

STATIONÄRE NEUROLOGISCHE REHABILITATIONSMEDIZIN IN DEUTSCHLAND. FALLBEISPIEL EINER FODROYANT VERLAUFENDEN MULTIPLER SKLEROSE (MARBURGER VARIANTE)

Dr. med. Wolfgang Fischer

Neurologische Kliniken Beelitz - Heilstätten, Deutschland

Zusammenfassung

Je nach Schweregrad der Erkrankung und des funktionellen Defizites werden die Patienten in definierten Phasen (A–F) in der neurologischen Rehabilitation behandelt

Zuordnung zur Phase der neurologischen Rehabilitation

Entscheidend für die Zuordnung ist der Schweregrad und das Ausmaß des funktionellen Defizites. Es muss in jedem Fall ein Rehabilitationspotential erkennbar und definierbar sein; der allgemein-körperliche Zustand des Patienten muss Rehabilitationsfähigkeit zulassen.

Wir verwenden die nachfolgende Einteilung. Diese Einteilung wird in sämtlichen neurologischen Rehabilitationskliniken Deutschlands angewandt.

Nach der in Deutschland gebräuchlichen und als von den Kostenträgern als Grundlage verwendeten Einteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) lassen sich die folgende Rehabilitationsphasen auch in der neurologischen Rehabilitation differenzieren:

Phase A:

Akutbehandlungsphase (Behandlungsphase im Akutkrankenhaus)

Phase B:

Phase, in der intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen. Diese Phase ist in Brandenburg eine Krankenhausbehandlung und erfolgt im Fachkrankenhaus für Frührehabilitation.

Phase C:

Phase, in der Patienten aktiv in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativ-medizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen.



Oberarzt Neurologie,
Universitätsdozent Sozialmedizin
Katholische Universität Eichstätt
Fischer2@rehaklinik-beelitz.de

Phase D:

Phase nach Abschluss der Frühmobilisation (Mobilität mit oder ohne Hilfsmittel, kein wesentlicher pflegerischer Betreuungsaufwand).

Phase E:

Phase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation - im Sinne einer nachgehenden Rehabilitationsleistung - und berufliche Rehabilitation.

Phase F:

Phase, in der dauerhaft betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Rehabilitationsziele in den verschiedenen Phasen der Neurologischen Rehabilitation

Das übergeordnete Behandlungsziel besteht darin, dem akut versorgten Patienten mit verbleibenden Funktionsstörungen oder dem chronisch erkrankten Menschen mit Funktionseinbußen zu einem möglichst selbstbestimmten und zufriedenstellenden Leben in seinem gewohnten sozialen Umfeld zu verhelfen.

Das Hauptziel der **Phase B** der neurologischen Frührehabilitation besteht darin, Patienten in das bewusste Leben zurückzuholen, die Kommunikationsfähigkeit wiederherzustellen und die Grundlage für eine weitere kooperative Mitarbeit am Rehabilitationsprozess zu schaffen, Akutkomplikationen schnell zu erkennen und sekundäre sowie tertiäre Komplikationen zu vermeiden.

In der **Phase C** der neurologischen Rehabilitation steht vor allem das Wiedererlangen der Mobilität

und der Selbstständigkeit im Alltag im Vordergrund. Wesentlich ist hierfür die unterstützte Wiedererlangung von grundlegenden Funktionen des Gehirns wie Antrieb, Orientierung, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen. Eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit wird angestrebt. Weiter soll die Verbesserung der Bewegungs- und Gefühlsfunktionen sowie der Geschicklichkeit (Koordination) erreicht werden.

Ziel der **Phase D** der neurologischen Rehabilitation ist die Restitution und ggf. notwendige Kompensation gestörter Funktionen (kognitive und sensomotorische Funktionen) bzw. die Hilfe bei der Adaptation der beruflichen oder psychosozialen Umgebung der Patienten, um Partizipationshindernisse im Beruf, der Familie und der Gesellschaft zu verringern.

