

Das DVO-Osteoporoseregister

Update 2014

Auch im Jahr 2014 hat sich die für 2013 beschriebene positive Entwicklung der Dokumentation im Register fortgesetzt. Bis zum Jahresende waren über 11 000 Patienten in das Register eingeschrieben.

In die aktuelle Auswertung sind Datensätze von 10 789 Patienten einbezogen worden. Da wir inzwischen über mehrere Verlaufsdokumentationen zu den einzelnen Patienten verfügen, sind jetzt auch Aussagen zur Effizienz der durchgeführten Therapie möglich. Es zeigen sich aber durchaus auch Defizite in Diagnostik und Therapie, welche mit den Nutzern des Registers besprochen und ausgewertet werden können.

Bei der Betrachtung des Alters der dokumentierten Patienten fällt auf, dass sich nur sieben Prozent der erfassten Frauen in der Altersgruppe 50 bis 60 Jahre befinden. Bei den Männern ab 60 Jahre sind es zehn Prozent. Nahezu 50 Prozent der dokumentierten Frauen sind in der Altersgruppe 70 bis 80 Jahre. Daraus ergibt sich die Frage, ob das die tatsächliche Altersverteilung widerspiegelt, oder ob hier ein diagnostisches Defizit vorliegt.

Weiterhin sehen wir, dass im Rahmen der Prüfung des Sturzrisikos der Chair-Rising-Test als Indikator für die Kraft eine gute Akzeptanz gewonnen hat (► Abb. 1a). Die Prüfung der Balance ist aber noch nicht ausreichend implementiert. Bei nahezu 30 Prozent der Frauen und Männer wird kein Tandemstand durchgeführt (► Abb. 1b).

Die Balance ist aber ein ganz wesentlicher Parameter zur Erfassung des Sturzrisikos. In der Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose 2014 des Dachverbandes Osteologie wird deshalb explizit gefordert, den Chair-Rising-Test mit der Prüfung des Tandemstands zu kombinieren. Wir werden deshalb diese Auswertung zum Anlass nehmen, die Anwender gezielt auf dieses diagnostische Defizit hinzuweisen.

Bei Betrachtung der verwendeten spezifischen Therapeutika sehen wir eine deutliche Dominanz in der Verordnung von Bisphosphonaten (► Abb. 2). Mit 67 Prozent

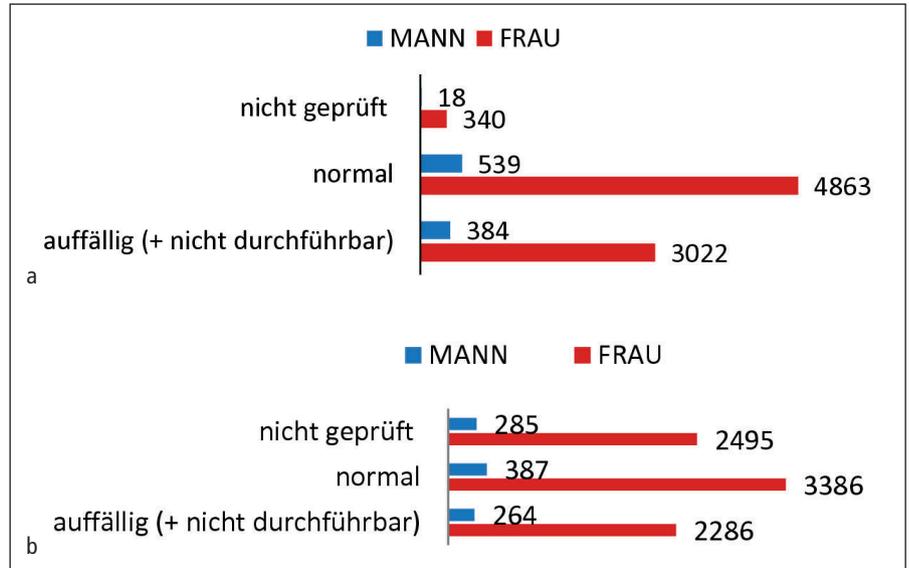


Abb. 1 Chair-Rising-Test (a) und Tandemstand (b) bei Erstdiagnose der Frauen und Männer

