Zufriedene Neurodermitiker in der Praxis – Wie geht das?

Gewinn an Lebensqualität

Über die Kunst, eine krankheitsphasengerechte, sektorübergreifende Kombinationstherapie der Neurodermitis zu (ko)ordinieren, berichtet Dr. med. Norbert Buhles, Sylt.

Wir alle kennen aus der Praxiserfahrung die klinischen Ausprägungen von der Minimalvariante bis zur hochgefährlichen Erythrodermie, von schlaflosen Nächten durch Juckreiz bis hin zu Konzentrationsstörungen im Straßenverkehr auch bei antipruriginöser Therapie.

Fotos: Buhles

Problematisch zu behandelnde mikrobielle Überlagerungen

Der Fachbegriff „Atopie“ soll uns als „Überbegriff“ dafür dienen, die Bereitschaft mancher Menschen zusammenzufassen, gegenüber sonst harmlosen und nicht krankmachenden Substanzen der natürlichen Umgebung zu „reagieren“. Nicht immer ist die Ursache für aktuelle Schübe zu finden.

In fast jedem Lebensalter entwickeln sich andere Schwerpunkte der Erkrankung. Von den Beugenekzemen im Kindesalter über Handekzeme im Erwachsenen- und Erwerbsalter bis hin zu den pruriginösen Formen in der zweiten Lebenshälfte.

So leicht der Hautarzt die Neurodermitiker im Rahmen urtikarieller Reaktionen bis zur stigmatisierenden perioralen Dermatitis erkennen kann, so schwierig ist es, den modernen Menschen die Launenhaftigkeit der Ausprägung und besonderen Schübe der Atopischen Dermatitis als „endogen“ verursacht zu vermitteln.

Ganzheitliche Behandlung der Neurodermitis mit Reha-Maßnahmen und in spezialisierten Fachkliniken

Krankheitsphasenbezogen und lebensaltersgerecht

- Dermatologische und allergologische Diagnostik
- Photo-/Soletherapie
- UVA1-Therapie (bspw. Kortisonentzug)
- Erstellung eines Hautschutzplanes
- Ergotherapie mit Handschuhtraining und/oder tätigkeitsgeprüftem Hautschutzplan
- Psychologie (Einzelgespräche, Gruppentherapie, geeignete Entspannungsverfahren u. Ä.)
- Kreativtherapie inkl. handwerklicher Therapieverfahren
- Sporttherapie/medizinische Trainingstherapie
- Physikalische Therapie/Massagen
- Helio-/Thalassotherapie
- Allergenkarenz/Allergenarmut u.v.m.

Wer zahlt für die Behandlung?

Spätestens wenn wir beim Atopischen Handekzem eine berufliche Verschlimmerung vermuten, sie jedoch nicht in Funktions- oder Allergie-Tests passend zum Tätigkeitsfeld spezifizieren können, ergibt sich die Frage über die „richtige“ oder sozialmedizinisch gerechte Versorgungssicherung des Betroffenen.

Insofern ist es schon ein Unterschied, ob wir dem Patienten mit Handekzem im Rahmen der Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Hautschutz und Hautpflege überwiegend selbst überlassen oder regelhaft ein Feststellungsverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung durch die Erstellung eines Hautarztberichtes oder gar einer Berufskrankheitenanzeige initiieren. Klar ist das Ziel, im Falle einer Zuständigkeitserklärung der GUV die Kosten für den Versicherten bei der Durchführung eines Hautschutzplanes deutlich zu reduzieren.

Initiative des Hautarztes

Während in der Pädiatrie die Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen und/oder Vorsorgemaßnahmen (Mutter-Kind-Kur) fest implementiert ist, wächst der Eindruck, dass der Hautarzt sich bei vermeintlich nicht vorhandener sozialmedizinischer „Kompetenz“ aus der Initiative für solche patienten- und systementlastenden Verfahren herauszieht. Viele Dermatologen sind seit Beginn der Jahrtausendwende (zu Unrecht) bezüglich der Initiierung eines Reha-Verfahrens für ihre Patienten verunsichert. Wird doch noch immer geglaubt, dass nur durch die „Qualifikation zum Reha-Arzt“ ein entsprechender Antrag zusammen mit dem Patienten erfolgversprechend sei. So wünschenswert die sozialmedizinische Kompetenzverbesserung in der Dermatologie auch sei, sie ist für die Initiierung nicht zwingend notwendig. Denn fast zum selben Zeitpunkt, als die Reha-Richtlinien für die GKV eingeführt worden sind, ist das SGB IX in Kraft getreten. Es legt bezüglich der Bearbeitung von Reha-Anträgen fest, dass die Träger der sozialen Sicherung (für die Dermatologie relevant sind dies: Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung und Gesetzliche Unfallversicherung) bei Feststellung der Nichtzuständigkeit gestellte Anträge nicht zu verwerfen, sondern binnen 14-tägiger Frist an den richtigen Träger zur Bearbeitung und Entscheidung weiterzuleiten haben.

