

Osteoporosetherapie Schritt für Schritt

Expertenbericht: Screening von potentiell gefährdeten Patienteng stellt eine große Herausforderung dar. Von Ronald Dorotka

Trotz aller Fortschritte bei der medikamentösen Therapie sollte aus orthopädischer Sicht nicht auf Sporttherapie, Sturzprophylaxe, Rückenrehabilitation vergessen werden. Bei akuten Patienten geht es um die orthopädiotechnische Versorgung mit adäquater Schmerztherapie samt operativen Maßnahmen.

Die Behandlung von Osteoporosepatienten in einer orthopädischen Kassenordination ist tagtägliche Realität und in jedem Fall eine Herausforderung im Spannungsfeld zwischen adäquater Patientenversorgung und vollem Wartezimmer. Ich bin in einer Gruppenpraxis mit Verträgen zu allen Kassen als Mitinhaber im ersten Wiener Gemeindebezirk tätig. Wir verfügen über keine eigene „Osteoporosesprechstunde“, die Betreuung erfolgt bei dieser Patientengruppe über Terminvergabe während der gesamten Öffnungszeiten von Montag bis Freitag ganztags bzw. am Samstag auch vormittags. Prinzipiell stehen unsere Türen auch Patienten mit akuten Beschwerden ohne Termin zur Verfügung. Im Rahmen der Osteoporoseversorgung betreffen diese Akuttermine meist Patienten mit vertebrealen, akuten Frakturen mit entsprechender Schmerzsymptomatik, während Osteoporosepatienten mit vorbestehender Therapie in der Regel mit Terminvorbereitung kommen.

Gezielte Fragestellung

Die eigentliche Herausforderung stellt aber das Screening von potentiell Osteoporose gefährdeten Patienten, die wegen ganz anderer Beschwerden die Ordination aufsuchen, dar. Hier ist ständige Aufmerksamkeit gefordert, daran zu denken und bei allen Patienten, sowohl neuen als auch bekannten, gezielt Fragen in diese Richtung zu stellen. Als Kassenarzt orientieren sich die gezielten Fragen natürlich auf Risikofaktoren, wie sie aus Leitlinien bekannt sind, aber zusätzlich auch schon in Richtung Verrechnungsvoraussetzungen z.B. für die Knochendichtemessung mittels DXA.

So kann etwa bei der WGKK eine DXA bei Frauen ab dem 65. Lebensjahr und bei Männern ab dem 70. Lebensjahr ohne Voraussetzung verordnet werden. Frauen zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr müssen zwei von fünf Risikofaktoren erfüllen (prädisponierende Erkrankung, Medikation, genetische Disposition, Lebensstil, Sexualanamnese), um diese Untersuchung bezahlt zu bekommen. Unabhängig von Geschlecht und Alter besteht das Recht auf eine Kassen-DXA bei Patienten mit Fragilitätsfraktur und/oder Vorliegen einer Osteoporose induzierenden Erkrankung oder Medikation.

Alle anderen müssen sich um eine private Knochendichtemessung bemühen, wenn z.B. ein medizinisch nicht berechtigter und beratungsresistenter Wunsch nach Kenntnis seines persönlichen T-Werts besteht. Nach Prüfung der Risikofaktoren und sonstiger Faktoren wie Malignome etc. erfolgt dann gegebenenfalls die Überweisung zur DXA. Jeder Patient wird nicht nur



Bei der Erstbegutachtung bzw. -untersuchung auf Osteoporose wird eine Labordiagnostik eingeleitet. © Foto: Ingo / APA



