Versorgung mit Physiotherapie bei Multipler Sklerose

Inanspruchnahme, klinische Symptomatik und regionale Unterschiede in der physiotherapeutischen Versorgung – Ergebnisse aus dem Deutschen MS-Register

Physiotherapie ist ein zentraler Bestandteil der nicht-medikamentösen Behandlung von Beschwerden bei Multipler Sklerose (MS). Je nach Symptomatik und funktionellen Einschränkungen werden beispielsweise Gang-, Kraft-, Ausdauer- und Gleichgewichtstraining eingesetzt. Physiotherapie kann dazu beitragen, Mobilität und Alltagsaktivitäten zu erhalten oder zu verbessern und die gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen (1, 2). Leitlinien empfehlen daher eine funktionelle, ziel- und alltagsorientierte Physiotherapie, die in Absprache mit den Menschen mit MS (MmMS) an den bestehenden Beeinträchtigungen ausgerichtet ist (1, 2).

Aus der Fachliteratur allein geht jedoch nicht hervor, wie häufig Physiotherapie in der Versorgungspraxis tatsächlich angewendet wird und ob sich Unterschiede zwischen verschiedenen Personengruppen oder Regionen zeigen. Die vorliegende Auswertung des Deutschen MS-Registers untersucht deshalb drei Fragen:

I) Wie ist die Personengruppe mit angewendeter Physiotherapie charakterisiert?
II) Bei welchen Symptomen wird sie besonders häufig erfasst?
III) Gibt es regionale Unterschiede in der Versorgung?

Die im MS-Register dokumentierte Physiotherapie umfasst sowohl ärztlich verordnete Leistungen als auch Selbstzahlerleistungen und differenziert weder nach dem Umfang noch nach der Regelmäßigkeit der tatsächlichen Inanspruchnahme. Die Analyse untersuchte zunächst die Häufigkeit der einzelnen MS-Symptome und den Anteil von Physiotherapie und weiteren nicht-medikamentösen Therapien für genau dieses jeweilige Symptom (Abbildung 1). Die Mehrheit der MmMS waren von Fatigue (50,9 %) und Mobilitätseinschränkungen/Paresen (50,8 %) betroffen, während Blasenfunktionsstörungen (32,7 %) und Spastik/nächtliche Spasmen (31,7 %) bei etwa einem Drittel der MmMS auftraten. Physiotherapie wurde am häufigsten bei Mobilitätseinschränkungen (65,7 %), Spastik (57,6 %) sowie Bewegungsstörungen (54,3 %) angewendet. Auch zur Behandlung von Schmerzen (26,4 %) und Fatigue (15,1 %) erhielten MmMS vergleichsweise häufig Physiotherapie.

Der Anteil der MmMS, die Physiotherapie erhielten, unterteilt nach verschiedenen soziodemografischen und klinischen Charakteristika, ist in Abbildung 2 dargestellt. Physiotherapie wurde bei Frauen mit MS signifikant häufiger als bei Männern mit MS angewendet. Bei MmMS mit einer fortschreitenden (progredienten) Verlaufsform wurde Physiotherapie ebenfalls signifikant häufiger angewendet als bei MmMS mit schubförmiger MS. Zudem steigt der Anteil der MmMS mit Physiotherapie mit zunehmendem Alter, längerer Krankheitsdauer und höherem Behinderungsgrad (gemessen mittels EDSS, einer Skala zur Einschätzung der Behinderung bei MS). Bei MmMS mit verlaufsmodifizierender Medikation ist Physiotherapie seltener als bei MmMS ohne verlaufsmodifizierende Medikation.

Die regionale Verteilung der dokumentierten Physiotherapie nach Bundesland (Wohnsitz) ist in Abbildung 3 dargestellt. Um regionale Unterschiede in der Altersstruktur und der Erkrankungsschwere zu berücksichtigen, wurde das Vorkommen von (dokumentierter) Physiotherapie pro Bundesland rechnerisch angepasst (sogenannte Alters- und EDSS-Standardisierung).

Zwischen den Bundesländern zeigen sich deutliche Unterschiede, wobei für MmMS, die in Sachsen (57,7 %), Niedersachsen (57,1 %), Sachsen-Anhalt (56.5 %) und Thüringen (55,1 %) wohnhaft sind, Physiotherapie am häufigsten angewendet wurde. Bay-

