

Rehabilitation bei Psoriasis: Quo vadis?

Rehabilitation in Psoriasis: Quo vadis?

Autoren

H. Lantzs, N. Buhles

Institut

Klinik für Dermatologie und Allergologie der Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1365159>
 Online-Publikation: 10.4.2014
 Akt Dermatol 2014; 40: 223–230
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Dr. med. Norbert Buhles
 Chefarzt der Klinik für
 Dermatologie und Allergologie
 der Asklepios Nordseeklinik
 Westerland/Sylt
 Norderstr. 81
 25980 Sylt/OT Westerland
 n.buhles@asklepios.com

Zusammenfassung

Die Psoriasis bedarf aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausprägung und begleitenden Komorbiditäten vielfältige therapeutische Ansätze, die den individuellen Bedürfnissen stetig angepasst werden müssen. Diese Übersicht ermöglicht einen Einblick zum fallbezogenen Einsatz von Modulen sowie vom akut-stationären Aufenthalt bis zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für eine der wichtigsten dermatologischen Erkrankungen.

Einleitung

Psoriasis ist ein eigenständiger Risikofaktor für die Entwicklung der koronaren Herzkrankheit [1]. Die Möglichkeit(en und der Einsatz) von Systemtherapien bekommt für immer mehr Betroffene eine neue Wertigkeit. Unter dem Eindruck dieser neuen Palette möglicher Differenzialtherapien ergeben sich für die Rehabilitation der Psoriasis aktuelle Fragen:

- ▶ Was sind die **neuen** Reha-Schwerpunkte im Vergleich zur somatischen oligomodalen Rehabilitation vor der Jahrtausendwende?
- ▶ Werden dem niedergelassenen/potenziell Reha indizierenden Arzt überhaupt noch die Chancen einer multimodalen Rehabilitation [2, 3, 4] gegenüber einer akut-stationären Behandlung vermittelt?
- ▶ Welche modernen sozialmedizinischen Kombinationsmöglichkeiten (Reha/Akut) gibt es?
- ▶ Die stationäre Rehabilitation der Psoriasis ist in den letzten 10 Jahren um mehr als 20% eingebrochen [5]. Macht die Reaktivierung der ambulanten Balneo-Fototherapie und der verstärkten Systemtherapien (insbesondere Biologica) die „stationäre Rehabilitation“ überflüssig!?!

Ziel dieser Übersicht soll sein, eine Gesamtschau vom akut-stationären Aufenthalt bis zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für eine der wichtigsten dermatologischen Hauptindikationen zusammenfassend darzustellen. Dabei möge es gestattet sein, die hiesige Einrichtung kasuistisch zur sozialmedizinischen Verdeutlichung des einen oder anderen theoretischen Sachverhaltes anzuführen.

Moderne Rehabilitationskonzepte

Theoretische Grundlagen

Basierend auf den Modellvorstellungen der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [6, 7, 8], die in die Reha-Leitlinien der dermatologischen Fachgesellschaft (DDG und ARdE=Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation in der Dermatologie) übernommen wurden, werden die jeweils geltenden AWMF-Leitlinien berücksichtigt [9].

Reha-Therapiestandards sind Bestandteil des Reha-Plans, um die Reha-Ziele durch die Kombinationsbehandlungen und (möglichst fachgruppenübergreifende) Edukation unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen im Sinne von Krankheitsakzeptanz und Förderung der Therapiekompetenz zu erreichen.

Unter Beachtung der unterschiedlichen Vorgaben der Kostenträger (z. B. DRV, GKV, GUV) sind die individuellen Voraussetzungen des Rehabilitanden zu beachten und werden bei Zweifel an der positiven Reha-Prognose vorab von uns geprüft. In der Vergangenheit fanden für die Psoriasis Prüfungen der Ergebnisqualität statt. In einem Pilotprojekt mit 254 Psoriatikern wurde eine anhaltende (halbjährliche) akzeptable Verbesserung der Lebensqualität (DLQI) und des Hautbefundes (PASI) tendenziell bestätigt [10].

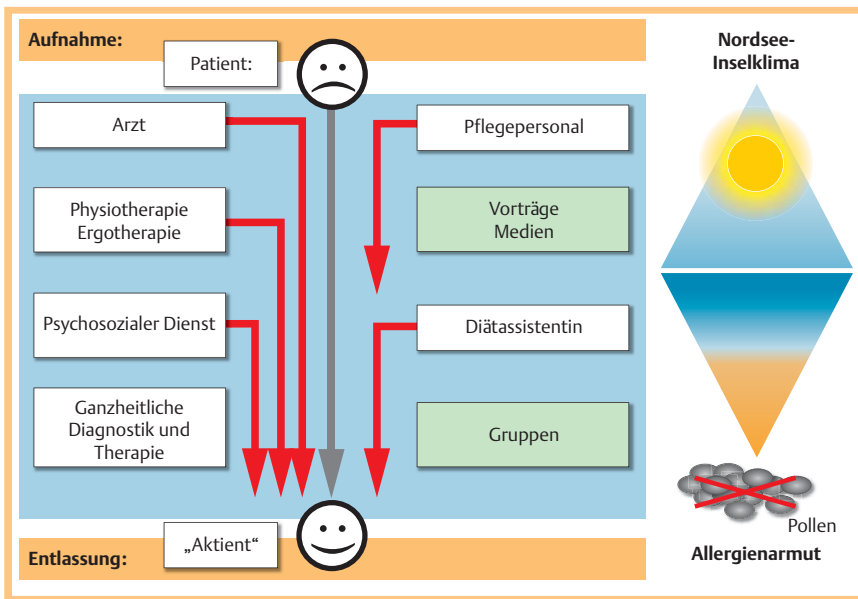


Abb. 1 Vom Patient zum „Aktient“ – eine bewährte Reha-Strategie.

