

Rudolf Ascherl, Leipzig

**„Entwurf eines Gesetzes über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln
in der vertragsärztlichen Versorgung“**

Hier: Medikamentöse Therapie der Osteoporose

„Die größte kulturelle Leistung eines Volkes ist die Zufriedenheit alter Menschen“

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0214
vom 21.05.03

15. Wahlperiode**

Nicht zu letzt auf grund der demographischen Entwicklungen in den Industrienationen wird der biologische, weil altersmäßige Um- und Abbau der Architektur und Masse des Knochengewebes besondere medizinische, soziale und sozioökonomische Bedeutung zukommen.

Gemäß WHO wird eine Knochendichte mit einem T-Score – Wert von $-2,5$ Standardabweichungen als Osteoporose angesehen, T - Score – Werte zwischen -1 und $-2,5$ gelten als Osteopenie.

Damit wird die Erkrankung mit objektiv, messbaren Parametern erfasst; Grundlage ist die Knochendichtemessung mit der sog. DXA, welche zuverlässig und reproduzierbar über Röntgenstrahlen die Knochendichte ermittelt. Derartige Messmethoden bestimmen nicht nur Mineralgehalt des Knochengewebes sondern lassen auch Rückschlüsse auf das Frakturrisiko, also die „Brüchigkeit“ zu.

Die Krankheit „Osteoporose ist demnach nicht durch das (Spät-)Symptom „Knochenbruch“ definiert.

Bei der medikamentösen Therapie werden zwei Therapieansätze unterschieden:

- osteoanabol
- antiresorptiv

im gesunden Knochengewebe halten sich ständiger Aufbau und Abbau, so die Waage, dass gemäß der mechanischen Beanspruchung eine sichere Mindestfestigkeit gewährleistet ist.

Überwiegen die Vorgänge des Knochenabbaus so entsteht eine erhöhte Bruchgefahr, schon bei Belastungen und Kräften, die einen normalen Knochen nicht gefährden.

Jährlich erleiden 120 000 Menschen allein in der BRD einen Bruch des hüftnahen Oberschenkels, die individuellen und medizinisch-therapeutischen Konsequenzen sind enorm: 25 % der Patienten versterben innerhalb eines Jahres, über ein Drittel wird pflegebedürftig.

Unter rechtzeitiger Therapie der Osteoporose, also nicht erst nach erlittener Fraktur können Knochenbruchrisiko und die Bruchkrankheit und deren schlimmen Folgen vermindert werden.

Ausgedehnte Studien die strengen Maßstäben der EBM standhalten haben die Wirksamkeit von bestimmten Präparaten:

Osteopenie = „zu wenig Knochen“

T – Score = Verminderung der Knochendichte um das x -fache der Standardabweichung der Normkurve

DXA = dual energy X – ray absorptiometry = Röntgenstrahlen geringer Menge Durchdringen eine definierte Knochenregion, - je geringer der Durchtritt desto „dichter“ der Knochen

osteoanabol = knochenaufbauend

antiresorptiv = Verhinderung des Abbaus

EBM = „evidence based medicine“ Anlage und Durchführung einer Studie belegen einwandfrei die therapeutischen Nutzen eines (geprüften) Verfahrens oder Medikamentes

Hierzu gehören die sogenannten Bisphosphonate (z.B.: Alendronat und Risedronat), in Zusammenwirken mit Calcium und Vitamin D₃.

Übersicht über die Studien sind in den vorliegenden AWMF – Leitlinien des DVO zur Behandlung der Osteoporoseformen dargestellt. Bisphosphonate gehören zu den antiresorptiven Präparaten, ebenso wie die SERMs Als Medikamente der zweiten Wahl und bei Unverträglichkeit der Bisphosphonate sind immer noch die Fluoride von besonderer Bedeutung, sie wirken osteoanabol, also knochenaufbauend.

Das Hormon Calcitonin darf ebenso wenig vollständig übersehen werden als es nicht nur antiresorptiv wirkt sondern auch schmerzstillend.

Die begründete Wirksamkeit der beschriebenen osteoanabolen und antiresorptiven Medikamente fordern einen weiten Zugang gerade der älteren Patientengruppen, gerade im Hinblick der Verhinderung einer Fraktur.

Im Jahr 2002 wurden an unserer Klinik 86 Patienten mit Frakturen des hüftnahen Oberschenkels operativ behandelt, eine EBM – basierte, medikamentöse Therapie war bei keinem verordnet. Nicht nur das Bruchereignis, sondern die mitunter fatalen Konsequenzen wären bei mehr als 30% vermeidbar gewesen.

*Prof. Dr. Rudi Ascherl
Orthopädisch-Traumatologisches Zentrum
Parkkrankenhaus Leipzig
Strümpellstraße 41
04289 Leipzig
0341 8642280
ascherl.caorth@parkkrankenhaus-leipzig.de*

AWMF =

*Arbeitsgemeinschaft
medizinisch – wissenschaft-
licher Fachgesellschaften*

DVO = *Dachverband wis-
senschaftlicher, osteo-
logischer Fachgesellschaften*

SERM = *selektiver
(O)Estrogen Rezeptor
Modulator*