

Gesundheitsforschungsrat (GFR)
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)



6. Diskussionsforum zur Nutzenbewertung im Gesundheitswesen

Therapeutische Behandlungen mit
nicht-medikamentösen, nicht-technischen Ansätzen:

Muskuloskelettale Erkrankungen

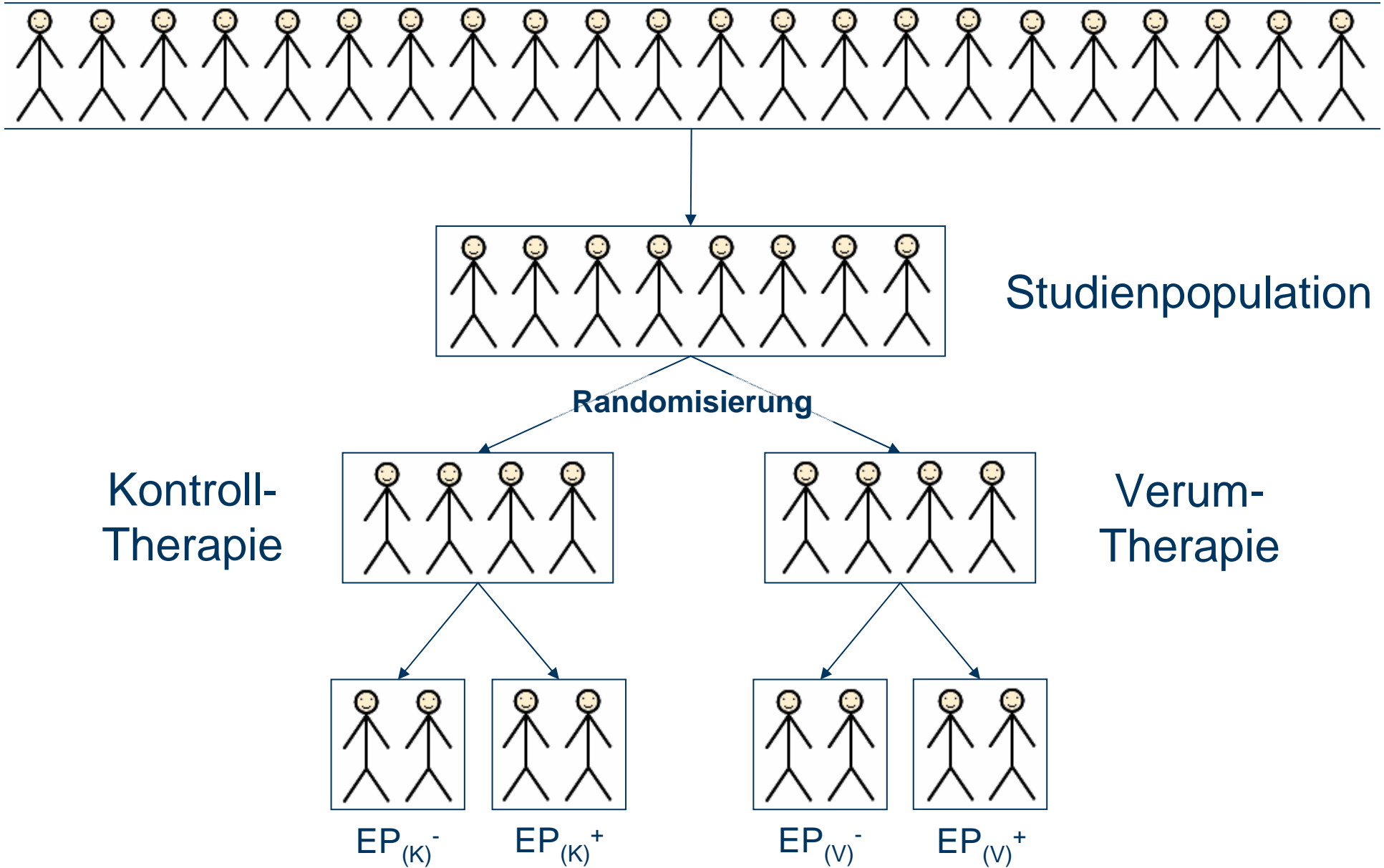
Ulrich Thiem

Ruhr-Universität Bochum
Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marienhospital Herne

muskuloskelettale Erkrankungen

- (unspezifische) Rückenschmerz
- Bandscheibenvorfall
- **(Kniegelenks-)Arthrose**
- Schulter-/Arm-Syndrom (Periarthrosis humeroscapularis)
- Osteoporose
- **Stürze im Alter**
- rheumatoide Arthritis

typische Knie-Arthrose-Studie



Nachteile typischer Studien

Problem der adäquaten Kontrollgruppe:

