

ThemenCheck Medizin



Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht

Halswirbelsäulensyndrom

Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer
Physiotherapie auf den Behandlungserfolg

HTA-Nummer: HT18-02
Version: 1.0
Stand: 05.06.2020

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Thema

Halswirbelsäulensyndrom: Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg

HTA-Nummer

HT18-02

Beginn der Bearbeitung

09.07.2018

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Im Mediapark 8

50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: themencheck@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

www.themencheck-medizin.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Dokumentation der Anhörung	5
2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll	6
2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung	6
2.2 Liste der Stellungnahmen, zu denen kein Vertreter an der wissenschaftlichen Erörterung teilgenommen hat.....	6
2.3 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung	6
2.4 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung	7
2.4.1 Begrüßung und Einleitung	7
2.4.2 Tagesordnungspunkt 1: Untersuchte Interventionen nicht versorgungsrelevant.....	8
2.4.3 Tagesordnungspunkt 2: Studien zur Beantwortung der HTA-Fragestellung nicht geeignet.....	14
2.4.4 Tagesordnungspunkt 3: Verschiedenes	18
Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen	21

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
HTA	Health Technology Assessment (Gesundheitstechnologiebewertung)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

1 Dokumentation der Anhörung

Am 07.01.2020 wurde der vorläufige HTA-Bericht in der Version 1.0 vom 17.12.2019 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 04.02.2020 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 7 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet.

Unklare Aspekte in den schriftlichen Stellungnahmen wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung am 27.02.2020 im IQWiG diskutiert. Das Wortprotokoll der wissenschaftlichen Erörterung befindet sich in Kapitel 2.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des vorläufigen HTA-Berichts überprüft. Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten wesentlichen Aspekte befindet sich im Kapitel „Würdigung der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ des HTA-Berichts. Im HTA-Bericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der HTA-Bericht ist auf der Website des ThemenCheck Medizin unter www.themencheck-medizin.iqwig.de veröffentlicht.

2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll

2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung

Name	Organisation / Institution / Firma / privat
Becker, Monika	Universität Witten/Herdecke
Krabbe, Laura	IQWiG
Lange, Stefan	IQWiG
Mischke, Claudia	IQWiG
Pieper, Dawid	Universität Witten/Herdecke
Rörtgen, Thilo	Sitzungsdokumentarischer Dienst
Saueressig, Tobias	Privatperson
Strunk, Katharina	NOVOTERGUM Süd GmbH
Wicht, Rainer	Praxis für Physiotherapie Rainer Wicht

2.2 Liste der Stellungnahmen, zu denen kein Vertreter an der wissenschaftlichen Erörterung teilgenommen hat

In der folgenden Tabelle werden Stellungnahmen genannt, zu denen trotz Einladung kein Stellungnehmender oder Vertreter zur wissenschaftlichen Erörterung erschienen ist.

Organisation / Institution / Firma / Privatperson
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e. V.
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. / Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. / Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.
Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
Meyer, Norbert

2.3 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung

	Begrüßung und Einleitung
TOP 1	Untersuchte Interventionen nicht versorgungsrelevant
TOP 2	Studien zur Beantwortung der HTA-Fragestellung nicht geeignet
TOP 3	Verschiedenes

2.4 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung

Datum: 27.02.2020, 10:00 bis 10:50 Uhr

Ort: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
Im Mediapark 8, 50670 Köln

Moderation: Stefan Lange

2.4.1 Begrüßung und Einleitung

Moderator Stefan Lange: Mein Name ist Stefan Lange. Ich bin stellvertretender Leiter des IQWiG und darf Sie ganz herzlich zu der heutigen Erörterung begrüßen.

Zu Beginn muss ich ein paar Formalia klären. Das Erste ist: Sie sind darüber informiert worden – das richtet sich jetzt im Wesentlichen an die Stellungnehmenden, die heute da sind; unsere externen Sachverständigen wissen das schon von anderen Berichten oder Projekten –, dass dieses hier elektronisch aufgezeichnet und stenografisch mitprotokolliert wird und dann im Internet veröffentlicht wird. Sie haben, glaube ich, mit der Zusage, hier teilzunehmen, dazu eingewilligt. Wenn sich Ihre Ansicht zwischenzeitlich geändert haben sollte, dass Sie das nicht möchten, dann müsste ich Sie bitten, den Raum zu verlassen, weil das unser übliches Vorgehen ist und dann eben die Teilnahme nicht möglich wäre. Ich gucke mal. Sie schütteln den Kopf, dass Sie das nicht zurückziehen wollen, sodass wir das schon mal geklärt haben.

Dann haben wir hier, obschon der etwas überschaubaren Teilnehmergröße, Mikrofone. Ich bitte Sie, diese trotzdem zu benutzen, auch wenn wir so wenige sind, weil das für die Aufzeichnung wichtig ist. Sonst wird das mit der Aufzeichnung schwierig.

Und ich bitte Sie – das ist für den Stenografen eine Hilfe –, zu Beginn immer Ihren Namen zu sagen. Das ist zwar jetzt auch ein bisschen überkandidelt, weil wir eben so eine überschaubare Teilnehmerzahl haben, aber ich bitte Sie, das trotzdem zu machen.

Wir brauchen, glaube ich, keine Vorstellungsrunde. Das sind die Stellungnehmenden, das ist die Sachverständigengruppe, die den vorläufigen Bericht für uns erstellt hat, und neben Ihnen sitzen unsere für dieses Projekt und den Bereich ThemenCheck Medizin verantwortlichen beiden Damen Frau Krabbe und Frau Mischke.

Wir wollen diese wissenschaftliche Erörterung dazu nutzen, Fragen, die wir bzw. unsere Sachverständigen aus Ihren Stellungnahmen heraus haben, mit Ihnen zu klären. Daraus haben sich jetzt diese beiden Tagesordnungspunkte, die ersten beiden, ergeben. TOP 3 können Sie dazu nutzen, wenn Ihnen noch etwas Besonderes am Herzen liegt, was Sie uns mitgeben wollen, was wir für diesen Bericht gegebenenfalls noch berücksichtigen sollten, zur Verbesserung beitragen, was auch immer.

Haben Sie dazu Fragen? – Ich gucke auch noch mal unsere Sachverständigen an. Nein. Habe ich etwas vergessen, Frau Krabbe?

Laura Krabbe: Nein.

Moderator Stefan Lange: Auch nicht.

Dann machen wir das so, dass, glaube ich ... Wer leitet ein? Sie leiten ein, oder wir machen das?

Monika Becker: Wir können gerne mit TOP 1 beginnen.

Moderator Stefan Lange: Dann machen wir das so, dass unsere Sachverständigen in den jeweiligen Tagesordnungspunkt einleiten und Sie sich dann bitte dazu äußern oder eben sagen, dass Sie dazu nichts sagen können, was auch immer.

Dann starten wir.

2.4.2 Tagesordnungspunkt 1: Untersuchte Interventionen nicht versorgungsrelevant

Monika Becker: Das war ein ganz wesentlicher Punkt in Ihren Stellungnahmen. Wir hatten bei der Studienselektion als Grundlage für die einzubeziehenden Interventionen den Heilmittelkatalog genommen bzw. alle dort aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie. Wir haben keine Einschränkungen vorgenommen. Grund war auch, dass wir im Vorfeld keine systematische Untersuchung der einzelnen Interventionen gemacht haben, sondern angenommen haben, alle Interventionen, die im Heilmittelkatalog aufgeführt sind, haben einen Nutzen, alle verordnungsfähigen Interventionen. Daher würde ich Ihnen beiden jetzt die Frage stellen: Woran hätten wir uns im Vorfeld bei der Auswahl der einzubeziehenden Interventionen orientieren sollen, wenn nicht an dem Heilmittelkatalog?

Rainer Wicht: Dass der Heilmittelkatalog Grundlage war, war mir so nicht klar. Außerdem ist mir nicht unbedingt bekannt, ob im Heilmittelkatalog bei einer Halswirbelsäulenbehandlung eine 60-minütige Krankengymnastik im Bewegungsbad vorgesehen ist. Die Passage im Heilmittelkatalog kenne ich nicht.

Monika Becker: 60 Minuten sind als Richtwert natürlich nicht angegeben im Heilmittelkatalog, aber grundsätzlich Gruppentherapie, Krankengymnastik im Bewegungsbad ja. Es wird bei der Indikation Wirbelsäulenerkrankung nicht zwischen HWS und anderen Rückenerkrankungen unterschieden. Deswegen mussten wir die Indikation Wirbelsäulenerkrankung nehmen. Es ist tatsächlich mit aufgeführt, also Krankengymnastik als Gruppe und dann kann die aber im Trockenen oder im Bewegungsbad stattfinden.

Rainer Wicht: Das kommt für uns gar nicht infrage. Die Studie bezieht sich ja auf Halswirbelsäulenproblematiken. Eine Halswirbelsäulenproblematik, ob Sie das jetzt unterteilen in Brustwirbelsäule ... Lendenwirbelsäule ist ein ganz anderer Bereich, wobei da die Sinnhaftigkeit der Therapie im Bewegungsbad auch schon für uns als Praktiker infrage gestellt wird. Aber eine Halswirbelsäulenbehandlung im Bewegungsbad kommt nicht vor. Das

kommt überhaupt nicht vor. Wie lange wollen Sie die Leute tauchen lassen, damit Sie eine therapeutische Wirkung auf die Halswirbelsäulenmuskulatur haben?

Tobias Saueressig: Ich möchte noch einen anderen Punkt aufmachen.

Moderator Stefan Lange: Möchten Sie sich dazu noch äußern, oder ist das jetzt für Sie klar?

Monika Becker: Das ist für uns klar. Das gilt auch für die Intervention. Wir diskutieren das ja auch, dass es jetzt nicht die Rolle in der Versorgung spielt, aber wir konnten das nicht im Vorfeld ausschließen oder haben es nicht im Vorfeld ausgeschlossen, weil wir wirklich alle Maßnahmen ohne Einschränkung mit hineingenommen haben.

Moderator Stefan Lange: Okay. Vielleicht kann ich dazu eine kurze Nachfrage stellen. Nun ist ja eine solche Studie gemacht worden. Wir haben uns das ja nicht ausgedacht bzw. unsere Sachverständigen, sondern sie haben sich erstens, wie sie gerade gesagt haben, am Heilmittelkatalog ausgerichtet und dann nach entsprechenden Interventionen gesucht, die ja offenbar auch in wissenschaftlichen Studien untersucht worden sind. Verstehe ich Sie richtig, dass Sie sagen, das ist eigentlich Blödsinn?

