

Ergebnisse der wohnortnahen dermatologischen Rehabilitation bei Patienten mit atopischem Ekzem

Results of Close-to-Residence Dermatological Patients with Atopic Eczema

Zusammenfassung

Einleitung: Für die nahe Zukunft ist eine flächendeckende Patientenversorgung mit ortsnahen dermatologischen Rehabilitationszentren geplant. Das Modellkonzept der Rehabilitation im städtischen Ballungsgebiet wird im Ruhrgebiet (Duisburg) bereits seit 1996 praktiziert. Nachfolgend werden die primären wohnortnahen Rehabilitationsergebnisse beim atopischen Ekzem präsentiert und mit Ergebnissen der wohnortfernen Rehabilitation verglichen. **Patienten und Methodik:** Von 180 konsekutiv wohnortnah ambulant und stationär rehabilitierten Neurodermitis-Patienten wurden Daten retrospektiv anhand des SCORAD-Scores und eines anonymisierten Fragebogens ausgewertet. **Ergebnisse:** Eine Verbesserung des SCORAD-Scores von $51,5 \pm 19,3$ auf $22,2 \pm 13,0$ Punkte um 57% wurde in durchschnittlich 24 Behandlungstagen erzielt. Den nur wohnortnah möglichen Kontakt zu ihren Angehörigen während der Rehabilitation beurteilten 83,9% der Patienten als wichtig. Eine wohnortferne Behandlung hätten lediglich 5,4% vorgezogen. Die stationäre Rehabilitation erwies sich bei gleich guten Behandlungserfolgen um 64,4% kostenintensiver als die ambulante. **Schlussfolgerungen:** Verglichen mit der traditionellen wohnortfernen Kur erbringt die wohnortnahe dermatologische Rehabilitation im Ruhrgebiet bei Neurodermitis-Patienten vergleichbar gute primäre Rehabilitationserfolge. Besonders wichtig für die Patienten ist dabei die Nähe zum psychosozialen Umfeld. Die wohnortnahe ambulante Rehabilitation ist bei gleich guten Behandlungsergebnissen deutlich kostengünstiger als die stationäre.

Abstract

Introduction: For the near future dermatological neighbourhood rehabilitation centers are planned in many areas of Germany. The model-concept for neighbourhood rehabilitation has been performed in the midst of an overcrowded urban area in Duisburg (Ruhrgebiet, Germany) since February 1996. The primary evaluation results of the treatment of atopic eczema in the concept „neighbourhood rehabilitation“ are presented and compared to the results of rehabilitation centers far from home. **Patients and Methods:** Data of 180 consecutive in- and out-clinic neurodermatitis patients are retrospectively analysed concerning the SCORAD scores and an anonymous questionnaire after discharge. **Results:** In an average of 24 treatment days an improvement of SCORAD-scores from $51,5 \pm 19,3$ to $22,2 \pm 13,0$ points in average 57% could be achieved. 83,9% of the patients judged the contact to their family and friends possible only during neighbourhood rehabilitation as important. A treatment far away from home would have been preferred by only 5,4%. Achieving the same positive results the costs of in-patient rehabilitation were 64,4% higher than the out-patient treatment. **Conclusions:** Compared to traditional spas far away from home dermatologic neighbourhood rehabilitation in the crowded Ruhr-Area shows similar positive primary rehabilitation results. Especially being treated close to their psycho-socially environment is important for the patients in this context. Out-patients' neighbourhood rehabilitation causes distinctly less costs than in-patient rehabilitation while achieving similar positive results.

Institutsangaben

¹ Praxis für Dermatologie, Allergologie, Phlebologie und Umweltmedizin, Dres. B. Kardorff und P. Dorittke, Mönchengladbach

² Rhein-Klinik St. Joseph, Rehabilitationszentrum für Dermatologie, Allergologie und Umweltmedizin Duisburg (CA Dr. Johannes Kunze)

Korrespondenzadresse

Holger Detering · Praxis für Dermatologie, Allergologie, Phlebologie und Umweltmedizin · Marktstraße 31 · 41236 Mönchengladbach · E-mail: kardorff@t-online.de

Bibliografie

Akt Dermatol 2004; 30: 493–499 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2004-825989 · ISSN 0340-2541

Einleitung

Die Möglichkeit der bundesweiten Errichtung wohnortnaher dermatologischer Rehabilitationszentren ist seit dem 1.4.2004 in greifbare Nähe gerückt.

Gleichzeitig sind mit diesem Datum die durch den gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Neufassung der Rehabilitationsrichtlinien [1] sowie die Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation [2] der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Frankfurt a. M. (BAR) in Kraft getreten.

