TORRE
Die natürlich-Apotheken

Kompetenzboard

Titel: Vitamin-D-Anflutung bei Lebererkrankung

Fallnummer: 19

Datum: 12.11.2026

Anfrage:

Bei einer Vitamin-D-Messung bei zwei Patienten (Mutter und Sohn) wurden sehr niedrige Spiegel (unter 10 ng/ml) festgestellt. Familiär liegt eine Lebererkrankung vor, beide nehmen Ursofalk®.
Die Frage ist, ob in diesem Fall eine schnelle Anflutung (errechneter Bedarf ca. 450.000 I.E.) möglich ist oder ob aufgrund der genetischen Lebererkrankung besser langsam, z. B. mit 4.000 I.E. täglich, aufgefüllt werden sollte.

Antwort:

Hier die Antwort unseres pharmazeutischen Teams:

Die Anfrage soll in drei Punkten beantwortet werden:

1. Rechtlich sicher, denn als Apotheke wären wir bei höheren Dosierungen eindeutig im therapeutischen Bereich, ist die Variante mit 4000 I.E. täglich. Weiterer Vorteil ist, dass hier die körpereigene Selbstdeckelung gegen eine Überdosierung durch Aktivierung des Vitamin-D-Abbaus via 24-Hydroxylase unterbleibt. Kurz: Mit 4000 I.E. kann man rechnen, und erfahrungsgemäß ergibt das bei entsprechender Adhärenz auch das errechnete Ergebnis. Wenn über Ausgangs- (kleiner 10 ng) und Zielwert (40–50 ng?) sowie das Körpergewicht ein Bedarf von 450.000 I.E. bereits errechnet wurde, wären das 112 Tage als reines Auffüllen plus den Bedarf zum Erhalt – sagen wir 1000 I.E. – für diese Zeitspanne und damit nochmals 112.000 I.E.
   Das ergibt in Summe 562.000 I.E. : 4000 I.E., also für 140 Tage 4000 I.E./Tag. Danach bitte eine Woche Pause und eine Kontrollmessung. Hierbei besteht die Sicherheit, dass bei maximal 4000 I.E. keine Hyperkalzämie entsteht. Von daher ist das die bevorzugte Variante.
2. Wenn ein Therapeut wie ein Hausarzt oder Endokrinologe mit diesem Thema umgeht, wird er evtl. höhere, in Deutschland verschreibungspflichtige Varianten wählen, z. B. mittels Dekristol® 20.000 I.E., was bei einem Defizit von 450.000 I.E. 22,5 Tage lang 1 Kapsel wäre. Für den Patienten theoretisch schneller, aber diese Art des Loadings bewirkt gleichzeitig einen verstärkten Abbau von Vitamin D, sodass am Ende ein Minderbefund von etwa 30 bis 50 % zum errechneten, aber nicht realistischen Zielwert entsteht. Kurz: Der neue Wert wird niedriger als theoretisch erwartet sein, und der Patient muss bezüglich Überdosierungssymptome einer Hyperkalzämie aufgeklärt sein.
3. Hinweis: Es sollte unbedingt die genaue Art der Lebererkrankung ermittelt werden, mit den üblichen Leberwerten GOT, GPT, AP und ?-GT. Das Substitut Colecalciferol wird durch CYP-Leberenzyme zu Calcidiol verstoffwechselt (Messwert), in der Niere dann weiter zu Calcitriol als Wirkform. Bei erhöhten Leberwerten kann diese Umwandlung behindert und verringert sein, sodass weniger Calcidiol gebildet wird, als theoretisch berechnet. Wenn mit der 4000-I.E.-Variante gearbeitet wird, sollten alle drei Monate die üblichen Leberwerte ermittelt werden – aus Sorgfalt und zum Wohle der Patient:innen.

Hinweis: Unsere Empfehlungen basieren auf bestem Wissen und Gewissen sowie auf den Inhalten der regulationspharmazeutischen Ausbildung bei TORRE. Sie dienen der Unterstützung Ihrer pharmazeutischen Beratung und ersetzen keine ärztliche Diagnose oder Therapie. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben keine Haftung für die Umsetzung übernehmen können.