

Anlass zur Besorgnis

Osteoporose und Osteoarthritis – unterdiagnostiziert und untertherapiert

Osteoporose wie Osteoarthritis gehören zu den großen Volkskrankheiten in Deutschland. Beide weisen bei klarem Überwiegen des weiblichen Geschlechts eine deutlich altersabhängige Zunahme auf.

Für Osteoarthritis gibt das Statistische Bundesamt eine Prävalenz von 6 % der Bevölkerung an, d.h. für 1993 wird mit ca. 5 Millionen Einwohnern mit Arthrosebeschwerden gerechnet. Während im Kleinkindesalter angeborene Veränderungen und im jüngeren Erwachsenenalter aktive Stoffwechselforgänge als Ursache beachtet werden müssen, spielen mit zunehmendem Alter degenerative Prozesse, auch bedingt durch Fehlbelastung eine Rolle. Sofern hier kausal (medikamentös/operativ/orthetisch) keine ausreichende Hilfestellung gegeben werden kann, ist eine adäquate Schmerztherapie anzustreben, um eine schmerzarme bzw. -freie Funktion zu erhalten.

Im Bereich der Pharmakotherapie von Schmerzpatientinnen ist in Deutschland ein eindeutiges Defizit nachzuweisen. So wurden von etwa 550 000 Schmerzpatientinnen mit Bedarf an stark wirksamen Opioiden nur etwa 3,6 % adäquat versorgt (Deutscher Schmerztag 1999). Zwar ist die Morphinverordnung in den letzten Jahren angestiegen, für eine adäquate Versorgung müßte sich die Verschreibungsmenge jedoch etwa verzehnfachen (Symposium „Schmerztherapie und Palliativmedizin“ Internistenkongreß Wiesbaden 1999).

Auch im Bereich der „kleinen Analgetika“, insbesondere der NSAR sind besondere Aspekte zu berücksichtigen. Unter den bei NSAR-Therapie bekannten unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), speziell gastrointestinalen Störungen, Flüssigkeitsretention mit Folgerisiko Ödem, Herzinsuffizienz und Hypertonie, sowie allergischen Reaktionen und bei älteren Präparaten Knochenmarksdepression und zentralnervöse Nebenwirkungen stehen massive gastrointestinale Komplikationen mit Ulcuserstehung, Perforation und/oder Blutung im Vordergrund. Bolten hat bereits 1999 belegt, daß bei bisheriger Verordnung von klassischen NSAR auch unter begleitender Magenschutztherapie Kosten durch gastrointestinale Nebenwirkungen, bzw. die Magenschutztherapie per se in Höhe von fast 250 Millionen DM verursacht werden. Hierin eingeschlossen sind die Kosten für mehr als 150 000 Krankenhaustage. Berücksichtigt werden müssen aber auch 1 100 bis 2 200 NSAR-assoziierte Todesfälle pro Jahr, bezogen auf etwa 73 Millionen Versicherte (Bolten, Akt. Rheumatol. 1999). Singh hat anhand des ARAMIS-Registers belegt, daß prophylaktische Magenschutztherapie bei NSAR zwar Beschwerden lindern kann, aber die Zahl von Hospitalisationen aufgrund von Perforation, Ulcus und Blutung eher erhöht ist. Ältere Patientinnen (über 65 Jahre) haben bei doch erheblichen gastrointestinalen Problemen oft wenig oder keine Symptomatik („stumme Blutung“). Diese Symptomarmut kann durch präventive Magenschutztherapie eher verstärkt werden, Schmerz als Warnhinweis wird so unterdrückt (Singh, Am. J. Med. 1998). Das



Foto: T. Schmitz-Reinthal

Dr. med. Dieter Lüttje

gastrointestinale Risiko steigt zeit- und dosisabhängig, besteht aber auch bereits in der Anfangsphase entsprechender Medikation.

Der tatsächlichen Reduktion ernsthafter gastrointestinaler Nebenwirkungen von NSAR muß in der Schmerztherapie besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Ein entsprechend erhöhtes gastrointestinales Risiko weisen folgende Patientinnengruppen auf:

- Lebensalter über 65 Jahre
- Ulcusanamnese
- frühere gastrointestinale UAW unter NSAR-Therapie
- Begleitmedikation mit Marcumar, Steroiden o.ä.

