



OSTEOPOROSE – KNOCHENGESUNDHEIT BEI FRAUEN

Evidenzbasierte Prävention, Früherkennung und Therapie

Nach der Menopause beschleunigt der Östrogenabfall den Knochenabbau. Ziel ist, Knochenstabilität zu erhalten und insbesondere Wirbelkörper- und Hüftfrakturen zu vermeiden.

WER HAT EIN ERHÖHTES RISIKO?

- Frühere Fragilitätsfraktur oder deutlicher Größenverlust
- Frühe Menopause / vorzeitige Ovarialinsuffizienz (POI)
- Aromatasehemmer, ovarielle Suppression oder andere knochenschädigende Therapien
- Langzeit-Glukokortikoide, Untergewicht, Immobilität oder häufige Stürze
- Rauchen, hoher Alkoholkonsum, familiäre Hüftfraktur
- Erkrankungen mit Malabsorption, Hyperthyreose oder chronischer Entzündung

KNOCHEN STÄRKEN – TÄGLICH

- Regelmäßiges Krafttraining plus Gleichgewichts- und Koordinationstraining
- Calcium: insgesamt ca. 1.000 mg/Tag – bevorzugt über die Ernährung
- Vitamin D: bei unzureichender/unsicherer Versorgung meist 800 I.E. Vitamin D₃/Tag
- Ausreichend Eiweiß, normales Körpergewicht und regelmäßige körperliche Aktivität
- Nicht rauchen; Alkohol begrenzen; Sturzrisiken und sturzfördernde Medikamente prüfen

WANN IST EINE DIAGNOSTIK SINNVOLL?

Bei relevanten Risikofaktoren oder Fragilitätsfraktur sollte eine Osteoporose-Basisdiagnostik erfolgen.

- Anamnese, klinische Untersuchung und Sturzrisiko
- DXA-Knochendichtemessung (Knochendichte ist ein Baustein – nicht das alleinige Therapiekriterium)
- Basislabor zum Ausschluss sekundärer Ursachen
- Bei Verdacht auf Wirbelkörperfraktur: geeignete Bildgebung

WANN WIRD MEDIKAMENTÖS BEHANDELT?

Die DVO-Leitlinie orientiert sich am individuellen 3-Jahres-Risiko für Wirbelkörper- und Schenkelhalsfrakturen:

- 3 bis <5 %: Therapie bei starken/irreversiblen Risikofaktoren erwägen
- ≥ 5 %: spezifische medikamentöse Therapie empfehlen
- ≥ 10 %: osteoanabole Therapie (z. B. Teriparatid/Romosozumab) besonders prüfen (Orthopädie !)

THERAPIEOPTIONEN

Je nach Frakturrisiko, Begleiterkrankungen und Kontraindikationen kommen u. a. Bisphosphonate, Denosumab, Raloxifen sowie osteoanabole Therapien infrage (Zahnstatus ! Osteonekroserisiko)

- Therapieauswahl immer individuell
- Calcium- und Vitamin-D-Versorgung sicherstellen
- Denosumab nicht ersatzlos absetzen: eine antiresorptive Anschlussstherapie ist erforderlich

BESONDERHEITEN IN DER GYNÄKOLOGIE

- Menopausenhormontherapie (MHT) schützt den Knochen und senkt das Frakturrisiko; Einsatz nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung.
- Bei POI bzw. sehr früher Menopause ist – sofern keine Kontraindikation besteht – eine ausreichende Hormonsubstitution bis etwa zum natürlichen Menopausenalter besonders wichtig.
- Unter Aromatasehemmern / ovarieller Suppression sollte das Frakturrisiko frühzeitig erfasst und regelmäßig neu bewertet werden.

MERKSATZ: RISIKO ERKENNEN → BEWEGUNG & ERNÄHRUNG OPTIMIEREN → FRAKTURRISIKO BESTIMMEN → BEI BEDARF DXA / LABOR → INDIVIDUELLE THERAPIE

Grundlage: DVO S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr“, Version 2.1 (2023), AWMF-Reg.-Nr. 183-001; ergänzend S3-Leitlinie Peri-/Postmenopause (AWMF 015-062). Stand: August 2026.

Dieses Infoblatt ersetzt keine individuelle ärztliche Beratung. Diagnostik und Therapie richten sich nach persönlichem Risikoprofil, Begleiterkrankungen und Kontraindikationen.