Rehaindikationen und -kontraindikationen

In dermatologischen Reha-Kliniken werden grundsätzlich alle rehabilitationsbedürftigen Hauterkrankungen behandelt. Gemäß unseres Themenschwerpunktes ist die Schuppenflechte (Psoriasis) als Psoriasis vulgaris (L 40.0) in Kombination bzw. isoliert unter anderem als Psoriasis palmoplantaris (L 40.3), gehäuft in Assoziation mit einer Psoriasisarthropathie (L 40.5) zu beachten. Die Verteilung von weiblichen und männlichen Rehabilitanden ist annähernd gleich.

Alle Altersgruppen ab dem 16. Lebensjahr sind vertreten. Bei der Schuppenflechte sind es großflächige Rötungen mit Infiltrationen und Schuppung, die die Hautbarriereschädigung ausmachen. Juckreiz ist bei der intertriginösen Variante nicht selten.

Funktionelle Einschränkungen bei der Beweglichkeit der Hände sind bei der Psoriasis palmaris häufig. Handicaps beim Gehen und Laufen bestehen häufig bei der plantaren Psoriasis. Diese Hand- und Fußerkrankungen sind häufig von belastungsabhängigen Schmerzen der Haut begleitet.

Durch die exemplarisch genannten Hautschädigungen und Funktionseinschränkungen ergeben sich vielfältige Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe. Die Bewegungseinschränkungen und Schmerzhaftigkeit im Bereich der Hände führen häufig zu Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit. Bei schwerer Fußbeteiligung ist die Mobilität eingeschränkt und z.T. die Wegefähigkeit zur Arbeit bedroht. Juckende Dermatosen führen zu Schlafstörungen und Konzentrationseinschränkungen am Folgetag. Gleiches gilt für schmerzhafte Dermatosen.

Hautveränderungen in sichtbaren Hautregionen, insbesondere im Gesicht und an den Händen führen zu einer Einschränkung eines ungezwungenen Verhaltens in der Öffentlichkeit und wiederholt zu Rückzugstendenzen (Gefahr der Stigmatisierung) [11]. Bei der Schuppenflechte besteht in ca. 20% der Fälle eine Gelenkbeteiligung. Zusätzlich bestehen bei einer Psoriasis begleitend gehäuft eine Adipositas, ein Diabetes und eine Blutfettstoffwechselstörung als Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen. Sie gilt als eigenständiger Faktor für eine KHK [1].

Hautunabhängig bestehen häufig orthopädische Komorbiditäten, die insbesondere die Wirbelsäule und die Rumpfmuskulatur betreffen.

Bis auf wenige Ausnahmen werden die dermatologischen Rehabilitationsmaßnahmen stationär durchgeführt. Diese ortsferne Rehabilitation ist insbesondere bei den chronischen Dermatosen begründet, die von den klimatherapeutischen Elementen z.B. eines Nordseeinsel-Aufenthaltes profitieren [12, 13].

Bei allen hochentzündlichen Hauterkrankungen oder einem Ganzkörperbefall (Erythrodermie) muss ggf. eine kurative Behandlungsphase vor Antritt der Rehabilitation erfolgen.

Beim Vorliegen von ansteckenden Erkrankungen, z.B. einer MRSA-Infektion, ist eine vorherige Therapie bzw. Sanierung erforderlich.

Rehabilitationsziele

Bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung werden, gestützt auf einen Patientenfragebogen, die Rehabilitationsziele besprochen, abgeglichen und festgelegt.

Bei den betroffenen Rehabilitanden stehen gehäuft zunächst Verbesserungen auf der Hautschädigungsebene im Vordergrund (Verminderung von Juckreiz und Schmerz bzw. der Sichtbarkeit der Hautveränderungen), weshalb initial das dermatologische Behandlungskonzept mit einer externen, balneo-physikalischen und ggf. internen Therapie besprochen wird.

Wesentlich ist jedoch, die Folgen der Hauterkrankung für den Betroffenen im Alltag zu erfassen. Hier sind wiederholt Nachfragen bezüglich der Einschränkung der Aktivität und Teilhabe, insbesondere im Berufsleben, erforderlich. Nachdem unter Berücksichtigung der stützenden und behindernden Kontextfaktoren das Handicap abgebildet wurde, erfolgt die Festlegung der Rehabilitationsstrategien zur Erreichung des Rehabilitationszieles. Des Weiteren werden die geplanten therapeutischen und edukativen Maßnahmen abgesprochen.

Ziel ist es, eine Selbstsicherheit im Umgang mit der chronischen Hauterkrankung zu erreichen und somit auch mit Schwankungen des Hautzustandes umgehen zu können.

Unsere Strategie lässt sich unter dem Motto „Vom Patient zum Aktient“ zusammenfassen (🔗 **Abb. 1**). Begleitend werden Behandlungs- und Schulungsansätze der Komorbiditäten und Risikofaktoren erörtert. Die Rehabilitanden werden in den Prozess der Zieldefinitionen eingebunden, und im Rahmen der ärzt-

lichen Visiten wird der Erreichungsgrad bzw. eine Anpassung des Konzepts erörtert.

Rehabilitationsdauer

In der Regel wird bei den dermatologischen Rehabilitationsmaßnahmen vom Kostenträger ein Zeitraum von 21 Tagen (selten 28 Tage) bewilligt. Sollte sich im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme zeigen, dass wesentliche Rehabilitationsziele im vorgegebenen Zeitrahmen nicht erreicht werden können, erfolgt nach gesicherter Kostenübernahme eine Verlängerung der Rehabilitation, die im Rehabilitationsabschlussbericht begründet wird.

Gründe für eine Rehabilitationsverlängerung sind ggf. interkurrente Erkrankungen, eine ausgeprägte Chronizität der Dermatosen, eine besondere berufliche Problemlage mit der Notwendigkeit von intensiven MBOR-Elementen, wie z. B. dem tätigkeitsgeprüften Hautschutzplan [14–16].

Individuelle Rehabilitationsplanung

Aufgrund der in Absprache definierten Rehabilitationsziele werden die Rehabilitationselemente (s. u.) in einem Rehabilitationsprogramm (s. u.) zusammengestellt. Mit dem Rehabilitanden wird der Ablauf aus inhaltlicher und organisatorischer Sicht besprochen. Je nach medizinischer Ausgangslage ist in der ersten Woche meist eine intensive dermatologische Lokaltherapie zur Reduktion der Hautschädigung erforderlich.

