



Osteologie 2021 virtuell

18.-20.3.2021, Bremen und virtuell

Osteologie 2021 schon wieder virtuell? „Leider ja“, wie die Organisatoren aus Bremen, Prof. Dr. Uwe Maus und Dr. Thomas Brabant sowie DVO-Präsident Prof. Dr. Andreas Kurth, Koblenz, in ihren Grußworten bedauerten. Mit viel Engagement und technischer Finesse gelang es jedoch, einen ausgewogenen osteologischen Themenmix mit Schnittstellen zu Orthopädie und Geriatrie in drei virtuellen Räumen zusammenzustellen. Einzelne Vorträge dieses sehr umfassenden Programms „Osteologie 2021 virtuell“ von 18. bis 20. März 2021 sind nachfolgend zusammengefasst.

COVID-19 UND OSTELOGIE

Gleich zu Beginn wurde das alles dominierende Thema des vergangenen Jahres aus osteologischer Sicht beleuchtet. Die Session stand unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Hans Peter Dimai, Graz, dem aktuellen Präsidenten der ÖGKM (Österreichische Gesellschaft für Knochen und Mineralstoffwechsel).

COVID-19 und Versorgungslücken

Priv.-Doz. Dr. Roland Kocijan, Wien, ließ den ersten strengen Lockdown Review passieren (Anm.: in Österreich von Mitte März bis Ende Mai 2020). Das damalige Motto: „Schau auf dich, bleib zu Hause. So schützen wir uns“ wurde von der Bevölkerung aus osteologischer Sicht (zu) gut angenommen: „Viele Patienten mieden Arztbesuche aus Angst vor Infektionen. Wir wissen aus eigenen Untersuchungen, dass etwa ein Viertel der Patienten im Frühjahr und Sommer 2020 auf ihre antiosteoporotische Folgetherapie verzichtet haben.“

Ähnliche Umfragen wurden laut Kocijan von der IOF und anderen assoziierten Gesellschaften in 53 Ländern durchgeführt [1]. Demnach wurden beispielsweise zwei Drittel der geplanten DXA-Scans nicht durchgeführt. Positiv war hingegen die Nutzung der Möglichkeiten der Telemedizin. Auch die FRAX-Abrufe gingen um 50 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum zurück: „Um diese Versorgungslücken zu schließen, wurden von der IOF und anderen Gesellschaften Empfehlungen zur ver-

besserten Betreuung von Osteoporosepatienten während der Pandemie erarbeitet.“

COVID-19 und Empfehlungen

Kocijan fasste einige dieser Anregungen zusammen: „Wir sollten vermehrt Risikorechner und andere Algorithmen zur Detektion des individuellen Frakturrisikos einsetzen; wir sollten telemedizinische Beratung ausbauen und unsere Patienten motivieren, Trainingsprogramme zu Hause durchzuführen, um das Sturzrisiko zu reduzieren und Muskelkräfte zu stärken.“

Hinsichtlich der Osteoporosetherapie sollten folgende Grundsätze beachtet werden, so Kocijan: „Bei Hochrisikopatienten darf die Einleitung einer spezifischen Therapie nicht verzögert werden. Laufende Therapien wie Denosumab sind im regulären Intervall fortzusetzen, also alle sechs Monate, um das Risiko für Rebound-Frakturen zu senken. ‚Drug holidays‘ für Bisphosphonate sind eine Einzelfallentscheidung unter Berücksichtigung der Knochenumbau-marker. Teriparatid soll ebenfalls fortgeführt werden, bei zu langen Kontrollintervallen kann der Umstieg auf ein orales Bisphosphonat erwogen werden.“ Auf Nachfrage betonte Kocijan, dass laut ersten Daten aus Spanien und anderen Ländern kein erhöhtes Risiko für COVID-19 besteht, wenn Patienten mit Denosumab, Zoledronsäure oder Kalzium behandelt werden.

COVID-19 und Vitamin D

Prof. Dr. Peter Pietschmann, Wien, beleuchtete in seinem Vortrag das (Nicht-)Wissen rund um SARS-CoV-2 und Vitamin D. „Vitamin D ist bekanntermaßen ein zentraler Regulator des Knochenstoffwechsels. Vitamin D hat neben vielen anderen Eigenschaften eine immunmodulierende Wirkung und kann proinflammatorische Zytokine reduzieren.“ Aus einer Metaanalyse [2] geht hervor, dass die Supplementierung mit Vitamin D dazu beitragen kann, akute respiratorische Infekte zu verhindern. Einer aus der asiatisch-pazifischen Region stammenden aktuellen Studie [3] zufolge sind höhere Vitamin-D-Spiegel mit einer signifikant niedrigeren COVID-19-Infektionsrate assoziiert. „Eine israelische Populationsstudie scheint zu bestätigen, dass Vitamin-D-Defizienz gemeinsam mit höherem Lebensalter, Hypertonie und Diabetes mellitus als COVID-19-Risikofaktor gilt“, kommentierte Pietschmann. „Große aussagekräftige Interventionsstudien zu Vitamin D und COVID-19 liegen jedoch noch nicht vor.“

