

Neurorehabilitation bei Multipler Sklerose

M. Freimüller

Abteilung für Neurologische Rehabilitation, Gailtal-Klinik Hermagor

Zusammenfassung

Der Stand des Wissens bezüglich Effektivität und Effizienz der Neurorehabilitation bei Multipler Sklerose wird komprimiert dargestellt. Entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) werden Antworten auf die wichtigsten Fragen zum Thema im Sinne einer evidenzbasierten Neurorehabilitation empfohlen.

Schlüsselwörter: Multiple Sklerose, MS, evidenzbasierte Neurorehabilitation, interdisziplinäres Neurorehabilitationsteam

Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis

M. Freimüller

Abstract

The state of knowledge concerning the effectiveness and efficiency of the neurorehabilitation of Multiple Sclerosis is shown succinctly. According to the recommendations of the “Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)” answers to the most important questions regarding this topic are recommended according to evidence-based neurorehabilitation.

Key words: multiple sclerosis, MS, evidence-based neurorehabilitation, interdisciplinary neurorehabilitation team

© Hippocampus Verlag 2006

Einleitung

Als Folge des extrem variablen und unvorhersehbaren Verlaufes von MS-Erkrankungen ist es besonders schwer, wissenschaftliche Evidenz für den Erfolg von rehabilitativen Maßnahmen bei MS-Betroffenen zu erhalten. Die Unvorhersagbarkeit des Auftretens von neuropsychologischen Defiziten und Verhaltensproblemen leistet einen zusätzlichen Beitrag zu dieser Problematik [17]. Trotzdem ist Neurorehabilitation bei MS als evidenzbasiert zu bezeichnen und ihre Evaluation ist möglich [22].

Mit dem Fortschreiten der Erkrankung, der Zunahme von Aktivitätseinschränkungen und der Verminderung der Teilnahmefähigkeit am gesellschaftlichen Leben wird die Betreuung durch ein interdisziplinär arbeitendes Neurorehabilitationsteam immer wichtiger. Unter der Leitung einer Fachärztin/eines Facharztes für Neurologie arbeiten spezialisierte Teammitglieder folgender Disziplinen gemeinsam an der Erreichung vereinbarter Ziele: Neuropsychologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie, Re-kreation.

Bei vielen der älteren Publikationen zu Methoden der MS-Rehabilitation wurden Studiendesigns mit geringer statistischer Aussagekraft und ohne Kontrollgruppe verwendet [8, 12]. Ungeachtet dieser Tatsache wird die Nützlichkeit einer

umfassenden Rehabilitation von MS-Betroffenen zunehmend anerkannt [12, 19, 20, 21]. In den letzten Jahren wurden insbesondere stationäre Rehabilitationsprogramme mit MS-Patienten in der »proгредиerten Phase« untersucht [4, 5, 7, 11]. Im Team befanden sich neben dem Arzt die Krankenpflege, die Physiotherapie, die Ergotherapie und, wenn angemessen, die Logopädie. Diese Untersuchungen haben jedenfalls Verbesserung im Umgang mit komplexen Beeinträchtigungen nachgewiesen. In der randomisierten kontrollierten Studie von *Freeman* et al. [5] konnte eine Verbesserung der PatientInnen in den Bereichen Funktionelle Einschränkung und Soziale Beeinträchtigung nachgewiesen werden. Die Dauer der stationären Neurorehabilitation betrug im Mittelwert 25 Tage. Zur Wirksamkeit von Ergotherapie und Physiotherapie bei Patienten mit Multipler Sklerose (in einer »stabilen Phase«) mit Ataxie der oberen Extremitäten und des Stammes gibt es ebenfalls eine Untersuchung mit positiven Ergebnissen [10]. In einer kontrollierten, randomisierten crossover-Untersuchung bezüglich der Effekte von Physiotherapie auf die Mobilität von Patienten mit »chronischer MS« zeigten zweimal 45 Minuten pro Woche nach acht Wochen eine signifikante Verbesserung im Rivermead Mobility Index [23]. Eine Pilotstudie zeigte eine Verbesserung der Mobilität/des Gehens nach mindestens 15 Einheiten ambulanter Physiotherapie