Rainer Wicht: Ja. Das würden wir so sehen. Wir haben uns die Studien auch sehr genau angesehen. Wir machen jede Woche unsere Dienstbesprechung. Dann kam irgendwann am 16. Dezember diese Studie raus. Das war schon mal zeitlich sehr knapp für uns, um überhaupt darauf einzugehen. Dann haben wir die Studie in 15-Seiten-Partien aufgeteilt, und jeder Mitarbeiter bekam seinen Teil zugeteilt. Die haben wir dann durchgearbeitet. Dann haben wir eben auch diese Studien von Sherman usw. untersucht und uns das angesehen und haben festgestellt, dass diese Studien ... Wir haben das ja auch erwähnt. Wir haben ja gesagt, dass die Arbeit, die Sie sich gemacht haben, wirklich zu loben ist, und alle relevanten Sachen dabei herausgekommen sind, aber die Studien sind für das, was sie eigentlich aussagen sollen, total ungeeignet. Das gilt jetzt nicht nur für die Krankengymnastik im Bewegungsbad, das gilt für den Massagebereich auch. Dann würde ich eine Studie komplett fallenlassen. Außerdem: Ich habe einige Mitarbeiterinnen, die gerade Bachelor- und Masterstudiengänge hinter sich gebracht haben und die darauf hinweisen, dass es sehr viele Studien zur manuellen Therapie gibt, die man für diese Fragestellung auch heranziehen könnte.

Moderator Stefan Lange: Okay.

Tobias Saueressig: Ich glaube vielmehr, das Problem, das wir gesehen haben, beginnt mit der Fragestellung, die sehr speziell ist. Da kann man schon fragen, woher die kommt. Dadurch kommt es meines Erachtens zu einer Exklusion von ganz vielen Studien.

Des Weiteren ist die Fragestellung nicht logisch in dem Sinne, ich muss erst einmal klären, ob ich eine Wirkung habe, um dann eine Dosierung besprechen zu können. Das ist ein Hauptpunkt, den wir bemängeln.

Wenn ich so enge Einschlusskriterien habe, dann finde ich natürlich nur drei Studien, die, wie der Kollege Wicht gesagt hat, keine zeitgemäße Physiotherapie darstellen und halt auch nicht die deutsche Versorgungslandschaft widerspiegeln.

Moderator Stefan Lange: Vielen Dank. Ich glaube, das schließt schon an unseren zweiten Punkt an. Vielleicht kann aber Frau Krabbe noch etwas Grundsätzliches sagen, weil Sie jetzt die Fragestellung kritisch angesprochen haben.

Laura Krabbe: Grundsätzlich ist es so, dass bei uns, beim ThemenCheck Medizin, Bürgerinnen und Bürger die Fragen einreichen. Wir haben eben unsere Website, wo jeder eine Frage eingeben kann. Diese HTA-Fragestellung geht auf die Frage einer Bürgerin zurück, die gesagt hat, ich stelle gar nicht den Nutzen der Physiotherapie infrage, sondern mir geht es darum, welche Dauer oder welche Häufigkeit der Einheiten die beste ist, den größten Nutzen hat. Daraus haben wir dann zusammen mit der Bürgerin diese HTA-Fragestellung entwickelt.

Moderator Stefan Lange: Genau, das ist noch mal wichtig. Das haben also nicht wir uns ausgedacht, sondern das ist eine Frage, die eine Person interessiert. Sie ist jetzt auch nicht völlig von der Hand zu weisen. Sie haben es eben selber auch erwähnt. Es ist ja auch sinnvoll, zu sagen, wenn wir davon ausgehen können, dass Physiotherapie in dem Bereich einen Nutzen hat, dann steht eben die Frage nach der Dosierung im Zusammenhang mit der Dauer bzw. Häufigkeit. Die Frage an sich ist ja erst einmal berechtigt.

Tobias Saueressig: Die Frage ist sicherlich berechtigt. Das streiten wir auch nicht ab. Nur, wie gesagt, a) müsste ich erst einmal einen Wirkungszusammenhang zeigen. Das ist nicht geschehen. Das ist ein Problem. Dadurch kommt es halt zu Fehldarstellungen, zum Beispiel in der Presse.

Das andere, was ich mich frage, ist, ob das wirklich eine repräsentative Patientenfrage ist. Ich glaube, viele würden eher sagen, erst einmal würde mich interessieren, ob mir das überhaupt etwas bringt, bevor ich sage, mache ich das zweimal oder dreimal die Woche oder x-mal die Woche.

Zum anderen – das ist meine subjektive Einschätzung – zielt die Arbeit auch darauf ab, eine Blankoverordnung zu untersuchen, was ja auch in dem Text geschrieben wird. Ich glaube, das ist auch für einen Patienten erst einmal per se nicht fürchterlich interessant. Ich hätte mir da etwas Anderes gewünscht.

Monika Becker: Kurz zu dem Nutzen: Wir haben natürlich auch die Schlagzeile im Ärzteblatt wahrgenommen, dass die eigentliche Fragestellung nicht wirklich wahrgenommen wurde oder nicht richtig dargestellt wurde. Deswegen würden wir auch für den finalen Bericht näher darauf eingehen, dass wir tatsächlich einen Nutzen voraussetzen und darauf aufbauend diese Fragestellung entwickelt und bearbeitet haben, sodass das einfach klarer wird.

Rainer Wicht: Es war also eine Bürgerin, die die Frage gestellt hat. Wenn ich allerdings davon ausgehe, dass eine solche Studie eventuell auf politische Angelegenheiten beim

Gemeinsamen Bundesausschuss Einfluss nimmt, also der Abteilung unter dem Bundesgesundheitsministerium, die darüber entscheidet, wie viel Geld in welchen Bereich fließt, dann ist das sehr wohl eine sehr wichtige Frage. Dann hätte ich wirklich im Vorfeld Fachkundige mit dazu gezogen, um zu sehen: Was können wir da wirklich testen? Denn die ist einfach zu wichtig, als dass man sie einer Bürgerin einfach so überlassen könnte.

Moderator Stefan Lange: Da muss ich leider einschränken. Ich habe in meinen Präliminarien vergessen, zu sagen, dass wir hier nicht über die Grundzüge des Institutes bzw. die Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss sprechen können und wollen, wobei das Letztere hier gar nicht so eine Rolle spielt, weil das mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zunächst mal gar nichts zu tun hat, sondern das ist ein Verfahren, das ursprünglich das DIMDI hatte, das HTA-Verfahren in Deutschland. Diese Aufgabe ist dann auf das IQWiG übertragen worden aus bestimmten Gründen, unter anderem der Qualität der bis dato vom IQWiG erarbeiteten Berichte. Aber es hat keine wie auch immer geartete unmittelbare Bindungswirkung auf den Gemeinsamen Bundesausschuss und auf Entscheidungen dort. Gleichwohl kann ich natürlich verstehen, was Sie sagen. Aber da würde ich Sie jetzt erst mal – in Anführungszeichen – beruhigen wollen. Wir können jetzt nicht die Motivation von Bürgereingaben in dem Bereich, die unter Umständen dahinterliegt, in dieser Weise hinterfragen.

Davon abgesehen kann natürlich auch eine Frage nach einer Dosis-Wirkungs-Beziehung schon auch einen grundsätzlichen Aspekt des Nutzens im Grunde genommen bearbeiten. Wenn Sie zum Beispiel an Arzneimitteltherapien denken, dann können Sie natürlich über verschiedene Dosierungen und dann eben eine Dosis-Wirkungs-Beziehung eine grundsätzliche Wirkung ableiten. Dass das jetzt hier nicht gelungen ist, dafür sind wir ja auch hier, um eventuell Gründe zu besprechen.

Das nur zu dem grundsätzlichen Punkt. Den können wir jetzt hier auch nicht weiter erörtern. Das ist einfach unser gesetzlicher Auftrag. Wir haben auch nicht so wirklich die Möglichkeit, diese Fragestellungen zu manipulieren.

Hinzu kommt – das hätten wir vielleicht auch noch ergänzen sollen –, das Verfahren ist so, dass diese Bürgereingaben gemacht werden. Dann haben wir einen sogenannten Auswahlbeirat, der zusammengesetzt ist aus zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern dieses Landes und aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern. Die entsprechenden Organisationen sind im Sozialgesetzbuch verankert. Die erarbeiten eine Vorschlagsliste mit 15 Themen. Die haben das hier mit draufgesetzt aus dem ganzen Themenvorschlagspool, den wir hatten. Aus dieser Vorschlagsliste wählt jetzt noch ein weiteres Gremium, das zusammengesetzt ist aus der Institutsleitung und Vertretern der Träger des IQWiG ... Die beraten uns, und wir besprechen gemeinsam etwa vier bis fünf, sechs Berichte, die wir dann in einem Jahr anstoßen können aus diesen 15, die zunächst vorgeschlagen worden sind. Da haben wir uns dann eben entschlossen, auch dieses Thema mit zu betrachten, unabhängig von politischen Implikationen, die das gegebenenfalls haben könnte. Nur das noch zur Information.

Ich würde vorschlagen, dass wir jetzt zur zweiten Frage übergehen. – Herr Pieper, natürlich.

Dawid Pieper: Ich finde, Frage 1 ist für mich noch nicht 100%ig beantwortet. Wenn wir jetzt davon ausgehen, dass wir jetzt die gleiche Fragestellung noch einmal bearbeiten würden, nicht beim Halswirbelsäulensyndrom, sondern bei irgendeiner anderen Indikation, was wäre der konkrete Vorschlag, wie wir vorgehen sollten, um die Intervention auszuwählen? Das, was wir jetzt gemacht haben, ist, wir haben die Studien identifiziert, und jetzt können wir natürlich sagen: Das, was wir identifiziert haben, ist nicht relevant für die Versorgungspraxis. Aber würde es auch eine Möglichkeit geben, das sozusagen im Vorfeld zu spezifizieren? Hätten Sie da einen konkreten Vorschlag, was man da machen könnte?

Rainer Wicht: Wenn man eine solche Studie auswählt und wirklich prüfen will, inwieweit die Physiotherapie Wirkung zeigt oder nicht, dann würde man eine Hüftbehandlung nehmen, wenn man sie schon im Bewegungsbad behandeln will, aber selbst die würden wir nicht mehr im Bewegungsbad behandeln. Und man würde konkreter werden. Man würde das mehr eingrenzen. Ich halte die Spanier mit ihrer Studie und die Amerikaner mit ihrer Studie wirklich für völlig daneben. Wenn wir eine solche Studie machen würden in der Bundesrepublik Deutschland, dann würden wir auch die wirklich bei uns hier vorkommenden Fälle sehen wollen, wie tatsächlich gearbeitet wird und was es wirklich für ein Abbild der Arbeit in den Praxen oder den Kliniken gibt. Wie wird da heute gearbeitet? Wie sieht das Berufsbild da überhaupt aus? Das haben Sie zwar wirklich – das ist lobenswert – gut aufgeschlüsselt, die eingeschränkten Möglichkeiten der Therapeuten in den Praxen – in den Kliniken ist es noch einmal eine ganz andere Angelegenheit –, aber ich würde ein anderes Krankheitsbild auswählen und würde wirklich sehen, dass man Studien heranzieht, die hier in der Bundesrepublik Deutschland gemacht worden sind. Die manuelle Therapie ist eine der Therapien, also manuelle Therapie, Chirotherapie ... Sie schreiben da, in manchen Bereichen war die Sache mit der Manipulation oder so, darf ja nicht gemacht werden in Deutschland usw. usf. weil und nur in Amerika und hin und her. Aber die manuelle Therapie definiert sich über Muskel- und Gelenkdehntechniken und macht nur den kleinen Impuls nicht. Ansonsten macht sie das Gleiche eben auch, ist eine Chirotherapie. Dann würde ich aus dem großen Pool der chirotherapeutischen Anwendungen eine Studie auswählen, um so etwas beurteilen zu können.