COVID-19: Lockdown und Hüftfrakturen

„Während des ersten Lockdowns waren die physische Aktivität und Mobilisierung älterer Personen eingeschränkt, was zu erhöhter Sturzgefahr beitragen kann“, erläuterte Dr. Oliver Malle, Graz. Auch die Erkrankung COVID-19 per se kann das Sturzrisiko erhöhen. „Wir haben nach dem ersten Lockdown in Österreich eine Analyse durchgeführt, um den Einfluss dieser Einschränkungen auf Hüftfrakturen zu untersuchen. Die Analyse basiert auf Daten der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt AUVA, bei der in Österreich mehr als fünf Millionen Menschen unfallversichert sind“, beschrieb Malle.

Die Auswertung ergab, dass die Gesamtrate an Hüftfrakturen, auch nach Geschlechtern getrennt, nicht anders war als in den Jahren davor. „Auch wenn wir den Frakturverlauf nach Wochen aufgliederten, fand sich zwischen Mitte März und Ende Mai 2020 kein signifikant anderer Verlauf der Hüftfrakturraten als in den Vorjahren.“ Nach Altersgruppen getrennt zeigte sich bei den 50- bis 69-Jährigen sogar eine etwas niedrigere Rate als in den Jahren zuvor. Dieser Unterschied war für Frauen signifikant, allerdings nur im Vergleich mit dem Jahr 2018. „Gleichartige Analysen für den zweiten Lockdown

(Anm.: in Österreich im Spätherbst 2020) sind geplant“, kündigte Malle an.

COVID-19: Lange Therapie ohne Kontrolle

In Fallvignetten zeigte Prof. Dr. Astrid Fahrleitner-Pammer, Graz, und Priv.-Doz. Dr. Christian Muschitz, Wien, weitere Zusammenhänge zwischen COVID-19 und Osteoporose auf. Fahrleitner-Pammer berichtete über eine Patientin, die osteoanabole Therapie über einen sehr langen Zeitraum angewendet hatte, da sie die (in Österreich während der Pandemie geschaffene) Möglichkeit zur telefonischen Rezeptausstellung in Anspruch genommen hatte. Die Patientin musste rasch auf antiresorptive Therapie umgestellt werden. „Sicherheitshalber führten wir eine Skelettszintigrafie durch, diese war trotz der langen osteoanabolen Therapiedauer unauffällig. Wir entschieden uns für Denosumab als antiresorptive Folgetherapie und warten mit Spannung auf die Ergebnisse der Knochendichtemessung im nächsten Jahr.“

COVID-19: Zytokinsturm schädigt Knochen

Muschitz wiederum schilderte den Krankheitsverlauf eines 32-jährigen Patienten ohne Risikofaktoren und Vorerkrankungen, der um den Jahreswechsel 2020/21 wegen COVID-19 intensivmedizinisch an seiner Klinik behandelt wurde. Der mit der Erkrankung assoziierte Zytokinsturm hatte bei diesem Patienten zu schweren respiratorischen und neurologischen Symptomen geführt, die letztlich beherrscht werden konnten. „Beeindruckend waren aber Veränderungen der Parameter des Knochenstoffwechsels zwei Wochen nach der intensivmedizinischen Phase. Wir beobachteten einen tiefen P1NP-Wert mit einem deutlichen Anstieg des CTX-Werts. COVID-19 führte demnach zu einer Beeinträchtigung des Knochenstoffwechsels, sodass wir davon ausgehen müssen, dass der Zytokinsturm möglicherweise auch das Organsystem Knochen nachhaltig schädigt, wie in einigen Publikationen bereits angedeutet wurde“, so das Resümee von Muschitz.

Auszüge aus der Session „COVID-19 aus osteologischer Perspektive“ am 18.3.2021

OSTEOPOROSE: INDIVIDUELLE ENTSCHEIDUNGEN

In einer weiteren Session, organisiert vom BVOD (Bundesverband der Osteologen Deutschland e.V.), standen die individuellen und risikofokussierten Therapieentscheidungen im Vordergrund.

