

Osteodensitometrie ohne Ende?

Eine Stellungnahme zu dem Artikel „Prävention und Therapie der Osteoporose“, Rheinisches Ärzteblatt 9'97 (S. 19-20).

von Eike Franz Winter*

In etwa jährlichem Abstand informieren der wissenschaftliche Beirat des Kuratoriums Knochengesundheit sowie „deutschsprachige Osteologen“ die Ärzteschaft, Krankenkassen und den Medizinischen Dienst über Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Die aktuellen Empfehlungen sind fast wortgleich mit einer solchen Veröffentlichung vom Oktober 1996 (1). Inhaltlich fällt dabei folgendes auf:

Stellenwert der Verfahren zur Bekämpfung der Osteoporose

Die Autoren beklagen die Kritik am Stellenwert präventiver, diagnostischer und therapeutischer Verfahren zur Bekämpfung der Osteoporose. Die Diskussion werde derzeit vom Kostendruck im Gesundheitswesen bestimmt. Das ist unwahr. Tatsächlich ist die kritische Diskussion speziell der Osteodensitometrie spätestens seit 1991 auf internationaler Ebene nie verstummt (2,3,4,5,6,7,8). Viele andere Maßnahmen gelten dagegen als bewährt. Allerdings bekommt die Frage nach dem medizinisch Notwendigen in Zeiten knapper Kassen einen hohen Stellenwert.

Diagnostisches Verfahren der Knochendichtemessung

Die Knochendichtemessung sei nach den vorliegenden Empfehlungen ein wichtiges diagnostisches Verfahren in der Medizin, weil sie das einzige geeignete apparative Verfahren darstelle, um das mögliche Risiko osteoporosebedingter Knochenbrüche vorherzusagen. Dies ist ein Trugschluß: Mit gleicher Bündigkeit läßt sich behaupten, daß die Osteodensitometrie ein konkurrenzlos schlechtes Verfahren ist: Die den Dichtewerten zugeordneten Bruchrisiken sind zwar für sich gesehen interessant, werden aber erst in Absolutzahlen „lebendig“. Das Risiko eines Schenkelhalsbruchs liegt in der Spanne vom 66. bis zum 75. Lebensjahr bei britischen Frauen bei 23,0/10.000 (2) und steigt erst mit höherem Alter und der entsprechenden Multimorbidität sprunghaft an. Dabei überlappen sich die Dichtewerte von Patientinnen mit und ohne Schenkelhalsbrüchen breit (2,6,9). Daraus ergibt sich, daß die allermeisten densitometrisch erkannten „Risikopatientinnen“ vergeblich behandelt werden, weil sie entweder auch ohne Behandlung keinen Bruch erleiden oder sich trotz der Behandlung einen Bruch zuziehen (9).

Prävalenzdaten der Osteoporose

Die genannten Prävalenzdaten der Osteoporose sind reine Schätzwerte, da die aktuell gültige Definition der Osteoporose (10) nicht auf Meßwerten beruht oder nach Maßgabe von Streumaßen einer Bevölkerungsgruppe erfolgt. (Die in diesem Zusammenhang gern verwendeten Vorschläge eines WHO-Reports von 1994 (11) entsprechen unverändert nicht einer international gültigen Definition oder einer offiziellen Festlegung der WHO in Genf sondern sind lediglich ein umstrittenes Konsenspapier einer Arbeitsgruppe.)

Bedeutung und Einsatz der Osteodensitometrie

Dieser bekannten Kritik an der Bedeutung der Osteodensitometrie wird in den vorliegenden Empfehlungen entgegengesetzt, „daß der Meßwert nur im Zusammenhang mit weiteren medizinischen Befunden verwendet“ werden soll. Dies ist der vorsichtig formulierte Offenbarungseid der Bedeutung der Osteodensitometrie: Die Knochendichtemessung suggeriert durch den digitalen Charakter ihrer Ergebnisse die Erstellung einer zweifelsfreien objektiven Diagnose wie bei anderen Meß- und Grenzwerten in der Medizin oder Technik. Tatsächlich kann sie nach Zuordnung von Bruchhäufigkeiten Bruchrisiken nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen beschreiben. Schon die Zuordnung individueller Risiken ist unseriös (7). Neben Alter und Geschlecht bestimmen zahlreiche Kofaktoren wie familienanamnestische Daten, Mobilität, Herz-

Kreislaufleiden, vorbestehende Knochenbrüche, die Länge des Schenkelhalses das Schicksal für einen Knochenbruch (12). Der Einsatz der Osteodensitometrie in der Kassenpraxis führt absehbar zu therapeutischen Fehlentscheidungen.

Fazit

Bewährte Maßnahmen der Prävention und Therapie sind nicht Gegenstand breiter Kritik. Die notwendige Aufklärung der Bevölkerung einschließlich der Arbeit in Selbsthilfegruppen, die ärztliche Beratung und die präventiv sowie kurativ wirksame Behandlung Betroffener sind selbstverständlich notwendig. Ziel muß es sein, die Knochenbruchinzidenz zu senken und die Bruchfolgen zu mildern, nicht aber, Surrogatparameter aus dem Bereich der medizinischen Forschung zu behandeln.

*Dr. med. Eike Franz Winter, Internist, Sozialmedizin.

Anschrift: MDK Nordrhein, Postfach 10 37 44, 40028 Düsseldorf

Literaturhinweise:

- (1) Empfehlungen deutscher und deutschsprachiger Osteologen sowie des wissenschaftlichen Beirates des Kuratoriums Knochengesundheit e. V. zur Prävention und Therapie der Osteoporose. Sinsheim, 18. 10. 1996
- (2) Law, M. R., N. J. Wald, T. W. Meade: Strategies for Prevention of Osteoporosis and Hip Fracture. *BMJ* 303 (1991) 453-459
- (3) Lange, S., K. Richter: Leserbrief *DMW* 120 (1995) 701
- (4) Lange, S., K. Richter, J. Köbberling: Der Nutzen der Knochendichtemessung bei der Osteoporose-Früherkennung. *Z. Allg. Med.* 70 (1994) 425-430
- (5) Lange, S., K. Richter, J. Köbberling: Die Osteodensitometrie – Metaanalyse über den diagnostischen Wert bei der Osteoporose. Lit-Verlag, 1994
- (6) Ziegler, R: Was ist gesichert in der Behandlung der Osteoporose der Frau in der Menopause? *Internist* 34 (1993) 18-24
- (7) Marshall, D., O. Johnell, H. Wedel: Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ* 312 (1996) 1254-9
- (8) Hailey, D., L. Sampietro-Colom, Marshall, D., R. Rosa, A. Granados, J. Asua, T. Sheldon: INAHTA project on the effectiveness of bone density measurement and associated treatments for prevention of fractures. Statement of findings. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada (1996)
- (9) Winter, E.F.: Knochendichtemessung – Anspruch, Kritik, Konsequenzen. *Das Gesundheitswesen* 57 (1995) 196-200
- (10) Christiansen, C. Consensus Development Conference: Diagnosis, Prophylaxis and Treatment of Osteoporosis. *Am. J. Med.* 94 (1993) 646-650
- (11) WHO-Study Group: Assessment of Fracture Risk and its Application to Screening for Postmenopausal Osteoporosis. WHO Technical Report Series (1994) 843 ff.
- (12) Cummings, S.R. e.a. for the Study of Osteoporotic Fractures Research Group: Risk Factors for Hip Fracture in White Women. *New Engl. J. Med.* 332 (1995) 767-773