Die Aktualität dieser Ereignisse gibt den Anlass, in der nachfolgenden Arbeit die Resultate der Evaluation des primären Rehabilitationserfolgs wohnortnah rehabilitierter Patienten mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) zu präsentieren. Die Rhein-Klinik St. Joseph Duisburg arbeitet bereits seit ihrer Eröffnung im Jahr 1996 nach den von der BAR aktuell empfohlenen [2] therapeutischen, konzeptionellen, personellen, apparativen und räumlichen Standards [3–8]. Nachfolgende Auswertungen zeigen den Grad der Verbesserung des wohnortnah rehabilitierten chronischen Krankheitsbilds wie auch den Stellenwert einer Rehabilitation innerhalb des eigenen psychosozialen Umfelds aus Patientensicht. Die primären Rehabilitationsergebnisse traditioneller wohnortferner Klimakuren und wohnortnaher Zentren hinsichtlich der Besserung des Schweregrads der Neurodermitis beurteilt mit SCORAD [9]- und EASI [10]-Scores werden anschließend einander gegenübergestellt.

Patienten und Methodik

Patienten

180 konsekutive Patienten mit der Hauptdiagnose atopisches Ekzem (ICD-10: L20.8, L20.9), die innerhalb von 3 Jahren (1999–2001) im Ruhrgebiet in Duisburg [3–8] rehabilitiert worden sind, wurden in der retrospektiven Untersuchung berücksichtigt. Entsprechend der nach den aktuell gültigen Rehabilitationsrichtlinien anzuwendenden internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [11] bestanden bei den Reha-Patienten Schädigungen von Funktionen (ICF: b810–b869) und Strukturen der Haut- und Hautanhangsgebilde (ICF: s810–s899) z.B. in Form von Erythemen, Schuppung, Nässen, Lichenifikation, Vesikeln und Pusteln mit ausgeprägtem Pruritus und z.T. auch Dysästhesien oder Schmerzen. Hinsichtlich der Aktivitäten bestanden Beeinträchtigungen im persönlichen, sozialen, situationsbedingten und beruflichen Bereich. Hieraus resultiert eine Einschränkung der Teilhabe in den Bereichen der psychischen Belastbarkeit (ICF: d240), der sozialen Integration (d710 ff.), der Beschäftigung in Beruf (d840–d899) und Freizeit (d920) sowie der körperlichen Unabhängigkeit (d510 ff.) und Mobilität (d410 ff.).

Folgende Altersverteilung zeigte das Kollektiv von insgesamt 112 (62%) weiblichen und 68 (38%) männlichen Patienten: Alter zwischen 1 und 83 Jahren (Mittelwert $25,6 \pm 23,1$, Median 18 Jahre). 105 Patienten (58%) wurden teilstationär (ambulant) und 75 Patienten (42%) stationär rehabilitiert (Abb. 1). Das die übergeordneten Bereiche dermatologische Therapie, Psychologie, Ernährungsberatung und physikalische Therapie umfassende Re-

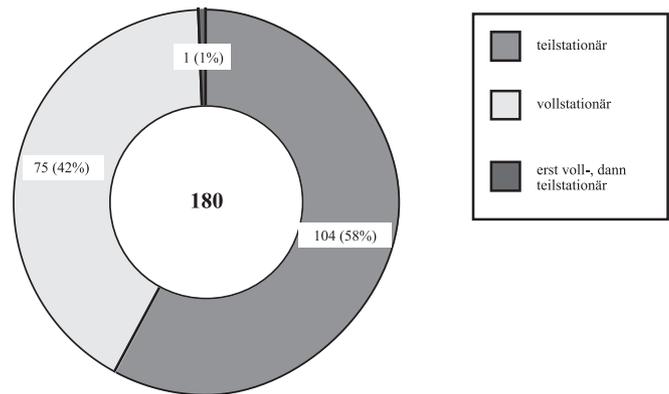


Abb. 1 Verteilung teilstationärer (ambulanter) und stationärer Reha-Maßnahmen bei Patienten mit Neurodermitis (n = 180). Ein Patient wurde zunächst stationär und später ambulant weiterbehandelt.

habilitationsprogramm über jeweils 6 Stunden täglich war identisch für ambulante wie auch stationäre Patienten. An Werktagen differierten die Programme ausschließlich in Bezug auf Klinikübernachtungen und zusätzliche Verpflegung bei stationären Patienten im Vergleich zu heimischen Übernachtungen und Verbringung der freien Zeit im eigenen psychosozialen Umfeld bei ambulanten Rehabilitanden. Samstags, Sonn- und Feiertags wurden bei den stationären Patienten die dermatologischen und physikalischen Behandlungen, aber nicht das psychologische, soziale und medizinische Schulungsprogramm fortgeführt. Bereits analog zu den späteren Rahmenempfehlungen der BAR [2] wurde abhängig vom Ausmaß der Schädigungen, der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe, des dermatologischen Risikos, vom sozialen Umfeld und berechtigten Wünschen des Patienten entschieden, ob eine stationäre oder ambulante Maßnahme durchgeführt wurde.

Behandlungskonzept

Die übergeordneten Rehabilitationsziele des ganzheitlich ausgerichteten Therapiekonzepts der Rhein-Klinik Duisburg [3–8] sind u.a.

- die Abheilung bestehender ekzematöser Hautveränderungen und eine Verlängerung des hauterscheinungsfreien Intervalls,
- die Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit,
- Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien und bei der Krankheitsverarbeitung zum erfolgreichen Langzeiterkrankungsmanagement,
- Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen im Familien- und Berufsleben, in der Freizeit und bei der Motivation,
- Abwendung drohender oder manifester Beeinträchtigungen der Teilhabe insbesondere in Bezug auf die physische Unabhängigkeit, die Mobilität, die psychische Stabilität, die soziale Integration und die Beschäftigung.

