



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Bone and Joint Decade
Epidemiologie und Gesundheitsökonomie

Dr. med. Karsten Dreinhöfer

*Oberarzt, Orthopädische Klinik mit Querschnittgelähmtenzentrum der Universität Ulm,
Orthopädische Abteilung des Rehabilitationskrankenhauses Ulm, Oberer Eselsberg 45, 89081 Ulm*

Director of Development, Internationales Steering Committee der Bone and Joint Decade

Gro Harlem Brundtland, Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO), stellte bei der Eröffnungsveranstaltung der Dekade im Januar 2000 in Genf fest, dass „Erkrankungen und Verletzungen der Haltungs- und Bewegungsorgane weltweit bereits heute die Hauptursache für langanhaltende Schmerzen und körperliche Beeinträchtigung sind. Neben der erheblichen Beeinträchtigung von Gesundheit und Lebensqualität des Einzelnen, bedeuten diese Krankheiten wesentliche Kosten für das Gesundheitswesen.“

Aufgrund der demographischen Veränderung erlangen diese Erkrankungen, die überwiegend in der zweiten Lebenshälfte eintreten, zusätzliche Bedeutung. Einige epidemiologische und gesundheitsökonomische Beispiele sollen das Ausmaß dieses Phänomens verdeutlichen:

Gelenkerkrankungen (insbesondere Osteoarthrosen) umfassen bereits heute mehr als die Hälfte aller chronischen Erkrankungen bei Patienten über 60 Jahre. Jeder 4. Mensch in diesem Alter leidet dadurch unter starken Schmerzen und ist in seiner Beweglichkeit erheblich eingeschränkt. Bei der Analyse der DALY's (disability adjusted life years) steht die Osteoarthrose weltweit auf dem 4. Platz bei den Frauen und auf dem achten Platz bei den Männern. Betrachtet man den Zeitraum der letzten Monate, so hatten allein in Deutschland schätzungsweise 15 Mio. Menschen zumindest zeitweise Beschwerden. Der offensichtliche Rückgang der auffälliger Erkrankungsbilder in der Öffentlichkeit ist wesentlich auf die Entwicklung der modernen Gelenkersatzoperationen zurückzuführen. Allein die Zahl der jährlich implantierten Hüftendoprothesen in Deutschland beläuft sich auf weit über 100.000. Die stetige Zunahme der Älteren in der Gesellschaft macht eine weitere deutliche Steigerung der Operationszahlen wahrscheinlich.

Osteoporosebedingte Frakturen haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Studien zeigen, dass bereits heute 10% aller Männer und Frauen eine oder mehrere osteoporosebedingte Wirbelkörperveränderungen haben. Jährlich tritt bei etwa 5% aller 50-79jährigen Frauen eine neue

Wirbelkörperdeformität auf. Das Risiko einer 50jährigen Frauen im Laufe der weiteren Jahre eine osteoporotische Fraktur zu erleiden, beträgt 40%. Die Inzidenz der Schenkelhalsfrakturen wird für Deutschland auf über 100.000/Jahr geschätzt. Das Risiko einen solchen Bruch zu erleiden, nimmt mit dem Alter exponential zu, es verdoppelt sich mit jedem Lebensjahrzehnt über 65 Jahre. Weltweit wird ein Anstieg der Zahl der Schenkelhalsfrakturen von 1,7 Mio. im Jahre 1990 auf 6.3 Mio. im Jahre 2050 erwartet, sofern nicht umfangreiche Vorbeugungsmaßnahmen eingeleitet werden. Jährlich versterben etwa 30.000 Patienten in Deutschland in den ersten 6 Monaten nach Oberschenkelhalsfraktur, weitere 30.000 sind dauerhaft pflegebedürftig. Das Risiko, an den Komplikationen eines solchen Bruches zu sterben, entspricht bei Frauen dem Risiko, an Brustkrebs zu versterben. In den westlichen Ländern kommen mehr Menschen an den Folgen einer Schenkelhalsfraktur zu Tode, als an Magen- oder Pankreaskarzinomen.

Etwa 250.000 Patienten mit Osteoporose werden jedes Jahr, überwiegend frakturbedingt, in Deutschland stationär behandelt, die Mehrzahl aufgrund einer Schenkelhalsfraktur. Allein für diese Fälle werden die Kosten der Krankenhausbehandlung und der Pflegekosten auf über 6 Mrd. DM jährlich geschätzt.

Rückenschmerzen sind eine der häufigsten Gesundheitsstörungen. Mehr als Dreiviertel aller Menschen werden im Verlauf des Lebens unter diesen Beschwerden gelitten haben, die Prävalenz liegt im Erwachsenenalter zwischen 20 und 30%. Im Rahmen der ambulanten Betreuung hat diese Erkrankung eine wesentliche Rolle: Rückenschmerzen sind die dritthäufigste Diagnose in der Allgemeinpraxis, etwa jede 4. Konsultation eines niedergelassenen Arztes durch einen übersechzigjährigen Patienten erfolgt aufgrund von „Low-back Pain“. Mehr als 20 Mrd. DM wurden 1994 für krankheitsbezogene direkte Kosten im ambulanten und stationären Sektor ausgegeben, 34% aller Rehabilitationsmaßnahmen wegen Rückenschmerzen eingeleitet. In den meisten Industrieländern sind diese Beschwerden die zweithäufigste Ursache (nach Sinusitis) für Arbeitsausfallstage, so auch in Deutschland mit 15% (75 Mio. AU-Tagen bei 3.7 Mio. AU-Fällen). Fast 20% aller Frühberentungen werden aufgrund dieser Beschwerden eingeleitet.

Derzeit erleiden in Deutschland jährlich nahezu 10 Mio. Menschen Verletzungen, etwa jeder Zehnte wird deshalb stationär behandelt, knapp die Hälfte davon operiert. Verletzungen sind in



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Deutschland der dritthäufigste Grund für eine Klinikaufnahme. Die direkten Kosten betragen 1994 fast 27 Mrd. DM, entsprechend etwa 8% aller Krankheitskosten. 100.000 Patienten in Deutschland sind querschnittgelähmt, jährlich treten etwa 1.500 neue Lähmungen auf.