Durch eine sichtbare Verbesserung des Hautbefundes kann in der Regel das Vertrauen und die Akzeptanz für weitere edukative Schritte gestärkt werden. Im weiteren Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme wird zunehmend Eigenverantwortlichkeit auf die Rehabilitanden übertragen, sodass nach Nutzung der Schulungsmaßnahmen die Anwendung der Externa phasengerecht von den Betroffenen selbst immer kompetenter gesteuert wird und zunehmend ärztlich lediglich supervidiert und begleitet wird. Gemäß der Teilhabeproblematik werden weitere Berufsgruppen des Rehabilitationsteams eingebunden, häufig sind dies psychologische Module, der Sozialdienst bzw. die Ergotherapie (Hautschutz am Arbeitsplatz) [14].

Im Rahmen von Besprechungen des Therapeutenteams wird dann auch die Einbeziehung externer Personen, wie z. B. der Reha-Fachberaterin der DRV, abgestimmt. Die Planung und Durchführung sowie die Veränderungen von Verordnungen werden transparent mit dem Rehabilitanden erörtert.

Rehabilitationsprogramm

Vor der Anreise des Rehabilitanden wird bezogen auf die Hauptrehabilitationsdiagnose ein Standardplan mit therapeutischen und edukativen Inhalten vorbereitet. Aufgrund des ärztlichen Eingangsgesprächs und der Erfassung der Therapieziele erfolgt dann die individuelle Anpassung an die Bedürfnisse des Rehabilitanden. Dabei werden notwendige diagnostische Verfahren initiiert und die externe, ggf. interne und balneo-physikalische Therapie sowie die edukativen Maßnahmen mittels elektronischer Verordnung auf den Weg gebracht. Dieser individuelle Rehabilitationsplan bezieht die verschiedenen, im Team tätigen Berufsgruppen ein: ärztliche Kollegen anderer Fachbereiche im Rahmen von notwendigen Konsiliaruntersuchungen, Pflegedienst zur Begleitung, Durchführung und Anleitung der Lokaltherapie, psychologischer Dienst für Gruppenschulung, Einzelgespräche und Anleitung von Entspannungstechniken, Sozialdienst für Beratungen und Wiedereingliederungsplanungen, die physikalische Therapie für Meerwasser/Sole-Anwendungen, die Physiotherapie für Aktivitätsübungen, die Ergotherapie für Funktions-

übungen im Bereich von Händen und Füßen sowie Hilfsmittelberatung und Hautschutztraining und die Diätabteilung zur Beratung und Schulung bei Allergien sowie bei Komorbiditäten (☉ Abb. 2).

Therapie und Schulung orientieren sich an den Leitlinien der dermatologischen Fachgesellschaft [17–19] sowie an vorhandenen Rehabilitationskonzepten [20–22].

Rehabilitationselemente Aufnahmeverfahren

In der Regel treffen die Rehabilitanden im Laufe des Nachmittags in der Reha-Klinik ein. Sie werden vom Pflegedienst umgehend mit den ersten, wichtigen Informationen bezüglich der Räumlichkeiten und des Ablaufs der ersten Tage informiert. Am Aufnahmetag, in Einzelfällen auch am nächsten Vormittag, findet die Eingangsuntersuchung beim betreuenden Stationsarzt statt. Am Ende der Untersuchung und des Gesprächs erfolgt auf der Basis der Therapieziele die Verordnung, die Diagnostik, Therapie und Edukation. Am nächsten Werktag nach der Anreise findet die fachärztliche Visite des Rehabilitanden beim betreuenden Oberarzt, sowie, falls notwendig, eine Blutentnahme zur Labordiagnostik statt. Am Tag nach der Aufnahme weist unser Therapiemanagement in die Organisation und die Abläufe der Rehabilitation ein, und es wird eine Hausbegehung durchgeführt. Innerhalb der ersten drei Tage werden im Rahmen eines Einleitungsvortrages wesentliche Elemente und Ziele der Rehabilitation fachärztlich dargestellt.

Rehabilitationsdiagnostik

Nach Sichtung der mitgebrachten bzw. vorliegenden Befunde inkl. des Patientenfragebogens, nach der ausführlichen Anamnese sowie der körperlichen Untersuchung werden in Absprache mit dem Rehabilitanden die notwendigen diagnostischen Maßnahmen verordnet. Für die Steuerung des Rehabilitationsverlaufs wesentliche Untersuchungsverfahren werden am Folgetag, spätestens innerhalb der ersten drei Tage durchgeführt.

Ergibt sich im Rahmen der ärztlichen Gespräche oder Visiten ein weiterer Klärungsbedarf, erfolgt eine Verlaufsdiagnostik. Kurz vor Entlassung bzw. während der Abschlussuntersuchung werden abschließende diagnostische Maßnahmen, die für die Bewertung des Rehabilitationsprozesses bzw. die medizinische Leistungsbeurteilung notwendig sind, erhoben. Zudem wird die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen, die im Rahmen der Rehabilitation nicht zu erbringen waren, als Empfehlung festgelegt. Die somatische Diagnostik beinhaltet neben der klinischen Untersuchung und der Schweregradeinteilung der Dermatose (PASI vorher/nachher) häufig eine Labordiagnostik zur Steuerung einer internen Therapie bzw. zur Diagnostik der Komorbiditäten. Regelmäßig werden Hautfunktionsuntersuchungen zur Beurteilung der Hautbarriere (Hautschutzfilmuntersuchung, ggf. Alkalineutralisationstest, Alkaliresistenztest) durchgeführt. Allergologische Fragestellungen werden mittels In-vivo-Testungen (Prick-, Scratch-, Epikutantest, Provokationstest) bzw. Laboruntersuchungen (RAST) geklärt.

