



#52 Osteoporose: Was den Knochen stärkt

mit Priv.-Doz. Dr. Karin Amrein, MSc

Transkript

ET: 23.10.2026

Intro & Begrüßung

00:00:04

Strieder: Dieser Podcast wird Ihnen von der Österreichischen Ärzte- und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren – die Standesbank ist an Ihrer Seite.

Streibl: Herzlich willkommen zu einer neuen Folge von ÖAZ im Ohr. Heute geht es um das Thema Osteoporose, und dafür haben wir die Expertin Frau Privatdozentin Dr. Karin Amrein aus Graz eingeladen. Schön, dass Sie da sind.

Amrein: Vielen Dank für die Einladung.

Wie die Kindheit die spätere Knochengesundheit prägt

00:00:31

Streibl: Wenn wir über Osteoporose sprechen, denken wir meistens an ältere Menschen, aber eigentlich wird die Basis für unsere Knochengesundheit ja viel früher schon gelegt. Welche Rolle spielen denn Kindheit und Jugend, und insbesondere auch die Bewegung, hier für die spätere Knochengesundheit?

Amrein: Es gibt die sogenannte Peak Bone Mass – die weitgehend genetisch vorbestimmte maximale Knochenmasse, die man erreichen kann. Da gibt es oft Verständnisprobleme, weil viele Osteoporose-Betroffene gar nicht glauben können, wie das sein kann, obwohl sie doch so sportlich sind. Aber man muss sich überlegen: Wie waren Mutter, Vater, Großeltern beieinander – das ist eigentlich die maximale Peak Bone Mass, mehr kann ich nicht erreichen. Ich sage manchmal, es ist wie der Unterschied zwischen einem Chihuahua und einem Rottweiler vom Körperbau her. Umgekehrt kann man vor allem Dinge vermeiden, die einen daran hindern, die maximale Einzahlung auf der Knochenbank zu erreichen – darüber reden wir später noch. Aber bei starker genetischer Veranlagung wird das kommen.

Streibl: Wie groß ist denn da die Bandbreite ungefähr? Sind die Unterschiede wirklich sehr massiv zwischen, sagen wir mal, einer schlechten genetischen Prädisposition und einer guten?

Amrein: Ja, die sind massiv. Manche Menschen können machen, was sie wollen, und bekommen im negativen Sinn nie ein Knochenproblem. Andere können umgekehrt alles richtig machen und bekommen trotzdem eine Osteoporose mit Brüchen. Deshalb ist eine kalziumreiche, eiweißreiche, ausgewogene Mischkost wichtig, genau wie viel Bewegung als Kind – springen, turnen, herumlaufen –, damit der Knochen lernt, gerade in der Pubertät den nötigen Aufbau zu machen. Umgekehrt macht uns von der Knochengesellschaft ÖGKM sehr Sorgen, dass Kinder mit ihrem heutigen Lebensstil – hochverarbeitete Lebensmittel, viel Zeit am PC – ihre genetisch vorbestimmte Knochenmasse gar nicht mehr erreichen können. Das baut keinen Knochen auf.

Knochendichtemessung und der FRAX-Rechner

00:03:00

Streibl: Macht es sich da schon in frühen Jahren vielleicht bezahlt, eine Knochendichtemessung zu machen, um herauszufinden, wo man da steht?

