

Dieser Fragebogen ersetzt keinen Arztbesuch und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, er kann jedoch helfen das individuelle Osteoporoserisiko einzuschätzen.

Hatte Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelhalsbruch? Ja Nein

Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie starkes Untergewicht hatten? Ja Nein

Nehmen Sie oder haben Sie früher cortisonhaltige Medikamente länger als 3 Monate eingenommen? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Wirkung von weiblichen (wenn Sie eine Frau sind) oder männlichen Hormonen (wenn Sie ein Mann sind) blockieren? Ja Nein

Sind Sie in den letzten 12 Monaten einmal oder mehrfach gestürzt? Ja Nein

Haben Sie sich nach Ihrem 50. Lebensjahr einen Knochen gebrochen? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn Sie eine Frau sind: Hat die Regelblutung über längere Zeit ausgesetzt, oder sind Sie vorzeitig in die Wechseljahre gekommen? Ja Nein

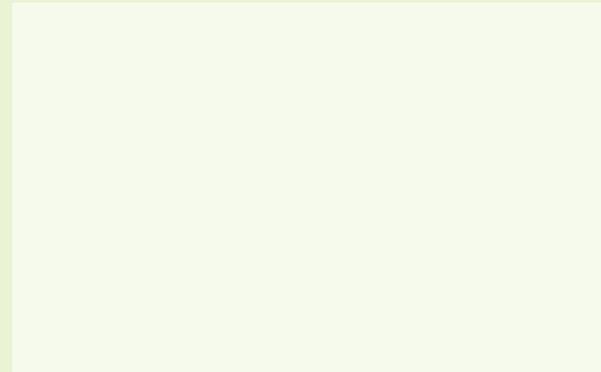
Wenn Sie ein Mann sind: Leiden Sie an einer Unterproduktion von Geschlechtshormonen, die nicht therapiert ist oder nicht therapiert werden kann? Ja Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes Typ 1 oder 2, Rheuma, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung? Ja Nein

Hilfe zur Auswertung: Wenn Sie eine Frage mit "Ja" beantworten können und als Frau älter als 60 Jahre bzw. als Mann älter als 70 Jahre sind, spricht das Ergebnis des Fragebogens für ein erhöhtes Osteoporoserisiko und eine Diagnostik ist sinnvoll. Wenn Sie mehr als eine Frage mit "Ja" beantworten können, wäre eine Osteoporose-Abklärung unabhängig vom Alter sinnvoll.

Ihre Praxis

Sprechen Sie uns an – wir beraten Sie gerne.



PATIENTENINFORMATION OSTEOPOROSE

Früherkennung,
Vorbeugung und Therapie
von Knochenabbau



Osteoporose?

Osteoporose ist eine Knochenkrankheit mit einem hohen Risiko für Knochenbrüche. Ursachen sind ein Verlust an Knochenmasse und eine Veränderung der baulichen Feinstruktur des Knochens. Die Anzahl der für die Stabilität des Knochens verantwortlichen Knochenbälkchen ist vermindert. Das Heimtückische an dieser Krankheit ist, dass eine Osteoporose ohne bereits eingetretene Knochenbrüche noch keine Beschwerden macht. Sie kann ausschließlich durch eine Messung der Knochendichte diagnostiziert werden. Sind bereits Knochenbrüche z. B. der Wirbelkörper eingetreten, führen diese häufig zu Bewegungseinschränkungen und Schmerzen. Die Osteoporose ist eine häufige Erkrankung, die vor allem Frauen betrifft. Aber auch Männer können an einer Osteoporose erkranken.

Diagnose

Das Osteoporoserisiko steigt mit dem Alter. Nicht beeinflussbare weitere Faktoren sind eine erbliche Veranlagung und das weibliche Geschlecht. Mit etwa 30 Jahren hat jeder Mensch seine maximale Knochenmasse aufgebaut, die dann etwa ab dem 40. Lebensjahr allmählich wieder verloren geht. Beeinflussbare Risikofaktoren sind der Bewegungsmangel, das Untergewicht, Rauchen, ein Hormonmangel und die Anwendung von Medikamenten, welche die Knochensubstanz beeinflussen (z. B. Cortison).

Im ersten Schritt der Diagnostik prüfen wir, ob ein erhöhtes Risiko vorliegt.

