

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio – Hormongesteuert

Montag, 11.12.2023

Thema: Hormonersatztherapie

Katrin Simonsen, Moderatorin/ Redakteurin

Dr. med. Katrin Schaudig, Expertin
Frauenärztin, Hormonexpertin, Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

ARD – Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast mit Dr. Katrin Schaudig.

Katrin Simonsen

Herzlich willkommen bei Hormongesteuert – der Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren und natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir wollen alle Fragen rund um die Wechseljahre beantworten, mit Tabus, Vorurteilen aufräumen und Frauen zu Expertinnen ihres eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Redakteurin, Moderatorin bei MDR Aktuell und die Fachfrau an meiner Seite, das ist die Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft Dr. Katrin Schaudig. Schönen guten Tag Frau Schaudig!

Katrin Schaudig

Hallo, Frau Simonsen! Schönen guten Tag Ihnen auch!

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, heute wollen wir uns ja mal wieder, müssen wir sagen, mit der Hormonersatztherapie beschäftigen, denn wir haben dazu so, so viele Mails und Fragen bekommen. Da geht es um Dosierung und Anwendung von Hormonen, um die Frage wie lang darf ich die eigentlich nehmen? Darf ich auch noch mit über 65 zum Beispiel mit Hormonen anfangen? Wir haben in Folge 3 schon sehr ausführlich über das Thema gesprochen. Wer also erstmal was über die Grundlagen erfahren möchte, kann auch da gerne Reinhören. Frau Schaudig, ich habe schon gesagt, wir haben viele Fragen, viele Mails zu dem Thema bekommen. Ich

würde gern erstmal mit so ein paar allgemeinen Fragen beginnen. Das Prinzip der Hormonersatztherapie ist ja, dass man die natürlichen Sexualhormone Östrogen und Progesteron, die im Laufe der Wechseljahre erst schwanken, dann in der Menopause komplett wegbleiben, in geringen Dosen ersetzt, um damit bestimmte Wechseljahresbeschwerden zu mildern. Eine Frage, die immer wieder kommt, ist, ob nicht mit der Einnahme der Hormone die Wechseljahre auch hinausgezögert oder auch verlängert werden.

Katrin Schaudig

Ja, das ist eine gute Frage, wenn wir auch immer wieder gefragt. Zur Verlängerung kann man sagen: Nein, man verlängert damit die Wechseljahre nicht, ganz klar. Zur Frage: Kann man es hinauszögern? – Das lässt sich leider nicht eindeutig beantworten. Also was auf keinen Fall so ist, ist, dass wenn man Hormone nimmt, dann quasi absetzt, dass dann das Ganze wieder von vorne losgeht. Das kann man definitiv verneinen. Und wie Frauen darauf reagieren, auf das Aufhören mit den Hormonen, ist völlig unterschiedlich. Es gibt Frauen, die nehmen das ein, zwei, drei Jahre und dann sagen die „Ich will es mal ohne probieren“. Und dann ... wir schleichen dann ganz gerne aus, also von einer hohen Dosis sofort absetzen – das ist dann tatsächlich immer so ein Entzugsphänomen. Aber man kann sagen, wir schleichen mal aus, dann lassen die Frauen weg.

So, dann gibt es letztlich drei Reaktion darauf. Die eine Reaktion ist: „Ja es geht mir gut, ich habe keine Beschwerden mehr“, dann lässt man es auch dabei. Dann gibt es einen Teil, der sagt: „Am Anfang habe ich gar nichts gemerkt. Aber so, nach zwei, drei Monaten habe ich festgestellt, mit Hormonen ging es mir doch sehr viel besser“, dann fangen wir auch unter Umständen wieder an. Und da gibt es die dritte Variante, die einfach sagt „Ich habe die abgesetzt und dann ging das ganze Theater wieder los“, mit Hitzewallungen, Schlafstörungen und so weiter. Meistens fangen die Frauen dann von alleine wieder an.

Also es gibt nicht eine Vorhersage, wie reagiert die einzelne Frau da drauf. Und ich muss dazu sagen, es gibt ja auch noch einzelne Frauen, die mit 70 und 80 noch Hitzewallungen haben. Frauen sind individuell, und das ist sehr unterschiedlich. Aber man kann definitiv sagen: Man verzögert damit nicht den Prozess und schiebt ihn auch nicht hinaus.

