



IOF

CAPTURE *the*  
FRACTURE

# BEST-PRACTICE-LEITFADEN *für* FRAKTUR-VERBINDUNGSSTELLEN

## Einen Standard setzen

Studien haben gezeigt, dass Modelle der Fraktur-Verbindungsstellen die kostengünstigste Lösung für die Prävention von Folgefrakturen sind. Dieser systematische Ansatz, in dessen Mittelpunkt ein Fraktur-Koordinator steht, kann zu weniger Frakturen, Kosteneinsparungen für das Gesundheitssystem und besserer Lebensqualität für die Patienten führen.

# BEST-PRACTICE-LEITFADEN FÜR DIE PRÄVENTION VON FOLGEFRAKTUREN

Der Best-Practice-Leitfaden (BPL) ist der international empfohlene, einer Peer-Review unterzogene Leitfaden für die Prävention von Osteoporosefrakturen. Der BPL fördert ein koordinatorbasiertes Versorgungsmodell, bekannt als Fraktur-Verbindungsstelle (FVS), das als bevorzugtes Modell von allen Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulante Patienten, die Patienten mit Fragilitätsfrakturen betreuen, angenommen werden sollte. Der BPL verfolgt zwei wichtige Ziele:

- Anleitung für Institutionen, die eine FVS einrichten
- Benchmark für bestehende FVS, die ihre Dienste verbessern möchten

Der BPL ist in eine Reihe von 13 Standards gegliedert und befasst sich mit Aspekten, die wichtig für den Erfolg einer FVS sind, und er enthält auch ambitionierte Ziele als Ansporn für Exzellenz. Jeder Standard gibt Kriterien und Ziele vor, die in die drei Leistungsstufen - Gold, Silber und Bronze - unterteilt sind.

## Anerkennung von Exzellenz

Capture the Fracture würdigt alle FVS, die den BPL befolgen, auf der interaktiven Landkarte. Und so funktioniert es:

### Schritt 1

Die FVS reicht ihren Antrag ein



### Schritt 2

Die FVS wird grün markiert und geprüft



### Schritt 3

Die Leistungsstufe der FVS wird zugewiesen



### Schritt 4

Die FVS wird auf der Karte anerkannt



Um teilzunehmen oder die Anerkennung Ihrer FVS zu beantragen, gehen Sie im Internet auf [www.capturethefracture.org](http://www.capturethefracture.org)

# 1. PATIENTENERMITTLUNG

**Patienten mit Frakturen im Bereich der Institution (Einrichtung mit stationären und/oder ambulanten Patienten oder Gesundheitssystem) werden ermittelt, um eine Versorgung für die Prävention von Folgefrakturen zu ermöglichen.**

Das Ziel dieses Standards ist die Feststellung des WEGS, über den Patienten mit Frakturen ermittelt werden. Der Standard berücksichtigt, dass einige Institutionen nur stationäre Patienten und andere nur ambulante Patienten und wieder andere sowohl stationäre als auch ambulante Patienten managen.

Anhand eines Fragebogens wird ermittelt, welche Art von Patienten mit Frakturen im Rahmen der Institution betreut wird.

## STUFE 1

Patienten mit klinischen Frakturen werden ermittelt, aber es gibt **kein System zur Patientenverfolgung**, um den Prozentsatz der ermittelten Patienten gegenüber demjenigen der nicht ermittelten Patienten zu evaluieren.

### Anleitung

Die Institution hat **kein** System für die Verfolgung **jedes** Patienten, der in der Institution mit einer Fraktur vorstellig wird, somit **kann sie nicht** genau den Anteil aller Patienten, die von der Dienststelle erreicht werden, ermitteln.

## STUFE 2

Patienten mit klinischen Frakturen werden ermittelt, und es gibt **ein System zur Patientenverfolgung**, um den Prozentsatz der ermittelten Patienten gegenüber demjenigen der nicht ermittelten Patienten zu evaluieren.

### Anleitung

Die Institution hat **ein** System für die Verfolgung **jedes** Patienten, der in der Institution mit einer Fraktur vorstellig wird, somit **kann sie** genau den Anteil aller Patienten, die von der Dienststelle erreicht werden, ermitteln.

## STUFE 3

Patienten mit klinischen Frakturen werden ermittelt, und es gibt **ein System zur Patientenverfolgung**, um den Prozentsatz der ermittelten Patienten gegenüber demjenigen der nicht ermittelten Patienten zu evaluieren.

