

Osteoporose in der Schweiz

Versorgungslücken und evidenzbasierte Strategien – die Perspektive der Gynäkologie

In der Schweiz erleiden jede zweite Frau und jeder fünfte Mann ab dem Alter von 50 Jahren im Laufe des weiteren Lebens eine osteoporotische Fraktur.¹ Durch Früherkennung und Prävention können die Folgen des Knochenschwunds vermieden werden. Eine besondere Rolle kommt dabei den Gynäkolog:innen zu.

Die Zahlen sind beachtlich: Rund sechs Prozent der Schweizer Bevölkerung leiden gemäss WHO-Diagnosekriterien an einer Osteoporose. Das sind um die 524 000 Personen, die meisten davon – fast 80 Prozent – sind Frauen.² Mit abnehmendem Östrogenspiegel schwindet auch die Knochendichte, wobei zwei Drittel des gesamten Verlusts bereits im Jahr vor der letzten Menstruation verloren gehen.³ Die Osteoporose ist daher insbesondere in der Gynäkologie ein wichtiges Thema.⁴

Aber nicht nur. Denn die möglichen Folgen einer Osteoporose gehen weit über die Gynäkologie hinaus: Mit abnehmender Knochendichte steigt das Risiko für Fragilitätsfrakturen. SCOPE 21 – die «Scorecard for Osteoporosis in Europe» – zählte 2019 für die Schweiz rund 82 000 Fragilitätsfrakturen. Das sind 225 Frakturen pro Tag. Die Kosten für Therapie und Pflegeleistungen sind dementsprechend hoch. Nur: Trotz der grossen Tragweite erhalten in der Schweiz laut SCOPE 21 vier von fünf Frauen keine Behandlung für ihre Osteoporose und damit auch keine Frakturprävention.⁵ Dabei liesse sich das Risiko für eine Osteoporose durch einfach umzusetzende allgemeine Massnahmen wie zum Beispiel eine ausgewogene Ernährung und eine ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D, sowie regelmässige körperliche Aktivität reduzieren.⁶

Dr. med. Maki Kashiwagi ist Fachärztein für Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 2009 ist sie Inhaberin von «gynosense», ei-

nem Gesundheitszentrum für die Frau in Uster. Dr. Kashiwagi beschäftigt sich seit Jahren mit dem Thema Osteoporose und war mehrere Jahre im Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Menopause tätig. *Leading Opinions Innere Medizin* hat mit der Expertin gesprochen.

Frau Dr. Kashiwagi, haben wir in der Schweiz eine Versorgungslücke in der Früherkennung und Prävention der Osteoporose?

M. Kashiwagi: Die Zahlen sprechen für sich. In der Praxis sehen wir ältere Frauen, die auch nach einer osteoporotischen Fraktur keiner Diagnostik zugeführt wurden. Und mehr noch: Eine Präventivdiagnostik wird von einigen medizinischen Kolleginnen und Kollegen immer noch als unnötig erachtet, obwohl das Risiko einer Frau, ab dem 50. Lebensjahr eine osteoporotische Fraktur zu erleiden, bis zu 40 Prozent höher ist als die Wahrscheinlichkeit, an einem Mammakarzinom zu erkranken.

Wie kommt es zu dieser Versorgungslücke?

M. Kashiwagi: Das Ausmass der Osteoporose scheint allen noch zu wenig bewusst – nicht nur in der Schweiz, sondern weltweit. Die WHO sprach bereits von einem «public health problem». Wir müssen uns vor Augen führen: Die Gesellschaft wird immer älter und mit dem Alter steigt die Sturzgefahr. Gleich-



© Copyright

Unsere Gesprächspartnerin:
Dr. med. **Maki Kashiwagi**
FMH Gynäkologie und Geburtshilfe
gynosense – Gesundheitszentrum
für die Frau, Uster

zeitig nimmt die Knochenbrüchigkeit zu. Eine Fraktur bei älteren Personen führt nicht selten zu einer dauerhaften Einschränkung der Lebensqualität, zu Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. Weniger als 50 Prozent der Betroffenen, die eine Hüftfraktur überhaupt überleben, können je wieder ohne Hilfe gehen, rund ein Drittel stirbt an den Folgen.⁷

Wie kann die gynäkologische Praxis zur frühzeitigen Identifikation von Risikopatientinnen beitragen?