Ein interdisziplinäres Therapeutenteam (Abb. 2) behandelt hierfür die Patienten sowohl dermatologisch (topische, systemische, Photo-Therapieverfahren) wie auch mit psychotherapeutischen, physikalischen und physiotherapeutischen Therapieverfahren, Neurodermitisschulung, praktischer Ernährungsberatung und Entspannungsverfahren (Tab. 1). Die in Tab. 1 gelisteten häufigst angewendeten Behandlungen und Kombinationsmodule variie-

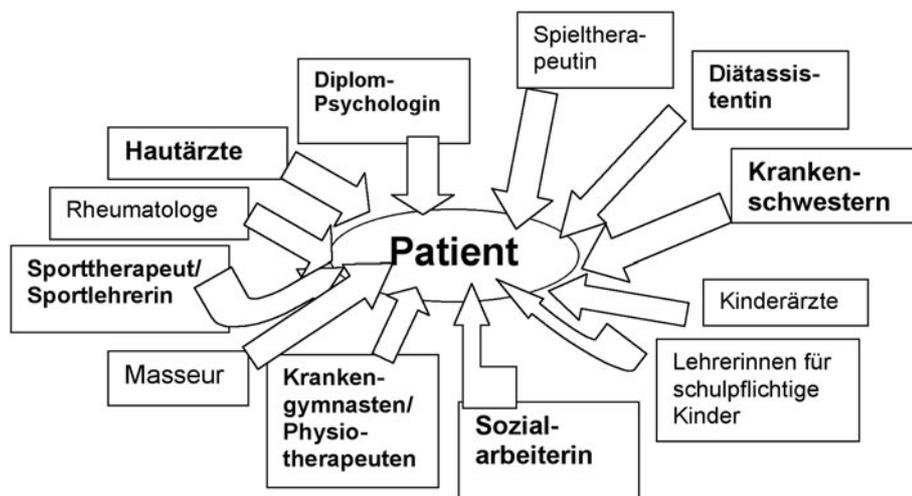


Abb. 2 Zusammensetzung des interdisziplinären Therapeutenteams im wohnortnahen Rehabilitationszentrum Rhein-Klinik St. Joseph Duisburg (modifiziert nach Kardorff et al. [3]). Die von der BAR Frankfurt [2] vorgeschlagenen Therapeuten sind fett gedruckt.

Tab. 1 Dermatologische und psychotherapeutische Therapiemethoden während der wohnortnahen Rehabilitation

absolute Patientenzahl (total n = 180)	(%) der Patienten	therapeutische Kombinationsmodule
144	80,0	Balneophototherapie (bei 16 Patienten mit 15%iger Starkssole, bei 128 mit 3%iger Schwachsole)
55	30,6	UVA1-Hoch- und Medium-Dosistherapie
9	5,0	Ganzkörper-Bade-PUVA-Therapie
17	9,4	Hand- und Fuß-BADE-PUVA
126	70	therapeutischer Gruppensport
40	22,2	Massagen
39	21,7	Krankengymnastik
39	21,7	orale Antihistaminika
180	100	mind. 2 × tägliche Hautpflege [12]
180	100	psychologisches Aufnahme- und Entlassungsgespräch
180	100	2 × wöchentliche Schulung und ärztlicher Vortrag (bei Kindern < 12 Jahre Teilnahme eines Elternteils)
114	63,3	Entspannungstraining (progressive Muskelrelaxation, Phantasiereisen)
91	50,6	Gesundheitstraining
71	39,4	psychologische Paar-, Eltern-, oder Familienberatung
98	54,4	psychologische Einzelgespräche, Psychotherapie

ren innerhalb des Kollektivs aufgrund der Erstellung jeweils individueller Behandlungspläne. Balneophototherapie, stadienadaptierte topische Therapie und intensive, konsequente Hautpflege [3,12] stellen Behandlungsschwerpunkte dar. Die Teilnahme an einem psychologischen Aufnahmegespräch, aus dem sich eventuelle Notwendigkeiten zu weiteren Einzel- oder Gruppengesprächen ergeben, ist für jeden Patienten obligatorisch. Im Rahmen sämtlicher medizinischer Therapiemodule, bei denen es sinnvoll ist, werden die familiären Bezugspersonen mit einbezogen. In die psychologischen und sozialen Therapiemodule wird das psychosoziale Umfeld (sozial, beruflich, schulisch) integriert, wie es nur bei ortsnaher Rehabilitation möglich ist.

