

Stationäre Rehabilitation bei Multipler Sklerose

Empfehlungen des Ärztlichen Beirates der Schweizerischen Multiple-Sklerose-Gesellschaft

Serafin Beer^a

Im Rahmen des aktuellen allgemeinen Kostendrucks in der Medizin ist es verständlich, dass Kostenträger vor der Übernahme der Kosten einer Behandlung von den betreuenden Ärzten detaillierte Angaben zur Indikationsstellung, Art und Ziel einer solchen Therapie fordern.

Die Rehabilitation bei der Multiplen Sklerose (MS) stellt in dieser Hinsicht ein besonderes Problem dar, da bei MS-Patienten durch den multifokalen ZNS-Befall und die Unterschiede in den Verlaufsformen ein breites Spektrum an Behinderungen besteht mit sehr unterschiedlicher Krankheitsprogression. Deshalb muss die Indikationsstellung zu einer Rehabilitationsbehandlung bei MS-Patienten individuell erfolgen unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums, der persönlichen Faktoren und der Umgebungsfaktoren. Die Angabe der Diagnose «MS» alleine genügt sicherlich nicht zur Beurteilung der Notwendigkeit einer solchen Rehabilitationsbehandlung. Aufgrund zunehmender Klagen von Betroffenen über abgelehnte Gesuche von Kostengutsprachen sowie auf der anderen Seite auch von Vertrauensärzten über ungenügende Informationen und Entscheidungsgrundlagen, hat der Ärztliche Beirat der Schweizerischen MS-Gesellschaft ein Informationsblatt kreiert als Hilfestellung zur Indikationsstellung, Planung und Zuweisung für eine stationäre Rehabilitation bei MS [1]. Ziel dieser Empfehlungen ist es, den MS-Patienten/-innen, welche einer stationären Rehabilitation bedürfen, und ihren betreuenden Ärzten das Zuweisungsprocedere zu vereinfachen und zu vereinheitlichen, sowie den zuständigen Vertrauensärzten eine klare Entscheidungsbasis zur Beurteilung der Behandlungsindikation zu geben.

Grundlagen

Durch eine umfassende stationäre Rehabilitationsbehandlung kann bei der MS eine Verbesserung der Behinderung, des Handicaps und der Lebensqualität erreicht werden [2–6]. Dieser Therapieeffekt überdauert den eigentlichen Rehabilitationszeitraum oft um Monate [7]. Eine alleinige Physiotherapie (ambulant/sta-

tionär) bzw. andere isolierte Therapiemodalitäten dürften hingegen nur einen kurzfristigen Effekt haben [6]. Auf den zugrunde liegenden Krankheitsprozess und die Progredienz der MS haben rehabilitative Massnahmen keinen Einfluss (für eine detaillierte Übersicht zur klinischen Evidenz rehabilitativer Massnahmen bei MS siehe [6]).

Auch aus sozioökonomischer Sicht scheint sich eine solche Rehabilitationsbehandlung positiv auszuwirken. Die direkten und indirekten Kosten bei MS-Patienten (durchschnittlich 50 000 Euro/Jahr) nehmen mit zunehmenden Behinderungsgrad zu: Dies führt dazu, dass 17% der am schwersten behinderten Patienten 50% der Kosten verursachen [8, 9]. Es kann somit angenommen werden, dass rehabilitative Massnahmen, welche die Auswirkungen der Behinderungen vermindern, zu einer Reduktion der Kosten führen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ergab, dass durch eine solche stationäre Rehabilitation der Betreuungsaufwand und damit die Kosten, auch unter Einrechnung der Behandlungskosten, substantiell reduziert werden können [10].

Der Vorteil einer solchen umfassenden stationären Rehabilitationsbehandlung ist der multimodale, interdisziplinäre Zugang, die hohe Therapieintensität und die Möglichkeit einer individuellen kontinuierlichen Anpassung des Therapieprogramms an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der einzelnen Patienten/-innen. Während eines solchen Aufenthaltes können unter engmaschiger Kontrolle begleitende medizinische Interventionen (z.B. Spastik u.a.) durchgeführt, Patienten/-innen und Betreuer eingehend beraten sowie die poststationäre Phase geplant werden [7]. Die stationäre Rehabilitationsbehandlung stellt angesichts der oft komplexen Problematik einen wichtigen Teil in der umfassenden Betreuung bei MS-Patienten/-innen dar [11].