Bei der Prüfung der Verträglichkeit einer UV-Therapie erfolgt in Einzelfällen die Durchführung einer UV-Empfindlichkeitsmessung (Lichttreppe). Für fachübergreifende konsiliarische Untersuchungen stehen (innerhalb der Nordseeklinik auf Sylt) die Kollegen der Inneren Medizin und der Chirurgie sowie eine Schmerztherapeutin, eine Neurologin und Belegärzte der Urologie und Gynäkologie zur Verfügung. Funktionelle Diagnostik wird zudem in der Physiotherapie und Ergotherapie durchgeführt.

Behandlungspfad Psoriasis (modifiziert nach S-3 LL zur Therapie der Psoriasis 2011)		
Topische Therapie	Balneophysikalische Therapie	Weitere Therapien
Spezifische Wirkstoffe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anthralin (Cignolin, Dithranol) ▪ Vitamin D3-Analoga 	Phototherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Breitspektrum UVB ▪ 311 nm UVB ▪ SUP ▪ UV-Kontaktbestrahlung ▪ Excimer-Laser 	Systemische Therapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fumarsäureester ▪ Methotrexat ▪ Retinoide ▪ Ciclosporin ▪ Biologics
Antientzündliche Wirkstoffe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Topische Glucokortikosteroide (Klasse II-IV) 	Photochemotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ PUVA (Creme-/Bade-/Dusch-PUVA) 	Psychosoziale/psychosomatische Betreuung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenschulung ▪ Entspannungstraining ▪ Verhaltenstherapie ▪ Psychologische Einzelgespräche ▪ Sporttherapie ▪ Beschäftigungstherapie
Adjuvante Wirkstoffe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teer ▪ Keratolytika (Salicylsäure, Zink-Pyrithion) ▪ Harnstoff ▪ Calcineurininhibitoren 	Balneophototherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sole-Photo-Therapie 	
Pflegetherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirkstofffreie Externa ▪ Ölbäder 	Klimatherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heliotherapie ▪ Thalassotherapie 	Nachbehandlung und Therapie/Beseitigung aggravierender Faktoren <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von Auslösern ▪ Milieuveränderungen ▪ Hautpflege ▪ Infektvermeidung ▪ Selbsthilfegruppen ▪ Berufsberatung ▪ Rehabilitation

Abb. 2 Behandlungspfade der Psoriasis am Beispiel der Reha Erwachsener (mod. nach S-3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris) [29].

Die Notwendigkeit einer psychischen Diagnostik wird aufgrund des Aufnahmegesprächs unter Einbeziehung z.B. des bei allen Rehabilitanden eingesetzten Depressionsfragebogens (mod. PHQD) [23] ermittelt.

Ergibt sich aufgrund der Aufnahmeuntersuchung der Hinweis für eine besondere berufliche Problemlage (BBPL) wird umgehend eine soziale und arbeitsbezogene Diagnostik [16, 24] eingeleitet. Es erfolgt eine konsiliarische Einbindung des Sozialarbeiters sowie der Ergo- und Physiotherapie und der Psychologie. In diesen Berufsgruppen werden dann die Fakten für die Steuerung des berufsrelevanten Rehabilitationsprozesses ermittelt. Die arbeitsplatzbezogene Diagnostik beinhaltet zudem zum Beispiel die Klärung einer relevanten Allergiebelastung (Allergietestungen), der Hautschutz-Konzepte (ärztlicher Dienst und Ergotherapie) oder funktioneller Belastungen am Arbeitsplatz (Physiotherapie). Nach Etablierung eines Hautschutzkonzepts erfolgt in ausgewählten Fällen eine Prüfung auf Wirksamkeit und Praktikabilität im Rahmen eines tätigkeitsgeprüften Hautschutzplanes. Die ausführliche Anamnese ist die wesentliche Informationsquelle für relevante Kontextfaktoren des Rehabilitanden. Daraus ergeben sich dann Ansatzpunkte für die Stärkung der Förderfaktoren (z.B. durch psychotherapeutische Elemente) oder Reduktion von Barrieren (z.B. durch Hilfsmittelberatung der Ergotherapie). Zentraler Blickwinkel der rehabilitativen Diagnostik ist die Erfassung von Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe. Hier liefern die vorliegenden Unterlagen sowie die gezielte Anamnese wesentliche Hinweise. Längere Arbeitsunfähigkeitszeiten oder die Beantragung einer Erwerbsminderungsrente sind Schlüsselinformationen für die Ausrichtung des Rehabilitationsprozesses. Häufige dermatologisch relevante Themen wie Stigmatisierungserleben und Rückzugstendenzen werden im Rahmen psychologischer Einzelgespräche weiter bearbeitet. Bei relevanten Ein-

schränkungen durch internistische Komorbiditäten werden entsprechende funktionelle diagnostische Maßnahmen, wie Ergometrie und Gehstest, eingesetzt.

Ergibt sich nach Anamnese und körperlicher Untersuchung eine Diskrepanz zwischen der vom Betroffenen erlebten Teilhabe einschränkung und der objektivierbaren medizinischen Ausgangslage, werden umgehend die Mitarbeiter des Reha-Teams, die mit diesem Rehabilitanden im weiteren Verlauf arbeiten, instruiert die Aktivität und Teilhabe im Rehabilitationsprozess gezielt zu beobachten, um eine abschließende Leistungsbeurteilung fundiert erstellen zu können.

Medizinische Therapie

Leitung der Diagnostik, Therapie und Konzeption hat der Chefarzt der Abteilung für Dermatologie und Allergologie. Er supervidiert die Abläufe der Rehabilitation und leitet die tägliche ärztliche Besprechung und die wöchentliche Runde mit dem Reha-Team. Mindestens einmal während des Rehabilitationsaufenthaltes erfolgt eine Visite des Rehabilitanden durch den Chefarzt. Zudem wird mindestens ein Fachvortrag durch den Chefarzt gehalten. Bei Bedarf steht der ärztliche Abteilungsleiter für konkrete Fragen der Rehabilitanden im Rahmen eines individuellen Gesprächs in Absprache mit dem Chefarztsekretariat zur Verfügung.

