

Botulinum Neurotoxin Typ A frei von Komplexproteinen

Versorgung von Patienten mit Spastik nach Schlaganfall noch zu selten leitliniengerecht



Interview mit
Dr. med. Markus
Ebke, Chefarzt
Neurologie, Dr.
Becker Rhein-Sieg-
Klinik, Nümbrecht

Herr Dr. Ebke, wie sollte nach aktuellem Wissensstand die Therapie der Spastik nach Schlaganfall organisiert werden?

Sie sollte langfristig und multimodal angelegt werden. Hierzu ist es in einem ersten Schritt idealerweise anzustreben, die spastikrelevanten Kompetenzen in einem interdisziplinären Team um den Patienten herum zu bündeln – mit Ärztinnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, Pflegekräften, aber z. B. auch SozialarbeiterInnen, sowohl aus dem stationären wie ambulanten Bereich. Die Teammitglieder sollten im Rahmen regelmäßiger Besprechungen wichtige Therapieinhalte abstimmen. So ist dann ein systematisches Arbeiten am Patienten verbessert möglich.

Im zweiten Schritt wird eine individuelle Zieldefinition für die Spastikbehandlung vorgenommen, und zwar in eben diesem Team und mit Beteiligung des Patienten. Wichtig ist, dass die Ziele individuell auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten und realistisch sind.

Im dritten Schritt sollte dann das definierte Ziel in einem festgesetzten Zeitraum auch erreicht sein. Das erfordert die Messbarkeit des Ziels, daher die Bemühungen, Skalen zu etablieren, die stärker als früher den konkreten patientenrelevanten Nutzen wie Positionierung der Extremität oder Pflegeverbesserung erfassen. Wird das Behandlungsziel im vorgesehenen Zeitraum nicht erreicht, muss nach den Ursachen gesucht werden, um in eine funktionierende Therapie mit erreichbaren Zielen wechseln zu können.

Mit der früheren Auffassung, dass die Spastik nicht behandelbar sei, dürfen wir uns nicht mehr zufrieden geben – uns stehen wirksame Optionen zur Verfügung.

Und welche Therapieformen sind zielführend?

Die Basis sollten physiotherapeutische Verfahren sein. Zusätzlich verfügen wir aus dem Bereich der Pharmakotherapie über Botulinumtoxin Typ A, das Evidenzbasiert signifikant gute Ergebnisse erzielt und daher als Therapie der Wahl bei fokaler und regionaler Spastik empfohlen wird. Die Patienten spüren in der Regel schon nach 2 bis 3 Wochen eine deutliche Verbesserung. Man braucht eine gewisse Erfahrung bei der Anwendung, aber die Effekte sind bemerkenswert.

Der Einsatz von oralen Antispastika wird demgegenüber zunehmend kritisch gesehen, weil in den meisten Fällen die Ziele, die die Behandlung verfolgt, gar nicht erreicht werden. Stattdessen haben die Patienten auch aufgrund z. B. der sedierenden Effekte mit den Nebenwirkungen zu kämpfen.

Wichtig ist: Die antispastische Behandlung muss langfristig erfolgen, unter Umständen lebenslang.

Wie sieht Ihrer Erfahrung nach die Versorgungsrealität tatsächlich aus?

Die Spastikbehandlung erfolgt leider noch viel zu selten leitliniengerecht. Wir haben hierzu eine Nachbefragung an mehr als 2.000 Patienten durchgeführt, die 2009 einen Schlaganfall erlitten hatten. Ein Jahr nach Entlassung gaben von den Patienten mit beeinträchtigender Spastik nur 60% an, Physiotherapie zu erhalten. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten wurde zwar medikamentös behandelt, erhielt aber fast ausnahmslos orale Antispastika. Die Erkenntnisse aus diesen Befragungen treffen meines Erachtens auch heute noch weitgehend zu.

Wie kann die unzureichende Versorgung Ihrer Meinung nach verbessert werden?

In Deutschland haben wir immer noch eine sehr sektoralisierte Versorgungssituation. Das macht es enorm schwierig, vor Ort das Wesentliche, also ein interdisziplinäres Behandlungsteam aufzubauen.

Kooperations- und Netzwerkbildungen, wie zum Beispiel IAB, der Interdisziplinäre Arbeitskreis Bewegungsstörungen in Hamburg und Hannover, sind aber dringend erforderlich. Sie bilden sich in der Regel zunächst auf lokaler Ebene aus persönlichen Verbindungen heraus, und hierfür ist das Engagement einzelner Ärzte und Fachkräfte nötig, die sich eine wirksame Spastikbehandlung auf die Fahne geschrieben haben. Da wird uns leider nichts geschenkt, wir müssen das selbst in die Hand nehmen.

Ein weiterer Aspekt ist die oft fehlende Ziel- und Therapieorientierung bei der Spastikbehandlung. So bleiben Therapieerfolge eher aus, sozusagen als selbstbestätigende Prophezeiung. Es wird dann nicht selten versucht, dies mit der Gabe von oralen Antispastika zu kompensieren, die aber in den wenigsten Fällen weiterführen.

Wir wissen jedoch, dass es bei Spastik z. B. nach Schlaganfall auf die langfristige und multimodale Behandlung mit einer klaren Zieldefinition ankommt. Und wir haben in Bezug auf Botulinumtoxin Typ A wie Xeomin® signifikante Daten, die zeigen, dass die Spastik der oberen Extremitäten hochselektiv und gut verträglich behandelt werden kann. Botulinumtoxin Typ A funktioniert einfach in der Spastikbehandlung als Teil der Therapie sehr gut. Für diese Auffassungen müssen wir einstehen. Immerhin ist die Spastik eine der wesentlichsten Ursachen für eine bleibende Alltagsbehinderung nach Schlaganfall.

Herr Dr. Ebke, herzlichen Dank!