

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Osteoporose

Mit Osteoporose leben...
nach dem ersten Knochenbruch



Informationen für Betroffene und Interessierte



Herausgegeben von der Patienten-Bibliothek
gemeinnützige GmbH

crossmed Edition
Arzt und Patient im Gespräch

Impressum

- Herausgeber** Offene Akademie & Patienten Bibliothek gGmbH
Unterer Schranneplatz 5
88131 Lindau
Telefon 08382 - 409234
Telefax 08382 - 409236
info@OAKAD.de/www.Patienten-Bibliothek.de
Geschäftsführer: Ingo Titscher
Registergericht: Amtsgericht Kampten, HRB 10368
- Verlag** Crossmed GmbH – Patientenverlag –
Redaktion Sabine Habicht
Unterer Schranneplatz 5
88131 Lindau
Telefon 08382 – 409234
Telefon 08382 – 409236
info@crossmed.de
www.patientenbibliothek.de
- Wissenschaftliche Redigierung des Textes:
Professor Dr. med. Reiner Bartl, München,
Professor Dr. med. habil. Jürgen Franke, Bad Langensalza
- Auflage** 1/2013
- Quellen** Eine Literaturliste (Quellenangaben) kann
Kostenfrei über den Verlag angefordert werden:
Adresse siehe oben oder info@crossmed.de
- Bildnachweis**

Inhaltsverzeichnis

Seite

1	Vorwort
2	Erste Schritte nach der Diagnose
	Manifeste Osteoporose
	Tagebuch einer Betroffenen
	Der Knochenbruch
	Oberschenkelhalsfraktur
	Wirbelkörperbrüche
	Stabilisierung der Wirbelsäule
	Schmerzen
	Körperliche Veränderungen
	Aktiv im Umgang mit Osteoporose
	Adressen / Internet / Literatur

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

kontinuierliche Veröffentlichungen in den vergangenen zwei Jahrzehnten haben dazu beigetragen, dass der Begriff Osteoporose in der Öffentlichkeit bekannt geworden ist. Viele Menschen wissen, dass präventive Maßnahmen insbesondere im Bereich der Bewegung und Ernährung dazu beitragen, das Risiko an einer Osteoporose zu erkranken reduzieren können.

Großer Aufklärungsbedarf besteht jedoch nach wie vor darin, aufzuzeigen, dass auch nach einem Knochenbruch viele Maßnahmen erfolgreich angewendet werden können, um die Situation des Patienten zu stabilisieren und zu verbessern – insbesondere auch, um Folgebrüche zu verhindern.

Derzeit besteht die breite Meinung in der Öffentlichkeit, dass nach einem Knochenbruch „alles zu spät“ sei und man nun wohl „nichts mehr machen könne“.

Eine fatale Situation für den Patienten. Neben den eigenen Ängsten und Zweifeln, findet er oftmals keine Unterstützung in seinem familiären Umfeld, denn „Osteoporose ist ja eine Alterserkrankung, die wie die Falten im Gesicht, einfach zum Älterwerden dazugehört.“

Doch dies ist ein Irrglauben. Osteoporose ist eine behandelbare Erkrankung – auch nach einem Knochenbruch.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen Basiswissen zum Thema der manifesten, also mit einem Knochenbruch vorliegenden, Osteoporose vermitteln. Ebenso möchten wir Sie in Ihren Bestrebungen, der Erkrankung entgegen zu wirken, motivieren und unterstützen.

Das Risiko für Folgebrüche kann reduziert werden.

Aktiv, mit Lebensfreude älter werden, trotz Osteoporose!

Ihre

Patienten-Bibliothek

Erste Schritte nach der Diagnose

Häufig wird eine Osteoporose erst aufgrund eines Knochenbruchs diagnostiziert. Bei einem Knochenbruch ohne ein entsprechendes Ereignis, wie zum Beispiel ein heftiger Sturz oder ähnliches, besteht der Verdacht, dass eine Osteoporose vorliegt.

Osteoporose ist eine chronische Erkrankung.

Erfährt man die Diagnose, ist man erst einmal geschockt – muss sich mit dieser Tatsache auseinandersetzen.

Viele Fragen stehen im Raum: Warum gerade ich? Wie geht es nun weiter? Hat der Arzt mir auch alles gesagt? Was muss ich nun tun und was darf ich nicht mehr tun?

