

# Multiple Sklerose (MS)



**Fachklinik  
Bad Liebenstein**

## Rehabilitation bei MS

Eine Gebrauchsanleitung

Abteilung Neurologie und Neuropsychologie

# Vorwort

**Sie haben MS!** Vielleicht haben Sie das gerade erfahren und fühlen sich von der Diagnose erschlagen. Vielleicht leben Sie schon lange erfolgreich mit der Krankheit, aber Berufstätigkeit, Selbstständigkeit oder Lebensqualität sind gefährdet. Man hat Ihnen zur Reha geraten oder Sie haben den Anstoß gegeben. Vielleicht steht Ihre Aufnahme bei uns schon fest, vielleicht überlegen und suchen Sie noch. Auf alle Fälle möchten wir Ihnen unser Rehabilitationskonzept vorstellen.



Für den Erfolg brauchen wir Ihren Einsatz! Deshalb sollen Sie wissen, was Sie von uns erwarten können.

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized letters that appear to be 'G. Pfeiffer'.

Prof. Dr. med. G. Pfeiffer  
Chefarzt Abteilung Neurologie  
und Neuropsychologie



## Wer sind wir?

In der m&i-Fachklinik werden orthopädische, neurologische und kardiologische Patienten betreut. Die neurologische Abteilung hat 180 Behandlungsplätze für schwerst, schwer, und leicht betroffene Patienten. Viele unserer Patienten kommen nach einem akuten Ereignis zu uns, nach einem Schlaganfall, Unfall oder einer neurochirurgischen Operation oder auch einem MS-Schub. Die etwas kleinere Gruppe unserer Patienten leidet schon länger unter neurologischen Problemen. Sie haben andere Erfahrungen, Probleme und Perspektiven.

Deshalb haben wir für diese Patientengruppe ein spezielles Betreuungs- und Therapieangebot entwickelt. Die häufigste Diagnose in dieser Gruppe ist die Multiple Sklerose. Wir sind keine spezielle MS-Klinik, aber vorbereitet auf Sie. Wir sind in Kontakt mit der MS-Gesellschaft, den regionalen Selbsthilfegruppen und mit den MS-Behandlern in Klinik und Praxis. Wir bieten flankierend die für die symptomatische Behandlung und Begleitung wichtige orthopädische, urologische und psychotherapeutische Kompetenz.

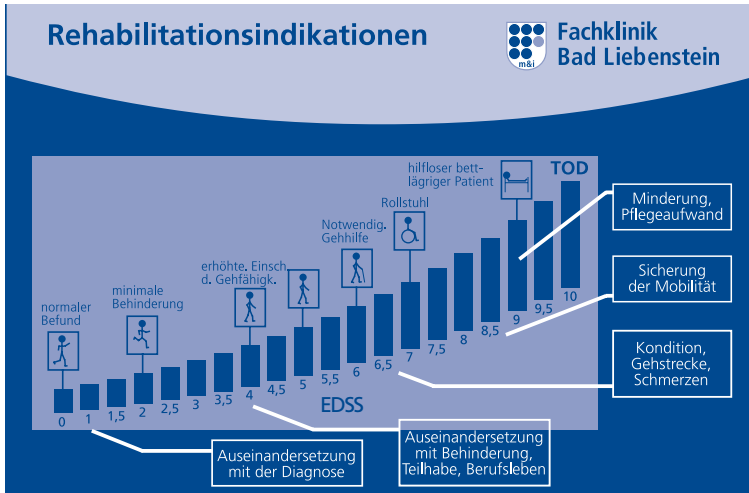
## Die MS – unberechenbar und deshalb schwer zu tragen

Die Statistik klingt nicht schlecht: Jeder dritte MS-Erkrankte kann mit einem harmlosen Verlauf rechnen. Vielleicht haben Sie schon erfahren müssen, dass Sie dieses Glück nicht haben. Auch dann bleibt Ungewissheit: Wann kommt der nächste Schub, wann droht der Rollstuhl?

Nach 25 Jahren Krankheitsverlauf brauchen ihn 60 Prozent der Patienten wenigstens außerhalb des Hauses. Das Leben mit der Krankheit ist ein langer Weg durch die üblicherweise „besten Jahre“. Der ungewisse Verlauf erschwert die Krankheitsbewältigung. Hilfe kann immer nötig werden. Sie ist unsere Hauptaufgabe.

