

medQN news

Neuigkeiten aus den Fachgebieten

Ärztebrief 17

📌 Dialyse in Zeiten von Corona



Patienten stationär, davon 16 Patienten intensivmedizinisch behandelt. 15 Patienten (26,8%) verstarben. Als Patienten mit besonders schlechter Prognose wurden Dialysepatienten mit einem kardio-renalen Syndrom identifiziert.

Aufgeschreckt durch die Berichte aus der Lombardei und der Befürchtung, eben-

Dialysepatienten gehören zum Hochrisikokollektiv im Rahmen der Corona-Pandemie. Viele von ihnen sind über 70 Jahre alt und leiden zudem an arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus und kardiovaskulären Erkrankungen, die für sich selbst schon als Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 gelten. Dazu muss die Dialysebehandlung auch unter den Bedingungen einer Pandemie fortgeführt werden, da die Patienten ansonsten nach einigen Tagen an den Folgen des chronischen Nierenversagens versterben würden.

Erste vorliegende Daten sprechen für eine hohe Letalität von COVID-19 bei Dialysepatienten. Der Bericht eines Dialysezentrums in Wuhan, China, berichtete über 42 Dialysepatienten mit COVID-19, von denen 10 Patienten verstarben. Daten der ERA/EDTA (Europäische Nierengesellschaft) zeigen in einer zwischenzeitlichen Auswertung vom 06.05.2020 eine Mortalität von 20% bei Dialysepatienten mit COVID-19. In einer Beobachtungsstudie der Ruhr Universität Bochum, Medizinische Klinik Marienhospital Herne, mit 56 mit SARS-CoV2 infizierten Dialysepatienten, wurden 13 Patienten mit leichtem Verlauf ambulant, 43

falls von einer Welle infizierter Patienten überrollt zu werden, haben sich die Bochumer Dialysepraxen und die Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten der Augusta Kranken Anstalt bereits am 16.03.2020 getroffen, um ein gemeinsames Konzept für die Versorgung der Dialysepatienten zu besprechen. Dabei war klar, dass dieses Problem nicht allein durch eine stationäre oder teilstationäre Behandlung infizierter Dialysepatienten gelöst werden kann. Die Dialysepraxen haben sich darauf verständigt, sich bei der Versorgung von infizierten Patienten, die aufgrund des Krankheitsverlaufes keiner stationären Behandlung bedürfen, sowohl hinsichtlich der Räumlichkeiten als auch durch ggf. notwendigen Austausch von Ärzten und Personal, gegenseitig zu unterstützen. Das von uns erarbeitete Konzept wurde mit dem Gesundheitsamt der Stadt Bochum sowie mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe abgesprochen und für gut befunden.

Zu Beginn der Pandemie war sicherlich die unzureichende Versorgung mit Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln das drängendste Problem, welches wir vor allem über persönlichen Einsatz,

- 📌 Dialyse in Zeiten von Corona 1
- 📌 Taxifahrer: „Ihr Coronatest ist positiv“ 2
- 📌 Diabetesbehandlung im Rahmen der Corona-Pandemie..... 4
- 📌 Osteoporose bei oraler Antikoagulation..... 4
- 📌 Vermeidung von Schlaganfällen 4
- 📌 Calcium und Vitamin D Supplementation 5
- 📌 Ein Lichtblick am Horizont..... 5
- 📌 Ernährungs-kompetenz 6

📌 Impressum:

Herausgeber:
Med-QN Netzbüro, www.medqn.de
Tel.: (0234) 547 54 53,
Redaktion: Prof. Georg Juckel,
Dr. Michael Tenholt

Gestaltung: Brigitte Mayer,
www.b-m-grafikdesign.de
Fotos: AdobeStock:
© Peter Atkins (1)
© Tyler Olson + privat (2)
© Proxima Studio (3)
© Andrey Popov © joyfotoliakid (4)
© TANABOON (5) © mizina (6)

bestehende Kontakte und vielfältigen Anfragen zufriedenstellend lösen konnten. Mittlerweile sind die Praxen ausreichend mit Schutzausrüstung versorgt. Lediglich bei der Beschaffung mit Handschuhen müssen wir aufgrund der Lieferengpässe auf Handschuhe mit schlechterer Qualität zurückgreifen.