Die Qualität der **Datenerfassung wurde einer unabhängigen Prüfung unterzogen**.

### Anleitung

Die Institution hat **ein** System für die Verfolgung **jedes** Patienten, der in der Institution mit einer Fraktur vorstellig wird, **und** sie verfügt über Beurteilungsmaßnahmen zur Kontrolle der Datenqualität, die unabhängig sind von dem Team, das die Post-Fraktur-Versorgung leistet, d. h. ein krankenhausweit bestehendes Team für Qualitätssicherung oder ein internes oder externes Qualitätsteam für klinische Kodierung des Krankenhauses/ Systems.

*Es wird berücksichtigt, dass Einrichtungen/Systeme des Gesundheitswesens unterschiedliche Methoden für die Bestimmung ihrer Gruppe von ‚Patienten mit Frakturen‘ haben, z. B. Diagnosecodes (ICD, CIM-10), Patientenalter, Frakturtyp usw., mit denen eine Prävention von Folgefrakturen ermöglicht werden kann.*

## 2. PATIENTENBEURTEILUNG

### Ermittelte Patienten mit Frakturen im Bereich der Institution werden hinsichtlich des Risikos einer Folgefraktur beurteilt.

Dieser Standard befasst sich mit der Anzahl der Patienten, die hinsichtlich des Risikos einer Folgefraktur beurteilt werden. Das Ziel dieses Standards ist, festzustellen, welcher Anteil aller Patienten, die in der Institution oder im System mit einer Fraktur vorstellig werden, hinsichtlich des Risikos einer Folgefraktur beurteilt wird. Der Standard berücksichtigt, dass einige Institutionen nur stationäre Patienten und andere nur ambulante Patienten und wieder andere sowohl stationäre als auch ambulante Patienten managen. Darüber hinaus berücksichtigt der Standard Umstände, in denen die beste Praxis darin besteht, eine Frakturevaluierung zu umgehen und sofort zur Behandlung überzugehen (z. B. bei Patienten ab 80 Jahren).

#### STUFE 1

Von den ermittelten Patienten, bei denen ein Übergang zu einer sofortigen Behandlung nicht gerechtfertigt ist, werden **50 %** im Hinblick auf das Risiko einer Folgefraktur beurteilt.

#### STUFE 2

Von den ermittelten Patienten, bei denen ein Übergang zu einer sofortigen Behandlung nicht gerechtfertigt ist, werden **70 %** im Hinblick auf das Risiko einer Folgefraktur beurteilt.

#### STUFE 3

Von den ermittelten Patienten, bei denen ein Übergang zu einer sofortigen Behandlung nicht gerechtfertigt ist, werden **90 %** oder mehr im Hinblick auf das Risiko einer Folgefraktur beurteilt.

*Die Beurteilung nach diesem Standard berücksichtigt die Probleme, die mit der Beurteilung von Patienten mit Demenz oder verminderter kognitiver Funktion verbunden sind.*

## 3. ZEITPLAN POST-FRAKTUR-BEURTEILUNG

**Die Post-Fraktur-Beurteilung für die Prävention von Folgefrakturen wird rechtzeitig nach der Vorstellung mit der Fraktur durchgeführt.**

Dieser Standard befasst sich mit den Zeitpunkten der Beurteilung des Risikos einer Folgefraktur. Diese Beurteilung kann von jedem qualifizierten Anbieter vorgenommen werden, muss aber vom FVS-Koordinator verfolgt werden und muss angemessene Elemente der Post-Fraktur-Beurteilung umfassen wie Knochendichtemessung, Risikoabschätzung oder andere für den Patienten relevante Bewertungsverfahren. Damit soll sichergestellt werden, dass eine formelle Frakturrisikoabschätzung durchgeführt wurde.

### STUFE 1

Die Post-Fraktur-Beurteilung für die Prävention von Folgefrakturen findet binnen **13-16 Wochen** nach der Vorstellung mit der klinischen Fraktur statt.

#### **Anleitung**

Der Anteil der Patienten, für die dieser Standard gilt, ist definiert durch die Bereiche 50 %, 70 % und 90 %, die für das Erreichen von Stufe 1, Stufe 2 bzw. Stufe 3 in Standard 2 erforderlich sind.

### STUFE 2

Die Post-Fraktur-Beurteilung für die Prävention von Folgefrakturen findet binnen **9-12 Wochen** nach der Vorstellung mit der klinischen Fraktur statt.