Konkret bedeutet dies, dass wir grundsätzlich bei einem Erwerbstätigen oder altersgemäß dem Erwerbsmarkt zur Verfügung stehenden Patienten (zwischen 15 und 65 Jahren) ohne „Reha-Arzt-Qualifikation“ zulasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) die Rehabilitation einleiten können (in der Regel mit über 25 Euro honoriert). Die allgemeine Antragstellung übernimmt oft die Geschäftsstelle der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse.

Durch die Einführung dieses „Initiations-Ritus“ in der Praxis kommt extrabudgetäres Geld herein und kann dem Patienten die Chance eröffnet werden, eine in der Regel komplexe Behandlung seiner Neurodermitis zu erfahren.

Da noch heute regelhaft die Reha-Maßnahme stationär und in geoklimatologisch bevorzugter Region stattfindet, ist die Abkopplung von häuslichen und beruflichen Stressoren sichergestellt. Durch das Zusammenwirken verschiedener Fachgruppen (siehe Tabelle) kann eine individuelle Kombinationsbehandlung dem Betroffenen auf den Leib geschneidert werden. Diese kann von der Edukation der krankheitsphasengerechten Therapiekombination (etwa Sole oder Meerwasser) bis hin zur individuellen Diätberatung oder relevanten Diagnostik reichen.

Der Neurodermitiker kann im Alter mit einer Zunahme der Komorbiditäten rechnen, die sein Leiden verstärken. Diese können sich z.B. als vermehrter Juckreiz bei Gicht oder Diabetes, einer zunehmenden Unsicherheit bezüglich der Nahrungsverträglichkeit oder durch andere Allergen-/Intoleranzkontakte darstellen.

Gerade im Rahmen der Rehabilitation wird heute noch eine „ganzheitliche Medizin“ gelebt, die auch extrakutane Faktoren berücksichtigt und behandelt (bspw. Reha-Klinik für Atemwegserkrankungen und Dermatologie und Allergologie in der Asklepios Nordseeklinik Westerland/ Sylt).

Chancen in „gemischten Krankenhäusern“

Unter dem Begriff der „gemischten Einrichtung“ versteht man das Vorhandensein von Akut- und Reha-Kliniken unter dem Dach eines gemeinsamen Trägers. Solche Einrichtungen gibt es u.a. auf Sylt, Norderney, in Bad Berleburg und in Bad Rothenfelde. Die Chancen zur erfolgreichen „Ausbehandlung der Neurodermitis“ sind dort besonders hoch.

Bei entsprechendem Schweregrad (SCORAD > 50) ist es dort möglich, Patienten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) akutstationär einzuweisen. Aufgrund der immer kürzer werdenden Zeiten für akut-stationäre Aufenthalte im Sinne der „Grenzverweildauer“ für die DRG-Fallpauschalen ist im Rahmen der Neurodermitis oft nach 14-tägiger Akut-Behandlungsdauer mit dem Ziel des „Kortisonentzugs“ nicht jeder Fall beendet. Oft ist die tagesaktuelle Fallschwere dann nicht mehr akut-stationär behandlungsbedürftig.

Im Rahmen des seit dem Jahre 2000 implementierten Eilt-Heilverfahrens (EHV) können Versicherte jetzt noch während des Akut-Aufenthaltes durch Unterstützung des Sozialdienstes ein EHV beim zuständigen Kostenträger direkt beantragen. In der Regel sind nach 48 Stunden Genehmigungen oder Ablehnungen zurückgemeldet. Die Patienten können ggf. nahtlos zur Einleitung der noch fehlenden adjuvanten und/oder Komplexbehandlung in die Reha übernommen werden.