Aber auch die Sache mit der Massage, 60 Minuten Massage: Ich sage Ihnen, wenn bei mir jemand nach 60 Minuten Massage von der Bank kommt, der kann sich nicht mehr bewegen. Was die da getestet haben, das ist Irrsinn. Und wenn ich den dreimal in der Woche 60 Minuten an der Halswirbelsäule – das ist dieser kleine Teil hier – behandle, der kann seinen Kopf nicht mehr bewegen. Ich halte das rein sachlich unter den Gegebenheiten der fachlichen Kunst für falsch.

Dawid Pieper: Ich kann das voll und ganz nachvollziehen, aber wenn wir den Bericht bearbeiten, dann haben wir von Anfang an feste Kriterien, nach denen wir die Studien auswählen. Das heißt, das wäre jetzt sozusagen der Anknüpfungspunkt, wo man irgendwie die Einschlusskriterien beim nächsten Mal gegebenenfalls irgendwie anders justieren müsste vor

Erstellung des Berichts und nicht nachher. Da stellt sich jetzt für mich immer noch die Frage: Auf welcher Grundlage sollte man das machen?

Moderator Stefan Lange: Vielleicht kann ich versuchen, zu präzisieren. Die Frage von Herrn Pieper ist: Hier ist der Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten von physiotherapeutischen Maßnahmen beim HWS-Syndrom die Fragestellung. Die Idee, zu sagen, wie grenzen wir das jetzt ein, welche Therapien gucken wir uns an, beruhte auf der Überlegung, dass das, was im Heilmittelkatalog aufgeführt ist, wohl offensichtlich sinnvoll ist. Jetzt sagen Sie, nein, ist nicht so. Was ist denn die Alternative? Gibt es eine Website des Berufsverbandes der Physiotherapeuten in Deutschland, die sagen, beim HWS-Syndrom empfehlen wir die und die und die Maßnahme, oder gibt es so etwas vom europäischen Physiotherapeutenverband, oder gibt es irgendeine andere Grundlage, wo man nicht sozusagen ... Wissen Sie, wenn man jetzt, so wie Sie das gerade geschildert haben, ein Beispiel nehmen würde, dann kommt der nächste und sagt, das Beispiel ist aber auch ganz doof, und würde ein anderes Beispiel empfehlen. Man braucht also irgendeine Art von systematischer Herangehensweise oder Entscheidungsgrundlage, um eben diese Therapien oder die therapeutischen Formen auszuwählen. Das war die Frage: Haben Sie da einen anderen Vorschlag als den Heilmittelkatalog?

Rainer Wicht: Wir haben ja die FH in Bielefeld, die den Fachbereich Physiotherapie unterrichtet, wo sich also Professoren mit diesen Thematiken beschäftigen. Wir haben die FH Osnabrück mit dem Bereich Physiotherapie, wo sich Professoren mit diesen Thematiken beschäftigen. Ich würde die, weil die wirklich wissenschaftliches Arbeiten gewohnt sind, eher dazu heranziehen.

Moderator Stefan Lange: Wenn ich das richtig verstehe, sagen Sie, wir sollten Experten, wie auch immer wir die identifizieren – jetzt haben sie zwei Beispiele genannt; ich weiß nicht, ob es woanders auch noch FHs gibt, die man auch fragen könnte ... Verstehen Sie, da ist schon wieder der Teufel im Detail. Man könnte es auch so auslegen, die vertreten aus bestimmten Gründen eine bestimmte Schule. Andere vertreten eine andere Schule. Die würden uns ganz andere Empfehlungen geben. Wir brauchen irgendeine Art von neutraler, am besten auch evidenzbasierter Grundlage, um eine solche Auswahl zu treffen.

Rainer Wicht: Wenn ich ... Jetzt ist mir der Faden gerissen. (Denkpause) – Nein, kommt im Moment nicht wieder.

Moderator Stefan Lange: Okay. Das ist auch kein Drama. Wenn es Ihnen von links hinten über die Wirbelsäule wieder ins Gehirn kommt, dann können Sie das ja gleich sagen.

Ich würde jetzt trotzdem vorschlagen – Herr Pieper, ich glaube, wir kommen da jetzt nicht so richtig weiter –, dass wir jetzt den zweiten Tagesordnungspunkt aufrufen. Gegebenenfalls kommen wir darauf noch einmal zurück.

2.4.3 Tagesordnungspunkt 2: Studien zur Beantwortung der HTA-Fragestellung nicht geeignet

Monika Becker: Herr Saueressig, Sie geben in Ihrer Stellungnahme eine Empfehlung, dass die Frage auf Grundlage der relevanten Interventionen zu diskutieren wäre. Da schließt sich für uns jetzt die Frage an: Welche Evidenzgrundlage hätten Sie verwendet, um die HTA-Frage, so wie sie ist, zu beantworten?

Moderator Stefan Lange: Herr Saueressig – Bitte Mikro anmachen. (Denkpause Herr Saueressig). Na vielleicht kann ich das noch mal... Frau Becker, bitte.

Monika Becker: Wir haben ja randomisiert-kontrollierte Studien eingeschlossen und haben Studien zum direkten Vergleich unterschiedlicher Behandlungsdauer, -häufigkeiten und -frequenzen eingeschlossen. Dabei haben wir nur drei Studien identifiziert und auch noch drei Studien zu Interventionen, die anscheinend nicht die Relevanz haben wie allgemeine Krankengymnastik und manuelle Therapie.

Moderator Stefan Lange: Genau. Um das zu präzisieren: Wie wären Sie da herangegangen? Die Analogie zum Arzneimittelbereich kann man sich gut vorstellen. Ich habe ein Medikament 1, 2, 5 mg, und jetzt mache ich eine Studie und gebe einer Gruppe 1, einer anderen Gruppe 2 und einer dritten Gruppe 5 mg. Das ist das übliche Vorgehen in einem direkten Vergleich, idealerweise randomisiert. Jetzt haben Sie geschrieben und im Zusammenhang mit dem ersten Tagesordnungspunkt gesagt, das fänden Sie hier nicht sinnvoll, man hätte sich hier nach anderen Studien umgucken müssen. Das ist jetzt unsere Frage. Die Frage nach der Intervention haben wir ja vorher versucht zu klären, aber jetzt die Frage: Welche Art von Studien hätten Sie ausgewählt?

Tobias Saueressig: Erster Punkt. Meiner Meinung nach komme ich durch die engen Einschlusskriterien gegeben durch die Fragestellung nur auf eine geringe Anzahl von Studien. Wenn man in dem Feld ein bisschen bewandert ist, wird man das schon vorher abschätzen können, meines Erachtens zumindest.

Jetzt ist die Frage: Was sind evidenzbasierte Standards? Wir haben einige Studien, wo eine Wirksamkeit mehr oder weniger nachgewiesen ist, in der Stellungnahme angeführt. Ich möchte die jetzt nicht alle durchgehen. Das wäre ein Beispiel, das man anlegen könnte als evidenzbasierte Intervention, weil evidenzbasierte Intervention heißt eine Intervention, die eine nachgewiesene Wirksamkeit hat. So könnte man das enger abgrenzen.

Methodisch ist die Arbeit meiner Ansicht nach sehr gut gemacht. Aber es beißt sich an dieser Fragestellung – damit habe ich die meisten Probleme – und der logischen Abfolge von erst einmal Wirksamkeit zeigen, bevor Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge untersucht werden.

Moderator Stefan Lange: Okay. Ich versuche es noch einmal. Wenn Sie jetzt selber ... Nehmen wir mal die manuelle Therapie. Sie sind überzeugt, die funktioniert, haben das auch mit einer Studie nachgewiesen, haben da eine bestimmte Art der manuellen Therapie mit bestimmten Charakteristiken, einer Zeitdauer, einer bestimmten Intensität oder einer Häufigkeit untersucht und festgestellt, das funktioniert. Wenn jetzt die nächste Frage ist: „Muss ich das

jetzt 30 Minuten machen? Reichen 20 Minuten? Mache ich das zweimal in der Woche oder dreimal in der Woche?“, wie würden Sie eine solche Studie konzipieren?

Tobias Saueressig: Reden wir jetzt von Studien oder Übersichtsarbeiten? Das war ja eine Metaanalyse.

Moderator Stefan Lange: Von beidem.

Tobias Saueressig: Rein theoretisch?

Moderator Stefan Lange: Ja.

Tobias Saueressig: Okay. Wenn wir jetzt Dosis-Wirkungs-Zusammenhang herstellen wollen, dann bräuchten wir erst einmal eine gewisse Menge an Studien. Die würde ich nach einem Verzerrungsrisiko bewerten, die dann in einer Metaanalyse, Effekt erst einmal, standardisierte Mittelwertdifferenz oder so etwas, schätzen, und dann könnte man eine Metaregression über die Dauer oder Intensität – was auch immer man da an Daten hätte – durchführen. Das Problem ist nur, meines Wissens von der Literatur her gibt die das wahrscheinlich nicht her.

Moderator Stefan Lange: Wenn ich das für uns noch mal so fassen darf. Ich glaube, ich habe das verstanden. Sie sagen, Sie würden also Studien suchen, die haben mal 30 Minuten untersucht – ich sage das nur mal als Beispiel; vielleicht ist das hier nicht ganz treffend –, und Studien, die haben 20 Minuten untersucht. Und wenn ich jetzt eine Metaanalyse machte und feststelle, dass der Effekt bei 30 Minuten größer wäre in den Studien als in den Studien mit 20 Minuten, dann wäre das für Sie ... Okay. Das ist so eine Art indirekter Vergleich, eben kein direkter Vergleich, sondern ein indirekter Vergleich, der in der Evidenzhierarchie dahintersteht. Besser sind direkte Vergleiche.

Okay. Ich habe es jedenfalls verstanden, was Sie uns empfehlen würden, wobei Sie selbst sagen, vermutlich wird das auch nicht funktionieren, weil es die Studien nicht hergeben.

