

Osteoporose: „Horrende Zahlen in Österreich“

Risiko der Patienten kennen, bevor die erste Fraktur entsteht



In Österreich werden viele Patienten mit Osteoporose nicht adäquat behandelt. Das will die Österreichische Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel (ÖGKM) ändern, die 2019 das Projekt „Call for Action“ ins Leben gerufen hat. Im Gespräch mit dem HAUSARZT schildert ÖGKM-Generalsekretär Priv.-Doz. Dr. Christian Muschitz, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, wie die Versorgung der Osteoporose-Patienten verbessert werden kann.

HAUSARZT: Sie haben am wissenschaftlichen Bericht „Epidemiologie osteoporotischer Fragilitätsfrakturen“ mitgearbeitet.¹ Was sind die wichtigsten Erkenntnisse daraus?

Priv.-Doz. Dr. Christian MUSCHITZ: Dieser Bericht ist in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GesmbH (GÖG) entstanden. Wir konnten die Daten der sieben AUVA-Spitäler für Hochrechnungen auf alle Erstversorgungseinrichtungen in Österreich heranziehen, da dort bei Patientinnen und Patienten mit Knochenbrüchen codiert wird, ob es sich um ein hochenergetisches Trauma oder eine osteoporotische – also niedrigtraumatische – Fraktur handelt. Für das Jahr 2018 sind wir auf eine horrende Zahl gekommen: 92.835 Menschen der Altersgruppe 50 + erleiden pro Jahr eine osteoporotische Fraktur (siehe Infobox). Es handelt sich um ein riesiges Gesundheitsproblem, das bedauerlicherweise immer noch bagatellisiert wird. Das Projekt „Call for Action“ soll dazu führen, dass – wenn jemand mit einer osteoporotischen Fraktur ins Krankenhaus kommt – eine Therapie erfolgt, die über Vitamin D und Calcium hinausgeht.

Wie kann man die große Behandlungslücke schließen?

Niemand verlangt, dass die erstversorgenden unfallchirurgischen Ambulanzen sich darum kümmern. Aber es müsste nach der Entlassung ein Automatismus entstehen, wonach im niedergelassenen Bereich eine knochenspezifische Therapie sehr zeitnahe gestartet wird. Der Pool von Patienten ist ja noch viel größer, denn wir müssen sie bereits vor der ersten Fraktur schützen. Es gibt ein zertifiziertes Risikorechensystem von der WHO, das FRAX-System, mit dem anhand von zwölf Fragen das individuelle Risiko von „major osteoporotic fractures“ (MOF) und Hüftfrakturen berechnet werden kann. Wir empfehlen eine Basiserhebung bei Frauen ab 65 und Männern ab 70, außer sie haben klinische Risikofaktoren, die in der aktuell gültigen Leitlinie aus 2017 sehr gut definiert sind.

Welche Basistherapie gibt es, um osteoporotischen Fragilitätsfrakturen vorzubeugen?

Das Organsystem Knochen lässt sich mit Krafttraining gut stimulieren. Ein weiterer Punkt ist der Vitamin-D-Spiegel, diesbezüglich haben wir in der Leitlinie eine untere Schwelle von 20 ng/ml definiert. Für die Knochengesundheit sind max. 2.000 IE/Tag sinnvoll. Die primäre Quelle des Kalziums sollte indessen die Nahrung sein. Wenn überhaupt, sollte man nur 500 mg Kalzium pro Tag supplementieren, da der Körper größere Mengen weder verdauen noch verwerten kann. Die menopausale Hormontherapie stellt ebenfalls eine Osteoporose-Prophylaxe dar, sollte aber nur unter gynäkologischer Kontrolle erfolgen.

Aus welchen knochenspezifischen Therapien können Ärztinnen und Ärzte dann wählen?

Generell gibt es zwei große Substanzklassen: Die antiresorptiven bzw. antikatabolen Medikamente, die primär den Knochenabbau durch die Osteoklasten hemmen. Außerdem gibt es osteoblastenaktivierende Medikamente. In der ersten Gruppe finden sich mehrere Substanzen:

- **Bisphosphonate:** Sie werden oral oder intravenös verabreicht, wobei oral die Resorptionsquote relativ schlecht ist. Ein Fortschritt war darum die Applikation i. v. entweder alle drei Monate oder einmal im Jahr, wobei das Applizierte sehr rasch an den Wirkort gelangt.
- **Denosumab:** Jenes Medikament ist ein Antikörper gegen den RANK-Ligand und wird alle sechs Monate subkutan verabreicht. Im Unterschied zu Bisphosphonaten, die den reifen Osteoklasten hemmen, hemmt Denosumab auch die Osteoklasten-Vorstufen. Das Verabreichungsintervall sollte nicht