Tab. 2 Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen

	Mittelwert (Tage)	Median (Tage)
gesamt (n = 180)	24,43 ± 7,62	25
ambulant (n = 105)	21,93 ± 7,0	21
stationär (n = 75)	27,86 ± 7,15	28

Tab. 3 Beurteilung der Behandlungserfolge durch Arzt und Patient

Beurteilung durch den Arzt	Einschätzung (%)	Beurteilung des Behandlungserfolgs durch die Patienten	Einschätzung (%)
komplette Abheilung	9,4	sehr gut	26,7
fast komplette Abheilung	18,9	gut	37,6
Besserung	66,7	zufriedenstellend	27,7
geringgradige oder keine Besserung	2,8 2,2 (keine Dokumentation)	unbefriedigend	7,9

Dokumentation und Datenerhebung

Zu jedem Patienten wurden insgesamt bis zu 87 verschiedene Parameter aus folgenden Bereichen dokumentiert:

Bei Aufnahme und Entlassung wurden die Ausprägung des neurodermitischen Hautbefalls und subjektiver Beschwerden mit dem Schweregradindex SCORAD (= Severity scoring of atopic dermatitis) [9] bestimmt. Jede Anwendung wurde in einem für jeden Patienten neben der üblichen Krankenakte geführten persönlichen Behandlungsbogen dokumentiert.

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Rhein-Klinik St. Joseph erhielten am Entlassungstag alle Patienten einen anonym auszufüllenden Fragebogen mit insgesamt 24 Fragen zu Themenkomplexen wie subjektiver Behandlungserfolg, Service und Atmos-

phäre, Mahlzeiten und Zimmer sowie zu Besonderheiten der wohnortnahen Rehabilitation. Die Rücklaufquote des Fragebogens betrug 68,3% (n = 123).

Auswertung und statistische Methoden

Mit dem Microsoft-Programm ACCESS wurde zur Evaluation ein Datenbanksystem erstellt, in dem Daten 180 konsekutiv in der Rhein-Klinik St. Joseph Duisburg innerhalb von 3 Jahren behandelter Patienten mit atopischem Ekzem erfasst worden sind. Die statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Programmpaket CSS: Statistica (Fa. StatSoft, USA).

Die nachfolgend genannten Abheilungsquoten (auch in Tab. 4) wurden durch die relative SCORAD-Reduktion (%) nach folgender Formel ermittelt: $100 - [100 \times (\text{Entlassungs-SCORAD} : \text{Aufnahme-SCORAD})]$. Analog erfolgte diese Berechnung in einem Fall (s. Diskussion) mit dem EASI-Score.

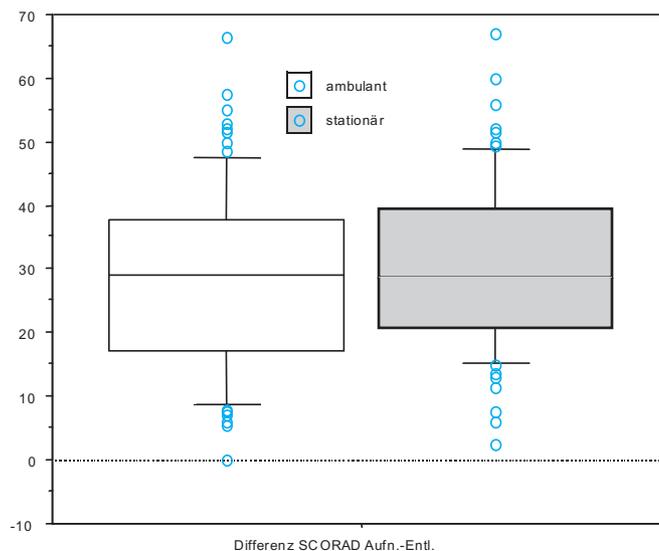
Ergebnisse

Der Aufnahme-SCORAD-Score betrug bei den 180 konsekutiv behandelten Patienten $51,5 \pm 19,3$ (Median 51) und der Entlassungs-SCORAD-Score $22,2 \pm 13,0$ (Median 22 Punkte). Die durchschnittliche SCORAD-Reduktion um 29,3 Punkte (Abb. 3) ist statistisch hochsignifikant. Somit betrug die Abheilungsquote in Bezug auf Schweregrad und Ausdehnung des neurodermitischen Befalls durchschnittlich 57%.

Die Unterschiede in der SCORAD-Score-Reduktion bei ambulanten und stationären Patienten (Abb. 1 u. 3) zeigten keinen signifikanten Unterschied. Bei den stationären Patienten ergab sich ein im Mittelwert um nur 2,5 Punkte (Median 0,5 Punkte) besseres Ergebnis im SCORAD-Score als bei ambulanten Patienten, obwohl sie durchschnittlich 6 Therapietage mehr im Rehasentrum verbrachten (Tab. 2). Die Rehabilitationsdauer betrug in beiden Gruppen gleichermaßen ca. 4 Wochen. Der Unterschied von 6 Tagen kommt durch die Wochenenden zustande, an denen die ambulanten Patienten bei ihren Familien waren. Die stationären Patienten hingegen erhielten auch an Samstagen und Sonntagen die komplette medizinische Behandlung (Balneophototherapie, Hautpflege, etc.). Die Unterbrechung der Therapie im Rehasentrum selber an den Wochenenden hat in unserem Kollektiv dem Therapieerfolg nicht geschadet. Die ambulanten Patienten wurden angewiesen, die im Rehasentrum erlernte Anwendung von Lokaltherapie und Hautpflege an den Wochenenden direkt in die eigenständige Praxis umzusetzen.

