

Chronische Rückenschmerzen Erfolgreiche Implementierung eines Therapieangebots in Deutschland

Seit September 2006 bietet das Berlin-Brandenburger Rückennetz gemeinsam mit der DAK (Deutsche Angestellten-Krankenkasse) ihren Versicherten bei chronischen Rückenschmerzen, als Ursache von länger andauernde Arbeitsunfähigkeit, ein multiprofessionelles, standardisiertes Therapieverfahren an – und das mit Erfolg.

Vor dem Hintergrund der steigenden Inzidenz chronischer Rückenschmerzen und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit besteht verstärkter Handlungsbedarf, dieser rasanten Entwicklung konsequent entgegenzuwirken. Allein in Deutschland verzeichnet man jährlich einen Anstieg der Arbeitsausfalltage aufgrund von Rückenschmerzen um ca. 10 Prozent. Neben der persönlichen Betroffenheit der PatientInnen durch lange Leidenszeiten sind hier auch die enormen volkswirtschaftlichen Kosten zu erwähnen.

Bisherige Behandlungsverfahren der Rückenerkrankungen sind in den meisten Industrieländern durch Über-, Fehl- und Unterversorgung gekennzeichnet. Im Speziellen werden die mangelnde konsequente sachgerechte Primärbehandlung des akuten Rückenschmerzes sowie die ungenügende Berücksichtigung der Chronifizierungsmechanismen, der psychosozialen Elemente und der Dekonditionierung genannt.

Ziel des seit mehr als zwei Jahren in Deutschland implementierten Kooperationsmodells ist einerseits die konsequente Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu eben diesen zuvor kaum beachteten Aspekten, und andererseits die bewusste Einbeziehung der PatientInnen in partnerschaftlicher Selbstverantwortung für deren Krankheit.

In einem ersten Selektionsschritt wer-

den chronische Rückenschmerz-PatientInnen von so genannten FallmanagerInnen der DAK ausgewählt und zur Diagnostik in eine Tagesklinik bestellt. Nach Anamneseerhebung mittels des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF), körperlich und physiotherapeutischer sowie psychologischer Untersuchung, steht ein multimodales Therapieangebot mit folgenden Optionen zur Verfügung: Gezielte Diagnostik, ambulante monomodale Therapie, tagesklinisches Programm mit zwei Intensitäten (RIP1: 16 Behandlungstage à 3-4 h; RIP 2: 20 Behandlungstage à 5-6 h) oder auch die stationäre Therapie. In den Tageskliniken wird ein abgestuftes ganzheitliches Gruppenprogramm (max. 8 Pers./ Gruppe) angeboten, das von einem interdisziplinären Team von OrthopädeInnen, SchmerztherapeutInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen und SportlehrerInnen durchgeführt wird. Dieses aktivierende Konzept, das auf die Rekonditionierung, Leistungssteigerung und soziale Reintegration abzielt, sieht vor allem in der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit den Schlüsselfaktor am Weg aus der Chronifizierung der Erkrankung.

Seit 2007 wurden etwa 3000 PatientInnen in das interdisziplinäre Programm aufgenommen. Die Evaluierung des Projekts mittels einer Auswertung der Verlaufsdaten von 394 PatientInnen (Wirbelsäulenranke mit Diagnosegruppe „Rückenschmerzen“, durchschnittlich 92,7 Tage arbeitsunfähig, erhebliche körperliche und psychosoziale Beeinträchtigungen, Chronifizierung mittelgradig) sechs Monate nach Behandlungsbeginn zeigte, eine Reduzierung der empfundenen Schmerzen, Angst und Depression sowie eine deutliche Steigerung des Wohlbefindens und der Arbeitsfähigkeit.

Diese Ergebnisse unterstreichen die Effizienz des multidisziplinären Konzepts bei chronischen Rückenschmerzen und dessen klare Überlegenheit gegenüber weniger intensiven, monomodalen Therapieformen. Der Weg scheint also der richtige zu sein.

Mag. Gerda Hinterreiter

Mitarbeiterin am Ludwig Boltzmann Institut für HTA

Marnitz, U.: Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von RückenschmerzpatientInnen in Österreich: Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Vortrag, LBI-HTA Wien, 11.12.2008

Marnitz, U., Weh L., Müller, G., Seidel, W., Bienek, K., Lindena, G., Gussek, A.: Integrationsversorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Der Schmerz; 2008, 22: 415–423; <http://www.springerlink.com/content/e603648040n16071/>

Website: <http://www.ruecken-zentrum.de/>

Inhalt

Alkoholtherapie	2
Influenza	2
Demenzerkrankung	3
Neue Biomarker und Prognosemodelle	4
Impressum	4



Alkoholtherapie

Evaluierung integrierter Versorgungsmodelle

Die therapeutische Versorgung von alkoholsüchtigen Personen ist häufig von der Kombination unterschiedlicher Behandlungen in variierenden Settings gekennzeichnet. Die Analyse von Evaluationen, die sowohl klinische Effektivität, als auch ökonomische Aspekte beinhalten, zeigt, dass integrierte Ansätze vor allem an der Therapieadhärenz und der Qualität des Schnittstellenmanagements gemessen werden können.