msregister

www.msregister.de

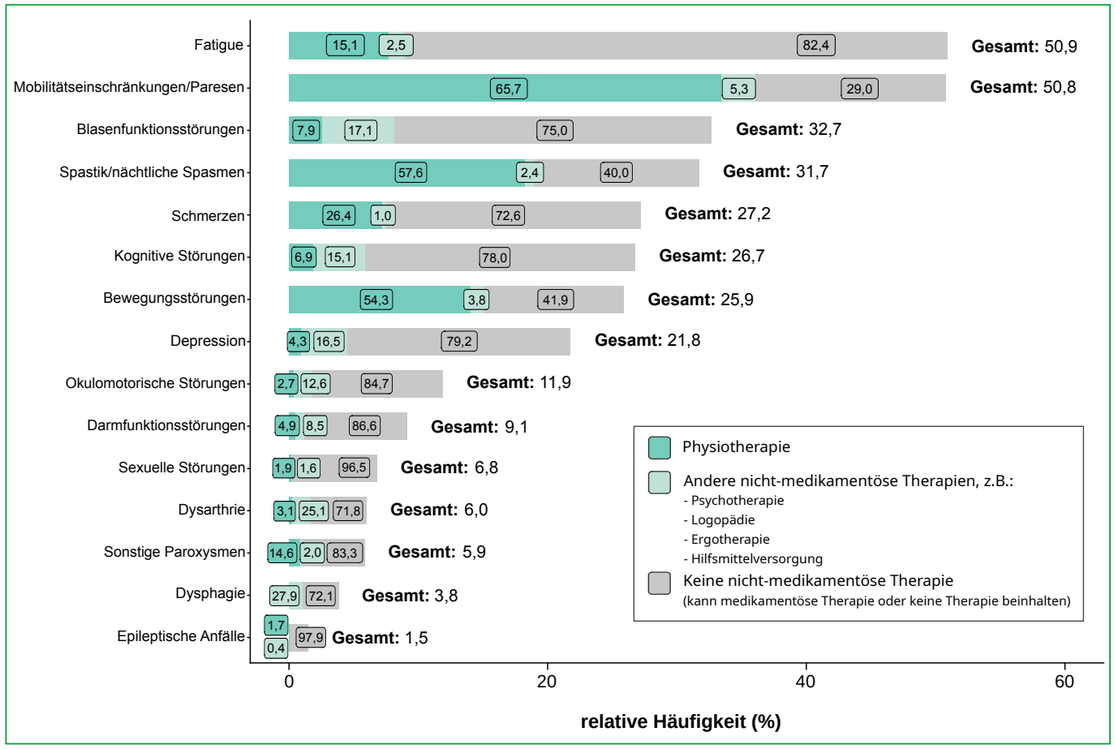


Abbildung 1:
Häufigkeit dokumentierter Symptome und der für das jeweilige Symptom erfassten nicht-medikamentösen Therapien (n = 35.464). Berücksichtigt wurden MmMS, mit mindestens einer dokumentierten Visite im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 30.06.2022, da danach die symptombezogene Erfassung von Physiotherapie in der Forschungsdatenbank umgestellt wurde.

