

Osteoporose

Die Diskussion zur Osteoporose (Diagnostik und Therapie) ist unverändert ein aktuelles Thema. Dies zeigen zahlreiche Zuschriften, die die Redaktion erreichen. Wir möchten nachfolgend drei Beiträge publizieren, die aus unserer Sicht von Bedeutung sind.

Zur Originalarbeit von Priv.-Doz. Dr. med. habil. Stefan Karger und Prof. Dr. med. Andreas Roth im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 9/2017, S. 416 ff. schreibt Doz. Dr. sc. med. Klaus Abendroth, Jena:

Für mich ist es zum Verzweifeln, seit Jahren bemühe ich mich, den Kollegen und insbesondere den Endokrinologen klar zu machen, dass es ein „Vitamin D“ nicht gibt. Allein aus der differenzierten Definition von Vitaminen und Hormonen müsste es jedem klar sein, dass das 1,25(OH)₂ D₃ ein Hormon ist – das sogenannte D-Hormon. Seine Vorstufen kann der Mensch selbst erzeugen durch Sonne und Cholesterin in der Haut – das ist ein eindeutiges Kennzeichen für ein Hormon – und wenn das nicht ausreicht, kann die Vorstufe – das Prähormon D / Cholecalciferol über die Nahrung zugeführt werden (wie es zum Beispiel bei den Eskimos beziehungsweise Enuit üblich ist). Die Wanderung des Homo sapiens aus Afrika nach Norden in die sonnenarmen Bereiche machte diesen Umweg in der Hormonproduktion zusammen mit der Ausbildung der „weißen“, pigmentarmen Haut notwendig.

Die Autoren benennen das auch im zweiten Satz so. Allerdings ist das Cholecalciferol selbst noch kein Steroidhormon, denn es kann erst durch die Hydroxylierung in der 1 und 25 Position des Steroidgerüsts aktiv an den entsprechenden Vitamin-D-Rezeptor (auch das ist schon eine falsche Benennung, denn Vitamine brauchen keinen Rezeptor) binden. Wenn wir also das Vitamin D als Hormon verstehen müssen, fällt die gesamte GKV-Verordnungsbegrenzung für Vitamine so auch für das Cholecalciferol/D₃ schon mal weg.

Cholecalciferol kann danach in der Labordiagnostik und in der Verordnung bei entsprechender Mangelsituation in die Kategorie der Hormone eingeordnet werden, und damit ist aus meiner Überzeugung die im Artikel beschriebene Verordnungsbegrenzung nicht zutreffend! Zwei Ergänzungen würde ich mir wünschen:

In der Tabelle 2 sollten chronisch entzündlich-rheumatische aber auch pulmonale Erkrankungen als Risikofaktor für einen Vitamin D-Mangel ergänzt werden.

Im Abschnitt „Verordnungsfähigkeit von Vitamin D zu Lasten der GKV“ ist in der Aufzählung der zugelassenen Indikationen unter Punkt 3 unbedingt die zwingende Notwendigkeit der Vitamin D-Supplementation auch für Denosumab und Teriparatid/Forsteo zu nennen – aus eigener Erfahrung ist das noch wichtiger als bei den Bisphosphonaten.

Doz. Dr. sc. med. Klaus Abendroth, Jena

Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz schreibt in seinem Leserbrief „Bewährtes wird mitunter komplett vergessen, zum Beispiel die effektive, nebenwirkungsarme und extrem preiswerte Therapie der Volkskrankheit Altersosteoporose mit Natrium-Fluorid“:

Eine wesentliche Errungenschaft der modernen Medizin ist die stetige Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung! Damit steigen aber auch Häufigkeit und Bedeutung der Alters-Osteoporose als echte Volkskrankheit. Die Älteren sind zunehmend von Stürzen und Knochenbrüchen bei banalen Unfällen bedroht. Das beeinträchtigt jeweils die Lebensqualität und verursacht zumindest passager einen erheblichen Pflegeaufwand. Die gegenwärtige medikamentöse Standardtherapie ist schon deswegen ungenügend und dringend verbesserungsbedürftig, weil die vorwiegend für Bisphosphonate jährlich ausgegebenen 4,5 Milliarden Euro nur für 15 Prozent der Bedürftigen reichen [1]. Der Rest geht leer aus. Er wird beschwichtigt, die

Osteoporose sei noch nicht behandlungsbedürftig. Oder der Patient bekommt eine nach heutigem Wissen unwirksame Behandlung mit Calcium oder/und Vitamin D. Vitamin D schützt nicht vor Frakturen und Calcium geht nicht in die Knochen. Das weiß man seit über 50 Jahren und versuchte es mit „biologischem Calcium“, zum Beispiel in Form von Eierschalen. Auch das führte nicht zum Erfolg. Allerdings geht Calcium in die Herz- und Hirngefäße und erhöht das Risiko für Herz- und Hirninfarkt. Calcium wird in der Therapie-Leitlinie der Osteoporose auch nicht mehr empfohlen, aber noch häufig verordnet.

