

Bioidentische menopausale Hormontherapie (MHT)

MHT zur Osteoporose-Prävention bei hohem Frakturrisiko

Die menopausale Hormontherapie (MHT) kann leitliniengerecht zur Osteoporoseprävention eingesetzt werden [1]. Die Vorgaben der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) enthalten die Indikation „zur Prävention einer Osteoporose bei postmenopausalen Frauen, die ein hohes Frakturrisiko sowie eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegenüber anderen zur Osteoporoseprävention zugelassenen Arzneimitteln aufweisen“ [2]. Das BfArM^a hat nun erstmals diese Indikation für ein transdermales Estradiol-Gel zugelassen (0,6 mg/g) [3]. Im Interview und anhand eines typischen Fallbeispiels erklärte Prof. Dr. Peyman Hadji, Leiter des Hormon- und Osteoporosezentrums, Frankfurt am Main, die klinische Bedeutung dieser Indikationserweiterung.



© Prof. Hadji

Prof. Dr. Peyman Hadji,
Frankfurt a. M.

Wie wichtig ist die Knochendichtemessung für die Einschätzung des Osteoporoserisikos?

Hadji: Die Knochendichtemessung ist ein integraler Bestandteil der Diagnose der Osteoporose und – fast noch wichtiger – für die Ermittlung des Frakturrisikos. Die Behandlungsindikation hängt jedoch nicht nur von der Knochendichte ab, sondern maßgeblich auch von Risikofaktoren und dem Alter der Patientin. Aus diesen drei Parametern ermittelt man das prozentuale Risiko der Patientin, in den nächsten drei Jahren an einem Osteoporose-bedingten Knochenbruch zu erkranken. Eine Knochendichtemessung erübrigt sich, falls die Patientin bereits eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Wirbelkörperfraktur erlitten hat. In diesen Fällen wird, gemäß den Empfehlungen in der Leitlinie, umgehend behandelt.

Wann bzw. welchen Patientinnen empfehlen Sie die Knochendichtemessung?

Hadji: Laut den Leitlinien-Empfehlungen sollte die Knochendich-

temessung erfolgen, wenn mindestens ein Risikofaktor vorliegt. Da insgesamt 34 Risikofaktoren zu berücksichtigen sind, kommen dafür sehr viele Menschen infrage. Als Präventionsmediziner empfehle ich jeder Frau ab der Menopause eine Messung, damit ein Ausgangswert vorhanden ist. Denn wenn sich fünf oder zehn Jahre später die Frage nach einem möglichen Knochenverlust stellt, hat man ohne einen Ausgangswert keinen Vergleich und kann somit nichts darüber aussagen, wie viel Knochenmasse sie bereits verloren hat.

Die Patientin des Fallbeispiels hatte klimakterische Beschwerden und erhielt erstmals eine MHT. Was war die Rationale hinter dieser Therapieentscheidung?

Hadji: Bei Wechseljahresbeschwerden ist es leitlinienkonform, eine MHT anzubieten. Das haben wir getan und damit quasi zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen – da die Hormongabe nicht nur die Beschwerden lindert, sondern zusätzlich zur Normalisierung des Knochenstoffwechsels führt und meist auch zu einer deutlichen Zunahme der Knochendichte.

Wie gehen Sie bei Patientinnen ohne klimakterische Beschwerden vor? Was bedeutet die Anwendung z. B. eines transdermalen Gels mit Estradiol in diesem Zusammenhang?

Hadji: Die bestehenden Vorgaben in allen zur Osteoporoseprävention zugelassenen MHT-Präparaten schließen eine Erstlinientherapie

leider weiterhin aus und beschränken sich lediglich auf Patientinnen mit hohem Frakturrisiko und Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten gegenüber anderen zur Osteoporoseprävention zugelassenen Arzneimitteln oder Patientinnen mit Wechseljahresbeschwerden. Dennoch ist die Indikationserweiterung für uns Behandelnde von Bedeutung, da zum einen die Wirkung der MHT auf die Knochen nun auch klar in der Indikation benannt wird und zum anderen somit zumindest ein Teil der Patientinnen auch ohne Beschwerden eingeschlossen wird. Zudem stellt sich bei genauerem Nachfragen häufig heraus, dass die Patientin typische Wechseljahresbeschwerden hat.

Wie ordnen Sie den präventiven Zusatznutzen der estrogenhaltigen MHT klinisch ein? Wie ist der Stellenwert der MHT im Vergleich zu anderen Arzneimitteln der Osteoporoseprävention?

