

**Konsequente Diagnostik  
und Therapie zahlt sich aus**

# Qualitätsmanagement in der Osteoporoseversorgung

**S. Götte, München**

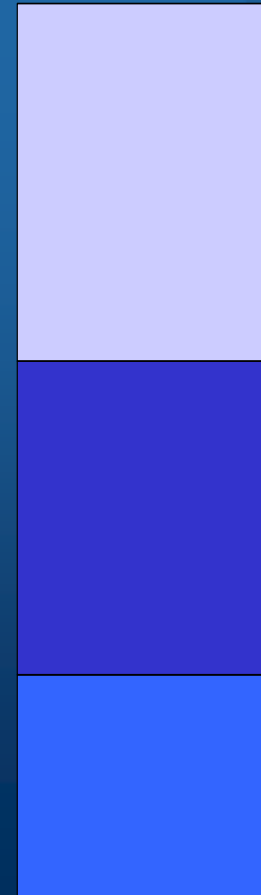


# Kritische Endpunkte der Osteoporoseerkrankung

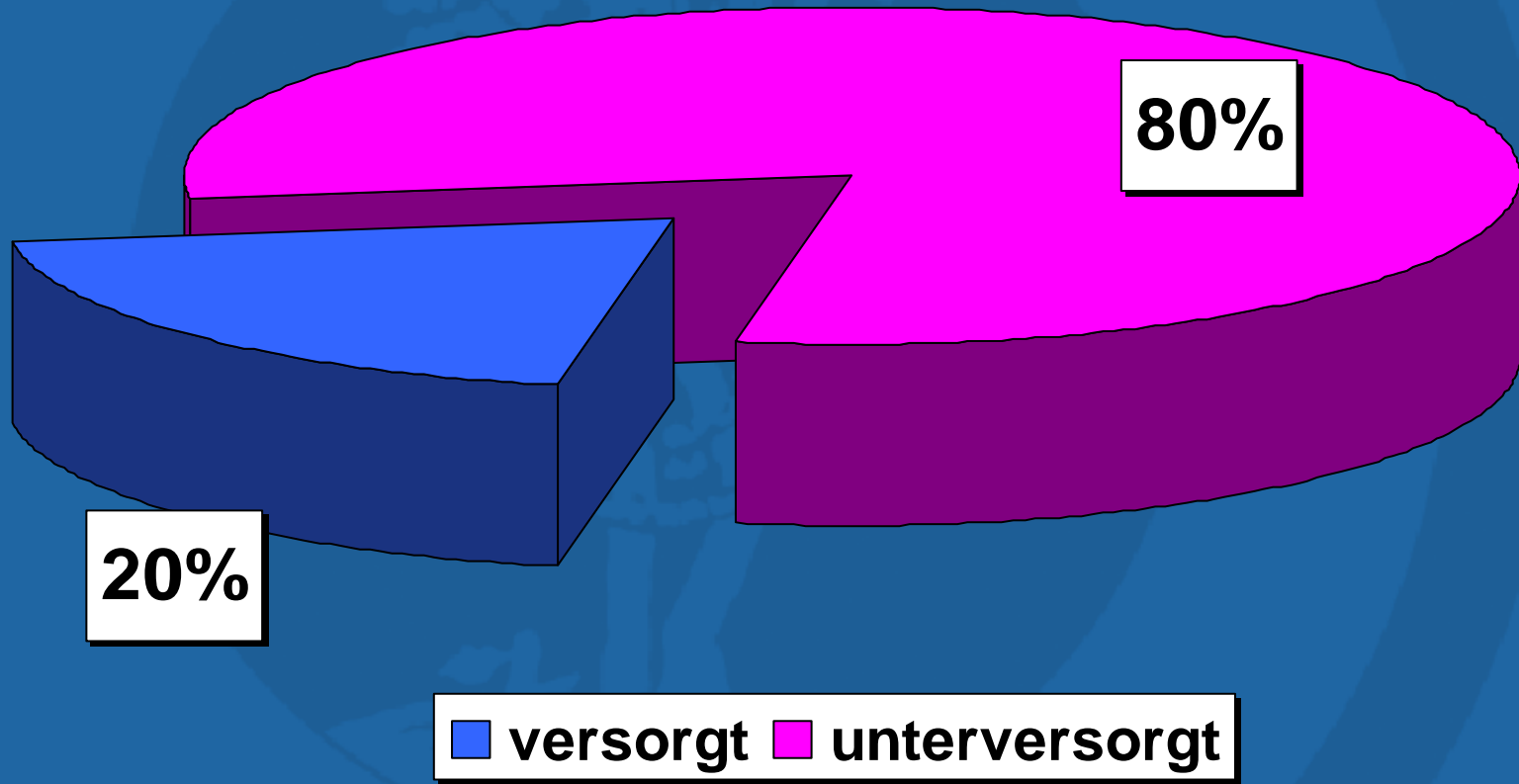
## Osteoporotische Frakturen:

ca. 400 000 jährlich

- 40 % Wirbelsäule
- 35 % Schenkelhals
- 25 % dist. Radius und  
übrige periphere  
Lokalisationen



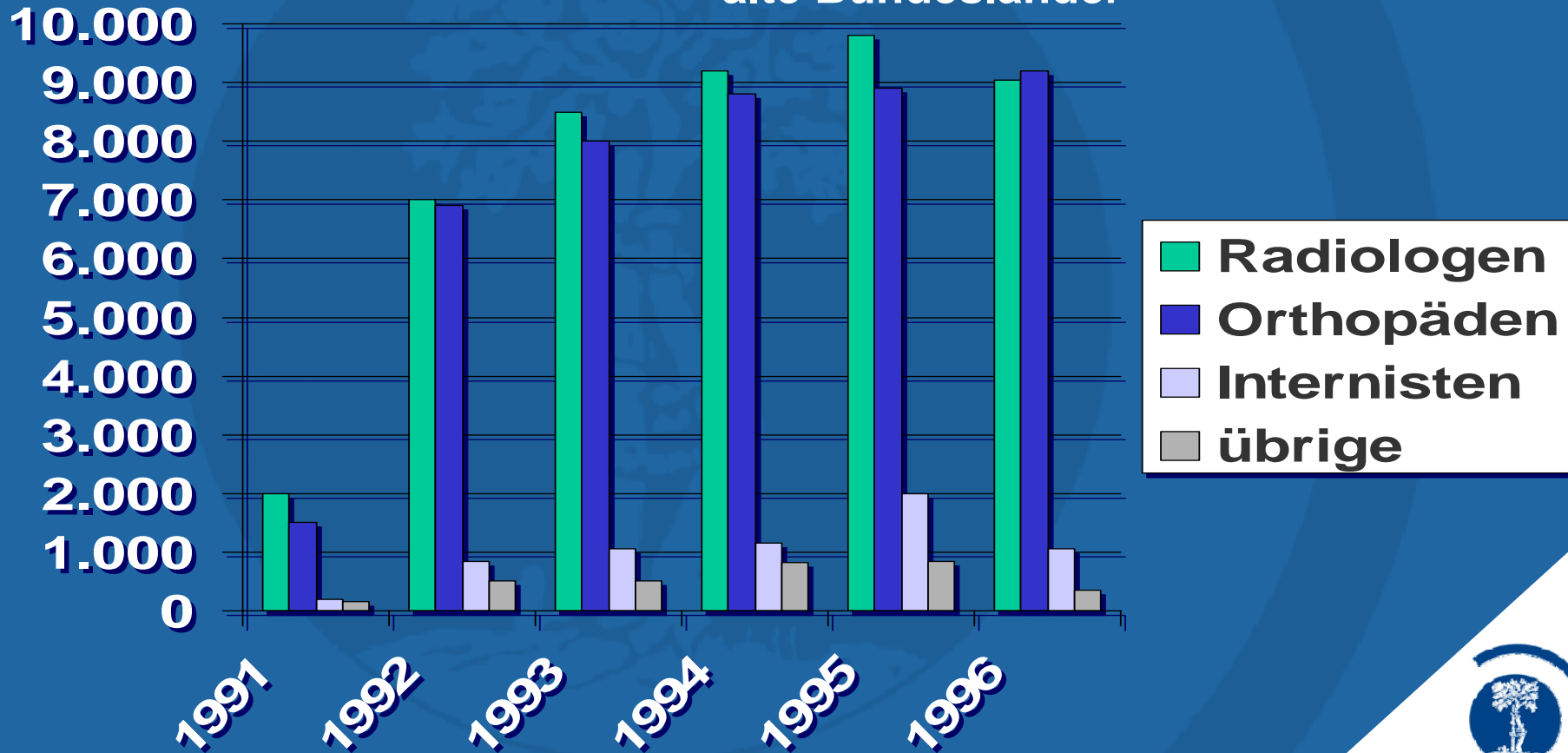