Amrein: Die Knochendichtemessung ist Fluch und Segen – sie ist nur ein Puzzlestein und wird nach wie vor stark überbewertet. Wichtig ist sie trotzdem, gerade bei Risikopatient:innen, aber eigentlich zählen die klinischen Risikofaktoren viel mehr. Dafür gibt es den FRAX-Rechner – frei zugänglich, kostenlos, mit zwölf Variablen, wobei die zwölfte die Knochendichtemessung selbst ist, man kommt also auch mit elf aus. So kann man seinen eigenen Risikoscore errechnen, auch für die eigenen Eltern oder nahestehende Menschen. Von der ÖGKM, der Österreichischen Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel, haben wir 2024 die aktuelle, nach wie vor gültige Leitlinie herausgegeben: Basis ist jetzt eigentlich nur noch der FRAX, um zu sehen, wer ein hohes Frakturrisiko hat. Denn gerade bei Menschen mit guter oder normaler Knochendichte beziehungsweise nur einer Osteopenie wird das Risiko oft unterschätzt. Wichtige klinische Risikofaktoren wie Rauchen, familiäre Vorbelastung, niedriges Körpergewicht oder eine Kortikoidtherapie fließen in den riesigen FRAX-Datensatz mit ein. Nicht enthalten sind allerdings Dinge wie eine Parkinson-Erkrankung, das Sturzrisiko oder eine Ernährung mit vielen hochverarbeiteten Lebensmitteln, obwohl wir wissen, dass das wichtige Risikofaktoren sind. Trotzdem ist der FRAX das, was wir haben, und wesentlich besser, als sich nur auf die Knochendichtemessung zu verlassen. Wir sehen es oft: Wenn die Messung gut aussieht, fallen die Menschen aus allen Wolken, wenn sie sich trotzdem etwas brechen.

Die Diagnose Osteoporose: Ein emotionaler Einschnitt

00:05:20

Streibl: Wie sieht es denn aus während der Diagnose? Eine Osteoporose-Diagnose ist für viele Menschen sicher mehr als nur ein medizinischer Befund. Was erleben denn die Patient:innen nach der Erstdiagnose vielleicht auch emotional?

Amrein: Das ist für viele Menschen wirklich sehr schlimm. Es sind oft junge Frauen, die mit 50 oder früher mitten im Leben stehen und sich etwas brechen – der Bruch ist quasi der Herzinfarkt der Osteoporose. Damit steht die Diagnose, außer bei einem Autounfall oder einem Sturz vom Kirschbaum: Jeder nicht adäquate Bruch, also aus dem Stehen oder weniger, zählt, egal ob ein Rucksack, eine Eisplatte oder schlechte Schuhe im Spiel waren. Ich erlebe das mittlerweile wie eine klassische Trauerreaktion: erst Nicht-wahrhaben-Wollen, dann Verhandeln – 'aber der Rucksack war schwer, es war rutschig und steil'. Das spielt aber keine Rolle: Es ist die Diagnose einer manifesten Osteoporose, die eine Therapie braucht. Kalzium, Vitamin D und Training allein reichen dann nicht, es braucht eine medikamentöse Therapie – gerade im ersten Jahr nach einem Bruch ist das Risiko für weitere Brüche besonders hoch, der Fachbegriff dafür ist das imminente Frakturrisiko. Genau in dieser Hochrisikophase haben wir den größten Effekt, wenn wir früh behandeln, bevor der zweite, dritte oder vierte Bruch kommt.

Streibl: Das heißt, der Bruch ist tatsächlich auch oft der Auslöser für die Diagnose überhaupt?

Amrein: Genau. Vergleichbar mit dem Herzen: Dort verstehen es die Leute viel besser, weil wir schon weiter sind und es besser anerkannt ist. Eine Osteoporose ist genauso häufig wie eine koronare Herzerkrankung, und Herzinfarkte haben inzwischen etwas von ihrem Schrecken verloren, weil wir sie sehr gut behandeln können, wenn die Menschen mitmachen. Dort bekommt man nach einem Herzinfarkt auch einen Cholesterinsenker, selbst wenn das Cholesterin gar nicht besonders hoch ist. Bei der Osteoporose wird dagegen oft verhandelt: Na ja, ich bin halt hingefallen. Das ist besonders bitter, weil unsere Therapien das Risiko für weitere Brüche um 50 bis 80 % senken, auch wenn sie es nie auf null setzen. Dabei kann ein Bruch harmlos sein und nach sechs Wochen ausgeheilt – oder schwerwiegend: Der Klassiker ist der Schenkelhalsbruch mit einer Einjahressterblichkeit von etwa 20 %, vergleichbar mit vielen Krebserkrankungen. Und ein Armbruch an der

dominanten Hand kann Monate oder Jahre Schmerzen und Einschränkungen bedeuten – besonders schlimm für Menschen, die eigentlich sportlich und aktiv sind.