Nach einer neuen Studie von Lapane müssen auch immobile Pflegeheimbewohnerinnen als besondere Risikogruppe beachtet werden (Lapane, JAGS 2001).

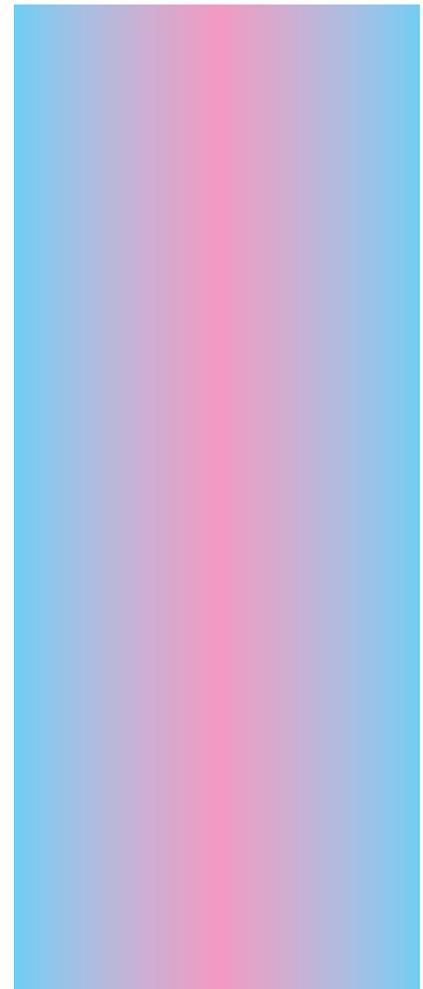
Eine Risikoreduktion bezüglich spezieller gastrointestinaler UAW (Ulcusbildung, Perforation, Blutung) ist nachweislich mit Coxiben (Rofecoxib, Celecoxib) möglich. Rofecoxib weist den Compliancevorteil der Einmaldosierung, vor allem aber eine Studie speziell zum Wirksamkeitsnachweis bei älteren und hochbetagten Patienten auf.

Zu beachten bleibt, daß andere NSAR-typische UAW (Flüssigkeitsretention, Allergie, unspezifische gastrointestinale Störungen) auch unter Coxiben auftreten können. Bei aus Komorbidität resultierender Erfordernis zur ASS-Gabe sollte diese parallel zur Coxibtherapie in der Dosis 100mg/d durchgeführt werden. Bei akutem Ulcus oder akuter Blutung sowie bei schwerer, speziell dekompensierter Herz- oder Niereninsuffizienz sind Coxibe wie NSAR kontraindiziert. Wechselwirkungen mit Schleifendiuretika und Marcumar müssen wie bei NSAR beachtet werden (siehe auch *niedersächsisches ärzteblatt* 9/2000).

Fazit:

Schmerztherapie, gerade auch bei Arthrosepatientinnen ist verbesserungsbedürftig. Ausreichende Morphin- bzw. Opioidgabe muß hierbei ebenso berücksichtigt werden wie analgetische Komedikation (Antidepressiva, Antiepileptika u. a.). Nicht-medikamentöse Behandlungsformen sollten alltagsorientiert bedacht werden. Bei Erfordernis zur NSAR-Therapie bei Risikogruppen stellen Cox-2-Hemmer eine Alternative dar, da sie studienmäßig belegt eine Reduktion des Risikos von Ulcusbildung, Blutung und Perforation bewirken. Dieser Vorteil sollte bei entsprechender Indikation konsequent genutzt werden: aus medizinischen wie volkswirtschaftlichen Gründen.