Sechs Fragen zur Neurorehabilitation bei Multipler Sklerose

Was ist notwendig?	Nach einem Schub, der mit einer erheblichen Aktivitätsstörung/funktionellen Einschränkung verbunden ist, Akutnachbehandlung bzw. neurologische Rehabilitation durch ein von einer Fachärztin/einem Facharzt für Neurologie geleitetes Team, in dem die Pflege und die notwendigen therapeutischen Disziplinen vertreten sind; 2–5 Stunden Therapie pro Tag. Bei chronischer Progredienz der Erkrankung ein mindestens drei Wochen dauernder Rehabilitationszyklus, am günstigsten alle 9–12 Monate.
Was ist in Einzelfällen nützlich?	Die Beantwortung dieser Frage ist nur nach individueller Beurteilung durch ein Neurorehabilitationsteam möglich. Die Vereinbarung von Rehabilitationszielen und die Überprüfung der Zielerreichung nach Abschluss der Behandlung ist notwendig, um den individuellen Nutzen der Maßnahmen zu dokumentieren.
Was ist überflüssig?	Die ausschließliche Anwendung physikalischer Maßnahmen ohne klare Zielvorstellung.
Was ist obsolet?	Die Anwendung von in ihrer Wirksamkeit nicht bewiesenen »Außenseitermethoden«, insbesondere durch fachlich nicht qualifizierte Personen.
Was muss stationär behandelt werden?	Der Folgezustand eines Schubes mit höhergradiger Aktivitätsstörung/funktioneller Einschränkung, insbesondere erheblicher Verlust im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens.
Was kann ambulant behandelt werden?	Leicht- bis mäßiggradige Aktivitätsstörungen/Funktionseinschränkungen nach einem Schub bzw. als Folge eines progredienten Erkrankungsverlaufes. Mittelgradige Aktivitätsstörungen/Funktionseinschränkungen, sofern die Patientin/der Patient ein hinreichendes Störungsbewusstsein und einen angemessenen Umgang mit den Defiziten erreicht hat. Voraussetzung für eine ambulante Therapie ist jedenfalls die Indikationsstellung, Begleitung und Erfolgsbeurteilung durch den Facharzt für Neurologie mit Kompetenz in Neurologischer Rehabilitation. Dieser hat auch im ambulanten Setting das Team aus Pflegefachkräften und Therapeuten in der erforderlichen Zusammensetzung zu leiten.

Tab.: Diese sechs Fragen sind in den Methodischen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) enthalten (© AWMF online 31.01.2005, »Leitlinie für Leitlinien«).

(je eine Stunde mit Ruhepausen zwischendurch) innerhalb von 5–7 Wochen. Bezüglich der Effektivität der beiden angewandten Physiotherapie-Methoden ergaben sich keine signifikanten Unterschiede die Gehfähigkeit/Mobilität betreffend [14]. Eine Kosten-Nutzen-Untersuchung ergab, dass eine ungefähr drei Wochen dauernde stationäre Rehabilitation einigen Vorteil gegenüber ambulanter Rehabilitation hätte, allerdings war dieser nur von kurzer Dauer [3]. Daneben konnte auch der positive Einfluss ambulanter Rehabilitationsprogramme nachgewiesen werden [16], u. a. für »Personen mit progredienter MS« auf Fatigue, Lebensqualität (gemessen mit SF-36) und den Schweregrad anderer Symptome [2, 15]. Im Rahmen seiner aktuellen Literaturübersicht kommt *Ko Ko* [12] zu folgender Empfehlung: »Menschen mit chronisch progredienter MS könnten periodische Rehabilitationszyklen benötigen, möglicherweise alle 9–12 Monate um die funktionellen Verbesserungen zu erhalten, welche anlässlich einer initialen Rehabilitation erreicht wurden«. Als sinnvolles Ausmaß der täglichen Therapie wurden in einer Untersuchung 2–5 Stunden pro Tag veranschlagt, ausgerichtet auf die spezifischen Defizite des betroffenen Menschen [1]. Entscheidend für den Erfolg werden dabei das koordinierte Rehabilitationsteam und ein zielorientierter Ansatz sein. Wegen der Tendenz zur Verschlechterung der Leistungsparameter relativ kurze Zeit nach einer stationären Rehabilitation werden regelmäßige Kontrolluntersuchungen in 6-monatigen Abständen gefordert. Starre Richtlinien sind unangebracht, weil Neurorehabilitation an die individuellen Erfordernisse angepasst werden muss [6, 9].