# Versorgung von Osteoporosepatienten



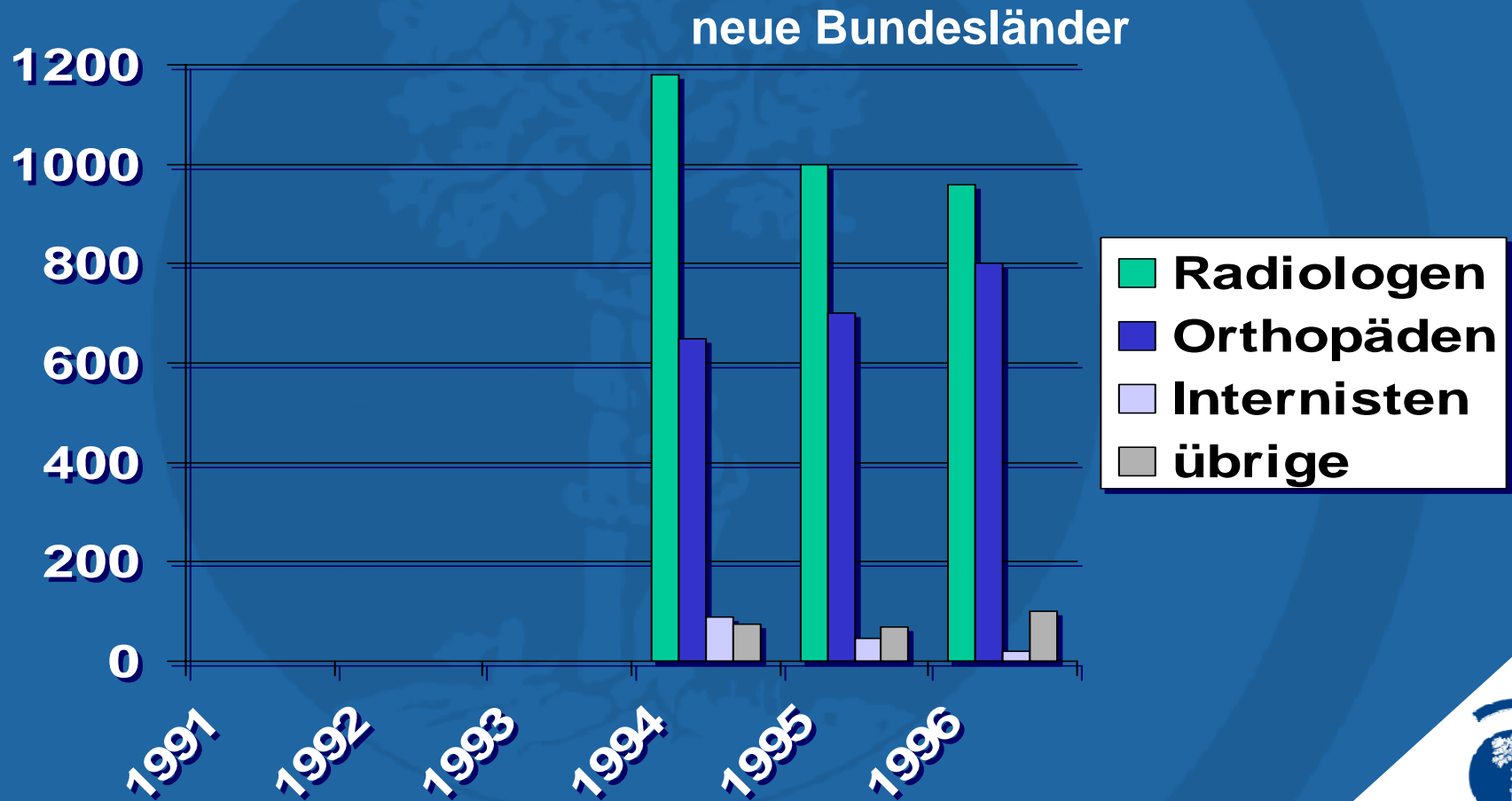
# Entwicklung des Versorgungsniveaus

## Orientierung: Osteodensitometrie

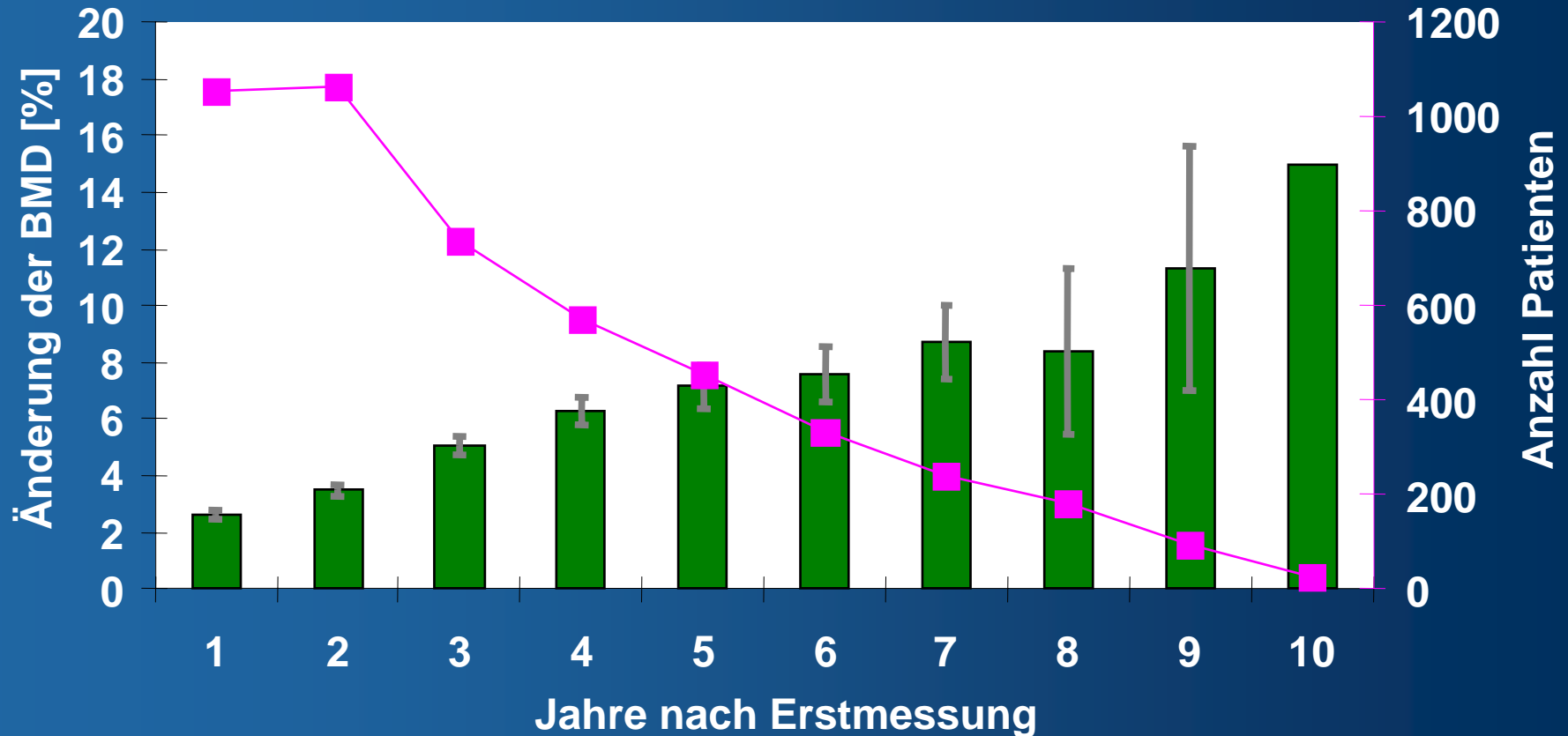
alte Bundesländer



# Entwicklung des Versorgungsniveaus Orientierung: Osteodensitometrie



# Verlauf der BMD bei Frauen



Verlauf der Knochendichte bei Frauen mit einem T-Score < - 2,5 bei der Erstmessung