Osteoporose und Sexualsteroid

„Sexualsteroid, insbesondere Östrogene, galten ja zuletzt in der Osteologie als nicht indiziert, geradezu als gefährlich“, berichtete Dr. Bettina Stamm, Saarbrücken. „Das sieht man heute etwas anders.“ Östradiol hat sicher den stärksten Effekt auf die Knochenbildung. Testosteron wirkt auf die Osteoklasten vor allem über die Umwandlung in Östradiol und auf die Osteoblasten direkt, wie die Osteologin ausführte. Fallen Östradiol und Testosteron ab, so überwiegt der Nettoverlust an Knochenmasse.

„Derzeit spricht die Nutzen-Risiko-Abwägung für eine Hormonersatztherapie bei Frauen unter 60 Jahren, die höchstens zehn Jahre postmenopausal sind und klimakterische Beschwerden haben, sofern kein erhöhtes Risiko für unerwünschte Ereignisse besteht“, fasste Stamm die wichtigsten Aussagen einer Publikation zum Thema zusammen [4]. Für die Therapie mit Testosteron bei Männern gibt es weniger konsistente Daten, wie Stamm anmerkte. „Sie kann aber auf Basis individueller Therapieentscheidungen sinnvoll sein.“

Osteoporose und Frakturrisiko

Das Risiko für eine Folgefraktur nach einer bereits eingetretenen osteoporotischen Fraktur ist in den ersten zwei Jahren am höchsten, nämlich um den Faktor zwei bis fünf erhöht [5]. „Deshalb ist in dieser Phase eine rasche und wirksame Therapie besonders wichtig“, erklärte Prof. Dr. Hans-Christof Schober, Rostock.

„Die wesentlichen Risikofaktoren sind frühere Fragilitätsfrakturen, Lebensalter und Knochendichte, aber auch Faktoren wie weibliches Geschlecht, BMI <20kg/m², Frakturen in der Familienanamnese, Rauchen, Alkohol (>3 Einheiten/Tag), Glukokortikoide und verschiedene Grundkrankheiten.“

Schober ergänzte: „Eine Auswertung der Daten von 13.312 Patientinnen (11.738 Frauen und 1.574 Männer),

die im deutschen Osteoporoseregister erfasst sind, zeigte, dass das Alter nur bei Frauen signifikant mit dem Frakturrisiko assoziiert ist.“ Ergänzend zu den bekannten Algorithmen empfiehlt Schober die Durchführung eines sehr einfachen Tests zur Risikostratifizierung: „Ein beeinträchtigter Tandemstand ist ein bedeutsamer Risikofaktor für Frakturen bei beiden Geschlechtern. Ein beeinträchtigter Chair-Rising-Test hingegen gilt als signifikanter Risikofaktor speziell für Frauen.“

Risikoadaptierte Osteoporosetherapie

„Das Risiko für osteoporotische Folgefrakturen hängt stark von der Lokalisation der Vorfraktur ab“, ergänzte Dr. Alexander Defèr, Dresden. Aus der Manitoba-Kohortenstudie mit fast 40.000 Patienten ist bekannt, dass das Folgefrakturrisiko nach Wirbelkörperfraktur am höchsten ist, gefolgt von Humerus, Becken und Hüfte [6]. „Jeder Patient sollte 1.000 mg Kalzium täglich und – sofern der Vitamin-D-Status defizient ist – auch Vitamin D erhalten. Wenn ein hohes Frakturrisiko besteht und bereits osteoporotische Frakturen vorliegen, ist eine knochenanabole Therapie mit Teriparatid oder Romosozumab indiziert, zwingend gefolgt von einer antiresorptiven Behandlung“, erinnerte Defèr. „Ist das Frakturrisiko moderat, kann zunächst mit einem oralen Bisphosphonat begonnen werden, jeweils in Kombination mit Kalzium und Vitamin D. Bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten kann natürlich von Anfang an als antiresorptive Therapie bei beiden Geschlechtern Denosumab gewählt werden; bei ausbleibendem Therapieerfolg unter oralen und parenteralen Bisphosphonaten kann ebenfalls auf Denosumab gewechselt werden“, skizzierte Defèr. „Bei jeder Therapieentscheidung sind Lebensalter, bestehende Komorbiditäten und Zahnstatus zu berücksichtigen.“

Auszüge aus der Session „BVOD: Individuelle Therapie – risikofokussiert“ am 19.3.2021

Alternde Gesellschaft = Gebrechliche Gesellschaft?