► Infobox: Daten bezüglich der Osteoporose-Inzidenz und -Folgekosten (für das Jahr 2018)¹

- Altersgruppe bis 100: 115.309 Menschen mit niedrigtraumatischer Fraktur
 - Altersgruppe 50 +: 92.835 Menschen mit niedrigtraumatischer Fraktur bzw. sind 2.600 pro 100.000 von Osteoporose betroffen
 - 50- bis 60-Jährige: ♀: 31 % der Frakturen sind osteoporotisch, ♂: 18 %
 - 60- bis 70-Jährige: ♀: 45 %, ♂: 31 %
 - 70- bis 80-Jährige: ♀: 57 %, ♂: 44 %
 - Altersgruppe 80 +: ♀: 70 %, ♂: 64 %
- Behandlung und Kosten:
 - Ambulante Behandlung: 55.707 Patienten
 - Kosten: ca. 8,5 Mio. Euro
 - Stationäre Behandlung: 37.128 Patienten
 - Kosten: > 148 Mio. Euro
 - Geschätzte Folgekosten (inkl. Reha): ca. 750 Mio. Euro

verlängert werden, da der Antikörper relativ genau sechs Monate im Körper zirkuliert.

- **Raloxifen:** Hierbei handelt es sich um einen selektiven Östrogenrezeptor-modulator, der die Wirkung von Östrogen imitiert. Er eignet sich z. B. bei schlechter Knochendichte der Wirbelkörper im trabekulären Bereich im perimenopausalen Alter.

Unter den osteoblastenaktivierenden Medikamenten gibt es die – inzwischen in der hellgelben Box – Parathormontherapie mit Teriparatid bzw. Biosimilars, die mit einem Pen täglich für 24 Monate verabreicht wird. Wichtig: Nach dem Abschluss der Behandlung muss man über mehrere Jahre eine antiresorptive Konsolidierungstherapie anwenden. Derzeit noch in der roten Box befindet sich zudem ein Antikörper gegen Sklerostin – Romosozumab. Dieser Antikörper inhibiert die körpereigene Hemmung der Osteoblasten. Die Therapie dauert zwölf Monate, im Anschluss ist ebenfalls eine antiresorptive Behandlung notwendig.

Was ist in Bezug auf Nebenwirkungen zu beachten?

Die Annahme, dass der Knochen durch die jahrelange Therapie kaputt werde, ist mittlerweile widerlegt. Sowohl bei Bisphosphonaten als auch bei Denosumab gibt es Biopsiedaten, die zeigen, dass der Knochen auch nach zehn Jahren absolut normal oder sogar verjüngt ist. Ebenfalls erwiesen ist, dass es unter der Osteoporose-Therapie im Gegensatz zu onkologischen Dosierungen zu keinem vermehrten Auftreten von Kieferknochennekrosen kommt. Allerdings sollte vor dem Therapiebeginn der Zahnstatus erhoben werden.

Sie waren federführend bei der Leitlinie „Osteoporose bei pneumologischen Erkrankungen“.^{2,3} Was sollten niedergelassene Ärzte diesbezüglich wissen?

ÖGKM und ÖGP haben diese Leitlinie gemeinsam verfasst. Das Organsystem Knochen wird durch andere Erkrankungen sekundär geschädigt. So findet bei Lungenerkrankungen häufig eine Inflammation im Hintergrund statt – und eine „low grade inflammation“ ist immer Gift für den Knochen. Durch die erhöhten Level von Interleukinen steigt die Osteoklasten-Aktivität, weswegen die Knochenbruch-



Experte zum Thema:
Priv.-Doz. Dr. Christian Muschitz
FA für Innere Medizin und Rheumatologie, Generalsekretär der ÖGKM
www.muschitz.info

rate bei Lungenerkrankungen beträchtlich ist. Zusätzlich schädigen Therapeutika wie Glukokortikoide den Knochen. Darum sollten Ärztinnen und Ärzte bei Vorliegen von Lungenerkrankungen auch an das Organsystem Knochen denken sowie das Frakturrisiko erheben – und wenn es bereits eine niedrigtraumatische Fraktur in der Anamnese gibt, sofort mit einer knochenspezifischen Therapie beginnen. Hierbei können die Behandelnden aus der vollen Bandbreite der Therapeutika wählen.

Mag.^a Marie-Thérèse Fleischer, BSc

Quellen:

- 1 Hummer H et al., Wissenschaftlicher Bericht im Auftrag des Ludwig Boltzmann Instituts für Experimentelle und Klinische Traumatologie, Gesundheit Österreich GmbH, 2020.
- 2 Muschitz C et al., Gemeinsame Leitlinie der ÖGKM und der ÖGP, Wien Klin Wochenschr, 2021.
- 3 Muschitz C et al., Osteoporos Int, 2021.