



FLS (FRACTURE LIAISON SERVICE)

Neue Wege zur Frakturprävention

Kein Kardiologe würde heutzutage einen Stent implantieren und danach den zugrundeliegenden Bluthochdruck nicht behandeln. Ähnlich sollte es sich mit der Behandlung der Osteoporose nach stattgehabter Fraktur verhalten. Ein FLS (Fracture Liaison Service) ist eine neue Möglichkeit, die Versorgungslücke zu schließen.

Die Osteoporose ist eine oftmals tödliche, häufig zumindest immobilisierende und jedenfalls für die Gesellschaft sehr teure Knochenerkrankung. Osteoporotische Frakturen sind häufiger als alle Fälle von Herzinfarkt, Schlaganfall und Brustkrebs zusammen. 2/3 der Patienten mit Frakturen der Hüfte erreichen niemals wieder ihre frühere Unabhängigkeit. Ein Viertel der Patienten bleibt permanent körperlich eingeschränkt. Jeder fünfte dieser häufig älteren Patienten stirbt innerhalb des ersten Jahres. Einer der wichtigsten Risikofaktoren für das Erleiden einer osteoporotischen Fraktur ist eine vorrangegangene Fraktur. Da die Frakturen häufig das erste klinische Zeichen einer Osteoporose darstellen, kommt den Ärzten in der Frakturbehandlung eine besondere Verantwortung zu und zugleich bietet sich eine große Chance, die nicht ungenutzt verstreichen darf!

Osteoporose-Prävention nach Fraktur

Sehr häufig wird die zugrundeliegende Osteoporose auch im Rahmen der opera-

tiven Frakturversorgung im Krankenhaus erkannt. Sei es durch den Unfallmechanismus eines Niedrigenergie-traumas in der Krankengeschichte, durch eine schlechte Knochenqualität während des operativen Eingriffes oder weil eine Knochendichtemessung schon im Krankenhaus durchgeführt wurde. Studien zeigen aber, dass die meisten Osteoporose-Patienten, die eine Fraktur erlitten haben, im Verlauf keine spezifische Therapie erhalten. Die Behandlungsquote wird auch nach multiplen erlittenen Frakturen nur marginal besser. So machen viele Patienten bedauerlicherweise eine wahre „Fraktur-Karriere“ durch. Häufig beginnt diese mit einer distalen Radiusfraktur, es folgen nicht selten unbemerkte Wirbelkörperfrakturen oder Oberarmbrüche und es endet mit tödlichen hüftgelenknahen Frakturen. Die Gründe für die ausbleibende Prävention nach Osteoporose-assoziierten Knochenbrüchen sind zahlreich. Zum einem ist es das mangelnde Bewusstsein über die schweren Konsequenzen der Osteoporose in der Öffentlichkeit, bei Patienten, Haus- und

Fachärzten, sowie in der Politik. Zum anderen sind die Leitlinien sehr komplex und nicht jedem operativ tätigen Arzt bis ins letzte Detail vertraut. Dazu kommt die Angst vor Regressansprüchen oder potentiellen, aber seltenen Nebenwirkungen wie etwa der Kiefernekrose oder einer atypischen Femurfraktur. Dabei konnte in der Literatur ganz klar die Effektivität der Prävention von Folgefrakturen nachgewiesen werden. Je nach Medikament kann das relative Risiko eine erneute Fraktur zu erleiden um 20–50% gesenkt werden.

Adäquate Therapie

Warum tun wir uns also so schwer, die Patienten einer adäquaten Therapie zuzuführen? Ein wesentliches Problem liegt an den Schnittstellen zwischen Klinik, niedergelassenem Arzt und einem Spezialisten für Osteoporose-Therapie. Eine Kommunikation zwischen den verschiedenen Sektoren findet nur begrenzt statt. Hat es die Diagnose „Osteoporose“ tatsächlich in den Arztbrief geschafft, be-

deutet dies immer noch nicht, dass mit der Osteoporose-Therapie im Krankenhaus, der Reha-Klinik oder beim weiterbehandelnden Hausarzt oder Orthopäden begonnen wird. Dabei haben Studien gezeigt, dass gerade die ersten Wochen nach einer erlittenen Fraktur besonders für den Therapie-Beginn geeignet sind, weil hier die Krankheitseinsicht des Patienten am größten ist. Leider ist es für einen Patienten mit einer erlittenen Osteoporose-assoziierten Fraktur heute wesentlich wahrscheinlicher, dass er weder im Krankenhaus, noch in der Rehabilitation oder durch den niedergelassenen Kollegen eine adäquate Therapie erhält als umgekehrt. Selbst wenn im Krankenhaus die Therapie begonnen wird, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass diese im Verlauf nicht fortgeführt wird. Die Ursachen hierfür sind wiederum vielschichtig und haben sehr viel mit mangelnder Kommunikation und Kontrolle der Therapie zu tun. Es beginnt mit der einfachen Frage, wer die Federführung der Präventiv-Therapie übernimmt – Krankenhaus, Reha-Klinik, Hausarzt, niedergelassener Orthopädie oder Osteologe? Solange hier zwischen den Sektoren und Schnittstellen keine Abstimmung erfolgt, wird diese Frage dem Zufall überlassen bleiben, häufig zum Nachteil des Patienten. Im anglo-amerikanischen Bereich wurden deshalb neue Versorgungsstrukturen entwickelt, um die Diagnose und Therapie der Osteoporose nach stattgehabtem Knochenbruch auch über die Schnittstellen hinweg zu gewährleisten. Diese Programme oder Versorgungsmodelle werden als Fracture Liaison Service (FLS) bezeichnet.