Satellitensymposium der Firma Amgen; 19.3.2021, Bremen und virtuell

„Wir leben in einer alternden Gesellschaft, da die Babyboomer langsam, aber sicher das Pensionsalter erreichen“, erinnerte Prof. Dr. Andreas Kurth, DVO-Präsident und Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein in Koblenz, zu Beginn eines DVO-Symposiums an den demografischen Wandel in Deutschland [4].

„Wir müssen schon heute über die Prävention der Osteoporose und die Versorgung der Osteoporosepatienten von morgen denken.“ Dabei gelte es, nicht nur Frakturen per se, sondern die Entwicklung eines umfassenderen Dysmobilitäts-Syndroms zu verhindern, das mit Frailty, Sarkopenie, abnehmender Muskelmasse, Adipositas, erhöhtem Sturzrisiko bis hin zu Knochenbrüchen einhergehe, so Kurth.

Frakturrisiko bei jeder zweiten Frau ab 50

„Im höheren Lebensalter kommt es zu einem exponentiellen Anstieg von Wirbelkörper- und vor allem von Hüftfrakturen, für deren Versorgung wir entsprechende Kapazitäten schaffen müssen.“ Kurth verwies auf die bekannte Arbeit von Kanis JA und Kollegen [7], wonach das Risiko, jenseits des 50. Lebensjahres eine Fraktur zu erleiden, für Frauen 46 Prozent und für Männer immerhin noch 22 Prozent betrage. Auch die Versorgung nach einer osteoporotischen Fraktur lasse nach wie vor zu wünschen übrig: Nur knapp 40 Prozent werden adäquat versorgt [8]. „Bei Frauen mit hohem Frakturrisiko, die noch keine Osteoporosediagnose erhalten haben, ist die Therapielücke noch größer“, ergänzte Kurth [9].

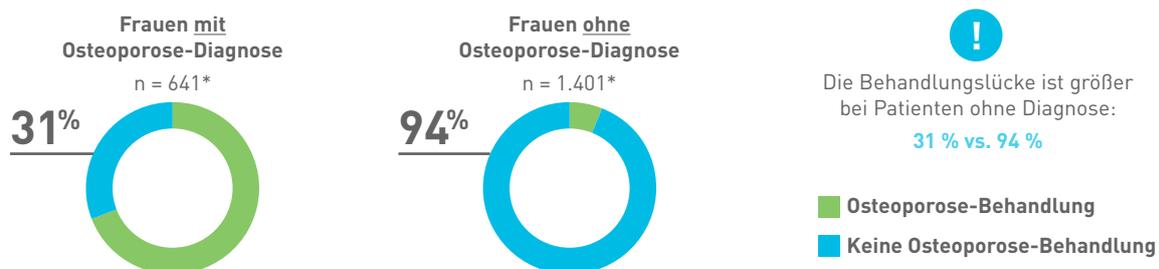
DVO-Leitlinien beachten

Erfreulich hingegen sei, dass die DVO-Leitlinien zunehmend bei der Wahl der spezifischen antiosteoporotischen Primärtherapie beachtet werden. Das betreffe nicht nur Medikamente, sondern auch begleitende Maßnahmen wie Bewegung. Zudem konnte die öffentliche Wahrnehmung des Krankheitsbildes Osteoporose dank verschiedener Informationskampagnen geschärft werden, wie Kurth ausführte, und das Disease Management Programm (DMP) Osteoporose als strukturiertes Versorgungsprogramm wurde bereits beschlossen. „Derzeit arbeiten wir an der Implementierung.“

Alternd und gebrechlich

„Die Begriffe alternde Gesellschaft und gebrechliche Gesellschaft müssen differenziert betrachtet werden“, kommentierte Prof. Dr. Ralf Schmidmaier, LMU Klinikum München, Medizinische Klinik und Poliklinik IV (Schwerpunkt Akutgeriatrie). Er erinnerte an die Definition der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie aus 2007, wonach „der geriatrische Patient entweder ein Lebensalter über 70 Jahre plus eine geriatritypische Multimorbidität hat oder eben über 80 Jahre alt ist und damit eine regelhafte

Therapie bei bestätigter Diagnose



* n = 2.077; davon n = 35 Patienten ohne Angabe zur Diagnose.