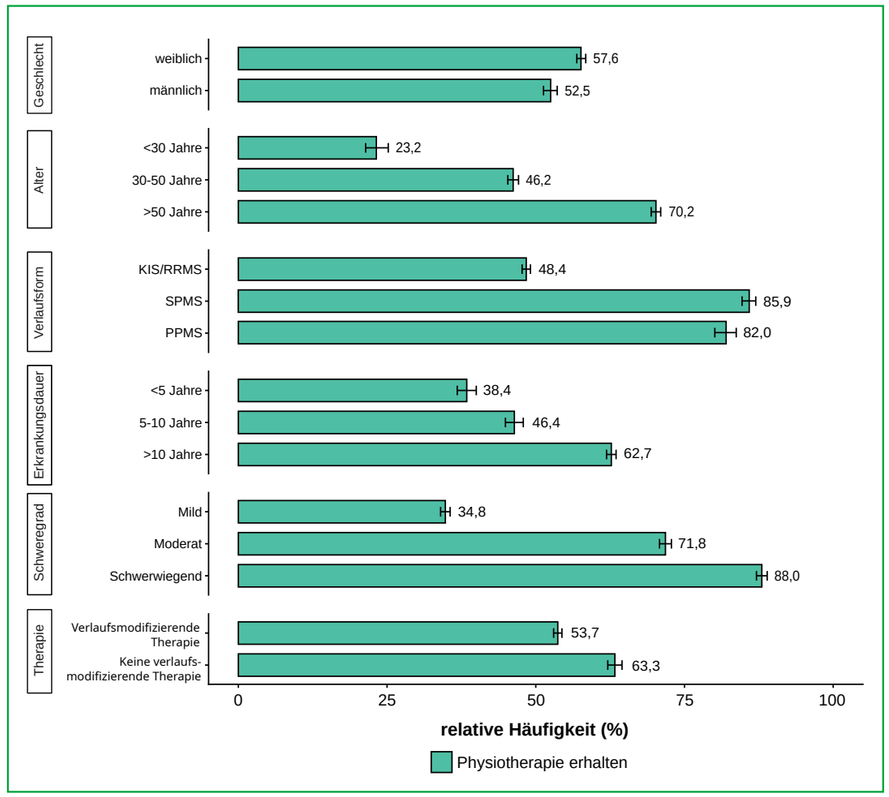


Abbildung 2:
Anteil der MmMS mit dokumentierter Physiotherapie nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen (n = 25.700). Berücksichtigt wurden MmMS mit mindestens einer dokumentierten Visite im Zeitraum vom 01.07.2022 bis zum 01.06.2026 und vollständigen Angaben zur Physiotherapie. Die Linien zeigen die exakten 95-%-Konfidenzintervalle nach Clopper-Pearson. KIS = Klinisch isoliertes Syndrom; RRMS = schubförmig-remittierende MS; PPMS = Primär progrediente MS; SPMS = Sekundär progrediente MS; MS = Multiple Sklerose; EDSS = Expanded Disability Status Scale

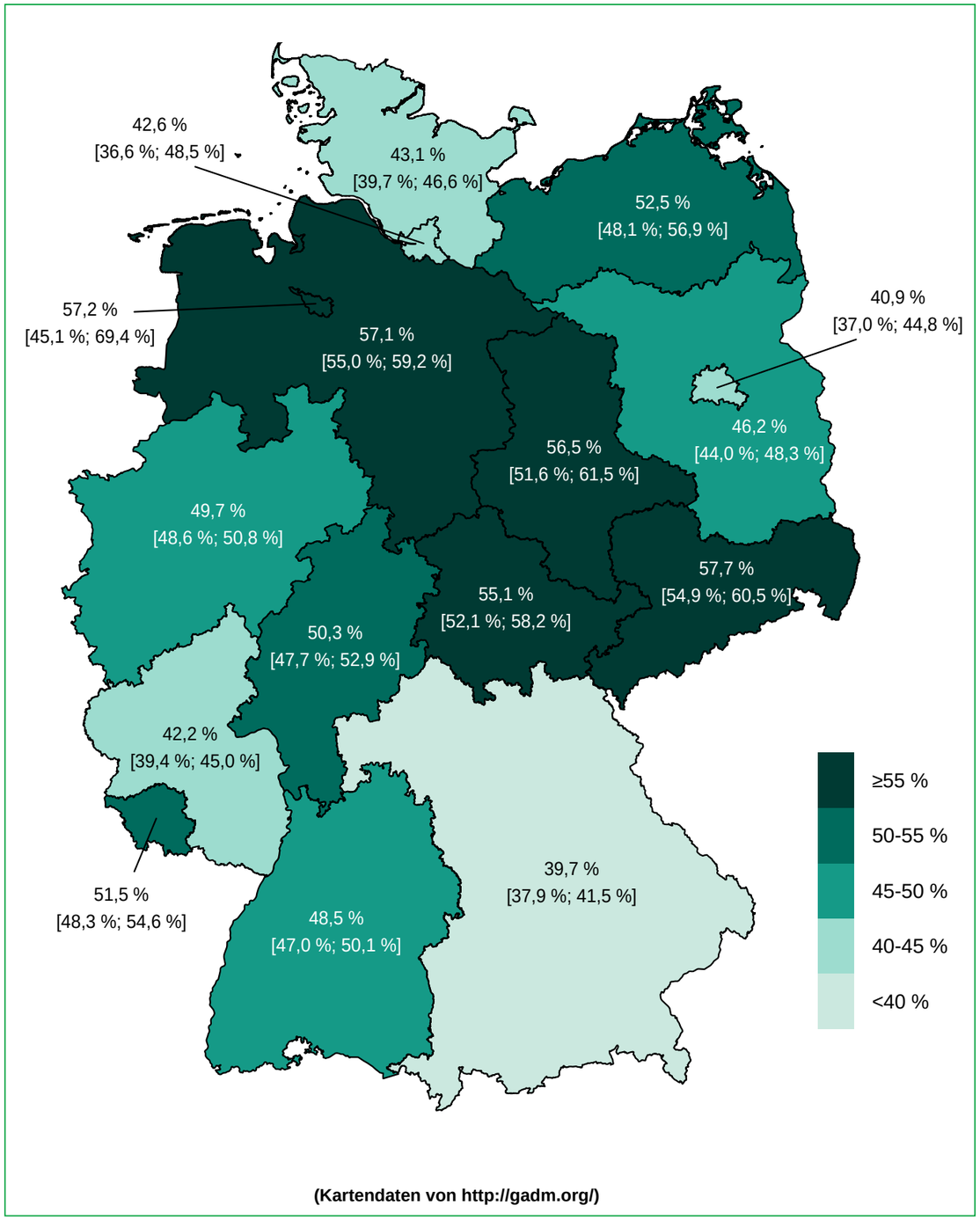


Abbildung 3:
Nach Alter und EDSS standardisierter Anteil dokumentierter Physiotherapie nach Wohnsitzbundesland der MmMS (n = 20.013). Berücksichtigt wurden MmMS mit mindestens einer dokumentierten Visite im Zeitraum vom 01.07.2022 bis zum 01.06.2026. Rehabilitationszentren wurden ausgeschlossen; angegeben sind zusätzlich die 95-%-Konfidenzintervalle. EDSS = Expanded Disability Status Scale

ern (39,7 %), Berlin (40,9 %), Rheinland-Pfalz (42,2 %), Hamburg (42,6 %) und Schleswig-Holstein (43,1 %) zeigten hingegen die niedrigsten Anteile an Physiotherapie.