#### **Anleitung**

Der Anteil der Patienten, für die dieser Standard gilt, ist definiert durch die Bereiche 50 %, 70 % und 90 %, die für das Erreichen von Stufe 1, Stufe 2 bzw. Stufe 3 in Standard 2 erforderlich sind.

### STUFE 3

Die Post-Fraktur-Beurteilung für die Prävention von Folgefrakturen findet binnen **8 Wochen** nach der Vorstellung mit der klinischen Fraktur statt.

#### **Anleitung**

Der Anteil der Patienten, für die dieser Standard gilt, ist definiert durch die Bereiche 50 %, 70 % und 90 %, die für das Erreichen von Stufe 1, Stufe 2 bzw. Stufe 3 in Standard 2 erforderlich sind.

*En utilisant le protocole de temps moyen des établissements, les candidats sont encouragés à donner une période de temps le plus précis possible afin d'identifier le moment de l'évaluation du risque de fracture future. Notez cependant, que la conduite de l'évaluation post fracture effectuée après un délai de 4 mois est trop tardive.*

## 4. WIRBELFRAKTUR

**Die Institution verfügt über ein System, mit dem Patienten mit zuvor unerkannten Wirbelfrakturen ermittelt und einer Beurteilung für die Prävention von Folgefrakturen unterzogen werden.**

Die meisten Wirbelfrakturen werden nicht erkannt oder entdeckt. Mit diesem Standard soll festgestellt werden, welche Systeme die Institution eingerichtet hat, um Wirbelfrakturen bei Patienten festzustellen, die in der Einrichtung mit einer Erkrankung vorstellig und/oder aufgenommen werden. Es hat sich erwiesen, dass die Kenntnis des Wirbelfrakturstatus zusätzlich zur Kenntnis der Knochendichte (BMD) eine viel bessere Prognose des Frakturrisikos für Folgefrakturen ermöglicht.

### STUFE 1

Patienten mit **klinischen Wirbelfrakturen werden einer Beurteilung unterzogen** und/oder erhalten eine Behandlung zur Prävention von Folgefrakturen.

#### **Anleitung**

Bei bis zu einem Viertel der Patienten, die bei einer FVS mit nicht-vertebralen Frakturen vorstellig werden, wurden mit der Technologie der Wirbelfrakturbeurteilung Wirbeldeformationen festgestellt. Der Standard ist sich bewusst, dass bei einigen Frakturpatienten die Durchführung einer Wirbelfrakturbeurteilung für das Änderungsmanagement nicht geeignet sein kann, z. B. bei Patienten mit Hüftfrakturen.

### STUFE 2

Patienten mit **nicht-vertebralen Frakturen werden routinemäßig einer Beurteilung** mit lateraler vertebraler Morphometrie durch DXA (oder möglicherweise Wirbelsäulenröntgen) unterzogen, um sie auf Wirbelfrakturen zu untersuchen.

#### **Anleitung**

Bei den Patienten, die nicht aus Gründen einer Fraktur-Historie an eine lokale Einrichtung für Knochendichtemessung zu einem DXA-Scan verwiesen wurden, kann die Feststellung des Wirbelfrakturstatus für einen Teil der Patienten die Behandlungsentscheidungen beträchtlich beeinflussen.

### STUFE 3

Patienten, bei denen **nach Berichten der Radiologen der Institution** Wirbelfrakturen auf Röntgenaufnahmen, CT & MRI-Scans (zufällig oder nicht) festgestellt werden, werden von der FVS ermittelt, damit sie einer Beurteilung für eine Behandlung zur Prävention von Folgefrakturen unterzogen werden.

#### **Anleitung**

Bei Personen über 50 Jahren wird eine erhebliche Menge von Bildern erfasst, was die Möglichkeit bietet, im Lauf der Behandlung anderer Erkrankungen erheblich mehr Patienten mit zuvor unerkannten Wirbelfrakturen zu ermitteln.

*Dieser Standard berücksichtigt, dass Patienten mit Wirbelfrakturen schwer zu ermitteln sind. Der Standard ist ambitioniert, aber da es sich bei Wirbelfrakturen um die häufigste Form der Fragilitätsfrakturen handelt, wäre es nachlässig, nicht zu versuchen, sie in diesem Rahmen zu ermitteln.*

## 5. BEURTEILUNGSLEITLINIEN

### Die Beurteilung der Institution für die Prävention von Folgefrakturen zur Feststellung des Interventionsbedarfs entspricht lokalen/regionalen/nationalen Leitlinien.