Von der Aufnahmeuntersuchung bis zum Abschlussgespräch wird der Rehabilitationsprozess durch den zuständigen Stationsarzt gesteuert.

Wöchentlich findet eine Patientenvisite mit Stationsarzt, Pflegekraft und Ober- bzw. Chefarzt statt. Geplante ärztliche Wiedervorstellungen werden mit dem Rehabilitanden besprochen und

im Wochenplan terminiert. Außerplanmäßig ist jederzeit eine kurzfristige Kontaktaufnahme mit dem Stationsarzt, in der Regel nach Absprache mit dem Pflegedienst, möglich. Der Stationsarzt steuert und passt die notwendige Diagnostik und Therapie an und bindet durch entsprechende Verordnungen die weiteren Berufsgruppen des Rehabilitationsteams in den Prozess ein. Die Arzt-/Patientengespräche erfolgen in der Regel im Arztzimmer des Stationsarztes bzw. in einem speziellen Visitenzimmer (Datenschutz). Die besprochenen Inhalte sowie erhobenen Befunde werden im Krankenblatt handschriftlich dokumentiert.

Beim Auftreten interkurrenter Erkrankungen wird über den Pflegedienst ein zeitnaher Kontakt zum Stationsarzt oder am Wochenende zum Dienstarzt hergestellt. Aufgrund der Anamnese und Befunderhebung erfolgt dann umgehend die Einleitung weiterer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Durch die Anwesenheit des Akut-Krankenhauses auf dem Gelände ist eine 24-stündige fachkompetente Behandlung von extrakutanen Gesundheitsproblemen möglich.

Kooperationen auf der Insel bestehen zu Praxen der HNO, Augenheilkunde sowie Zahnmedizin. Lediglich bei der Notwendigkeit einer psychiatrischen, über die neurologische Fachkompetenz hinausgehenden Diagnostik und Therapie ist eine Vorstellung in einer Praxis auf dem Festland erforderlich.

Der ärztliche Dienst der Hautklinik führt die fachbezogenen Vorträge und Seminare im Rahmen des Rehabilitationsverfahrens durch. Dies sind beispielsweise:

- ▶ Allgemeine Informationen über „Hauterkrankungen“
- ▶ Salbengrundlagen/Spezifika
- ▶ Psoriasis/Psoriasisarthropathie
- ▶ Hautschutz-/div. Allergieseminare u. a. m.

Psychologische Therapie



Im Team der Psychologie wirken Diplom-Psychologen mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung und weiteren Zusatzqualifikationen (Psycho-Onkologie und Palliativcare).

Die Indikationen für die Einbindung des psychologischen Dienstes werden im Rahmen der ärztlichen Eingangsuntersuchung in Absprache mit dem Rehabilitanden gestellt. Ergibt sich aufgrund der Anamnese oder des Depressionsfragebogens (mod. PHQD) [23] ein akuter Interventionsbedarf, erfolgt ein psychologisches Einzelgespräch innerhalb von 24 Stunden. Schwerpunktmäßig werden die Rehabilitanden entsprechend des Schulungsbedarfs in die geeigneten psychologisch geleiteten Gruppenveranstaltungen eingeplant. Ergeben sich Themen, die nicht im Rahmen einer Gruppe erörtert werden können, wird ein psychologisches Einzelgespräch unter Beschreibung des Gesprächsinhaltes in die Wege geleitet. Folgende Gruppenangebote des psychologischen Dienstes werden im Rahmen einer dermatologischen Rehabilitation eingesetzt:

- ▶ Indikationsspezifische Gruppe für chronisch-entzündliche Hauterkrankungen: Gelassen leben mit einer Hauterkrankung
- ▶ Ggf. themenspezifische Gruppen (z. B. Gewichtsreduktion, Stressbewältigung oder Nichtrauchertraining)
- ▶ Erlernen von Entspannungsverfahren und Transfer in den Alltag (Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Meditation)

Arbeitsbezogene Interventionen [15]

Die Identifikation einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) erfolgt durch den ärztlichen Dienst aufgrund der im Aufnahmegespräch gewonnenen Informationen und des Fragebogens „Würzburger Screening“ [24]. Besteht eine BBPL, findet zeitnah nach Anreise des Rehabilitanden ein medizinisch-psychologisch orientiertes Gespräch (MPOG) mit dem Rehabilitanden, dem Stationsarzt und dem psychologischen Dienst in der ersten Woche statt. Dabei werden die Rehabilitanden angeregt, sich mit der eigenen Erwerbsperspektive sowie den Rehabilitationszielen auseinanderzusetzen. Darüber hinaus werden in der ersten Rehabilitationswoche sozialmedizinische Inhalte in einem Orientierungsgespräch mit dem Sozialen Dienst besprochen. Eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Perspektive wird im MBOR-Seminar angestrebt. In diesem dreiteiligen Seminar des psychologischen Dienstes, das in der zweiten Rehabilitationswoche beginnt, stehen die Zielbenennung und -umsetzung sowie eigenverantwortliches Handeln im Vordergrund. Zusätzlich kann neben dem MBOR-Seminar der Vortrag Stress und Stressbewältigung am Arbeitsplatz verordnet werden. Die sport- und ergotherapeutische Diagnostik findet zeitnah in der ersten Rehabilitationswoche statt. Der ärztliche Dienst steuert dabei bereits im MPOG, ob ausschließlich eine sport- oder ergotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden soll oder ob beide Bereiche diagnostisch tätig werden müssen. Durch die Diagnostik kann die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden bestimmt und mit den beruflichen Anforderungen verglichen werden. Dieser Abgleich von Anforderungen und Fähigkeiten bildet die Grundlage für die weitere ergo-, physio- und sporttherapeutische Behandlung.

Nach erfolgter Diagnostik werden anhand der Ergebnisse in Absprache mit dem Rehabilitanden die notwendigen Therapiemaßnahmen geplant und umgehend durch die Therapiedisposition umgesetzt. Die Maßnahmen beinhalten die arbeitsbezogene medizinische Trainingstherapie (AMTT), die arbeitsbezogene Physiotherapie und die arbeitsbezogene Ergotherapie (mit Schwerpunkt auf Kognition, Arbeitsplatztraining, Sensorik oder Handwerk).