Tobias Saueressig: Eine andere Möglichkeit wäre eine Netzwerkmetaanalyse und dann halt auch eine Regression, die natürlich auch wiederum die Einschränkungen hat, die Sie angesprochen haben, dass es halt nur die indirekten Vergleiche, Beobachtungswert sozusagen haben und nicht randomisiert sind. Aber trotzdem werden die ja verwendet in der evidenzbasierten Medizin bzw. Physiotherapie. Das wäre eine Möglichkeit, um so etwas abzuschätzen meines Erachtens.

Moderator Stefan Lange: Okay. Danke.

Dawid Pieper: Eine Nachfrage dazu. Wenn ich das richtig verstanden habe, haben Sie eingangs gesagt, dass bei der Fragestellung, so wie wir jetzt hier vorgegangen sind, der Faktor von Anfang an klargewesen sei, dass wir da nur wenige Studien identifizieren würden, wenn man sich in dem Feld auskennt, was man, glaube ich, so ohne Weiteres unterstreichen kann. Heißt das denn dann umgekehrt für Sie, dass sozusagen der Bericht, den wir jetzt erstellt haben,

eigentlich nicht sinnvoll ist und Sie sich eigentlich etwas Anderes vorgestellt hätten? Eine Idee, die man bei solchen systematischen Übersichtsarbeiten, HTA-Berichten immer hat, ist, Lücken aufzuzeigen. Die Lücken sind ja hier mehr als deutlich. Es wäre jetzt natürlich irgendwie schön, wenn man sozusagen basierend auf den Ergebnissen irgendwie losziehen und die Studien, die notwendig sind, um die Fragestellung zu beantworten, entsprechend durchführen würde.

Tobias Saueressig: Frau Becker hatte ja schon den Zusatz gebracht, dass man a) die Wirksamkeit noch einmal darstellt anhand von Studien und das sozusagen als Zusatz zu diesem Bericht, dass die Missverständlichkeiten da aufgehoben werden. Das fände ich wichtig.

Ansonsten bin ich mit Ihnen d'accord, dass es sicherlich eine Aufgabe von systematischen Übersichten ist, Lücken in der Evidenz zu identifizieren, sodass auch Studien gemacht werden können, die diese Fragestellungen direkt beantworten können.

Moderator Stefan Lange: Okay. Da würde jetzt noch mal meine Frage, Herr Saueressig, nachzielen. Wir haben jetzt darüber gesprochen, wie man so einen HTA-Bericht anders aufziehen könnte, wie Sie das machen würden. Wenn wir jetzt die Lücke füllen wollten, also nehmen wir mal an, Sie würden sich des Innovationsausschusses erinnern, der ja Möglichkeiten bietet, Projekte zu fördern, und würden sagen, okay, das ist eine versorgungsrelevante Frage, und jetzt haben wir diese Lücke, mit was für einem Projekt, mit was für einer Studienidee würden Sie die füllen wollen? Das würde mich jetzt noch interessieren. Wie würden Sie das machen, angefangen von der Auswahl der Intervention, gegebenenfalls auch der Indikation, bis hin zu konkreten Interventionen oder Ausgestaltungen der Interventionen, die Sie dann da untersuchen würden?

Tobias Saueressig: Wenn ich Sie richtig verstehe, ist Ihre Frage, wie man eine konkrete Studie gestalten könnte.

Moderator Stefan Lange: Ja.

Tobias Saueressig: Okay. A) würde ich mich orientieren an der Zeit, die wir jetzt haben. Es sind ja momentan 15 bis 25 Minuten eine Krankengymnastik oder eine Physiotherapie. Wenn wir jetzt von einem Dosis-Wirkungs-Zusammenhang reden, könnte man sagen, man macht es vielleicht ein- oder zweimal die Woche, um da einen Unterschied festzustellen, und dann halt zweimal die gleiche Therapie. Dann würde man eine biopsychosozialorientierte Physiotherapie, so wie wir das jetzt hier beschrieben haben inhaltlich, was momentan zeitgemäß ist ... Sagen wir mal eine Schmerzedukation mit einer Trainingstherapie wäre so ein Beispiel dafür. Da würde man dann untersuchen, wenn ich die jetzt einmal die Woche anwende oder zweimal, bestehen da Unterschiede? Jetzt mal so ganz grob.

Moderator Stefan Lange: Okay. Ich möchte noch eine Nachfrage dazu stellen. Sie würden dann schon sagen: Idealerweise würde man das randomisiert machen, eine Gruppe bekommt einmal die Woche, eine andere Gruppe zweimal. Was wäre eigentlich Ihre Hypothese? Glauben Sie, dass eine höhere Frequenz besser wäre, oder würden Sie sagen: „Wahrscheinlich spielt das keine Rolle.“?

Tobias Saueressig: Da ich kein Hellseher bin, möchte ich die Frage nicht beantworten.

Moderator Stefan Lange: Okay. Es war aber kein Hintergedanke dabei.

Rainer Wicht: Ich würde mich da schon wagen. Unter den gesetzten Bedingungen im Praxisbereich, wenn wir davon ausgehen, dass ein Arzt gemäß Heilmittelkatalog einmal die Woche Krankengymnastik verordnet, und ich habe 15 Minuten Zeit für die Behandlung, dann ist es völlig klar, dass ich, wenn ich den Patienten in meiner freien Verfügung dreimal in der Woche bekomme und habe dann bis zu 30 Minuten Zeit, selbstverständlich andere und bessere Ergebnisse erziele, als wenn ich den nur einmal für 15 Minuten behandle. Das ist klar. Da würde ich mich ganz weit vorwagen.

Tobias Saueressig: Ich nicht.

Moderator Stefan Lange: Ich halte fest, sowohl bei Herrn Saueressig als auch bei unserer Sachverständigen, Frau Strunk, ist die Klarheit nicht ganz so stark ausgeprägt. So will ich es mal sagen. Ich will das auch gar nicht so weit ausbreiten.

Tobias Saueressig: Suggestivfrage.

Moderator Stefan Lange: Na ja, Suggestivfrage. Das war ja eigentlich genau unsere Fragestellung. Sie sagen, es ist eigentlich klar. Jetzt haben wir nicht so richtig Klarheit gefunden in dem, was wir gesucht und gefunden haben.

Tobias Saueressig: Die Klarheit schaffen wir ja nicht über eine Diskussion, die schaffen wir nur über eine Studie. Ich könnte Sie jetzt genauso fragen: Was ist Ihre Meinung? Und dann frage jetzt auch noch die anwesenden Experten, was deren Meinung ist. Das ist halt keine Abstimmung.

Moderator Stefan Lange: Völlig d'accord, Herr Saueressig. Ich wollte jetzt sozusagen auch mal ... Es war nicht suggestiv, nicht provokativ. Die Frage von Herrn Pieper war ja oder der Ansatz: ..., wir haben jetzt hier vielleicht eine Lücke aufgezeigt oder die Sachverständigen haben mit ihrem Bericht eine Lücke aufgezeigt. Wir hatten vorhin die Frage nach Konsequenzen. Die muss jetzt nicht sein, dass jemand zum G-BA rennt und sagt: Jetzt müssen wir irgendwas im Heilmittelkatalog und in der Verordnungsfähigkeit ändern. – Es könnte ja auch die Konsequenz sein, dass sich Physiotherapieverbände, dass sich Professoren aus Fachhochschulen zusammensetzen, vielleicht auch mit unseren Sachverständigen, und sagen: Wir entwerfen jetzt mal ein Konzept, um diese Frage zu klären, und geben das beim Innovationsausschuss ein. – Dafür ist er ja da, Versorgungskonzepte zu verbessern. Das wäre jetzt nur eine Idee, ohne dass ich das auch nur in annähernder Weise erschöpfend betrachten könnte.

Rainer Wicht: Zu dem Heilmittelkatalog ganz kurz noch, dass ich das noch eben anfüge, weil Sie sich auf diesen Heilmittelkatalog beziehen und es eigentlich immer der Maßstab war, der wäre gut usw.: Wir haben mit der Veröffentlichung des Heilmittelkataloges schon damals

dicke Backen bekommen. Jetzt ist es allerdings so, dass dieser Heilmittelkatalog überarbeitet und neu veröffentlicht wird. Das heißt, dieser Heilmittelkatalog, so wie wir ihn jetzt haben, wird der Vergangenheit angehören. Es wird eine neuen geben, bei dem wir als Physiotherapeuten auch nicht großartig mitreden durften, aber von dem wir ausgehen, dass er der eigentlichen Situation näherkommt.

Moderator Stefan Lange: Okay. Danke für den Hinweis. Haben Sie eine Idee, wann der fertig sein soll und zur Verfügung gestellt wird?

Rainer Wicht: Große Veränderungen in unserer Arbeitsweise wird es schon Mitte bis Ende dieses Jahres geben.

Moderator Stefan Lange: Wir sprachen jetzt über den Heilmittelkatalog, wo Sie sagen, da wird es eine Neuauflage geben. Haben Sie eine Vorstellung, wann das sein kann?

Rainer Wicht: Das ist in Arbeit.

Moderator Stefan Lange: Ja. Haben Sie Informationen darüber, wann diese Arbeit beendet sein wird?

Rainer Wicht: Keine genauen Informationen.

Moderator Stefan Lange: Gut. – Ich gucke zu unseren Sachverständigen. Ist für Sie der TOP 2 soweit klar? – Gut.

Dann haben wir:

2.4.4 Tagesordnungspunkt 3: Verschiedenes

Moderator Stefan Lange: Da könnten Sie etwas loswerden, was Sie in dem, was wir bisher besprochen haben, noch nicht abgebildet gesehen haben, andere Aspekte vielleicht. Eventuell haben auch unsere Sachverständigen noch einen Punkt, den sie kurz ansprechen wollten. Aber ich gucke erst einmal Herrn Wicht und Herrn Saueressig an, ob sie noch irgendetwas auf dem Herzen haben. – Herr Saueressig nicht.

Rainer Wicht: Ich fand sehr gut, dass Sie die Arbeit der Physiotherapeuten in den Praxen, ihre engen Zeitpläne und dass sie wirklich in ein Korsett gepresst werden, in das die Physiotherapie heute überhaupt nicht mehr hineingehört, berücksichtigt haben. Ich finde es gut, dass Sie das erwähnt haben. Physiotherapie arbeitet heute völlig anders als das, was wir vor 10, 15, 20 Jahren noch gewohnt waren.

Moderator Stefan Lange: Okay. Das Lob geht an unsere Sachverständigen.

Monika Becker: Danke.

Moderator Stefan Lange: Haben Sie noch etwas, was Sie ansprechen wollten? Ich glaube, da gab es noch einen Punkt zur Ethik.

