

Osteoporose

Die stille Volkskrankheit

Text
Daniela Schuster

Nach Schätzungen der Österreichischen Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel leiden in Österreich 370.000 Frauen und 90.000 Männer unter Osteoporose. Oft lange Jahre unbemerkt und unbehandelt – bis zur ersten Fragilitätsfraktur. Doch selbst dann erhalten die wenigsten Betroffenen eine adäquate Therapie. Woran hakt's beim medizinischen Management?

Osteoporose kündigt sich nicht an.

Bei den meisten Betroffenen verläuft sie über Jahre und Jahrzehnte leise, ohne Schmerzen und Symptome. Das Tückische: Irgendwann hat die Festigkeit der Knochen derart nachgelassen, dass sie einfach brechen. Ein Stolpern über die Teppichkante und der Oberschenkelhals liegt in Trümmern. Oft braucht es aber nicht einmal ein Trauma oder einen dramatischen Sturz. Eine falsche Bewegung, ein Niesen oder ein angehobener Einkaufskorb reichen und das Röntgenbild zeigt einen Wirbelkörperbruch, eine Rippenfraktur oder ein kaputtes Handgelenk.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt Knochenschwund zu den verbreitetsten Volkskrankheiten unserer Zeit. Ein Grund: die steigende Lebenserwartung. Mit zunehmendem Alter nimmt die Knochendichte einfach ab, weil der Knochenabbau rascher verläuft als der

-aufbau. Es ist jedoch ein Prozess, der bereits ab dem 30. Lebensjahr beginnt. Bei Frauen beschleunigt er sich mit der Menopause zusätzlich, wenn die Östrogenproduktion stark zurückgeht, die zuvor die knochenabbauenden Zellen hemmt.

Unterschätztes Risiko

Insgesamt liegt das Lebenszeitrisiko für eine osteoporotische Fraktur bei Frauen über 50 Jahren bei etwa 40 Prozent, bei Männern bei 13 Prozent. Mediziner:innen sollten Osteoporose daher eigentlich auf dem Präventionsschirm haben. Doch Knochenschwund zählt zu den am häufigsten unbehandelten Erkrankungen der Altersmedizin. „Auf die Knochen vergessen Ärtzt:innen oft – weil sie eben bis zum Bruch keine Beschwerden machen“, sagt Christian Muschitz, Osteoporose-Spezialist und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Knochen- und Mineral-

stoffwechsel (ÖGKM). „Das ist auch eine Frage der Ausbildung. In den Curricula ist das Thema – insbesondere die sekundäre Osteoporose, die als direkte Folge einer anderen Grunderkrankung wie etwa Diabetes oder durch die Einnahme bestimmter Medikamente wie Kortison entsteht – nicht gut verankert.“

Expert:innen gesucht

Seit Jahren fordert die ÖGKM daher ein österreichisches Ärztekammerdiplom Osteologie. „Es wäre ein ganz wichtiger Schritt, um in die Breite zu gehen und die Masse an Patient:innen versorgen zu können“, sagt Muschitz. „Doch obwohl wir ein fertiges Curriculum, neue Leitlinien und alle Daten vorlegen können, hängen wir in der Luft, kämpfen gegen Windmühlen. Das Thema Osteoporose scheint derzeit einfach nicht en vogue zu sein.“

Anders als etwa in Großbritannien ist die Erkrankung hierzulande auch nicht im Katalog der nationalen Gesundheitsziele verankert. Stattdessen werden Osteoporoseambulanzen aus Kostengründen geschlossen. Die Wartezeit bei den verbliebenen beläuft sich mittlerweile auf mehrere Monate, oft sogar auf über ein Jahr. Meist bleibt nur der Weg zu einem (Wahl-)Arzt, der neben seinem Fachbereich, wie Gynäkologie, Rheumatologie oder auch Innere Medizin, auch einen Osteoporoseschwerpunkt hat.

