THERAPIE aktuell

01 2023

Osteoporose

Deutschland kann noch besser werden

Im Auftrag von

KNOCHEN.STARK.MACHER.
Aktionsbündnis Osteoporose

Eine Sonderpublikation von

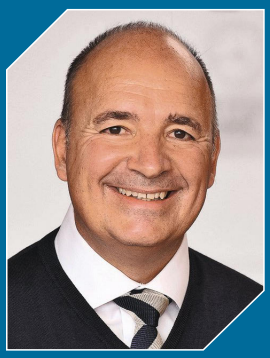
Deutscher Ärzteverlag

Das Aktionsbündnis Osteoporose gründete sich im September 2020, mitten in der COVID-19-Pandemie. Sein Ziel ist es, die Aufmerksamkeit auf eine Volkskrankheit zu lenken, die nicht als solche wahrgenommen wird und langfristig die Frakturprävention in einem Land zu verbessern, das diesbezüglich international nur im hinteren Mittelfeld liegt. Was wurde seither erreicht? Was sind künftige Betätigungsfelder? Und vor allem: Wie sieht es hierzulande derzeit mit der Situation von Patient:innen mit Osteoporose aus?

Osteoporose

Deutschland kann noch besser werden

Im Aktionsbündnis Osteoporose [1] engagieren sich Wissenschaft, Wirtschaft und Gesellschaft gemeinsam dafür, die Situation für Patient:innen mit Osteoporose in Deutschland zu verbessern – durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit auf vielen Kanälen, aber auch durch die Zusammenstellung von Daten, Fakten und durch die Unterstützung neuer Versorgungskonzepte. Insgesamt 9 Verbände, Unternehmen, Fachgesellschaften und Netzwerke bringt das Bündnis zusammen mit dem Dachverband Osteologie (DVO) als Primus inter pares (siehe Logobox, Seite 6 unten). Ziel ist es, die Häufigkeit Osteoporose-assoziierter Frakturen in allen Phasen der Erkrankung zu senken, um damit individuelles Leid zu verhindern – aber auch, um einen relevanten Kostenfaktor des Gesundheitswesens in Zeiten der demografischen Alterung zu adressieren.



Viele Menschen kommen nun in das Alter, in dem eine Osteoporose auftreten kann. Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Krankheit ist daher ein ganz wichtiges Thema.

Prof. Dr. med. Andreas Kurth
Marienhaus Klinikum Mainz, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

© Andreas Kurth

Osteoporose: Wo stehen wir in Deutschland?

Anlässlich des 2. Geburtstages des Bündnisses gab der DVO-Vorsitzende Prof. Dr. med. Andreas Kurth, Mainz, (siehe Infokasten) auf einer digitalen Round-Table-Veranstaltung einen Überblick über die Versorgungssituation von Menschen mit Osteoporose in Deutschland. Aktuell werde davon ausgegangen, dass etwa 6,3 Millionen Menschen in Deutschland von einer Osteoporose betroffen sind, so Kurth [2]. Tatsächlich ist die genaue Zahl unklar: „70 % der Menschen über 60 Jahren wurden nie gescreent. Viele wissen wahrscheinlich gar nicht, dass sie eine Osteoporose haben."

Dies wird zum Problem, weil sich die Alterszusammensetzung der Gesellschaft gerade stark ändert: Mit den Babyboomern kommt eine zahlenmäßig sehr große Bevölkerungsgruppe in das Alter, in dem eine Osteoporose auftreten kann. Das Risiko von Frakturen der Wirbelsäule und der Hüfte, die durch die Osteoporose entstehen, steige um das 70. Lebensjahr herum steil an, so Kurth. Bei den mit Osteoporose in Verbindung stehenden Radiusfrakturen beginne die Zunahme bereits einige Jahre früher: „Wir laufen in einen Tsunami hinein."