Katrin Simonsen

Jana fragt auch, ob es mit einer HRT, also Hormonersatztherapie, zu einer Erstverschlimmerung der Symptome kommen kann.

Katrin Schaudig

Nein, dieser Begriff der „Erstverschlimmerung“ kommt ja aus der Homöopathie. Es gibt auf keinen Fall eine Erstverschlimmerung. Allerdings: Wenn man in der Perimenopause – das ist diese Phase, wo die Eierstocks-Aktivität noch sehr stark schwankt. Der Eierstock macht halt, was er will so ein bisschen in dieser Phase – und dann meint man es kommt von den Hormonen, aber eigentlich kommt es davon, dass vielleicht der Eierstock noch arbeitet. Und dazu muss man vielleicht auch sagen, eine Therapie mit bioidentischen Hormonen in der Übergangsphase, also in der Perimenopause, funktioniert leider nicht unbedingt immer perfekt. Wir bremsen damit den verrücktspielenden Eierstock nicht aus, sondern wir geben sozusagen natürliche Hormone ins System. Aber die Schwankungen bleiben weiter, und das kann in vielen Fällen vermeintlich eine, ich sage es mal in Anführungsstrichen „Erstverschlimmerung“ machen. Das kann man von den Hormonen als solche definitiv nicht sagen.

Katrin Simonsen

Und gibt es eigentlich so Kriterien, wann – also bei welchen Symptomen – man eigentlich eine Hormonersatztherapie anbietet? Reicht es schon, wenn ich sozusagen manchmal durch die Decke gehe, also Stimmungsschwankungen habe, würde das schon ausreichen?

Katrin Schaudig

Kommt sehr auf die Situation an. Also man muss sich schon noch einmal genau anschauen: Haben die Stimmungsschwankungen,

das „durch die Decke gehen“ vielleicht überhaupt ganz andere Ursachen. Das ist ganz wichtig. Also wenn es zeitlich passt, dass man denkt ja, die Frau ist in den frühen oder mittleren Wechseljahren, dann kann es sein, dass auch dann Stimmungsschwankungen, also das „durch die Decke gehen“ – sehr schön ausgedrückt, auch mal ein Grund ist, es zu versuchen.

Aber auch da muss ich noch mal sagen, gerade dieses, diese Stimmungsschwankungen und auch Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen sind ja häufig ein Symptom der frühen und mittleren Übergangsphase – ausgelöst durch starke Schwankungen der Eierstockaktivität. Also da muss man sich schon ganz genau anschauen: Wie steige ich jetzt in die Therapie ein? Und gerade in der Phase ist es häufig sinnvoll, den Eierstock so ein bisschen zu bremsen, zum Beispiel durch eine Antibabypille. Das kann auch eine östrogenfreie Pille sein, die eben sehr viel weniger Risiken hat als eine Kombinationspille, also eine klassische Antibabypille. Und nochmal, in der Situation kommt man mit bioidentischen Hormonen oft nicht weiter, weil die Schwankungen verhindert man dadurch nicht.

Katrin Simonsen

Da werden wir später bei einigen Fragen wahrscheinlich nochmal drauf zurückkommen. Eine Hörerin wollte auch wissen, gibt es eigentlich Erfahrungen, dass zum Beispiel Frauen, die sehr spät erst eine Schwangerschaft hatten – also so mit 40, Mitte 40 – dass die sozusagen mehr Probleme in den Wechseljahren bekommen? Oder kann man das nicht generell sagen?

Katrin Schaudig

Nee, das kann man überhaupt nicht sagen. Ich habe tatsächlich eine Patientin, die war oder ist noch mal völlig überraschend schwanger geworden mit 47 und danach direkt in die Wechseljahre reingekommen. Aber das ist dann reiner Zufall. Da kann man sagen, da hat jetzt gerade nochmal so ein letztes, eine letzte Eizelle den Weg zur Schwangerschaft geschafft. Es hat übrigens auch alles prima funktioniert mit 47.

Man ändert nichts dann danach, wie man die Wechseljahre erlebt. Das hat andere Ursachen, andere Gründe, genetisch ... Da sind wir Frauen einfach unterschiedlich. Also eine Schwangerschaft würde ich damit nicht in Verbindung bringen.

07:21

Katrin Simonsen

Einige Frauen wollen auch wissen, gegen welche Symptome nachweislich diese Hormonersatztherapie sehr gut hilft.

