

Phototherapie und Rehabilitation

M. Schwarz

Möglichkeiten im Rahmen der medizinischen Klima- und Heliotherapie

Phototherapy and Rehabilitation – Possibilities in the Course of Helio- and Climate Therapy

Originalarbeit

Zusammenfassung

Welche Bedeutung nimmt die Phototherapie neben klima- und heliotherapeutischen Verfahren unter den örtlichen Bedingungen einer Rehabilitationsklinik ein? Wann und wie sind heliotherapeutische Anwendungen durch Phototherapie zu ergänzen? Wer würde davon profitieren? Wie steht es um die Effizienz, wie um die Kostenreduktion von Klima- und Heliotherapie im Vergleich zu anderen konservativen Verfahren während eines stationären Heilverfahrens?

Aspekte der dermatologischen Rehabilitation bieten hinreichend wissenschaftliche Fragestellung.

Abstract

What is the meaning of phototherapy in the local matter of rehabilitation besides of helio- and climate therapy? How to complete procedures of heliotherapy with phototherapeutical managements? When is it sensible? But which patients would benefit from this mixture of therapy? What about efficiency and reduction of costs compared to other therapeutics in dermatological rehabilitation? We have a lot of questions which must be answered in a scientific way.

Eigentlich unterscheidet sich die Phototherapie an den dermatologischen Rehabilitationseinrichtungen in keiner Weise von der Art der Phototherapie, wie sie in dermatologischen Akuthäusern betrieben wird, mithin ist sie eigentlich überflüssig, könnte man doch am Kurort Luft und Sonne in ausreichendem Maße nutzen!

Diese mit einer gewissen naiven Offenheit formulierte Äußerung eines Fachkollegen im Rahmen der 75. Tagung der Norddeutschen Dermatologischen Gesellschaft in Halle an der Saale im vergangenen Jahr zeigt das Dilemma der dermatologischen Rehabilitation in mehrfacher Hinsicht auf.

Da dermatologische Rehabilitation nicht Inhalt des Ausbildungskataloges ist, können sich tatsächlich nur diejenigen angehenden Kolleginnen und Kollegen Fachärzte ein Bild über die Vorteile dieser sehr effizienten, jedoch auch spezifizierten Form der The-

rapie machen, die einige Zeit ihrer Ausbildung in einer entsprechenden Kurklinik investiert haben.

Nach wie vor gibt es keinen Konsens darüber, welche Patientenklientel eigentlich von einer in der Regel dreiwöchigen Rehabilitation in welchem Ort, zu welcher Jahreszeit nachhaltig profitiert. Nach wie vor besteht auch unter einer nicht minderen Zahl von Dermatologen die Meinung, Rehabilitation sei etwas Angenehmes für die betreuten Patienten mit viel Muße und Entspannung auf Kosten der Kranken- und Rentenversicherungsträger. Mehr auch nicht. Die Aufzählung vorgefasster Meinungen ließe sich fast beliebig fortsetzen.

Der große Belegungseinbruch aller Rehabilitationseinrichtungen in den Neunzigern ist noch nicht vergessen. Für viele Kliniken hat es in den vergangenen Jahren ein verhaltenes Aufatmen ge-

51

Institutsangaben

Ostseeklinik Dierhagen

Korrespondenzadresse

Dr. M. Schwarz · Ostseeklinik Dierhagen · Wiesenweg 1 · 18347 Dierhagen ·
E-mail: arztsekretariat@ostseeklinik-dierhagen.de

Bibliografie

Akt Dermatol 2004; 30: 51–54 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0340-2541 ·
DOI 10.1055/s-2004-814227

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

geben. Noch aber sind die Spuren der „Rezession in der Rehabilitation“ nicht verblasst, da zeichnen sich weitere, ungeahnte Hindernisse für die Betreiber derartiger Einrichtungen ab:

Welche Politik werden die Kostenträger angesichts des zunehmend enger werdenden finanziellen Rahmens favorisieren? Wie werden sich die Kranken- und Rentenkassen verhalten, wenn weitere, gleichwertig agierende Rehabilitationseinrichtungen bei wesentlich günstigeren Tagessätzen in der sich erweiternden Europäischen Union bei niedrigeren Anfahrtskosten zur Verfügung stehen? Sollen sich einzelne Rehabilitationseinrichtungen tatsächlich eher dem Wellnessbereich öffnen, um dem drohenden Konkurs zu entgehen? Mit welcher Art Rehabilitation kann man auch in Zukunft den Patienten und Kostenträger überzeugen?

