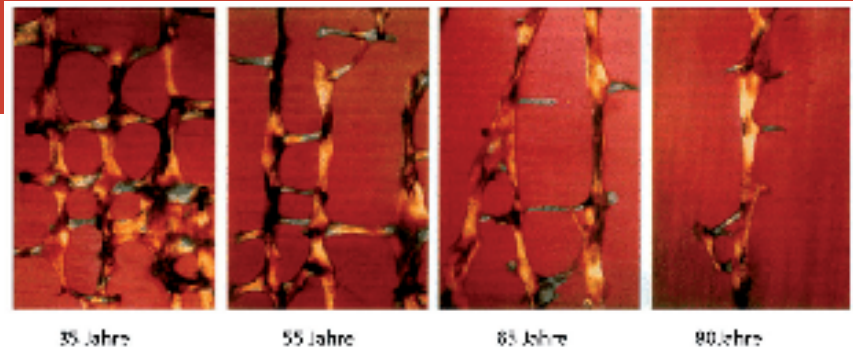


# Osteoporose

## Ein unerkanntes Ungeheuer



Astrid Fahrleitner



35 Jahre

55 Jahre

65 Jahre

80 Jahre

Fig. 1: Im Laufe des Lebens verändert sich die Feinarchitektur des Knochens die damit in einer verminderten Belastbarkeit resultiert.

Unter Osteoporose versteht man eine quantitative und qualitative Knochenerkrankung – in anderen Worten: „Es ist nur noch wenig Knochen vorhanden, und dieser klägliche Rest ist zusätzlich noch von einer minderen Qualität.“ [Fig.1]

Das Heimtückische dieser Erkrankung ist die Tatsache, dass sie zumeist schleichend und asymptomatisch beginnt. Erst im fortgeschrittenen Stadium treten Knochenbrüche und die damit verbundenen Schmerzen und Komplikationen auf. Sobald aber erst einmal ein Knochenbruch stattgefunden hat, vervielfacht sich gleichzeitig das Risiko, weitere Brüche zu erleben.

Die typischen Knochenbrüche – Frakturen – bei Osteoporose sind die Unterarmfraktur, der Wirbelbruch und letztendlich die Hüftfraktur.

Im Endstadium der Erkrankung sind die Betroffenen aufgrund der zusammengebrochenen Wirbelkörper meist deutlich kleiner geworden, haben nicht nur den typischen „Buckel“ sondern auch Schmerzen, eine verminderte Lungenkapazität, Schwierigkeiten passende Kleidung zu finden und Probleme, den Blick geradeaus zu richten [Fig.2]

### Alle 30 Sekunden ein Knochenbruch

In Europa passiert alle 30 Sekunden ein Knochenbruch aufgrund einer bestehenden Osteoporose, knapp die Hälfte aller Frauen



„Frau Doktor – so etwas will ich nie wieder erleben!“

Fig.2: Eine Fatema nach Hüftfraktur – angewiesen auf eine Gehilfe

und rund ein Fünftel aller Männer sind betroffen. Die Versorgung der osteoporotischen Knochenbrüche macht rund ein Viertel aller Spitalskosten aus und die Versorgung der Hüftfraktur ist bei Frauen die kostspieligste Erkrankung, bei den Männern steht sie an zweiter Stelle nach der COPD (chronisch obstruktiven Lungenerkrankung).

### Hüftfraktur, der häufigste Grund für die Einweisung in ein Pflegeheim

Auch im Jahr 2009 versterben noch immer 20 Prozent aller PatientInnen nach einer Hüftfraktur innerhalb des ersten Jahres, und 80 % der überlebenden Betroffenen sind in weiterer Folge auf fremde Hilfe angewiesen und außerstande, sich selbst zu versorgen. Sie ist auch immer noch der häufigste Grund für die Einweisung in ein Pflegeheim.

### Prophylaxe und Therapie

Für Prophylaxe und Therapie steht neben der Basistherapie mit Kalzium und Vitamin D eine Vielfalt von Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Tatsache ist jedoch, dass nahezu alle Alters- und PflegeheimbewohnerInnen einen Vitamin D Mangel aufweisen, nur 20 Prozent aller PatientInnen mit bereits vorhandenen Knochenbrüchen eine Therapie erhalten und erschreckenderweise weniger als 5% aller PatientInnen mit einer Hüftfraktur eine Knochenschutztherapie erhalten.