M. Kashiwagi: Ich sage gerne: Gynäkolog:innen sind die Gatekeeper. Denn wir haben einen grossen Vorteil: Frauen kommen regelmässig zu uns in die gynäkologische Vorsorge, viele von ihnen kennen wir seit Jahren oder gar Jahrzehnten. Wir wissen, welche Medikamente sie einnehmen, wir kennen mögliche Vorerkrankungen, die eine Osteoporose begünstigen, oder auch einen risikohafteten Lebensstil, wie zum Beispiel Rauchen, Mangelernährung oder Alkoholkonsum. Wir müssen also nur ein paar Fragen stellen, um eine Primärprävention einzuleiten. Heisst: eine einfache Abklärung von Risikofaktoren mit dem Ziel, diese danach so weit als möglich einzudämmen.

Was passiert, nachdem ein Risiko für eine Osteoporose identifiziert wurde?

M. Kashiwagi: Die DXA-Osteodensitometrie ist der diagnostische Standard – er gibt Aufschluss über den Status quo der Knochendichte. Bereits bei der Diagnose einer Osteopenie – der Knochendichteminderung noch vor der Osteoporose – ist eine präventive Behandlung indiziert. Auch Hormone sollten in ihrem Einsatz erörtert werden, auch dann, wenn die Frau noch menstruiert. Das ist ganz wichtig, weil viele denken, dass eine Behandlung – wenn überhaupt – erst nach der letzten Menstruation angezeigt ist. Aber heute wissen wir: Die Knochendichte nimmt schon in der menopausalen Transition ab.

Welche Rolle spielen Vitamin D und Kalzium in der Prävention von Osteoporose während der Menopause?

M. Kashiwagi: Neben dem Fokus auf den Erhalt von Muskelmasse durch Training und genügende Eiweisszufuhr, sollte dem Knochen ausreichend Kalzium zur Verfügung gestellt werden. Dafür lohnt es sich einmal die alimentäre Kalziumzufuhr durchzurechnen und auf die Zieldosis von 1000 mg/d zu optimieren.⁶ Daneben ist es wichtig einen Vitamin D-Mangel zu vermeiden. Vitamin D ist nicht nur über die Regulation der Kalzium- und Phosphatabsorption essentiell in der Prävention osteoporotischer Frakturen, sondern auch über seinen Impact auf das Bone Remodelling sowie die Muskelfunktion. Der Richtwert für gesunde Frauen in der Menopause liegt bei 600–1000 IE Vitamin D pro Tag. Ab dem Alter von 60 Jahren sollten alle Personen täglich 800 IE Vitamin D zu sich nehmen. Eine Spiegelbestimmung ist nur bei Risikopatienten z. B. im Rahmen einer Osteoporosetherapie nötig.

Wie kann eine Hormontherapie vor der Menopause helfen?

M. Kashiwagi: Die Studienlage ist klar: Die Hormontherapie erhöht die Knochendichte und senkt signifikant die Rate an osteoporotischen Frakturen. Dazu kommt: Hormone bringen weitere Benefits mit sich, zum Beispiel wird das Diabetesrisiko gesenkt und – wenn günstig eingesetzt – können sie die Risikofaktoren für einen Herzinfarkt positiv beeinflussen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist

die Steigerung der Lebensqualität bei klimakterischen Veränderungen. Bei Frauen sind die Awareness und das Wissen zu menopausalen Beschwerden heutzutage sehr hoch. Sie sind nicht mehr bereit, darunter zu leiden, sondern wollen ihr Leben geniessen, sich stark, fit und schön fühlen. Eine Hormontherapie kann dabei helfen.

Was müsste sich gesundheitspolitisch ändern, damit die Prävention der Osteoporose gestärkt wird?