Die Anteile der Physiotherapie bei den jeweiligen Symptomen decken sich mit den entsprechenden Empfehlungen in den Leitlinien. In diesen wird Physiotherapie insbesondere bei Spastik, Gangstörungen/Mobilitätseinschränkungen und Ataxie empfohlen (1). Dies ist auch anhand der in Abbildung 1 dargestellten Registerdaten erkennbar. Die höheren Anteile in Anspruch genommener Physiotherapie in den ostdeutschen Bundesländern decken sich ebenfalls mit allgemeinen Trends in der physiotherapeutischen Versorgung von nicht-neurologischen Erkrankungen in Deutschland (3). Außerdem zeigt sich mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz (Registerzentren in dortigen Metropolregionen überrepräsentiert) und Bremen (kleine Stichprobe) ein ähnlicher Effekt: In urbanen/wirtschaftsstarken Regionen nehmen häufig weniger Menschen Physiotherapie für MS-bedingte Symptome in Anspruch – ähnliche Effekte zeigen sich in der Allgemeinbevölkerung (3). Die Ursachen dafür sind unklar.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind mehrere Einschränkungen zu berücksichtigen. In die Auswertung konnten ausschließlich MmMS einbezogen werden, die in den spezialisierten Zentren des Registers versorgt wurden. Zudem beschränkt sich die Analyse in Abbildung 3 auf die Regelversorgung und schließt spezifische Reha-Maßnahmen ausdrücklich aus. Die Daten enthalten keine Informationen zur Häufigkeit, Dauer oder konkreten Ausgestaltung der Physiotherapie. Nicht beurteilt werden kann außerdem, weshalb eine Therapie eingesetzt wurde und ob sie dem individuellen Therapiebedarf entsprach. Die Ergebnisse bilden daher ausschließlich die im MS-Register dokumentierte Versorgungssituation ab. Zwischen den einzelnen Zentren des Registers gibt es teilweise große Unterschiede darin, wie häufig Physiotherapie dokumentiert ist. Daher ist es möglich, dass bestimmte Regionen oder Patientengruppen im Register über- oder unterrepräsentiert sind.

Die Auswertung des Deutschen MS-Registers zeigt, dass Physiotherapie je nach Alter, Erkrankungsdauer, Verlaufsform, Behinderungsgrad, dokumentierten Symptomen und Bundesland unterschiedlich häufig erfasst ist. Ob und in welchem Ausmaß diese Unterschiede durch Therapiebedarf, regionale Versorgungsstrukturen, Verordnungsgewohnheiten oder weitere Faktoren erklärt werden können, lässt sich anhand der Registerdaten nicht beantworten. Die Ergebnisse geben damit einen Einblick in die dokumentierte Versorgung, erlauben jedoch keine Beurteilung, ob MmMS bedarfsgerecht physiotherapeutisch behandelt werden.

Die Erfahrung von MmMS ist eine wichtige Grundlage, um die physiotherapeutische Versorgung besser zu verstehen. Deshalb wird die bereits laufende Pilotstudie *MS-PAVED* im 4. Quartal 2026 um einen spezifischen Fragebogen zur Physiotherapie erweitert. Teilnehmen können Personen, die sich über die Online-Teilnahme für *MS-PAVED* registriert, dort eine physiotherapeutische Behandlung angegeben und einer weiteren Befragung zum Thema Physiotherapie zugestimmt haben. Sie werden automatisch eingeladen, sobald der Fragebogen verfügbar ist. Informationen zur Pilotstudie *MS-PAVED* und zur Registrierung finden Sie in dieser Ausgabe auf Seite 5 oder online unter www.msregister.de/mspaved.

Literatur:
(1) Hemmer B, Gehring K et al. (2026). Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankung (NMOSD) und MOG-IgG-assoziierten Erkrankung (MOGAD). S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.
(2) Tholen R, Dettmers C, Henze T et al. (2019). Bewegungstherapie zur Verbesserung der Mobilität von Patienten mit Multipler Sklerose.
(3) Schmitt N, Wende D (2024). Heilmittelreport 2024. https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Heil-und-Hilfsmittelreporte/2024/barmer-heilmittelreport-2024.pdf