

Versorgungsforschung im Bereich der ambulanten Physiotherapie bei Hüft- und Kniearthrose

Kristin Sauer, Physiotherapeutin, MPH
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

- Was ist Versorgungsforschung?

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011:

- Hintergrund: Versorgung von Arthrose und die Rolle der Physiotherapie
- Die aktuelle Evidenzlage
- Ziele und Fragestellungen
- Methoden
- Ergebnisse
- Fazit

Die wohl am häufigsten verwendete Definition (Pfaff, 2003):

„...ein **fachübergreifendes Forschungsgebiet**, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen

- **beschreibt** und
- kausal erklärt,
- zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt,
- die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht
- und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und –prozessen unter **Alltagsbedingungen** evaluiert.“

Ziel der Versorgungsforschung: Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung der Kranken- und Gesundheitsversorgung. Die Planung, Steuerung und Organisation der Versorgung ist sehr komplex.

Dabei zeichnet sich die Forschung mit Routinedaten damit aus, dass Daten verwendet werden, die unter den Rahmendbedingungen unserer Gesundheitsversorgung entstehen → real life situation

- Zunahme von Erstimplantation von Hüft- bzw. Kniegelenken in Deutschland in den letzten Jahren.
- Wird davon ausgegangen, dass der Anteil der Bevölkerung, der von Arthrose betroffen ist, nicht plötzlich angestiegen ist, deutet dies auf eine Zunahme der Entscheidungen für eine Erstimplantation hin (Bitzer et al, 2010).

Pressemeldung 17.10.2013:

Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung: In wohlhabenden Landkreisen erhalten bis zu dreimal mehr Patienten ein künstliches Kniegelenk als in weniger wohlhabenden → <https://knieoperation.faktencheck-gesundheit.de>

- Bei etwa 20 bis 40% der 60-Jährigen sind radiologische Anzeichen für eine Arthrose erkennbar. Etwa ein Drittel der Betroffenen klagt in diesem Zusammenhang auch unter Schmerzen und gilt damit als behandlungsbedürftig.
- Da das Risiko an Arthrose zu erkranken, mit dem Alter zunimmt, sind vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung eine steigende Anzahl Betroffener und damit ein erhöhter Versorgungsbedarf zu erwarten (RKI, 2006).

Risikofaktoren für das radiologische und klinische Fortschreiten der Hüft- und Kniegelenksarthrose

Radiologisches Fortschreiten	Klinisches Fortschreiten
Übergewicht	Psychosoziale Faktoren
Generalisierte Arthrose	Depression
Radiologische Auffälligkeiten (Grad des Gelenkschadens) beim ersten Befund	Niedriges Selbstwertgefühl
Knochenatrophie	Niedriger sozioökonomischer Status
Erhöhter CRP-Wert*	Verminderte Aktivität
Erhöhtes Hyaluronsäurelevel im Blut	Fortgeschrittenes Alter
Gelenksfehlstellung	Weibliches Geschlecht**
Genetische Disposition	Komorbidität (Herz- und Lungenkrankheiten, Typ 2 Diabetes mellitus, Sehschwäche, andere Gelenkerkrankungen)
	Schmerz
	Muskelschwäche
	Verminderte Propriozeption (Wahrnehmung von Körperbewegung und -lage im Raum)
	Gelenksinstabilität

*CRP=C-reaktives Protein

**Nicht relevant für Kniearthrose
Quelle: KNGF, 2010

Quelle: KNGF, 2010

- Ein Gelenkersatz erfolgt, wenn Maßnahmen wie Physiotherapie oder die medikamentöse Behandlung nicht ausreichend Linderung und Bewegungsfähigkeit verschaffen.
- Die physiotherapeutische Behandlung kann die Konsequenzen der Krankheit, wie die eingeschränkte Aktivität und Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die verminderte Belastbarkeit verbessern.
- Internationale Leitlinien empfehlen dabei vor allem aktive Maßnahmen und das Selbstmanagement. Dazu gehören die unter Aufsicht und Anleitung durchgeführten Übungen für die Muskelkraft und -funktion, Ausdauer, Gangschule, Balanceübungen bei verminderter Gelenkstabilität und schrittweise gesteigerte Übungen sowie die Patientenschulung mit Maßnahmen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit (AAOS, 2013; KNGF, 2010; NICE, 2008).