Dass die Welle sich nicht mehr ankündigt, sondern bereits anrollt, zeigen Zahlen zur Inzidenz osteoporotisch bedingter Frakturen des Robert Koch-Instituts. Im Zeitraum von 2000 bis 2017 stiegen allein die Schenkelhalsfrakturen jährlich um 37 % oder rund 45.000 [3]. Aktuelle Daten der International Osteoporosis Foundation weisen darauf hin, dass für Deutschland im Jahr 2019 insgesamt 831.000 Osteoporose-assoziierte Frakturen angenommen werden müssen und prognostizieren eine messbare Zunahme bis 2034 (Abb. 1, 2). Dabei liegt die Quote der Menschen über 50 Jahren,

Abbildung 1 Osteoporose-assoziierte Frakturen in Deutschland im Jahr 2019 (mod. n. [7])

Abbildung 2 Prognose der Fragilitätsfrakturen bis 2034: Anstieg um 16,4 % (mod. n. [7])

die im Zusammenhang mit durch Osteoporose-bedingten Frakturen versterben, in Deutschland über dem EU-Durchschnitt [4].

Kurth betonte, dass Frakturen nicht nur individuelles Leid verursachten, sondern auch teuer seien. Modellierungen zeigten, dass Osteoporose-bedingte Knochenbrüche in Deutschland allein im ersten Jahr nach der Fraktur zu zusätzlichen direkten und indirekten Gesundheitskosten in Höhe von 6,6 Milliarden Euro führen. Die Hälfte davon entfällt auf Hüftfrakturen, rund 40 % auf Wirbelkörperfrakturen (Abb. 3) [5]. Ein Teil dieser Kosten entstehe dadurch, dass etwa ein Fünftel der Patient:innen mit einer Fraktur, die der Osteoporose zugeordnet werden kann, innerhalb eines Monats erneut stationär aufgenommen werden müsse. Dazu komme die Pflegebedürftigkeit: Nach einer Fraktur seien nach 12 Monaten 3 von 7 ehemals nicht auf Hilfe angewiesene Menschen pflegebedürftig, resümierte Kurth.

Herausforderung in der Versorgung: Diagnose- und Therapielücken

Was die Primärprävention Osteoporose-assoziierter Frakturen angeht, sind die beiden wichtigsten Faktoren eine frühe Diagnose und eine möglichst konsequente Umsetzung existierender präventiver Maßnahmen – sowohl nicht medikamentöser als auch, wenn indiziert, medikamentöser Art. Unter Federführung des DVO gibt es dazu in Deutschland seit 2003 eine S3-Leitlinie, deren derzeitige Version aus dem Jahr 2017 stammt [6]. Eine aktualisierte Fassung werde voraussichtlich spä-