Die durchschnittliche Rehabilitationsmaßnahme dauerte $24,43 \pm 7,62$ Tage (Median 25 Tage) (Tab. 2). Ambulante Patienten wurden dabei an 5 und stationäre Patienten an 7 Tagen pro Woche durch das Rehasentrum behandelt.

Zusätzlich zu den obengenannten Zielen, stellt auch die nach Möglichkeit langfristig steroidfreie Therapie der Neurodermitis ein Rehabilitationsziel dar. Vor Rehabilitationsbeginn wurden fast 80% der Patienten mit topischen und 12,8% mit systemischen Steroiden therapiert. Zum Zeitpunkt der Entlassung erhielten nur noch 17 Patienten (9,4%) topische Kortikosteroide und kein Patient (0%) mehr systemische (Abb. 4).



	Δ SCORAD Aufn.-Entl., Total (n=180)	Δ SCORAD Aufn.-Entl., ambulanz (n=105)	Δ SCORAD Aufn.-Entl., stationär (n=75)
Mittelwert	29,280	28,040	30,573
Std.-Abw.	13,841	14,185	13,381
Median	28,500	29,000	28,500

Abb. 3 SCORAD-Score-Reduktion in Abhängigkeit von der Art der Rehasenmaßnahme (ambulanz/stationär).

Bei der Abschlussuntersuchung gab der untersuchende Arzt neben dem Entlassungs-SCORAD-Score noch eine abgestufte Kurzeinschätzung über den klinischen Hautzustand der Patienten ab. Als Pendant dazu werteten die Patienten auf dem anonym auszufüllenden Entlassungsfragebogen ihre Zufriedenheit mit ihrem Behandlungsergebnis mit Urteilen zwischen sehr gut und unbefriedigend (Tab. 3).

Die sich speziell auf das Thema „Wohnortnähe“ der Rehabilitationsmaßnahme beziehenden Fragen ergaben folgende anonyme Ergebnisse:

70,1% beurteilten den Kontakt zu den eigenen Angehörigen während der Rehasenmaßnahme als sehr wichtig und 13,8% als wichtig (zusammen 83,9%), 16,1% als weniger wichtig oder sogar unwichtig.

Die Frage, ob die Rehabilitation besser in größerer Entfernung vom Wohnort hätte erfolgen sollen (Antwortmöglichkeit Ja/Nein), wurde lediglich von 5 Patienten mit Ja beantwortet. Der Wunsch nach einer Rehabilitation in größerer Entfernung vom Wohnort stand dabei in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang zu der Einschätzung des persönlichen Therapieerfolgs.

Als Behandlungskosten für die Kostenträger der Rehabilitation fielen bei ambulanter (teilstationärer) Behandlung 3728,61 DM (1906,41€) pro Patient und bei stationärer Behandlung 6128,10 DM (3133,25€) pro Patient an, bei nahezu gleich gutem primären Rehabilitationserfolg in Bezug auf den SCORAD-Score. Bei der stationären Therapie entstanden somit für die Kostenträger 64,4% Mehrkosten. Auf das Therapieergebnis umgerechnet

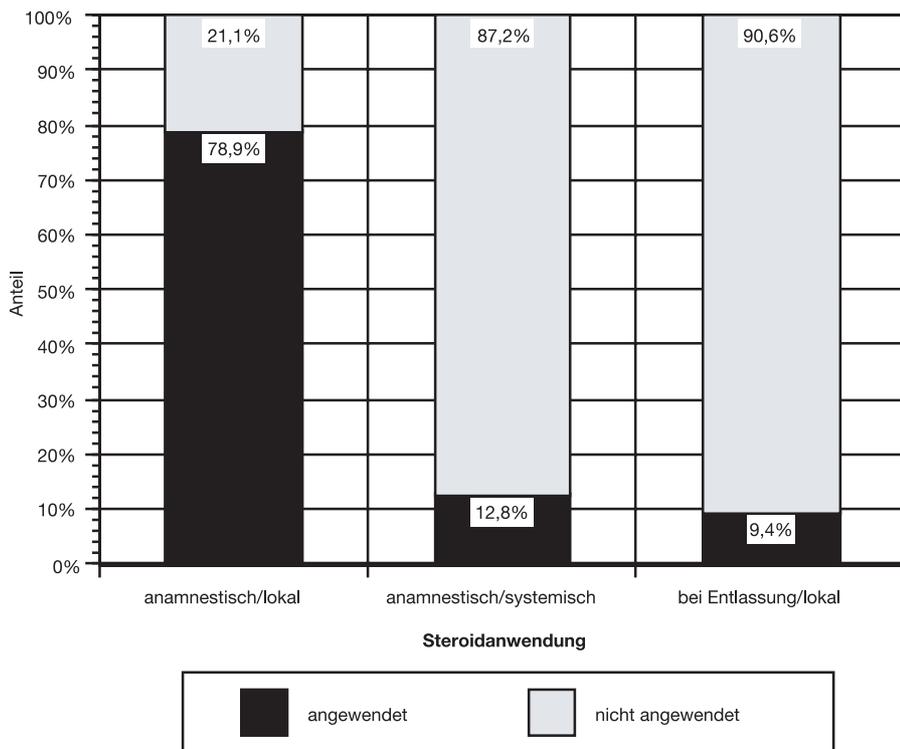


Abb. 4 Steroidanwendung bei Patienten mit Neurodermitis (n = 180) vor und nach Abschluss der wohnortnahen dermatologischen Rehabamaßnahme.