Abbildung 1: Osteoporose-Therapie bei Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko. Modifiziert nach [9]

Vulnerabilität aufweist“. Im Kontext der Osteoporose, so Schmidmaier, müsse das Zusammenspiel Knochen und Muskeln, die Osteosarkopenie und generell die Frage der Diagnostik und Behandlung von sehr alten Patienten beachtet werden. „Denn gerade die Fraktur im hohen Lebensalter ist häufig mit Autonomieverlust und dauerhaftem Pflegebedarf verbunden.“

Die vier „I“ der Geriatrie

Um ein korrektes, multidimensionales geriatrisches Basisassessment durchzuführen, benötigt ein interdisziplinäres Team einen Zeitaufwand von mindestens 3,5 Stunden, erläuterte Schmidmaier. „Wir empfehlen daher im klinischen Alltag, zumindest auf die vier „I“ zu achten, nämlich Immobilität mit Sturzneigung und Sarkopenie, Instabilität mit Frailty und Gebrechlichkeit sowie Inkontinenz und intellektueller Abbau.“ Kumulierung, Interaktionen und Überlappungen dieser chronischen Erkrankungen führen zu einer progressiven Aggravierung der Symptomatik, wie Schmidmaier verdeutlichte. „Und genau diese Patienten haben aufgrund ihrer Einschränkungen einen erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung und sind daher vulnerabel für

Stressoren. Das Risiko für Stürze, Disability, Hospitalisation und Tod steigt deutlich an.“

Sturzrisiko verringern

Die basistherapeutischen Maßnahmen bei Sarkopenie und Osteoporose sind vergleichbar, betonte Schmidmaier: „Spezifische Therapeutika sind allerdings nur für Osteoporose zugelassen.“ Möglicherweise, so Schmidmaier, könnten antiresorptive Osteoporosemedikamente dazu beitragen, das Sturzrisiko zu verringern. „In der FREEDOM-Zulassungsstudie für den RANKL-Inhibitor Denosumab beispielsweise sahen wir, dass Patienten aus der Verumgruppe ein signifikant geringeres Sturzrisiko hatten [10].“ Inzwischen gibt es einen Review, wonach Denosumab das Sturzrisiko um 21 Prozent verringern könne [11], ergänzte Schmidmaier.

Der Effekt von Denosumab auf die Muskelfunktion und damit das Sturzrisiko sei ausgeprägter als unter Bisphosphonaten und könnte eventuell auf den Mechanismus der RANKL-Inhibierung zurückzuführen sein [12]. Schmidmaier merkte zudem an, dass es bei Denosumab* keine Kontraindikation bei eingeschränkter Nierenfunktion gebe.