Hadji: Gemäß den Empfehlungen in der Leitlinie zur Peri- und Postmenopause – die gerade aktualisiert wird – und anderen nationalen und internationalen Leitlinien, benötigt eine Patientin mit erhöhtem Frakturrisiko, neben der MHT keine additive Osteoporosetherapie. Ich präferiere die MHT gegenüber einer anderen Osteoporosetherapie, da den Patientinnen damit zusätzliche Partialeffekte zugute kommen können – etwa die Risikoreduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Gelenkbeschwerden. Die MHT ist – ordnungsgemäß angewendet – das Mittel der ersten

Impressum

„Bioidentische menopausale Hormontherapie (MHT): MHT zur Osteoporose-Prävention bei hohem Frakturrisiko“
Literaturarbeit und Interview

Bericht:

Dr. Marion Hofmann-Aßmus,
Fürstfeldbruck

Redaktion:

Andrea Krahnert

Leitung Corporate Publishing:

Ulrike Hafner (verantwortlich)
Europaplatz 3, 69115 Heidelberg

Report in

„Gynäkologische Endokrinologie“
Band 24, Heft 2, Mai 2026

Mit freundlicher Unterstützung der
Besins Healthcare Germany GmbH, Berlin

Die Herausgeberinnen und Herausgeber
der Zeitschrift übernehmen keine
Verantwortung für diese Rubrik.

Springer Medizin Verlag GmbH
Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin

Geschäftsführung: Fabian Kaufmann,
Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pügge

Die Springer Medizin Verlag GmbH
ist Teil der Fachverlagsgruppe
Springer Nature.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vor der Anwendung im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Wahl zur Osteoporoseprävention und ich sehe darin einen sehr hohen Zusatznutzen.

Für wie wichtig halten Sie eine frühzeitige Einschätzung des Osteoporoserisikos? Welche Empfehlungen haben Sie für Ihre Kolleginnen und Kollegen in der Praxis hinsichtlich Diagnose und Therapie?

Hadji: Als Präventionsmediziner möchte ich nicht erst warten, bis die Frauen eine Fraktur erleiden, sondern frühzeitig eingreifen. Dazu kann die MHT einen wichtigen Beitrag leisten. Die gynäkologi-

schen Kolleginnen und Kollegen möchte ich motivieren, bei postmenopausalen Frauen häufiger an die Osteoporose-Problematik zu denken. Außerdem kann unsere Berufsgruppe künftig am DMP^b Osteoporose teilnehmen, und es läuft eine Online-Pilotveranstaltung in der mittels eintägigem Kurs die Fachkunde zur Knochendichtemessung per DXA^c erworben werden kann.

^a Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

^b Disease management programm

^c Dual-Energy X-ray Absorptiometry

Literatur

1. S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause, AWMF Register-Nr.: 015-062, Stand: Januar 2020, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-062> (letzter Zugriff: 21.02.2026)
2. https://www.hma.eu/fileadmin/dateien/Human_Medicines/CMD_h_/Product_Information/Core_SPC_PL/Core_SPCs/CMDh_131-2003_Rev11_2025_12_clean_-_Core_SmPC_HRT.pdf (letzter Zugriff: 21.02.2026)
3. Fachinformation Gynokadin® Dosiergel, Stand: Februar 2026
4. Thomasius F, Hadji P, Unfallchirurg 2019, 122:512–517
5. Hadji P, Journal für Menopause 2003, 10:26–29
6. Stepan JJ et al., Curr Osteoporos Rep 2019, 17:465–473
7. Ponzetti M, Rucci N, Front Endocrinol 2019, 10:236
8. Willers C et al., Arch Osteoporosis 2022, 17:23
9. Panay N et al., Climacteric 2025, 28:634–656
10. Bartl R, Klinische Osteologie, Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG, 2014
11. Simon JA et al., Climacteric 2025, 28:98–103
12. Cauley J et al., JAMA 2003, 290:1729–1738

Fallbeispiel

Menopausale Hormontherapie (MHT) zur Osteoporoseprävention

Die 58-jährige Patientin zeigte sich sehr besorgt, denn ihre Mutter hatte kürzlich eine Osteoporose-bedingte Oberschenkelhalsfraktur erlitten. Nun beschäftigten sie die Fragen, ob sie ebenfalls gefährdet sei, eine Osteoporose zu entwickeln und wie man dieser Erkrankung vorbeugen könne.

Wie die Anamnese ergab, hatte die Patientin einen regelmäßigen Zyklus ab der Menarche mit 14 Jahren sowie zwei Spontangeburt mit normaler Laktationsdauer. Die Menopause erfolgte mit 55 Jahren. Aktuell beklagte sie zunehmende klimakterische Beschwerden mit Hitzewallungen, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen und Libidoverlust. Sie war seit etwa 30 Jahren Raucherin mit ca. 10–15 Zigaretten täglich. Bis zur Erstvorstellung am 25.02.2020 bestand weder Diabetes noch ein Malignom; auch eine Chemotherapie war nie durchgeführt worden.