Erfreulicherweise sind die Dialysepraxen bisher von größeren Ausbrüchen von COVID-19 verschont geblieben. Ob dies im Rahmen der zweiten Welle ebenfalls so sein wird, bleibt abzuwarten. Bisher hat unsere Praxis drei Dialysepatienten, davon zwei Patienten über 80 Jahren und mit Begleiterkrankungen, mit einer Infektion mit SARS-CoV2 unter den entsprechenden Isolationsbedingungen und mit Schutzkleidung für das Personal, behandelt. Erfreulicherweise haben alle drei Patienten die Erkrankung ohne Folgeschäden gut überstanden, lediglich ein Patient hatte in den ersten Tagen



wiederholt Fieberschübe und möglicherweise eine pulmonale Beteiligung mit geringem Sauerstoffbedarf während der Dialysebehandlungen.

Daneben haben wir immer wieder Patienten, die wir aufgrund von Fieber und/oder einem Infekt der oberen Atemwege als auch wegen eines stattgefundenen Kontaktes zu einer mit SARS-CoV2 infizierten Person isoliert behandeln, bis wir einen

negativen Befund des Rachenabstriches auf SARS-CoV2 (PCR) erhalten.

Daten der von uns behandelten Patienten übertragen wir regelmäßig an das deutsche COVID-19 Register für Dialysepatienten. Zudem sind unsere Behandlungsdaten in die erste Auswertung der ERA/EDTA als auch in die ebenfalls oben erwähnte Beobachtungsstudie des Marienhospitals Herne, Ruhr Universität Bochum eingeflossen.

Bei den derzeit wieder ansteigenden Fallzahlen appellieren wir dringend an unsere Dialysepatienten, sich an die AHA-Regeln (Abstand halten, Hygienevorschriften beachten, Alltagsmaske tragen) zu halten und ihre sozialen Kontakte zu minimieren. Gleiches gilt auch für uns Ärzte sowie unsere Mitarbeiter.

*Dr. med. Lutz Fricke
Nephrologische und diabetologische
Schwerpunktpraxis Bochum*

Quellen:

Yiqiong Ma et al., COVID-19 in hemodialysis (HD) patients, report from one HD-center in Wuhan, China, <https://doi.org/10.1101/2020.02.24.20027201>

ERACODA: The ERA-EDTA COVID-19 Database for KRT patients, 6 May 2020, era-edta.org/en/wp-content/uploads/2020/05/ERACODA-Study-Report-2020-05.pdf

M. Seidel et al., Impact of renal disease and comorbidities on mortality in hemodialysis patients with COVID-19, a multicenter experience from Germany, *Journal of Nephrology*, <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00828-8>, published online 17.08.2020



Interview mit Hans-Jürgen Olejniczak (79), dialysepflichtiger Diabetes Typ-2-Patient, COVID 19 genesen

Herr Olejniczak, seit wann haben Sie Typ-2-Diabetes?

Diabetes wurde bei mir 2012 festgestellt, als ich mit einem Schlaganfall ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Womöglich hatte ich den Diabetes schon Jahre vorher, man merkt ihn ja nicht. Aber ich

„Und dann sagt der Taxifahrer: Ihr Corona-Test ist positiv!“

muss zum Glück kein Insulin spritzen. Da ich dreimal die Woche zur Dialyse muss, wird mein Blutzucker ständig kontrolliert.

Im März sind Sie positiv auf COVID-19 getestet worden. Wie haben sich die Symptome bemerkbar gemacht?

Das fing ganz harmlos an. Es ging mir nicht gut und ich dachte, ich würde einen grippalen Infekt haben. An dem Tag war ich im Dialysezentrum, dort schon vorsichtshalber in einem Extra-Quarantänerraum untergebracht, nachdem ich meinem behandelnden Arzt erzählt hatte, dass bei uns im Seniorenzentrum eine Frau, die immer mal für ein Unterhaltungsprogramm vorbeikommt, positiv auf Corona getestet wurde. Ich fand die Maßnahme etwas übertrieben, da ich wenig Kontakt zu der besagten Dame hatte. Man hat dann bei mir einen Rachen-Abstrich gemacht, der negativ war,

und mich auch bei den folgenden Dialysebehandlungen isoliert. Am 27.03.2020 fieberte ich während der Dialyse auf und wurde zunächst ins Krankenhaus eingewiesen. Dort wurde ein erneuter Abstrich abgenommen, da ich mich jedoch wohl fühlte, durfte ich wieder nach Hause fahren.