Angst vor Bewegungseinschränkung und der Omission Bias

00:08:54

Streibl: Genau, das war jetzt meine nächste Frage: Wie sieht es aus mit dieser Angst davor, dass man sich nicht mehr bewegen kann, dass man nichts mehr machen kann? Das steht ja wahrscheinlich dann auch sehr im Vordergrund, oder?

Amrein: Interessanterweise – ich weiß nicht genau warum, wahrscheinlich wie so oft: Googelt man Kopfschmerzen, kommen Hirntumoren, googelt man Osteoporose-Medikamente, kommen Bilder seltenster Nebenwirkungen. Die Menschen fürchten sich vor den falschen Dingen. Was mich persönlich traurig, fast wütend macht: Die klassische Raucherin blendet die Packung Zigaretten am Tag aus – den Elefanten im Raum, einen echten Risikofaktor –, sagt aber gleichzeitig, das Medikament nehme ich nicht, da könnte ja was passieren. Psychologisch nennt man das den Omission Bias: Wir glauben, etwas nicht zu tun sei die sicherere Variante – stimmt aber nicht. Oft ist gerade das Nichtstun die riskantere Option, und das trifft bei der Osteoporose sehr oft zu.

Bewegung und Sport bei Osteoporose

00:10:09

Streibl: Spannend. Um die Nebenwirkungen würde ich nachher nochmal brav zurückkommen. Wie sieht es denn aus tatsächlich mit der Bewegung bei einer Osteoporose-Therapie? Was darf man, was soll man, was ist gut für den Knochen, wo sind die Einschränkungen?

Amrein: Das kommt darauf an, man kann es nicht ganz pauschal sagen. Im frühen Jugend- und Kindesalter sind für den Knochenaufbau vor allem Impactbelastungen wichtig – Ballsportarten, Akrobatik, Springen, Tanzen. Dabei werden auch koordinative Fähigkeiten gelernt, etwa beim Einradfahren, die man später nie mehr so leicht lernt – als Erwachsener hat man dafür kaum noch eine Chance ohne Verletzungsrisiko. Kinder sollten also möglichst breit alles ausprobieren, wozu sie Lust haben. Bei Erwachsenen hilft dem Knochen grundsätzlich alles, nur Dinge, bei denen die Schwerkraft wegfällt oder reduziert ist – Radfahren, Schwimmen – interessieren ihn kaum. Deshalb fragen sich gerade sportliche Frauen, die jeden Tag walken, oft, warum sie trotzdem eine Osteoporose haben: Den Knochen interessiert das einfach nicht sehr. Krafttraining ist wichtig für den Knochen, aber Trainingszirkel an Geräten mit vorgegebener Bewegung helfen im Alltag kaum, etwa um einen Sturz abzufangen. Ich brauche also koordinatives Training, idealerweise Sprungtraining, und Training mit wirklich schweren Gewichten – nicht die rosaroten Ein-Kilo-Hanteln aus der Werbung, die bringen dem Knochen nichts. Bei fortgeschrittener Osteoporose mit Wirbelbrüchen ist die Statik verändert, dann braucht es professionelle Begleitung – das ist manchmal möglich, manchmal nicht. Yoga ist gut für die Koordination, aber es fehlt die Gewichtskomponente, und die Drehbewegungen können für Knochen und Wirbelsäule riskant sein, genau wie ruckartige Bewegungen.

Streibl: Das heißt aber, man soll sich grundsätzlich auch bei einer Osteoporose-Diagnose im Rahmen des Möglichen noch bewegen?

