

Was ist Evidence goes Practice?

Mit dieser Reihe möchte Physio Deutschland evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen aus medizinischen Leitlinien in umsetzbare Behandlungsempfehlungen in der Physiotherapie vorstellen. Physio Deutschland war in den vergangenen fünfzehn Jahren an der Erarbeitung von über 50 medizinischen Leitlinien beteiligt. Die darin enthaltenen Empfehlungen zur Physiotherapie basieren überwiegend auf systematischen Datenbank-recherchen, die die aktuelle Studienlage zum jeweiligen Thema abbilden und auf der praktischen Expertise von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten basieren. Um diese Erkenntnisse an die praktisch tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten in die Patient*innenversorgung weiterzugeben und anschaulich zu machen, wurde Evidence goes Practice entwickelt. Ziel mit Evidence goes Practice ist es, zu konkretisieren, was mit einer Empfehlung zur Behandlung bei einem Krankheitsbild gemeint ist und wie somit der Patient bzw. die Patientin auf der Basis der Leitlinie behandelt werden kann.

Je nach Stärke der Evidenz fällt die Graduierung der Empfehlungsstärke aus, diese kann als Text oder Symbol in (S3) Leitlinien dargestellt werden.

In einer konsensbasierten Leitlinie (S2k) erfolgt die Erstellung der Empfehlungen und deren Stärke in einem formalen Konsensusverfahren. Die Empfehlungsstärke wird in diesen Leitlinien rein sprachlich beschrieben und kann durch eine Konsensusstärke ergänzt werden.

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	Symbol
A	Starke Positiv-Empfehlung	soll	↑↑
B	Abgeschwächte Positiv-Empfehlung	sollte	↑
O	Offene Empfehlung	kann	↔
B	Abgeschwächte Negativ-Empfehlung	sollte nicht	↓
A	Starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	↓↓

Quelle: AWMF-Regelwerk Leitlinien

www.physio-deutschland.de

Physiotherapeutische Behandlungsempfehlungen aus der DGNR-Leitlinie:

Gehen ist die wohl wichtigste Grundlage zur Verbesserung der Mobilität. Deshalb soll vorrangig ein regelmäßiges, therapeutisch angeleitetes Gangtraining stattfinden.

Unterstützend soll ein systematisches Ausdauertraining (Laufband, Ergometer, Gehen) und gezieltes Krafttraining durchgeführt werden.

Für schwer Betroffene (EDSS, Expanded Disability Status Scale) > 6 sollte roboterassistiertes Gangtraining eingesetzt werden. Bei leichter Betroffenen kann es eingesetzt werden.

Zur Verbesserung des Gleichgewichts sollte ein spezielles Gleichgewichtstraining durchgeführt werden. Virtuelle Realität kann ergänzend eingesetzt werden.

Tai-Chi und Hippotherapie können ergänzend eingesetzt werden, weniger deutlich ist die Empfehlung für Pilates und Yoga:

- » Tai-Chi kann zur Verbesserung der Balance bei leicht bis mäßig betroffenen (EDSS < 5,0) zum Einsatz kommen. Zur Verbesserung von Gehgeschwindigkeit kann es bei mäßig bis leicht Betroffenen eingesetzt werden.
- » Hippotherapie kann empfohlen werden.
- » Für Yoga kann keine generelle Empfehlung ausgesprochen werden.
- » Für Pilates kann keine generelle Empfehlung ausgesprochen werden. Pilates kann allenfalls ergänzend zu anderen Verfahren eingesetzt werden bei noch gehfähigen, eher leicht bis mäßig betroffenen Patienten (EDSS < 6,5).

Alleiniges Bewegungsvorstellungstraining und Ganzkörpervibrationstraining können nicht empfohlen werden.

Zur Verbesserung der Mobilität können ergänzend zu supervidierter Therapie telerehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden. Telerehabilitation sollte jedoch zur Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag erfolgen.

Regelmäßige Physiotherapie sollte immer funktionell, ziel- und alltagsorientiert auf die bestehenden Ressourcen ausgerichtet sein (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health).