Erste Antworten sind gefunden, immer wieder heißt das „Zauberwort“: Qualität. Tatsächlich werden wir auch in der dermatologischen Rehabilitation nur durch den Nachweis qualitativ hochwertiger Arbeit bei den zukünftigen Patienten, bei den Kassen und letztlich, nicht zu vergessen, den eigenen motivierten Mitarbeitern überzeugen können. Andererseits sind modifizierte Organisationsformen der Rehabilitation notwendig, Stichwort: ambulante dermatologische Rehabilitation [11]; es ist notwendig aufzuzeigen, wozu dermatologische Rehabilitation bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Dermatosen unter Nutzung rehabilitationspezifischer Klima-, Helio- und auch Phototherapie in der Lage ist. Nicht wenige in der Rehabilitation tätige Dermatologen sehen es als ihre Aufgabe, gerade für die Gruppe der chronisch am Hautorgan Erkrankten, attraktive Betreuungselemente zu entwickeln [5].

Erste qualitätssichernde Schritte auf dem Sektor der dermatologischen Rehabilitation sind gesetzt. So wurde für den allgemeinen rehabilitativen Standard von einzelnen Bundesländern (z. B. Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein) ein Qualitätssiegel für die medizinische Rehabilitation ausgelobt, wurden aber auch unter dermatologischer Ägide erste „Abgestimmte Empfehlungen zur stationären dermatologischen Rehabilitation“ formuliert [1,3].

Woran fehlt es?

Aus dem „Nischendasein“ ist die dermatologische Rehabilitation trotz aller qualitätssichernder, organisatorischer und zielgruppenmodifizierender Reformen nicht hervorgekommen.

In diesem Kontext aber ist es gerade die Phototherapie, im Verbund mit klima- und heliotherapeutischen Verfahren, die bezüglich ihrer Wertigkeit *unter den besonderen örtlichen Bedingungen der lokalen Rehabilitationsklinik* einer wissenschaftlichen Wertung bedarf.

In vielen älteren Lehrbüchern der medizinischen Rehabilitation gibt man sich mit Erfahrungswissen zufrieden [4]. Dieses genügt sicherlich für allgemeine und großräumige Betrachtungen, lässt aber die Bedingungen in der gegebenen Örtlichkeit außer Acht. Inwiefern unterscheiden sich die klimatischen Gegebenheiten für einen Rehabilitanden mit einer chronisch-stationären Psoriasis oder einer Neurodermitis im Monat November im Hochge-

birgs-, Nordsee- oder Ostseeklima voneinander? Wie sind die einzelnen Parameter der Klima-, Helio- und Phototherapie zu wichten, um ein optimales Therapieergebnis (soll heißen: langes rezidivfreies Intervall) zu erreichen? Hier gilt es sicherlich, für die einzelnen Standorte der dermatologischen Rehabilitation vergleichbare, wissenschaftlich fundierte Werte vorzuhalten, um primär den geeigneten Ort des Heilverfahrens zu bestimmen. Nur durch das im wahrsten Sinne des Wortes individuelle Therapieprogramm jedes einzelnen Patienten, welches auch während des stationären Heilverfahrens noch – gemäß den vorherrschenden Witterungsbedingungen – adjustiert werden kann, sollte ein optimales Rehabilitationsergebnis erzielt werden.

Um die zentrale Stellung der Phototherapie, als Therapieform unter Ausnutzung künstlicher Lichtquellen, in der Rehabilitation für Kliniken innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zu unterstreichen, sei eingangs auf die drei eng miteinander verbundenen, sich wechselseitig bedingenden, typisch rehabilitativen Therapieformen der Klima-, Helio- und Phototherapie hingewiesen.