Amrein: Unbedingt, unbedingt. Das Schlimmste, was man machen kann, ist zu sagen: Oh, jetzt habe ich eine Osteoporose, und jetzt mache ich nichts mehr. Es ist auch wieder ähnlich wie nach dem Herzinfarkt: Natürlich kann ich einen Herzinfarkt haben, wenn ich mich überbelastete, aber es ist ja auch ganz wichtig, dass sich chronisch Kranke, auch Herzranke, auch Osteoporose-Betroffene, regelmäßig bewegen.

Ernährung: Vitamin D, Kalzium und Eiweiß

00:13:31

Streibl: Wie sieht es denn aus mit Ernährung? Sie haben vorhin schon das Kalzium angesprochen, das Vitamin D – wird da supplementiert, oder reicht die Ernährung aus?

Amrein: It depends – das ist gar nicht so einfach. Vitamin D ist das Einfachste: Man sollte nie einen Vitamin-D-Mangel haben, egal ob man eine Osteoporose hat, ein Risiko dafür hat oder nur einen guten Knochenaufbau will. Das kann ich im Blut messen und ersetzen, denn die klassische österreichische Ernährung liefert durchschnittlich nur 100 statt der nötigen 600 bis 800 Einheiten – das geht sich über die Nahrung kaum aus, und Sonnenbrand soll man ja auch nicht riskieren. Beim Kalzium wird es schwieriger, weil der Blutwert nichts darüber aussagt, ob man genug zuführt – ein häufiges Missverständnis. Da müsste man sich die Ernährung über eine Woche realistisch anschauen: Bei zwei, drei Milchprodukten oder entsprechend supplementierten Ersatzprodukten pro Tag geht sich das meist aus, auch Brokkoli, Grünkohl, Sesam, Sesammus, Sojaprodukte, Molkeneiweißpulver oder kalziumreiche Mineralwässer liefern viel Kalzium. Aber Osteoporose-Betroffene essen oft eher wenig, dann bleiben die Kalzium-Präparate als einfache Lösung. Schwieriger wird es beim Eiweiß – ähnlich wie bei Übergewicht und Diabetes ist das oft ein Portionsgrößenproblem. Wenn jemand sagt, ich esse ja Joghurt, frage ich nach: Ein klassisches Joghurt hat nur drei bis vier % Eiweiß, bei 100 bis 200 Gramm pro Mahlzeit reicht das nicht für die empfohlenen mindestens 20, besser 25 bis 30 Gramm. Dann empfehle ich Skyr oder Topfen, die bei gleicher Menge dreimal so viel Eiweiß liefern. Gerade Frauen – 80 % der Betroffenen – essen oft nicht gerne Fleisch, aber das Eiweiß lässt sich auch vegetarisch oder vegan erreichen, wenn man bei jeder Mahlzeit eine Eiweißquelle einplant. Einen guten Blutmarker für zu wenig Eiweiß gibt es nicht, weil der Körper auf Überleben optimiert ist – Knochen und Muskel sind da nicht prioritär. Die empfohlene Tagesmenge liegt bei 0,8 Gramm pro Kilo Körpergewicht, bei älteren Osteoporose-Betroffenen eher bei 1 bis 1,5 Gramm. Bei einer typischen Osteoporose-Patientin mit 50 bis 60 Kilo sind das 50 bis 100 Gramm Eiweiß am Tag, damit der Körper nicht in den Sparmodus geht – der Darm und die Herzmuskelzellen müssen schließlich auch repariert werden, und viele berichten ja auch von Haarausfall, während man es beim Knochen erst sehr spät sieht. Besonders wichtig ist das bei einer knochenaufbauenden Therapie: Ich sage den Betroffenen immer, das sind die Spezialhandwerker – wenn die Ziegellieferung nicht kommt, stehen sie rum und trinken Kaffee, aber sie bauen kein Haus.