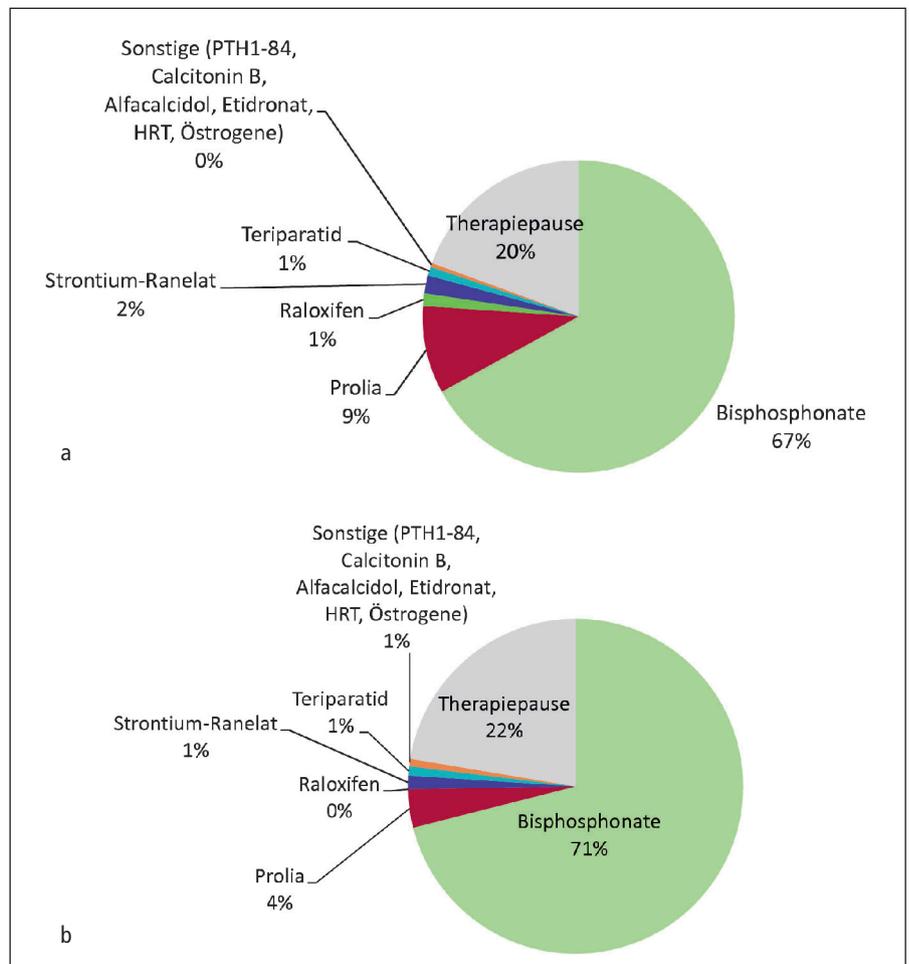
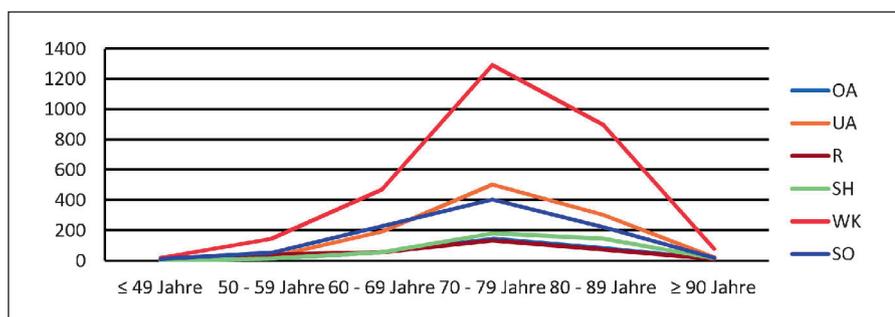


Abb. 2 EBM-Therapie bei Erstdiagnose von Frauen (a) und Männern (b)

Tab. 1 Verlaufsdokumentation (inzidente Frakturen): Frakturen mit den jeweiligen Prozenten (bezogen auf Gesamt-Altersgruppen)