Monika Becker: Herr Wicht, von Ihnen kamen noch ein paar Aspekte. Ein Aspekt war unter „ethischen Aspekten“. Da steht unter anderem der Satz, dass die Physiotherapie in Form einer höheren Behandlungsdauer, -häufigkeit und -frequenz nicht unbedingt besser ist. Damit greifen wir natürlich auf, dass wir es eigentlich nicht wissen, ob mehr besser ist oder weniger und dass eben für einige Patienten mehr gut sein kann, aber für die anderen eben auch weniger, also, dass die Patienten einen individuellen Therapiebedarf haben, was Sie ja auch ansprechen. Aber Sie sagen selber in Ihrer Stellungnahme, dass Sie mit dieser Aussage nicht mitgehen können, mit der Aussage, dass eine höhere Dauer, Frequenz, Häufigkeit nicht unbedingt besser ist.

Moderator Stefan Lange: Was ist jetzt Ihre Frage, Frau Becker?

Monika Becker: Was sind die Gründe dafür, warum Sie diese Aussage, die wir getroffen haben, nicht mittragen können?

Rainer Wicht: Das Zeitraster, das Sie haben, zwischen 30 und 60 Minuten, entspricht nicht mehr der Realität. Also, ich brauche für eine Halswirbelsäule keine 60 Minuten, um die zu behandeln. Ich habe irgendwo geschrieben – ich müsste es herausuchen, wo ich es geschrieben habe –, wir gehen von variablen Zeiten aus. Das heißt, ich kann zwischen 20, 30, 40 und in seltenen Fällen auch mal bei 60 Minuten liegen. Mein Gedanke dabei ist: Wenn man eine solche Studie zur Halswirbelsäule macht, dann muss man ein Krankheitsbild zur Halswirbelsäule explizit herausnehmen. Die müssen alle die gleichen Röntgenbilder, die gleichen arthrotischen oder degenerativen Veränderungen haben, die müssen alle die gleichen Osteophyten oder Randzackenbildungen der Wirbelkörper haben. Dann könnte man eine Studie machen, die wirklich genau wäre. Und dann würde sich auch die Behandlungszeit unterschiedlich darstellen. Also, Halswirbelsäule als Syndrom so zu nehmen, das geht nicht mehr und findet bei uns im Betrieb auch so nicht statt.

Monika Becker: Dann war das, glaube ich, einfach etwas missverständlich. Also, diese Aussage taucht ja unter „ethischen Aspekten“ auf und bezieht sich gar nicht mehr auf die Studien selber, die zur Nutzenbewertung herangezogen wurden.

Rainer Wicht: Richtig. Genau.

Monika Becker: Das hat also eigentlich überhaupt nichts damit zu tun, sondern zielt eigentlich eher darauf ab, dass Patienten mit HWS-Syndrom einen individuellen Bedarf haben. Ich glaube, da sind wir uns eigentlich einig. Ich glaube, das war eher ein Missverständnis.

Rainer Wicht: Ja.

Moderator Stefan Lange: Okay. Vielen Dank. Jetzt gucke ich noch mal. – Herr Wicht.

Rainer Wicht: Dann wurde bei den Probanden nach 8, 12 und 24 Wochen nachgemessen, und die Wirkungen konnten nach 24 Wochen nicht mehr dargestellt werden. – Ich finde, an dieser Stelle ist die Aussage ... So kann man das nicht sehen. Ich kann auch nicht einem Herzpatienten acht Wochen sein Medikament geben, dann nicht mehr das Medikament geben, und nach 24 Wochen messe ich nach und dann stelle ich fest, das Herzleiden ist genauso schlimm. Bewegungsapparatsprobleme und -erkrankungen sind genauso zu sehen wie Erkrankungen der inneren Organe. Dann werde ich nach 24 Wochen keine Wirkung mehr haben, wenn ich die Patienten nicht aus ihrem psychosozialen Umfeld gelöst habe, wenn ich ihre Lebensbedingungen nicht ändern konnte.

Moderator Stefan Lange: Okay. Jetzt werde ich ein bisschen hellhörig. Ich verstehe Sie so, dass Sie sagen, eigentlich müssten die Patienten, wenn Sie die Analogie zur Herzerkrankung, eine chronische Erkrankung, die nicht gegebenenfalls kausal behandelt wird, vielleicht einen kausalen Ansatz, aber jedenfalls quasi mit einer lebenslangen Medikamentengabe ... Dann würden Sie sagen, ich muss auch lebenslang Physiotherapie machen?

Rainer Wicht: In manchen Fällen ist das so, genau so.

Moderator Stefan Lange: Okay. Dann nehmen wir das erst mal so zur Kenntnis.

Ich glaube, wir sind dann jetzt soweit. Herr Pieper, Frau Becker, Frau Strunk? Herr Wicht, Herr Saueressig? – Okay. Frau Krabbe, Frau Mischke? – Wir haben auch keine weiteren Fragen.

Dann bedanke ich mich ganz herzlich bei Ihnen, dass Sie sich auf den Weg hierher gemacht haben. Ich verstehe, was Sie vorhin gesagt haben. Die Zeit war vielleicht suboptimal kurz vor Weihnachten, aber, ich glaube, wir haben ein bisschen mehr Stellungnahmefrist gegeben. Das haben wir schon gemacht, sie etwas verlängert, vielleicht nicht ausreichend lang, aber wir haben gedacht, es könnte ausreichen. Aber Sie haben das ja auch geschafft. Erst einmal vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, sich das alles anzugucken und in der Weise, wie Sie das geschildert haben, das systematisch mit Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchzugehen. Das gibt uns, glaube ich, gute Anregungen, den Bericht zu verbessern. Wir können nicht versprechen, dass alles, was Sie jetzt gesagt haben oder uns geschrieben haben, im Bericht selbst aufgegriffen wird. Wir machen eine sogenannte Würdigung. Das heißt, wenn wir bestimmte Argumente, die von Ihnen gekommen sind, nicht teilen, dann werden wir sie zwar erwähnen, aber eben genau begründen, warum wir sie nicht teilen und deshalb auch den Bericht nicht verändern. Es kann aber auch sein, dass wir den Bericht verändern auf Basis von Argumenten, die Sie gebracht haben. Das wird sich im Nachgang die Gruppe überlegen.

Aber noch mal: Mein herzlicher Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, auch heute zu uns gekommen sind, um ein paar Fragen zu klären, was meines Erachtens durchaus gelungen ist. Auch mein Dank an die Sachverständigen. Ich wünsche Ihnen einen guten Tag und hoffentlich weiterhin gute Gesundheit.

Anhang A – Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen.....	A 2
A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)	A 2
A.1.2 – Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e. V. (DGNC)	A 7
A.1.3 – Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) / Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) / Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)	A 9
A.1.4 – Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten	A 12
A.1.5 – Praxis für Physiotherapie Rainer Wicht	A 17
A.2 – Stellungnahmen von Privatpersonen	A 20
A.2.1 – Meyer, Norbert.....	A 20
A.2.2 – Supp, Georg / Zebisch, Jochen / Saueressig, Tobias / Diemer, Frank	A 22

A.1 – Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 – Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)

Autoren

- Dietz, Andreas
- Deitmer, Thomas
- Hölzl, Matthias
- Arens, Christoph

Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht

Berichtnr: HT18-02

Titel: Halswirbelsäulensyndrom - Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ auf der Internetseite des ThemenCheck Medizin veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Dietz, Andreas; Prof. Dr. med.
Deitmer, Thomas; Prof. Dr. med.
Hözl, Matthias; Priv.-Doz. Dr. med.
Arens, Christoph; Prof. Dr. med.
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V., Friedrich-Wilhelm-Str. 2, 53113 Bonn
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum vorläufigen HTA-Bericht haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme in der o.a. Sache.

Da Erkrankungen der Halswirbelsäule durchaus auch Symptome im HNO-Bereich verursachen können, hat eine Diagnostik und Therapie einen Stellenwert in der Fachgesellschaft. Insofern ist die Arbeitsgruppe Manuelle Medizin in der Fachgesellschaft wesentlich an dieser Stellungnahme beteiligt.

Der HTA-Bericht HT18-02 "Halswirbelsäulensyndrom - Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg" prüft unter evidenzbasierten Kriterien, inwiefern sich die Behandlungsdauer, -häufigkeit und/oder -frequenz einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg bei Patientinnen und Patienten bei Nackenkopfschmerz auswirkt. Dabei wurden 3 randomisierte Therapiekonzepte (Cuesta-Vargas 2015; Sherman 2014/Cook 2015; Haas 2010) mit definierter und undefinierter Behandlungsdauer, -häufigkeit und/oder -frequenz miteinander verglichen. Als patientenbezogene Endpunkte werden Nackenschmerzen, Probleme bei Alltagsaktivitäten sowie Stress festgelegt.

Kritisch anzumerken ist, dass einerseits HNO-bezogene Endpunkte leider nicht eingeschlossen werden konnten, andererseits die berücksichtigten Studien ausschließlich physiotherapeutische Interventionen umfassen, die zurzeit allenfalls eine untergeordnete Rolle in dem täglichen HNO-ärztlichen Therapiespektrum spielen.

Denn in einer Befragung im Rahmen der HNO-Berufsverbandstagung 2017 in Mannheim wurden als HNO-ärztlich verordnete physiotherapeutische Interventionen zur Behandlung des „Halswirbelsäulensyndroms“ mit übergroßer Mehrheit die Manuelle Therapie und Krankengymnastik angegeben. Die in den Studien berücksichtigten Therapien wie aktive Krankengymnastik im Bewegungsbad als Gruppentherapie, Massagetherapie oder eine Kombinationstherapie aus Massage- und Wärmetherapie haben in der HNO-ärztlichen Praxis kaum Relevanz.

In der Nutzenbewertung lag eine Gesamtverbesserung des Nackenkopfschmerzes vor. Nach einer Behandlungsserie war der Anteil von Patientinnen und Patienten, die im Vergleich zum Studienbeginn die Nackenschmerzen als „deutlich besser oder ganz verschwunden“ angaben, signifikant erhöht (Sherman 2014/Cook 2015).

Unter gesundheitsökonomischer Bewertung resümieren die Autoren jedoch, dass die Studienlage als nicht ausreichend einzustufen sei, um die Kosteneffektivität von Behandlungsdauer, -häufigkeit und/oder -frequenz beantworten zu können. Weitere qualitativ hochwertige Studien wären notwendig.

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum vorläufigen HTA-Bericht haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Bewertung:

Die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) adressierte Fragestellung ist auch für die HNO-Ärzteschaft hoch aktuell. Um auch zukünftig dem wachsenden Kostendruck in der täglichen Versorgungssituation Stand halten zu können, sollte jeder HNO-Facharzt die Therapieeffektivität seiner verordneten oder selbst durchgeführten Interventionen mit klar untersuchtem Risiko-Nutzenprofil gegenüber anderen Therapieverfahren möglichst mit wissenschaftlich anerkannten Aussagen belegen können.