Die Patientin wurde nach der Befunderhebung erstmals auf eine transdermale MHT (Gynokadin® Dosiergel) eingestellt und die Dosis stufenweise erhöht [3]. Ergänzt wurde sie durch 200 mg Progesteron täglich. Unter dieser Therapie war sie beschwerdefrei. Auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin wurde bereits nach einem Jahr eine Kontrolle der Knochendichte durchgeführt. Diese zeigte an der Lendenwirbelsäule eine Zunahme um insgesamt 11 % und am gesamten Oberschenkelknochen ebenfalls um 11 %. Aufgrund dieser positiven Befunde möchte die Patientin die transdermale MHT weiterführen und kann die Dosis nun auf täglich einen Hub Gel mit 0,75 mg Estradiol und eine Kapsel mit 100 mg Progesteron reduzieren.

Hauptgrund für Knochenabbau: Osteoporose durch Estrogenmangel

Das beschriebene Fallbeispiel steht exemplarisch für zahlreiche postmenopausale Frauen mit einem erhöhten Risiko für Osteoporose bzw. Knochenbrüche. Tatsächlich erkrankt jede dritte bis vierte Frau im Alter über 50 Jahren an Osteoporose und über die Hälfte dieser Frauen erleidet innerhalb von vier Jahren nach der Diagnose eine Fraktur [1]. Insgesamt weisen hierzulande fast acht Millionen Menschen eine Osteoporose auf – wobei Frauen mit rund 80 % den überwiegenden Anteil der Betroffenen darstellen [4].

Als wichtigster Grund für den Knochenabbau gilt die menopausal-bedingte Abnahme des Estrogenspiegels, der zu stärker aktiven Osteoklasten, einer höheren Ausschüttung inflammatorischer Zytokine sowie geringer aktiven Osteoblasten führt [5–7]. Für die Betroffenen kann dies dramatische Folgen haben: Hüft- und Wirbelsäulenfrakturen gelten als schwerwiegend-

ste Frakturen und werden mit erheblichen Schmerzen, Behinderungen und sogar dem Tod assoziiert [8]. Laut der International Osteoporosis Foundation (IOF) traten im Jahr 2019 täglich 2.300 Fragilitätsfrakturen auf. Die Zahl der frakturbedingten Todesfälle ist gar vergleichbar mit oder sogar höher als die Zahl der häufigsten Todesursachen wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen [8].

Frühzeitig diagnostizieren und präventiv behandeln

Den aktuellen Empfehlungen der Internationalen Menopause Gesellschaft (IMS) zufolge sind sowohl die postmenopausale Osteoporose als auch die daraus resultierenden Frakturen vermeidbare, schwerwiegende Erkrankungen, die jedoch zu selten diagnostiziert und behandelt werden [8]. So besteht hierzulande für Osteoporose-Patientinnen eine Behandlungslücke von 76 %, d. h. trotz eines hohen Risikos erhalten weniger als ein Drittel der Frauen mit Osteoporose eine adäquate Therapie [8].

Da die Knochendichte in den ersten zehn Jahren nach der Menopause am stärksten abnimmt, ist dieser Zeitraum sowohl für die Diagnosestellung als auch für eine präventive Therapie entscheidend. Ohne MHT verringert sich die Knochenmasse jährlich um 1–4 %, während sich mit estrogenhaltiger Hormontherapie das Risiko für Osteoporose-bedingte Frakturen deutlich verringern kann [1, 10]. Folglich sollte bei Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko bereits zu einem frühen Zeitpunkt nach der Menopause eine entsprechende Diagnostik und ggf. eine Osteoporoseprävention begonnen werden [11]. Die IMS bewertet die MHT als Erstlinientherapie zur Prävention von menopausal bedingtem Knochenmasseverlust, wenn sie innerhalb von zehn Jahren nach der Menopause oder vor dem Alter von 60 Jahren begonnen wird [9].

Dass die MHT eine effektive Möglichkeit darstellt, das Frakturrisiko zu reduzieren, belegt etwa die WHI (Women's Health Initiative)-Studie [12]: Nach durchschnittlich 5,6 Jahren unter einer Estrogen- und Gestagen-Gabe verringerte sich das Gesamtrisiko für osteoporotische Frakturen um 24 %, es traten 33 % weniger Hüftfrakturen und 35 % weniger Wirbelfrakturen auf.

Die Indikationserweiterung für ein transdermales Estradiol-Gel kann dessen Anwendung zur Osteoporoseprävention bei postmenopausalen Frauen mit hohem Frakturrisiko und einer Unverträglichkeit/Kontraindikation gegenüber anderen Medikamenten zur Osteoporoseprävention ermöglichen.