FLS (Fracture Liaison Service)

Als Fracture Liaison Service (FLS) bezeichnet man Versorgungsmodelle, welche die Lücke zwischen Krankenhaus, Hausarzt und Osteoporose-Spezialisten schließen. Im anglo-amerikanischen Bereich konnte für die FLS gezeigt werden, dass diese Modelle die Sekundärfrakturen und Gesundheitskosten reduzieren und die Qualität der Patientenbehandlung verbessern [1,2,3]. Deshalb werden die FLS-Modelle auch von der Internationalen Osteoporose-Stiftung (IOF) als Zertifikat zur Verbesserung der Prävention von Folgefrakturen angeboten.⁴ Diese Modelle haben sich innerhalb von geschlossen Versicherungssystemen in

den USA und UK bereits durchgesetzt. FLS-Programme identifizieren und managen hier Frakturpatienten mit Osteoporose. In seiner ursprünglichen Ausgestaltung wurden hierfür Fall-Manager (FLS-Koordinator, Case-Manager) eingesetzt, welche die Therapie der Osteoporose zwischen Krankenhaus, Hausarzt und Osteoporose-Spezialisten koordinieren. Häufig wird diese Aufgabe von Krankenschwestern oder verwandten Berufsgruppen übernommen. Obwohl der Kosten-Nutzen-Vorteil für das FLS bereits im anglo-amerikanischen Bereich gezeigt werden konnte, existiert in Deutschland kaum ein FLS nach diesem Vorbild [4]. Es entwickeln sich aber zunehmend auch hierzulande Netzwerk-Strukturen zwischen Krankenhaus, Hausarzt und Osteoporose-Spezialisten, welche als FLS genutzt werden können. Die Ausgestaltung hängt ganz entscheidend von den lokalen Gegebenheiten ab. Der FLS beginnt bereits in der Klinik und wird von diesen in der Regel auch organisiert. In der einfachsten Form werden Frakturpatienten mit Osteoporose identifiziert und in den FLS eingeschlossen. Hier hängt es von den eigenen Kapazitäten und der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen ab, ob noch eine sekundäre Osteoporose ausgeschlossen und sodann eine Therapie begonnen oder empfohlen wird. Häufig ist dies im stationären Bereich nicht mehr möglich, so dass der Patient an den niedergelassenen Bereich übergeben wird. Auch hier ist das Feld sehr heterogen. Nicht jeder Hausarzt ist mit der teilweise komplexen Osteoporose-Therapie vertraut. Der Patient sollte aber einen mit der Osteoporose-Therapie vertrauten Arzt zugeführt werden. Dies kann beispielsweise durch Netzwerke mit Osteoporose-Spezialisten, wie zum Beispiel dem Osteologen DVO, erfolgen. Der FLS-Koordinator (intersektoraler Fall-Manager) kann hier unterstützend organisatorisch tätig sein. Ziel ist, dass der Patient letztendlich der richtigen Osteoporose-Therapie zugeführt wird und – mindestens genauso wichtig – diese Therapie auch fortführt.

Aufbau eines eigenen FLS

Der Aufbau eines eigenen FLS sollte sich an den lokalen Begebenheiten orientieren. Unterstützung in Form von Informationsmaterial bekommt man von Non-profit-Organisationen wie der In-

ternational Osteoporosis Foundation [IOF] mit ihrem Capture the Fracture Programm. Ganz nach dem Motto „Think big, start small“, sollte zunächst in der Klinik ein Team etabliert werden, welches entsprechende Strukturen aufbaut. Ideal, aber häufig schwer finanzierbar wäre ein FLS-Koordinator. Patienten mit Osteoporose sollten möglichst lückenlos identifiziert und in den FLS eingeschlossen und nachverfolgt werden können. Im zweiten Schritt sollten Netzwerke mit dem ambulanten Sektor aufgebaut werden.

Finanzierung eines FLS

Aktuell ist der Aufbau eines FLS nicht im DRG-System abgebildet. Abgesehen von einzelnen „integrierten Versorgung“, wird diese Leistung bisher nicht finanziell abgebildet. Dies könnte sich ändern, wenn möglicherweise in Zukunft Qualitätsparameter wie Prävention von Folgefrakturen als Anreize im Vergütungssystem eingeführt werden. Neben einem ethisch-moralischen Anspruch, sollte dies Ansporn genug sein, über neue Versorgungsstrukturen wie FLS zur Vermeidung von osteoporotischen Folgefrakturen ernsthaft nachzudenken.

Quellen

- 1 McLellan AR, Wolowacz SE, Zimovetz EA, Beard SM, Lock S, McCrirk L, Adekunle F, Roberts D (2011) Fracture liaison services for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture: a cost-effectiveness evaluation based on data collected over 8 years of service provision. Osteoporos Int 22: 2083–2098
- 2 Newman ED (2011) Perspectives on pre-fracture intervention strategies: the Geisinger Health System Osteoporosis Program. Osteoporos Int 22(Suppl 3):451–455
- 3 Dell R (2011) Fracture prevention in Kaiser Permanente Southern California. Osteoporos Int 22(Suppl 3):457–460
- 4 International Osteoporosis Foundation: www.capturethefracture.org



Foto: privat

Prof. Dr. Wolfgang Böcker
Direktor der Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Klinikum der Universität München LMU
wolfgang.boecker@med.uni-muenchen.de