osnabrück
Tel.: 0541/969-2357
Fax: 0541-969-2445
Email: johnderm@uos.de
Internet: www.abd.dermis.net

Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention e.V. (ADP)
Cremon 11
20457 Hamburg
Tel.: 040/20913-160
Fax: 040/20913-161
Email: info@unserehaut.de
Internet: www.unserehaut.de

KAPITEL 7

Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung
Charité-CVK
Geschäftsstelle AGNES e.V., Ostring 1, DG
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel.: 030/450566823 oder 0173/6197549
Fax: 030/450566943
Internet: www.neurodermitisschulung.de

Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)
Geschäftsstelle
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
Tel.: 030/24625353
Fax: 030/24625333
Email: a.bueno@bvdd.de
Internet: <http://www.uptoderm.de>

Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)
Fliethstraße 114
41061 Mönchengladbach
Tel.: 02161/814940
Fax: 02161/8149430
Email: info@daab.de
Internet: www.daab.de

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
Tel: 030/246253-0
Fax: 030/246253-29
Email: ddg@derma.de
Internet: www.derma.de

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie e.V. (DGAKI)
Schloss 2
86482 Aystetten
Tel.: 0821/48687864
Fax: 0821/48687863
Email: info@dgaki.de
Internet: www.dgaki.de

KAPITEL 7

Deutsches Grünes Kreuz e.V. (DGK)
Nikolaistraße 3
35037 Marburg
Tel.: 06421/293-0
Fax: 06421/293-187
Email: dgk@dgk.de
Internet: www.dgk.de

Deutsche Haut- und Allergiehilfe e.V.
Heilsbachstraße 32
53123 Bonn
Tel.: 0228/367910
Fax: 0228/3679190
Email: info@dha-allergien.de
Internet: www.dha-allergien.de

Deutscher Neurodermitis Bund e.V. (DNB)
Baumkamp 18
22299 Hamburg
Tel.: 040/230744
Fax: 040/231008
Email: info@neurodermitis-bund.de
Internet: www.dnb-ev.de

Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V.
Rathausstraße 10
52072 Aachen
Tel.: 0241/9800-486
Fax: 0241/9800-259
Email: GPA.eV@t-online.de
Internet: www.gpau.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle
zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)
Wilmsdorfer Straße 39
10627 Berlin
Tel.: 030/31018960
Fax: 030/31018970
Email: selbsthilfe@nakos.de
Internet: www.nakos.de

7.4.2 Weiterführende Adressen

Bundesagentur für Arbeit (BA)

Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Tel.: 0911/179-0
Fax: 0911/179-2123
E-Mail: zentrale@arbeitsagentur.de
Internet: www.arbeitsagentur.de

*Bundesarbeitsgemeinschaft der
Landesjugendämter (BAG LJÄ)*

Federführende Stelle: Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland Pfalz
Rheinallee 97-101
55118 Mainz
Tel.: 06131/967-290
Fax: 06131/967-12290
E-Mail: bagljae@lsjv.rlp.de
Internet: www.bagljae.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Mittelstraße 51
10117 Berlin
Tel.: 030/288763-800
Fax: 030/288763-808
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

GKV-Spitzenverband

Mittelstraße 51
10117 Berlin
Tel.: 030/206288-0
Fax: 030/206288-88
E-Mail: info@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

*Bundesarbeitsgemeinschaft der
Integrationsämter und Hauptfürsorge-
Stellen (BIH)*

Erzbergerstraße 119
76133 Karlsruhe
Tel.: 0721/8107-901/02
Fax: 0721/8107-903
E-Mail: bih@integrationsaemter.de
Internet: www.integrationsaemter.de

KAPITEL 7

*Bundesarbeitsgemeinschaft der
überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)*
Warendorfer Straße 26-28
Tel.: 0251/591-6530
Fax: 0251/591-6539
E-Mail: bag@lwl.org
Internet: www.bagues.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
10704 Berlin
Tel.: 030/8651
Fax: 030/86589400
E-Mail: drv@drv-bund.de
Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
Tel.: 0561/9359-0
Fax: 0561/9359-217
E-Mail: info@svlfg.de
Internet: www.svlfg.de

Weitere Anschriften der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherungsträger, der für die soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden zuständigen Verwaltungsbehörden, der Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter, der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie weiterer Institutionen im Bereich der Rehabilitation behinderter Menschen enthält der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebene „Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, 14. Auflage, Frankfurt a.M., 2011.

KAPITEL 7

7.5 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
ALG	Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinien
ArbMedVV	Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BK	Berufskrankheit
BKV	Berufskrankheitenverordnung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BTZ	Berufliche Trainingszentren
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CAP	Carrier-Polymer-System
DGAKI	Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
d. h.	das heißt
DRV	Deutsche Rentenversicherung
etc.	et cetera = „und die übrigen Dinge“
f., ff.	folgende (verwendet beispielsweise im Zusammenhang mit einer oder mehreren Seitenzahlen oder in juristischen Texten nach der Angabe eines Paragraphen/Artikels)
GdB	Grad der Behinderung
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
i.d.R.	in der Regel
IFD	Integrationsfachdienst(e)
IgE	Immunglobulin Klasse E
i.V.m.	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
KVLG 1989	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
MTA	Medizinischtechnische/r Assistent/in
o. a.	oben aufgeführt

KAPITEL 7

RAST	Radio-Allergo-Sorbent-Test
s.	siehe
S.	Seite
Schu.ber.z	Schulungs- und Beratungszentren
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB V	Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Siebtens Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Achstes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XII	Zwölftes Buch – Sozialhilfe
SIP-Seminare	Seminare zur sekundären Individual-Prävention
sog.	so genannte
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Tab.	Tabelle
TIP	tertiäre Individual-Prävention
TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
u. a.	unter anderem
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN)
UV-Bestrahlung/	
UV-Licht	Bestrahlung mit Licht im UV-Spektrum
UV-Träger	Unfallversicherungsträger
VersMedV	Versorgungsmedizinverordnung
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	zum Beispiel

7.6 Verzeichnis der Mitwirkenden

Falk,

Dr. Johannes, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), Berlin

Grotkamp,

Dr. Sabine, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Niedersachsen, Hannover

Hassenpflug,

Frank, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel

Kleinheinz,

Dr. Andreas, Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP)

Kombrink,

Dr. Roland, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Niedersachsen, Hannover

Krohn,

Steffen, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin (ab 4.5.2012)

Vandrey,

Mathias, IKK e.V., Berlin

Wullen,

Dr. Birgit, Bundesagentur für Arbeit, Osnabrück

Zagrodnik,

Fred-Dieter, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin (bis 4.5.2012)

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt a. Main:

Dr. Larissa Beck

Dr. med. Wolfgang Cibis

Bettina Brandeis (bis 30.11.2011)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.