Die DGHNO-KHC hält den HTA-Bericht HT 18-02 für einen wertvollen Beitrag in einer zeitgemäßen Gesundheitsversorgung und möchte anregen, dass interdisziplinär und interprofessionell qualitativ hochwertige Studien unter Einbeziehung von Craniofacialen HNO-Symptomen wie u.a. Tinnitus, vestibulo-zervikalen Schwindel, Dysphagie, Dysphonie und CMD in die gesundheitsökonomische Bewertungen mit einbezogen werden. Zudem sollte die derzeit vorrangig verordneten physiotherapeutischen Therapien wie Manuelle Medizin, Krankengymnastik oder auch Elektrotherapie zur Behandlung des „Halswirbelsäulensyndroms“ unter Gesichtspunkten der Evidenz basierten Medizin kritisch begleitet und wissenschaftlich untersucht werden.

Gern werden wir in weitere Fragen oder Diskussionen involviert.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA- Bericht	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
z. B. 3.4 (S.16)	<u>Anmerkung:</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>
	<u>Anmerkung:</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

A.1.2 – Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e. V. (DGNC)

Autor

- Eicker, Sven Oliver

Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht

Berichtnr: HT18-02

Titel: Halswirbelsäulensyndrom – Einfluss von Behandlungsdauer und-häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg

Eicker, Sven Oliver; Prof. Dr. med.

Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt Im Namen der **Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)**.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie hat keine Einwände zum HTA -Bericht (HT18-02).

A.1.3 – Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) / Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) / Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)

Autoren

- Bork, Hartmut
- Schnell, Hein
- Schneider, Markus
- Schnake, Klaus

**Gemeinsame Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
zum vorläufigen HTA-Bericht - Berichtnr: HT18-02**

Titel: Halswirbelsäulensyndrom - Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg

Für die Gelegenheit zum HTA-Bericht HT18-02 mit dem Thema: „Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg eines Halswirbelsäulensyndroms“ Stellung zu nehmen, möchten wir uns bedanken und stimmen den Schlussfolgerungen des HTA-Berichts auf Grundlage der zugrunde gelegten Studien grundsätzlich zu.

Auf Basis der vorliegenden Studien ergeben sich keine Anhaltspunkte, die den Nutzen einer Physiotherapie mit einer längeren Behandlungsdauer, -häufigkeit und -frequenz hinsichtlich der Endpunkte Schmerz, Beschwerden und Probleme bei alltäglichen Aktivitäten sowie Stress nachweisen können.

Die zur Nutzenbewertung herangezogenen randomisierten kontrollierten Studien untersuchten dabei allesamt ausschließlich Populationen aus Patientinnen und Patienten mit bereits chronifizierten Nackenschmerzen oder chronischen zervikogenen Kopfschmerzen. Der Einfluss der physiotherapeutischen Behandlungsdauer auf Patienten mit subakuten bzw. akuten HWS-Syndrom war nicht Gegenstand der Untersuchung.

Kritisch muss außerdem angemerkt werden, dass es sich beim Halswirbelsäulensyndrom nicht um eine klinische Entität handelt, sondern hier unterschiedliche Krankheitsbilder wie axialer Schmerz (z.B. Affektionen der Facettengelenke) oder radikulären Schmerzen mit oder ohne Radikulopathie subsummiert werden.

Die in den Studien adressierten physiotherapeutischen Interventionen bestanden zudem allesamt aus unimodalen Therapieformen mit passiven Anwendungen wie Massagetherapie (n = 228 unterteilt in 6 Gruppen), einer Kombination aus Massage- und Wärmetherapie (n = 40 unterteilt in 2 Gruppen) sowie aktiver Krankengymnastik im Bewegungsbad als Gruppentherapie (n= 38 unterteilt in 2 Gruppen).

Aus klinischer Erfahrung ist bekannt, dass Patientinnen und Patienten mit einem chronifizierten Halswirbelsäulensyndrom ursachenabhängig nicht nur in der Behandlungsdauer und -frequenz der eingesetzten Therapieverfahren einen unterschiedlichen Interventionsbedarf haben, sondern vor allem in der Therapieart und -form. Eine spezifische Ursache benötigt immer eine spezifizierte Therapie, ebenso muss die statistische Aufarbeitung mit spezifischer Fragestellung erfolgen und kann nicht mit Über-/ und Sammelbegriffen sowohl von Diagnosen/Entitäten als auch Therapieformen erfolgen. Dies hätte beim Formulieren der Fragestellung beachtet werden sollen. Unter Berücksichtigung der vielfach multikausalen Genese chronischer Schmerzsyndrome stehen bei der Therapie hier eher multimodale und interdisziplinäre Therapieansätze im Vordergrund, die neben passiven Anwendungen insbesondere aktive bewegungstherapeutische Elemente und verhaltenstherapeutische sowie pädagogisch edukative Interventionen mit einbeziehen.

Insofern ist es bei dem verwendeten Studiendesign der zugrunde gelegten Studien und der Größe der Studienpopulation nicht verwunderlich, dass eine monomodale Therapieform bei chronischen Schmerzpatienten nicht den gewünschten statistisch signifikanten und klinisch relevanten nachhaltigen Unterschied im Therapieerfolg nachweisen konnte und zukünftig kaum nachweisen kann. Der fehlende statistische Wirksamkeitsnachweis darf jedoch nicht dazu führen, die spezifischen Therapieansätze als nicht wirksam zu klassifizieren.

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob die Behandlungsdauer und -häufigkeit einer monomodalen physiotherapeutischen Intervention auf den Behandlungserfolg eines subakuten bzw. akuten HWS-Syndrom bei klar definierter Studienpopulation Einfluss hat, stimmen wir mit dem HTA-Bericht überein, dass weitere qualitativ hochwertigere Studien mit ausreichend langer Nachbeobachtungsdauer notwendig sind.

Gez. Dr. Hartmut Bork

Vorsitzender der DGOU- und DGOOC-Sektion Rehabilitation und physikalische Therapie,

Gez. Dr. Hein Schnell

Leiter der DGOOC-AG Manuelle Medizin

Gez. Dr. Markus Schneider

Präsident der DGOU- und DGOOC-Sektion Schmerztherapie

Gez. Dr. Klaus Schnake

Leiter der DGOU- und DGOOC-Sektion Wirbelsäule

A.1.4 – Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Autorin

- Penning-Poggenbeck, Doreen

Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht

Berichtnr: HT18-02

Titel: Halswirbelsäulensyndrom - Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ auf der Internetseite des ThemenCheck Medizin veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Penning-Poggenbeck, Doreen
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

<p>Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum vorläufigen HTA-Bericht haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
Inhaltsverzeichnis (S.15) Ausarbeitung des Hofmanschen Fragenkatalogs	<u>Anmerkung:</u> Beruht auf dem Fragebogen nach Hofman n , daher sollte es auch Hofmannscher Fragenkatalog heißen <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „Ausarbeitung des Hofman n schen Fragenkatalogs“
3.3., 1. Absatz, S 26	<u>Anmerkung:</u> Auch hier sollte es Hofmannscher Fragenkatalog heißen <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „Hofmannschen Fragenkatalogs“
S. 25 (1. Absatz) sowie S. 60 (Punkt, Spezifizierung 4)	<u>Anmerkung:</u> „Belgelage“ Hier liegt vermutlich ein Schreibfehler vor <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> <u>von „Belgelage“ in „Beleglage“ ändern</u>

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
S., 30 oben	<u>Anmerkung:</u> „heine“ Hier liegt vermutlich ein Schreibfehler vor <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> <u>Von „heine“ in „eine“ ändern</u>
S. 35	<u>Anmerkung:</u> <u>Der Begriff „Effektschätzer“ ist nicht selbsterklärend</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> <u>Bitte erläutern</u>
S. 35	<u>Anmerkung:</u> <u>Der Begriff KI wird im weiteren Verlauf mit 95%KI verwendet</u> <u>Besteht ein Unterschied zwischen KI und 95% KI?</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> <u>Ggf. klarstellen</u>
S. 60 5. Punkt Spezifizierung 5	<u>Anmerkung:</u> Auch hier sollte es Hofmannscher Fragenkatalog heißen <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „Hofmannschen Fragenkatalogs“
S 147,	<u>Anmerkung:</u> Auch hier sollte es Hofmannscher Fragenkatalog heißen <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „Hofmannschen Fragenkatalogs“
S. 148-153 (Tabelle 30)	<u>Anmerkung:</u> Auch hier sollte es Hofmannscher Fragenkatalog heißen <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „Hofmannschen Fragenkatalogs“
S. 154-161 (Tabelle 31)	<u>Anmerkung:</u> Auch hier sollte es Hofmannscher Fragenkatalog heißen

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „Hofmannschen Fragenkatalogs“

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

A.1.5 – Praxis für Physiotherapie Rainer Wicht

Autor

- Wicht, Rainer

Stellungnahme:

Auf der Seite 35 (4.5.1.3) vergleichen Sie 3 x 60 Min. Massagen mit 2 x 30 Min. Massagen und stellten fest, dass nach 26 Wochen keine Unterschiede zwischen den Behandlungen feststellbar sind und stellten unter (4.5.1.4) fest, dass es keinen Unterschied im Nutzen bei Alternativen Behandlungsdauern und -häufigkeiten gibt. Wenn wir allerdings davon ausgehen, dass bis Anfang 2019 der Therapiepreis für eine Massagebehandlung 13,35 € betrug und insofern von einer Behandlungszeit von 10-15 Min. ausgehen, wird sich das kaum in einen Vergleich zu einer 30 minütigen Behandlungen stellen lassen.

Auf Seite 37 finden wir eine Interpretation der Studie von Haas. Hier wurden keine Unterschiede zwischen einer Massage 1x wöchentlich zu einer Massage 2x wöchentlich festgestellt. Das lässt den Schluss zu, dass die relative Langzeitwirkung selbst nur einer Massage so hoch ist, dass sie durch eine zweite Massage in der Woche nur unerheblich verbessert werden kann. Obwohl auch diese Annahme zweifelhaft ist, da wir in der Praxis selbstverständlich auch zwischen akuten Geschehen und einem chronischen Geschehen unterscheiden und zwar auch bei der Therapiehäufigkeit.

Seite 40 (4.5.4.3) Hier geht die Studie davon aus, dass es keinen höheren Nutzen gibt bei einer definierten Behandlungsdauer zur alternativen Behandlungsdauer. Es wird allen Betrachtern leicht fallen, diese unrealistische Prozedere zu erkennen. In der Praxis werden von den Krankenkassen 15,40 € bezahlt, was nur eine Behandlungszeit von max. 15 Min. aus Kostengründen ermöglicht. Es dürfte klar sein, dass eine Behandlung von 10-15 Minuten inklusive An- und Auskleidezeit kaum Nutzen bringt im Vergleich zu einer Behandlung mit einer Therapiedauer von 30 Minuten. Wobei 60 Minuten, wie in Ihrer Studie beschrieben, auch wieder absolut übertrieben sind und eine zu hohe Belastung der HWS-Muskulatur und seine Neurophysiologischen Steuerungssysteme darstellen.