## Was kann Reha?

Nach einiger Zeit müssen viele MS-Patienten unabhängig von den einzelnen Krankheitsschüben mit einer allmählich zunehmenden Behinderung rechnen. Leider zeigen die Studien, dass das Fortschreiten der Behinderung gemessen an der relativ groben aber verlässlichen EDSS-Skala oder im Bezug auf die Selbstständigkeit durchschnittlich nur sechs Monate lang etwas aufgehalten werden kann. Nachhaltiger und größer sind die Rehabilitationserfolge im Bezug auf Lebensqualität und Wohlbefinden. Bei eher geringem Effekt auf die eigentliche Behinderung erklärt sich das bessere Wohlbefinden durch einen geschickteren oder gefassteren Umgang mit der Behinderung und der Krankheit. Ein EDSS-Wert von 8 heißt, dass Sie auf den Rollstuhl angewiesen sind. Je nach Einstellung, Umgebung und Hilfsmittelversorgung können Sie dann noch Konzerte besuchen oder ein Ehrenamt ausüben oder auf die eigenen vier Wände beschränkt sein. Einen dauerhaften Erfolg erzielen wir außerdem, wenn wir Ihnen den Weg zu einem selbst-ständigen Training zu Hause ebnen können. Das Gefühl und die Erfahrung, selbst etwas für die Gesundheit und das Wohlbefinden tun zu können hilft gegen das Verzagen!



### Der gesetzliche Rahmen

Der Zweck der Rehabilitation wird im Sozialgesetzbuch IX § 4 definiert: Sie soll Behinderungen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit abwenden, beseitigen oder mildern. Die persönliche Entwicklung soll ganzheitlich gefördert werden, um „die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“. Eine stationäre Rehabilitation wird gewährt, wenn sie zu diesen Zwecken notwendig und erfolgversprechend ist. Der Antrag muss diese Punkte berücksichtigen.

### Individuelle Rehazielle

Rehabilitation ist ein zielgerichteter Prozess. Zum Ziel gehört die Zielinie. Es ist immer klar ob das Ziel erreicht ist, oder nicht. „Ich möchte besser laufen“ ist ein Wunsch. „Ich möchte wenigstens bis zur Bushaltestelle gehen können“ ist ein Ziel. Der Wunsch „Besser laufen“ kann nach jedem Zwischenerfolg immer anspruchsvoller werden und damit für immer unbefriedigt bleiben. Das Ziel ist bescheidener.

Dafür winkt die Freude über den Erfolg. Bleibt er aus, muss rechtzeitig die Strategie oder das Ziel geändert werden. Oft sind wir eher von Wünschen getrieben als von Zielen geleitet. Präzise, realistische, sinnvolle und gut überprüfbare kurz- und langfristige Rehabilitationsziele zu formulieren ist Teamwork: wir brauchen Sie um zu wissen, was für Sie Sinn macht, Sie brauchen uns, um zu wissen was realistisch ist. Wenn die Rehabilitation den Weg zu einem zielgerichteten Selbstmanagement weist, hat sie etwas sehr dauerhaftes erreicht.

### **Der Fragebogen**

Wir brauchen einen Überblick über alle Ihre Beschwerden und Funktionseinbußen, um die erfolgversprechendsten Therapieansätze zu finden. Vielleicht gibt es eine Lösung für ein Problem, an das Sie sich schon gewöhnt haben und das sie deshalb beim Aufnahmegespräch gar nicht zur Sprache bringen. Deshalb möchten wir Sie bitten, den Beschwerdefragebogen (s. Anhang) zu bearbeiten. Er kann Ihnen bei der Formulierung Ihrer Reha-Ziele helfen. Wir brauchen ihn zur Vorplanung der Therapiekontakte und des weiteren Assessments.

### **Das therapeutische Team**

Die Rehabilitation braucht viele Berufsgruppen. Alle wollen helfen, aber es ist wichtig, dass auch alle das Gleiche wollen. Deshalb treffen sich Therapeuten, Pflegekräfte und Ärzte einmal in der Woche zur Abstimmung über die Therapieziele und -fortschritte. Ihr Stationsarzt und Ihre Therapeuten vertreten dabei Ihre Interessen, die sie im Vorfeld erkundet haben. Der Stationsarzt moderiert und stimmt das Ergebnis mit Ihnen ab. Der Austausch macht aus der Rehabilitation mehr als die Summe der Einzeltherapien. Manchmal werden durch die Teamdiskussion einzelne, hochspezialisierte und vielleicht zu ehrgeizige Therapieziele relativiert. Das kann anfangs enttäuschen aber letztlich den Weg aus einer therapeutischen Sackgasse weisen. Sie

sollen sich als Teil des Teams fühlen. Wenn Sie sich dem Team ausgeliefert fühlen, machen wir etwas falsch!