Dieser Standard verfolgt einen doppelten Zweck. Erstens verlangt er von Institutionen die Befolgung einer Anleitung, die auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene einer Peer-Review unterzogen wurde. Zweitens unterstreicht der Standard eine wichtige Führungsrolle, die eine effiziente FVS bei der Unterstützung von Kollegen im nationalen Gesundheitssystem übernehmen kann. Eine gut etablierte FVS sollte eine führende Rolle bei der Befürwortung und Ausarbeitung nationaler Leitlinien zur Prävention von Folgefrakturen spielen.

#### STUFE 1

Die Beurteilung der Institution entspricht der einer Peer-Review unterzogenen Anleitung, die durch die lokale Institution, welche die FVS bereitstellt, oder durch die Anpassung internationaler Leitlinien entwickelt wurde.

##### **Anleitung**

Obwohl die Verwendung von lokalen oder angepassten internationalen Leitlinien auf dieser Ebene akzeptabel ist, wird erwartet, dass der Standort an einer Änderung seiner Beurteilungen für Prävention von Folgefrakturen arbeitet, wenn regionale, bundesstaatliche oder nationale Leitlinien vorliegen.

#### STUFE 2

Die Beurteilung der Institution entspricht **regionalen** oder bundesstaatlichen Leitlinien.

##### **Anleitung**

Obwohl die Verwendung von regionalen oder bundesstaatlichen Leitlinien auf dieser Ebene akzeptabel ist, wird erwartet, dass der Standort an einer Änderung seiner Beurteilungen für Prävention von Folgefrakturen arbeitet, wenn nationale Leitlinien vorliegen.

#### STUFE 3

Die Beurteilung der Institution entspricht **nationalen** Leitlinien.

*Es wird berücksichtigt, dass verschiedene Institutionen/Systeme des Gesundheitswesens auf die in ihrem Land verfügbaren Leitlinien beschränkt sein können.*

## 6. SEKUNDÄRE URSACHEN FÜR OSTEOPOROSE

Die Institution kann nachweisen, welcher Anteil der Patienten, die eine Behandlung zur Prävention von Folgefrakturen benötigen, einer weiteren Untersuchung (in der Regel Blutuntersuchungen) unterzogen wird, um die zugrundeliegenden Ursachen für eine geringe BMD festzustellen.

Es ist wichtig zu wissen, warum Patienten an Osteoporose leiden. Die Beurteilung sollte einem Algorithmus folgen, der auf sekundäre Ursachen untersucht.

### STUFE 1

Die Institution kann nachweisen, dass **50%** der Patienten, die eine Behandlung brauchen, routinemäßig auf sekundäre Ursachen für Osteoporose untersucht werden.

### STUFE 2

Die Institution kann nachweisen, dass **70%** der Patienten, die eine Behandlung brauchen, routinemäßig auf sekundäre Ursachen für Osteoporose untersucht werden.

### STUFE 3

Die Institution kann nachweisen, dass **90%** der Patienten, die eine Behandlung brauchen, routinemäßig über das Standortprotokoll auf sekundäre Ursachen für Osteoporose untersucht werden und dass gegebenenfalls eine Überweisung an Spezialisten erfolgte.

#### Anleitung

Zwecks Klarstellung: In Gesundheitssystemen, in denen der Hausarzt als Zuständiger für Verweise an Spezialisten fungiert, muss die FVS gute Vereinbarungen mit Hausärzten pflegen, um sicherzustellen, dass eine Überweisung auch stattfindet.

*Es wird berücksichtigt, dass es unterschiedliche Methoden für die Feststellung sekundärer Ursachen für Osteoporose gibt. Dieser Standard verfolgt die Philosophie, dass behandlungsbedürftige Post-Fraktur-Patienten zwecks Ermittlung der sekundären Ursachen von Osteoporose gemäß den bestehenden Methoden der Institution oder des Gesundheitssystems beurteilt werden.*

## 7. STURZPRÄVENTIONSSTELLEN

**Patienten, die mit einer Fragilitätsfraktur vorstellig werden und bei denen das Risiko von weiteren Stürzen festgestellt wird, werden beurteilt, um zu ermitteln, ob Interventionsstellen für Sturzprävention benötigt werden oder nicht, und wenn dies der Fall ist, werden sie an eine anerkannte Sturzpräventionsstelle verwiesen.**

Die Bewertung nach diesem Standard hängt davon ab, ob Sturzpräventionsstellen zur Verfügung stehen. Der Basisstandard wird sein, dass eine Beurteilung vorgenommen wird, um zu ermitteln, ob ein Patient Sturzpräventionsdienste benötigt. Die Bewertung des Standards wird unter den Aspekten angehoben, ob Sturzpräventionsstellen zur Verfügung stehen und der Patient an sie verwiesen werden kann.

