

Gravierende Mängel in Diagnostik und Therapie der Osteoporose

Teure Bruchlandung

Die Fakten sind alarmierend: 50% aller Osteoporosepatienten werden nicht erkannt, nur 20–25% mehr oder weniger adäquat behandelt. Millionen Bundesbürger sind vom Knochenschwund betroffen, Milliarden müssen jedes Jahr für die Fraktur-reparatur bezahlt werden – doch an Früherkennung und medikamentöser Therapie wird gespart. Unnötiges Leid und explodierende Kosten sind die Folgen.

In Deutschland leiden etwa vier bis sechs Millionen Menschen an Osteoporose – zu 85% Frauen. Drei von zehn Frauen haben nach der Menopause mit porösen Knochen zu kämpfen. Aber auch das sog. starke Geschlecht schwächelt zunehmend im Skelettbereich. Die Osteoporose ist ein „stiller Killer“, sagte Prof. Dr. H. W. Minne, Bad Pyrmont. Wahrgenommen wird sie in der Regel erst, wenn die Knochen brechen. Jährlich erleiden rund 130 000 Männer und Frauen in Deutschland einen Oberschenkelhals-

bruch, 70 000 mindestens einen neuen Wirbelkörper-einbruch. Rund 30 000 Patienten pro Jahr versterben in den ersten sechs Monaten nach Schenkelhalsfraktur, weitere 30 000 bleiben pflegebedürftig. EU-weit hat sich die Zahl der Patienten mit Schenkelhalsbruch in den letzten drei Jahren um 25% erhöht.

Reparatur statt Prophylaxe

Diese Zahlen spiegeln nicht nur eine menschliche Katastrophe wider, sondern sind auch in finanzieller Hinsicht desaströs. Minne: „In Deutschland werden jährlich weniger als 5% des Betrages, der für die Reparatur nicht verhinderter Knochenbrüche aufgebracht werden muss, für die Verhinderung von Frakturen eingesetzt.“

Die Behandlung der Osteoporose und ihrer Folgeschäden verschlingt in



Abb.: Archiv

Die Last der leichten Knochen.

Deutschland jährlich 9–10 Milliarden DM, rechnet Gesundheitsökonom Prof. Dr. Peter Oberender, Bayreuth, vor. Nach seiner Ansicht sind Osteoporosefrüherkennung und -behandlung „zweckmäßig und wirtschaftlich“. Die Kosten einer adäquaten Intervention liegen bei durchschnittlich 700 DM pro Patient und Jahr (30 DM für die Osteodensitometrie, 350 bis 1400 DM für Medikamente). Damit ließe sich jede zweite Fraktur verhindern – unterm Strich eine Ersparnis von mindestens einer Milliarde DM jährlich!

Goldstandard DXA-Messung

Für die Beurteilung des Frakturrisikos ist die Osteodensitometrie nach Ansicht der Experten „von unverzichtbarer Bedeutung“. Als Goldstandard gilt die DXA-Messung (Dual-energy-x-ray-Absorptiometrie). Bezahlt wird sie von den Kassen seit 1.4.2000 aber nur noch bei Patienten, die bereits eine Fraktur ohne adäquates Trauma erlitten haben. Seitdem erfolgen Knochendichtemessungen immer häufiger in der IGeL-Grauzone, sprich als individuelle Gesundheitsleistung ohne adäquate Qualitätskontrolle – ganz zu schweigen von den um sich greifenden Osteosonographien in Apotheken usw.

Die Einschränkung verlässlicher quantifizierender Untersuchungen der Knochendichte bedeutet praktisch den Rückzug der Osteoporosetherapie auf die Tertiärprävention, meinte der niedergelassene Orthopäde Dr. Siegfried Götte, Unterhaching. Er forderte eine Gleichstellung von Primär- und Sekundärprävention. Mit der Osteodensitometrie ließe sich die Therapie abhängig vom Osteoporosestadium kostengünstig, verlaufsgerichtet und compliancefreundlich gestalten (s. Tab.1).