Ist die Phototherapie tatsächlich in allen dermatologisch tätigen Praxen und ausgerichteten Kliniken durchführbar, sind Klima- und Heliotherapie mit ausgewählten, ausgezeichneten, jahreszeitlich differenten Witterungsbedingungen assoziiert und somit nur an bestimmten Orten unseres Landes sinnvoll [2]?

Klimatherapeutische Verfahren sollen Adaptationsmechanismen des Organismus an reizintensive Faktoren fördern (Sonne/Licht, Wind, kühle Luft/Kälte, Aerosol respektive der reduzierte Sauerstoffpartialdruck in höheren Gebirgslagen). Als medizinisch verwertbare Instrumente lassen sich dabei 1. Kälte und Wind 2. Sonnenstrahlung (UVB) und 3. Luftreinheit und Allergenarmut ausnutzen [6]. Die gezielte Verwendung von physikalisch-chemischen Parametern der Atmosphäre hat sich in der Dermatologie besonders für Patienten mit Neurodermitis, Psoriasis, Mykosis fungoides, vulgären (pruriginösen) Ekzemen und bestimmten Formen der Urtikaria positiv ausgezahlt. Ein wesentlicher Bestandteil klimatherapeutischer Möglichkeiten ist die Heliotherapie, zu verstehen als der gezielte therapeutische Einsatz des natürlichen Sonnenlichtes.

Heliotherapeutische Verfahren erlauben eine sehr komplexe Einflussnahme. Neben den Einwirkungen auf Hautorgan und Immunsystem sind Steigerung des Knochenstoffwechsels, Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit und – als nicht minder zu betrachten – Reduktion subjektiver Beschwerden als wichtige Zielstrukturen anzusehen [10].

Die Nutzung heliotherapeutischer Verfahren wird durch die Tatsache, dass die Sonne aus photobiologischer Sicht eine hervorragende Lichtquelle für die Behandlung o. g. Leiden ist, noch unterstrichen.

Wer allerdings die notwendigen natürlichen Voraussetzungen über den Jahresgang hinweg nicht vorhalten kann, muss auf die Verwendung künstlicher Lichtquellen zurückgreifen. Diese simple Tatsache klingt banal, erklärt allerdings auch die umfangreiche Ausstattung der deutschen Rehabilitationskliniken mit Anlagen der Phototechnik.

Nach Menger [8] gilt für die dermatologischen Rehabilitationskliniken in Norddeutschland, dass in den Wintermonaten eine wirksame Heliotherapie mit ausreichendem UVB-Anteil effektiv nicht stattfinden kann. Eine nennenswerte Intensität erreicht die natürliche UV-Strahlung mit einem Anteil von weniger als 313 nm erst (so für die deutsche Ostseeküste) in den Monaten April bis September.

Nur in diesen Monaten ist der Sonnenstand mit über 35° über dem Horizont gewährleistet.