### STUFE 1

**50%** der Patienten mit Frakturen, bei denen das Risiko weiterer Stürze festgestellt wird, werden beurteilt, um zu ermitteln, ob Sturzpräventionsdienste erforderlich sind.

#### **Anleitung**

Alle Patienten werden anhand eines grundlegenden Fragebogens zum Sturzrisiko beurteilt.

### STUFE 2

**70%** der Patienten mit Frakturen, bei denen das Risiko weiterer Stürze festgestellt wird, werden beurteilt, um zu ermitteln, ob Sturzpräventionsdienste erforderlich sind.

### STUFE 3

**90%** der Patienten mit Frakturen, bei denen das Risiko weiterer Stürze festgestellt wird, werden beurteilt, um zu ermitteln, ob Sturzpräventionsdienste erforderlich sind, und entsprechende Patienten werden an eine anerkannte Sturzpräventionsstelle verwiesen, die evidenzbasierte Interventionen bietet.

#### **Anleitung**

Der Sturzpräventionsdienst sollte evidenzbasierte Programme anbieten.

*Dieser Standard ermittelt, ob ein Sturzpräventionsdienst zur Verfügung steht und wenn ja, wie er genutzt wird. Falls es am Ort keinen anerkannten Sturzpräventionsdienst gibt, wird dieser Standard ambitioniert und spornt die Leitung der FVS an, sich bei der Institution/dem System für die Bereitstellung eines Sturzpräventionsdienstes einzusetzen.*

## 8. VIELSEITIGE BEURTEILUNG ZU RISIKOFAKTOREN DURCH GESUNDHEIT UND LEBENSWEISE

**Patienten, die mit Fragilitätsfrakturen vorstellig werden, werden als Präventivmaßnahme einer vielseitigen Risikofaktorenbewertung unterzogen, um mögliche Veränderungen der Gesundheit und/oder Lebensweise zu ermitteln, die bei einer Umsetzung das Risiko von Folgefrakturen verringern, und die Patienten, bei denen Bedarf besteht, werden danach zur weiteren Beurteilung und Behandlung an die entsprechende multidisziplinäre Fachkraft verwiesen.**

Über eine medikamentöse Behandlung hinaus ist es wichtig, weitere Interventionsmöglichkeiten zu ermitteln, die das Risiko von Folgefrakturen verringern; dazu gehört die Beurteilung von möglichen zugrundeliegenden Faktoren der Gesundheit oder der Lebensweise, die Folgefrakturen begünstigen können. Das Erkennen von Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, mangelhafte Ernährung, Bewegungsmangel, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen usw. und das Verweisen des Patienten an die entsprechende Fachkraft des Gesundheitswesens trägt zu einer Vermeidung von Folgefrakturen bei.

### STUFE 1

**50%** der stationären Patienten werden einer vielseitigen Risikofaktorenbewertung unterzogen.

### STUFE 2

**70%** der stationären Patienten werden einer vielseitigen Risikofaktorenbewertung unterzogen.

### STUFE 3

**90%** der stationären Patienten werden einer vielseitigen Risikofaktorenbewertung unterzogen.

*Eine vielseitige Risikobewertung kann von einer Fachkraft des Gesundheitswesens innerhalb der FVS (Kliniker, Pflegekraft, FVS-Koordinator usw.) vorgenommen werden, und die erforderlichen Interventionsleistungen können der entsprechenden Fachkraft des Gesundheitswesens zwecks weiterer Beurteilung und Behandlung übertragen werden. Beispiel: Ein recht betagter Patient mit einer Fragilitätsfraktur wird einer vielseitigen Risikofaktorenbewertung unterzogen, und es wird festgestellt, dass er an erheblichen Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen leidet. Wenn die FVS dies erkennt, verweist sie den Patienten, damit er als Präventionsmaßnahme gegen Stürze mit Hüftprotektoren ausgestattet wird.*