Tabelle 1

Stadiengerechtes Management der Osteoporose (nach Götte)

Krankheitsstadium	Therapieempfehlung	Kosten	Osteodensitometrie
Physiologische Demineralisierung (0 bis -1 SD)	Prophylaxe	↓	Kontrolle nach drei Jahren
Osteopenie (-1 bis -2,5 SD)	Kalzium/Vit. D/Metabolite Östrogene – NMFP – Raloxifen – Bisphosphonate		Kontrolle jährlich, bei Normalisierung nach zwei Jahren
Osteoporose (<-2,5 SD)	Kalzium/Vit. D/Metabolite Bisphosphonate – Raloxifen Östrogene – NMFP		jährliche Kontrolle
manifeste Osteoporose	Kalzium/Vit. D/Metabolite Bisphosphonate – Raloxifen Östrogene – NMFP		jährliche Kontrolle

— Indikation zur Osteodensitometrie ab zwei Risikofaktoren
kritisches Merkmal: Low- oder High-turnover-Osteoporose
NMFP = Natriummonofluorophosphat
SD = Standardabweichung vom Mittelwert gesunder 30-jähriger Frauen

Dagegen hat für Prof. Dr. H. Raspe, Lübeck, die Tertiärprävention zurzeit Priorität. Auch hier gibt es Mängel. So werden Radius- und Hüftfrakturen immer noch v. a. als traumatologisches Problem aufgefasst. Eine systematische Untersuchung der Knochengesundheit erfolgt hier nicht, obwohl die Osteodensitometrie allein dafür zugelassen ist.

Trotz Fraktur keine Therapie

Auch die dringend notwendige medikamentöse Therapie, die das Risiko weiterer Kno-

werfen können, so die Berliner Osteoporoseexpertin.

Die Wirksamkeit osteotroper Medikamente wie Vitamin D, Kalzium, Bisphosphonate und Raloxifen ist erwiesen. Trotzdem werden sie nicht genutzt. Minne: Nach Oberschenkelhals- oder Radiusfraktur erhalten weniger als 5% der Patienten eine solche Pharmakotherapie, unter Glukokortikoidtherapie weniger als 10% und bei klinisch manifester Osteoporose weniger als 10 bis 20%. Sein Fazit: Das Problem wird uns überrollen, wenn wir so weitermachen wie bisher ...

DAS JAHRZEHT DES SKELETTS

Stark machen für schwache Knochen

Weltweit sind Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparats bereits heute die Hauptursache für chronische Schmerzen und Behinderung – und die Zahl der Betroffenen steigt weiter, die Kosten explodieren. Angesichts dieser Entwicklung hat die WHO die Jahre 2000 bis 2010 zur „Bone and Joint Decade“ erklärt. Zahlreiche wissenschaftliche Gesellschaften und Patientenorganisationen beteiligen sich an dieser Initiative mit dem Ziel, Prävention und Management von Knochen- und Gelenkerkrankungen effizienter zu gestalten. Schirmherrin des deutschen Netzwerks ist Liz Mohn, Bertelsmann-Stiftung Gütersloh, nationaler Koordinator Prof. Dr. Wolfhart Puhl, Orthopädische Universitätsklinik Ulm. Aktuelle Informationen gibt es im Internet unter:

www.boneandjointdecade.org



chenbrüche halbieren könnte, unterbleibt in den meisten Fällen. Etwa 80% der Osteoporosepatienten bleiben auch nach der ersten Fraktur unbehandelt – für Dr. Jutta Semler, Berlin, ein Kunstfehler. Überhaupt läuft viel verkehrt: Ein Teil der Patienten wird zwar irgendwann anbehandelt, die Therapie dann aber oft viel zu früh abgebrochen. Wenn sie nicht konsequent drei bis fünf Jahre durchgehalten wird, hätte man die Medikamente gleich weg-

Der Dachverband Osteologie, eine Vereinigung von 14 Fachgesellschaften in Deutschland, Österreich und der Schweiz, erarbeitet derzeit evidenzbasierte Konsensusleitlinien zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Sie sollen in diesem Jahr fertig werden.

DR. MED. ULRIKE WEPNER ■

— Presseseminar „Bone and Joint Dekade – Schwerpunktthema 2001: Osteoporose“, München, 13.12.2001.