Nutzen Sie nun die Chance, sich aktiv mit der Erkrankung Osteoporose auseinander zu setzen. Fragen Sie – Ihren Arzt, eine Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe oder Ihre Krankenkasse.

Nur wer seine Krankheit kennt, weiß, wie er damit umgehen kann.

Mit zunehmendem Wissen über das Krankheitsbild der Osteoporose werden Ihr Arzt, Ihr Apotheker, Ihre Familie und auch die Selbsthilfegruppe immer mehr zu wichtigen Verbündeten.

Osteoporose ist kein unabwendbares Schicksal

Noch vor 20 Jahren galt Osteoporose als eine schicksalhafte Alterserkrankung. Heute ist sie als eine gut diagnostizierbare und gut behandelbare Krankheit einzustufen.

Vorhandene Behandlungsstrategien sind nicht nur in frühen Stadien der Osteoporose erfolgreich, sondern senken auch bei der manifesten Osteoporose nach Frakturen das Risiko, erneut Knochenbrüche zu erleiden,



Manifeste Osteoporose

Der Begriff „manifest“ bedeutet im Medizinischen: deutlich sichtbar geworden. Im Gegensatz dazu steht der Begriff „latent“.

Als manifeste Osteoporose bezeichnet man die Erkrankung, wenn als sichtbare Folge der Osteoporose Knochenbrüche aufgetreten sind.

Osteoporose ist definiert als eine systemische Skeletterkrankung mit einer erniedrigten Knochenmasse und einer Störung der Mikroarchitektur des Knochengewebes mit daraus resultierender Erhöhung der Knochenbrüchigkeit und steigendem Frakturrisiko.

Die Stadieneinteilung der Osteoporose erfolgt laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) anhand des Knochendichte-Messergebnisses oder der stattgefundenen Fraktur.

- der „Normalwert“ entspricht dem Standardwert von 30-jährigen (± 1 Standardabweichung = höchster Knochendichtewert / peak bone mass)
- als eine **Osteopenie** bezeichnet werden - 1 bis - 2,5 Standardabweichungen
- als **manifeste Osteoporose** gelten Patienten mit weniger als -2,5 Standardabweichungen und mit Fraktur

Hinweis: Die Messwerte werden bei der Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) mittels standardisiertem DXA-Gerät als T-Score bzw. T-Wert im Messprotokoll angegeben. Der früher verwandte Z-Wert stellte den Vergleich der gemessenen Knochendichte mit dem jeweiligen Alterskollektiv dar.

Bereits bei Abnahme der Knochendichte um eine Standardabweichung steigt das relative Frakturrisiko um das Zwei- bis Dreifache.

Osteoporose ist eine chronische Krankheit. Das Auftreten einer Fraktur weist auf ein bereits fortgeschrittenes Stadium hin. Wie auch bei anderen chronischen Erkrankungen findet sich bei Osteoporose bedingten Knochenbrüchen eine nahezu exponentielle Zunahme im höheren Lebensalter.

Knochenbrüche treten insbesondere am Oberschenkelhals, Handgelenk und Wirbelkörpern auf.

Die Angst nach dem Knochenbruch

Tagebuch einer Betroffenen

Ilona K. (58) aus Brandenburg ist verunsichert.

Osteoporose ist bereits vor 8 Jahren bei ihr diagnostiziert worden. Sie hatte unerträgliche Rückenschmerzen, trotzdem war es ein langer Weg bis ihre Wirbelkörperbrüche erkannt wurden. Eine Odyssee durch viele Facharztpraxen liegt hinter ihr.

Dass sie durch die Einbrüche der Wirbelkörper um 8 cm kleiner geworden ist, hat sie erschreckt.

Die Erleichterung, dass nun eine eindeutige Diagnose gefunden ist, ist schnell einer neuen Verunsicherung gewichen.

Bereits kurz nach der Diagnose wurden erneute Wirbelkörperbrüche festgestellt. Angst, Hilflosigkeit und immer wieder der sorgenvolle Gedanke „Dieser Prozess muss doch zu stoppen sein !“

Der behandelnde Orthopäde verordnet ein Stützkorsett, das täglich getragen werden muss, um weitere Einbrüche zu vermeiden.