Das Modellprojekt „Entwöhnung im Verbundsystem/ EVS“ entstammt einer Kooperation von drei stationären und fünf ambulanten Therapieeinrichtungen, sowie der Universität Oldenburg und der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen. Im Rahmen eines regelmäßigen Qualitätszirkels wurde eine Kooperationsmatrix erstellt, die die wesentlichen Interaktionen aller am Projekt beteiligten abbildet, und so Schnittstellen und Koordinationsbedarf auflistet. Der Erfolg des Projekts wird in erster Linie an der Haltequote, also der Beendigung der vollständigen vorgesehenen Therapie, gemessen.

Jellinek Amsterdam misst den klinischen Erfolg auch in erster Linie an der Haltequote und einem selbst weiterentwickelten Instrument zur Messung des Schweregrads der Sucht (MATE), nutzte jedoch schon zu Beginn der 90er Jahre das regionale Versorgungsmonopol, indem es die gesamte Organisation gemäß dem Qualitätssicherungsmodell der „EFQM/ European Foundation for Quality Management“ umstrukturierte. Dieses gibt unterschiedlich detaillierte, jedoch quantifizierbare Prozess- und Ergebnisparameter an, die über einen Horizont von mehr als zehn Jahren kontinuierlich verglichen werden konnten.

Der „United Kingdom alcohol treatment trial“ untersucht kein regionales Versorgungskonzept, beinhaltet aber neben einer klinischen Vergleichsstudie einige

ökonomische Outcome-Parameter, wie etwa Opportunitätskosten im Bereich der Kriminaljustiz und zeigt, dass sich die Refundierung einer Motivationstherapie oder einer Netzwerktherapie für die öffentliche Hand rechnet. Generell unterstreichen die drei Modelle die primäre Relevanz der Vermeidung von Therapieabbrüchen und der Koordinierung der einzelnen Dienstleistungen. PR

LBI-HTA/ Ö 2009: Ökonomische Aspekte einer effektiven und effizienten alkoholtherapeutischen Versorgung Teil 1&2.

Ab April verfügbar unter <http://eprints.hta.lbg.ac.at>

Influenza

Impfung und kausale Therapie

Influenza („echte Grippe“) wird durch Influenza A und B Viren verursacht. Dagegen kann eine Influenza-ähnliche Erkrankung (Grippe-ähnliche Erkrankung, grippaler Infekt) durch eine ganze Reihe verschiedener anderer Viren ausgelöst werden. Die saisonale Impfung und verschiedene antivirale Medikamente sollen Influenza verhindern oder die Symptome lindern. Rezente Assessments und Studien bewerten den Nutzen und die Kosten.

Jüngste Veröffentlichungen lassen aufhorchen: Bereits 2006 veröffentlichte das US-Center of Disease Control/ CDC Zahlen, wonach der damals zirkulierende Influenza-Stamm A (H3N2) gegen die damals häufiger verwendeten Adamantane (Memantin und Amantadin) zu 92,3% resistent war; im Dezember 2008 wurden ebensolche Zahlen zu den Neuraminidase-Hemmern publik: 98,5% Resistenz gegen den 2007/08 zirkulierenden H1N1 Virus. Neben den Resistenzen - und d.h. Unwirksamkeit der Medikamente sind auch hier die Arzneimittelkosten ein wichtiger Faktor. Demnach zeigen die Ergebnisse der britischen gesundheitsökonomischen Evaluation zur prophylaktischen, wie zur

Termine



❖ 2. – 3. April 2009

Kongress Gesundheitspiazza
Bregenz
<http://www.gesundheitspiazza.eu/>

❖ 23. – 24. April 2009

Wissenschaftliches Kolloquium
„Sicher entscheiden für eine gute Gesundheitsversorgung – HTA richtig einsetzen“
Bielefeld/ DE
<http://www.hta-kolloquium.de>

❖ 23. – 24. April 2009

Symposium: Sprechen Sie Gesundheit
Kommunikation im Gesundheitswesen –
Planung oder Zufall?
http://www.oeapg.at/content/veranstaltungen/sprechen_sie_gesundheit.php

❖ 24. – 25. April 2009

1. Kongress der SAGAM
„Medizin ohne Ende?“
PMU/ Salzburg
<http://www.sagam.at>

❖ 28. – 30. April 2009

Int. Symposium
Hospizkultur und Palliative Care
„Es muss alldann gestorben werden“
Nürnberg/ DE
http://www.beb-ev.de/files/pdf/2009/2009-02-20nuernberg_symp.pdf