Die Erkrankungen und Verletzungen der Haltungs- und Bewegungsorgane stehen aber nicht nur bei Patienten im fortgeschrittenen Alter im Vordergrund. Mehr als 40% der jungen Erwachsenen haben ihren ersten Arztkontakt aufgrund dieser Krankheiten. Dreiviertel der Patienten haben sich (Sport-) Verletzungen zugezogen, viele leiden aber auch bereits an chronischen Erkrankungen. So bedeuten Wirbelsäulendeformitäten bereits für Jugendliche eine langjährige Korsettversorgung oder umfangreiche operative Eingriffe. Inadäquat erkannte und behandelte Hüftreifeungsstörungen führen zu präarthrotischen Veränderungen oder frühzeitigen Behinderungen. Die juvenile rheumatoide Arthritis ist die häufigste Autoimmunerkrankung bei Kindern und Jugendlichen (20/100.000 Kinder), eine Erkrankung mit einem immensen Leidenspotential über viele Jahre. Die Osteogenesis Imperfecta (Glasknochenkrankheit) ist die häufigste genetisch bedingte Skelettveränderung und betrifft etwa 8/100.000 Neugeborenen.

Gesundheitsökonomische Aspekte

In Deutschland wurden 1994 allein für Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes 43,5 Mrd. DM der gesamten direkten Krankheitskosten (344 Mrd. DM) aufgewandt, die damit der zweitgrößte Krankheitsbereich sind. Für Verletzungen kommen jährlich deutlich mehr als 20 Mrd. DM hinzu.

Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod von Erwerbstätigen bedeuten einen erheblichen Ressourcenverlust für die Gesellschaft (1994: 6.2 Mio. Erwerbstätigkeitsjahre). Diese indirekten Kosten sind bei den Erkrankungen und Verletzungen der Bewegungsorgane im Gegensatz zu den meisten anderen Krankheitsarten deutlich höher als die direkten Kosten. Mehr als 40% aller Arbeitsunfähigkeiten und Berentungen sind auf Erkrankungen und Verletzungen der Bewegungsorgane zurückzuführen. Insbesondere Rückenbeschwerden spielen mit 600.000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren eine große Rolle.

In Deutschland zeigte sich zwischen 1980 und 1990 eine durchschnittliche Steigerung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen von 15%, die Kosten im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates sind hierbei mit 30% am stärksten gestiegen. Bemerkenswert ist, dass bei diesen Erkrankungen die indirekten (Folge-) Kosten stets deutlich höher (50 – 100%) als die direkten Krankheitskosten.



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Konsequente Diagnostik und Therapie zahlt sich aus
Qualitätsmanagement in der Osteoporosedagnostik

Dr. med. Siegfried Götte

Orthopädische Praxis, Albert-Schweizer-Straße 9a, 82008 Unterhaching
1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie

Kritischer Endpunkt der Osteoporoseerkrankung ist die Fraktur. Von den ca. 400.000 Frakturen in Deutschland pro Jahr betreffen 40 % die Wirbelsäule, 35 % den Schenkelhals und 25 % den distalen Radius bzw. übrige periphere Lokalisationen. Mit hohen Folgekosten verbunden und mit besonderer Einschränkung der individuellen Lebensqualität sowie lebensgefährdend sind Schenkelhalsfrakturen. Sie verschlingen mehr als die Hälfte der auf 10 Mrd. DM geschätzten Osteoporosefolgekosten.

Trotz umfassender Aufklärung über die Osteoporose ist in Deutschland für dieses Krankheitsbild noch immer eine Unterversorgung von 80 % festzustellen. Der Versorgungsgrad von 20 % aller Osteoporosepatienten konnte erreicht werden durch forcierte Fortbildung von Ärzten, Information der Öffentlichkeit, die osteodensitometriegestützte Osteoporosedagnostik und Therapie sowie die Entwicklung innovativer Medikamente. Ein besonderer Wert fällt der Osteodensitometrie als einzig verlässliche quantifizierende Untersuchungsmethode zu. Sie erlaubt eine Stadien-differenzierung der Osteoporose und eine kostenorientierte Behandlung des Osteoporosepatienten.

Die Verlaufskontrolle von Osteoporosepatienten beider Geschlechter über 10 Jahre zeigt die deutliche Zunahme der Knochendichte und die damit verbundene Reduktion osteodensitometrischer Untersuchungen. In der Korrelation bedeutet die Zunahme der Knochendichte um eine Standardabweichung eine Abnahme des Frakturrisikos an der Wirbelsäule um den Faktor 3, bei peripheren Lokalisationen um den Faktor 8.

Die Osteodensitometrie erlaubt ferner Osteoporosestadien zu differenzieren und die zur Verfügung stehenden Osteoporosemedikamente unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und des medizinischen Nutzens einzusetzen.

Die über Jahre relativ gleichbleibende Anzahl von Osteodensitometrien korreliert mit dem Versorgungsgrad von Osteoporosepatienten. Sie erfährt im GKV-Bereich einen abrupten Einbruch mit Neudefinition der Leistungslegende für die Osteodensitometrie ab 01.04.2000. Danach wird die Osteodensitometrie von den Krankenkassen nur noch für die Patienten übernommen, die eine

Fraktur ohne adäquates Trauma erlitten haben und bei denen ebenfalls eine Osteoporose vorliegt. Frakturrisikopatienten werden somit im GKV-Bereich nicht mehr ausreichend berücksichtigt. Der Leistungsrückgang der zu Lasten der Krankenkasse erbrachten Osteodensitometrien ab 01.04.2000 beträgt über 85 %! Demgegenüber steht eine Zunahme der Osteodensitometrie als individuelle Gesundheitsleistung, deren Qualität unter dem Aspekt der Leistungserbringer, der Osteodensitometriemethoden sowie von Budgets und Richtgrößen hinterfragt werden muß.

Die Reduktion der Osteodensitometrie bedeutet den Rückzug der Osteoporose-behandlung auf die Tertiärprävention. Dies ist um so unverständlicher, als 1 % Knochendichtezuwachs (Osteodensitometriekontrolle) mit einer 3 %igen Risiko-abnahme von Wirbelkörperfrakturen und einer 8 %igen Risikoabnahme nicht-vertebraler Frakturen einhergeht. Der Vergleich dieser Feststellung mit der über Jahre unter konsequenter Therapie nachgewiesenen Zunahme der Knochendichte lässt die Entscheidung des Ausschusses Ärzte-Krankenkassen für die Kostenübernahme der Osteodensitometrie noch fragwürdiger erscheinen. Als Meilenstein wurde die Frakturreduktion mit Bisphosphonaten bis zu 70 % gewertet. Dennoch ist festzustellen, dass selbst bei 100 %iger Behandlung aller Osteoporosepatienten unter optimaler Medikation bei 30 % keine Reduktion des Frakturrisikos erreicht werden kann. Für die Folgekosten bedeutet das bei 35% Schenkelhalsfrakturen und stationären Kosten von 48.000 DM noch immer ca. 2,5 Mrd. DM.