Literatur

1. Aisen ML, Sevilla D, Fox N: Inpatient rehabilitation for multiple sclerosis. *J Neurol Rehabil* 1996; 10: 43-46
2. Di Fabio RP, Soderberg J, Choi T, Hansen CR, Schapiro RT: Extended outpatient rehabilitation: Its influence on symptom frequency, fatigue and functional status for persons with progressive multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 141-147
3. Francabandera FL, Holland NJ, Wiesel-Levison P, Scheinberg LC: Multiple sclerosis rehabilitation: inpatient versus outpatient. *Rehabilitation Nursing* 1988; 13: 251-253
4. Freeman JA, Langdon DW, Hobart JC, Thompson AJ: The impact of inpatient rehabilitation on progressive multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1997; 42: 236-244
5. Freeman JA, Langdon DW, Hobart JC, Thompson AJ: The impact of rehabilitation on disability and handicap in progressive multiple sclerosis; a randomised controlled trial. *Eur J Neurol* 1996; 3 (suppl 2): 15
6. Freeman JA, Langdon DW, Hobart JC, Thompson AJ: Inpatient rehabilitation in multiple sclerosis. *Neurology* 1999; 52: 50-56
7. Fuller KJ, Dawson K, Wiles CM: Physiotherapy in chronic multiple sclerosis: a controlled trial. *Clin Rehabil* 1996; 10: 91-97
8. Greenspun B, Stineman M, Agri R: Multiple sclerosis and rehabilitation outcome. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68: 434-437
9. Halper J: The psychoeducational approach to complex protocols in neurorehabilitation. *J Neurol Rehabil* 1997; 11: 149-195
10. Jones L, Lewis Y, Harrison J, Wiles CM: The effectiveness of occupational therapy and physiotherapy in multiple sclerosis patients with ataxia of the upper limb and trunk. *Clin Rehabil* 1996; 10: 277-282
11. Kidd D, Howard RS, Losseff NA, Thompson AJ: The benefit of inpatient neurorehabilitation in multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 1995; 9: 198-203
12. Ko Ko C: Effectiveness of rehabilitation for multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 1999; 13 (suppl 1): 33-41
13. LaRocca NG, Kalb RC: Efficacy of rehabilitation in multiple sclerosis. *J Neurol Rehabil* 1995; 6: 147-155
14. Lord SE, Wade DT, Halligan PW: A comparison of two physiotherapy treatment approaches to improve walking in multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 1998; 12: 477-486
15. Patti F, Ciancio MR, Reggio E et al.: The impact of outpatient rehabilitation on quality of life in multiple sclerosis. *J Neurol* 2002; 249: 1027-1033

16. Petajan JH, Gappmaier E, White AT, Spencer MK, Mino L, Hicks RW: Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1996; 39: 432-441
17. Rao SM, Huber SJ, Bornstein RA: Emotional changes with multiple sclerosis and Parkinson's disease. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 369-378
18. Reding MJ, LaRocca NG: Acute-hospital care versus rehabilitation hospitalisation for management of nonemergent complications in multiple sclerosis. *J Neurol Rehabil* 1987; 1: 13-17
19. Solari A, Filippini G, Gasco P et al.: Physical rehabilitation has a positive effect on disability in multiple sclerosis patients. *Neurology* 1999; 52: 57-62
20. Thompson AJ, Johnston S, Harrison J, Sheil R, Burnhard S: Service delivery in multiple sclerosis: the need for co-ordinated community care. *MS Management* 1997; 4: 11-18
21. Thompson AJ: Rehabilitation solutions in multiple sclerosis. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie* 1998; 148: 182-186
22. Thompson AJ: The effectiveness of neurological rehabilitation in multiple sclerosis. *J of Rehabilitation Research and Developement* 2000; 37: 455-461
23. Wiles CM, Newcombe RG, Fuller KJ et al.: Controlled randomised crossover trial of the effects of physiotherapy on mobility in chronic multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70: 174-179
24. Wiles CM, Newcombe RG, Fuller KJ, Jones A, Price M: Use of videotape to assess mobility in a controlled randomized crossover trial of physiotherapy in chronic multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 2003; 17: 256-263

Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. Manfred Freimüller
Abteilung für Neurologische Rehabilitation
Gailtal-Klinik Hermagor
Radniger Straße 12
A-9620 Hermagor
e-mail: manfred.freimueller@gailtal-klinik.at