\* Kein Ausschluss bei fehlender Compliance

\* Keine weitere Messung bei Normalisierung

Quelle:  
PRAXIS für ENDOKRINOLOGIE  
Prof. Heinen, Nürnberg




# Wirksamkeit der Osteoporose-Medikamente

H. Minne 17.11.2000

|                                       | PRCD-Studie | mehrere Studien | konsistente Ergebnisse | Endpunkte Frakturen |         | Risiko/Benefit | Klasse       |
|---------------------------------------|-------------|-----------------|------------------------|---------------------|---------|----------------|--------------|
|                                       |             |                 |                        | Vert.               | Periph. |                |              |
| <b>Risedronat</b>                     | +           | +               | +                      | +                   | +       | +              | <b>A 1/1</b> |
| <b>Alendronat</b>                     | +           | +               | +                      | +                   | +       | +              | <b>A 1/1</b> |
| <b>Raloxifen</b>                      | +           |                 |                        | +                   |         | +              | <b>A ½</b>   |
| <b>Fluoride</b>                       | +           | +               |                        | +/-                 | -       | +              | <b>B1</b>    |
| <b>Calcitonin (nas.)</b>              | +           | -               | -                      | +/-                 | -       | +              | <b>B1</b>    |
| <b>Calcitonin (inj.)</b>              | +           | +               | +                      | -                   | -       | +              | <b>0</b>     |
| <b>Hormonersatztherapie (HRT)</b>     | -           | +               | +                      | +                   | +       | -              | <b>C2</b>    |
| <b>Basistherapie (Vitamin D / ca)</b> | +           |                 |                        | +                   | +       |                | <b>(A1)</b>  |

# Stadien der Osteoporose, Therapiekonsequenz und Kosten, Osteodensitometrie

## Indikation zur Osteodensitometrie bei Risikopatienten ab 2 Risikofaktoren

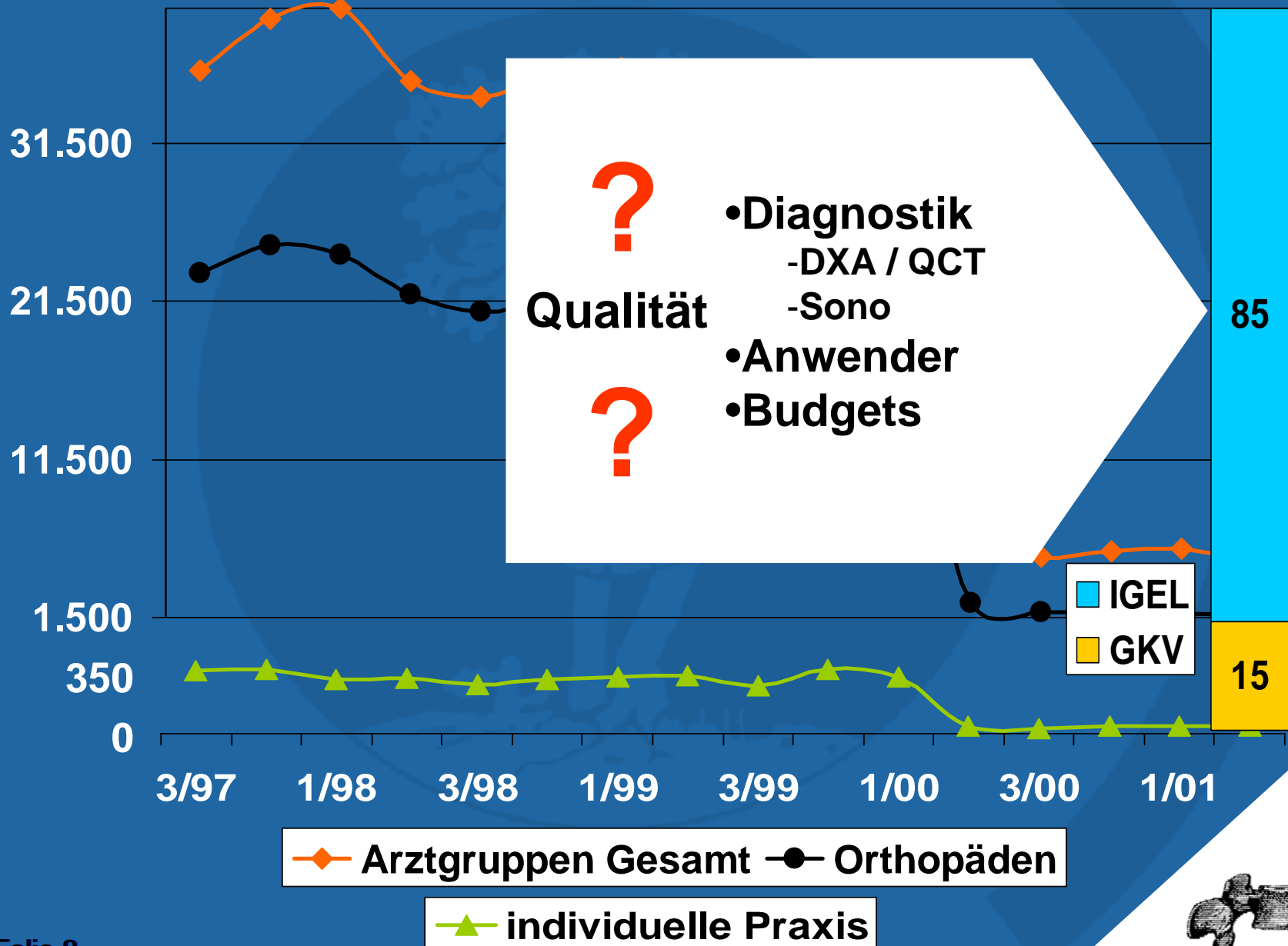
| Krankheitsstadium          | Therapieempfehlung/  | -kosten  | Osteodensitometrie   |
|----------------------------|--|--|--|
| Normal<br>0 – -1 SD        | Prophylaxe:  | ==   | ODM-Kontrolle nach 3 Jahren                                  |
| Osteopenie<br>-1 – -2,5 SD | Calcium / Vit.D / Metabolite<br>Östrogene – NMFP -<br>Raloxifen - Bisphosphonate |  | ODM-Kontrolle jährlich, bei Normalisierung ODM nach 2 Jahren |
| Osteoporose<br>< -2,5 SD   | Calcium / Vit.D / Metabolite<br>Bisphosphonate - Raloxifen<br>Östrogene - NMFP   |  | jährliche Kontrolle  |
| Manifeste Osteoporose      | Calcium / Vit.D / Metabolite<br>Bisphosphonate - Raloxifen<br>Östrogene - NMFP   |  | jährliche Kontrolle  |