An medikamentöser Therapie erhält Ilona Klein Kalzium und Vitamin D.

Ihre Frage, ob Osteoporose nicht aufzuhalten oder gar heilbar sei, wird vereint. Das Stützkorsett sei für sie die optimale Versorgung.

Sie schließt sich einer Selbsthilfegruppe an und wird kurze Zeit später sogar Gruppenleiterin. Ihr Wissensdurst immer mehr über Osteoporose zu erfahren, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen ist groß. Sie will aktiv sein, Eigenverantwortung übernehmen, endlich aus der Unsicherheit über die eigene Erkrankung heraustreten.

Heute kennt sie die unterschiedlichsten therapeutischen Möglichkeiten, weiß, dass es knochenaufbauende Medikamente gibt. Hat viel über knochenfreundliche Ernährung und den gezielten Einsatz von Bewegung erfahren.

Das Gespräch mit dem behandelnden Arzt fällt ihr trotzdem schwer. Es ist eine starke Überwindung erneut die eigenen Zweifel über die Ausschließlichkeit der verordneten Therapie zu äußern.

Doch sie hat beschlossen, nicht locker zu lassen. Sie will mit ihrer Erkrankung aktiv umgehen. Die bestmöglichen therapeutischen Maßnahmen nutzen.

Gespräche mit anderen Betroffenen sowie Informationsveranstaltungen machen Mut und stärken das Selbstbewusstsein.

Der Weg zu einer optimalen Therapie kann manchmal genauso lang und beschwerlich sein, wie der Weg zu einer eindeutigen Diagnose.

Der erste Knochenbruch – kein Grund zur Verzweiflung

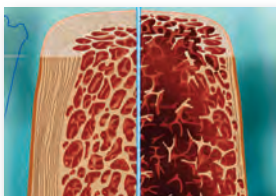
Vorrangiges Ziel von Prävention und Therapie der Osteoporose ist die Vermeidung einer Fraktur. Häufig wird die Diagnose Osteoporose aber erst nach dem Auftreten einer ersten Fraktur gestellt.

Ursache hierfür ist, dass Osteoporose in der Regel keine Beschwerden verursacht und der Erkrankung ein langer schleichender, jedoch unbemerkter Verlaufsprozess vorangegangen ist.

Doch auch nach einem Knochenbruch ist Osteoporose behandelbar und das Risiko eines weiteren Knochenbruchs kann durch eine konsequente individuelle Behandlung, Reduzierung von Osteoporose-Risiken und Vermeidung von Sturzgefahren erheblich reduziert werden.

Empfehlungen zur Behandlung der Osteoporose nach einem Knochenbruch:

- Bei allen Patienten mit einer Fraktur sollte möglichst noch während des stationären Aufenthaltes eine möglicherweise vorliegende **Osteoporose diagnostisch abgeklärt werden**.
- Bei frakturbedingten Schmerzen sollte nach dem WHO-Stufenschema ein **Schmerztherapieplan** zur effizienten Behandlung aufgestellt und vom Hausarzt weitergeführt werden. Bei Wirbelkörperbrüchen sollte die Möglichkeit eines operativen Eingriffs durch eine sogenannte Kypho- oder Vertebroplastie nur bei chronisch anhaltenden Schmerzen diskutiert werden.
- Ein **individuelles Gymnastikprogramm (Osteoporose Funktionstraining)** sollte aufgestellt und eingeleitet werden zur Stärkung der Muskulatur, Verbesserung der Koordination und Senkung des Sturzrisikos.