Wann und wie haben Sie dann von Ihrer Diagnose erfahren?

Auf der Rückfahrt vom Krankenhaus saß ich gerade im Taxi nach Hause, als der Taxifahrer einen Anruf vom Krankenhaus bekam. Da dreht er sich um und sagt: Ihr Corona-Test ist positiv. Das kann man sich nicht ausdenken...

Wie ging es dann weiter?

Mein Appartement kam unter Quarantäne, Helfer und Pfleger betraten es nur noch in Schutzkleidung mit Maske und Brille, das hatte ein bisschen was von

Science-Fiction. In meinem Dialysezentrum wurde ich für 3 Wochen isoliert, die Schwestern trugen ebenfalls Schutzkleidung, bis dann 2 Abstriche negativ waren und ich wieder im normalen Zimmer behandelt wurde. Allerdings nahm ein Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, dann im Seniorenheim, bei mir noch einen Abstrich ab. Am nächsten Tag war ein Schreiben vom Gesundheitsamt da, das die Schwester, die gerade bei mir im Raum war, öffnete und vorlas, ich sei schwach positiv. Mein Appartement kam erneut unter Quarantäne, und in der Dialyse wurde ich nochmals isoliert behandelt. Der nächste Abstrich war wieder negativ und ich wurde als geheilt eingestuft.

Wie äußerte sich COVID-19 bei Ihnen konkret?

Ich hatte eine einzige Nacht hohes Fieber, ansonsten über 4 – 5 Tage ein extremes Unwohlsein und keinen Appetit. Es fühlte sich eher an wie eine leichte Grippe. Ich fühlte mich überhaupt nicht betroffen und hatte irgendwie gar nicht das Gefühl, infiziert zu sein.

Zu diesem Zeitpunkt gab es schon die furchtbaren Bilder aus Bergamo/Italien. Hatten Sie nach der Diagnose keine Angst um Ihr Leben?

Nein. Wenn man so viele Krankheiten hat wie ich – neben den kaputten Nieren, dem Bluthochdruck, dem Schlaganfall mit Lähmungen und Taubheit, u.a. auch Prostata- und Blasenkrebs – versucht man mit den Krankheiten zu leben, sich zu arrangieren. Da dachte ich, na gut, nun halt COVID-19. Ich bin kein depressiver Mensch.

Und wie hat es Ihre Familie aufgenommen?

Mein Sohn und meine Tochter wirkten sehr besonnen. Ich durfte sie sowieso in der Corona-Zeit in einem extra eingerichteten Zelt vor dem Seniorenheim immer nur mal eine halbe Stunde sehen. Meine Enkelin habe ich seit März nicht mehr gesehen, das ist natürlich traurig.

Womit haben Sie sich denn beschäftigt, als Sie in Quarantäne waren?

Wenn Sie 3 x die Woche von 6.30 Uhr bis 14.00 Uhr zur Dialyse müssen, also vom Quarantänezimmer in den Quarantänebus und zurück ins Quarantäneappartement, dann ist das so oder so dermaßen anstrengend, dass ich die wenige Zeit mit Lesen, Telefonaten, Schreiben oder Fernsehen verbracht habe, genau wie sonst auch.

Sind nach Ihrer Genesung von COVID-19 irgendwelche Folgeschäden geblieben?

Nein, gar nicht, ich bin noch ein paar Mal getestet worden, alles negativ. Da habe ich wohl Glück im Unglück gehabt.

Herr Olejniczak, dann wünschen wir Ihnen weiterhin bestmögliche Gesundheit, damit sie Ihren bevorstehenden 80. Geburtstag im November gebührend feiern können.

