



Multiple Sklerose und Rehabilitation

Ziel und Zweck einer jeden medizinischen Rehabilitation ist das Wiedererlangen des vor der jeweiligen Erkrankung anzunehmenden Gesundheitszustandes. Insbesondere bei chronischen oder gar chronisch progredienten Erkrankungen ist dieses Ziel jedoch den realistischen Möglichkeiten einer allenfalls passageren Besserung, einer Stabilisierung, einer Symptomlinderung oder einer besseren Adaptation an den Krankheitsprozess unterworfen.

Im Rahmen der Therapieoptionen eines Multiple Sklerose-Erkrankten nehmen in Deutschland stationäre neurologische Rehabilitationsverfahren einen festen Platz ein. Durch hohe Therapiedichte, physiotherapeutische Maßnahmen, symptom- und behinderungsorientierter Medikation und Hilfsmittelversorgung sowie psychologischer Begleitung wird dabei das Ziel der möglichst langen Selbständigkeit und Unabhängigkeit und somit nicht zuletzt auch der Leistungsfähigkeit der Patienten verfolgt. Durch die letztlich für alle Verlaufsformen der Multiple Sklerose anzunehmende Progredienz der entzündlichen Läsionen und damit einhergehender Zunahme der neurologischen Funktionsstörungen ist bei einem Teil der Patienten im Verlauf von wiederholt notwendigen stationären Rehabilitationsmaßnahmen auszugehen, sodass eine Verlaufskontrolle und mit Einschränkungen auch eine Kontrolle des Behandlungserfolges möglich ist.

Die Wicker-Klinik in Bad Wildungen und die Hardtwaldklinik I in Bad Zwesten sind „Annerkanntes MS-Zentrum“ der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG).

Herausgeber:

Büro Wicker · Brunnenallee 29 · 34537 Bad Wildungen
Telefon 05621 806-0 · Fax 05621 806 111
E-Mail: info@wicker.de · Internet: www.wicker.de
Amtsgericht Korbach HRA 2177 Steuer-Nr. Finanzamt
Kassel-Hofgeismar 26 381 3011 1

Neurologische Kliniken der Wicker-Gruppe

Wicker-Klinik, 34537 Bad Wildungen
Neurologie (AHB), Psychosomatik/Psychotherapie, Innere Medizin, Orthopädie
Telefon: 0 56 21 - 792-0 · www.wicker-klinik.de

Neurologische Klinik Westend, 34537 Bad Wildungen
Frührehabilitation, weiterführende Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung (AHB)
Telefon: 0 56 21 - 794-0 · www.neurologische-klinik-westend.de

Hardtwaldklinik I, 34596 Bad Zwesten
Neurologie (AHB) im Rahmen des „**Neurologischen Zentrums Bad Zwesten**“, Psychiatrie/Psychotherapie, Psychotherapie/Psychosomatik,
Telefon: 0 56 26 - 87-0 · www.hardtwaldklinik1.de

Klinik Hoher Meissner, 37242 Bad Sooden-Allendorf
Fachklinik für Physikalisch-Rehabilitative Medizin und Schmerzbehandlung mit den Fachbereichen Orthopädie (AHB), Neurologie (AHB) und Innere Medizin
Telefon: 0 56 52 - 55-0 · www.reha-klinik.de

Wicker-Klinik, 61348 Bad Homburg v.d.H.
Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin (AHB), Neurologie (AHB)
Telefon: 0 61 72 - 103-0 · www.wicker-klinik-bad-homburg.de

Klinik am Osterbach, 32545 Bad Oeynhausen
Neurologie mit neurologischer Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin, Stimm- und Sprachheilzentrum mit Tinnitus-Fachabteilung
Telefon: 0 57 31 - 159-0 · www.klinik-am-osterbach.de

Für eine unverbindliche Beratung und alle Ihre Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung, werktags von 8.00 bis 16.00 Uhr.

Zentrale Ansprech- und Informationsstelle:

Wicker-Servicezentrum

Dr. med. Jochen Keute
Telefon 0 56 21 / 8 06-2 13 · Fax 0 56 21 / 46 33
E-Mail: wicker-servicezentrum@wicker.de
Internet: www.wicker.de

Multiple Sklerose

von Prof. Dr. F. L. Welter
Ärztlicher Direktor, Chefarzt Neurologie
Arzt für Neurologie u. Psychiatrie, Arzt für
Physikalische Medizin
- Rehabilitationswesen -
Hardtwaldklinik I
Bad Zwesten

Multiple Sklerose: Einleitung

Die Multiple Sklerose - Encephalomyelitis disseminata ist neben der Epilepsie die häufigste organische Erkrankung des zentralen Nervensystems im jungen Erwachsenenalter. Weltweit sind heute etwa 1-1,2 Millionen Personen an Multiple Sklerose erkrankt, die Geschlechterverteilung zwischen Frauen und Männern beträgt 2:1, 70 % aller Patienten erkranken zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Epidemiologische Daten zeigen eine signifikante Häufung in Nordamerika sowie Gesamteuropa, hier liegt die Prävalenz bei mehr als 30 pro 100.000 Einwohnern, in Südamerika oder Asien beträgt die Prävalenz hingegen weniger als 5 pro 100.000 Einwohner. Die Prävalenz der Multiple Sklerose in Deutschland beträgt 60-100 Erkrankte pro 100.000 Einwohner, was einer Gesamtzahl von aktuell ca. 120.000 Multiple Sklerose-Kranken entspricht. Die mittlere Lebenserwartung nach Diagnosestellung betrug noch in der 80er Jahren nur 13-20 Jahre, aktuell beträgt die mittlere Krankheitsdauer ca. 30 Jahre, bei einem Drittel der Patienten länger. Die Ursachen dieses Verteilungsmusters sind ebenso wie die exakten Entstehungsmechanismen bisher noch nicht vollständig geklärt, diskutiert werden prädisponierende Faktoren wie Lebensraum, Ernährung, Infektionen und ethnische Zugehörigkeit.