Voraussetzung für den Rehabilitationserfolg ist, dass eine solche Rehabilitationsbehandlung in einem geeigneten Neurorehabilitationszentrum erfolgt mit entsprechend erfahrenem und geschultem interdisziplinärem Behandlungsteam unter neurologischer Leitung [12].

^a Für den Ausschuss des ärztlichen Beirates der Schweiz.
MS-Gesellschaft: L. Kappos,
M. Schluep, C. Vaney, K. Beer

Das Informationsblatt kann bezogen werden bei:
Schweizerische Multiple-Sklerose-Gesellschaft
Josefstrasse 129, Postfach
CH-8031 Zürich
Telefon 043 444 43 43
Fax 043 444 43 44
info@multiplesklerose.ch

Korrespondenz:
Dr. med. Serafin Beer
Klinik für Neurologie
und Neurorehabilitation
CH-7317 Valens

s.beer@klinik-valens.ch

Indikationsstellung, mögliche Ziele und Planung

Inwieweit bei MS-Patienten/-innen eine Rehabilitation indiziert und sinnvoll ist, muss unter Berücksichtigung der jeweiligen Behinderung und des Krankheitsverlaufes *individuell* entschieden werden. Dabei müssen auch persönliche Faktoren und Umgebungsfaktoren berücksichtigt werden. So stellt sich bei einem berufstätigen, sehr aktiven Patienten, welcher durch die Krankheitsprogression zunehmend eingeschränkt wird, die Frage nach einer Rehabilitationsbehandlung bereits früher als bei einem Patienten, welcher trotz Einschränkungen über eine genügende Selbständigkeit verfügt zur Bewältigung seiner Aktivitäten zuhause. Grundsätzlich sollte die Notwendigkeit einer Rehabilitationsbehandlung bereits geprüft werden bei *drohendem Verlust* wichtiger Funktionen, der (Teil-)Selbständigkeit und/oder Arbeitsfähigkeit. Der Erhalt von Funktionen ist durch eine Rehabilitationsbehandlung einfacher und zuverlässiger zu erreichen als eine Wiederherstellung von bereits seit längerem verlorenen Funktionen.

Eine Rehabilitationsbehandlung sollte auch erwogen werden bei Patienten/-innen mit ungenügender Erholung nach einem schweren akuten Schub mit persistierender Behinderung und Handicap.

Grundsätzlich sollten Patienten/-innen mit komplexen funktionellen Defiziten und Behinderungen einer stationären multimodalen Rehabilitationsbehandlung zugeführt werden, da eine ambulante Behandlung auch wegen der notwendigen Therapieintensität in diesen Fällen logistisch kaum durchführbar ist.

Zusammen mit dem Patienten und evtl. Betreuer sollten *realistische Ziele* besprochen und festgelegt werden. So ist beispielsweise bei einem MS-Patienten, welcher seit über einem Jahr gehunfähig ist, das Erreichen einer Gehfähigkeit als Rehabilitationsziel unrealistisch, während eine Verbesserung der Selbsthilfefunktionen (z.B. selbständiges Anziehen/Ausziehen, Toilette, Transfer) als realistisches und sinnvolles Ziel angesehen werden kann, um dem Patienten später zuhause eine grössere Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu ermöglichen.

Einschränkungen

Bei MS-Patienten/-innen mit *schwerster chronischer Behinderung* (z.B. bettlägerige Patienten) lässt sich auch durch eine umfassende Rehabilitationsbehandlung eine Wiederherstellung der Funktionen kaum erreichen. Eine Ausnahme hiervon bilden Patienten, bei welchen ein klar definiertes Therapieziel ange-

Tabelle 1. Beispiele möglicher Indikationsstellungen.

28jährige Patientin mit akutem Schub mit neu aufgetretener Paraparese, Verlust der Gehfähigkeit, unselbständig, ungenügende Erholung auf Schubbehandlung mit Methylprednisolon.

Ziele: Wiedererreichen der Gehfähigkeit, Selbständigkeit und Arbeitsfähigkeit durch intensives multimodales Training der Gehfunktionen, individuell-adaptiertes Ausdauertraining, Selbsthilfetaining, Evaluation, evtl. Adaptation von Hilfsmitteln, Instruktion für Heimprogramm.

39jähriger Patient mit zunehmender Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und drohendem Verlust der Gehfähigkeit, sozialen Partizipation und Arbeitsfähigkeit trotz Durchführung ambulanter Therapien.

Ziele: Verbesserung der Ausdauer und allgemeinen Leistungsfähigkeit durch intensives, individuell-adaptiertes Aufbautraining (aerobes Training, medizinische Trainingstherapie), Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, Instruktion für Heimprogramm.