Konsequenterweise ist für die Verbesserung der Versorgung von Osteoporosekranken die Forderung nach einer Gleichstellung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zu stellen, gefolgt von einer Risikoscreening-korrelierten Osteodensitometrie, einer Therapieoptimierung mit Hilfe osteodensitometrischer Verlaufkontrollen sowie der Nutzung der Osteodensitometrie als Compliancefaktor in der Therapie und für das Verständnis des Krankheitsbildes.

Zur Durchsetzung dieser Ziele bleiben unter Berücksichtigung der beschränkten Ressourcen nur Optionen wie Strukturverträge bzw. ein Disease-Management-programm Osteoporose, der Befähigungsnachweis Osteologie und die Anerkennung von Schwerpunktpraxen mit umfassenden diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Knochenbruch - und dann?
Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit

Prof. Dr. Peter Kirschner,

*Chefarzt, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, St. Vincenz- und Elisabeth Hospital,
55131 Mainz, An der Goldgrube 11
Erster Vize-Präsident Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie*



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Hilfe zur Selbsthilfe
Das Angebot der Selbsthilfegruppen

Ingeborg Linde

*Mitglied des Vorstandes des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose e.V.,
40215 Düsseldorf, Kirchfeldstraße 149*

Durch die Verbesserung der Versorgung von Osteoporosekranken, durch mehr Aufklärungsarbeit zum Krankheitsbild Osteoporose und damit verbundenen Präventionsmaßnahmen, könnte es gelingen, die Anzahl von Knochenbrüchen durch Osteoporose wesentlich zu verringern. Damit bliebe den Patienten viel Leid erspart und im Gesundheitswesen könnten Kosten gesenkt werden. Um Betroffenen und Risiko-Personen von Osteoporose zu helfen und sie bei der „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu unterstützen, wurde 1987 der **Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)** gegründet. Er ist der „**Dachverband für Osteoporose Selbsthilfegruppen**“. Der Verband zählt derzeit 15.000 Mitglieder, welche in 300 Gruppen organisiert sind.

Leistungen des Bundesselbsthilfeverbandes

- Hilfe beim Aufbau von Selbsthilfegruppen und laufende Betreuung der bereits bestehenden örtlichen Selbsthilfegruppen
- Information über die Krankheit „Osteoporose“ und ihre Folgen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Vertretung der Interessen von Erkrankten gegenüber Krankenkassen, Ärzten und Behörden
- Einsetzen für gesundheitspolitische Interessen
- Herausgabe von Informationsschriften z.B. den Patientenratgeber, die Zeitschrift „Aktuell“ sowie diverses Informationsmaterial
- Förderung von Vorhaben, die der wissenschaftlichen Erforschung des Knochenstoffwechsels dienen
- Ärzte-Hotline:
Hier steht dem BfO der interdisziplinär besetzte Wissenschaftliche Beirat zur Verfügung
- Organisatorische und finanzielle Hilfe für Gruppen und Landesverbände

Aufgaben einer Selbsthilfegruppe

- Beratung und Information

- Erfahrungsaustausch
- Sportliche Aktivitäten (wie Trocken- und Wassergymnastik)
- Soziale Kontakte
- Gegenseitige Hilfe
- Vermittler zwischen Arzt und Patient
- Öffentlichkeitsarbeit

Mitgliedschaften des Bundesverbandes

- in der IOF (Internationale Osteoporosis Foundation)
- in der Bone and Joint Decade
- in der BAGH (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte und chronisch Kranke)

Dank intensiver Forschung weiß man heute mehr über Früherkennung, Ursachen und Behandlung der Osteoporose. Sie ist vermeidbar, beeinflussbar und behandelbar. Eine erfolgreiche Therapie erfordert jedoch mehr vom Patienten als nur regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

Wichtig ist richtige körperliche Bewegung im Alltag, regelmäßiges Funktionstraining, calciumreiche Ernährung und vieles mehr.

Nur durch aktive Mitarbeit des Patienten kann der Arzt erfolgreich therapieren. Deshalb muss die oft vorhandene Lethargie erst einmal überwunden werden.

Hier setzt die Arbeit der Selbsthilfegruppe an.

Sie leistet Hilfe zur Selbsthilfe durch gezielte Aufklärungsarbeit, Erfahrungsaustausch, soziale Kontakte und gemeinsame Aktivitäten.

Unser Motto lautet: „ **Gemeinsam sind wir stark**“



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Osteoporose – ein stiller Killer -
Epidemiologie und sozioökonomische Bedeutung der Osteoporose in Deutschland

Prof. Dr. med. Helmut W. Minne

*Ärztlicher Direktor, Klinik der Fürstenhof, Am Hyligen Born 7, 31812 Bad Pyrmouth
Sprecher des Fachbeirates Osteoporose des Deutschen Netwerkes der Bone and Joint Decade*

Der für die Osteoporose charakteristische Schwund an Knochensubstanz, die hierdurch bedingte Zerstörung der Mikroarchitektur der Knochen und die hierdurch verursachte Knochenbrüchigkeit treten unbemerkt in das Leben älter werdender Menschen. Wahrgenommen wird diese Stoffwechselkrankheit der Knochen im Regelfall anlässlich ihrer Spätkomplikationen, der Knochenbrüche.

Damit gleichen die Osteoporosen vielen Krankheiten, deren häufiges Auftreten in der Bevölkerung die zunehmende Lebenserwartung unserer Bundesbürger zu Grunde liegt. Auch der Blutzuckeranstieg beim Altersdiabetes ist schmerzlos, verursacht Qual durch seine Spätkomplikationen wie die Zerstörung der Nieren, Erblindung, Nervenleiden. Gleiches gilt für die Fettstoffwechselkrankheiten, die unbemerkt zu Arteriosklerosen führen und sich dann anhand von Herzkrankheiten äußern. Ebenso unbemerkt bleibt der Hypertonus mit seinen Folgen in Form von Schlaganfällen.

Während jedoch in unserem Lande die Krankheitswertigkeit von Diabetes, Fettstoffwechselstörung und Hypertonus breite Anerkennung findet, während hier Untersuchungsprogramme zur Früherkennung alltäglich geworden sind, sind nach wie vor die Osteoporosen fern davon, als Volkskrankheit anerkannt zu sein. Dies wird allein durch die Tatsache illustriert, dass die Diagnostik der Osteoporose – ermöglicht durch den Einsatz von Knochendichtemessgeräten – in Deutschland erst als Kassenleistung eingesetzt werden kann, wenn Patienten einen ersten Knochenbruch als Osteoporosefolge hinzunehmen hatten.