Katrin Schaudig

Nach Leitlinien der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* ist ja eine Hormontherapie strenggenommen eigentlich nur begründet, wenn starke Hitzewallungen bestehen. Also gegen die Hitzewallungen, da ist es tatsächlich super, supergut belegt, gibt's auch Millionen von Studien. Es gibt praktisch nichts, was gegen Hitzewallungen so gut hilft wie Östrogene. Das ist perfekt belegt. Alle anderen Symptome, die auftreten können: Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Konzentrationsstörungen, was wir alles schon jetzt genannt haben, aber auch Gelenkschmerzen und, und, und... Das ist nicht ganz so gut belegt. Aber auch da kann man davon ausgehen, dass es in vielen Fällen hilft.

Jetzt muss man sich fragen, warum ist es nicht so gut belegt? Ich habe vorhin schon gesagt, die diese psychischen Symptome, also im weitesten Sinne gehören ja auch die Schlafstörungen in diesen in diesen Formenkreis, die treten ja besonders stark auch auf in dieser Übergangsphase. Und ein Studienkollektiv an Frauen zu definieren, die da drin sind, ist total schwierig, weil die Übergangsphase bei jeder Frau völlig anders verläuft. Und wenn ich jetzt eine Studie aufziehe, dann habe ich vielleicht eine, da macht der Eierstock noch ganz viel, bei der anderen macht dann nur noch wenig, dann spielt er bei der nächsten verrückt, so dass es wirklich schwer zu trennen ist, helfen jetzt die Hormone oder nicht? Und gerade depressive Verstimmung, muss man immer aufpassen, dass man es abgrenzt zu einer mani-

festen Depression. Insofern ist das erklärt, warum die Studienergebnisse nicht so eindeutig sind. In der täglichen Praxis sehen wir aber immer wieder, dass gerade diese Symptome auch extrem gut ansprechen auf eine Hormontherapie. Auch wenn es durch Studien nicht perfekt belegt ist. Gelenkschmerzen – ähnliches Thema. Auch da gibt es ganz viele Ursachen für Gelenkschmerzen, aber es kann auch mal der fehlende das fehlende Östrogen sein. Und das findet man dann eigentlich nur ganz einfach im Behandlungsversuch raus. Ich sage immer: „Trial-and-Error – wir probieren das jetzt mal drei Monate. Beobachten Sie dieses Symptom ganz genau, und dann sehen wir in drei Monaten: Hat es Ihnen was gebracht oder nicht.“

Vielleicht noch eins, wo wir ganz sicher wissen, dass es hilft, ist bei trockener Scheide. Die Lokale, also die vaginale Anwendung von Östriol, also von einem, das ist ein besonderes Östrogen, was sonst nur in der Schwangerschaft vorkommt, also wenn wir Östriol in die Scheide einführen, auch dafür gibt supergute Studien, dass das gut hilft.

Katrin Simonsen

Darüber haben wir uns in Folge 7 ganz ausführlich unterhalten, also falls das jemanden interessiert, einfach mal eine Folge zurückspringen. Das, was Sie gerade erzählt haben, diese ganzen Symptome, das hat uns auch Katharina geschrieben. Die ist allerdings erst 38 und leidet vor allen Dingen in der zweiten Zyklushälfte unter Schlafstörungen, Hitzewallungen, so „kurze Zündschnur“ schreibt sie, Gelenkschmerzen, trockene Augen und Haarausfall. Und sie nimmt nun 200 mg Progesteron. Geblieben sind aber die Hitzewallungen. Was könnte sie noch tun, fragt sie?

Katrin Schaudig

Also das Problem ist so ein bisschen, was sie hat, klingt ja nach prämenstruellem Syndrom, PMDS. Was wir klinisch immer wieder sehen, Daten – konkrete – gibt es dazu nicht so viele, ist, dass je älter Frauen werden, häufiger diese prämenstruellen Symptome haben. Also, das heißt in zwei Wochen vor der Regel entweder

körperliche Symptome im Sinne von Brustspannen, Wasseransammlungen, und, und, und haben. Aber auch Frauen, die diese extremen Stimmungsprobleme haben.