Alter	OA	Prozent	UA	Prozent	R	Prozent	SH	Prozent	WK	Prozent	SO	Prozent	Gesamt Altersgruppe
≤ 49 Jahre	1	1,64 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	61
Frau	1	2,56 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	39
Mann	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	22
50–59 Jahre	0	0,00 %	3	0,77 %	2	0,51 %	0	0,00 %	7	1,79 %	13	3,32 %	391
Frau	0	0,00 %	3	0,91 %	1	0,30 %	0	0,00 %	5	1,52 %	12	3,65 %	329
Mann	0	0,00 %	0	0,00 %	1	1,61 %	0	0,00 %	2	3,23 %	1	1,61 %	62
60–69 Jahre	4	0,35 %	11	0,95 %	10	0,87 %	4	0,35 %	18	1,56 %	22	1,90 %	1156
Frau	4	0,38 %	11	1,06 %	8	0,77 %	3	0,29 %	17	1,64 %	20	1,92 %	1039
Mann	0	0,00 %	0	0,00 %	2	1,71 %	1	0,85 %	1	0,85 %	2	1,71 %	117
70 – 79 Jahre	4	0,16 %	30	1,17 %	12	0,47 %	11	0,43 %	83	3,24 %	39	1,52 %	2562
Frau	4	0,17 %	30	1,27 %	11	0,47 %	11	0,47 %	77	3,27 %	39	1,66 %	2355
Mann	0	0,00 %	0	0,00 %	1	0,48 %	0	0,00 %	6	2,90 %	0	0,00 %	207
80–89 Jahre	7	0,51 %	15	1,10 %	11	0,80 %	14	1,02 %	41	2,99 %	34	2,48 %	1369
Frau	7	0,59 %	15	1,25 %	10	0,84 %	14	1,17 %	36	3,01 %	32	2,68 %	1196
Mann	0	0,00 %	0	0,00 %	1	0,58 %	0	0,00 %	5	2,89 %	2	1,16 %	173
≥ 90 Jahre	0	0,00 %	2	1,80 %	0	0,00 %	2	1,80 %	5	4,50 %	2	1,80 %	111
Frau	0	0,00 %	2	2,06 %	0	0,00 %	2	2,06 %	4	4,12 %	2	2,06 %	97
Mann	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	1	7,14 %	0	0,00 %	14
gesamt	16	0,28 %	61	1,08 %	35	0,62 %	31	0,55 %	154	2,73 %	110	1,95 %	5650

OA = Oberarmfraktur, UA = Unterarmfraktur, R = Rippenfraktur, SH = Schenkelhalsfraktur (alle proximale Femurfrakturen), WK = Wirbelkörper, SO = Sonstige Frakturen (außer Finger-, Knöchel- und Schädelfrakturen)


Abb. 3 Frakturen im Vergleich der Altersgruppen

Zusammenfassung

Das Register hat jetzt eine gute Datentiefe erreicht. Die Daten sind durchaus belastbar und geben gute Hinweise zur Therapieeffizienz. Es ist mit Hilfe des Registers möglich, Defizite in Diagnostik und Therapie aufzuzeigen und gezielt auf eine Verbesserung der Versorgung hinzuwirken. Für die Zukunft erhoffen wir uns noch detaillierte Ausagemöglichkeiten zu Osteoporose-assoziierten Frakturen und der Effektivität einer spezifischen Therapie.

Anteil bei den Frauen und 71 Prozent bei den Männern liegen die Verordnungen aber deutlich unter der geforderten Verordnungsquote der einzelnen KV-Bereiche Deutschlands.

Das Register kann an dieser Stelle natürlich kein genaues Abbild der Praxis liefern. Es sollte die Osteologen aber durchaus ermutigen, eine Therapie nach Erfordernis des Patienten und nicht nach Einhaltung von Quoten zu führen. Die verwendeten

Spezifika orientieren sich gut an der Leitlinienempfehlung des DVO.

Weiterhin ist positiv zu vermerken, dass die Verordnungen von Physiotherapie und Rehabilitationssport ansteigend sind. Allerdings liegt die Gesamtverordnung noch unter fünf Prozent und nur etwa zehn Prozent aller Patienten erhalten überhaupt Physiotherapie. Hier besteht also noch großer Handlungsbedarf für die Zukunft.

Bei Betrachtung der erfassten Frakturen dominiert in allen Altersgruppen die Wirbelkörperfraktur (► Abb. 3). Die Refrakturnrate im Verlauf und unter einer spezifischen Therapie bleibt in allen Altersgruppen unterhalb von fünf Prozent (► Tab. 1).

Dr. med. Alexander Defèr
Projektleiter DVO-Osteoporoseregister