Tab. 4 Primäre Rehabilitationsergebnisse unterschiedlicher Rehabilitationszentren anhand der prozentualen SCORAD-Score-Reduktion

Publi- kations- jahr	Erstautor	Klinik/ Institution	Therapiemethode	Behandlungsdauer	Pati- en- zahl	mittlere Abheilungs- quote (%)
1999	Simon [14]	Alexanderhausklinik Davos	Hochgebirgsklimatherapie	4 bzw. 5 – 6 Wochen	41	23,5
2003, (2001), (1999)	Buhles [15]	Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt	stationäre Rehabilitation	22 Tage (24,3 Tage) (24,5 Tage)	151 (247) (113)	60,5 (57,7) (57,7)
2001	Petermann [16]	zwei Kliniken im Allgäu „Santa Maria“ (Oberjoch, 1200 m) und „Prinzregent Luitpold“ (Scheidegg, 1000 m)	stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit Hochgebirgsklimatherapie und Neurodermitisschulungsprogramm	4 bis 6 Wochen	102	50,2
1999	Lange [17]	PsoriSol Fachklinik für Dermatologie und Allergo- logie Hersbruck	kombinierte dermatologisch-verhaltens- therapeutische stationäre Therapie	25 Tage	58	80,8
2002	Harms [18]	vier stationäre Einrichtungen an Nord- und Ostsee	stationäre Rehabilitation mit See- Klimatherapie und spezifischer dermatologischer Therapie	keine Angabe	667	54,0
2000	Lemke [20]	Dermatologisches Zentrum Buxtehude	wohnnortnahe ambulante Rehabilitation 7 × 2,5-stündige Schulungen für Erwach- sene und 6 × 2,5-stündige Schulungen für Eltern an atopischem Ekzem erkrankter Kinder	20 Behandlungstage, z. T. auf mehrere Monate verteilt	78	59,0
2004	Detering (eigene Untersu- chung)	Rhein-Klinik St. Joseph Duisburg, Rehabilitations- zentrum für Dermatologie, Allergologie und Umwelt- medizin	wohnnortnahe dermatologische Rehabilitation, ambulant und stationär, kombinierte dermatologische und psychologische Therapie, Schulungen und Entspannungsverfahren, Einbeziehung des psychosozialen Umfelds	24 Tage	180	57,0

kostete jeder Punkt SCORAD-Score-Reduktion bei den ambulanten Patienten 132,97 DM (67,99€) und bei stationären Patienten 200,44 DM (102,48€).

Diskussion

Noch vor wenigen Jahren gab es erhebliche Bedenken gegenüber der Effektivität der wohnortnahen, „nicht-klimatherapeutischen“ Rehabilitation [13]. Um eine Einschätzung ermöglichen zu können, welchen Stellenwert der primäre Rehabilitationserfolg im städtischen Ballungsgebiet – messbar als Schweregrad des atopischen Ekzems – verglichen mit traditionellen wohnortfernen Rehabilitationskliniken und Klimakuren und einem weiteren Modellprojekt wohnortnaher dermatologischer Rehabilitation hat, werden nachfolgend im Text und in der Tab. 4 Resultate anderer Zentren vorgestellt, die auch den SCORAD- bzw. in einer großen Studie auch den EASI [10]-Score zur Evaluation ihrer Behandlungsergebnisse verwendeten:

Im Rahmen einer Studie der Alexanderhausklinik Davos wurde der Behandlungserfolg bei 41 Patienten mit atopischem Ekzem evaluiert. Es konnte eine signifikante SCORAD-Reduktion von 54 auf 41,3 Punkte unter der Hochgebirgsklimatherapie in einem Behandlungszeitraum von 4 bzw. 5–6 Wochen mit einer durchschnittlichen Abheilungsquote von 23,5% gezeigt werden [14].

Nach einer persönlichen Mitteilung von Buhles [15] verbesserten sich die durchschnittlichen SCORAD-Scores der stationären Rehapatienten der Nordseeklinik Sylt im Jahr 1999 von 52 auf 22, im Jahr 2001 von 43 auf 17 und im Jahr 2003 ebenfalls von 43 auf 17 Punkte bei einer durchschnittlichen Verweildauer zwischen 22 und 24,5 Tagen. Die Abheilungsquoten betragen zwischen 57,7%–60,5%. In einem Kollektiv von 48 diesbezüglich untersuchten Patienten wurden 44 (91,7%) steroidfrei entlassen.

Petermann et al. [16] untersuchten den Einfluss einer 4- bis 6-wöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme auf einer meteorologisch als Hochgebirge definierten Höhe von über 1000 Metern in den Allgäuer Alpen unter anderem auf den SCORAD-Score bei 102 Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 16 Jahren mit Neurodermitis und einem Ausgangsscore von mindestens 25. Der SCORAD-Score verbesserte sich von durchschnittlich 45,2 auf 22,5 signifikant mit einer Abheilungsquote von 50,2%.