42jährige Hausfrau mit schleichender Verschlechterung der Gehfunktionen und Feinmotorik, Gehfähigkeit ausser Haus eingeschränkt (Einkaufen nicht mehr möglich), drohender Verlust der Haushaltsaktivitäten und sozialen Partizipation.

Ziele: Verbesserung der Gehfähigkeit und Feinmotorik, Ausdauertraining, Haushaltstraining, Evaluation, evtl. Adaptation von Hilfsmitteln, Instruktion für Selbsttraining.

55jähriger, rollstuhlbedürftiger Patient mit zunehmenden Problemen in der Selbstversorgung (Transfer) und zunehmender Spastik und schmerzhaften Spasmen der Beine.

Ziele: Spastik-Reduktion (Physiotherapie, evtl. Evaluation Baclofen-Pumpe), Kraftaufbau der oberen Extremitäten, Verbesserung Transfer und Selbsthilfe, Evaluation, evtl. Adaptation von Hilfsmitteln, Instruktion für Selbsttraining.

64jährige, pflegebedürftige Patientin mit schwerer Tetraspastik, Schluckstörungen, mit zunehmenden Kontrakturen und Zunahme der Pflegeintensität (Hygiene).

Ziele: Spastik-Reduktion (peroral, evtl. Botulinum-Toxin-Behandlung), Korrektur der Kontrakturen, Verbesserung Selbsthilfefunktionen, Kraftaufbau der verbliebenen Muskelgruppen, Schlucktraining, Instruktion des weiterbetreuenden Pflegepersonals.

strebt werden kann. So kann beispielsweise eine ausgeprägte Beinspastik die Betreuung eines Patienten zuhause bzw. im Pflegeheim derart erschweren, dass eine Mobilisation bzw. Pflege kaum mehr möglich ist. Durch eine interdisziplinäre Rehabilitation mit physiotherapeutischer Behandlung (bei Kontrakturen z.B. ergänzt durch Serien-Gipsbehandlung) in Kombination mit anderen medizinischen Behandlungen (Botulinum-Toxin, systemischen Antispastika, evtl. intrathekale Baclofen-Pumpe) kann oft eine Verbesserung erreicht werden, welche den Betreuungsaufwand massiv verringert und die Lebensqualität des Patienten deutlich verbessert. Auch bei der Entwicklung von Sekundärkomplikationen (insbesondere Kontrakturen) gilt, dass eine vorbeugende Behandlung effizienter ist, als eine spätere Wiederherstellung: Bei drohender zusätzlicher Invalidisierung durch Sekundärprobleme trotz adäquater ambulanter Behandlungen sollte des-

halb die Indikation für eine intensive stationäre Rehabilitationsbehandlung geprüft werden. Eine weitere Einschränkung besteht bei *ausgeprägten, irreversiblen kognitiven Einschränkungen*, welche sich auf die Kooperationsfähigkeit und Lernfähigkeit auswirken. Wichtig für einen erfolgreichen Rehabilitationsaufenthalt ist auch eine entsprechende Motivierbarkeit der Patienten/-innen: Bei *fehlender Motivation* und ungenügender Mitarbeit in den aktiv gestalteten Rehabilitationsbehandlungen wird eine entscheidende Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit kaum möglich sein. *Schwere konkometierende Erkrankungen* schliesslich können eine adäquate körperliche Belastung während des Rehabilitationsaufenthaltes verunmöglichen.

Auch wenn bei solchen schwerstbehinderten Patienten/-innen eine vorübergehende Entlastung der Betreuer/Angehörigen sicherlich von Zeit zu Zeit wichtig und notwendig ist, kann ein spezialisiertes Rehabilitationszentrum dafür nicht als geeignete Institution angesehen werden. Ein vorübergehender Aufenthalt in einer Pflegeinstitution (z.B. Ferienbett in einem Pflegeheim) ist in solchen Fällen eine eher angemessene Massnahme.

Auf der anderen Seite ist bei Patienten/-innen mit leichten, monosyndromatischen Defiziten eine ambulante modalitätsspezifische Behandlung in der Regel ausreichend. Die Indikation sollte jedoch neu überdacht werden, falls sich trotz dieser Massnahmen eine weitere Progredienz der Defizite einstellt.