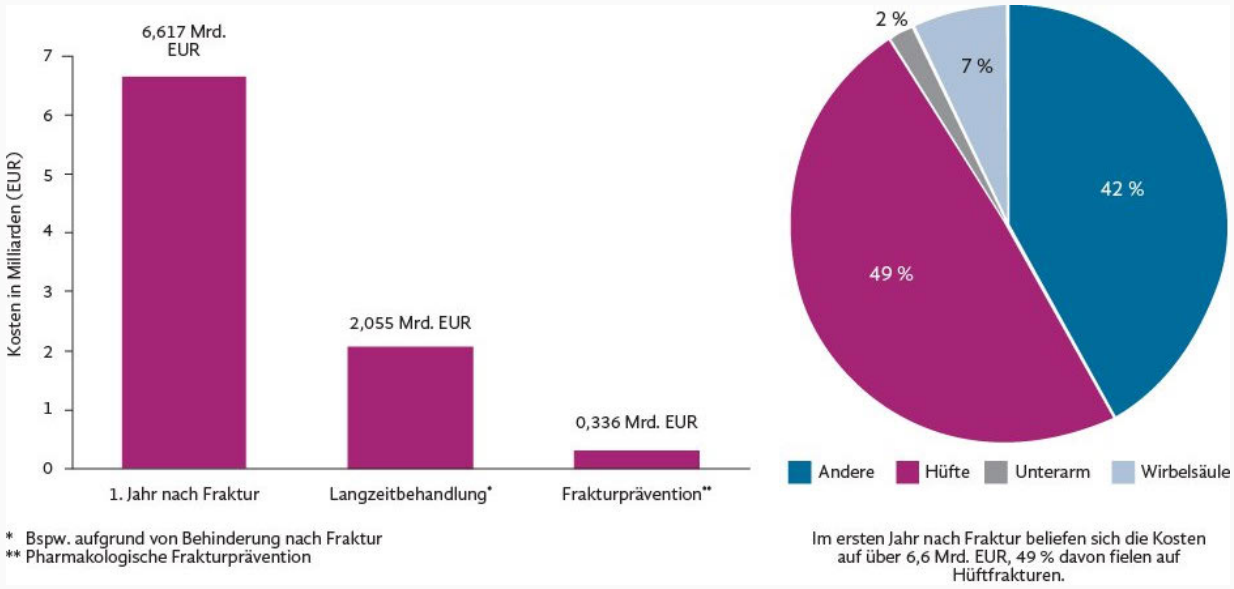


Abbildung 3 Osteoporose-bedingte Gesundheitskosten in Deutschland (mod. n. [5])

testens im ersten Halbjahr 2023 vorliegen, kündigte Kurth an.

Leitlinien sind eine Sache, deren Umsetzung in der realen Versorgung aber ist eine andere. Eine Beobachtungsstudie in 8 europäischen Ländern hat kürzlich untersucht, wie groß die Behandlungslücken bei der Osteoporose in Abhängigkeit vom individuellen Risikoprofil sind [8]. Für die Auswertung wurden Frauen ab 70 Jahren mit erhöhtem Frakturrisiko berücksichtigt. Eine Erhöhung ist definiert durch die Erfüllung einer der folgenden Kategorien: Frakturanamnese ODER BMD T-Score ≤ –2,5 für Lendenwirbelsäule, gesamte Hüfte oder Schenkelhals ODER erhöhtes Frakturrisiko gemäß Fracture Risk Assessment Tool (FRAX). Bei so definierten Frauen aus der hausärztlichen Versorgung betrug die Behandlungslücke in Deutschland in dieser Studie 91 % [8].

Dieser Wert sinke im internationalen Vergleich immer noch auf hohe 62 %, wenn nur jene Frauen ausgewertet würden, bei denen die Diagnose Osteoporose schon gestellt sei, so Kurth. Selbst nach einer Fraktur bleibe eine Behandlungslücke in der Größenordnung von circa 60 % bestehen. Dazu passen Daten der deutschen BEST-Studie aus dem Jahr 2012, wonach über alle Altersgruppen hinweg etwa 45 % der Osteoporose-Betroffenen nach einer osteoporotisch bedingten Fraktur das Behandlungsziel nach DVO-Leitlinie erreichen [2].

Therapie nach Fraktur: Langzeitstrategie und Therapieziel

Prof. Dr. med. Wolfgang Böcker, München, (siehe Infokasten) ging ausführlicher auf die Höchstrisikogruppe der Patient:innen mit bereits stattgehabter Fraktur ein. Während bei der Primärprävention durch einen knochengesunden Lebensstil versucht wird, die Entstehung einer Osteoporose zu verhindern, und bei der Sekundärprävention bei diagnostizierter Osteoporose der Versuch im Vordergrund steht, medikamentös eine Erstfraktur zu verhindern, geht es bei den Patient:innen nach erster Fraktur in der Tertiärprävention um die Verhinderung erneuter Frakturen. Noch immer würden Patient:innen teils mehrfach wegen Frakturen operiert, ohne dass die zugrunde liegende Osteoporose adressiert werde, so Böcker.

Jeder 10. an Osteoporose Erkrankte entwickelt innerhalb von nur einem Jahr eine Folgefraktur – im Durchschnitt vergehen bis dahin sogar nur 145 Tage.

Prof. Dr. med. Wolfgang Böcker
Muskuloskelettales Universitätszentrum München – MUM, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