Weiterführende Informationen einschließlich Literatur zu diesen und weiteren Leitlinien finden Sie unter:

S2 Leitlinie der DGN: Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis Optica Spektrum und MOG-IgG-assoziierte Erkrankungen – im AWMF Register 030/050

S2e Leitlinie Bewegungstherapie zur Verbesserung der Mobilität von Patienten mit Multipler Sklerose – Konsensusfassung für die S2e der DGNR in Zusammenarbeit mit Physio-Deutschland in 1/2019 Neurologie und Rehabilitation, Hippocampusverlag

Zusammenfassung der DGNR-Leitlinie von Physio Deutschland
www.physio-deutschland.de – Fokus-Forschung-Therapie Empfehlungen-zur-Verbesserung-der-Mobilitaet-bei-Multiple-Sklerose

www.physio-deutschland.de
www.dgptw.org/

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW)



Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.
 Deutzer Freiheit 72-74
 50679 Köln
 ☎ 0221 / 981027-0
 ✉ info@physio-deutschland.de
 🌐 physio-deutschland.de
 📘 facebook.com/PhysioDeutschland
 📺 linkedin.com/company/physiodeutschland
 📷 instagram.com/physiodeutschland



Evidence goes Practice
Multiple Sklerose

Stand: September 2024

Evidenzbasierte Behandlung von Patientinnen und Patienten mit MS

Bei Multiple Sklerose (MS, Encephalomyelitis disseminata) handelt es sich um eine chronische Entzündung des zentralen Nervensystems. Im Verlauf der Erkrankung werden Nervenstrukturen zerstört, die unterschiedlichsten Symptome wie Gangstörung und eingeschränkte Mobilität, Ataxie, Tremor, Spastik, Fatigue, neurogene Blasen- und /oder Darmfunktionsstörungen, Augenbewegungsstörungen, Schmerzen, Depression nach sich ziehen können. Im aktiven Krankheitsstadium wird die Myelinschicht, die Nervenfasern umschließt und die schnelle Weiterleitung von Nervenimpulsen ermöglicht, durch die körpereigene Abwehr angegriffen und abgebaut. Ein fehlgeleitetes Immunsystem führt zur Zersetzung und Vernarbung der Myelinschicht. Die Impulsübertragung ist somit gestört, verlangsamt oder nicht mehr möglich. MS verläuft in der Regel in Schüben und ist nicht heilbar. Die Erkrankung beginnt überwiegend zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr; die Altersspanne reicht jedoch von der Kindheit bis in das höhere Erwachsenenalter, dabei sind Frauen zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Männer.

Die aktuelle S2k **Leitlinie Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis Optica Spektrum und MOG-IgG-assoziierte Erkrankungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)** hat in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe mit einer Vielzahl an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen die aktuelle Evidenz zusammengetragen. Darüber hinaus fließen die Inhalte der S2e Leitlinie Bewegungstherapie zur Verbesserung der Mobilität von Patienten mit Multipler Sklerose der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (DGNR) in Zusammenarbeit mit Physio Deutschland in diesen EgP Flyer ein, da sie einen wichtigen Teil der physiotherapeutischen Behandlungen im Bereich der Mobilität mit abdeckt.

Die symptombezogene Therapie stellt eine unverzichtbare Therapiesäule bei der Betreuung von MS-Betroffenen dar.

Ziele und Maßnahmen der Therapie

Die Arbeit der Physiotherapie mit Patientinnen und Patienten mit MS bezieht sich auf die symptombezogene Behandlung. Das Ziel der Behandlung ist dabei, die durch einzelne oder mehrere Symptome eingeschränkten funktionellen Fähigkeiten der Patienten und Patientinnen wiederherzustellen bzw. zu verbessern oder eventuelle Verschlechterung zu verlangsamen. Damit können im besten Fall die berufliche Leistungsfähigkeit, die Mobilität und andere Aktivitäten des täglichen Lebens (Haushalt, Familie, Freizeit, soziale Einbindung) möglichst lange erhalten bleiben.

Physiotherapeutische Behandlungsempfehlungen aus der DGN-Leitlinie:

Allgemeines Statement / Stellungnahme

Die symptombezogene Therapie stellt eine wichtige und unverzichtbare Therapiesäule bei der Betreuung von MS-Betroffenen dar und umfasst medikamentöse wie nicht-medikamentöse Verfahren (starker Konsens).

MS-Symptome sollen regelmäßig erfragt werden, vorzugsweise mit Hilfe einer standardisierten Checkliste (12-Items MS Walking Scale, MS Quality of Life, MS Impact Scale, Berg Balance Scale). Bei funktioneller Beeinträchtigung soll eine entsprechende Behandlung unter Beachtung des Nebenwirkungsprofils angeboten werden (Konsens).

Realistische Therapieziele sollen vor Behandlungsbeginn vereinbart und im Verlauf der Behandlung regelmäßig überprüft werden, möglichst unter Verwendung der „Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ (Konsens).

