

## Sollte man bei Verdacht auf Osteoporose immer ein multiples Myelom ausschließen?

### Zum Beitrag aus DMW 28/29/2005

Im o.g. Kommentar wird diskutiert, ob die Durchführung einer Serumelektrophorese bei Verdacht auf Osteoporose sinnvoll ist.

Die Aussage der referierten Studie ist, dass das relative Risiko, an einem multiplen Myelom erkrankt zu sein, bei Vorliegen einer Osteoporose erhöht ist. Im Kommentar wird bemerkt, dass es sinnvoll und wirtschaftlich sei, die Ausweitung der Diagnostik nur bei Patienten mit gesicherter Osteoporose und mit Fragilitätsfrakturen vorzunehmen (1).

Korrigiert werden muss die Aussage, dass die Leitlinien des Dachverbandes Osteologie (DVO) in ihrem Minimalprogramm der Laborparameter neben der Blutsenkung, Calcium, Phosphat, Kreatinin, Gamma-GT und TSH auch einen Proteinnachweis im Urin enthalten. Das laborchemische Minimalprogramm, das in den noch gültigen DVO-Leitlinien empfohlen wird, beinhaltet eine Eiweißelektrophorese im Serum.

Da laut Labor-Minimalprogramm der DVO-Leitlinien ohnehin bei jedem Patienten, bei dem die Indikation zu einer Osteoporose-Abklärung gesehen wird, eine Eiweiß-Elektrophorese durchgeführt wird, wird eine monoklonale Gammopathie hier auch „routinemäßig“ auffallen. So stellt sich die in der referierten Studie gestellte Frage im deutschsprachigen Raum des Dachverbands DVO gar nicht, wenn die DVO-Leitlinien beachtet werden.

### Literatur

<sup>1</sup> Fassbender WJ. Erweiterte Diagnostik scheint nur bei gesicherter Osteoporose unklarer Genese sinnvoll. Dtsch Med Wochenschr 2005; 130: 1678

Dr. Dieter Schöffel · Abt. Rheumatologie des Westpfalz-Klinikum, Kaiserslautern – Kusel · Im Flur 1 · 66869 Kusel · E-Mail: dschoeffel@westpfalz-klinikum.de  
Priv.-Doz. Dr. Walter J. Faßbender · Hospital zum Hl. Geist, Innere Abteilung · Von-Broichhausen-Allee 1 · 47906 Kempen  
DOI: 10.1055/s-2006-924943

## Leitliniengerechte Herzinsuffizienzbehandlung in Deutschland (Ergebnisse der MAHLER-Studie)

### Zum Beitrag aus DMW 39/2005

Die Studie vergleicht im zweiten Teil die Hospitalisierungsraten in Abhängigkeit von der Leitlinientreue der Herzinsuffizienz (1). Soweit so gut. Aber sind diese beiden Gruppen überhaupt vergleichbar? Die Nichtanwendung der Leitlinien ist ja sicher nicht nur reine Willkür oder Zufall, sondern könnte ihren Grund in gravierenden Begleiterkrankungen haben, die die Umsetzung der Leitlinien behindern. Das ist unter praktischen Aspekten sogar die wahrscheinlichste Ursache, die eine Leitlinientherapie verhindert hat.

Das bedeutet aber, dass die nichtkonform Behandelten eventuell „kränker“ sind, verglichen mit den konform Behandelten. Oder andersherum: Die Nichtumsetzbarkeit der Leitlinien ist ein indirekter Indikator für Zusatzerkrankungen. Diese haben natürlich einen erheblichen Einfluss auf die Hospitalisierungsraten.

Somit haben sich durch die Leitlinienselektion nicht mehr vergleichbare Gruppen ge-

bildet. Dies hätten die Autoren mit statistischen Mitteln adjustieren müssen. Zumindest fehlt der Beweis, dass die Gruppen in puncto Komorbidität vergleichbar sind.

Dass dies unterlassen wurde, ist ein schwerer methodischer Mangel. Die Aussage, dass leitlinienkonforme Therapie „gesündere“ Patienten produziert, bleibt damit letztendlich unbewiesen.

### Literatur

<sup>1</sup> Flesch M et al. Leitliniengerechte Herzinsuffizienzbehandlung in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 2005; 130: 2191–2197

Dr. H. Gross · Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin · Weimarsche Str. 4 · 10715 Berlin  
DOI: 10.1055/s-2006-924944

### Erwiderung

Die Bedenken bezüglich des Studiendesigns (1) sind unbegründet. Die Initiatoren der Mahler-Studie haben einen Adherence-Indikator entwickelt mit einer 2-Schritt-Pro-

### Erratum:

Im Beitrag „Hämorrhagische Diathese als Frühsymptom einer systemischen Amyloidose“ (Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 17–21) muss der erste Satz des Abschnittes „Therapie und Verlauf“ auf S. 19 richtig lauten: „Somit zeigte der Patient einen Befall mit zwei verschiedenen Formen von Amyloid (AL und AA), wobei klinisch die **ALy-Amyloidose** mit generalisiertem Befall bestimmend war (Tab. 1).  
DOI: 10.1055/s-2006-924946

zedur, die folgendermaßen gewählt war: Zuerst wurde in jedem einzelnen Fall die individuelle Krankheitssituation (Stadium der Herzinsuffizienz, Nebenerkrankungen, Interaktionen mit Medikamenten etc.) des Patienten analysiert und danach bestimmt, welches Medikament er entsprechend der ESC-Guidelines eigentlich bekommen müsste. Anschließend wurde überprüft, ob der Patient die Medikamente entsprechend der ESC-Guidelines auch erhalten hatte. Die methodischen Details sind publiziert (2).

Die behandelnden Kardiologen waren zufallsausgewählt. Damit sollten die Ergebnisse der Mahler-Studie statistisch gesehen allgemeinzutreffend sein. Die Mahler-Studie hat aber nicht untersucht, warum einigen Patienten keine Herzinsuffizienzmedikamente verordnet worden waren. Die Gründe können sowohl auf der Seite der Patienten als auch auf der Seite des behandelnden Arztes liegen. Auch wurde weder untersucht, ob die Patienten die rezeptierten Medikamente überhaupt einnahmen, noch ob die Dosierung korrekt war. Unabhängig davon zeigt sich aber, dass ein Patient besser behandelt ist, wenn er alle Herzinsuffizienzmedikamente erhält, die entsprechend den Leitlinienempfehlungen und entsprechend seines individuellen Krankheitsbildes verordnet werden sollten.

### Literatur

<sup>1</sup> Flesch M et al. Leitliniengerechte Herzinsuffizienzbehandlung in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 2005; 130: 2191–2197  
<sup>2</sup> Komajda M et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the Mahler survey. Eur Heart J 2005; 26: 1653–1659

Prof. Dr. med. E. Erdmann · Klinikum III für Innere Medizin, Universitätsklinikum · Joseph-Stelzmann-Straße 9 · 50924 Köln  
DOI: 10.1055/s-2006-924945