

# Expertentipps für die Praxis

## Interview mit Professor Peter Burckhardt

**Dass die Knochendichte allein keine zuverlässigen Aussagen zum Frakturrisiko erlaubt, hat sich mittlerweile herumgesprochen. Wie man das Risiko am besten abschätzt, ist jedoch noch Gegenstand lebhafter Diskussionen. Auch bei der Therapie gibt es neue Optionen. Wir fragten am IOF-Kongress in Florenz den Schweizer Osteoporosefachmann Professor Peter Burckhardt, Clinique Hirslanden Bois-Cerf Lausanne, nach seiner Einschätzung der aktuellen Entwicklungen.**

**Ars Medici: Herr Professor Burckhardt, welches Tool sollen Hausärzte zur Abschätzung des absoluten 10-Jahres-Frakturrisikos einsetzen: FRAX® oder das Tool der Osteoporoseplattform der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie?**

**Professor Peter Burckhardt:** Das Frakturrisiko hängt nicht nur von der Knochendichte, sondern auch von zahlreichen anderen Faktoren ab. FRAX® ist ein internationaler Ansatz, der aufgrund riesiger Statistiken verschiedener Länder eine viel umfassendere Abschätzung des Frakturrisikos an die Stelle der alleinigen Knochendichtemessung setzt. Ein Schwachpunkt von FRAX® besteht darin, dass nur die Knochendichte des Schenkelhalses berücksichtigt wird, wodurch das Risiko vertebraler Frakturen in gewissen Fällen unterschätzt wird. Die Knochendichte des Schenkelhalses kann normal und zugleich diejenige der Wirbelsäule sehr stark reduziert sein. Es gibt Patientinnen, die nie eine Hüftfraktur erleiden werden, bei denen aber ein Wirbelkörper nach dem anderen bricht. Bei der Verwendung von FRAX® sollten sich praktizierende Ärzte bewusst sein, welche Faktoren nicht ins Tool einbezogen wurden – zum Beispiel, ob eine Patientin eine oder bereits fünf Frakturen erlitten hat, was sich auf das Frakturrisiko sehr stark auswirkt. FRAX® ersetzt die klinische Abklärung nicht, ist aber eine gute Hilfe, gewissermassen erst ein Stock, noch kein Rollstuhl. Da ich mit FRAX® ein anerkanntes internationales Hilfsmittel zur Verfügung habe, das kontrolliert ist und weiterentwickelt wird, will ich nicht doppelspurig mit dem Tool der Rheumatologengesellschaft auch noch ein lokales Nebengleis benutzen.

**Ist es im Rahmen der Osteoporosetherapie immer noch angebracht, perorale Bisphosphonate zu verwenden, oder sollen intravenöse Bisphosphonate wegen besserer Compliance bevorzugt werden?**

**Burckhardt:** Ich habe als einer der Ersten intravenös Bisphosphonate verabreicht und bin diesbezüglich sehr

engagiert. Aus Studien ist nun bekannt, dass die Compliance bei oralen Präparaten sehr schlecht ist und dass dadurch die Wirksamkeit nicht gewährleistet ist. Die intravenöse Verabreichung löst das Complianceproblem, besonders, wenn nur einmal pro Jahr behandelt werden muss. Seit ich die Complianceliteratur studiert habe, schlage ich den Patienten von vornherein ein intravenöses Bisphosphonat zur Behandlung vor. Ich verschreibe aber auch orale Bisphosphonate.



Peter Burckhardt

**Wie lauten Ihre aktuellen Empfehlungen bezüglich Kalzium und Vitamin D?**

**Burckhardt:** Die Schweizer Bevölkerung isst durchschnittlich relativ viel Kalzium, über 900 mg täglich. Früher publizierte Zahlen sind durchwegs zu tief, weil nur oberflächlich eruiert wurde. Im Alter kann die Zufuhr abnehmen, weil die Absorption vermindert ist. Immer sollte an die Kalziumaufnahme erinnert werden, was nicht gleichbedeutend ist mit dem Milchtrinken, das oft abgelehnt wird. Auch Käse und Joghurt sind gute Kalziumquellen. In erster Linie sollte Nahrungskalzium empfohlen werden, weil es die gesündeste, nebenwirkungsfreie Form ist. Weil ältere Patientinnen mit Osteoporose oft Milchprodukte ablehnen und die erforderliche Kalziumzufuhr nicht erreichen, verschreibe ich häufig Supplemente. Auch beim Kalzium ist die Compliance zentral. Das Supplement sollte nicht auf leeren Magen genommen werden. Zwecks besserer Magenverträglichkeit und etwas erhöhter Absorption kann 1 g auf zweimal 500 mg aufgeteilt werden. Zu Vitamin D hat eine IOF-Arbeitsgruppe, an der ich beteiligt bin, kürzlich Empfehlungen publiziert und für die

Supplementierung bei älteren Personen 800 bis 1000 IE täglich vorgeschlagen. Patienten mit Osteoporose, Adipositas oder Malabsorption und Personen mit mangelhafter Sonnenlichtexposition, zum Beispiel Heimbewohner, können täglich bis 2000 IE einnehmen\*. Persönlich erachte ich 2000 IE als adäquate Basis. Das ist immer noch ein vorsichtiger Vorschlag, denn es ist bekannt, dass bis 10 000 IE täglich harmlos sind.