Den Abschluss der MBOR-Maßnahmen bildet das Abschlussgespräch durch den sozialen Dienst (Inhalt: ggf. leidensgerechter Arbeitsplatz/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben [LTA]). Zusätzlich ist es im Rahmen der sozialmedizinischen Einschätzung möglich, eine Abschlussdiagnostik durch Ergo- und Sporttherapeuten durchführen zu lassen. Ärztlicherseits kann die Erstellung eines Hautarztberichtes oder unter bestimmten Voraussetzungen eine Berufskrankheiten-Anzeige erfolgen.

Kooperation und Vernetzung



Dermatologische Reha-Kliniken arbeiten nicht nur im Rahmen der AG Rehabilitation in der Dermatologie (AReD) zusammen. Sinnvoll ist die Vernetzung zu relevanten Partnern: Medizinische Kooperationspartner mit der Sylter Klinik sind traditionell die Dermatologie der Asklepios Klinik St. Georg (Hamburg); das Dermatologikum Hamburg und im Rahmen der Rehabilitation die Fachklinik für Kinder und Jugendliche der DRV-Nord Westerland (Leitung Dr. Stachow) z. B. bei Konsilen oder Kombinations-Rehabilitation für Erwachsene und Kinder. Traditionell bestehen auch gute Kontakte zu allen relevanten Einrichtungen der Unikliniken in Schleswig-Holstein.

Das medizinische Versorgungszentrum vor Ort unterstützt bei Fragen der kardiologischen Problematik oder Herz-Kreislaufproblemen; die Kooperationspartner innerhalb der Einrichtung Asklepios Nordseeklinik wurden schon genannt; außerhalb der klinisch-medizinischen Kooperationen finden sich Verbindungen über unsere hauseigene Pollenfalle zum Polleninformationsdienst (Betreuung durch den Qualitätsbeauftragten Herrn Dr. Wachter aus Ganderkesee) und dem Institut für Klimatologie der Universitätsklinik Schleswig-Holstein (Campus Kiel) durch die Forschungsstation „Klimatologie“, geleitet von Herrn Prof. Dr. C. Stick [12, 13] auf der Insel. In deren direkter Nachbarschaft liegt unsere Heliotherapie-Düne (► **Abb. 3**).

Kooperationen mit anderen Leistungsträgern sind durch Verträge geregelt, wonach unsere Klinik die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 1 und 2 SGB V sowie über einen Versorgungsvertrag nach § 11 Abs. 2 SGB V und § 140 a SGB V verfügt.

Im November 2010 wurde die Zertifizierung (gem. § 20 Abs. 2 a SGB IX) nach KTQ und im Oktober 2013 die Re-Zertifizierung erfolgreich abgeschlossen [25, 26].

Im Qualitätsnetz Nord (QNN) sind neben fast 300 Hautarzt-Niederlassungen auch Selbsthilfeorganisationen (DPB, DAAB, DNB) eingebunden [25]. Der korrespondierende Autor ist Mitglied der dermatologischen und allergologischen Fachgesellschaften, verschiedener wissenschaftlicher Beiräte (Deutscher Psoriasisbund, AG Rehabilitation der DDG), Mitglied der schleswig-holsteinischen Universitätsgesellschaft und der schleswig-holsteinischen Krebsgesellschaft.

Fortbildung

Hausintern finden in regelmäßigen Abständen Pflichtfortbildungen wie Brandschutz- und Notfallschulungen, Datenschutz- und Hygienefortbildungen sowie Fortbildungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz statt.

Des Weiteren halbjährliche hausinterne M+M-Konferenzen, wo abteilungsübergreifend Kasuistiken vorgestellt und diskutiert werden.

Wöchentlich findet eine abteilungsinterne Dermatologie-Fortbildung zur Fort- und Weiterbildung der Assistenzärzte statt; sie steht allen Inselärzten offen.

Freistellungen für sonstige Kongresse, Fort- und Weiterbildungen werden im Einzelfall nach Beantragung genehmigt.

Auflösung der eingangs gestellten Fragen

- Noch im 20. Jahrhundert empfahl der Arzt seinem Psoriasispatienten, sich regelmäßig „ans Meer“ zu begeben, um die dort vorhanden ortsgebundenen Möglichkeiten von „Sonne, See, Sand“ bei reiner Seeluft zusammen mit Topika für die Verbesserung der Hautveränderungen einzusetzen (oligomodal). Das neue multimodale Therapiekonzept beinhaltet Helio- und Thalassotherapie als Adjuvanz und neben der balneophysikalischen Therapie zusätzlich Schulungen, Seminare und Vorträge u. a. zur Entwicklung einer Krankheitsakzeptanz und Therapieeinsicht. Als zusätzliches Modul nimmt die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) einen großen Stellenwert ein. Des Weiteren wird durch ein ausgefeiltes Therapiekonzept auch individuell auf die Behandlung von Komorbiditäten eingegangen (Gewichtsreduktionstraining, Ernährungsberatung, Lehrküchen, Nichtrauchertraining, Sporttherapie, Ergotherapie, psychologische Betreuung etc.).



Abb. 3 „Heliotherapie“-Düne (Männerseite) auf Sylt direkt an der Westküste.

Nur so ist die Solidargemeinschaft bereit, Ressourcen für eine gezielte Verbesserung des Handicaps der Versicherten freizugeben [6, 8, 27, 28].

