

## WARUM SPRECHEN MANCHE PERSONEN MIT GONARTHROSE NICHT AUF TRAININGSTHERAPIE AN?

### >> BARRIEREN FÜR DIE ADHÄRENZ EINES TRAININGSPROGRAMMS

**// HINTERGRUND:** Weltweit leiden mehr als 260 Millionen Menschen an Gonarthrose. In klinischen Leitlinien werden nicht-medikamentöse, nicht-operative Strategien empfohlen, die sich auf das Selbstmanagement konzentrieren. Bewegung und körperliche Aktivität gehören zur Standardbehandlung bei Arthrose und die Kräftigung der Muskulatur ist ein wichtiger Bestandteil. Obwohl Metaanalysen zeigen, dass Aktivität zu einer moderaten Schmerz- und Funktionsverbesserung führt, ist inzwischen bekannt, dass nicht alle Patient\*innen auf Bewegung ansprechen.

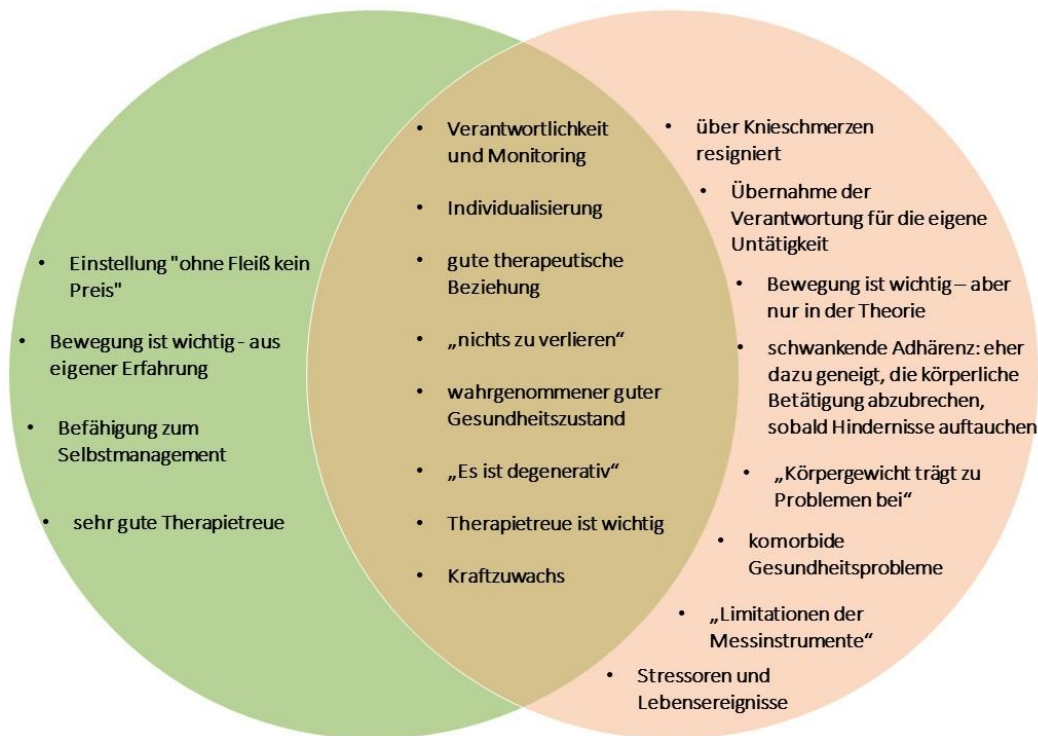
**// METHODIK:** Australische Forschende verglichen deshalb in einer qualitativen Studie im Rahmen eines RCT die Daten von 26 Personen mit Gonarthrose. Sie führten semistrukturierte Einzelinterviews durch. Die Befragten wurden je nach Reaktion in „Responder“ oder „Non-Responder“ auf der Basis von Veränderungen sowohl hinsichtlich Schmerz als auch körperlicher Funktion drei und neun Monate nach dem Ausgangswert eingeteilt. Das Programm umfasste fünf individuelle Physiotherapiekonsultationen über einen Zeitraum von drei Monaten -persönlich oder per Videokonferenz. Physiotherapeut\*innen verordneten ein individuelles Kräftigungsprogramm mit Widerstandsbändern, 5-6 Übungen für zu Hause 3 x / Woche und passten es regelmäßig an. Darüber hinaus erhielten die Teilnehmenden Aktivitäts-Tracker und führten ein Tage- und Protokollbuch. In allen Einheiten wurden die Teilnehmenden über Arthrose und deren Behandlung aufgeklärt, ergänzt durch eine Informationsbroschüre.

**// ERGEBNISSE:** Zu den Themen, die im Interview auftauchten und die sowohl Responder als auch Non-Responder gemeinsam hatten, gehörten:

- Maßnahmen, die das persönliche Commitment erleichterten
- persönliche Überzeugungen und Erwartungen
- Glaubenssätze über Arthrose und über die Rolle des Trainings
- die Bedeutung der Adhärenz und der wahrgenommene Kraftzuwachs durch das Training.

Im Gegensatz zu den Respondern, die sich befähigt fühlten, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen, akzeptieren die Non-Responder ihre eigene Verantwortung für die mangelnde Verbesserung von Schmerz und Funktion durch Bewegung und räumten ein, dass ihre Adhärenz gegenüber der Intervention suboptimal war (was durch quantitative Adhärenzdaten bestätigt wurde). Non-Responder waren der Meinung, dass ihr übermäßiges Körpergewicht (bestätigt durch quantitative Daten) zu ihren Ergebnissen beitrug; sie stießen auf „Barrieren“ bei der Sportausübung (Begleiterkrankungen, Stressfaktoren und Lebensereignisse) und waren der Ansicht, dass die Messinstrumente der Studie ihre Auswirkungen auf den Sport nicht angemessen erfasst hatten (siehe Abbildung 1).

**// DISKUSSION:** Die Ergebnisse zeigen, dass bei Personen mit Gonarthrose ein komplexes und zusammenhängendes Spektrum von Faktoren dazu beiträgt, dass sie auf eine Bewegungs- und Aktivitätsintervention ansprechen oder eben nicht. Die Stichprobengröße der Studie war klein, sodass die Übertragbarkeit auf die Gesamtpopulation eingeschränkt ist.



**Abbildung 1:** Schaubild Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen „Respondern“ und „Non-Respondern“ übersetzt aus Hinman et al. 2023. grün: Responder, rot: Non-Responder, grün-rot: Responder & Non-Responder

**// KONKLUSION:** Responder und Non-Responder hatten teilweise ähnliche Ansichten über Bewegung. Neben den wahrgenommenen Einschränkungen bei der Messung der Studienergebnisse hatten die Non-Responder jedoch Probleme mit Übergewicht, Komorbiditäten, Stressfaktoren und Lebensereignissen, die zu einer suboptimalen Adhärenz führten und insgesamt als Ursache für die „Non-Response“, also das „Nicht-Ansprechen auf die Therapie“ angesehen wurden.

*Hinman RS, Jones SE, Nelligan RK et al. Absence of improvement with exercise in some patients with knee osteoarthritis: A qualitative study of responders and nonresponders. Arthritis Care Res (Hoboken) 2023; 75 (9): 1925-1938.*