Eigentlich hilft da am meisten, den Eisprung zu unterdrücken, das heißt, das Progesteron zu unterdrücken. Hitzewallungen in der zweiten Zyklushälfte finde ich sehr untypisch. Also das ist eigentlich kein typisches Symptom, weil Hitzewallungen ja eigentlich ein Thema des Östrogenmangels sind. Und meiner Erfahrung nach hilft das Progesteron in der zweiten Zyklushälfte nicht gegen Stimmungsschwankungen und so weiter. Aber nochmal, jede Frau ist anders, man muss das einfach ausprobieren. Also wir haben gerade bei diesen Psychosymptomen keine guten Erfahrungen mit Progesteron, sondern da unterdrücken wir eher das eigene Progesteron. Die Datenlage sagt zurzeit eigentlich klar oder am ehesten, dass der Auslöser für die Stimmungsprobleme in der zweiten Zyklushälfte eher eine, wie soll ich's mal sagen, eine eigene fehlerhafte Verarbeitung des körpereigenen Progesterons ist. Das trifft vielleicht vier bis sechs Prozent der Frauen, und da nehmen wir eigentlich eher die Wirkung von Progesteron raus und nicht rein.

Und warum jetzt die Patientin Hitze-, oder die Hörerin, Hitzewallungen hat, finde ich schwer erklärbar. Vielleicht hat sie eben doch ein bisschen Östrogenmangel. Ob die jetzt sich vielleicht auch schon in der frühen Übergangsphase befindet, oder ob sie noch sozusagen in der späten reproduktiven Phase ist, ist schwer zu sagen, Da müsste, also wir geben in solchen Fällen so Zyklusprotokolle mit. Die kann man sich auch im Internet runterladen, damit man mal zuordnen kann, wo und an welcher Stelle sind die Symptome? Es gibt durchaus Frauen, die haben während der Regelblutung Hitzewallungen. Und das lässt sich möglicherweise wirklich auf einen Östrogenmangel in dieser Zeit, oder einen relativ niedrigen Östrogenspiegel in der Zeit zurückführen. Aber das ist ein komplexes Thema. Ich glaube, das können wir, Frau Simonsen, hier mit diesem Podcast nicht lösen.

Katrin Simonsen

Spannend fand ich ja, dass Katharina über diese trockenen Augen geschrieben hat. Da schrieb auch noch eine andere Hörerin: Ihr fällt auf, dass die Anpassung mit ihren Kontaktlinsen auch einfach nicht mehr klappt. Also die Augen sind extrem trocken geworden, und die Anpassung klappt nicht mehr. Hören Sie das auch manchmal von ihren Patienten?

Katrin Schaudig

Ja, jaja, das höre ich immer mal wieder. Zum Teil sind auch Patienten davon total genervt. Interessant ist, dass das möglicherweise auch mit der Art der Hormontherapie zusammenhängt. Ich weiß jetzt nicht, ob diese Hörerinnen schon Hormone nehmen. Tatsache ist, dass das trockene Auge zunimmt mit dem Alter. Das scheint aber eher ein Symptom des Androgen-Mangels zu sein, also des Testosteronmangels. Warum? Warum hat man trockene Augen? Auch dafür gibt es verschiedene Ursachen. Ein Teil der Frauen hat deswegen trockene Augen, weil die Fettschicht auf dem Tränenfilm zu schnell aufreißt. Und dann hat man dieses Gefühl des trockenen Auges. Diese Fettschicht ist aber abhängig von einer männlichen Hormonwirkung, also von der Testosteronwirkung. Und das ist eher ein Testosteronmangel.

Das Problem ist, eine gute Therapie dagegen gibt es nicht. Es gibt immer mal Experten, die sagen, man soll Östrogen-Tropfen ins Auge tun. Also wir haben damit keine guten Erfahrungen. Es gibt auch keine großen Studien. Ich würde in so einer Situation eine geschluckte Östrogengabe vermeiden, weil geschlucktes Östrogen indirekt den Testosteronspiegel bremst. Warum jetzt die andere Hörerin in der zweiten Zyklushälfte Probleme mit den Augen hat, das finde ich ein total spannendes Phänomen. Kann ich so einfach nicht erklären, würde ich mich aber fragen, ob das nicht sogar ein Progesteron-Effekt ist. Denn was unterscheidet die zweite Zyklushälfte von der ersten Zyklushälfte? Eigentlich, dass wir da Progesteron haben, was nach dem Eisprung gebildet wird.