*Es wird berücksichtigt, dass es unterschiedliche Methoden für die Erkennung vielseitiger Risikofaktoren für zukünftige Frakturen gibt. Dieser Standard verfolgt die Philosophie, dass behandlungsbedürftige Post-Fraktur-Patienten zwecks Ermittlung von Risikofaktoren in Verbindung mit der „Lebensweise“ gemäß den bestehenden Methoden der Institution oder des Gesundheitssystems beurteilt werden.*

## 9. EINLEITUNG EINER ARZNEIMITTELTHERAPIE

Bei allen Fraktur-Patienten über 50, die zum Zeitpunkt der Vorstellung der Fraktur nicht in Behandlung sind, wird eine Arzneimitteltherapie eingeleitet oder sie werden bei Bedarf zu diesem Zweck an Ihren Hausarzt/ Gesundheitsdiensteanbieter verwiesen, damit in Übereinstimmung mit evidenzbasierten lokalen/regionalen/nationalen Leitlinien eine Osteoporosebehandlung eingeleitet wird.

Dieser Standard ist keine allgemeine Messung des Prozentsatzes der behandelten Patienten, sondern vielmehr eine Messung des Prozentsatzes der Patienten innerhalb der entsprechenden Leitlinie, die behandelt werden. Der Standard berücksichtigt, dass nicht alle Fraktur-Patienten über 50 Jahren eine Behandlung benötigen.

### STUFE 1

Bei **50%** der Fraktur-Patienten, **die** gemäß der evidenzbasierten lokalen/regionalen/nationalen Leitlinie **für eine Behandlung in Frage kommen**, wird eine medikamentöse Behandlung gegen Osteoporose eingeleitet.

### STUFE 2

Bei **70%** der Fraktur-Patienten, **die** gemäß der evidenzbasierten lokalen/regionalen/nationalen Leitlinie **für eine Behandlung in Frage kommen**, wird eine medikamentöse Behandlung gegen Osteoporose eingeleitet.

### STUFE 3

Bei **90%** der Fraktur-Patienten, **die** gemäß der evidenzbasierten lokalen/regionalen/nationalen Leitlinie **für eine Behandlung in Frage kommen**, wird eine medikamentöse Behandlung gegen Osteoporose eingeleitet.

*Dieser Leitfaden berücksichtigt Unterschiede im zugrundeliegenden Gesundheitssystem. Je nach Art des Gesundheitssystems kann der Spezialist in der Lage sein, eine Behandlung einzuleiten, oder in dem Fall, in dem der Hausarzt/Anbieter als Zuständiger fungiert, kann der Spezialist den Patienten für die Behandlung an den Hausarzt/Anbieter verweisen. In jedem Fall wird sich um den Nachweis bemüht, dass dieser Prozess möglichst solide ist.*

## 10. ÜBERPRÜFUNG DER MEDIKATION

Bei Patienten, die bereits Arzneimittel gegen Osteoporose erhalten, wenn sie mit einer Fraktur vorstellig werden, wird eine Neubewertung angeboten, die eine Überprüfung der Arzneimittel-Compliance, die Erwägung alternativer Osteoporose-Medikationen und eine Optimierung der nicht nicht-pharmakologischen Interventionen umfasst.

Ziel dieses Standards ist die Beurteilung, ob die FVS Patienten überprüft, die anscheinend während einer medikamentösen Behandlung gegen Osteoporose eine Fraktur erlitten haben, und es wird ermittelt, welcher Anteil der Untergruppe von Patienten dieser Überprüfung unterzogen wird.

### STUFE 1

Die Institution weist nach, dass sie die Medikationen von **50%** der oben (von der FVS) erfassten Patienten, die zum Zeitpunkt einer Fraktur eine medikamentöse Behandlung bekommen, überprüft und eine Überprüfung der Arzneimittel-Compliance durchführt und/oder alternative Interventionen betrachtet.

### STUFE 2

Die Institution weist nach, dass sie die Medikationen von **70%** der oben (von der FVS) erfassten Patienten, die zum Zeitpunkt einer Fraktur eine medikamentöse Behandlung bekommen, überprüft und eine Überprüfung der Arzneimittel-Compliance durchführt und/oder alternative Interventionen betrachtet.

### STUFE 3

Die Institution weist nach, dass sie die Medikationen von **90%** der oben (von der FVS) erfassten Patienten, die zum Zeitpunkt einer Fraktur eine medikamentöse Behandlung bekommen, überprüft und eine Überprüfung der Arzneimittel-Compliance durchführt und/oder alternative Interventionen betrachtet.