Kritisches Merkmal: Low turn over – high turn over-Osteoporose





# Entwicklung der Osteodensitometrie als Leistung der GKV (KV Bayern) 3/97 – 2/01



# Gemeinsamer Beschluss der Spitzenverbände der KK und der KBV Dezember 1999

## EBM-Nr. 5300

Osteodensitometrie als Leistung der GKV nur noch zulässig für Patienten, die eine **Fraktur ohne adäquates Trauma** erlitten haben und bei denen gleichzeitig ein **begründeter Verdacht auf das Vorliegen einer Osteoporose** besteht.



# Konsequenz für die Knochendichtemessung in der GKV

- Osteoporose mit osteoporosebed. Fraktur **ja**
- Fraktur, aber normale Knochendichte **nein**
- Ausgeprägte Osteoporose ohne Fraktur **nein**
- Therapiekontrolle **nein**
- Menopause ohne HRT **nein**
- Hypogonadismus **nein**
- Hyperprolaktinämie **nein**
- pHPT **nein**
- Hypercortisolismus **nein**
- etc. **nein**



# Korrelation: Knochendichte und Frakturrisiko

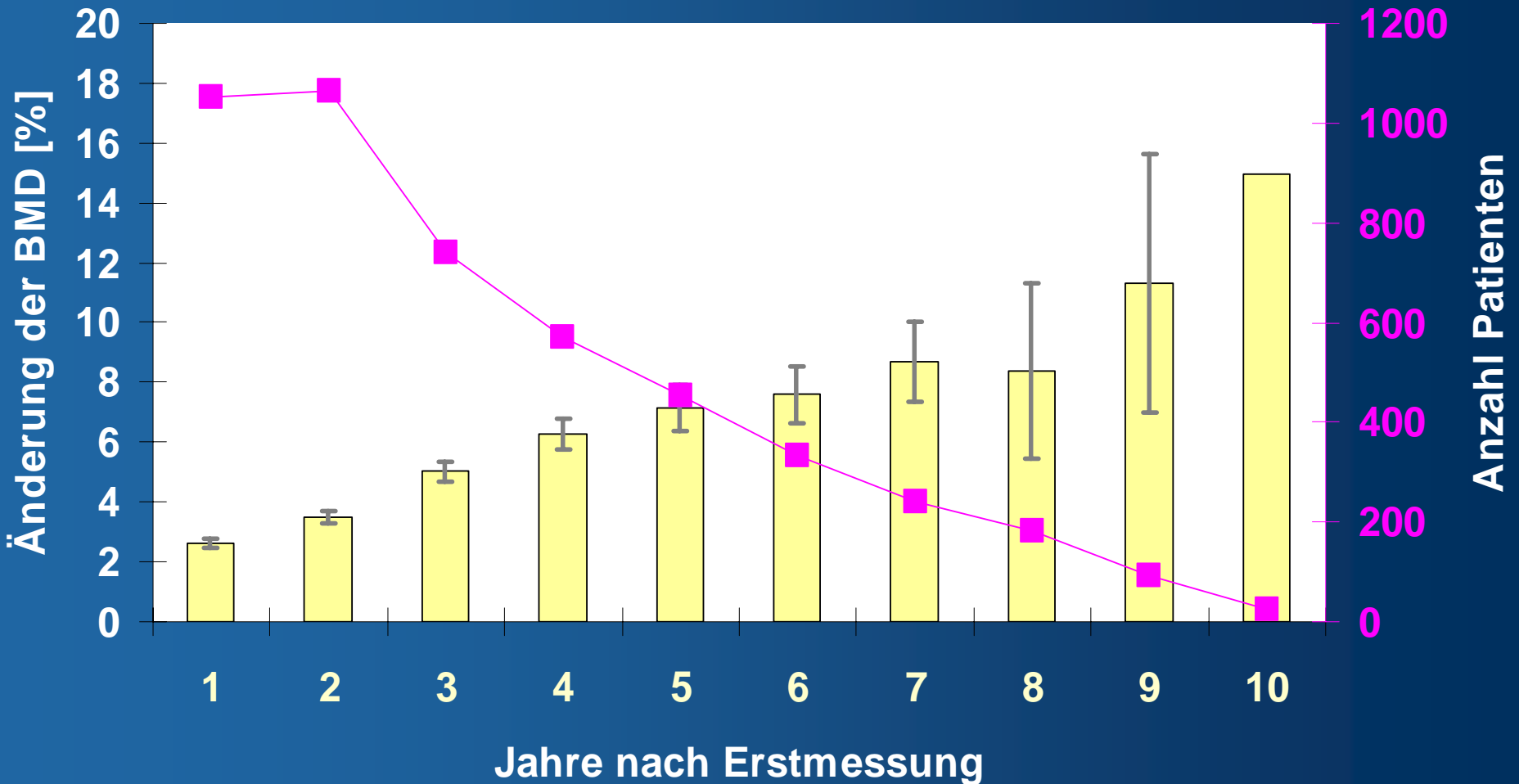
## 1% Knochendichtezuwachs:

- ~ 3% Risikoabnahme der Wirbelkörperfrakturen
- ~ 8% Risikoabnahme nicht vertebraler Frakturen

(Latest Advance in the Treatment of Osteoporosis,  
Cannes 11.10.01)



# Verlauf der BMD bei Männern



Verlauf der Knochendichte bei Männern mit einem T-Score < - 2,5 bei der Erstmessung

Quelle:  
PRAXIS für ENDOKRINOLOGIE  
Prof. Heinen, Nürnberg



# Therapieoptimum - Endpunkt (Fraktur) orientiert

## Option:

Frakturreduktion durch Bisphosphonate 70%

## Kalkulation:

- Osteoporosekranke BRD : 5 Mio.
- Frakturreduktion durch Bisphosphonate 70%
- Restquote 1,5 Mio. Osteoporosekranke -  
**150.000 Patienten mit Frakturen**