© LMU München

Der Unfallchirurg betonte, dass rund 10 % aller Patient:innen mit vertebralen oder Hüftfrakturen innerhalb von einem Jahr eine Folgefraktur entwickelten. Im Durchschnitt vergingen 145 Tage bis zur Folgefraktur. Das Risiko hängt dabei von der Art der Indexfraktur ab: Wirbelkörper- und Hüftfrakturen sind diesbezüglich problematischer als Radiusfrakturen [9]. Vermeiden lassen sich Folgefrakturen vor allem durch konsequente Prävention. Diese besteht auf medikamentöser Seite aus einer an den individuellen 25-OH-D_3-Spiegel angepassten Vitamin-D-Gabe und aus Osteoporose-spezifischen Arzneimitteln, konkret Osteoanabolika, Antiresorptiva und selektive Östrogenrezeptor-Modulatoren (SERM). Gerade bei den Osteoanabolika gab es zuletzt mehrere Therapieinnovationen, welche Eingang in die neue S3-Leitlinie finden werden. Aus unfallchirurgischer Sicht können nach einer Osteoporose-assoziierten Fraktur durchaus Osteoanabolika indiziert sein, um initial einen Knochenaufbau zu erreichen, der dann ggf. antiresorptiv im Sinne einer Sequenztherapie aufrechterhalten werden könne, so Böcker.

Zeitachse von 2 bis 3 Dekaden

Auf Sequenztherapien ging auch Prof. Dr. med. Heide Siggelkow, Göttingen, (siehe Infokasten, S. 5) ein. Sie betonte, dass das mittlerweile recht breite Therapiespektrum bei den spezifischen Osteoporose-Arzneimitteln genutzt werden könne und sollte, um eine stark individualisierte Therapie umzusetzen, die den Bedürfnissen der/s jeweiligen Patientin oder Patienten optimal entgegenkomme. So lasse sich durch geschickt gewählte Therapiesequenzen der Knochendichtezuwachs gegenüber einer langjährigen Monotherapie beschleunigen [10]. Insgesamt erfordere eine moderne, individualisierte Osteoporose-Therapie nach einer Fraktur sowohl eine Langzeitstrategie als auch das Festlegen eines Therapieziels, betonte Siggelkow. Letzteres bestehe in der Regel darin, den funktionellen Zustand vor Eintreten der Fraktur wieder zu erreichen. Zugleich soll das künftige Frakturrisiko, wenn möglich, unter ein 10-Jahres-Risi-

ko von 30 % gesenkt werden, also unter den DVO-Schwellenwert für die medikamentöse Therapie [10].

Siggelkow stellte einige mögliche Schemata für Sequenztherapien vor, die sich an der individuellen Risikosituation orientierten. So sei bei niedrigem Risiko der Beginn mit einem SERM denkbar, bevor mit fortschreitender Erkrankung auf mild osteoanabol wirksame Arzneimittel gewechselt wird. Bei Bedarf könne die Therapie durch Phasen mit stärker osteoanabol wirksamen Arzneimitteln unterbrochen und – im höheren Alter – mit antiresorptiven Bisphosphonaten kombiniert werden. Bei antiresorptiv bereits vorbehandelten Patient:innen mit inadäquatem Outcome könnten zunächst osteoanabole Arzneimittel hinzugenommen und im Verlauf dann Sequenzen unterschiedlicher osteoanaboler Monotherapien eingesetzt werden. Bei hohem Risiko geht die Waagschale in Richtung eines Therapiestarts mit stark wirksamen, osteoanabolen Arzneimitteln. Es folgt eine Sequenztherapie aus überwiegend osteoanabolen Arzneimitteln, unterbrochen von konsolidierenden Phasen mit antiresorptiven Präparaten. Entscheidend sei, dass die Behandelnden von Beginn an eine therapeutische Zeitachse von 2 bis 3 Dekaden im Blick hätten, so Siggelkow.

Mit den heute zur Verfügung stehenden Osteoporose-Arzneimitteln können wir unseren Patientinnen und Patienten sehr individuelle Therapieoptionen anbieten.

Prof. Dr. med. Heide Siggelkow
MVZ ENDOKRINOLOGIKUM Göttingen und Klinik für Gastroenterologie, gastrointestinale Onkologie und Endokrinologie, Universitätsmedizin Göttingen

© Christian Malsch - von Stockhausen

Bessere Versorgungsstrukturen sind gefragt

Dass die Verfügbarkeit effektiver, frakturpräventiver Arzneimittel nicht ausreicht, um zu gewährleisten, dass die Mehrheit der Osteoporose-Patient:innen optimal versorgt ist, haben die letzten 2 Jahrzehnte gezeigt. Osteoporose-Expert:innen plädieren deswegen schon länger für strukturelle Versorgungsinnovationen, die darauf abzielen, die Versorgungssituation insbesondere in der Tertiärprävention zu verbessern. Ein vielversprechender Ansatz sind sogenannte Fracture Liaison Services (FLS), ein Konzept der integrierten Versorgung, das ursprünglich aus Schottland kommt und mit dem mittlerweile in zahlreichen Ländern experimentiert wird.