*Das Interview führte Nicole Mattig-Fabian
© Mattig-Fabian/diabetesDE*

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft



Diabetesbehandlung im Rahmen der Corona-Pandemie



Mit Eintreffen der Corona-Pandemie in Deutschland im März 2020 haben sich für alle Arztpraxen, Krankenhäuser und auch das öffentliche Gesundheitswesen, hier insbesondere die Gesundheitsämter, neue und zuvor nicht oder nur theoretisch gekannte Herausforderungen ergeben. Zunächst haben die meisten Praxen ihren Sprechstundenbetrieb heruntergefahren und sind gleichzeitig in der Testung und Behandlung von Patienten mit COVID 19 involviert gewesen. Dabei ist uns allen noch der Mangel an Schutzausrüstung

viele von ihnen, insbesondere die Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2, weitere Risikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck, kardiovaskuläre Erkrankungen und erhöhtes Alter aufweisen. Damit war im Rahmen von COVID 19 bei Diabetespatienten gehäuft mit einem schweren Krankheitsverlauf zu rechnen.

Allerdings erscheint eine Diabeteserkrankung ohne entsprechende Begleit- oder Folgeerkrankungen nicht mit einem erhöhten Risiko verbunden zu sein.

für das medizinische Personal zu Beginn der Pandemie in Erinnerung.

Für die diabetologischen Schwerpunktpraxen war klar, dass die meisten Diabetespatienten zur sogenannten Risikogruppe gehören. Zumal

Bereits früh hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft Handlungsempfehlungen für Patienten mit COVID 19 publiziert. Dabei soll im Rahmen der Prävention neben den allgemeinen Regeln, Kontaktvermeidung, Abstand halten, Hygieneregeln beachten und dem Tragen von Mund-Nase-Schutz, die antidiabetische Medikation unverändert fortgeführt und eine möglichst gute Stoffwechseleinstellung angestrebt werden. Auf keinen Fall sollten Patienten die bisher durchgeführte Therapie selbstständig absetzen oder verändern. Eine gute Stoffwechseleinstellung führt letztlich zu einer besseren Infektionsabwehr.

Im Falle einer Erkrankung mit COVID 19, die nicht stationär behandelt werden muss, soll der Kontakt und die medizinische Betreuung telefonisch oder per Videosprechstunde erfolgen. Als Therapieziele gelten dabei Blutzuckerwerte zwischen 70 – 180 mg/dl und ein HbA1c-Wert von < 7,5%, individuell auch niedriger. Bei Fieber über 38,5° sollten Metformin als auch die SGLT2-Inhibitoren (z.B. Empaglifozin, Dapaglifozin) pausiert werden. Metformin müsste zudem bei eingeschränkter Nierenfunktion (eGFR

30-44 ml/min $1,73\text{m}^2$) auf 2×500 mg täglich reduziert, bzw. bei einer eGFR < 30 ml/min $1,73\text{m}^2$ ganz abgesetzt werden.

Gliptine (z.B. Sitagliptin) als auch die GLP1-Agonisten (z.B. Exenatide, Liraglutid, Dulaglutid) können fortgeführt werden. Grundsätzlich ist bei schweren Verlaufsformen der Wechsel auf eine Insulintherapie zu empfehlen, unter intensivmedizinischen Bedingungen sollte diese über einen Insulinperfusor erfolgen. Hierzu finden sich die entsprechenden Empfehlungen auf der Homepage der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Ein elementarer und wichtiger Baustein der Diabetestherapie waren immer die strukturierten Diabetikerschulungen, wie sie in Bochum von den diabetologischen Schwerpunktpraxen als auch zusammen über das Bochumer Diabetesschulungszentrum e.V. angeboten werden. Aus Gründen der Kontaktvermeidung sind zunächst die meisten Diabetikerschulung im Jahre 2020 ausgefallen. Mittlerweile haben die Praxen - entsprechend der Möglichkeiten - Schulungskonzepte entwickelt, die zum Teil auch als Online-Schulung schon wieder durchgeführt werden bzw. demnächst wieder aufgenommen werden. Wir selbst werden die Diabetikerschulungen auf 5 Personen



begrenzen, die zudem mittels neu angeschaffter Spuckschutzscheiben aus Plexiglas und Einhalten eines Mindestabstandes von 1,5 Metern voneinander getrennt werden. Zudem müssen alle Patienten, ebenso wie alle Mitarbeiter/innen und Ärzte/innen einen Mund-Nase-Schutz tragen.