❖ 21. - 24. Juni 2009

HTAi - 6th Annual Meeting
“Globalization & HTA”
Singapore
www.htai2009.org

❖ 24. - 26. Juni 2009

Europäischer Kongress für
evidenzbasierte Prävention
Congress Casino/ Baden
<http://www.eufep.at>

❖ 24. - 25. September 2009

ÖGPH Jahrestagung
„Gesundheitskulturen –
Multikulturalität und Gesundheit“
JKU/ Linz
<http://www.oeph.at/>



post-exposure Verabreichung antiviraler Medikamente, dass bei geimpften sowie gesunden Kindern und Erwachsenen die Range zwischen 59.000.- £ und 104.000.- £/ QALY liegt. Nur bei ungeimpften Risikogruppen, vor allem alte Menschen und Kinder, befindet sich diese unter dem Grenzwert von 20.000.- £/ QALY.

Auch die Grippeimpfung wird seit einigen Jahren kontroversiell diskutiert: Das Problem der meisten retrospektiven aber auch prospektiven Beobachtungsstudien, die zur Nutzen-Bewertung herangezogen werden, ist, dass keine/ kaum Differenzierung zwischen mikrobiologisch abgeklärter Influenza und grippalem Infekt stattfindet, und in Wahrheit wenig Wissen über saisonale virale Zirkulationen vorhanden ist. Studienqualität und Zweifel an der Validität der Studienergebnisse, Finanzierungsbias sowie massive Confounder werden als Kritikpunkte angeführt. Auch in Ländern mit hoher Durchimpfungsrate ist die, der Grippe zugeschriebene, Mortalität nicht rückläufig. Gute Evidenz für den Nutzen hoher Durchimpfungsraten des Personals, als auch der zu Pflegenden, liegt vor allem für (Langzeit-) Pflegeeinrichtungen vor. CW

NCCHTA/ UK 2009: Systematic review and economic decision modelling for the prevention and treatment of influenza A and B. <http://www.ncchta.org/fullmono/mon735.pdf>

Weinstock, Zuccotti/ 2009: The Evolution of Influenza Resistance and Treatment. Jama. March 2

CDC/ USA 2009: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/> Feb 14

Thomas et al./ 2006: Influenza vaccination for health-care workers who work with elderly people in institutions: a systematic review. Lancet Infect Dis etc.

Weitere Literatur bei der Autorin

Demenzerkrankung

Was können pflegerische Versorgungskonzepte?

Demenz ist im höheren Alter die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit. Die derzeitige Anzahl von etwa 100.000 Betroffenen in Österreich wird aufgrund der steigenden Lebenserwartung zukünftig deutlich zunehmen. Gefragt sind Pflegekonzepte, die die Lebensqualität und die Funktionsfähigkeit im Alltag möglichst lange aufrecht erhalten.

In der wissenschaftlichen Literatur wurden 20 randomisiert kontrollierte Studien identifiziert, die unterschiedlichste Pflegekonzepte prüfen. Sie umfassen sensorische Ansätze (z.B. therapeutisches Berühren, Aromatherapie, Musik/Massage), ergotherapeutische Ansätze, emotionsorientierte Pflege, Realitätsorientierung bzw. Reminiszenz (erinnerungsgestützte Therapie), sowie Entspannungsverfahren. Die Wirksamkeit wurde mit verschiedensten Messinstrumenten, wie etwa dem „daily living scale“, dem „behaviour rating scale“ oder mit der „memory checklist“ etc. geprüft.

Die Ergebnisse sind sehr heterogen: Konkret konnten die Studien zur Entspannung und zur Reminiszenz keine Wirkung nachweisen. Bei allen anderen Pflegekonzepten gab es jeweils Studien mit – zumindest teilweise – positiven Ergebnissen, aber auch solche ohne nachweisbare Effekte der Intervention. Allerdings beschränkt sich der Nachweis der Wirkung überwiegend auf statisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ohne Bezug zur klinischen Relevanz der gemessenen Ergebnisse.