Empfehlungen zu einer multimodalen Rehabilitation

Eine Rehabilitation soll bei (1) persistierender, funktionell bedeutsamer Beeinträchtigung nach einem MS-Schub; (2) bei im Verlauf drohendem Verlust wichtiger Funktionen und/oder von Selbständigkeit und/oder erheblicher Zunahme körperlicher/ psychosomatisch bedingter Funktionsstörungen; ebenso bei (3) schwerstbehinderten Patientinnen und Patienten mit klar definierten Therapiezielen und der Notwendigkeit interdisziplinären Vorgehens erfolgen (starker Konsens).

Bei Patientinnen und Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Beeinträchtigung, insbesondere auch Einschränkung der Mobilität, sollte eine stationäre Rehabilitation durchgeführt werden (Konsens).

Bei weitgehend mobilen, oligosymptomatischen Patientinnen und Patienten soll eine ambulante Rehabilitation erfolgen (Konsens).

Symptombezogene Empfehlungen

Neben der Vermeidung spastikauslösender Ursachen soll regelmäßige Physiotherapie (je nach individueller Situation zwei- bis dreimal pro Woche, ggf. als Doppelbehandlung) durchgeführt werden, unterstützt von eigenständigem, täglichem Üben (Konsens).

Bei beeinträchtigender Ataxie sollen regelmäßige koordinationsfördernde Physio- und Ergotherapie erfolgen; Eisanwendungen vor manuellen Tätigkeiten sowie Handgelenks- oder andere Gewichte sollen erst nach physio- bzw. ergotherapeutischer Erprobung eingesetzt werden (Konsens).

Zur Behandlung beeinträchtigender Fatigue sollen nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Energiemanagementprogramme, kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeitstraining und ggf. ein Aufmerksamkeitstraining angeboten werden. Patientinnen und Patienten sollen zu den Möglichkeiten kühlender Maßnahmen und körperlichen Trainings (Ausdauertraining) beraten werden (Konsens).

Bei neurogenen Darmfunktionsstörungen sind die folgenden Maßnahmen zu erwägen:
bei Obstipation: Bewegung, Physiotherapie, Stehständer, fremdkraftbetriebene Beintrainer, Beckenbodentraining, Kolonmassage, Biofeedback (Konsens).
bei Inkontinenz: Ggf. Beckenbodentraining und/oder Elektrostimulation (Konsens).

Zusätzlich kann (bei Depressionen) regelmäßige Bewegungstherapie erfolgen (Konsens).

Behandlungsempfehlungen gemäß Leitlinien

Symptombezogene Empfehlungen aus der DGN Leitlinie

Neben der Vermeidung spastikauslösender Ursachen soll regelmäßige Physiotherapie (je nach individueller Situation zwei- bis dreimal pro Woche, ggf. als Doppelbehandlung) durchgeführt werden, unterstützt von eigenständigem, täglichem Üben (Konsens).

Bei beeinträchtigender Ataxie sollen regelmäßige koordinationsfördernde Physio- und Ergotherapie erfolgen; Eisanwendungen vor manuellen Tätigkeiten sowie Handgelenks- oder andere Gewichte sollen erst nach physio- bzw. ergotherapeutischer Erprobung eingesetzt werden (Konsens).

Zur Behandlung beeinträchtigender Fatigue sollen nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Energiemanagementprogramme, kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeitstraining und ggf. ein Aufmerksamkeitstraining angeboten werden. Patienten sollen zu den Möglichkeiten kühlender Maßnahmen und körperlichen Trainings (Ausdauertraining) beraten werden (Konsens).

Physiotherapeutische Behandlungsempfehlungen aus der DGNR-Leitlinie

Passende Trainingsformen	Mobilitätsbezogene Parameter			
	Gehfähigkeit allgemein	Gehgeschwindigkeit	Ausdauer	Balance und Stürze
Roboter-assistierte Gangtraining	●	●	●	●
Konventionelles Laufbandtraining	○	●	●	●
Krafttraining	○	●	●	●
Ergometertraining	○	○	●	○
Balancetraining	○	●	●	●
Vibrationstraining	○	●	●	●
Pilates	●	●	●	●
Fernöstliche Bewegungsformen	○	●	●	●
Kombinierte Bewegungsinterventionen	●	●	●	●
Bewegungsvorstellung	○	●	○	○
Hippotherapie	○	●	●	●

● Positive Evidenz ● Inkonsistente Evidenz ● Negative Evidenz ○ Keine Evidenz