Bisher von den diabetologischen Schwerpunktpraxen durchgeführte qualitätssichernde Maßnahmen sind aufgrund der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie vom Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. der Deutschen Diabetes Gesellschaft gelockert worden. Für das 1.-3.Quartal 2020 werden die obligaten quartalsbezogenen Dokumentationen ausgesetzt, wenn zur Vermeidung einer Infektion mit SARS-CoV2 keine Untersuchung durchgeführt wurde. Die von uns untersuchten Patienten werden im Rahmen des DMP

Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 weiterhin dokumentiert, alternativ wäre auch ein telemedizinischer Kontakt möglich.

Im Rahmen der bestehenden Zertifizierungen durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde aus Gründen der Kontaktvermeidung die Pflicht zu Hospitationen ausgesetzt, ebenso wie die Präsentation von Behandlungsdaten auf der ausgefallenen Jahrestagung der AG Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Ggf. sind diese im Jahr 2021, abhängig vom Verlauf der Pandemie, nachzuholen.

Mit Ausnahme der ausgefallenen Diabetikerschulung konnte bisher die Versorgung der Diabetespatienten durch die diabetologischen Schwerpunktpraxen weitgehend aufrechterhalten werden. Wir empfehlen unseren Patienten, ihre vereinbarten Termine wahrzunehmen, um weiter eine möglichst gute DiabetesEinstellung beizubehalten oder anzustreben und ebenso, um Folgeschäden wie Retinopathie, Nephropathie und kardiovaskuläre Erkrankungen fachärztlich überwachen zu lassen.

*Dr. med. Lutz Fricke,
Dr. med. Bernadette Reinsch
Nephrologische und diabetologische
Schwerpunktpraxis Bochum*

↗ Osteoporose bei oraler Antikoagulation gegen Vorhofflimmern



Vitamin K-Antagonisten stehen im Verdacht, Osteoporose zu fördern. Eine Untersuchung verglich die orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern mit NOAKs (Faktor-Xa-Inhibitoren) und Vitamin-K-Antagonisten (Warfarin).

Es zeigte sich, dass die NOAKs in puncto Wirksamkeit und Sicherheit in den Vitamin-K-Antagonisten ebenbürtig oder

überlegen waren oder aber bezüglich der Ausbildung der Osteoporose Vorteile aufwiesen. Eine retrospektive Kohortenstudie hat die Daten von mehr als 25.000 Patienten ausgewertet, die entweder mit NOAKs (Apixaban, Rivaroxaban oder Dabigatran) oder mit Vitamin-K-Antagonisten (Warfarin) behandelt wurden.

Im Nachbeobachtungszeitraum von 2,1 Jahren trat Osteoporose bei Patienten, die mit NOAKs behandelt wurden, seltener auf. Allerdings profitierten nicht alle Patienten gleichermaßen. Sowohl das Geschlecht, das Alter als auch die Therapiedauer nahmen Einfluss auf das Osteoporoserisiko. So fand die Reduktion des Osteoporoserisikos durch NOAKs erst durch längere Therapiedauer statt.

*Dr. med. Michael Tenholt
1. Vorsitzender des MedQN
Quelle: Lixiana edoxaban*

↗ Vermeidung von Schlaganfällen bei Vorhofflimmern

Eine jetzt vorgestellte dänische Untersuchung prüfte die Frage, welches Management zur Vermeidung von kardio-embolischen Ereignissen vorteilhaft ist.

Es wurde der derzeitige Goldstandard (die NOAK-Therapie) mit dem Vorhofohrverschluss verglichen. Das Risiko für einen kombinierten Endpunkt aus Ischämischen Schlaganfall, schwerer Blutung und Gesamt mortalität wurde geprüft.

Es fand sich ein Vorteil für den Vorhofohrverschluss mit geringerem Gesamtrisiko und einer geringeren Sterblichkeit im Vergleich zur NOAK-Therapie.

Eine weitere Überprüfung der Behandlungsstrategie wird derzeit durch eine prospektive, randomisierte Studie überprüft.