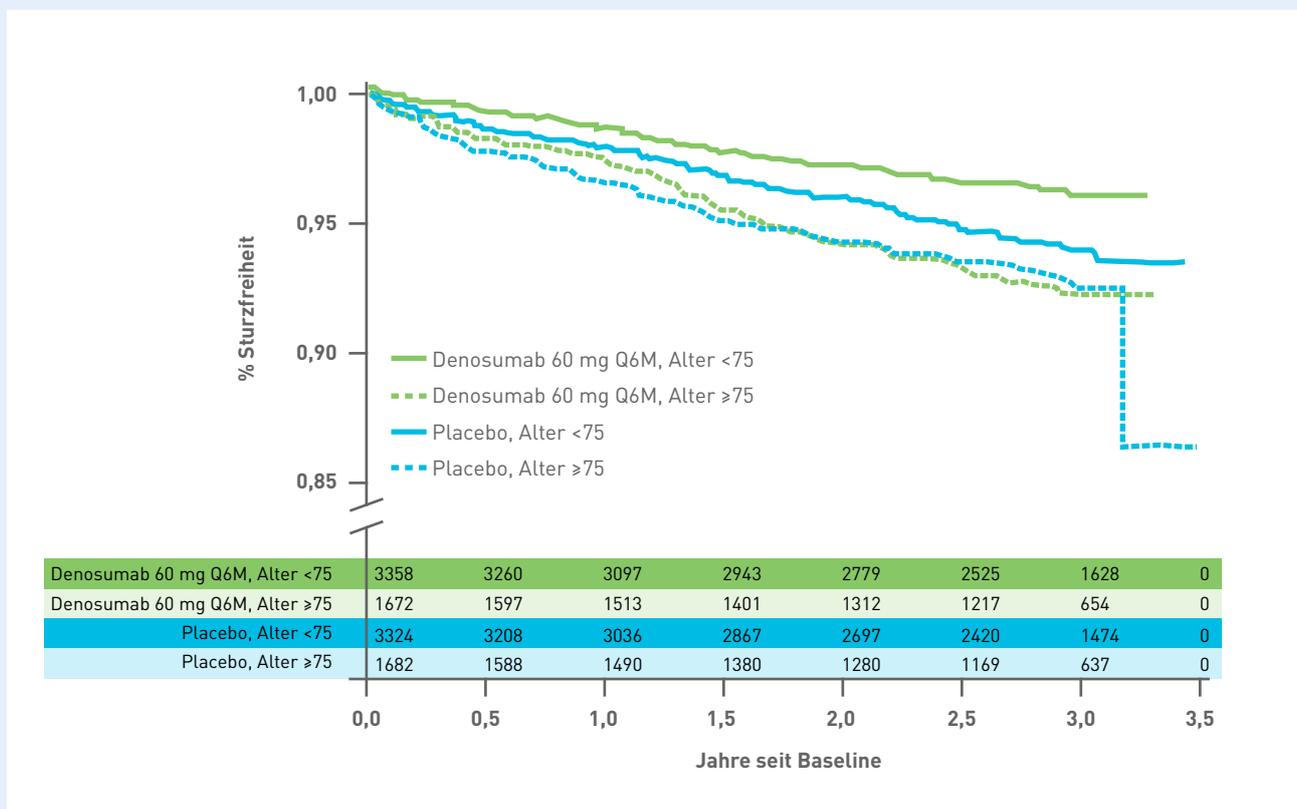


Abbildung 2: Kaplan-Meier-Kurve der gepoolten Sturz-Inzidenz im Studienverlauf, aufgeschlüsselt nach Altersgruppe (<75 Jahre und ≥ 75 Jahre) sowie Therapie (Denosumab und Placebo). Angegeben sind zusätzlich die zum entsprechenden Zeitpunkt eingeschlossenen Patienten. Modifiziert nach [11].

Auch ältere Patienten profitieren von der Behandlung „Höheres Lebensalter ist explizit kein Grund, nicht zu intervenieren. Denn die Time to Benefit ist unter spezifischer Osteoporosetherapie sehr kurz und die Wirksamkeit bei älteren Patienten vergleichbar mit jüngeren“, betonte Schmidmaier abschließend und verwies auf eine Subgruppenanalyse von FREEDOM [13], in der die Wirksamkeit von Denosumab hinsichtlich der signifikanten Reduktion von Hüftfrakturen versus Placebo bei über 75-Jährigen eigens nachgewiesen werden konnte.

Bedeutung der proximalen Femurfraktur

Prof. Dr. Benjamin Bücking, Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Alterstraumatologie, DRK-Kliniken Nordhessen in Kassel, beleuchtete in seinem Vortrag den „Klassiker“ der Alterstraumatologie, die proximale Femurfraktur. „Dem Statistischen Zentralamt zufolge hat diese Frakturrenntität allein zwischen 2000 und 2017 in Deutschland um 37 Prozent zugenommen, trotz der Vielzahl an zweifelsohne effektiven Präventionsmaßnahmen. Hüftfrakturen sind daher nach wie vor dominant in der Alterstraumatologie, sowohl die Fallzahlen als auch die Krankheitslast betreffend. Und die meisten dieser Patienten weisen Komorbiditäten auf, wie bereits mein Vorredner thematisierte: Zwei Drittel sind gebrechlich, mehr als die Hälfte leidet an Demenz, Delir oder Depression.“ Die proximale Femurfraktur dürfe daher nicht als isoliertes Frakturgeschehen, sondern müsse als orthogeriatrisches Syndrom beschrieben werden.

Interdisziplinäre und multiprofessionelle Schnittstellen

„Wir benötigen eine frühzeitige chirurgische Versorgung, um Immobilisierungen und damit weitere Komplikationen wie Pneumonien zu vermeiden“, fasste Bücking zusammen und ergänzte, dass mit modernen chirurgischen Methoden und Anästhesiemöglichkeiten auch ältere Menschen ganz klar von einer Operation profitieren. „Diese und weitere Genesungsschritte sollten stan-

dardisierten interdisziplinären und multiprofessionellen Protokollen bis hin zum Entlassungsmanagement folgen.“ Als Beispiele nannte Bücking neben der Koordination zwischen Unfallchirurgie und Geriatrie die Einbeziehung von Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialdienst. Solche abgestimmte Behandlungspfade werden laufend im Rahmen eines interdisziplinären Projektes aktualisiert und wissenschaftlich begleitet (www.alterstraumazentrum-dgu.de). „Seit 2014 konnten wir über 100 Kliniken nach diesen Kriterien zertifizieren, und wir haben auch Kliniken in Österreich, der Schweiz und Slowenien, die sich diesem Projekt anschließen.“

Strukturierte Versorgungsprozesse

Inzwischen ist es gelungen, mit diesem strukturierten orthogeriatrischen Co-Management einen dauerhaften Überlebensvorteil nach Hüftfraktur zu erreichen [14]. „Seit Anfang 2021 ist zudem eine G-BA-Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur in Kraft, mit Struktur- und Prozessanforderung etwa hinsichtlich zeitnaher operativer und notfallmedizinischer Versorgung, unfallchirurgisch-geriatrischer Kooperationen und täglicher Physiotherapie, um Mobilität und Lebensqualität nach solchen Frakturen zu erhalten.“