- Basistherapie mit täglich 800 – 2000 IE (Internationale Einheiten) **Vitamin D3 oral** (Einnahme über den Mund) oder eine adäquate Dosis mehrwöchentlich.
- Basistherapie mit einer maximalen täglichen Zufuhr von 1.000 mg **Kalzium** (über die Ernährung und ggf. eine ergänzende Einnahme von Medikamenten).
- Vor Entlassung des Patienten aus dem stationären Aufenthalt sollte der Basistherapie ein spezifisches Osteoporose-Medikament (Bisphosphonate, Raloxifen oder Strontiumranelat) hinzugefügt und die Verträglichkeit getestet werden. Bei gastrointestinalen Beschwerden kann alternativ ein intravenöses Bisphosphonat (z.B. Ibandronat 3 mg in vierteljährlichen, Zoledronat 5 mg in jährlichen Abständen) gegeben werden.
- Alternativ zu den obigen knochenabbauhemmenden Medikamenten können die knochenaufbaufördernden Substanzen (Teriparatid oder Parathormon subkutan täglich mit einem Pen) verabreicht werden. Die Zulassung für die manifeste Osteoporose der postmenopausalen Frau und des Mannes liegt vor.
- Nach Entlassung des Patienten soll die eingeleitete Therapie vom Hausarzt mindestens 1 Jahr fortgeführt und überwacht werden. Alle 2 Jahre DXA-Kontrolle zur Beurteilung des aktuellen Knochenbruchrisikos, Messung möglichst mit demselben Gerät. Liegt das Knochenbruchrisiko für einen 10-jahreszeitraum über 30 % wird eine Fortführung der Therapie empfohlen.

Literatur/Quelle:

Empfehlungen zur Behandlung der Osteoporose nach den „National Osteoporosis Foundation Guidelines“; Osteoporose: Prävention – Diagnostik – Therapie, Prof. Dr. Reiner Bartl, 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Thieme Verlag



Oberschenkelhalsfraktur

Der Oberschenkelhalsbruch ist die mit Abstand schwerwiegendste Folge der Osteoporose und betrifft vor allem ältere Patientinnen und Patienten nach dem 70. Lebensjahr.

Oberschenkelhalsbrüche haben die schwerwiegendsten Konsequenzen, da sie in der Regel operativ versorgt werden müssen und oft mit einer Gehbehinderung verbunden sind.

Ungefähr 20 % der Betten in orthopädischen Kliniken sind heute schon mit Patienten belegt, die einen Oberschenkelhalsbruch erlitten haben.

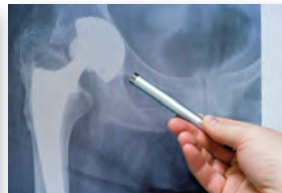
Die operative Versorgung richtet sich nach dem Frakturtyp und kann dementsprechend mit Schrauben, Nägeln, einer Arthroplastik oder einer Totalendoprothese erfolgen.

Auch aus Gründen einer frühen Mobilisierung wird insbesondere die Implantation einer Total-Endoprothese bevorzugt.

Die Rehabilitation muss besonders auf Bewegungskoordination, Muskeltraining und Vermeidung von Stolperfallen und Sturzrisiken achten.

Vor allem bei ungebremstem Sturz auf die Seite, mit Aufprall des ungeschützt unter der Haut liegenden Oberschenkelhalsknochens auf hartem Untergrund, steigt das Risiko eines Oberschenkelhalsbruches um ein Vielfaches. Einen wirksamen Schutz stellen handflächengroße Kunststoffschalen (z.B. Safehip) dar, die in die Unterwäsche eingearbeitet sind und bei Sturz auf die Seite die Aufprallenergie flächenhaft verteilen. (Hinweis: Kunststoffhartschalen sind über den Sanitätsfachhandel erhältlich.)

Die Ausheilung einer osteosynthetischen Versorgung dauert ungefähr 4 – 6 Monate. Bei einer Endoprothese ist das Bein nach 3 Monaten voll belastungsfähig.



Wirbelkörperbrüche

Der Wirbeleinbruch ist quasi der osteoporotische Bruch schlechthin, da er meist ohne erkennbare Ursache auftritt (z.B. beim Heben eines Gegenstandes oder beim Bücken).

Bis auf den Wirbel- und Rippenbruch ist für jeden sonstigen Knochenbruch ein Sturz oder Unfall eine notwendige Voraussetzung. Daher ist die Abgrenzung zwischen einem typisch osteoporotischen und einem "normalen" Knochenbruch aufgrund eines angemessenen Unfallereignisses häufig nicht leicht und eindeutig zu treffen.

Selbst der Wirbelbruch muss nicht immer Folge einer Osteoporose sein, sondern kann natürlich ebenso durch einen Unfall oder heftigen Sturz bedingt sein.

Manchmal verursachen die ersten Wirbeleinbrüche keine gravierenden Schmerzen - also keine Warnsignale - und werden daher zunächst auch nicht als solche erkannt! Das ist fatal, weil das Risiko für weitere Wirbeleinbrüche bereits nach dem ersten Wirbeleinbruch um das 4-5-fache und mit jedem weiteren exponentiell ansteigt.