(4.5.3.) Wenn wir richtig interpretieren, wurden die Probanden vier Wochen therapiert und die Ergebnisse nach 12 Wochen und 26 Wochen kontrolliert. Hier ist grundsätzlich festzustellen: bei Patienten, die ihre Lebensverhältnisse, evtl. ihre Ernährung, ihre psychosozialen Bedingung nicht ändern können, ist Nachhaltigkeit kaum zu erreichen. Insofern werden auch Halswirbelsäulenbeschwerden wiederkehren.

Seite 43 (4.7.) Richtigerweise erwähnen Sie, dass in deutschen Praxen üblicherweise ein multimodaler Therapieansatz zur Anwendung kommt. Welcher aber eigentlich durch die enge Reglementierung des Heilmittelkatalogs nicht möglich ist. Und zwar weder bei der Therapiefrequenz noch bei der Behandlungsdauer. Allerdings arbeiten in den Praxen im Allgemeinen die Therapeutinnen und Therapeuten zu Gunsten ihrer Patienten.

Nichts destotrotz müssen wir feststellen, dass eine von Ihnen beschriebene krankengymnastische HWS-Behandlung im Bewegungsbad über 30 bzw. 60 Minuten nicht stattfindet. Da mag das warme Wasser ganz nett sein, entspannend wirken, sich wohltuend auf die Psyche auswirken, aber kaum Wirkung auf funktionelle Probleme der HWS haben.

Und das bei allem Respekt vor den Personen, die diese Studie erstellt haben. Außerdem wundert uns, überhaupt eine so geringe Anzahl an überprüften Studien.

Seite 46 (6.1.) Hier schreiben Sie. Dies bedeutet aber auch, dass mehr Physiotherapie in Form einer höheren Behandlungsdauer, -häufigkeit und/oder -frequenz nicht unbedingt besser ist. Diese Annahme können wir überhaupt nicht teilen. Selbstverständlich wirkt sich eine Therapie, die individuell an die Person und das Beschwerdebild angepasst ist, besser und nachhaltiger aus. Die weiteren Einschätzungen unter (6.1.) teilen wir.

Seite 48. Hinderliche Faktoren können Zuzahlungen sein. Unsere Patienten sind seit Jahrzehnten an eine Zuzahlung gewöhnt. Nicht ganz einzusehen ist, dass Patienten in therapeutischen Einrichtungen Zuzahlungen zu leisten haben, in ärztlichen Einrichtungen jedoch jegliche Zuzahlung entfallen ist. Desweiteren haben Patienten mit geringen finanziellen Mitteln die Möglichkeit, sich von Zuzahlungen befreien zu lassen.

Seite 51. Interventionskosten. Hier stellen Sie Kosten von 20 Minuten gegenüber 60 Minuten. Wir sind uns allerdings sicher, dass wir von 20 Minuten Behandlungszeit inklusive an- und ausziehen und unterschreiben der Verordnung weg müssen. Hin zu 30 oder 40 Minuten und vielleicht auch in selteneren Fällen auf 60 Minuten. Hier nennen wir das Beispiel eines rollstuhlfahrenden Patienten nach einem Hirninfarkt und einer nach oben weisenden Prognose.

Nach Betrachtung der Studie bis Seite 172 und ausführlicher Besprechung, Beratung und Diskussion im Therapeutenteam kommen wir zu folgendem Schluss:

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, hat eine für unsere Betrachtung umfangreiche Arbeit erstellt. Bei der alle relevanten Informationen zu Patientinnen und Patienten Eingang fanden, auch viele Informationen zu physiotherapeutische Praxen und ihren Arbeitsmöglichkeiten zum jetzigen Zeitpunkt. Desweiteren auch die Arbeitsbedingungen für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Allerdings die Aufgabe, die Fragestellung (60 Krankengymnastik im Bewegungsbad) sind für uns nicht nachvollziehbar und eher unrealistisch. Deshalb gehen wir davon aus, dass diese Studie ungeeignet ist, um Eingang zu finden im gemeinsamen Bundesausschuss, um Kosten/Nutzenrechnungen im Heilmittelbereich vorzunehmen.

Rainer Wicht

A.2 – Stellungnahmen von Privatpersonen

A.2.1 – Meyer, Norbert

Von: [Physiotherapie & Krankengymnast Norbert Meyer](#)
An: [Stellungnahmen](#)
Betreff: HWS Syndrom
Datum: Donnerstag, 9. Januar 2020 08:29:30

Ihre Anfrage nach weiteren Erkenntnissen ist äußerst wichtig.

Meine Erfahrungen sind absolut positiv und völlig anders nach 52 Jahren freiberuflicher Tätigkeit. Seit 29 Jahren aktiviere ich diese Fälle mit dem medizinischen Funktionstraining, egal ob Schleudertrauma oder Beschleunigungstrauma bzw. HWS -Syndrom/ Blockierungen. Der Pat. bekommt eine Kopfschlinge mit dem entsprechenden angepassten Widerstandsband, aus dem Liflin System (USA) und begibt sich vom Nullpunkt (Belastungsfrei) gehend aufrecht zum maximal verträglichen Zuglastpunkt.

Schon nach den ersten Anläufen entspannt sich der Zustand und er geht automatisch etwas weiter weil er die Entlastung angenehm verspürt!

Danach wiederholt sich das ganze im Sitzen auf einer Trainingsbank und Rücken-HWS gegen Lehne und Armdruck mit den Bändern nach vorn., der Widerstand wird über die Rücken kompensiert

http: www.physiotherapeut-berlin.de gibt es Bildmaterial zum Thema MFT mit Hilfe des Lifline - System

jedliche Manuelle Therapie verbietet sich von selbst eventuell später nachfolgende Sitzungen mittel Pelose und Massage plus leichte Nackenextensionsmassage wurde ausgebildet 1964 in Berlin Charité als Physiotherapeut!

A.2.2 – Supp, Georg / Zebisch, Jochen / Saueressig, Tobias / Diemer, Frank

Stellungnahme zum vorläufigen HTA-Bericht

Berichtnr: HT18-02

Titel: Halswirbelsäulensyndrom - Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht“ auf der Internetseite des ThemenCheck Medizin veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Georg Supp, Physiotherapeut
Jochen Zebisch, Sportwissenschaftler M.A.
Tobias Saueressig, Diplom-Volkswirt, Physiotherapeut
Frank Diemer, Physiotherapeut, MSc
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation:
<input checked="" type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

<p>Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum vorläufigen HTA-Bericht haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im vorläufigen HTA-Bericht	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
<p>z. B. 3.4 (S.16)</p>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p>
	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

Stellungnahme zum vorläufigen HTA Bericht HT18-02

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit großem Interesse haben wir den HTA-Bericht *Halswirbelsäulensyndrom - Einfluss von Behandlungsdauer und -häufigkeiten einer Physiotherapie auf den Behandlungserfolg* gelesen.

Die von Ihnen aufgeführten epidemiologischen Faktoren verdeutlichen, wie wichtig die Optimierung des Managements dieses Beschwerdebilds ist. Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Initiative.

Um die Ergebnisse Ihres Berichts im Kontext der Gesundheitsversorgung 2020 einzuordnen, bedarf es unseres Erachtens einiger Klarstellungen.

Nachstehend führen wir Aspekte auf, die eine genauere Betrachtung wert sein könnten.

1. Zeitgemäße Physiotherapie

Im optimalen Fall fließen Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung in den klinischen Alltag ein und helfen, die Versorgung von Patienten zu verbessern.

Forschung kann übliche Verfahrensweisen bestätigen oder in Frage stellen. Schwierig wird es dann, wenn Studien überhaupt nicht abbilden, was aktuell in der Patientenversorgung geschieht. Die im HTA-Bericht ausgewerteten Studien untersuchten Interventionen, die weder etwas mit zeitgemäßer (Blanpied et al., 2017; Côté et al., 2016) noch mit der in Deutschland praktizierten Physiotherapie zu tun haben.

1.a. In der Studie von Cuesta-Vargas geht es um Interventionen im Bewegungsbad (Cuesta-Vargas et al., 2015). Hier ist zu bedenken, dass...

1. ...Physiotherapie im Bewegungsbad im Jahre 2018 laut Heilmittelbericht des wissenschaftlichen Instituts der AOK bei den Kennzahlen der häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen nicht unter den aufgeführten 99,4 % rangiert (Waltenbacher, 2019).

2. ...die 38 Patienten in den beiden Interventionsgruppen während eines Jahres an etwa 100 respektive 150 Bewegungseinheiten teilnahmen. Dass es in beiden Gruppen zu signifikanten Verbesserungen kam, ist bei diesem massiven Aufwand nicht verwunderlich. Dass man jedoch erwartet, innerhalb dieses

Gesamtbelastungsgefüges einen Unterschied zwischen 2 und 3 Einheiten pro Woche festzustellen, verwundert schon (O'Riordan et al., 2014; Ylinen et al., 2007).

3. ...sich der besondere Sinn von Wassergymnastik bei Nackenschmerzen nur schwer erschließt, da sich die HWS der Patientinnen und Patienten im Bewegungsbad gemeinhin über Wasser befindet.

1.b. Die weiteren eingeschlossenen Studien untersuchten den Nutzen von klassischer Massagetherapie (Cook et al., 2015; Sherman et al., 2014) und Massagetherapie in Kombination mit Wärme (Haas, Aickin et al., 2010; Haas, Spegman et al., 2010). Hier ist zu bedenken, dass...

...obwohl die klassische Massagetherapie im Heilmittelkatalog als Maßnahme der Physiotherapie geführt wird, stellt sie sowohl in Fachkreisen als auch in der Bevölkerung heutzutage maximal eine Ergänzung zu einer evidenzbasierten, leitliniengerechten Physiotherapie dar (Lin et al., 2020).

2. Einschlusskriterien für die untersuchten Studien

Durch die stringente Gestaltung von Ein-/Ausschlusskriterien ergibt sich am Ende die oben aufgeführte schon fast bizarre Studienauswahl, die so gar nicht widerspiegelt, was eine qualitativ hochwertige Physiotherapie im 21. Jahrhundert ausmacht (Caneiro et al., 2019; Lewis & O'Sullivan, 2018).

Folgendes Szenario mag das verdeutlichen.

Im Jahr 1990 soll eine Studie die Effizienz des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) untersuchen. Die Autoren fassen die Einschlusskriterien für untersuchte Verkehrsmittel so eng, dass am Ende drei Dampflokomotiven miteinander verglichen werden. Sie kommen am Ende zu dem Schluss, dass es beim ÖPNV keine Rolle spielt, wie viel Tonnen Kohle die jeweiligen Gefährte mit sich führen. Jeder würde sich fragen, was das mit dem ÖPNV des Jahres 1990 zu tun hat.