Die AutorInnen folgern, dass für keines der untersuchten Pflegekonzepte ausreichende Evidenz vorliegt, die fehlende Evidenz in diesem Kontext jedoch nicht zwingend bedeutet, dass die Konzepte unwirksam sind. Vielmehr wird im Bereich der Pflegeforschung erheblicher Forschungsbedarf – insbesondere was

Rezente Assessments



MAS & OHTAS /CAN

Ontario Health Technology Assessment Series 2008:

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/tech/tech_mn.html

- ✳ Prevention of Falls and Fall-Related Injuries in Community-Dwelling Seniors
- ✳ Behavioural Interventions for Urinary Incontinence in Community-Dwelling Seniors
- ✳ Caregiver- and Patient-Directed Interventions for Dementia
- ✳ Social Isolation in Community-Dwelling Seniors
- ✳ The Falls/Fractures Economic Model in Ontario Residents Aged 65 Years and Over (FEMOR)
- ✳ Aging in the Community
- ✳ Limbal Stem Cell Transplantation

CADTH/ CAN

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health:

<http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search?&type=16>

- ✳ Management of Neovascular Age-related Macular Degeneration: Systematic Drug Class Review and Economic Evaluation (Feb. 09)
- ✳ Granulocyte-Colony Stimulating Factor for Antiviral-Associated Neutropenia: Systematic Review and Economic Evaluation (Dez. 08)
- ✳ Intravenous Immunoglobulin for Treatment of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: Economic and Health Service Impact Analyses (Dez. 08)



Studien mit gutem Design anbelangt – konstatiert. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit ethischen Fragen (z.B. zum Thema Selbstbestimmung) und zur Durchführung gesundheitsökonomischer Bewertungen verschiedener Pflegekonzepte im Vergleich. IZ

DAHTA/ DE 2008: Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta215_bericht_de.pdf

Neue Biomarker und Prognosemodelle

für das Prostatakarzinom

Vor dem Hintergrund, dass die Komplikationen einer radikalen Prostatakarzinombehandlung sehr schwerwiegend (Inkontinenz und erektile Dysfunktion) sind und viele Prostatakarzinome jahrelang klinisch unbedeutend verlaufen, besteht der Bedarf, langsam wachsende Tumore ohne klinische Relevanz von schnell wachsenden, fatalen Varianten unterschieden zu können. Für die Prognose ist sowohl ein passender Marker, als auch ein adäquates Prognosemodell, nötig.

Ein rezenter systematischer Review (NC-CHTA) beleuchtet die Evidenz zu neuen Biomarkern und Prognosemodellen, durch die es möglich sein sollte, bisherige diagnostische Ansätze zu übertreffen. Die Studienpopulation besteht aus Männern mit diagnostiziertem Prostatakarzinom, bei denen vor bzw. während der Operation ein Marker bestimmt wurde. Als relevante Outcomes wurden Gesamtüberleben, krankheitsspezifisches Überleben, erkrankungsfreies Überleben, biochemischer Tumornachweis (PSA), biochemische Tumorfreiheit (PSA) sowie klinische Tumorfreiheit herangezogen.

Aus einer Anzahl von 28 eingeschlossenen Studien konnten insgesamt 21 neue prognostische Marker identifiziert wer-

den, von denen sich die „PSA velocity“ (= PSA-Anstiegsgeschwindigkeit), im Hinblick auf prognostische Relevanz, als einziger Marker deutlich abhob. Die Studien zeigen eine große Übereinstimmung darin, diesen Marker für die Beobachtung der Tumoraktivität einzusetzen. Diskonvens besteht jedoch darüber, in welcher Form bzw. mit welchen Schwellwerten dies zur erfolgen hätte.

Für prognostische Modelle ist keine Evidenz vorhanden von der man solide Handlungsoptionen ableiten könnte. Es existieren weitreichende Limitationen: Zum einen etwa das Fehlen des Konfidenzintervalls für den Mortalitätsschätzer, zum anderen wurde keines der Modelle extern validiert. SM

NCCHTA/ UK 2009: Use of classical and novel biomarkers as prognostic risk factors for localised prostate cancer: a systematic review. <http://www.ncchta.org/pdfexecs/summ1305.pdf>

Veranstaltungen am LBI-HTA

Workshop „HTA“

in Kooperation mit Dep. EBM & klin. Epidemiologie
Donau-Universität Krems

26. – 30. April 2009

<http://www.donau-uni.ac.at/ebm>

Seminarreihe:

„Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen“

Nächste Veranstaltung zu **QALY** (Juni) ist in Planung

Themen-Vorschau April 2009

-  Interventionen gegen Rauchen
-  Neuropathischer Schmerz
-  Telehealth bei chronischen Erkrankungen
-  Methode: Good practice in Modelling

Impressum

Redaktion: Gerda Hinterreiter/GH & Claudia Wild/CW

PR: Philipp Radlberger

IZ: Ingrid Zechmeister

SM: Stefan Mathis

Graphik: Florian Bettel

Satz: Darko Blagojevic

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Operngasse 6/5. Stock, A-1010 Wien
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. Claudia Wild
Ludwig Boltzmann Institut für Health
Technology Assessment (LBI-HTA)
A-1090 Wien, Garnisonsgasse 7/20

Der HTA-Newsletter erscheint 10 x pro Jahr und ausschließlich auf der HTA-Website: <http://hta.lbg.ac.at/>

ISSN: 1680-9602