Auf die übrigen hier angesprochenen Krankheiten übertragen, hieße dies, dass Kreislaufuntersuchungen und Analysen des Fettstoffwechsels erst zulässig seien, nachdem Herzinfarkt und Schlaganfall aufgetreten sind; Blutzuckeranalysen wären erst zulässig, nachdem Niereninsuffizienz, Neuropathie und/oder periphere Durchblutungsstörungen mit Nekrosebildungen entstanden.

Dabei gleichen die Osteoporosen im Hinblick auf ihre sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Bedeutung zweifelsohne dem Diabetes, den kardiovaskulären Krankheiten und dem Hypertonus. Wie diese ist Osteoporose eine Volkskrankheit, von der Millionen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger betroffen sind und wie bei diesen können die Spätkomplikationen der Osteoporose, die Knochenbrüche, menschliche Katastrophen nach sich ziehen.

Jüngsten epidemiologischen Untersuchungen zufolge erleben 130.000 Männer und Frauen in Deutschland jährlich Oberschenkelhalsbrüche. Im Vergleich zu altersgleichen Kontrollpersonen sterben 20% der Patienten während der ersten 12 dem Ereignis folgenden Monate vorzeitig. Ebenfalls 20% der Patienten werden versorgungspflichtig invalide. Etwa 50% dieser Patienten sind, auch wenn sie nach allen Regeln der ärztlichen Kunst behandelt wurden, im Anschluss an das Ereignis durch teilweise dramatische Einschränkungen im Rahmen alltäglicher Lebensführung bedroht. Sie benötigen Gehhilfen, sind zur Verrichtung alltäglicher Leistungen nicht mehr in der Lage (Bekleiden, Treppensteigen, Einkaufen etc.), geraten in Abhängigkeit von Fremdhilfe.

Jährlich erleben, den Ergebnissen einer umfangreichen prospektiven epidemiologischen Untersuchung zufolge, 70.000 Männer und Frauen neue Wirbelkörperbrüche, dies zum Teil schon in der sechsten Lebensdekade. Die Mehrzahl der hiervon Betroffenen erlebt einen progredienten Krankheitsverlauf mit immer wieder und zunehmend häufiger auftretenden Wirbelbrüchen. Körpergröße geht im Umfang von 15 –20 cm verloren, charakteristisch sind Buckelbildung, Einschränkung der Mobilität, Verlust der Leistungsfähigkeit im Alltag. Messbar ist in der Folge der Verlust der subjektiven und objektiven Lebensqualität. Die Zerstörung der Wirbelsäule führt zur Akzentuierung der Multimorbidität im Alter, die ebenfalls das Risiko vorzeitigen Sterbens sprunghaft ansteigen lässt, kontrollierten Therapiestudien zufolge auf das mehr als 8fache während der ersten 6 dem Ereignis folgenden Monate.

Die für die Betroffenen qualvollen Knochenbrüche führen zu einer dramatischen Anhebung des medizinischen Versorgungsbedarfes. Im Zusammenhang mit den im typischen Falle an Zahl stetig zunehmenden Wirbelkörperbrüchen steigt das Hospitalisierungsrisiko auf mehr als das Doppelte. Das statistische Bundesamt hat im Jahr 2000 für das Jahr 1999 berechnet, dass nach dem kardiovaskulären Versagen durch Oberschenkelhalsbrüche der zweitgrößte Krankenhausbettenbedarf entsteht: Er rangiert an zweiter Stelle mit etwa 3,5 %. Allein die Wirbelsäulenverletzungen, denen die osteoporotischen Wirbelfrakturen zugeordnet werden, führt mit 1,4 % zu einem höheren Krankenhausbettenbedarf als die Herzinfarkte mit 1,2 %.



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Untersuchungen aus Skandinavien, Großbritannien, den Beneluxländern und der Schweiz zufolge werden für die Versorgung von Patienten mit Oberschenkelhalsbrüchen mehr Krankenhausbettentage benötigt als für die Versorgung von Patienten mit Herzinfarkt und Schlaganfall zusammen.

Die in Deutschland ermittelten Zahlen zu den hierdurch verursachten Folgekosten decken sich mit Angaben aus Skandinavien und Großbritannien. Konservativen Schätzungen zu Folge sind allein für die Versorgung der Patienten mit Oberschenkelhalsbrüchen jährlich 6 Milliarden DM zur Verfügung zu stellen, im Zusammenhang mit der Versorgung der Patienten mit allen osteoporotischen Frakturen entsteht ein Finanzbedarf im Bereich zwischen 8 und 10 Milliarden DM pro Jahr.

Dem steht gegenüber, dass die Umsätze aller Medikamente, die bei Osteoporose eingesetzt werden und von denen einige das Risiko zukünftiger Frakturen mehr als halbieren können, unter 300 Millionen DM pro Jahr liegen. Das heißt aber, dass in Deutschland jährlich weniger als 5 % des Betrages für die Verhinderung von Frakturen eingesetzt werden als schon heute für die Reparatur nicht verhinderter Knochenbrüche aufgebracht werden muss.

Wiederholt wurde in der Vergangenheit mitgeteilt, dass sich diese sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Problematik zukünftig verschärfen wird. Ursprünglich war angenommen worden, dass die Zahl der Patienten mit Oberschenkelhalsbrüchen sich durch den steigenden Anteil älter werdender Menschen bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird. Der am 4. Dezember in Brüssel vorgestellte Nachfolgebericht des vor 3 Jahren veröffentlichten Berichtes zur Situation durch die EU-Kommission macht erschreckend deutlich, dass die Dramatik des Geschehens offensichtlich unterschätzt wurde: Allein während der drei der Herausgabe des ersten Berichtes folgenden Jahre ist der Anteil der Patienten mit Oberschenkelhalsbruch EG-weit um 25% angestiegen. Dies ist die Folge der in der Vergangenheit fehlenden Bereitschaft, auch in Europa die Osteoporosen ihrer sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung entsprechend ernstzunehmen.



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

**Pille, Prothese oder Pflegeheim?
Pharmaökonomische Angebote der Osteoporose-Versorgung**

Prof. Dr. Peter Oberender

*Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, Universität Bayreuth, 95440 Bayreuth
Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie*

Osteoporose gehört volkswirtschaftlich zu einer **der bedeutendsten Krankheiten**. Die WHO hat sie aufgrund ihrer Krankheitsfolgen unter Diagnose- und Therapiekosten in die Liste der weltweit **zehn bedeutendsten Krankheiten** aufgenommen. In Deutschland leiden ca. vier bis sechs Millionen Menschen an Osteoporose. 85 % davon sind Frauen. 30 % aller Frauen erkranken nach der Menopause an Osteoporose. Etwa 80 % der Osteoporose-Patienten bleiben auch nach der ersten Fraktur unbehandelt.