Quintessenz

- Der frühe Erkrankungsbeginn, die lange Krankheitsdauer und den multifokalen Befall des zentralen Nervensystems führt bei der MS zu einer hohen Prävalenz von progredienten Behinderungen mit entsprechend hohen sozioökonomischen Folgen.
- Der Einsatz neuer immunmodulatorischer Medikamente kann die Progression der Behinderung zwar verzögern, jedoch nicht gänzlich stoppen. Es besteht somit weiterhin die Notwendigkeit, durch gezielte rehabilitative Massnahmen die funktionelle Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit zu verbessern bzw. zu erhalten.
- Es besteht eine gute klinische Evidenz, dass dies durch ein intensives stationäres, multidisziplinäres, individuell-adaptiertes Rehabilitationsprogramm möglich ist: In einigen kontrollierten Studien konnte eine Verbesserung der Behinderung, des Handicaps und der Lebensqualität belegt werden.
- MS-Patienten mit leichten bis mittelschweren Behinderungen und polysyndromatischem Bild dürften am ehesten von einer solchen stationären, multidisziplinären Rehabilitationsbehandlung profitieren, während für Patienten mit leichten oligosyndromatischen Funktionsstörungen eine ambulante, modalitätsspezifische Behandlung ausreichend erscheint.
- Bei schwerstbehinderten, bettlägerigen Patienten kann eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nur in Ausnahmefällen und bei klar definierbaren, realistischen Zielen empfohlen werden.

Praktisches Vorgehen

Die Anmeldung zur Rehabilitation sollte frühzeitig erfolgen mit möglichst detaillierter Angabe der aktuellen Defizite, der Dringlichkeit und der Rehabilitationsziele. Dadurch wird auch für den Vertrauensarzt des Kostenträgers die Entscheidungsfindung einfacher, und es können damit einige Missverständnisse und zusätzliche Korrespondenzen erspart werden. Bei Unklarheiten ist eine direkte Kontaktierung des Rehabilitationszentrums oder des Vertrauensarztes zu empfehlen. Gegebenenfalls muss bei fraglicher Indikation auch eine Vorabklärung erfolgen im Sinne einer ambulanten Vorstellung bei einem Rehabilitations spezialisten.

Literatur

- 1 Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft (MSG). Stationäre Rehabilitation bei Multipler Sklerose (MS). Empfehlungen des Ärztlichen Beirates der Schweiz. MS-Gesellschaft zur Indikationsstellung, Planung und Zuweisung. MS Info; 2002;1-2.
- 2 Freeman JA, Langdon DW, Hobart JC, Thompson AJ. The Impact of Inpatient Rehabilitation on Progressive Multiple Sclerosis. *Ann Neurol* 1997; 42:236-44.
- 3 Solari A, Filippini G, Gasco P, Colla L, Salmaggi A, et al. Physical rehabilitation has a positive effect on disability in multiple sclerosis patients. *Neurology* 1999;52:57-62.
- 4 Wiles CM, Newcombe RG, Fuller KJ, Shaw S, Furnival-Doran J, et al. Controlled randomised crossover trial of the effects of physiotherapy on mobility in chronic multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70:174-9.
- 5 Mostert S, Kesselring J. Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of subjects with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis* 2002;8:161-8.
- 6 Beer S, Kesselring J. Rehabilitation bei Multipler Sklerose. *Schweiz Med Forum* 2001;1:1143-6.
- 7 Freeman JA, Langdon DW, Hobart JC, Thompson AJ. Inpatient rehabilitation in multiple sclerosis: do the benefits carry over into the community? *Neurology* 1999;52:50-6.
- 8 Kiel G. Erstmals repräsentative Kostenerhebung für Patienten mit Multiple Sklerose (P. Rieckmann, Würzburg). *Neurol Rehabil* 2000;6: 325.
- 9 Carton H, Loos R, Paolet J, et al. Utilisation and cost of professional care and assistance according to disability of patients with multiple sclerosis in Flanders (Belgium). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:444-50.
- 10 Feigenson JS, Scheinberg L, Catalano M, et al. The cost-effectiveness of multiple sclerosis rehabilitation: a model. *Neurology* 1981;31:1316-22.
- 11 Freeman J, Ford H, Mattison P, Thompson A. Developing MS Healthcare Standards: evidence-based recommendations for service providers. *Multiple Sclerosis Society of Great Britain and Northern Ireland and the MS Professional Network*;2002:1-37.
- 12 Thompson AJ. Multidisciplinary approach. In: C.P. Hawkins, JSW, eds. *Principles of Treatment in Multiple Sclerosis*. Boston, Oxford: Butterworth-Heinemann; 2000: 299-315.