Darüber hinaus, so Bücking, müssten Nachsorge und Osteoporosetherapie forciert werden, die nicht Teil dieser Richtlinie sind. „Dazu zählen das Verschreiben einer Vitamin-D-Therapie sowie die Einleitung einer spezifischen Osteoporosetherapie, etwa mit Bisphosphonaten oder Denosumab.“ Die Versorgung nach Entlassung sollte idealerweise in Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich erfolgen, etwa im Rahmen eines FLS oder Osteoporosenetzwerks, empfahl Bücking.

Auszüge aus der Session „Alternde Gesellschaft = Gebrechliche Gesellschaft“? Satellitensymposium der Firma Amgen, 19.3.2021.

DVO-Session

Der schon traditionelle Abschluss der Jahrestagung war die „DVO-Session“ unter dem Vorsitz von DVO-Präsident Prof. Dr. Andreas Kurth aus Koblenz (Ko-Vorsitz: Prof. Dr. Peyman Hadji, Frankfurt). Nachfolgend werden einige Berichtspunkte zusammengefasst (sofern nicht anders gekennzeichnet, wurde von A. Kurth berichtet):

Neue Website

Die neue Website www.struktur-bei-fraktur.de ist online (Bericht: C. Niedhart). Diese soll das Netzwerk und den Kontakt zwischen Kliniken und den niedergelassenen Bereich für eine koordinierte Post-Fraktur-Versorgung stärken. Die Seite ist im Aufbau, enthält aber schon wertvolle Elemente wie Hinweise zum Entlass-Management, Toolboxen mit Risikoassessoren, aktuelle Studiendaten sowie einen Überblick zu gesetzlichen Vorgaben.



Abbildung 3: Neue Webseite zur strukturierten Versorgung nach Fraktur: www.struktur-bei-fraktur.de

Neue Fachgesellschaften

Zwei neue Fachgesellschaften wurden im vergangenen Jahr in den DVO aufgenommen: Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) und die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI). Die beiden Gesellschaften konnten im Rahmen der „Osteologie 2021“ bereits ein erfolgreiches Symposium ausrichten.

Neues DMP

Die Implementierung des Disease Management Program (DMP) Osteoporose erfordert großes Engagement. Der G-BA-Beschluss für die Notwendigkeit eines solchen strukturierten Versorgungsprogramms trat bereits 2020 in Kraft. Aktuell wird bei den politischen Stakeholdern Überzeugungsarbeit für die Notwendigkeit einer breit-

flächigen Implementierung geleistet. Die Rahmenbedingungen sind schwierig (Wahljahr, Pandemie). Sobald das erste regionale DMP Osteoporose gestartet werden kann, soll es als „Blaupause“ für andere Regionen genutzt werden.

Neue Awarenesskampagne

Eine Awarenesskampagne „Knochen.Stark.Macher. Das Aktionsbündnis Osteoporose“ wurde initiiert und bereits digital (www.aktionsbuenndnis-osteoporose.de, App, sowie weitere soziale Medien) und traditionell (z.B. Plakate, Printmedien) ausgerollt. Die Kampagne mit dem pointierten Leitsatz: „Sind wir noch ganz dicht?“ steht unter der Schirmherrschaft des DVO und wird von Industrie, Politik und zahlreichen Fachgesellschaften unterstützt. Mit der Kampagne soll die Erkrankung Osteoporose in der breiten Bevölkerung bekannter gemacht und die Situation von Osteoporosepatienten in Deutschland verbessern. Eine Auftaktveranstaltung im „dbb forum Berlin“ fand bereits in hybrider Form statt und stieß auf breites mediales Interesse. Erste Kontakte, Zugriffsraten und Verweildauer auf den diversen Kanälen der Kampagne sind vielversprechend.



Neue Leitlinie

Das „Aktionsbündnis Osteoporose“ konnte zudem einen Beitrag zur Finanzierung des Risikorechners und der immer kostenintensiveren Leitlinienaktualisierung leisten. Sowohl die aktualisierte Leitlinie als auch der darin eingebettete neue evidenzbasierte Risikorechner sollen, so der Plan, Ende 2021 verfügbar sein.