Die Spätfolgen einer Osteoporose sind vor allem **Wirbelkörperfrakturen, distale Unterarmfrakturen sowie Oberschenkelhalsfrakturen**. Bei Frauen über 70 Jahren ist die jährliche Inzidenz bei **Wirbelkörperfrakturen** 21 %. Das **Lebenszeitrisiko** beträgt zur Menopause ca. 15 %. 50 % der 80-jährigen Frauen haben bereits eine Wirbelkörperfraktur erlitten. Ähnlich ist die Situation bei **Oberschenkelhalsfrakturen**. Hier treten 80 % aller Frakturen bei Frauen über 70 Jahren auf. In Deutschland kommt es jährlich zu 150.000 Oberschenkelhalsfrakturen, wobei 10.000 dieser Patienten im Laufe des ersten Jahres sterben und weitere 30.000 dauerhaft pflegebedürftig werden. Die **Mortalität** im ersten Jahr nach einer Oberschenkelhalsfraktur beträgt 12 % bis 24 %. Es ist ein exponentieller Anstieg der Oberschenkelhalsfrakturen ab dem 65. Lebensjahr zu verzeichnen. Die kumulative jährliche Inzidenz für über 90-jährige Patientinnen beträgt 33 %. In Europa wird erwartet, daß sich die Inzidenz der Oberschenkelhalsfraktur in den nächsten 20 Jahren verdoppeln wird.

Die Kosten für die Behandlung der Osteoporose und ihre Folgeschäden betragen in Deutschland gegenwärtig ca. **9 Mrd. DM**. In der Schweiz entstehen durch Osteoporose und den dadurch ausgelösten Folgeerkrankungen direkte Kosten durch Hospitalisation von ca. 600 Mio. sFr. (bei 7 Mio. Einwohnern in der Schweiz entspricht dies ca. 100 Mio. DM je eine Mio. Einwohner; auf die Bevölkerung in Deutschland übertragen heißt dies etwa **8 Mrd. DM pro Jahr an**

Krankenhauskosten). In den USA entfallen 37 % der osteoporose-bedingten Ausgaben auf nichthüftglenksnahe Frakturen. Für Deutschland wird geschätzt, daß eine **Oberschenkelhalsfraktur direkte Kosten** (ohne Arzt- und Medikamentenkosten) von ca. **53.000 DM verursacht**. Drei bis vier Milliarden DM werden allein für osteoporosebedingte Frakturen ausgegeben.

Die Kosten einer **adäquaten Intervention** liegen durchschnittlich bei 700,00 DM (30,00 DM Osteodensitometrie plus 350,00 DM bis 1.400,00 DM für Medikamente). Durch diese Maßnahmen lassen sich die Hälfte der Frakturen verhindern und damit pro Jahr von vier Milliarden DM etwa eine Milliarde DM einsparen.

Die medizinische Notwendigkeit der rechtzeitigen Erkennung und Behandlung der Osteoporose ist unumstritten. Ein **zentrales Problem** ist jedoch, **eineindeutige Kriterien für eine Prävention** festzulegen. Durch die Einführung eines **klinischen Monitoringsystems**, das eine rationale Diagnostik und Therapie auf der Grundlage strukturierter Dokumentation und Evaluation durchführt, könnten in Deutschland kurz- bis mittelfristig Einsparungen in Höhe von 500 Mio. DM gemacht werden. Von medizinischer Seite müssen in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, die Voraussetzungen für die Anwendung der Osteodensitometrie festgelegt werden. Darüber hinaus sind **Anforderungen an die Untersucher** sowie die **apperative Ausstattung** zu stellen. Ferner sind **standardisierte Verlaufskontrollen zur Qualitätssicherung** durchzuführen.

Die Osteoporose-Früherkennung sowie die Behandlung sind nicht nur **zweckmäßig** und **wirtschaftlich**, sondern außerdem bewirken sie eine **Verbesserung der Lebensqualität**.



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Patientengeschichten

Fall 1: Schwangerschaftsosteoporose

- Frau K. D., geb. 1967, Verwaltungsangestellte,
Menarche: 12. Lebensjahr
- 20.12.1998 Entbindung per Kaiserschnitt
- 20.12.1999 Während der Schwangerschaft traten mehrmals Schmerzen im Bereich von Brust- und Lendenwirbelsäule auf.
- 08.01.1999 akute Rückenschmerzen nach Anheben des Kinderwagen
- 18.02.1999 Arztbesuch. Wegen Verspannungen im Bereich der Brustwirbelsäule Chirotherapie. Schmerzzunahme
- 10.03.1999 Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule: Nachweis von 4 Wirbelkörperbrüchen. 7 cm Körpergrößenverlust .
- März 1999 Knochendichtemessung – DXA
LWS T-score: - 3.62 Schenkelhals T-score: - 1.99
extreme Minderung über der Lendenwirbelsäule
Histologie: high turnover
Familienanamnese: mögliche Glasknochenkrankheit eines Cousins des Vaters.
Bei Vater der Patientin nachträglich Osteoporose diagnostiziert.
Die Patientin bedurfte jetzt einer umfangreichen Schmerztherapie, passager Stützmieder, körperliches Training, anfangs Haushaltshilfe / Familienhilfe sowie eine Medikation mit Calcium/Vitamin D und Bisphosphonaten.
- 06.12.2001 Knochendichte LWS T-score: - 2.40 SH T-score: -0.90 Grenzwert
Letzte Fraktur April 1999

Problem: Nicht Beachten der Familienanamnese
Verzögerung der Diagnostik (2 Monate)
Chirotherapie vor Röntgen



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Fall 2: Postmenopausale Osteoporose