## **Krankheitsbewältigung**

Die MS ist eine Krankheit mit unberechenbarem Verlauf. Ihr Ruf ist unheilvoll. Der Alltag fordert ständig Kompensationsanstrengungen. Dies alles belastet die Psyche. Depression oder Resignation beschleunigen den Weg bergab. Sie müssen durch Hilfe bei der Krankheitsbewältigung vermieden werden. Angestrebt wird ein aktiv gestaltender Umgang. Die Krankheit soll nicht als Schicksal sondern als Herausforderung angenommen werden. Hilflosigkeit mindert die Lebensqualität. Sie ist verbunden mit Erschöpfbarkeit (Fatigue) und gefährdet die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dagegen weckt die Selbsthilfefertigkeit Ressourcen und sichert Teilhabe und Lebensqualität trotz fortgeschrittener Behinderung. Sie ist immer wieder von Rückschlägen bedroht. Unterstützung kann in jeder Krankheitsphase nötig werden!

Behinderung bedroht das Selbstbild. Deshalb versucht der Betroffene, die Krankheit zu verdrängen. Wenn das nicht mehr gelingt, versucht er sie nieder zu kämpfen (Widerstand). Scheitert das, bleibt eine resignativ getönte Akzeptanz. Die Trauer über den Verlust des bisherigen Selbstbildes und die Definition neuer Lebensprioritäten und -ziele ziehen ihn noch ganz in ihren Bann. Das Ziel ist es, die Krankheit so weit ins Selbstbild zu integrieren, dass wieder Ressourcen für andere Aufgaben frei werden (Integration).

Der Weg in die Behinderung führt in eine Existenzform, die in der alten Umgebung niemand teilt. Der Umgang mit anderen Betroffenen in einer ambulanten Gruppentherapie oder während einer stationären Rehabilitation lindert das Gefühl des Vereinsamten, ungeteilten Leidens und ermöglicht das Lernen unter Leidensgefährten. Er kann den dauerhaften Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe bahnen.

## Phasen der Anpassung des Selbstkonzepts



Fachklinik  
Bad Liebenstein

Verdrängen	Widerstand	Akzeptanz	Integration
„mir kann so was doch nicht passieren“	„das wird mich doch nicht umhauen“	„ich werde mich damit auseinander setzen müssen“	„ich habe MS, aber ich denke nicht viel darüber nach“
Symptome verbergen	Suche nach Behandlung	Trauer über Verlust des alten Selbstbildes	Leben mit der Krankheit
Suche nach Autoritäten, die eine andere Diagnose stellen	Kontaktaufnahme zu anderen Betroffenen	Coming out	Zeit und Energie, sich auch wieder mit anderen Dingen zu befassen
Hilfe ablehnen	Widerstand gegen Hilfe	Lässt sich helfen	Akzeptiert Hilfe wenn möglich
Klammern am alten Lebensstil	Erkennt Anpassungsbedarf	Rearrangiert Lebensprioritäten	Adaptiertes Selbstkonzept

RB Matson, NA Brooks: Adjusting to multiple sclerosis. An exploratory study. Soc Sci & Med 1977;11:245-50

### Unser therapeutisches Angebot

**Physiotherapie:** Die Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage lindert die Spastik und bahnt Willkürbewegungen an. Nicht alle dieser Erfolge können in den in den Alltag übertragen werden. Erreichbar sind ein physiologischeres und zügigeres Gangbild. Ein Gewinn an Selbstständigkeit wird durch Physiotherapie allein in der Regel nicht erreicht. Bei fortgeschrittener Krankheit sichert regelmäßige Physiotherapie die Gelenkbeweglichkeit und damit die Mobilität. Die Evaluation des Gelenk- und Bewegungsstatus erfolgt durch MS-geschulte Physiotherapeuten. Dabei wird auch die Ausdauer überprüft und die Belastbarkeit durch Gruppenprogramme abgeschätzt. Die Einzeltherapie flankiert das Gruppenprogramm des Patienten. Gruppen sind die Stärke der stationären Rehabilitation, denn ambulant sind sie schwer zu organisieren. Sie lockern die Abhängigkeit von der intensiven Zuwendung während der Einzeltherapie: Nur mit dem Therapeuten mache ich es richtig, nur in der Therapie geht es gut. In der Gruppe erlebt der Patient, was er auch ohne exklusive Thera-

peutenzuwendung kann. Dies stellt einen höheren Grad der Selbstkontrolle dar und bereitet das eigenständige häusliche Übungsprogramm vor.

**Medizinische Trainingstherapie (MTT):** Sportlehrer erarbeiten im Einzelkontakt mit Ihnen ein Übungsprogramm, das Sie im eigenen Rhythmus aber supervidiert in der Gruppe umsetzen. Das Programm soll möglichst zu Hause weitergeführt werden können. Bei behinderten Patienten muss die Physiotherapie durch Erarbeitung bestimmter Transfers oder Bewegungsabläufe erst das Tor zur medizinischen Trainingstherapie aufschließen. Die Sportlehrer sind mit der neurophysiologisch orientierten Physiotherapie vertraut. Beide Therapiebereiche arbeiten Hand in Hand. Wir achten auf ein verhaltensmedizinisch sinnvolles Pausieren schon vor der Erschöpfung. Das vermeidet negative Lernerfahrungen, erweitert den Leistungshorizont und ebnet den Weg zu einem aktiven Leben.