Evidenzlevel für die Bewertung der Therapiemöglichkeiten und ihre Empfehlungen bei Hüft- und Kniearthrose

Therapie	Level	Empfehlung
Training	1	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
Patientenschulung und Maßnahmen zur gesteigerten Selbstwirksamkeit in Kombination mit Trainingstherapie	2	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
Massage	2	nicht empfohlen
aktive Hydro-, Balneotherapie	1	weder Schaden noch Nutzen
Wärme- oder Kältetherapie	4	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit

Quelle: KNGF, 2010; EULAR, 2013; Tanaka et al., 2013

Übersichtsarbeiten zeigen einen positiven Nutzen bezüglich der verbesserten Funktion, Lebensqualität und Schmerzen durch das Bewegungsbad (Bartels et al., 2007) sowie durch Ultraschall und Eismassage bezüglich Bewegungsausmaß, Funktion und Kraft (Rutjes et al., 2010; Brosseau et al., 2011), bemängeln jedoch gleichzeitig die Qualität der Studien.

Ziele und Fragestellungen

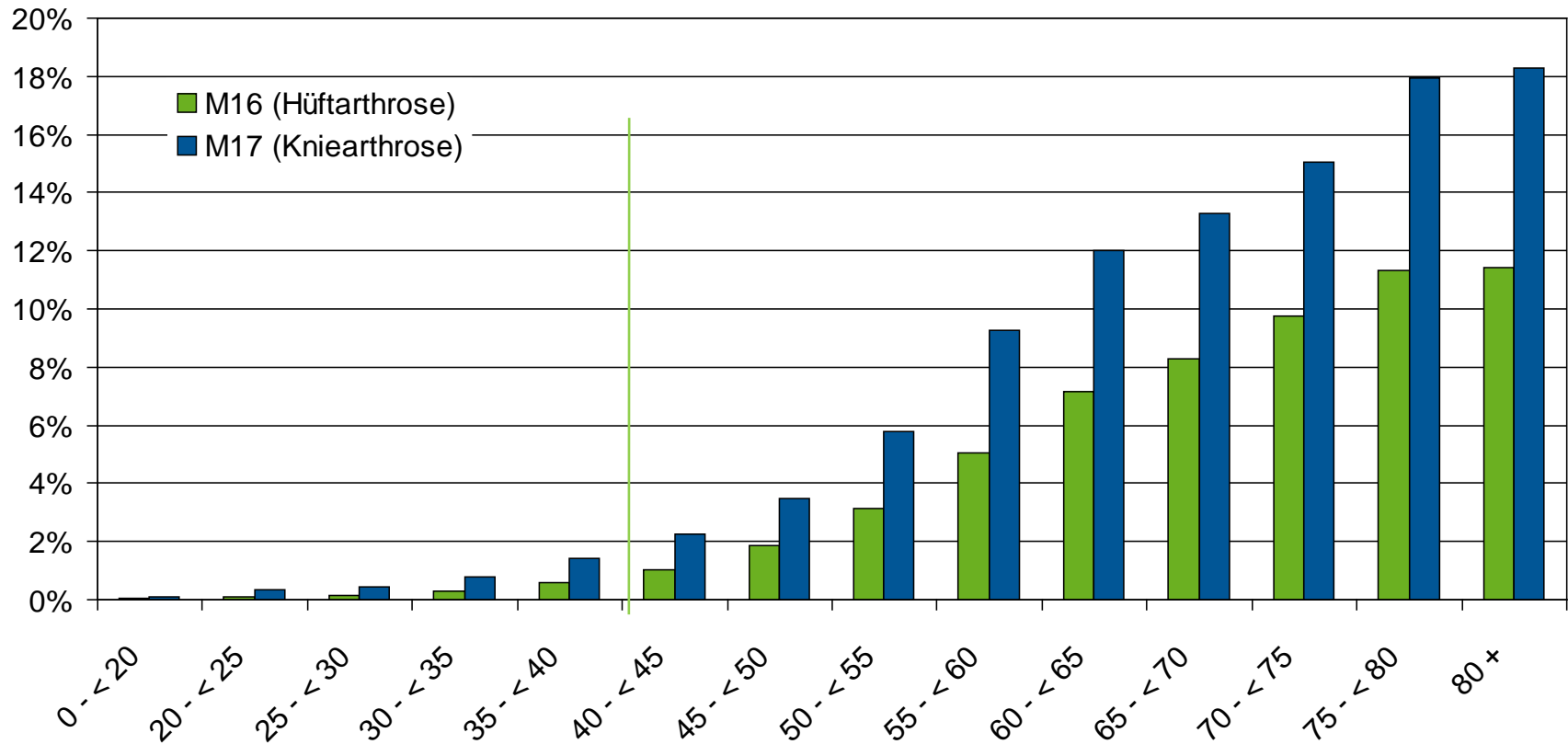
- Auswertungen von Routinedaten der größten gesetzlichen Krankenversicherung wurden mit dem Ziel durchgeführt, die ambulante Versorgungssituation von Versicherten mit einer Hüft- oder Kniearthrose darzustellen (Sauer, 2011).
- Folgende Fragestellungen wurden untersucht:
 - ? Wie viele Versicherte sind von einer behandlungsbedürftigen Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke betroffen?
 - ? Wie groß sind die Anteile derer, die mit physiotherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen behandelt werden? Handelt es sich dabei um Maßnahmen, die im Rahmen der tertiären Prävention empfohlen werden? Wo liegt Präventionspotenzial?