Frau G.G., geb. 1936, Religionslehrerin in einer Blindenschule.
Menarche 14. Lebensjahr, Menopause 51. Lebensjahr, Geburten 5
Postmenopausal Hormonersatzbehandlung bis 1994, erneut ab 25.7.95.
1991 55. LJ. erstmals Lumbago
24.1.1995 ohne äusseren Anlass heftigste Dorsalgien, Verschlimmerung bis 3 / 95.
Stationäre Behandlung in der Universitätsklinik:
Nachweis multipler Wirbelkörperfrakturen - Schmerztherapie.
Verlegung in eine psychosomatische Abteilung
27.7. – 29.8.95 Wegen fehlender Beschwerdelinderung Weiterverlegung in eine Spezialabteilung,
dort stationäre Behandlung.
Familienanamnese unauffällig. Labor Hypercalciurie
8 / 1995 Röntgen BWK 8, 9, 10, 12 sowie LWK 1, 2, 4 und 5 Fraktur,
9 / 1995 BWK 11 und LWK 3 - Fraktur. 9 cm Körpergrößenverlust
8 / 1995 Knochendichtemessung – DXA
LWS T-score: - 3.34 SH T-score : - 3.86
Histologie : high turnover Osteoporose, latenter Vitamin D - mangel
Behandlung mit Schmerztherapeutika, Psychopharmaka, Calcium / Vitamin D,
Training, Passager Stützmitter, Fortsetzen Hormone, Calcitonin, Bisphosphonate
10 / 2001 Knochendichte LWS T-score: - 1.5 SH T-score: -2.6
Letzte Fraktur 9 / 1995

Problem: Ungenügende Schmerztherapie
Zu späte und ungenügende Osteoporosetherapie (Verzögerung 7 Monate !)
Psychosomatik als vordergründig angesehen



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Fall 3: Corticoidinduzierte Osteoporose.

Herr D.G., geb. 1944, Kaufmann
Seit 1967 corticoidpflichtige Sarkoidose mit Lungenfibrose.
1967 – 1978 Corticoide
seit 5/94 Erneute Corticoid-Medikation beginnend mit 20 mg, Erhaltungsdosis 7,5 mg
8 / 1994 zunehmend heftige Wirbelsäulenschmerzen ohne äusseren Anlass
8 / 1994 Röntgen BWK 12 und LWK 1, 2, 4, 5 - Fraktur
Körpergrößenabnahme 4,5 cm
Hypogonadismus, Passager Niereninsuffizienz
21.12.94 Knochendichtemessung - DXA
LWS T-score: - 4.63, Schenkelhals T-score: - 4.13.
Histologie: Granulomatöse Myelitis bei bekannter Sarkoidose.
Ausgeprägte corticoidinduzierte Osteoporose
Behandlung mit niedrig dosiert Calcium / Vitamin D, Training, Testosteron,
Schmerztherapeutika, Passager Stützmieder, Bisphosphonate
7 / 2001 Knochendichtemessung: LWS T-score: -4.49 SH T-score: -3.56.
Letzte Fraktur Ende 1995

Problem: Osteoporoserisiko nicht erkannt
Keine Vorbeugung
Verzögerte Diagnostik und Therapie (4 Monate !)



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

**Viele sind betroffen und wissen es nicht
Prävention, Risikofaktoren und Diagnosestandards**

Prof. Dr. med. Johannes Pfeilschifter

*Oberarzt, Medizinische Klinik und Poliklinik der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken
Bergmannsheil, Universitätsklinik Bochum, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum*

Vorsitzender der Leitlinienkommission des DVO

Osteoporose ist ein massives Problem unserer älter werdenden Gesellschaft. Erfreulicherweise hat die Forschung Schritt gehalten: In den letzten Jahren hat es rasante diagnostische und therapeutische Fortschritte gegeben. Diese haben aus einer vormals zu spät und unbefriedigend zu behandelnden Erkrankung eine gut diagnostizierbare und behandelbare Erkrankung gemacht. Heute ist die Behandlung der Osteoporose in Bezug auf die Verhütung von Krankheitskomplikationen **erfolgreicher als die Therapie vieler anderer Stoffwechselerkrankungen.**

Was jeder von uns im Alter zur Vermeidung von Brüchen tun kann

1. Täglich ein Gramm **Kalzium** mit der Nahrung und ein 30-minütiger Aufenthalt im Freien zur Bildung des „Sonnenhormons“ **Vitamin D3** beugt Brüchen im Alter vor. Vielen älteren Menschen fällt dies schwer. Hier sind Kalzium- und VitaminD3-Tabletten eine preiswerte Alternative.
2. Knochenkräftigend sind **Krafteinwirkungen**. Bettlägerigkeit ist Gift für das Skelett.
3. Bei Frauen in den Wechseljahren verhindert die **Hormonersatztherapie** vollständig den Verlust an Knochenmasse. Was aber immer noch zu wenige wissen: Der Gewinn ist flüchtig. Er verfällt, sobald die Therapie beendet wird.
4. **Stürze lassen sich vermeiden** durch Entfernung von „Stolperfallen“, Gang-Training, Anpassung von Brillengläsern und Vermeidung höherer Dosen von Beruhigungsmitteln
5. Einen guten Schutz vor Schenkelhalsbrüchen bietet der **Hüftprotektor**: Er besteht aus Kunststoffschalen, die frei oder in eine Hose eingenäht über den Schenkelhälsen plaziert werden. Der Protektor wird aber oft als störend empfunden.

Wann ist eine weiterführende Osteoporosediagnostik und -Therapie dringend notwendig?

Es muß heute als medizinischer Standard gelten, daß **jeder Patient, der einen Knochenbruch ohne größere Krafteinwirkung** erleidet, eine ausführliche Osteoporosediagnostik erhält. An einen Wirbelkörperbruch sollte man auch denken, wenn die Körpergröße um mehr als 4 cm abgenommen hat. Ohne rasch einsetzende zusätzliche medikamentöse Maßnahmen haben Patienten mit einer Osteoporose nach dem ersten Bruch ein extrem hohes Risiko, in den kommenden Jahren weitere Brüche zu erleiden. Bei diesen Patienten ist nach Ausschluß einer besonderen Ursache eine zusätzliche wirksame medikamentöse Therapie (z.B. Bisphosphonate, Raloxifen) dringend notwendig. Eine diagnostische Abklärung sollte auch dann erfolgen, wenn das Risiko schon vor dem ersten osteoporotischen Bruch sehr hoch ist, wie dies z.B. bei der chronischen Einnahme von Steroid-Präparaten und bei einigen endokrinologischen Krankheitsbildern der Fall ist.

Für die Beurteilung der Höhe des Bruchrisikos ist die Knochendichtemessung derzeit von unverzichtbarer Bedeutung. „Goldener Standard“ ist die sogenannte Dual-energy-x-ray-Absorptiometrie (DXA).