In Deutschland hat unter anderem die LMU München unter der Ägide von Böcker und seinen Kolleg:innen ein FLS aufgesetzt, bei dem entweder stationär oder im Rahmen eines koordinierten Entlassmanagements die Diagnosestellung erfolgt und dann unter Einbeziehung eines Osteoporose-Koordinators eine leitliniengerechte Therapie umgesetzt wird [11, 12]. Unter dem Namen FLS-Care wird das Münchner Projekt derzeit und noch bis Ende 2024 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des Innovationsfonds bei Patient:innen mit hüftgelenksnahen Frakturen gefördert. Im Erfolgsfall könnte eine Umsetzung in die Regelversorgung möglich werden, sodass FLS-Modelle auch in anderen Regionen leichter zugänglich wären.

Medizinisch seien FLS-Modelle hoch effektiv, betonte Böcker. So habe eine japanische Arbeitsgruppe vor einigen Jahren über eine Risikoreduktion für erneute Frakturen um 30 % berichtet. Die Number-needed-to-treat für eine verhinderte Fraktur in 3 Jahren betrug lediglich 20 [13]. In einer kürzlich publizierten Metaanalyse betrug die Frakturrate im FLS-Arm im Schnitt 6,4 % bei stark variablen Follow-up-Zeiträumen von, je nach Studie, 6–72 Monaten. Im Kontrollarm mit Standardversorgung waren es 13,4 % [14]. Die Metaanalyse zeige auch, dass durch strukturierte Betreuung nicht nur mehr Knochendichtemessungen durchgeführt und mehr Therapien begonnen würden, sondern auch die Adhärenz deutlich steige, so Böcker. Das ist wichtig, weil Non-Adhärenz in der Osteoporose-Therapie ein sehr großes Thema ist. Untersucht wurde das unter anderem in der retrospektiven, deutschen GRAND-4-Studie. Hier betrug die Adhärenz zu einer antiresorptiven Bisphosphonat-Therapie 2 Jahre nach Therapiebeginn nur noch 15–18 % [15]. „Schlechte Therapieadhärenz ist bei der Osteoporose die Regel“, so Böcker.

Aktionsbündnis Osteoporose: Was wurde erreicht und wie geht es weiter?

Das Aktionsbündnis Osteoporose hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Bewusstsein für diese Erkrankung zu schärfen. Ziel ist es, eine bessere Versorgung der Betroffenen zu erreichen und Frakturen und damit einhergehend Leid und Kosten zu reduzieren. Durch vermehrte konsequentere Diagnostik,

leitliniengerechte Therapie und strukturierte Versorgungskonzepte soll dieser Plan, dort wo es sinnvoll ist, umgesetzt werden. Das Aktionsbündnis wendet sich mit seinen Kampagnen und Themen explizit an eine breite, auch jüngere Öffentlichkeit. So soll erreicht werden, dass die Osteoporose als langfristige Erkrankung begriffen und nicht als unvermeidliche Begleiterscheinung des hohen Alters bagatellisiert wird.

Insgesamt haben die Kampagnen des Bündnisses bisher zu über 1200 Presseveröffentlichungen geführt, so Kurth. Eine Plakataktion in 9 Großstädten sprach insbesondere die politischen Entscheidungsträger an. Zudem wurde für Praxen, Selbsthilfegruppen, Krankenhäuser und Ambulanzen umfangreiches Informationsmaterial entwickelt, das die Einrichtungen im Rahmen ihrer Patientenkontakte nutzen können. Im Jahr 2023 werde die erfolgreiche Arbeit der vergangenen Jahre fortgesetzt, kündigte Kurth an. Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Erkrankung und der damit verbundenen hohen Risiken, wenn eine Osteoporose nicht diagnostiziert wird, ist ein zentrales Thema. Weitere kommunikative Schwerpunkte werden die Information der Fachöffentlichkeit über die neue S3-Leitlinie und die politische Kommunikation, unter anderem im Zusammenhang mit dem geplanten Disease Management Programm (DMP) Osteoporose, sein.