Wie aber verhält es sich in den Sommermonaten? Heliotherapie und/oder Phototherapie? Vocks aus Davos/Schweiz wies nach, dass unter Verwendung der (künstlichen) Phototherapie (SUP) die verabfolgte Dosis ca. 30-fach über der zur Abheilung von Psoriasisläsionen führenden Dosis durch die Heliotherapie liegt [12]. Erklärt wird diese markante Diskrepanz durch zusätzlich bei der Heliotherapie einwirkende weitere Faktoren von klimatherapeutischer Relevanz. Die Bedeutung der gegenseitigen Beeinflussung atmosphärischer Parameter summativ oder potenziert ist bislang nicht ausreichend untersucht. Bei einem tatsächlich ausnutzbaren Maximum an Heliotherapie würde sich bei der Therapie einer Psoriasis vulgaris unter effektiv minimaler UVB-Belastung ein Maximum an Ergebnis für den betroffenen Patienten einstellen – optimale Verhältnisse der Heliotherapie vorausgesetzt. Diese liegen jedoch kaum an den verschiedenen Orten der dermatologischen Rehabilitation in der Bundesrepublik im Jahresgang vor, trotz der Tatsache, dass bisweilen auch ein leicht bewölkter Himmel unter bestimmten Bedingungen eine Zunahme an effektiver Strahlung garantieren kann. Unter dieser Konstellation bietet es sich an, helio- und phototherapeutische Verfahren miteinander zu kombinieren. Voraussetzung dafür wäre die individuelle Erfassung der täglich vom Patienten per Heliotherapie ausnutzbaren Anteile der Globalstrahlung. Mithin könnte die zur Abheilung führende (noch fehlende) Lichttherapie durch phototherapeutische Verfahren ergänzt werden [7]. Unabdingbar ist, wie Piazena/ Berlin auf besagter Tagung in Halle formulierte, ein kumulativ- und erythemgewichtetes Gerät. Erste Pilotmessungen für die so „planvoll kontinuierliche Steigerung der UV-Dosis“ werden an einer Rehabilitationseinrichtung an der Ostseeküste gegenwärtig durchgeführt.

Der Vorwurf, mit einer Vielzahl von Geräten zur Lichttherapie würde der therapeutische Effekt nur unter Inkaufnahme größerer Risiken gewonnen, ist nicht neu, verblüffend allerdings erscheint die deutliche Differenz zwischen kurierenden phototherapeutischen und – optimale Verhältnisse vorausgesetzt – heliotherapeutischen Energiedosen. In diesem Zusammenhang sei zusätzlich darauf verwiesen, dass die Risiken einer Phototherapie (Hautkarzinogenese, Hautalterung, Immunsuppression) im Wesentlichen aus der Emission kurzweiliger UV-Strahlen resultieren. So sind z. B. Geräte, die im Schmalspektrumbereich z. B. UVB-311 – 313 nm arbeiten, als Gewinn jeder Rehabilitationseinrichtung zu werten [7].

Eine Adjustierung bzw. Abstimmung von Phototherapie und Heliotherapie als Bestandteil klimatherapeutischer Verfahren auf sehr individuelle und täglich variierende Verhältnisse scheint optimal, verbessert die Wirksamkeit und vergrößert die Verträglichkeit einer Lichttherapie.

Dermatologische Rehabilitationseinrichtungen können auf die Anwendung phototherapeutischer Verfahren nicht verzichten. Es gilt zudem: keine dermatologische Rehabilitationsklinik ohne versiert arbeitende Lichttherapie!

Neben dem mit den Kriterien der dermatologischen Lichttherapie vertrauten Pflegepersonal und den Dermatologen müssen in jeder stationär tätigen Rehabilitationseinrichtung die apparativen Voraussetzungen gegeben sein. In den bereits zitierten Empfehlungen von Buhles und Altmeyer werden für Rehabilitationseinrichtungen, ohne allerdings diese in ihrer Art zwingend vorzuschreiben, benannt: selektive UV-Therapie, Schmalspektrum-UVB, systemische und topische PUVA-Therapie, UVA-Bestrahlungsmöglichkeiten, Teilbestrahlungsgeräte, Balneo-Phototherapie-Einheiten [3]. Tatsächlich gehören die benannten Einheiten heute auch in der Rehabilitation zum Standard. Ob für die hochdosierte UVA-1 Therapie entsprechende Geräte auch für die dermatologische Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden sollten, ist noch Gegenstand der Diskussion [13]. Für eine ausgewählte Klientel scheint diese Art der beschränkten UVA-Therapie von Nutzen zu sein. Die quantitative Ausstattung mit den differierenden Bestrahlungseinrichtungen richtet sich selbstverständlich nach dem vorhandenen Patientenaufkommen.