**Welche Empfehlungen geben Sie bezüglich Omega-3-Fettsäuren und Knochengesundheit?**

**Burckhardt:** Da ist es zu früh für Empfehlungen, weil noch zu wenige wissenschaftliche Informationen vorliegen. Es gibt sehr viele Nahrungsbestandteile, für die in irgendeinem Tierversuch oder in irgendeiner klinischen Querschnittsuntersuchung Zusammenhänge mit der Knochengesundheit gezeigt wurden. Von diesen Befunden schnurstracks auf Empfehlungen hinüberzuspringen, ist unzulässig. Bis mit Sicherheit feststeht, dass bei Gabe dieses oder jenes Nahrungsbestandteils ein günstiger Effekt eintreten wird, vergehen meistens gut zehn Jahre. Ähnlich ist es mit dem Säure-Basen-Haushalt, der auch zu meinen besonderen Arbeitsinteressen zählt. Da sind ebenfalls kaum Empfehlungen möglich, weil die Datenlage trotz jahrelanger Forschung immer noch diskutabel ist. Der Vorschlag von osteologischer Seite, beim Essen vermehrt Gemüse und Früchte zu berücksichtigen, entspricht auch den Vorschlägen der Kardiologen, Diabetologen und Adipositasexperten. Für die Empfehlung, statt Fleisch Sojaprodukte zu essen, ist die Datenlage immer noch zu schwach.

**Was können Hausärzte ihren Patienten bezüglich Ganzkörper-Vibrationsgeräten, wie beispielsweise Power Plate, raten?**

**Burckhardt:** Ich habe Arbeiten gelesen, in denen über vermehrten Muskelaufbau berichtet wurde. Möglicherweise lässt sich dadurch das Sturz- und Frakturrisiko senken. Der Nachweis durch entsprechende Studien fehlt aber noch. In Bezug auf eine Verbesserung der Knochendichte gibt es Hinweise, doch ist die Datenlage noch sehr dünn. Bevor ich diese Geräte meinen Patienten empfehlen kann, warte ich noch mehr Daten ab. Ich bin aber optimistisch.

**Was ist Ihre Meinung zur Kontroverse um die Ballonkyphoplastie und die Vertebroplastie?**

**Burckhardt:** Das ist ein trauriges Kapitel, da diese Methoden oft kritiklos eingesetzt werden. Mit Erschrecken stellte ich fest, dass sie auch präventiv verwendet werden, indem zum Beispiel zusätzlich zwei Wirbelkörper über und zwei Wirbelkörper unter der Fraktur mit Zement gefüllt wurden. Jetzt hat die Literatur gezeigt, dass die Vertebroplastie im Grunde genommen nichts bringt. Die Ballonkyphoplastie ergibt bessere Resultate. Wenn schon, dann kommt nur die teure Ballonkyphoplastie bei sehr

sorgfältiger Auswahl der Indikationen in Betracht, sofern nach zwei bis drei Wochen konservativer Therapie noch immer starke Schmerzen bestehen.

**Wird Denosumab eine wesentliche Verbesserung der Osteoporosetherapie bringen?**

**Burckhardt:** Interessant ist an diesem Medikament, dass es nur zweimal pro Jahr gespritzt werden muss, was eine bessere Compliance ermöglicht. Weil es beim Absetzen zu überschüssiger Knochenresorption kommt, muss wahrscheinlich am Schluss doch wieder ein Bisphosphonat injiziert werden.

**Besteht in der Schweiz bei den Therapiemöglichkeiten eine grosse Lücke, weil Strontiumralenat nicht erhältlich ist?**

**Burckhardt:** Meines Erachtens ist das kein grosser Verlust, weil dieses Medikament nicht mehr bringt als andere, auch wenn von einer Knochenaufbauwirkung gesprochen wird. Wenn die Resultate bezüglich der Verhinderung von Frakturen betrachtet werden, schneidet Strontiumralenat nicht besser ab als Bisphosphonate.

**Welche Bedeutung besitzt die International Osteoporosis Foundation (IOF), die in Florenz vom 5. bis 8. Mai 2010 den World Congress organisierte?**

**Burckhardt:** Die IOF ging 1998 als Nichtregierungs-Dachorganisation aus der Europäischen Stiftung für Osteoporose (EFFO) hervor. Derzeit sind der IOF weltweit 194 Gesellschaften aus fast 100 Ländern angeschlossen ([www.iofbonehealth.org](http://www.iofbonehealth.org)). Der Hauptsitz befindet sich in Nyon, und die Schweiz war im IOF-Vorstand stets vertreten. Die IOF fördert die Osteoporoseforschung, informiert Ärzte und das Publikum, erarbeitet Stellungnahmen und Publikationen, unterstützt Osteoporoseaktionen und setzt sich politisch dafür ein, dass diagnostische und therapeutische Leistungen im Zusammenhang mit Osteoporose in den einzelnen Ländern übernommen werden.

Das Interview führte Alfred Lienhard.

\*Dawson-Hughes B et al. IOF position statement: vitamin D recommendations for older adults. Osteoporosis International 2010. Published online: 27. April 2010.

**Links**

FRAX®:  
[www.shef.ac.uk/FRAX/index\\_DE.htm](http://www.shef.ac.uk/FRAX/index_DE.htm)

Osteoporose-Tool der SGR:  
[www.med-link.ch/osteoporose/index.html](http://www.med-link.ch/osteoporose/index.html)