- Studienpopulation: Versicherte mit mindestens einer gesicherten ICD-10-Diagnose „M16“ (Hüftarthrose) oder „M17“ (Kniearthrose) im Jahr 2008.
- Die als Risikofaktoren für das klinische Fortschreiten der Arthrose einschlägigen Krankheiten (Herz- und Lungenkrankheiten, Diabetes mellitus Typ II, andere Gelenkerkrankungen etc.), wurden ebenfalls entsprechend ihrer ICD-10 Codes identifiziert (KNGF, 2010, van den Bussche, 2011).
- Es folgte die Analyse der physiotherapeutischen und medikamentösen Versorgung, die nach Leitlinien empfohlen werden. Schließlich wurde die Wahrscheinlichkeit einer physiotherapeutischen Behandlung in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und der Anwesenheit von Zusatzdiagnosen untersucht.

Eine detaillierte Beschreibung der Methoden und Ergebnisse ist dem Heil- und Hilfsmittelreport 2011 der BARMER GEK zu entnehmen

(Sauer, 2011).

Versicherte mit Hüft- (M16) und/oder Kniearthrose (M17) als Anteil an allen Versicherten nach Altersgruppen in Prozent

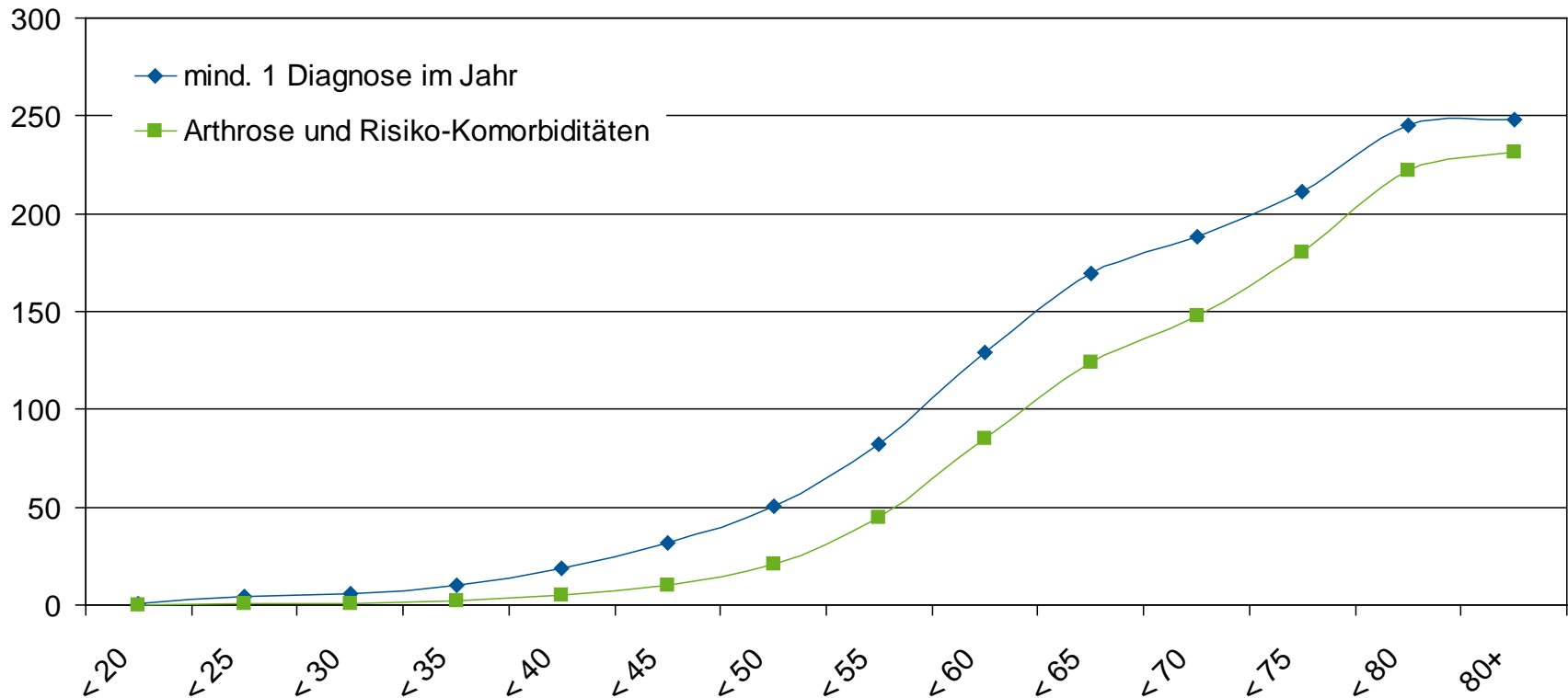


Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

Ergebnisse

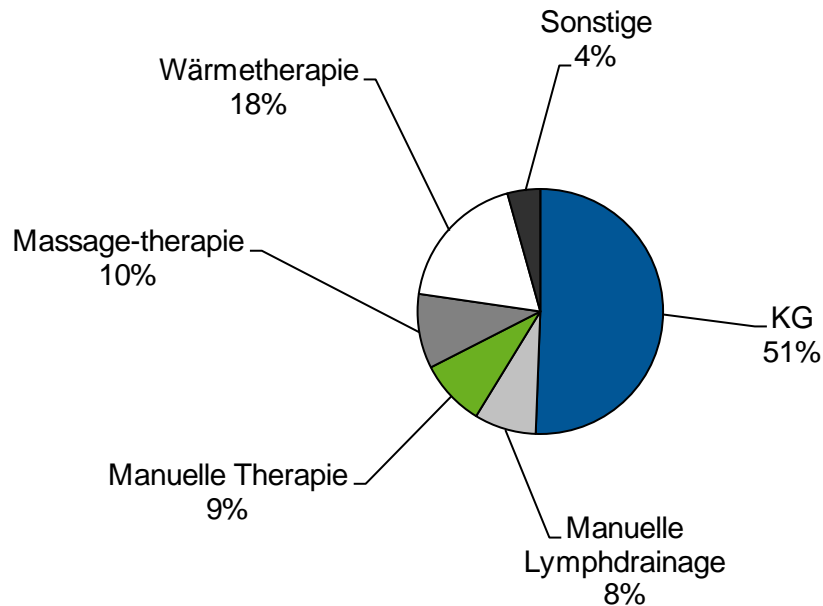
- Im Zeitraum eines Jahres waren etwa 5,9% aller Versicherten von einer gesicherten Diagnose einer Knie- oder Hüftarthrose betroffen.
- Ärztlichen Kontakt in allen vier Quartalen nahmen knapp 2,3% aufgrund dieser Diagnose auf. Das sind knapp 40% aller Betroffenen (s.o.), der Anteil liegt bei den über 40 Jährigen vermutlich höher. Es ist anzunehmen, dass dieser Teil Betroffener einen Bedarf an einer Behandlung hat.
- Die folgende Abbildung zeigt, dass die Prävalenz von Arthrose dicht gefolgt wird von der Prävalenz zusätzlicher Diagnosen, die als Risikofaktoren für das klinische Fortschreiten gelten.

