

indem er suggeriert, „ausreichend“ sei weit entfernt von „gut“ oder „sehr gut“.

Die aus der chronischen Unterfinanzierung – eben aber auch der Über- und Fehlversorgung – resultierenden Probleme des Versorgungssystems sind mir selbstverständlich bekannt. Es muss jedoch nach anderen Lösungen gesucht

werden, als das Geld bei den Patienten einzusammeln.

Immerhin gibt es hausärztliche Praxen, die auf das Angebot von IGeL verzichten; offensichtlich ohne Existenzgefährdung.

Aber nochmals zur Wiederholung: Die vom Briefautor aufgeführten Leis-

tungen zählen gar nicht als IGeL und wurden von mir auch nicht angezweifelt.

#### Korrespondenzadresse

Dipl. Soz. Waldemar Streich  
waldemar.streich@t-online.de

## Vögele A, Dubis W. Primärprävention von osteoporotischen Frakturen mit Calcium und Vitamin D. *Z Allg Med* 2015; 91, 196–198

### Leserbrief von Dr. Martin van Soest

Gerade für den Pflegeheimbereich wird eine standardisierte Primärprävention mit Vitamin D und/oder Calcium auch international viel diskutiert [1]. Die von Vögele und Dubis dargestellte Literaturrecherche ist daher sehr zu begrüßen.

Während viele der zitierten Leitlinien sich mit dem ungenauen Begriff „Risikoreduktion“ begnügen, um ihre Empfehlungen zu begründen, werden lediglich in der Cochrane-Metaanalyse [2] konkrete Zahlen genannt. Leider wird genau hier falsch zitiert; so schreiben Vögele und Dubis: CDies gilt insbesondere auch für Hüftfrakturen, die ... in Bezug auf die Hoch-Risiko-Personen (Heimbewohner) 54 „verhinderte Hüftfrakturen“ pro 1000 Personenjahre ausmacht.“ In der Cochrane-Analyse heißt es jedoch: „In high risk populations (residents in institutions: with an estimated 54 hip fractures per 1000 per year), this equates to nine fewer hip fractures per 1000 older adults per year (95% CI 2 to 14).“

Nach meiner Einschätzung ist es für die Fragestellung bezüglich der Pflegeheimbewohner von entscheidender Bedeutung, ob es sich in Bezug auf die Verminderung des Frakturrisikos um eine NNT = 19 (1000/54) oder um eine NNT = 111 (1000/9) pro Jahr handelt.

Pflegeheimbewohner haben in Deutschland eine begrenzte mediane Lebenserwartung ab Heimaufnahme von 15 Monaten (Männer) bzw. 26 Mo-

naten (Frauen) [3]. Nach meiner Erfahrung ist die Senkung des Frakturrisikos für die meisten Pflegeheimbewohner kein vordringliches Behandlungsziel mehr. Sie befinden sich oft in gebrechlicher allgemeiner Verfassung, so sehr, dass auch das Einnehmen von unangenehm schmeckenden Kautabletten oder das Trinken von aufgelösten Brausetabletten für viele zur täglichen Last werden kann. Auch wenn eine Vitamin-D-Gabe in adäquater Dosis zu keinen wesentlichen Nebenwirkungen führt, werden unter regelmäßiger Calcium-Supplementation jedoch Nebenwirkungen, wie erhöhtes Risiko auf Bildung von Nierensteinen, gastrointestinale Beschwerden (Völlegefühl, Obstipation) oder auch ein erhöhtes Risiko auf kardiovaskuläre Erkrankungen beschrieben [4]. Nebenwirkungen sind mit zunehmendem Anstieg der NNT um so mehr zu gewichten. Für unsere Fragestellung bedeutet dies beispielsweise, dass wir über 100 Heimbewohner diesem mit Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehenden Nebenwirkungsrisiko aussetzen müssten, wenn wir auch nur eine einzige Fraktur verhindern wollten.