3. Dosis – Wirkung versus Effektivität

Vor einer Klärung eines Dosis-Wirkungszusammenhangs sollte zunächst eine Feststellung der Effektivität einer Maßnahme stehen. Dem trägt der HTA-Bericht nicht Rechnung. Dadurch kann es zu missverständlichen Darstellungen bezüglich der Effektivität von Physiotherapie bei einem HWS-Syndrom kommen. So titelten das Ärzteblatt „Nutzen der Physiotherapie bei Halswirbelsäulen-syndrom unklar“ und die

Ärztezeitung „Unklarer Nutzen der Physiotherapie bei HWS-Syndrom“ (Ärzteblatt, 2020; Ärztezeitung, 2020).

Der Nutzen von Physiotherapie ist jedoch bei einem chronischen HWS-Syndrom belegt (Sterling, Zoete et al., 2019). Physiotherapeutische Interventionen sind folglich Kernempfehlungen internationaler Behandlungsleitlinien bei Nackenschmerzen (Parikh et al., 2019).

- Physiotherapeutische Kräftigungsübungen der HWS und des oberen Quadranten haben einen kurzfristigen und moderaten Einfluss auf Nackenschmerzen. Diese Schlussfolgerung basiert auf moderaten Qualitätsnachweisen (Gross et al., 2015).
- Kräftigungsprogramme am Arbeitsplatz sind effektiv zur Behandlung von chronischen Schmerzen und deren Auswirkung, sowie zur Prävention dieser Schmerzen (Campos et al., 2018; Chen et al., 2018).
- Beruhigung/Beratung/Edukation zeigen im Allgemeinen kleine Effekte, die auf niedrigen bis mittleren Werten Qualitätsnachweisen basieren (Ainpradub et al., 2016; Gross et al., 2012; Yu et al., 2016).
- Eine Kombinationsbehandlung aus Manueller Therapie und aktiver Therapie könnte besser als ein alleiniges Training sein (Fredin & Lorås, 2017; Hidalgo et al., 2017).
- Eine kombinierte psychologische und physiotherapeutische Intervention durchgeführt durch Physiotherapeuten zeigt auch eine Wirksamkeit bei Patienten mit einem chronischen HWS-Syndrom (Silva Guerrero et al., 2018; Sterling, Smeets et al., 2019).
- Ein kombiniertes Programm, bestehend aus Kräftigung und Mobilisation, sowie Yoga, ist für die Behandlung von persistierenden Schmerzen bei Patienten mit Nackenschmerzen und nach einem Trauma (WAD 1-3) geeignet (Southerst et al., 2016).

Diese Beispiele verdeutlichen den eindeutigen Nutzen der Physiotherapie bei einem chronischen HWS-Syndrom.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wäre unsere Empfehlung an die Autoren des HTA-Bericht HT18-02, die Überprüfung des Dosis-Wirkungszusammenhangs auf der Grundlage einer praxis- und leitlinienkonformen Physiotherapie zu diskutieren und nur solche Interventionen zu berücksichtigen, die evidenzbasierten Standards entsprechen.

Literaturverzeichnis

- (1) Ainpradub, K., Sitthipornvorakul, E., Janwantanakul, P. & van der Beek, A. J. (2016). Effect of education on non-specific neck and low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Manual therapy*, 22, 31–41. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.10.012>
- (2) Ärzteblatt. (2020). *Nutzen der Physiotherapie bei Halswirbelsäulen-syndrom unklar*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108533/Nutzen-der-Physiotherapie-bei-Halswirbelsaeulensyndrom-unklar>
- (3) Ärztezeitung. (2020). *Unklarer Nutzen der Physiotherapie bei HWS-Syndrom*. <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Unklarer-Nutzen-der-Physiotherapie-bei-HWS-Syndrom-405479.html>
- (4) Blanpied, P. R., Gross, A. R., Elliott, J. M., Devaney, L. L., Clewley, D., Walton, D. M., Sparks, C. & Robertson, E. K. (2017). Neck Pain: Revision 2017. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 47 (7), A1-A83. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.0302>
- (5) Campos, T. F. de, Maher, C. G., Steffens, D., Fuller, J. T. & Hancock, M. J. (2018). Exercise programs may be effective in preventing a new episode of neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of physiotherapy*, 64 (3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2018.05.003>
- (6) Caneiro, J. P., Roos, E. M., Barton, C. J., O'Sullivan, K., Kent, P., Lin, I., Choong, P., Crossley, K. M., Hartvigsen, J., Smith, A. J. & O'Sullivan, P. (2019). It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice. *British journal of sports medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100488>
- (7) Chen, X., Coombes, B. K., Sjøgaard, G., Jun, D., O'Leary, S. & Johnston, V. (2018). Workplace-Based Interventions for Neck Pain in Office Workers: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical therapy*, 98 (1), 40–62. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx101>
- (8) Cook, A. J., Wellman, R. D., Cherkin, D. C., Kahn, J. R. & Sherman, K. J. (2015). Randomized clinical trial assessing whether additional massage treatments for chronic neck pain improve 12- and 26-week outcomes. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 15 (10), 2206–2215. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2015.06.049>
- (9) Côté, P., Wong, J. J., Sutton, D., Shearer, H. M., Mior, S., Randhawa, K., Ameis, A., Carroll, L. J., Nordin, M., Yu, H., Lindsay, G. M., Southerst, D., Varatharajan, S., Jacobs, C., Stupar, M., Taylor-Vaisey, A., van der Velde, G., Gross, D. P., Brison, R. J., . . . Salhany, R. (2016). Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTiMa) Collaboration. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 25 (7), 2000–2022. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4467-7>
- (10) Cuesta-Vargas, A. I., White, M., González-Sánchez, M. & Kuisma, R. (2015). The optimal frequency of aquatic physiotherapy for individuals with chronic musculoskeletal pain: a randomised controlled trial. *Disability and rehabilitation*, 37 (4), 311–318. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.918191>

- (11) Fredin, K. & Lorås, H. (2017). Manual therapy, exercise therapy or combined treatment in the management of adult neck pain - A systematic review and meta-analysis. *Musculoskeletal science & practice*, 31, 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2017.07.005>
- (12) Gross, A., Forget, M., St George, K., Fraser, M. M. H., Graham, N., Perry, L., Burnie, S. J., Goldsmith, C. H., Haines, T. & Brunarski, D. (2012). Patient education for neck pain. *The Cochrane database of systematic reviews* (3), CD005106. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005106.pub4>
- (13) Gross, A., Kay, T. M., Paquin, J.-P., Blanchette, S., Lalonde, P., Christie, T., Dupont, G., Graham, N., Burnie, S. J., Gellay, G., Goldsmith, C. H., Forget, M., Hoving, J. L., Brønfort, G. & Santaguida, P. L. (2015). Exercises for mechanical neck disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1, CD004250. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004250.pub5>
- (14) Haas, M., Aickin, M. & Vavrek, D. (2010). A preliminary path analysis of expectancy and patient-provider encounter in an open-label randomized controlled trial of spinal manipulation for cervicogenic headache. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 33 (1), 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2009.11.007>
- (15) Haas, M., Spegman, A., Peterson, D., Aickin, M. & Vavrek, D. (2010). Dose response and efficacy of spinal manipulation for chronic cervicogenic headache: a pilot randomized controlled trial. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 10 (2), 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2009.09.002>
- (16) Hidalgo, B., Hall, T., Bossert, J., Dugeny, A., Cagnie, B. & Pitance, L. (2017). The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 30 (6), 1149–1169. <https://doi.org/10.3233/BMR-169615>
- (17) Lewis, J. & O'Sullivan, P. (2018). Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain? *British journal of sports medicine*, 52 (24), 1543–1544. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099198>
- (18) Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G. & O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British journal of sports medicine*, 54 (2), 79–86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
- (19) O'Riordan, C., Clifford, A., van de Ven, P. & Nelson, J. (2014). Chronic neck pain and exercise interventions: frequency, intensity, time, and type principle. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95 (4), 770–783. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.11.015>
- (20) Parikh, P., Santaguida, P., Macdermid, J., Gross, A. & Eshtiaghi, A. (2019). Comparison of CPG's for the diagnosis, prognosis and management of non-specific neck pain: a systematic review. *BMC musculoskeletal disorders*, 20 (1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2441-3>
- (21) Sherman, K. J., Cook, A. J., Wellman, R. D., Hawkes, R. J., Kahn, J. R., Deyo, R. A. & Cherkin, D. C. (2014). Five-week outcomes from a dosing trial of therapeutic massage for chronic neck pain. *Annals of family medicine*, 12 (2), 112–120. <https://doi.org/10.1370/afm.1602>
- (22) Silva Guerrero, A. V., Maujean, A., Campbell, L. & Sterling, M. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Psychological Interventions Delivered by Physiotherapists on Pain, Disability and Psychological

Outcomes in Musculoskeletal Pain Conditions. *The Clinical journal of pain*, 34 (9), 838–857. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000601>

- (23) Southerst, D., Nordin, M. C., Côté, P., Shearer, H. M., Varatharajan, S., Yu, H., Wong, J. J., Sutton, D. A., Randhawa, K. A., van der Velde, G. M., Mior, S. A., Carroll, L. J., Jacobs, C. L. & Taylor-Vaisey, A. L. (2016). Is exercise effective for the management of neck pain and associated disorders or whiplash-associated disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 16 (12), 1503–1523. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.02.014>
- (24) Sterling, M., Smeets, R., Keijzers, G., Warren, J. & Kenardy, J. (2019). Physiotherapist-delivered stress inoculation training integrated with exercise versus physiotherapy exercise alone for acute whiplash-associated disorder (StressModex): a randomised controlled trial of a combined psychological/physical intervention. *British journal of sports medicine*, 53 (19), 1240–1247. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100139>
- (25) Sterling, M., Zoete, R. M. J. de, Coppieters, I. & Farrell, S. F. (2019). Best Evidence Rehabilitation for Chronic Pain Part 4: Neck Pain. *Journal of clinical medicine*, 8 (8). <https://doi.org/10.3390/jcm8081219>
- (26) Waltenbacher, A. (2019). *Heilmittelbericht 2019: Ergotherapie Sprachtherapie Physiotherapie Podologie*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihe/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2019.pdf
- (27) Yu, H., Côté, P., Southerst, D., Wong, J. J., Varatharajan, S., Shearer, H. M., Gross, D. P., van der Velde, G. M., Carroll, L. J., Mior, S. A., Ameis, A., Jacobs, C. L. & Taylor-Vaisey, A. L. (2016). Does structured patient education improve the recovery and clinical outcomes of patients with neck pain? A systematic review from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 16 (12), 1524–1540. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.03.039>
- (28) Ylinen, J.; Häkkinen, A.; Nykänen, M.; Kautiainen, H.; Takala, E-P (2007): Neck muscle training in the treatment of chronic neck pain: a three-year follow-up study. In: *Europa medicophysica* 43 (2), S. 161–169.