Notwendige medizinische Diagnostik (z.B. EKG, Notfall-Labor, Röntgen, Computertomogramm, EEG und Broncho- sowie Gastroskopie) kann in den neurologischen Kliniken Beelitz-Heilstätten, auch in Verbindung mit Konsiliaren, jederzeit bei akuten Fragestellungen durchgeführt werden.

Mit speziellen diagnostischen Verfahren lassen sich weitere therapeutische Maßnahmen in ihrer Effektivität erfassen und kontrollieren. So dienen beispielsweise neurophysiologische Untersuchungen der diagnostischen Einordnung bestehender Schädigungen des Gehirns, Rückenmarks und der Nerven und ermöglichen Rückschlüsse über Funktionsverbesserungen.

Darüber hinaus wird von den spezifischen Therapiebereichen eine spezielle, auf den jeweiligen Fachbereich bezogene Diagnostik durchgeführt. Diese dient als Grundlage für die Planung und Durchführung der einzelnen Behandlungsschritte und der Erfolgskontrolle der Rehabilitationsbemühungen.

Die **Krankengymnastik ist ein wesentlicher Teil stationären Rehabilitations-Behandlung**. Sie hilft einerseits die Rückbildung von Ausfällen zu beschleunigen, andererseits können verbliebene Störungen durch Training der Willkürfunktion oder von ausgleichenden Mechanismen verbessert werden. Dadurch kann es auch bei schwerwiegenden Funktionsstörungen noch zu erstaunlichen Besserungen kommen.

Je nach Art der Störung können verschiedene krankengymnastische Behandlungsverfahren zum Einsatz kommen. Es gibt keine Form der Krankengymnastik, die prinzipiell für alle Menschen mit MS geeignet ist, sondern diese muss jeweils in Abhängigkeit von den vorliegenden Störungen auf jeden einzelnen Betroffenen abgestimmt werden.

Unter **Ergotherapie** versteht man eine besondere Form der Aktivierungs- und Beschäftigungsthera-

pie, bei der unter Anleitung eines Ergotherapeuten Tätigkeiten des täglichen Lebens praktisch geübt und (wieder) erlernt werden.

Ergotherapie ist darauf ausgerichtet, neben der Bewegungsfähigkeit, Körperwahrnehmung und Sensibilität auch Körperfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationsvermögen oder Leistungsfähigkeit und Ausdauer zu trainieren und zu fördern.

Das Behandlungsziel besteht darin, krankheitsbedingt eingeschränkte oder sogar verloren gegangene Bewegungsabläufe und Funktionen zu üben, auszugleichen oder durch Hilfsmittel zu ersetzen und damit die Handlungsfähigkeit der Betroffenen in ihrem Umfeld zu erhöhen.

Die **Logopädie** diagnostiziert und behandelt Sprach- und Sprechstörungen, Störungen des Schluckaktes und des Schluckvorganges, bietet zielgerichtet Atemtherapie sowie Atemtraining an, erarbeitet kompensatorische und Triggermechanismen, um eine orale Ernährung wieder zu erreichen – häufig in Verbindung mit einem gezielten Facialstraining. An Testverfahren werden neben den Aphasietests auch bildgebende Verfahren der Schluckdiagnostik angewendet (Fieberendoskopische Schluckdiagnostik).

Im Rahmen der **Psychologie/ Neuropsychologie** werden eine Reihe von möglichen Beeinträchtigungen der geistigen (kognitiven) Leistungen diagnostiziert und behandelt. Diese Leistungseinschränkungen können nur vorübergehend oder auch länger bestehen. Am häufigsten sind Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, der Gedächtnisleistung, des Planens und Handelns und visuell-räumlichen Leistungen.

Eine Aufmerksamkeitsstörung wirkt sich erschwerend auf das Lernen von Neuem aus und somit auf den Therapiefortschritt in allen Therapien. Daher sollte ein Aufmerksamkeitsdefizit durch entsprechendes Training behoben oder minimiert werden. Manchmal kommt es in Folge der Aufmerksamkeitsstörung zur Vernachlässigung einer Körperseite, einer Raumseite oder eines Teiles der unmittelbaren Umgebung (Neglect). Dies ist ein Umstand, der vielfältige Unfallgefahren birgt.