*Dr. med. Michael Tenholt
1. Vorsitzender des MedQN
Quelle: Abbott*

Streitfrage: Calcium und Vitamin D Supplementation

Die Frage wieviel Calcium ein Patient zusätzlich zur Ernährung benötigt, wenn er eine antiresorptive Therapie bekommt, stellt sich vermutlich fast jeder Arzt der Osteoporose behandelt. Die DVO Leitlinie¹ empfiehlt bei einer medikamentösen Therapie der Osteoporose eine ausreichende Versorgung mit mind. 1000 mg Calcium täglich sicherzustellen und für parenterale Antiresorptiva ist eine Supplementation obligat. Die Entscheidung, ob ein Patient zusätzlich Calcium erhalten muss, scheidet oftmals am Fehlen eines einfachen Messinstrumentes, da der Serum-Calciumspiegel dafür ungeeignet ist. Deswegen stellte sich für Esposti et al.² die Frage, ob eine generelle Verordnung von Calcium und Vitamin D zusätzlich zu einer spezifischen Osteoporose-Therapie bei Patienten mit einer manifesten Osteoporose einen Vorteil bringt. Im Rahmen einer 3jährigen Beobachtungsstudie sollte der Effekt einer „Begleittherapie“ mit Calcium/Vitamin D - Supplementen hinsichtlich der Risikoreduktion für Folgefrakturen und der Mortalität bei 3.475 Männern und Frauen untersucht werden.

Mehr als die Hälfte der Patienten (58,5%) bekamen eine spezifische medikamentöse Therapie und von diesen wiederum 83,6% auch zusätzlich Calcium/Vitamin D - Supplemente in der Verordnung. Im Vergleich zu den unbehandelten Patienten ergab sich nach 3 Jahren eine hochsignifikante Senkung des Frakturrisikos von 80%. Im Vergleich zu der Gruppe, die nur die spe-

zifische medikamentöse Therapie erhielt, war das **Risiko für Folgefrakturen um 64,4% signifikant erniedrigt** (siehe Abbildung). Diese Ergebnisse aus der Praxis zeigen, dass die Effektivität der Therapie in Hinblick auf Frakturrisikoreduktion mehr als verdoppelt werden kann, wenn zusätzlich zur spezifischen Medikation eine konsequente Supplementation mit Calcium und Vitamin D erfolgt. Außerdem zeigte sich in der Gruppe mit Calcium/Vitamin D um **53% verringerte Mortalität** im Vergleich zur spezifischen Therapie alleine.

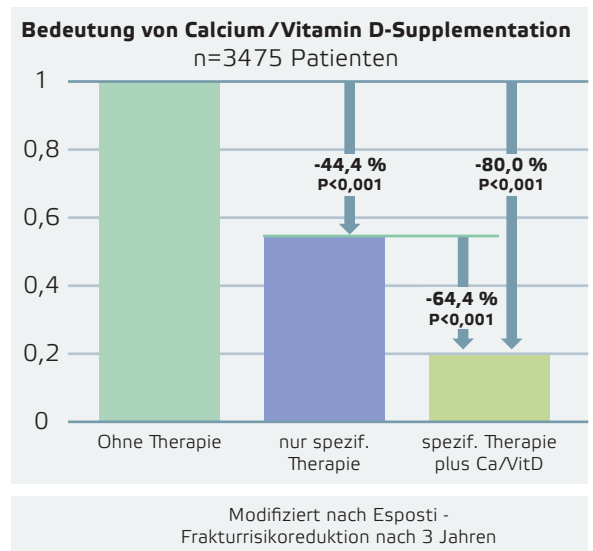
Damit im Alltag die Gabe von Calcium und Vitamin D nicht vergessen und die Therapietreue bei den Patienten gesteigert wird, bieten sich Kombinationspackungen an und auch die KV-WL weist explizit in ihrer Arzneimittelvereinbarung³ darauf hin, dass z.B. eine Kombination aus generischem Risedronat und Calcium/Vitamin D Leitsubstanz ist.