Der Mangel an Expert:innen und uneinheitliche Titel erschweren es nicht nur den Betroffenen, den richtigen (Wahl-) Arzt zu finden, um zeitnah diagnostiziert und behandelt zu werden, während mit jedem Lebensjahr weitere Knochenmasse schwindet. Die Lücke führt auch zu der paradoxen Situation, „dass man in Österreich zwar an jedem Eck die Knochendichte messen lassen kann, dadurch aber keine qualitativ verbesserte Versorgung erreicht wurde“, so Muschitz. Das liegt auch daran, dass zur Risikoeinschätzung für Fragilitätsfrakturen die Resultate von Knochendichtemessungen – standardmäßig bedeutet ein T-Score von -2,5 und niedriger Osteoporose – keinesfalls ausreichend sind. So zeigten etwa im Jahr 2017 im Ambulatorium KLIMAX ausgewertete Daten von 100.000 Patientinnen, dass ein Großteil der Fragilitätsfrakturen bei (noch) osteopenischen oder sogar normalen Knochendichtewerten auftraten. Werden Therapieentscheidungen dennoch einzig aufgrund von Knochendichtewerten getroffen, führt das dazu, dass geschätzte zwei Drittel der Patientinnen, die eine spezifische Osteoporosetherapie erhalten, diese (noch) gar nicht benötigen, während sie etwa drei Viertel jener Betroffenen, die sie aufgrund bestimmter anderer klinischer Risikofaktoren dringend bräuchten, nicht bekommen.

(K)ein Identifikationsproblem?

Wie aber identifiziert man dann zuverlässig jene Patient:innen, die ein hohes Frakturrisiko haben? Als Weg der Wahl verweist die ÖGKM in ihren Leitlinien auf ein computergestütztes Programm zur Risikoberechnung: FRAX. „Damit können Ärzt:innen einfach und innerhalb von Minuten klinische Risikofaktoren für Osteoporose abfragen. Darunter etwa, ob jemand raucht, eine familiäre Vorbelastung hat, bestimmte Medikamente nimmt oder unter Erkrankungen leidet, die sekundäre Osteoporose begünstigen. So kann das Zehn-Jahres-Knochenbruchrisiko vorgelegt und kostengünstig bestimmt werden“, so Muschitz. Und dies unabhängig vom Alter und: einer Knochendichtemessung. „Letztere würde man – wie auch

bestimmte Laborbefunde – erst machen, wenn sich ein erhöhtes Frakturrisiko ergibt. Das spart dem Gesundheitssystem Geld. Die Knochendichtemessung kann das zuvor ermittelte Risiko dann entweder erhöhen oder auch senken, was durchaus vorkommt. Oder es bleibt – trotz eines per se ‚unbedenklichen‘ T-Scores – immer noch behandlungsbedürftig hoch.“

Medikamente senken Bruchrisiko

Je nach Ausgang des mit den Knochendichtedaten gefütterten FRAX-Profiles ergeben sich für die Patient:innen dann unterschiedliche Therapieempfehlungen. Zur Prävention und bei leicht erhöhtem Risiko werden in der Regel Vitamin D und Kalzium verordnet, Kraft- und Gleichgewichtstraining empfohlen sowie eine proteinreiche Ernährung für den Muskelaufbau. „Bei einem hohen Knochenbruchrisiko muss eine spezielle Osteoporosetherapie eingeleitet werden – mit Medikamenten. Bei Frauen in der frühen Menopause ist eine Hormonersatztherapie angesagt. Zusätzlich stehen für alle Patient:innen die Gruppe der Bisphosphonate und sogenannte Biologika zur Verfügung. Diese Medikamente hemmen die knochenabbauenden Zellen und stellen so wieder ein Gleichgewicht im Knochenstoffwechsel her“, erklärt Muschitz. „Das kostet nicht viel, es gibt gute Generika.“

Bei einem sehr hohen Knochenbruchrisiko ist hingegen eine osteoanabole Therapie angesagt. „Sie wird auch von den Krankenkassen übernommen. Ein wichtiger Sprung. Weil man einfach weiß, dass man bei Hochrisikopopulationen doppelt so viele Frakturen verhindern kann, wenn man zunächst anabol behandelt und dann eine Standardtherapie draufsetzt und nicht umgekehrt, wie es früher aus Kostengründen immer gelaufen ist.“