Medikamentöse Therapien im Überblick

00:18:11

Streibl: Sie haben vorhin schon ein bisschen über den T-Score und die anderen Risikofaktoren gesprochen – das hat ja dann auch einen Einfluss auf die Therapie. Wie sieht es aus, welche medikamentösen Therapien gibt es genau, und wie werden die eingesetzt? Vielleicht können Sie uns da einen Überblick verschaffen.

Amrein: In der Osteoporose-Therapie ist es eigentlich relativ einfach: Es gibt genau zwei aufbauende Therapien und mehrere abbauhemmende, die in Österreich zugelassen sind. Bei den aufbauenden gibt es Romosozumab, unseren zweiten Antikörper und die stärkste Therapie, die wir haben – gleichzeitig aufbauend und abbauhemmend, ein Jahr lang einmal monatlich angewendet, sehr angenehm und potent. Die zweite, schon länger verfügbare aufbauende Therapie ist Teriparatid, ein 1-34-Analogon des körpereigenen Nebenschilddrüsenhormons – pharmakologisch spannend, weil eine dauerhafte Erhöhung dieses Hormons, der Hyperparathyreoidismus, eigentlich eine Osteoporose auslöst, während die tägliche Spritze eine sehr starke knochenaufbauende Wirkung hat, besonders an der Wirbelsäule. Aufwendiger ist hier, dass man zwei Jahre lang täglich spritzen muss, was viele abschreckt. Wichtig: Beide aufbauenden Therapien brauchen danach unbedingt eine abbauhemmende, antiresorptive Anschluss Therapie – das muss man von Anfang an

ehrlich kommunizieren, sonst hat man durch die teure aufbauende Therapie nur einen kurzen Schutz. Mein Vergleich: Wir bauen ein tolles Rohbauhaus, aber ohne ordentlichen Putz danach ist es nach ein paar Jahren wieder kaputt – man muss sich also fragen, ob man die aufbauende Therapie überhaupt beginnen sollte, wenn jemand die Anschlusstherapie ablehnt. Bei den abbauhemmenden Therapien sind die Klassiker Denosumab, unser erster und schon länger verfügbarer Antikörper – eine sechsmonatliche Dauertherapie mit starkem indirekten Knochenzuwachs über die Jahre, starker Risikoreduktion für Brüche und positiven Effekten auf Sturzrisiko und Muskulatur. Die andere große Gruppe sind die Bisphosphonate, die erste wirklich wirksame Medikamentengruppe in der Osteoporose – wöchentlich oder monatlich oral, oder als Jahresinfusion. Diese Infusion ist ein elegantes, tolles Medikament mit einem schlechten Ruf, ähnlich wie die Statine. Ihr großer Vorteil: Anders als die sechsmonatliche Therapie, die man als echte Dauertherapie nicht einfach absetzen darf – sonst beschleunigt sich der Knochenabbau wieder stark und das Frakturrisiko steigt deutlich –, ist sie keine Dauertherapie im selben Sinn.

Therapietreue, SERMs und Hormonersatztherapie

00:21:32

Streibl: Ja, das heißt, das ist auch etwas, das man vielleicht in der Apotheke im Hinterkopf behalten soll, wenn Patient:innen kommen, die sagen: Okay, ich möchte das absetzen, keine Ahnung, tut mir nicht gut, ich habe kein gutes Gefühl dabei – dass man das ein bisschen im Hinterkopf behält.

Amrein: Absolut. Das kommt immer wieder vor, weil die Kieferthematik durchs Internet geistert – gemeint ist die Kieferosteonekrose, die aber bei beiden antiresorptiven Therapien wirklich sehr selten ist, verglichen mit dem Frakturrisiko. Kurz noch zu den übrigen Therapien: Wir haben auch SERMs, in Österreich nur einen, den selektiven Östrogenrezeptor-Modulator Raloxifen – ein gutes, wenn auch schwächeres Medikament, das sich eignet, wenn man zwischen Therapie und Nichtstun abwägt. Es erhöht etwas das Thromboembolierisiko, daher nicht bei Raucherinnen oder Venenproblemen. Und oft übersehen: Auch die Hormonersatztherapie ist eine knochenschützende Therapie.