Meistens verursacht die jedoch Fraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper (Sinterungen) einen plötzlichen, stechenden und anhaltenden Schmerz, wird aber häufig mit einer Muskelzerrung, einem Bandscheibenvorfall oder sogar Herzinfarkt verwechselt.

Je nach Form des jeweiligen Wirbeleinbruchs unterscheidet man "Keilwirbel, Plattwirbel" und "Fischwirbel".

Keil- und Plattwirbel treten bevorzugt im Brustwirbelbereich (BWS), Fisch- und Plattwirbel vorwiegend im Lendenwirbelsäulenbereich (LWS) auf.

Wirbelkörperbrüche bzw. -einbrüche treten besonders häufig im oberen und mittleren Bereich der Wirbelsäule auf.

Neben der Höhenminderung der eingebrochenen Wirbelkörper kommt es mit zunehmender Anzahl von Wirbeleinbrüchen sowohl zu einer verstärkten Verkrümmung (Kyphosierung) der gesamten Wirbelsäule ("Witwenbuckel") als auch zu einer deutlichen Abnahme der Körpergröße, die im Extremfall bis zu 20cm und manchmal noch mehr betragen kann.

Eine operative Versorgung oder gar eine mehrwöchentliche Immobilisation im Gipsbett ist nicht nötig, da die Gefahr einer Querschnittlähmung nicht gegeben ist.

Nach einer akuten Phase (1 Wochen) mit gelockerter Bettruhe und Schmerztherapie beginnt die Phase mit leichter Bewegung sowie physikalischer Therapie und Rehabilitation.

Die Ausheilung einer Wirbelkörperfraktur benötigt ungefähr 2 – 4 Monate.



Stabilisierung der Wirbelsäule durch Orthesen

Die Orthesenversorgung (Stützieder) gehört sowohl zu den orthopädischen Maßnahmen als auch zur Schmerzbekämpfung nach Wirbelfrakturen. Es handelt sich dabei um elastische Rumpfbandagen.

Dabei ist zu beachten, dass Wirbelsäulenbeschwerden bei Osteoporose erst akut nach Wirbelfrakturen und dann chronisch durch den dadurch hervorgerufenen Gestaltwandel (verstärkte Brustkyphose (Krümmung der Brustwirbelsäule), Steilstellung oder seltener Hyperlordose der LWS (Verkrümmung der Lendenwirbelsäule), Hyperlordose der HWS (Verkrümmung der Halswirbelsäule)) auftreten.

Eine Orthesenversorgung bei Osteoporosen ohne Wirbelfrakturen wird eindeutig nicht empfohlen.

Welche Anforderungen sind an eine Osteoporoseorthese zu stellen?

1. Verbesserung der Statik
2. Akzeptanz der Orthese durch den Patienten:
Wirksamkeit (Schmerzlinderung)
schnelle und einfache Anlegbarkeit
Tragekomfort: keine Beeinträchtigung der Atmung, kein Druck auf die schmerzempfindlichen Knochenvorsprünge
3. keine negative Beeinflussung der Funktion der Rumpfmuskulatur (Inaktivität).

Wie lange sollte eine elastische Osteoporosebandage getragen werden?

1. Nach frischer Wirbelfraktur mit starken Schmerzen anfangs ständig,
2. dann stundenweise bei besonderen Belastungen wie Gartenarbeit, Einkaufen, große Hausordnung, Reisen.

Nach erfolgreicher umfassender Behandlung mit Verbesserung der Knochenstruktur und –stabilität, Ausbleiben neuer Frakturen und deutlicher Schmerzlinderung kann die Bandage nach zwei bis drei Jahren, eventuell auch etwas früher, ganz weggelassen werden.

Eine elastische Rumpforthese mit oder ohne Geradhalter stellt neben der medikamentösen Therapie und Bewegungstherapie einen wichtigen Baustein in der Komplexbehandlung besonders der schmerzhaften Osteoporose dar. Starre Korsette führen zu weiterer Inaktivität der Rumpfmuskulatur, verstärken damit die Osteoporose und werden außerdem von den meist älteren Patienten nicht toleriert und damit nicht getragen.