Das Verhältnis von Phototherapie und Heliotherapie, die Möglichkeiten ihres optimierten Einsatzes kennzeichnen aber auch den großen Bedarf an wissenschaftlicher Überprüfung der bislang empirisch ermittelten, teilweise hundert Jahre alten Wissensinhalte. Dass Forschung im dermatologisch-rehabilitativen Sektor nicht nur Sinn macht, sondern unmittelbar dem Patienten zugute kommen kann, zumal sie auch einen direkten Beitrag zur Kostenminderung hat, belegen die beiden vor kurzem veröffentlichten, wissenschaftlich fundierten Berichte von Vocks u. a. und Menger [9,14].

Gerade die bei Neurodermitikern gestörte Gefäßregulation kann durch intensivere Kaltreize, verabreicht durch Luftbäder bei böigem Wind, sowie Seebäder nachhaltig positiv beeinflusst werden. Die besonders an der Nord- und Ostsee vorhandenen atmosphärischen Elemente Kälte und Wind können auch bei ausgeprägteren neurodermitischen Krankheitsbildern das Regulationsvermögen der kleinen Hautgefäße erhöhen und den Juckreiz mindern [9].

Es sind die klimatherapeutischen Aspekte in der Behandlung der multifaktoriell getriggerten Neurodermitis, die lange Zeit in der Literatur nicht beachtet worden sind. Es sind aber gerade die dermatologisch tätigen Rehabilitationseinrichtungen, die in der Möglichkeit einer „ganzheitlichen Betrachtung“ unter Berücksichtigung der psychologischen, öcotrophologischen und ordnungstherapeutisch angehbaren Ursachen der Neurodermitis eine unendliche Zahl an wissenschaftlich relevanten Fragestellungen vorhalten können.

Vocks u. a. haben unter den Bedingungen der Davoser Klinik aus einem immensen Datenmaterial Korrelationen zwischen einzelnen Symptomen der Neurodermitis und der atmosphärischen Umwelt hergestellt [14]. Konstatiert wird die wesentliche Bedeutung klimatischer Faktoren für den neurodermitischen Phänotyp. Nach den Autoren sollen sich für Neurodermitiker (unter

Hochgebirgsbedingungen?) optimale Witterungsbereiche herausarbeiten lassen (ausreichender Wärmegradient an der Hautoberfläche, niedrigere Bereiche der relativen Feuchte u. a.). Ob die Beobachtungen tatsächlich auch für andere Standorte Gültigkeit besitzen, bleibt festzustellen.

Dahingehend auch nur eingeschränkt zu verallgemeinern sind die eigenen Beobachtungen der hervorragenden Wirkung leichter Kälteexpositionen während ruhigen Liegens (Frischluft-Liegekur) auf Patienten mit inzipienter Mykosis fungoides.

Als pars pro toto haben auch die verschiedenen bioklimatischen Bedingungen an der Nord- und Ostsee bisher sowohl für sich allein als auch in ihrem komplexen Zusammenwirken in der neueren wissenschaftlichen Literatur keine ausreichende Berücksichtigung gefunden. Dem Meeresküstenklima mit seinem nivellierten Temperaturverlauf, mit den höheren absoluten und relativen Luftfeuchtwerten, mit seinen Windbewegungen und dem Wechsel zwischen Land- und Seewinden, den eigenen Abkühlgrößen durch Windbewegungen sowie dem verstärkten Einfluss der Strahlungsgrößen (Horizonterweiterung, Reflexionszugewinn) sollte unter medizinischen, und im Besonderen unter dermatologischen Aspekten mehr wissenschaftliche Aufmerksamkeit zuteil werden.

Festzustellen bleibt Folgendes: Unter Beachtung zunehmend integrativ agierender medizinischer Teilbereiche, der steigenden Akzeptanz von einigen Elementen der Naturheilkunde in Prävention und Rehabilitation chronischer Krankheitsbilder sowie der Stärkung von umweltmedizinischen Aspekten erfährt die Klimatherapie, auch in ihren Teilbereichen, einen größeren Stellenwert. Für die Gestaltung einer qualitativ hochwertigen Rehabilitation ist die Verwendung wissenschaftlich gesicherter Verfahren auch aus dem Sektor Klima/Lichttherapie unabdingbar. Die Klimatherapie hat mit ihren Teilbereichen als Verfahren innerhalb der medizinischen Rehabilitation eine lange Tradition. Es fehlt jedoch an überzeugenden, wissenschaftlich anerkannten Nachweisen über ihre Wirksamkeit oder ihres kostenreduzierenden Effektes. Auch sind für Anwendung und Dosierung einzelner Verfahren keine adäquaten Richtlinien verfügbar. Das gilt nachgeordnet auch für die Anwendungen der Helio- und adjustierten Phototherapie.