58 Neurodermitispatienten wurden in der PsoriSol-Klinik Hersbruck [17] zwischen September 1997 und März 1998 durchschnittlich 25 Tage stationär mit einer kombinierten dermatologisch-verhaltenstherapeutischen Therapie stationär behandelt. Neben diagnoseorientierten dermatologischen Schulungen wurden Übungen zur Entspannung, zur sozialen Kompetenz, zur Kratzkontrolle sowie psychologische Einzelbetreuung angeboten. Hierbei verbesserte sich der SCORAD-Score von 43,7 auf 8,4 (Abheilungsquote 80,8%).

In einer groß angelegten Multi-Zenterstudie in vier stationären Einrichtungen an Nord- und Ostsee [18] wurde zur Evaluation des primären Neurodermitis-Rehabilitationserfolgs zur Beurteilung von Schwere und Ausdehnung des atopischen Ekzems der

EASI-Score [10] ermittelt. Da die hierbei beurteilten Parameter zwar ähnlich wie beim SCORAD-Score sind, die Wichtung sich aber unterscheidet, lassen sich zwar die absoluten Punktzahlen nicht direkt mit den SCORAD-Werten vergleichen, dafür aber die prozentuale Verbesserung (Abheilungsquote). Der durchschnittliche EASI-Score bei 667 Patienten zwischen 3 und 65 Jahren sank von 28 auf 13 ($p < 0,0001$). 93% der Patienten zeigten eine Verbesserung, 2% der Patienten keine Veränderung und 5% eine Verschlechterung der Symptomatik. Die Symptomatik konnte im Mittel um etwa 54% reduziert werden. Die in dieser Studie festgestellte Verbesserung des Krankheitsbilds wird von den Autoren ganz wesentlich den Wirkfaktoren des Seeklimas zugeschrieben. Bei der Frage, welchen Anteil die spezifische dermatologische Behandlung und ein reiner, nicht klimatischer Ortswechsel an der nachgewiesenen Befundbesserung gehabt haben könnten, geben die Autoren zu bedenken, dass sämtliche Patienten bereits vor Antritt der Reha-Maßnahme ständig dermatologisch therapiert wurden und die erzielten Erfolge nicht alleine durch die beschriebenen Befundbesserungen bei einem Orts- oder Milieuwechsel zu erklären sind [19].

Beim Vergleich der publizierten SCORAD-Score-Verbesserungen im Verlauf rehabilitativer Therapien verschiedener Zentren (Tab. 4) ist bemerkenswert, dass die hier präsentierte wohnortnahe dermatologische Rehabilitation inmitten eines städtischen Ballungsgebiets (Ruhrgebiet) ohne positive Klimafaktoren (außer evtl. der klimatischen Konstanz) zumindest ähnlich gute Erfolge im Rahmen der Primärevaluation bei Entlassung bei der Behandlung des atopischen Ekzems aufzeigen kann.

Auch ein anderes, in Buxtehude [20] durchgeführtes Modellprojekt zur wohnortnahen ambulanten dermatologischen Rehabilitation bietet dafür konkrete Anhaltspunkte. Hierbei sind zur Behandlung der Neurodermitis 20 durchaus über Monate flexibel zu verteilende Behandlungstage sowie ein modulares Schema mit 7 2,5-stündigen Schulungen für Erwachsene und 6 2,5-stündigen Schulungen für Eltern an atopischem Ekzem erkrankter Kinder aus u.a. den Bereichen Dermatologie, Psychologie und Ökotrophologie vorgesehen. Der SCORAD-Score konnte bei diesem Projekt von anfangs durchschnittlich ca. 47,5 auf 19,5 Punkte am Therapieende verbessert werden (Abheilungsquote 59%).

Sämtliche, hier parallel aufgelisteten Resultate sind mit Sicherheit nicht exakt vergleichbar, da die Bewertung der Schwere des atopischen Ekzems von unterschiedlichen Ärzten mittels SCORAD verschieden eingesetzt wird und es bei der Bewertung durch verschiedene Autoren oder Institutionen Schwankungen gibt. Aus diesem Grund werden hier nicht nur die absoluten (SCORAD-) Werte sondern auch die prozentualen Änderungen (Abheilungsquote) angegeben, da man prinzipiell davon ausgehen können sollte, dass Aufnahme- und Entlassungsbewertungen nach dem gleichen Schema erfolgen. Aber auch bei den prozentualen Werten ist nur ein tendenzieller Vergleich möglich, da sie z.B. bei einer SCORAD-Reduktion um 15 Punkte sehr stark von der Höhe des bestimmten Ausgangsscores abhängig sind und somit auch kein absolut objektiver Vergleich möglich ist.