Mangelhafte Qualitätssicherung

Die besten Behandlungsstrategien nützen nichts, wenn sie nicht bekannt sind und wenn sie nicht umgesetzt werden. Osteoporose als Schlagwort kennt heutzutage jeder. Das Problem ist weniger die Unkenntnis des Krankheitsbildes als eine Fehlversorgung: Ein Großteil der Patienten, bei denen eine Therapie dringend notwendig wäre, erhält diese nur unzureichend. Umgekehrt wird viel Geld für teure Diagnostik und Therapien ausgegeben, wo dies unnötig wäre. Viele Patienten werden unnötig verunsichert. Die Qualitätssicherung ist ungenügend.



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Leitlinien des Dachverbands Osteologie

Eine hohe Qualität von Diagnostik und Therapie der Osteoporose ist eines der dringlichsten Anliegen des 1999 gegründeten Dachverbands Osteologie (DVO). Der DVO ist die interdisziplinäre Vereinigung von inzwischen 14 Fachgesellschaften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz, die sich überwiegend oder mit einem wissenschaftlichen Schwerpunkt mit Knochenerkrankungen beschäftigen. Im Dezember 1999 hat der DVO beschlossen, unter der Leitung von Prof. Dr. Johannes Pfeilschifter, Bochum, evidenzbasierte Konsensus-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose zu erstellen. Die Leitlinien folgen den Kriterien der von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingerichteten Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

Interdisziplinarität ist Trumpf!

In drei Arbeitsgruppen unter der Koordination von Prof. Dr. L. Pientka, Bochum, Prof. Dr. Dr. H. Raspe, Lübeck, und Frau Dr. C. Scheidt-Nave, Heidelberg erarbeiten anerkannte, von den Mitgliedsgesellschaften gewählte Experten Leitlinien zur Osteoporose der postmenopausalen Frau, zur Osteoporose im Alter, und zu der Sonderform der Osteoporose in Folge einer Therapie mit Glucocorticoiden. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen sind Sozialmediziner, Allgemeinmediziner, Orthopäden, Endokrinologen, Rheumatologen, Gynäkologen, Geriater, und – für die Gruppe der Glucocorticoidosteoporose auch Gastroenterologen und Pneumologen. Im Mittelpunkt der Leitlinienerstellung stehen konkrete Fragen, die sich im klinischen Alltag ergeben. Auf diese Fragen soll die Leitlinie möglichst klare und einfach umsetzbare Antworten geben. Die Berufsverbände und Patientenvertreter arbeiten von Anfang an an der Leitlinienerstellung mit.

Die Rohfassung wird Ende dieses Jahres fertig sein. Dann müssen aus der „Expertenversion“ praktikable Anwenderversionen formuliert werden. Auch eine Laienversion wird erstellt. Die Aktualität der Leitlinien ist wichtig. Bei der jährlichen Flut an neuen Daten ist es unumgänglich, daß die Leitlinien einmal jährlich überarbeitet wird.

Die Leitlinien werden weder den Knochenspezialisten, noch individuelle Therapieentscheidungen überflüssig machen. Sie werden aber eine wichtige und dringend benötigte Orientierungshilfe für Ärzte und Patienten im Umgang mit der Volkskrankheit Osteoporose sein.



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Deutschland – Entwicklungsland für Osteoporose ?
Stand der Osteoporose-Versorgung in Deutschland

Prof. Dr. med. Dr. phil. H.-Heiner Raspe

Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Lübeck, Beckergrube 43 - 47



**Bundesselbsthilfeverband
für Osteoporose e.V.
Dachverband
für Osteoporose-Selbsthilfegruppen**

„Hilfe zur Selbsthilfe“

Durch die Verbesserung der Versorgung von Osteoporosekranken, durch mehr Aufklärungsarbeit zum Krankheitsbild Osteoporose und damit verbundenen Präventionsmaßnahmen, könnte es gelingen, die Anzahl von Knochenbrüchen durch Osteoporose wesentlich zu verringern. Damit bliebe den Patienten viel Leid erspart und im Gesundheitswesen könnten Kosten gesenkt werden.

Um Betroffenen und Risiko-Personen von Osteoporose zu helfen und sie bei der „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu unterstützen, wurde 1987 der

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)
Kirchfeldstraße 149 – 40215 Düsseldorf

gegründet.

Er ist der „**Dachverband für Osteoporose Selbsthilfegruppen**“.

Der Verband zählt derzeit 15.000 Mitglieder, welche in 300 Gruppen organisiert sind.

Leistungen des Bundesselbsthilfeverbandes

- Hilfe beim Aufbau von Selbsthilfegruppen und laufende Betreuung der bereits bestehenden örtlichen Selbsthilfegruppen
- Information über die Krankheit „Osteoporose“ und ihre Folgen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Vertretung der Interessen von Erkrankten gegenüber Krankenkassen, Ärzten und Behörden
- Einsetzen für gesundheitspolitische Interessen
- Herausgabe von Informationsschriften z.B. den Patientenratgeber, die Zeitschrift „Aktuell“ sowie diverses Informationsmaterial
- Förderung von Vorhaben, die der wissenschaftlichen Erforschung des Knochenstoffwechsels dienen
- Ärzte-Hotline
Hier steht dem BfO der interdisziplinär besetzte Wissenschaftliche Beirat zur Verfügung
- Organisatorische und finanzielle Hilfe für Gruppen und Landesverbände

Aufgaben einer Selbsthilfegruppe

- Beratung und Information
- Erfahrungsaustausch
- Sportliche Aktivitäten (wie Trocken- und Wassergymnastik)
- Soziale Kontakte
- Gegenseitige Hilfe
- Vermittler zwischen Arzt und Patient
- Öffentlichkeitsarbeit

Mitgliedschaften des Bundesverbandes

- in der IOF (Internationale Osteoporosis Foundation)
- in der Bone and Joint Decade
- in der BAGH (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte und chronisch Kranke)

Dank intensiver Forschung weiß man heute mehr über Früherkennung, Ursachen und Behandlung der Osteoporose. Sie ist vermeidbar, beeinflussbar und behandelbar. Eine erfolgreiche Therapie erfordert jedoch mehr vom Patienten als nur regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

Wichtig ist richtige körperliche Bewegung im Alltag, regelmäßiges Funktionstraining, calciumreiche Ernährung und vieles mehr.

Nur durch aktive Mitarbeit des Patienten kann der Arzt erfolgreich therapieren. Deshalb muss die oft vorhandene Lethargie erst einmal überwunden werden.