Kieferosteonekrose: Mythos und Realität

00:22:38

Streibl: Sie haben vorher die Kieferosteonekrose kurz angesprochen, das ist ja wirklich eine sehr schlimme Sache und ein großes gefühltes Risiko. Sie haben gesagt, sie kommt zum Glück auch nicht so häufig vor. Vielleicht können Sie das ein bisschen einordnen: Wie kann man mit Patient:innen, mit Kund:innen umgehen, die das vielleicht in der Packungsbeilage lesen und irgendwie Panik bekommen?

Amrein: Kieferosteonekrose ist nicht gleich Kieferosteonekrose – so wie auch nicht jeder Autounfall gleich ist: Es gibt den Blechschaden, den man einfach überlackiert, und es gibt den Unfall, bei dem alle Insassen sterben. Die typische Patientin, die sich Sorgen macht, ist nicht die, die sie bekommt – Risikofaktoren sind Rauchen, Diabetes, mangelnde Zahnhygiene. Die typische Osteoporose-Patientin dagegen ist gut gebildet, geht zweimal jährlich zur Zahnhygiene und sofort zum Zahnarzt, wenn es zwicket. Und selbst wenn sie auftritt, ist eine Kieferosteonekrose bei weitem nicht so schlimm wie ein osteoporotischer Bruch – sie heilt oft gut aus, zumal man aus zahnärztlicher Sicht gegensteuern kann, etwa indem man nach einer Zahnextraktion die Wunde sofort vernäht und ein Antibiotikum gibt. Es gibt verschiedene Stadien, viele davon harmlos und gut behandelbar. Die Bilder, auf denen der Kiefer regelrecht abfällt, zeigen den seltenen Extremfall – das habe ich in 20 Jahren Osteologie noch nie gesehen. Zahlenmäßig liegt das Risiko bei unbehandeltem Zahnproblem bei etwa zwei bis fünf %. Bei hohem Knochenbruchrisiko reden wir dagegen von 30 bis 50 % Frakturrisiko über zehn Jahre im FRAX-Score – und ich weiß vorher nicht,

ob das ein Armbruch wird, der gut heilt, oder ein Wirbelbruch mit Dauerschmerz. Die Kieferosteonekrose ist also wesentlich seltener und wesentlich weniger schlimm.

Streibl: Das heißt, das Risiko hier wirklich gut einzuordnen.

Amrein: Ja, ich sage dann oft: Wie sind Sie denn hergekommen? Mit dem Auto, heißt es dann meistens. Dabei hätten sie ja dabei sterben können. Das Gefährlichste, was wir im Alltag tun, ist Autofahren – und daran denkt niemand.

Therapieerfolg, Therapiedauer und Absetzen

00:25:39

Streibl: Vielleicht kurz zu Therapieerfolg und Therapiedauer: Woran erkennt man denn, ob eine Osteoporose-Therapie wirklich erfolgreich ist? Muss es ein Aufbau der Knochendichte sein, oder ist es vielleicht bereits eine Stabilität hier?

Amrein: Ja, eigentlich ist der Haupterfolg, dass etwas nicht passiert, nämlich der Knochenbruch – das ist natürlich schwer zu vermitteln, ähnlich wie bei Impfungen. Und selbst wenn es noch zu Brüchen kommt: Eine sehr gute Osteoporose-Therapie reduziert das Risiko nie auf null.

Streibl: Wenn eine Fraktur unter Therapie auftritt, heißt das nicht unbedingt ein Therapieversagen?