Osteoporose wird zunehmend auch bei Männern diagnostiziert, dennoch betrifft sie in 75 % aller Fälle Frauen. Die Häufigkeit von Osteoporose wird heute in Deutschland mit etwa 7 Millionen Patientinnen angenommen, eine hohe Dunkelziffer nicht einberechnet. Die Brisanz der Folgeerscheinungen sei nur an wenigen Zahlen belegt (Bartl, 2001): Jede dritte Frau in Deutschland erleidet statistisch gesehen eine osteoporosebedingte Fraktur (jede achte Frau in Deutschland erkrankt an Mamma-Carzinom). Ab dem 50. Lebensjahr werden für Frauen folgende Frakturrisiken in der Restlebenszeit geschätzt: Wirbelkörperfrakturen 32 %, Unterarmfrakturen 16 %, Oberschenkelhalsfrakturen 15 %. 2,8 Millionen Männer und Frauen leiden unter den Folgen von Wirbelkörperfrakturen, pro Jahr ereignen sich 70 000 bis 130 000 Schenkelhalsfrakturen und verursachen Kosten von 3 bis 5 Milliarden DM. Bei Schenkelhalsfrakturen muß heute unverändert mit einer etwa 20prozentigen Mortalität und nach konservativen Schätzungen etwa 15 % dauernder Pflegebedürftigkeit gerechnet werden. Mortalität sowie die Zahl von Krankenhausbehandlungstagen weisen keinen Unterschied im Vergleich zu entsprechenden Zahlen bei Apoplex auf. Angesichts dieser hohen Erkrankungszinzenz, Frakturprävalenz sowie Folgeleiden und -kosten und andererseits hervorragenden, praxisorientierten Veröffentlichungen zum Thema Osteoporose (in 2001 u.a. Pfeifer, Medizinische Welt und Bartl, Thieme Verlag) sind nachfolgende Zahlen erschreckend: Nur ca. 1/3 aller Osteoporoseerkrankungen werden überhaupt diagnostiziert, selbst bei typischerweise osteoporosebedingten Frakturen liegt die Diagnosestellung der Grunderkrankung unter 75 %. Nur etwa 15 % von Patientinnen mit Osteoporose werden überhaupt behandelt, etwa 80 % aller Ärzte behandeln Osteoporose erst nach Eintritt der ersten Fraktur (Zahlen nach Freedman, 2000, Rizzoli, 2001 und International-Osteoporosis-Foundation IOF



2001). Nur etwa 20 % aller Frauen realisieren ihr Osteoporoserisiko trotz zahlreicher Aufklärungskampagnen von Europäischer Union bis hin zum Kuratorium Knochengesundheit und zahlreichen Selbsthilfgruppenaktivitäten. Aktuelle Erhebungen in Deutschland zeigen, daß 1999 weniger als 10 % aller Frauen mit diagnostizierter Osteoporose eine den aktuellen Leitlinien entsprechende Kombinationstherapie erhielten. In ca. 25 % aller Fälle wurden unter Berücksichtigung der Jahresgesamtverordnung Tagesdosen in einer Menge verschrieben, die eine konsequente Therapie für weniger als 2/3 des Jahres ermöglichen (Besthorn 2001, Daten im Druck).

Dabei existieren zur Osteoporoseprävention, -diagnostik und -therapie weltweit

zahlreiche Leitlinien. Die deutsche Leitlinie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Osteoporose (DAGO) ist unverändert hilfreich und auch im internationalen Vergleich akzeptabel. Zur Zeit ist eine Neufassung durch den Dachverband Osteologie (Leitung der Gesamtarbeitsgruppe Prof. Pfeilschifter, Bochum) in Entwicklung, mit der Fertigstellung ist voraussichtlich 2002 zu rechnen. Allen Leitlinien, so auch der DAGO-Leitlinie, ist gemeinsam eine klare Betonung von Prävention und die Berücksichtigung von Risikofaktoren neben Beschwerdebild und ärztlicher Einschätzung. Insbesondere Fehlernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und Hormonveränderungen sind zu beachten, daneben osteoporoseinduzierende bzw. -verstärkende Pharmakotherapie und auslösende bzw. begleitende Erkrankungen. Alle Leitlinien weisen darauf hin, dass bereits die erste Fraktur bei Osteoporose eine zu vermeidende und oft auch vermeidbare Komplikation darstellt. Daher ist eine klare Diagnostik inklusive aussagekräftiger Osteodensitometrie bereits vor erster Fraktur bei entsprechender Risikokonstellation zu fordern. Die diesbezüglich anderslautende, weltweit einzigartige deutsche Entscheidung des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen ist im Interesse von Betroffenen kurzfristig revidierungsbedürftig.