Im Anwendungsbereich Osteoporose sind - mit ACARA TRIO (Filmtablette mit 35 mg Risedronat + 500 mg Calcium + 1.000 IE Vitamin D3) und

ASCENDRA TRIO (Fertigspritze mit 3 mg Ibandronsäure + 500 mg Calcium + 1.000 IE Vitamin D3) - gleich zwei Komplett-Therapien zum Festbetrag verfügbar.⁴

ASZORA TRIO (Infusionslösung mit 4mg Zoledronsäure + 500 mg Calcium + 1.000 IE Vitamin D3) ergänzt die Therapieoptionen zur Vermeidung von Skelettkomplikationen bei Patienten mit Knochenmetastasen.⁴

Dr. Rüdiger Thierolf,
anwerina Deutschland GmbH



Literatur:

1. DVO-Leitlinie 2017, Langfassung S. 144-146 (<http://dv-osteologie.org/osteoporose-leitlinien>)
2. Luca Degli Esposti et al. Endocrine 2019, Volume 64, Issue 2, 367-377
3. Info der KVWL (https://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/amv_hmv/amv_wl_2020.pdf)
4. Anbieter: anwerina Deutschland GmbH

Ein Lichtblick am Horizont?



Die Osteoporose ist eine noch immer nicht ausreichend bekannte und unterschätzte Volkskrankheit, die einen erheblichen Anteil der alternden Bevölkerung

befällt. Zahlen sind mittlerweile gut bekannt: 10% der Bevölkerung wäre da potenziell betroffen (8 mio.). Davon wird höchstens wieder 10% diagnostiziert = 800.000 Personen, wovon im Gegensatz zu z.B. Spanien 80% der Osteoporosepatienten/-innen aktiv behandelt werden, hier in Deutschland lediglich 20% unter spezieller Therapie stehen.

Die Gründe dafür sind mannigfaltig, durch Studien aufgedeckt und statistisch ausgewertet. Trotz Bemühungen aller Art scheint es extrem schwer, die Quote der erkannten Fälle und der Behandelten zu steigern.

Leider gibt es von Seiten der Therapeuten als auch der Kostenträger wenige Bemühungen daran, grundsätzlich was zu ändern. Klar gibt es Schwerpunktpraxen und engagierte Osteologen, die sich ins Zeug legen daran was zu ändern, aber wenn man die gesamte Republik überblickt, wird das Ganze eher stiefmütterlich gehandhabt.

Ein Lichtblick in der ganzen Angelegenheit bietet das in Berlin vom GB-A genehmigte Disease Management Program (kurz DMP genannt), wo die Möglichkeiten geschaffen werden für die Behandler, die sich verstärkt mit der Osteoporose/Osteologie auseinandersetzen, einen

gesonderten Vertrag mit den Kostenträgern zu erarbeiten und abzuschließen. Dadurch entsteht die Möglichkeit mit den Krankenkassen einen extrabudgetären Vertrag zu schließen, der mit einer zusätzlichen Honorarsumme für den aufwendigeren Einsatz und größeren Zeitaufwand einen Ausgleich schafft.

Wie sieht das Ganze nun in der Praxis aus?

Der Gemeinsame Bundesausschuss in Berlin hat am 16.01.2020 das DMP beschlossen und die Entscheidung wurde am 08.04.2020 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Dadurch tritt das DMP Osteoporose ab dem 01.07.2020 in Kraft. Vorher wurde geprüft - wie bei anderen DMP's - ob Leitlinien vorhanden sind und ob die Aufklärung des Patienten bzgl. seiner Erkrankung (Einfluss von Lebensstil, wie Ernährung und Bewegung) eine wichtige Rolle spielt. Inwiefern durch feste Therapieschemata als auch durch Lebensstilveränderungen, die der Patient selbst vornehmen kann, ein positiver Einfluss auf das Krankheitsgeschehen ausgeübt werden kann. Daran wird die Entscheidung zur Anerkennung und Genehmigung eines DMP geknüpft.

Das Ganze gilt für postmenopausale Frauen ab dem 50. Lebensjahr und Männer ab dem 60. Lebensjahr. Das Ziel ist - neben der Vermeidung von Brüchen - das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen und Schmerzen zu verringern. Diese Programme beinhalten regelmäßige Arztbesuche mit Untersuchung und

Beratung, dazu Vermittlung von Hintergrundinformationen, z.B. durch Schulungen. Deswegen müssen die Arztpraxen, die teilnehmen wollen, bestimmte Kriterien erfüllen.