Mythen und Versäumnisse

Wie das medizinische Management der Volkskrankheit Osteoporose optimal läuft, ist also ziemlich eindeutig und wissenschaftlich auch bestens belegt. Tatsächlich zeigt sich, dass es zumindest in der weiblichen Population zu einer Seitwärtsbewegung kommt. „Die jährlichen

Frakturdaten steigen nicht mehr so an. Das heißt, die Versorgung und Awareness dürften besser werden“, so Muschitz. Dem großen Sprung – auch bei den Männern – stehen jedoch noch einige Hürden im Wege. Zum einen werden Medikamente von einigen Patient:innen durchaus kritisch gesehen. „Wenn ich diese oder jene medikamentöse Therapie empfehle, kommt reflexartig die Frage nach den Nebenwirkungen – lange bevor wir überhaupt über Wirkung sprechen“, berichtet Muschitz aus seinem Ordinationsalltag. Insbesondere Kiefernekrose bereitet den Patient:innen Sorgen. Doch der Expert:in gibt Entwarnung: „Ja, sie kommt vor. Aber sehr, sehr selten. Durch eine gründliche zahnärztliche Vorsorge und Sanierung vor Beginn der Therapie lässt sich das Risiko auf ca. 0,05 Prozent senken.“

Während sich die Patient:innen durch Fakten meist überzeugen lassen, gilt das für die Gesundheitspolitik leider nicht. Wie das Ärztekammerdiplom Osteologie fallen auch andere Forderungen ▶



ZUR PERSON

Christian Muschitz (55) ist Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie mit Ordination in Wien. Er ist auf Osteoporose-Diagnostik, -Prävention und -Therapie spezialisiert. Seit Mai ist er auch Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel (ÖGKM). Auf oegkmat ist die neue Osteoporose-Leitlinie downloadbar.

„Dass 80 bis 90 Prozent der Patient:innen nach einem osteoporotischen Bruch keine medikamentöse Therapie erhalten, ist ein Supergau.“

Christian Muschitz, ÖGKM-Präsident

gen und Anregungen der ÖGKM nicht auf fruchtbaren Boden. So wird etwa eine FRAX-Abfrage – anders als zum Beispiel in Skandinavien – niedergelassenen Ärzt:innen nicht vergütet.

Treatment Gap

Mit ein Grund, warum viele der rund 93.000 Patient:innen, die hierzulande jährlich wegen einer Fragilitätsfraktur in einer Klinik landen, erst mit ihrem ersten Gips die Diagnose Osteoporose erhalten. Auch das Best-Practice-Beispiel aus Skandinavien, wo eigene Fracture Nurses Patient:innen nach einem osteoporotischen Bruch aufklären und es automatisch einen Entlassungsbrief gibt, nach dem eine medikamentöse Therapie zeitnah einzuleiten ist, konnte zu Muschitz' Bedauern in Österreich noch nicht Fuß fassen. „Zumindest in den Osteoporose-Leitlinie der ÖGKM steht aber ganz klar: Eine Osteoporose-Behandlung hat innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen.“

Bislang erhalten jedoch auch nach einer Fragilitätsfraktur – wenn also die Therapie-Indikation eigentlich unzweifelhaft ist –, nur einer von zehn Männern und zwei von zehn Frauen eine medikamentöse Therapie. „Das ist ein Supergau“, betont Muschitz. Denn Studien zeigen, dass das Risiko, in den folgenden zwei Jahren einen weiteren Bruch zu erleiden, fünf- bis sechsfach erhöht ist. Bei etwa zehn Prozent der Patient:innen kommt es bereits innerhalb der ersten zwölf Monate zu einer neuen Fraktur. Bei Wirbelkörperbrüchen liegt das Risiko sogar bei rund 20 Prozent.