Gedächtnisdefizite können verschiedene Auswirkungen haben, so z.B. das Einprägen von Informationen, die Verschlüsselung und Speicherung von Informationen im Kurzzeitgedächtnis, das Übertragen von neu Erlerntem ins Langzeitgedächtnis oder das Abrufen dort gespeicherter Informationen. Gedächtnisdefizite sind, neben der Aufmerksamkeitsstörung, die zweithäufigste kognitive Leistungsstörung infolge einer erworbenen Hirnschädigung. Diese Störungen zu reduzieren bzw. aufzuheben stellt ebenfalls ein wesentliches Therapieziel dar. Defizite des Planens und

Handelns, auch Exekutive Funktionen genannt, bewirken u.a. Probleme im Planen von zeitlichen Abfolgen und / oder von Handlungsabfolgen und/oder in der Verhaltenssteuerung und Kontrolle.

Diese "unsichtbaren", von außen nicht wahrnehmbaren Folgen neurologischer Erkrankungen werden oft erst nach Besserung der motorischen Fähigkeiten bemerkt. Meistens deckt erst eine neuropsychologische Testuntersuchung das vollständige Bild der Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich auf. Ein rechtzeitiges Erkennen dieser organisch verursachten Beeinträchtigungen hat ein besseres Verständnis dieser gestörten Verhaltensweisen zur Folge und ermöglicht frühzeitige gezielte therapeutische Interventionen. Als Reaktion auf die plötzlich dramatisch veränderte Lebenssituation können sich seelische (psychische) Probleme einstellen. Die Krankheit kann auf sehr unterschiedliche Weise verarbeitet werden.

Auf diesem Weg können sich Ängste, Mutlosigkeit, Erschöpfung, depressive Verstimmungen, Stimmungsschwankungen, Störungen im sexuellen Bereich sowie Schuld- und Schamgefühle einstellen.

Auch hier ist der Psychologe gefragt, um diesen Prozess der Krankheitsverarbeitung zu bewältigen.

Auf der Basis dieses komplexen rehabilitationsmedizinischen Ansatzes wird das Beispiel einer 23-jährigen Patientin aus Rostov/Don diskutiert, die an einer rasch progredient verlaufenden MS (Marburger Variante) erkrankte, im Verlauf 2 x reanimationspflichtig wurde und in Russland keine vergleichbaren rehabilitationsmedizinischen Strukturen nutzen konnte. Im Rahmen eines zweimaligen Rehabilitationaufenthaltes in einer neurologischen Spezialklinik in Deutschland konnten sowohl die Krankheitsaktivität als auch die medikamentöse Therapie nachevaluiert und durch gezielte rehabilitationsmedizinische Prozeduren die soziale Kompetenz und Teilhabe gestärkt und das psychosoziale Defizit abgebaut werden. EDSS zur Aufnahme 9,5; EDSS zur Entlassung 7,0.

FAZIT:

- Auch bei schwersten Verläufen partizipiert der Betroffene von der Rehabehandlung.
- Medikamentöse Behandlungsstrategien können optimiert und dem jeweiligen Erkrankungsstadium unter Nutzen- / Risikoabwägung angepasst werden.
- Funktionelle Defizite können teilweise durch neuronale Plastizität und neuronale Netzwerkaktivität teilkompensiert werden.
- Hilfsmittelversorgung erweitert den individuellen Aktionsradius)
- Die Teilhabe am täglichen Leben und die Partizi-

pations- sowie Antezepionsmechanismen im individuellen sozialen Netzwerk können optimiert, die psychosoziale Behinderung gemindert und die soziale Kompetenz gestärkt werden.

- Zum Erhalt der wiedergewonnen Fähigkeiten und Funktionen ist auch unter ambulanten Bedingungen die konsequente und kontinuierliche Fortführung krankengymnastischer, ergotherapeutischer und logopädischer Behandlung zwingend notwendig genauso wie die fachärztliche Überwachung der Krankheitsprogression.