M. Kashiwagi: Da gibt es einiges! Ganz grundsätzlich müsste mehr Geld in die Prävention fliessen. Oftmals geht vergessen, dass die Kosten nach einer Fraktur bei älteren Menschen – zusammen mit all den Pflegeleistungen und der Nachsorge – um ein Vielfaches höher sind als eine DXA alle zwei Jahre. Im heutigen und leider auch zukünftigen Tarifsystem wird eine seriöse Diagnostik, bei der auch ausreichend Zeit für eine Anamnese bei älteren Menschen bleibt, nicht adäquat abgegolten. Erfreulicherweise gibt es inzwischen aber auch eine Allianz, die Allianz gegen Osteoporose, die das Ziel hat, in der Gesundheitspolitik Verständnis zu wecken.

Welche Rolle haben Allianzen?

M. Kashiwagi: Ich erhoffe mir von der Allianz gegen Osteoporose eine starke Stimme, die die dringend notwendige Prävention und dadurch vermeidbaren Kosten aufzeigt. Auch Netzwerke oder Programme können flächendeckend agieren und vereinigen verschiedene Disziplinen, wie zum Beispiel den Fracture Liaison Service, der sich für die Sekundärprävention einsetzt, das heißt für die Senkung der hohen Folgefraktrate nach osteoporotischer Fraktur. Allianzen und Vereinigungen führen oft auch zu hochwertiger Datenerhebung, die wiederum als Argument für die Finanzierungsnotwendigkeit essenziell ist.

Was müsste sich auf struktureller Ebene ändern zur Stärkung der Osteoporose-Prävention?

M. Kashiwagi: Die Prävention und Behandlung der Osteoporose ist sehr interdisziplinär. Es braucht die Gynäkolog:innen und die Hausärzt:innen – sie sind, wie gesagt, die Gatekeeper. Dann natürlich die Osteolog:innen und Rheu-

matolog:innen. Ich persönlich empfinde die Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen als sehr gut, aber gerade hinsichtlich der Prävention müsste der Wissensstand überall gleich sein. Zum Beispiel haben unsere gynäkologischen Guidelines dazu noch nicht den Weg in alle Köpfe gefunden. An die Hormontherapie wird noch zu wenig gedacht. Und schlussendlich muss auch in der Gesellschaft ein Umdenken stattfinden.

Wie meinen Sie das?

M. Kashiwagi: Es gibt ja diesen Longevity-Trend, der darauf abzielt, mit einem gesunden Lebensstil und Supplémenten alles beeinflussen zu können und möglichst lange zu leben. Das ist grundsätzlich unterstützenswert – gesunde Ernährung und viel Bewegung beugt auch der Osteoporose vor. Allerdings erfährt in unserer Gesellschaft das Alter – und übrigens auch Frauenerkrankungen – leider wenig Beachtung oder wird gar stigmatisiert. Wir erleben, dass Frauen richtig wütend werden, wenn man ihnen sagt, dass sie eine Osteoporose haben. Nur: Wenn wir immer älter werden, müssen wir auch umdenken und unsere physiologischen Alterungsprozesse, auch auf Ebene der Gendermedizin, akzeptieren.

Ein schönes Schlusswort. Vielen Dank für das Gespräch, Frau Dr. Kashiwagi! ■

Literatur:

- 1 Lippuner K et al.: The osteoporosis treatment gap in Switzerland between 1998 and 2018. Arch Osteoporos 2023; 18: 20
 - 2 Willers C et al.: Osteoporosis in Europe: a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporos 2022; 17:23
 - 3 Greendale GA et al.: Bone mineral density loss in relation to the final menstrual period in a multi-ethnic cohort: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). J Bone Miner Res 2012; 27: 111-8
 - 4 Ferrari S et al.: 2020 recommendations for osteoporosis treatment according to fracture risk from the Swiss Association against Osteoporosis (SVGO). Swiss Med Wkly 2020; 150: w20352
 - 5 Kanis JA et al.: SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. Arch Osteoporos 2021; 16: 82
 - 6 SVGO: Empfehlungen 2025. Einsehbar unter: www.svgo.ch
 - 7 International Osteoporosis Foundation (IOF): Einsehbar unter: www.osteoporosisfoundation.org
- Fachpersonen können die aufgeführten Referenzen bei Viatris Pharma GmbH anfordern.

Sponsored Content

Mit freundlicher Unterstützung durch
Viatris Pharma GmbH

MA-CH-Others-10/25-00001