# 11. KOMMUNIKATIONSSTRATEGIE

**Der FVS-Managementplan der Institution wird den Klinikern der Primär- und Sekundärversorgung mitgeteilt und enthält Informationen, die von lokalen Interessengruppen benötigt und genehmigt werden.**

Dieser Standard dient dazu, zu verstehen, in welchem Maß der FVS-Managementplan – und dessen Übermittlung an relevante klinische Kollegen in der Primär- und Sekundärversorgung – die Meinung jener Kollegen eingeholt hat, wie ihren Bedürfnissen am besten entsprochen werden kann, um eine optimale Einhaltung der Empfehlungen der FVS sicherzustellen.

## STUFE 1

Der Managementplan der FVS wird Ärzten aus der Primär- und Sekundärversorgung **mitgeteilt**.

## STUFE 2

Die Institution weist nach, dass der Managementplan der FVS Ärzten aus der Primär- und Sekundärversorgung **mitgeteilt** wird und mindestens **50% der aufgelisteten Kriterien enthält.\***

## STUFE 3

Die Institution weist nach, dass der Managementplan der FVS Ärzten aus der Primär- und Sekundärversorgung mitgeteilt wird und mindestens **90% der aufgelisteten Kriterien enthält.\***

*Dieser Standard betrifft vorwiegend Situationen, in denen Patienten aus einem anderen als einem orthopädischen Grund bei einer stationären oder ambulanten Einrichtung vorstellig werden und während ihrem Aufenthalt zufällig das Vorliegen einer Fraktur festgestellt wird (z. B. wird auf einer Thorax-Röntgenaufnahme wegen Lungenentzündung ein Wirbelbruch entdeckt). In diesem Fall wird ein Post-Fraktur-Managementplan eingerichtet und dem Patienten sowie allen Gesundheitsdienstleistern und Kostenträgern (wenn eine Überweisung erforderlich ist), die in die Versorgung des Patienten eingebunden sind, mitgeteilt.*

*\*Auf Stufe 2 und Stufe 3 erwähnte Kriterien: Frakturrisikobewertung, DXA – BMD, DXA – Wirbelfrakturbeurteilung oder Wirbelsäulen-Röntgenaufnahme, falls statt dessen durchgeführt, primäre Risikofaktoren für Osteoporose, sekundäre Ursachen für Osteoporose (gegebenenfalls), Risikofaktoren für Fraktur/Sturz, derzeitige medikamentöse Behandlung (gegebenenfalls), Überprüfung der Arzneimittel-Compliance, Nachsorgeplan, Beurteilung der Risikofaktoren durch Lebensweise, Zeit seit der letzten Fraktur.*

## 12. LANGZEIT-MANAGEMENT

### Die Institution hat ein Protokoll für das Langzeit-Follow-up für evidenzbasierte Anfangsinterventionen und einen Langzeit-Befolgungsplan eingerichtet.

Mit diesem Standard soll festgestellt werden, welche Verfahren eingerichtet worden sind, um sicherzustellen, dass ein Langzeit-Management für Frakturrisiko zuverlässig angeboten wird. In Gesundheitssystemen mit einer etablierten Infrastruktur für die Primärversorgung muss die lokale Primärversorgung an der Ausarbeitung der Verfahren, die sie für diesen Aspekt der Post-Fraktur-Versorgung implementieren, beteiligt werden. In Gesundheitssystemen, in denen es keine Infrastruktur für Primärversorgung gibt, muss die FVS einen effizienten Feedback-Prozess direkt vom Patienten oder Arzt einrichten und Strategien zur Sicherstellung eines Follow-up durch die FVS ausarbeiten.

#### STUFE 1

Behandlungsempfehlungen für Patienten, die einer medikamentösen Behandlung bedürfen, umfassen einen Langzeit-Follow-up-Plan für die Zeit **>12 Monaten nach** der Fraktur, der angibt, wann der Patient einer weiteren Beurteilung des Frakturrisikos und der Behandlungsbedürftigkeit unterzogen werden sollte.

##### Anleitung

Die Institution kann den Anteil der ursprünglich von der FVS beurteilten Patienten nachweisen, für die ein Langzeit-Follow-up-Plan besteht, der für die Jahre 1 und 2 und darüber hinaus gilt.