- Des Weiteren zeigen die neuen Rehaschwerpunkte, dass es für den behandelnden Arzt Sinn macht, Betroffene zur Rehabilitation zu schicken, zumal dann, wenn einerseits die ambulanten Therapiemöglichkeiten erschöpft und andererseits der Hautbefund für eine akut-stationäre Behandlung einen zu geringen Ausprägungsgrad hat [20]. Längst ist im Sozialversicherungswesen bekannt, dass sich ein zielgerichteter Einsatz von Rehabilitationsmaßnahmen zur Sicherung langjähriger und kontinuierlicher Beiträge im Renten-, Kranken- und Pflegeversicherungssystem auszahlt. Zudem entlastet der Reha indizierende Arzt damit nicht nur sein KV-Budget und seine Zeitressourcen, sondern erwartet nach dem Rehabilitationsaufenthalt einen „geschulten Patienten“, der sich leichter als „Aktient“ und mit krankheitsbezogenem Verständnis in die krankheitsphasen-spezifischen differenzierten Therapiewege hineinführen lassen wird (► **Abb. 1**).
- Wenn auch die Initiative von außerhalb der AReD kommen musste (DDG und DPB), erkennen heute die Rehabilitations-träger an, dass bei entsprechender positiver Reha-Prognose und vorhandener Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit auch im Rahmen des seit dem Jahr 2000 entwickelten **Eilt-Heilverfahrens** (EHV) die schnelle Überführung von dermatologischen Akut-Patienten in einen dermatologisch geführten spezifischen Rehabereich Sinn macht [22]. Die dafür entwickelten EHV-Anträge können während eines akut-stationären Aufenthaltes schnell und erfolgreich „abgewickelt werden“. Via Fax und festgelegte Ansprechpartner sind sehr kurze Entscheidungswege bei den Trägern der Renten-, Kranken- und auch Unfallversicherungen geschaffen worden, die noch während des stationären Aufenthaltes über die Möglichkeit eines eiligen Rehabilitationsanschlusses entscheiden. Selbstverständlich ist nach positivem Rehabilitationsbescheid in solchen Fällen auch die Rehabilitationsmaßnahme recht kurzfristig (innerhalb von vier Wochen) anzutreten, weil sonst versicherungsrechtliche Zusagen wieder erlöschen. Solche EHV's können die ambulanten Möglichkeiten (Balneo-Fototherapie/Systemtherapie usw.) hervorragend ergänzen. Das Qualitätsnetz Nord (QNN) hat den Sinn, die Einführung von Qualitätsmanagementmaßnahmen in den Praxen für

unsere niedergelassenen Zuweiser zu erleichtern. Bei den letzten 17 Jahrestreffen (seit 1998) wurden regelmäßig auch sozialmedizinische Kenntnisse „leicht verpackt“ und somit „gut genießbar“ vermittelt, die in diesem Falle die sozialmedizinische Kompetenz der ambulant tätigen Dermatologen und Allergologen erhöht haben [25].

Diese nutzen jetzt moderne sozialmedizinische Kombinationsmöglichkeiten und steuern von dort aus die Betroffenen in Form von Akut- und Rehabilitationszuweisungen sehr professionell. Ihre patientenorientierte Kreativität hat dazu geführt, dass auch im Rahmen der Problematik von Fallpauschalen im Akutbereich über poststationäre Angebote für Patienten unserer Klinik nachgedacht wurde. Patienten, deren Aufenthalt zwar nicht mehr akut-stationär begründet ist, jedoch die krankheitsphasen-orientierte engmaschige Nachbetreuung in Kombination mit den oben genannten multimodalen Angeboten noch brauchen, können hier nachstationäre Betreuung erfahren.

Seit 1998 können sich interessierte Kollegen bei uns über Akut-Alternativen informieren (Hospitationen, Telefonberatung, Workshops usw. [2]).

So konnte ohne Qualitätsverlust die Liegezeit unserer Psoriasispatienten von fast drei Wochen auf beinahe zwei Wochen verkürzt werden. Auch dies schont notwendige Ressourcen in unserem Akuthaus, kommt den medizinischen Bedürfnissen der Betroffenen nach und erspart der Solidargemeinschaft die Finanzierung des einen oder anderen Heilverfahrens (wenn bspw. Rehabilitationsbedürftigkeit nicht vorliegt oder die Reha-Prognose fragwürdig ist).

- ▶ Die bereits dargestellten Ausführungen zeigen, dass die Kombination der verschiedenen Therapieansätze letztlich den Erfolg der Reha erwirkt. Die ambulante Balneo-Fototherapie und der Einsatz von Systemtherapeutika sind in vielen Fällen eine sinnvolle Ergänzung. Dennoch stößt man auch hier an die Grenzen der Therapie, sei es durch die Entwicklung von Intoleranzen oder durch das Entstehen von UV-Schäden. Durch das neue multimodale Prinzip der Rehabilitation werden neben den Komorbiditäten noch viele weitere Ebenen der Erkrankung berücksichtigt. Während der Rehabilitation werden unter ärztlicher Leitung mit Hilfe nichtärztlicher therapeutischer Professionen nicht nur die rein somatischen Aspekte sondern auch die „bio-psycho-physiologischen“ Grundlagen bis hin zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit und dem Erhalt des Arbeitsplatzes im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation intensiv bearbeitet. All dies ist in der ambulanten Versorgung nicht ausreichend durchführbar.

Schlussfolgerung

Heute ist es möglich, unter guter Kenntnis der sozialmedizinischen Möglichkeiten die Akut- und Reha-Behandlung für den Schuppenflechtepatienten individuell und sozialmedizinisch gezielt zu kombinieren. Neben dieser Verknüpfung im horizontalen Sinne ist die Kombination im vertikalen Sinne unter ärztlicher Führung und Einbeziehung verschiedener therapeutischer Ebenen (Ergotherapeut, Psychologe, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Diätassistentin usw.) vorhanden. In der Regel ist diese Möglichkeit einer stationären Einrichtung vorbehalten, weil eine spezifische Therapie wie z. B. Okklusivverbände durch eine spezielle Schulung des Pflegedienstes gezielt durchgeführt werden kann.

Somit ist es erforderlich, dass der Proband ggf. über 24 Stunden abrufbar ist. Deshalb ist es verständlich, dass dermatologische Rehabilitation auch heute noch überwiegend stationär erfolgt.