Neuer Termin

Im nächsten Jahr soll (hoffentlich) ein Präsenzkongress wieder möglich sein: Die Jahrestagung „Osteologie 2022“ findet vom 17. bis 19. März 2022 in Baden-Baden statt. Der Kongress wird in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie ausgetragen. Das Leitthema „Osteologie meets Endokrinologie“ soll interaktiv, interdisziplinär und international aufbereitet werden.

Auszüge aus der DVO-Session am 20.3.2021

Osteologie: Highlights aus 30 Jahren

„Wir feiern das 30-jährige Jubiläum der Zeitschrift Osteologie/Osteology, und das ist eine Erfolgsgeschichte“, berichtete Prof. Dr. Franz Jakob, Muskuloskelettales Zentrum, Universitätsklinikum Würzburg. „Obwohl die ersten Publikationen zur Osteologie schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erschienen, hat sich der Begriff erst in den letzten Jahrzehnten wirklich etabliert“, so Jakob. „Heute ist die Osteologie eine emanzipierte, evidenzbasierte Wissenschaft.“

1991 erschien der erste Jahrgang der Zeitschrift, die seit 2017 bei Thieme publiziert wird. Der 2008 gegründete interdisziplinäre Dachverband Osteologie (DVO e.V.), der seither auch als Herausgeber der Zeitschrift fungiert, umfasst 20 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus Deutschland, der Schweiz und Österreich. „Wir konnten bereits Leitlinien der höchsten Qualitätsstufe erstellen“, blickte Jakob zurück. „In Zukunft möchten wir verstärkt seltene Erkrankungen im Muskel- und Knochenbereich einbinden, vor allem in puncto Pathomechanismen, Signaltransduktionswege und therapeutische Ansätze.“

Thieme-Preis 2021 vergeben

Im zweiten Teil des Symposiums wurde der Thieme-Osteologie-Preis 2021 verliehen. „Mit diesem Preis wollen wir die osteologische Forschung und den wissenschaftlichen Austausch würdigen“, betonte Sonja Schmid, Executive Editor Medizin beim Georg-Thieme-Verlag.

Preisträgerin 2021 ist Dr. Mahdiah Shojaa, Institut für Medizinische Physik und Mikrogewebetechnik, Universität Erlangen-Nürnberg. Sie erarbeitete mit ihren Mitautoren eine systematische Übersicht und Metaanalyse zu den Effekten verschiedener Trainingsformen auf den Knochenmineralgehalt postmenopausaler Frauen [15]. Denn bislang gab es keinen Konsens hinsichtlich des für die Verbesserung der Knochenmineraldichte (BMD) günstigsten Trainingsprotokolls.

Insgesamt 75 Studien mit 5.300 Teilnehmerinnen wurden in die Analyse aufgenommen. Die wichtigsten Ergebnisse: Training zeigte einen signifikanten Effekt auf die BMD, allerdings mit insgesamt niedriger Effektgröße (0,37) bei starker Heterogenität ($I^2=73,2\%$). Zwar fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen einzelnen Trainingsarten, aber die Gruppe, die Springen, Widerstands- und Gewichtstraining kombinierte, zeigte den numerisch besten Erfolg. „Körperliche Bewegung kann die BMD an der Lendenwirbelsäule bei postmenopausalen Frauen erhöhen, wobei Multikomponententraining am besten wirkt; aufgrund der vorhandenen heterogenen Datenlage kann jedoch keine eindeutige Empfehlung ausgesprochen werden“, fasste Shojaa zusammen.

Auszüge aus der Session „Best of Osteology 2020 und 30 Jahre Osteologie – ein denkwürdiges Jubiläum“ am 18.3.2021

Ein Bericht von Dr. med. Uli Kiesswetter, Perchtoldsdorf, Österreich

Referenzen

- * Fachinformation Prolia® (Denosumab)
- 1. Fuggle NR, Osteoporos Int 2021
- 2. Martineau AR, BMJ 2017
- 3. Yacav D, Int J Clin Biochem 2021
- 4. Rozenberg S, Osteoporos Int 2020
- 5. Ferrari S, Swiss Med Wkly 2020
- 6. Morin SN, J Bone Miner Res 2014
- 7. Kanis A Osteoporosis Int 2000
- 8. Hadji P et al., Osteologie 2019
- 9. McCloskey E et al., Osteoporosis Int 2020
- 10. Cummings et al., New Engl J Med 2009
- 11. Chotiyarnwong P et al., J Bone Min Res 2020
- 12. Bonnet N et al., J Clin Invest 2019
- 13. Boonen S et al., J Clin Endocrinol Metab 2011
- 14. Rapp K et al., Dtsch Arztebl Int 2020
- 15. Shojaa M et al. Osteologie 2020; 29(03):179-193