#### STUFE 2

#### STUFE 3

Behandlungsempfehlungen für Patienten, die einer medikamentösen Behandlung bedürfen, umfassen **sowohl** einen Kurzzeit-Follow-up-Plan für die Zeit **<12 Monaten nach** der Fraktur ALS AUCH einen Langzeit-Follow-up-Plan für die Zeit **>12 Monaten nach** der Fraktur, der angibt, wann der Patient einer weiteren Beurteilung des Frakturrisikos und der Behandlungsbedürftigkeit unterzogen werden sollte, und der klar angibt, wann und bei wem die Zuständigkeit für die Überwachung der Einhaltung der Behandlung liegt.

##### Anleitung

Die Institution kann den Anteil der ursprünglich von der FVS beurteilten Patienten nachweisen, für die ein Kurzzeit-Follow-up-Plan für 6-12 Monate und ein Langzeit-Management besteht, der für die Jahre 1 und 2 und darüber hinaus gilt.

*Eine wichtige Verantwortung der FVS im Bereich der Versorgung besteht darin, dass sie ein Protokoll zur Sicherstellung eines Langzeit-Follow-up einrichtet und dass klar angegeben wird, wann und bei wem die Zuständigkeit für die Überwachung der Einhaltung der Behandlung liegt, sei es bei der FVS, durch Verweis beim Hausarzt/Anbieter oder durch andere Mittel, die dem zugrundeliegenden Gesundheitssystem entsprechen.*

## 13. DATENBANK

**Alle ermittelten Patienten mit Fragilitätsfrakturen werden in einer Datenbank erfasst, die in eine zentrale nationale Datenbank eingespeist wird.**

Dieser Standard soll unterstreichen, wie wichtig eine effiziente Datenbank zur Unterstützung des Dienstes ist. Der Standard betont auch das ambitionierte Ziel der Entwicklung lokaler, regionaler und nationaler Datenbanken, die ein Benchmarking der Versorgung gegenüber den anderen FVS-Anbietern im Land ermöglichen würde.

### STUFE 1

Akten von Patienten mit Fragilitätsfrakturen (für oben erfasste Patienten) werden in einer **lokalen Datenbank** erfasst.

### STUFE 2

Der Standort weist nach, dass alle oben erfassten Akten von Patienten mit Fragilitätsfrakturen in einer Datenbank erfasst werden, die **regional** zwecks Datenvergleich **genutzt** werden kann.

### STUFE 3

Der Standort weist nach, dass alle oben erfassten Akten von Patienten mit Fragilitätsfrakturen in einer **zentralen nationalen Datenbank** gespeichert werden. Die Datenbank ermöglicht ein Benchmarking zwischen allen Anbieterstellen.

*Eine lokale Datenbank für die Erfassung der Akten von Patienten mit Fragilitätsfrakturen der Stufe 1 ist für eine FVS wesentlich. Eine nationale Datenbank ist ambitioniert und sollte angestrebt werden, daher wird sie auf Stufe 3 angesetzt.*

## ÜBER CAPTURE THE FRACTURE®

„Capture the Fracture®“ ist eine Initiative der IOF, die weltweit die Prävention von Folgefrakturen durch die Einrichtung von Fraktur-Verbindungsstellen (FVS), bei denen es sich um ein koordinatorgestütztes Post-Fraktur-Versorgungsmodell handelt, fördert. Weitere Informationen und zahlreiche Ressourcen sind im Internet abrufbar unter [www.capturethefracture.org](http://www.capturethefracture.org)

Der Best-Practice-Leitfaden wurde ursprünglich im nachstehend genannten Positionspapier der IOF veröffentlicht:

Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group (2013) Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Osteoporos Int 24:2135-2152.

*Weltweit besteht eine große Versorgungslücke, durch die Millionen von Fraktur-Patienten einem hohen Risiko von Folgefrakturen ausgesetzt sind. „Capture the Fracture“ hofft, diese Lücke zu schließen und die Prävention von Folgefrakturen Realität werden zu lassen.*

Prof John A. Kanis  
PRÄSIDENT, IOF



International Osteoporosis  
Foundation

**International Osteoporosis Foundation**

9 rue Juste-Olivier • CH-1260 Nyon • Switzerland • T +41 22 994 01 00 • F +41 22 994 01 01  
[info@iofbonehealth.org](mailto:info@iofbonehealth.org) • [www.iofbonehealth.org](http://www.iofbonehealth.org)