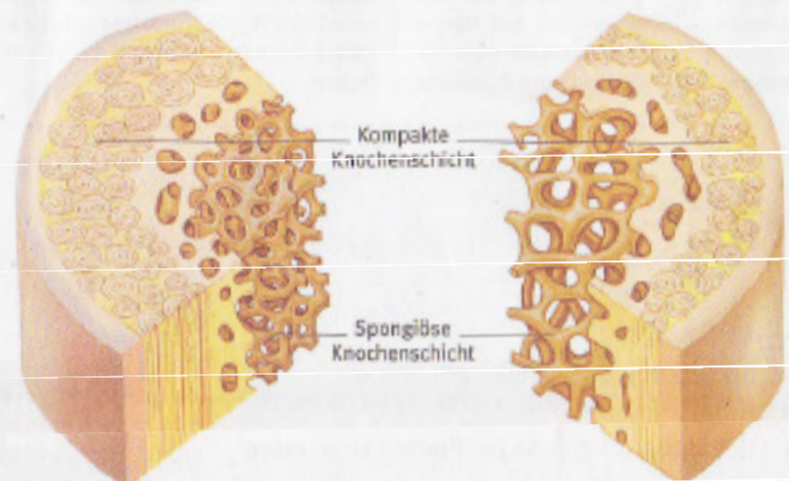
23. Osteoporose Forum

07. bis 09. Mai 2015, St. Wolfgang

anamnestisch geprüft sondern auch einer gründlichen orthopädischen, klinischen Untersuchung unterzogen. Das Wartezimmer kann gar nicht so voll sein, als dass auf diese wertvolle Manualdiagnostik verzichtet werden würde. Neben der Untersuchung der Wirbelsäule mit Neurostatus werden auch die angrenzenden Gelenke miteinbezogen und die Ergebnisse dokumentiert. Bei entsprechendem Verdacht erfolgt im Anschluss auch die Überweisung zum Röntgen der Region zum Ausschluss einer Fraktur.

Röntgen bei Frakturverdacht

Im Rahmen der Erstbegutachtung bzw. -untersuchung auf Osteoporose wird auch eine Labordiagnostik eingeleitet. Das Standardbasislabor beinhaltet folgende Parameter: Blutbild, Senkung, CRP, TSH, 25-OH-VitD3, Serumkalzium, Serumphosphat, Kreatinin, BUN, GGT, Eiweißelektrophorese, alkalische Phosphatase und gegebenenfalls Parathormon. Akutpatienten mit starken, frakturverdächtigen Schmerzen erhalten noch am selben Tag ein Röntgen. Eine Schmerztherapie wird sofort eingeleitet. Je nach Comorbidität erfolgt die analgetische Therapie nach dem WHO-Schema, zusätzlich auch eine lokale, gezielte Infiltrationstherapie. Bestätigt sich im Röntgen der Verdacht auf eine Wirbelkörperfraktur, wird der entsprechende Wirbelsäulenabschnitt mittels Mieder ruhiggestellt. Darüber



Veränderungen im Knochenaufbau bei älterem Menschen (re.). Patienten werden auf Reduktion des Sturzrisikos aufmerksam gemacht. © Fraatz/Wissen-Media Verlag / BPA

hinaus wird als weiterer diagnostischer Schritt eine Magnetresonanztomografie verordnet. Die hauptsächlichsten Fragestellungen an die MRT sind das Vorliegen einer rezenteren Fraktur oder auch einer knöchernen Kompressionen im Bereich der Fraktur. Besteht bei Patienten mit Wirbelkörperfrakturen bereits bei der Erstbegutachtung eine akute, neurologische Auffälligkeit (motorisch und/oder Caudasyndromatik) wird ohnehin ohne Verzögerung in ein wirbelsäulenchirurgisches Zentrum (AKH Wien, Orthopädie) überwiesen und in diesen Fällen keine weitere verzögernde Diagnostik veranlasst.

In den meisten Fällen lassen sich jedoch sowohl akute als auch Langzeitosteoporosepatienten adäquat konservativ therapieren. In wenigen therapieresistenten Fällen erfolgt sekundär nach Bestätigung des Vorliegens einer rezenteren Wirbelkörperfraktur in der MRT die Zuweisung ins Spital zur Frakturstabilisierung mittels Kyphoplastik.

Reduktion des Sturzrisikos

In allen anderen, gut analgetisch therapierbaren Fällen, wird zum Befundbesprechungstermin die Indikation zur medikamentösen Therapie gestellt. Anhand der Anamnese und der Laborbefunde werden sekundäre Osteoporoseformen herausgefiltert und entsprechend an die interistische Fachdisziplin weitergeschickt. Alle Patienten werden auch

gebeten, mit Ihrem Allgemeinmediziner die sonstige, laufende medikamentöse Therapie auf ihr knochendichtereduzierendes Risiko zu prüfen (z.B. Protonenpumpenhemmer, Neuroleptika, Antidepressiva, Glukokortikoide). Ebenso werden Patienten auf die Reduktion des Sturzrisikos (Stichwort: Teppich) und Therapie von Sturzursachen (Stichwort: Fehlsichtigkeit) aufmerksam gemacht.