Anzahl Versicherte mit Hüft- oder Kniearthrose pro 1.000 Versicherte nach Altersgruppen



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

Etwa 44% aller von einer Hüft- oder Kniearthrose Betroffener, erhalten mindestens eine und maximal drei physiotherapeutische Verordnungen im Jahr. Folgende Maßnahmen wurden dabei verordnet:



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

- Frauen werden insgesamt eher physiotherapeutisch behandelt als Männer: Ihre Chance auf eine solche Behandlung liegt um 44% höher als die für Männer (95%, CI 1,403-1,474).
- Diese Wahrscheinlichkeit nimmt für beide Geschlechter mit der Anwesenheit von Risikodiagnosen zu.

Leistungsversicherte für Physiotherapie und Arzneimittel mit Knie- oder Hüftarthrose

Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

	LV mit Arthrose (in %)	LV mit Arthrose und Risiko-Diagnosen in (%)
Physiotherapie		
Krankengymnastik	34.250 (33,89)	24.119 (34,24)
Wärmetherapie	16.342 (15,70)	11.710 (16,62)
Massagetherapie	10.709 (10,28)	7.974 (13,32)
Manuelle Therapie	7.868 (7,76)	5476 (7,77)
Manuelle Lymphdrainage	4.950 (4,75)	3.816 (5,41)
Elektrotherapie	3.189 (3,06)	2.208 (3,14)
Traktion	1.488 (1,43)	1.081 (15,34)
Gesamt*	45.667 (43,85)	32.192 (45,70)
Arzneimittel**		
Paracetamol	245 (0,24)	167 (0,24)
Metamizol	15.514 (14,90)	12.125 (17,21)
NSAID's, SYSADOA	55.533 (53,33)	39.022 (55,40)
Opioidanalgetika	13.918 (13,4)	11.187 (15,9)
Glucocorticoid	11.592 (11,13)	8.971 (12,74)
Gesamt*	104.135 (100)	70.440 (100)

*Versicherte können mehrere der aufgeführten Leistungsarten / Arzneimittel erhalten haben.

**Ergebnisse für Vitamin E, Phytotherapeutika und Hyaluronsäure wurden aufgrund der geringen Anzahl nicht aufgeführt.

- Die **zunehmende Indikationsstellung** für Erstimplantationen von künstlichen Hüft- oder Kniegelenken und
- die verhältnismäßig hohen Anteile an Betroffenen, die zusätzlich auch **Risikodiagnosen für das klinische Fortschreiten** aufweisen, machen deutlich:
- sinnvolle Behandlungsstrategien, wie die **Physiotherapie**, sollten genutzt werden, um einem weiteren Fortschreiten der Erkrankung vorzubeugen und einen positiven Beitrag zur Selbstwirksamkeit und Lebensqualität zu leisten.
- Männer gehören zu der Zielgruppe, die verstärkt mit Physiotherapie behandelt werden sollte, bevor eine Operation stattfindet.
- Insgesamt werden noch zu viele passive gegenüber **aktiven Maßnahmen** verordnet.
- Ob das Potenzial der Physiotherapie ausgeschöpft und dem Bedarf angemessen begegnet wird, ist vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse fraglich und sollte näher untersucht werden.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt

ksauer@zes.uni-bremen.de