Amrein: Nein, man muss sich anschauen: Gibt es eine bessere Option? Bei einer Fraktur unter antiresorptiver Therapie sollte man immer überlegen, ob das nicht der Zeitpunkt für einen Wechsel auf eine aufbauende Therapie ist. Indirekt sehe ich den Erfolg auch daran, dass die Knochendichte besser wird, allerdings erst nach ein, zwei Jahren frühestens. Schon ein Erfolg ist es aber, wenn die Knochendichte stabil bleibt, denn normalerweise verliert man – gerade um die Perimenopause gibt es sogenannte Fast Losers, Frauen, die in den ersten fünf Jahren nach der letzten Regelblutung bis zu 20 % ihrer Knochenmasse verlieren. Das sehe ich auch im Blut: Wenn ich bei allen Betroffenen Knochenumbau marker messe, zeigt sich, ob die aufbauende Substanz einen guten Aufbau oder die abbauhemmende Therapie den erwarteten Rückgang bewirkt hat.

Streibl: Sie haben es vorhin schon gesagt, wie lange ungefähr behandelt wird – macht es Sinn, das auch irgendwann wieder abzusetzen, oder ist das wirklich eine Dauertherapie?

Amrein: Es kommt darauf an, aber grundsätzlich: Das ist eine echte chronische Erkrankung, die mit dem Alter schlechter wird – wie komme ich also auf die Idee, etwas abzusetzen? Die Idee kommt von den Bisphosphonaten: Bei sehr langer Gabe gibt es Probleme, die Wirkung lässt nach, und es gibt die atypische Femurfraktur, einen eigenartigen Bruch mitten im Schaft, der bei sehr langer Anwendung auftritt. Deshalb empfehlen wir das nicht mehr so lange. Das funktioniert nur, weil unser Hauptvertreter Zoledronat, einmal jährlich gegeben, eine Halbwertszeit im Knochen von zehn Jahren hat – es wirkt also nach, was wir uns bei jeder chronischen Erkrankung wünschen würden, aber sonst nicht haben. Bei allen anderen Therapien ist das anders: Die aufbauenden haben eine durch Studien abgesicherte, begrenzte Anwendungszeit von ein bis zwei Jahren, aber alle übrigen Therapien sind eigentlich für immer.

Osteoporose bei Männern und besonderen Gruppen

00:29:09

Streibl: Osteoporose wird ja meistens mit Frauen nach der Menopause in Verbindung gebracht. Gibt es vielleicht andere Gruppen, die dadurch aus dem Blick fallen und die man im Hinterkopf behalten sollte?

Amrein: Die klassische Patientin ist die post- oder perimenopausale Frau, und das kann sehr früh beginnen. Letzte Woche hatte ich eine 55-Jährige, die beim Zeitungsholen auf Eis ausgerutscht ist und sich dabei Schenkelhals und Oberarm gebrochen hat – zwei schwere Brüche. Bitter daran: Sie hat acht Monate auf eine ordentliche Therapie gewartet. Das ist ein Systemversagen, so als würde man einen Herzinfarkt acht Monate lang nicht behandeln. Daneben gibt es weitere Gruppen: die seltene Schwangerschaftsosteoporose, bei der Wirbelbrüche während der Geburt oft erst spät erkannt werden, weil man sie zunächst für normal hält. Nicht selten ist dagegen die männliche Osteoporose: Jeder dritte bis fünfte Mann über 60 bis 65 bekommt eine Osteoporose mit Bruch. Gerade hier sind Männer benachteiligt, weil sie wegen des Images als 'Frauenkrankheit' noch später und schlechter therapiert werden – erst kürzlich hatte ich einen 57-Jährigen, der sich beim Tragen eines Bierkastens Wirbelbrüche zugezogen hat und in der Notaufnahme nur eine Schmerztherapie bekam, aber keine Osteoporosetherapie. Die Leitlinie empfiehlt daher, dass jede Person über 50 einmal ärztlich begleitet den Risikoscore machen lässt. Wir setzen uns seit Langem dafür ein, dass Osteoporose auch in der Vorsorgeuntersuchung einen Platz bekommt – aktuell ist dort keine einzige passende Frage enthalten. Zwei Fragen, mit denen man schon viel erkennen würde: Haben Sie sich selbst schon einmal etwas gebrochen, und hatten Ihre Eltern einen Schenkelhalsbruch? Beides sind wichtige Risikofaktoren.