Jeder Betroffene wird entsprechend seiner physischen Möglichkeit hinsichtlich Sportoptimierung beraten oder eine Physiotherapie eingeleitet, wobei bei jüngeren Patienten mit verringerter Knochendichte ohne Frakturen eine sportorthopädische Beratung ausreichend erscheint (Krafttraining, Crosstrainer; prinzipiell kaum Einschränkungen in der Sportausübung). Bei Bedarf steht in der Ordination auch ein Sporttrainer zur Verfügung. Bei älteren Patienten oder bei Vorliegen einer Fraktur wird routinemäßig zur Physiotherapie zugewiesen. Auch hier stehen Physiotherapeutinnen direkt in der Ordination zur Verfügung, die als Wahltherapeuten mit den Patienten privat abrechnen und eine teilweise Rückerstattung der Kosten durch die Versicherungen möglich ist.

Patienten, die eine vollständige Vergütung über die Krankenkasse bevorzugen, werden in ein physikalisches Institut überwiesen. Obwohl viele Institute bei dieser Indikation ein adäquates Rehabilitationspro-

gramm mit Anleitung zum Selbstübungs anbieten, wird leider doch noch oft von den Instituten die Physiotherapie gestrichen und stattdessen auf rein passive Konzepte gesetzt. Hier wäre allerdings auch das Kassensystem gefragt, entsprechende personenintensivere Programme inklusive einem posttraumatischen, ambulanten Krafttraining unter professioneller Aufsicht im Sinne der Lebensqualität der Patienten und auch der Sekundärprävention zu vergüten. Nach Maßgabe der Laborergebnisse bzw. Zusatzfaktoren wie Sonnenexposition erfolgt die Verordnung von Vitamin D3 (meist 40 Igt Oleovit pro Woche) und bei geringer Kalziumaufnahme über die Nahrung 1000mg Kalzium täglich.

Nach Klärung von Kontraindikationen wird mit Alendronat einmal wöchentlich begonnen, eine Aufklärung über den Einnahmehinweis ist essentiell. Bei fehlender Compliance oder Gegenanzeigen zur peroralen Einnahme wird auf parenterales Ibendronat gewechselt, manchmal auch Zoledronat bei damit vorbehandelten Patienten. Bei Vorliegen von Nierenfunktionsstörungen oder sonstigen Kontraindikationen zur Bisphosphonatherapie wird mit Denosumab begonnen, wobei im Gegensatz zu den oben genannten Substanzen hier eine vorherige chefirzliche Bewilligung notwendig ist. Entweder holen sich Patienten persönlich bei ihrer Krankenkasse diese Bewilligung oder die Casuarstellung erfolgt direkt über den chefirzlichen Dienst per Online-Anfrage. Während vor einigen Jahren noch ein teils komplexer Schriftverkehr vorkommen konnte, zeigt die persönliche Erfahrung der letzten Jahre, dass hier sehr wohl bei entsprechender Formulierung der Begründung rasche Genehmigungen in der Mehrzahl vorkommen. Ebenso genehmigungspflichtig ist Teriparatid, das bei Frakturen trotz adäquater antiresorptiver Therapie zur Verfügung steht. Alle anderen Therapien, die ihre Wirksamkeit ebenso bewiesen haben, werden von mir selten bis gar nicht verordnet.

Defizite und Fazit

Da über die richtige Dauer einer Osteoporosetherapie keine ausreichenden Daten zur Verfügung stehen, kann eine Therapiepause von Bisphosphonaten nur nach Abwägung von Nutzen und Risiko unter Miteinbeziehung von Verträglichkeit, Compliance und Frakturrisiko erfolgen. In Zweifelsfällen steht die Möglichkeit zur Überweisung in eine Spezialambulanz (z.B. Osteoporoseambulanz der Universitätsklinik für Orthopädie, AKH Wien) offen.

Trotz aller Fortschritte bei der medikamentösen Therapie sollte aus orthopädischer Sicht keinesfalls auf Begleitmaßnahmen wie Sporttherapie bzw. -optimierung, Sturzprophylaxe, Rückenrehabilitation und bei akuten Patienten auf die orthopädiotechnische Versorgung mit adäquater Schmerztherapie inkl. operativer Maßnahmen vergessen werden. ■

PD Dr. Ronald Dorotka ist Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (Sportorthopädie, Rheumatologie) am Orthopädie-Zentrum Innere Stadt.