Erkenntnisse aus der BEST-Studie

„Genderproblem“ bei Osteoporose entdeckt

In Kooperation mit dem IGES-Institut (das bereits 2006 die Osteoporose-Studie„Bone-Eva“ erstellt hatte) und dem WINEG - dem wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse - hat das Universitätsklinikum Marburg, Zentrum für Frauenheilkunde (Klinik für Gynäkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Onkologie) die „Epidemiologie der Osteoporose“ neu bestimmt, wie Prof. Dr. Peymann Hadji, Leiter der Klinischen Gynäkologie, auf einer Veranstaltung von Amgen und GSK in Fürth sowie auf dem DDG ausführte. Insgesamt konnten 5,3 Millionen bei der TK Versicherte in die Analyse eingeschlossen werden, dabei rund 500.000 Patienten, die im Laufe von drei Jahren eine „Osteoporose“ (M80/M81) codiert hatten, mindestens eine Verordnung eines osteoporose-bedingten Arzneimittels aufwiesen und/oder eine osteoporose-assoziierte Fraktur hatten. Dabei entdeckte Hadji ein „Genderproblem“, das heißt: eine ungleiche Behandlung von Männer und Frauen.

>> Osteoporose wird laut Hadji bei jüngeren Männern (zwischen 50 und 60 Jahren) fast viermal so häufig codiert wie bei Frauen. Das an sich ist noch nicht verwunderlich, was sich aber ändert, wenn man die absoluten Häufigkeiten der Osteoporose bei Männern und Frauen betrachtet. Hadji: „Das ist deshalb erstaunlich, weil wir wissen, dass die Inzidenz von Osteoporose bei Frauen viermal so häufig ist als bei Männern.“ Dennoch tritt bei Männern die Osteoporose-Diagnose unabhängig vom Alter bis circa zum 65. Lebensjahr zu 23 bis 25 Prozent auf, während dagegen die Codierungen bei Frauen einen treppenstufenartigen Aufstieg aufweisen - aber erst im Alter. Daraus folgert Hadji, dass hier ein „Genderproblem“ vorliegt, was „vielleicht etwas mit dem Bewusstsein unserer Patienten und unserer Ärzte zu tun“ habe.

Ein ähnliches Schema, das auf ein Genderproblem hindeutet, ergibt sich bei der Betrachtung, wie oft die TK eine Knochendichtemessung erstattet hat, die nur dann von den Krankenkassen übernommen wird, wenn bereits eine Fraktur vorhanden ist. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild: Bis zum 74. Lebensjahr bekommen Männer häufiger auf Kosten der Krankenkassen eine Knochendichtemessung als Frauen. Hadji: „Und das, obwohl Frauen viel häufiger Osteoporose und auch viel häufiger eine Fraktur haben.“ Das sei doch schon etwas merkwürdig.

Ebenso erstaunlich ist, dass auch der Anteil der Männer und Frauen, die mit Basistherapie („Kalzium“ und „Vitamin D“) auf Krankenkassenkosten behandelt werden, ähnlich unterschiedlich ist. Nach Ergebnissen der Studie bekommen nämlich Männer bis zum 74. Lebensjahr wesentlich häufiger „Kalzium“ und „Vitamin D“ erstattet als Frauen, erst danach wird die Zahl der Verordnungen von „Kalzium“ und „Vitamin D“ identisch. „Also werden auch hier Männer und Frauen mit Frakturen unterschiedlich behandelt“, erklärt Hadji.

Das setze sich auch bei der häufigsten medikamentösen Therapieform - mit „Bisphosphonaten“ – fort: Jüngere Männer erhalten eine „Bisphosphonat“-Verordnung wesentlich häufiger als gleich alte Frauen. Erst ab dem 65. Lebensjahr halten sich die Verordnungen mehr oder weniger die Waage und nahmen erst ab dem 74. Lebensjahr bei den Frauen überhand. Hadji: „Dabei ist zu bedenken, dass Frauen immer wesentlich häufiger von Frakturen betroffen sind, also eigentlich viel mehr Medikamente bekommen müssten.“

Ob Genderproblem oder nicht: Compliance bei nur 50 %

Unabhängig davon, sei jeder Therapieerfolg davon abhängig, ob die Patienten die vom Arzt verordneten Maßnahme auch wirklich durchführen, also eine medikamentöse Therapie über eine Zeit von drei bis fünf Jahren auch zur Anwendung kommt. „Da haben wir in vielen Indikationsbereichen große Probleme“, weiß Hadji aus seiner praktischen Erfahrung und auch warum das so ist: „Schlimm wird es überall da, wo chronisch, und besonders schlimm da, wo chronisch oral therapiert werden muss.“ So sei bereits aus Studien aus dem Jahr 2005 bekannt, dass die wöchentliche „Bisphosphonat“-Therapie bereits nach einem Jahr zu 50 Prozent abgesetzt werde.

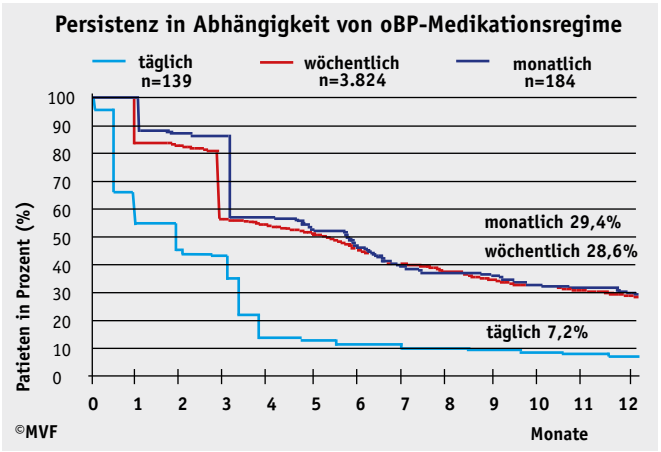
Ähnliches kann Hadji auch in einer anderen Studie nachweisen. Auch hier würden alle orale medikamentösen Therapien nach einem Jahr zu rund 50 Prozent abgesetzt, wobei oralen Bisphosphonate (oBP) alle katastrophal abschneiden würden.

Das hat die Konsequenz, dass die nicht-complianten Patienten tatsächlich häufiger frakturieren. So sei nachgewiesen, dass Patienten, die ihre Medikation nicht komplett eingenommen haben, tatsächlich 50 Prozent häufiger frakturieren. Hadji: „Compliance ist ein deshalb ein ganz entscheidender Punkt.“



Prof. Dr. Peyman Hadji, Marburg

Und auch ein Punkt mit ökonomischen Dimensionen. Denn eine nicht mal ein Jahr durchgehaltene Therapie habe auf eine Patientenkarriere von 5 bis 10 Jahren überhaupt keinen Effekt. Will heißen: Obwohl auf Krankenkassenkosten mit der Behandlung begonnen wurde, die aber aus welchen Gründen nicht konsequent durchgeführt oder meist eben nicht durchgehalten wurde, ergeben sich im Zeitverlauf keine Frakturen reduzierende Effekte. „Das ist eine Katastrophe“, sagt Hadji, der darum dafür plädiert, Therapiestrategien zu finden, die die Therapietreue der Patienten verbessern können. Zusätzliche Perspektiven eröffne in dieser Hinsicht das Osteoporose-Medikament „Prolia“, weil dessen Wirkstoff „Denosumab“ eben nur einmal alle sechs Monate subkutan injiziert werden muss. <<



Hadji et al. ECCEO 2010, Abstract (accepted) 342 u. 423