Multiple Sklerose: Typische Symptome und Verlaufsformen

Typische Symptome einer Multiplen Sklerose im Anfangsstadium sind bei der häufigeren schubförmigen Verlaufsform die schon erwähnten Lähmungen, Sensibilitätsstörungen sowie Visusstörungen. Im weiteren Verlauf sind jedoch nahezu alle zentralnervös entstehenden Störungen möglich, exemplarisch seien hier Tonusregulationsstörungen wie Spastik, Koordinationsstörungen wie Ataxie oder mit einer Häufigkeit von bis zu 2/3 bei den Erkrankten auftretende Blasenfunktionsstörungen genannt. Die beiden gebräuchlichen Begriffe „Multiple Sklerose“ und „Encephalomyelitis disseminata“ dokumentieren demzufolge das Nebeneinander akuter und chronischer Krankheitssymptome. Darüber hinaus seien die gehäuft auftretenden Symptome wie das „Fatigue-Syndrom“, psychiatrische Störungen und kognitive Defizite benannt.

Das Krankheitsbild der Multiplen Sklerose

Die Multiple Sklerose führt als autoimmunvermittelte Erkrankung zu entzündlichen, vernarbenden und degenerativen Prozessen des Zentralen Nervensystems (ZNS). Je nach Schweregrad der Erkrankung und Ausmaß des ZNS-Befalls kommt es zu einem breiten Spektrum an Krankheitssymptomen, die sich klinisch als motorische, sensible oder kognitive Defizite zeigen. Zur Verlaufsbeurteilung wird die zentralnervös entstehenden Funktionseinschränkungen als standardisierte Beurteilung des Behinderungsgrades gemäß des Expanded Disability Status Scale (EDSS) erfaßt. Die für die Multiple Sklerose typischen Verlaufsformen sind der schubförmig remittierende Verlauf (SRMS), der sekundär chronisch progrediente Verlauf (SPMS) sowie der primär chronisch progrediente Verlauf (PPMS).

Diagnosestellung bei Multipler Sklerose

Die Diagnose der Multiplen Sklerose stützte sich historisch zunächst ausschließlich auf die klinische Symptomatik einer initial zumeist schubförmig verlaufenden Erkrankung mit neurologischen Störungen bzw. Ausfallerscheinungen, vornehmlich in den Bereichen der Motorik, Sensibilität und Koordination. Nach Ausschluss differenzialdiagnostisch in Frage kommender zentralnervöser Ausfallerscheinungen wie beispielsweise metabolischer Störungen, genetischer Syndrome und anderer Autoimmun- oder Gefäßkrankungen ließ sich in Zeiten ohne kraniale und/oder spinale Bildgebung eine vermeintliche Diagnosesicherung nur durch die Hinzuziehung typischer, jedoch nicht spezifischer, Liquorbefunde und elektrophysiologischer Zusatzuntersuchungen erzielen. Als klinisch typisch galt und gilt die Dissemination in Zeit und Ort. „Zeitlich“ heißt hierbei das Auftreten von akuten Funktionsstörungen neben bereits bestehenden Störungen als Residuen aus vorangegangenen Schüben – „örtlich“ bedeutet Störungen bzw. Ausfallerscheinungen in nicht primär zusammenhängenden neurologischen Funktionssystemen, so beispielsweise einer zentralen Sehstörung und einer spinalen Ataxie.

Die Liquoranalyse bei klinischem Verdacht einer Multiplen Sklerose zeigt als Ausdruck eines chronisch – entzündlichen Geschehens im zentralen Nervensystem eine intrathekale IgG-Synthese. Der Nachweis dieser autochtonen Immunglobulinproduktion im Liquor, entweder durch den sogenannten IgG-Index oder durch das Auftreten oligoklonaler Banden in der isoelektrischen Fokussierung ausschließlich im Liquor, ist mit einer Sensitivität von aktuell 95 % der zwar empfindlichste Laborparameter bei der Diagnosesicherung, jedoch sind derartige Liquorbefunde nicht Multiple Sklerose-spezifisch und können in gleicher Weise auch bei anderen chronisch entzündlichen ZNS-Erkrankungen auftreten. Der parallele Nachweis eines erhöhten Virus – Antikörper – Titers gegen Masern, Röteln und Zoster (MRZ-Reaktion) im Liquor hat sich als nicht diagnostisch verwertbar erwiesen.

„Ursache“ der Multiplen Sklerose

Die Multiple Sklerose -Pathologie ist sowohl durch entzündliche Veränderungen, vornehmlich der weißen Substanz des ZNS, gekennzeichnet als auch durch neurodegenerative Veränderungen in Form axonaler Schädigungen. Ohne ein bisher nachweisbares „Agens“ kommt es bei mehrfach bestätigter genetischer Prädisposition für bestimmte Verlaufsformen zu einer überwiegend T-Zell-vermittelten Immunreaktion, die im Verlauf eine Kaskade aus entzündlichen und neurodegenerativen Veränderungen hervorruft.

Risikofaktoren bei Multipler Sklerose

Eine genetische Disposition der Multiple Sklerose lässt sich durch Familienstudien belegen, die für Familienmitglieder von Multiple Sklerose-Erkrankten ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko nachweisen. So liegt das Erkrankungsrisiko bei Geschwistern 30fach höher (3-5 %) als bei „unbelasteten“ Familien, bei eineiigen Zwillingen ist das Risiko sogar 250fach (25 %) erhöht.