Der/Die kooperierende(r) Arzt(in) wird nach Feststellen der Diagnose Osteoporose den Patienten in das DMP einschreiben und ein individuelles Therapieschema erstellen. Dieses beinhaltet: Medikamentenplan, Begleittherapien, Schulungen und Wiedervorstellungstermine. Das Ganze wird sorgfältig dokumentiert. Das vermeidet Fehlmedikation und Doppeluntersuchungen.

Teilnehmende Ärzte müssen über entsprechende Kenntnisse verfügen und eine regelmäßige Fortbildung nachweisen.

Etwas verwunderlich in osteologischen Kreisen war, dass die Rolle des koordinierenden Arztes grundsätzlich den Hausärzten zugesprochen wurde. Dennoch verständlich, wenn man davon ausgeht, dass es sich bei den in Frage kommenden Patienten häufig um polymorbide Patienten handelt. Nur für den Fall, dass keine Multimorbidität vorliegt, darf der Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie diese Funktion übernehmen. Theoretisch sind alle fachkundigen Spezialisten potenziell in der Lage, hier einzusteigen. Ich denke dabei besonders an die Internisten/Endokrinologen.

Wie sich diese Regelung in der Praxis nun auswirkt und ob sie in der Form umsetzbar ist, bleibt abzuwarten, da in der Regel der

Hausarzt keine osteologische Ausbildung vorweisen kann, andererseits die meisten Osteoporotiker einiges an Begleitpathologie mitbringen. Hier ist das letzte Wort noch nicht gesprochen, zumal vor dem Einschreiben des ersten Patienten einen DMP-Vertrag mit dem Kostenträger geschlossen werden muss. Soweit mir bekannt, ist das in Bochum noch nicht geschehen.

Das Medizinische Qualitätsnetz Bochum e.V. ist dabei, den Weg zu ebnen, nicht zuletzt auch durch das parallele promoten eines Nachsorgeprogramms (FLS = Fracture Liaison Service). Wir hoffen, im Laufe des Jahres 2021 mit dem DMP Osteoporose hier in der Region starten zu können. Das wäre für die Betroffenen sicherlich als ein Lichtblick zu werten. Ein besserer und schnellerer Zugang zum Spezialisten sowie eine regelmäßige Kontrolle des Krankheitsverlaufs in Zusammenhang mit Beratung und Schulung führt automatisch dazu, dass die Osteoporose früher erkannt, besser behandelt und der Verlauf konsequent verfolgt wird. Daraus resultiert nachgewiesenermaßen ein Rückgang der Frakturrate und dementsprechend weniger Bedarf an operativen Maßnahmen. Ein Faktor, der volkswirtschaftlich eine hohe Bedeutung nach sich zieht, was Berechnungen in der Vergangenheit bereits bewiesen haben, in Städten und Regionen, wo dieses Gesundheitsprogramm bereits läuft.

*Dr. (B) J. Colemont
Orthopäde/DVO Osteologe
Oskar-Hoffmann-Straße 156
44789 Bochum*

Ernährungskompetenz

Ernährungskompetenz beschreibt das Vermögen, theoretisches Wissen über gesunde Ernährung und die praktische Umsetzung im Alltag zu realisieren.

Die Ernährungsbildung sollte so früh wie möglich auch in der Familie erfolgen. Leider stehen Ernährungsgewohnheiten, individuelle Vorlieben und kulturelle Prägung in der Umsetzung des Wissens entgegen. Daher ist stetiges Bewusstsein des Ernährungsverhaltens erforderlich, Gesundheit zu erhalten und Krankheit zu vermeiden.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) und das Bundeszentrum für Ernäh-

rung (BZfG) informiert daher regelmäßig über neuere Studienergebnisse und den sich daraus ergebenden Empfehlungen für den Alltag.

*Dr. med. Michael Tenholt
1. Vorsitzender des
MedQN*

*Quelle:
Deutsches Netzwerk
Gesundheitskompetenz,
Bundeszentrum
für Ernährung*