Der entscheidende Vorteil für den Arzt und den Betroffenen ist so die Chance, durch geeignete Basis- oder Schaukeltherapie den nächsten Schub möglichst weit hinauszuschieben. Die Kostenträger gewinnen durch eine sinnvolle Kombination von Diagnostik und phasengerechter Therapie einen Beitragszahler mit lang anhaltender Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit. Diese Tatsache belegen Studien (beispielsweise prognos.com/b.jessen/2009), die nachweisen konnten, dass das Sozialsystem durch effektive Rehabilitation bares Geld spart. Sozialmedizinisch sind die Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen akut-stationärer Behandlungsbedürftigkeit und Reha-Bedürftigkeit für die Neurodermitis vor zehn Jahren definiert worden (Buhles/Seiffert 2001).

Der zuweisende Hautarzt gewinnt einen kompetenten und geschulten und damit in der Praxis leichter zu betreuenden Patienten zurück. Man kann also von einer Win-win-win-Situation sprechen.

Langanhaltend gute Ergebnisse

Seit Jahren messen wir die „Outcome-Qualität“ bei der Neurodermitis. 2009 kam eine Patienten-Selbsteinschätzung zur Lebensqualität dazu, sodass drei Zeitpunkte erfasst werden konnten (T1 = Aufnahme; T2 = Entlassung; T3 = Nachevaluierung sechs Monate nach Entlassung). Nicht nur der klinische Schweregrad blieb deutlich unter dem Aufnahmebefund, zusätzlich waren die hauterkrankungsabhängigen Parameter für die Lebensqualität (DLQI) auch noch ein halbes Jahr nach stationärer Entlassung um etwa ein Drittel besser. Es zeigte sich deutlich, dass sowohl im Bereich der Körpersymptome als auch bei den täglichen Aktivitäten (Sport, Freizeit, Schule, Arbeit, Beziehung und Therapie) die Lebensqualität besser blieb.

Dr. med. Norbert Buhles

„Die Chancen zur erfolgreichen Ausbehandlung der Neurodermitis sind in ‚gemischten Krankenhäusern‘ besonders hoch.“

Ausblick

Die Bevölkerung in Deutschland wird älter. Die Neurodermitis ist nicht nur ein Problem des Kindesalters, sondern wird zunehmend relevanter für Erwachsene im Berufs- und Erwerbsleben.

Die allseits bekannten Komplikationen können regelhaft ambulant oder gegebenenfalls akut-stationär behandelt werden. Dabei handelt es sich um die immer wieder problematisch zu behandelnden mikrobiellen Überlagerungen (Abbildung 1) oder das Eczema herpeticatum. Auch andere atopisch bedingte Komplikationen sind für sich individuell zu berücksichtigen.

Wer Rehabilitation empfiehlt, sollte auch Prävention leben

Der „Präventions-Weihnachtsmann“ in der Norddörfer Grundschule auf Sylt konnte von allen vier besuchten Klassen erfahren, dass sie regelmäßig die Zähne putzen und sich auch im Winter gesund mit Obst ernähren. Beim Thema „Eincremen von Lippen und schrundigen Händen“ gingen die Meinungen der Sechs- bis Zehnjährigen doch deutlich auseinander. Wie gut, dass der Nikolaus im Weihnachtsmannkostüm in seinen Gaben auch Hautcreme eingepackt hatte.

Der Therapeut und sein Patient verlieren den Überblick, wenn sich schon verschiedene Komplikationen so kombinieren, dass eine neue Gewichtung der Therapieoptionen vorgenommen werden muss. Kommen altersbedingte Komorbiditäten dazu – zu denken ist an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes oder Hyperurikämie usw. –, macht es für eine gute Patientenversorgung Sinn, alle sozialmedizinischen Möglichkeiten auszunutzen. Wer im Praxisalltag die Patienten nicht einfach schulen kann, regelmäßige Kontrolltermine nicht monatlich verabredet oder die Budgets hierfür nicht ausreichen, hat die Möglichkeit, über stationäre Einweisung dem Patienten Entlastung zu verschaffen. Weist er in eine sogenannte „gemischte Einrichtung“ ein, besteht dort die Möglichkeit, über EHV neben der Akut-Therapie auch eine Reha-Maßnahme direkt im Anschluss einzuleiten.

Auf Sylt wurden die Therapie-Nachhaltigkeit und der Gewinn an Lebensqualität für die Neurodermitis evaluiert/bestätigt. *ve*