Aus diesem Bewusstsein heraus wird verständlich, dass gerade oligomodale Rehabilitationsbereiche (Orthopädie oder streng organbezogene Sekundärprävention) durchaus in größerem Umfang und ebenso erfolgreich wie stationär in der Ambulanzsituation und ggf. heimatnah erfolgen kann [5]. In der Regel finden die oligomodalen Angebote ihre Grenzen dann, wenn mehrere Organe (Haut, Gelenke, Stoffwechsel usw.) betroffen sind.

Es ist geplant, dass im Rahmen der Feier des 50-jährigen Bestehens der dermatologischen Abteilung in der Asklepios Nordseeklinik auf Sylt (2015) dieser Umstand im Rahmen eines Insel-Workshops unter aktuellen Rahmenbedingungen näher beleuchtet wird.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Rehabilitation in Psoriasis: Quo vadis?

The different variants of psoriasis and related conditions (e. g. comorbidities) need diverse approaches to meet individual needs up-to-date. This review shows the clinical pathway from the hospitalized/inpatient patient to the medical-occupational oriented rehabilitation (MBOR) for one of the most common chronic inflammatory skin diseases.

Literatur

- 1 Boehncke WH, Bürger C, Boehncke S. Komorbiditäten bei Psoriasis vulgaris. *Der Hautarzt* 2009; 60: 116–121
- 2 Buhles N. Die Versorgung chronisch Hautkranker. Strukturelle Blockaden: Bestandsaufnahme aus sozialmedizinischer Sicht. *Der Deutsche Dermatologe* 2005; 4: 1–4
- 3 Nürnberg W, Breuer K. Beantragung medizinischer Rehabilitation in der Dermatologie. *Hautarzt* 2010; 61: 47–54
- 4 Nürnberg W, Wehrmann J, Breuer K. Dermatologische Rehabilitation. *CME-Fachwissen. JDDG* 2011; 9: 544–552
- 5 Wehrmann J. Multimodalen Ansätzen gehört die Zukunft. *hautnah dermatologie* 2013; 29: 337–340
- 6 Leistner K, Gibis B. Begriffsbestimmungen – Definition der medizinischen Rehabilitation und deren Abgrenzung von anderen medizinischen Versorgungssektoren. In: Leistner K, Beyer HM, eds. *Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Antragsverfahren unter besonderer Berücksichtigung der ICF*. Landsberg/Lech: Ecomed Medizin; 2005: 25–35
- 7 Niederauer HH, Schmid-Ott G, Buhles N. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Dermatologischen Rehabilitation: Konzept, Anwendung, Perspektive. *Hautarzt* 2005; 56: 631–636
- 8 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in der Fassung vom 16. März 2004, veröffentlicht im *Bundesanzeiger* 2004, Nr. 62, S. 6769, in Kraft getreten am 1. April 2004, zuletzt geändert am 22. Januar 2009, veröffentlicht im *Bundesanzeiger* 2009, S. 2131, in Kraft getreten am 19. Juni 2009.
- 9 Buhles N, Wehrmann J, Hinsch KD et al. S1-guideline: Dermatological inpatient rehabilitation in adult atopic dermatitis. *JDDG* 2011; 9: 558–561
- 10 Kurrrat W. Stationäre Rehabilitation – Positive Wirkung bei Psoriasis. *PSO-Magazin* 2011; 5: 18

- 11 Schmid-Ott G, Malewski P, Kreiselmaier I et al. Psychosoziale Folgen der Psoriasis – eine empirische Studie über die Krankheitslast bei 3.753 Betroffenen. *Hautarzt* 2005; 56: 466–472
- 12 Buhles N. Ist Klimatherapie mit gesundheitlichem Umweltschutz vereinbar? *Der Deutsche Dermatologe* 1998; 46: 398–409
- 13 Buhles N, Kappes S. Klimatherapie in der Dermatologie auf Sylt. *Ästhetische Dermatologie* 2012; 1: 2–6
- 14 Buhles N. Patientenbezogener, tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan. *Umwelt- und berufsdermatologisches Bulletin* 2004; 104: 10–11
- 15 Buhles N, Kurrat W, Glaser-Möller N. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation von Gewerbedermatosen. *vffr-news* 2011; 2: 11–13
- 16 Müller-Fahrnow W, Hansmeier T. Evaluation der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation, Charité Berlin; 2005
- 17 Breuer K, Nürnberg W, Elsner J et al. Kurzleitlinien-Empfehlung – Stationäre Dermatologische Rehabilitation. *Allergologie* 2010; 33: 401–409
- 18 Gudat W, Nürnberg W. Ganzheitlicher Ansatz der stationären dermatologischen Rehabilitation. *Hautarzt* 2010; 61: 310–316
- 19 Wehrmann J. Leitlinien zur dermatologischen Rehabilitation. *Hautarzt* 2005; 56: 626–630
- 20 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation. 2004. Im Internet: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Rahmenempfehlung_dermatologische_Rehabilitation_314.pdf
- 21 KTL-Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Aufl. Deutsche Rentenversicherung Bund; 2007
- 22 Buhles N. DRV-Bund, Hrsg. Hauterkrankungen in Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Aufl. Berlin: Springer; 2011: 452–462
- 23 Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablone. 2. Aufl. Karlsruhe: Pfizer; 2002
- 24 Löffler S, Wolf HD, Gerlich C et al. Benutzermanual für das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Universität Würzburg; 2008
- 25 Buhles N. Das Qualitätsnetz Nord wächst weiter. *Der Deutsche Dermatologe* 2012; 7: 456
- 26 Amon U, Buhles N, Seidel C. Qualitätsmanagement in dermatologischen Kliniken und Hautarztpraxen. In: Korting HC, Callies R, Reusch M et al., Hrsg. *Dermatologische Qualitätssicherung*. Berlin: ABW-Wissenschaftsverlag; 2009: 1317–1337
- 27 SGB V. § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2007.
- 28 SGB V. § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation 2006.
- 29 Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U et al. S3-guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris, Update 2011. *JDDG* 2011; 9 (Suppl. 02): S1–S104