**Hier setzt die Arbeit der Selbsthilfegruppe an.
Sie leistet Hilfe zur Selbsthilfe durch gezielte Aufklärungsarbeit, Erfahrungsaustausch, soziale Kontakte und gemeinsame Aktivitäten.**

Unser Motto lautet: „ **Gemeinsam sind wir stark**“

INGEBORG LINDE
Heidehäuser 33 06120 Halle / Saale
Tel. und Fax 0345/5509933

L e b e n s l a u f

Angaben zur Person

Geburtsdatum und –ort	24. Mai 1934 Oppeln 0/S
Familienstand	verheiratet
Staatsangehörigkeit	deutsch

Ausbildung

1974	„Diplom Ingenieur Pharmazie“ Fachhochschule Leipzig
------	---

Beruflicher Werdegang

1974 – 1979	Mitarbeiter der Universitätsapotheke der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg (MLU)
1979 – 1990	Abteilungsleiter Materialwirtschaft der Medizinischen Fakultät der MLU
1990 – 1995	Dezernent Verwaltung und Wirtschaft der Medizinischen Fakultät MLU
seit 1995	Rentnerin

Sonstiges

seit 1997	Leiterin der Selbsthilfegruppe Osteoporose Halle-Saalkreis. Nachdem bei mir 1995 die Krankheit Osteoporose diagnostiziert wurde, gründete ich mit 15 Betroffenen eine Selbsthilfegruppe. 1999 sind die Mitglieder geschlossen dem Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. beigetreten.
-----------	---

seit 1999	Mitglied des Vorstandes des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose e.V. Düsseldorf, zuständig für Gruppen Gründungen in den neuen Bundesländern und Öffentlichkeitsarbeit.
-----------	--

Halle / Saale, 4.12.2001



The Bone and Joint Decade • 2000 - 2010
- for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders

Osteoporose – schnelle Hilfe ist nötig!

Dr. med. Jutta Semler

*Chefärztin, Abt. Stoffwechsel / Osteologie, Immanuel Krankenhaus, Rheumaklinik
14109 Berlin, Königstraße 63*

1. Vorsitzende, Kuratorium Knochengesundheit

Osteoporose ist ein bedeutendes und weltweit anwachsendes Gesundheitsproblem. Die Einschränkung der Osteoporose-Frühdagnostik hat die Diskussion um das „richtige“ Umgehen mit der Erkrankung neu entfacht.

Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine Störung der Mikroarchitektur des Knochengewebes mit konsekutiv erhöhter Knochenbrüchigkeit charakterisiert wird. Dabei wird die Knochenmasse im Vergleich zum Normalwert junger Erwachsener angegeben. Daraus ist ersichtlich Frakturen müssen zur Diagnosestellung „Osteoporose“ nicht unbedingt vorhanden sein. Knochenbrüche stellen ein fortgeschrittenes Stadium der Osteoporose dar.

Wirbelkörperbrüche sind typisch bei Osteoporose, sie verursachen Schmerzen, gelegentlich als Vernichtungsschmerz empfunden und das klinische Bild mit Rundrückenbildung. Bei der Hälfte aller Patienten mit z.T. auch nur kleineren Frakturen, vor allem von Wirbelkörpern, treten Schmerzen auf, die über Wochen und Monate anhalten können. Mit steigender Anzahl von Frakturen nehmen auch die Schmerzen erheblich zu. Die Lebensqualität der Betroffenen wird reduziert, die Mobilität eingeschränkt. Etwa ein Drittel ist auf Fremdhilfe angewiesen. Nach Oberschenkelhalsfrakturen ist bei 20% der Fälle mit nachfolgender Pflegebedürftigkeit zu rechnen. Die geschätzte Mortalität liegt bei 4% für Wirbelkörperbrüche. Patienten mit Schenkelhalsfrakturen weisen gegenüber Personen gleichen Alters eine um 12 – 20% höhere Sterblichkeit auf.

Jeder Patient, jede Patientin leidet individuell unter der Osteoporose, in Abhängigkeit von Alter, Schweregrad der Erkrankung, Schnelligkeit des Progresses, Schmerzempfindung und sozialem Umfeld.

Medizinethik und Sorgfaltspflicht der Ärzte erfordert bei eingetretener Erkrankung schnelles und risikoadaptiertes Vorgehen. Dabei sollten wissenschaftlich überprüfbare Regeln und nicht Budgetdruck im Vordergrund stehen. Ärzte müssen täglich Entscheidungen treffen. Beeinflusst wird dieser Entscheidungsprozess durch die Bedürfnisse der Patienten, dem Kenntnis- und

Erfahrungsstand der Ärzte sowie juristische und gesellschaftspolitische Vorgaben. Der Erfolg wird gemessen am Wohlergehen der Patienten.

Was wird häufig falsch gemacht?

- Osteoporoserisiken werden nicht erfasst oder als solche wahrgenommen
- Ignorieren und Nichterkennen von Osteoporose und damit verbundenem Frakturrisiko
- Ungenügende Schmerztherapie
- Verzögerte, wissenschaftlich nicht ausreichend gesicherte Therapiekonzepte und frühzeitiger Therapieabbruch

Zur Unterstützung von Osteoporosekranken und Ärzten, ja von allen Leistungsträgern des Gesundheitswesens ist eine qualitätsorientierte konzertierte Aktion sinnvoll mit dem Ziel der Vermeidung weiterer osteoporotischer Wirbelkörperfrakturen.

Das Kuratorium Knochengesundheit e.V. hat im Interesse aller Osteoporosekranken, quasi als Patientenführer, in Kooperation mit Berufsverbänden, Landesorganisationen, Krankenkassen, Apotheken, Selbsthilfeorganisationen und Medien Anfang 2001 die Initiative ergriffen zu dem bundesweiten Projekt „**Verhinderung osteoporosebedingter vertebraler Folgefrakturen**“. Die bisherige Printresonanz liegt bei einer Auflage von über 35 Millionen.

Zum Weltosteoporosetag 2001 wurde zum Erkennen von möglichen Osteoporosekranken mit Wirbelkörperbrüchen dieses Projekt „Verhinderung osteoporosebedingter vertebraler Folgefrakturen“ durch eine bundesweite Messaktion (Körpergrößenabnahme über 4 cm und Messen des Hinterkopf-Wand-Abstandes) noch erweitert.

Noch immer werden fast 50 % aller Osteoporosekranken nicht diagnostiziert und nur 20 – 25 % adäquat nach dem letzten Stand der Wissenschaft behandelt.

Schnelle Hilfe ist nötig - im Interesse von Betroffenen und Gesellschaft.

Die erfreulichen Entwicklungen moderner Behandlungskonzepte sollte uns immer wieder motivieren

den richtigen Patienten – die richtige Behandlung – zur rechten Zeit

zukommen zu lassen.