Risikofaktoren	
beeinflussbar	nicht beeinflussbar
Aufnahmestörung des Magen/Darmtraktes z. B. nach erfolgter Operation oder durch andere Magen-Darmerkrankung	
Aktuelle Therapie mit Cortison (auch inhalativ), Mittel gegen Krampfleiden, Protonenpumpenhemmern	
Aromatasehemmer-Therapie (bei Brustkrebs), Antiandrogene Therapie bei Prostatakrebs	
Erkrankungen wie Diabetes Typ 1 oder 2, bestimmte rheumatische Erkrankungen, manche Herz- und Lungenerkrankungen	

Dann erfolgt ggf. eine Knochendichtemessung mittels DXA-Methode (Dual-Röntgen-Absorptiometrie) an der Lendenwirbelsäule und an der Hüfte. Das Ergebnis der Messung erlaubt eine Aussage über den Nutzen einer medikamentösen Behandlung. Die Knochendichtemessung mittels DXA ist nur mit einer sehr geringen Strahlenbelastung verbunden. Beim Verdacht auf einen osteoporotischen Knochenbruch muss ergänzend eine Röntgenuntersuchung erfolgen.

Hat sich die Diagnose einer Osteoporose oder erniedrigten-Knochendichte bestätigt, oder besteht bereits ein relevant erhöhtes Gesamtschmerzrisiko, wird durch eine Blut- und ggf. Urinuntersuchung eine andere ursächliche Knochenkrankung ausgeschlossen. Anhand der festgestellten Ergebnisse ermitteln wir das Knochenbruchrisiko. Dieses ist für das weitere Vorgehen und die Art der Therapie entscheidend.

Diagnostik zur Schätzung des Bruchrisikos
Risikofaktoren, Körpergröße (Verlauf)
Sturzrisikountersuchung
Knochendichtemessung (DXA)
Röntgenuntersuchung (bei Verdacht auf Knochenbrüche)
Laboruntersuchungen (Blutabnahme, ggf. auch Urinuntersuchung)

Risikofaktoren	
beeinflussbar	nicht beeinflussbar
Bewegungsmangel	Geschlecht (Frauen haben ein höheres Risiko)
häufige Stürze/ erhöhtes Sturzrisiko	Alter
Untergewicht	Wechseljahre
Ungesunde Lebensweise (Kaffee, Nikotin, Alkohol)	Gene (Vererbung)
Bestehende Knochenbrüche	
Mangel an Geschlechtshormonen bei Frau und Mann	
Schilddrüsenüberfunktion, bestimmte Calcium-Stoffwechselstörungen	

Therapie

Für eine Therapie der Osteoporose

ist es nie zu spät!

Wir unterscheiden in der Therapie der Osteoporose zwischen Basismaßnahmen und der Therapie mit speziellen Osteoporose-Medikamenten. Zu den Basismaßnahmen gehören: Minimierung der beeinflussbaren Risikofaktoren, eine Knochengesunde Lebensführung (z. B. kein Rauchen, regelmäßige körperliche Bewegung, Reduktion des Sturzrisikos) und eine ausgewogene Ernährung. Die medikamentöse Basistherapie umfasst neben einer ausreichenden Kalziumzufuhr (dafür kann eine entsprechende Ernährung ausreichend sein) auch eine Vitamin D-Gabe. Sonneneinstrahlung fördert die körpereigene Vitamin D-Bildung. Im Winter reicht diese für eine ausreichende Vitamin D-Bildung in der Regel nicht aus. Nur wenige Lebensmittel enthalten Vitamin D (z. B. Lachs oder Hering), so dass eine alleinige Zufuhr über die Ernährung nicht gewährleistet werden kann. Wir beraten Sie anhand des ermittelten Risikos für einen Knochenbruch individuell über den Einsatz von speziellen Osteoporose-Medikamenten. Erfreulicherweise stehen heute verschiedene Osteoporose-Medikamente zur Verfügung.

Therapie der Osteoporose

Basistherapie mit Kalzium und/oder Vitamin D

Aufnahme einer ausreichenden körperlichen Bewegung

Funktionstraining/Rehatraining bei erhöhtem Sturzrisiko

Bisphosphonate (Tabletten oder Infusionen)

Denosomab (Spritze unter die Haut)

Hormonähnliche Substanzen (SERMs, Tabletten)

Parathormon (tägliche Spritze unter die Haut)

Strontiumranelat

Schmerzmittel

Korsettagen

Operation (bei Brüchen, Kyphoplastie u.a.)