Die Häufigkeit von Schenkelhalsbrüchen, Wirbelfrakturen und anderen Knochenbrüchen steigt mit dem Alter an. Das Durchschnittsalter von Männern in Deutschland liegt für Schenkelhalsfrakturen bei 75 Jahren, bei Frauen bei 82,5 Jahren [3]. Insgesamt gibt es in Deutschland bei den über 50-Jährigen 6,3 Millionen Osteoporose-Kranke. Bei den Frauen ab 75 Jahren ist jede zweite von Osteoporose betroffen [3]. Es besteht somit ein erheblicher Behandlungsbedarf!

Bis nach 1990 gab es in West wie Ost mehrere Hersteller von Natrium-Fluorid zur Osteoporose-Therapie. Der Erfolg war überzeugend. Ältere Patientinnen, die vor Rückenschmerzen ihr Bett nicht mehr verlassen konnten, waren nach der Behandlung in der Lage, ihren Garten umzugraben und zum Tanzen zu gehen. Später entwickelten sich die Bisphosphonate zur Standardtherapie der Osteoporose. Das lag vor allem daran, dass die Hersteller angaben, die Knochenqualität unter Natrium-Fluorid sei minderwertig. Heute weiß man, dass die Knochenqualität unter Bisphosphonaten keinen Deut besser ist, als unter Natrium-Fluorid. Auf Grund der unberechtigten Verdrängung des Natrium-Fluorids haben die Hersteller in Deutschland – bis auf eine Ausnahme – die Produktion eingestellt.

Seit Sommer 2015 steht Natrium-Fluorid auch wieder in den Thera-

pieleitlinien für Osteoporose. Aber die hat wohl kaum jemand gelesen. Auch meine einschlägige Publikation in einer renommierten Zeitschrift [6] blieb praktisch ohne Resonanz. Dabei verursachen Bisphosphonate Tagestherapiekosten um 5,00 Euro, teils auch mehr, während Natrium-Fluorid 25 Baer Tageskosten von 0,15 Euro auslöst. Die Rückbesinnung auf Natrium-Fluorid würde dem deutschen Gesundheitswesen vier Milliarden Euro jährlich einsparen helfen. Man könnte statt 15 Prozent der Bedürftigen alle Osteoporose-Patienten medikamentös versorgen und ihnen auch noch die teils beträchtlichen Nebenwirkungen der Bisphosphonate ersparen. Diese bestehen in Ösophagus-Geschwüren, Magenperforationen und Kiefernekrosen bis zum Gehörgang. (näheres siehe Rote Liste [4]). Man könnte dann alle Pati-

enten korrekt behandeln und brauchte sich keine Regress-Sorgen mehr machen. Auch wäre es nicht mehr nötig, Patienten mit dem Hinweis zu beschwichtigen, sie hätten zwar Osteoporose, brauchten aber noch nicht behandelt zu werden. Gegenüber einer 87-jährigen Frau ist das doch reiner Sarkasmus. Auch könnten dann die Radiologen wieder beim Röntgen der Wirbelsäule mühelos die Diagnose Osteoporose stellen, wie das vor Jahrzehnten üblich war. Zurzeit weigert man sich, das zu tun, weil der Patient nach der gestellten Diagnose doch auch behandelt werden möchte. Es ist offenbar der Versuch, Therapie zu sparen, wenn nur noch die osteodensimetrische Diagnose akzeptiert wird. In gleicher Richtung ist wohl auch zu deuten, dass die Osteodensimetrie in der Regel keine Kassenleistung ist.

Alle diese ärztlichen Verbiegungen könnten unter Natrium-Fluorid als Standardtherapie entfallen. Mit Beschränkung der Tagesdosis auf 25 mg Natrium-Fluorid und der Therapiezeit auf zwei Jahre ließe sich die Hauptnebenwirkung Osteoporose vermeiden. Denn auch diese geht mit erhöhten Frakturaten einher.

Literatur beim Autor

Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz,
Leipzig

Anmerkung der Redaktion:

Zur Stellung der Natrium-Fluorid Therapie haben wir von einem Osteologen, der selbst über jahrelange Erfahrungen verfügt, einen Übersichtsartikel angefordert, den wir nachfolgend veröffentlichen.