Es besteht im Rahmen der allgemeinen Durchsetzung qualitativ abgesicherter Verfahren in der Medizin dringender Handlungs-

bedarf auch in diesem speziellen, genuinen Verfahren der dermatologischen Rehabilitation.

Bleibt zu ergänzen, dass wegen der teilweise in den Einrichtungen der dermatologischen Rehabilitation sehr geringen Personalausstattung eine enge wissenschaftliche Zusammenarbeit mit universitären Einrichtungen wünschenswert ist.

Praxisorientierte Forschungsthemen stehen allenthalben zur Verfügung. Eine Kooperation zwischen den einzelnen Gliedern der dermatologischen Betreuung in der Bundesrepublik kann dabei für alle, besonders aber für die an chronisch rezidivierenden Dermatosen leidenden Patienten, von Vorteil sein.

Literatur

- ¹ Bäderverband M-V e.V., Krankenhausgesellschaft M-V e.V., Verband der Privatkrankenanstalten M-V e.V. Qualitätssiegel medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität für Rehabilitationseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin: 2002
- ² Borelli S. Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation in der Dermatologie und Allergologie. *Dtsch Dermatolog* 1991; 39 : 888 – 902
- ³ Buhles N, Altmeyer P. Abgestimmte Empfehlungen zur stationären dermatologischen Rehabilitation. *Dtsch Dermatolog Ges, AWMF online* 2001; 3: HTML – Code optimiert
- ⁴ Buschke A. Balneotherapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. *Zeitschr wiss Bäderkunde* 1930; 6: 838 – 853
- ⁵ Buslau M. Dermatologische Rehabilitation – Chancen in der Krise. *Hautarzt* 1999; 50: 2 – 4
- ⁶ Harlfinger O. Das Meeresküstenklima und seine klimaphysiologische Wirkung. In: *Bioklimatischer Ratgeber für Urlaub und Erholung*. Stuttgart: G. Fischer, 1985
- ⁷ Meffert H, Piazena H. Photobiologische Bewertung von UV-Therapiegeräten – für alle, die es nicht lassen können ... *MedReport* 2002; 26: 12
- ⁸ Menger W. *Klima an Nordsee und OstseeIn: Klimatherapie an Nord- und Ostsee*. Stuttgart: G. Fischer, 1997
- ⁹ Menger W. Der Kältereiz als therapeutisches Prinzip bei Neurodermitis. *Akt Dermatol* 2002; 28: 433 – 436
- ¹⁰ Schuh A. Chancen der Kurortmedizin bei Umweltkranken. *Berichtsband zum 3. Dierhagener Umwelttag* 12. Mai 2002
- ¹¹ Sönnichsen N. Konzeption: Ambulante Dermatologische Rehabilitation. *Dtsch Dermatolog* 1997; 45: 814 – 816
- ¹² Vocks E. Natürliches Licht ist der SUP-Lichttherapie überlegen. *Interne KLINIKZEITUNG der Deutschen Klinik für Dermatologie und Allergie Davos – Alexanderklinik* 1995; 1: 9 – 11
- ¹³ Vocks E. Neue UV-Spektren bereichern die dermatologische Phototherapie. *Interne KLINIKZEITUNG der Deutschen Klinik für Dermatologie und Allergie Davos – Alexanderklinik* 2000; 10: 10 – 11
- ¹⁴ Vocks E et al. Biometrische Studie zur Wetterabhängigkeit und Wetterempfindlichkeit beim atopischen Ekzem. *Akt Dermatol* 2002; 28: 363 – 369