**Physikalische Therapie:** Unser Therapieprogramm ist durch aktive Anwendungen geprägt. Passive Anwendungen dienen der Schmerzbehandlung oder der Entspannung. Wärme- oder Kälteanwendungen können Gelenkschmerzen lindern. Sie entstehen durch Fehlbelastung durch die gestörten Bewegungsabläufe und können die Spastik im Sinne eines Teufelskreises anfachen. Die passiven Anwendungen dürfen nicht zu einer zeitlichen Überfrachtung des Tagesplanes oder zu zusätzlicher Erschöpfung führen.

**Ergotherapie:** Im Vordergrund steht die Unterstützung bei den Alltagsaktivitäten durch Hilfsmittel oder durch die Erarbeitung energieschonender Arbeitstechniken. Koordinative Störungen der Feinmotorik sind durch eine gezielte Übungsbehandlung zu lindern. Die genaue Diagnostik im Einzelkontakt bereitet die Gruppenbehandlung vor. Wichtig ist die Anleitung zu eigenständigen Übungen in der therapiefreien Zeit. Sie bereitet den Einbau der Übungen in den Alltag vor.

**Sprachtherapie:** Behinderung kann allein schon in die Einsamkeit führen. Deshalb sind Koordinationsprobleme beim Sprechen so bedrohlich und entmutigend. Das Sprechen geht langsamer, fordert mehr Konzentration oder ist kaum mehr zu verstehen. Die Koordination der Sprechwerkzeuge lässt sich trainieren. Man kann lernen, die Luft besser einzuteilen und effizienter zu kommunizieren. Wir möchten Erfolgserlebnisse vermitteln beim Sprechen in der Einzeltherapie, auf Station und in der Gruppentherapie

**Neuropsychologie:** Die MS ist auch hinsichtlich des Auftretens von kognitiven Problemen eine unberechenbare Krankheit: dem einen bleiben sie erspart, der andere leidet von Anfang an darunter. Aus reinem diagnostischen Eifer dürfen wir nicht nach diesen Problemen suchen. Sobald aber im Alltag Probleme auftauchen oder berufliche Weichenstellungen anstehen, lohnt die Analyse. Sie kann Trainings- und Kompensationstrategien aufzeigen, die Unabhängigkeit und Aktivität erhalten helfen.

**Klinische Psychologie:** Die Zeit bei uns soll auch Raum zum Nachdenken über die Krankheit geben. Neue Impulse entstehen durch den Kontakt mit anderen von chronischer Krankheit Betroffenen. Dies unterstützt unser MS-Gesprächskreis. Außerdem bieten wir ein Gruppenseminar zur Krankheitsbewältigung an, als themenzentrierte Interaktion, nicht als Psychotherapie. Einzelgespräche bieten wir Ihnen bei Bedarf. Sie haben eine beratende oder entlastende Funktion und bereiten falls nötig die ambulante Weiterbehandlung vor.

## **Was sollen Sie mit nach Hause nehmen?**

Die Rehabilitation endet nicht mit dem stationären Aufenthalt. Wir hoffen, dass Sie der Aufenthalt bei uns bei der Krankheitsbewältigung und im Krankheitsverständnis weiter gebracht hat und dass Sie die Rehabilitation bei uns zum weiteren zielgerichteten Selbstmanagement angeregt hat.

Vor der Entlassung sollten für die individuell wichtigsten Problembereiche Handlungsperspektiven entwickelt und schriftlich fixiert werden.

Dies können sein:

- Empfehlungen für selbstständig durchgeführte Gymnastikübungen
- Anleitung zur individuellen Trainingstherapie
- Empfehlungen zur Tagesgestaltung
- Förderung von Außenkontakten und Mobilität
- Maßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit.
- Kontinenzmanagement
- Hilfsmitteloptimierung



## Fachklinik Bad Liebenstein

Fachklinik für Physikalische Medizin  
und Medizinische Rehabilitation

Kurpromenade 2  
36448 Bad Liebenstein

Telefon 03 69 61 · 6 · 60  
Telefax 03 69 61 · 6 · 80 51

[info@fachklinik-bad-liebenstein.de](mailto:info@fachklinik-bad-liebenstein.de)  
[www.fachklinik-bad-liebenstein.de](http://www.fachklinik-bad-liebenstein.de)

Im Verbund der  
m&i-Klinikgruppe Enzensberg

In Kooperation mit der  
Friedrich-Schiller-Universität Jena