Schmerzen

Schmerzen bei Osteoporose, besonders Rücken- und Kreuzschmerzen, treten trotz häufig geäußelter anderer Meinung erst nach Wirbelkörperbrüchen oder -einbrüchen auf. Dabei findet man aber auch immer wieder Patienten mit osteoporosebedingten Wirbelkompressionen (Einbrüchen), die keine Schmerzen haben und nie hatten.

Schmerzen bei Osteoporose entstehen durch:

- akute Schmerzen durch Brüche
- Form- und Gefügestörungen im Knochen (auch Nervenversorgung) oder Knochenhaut (Wirbelsinterung und Mikrofrakturen)
- Muskel- und Muskel-Sehnenansatz-Schmerzen und Fascettengelenkschmerzen durch die Fehlstellung der Wirbelsäule
- Rippenrand-Beckenkamm-Schmerz und Druck im Oberbauch durch Rumpfvverkürzung und Krümmung der Wirbelsäule

Folgen der Osteoporoseschmerzen sind: Schonung des Bewegungsapparates und damit Schwächung der Muskulatur, durch diese Inaktivität weiterer Abbau von Knochensubstanz und Verstärkung bzw. Chronifizierung der Schmerzen.

Wie bei jeder mit starken Schmerzen einhergehender Erkrankung kommt es auch bei der Osteoporose zu einer starken psychischen Beeinflussung der Patienten (Angst, depressive Reaktionen, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit). Diese psychischen Abläufe beeinflussen über das vegetative Nervensystem wiederum das Ausmaß der Schmerzen.

Eine komplexe Osteoporosetherapie beinhaltet neben der medikamentösen Therapie eine Schmerzbehandlung, die psychologische Betreuung, orthopädisch-chirurgische Maßnahmen und Steigerung der körperlichen Aktivität. Opiate sind nur in den ersten Wochen nach einem frischen stark schmerzhaften Wirbelbruch empfehlenswert.

Zur Schmerzbehandlung stehen physikalisch-balneologische Maßnahmen, Akupunktur, Infiltrationstherapie, Bewegungstherapie und psychologische Betreuung zur Verfügung.

Körperliche Veränderungen

Solange die Osteoporose noch keine Knochenbrüche verursacht, ist bei einem Patienten durch äußere Betrachtung eine Osteoporose nicht feststellbar. Der Verlust an Knochensubstanz kann bei Verdacht auf Osteoporose nur mit Hilfe einer Knochendichte-Messung (DXA) herausgefunden werden.

Die Folgen eines bereits aufgetretenen Knochenbruchs sind dagegen für den Arzt – und natürlich auch für den Patienten – offensichtlicher.

Knochenbrüche sind äußerst schmerzhaft (mit Einschränkung z.B. bei Wirbelkörperbrüchen), sie führen zu eingeschränkten Funktionen des gebrochenen Skelettanteils und im Extremfall zum völligen Ausfall.

Typische Bruchstellen bei Osteoporose sind der Oberschenkelhals und Wirbelkörper. Natürlich können die Knochen aber auch an anderen Stellen brechen. Häufig sind Rippenbrüche, Unterarm- und Oberarmbrüche.

Sind bereits mehrere Wirbelbrüche aufgetreten, so kann durch eine klinische Untersuchung, das heißt durch die Betrachtung des Körpers von außen, anhand der körperlichen Veränderungen, eine osteoporotische Erkrankung festgestellt werden:

Körpergröße

Durch Messung der Körpergröße wird die durch Wirbelbrüche verursachte Schrumpfung erfasst. Die Verkürzung des Rumpfes zeigt sich unter anderem daran, dass Arme und Beine im Verhältnis zur Rumpfgöße zu lang wirken.

Tannenbaum-Phänomen

Bei stark ausgeprägter Osteoporose entstehen außerdem Hautfalten im Rumpfbereich, die die charakteristische Form eines Tannenbaumes haben.