Literatur

1. www.aktionsbuendnis-osteoporose.de/ (letzter Zugriff am 17.11.2022)
2. Hadji P, Klein S, Gothe H et al.: Epidemiologie der Osteoporose – Bone Evaluation Study. Eine Analyse von Krankenkassen-Routinedaten. Dtsch Arztebl Int 2013; 110: 52–57
3. Robert Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. www.gbe-bund.de/; Abfrage nach ICD10 S72.0, S72.1, S72.2 (letzter Zugriff am 17.11.2022)
4. International Osteoporosis Foundation. www.osteoporosis.foundation/scope-2021. „Rubrik Germany – SCOPE 2021 Summary Report" (letzter Zugriff am 17.11.2022)
5. Svedbom A, Hernlund E, Ivergård M et al.: Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporos 2013; 8:137
6. DVO Leitlinie 2017: Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der OSTEOPOROSE bei postmenopausalen Frauen und bei Männern – Langfassung
7. Willers C, Norton N, Harvey NC et al.: Osteoporosis in Europe: a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporosis 2022; 17: 23
8. McCloskey E, Rathi J, Blagden M et al.: The osteoporosis treatment gap in patients at risk of fracture in European primary care: a multi-country cross-sectional observational study. Osteoporos Int 2021; 32: 251–259
9. Hadji P, Schweikert B, Ansorge S et al.: veröffentlicht im Supplement zu Osteologie 1/2018 DVO Osteologie 2018; Abstract P31
10. Jakob F: Osteoporose-Update 2021. Dtsch Med Wochenschr 2021; 146: 437–440
11. www.lmu-klinikum.de/mum-lmu/schwerpunkte/osteologie/frakturpravention/ff9e45a5692366ce (letzter Zugriff am 18.11.2022)
12. https://struktur-bei-fraktur.de/startseite (letzter Zugriff am 18.11.2022)
13. Nakayama A, Major G, Holliday E et al.: Evidence of effectiveness of a fracture liaison service to reduce the re-fracture rate. Osteoporosis Int 2016; 27: 873–879
14. Wu CH, Tu ST, Chang YF et al.: Fracture liaison services improve outcomes of patients with osteoporosis-related fractures: a systematic literature review and meta-analysis. Bone 2018; 111: 92–100
15. Hadji P, Kyvernitakis I, Kann PH et al.: GRAND-4: the German retrospective analysis of long-term persistence in women with osteoporosis treated with bisphosphonates or denosumab. Osteoporos Int 2016; 27: 2967–2978

Artikel online lesen und teilen
Möchten Sie diesen Artikel digital lesen und teilen?
Jetzt QR-Code scannen!

Impressum

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstraße 2, 50859 Köln
Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai
Telefon 02234 7011-0 (Zentrale)

Autor: Philipp Grätzel von Grätz

Druckerei: L.N. Schaffrath GmbH & Co. KG
DruckMedien, Marktweg 42, 47608 Geldern

Diese Sonderpublikation erscheint im Auftrag und inhaltlichen Verantwortungsbereich des Aktionsbündnisses Osteoporose.

Quelle: Experten Roundtable „Nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation von Patient:innen mit Osteoporose im Fokus" am 11. November 2022; Veranstalter: Aktionsbündnis Osteoporose, Deutscher Ärzteverlag

Der Verlag kann für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen keine Gewähr übernehmen. Durch sorgfältige Prüfung der Fachinformationen der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten ist jeder Benutzer angehalten, festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierung oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Beilage abweicht. Bei selten verwendeten oder neu auf den Markt gebrachten Präparaten ist eine solche Prüfung besonders wichtig. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

Diese Sonderpublikation erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs des Deutschen Ärzteverlages.

DEU-162-1222-80017/76463

KNOCHEN.STARK.MACHER.
Aktionsbündnis Osteoporose

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.
Deutsche Gesellschaft für Osteologie
Healthcare Frauen e.V. Vordenken. Führen. Gestalten.
ucb
ALM Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.
BVOU Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie
AMGEN