Unter den Aspekten der Beeinträchtigung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern durch zusätzlich Medikamente, der möglichen Nebenwirkungen und des minimalen Effektes bei einer NNT = 111 hätte die Schlussfolgerung der Literaturrecherche anders lauten müssen. Nach meiner Beurteilung ist eine Primärprävention von osteoporotischen Frakturen mit Calcium

und Vitamin D generell – auch für die Gruppe der Pflegeheimbewohner – nicht zu empfehlen.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Martin van Soest  
Arzt für Allgemeinmedizin /  
Klinische Geriatrie  
Stichting De Wever  
Dr. Eijgenraamstraat 3  
5042 SE Tilburg  
Niederlande  
martinvoest@hotmail.de

### Literatur

1. Stelt I. Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie, derde herziening (2011). *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2011; (4): 159–161
2. Avenell A, Mak JCS, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 4: CD000227
3. Rothgang H, Müller R, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2013. <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131218-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2013,property=Data.pdf>
4. Reid IR. Efficacy, effectiveness and side effects of medications used to prevent fractures. *J Intern Med* 2014 Dec 12. doi: 10.1111/joim.12339. [Epub ahead of print]

**Antwort von Dr. Anna Vögele**

Vielen Dank für den Leserbrief und Ihren Hinweis auf eine fehlerhafte Wiedergabe eines Ergebnisses. Ich bedauere dies zutiefst. Sie haben Recht, dass durch die Gabe der Kombination von Vitamin D und Calcium selbst in der institutionalisierten Gruppe alter Menschen in Heimen (= Risikopopulation) nur 9 Frakturen pro 1000 Patientenjahren (NNT 111) verhindert werden konnten – und nicht wie von mir fälschlicherweise wiedergegeben 54 pro 1000, was der Ausgangswert der Frakturen ohne Behandlung war.

Meine Schlussfolgerungen basieren auf der Zusammenschau der gefundenen Literatur. Sowohl die DVO- als auch die USPSTF-Leitlinie empfehlen direkt

eine Vitamin-D-Supplementierung bei institutionalisierten Personen, die Leitlinie der SIGN tut dies indirekt, indem sie sich u.a. und insbesondere auf dieses Cochrane Review beruft.

Ich bleibe also bei meiner schon primär vorsichtig formulierten Schlussfolgerung, zu überlegen, ob es nicht sinnvoll sein kann, institutionalisierten Personen, Vitamin D und Calcium als Primärprävention für osteoporotische Frakturen *anzubieten*, u.a. auch weil hierdurch die Sturzrate gesenkt werden kann.

Allerdings haben Sie ein wichtiges grundsätzliches Argument aufgeworfen, für das ich Ihnen sehr dankbar bin, nämlich: Dass man Empfehlungen für eine medikamentöse Therapie oder Prophylaxe bei Menschen, die eine relativ

kurze Lebenserwartung haben, generell infrage stellen kann, wenn der Nutzen – wenn auch statistisch gesichert – so klein ist und die Lebensqualität über die Einnahme der Medikamente Einschränkungen erfahren kann. In diesem Sinn kann man meine Empfehlung um den Nebensatz „dies auch nach individueller Abwägung der Lebenserwartung“ erweitern.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Anna Vögele  
SAKAM-ACAMG  
Wangergasse 18  
39100 Bozen  
Italien  
anna.voegele@sakam.it

**Schwerpunkte auf dem Kongress**

- Modelle für die gesundheitliche Versorgung im Quartier
- Interdisziplinäre Kooperation innerhalb der Hausarztpraxis
- Familiengesundheit im stationären und ambulanten Bereich
- Beziehungsgestaltung in der Familienmedizin
- Familienmedizin in der Praxis: Hausärzte stellen ihr Handeln und ihre Lösungsansätze vor
- Forschungsfragen aus der Praxis für die Praxis

Die Veranstaltung richtet sich an Hausärzte, Medizinische Fachangestellte und alle mit Interesse an der Familienmedizin. Im Fokus stehen die Fragen: Was beinhaltet Familienmedizin? Wie wird sie im hausärztlichen Alltag umgesetzt?

**Ort:** 11. 11. 2015 von 10–18 Uhr im Gebäude OASE des Universitätsklinikums Düsseldorf – **Kostenbeitrag:** 35 Euro; Praxisteam: 70 Euro

**Anmeldung und Weitere Informationen:**

E-Mail: vera.kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de und auf [www.familien-medizin.org](http://www.familien-medizin.org).



UKD Universitätsklinikum  
Düsseldorf

HEINRICH HEINE  
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

**3. Wissenschaftlicher Kongress**  
«Familienmedizin in der  
hausärztlichen Versorgung  
der Zukunft»

**Die Rolle der Hausarztpraxis  
in der Versorgung von Familien  
im Quartier**

Mittwoch, 11. November 2015  
10.00 – 18.00 Uhr

**Gastreferent:** Prof. Jan De Maeseneer  
(MD, PhD), Universität Gent, Belgien

chs  
centre for  
health & society

DEGAM