Tipps für die Apotheke: Compliance und verlässliche Information

00:31:55

Streibl: Ja, super, gut im Hinterkopf zu behalten. Vielleicht abschließend: Apotheker:innen sehen viele Menschen mit Osteoporose sehr regelmäßig. Worauf sollten sie bei diesen Patient:innen denn besonders achten? Gibt es vielleicht ein paar Tipps?

Amrein: Der größte Hebel liegt in der Compliance. Wie ich letzte Woche mit Kolleg:innen diskutiert habe: Die beste Osteoporose-Therapie ist die, die auch eingenommen wird – alles andere nützt nichts. Gerade für orale Bisphosphonate gibt es eindeutige Daten, dass die Compliance schlecht ist. Das ist bitter, weil dann viele erst mit dem zweiten oder dritten Bruch kommen und bereuen, jetzt dauerhafte, schlecht behandelbare Schmerzen zu haben – 'hätte man mir das besser erklärt' hilft in dem Moment nicht mehr. Es ist wie bei Impfungen: Was ich nicht sehe, davor fürchte ich mich nicht. Wenn ich im Risikoscore frage, ob die Eltern einen Schenkelhalsbruch hatten, höre ich oft: Ja, aber erst mit 86. Dann sage ich: Glauben Sie mir, auch mit 86 will man keinen Schenkelhalsbruch. Die Compliance zu verbessern, indem man den Menschen gut zuredet, ist das Wichtigste – das kennen Apotheker:innen ja auch von anderen Medikamenten: Was im Beipackzettel steht und warum, verstehen viele nicht. Den meisten ist nicht bewusst, dass aus regulatorischen Gründen alles draufstehen muss, auch Dinge, die kein wirklich erhöhtes Risiko bedeuten, mit denen sich Hersteller nur absichern – das lohnt sich zu erklären, wenn Zeit dafür ist. Eines der größten Probleme unserer Zeit sind generell die Informationsquellen: Wenn jemand sagt, er habe sich informiert, frage ich immer, wo. Verlässlich sind etwa unser Podcast oder der ÖGKM-Podcast, der sich an Laien richtet. Leider verbreiten aber auch manche Ärzt:innen und Verlage Fehlinformationen und machen ihr Geschäft mit Kongressen und vermeintlichen Enthüllungen nach dem Motto, Bewegung und gesunde Ernährung allein würden reichen – kauft nur unser Supplement. Entschuldigung, aber das ist ein BS-Alarm. Da muss man die Menschen schon kritisch machen: Woher stammt die Information, und will da jemand nur Geschäft machen? Ein großes Problem unserer Zeit.

Verabschiedung & Outro

00:35:35

Streibl: Frau Dr. Amrein, vielen herzlichen Dank für diese super Infos, wirklich ein sehr guter Überblick. Danke dafür.

Amrein: Vielen Dank.

Streibl: Auf Wiedersehen. Das war Podcast-Folge 52 von ÖAZ im Ohr mit der Osteoporose-Expertin Dr. Karin Amrein. Werfen Sie auch einen Blick in die aktuelle Ausgabe, die ÖAZ 22/2026: Dort lesen Sie, ob digitale Anwendungen bei psychischen Erkrankungen halten, was sie versprechen. Außerdem nehmen wir Mikronährstoffe und pflanzliche Wirkstoffe bei Rheuma unter die Lupe und fassen zusammen, was Muskelrelaxantien bei Rückenschmerzen, Hexenschuss und Co. laut aktueller Evidenz leisten. Alle Beiträge finden Sie auch online auf oeaz.at. Vielen Dank fürs Zuhören und bis in zwei Wochen mit einer neuen Ausgabe von ÖAZ im Ohr. Bleiben Sie neugierig, gut informiert, und denken Sie: Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Hinweis: Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einer Ärztin, einem Arzt, einer Apothekerin oder einem Apotheker.