Für eine abschließende Einschätzung der Qualität der wohnortnahen Rehabilitation bei der Therapie des atopischen Ekzems wäre eine Langzeitnachbeobachtung der rehabilitierten Patien-

ten mit SCORAD-Score Kontrolluntersuchungen erstrebenswert. Leider gibt es auch im Bereich der wohnortfernen Rehabilitation dazu sicherlich gerade aufgrund der Wohnortferne nur sehr wenige Daten.

Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu demonstrieren, dass im Rahmen der wohnortnahen Rehabilitation vergleichbar gute Ergebnisse der direkt ermittelbaren Abheilungsquoten der Neurodermitis wie bei einer wohnortfernen Rehabilitation bzw. einer Klimatherapie erreicht werden können. Auch die große Zufriedenheit unseres Patientenkollektivs mit der dermatologischen Rehabilitation in Wohnortnähe sowie die nur wohnortnah bestehenden Möglichkeiten des konstanten Rehabilitanden-Kontakts zum psychosozialen Umfeld mit dessen intensiver therapeutischer Einbindung sollen aufgezeigt werden.

Danksagung

Hiermit bedanke ich mich bei Herrn Dr. Johannes Kunze (Katholisches Klinikum Duisburg) und Herrn Prof. U. Hengge (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf) für die Überlassung des Themas und bei Herrn Dr. Bernd Kardorff (Praxis Mönchengladbach) für die intensive wissenschaftliche Betreuung der Promotionsarbeit.

Literatur

- 1 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V. Bundesanzeiger Nr. 63 vom 31.03.2004: 6769
- 2 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Frankfurt (BAR). Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004
- 3 Kardorff B, Schnelle-Parker G, Küppers J, Kunze J. Erkrankungsmanagement des Atopischen Ekzems im Kindesalter. *Z Hautkr* 2001; 76: 77–83
- 4 Kardorff B, Kunze J. Präsentation des neuartigen Konzepts „Wohnortnahe Dermatologische Rehabilitation“ am Beispiel einer Patientin mit ausgeprägter Psoriasis vulgaris. *Akt Dermatol* 1998; 24: 221–225
- 5 Kardorff B, Schnelle-Parker G, Detering H, Kunze J. Presentation of a new holistic therapy concept for chronic skin diseases in Germany. *J EADV* 1998; 11 (Suppl. 2): 258
- 6 Kardorff B. *Gesunde Haut*, 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2004
- 7 Bachert C, Kardorff B, Virchow C. *Allergische Erkrankungen in der Praxis*, 2. Auflage. Bremen: Uni-Med Verlag, 2001
- 8 Kardorff B, Kardorff M. *Patientenratgeber und kurzes Lexikon der Hautkrankheiten, Venenleiden, allergischen Erkrankungen und kosmetischen Medizin*. 1. Auflage. Norderstedt: BOD, 2002
- 9 European Task Force. Severity scoring of atopic dermatitis. The SCORAD Index. *Dermatol* 1993; 186: 23–31
- 10 Costa C, Rilliet A, Nicolet M, Saurat JH. Scoring atopic dermatitis: The Simpler, the Better? *Acta Derm Venerol* 1989; 69: 41–45
- 11 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Stand 24. Sept. 2002
- 12 Kardorff B, Schnelle-Parker G, Kardorff M, Wahlen M, Hönig d' Orville I, Dorittke P. Erfolgreiche Reduktion des SCORAD-Scores bei Kindern mit atopischem Ekzem im 6-Wochen-Vergleich durch Kurzschulung mit einem vereinfachten Hautmodell. *JDDG* 2003; 1: 451–456
- 13 Strömer K. Dermatologische Rehabilitation: Es gibt keinen adäquaten Ersatz für die Klimatherapie. *Dt Ärztebl* 1996; 93: A–1952–1953
- 14 Simon D, Weigl L, Disch R. Influence of high-altitude climate therapy on atopic eczema. *Allergologie* 1999; 22 (Suppl. 1): 26–28
- 15 Buhles N. Ergebnisse der stationären Rehabilitation der Asklepios. *Persönliche Mitteilung 2004. Nordseeklinik Westerland/Sylt
- 16 Petermann F, Gulyas A, Niebank K, Stübing K, Warschburger P. Rehabilitationserfolge bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma und Neurodermitis. *Praev Reha* 2001; 13: 25–35
- 17 Lange S, Zschocke I, Langhardt S, Amon U, Augustin M. Effekte kombinierter therapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 1999; 50: 791–797
- 18 Harms V, Buhles N, Fölster-Holst R, Gonda S, Kiosz D, Schuh H, Stick C. Die Behandlung der Neurodermitis an Nord- und Ostsee: Verwendete Therapien und Quantifizierung der Befundverbesserung. Eine multizentrische Studie. *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 89–94
- 19 Turner MA. Holidays and atopic eczema. *Arch Dis Child* 1991; 66: 212–215
- 20 Lemke R, Peter M, Tirre A, van den Bussche H, Alpers E, Defaie F, Grasselli M, Haupt G, Leuschner C, Meißner U, Stephan U, Wolf M, Breitbart EW. Training of Patients with Atopic Dermatitis and Psoriasis vulgaris in an Ambulant Neighborhood Rehabilitation Program: Presentation of a Pilot Project. *Dermatol Psychosom* 2000; 1: 163–171