Bei Osteoporosetherapie müssen nicht-medizinische und medizinische Therapieformen sinnvoll kombiniert und mit den Patientinnen abgesprochen werden. Dies bedeutet einen rationalen und rationellen Einsatz von Physiotherapie inklusive phy-

sikalischer Maßnahmen mit Anleitung zur krankheitsstadiengerechten, schmerzfreien Eigenaktivität sowie die Verordnung sinnvoller Hilfsmittel soweit erforderlich. Hierzu zählen auch Hilfen zur Haltungsstabilisierung („Orthesen“) sowie eine intensive Patientinnenschulung zur Frage der Lebensgestaltung inklusive Ernährungsberatung. Sturzdiagnostik und soweit möglich -prävention (z.B. Hüftprotektoren) ist ebenso zwingend wie eine adäquate Schmerztherapie und die Beachtung der häufig bei Osteoporose eintretenden depressiven Verstimmung.

Die Möglichkeiten zur leitlinienorientierten medikamentösen Osteoporose-Therapie sind heute eindeutig belegt. Kalzium und Vitamin D3 als Basisversorgung (nur bei ausgewählten Patientinnengruppen als alleinige Therapie, siehe Chapuy, NEJM 1992), Raloxifen als einziger zur Osteoporosetherapie zugelassener selektiver Östrogenrezeptormodulator (Ettinger JAMA 1999) sowie insbesondere Alendronat (u.a. Black, Lancet 1996, Cummings, JAMA 1998) sowie Risedronat (Harris, JAMA 1999, Reginster, Osteoporosis Int. 2000) als moderne Bisphosphonate sind studienmäßig bezüglich einer Frakturrisikoreduktion gut belegt und erfüllen Kriterien der evidenzbasierten Medizin der höchsten Evidenzstufe (Pfeifer, Med. Klin. 2001).

Ältere orale (z. B. Etidronat) bzw. i.v. zu applizierende Bisphosphonate weisen keine konsistenten Frakturrisikoreduktionsdaten auf, ebensowenig Fluorid, Calcitonin, Vitamin D3-Analoga oder Östrogen/HRT-Therapie. Diese Medikamentengruppen sollten für Sonderfälle reserviert sein und haben als Monotherapeutika keine wissenschaftlich ausreichenden Belege zur Frakturrisikoreduktion. Östrogensubstitution ist jedoch als Sonderfall zu sehen und in einer Stufentherapie der Osteoporose im Sinne einer Prävention bei Hormonmangel bzw. in bestimmten Frühphasen der Osteoporose durchaus indiziert.

Fazit:

Diese bewußt kurz gehaltene leitlinienorientierte Darstellung zeigt, daß Osteoporose klar diagnostiziert und therapiert werden kann. Voraussetzung für eine ethisch wie medizinisch erforderliche Verbesserung der Versorgungssituation Osteoporosekranker in Deutschland ist aber, daß entsprechend leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie nicht regreßpflichtig werden darf. Eine Verordnung nicht ausreichend belegter Osteoporosepräparate aus Kostengründen ist dagegen abzulehnen, zumal keine Vorteile der Verträglichkeit, Resorption oder Patienten-Compliance für derartige Präparate nachgewiesen sind.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß neben gut verständlichen Budgetsorgen (aber warum dann Verordnung von weniger wirksamen Präparaten?) und wissenschaftlich schwer verständlicher Entscheidung bezüglich der Diagnostikeinschränkung im Bereich Osteodensitometrie wahrscheinlich auch noch ein allgemeines Wahrnehmungsdefizit für die ernstesten Probleme der Osteoporose- und Osteoarthritispatientinnen besteht. Dies aufzuarbeiten und die entsprechenden Krankheitsbilder entsprechend aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen optimiert, patientenorientiert und unter Ausnutzung nichtmedikamentöser wie medikamentöser Maßnahmen ärztlich koordiniert, interdisziplinär und mit klaren Absprachen mit den Betroffenen zu behandeln, ist eine wichtige ärztliche Aufgabe. Die Hinweise auf eine Unterversorgung in diesen Bereichen bedeuten eine eindeutige Verpflichtung hierzu.

Dr. med. Dieter Lüttje
Dr. med. Kathrin Ruppert

Klinik für Geriatrie
Klinikum Osnabrück GmbH