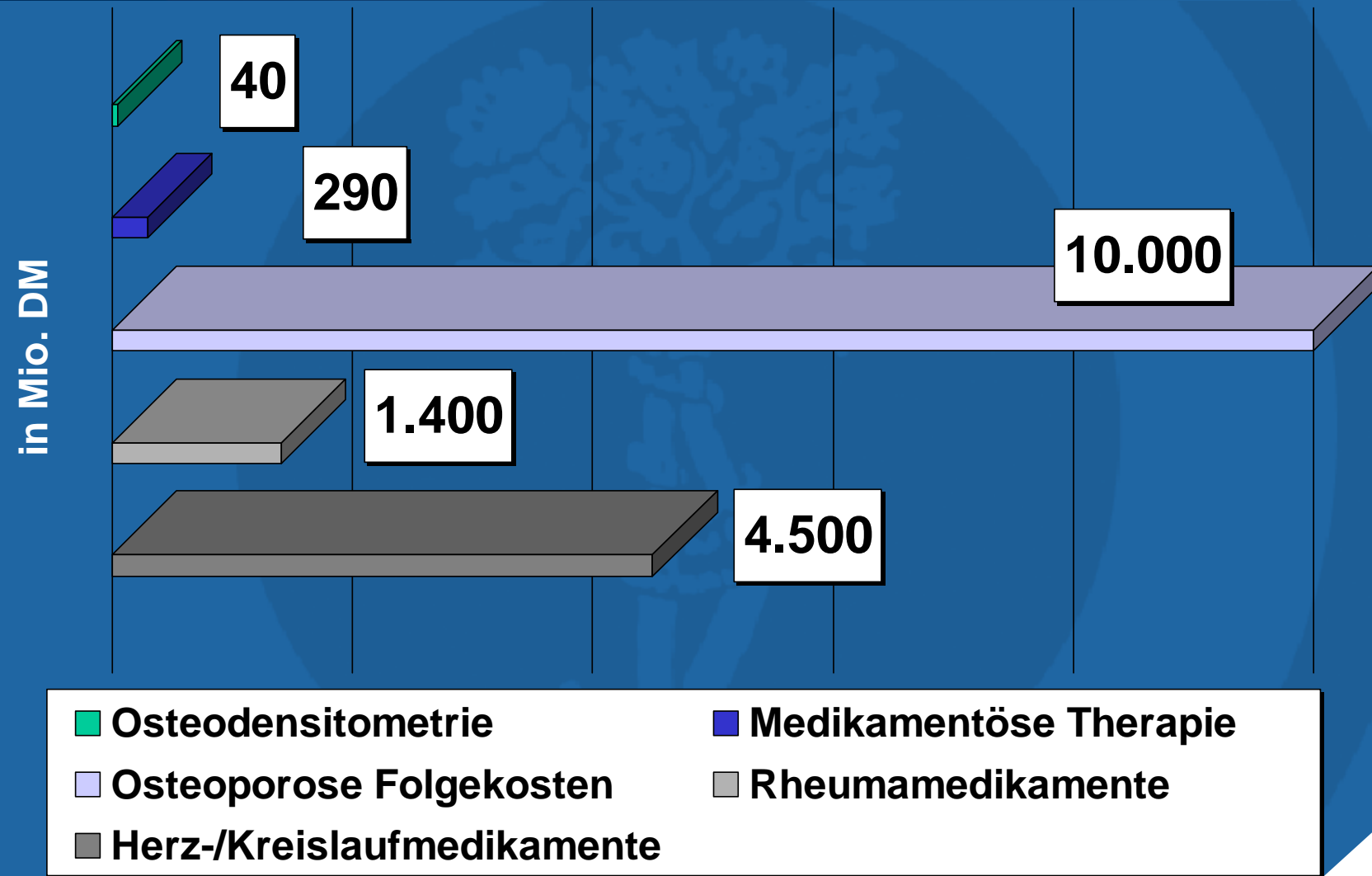
40% WK

35 % SH : 52.500 x 48 TDM = **2,52 Mrd.**

25% peripher



# Kosten skelettärer Erkrankungen am Beispiel der Osteoporose (1996)



# Konsequenz und Versorgungsverbesserung

## Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

### Prinzip:

1. Risikoscreening
2. ODM gestützte Therapie
  - Indikationsbezogene Therapieentscheidung
  - Therapiekontrolle
3. optimierte Compliance

### Optionen:

- Strukturverträge – Disease management
- Befähigungsnachweis Osteologie
- Schwerpunktpraxen





**Konsequente Diagnostik  
und Therapie zahlt sich aus**

**Vielen Dank**