Betrachtet man die medikamentöse Therapie in einem Pflegeheim, sieht man bei rund der Hälfte alle PatientInnen Schmerzmedikamente am „täglichen Speiseplan“, jedoch kaum eine Vitamin D Substitution oder Knochenschutztherapie [Fig.3].

**Fig. 3: Medikamentenverschreibung in österreichischen Alters-/Pflegeheimen**

- Diuretika 43%
- Antihypertensiva 42%
- NSAR 40%
- ACE Hemmer 29%
- Thiazide 20%
- Nitrate 19%
- Antidiabetika 14%
- Opiate 14%
- Kalziumpräparate 5.2% (n=99)
- Vitamin D Präparate 3.1% (n=59)
- Statine 2%
- Bisphosphonate 0.3% (n=6)
- Östrogen 0.25% (n=5)
- SERM 0.025% (n=1)

Wenn man aber weiß, dass (nahezu) alle BewohnerInnen einen Vitamin D Mangel haben, und die Symptome einer Vitamin D Defizienz von einem „Ganzkörperschmerz“, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Gelenkergüssen bis hin zur Bettlägerigkeit reichen, stellt sich die Frage, ob hier nicht nur das SYMPTOM und nicht die URSA-CHE therapiert wird [Tab.1].

<b>Proximale Muskelschwäche</b>	50 - 100%
<b>Eitrose Knochen Schmerzen</b>	50 - 100%
<b>Gelenkschmerzen</b>	50 - 100%
<b>Knochenverformungen</b>	25 - 100%
<b>Frakturen</b>	?

Zahlreiche PatientInnen, die vom Heim in die Notaufnahme eines Krankenhauses geschickt werden müssen - aufgrund einer (morphium-, opiatinduzierten?) Stuhlverstopfung, Darmverschlusses, Harnwegsinfektes o.ä. - haben in der Pflegedokumentation in nahezu drei Viertel der Fälle eine oder mehrere dokumentierte Frakturen, im Notfalllabor eine Hypokalzämie, durch-

schnittlich 8 Dauermedikamente, jedoch lediglich in rund 5% eine Kalzium- und/oder Vitamin D Therapie.

Eine Vitamin D Substitution in Form von 40 Tropfen einmal wöchentlich ist eine einfache und billige Therapie, orale Osteoporose Medikamente hingegen haben teilweise einen komplexen Einnahmemodus. Die Tabletten oder Suspensionen müssen 1-2 Stunden nach und zumindest 30 Minuten vor der nächsten Nahrungsaufnahme eingenommen werden. Gastrointestinale Nebenwirkungen sind ein Problem und nach der Einnahme muss eine aufrechte Körperhaltung beibehalten werden.

Diese Fakten, gemeinsam mit der Tatsache, dass die Therapietreue bei oralen Knochen-schutzpräparaten bei rund 25 % liegt, führen zum logischen Schluss, dass gerade in einer älteren Population die sogenannte Quartalsspritze, welche alle drei Monate vom behandelnden Arzt den PatientInnen in die Vene gespritzt wird, eine optimale Therapie darstellt.

Unserer klares Ziel, als osteologisch interessierte Ärzte, oder aber einfach als Ärzte, denen die Lebensqualität unserer SeniorInnen am Herzen liegt, muss eine Osteoporose Therapie bei gleichzeitiger Kalzium- und Vitamin D Versorgung sein.

**Univ. Doz. Dr. Astrid Fahrleitner-Pammer**  
Medizinische Universität Graz

Doz. Astrid Fahrleitner-Pammer ist Referentin bei den OASE-Fachtagungen zum Thema Osteoporose, die derzeit in ganz Österreich stattfinden.

Das Programm sowie ein Online Anmeldeformular finden Sie auf der Webpage von Lebenswelt Heim unter: [www.lebensweltheim.at](http://www.lebensweltheim.at) - Aktuelles.

**Die nächsten OASE-Termine sind:**  
25.03.2009 Vorarlberg, Höchst  
26.03.2009 Tirol, Innsbruck  
22. April 2009 Salzburg, Salzburg  
23. April 2009 Oberösterreich, Wels

STÜHLE

BÄNKE

TISCHE

MASSIVHOLZ



LH06

L&H

[www.stuhl.at](http://www.stuhl.at)