Spitzbauch

Schließlich bewirkt die Verkürzung der Wirbelsäule auch die Verkürzung des Bauchraumes, so dass die inneren Organe nach vorne ausweichen, was zu einem „Spitzbauch“ führen kann.

normale - reduzierte Knochendichte - Osteoporose



Aktiv im Umgang mit Osteoporose

- **Manifeste Osteoporose ist behandelbar !**
- Studien dokumentieren, dass Muskeltraining und knochenfreundliche Ernährung auch im hohen Lebensalter rasch und günstig auf den Knochen wirken. Doch die Wirkung dieser Maßnahmen ist nicht haltbar, sondern auf die Dauer der Durchführung begrenzt. Dies bedeutet: nur die kontinuierliche Durchführung von Maßnahmen im Bereich **Ernährung** und **Bewegung** sind wirklich erfolgreich. Konsequentes Verhalten ist entscheidend.
- Vitamin D und Kalzium als kontinuierliche Basistherapie:
 - Vitamin D3 – tägliche Einnahme von 800 – 2000 Einheiten oder einer gleichwertigen Dosis in mehrwöchentlichen Zeitabständen
 - Kalzium – tägliche Zufuhr von 1000 bis maximal 1.500 mg – wobei sich der Bedarf gut durch kalziumreiche Ernährung und Mineralwasser abdecken lässt.
- Osteoporose Risikofaktoren kennen und meiden (auch oder gerade bei einer bereits diagnostizierten Osteoporose).
- Sturzprophylaxe – Betreiben Sie aktive Sturzvorbeugung. Wer Stürze vermeidet, vermeidet Knochenbrüche. Gestalten Sie zum Beispiel Ihr Zuhause mit möglichst wenigen Stolperfallen.
- Einhaltung der Osteoporose-Behandlung – Halten Sie konsequent das mit Ihrem Arzt besprochene Behandlungskonzept ein. Stellen sich Probleme ein oder haben Sie Fragen, scheuen Sie sich nicht diese unverzüglich zu klären. Nur eine eingehaltene Therapieverordnung kann zum gewünschten Erfolg führen.



Adressen / Internet / Literatur

Bundesselbsthilfverband für Osteoporose e.V.

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf

Telefon 0211 – 301314-0, Telefax 0211 – 301314-10

info@osteoporose-deutschland.de, www.osteoporose-deutschland.de

Bundesselbsthilfverband Gesunde Knochen e.V.

Hauberger Ring 17, 35066 Frankenberg

Telefon 06451 – 715988, Telefax 06451 – 716255

www.osteoproose-bgk.de

Kuratorium Knochengesundheit e.V.

Leipziger Str. 6, 74889 Sinsheim

Telefon 07261 – 9217-0

info@osteoporose.org, www.osteoporose.org

Netzwerk-Osteoporose e.V.

Ludwigstr. 22, 33098 Paderborn

Tel./Fax 05251 – 280586

bueror@netzwerk-osteoporose.de, www.netzwerk-osteoporose.de

Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V.

Hohe Str. 38, 99867 Gotha

Telefon 03621 – 512581, Telefax 03621 – 512582

info@osd-ev.org, www.osd-ev.org

DVO Dachverband Osteologie e.V. (Wissenschaftlicher Dachverband)

Hellweg 92, Raum 52/53, 45276 Essen

Telefon 0201 – 3845-617, Telefax 0201 – 8051-717

info@dv-osteologie.de, www.dv-osteologie.de

Literatur

Osteoporose: Prävention – Diagnostik – Therapie, Prof. Reiner Bartl, 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, 2010, Thieme Verlag, 385 Seiten, ISBN-13 978-3131057549

Aktiv kontra Osteoporose, Gudrun Paul, Violetta Schuba, 3. Auflage, Meyer & Meyer Verlag, ISBN-13 978-3898997003 sowie Kindle Ausgabe

Ernährungsratgeber Osteoporose. Genießen erlaubt, Sven-David Müller, Christiane Weißenberger, Schlütersche Verlag, 2008, 136 Seiten, ISBN-13 978-3899935547



Information zum Mitnehmen!

Die Broschüren der PATIENTEN-BIBLIOTHEK zu Themen rund um Ihre Gesundheit finden Sie bei vielen Patientenkontaktstellen, Selbsthilfegruppen, bei Ihrem Arzt und in Kliniken, Rehaszentren, Apotheken, Sanitätshäusern und Drogerien kostenlos zum Mitnehmen oder unter PATIENTEN-BIBLIOTHEK im Internet.

Die Broschüren können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die Broschüren dienen der ergänzenden Information.



crossmed

www.patienten-bibliothek.de