Ohne adäquate Sekundärprävention erleiden laut internationalen Langzeitdaten 80 bis 90 Prozent der Betroffenen auf lange Sicht weitere Knochenbrüche. Sofern sie die vorhergegangene Fraktur überhaupt überlebt haben. Insbesondere der Oberschenkelhalsbruch ist mit einer ho-

hen Sterblichkeit verbunden. Etwa jeder zehnte Patient:in verstirbt innerhalb von 30 Tagen, rund ein Drittel folgt innerhalb des ersten Jahres durch Sekundärkomplikationen. Ein Viertel der Überlebenden wird zum dauerhaften Pflegefall. „Männer sind im Übrigen oft schwerer betroffen und haben höhere Komplikationsraten.“

Viele Kosten, wenig Lobby

Die Treatment Gap erzeugt zusammen mit der Präventionslücke, also einer Therapie noch vor dem ersten Bruch, immense Kosten. „Daumen mal Pi kosten die 93.000 Frakturen, die erstversorgt werden, rund 200 Millionen Euro im Jahr. Zieht man auch die stationäre Behandlung, Pflegeleistungen und Anschlusstherapien wie Reha ins Kalkül, sind wir nach GÖK-Daten bei einer Milliarde. Die International Osteoporosis Foundation spricht sogar von 1,2 Milliarden“, sagt Muschitz. Laut einem EU-Bericht, der die durch Osteoporose verursachten Kosten der Länder vergleicht, liegt Österreich damit im Spitzenfeld – auch weil die Frakturfrequenz hierzulande überdurchschnittlich hoch ist.

Nur 3,8 Prozent der Kosten entfallen übrigens auf die Prävention, hauptsächlich für pharmakologische Frakturprävention und deren Monitoring. Hier ist noch viel Luft nach oben. „Für Brustkrebs, der jede achte Frau betrifft, gibt es dank jahrelangem Lobbying inzwischen ein dichtes Vorsorgeprogramm und Awareness. Da muss doch für Osteoporose, unter der 22 Prozent der Österreicherinnen und 6,5 Prozent der Österreicher leiden, noch was drin sein“, betont Muschitz.

Es wird Zeit, dass es laut wird um die stille Volkskrankheit. Den Spielraum bei der Primär- und Sekundärprävention auszuschöpfen, würde den Betroffenen jedenfalls viel Leid und dem Gesundheitssystem dreistellige Millionenbeträge ersparen. ■

Osteoporose-Prävention: (K)ein harter Knochen

Eine bereits vorhandene Osteoporose kann nicht rückgängig gemacht werden. Daher kommt der Vorbeugung und dem Stopp des Knochenabbaus besondere Bedeutung zu.

„Eigentlich fängt Osteoporoseprävention bereits im Kindesalter an“, sagt Spezialist Christian Muschitz. Hier wird der Grundstein für dichte Knochen gelegt – durch eine kalzium-, protein- und Vitamin-D-reiche Ernährung. Das sogenannte Sonnenvitamin hilft dabei, das über den Darm aufgenommene Kalzium in die Knochen einzubauen. Besonders wichtig: Sport. „Trainiere ich den Muskel, trainiere ich den Knochen. Wenn sich Kids jedoch zu Couchpotatoes entwickeln, die sich von Energydrinks und Co. ernähren, dann werden sie mit 30 Jahren nie eine gute Knochenspitzenmasse haben. Wer aber nie oben ist und dann im Alter abfällt, kann sich ausrechnen, wie die Kurve aussieht.“

Grundsätzlich ist es aber natürlich in jedem Alter sinnvoll, sich gesund zu ernähren, Krafttraining zur Stärkung der Knochen zu machen und Osteoporose-Risikofaktoren zu reduzieren. An Geschlecht, Lebensalter und der familiären Vorbelastung, wie Oberschenkelhalsbrüche bei Verwandten in direkter Linie, lässt sich wenig ändern. Auch bestimmte Vorerkrankungen, Krebstherapien oder die Einnahme notwendiger Medikamente, die Knochenschwund vorantreiben können, sind schicksalhaft. Doch an anderen Schrauben kann man drehen.

So haben etwa Raucher:innen ein doppelt so hohes Osteoporose-Risiko. Nikotin verengt die Gefäße, die Knochen werden schlechter mit Nährstoffen versorgt. Auch Alkohol hat negative Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel, er hemmt die knochenaufbauenden Zellen. Ein weiteres Risiko: starkes Untergewicht. Es geht meist mit wenig Muskelmasse einher. Bei Mangelernährung – etwa auch bei Essstörungen – erhält der Knochen zudem zu wenig Nährstoffe.