Und auch da wäre meine Überlegung, ob man mal den Eisprung unterdrückt. Also würde ich mal ausprobieren. Und dann aber ordentlich auch Östrogen dazugeben, das ist wichtig. Also auch, wenn man eine östrogenfreie Pille verwendet – gerade in diesem Alter jenseits der 40 – kommen die Frauen dann oft in den Östrogenmangel rein. Und dann kommen die und sagen „Ja, was Sie mir da gegeben haben, das ist totaler Murks. Das hilft gar nicht“. Da muss man dann schon auch gleich mit Östrogenen dazu arbeiten.

Katrin Simonsen

Meike hat Hormone gegen Hitzewallungen genommen und dann aber Kopfschmerzen bekommen, oder die sind schlimmer geworden, die Brust spannte. Jetzt nimmt sie aus der Apotheke eine Estradiol-D4 Creme, und fragt, ob sie zu dieser Creme auch Progesteron dazunehmen muss, weil das hat sie ja in unseren Podcasts gehört, dass man das immer ergänzen muss.

Katrin Schaudig

Also, das ist jetzt für Brustspannen, und was war das? Entschuldige Brustspannen und...

Katrin Simonsen

Kopfschmerzen und Brustspannen, genau. Von normalen Hormonen hat sie das bekommen.

Katrin Schaudig

Also, das ist ja immer ein Zeichen von zu viel Östrogen, also in den meisten Fällen ist Brustspannen ein Zeichen von zu viel Östrogen. Nochmal: In dieser Übergangsphase, wenn der Eierstock so ein bisschen verrückt spielt, hatten wir auch schon in früheren Folgen immer mal, haben wir tatsächlich paradoxerweise Phasen mit zu viel Östrogen. Da hilft eigentlich Progesteron manchmal schon, um diese Symptome etwas zu mildern, auch über den entwässernden Effekt. Es reicht aber nicht unbedingt immer. Und auch nochmal: So wie die Hörerin das schildert, klingt es so, als ist sie noch in so einer Übergangsphase und da ändert sich leider von Monat zu Monat die ganze Hormonsituation. Mit dieser Estradiol-D4 Creme – da weiß ich ehrlich gesagt gar nichts drüber, und

es gibt ganz sicher auch keine Studien dazu. Wieviel Östrogen da eigentlich ankommt, kann ich überhaupt leider gar nicht sagen. Grundsätzlich ist es schon so, dass in der Übergangsphase auch durchaus häufiger mal ein Mangel an Gelbkörperhormon besteht. Also gefühlsmäßig würde ich sagen, wahrscheinlich braucht die Hörerin ein Gelbkörperhormon. Aber möglicherweise braucht sie auch zumindest vorübergehend mal eine Bremsung ihres Eierstocks durch zum Beispiel eine östrogenfreie Pille.

Katrin Simonsen

Hm, da kommen wir auch irgendwie jedes Mal wieder drauf. (lacht)

Katrin Schaudig

Ja vielleicht braucht sie das nur für drei bis sechs Monate. Ich muss immer wieder sagen, dass die bioidentische Hormontherapie, so viele schöne Aspekte die hat, in dieser Übergangsphase häufig nicht funktioniert, weil man damit die Schwankungen des Eierstocks, die die eigentliche Ursache der Beschwerden sind, nicht verändert.

17:49

Katrin Simonsen

Hm... Eine andere Hörerin ist Schulleiterin, leidet sehr unter Schweißausbrüchen, vor allem morgens und nachts kommen die. Und sie hat schon einen Hormonpflaster probiert und auch Tabletten längere Zeit genommen, es ist aber nicht besser geworden. Von den Tabletten hat sie dann auch Blutungen bekommen. Und jetzt fragt sie sich, ob da Hormone wirklich helfen oder ob sie lieber was anderes probieren soll.