- Verblindung der interessierenden Therapie oft nicht (vollständig) möglich
- deshalb nicht akzeptabel
 - Standard-Versorgung („usual care“),
 - keine Intervention [Rogind 1998, Gur 2002] oder
 - Warteliste [Fransen 2001, Thorstensson 2005, Fransen 2007]

Nachteile typischer Studien

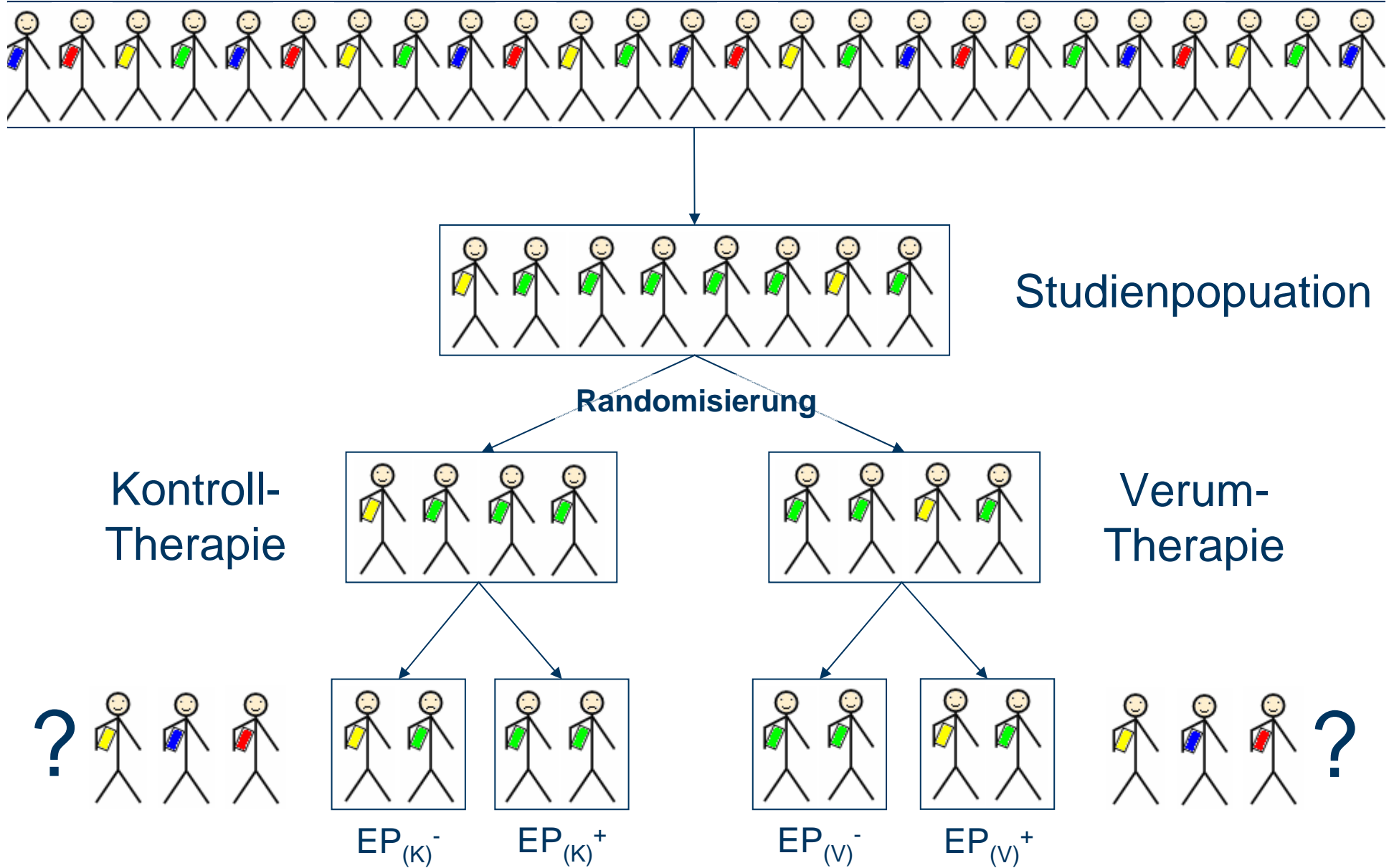
mögliche Lösungen:

- „*sham*“ *Interventionen*
 - Deyle 2000, Bennell 2005:
individuelles Sportprogramm vs. „sham“ Ultraschall
 - Petrella 2000:
Heimübungen vs. „sham“ Übungsprogramm
(cave: Ethik! zudem: „sham“ Übungen wirklich ohne Effekt?)
- *aktive Kontrollen* durch Applikation der experimentellen Intervention *in unterschiedlicher Intensität*

verbleibendes Problem:

- Patientenpräferenzen !

Problem Patientenpräferenz



Problem Patientenpräferenz

mögliche Lösung:

- *multimodales Therapieangebot* (mindestens zwei unterschiedliche Therapiemodi):
 - Ettinger 1997, Hay 2006:
Sportprogramm vs. Schulung
 - Van Baar 1998:
Schulung + Sportprogramm vs. Schulung alleine
 - Talbot 2003:
Heimübungsprogramm + Selbstmanagement-Schulung
vs. Selbstmanagement-Schulung allein

Anforderungen an weitere Studien

- echte Alternativtherapien statt einer (einzigen) interessierenden (experimentellen) Therapie
- Verwendung von „sham“ Interventionen oder aktiven Kontrollen
- Erfassung der Patientenpräferenz vor und unabhängig von der Randomisierung
- Studienstärke („power“) angepasst an präferenz-stratifizierte Analyse
- Design-Möglichkeiten:
 - multiple (>2) parallele Therapiegruppen oder
 - 2 x 2 Therapiegruppen im „factorial design“ (ermöglicht Interaktionstests)
- soviel Verblindung wie möglich (v.a. bei Endpunkterfassung)

Zusammenfassung der Evidenz für nicht-medikamentöse Therapien der Kniearthrose

Sporttherapie (u.a. Fransen 2008):

- mäßige Wirksamkeit zur Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung
- Art der Intervention (Ausdauer vs. Kraft) unklar
- Dauer und Intensität unklar (Brosseau 2010)

Wassergymnastik (u.a. Bartels 2009):

- möglicherweise kurzfristig wirksam, z. B. bei Beginn einer Sporttherapie

Zusammenfassung der Evidenz für nicht-medikamentöse Therapien der Kniearthrose

Thermotherapie (Brosseau 2009):

- kurzzeitige Effekte von Kühlpackungen bei Knieschwellung und Bewegungseinschränkung

Kniefbandagen und Schuh-Einlagen (u.a. Brower 2009):

- gering bis mäßig wirksam zur Schmerzreduktion
- Langzeiteffekte unklar

Zusammenfassung der Evidenz für Interventionen zur Sturzprävention bei Älteren

Cochrane-Review: Gillespie 2012

deutscher HTA-Report: Balzer 2012

Sturzhäufigkeit (Anzahl der Stürze) und Sturzrisiko (mindestens 1 Sturz) werden bei zuhause lebenden Senioren reduziert durch:

- Balance- und Bewegungsübungen in Gruppen
- Heimübungsprogramme
- Tai Chi
- Umfeld-Assessment und –modifikation

Zusammenfassung der Evidenz für Interventionen zur Sturzprävention bei Älteren

Cochrane-Review: Cameron 2012

HTA-Report: Balzer 2012

Bei Patienten in der subakuten Versorgung werden Sturzhäufigkeit (Anzahl der Stürze) und Sturzrisiko (mindestens 1 Sturz) reduziert durch:

- Balance- und Bewegungsübungen

Bei Heimbewohnern ist der Effekt von Übungs- und Bewegungsprogrammen noch unklar.

Schlussfolgerungen

- Aussagekraft von Daten zu muskuloskelettalen Erkrankungen insgesamt eingeschränkt
- Patientenpräferenzen als wichtiger Modifikator von Therapie-Effekten unzureichend berücksichtigt
- methodische Erfordernisse an Studien in diesem Bereich sind (sehr) hoch
- für ausgewählte Bereiche, z. B. Sport bei Kniearthrose oder Sturzprävention bei unabhängig lebenden Älteren, liegt brauchbare Evidenz vor