Katrin Schaudig

Also wenn die Hormone nicht gegen die Hitzewallungen geholfen haben, dann gibt es mehrere mögliche Ursachen. Ursache Nummer eins: Bei einer Therapie über die Haut: Gel oder Pflaster – nicht hoch genug dosiert. Das kann dann sein, dass eine fast verstärkt, also eine höhere Dosis einen tatsächlich weiterbringt. Das ist das eine. Bei geschluckten Tabletten ist es eigentlich meistens so, dass die helfen gegen Hitzewallungen. Aber auch da

gibt es in wenigen Fällen das Problem, dass die vom Magen nicht richtig aufgenommen werden. Also auch das gibt es. Da hilft dann mal tatsächlich eine Spiegelbestimmung. Also wir empfehlen ja grundsätzlich nicht unbedingt Überprüfung der Hormonspiegel. Aber wenn jemand trotz einer Hormontherapie noch weiter schwitzt, dann gucke ich immer nach, wie viel kommt denn davon eigentlich an im Blut. Und dann kann entweder eine Umstellung – zum Beispiel von geschluckt auf transdermal, also über die Haut – eine Variante sein, oder wenn ich sowieso schon bei transdermaler Therapie bin, eine höhere Dosis.

Dritte Variante ist: Die Hitzewallungen kommen gar nicht vom Hormonmangel, sondern haben irgendeine andere Ursache, ich sage mal Schilddrüsenstörung, das ist so das Häufigste, Bluthochdruck, oder ein beginnender oder eine Vorstufe von Diabetes, das kann es auch mal sein. Also gerade, wenn jemand übergewichtig ist oder sehr viel zugenommen hat – auch das kann Hitzewallungen verstärken. Und bei Blutdruck sage ich immer: „Machen Sie mal eine 24 Stunden-Blutdruckmessung und gucken mal, ob das Ausbrechen des Schweißes zusammenfällt mit einer Blutdruckspitze“, was man dann auch sehen kann. Also es ist komplex und auch nicht typisch. Normalerweise gehen Hitzewallung weg mit Hormonen.

Katrin Simonsen

Ein bisschen überrascht war ich, dass sie schrieb, sie hat Hormontabletten genommen...?

Katrin Schaudig

Ja, kann man ja machen. Also wenn jemand kein Risiko hat für eine geschluckte Östrogen-gabe, dann ist es völlig in Ordnung, auch Hormone zu schlucken. Der Vorteil der geschluckten Hormone...

Katrin Simonsen

Sind das dann die Pillen sozusagen, über die wir immer als „Pille“ reden? Das ist was anderes.

Katrin Schaudig

Nene, der geschluckten. Es gibt das Östrogen,

also das bioidentische Östrogen neben der Gel-, Spray- und Pflasterform auch eben zum Schlucken. Der Nachteil der geschluckten Tabletten ist, und es ist dann auch – Entschuldigung, das 17 β -Östradiol – das ist bioidentisch. Sie schlucken das, und dann wird es aber als Allererstes in der Leber verstoffwechselt, was dazu führt, dass die Leber verstärkt Gerinnungsstoffe produziert. Das ist das eine. Das andere ist, dass dann das Östrogen in so eine Art Reserve-Östrogen umgebaut wird, was auch völlig in Ordnung ist. Der Körper holt sich dann immer, was er braucht. So muss man sich das vorstellen. Aber es ist dann eigentlich nicht mehr bioidentisch, denn der Eierstock schüttet das Östrogen nicht in den Magen, sondern gibt es ins Blut ab. Also das ist der prinzipielle Unterschied.

Nun ist es so, es gibt Situationen, wo man sogar ganz gerne eine geschluckte Therapie nimmt. Das ist zum Beispiel, wenn Frauen unter der Wirkung von männlichen Hormonen leiden, also Haarausfall, Pickel, zu viele Haare. Da haben wir tatsächlich einen günstigeren Effekt über geschluckte Therapie. Auch ein hoher Cholesterinspiegel verbessert sich mehr, wenn die Frauen Östrogene schlucken. Die Kehrseite ist, dass wir dann dieses erhöhte Thromboserisiko eingehen, und ab einem bestimmten Alter auch ein erhöhtes Schlaganfallrisiko. Das ist bei einer Therapie über die Haut nicht gegeben. Jetzt habe ich aber jemanden, die auch sagt, also das mit dem Schmieren und Kleben ist mir irgendwie lästig. Und Sie müssen ja, das ist der Nachteil, auch beim Schmieren und Kleben immer noch irgendwie zusätzlich ein Gelbkörperhormon dazugeben. Das heißt, Sie haben immer eine zweite Substanz im Rennen, was die Frauen oft als... naja, es ist halt komplizierter. In den Tabletten ist meistens schon ein Gelbkörperhormon mit drin. Das heißt, Sie schlucken eine Tablette, und alles ist erledigt. Und viele sagen: „Ich habe ein Leben lang die Pille geschluckt“, und das ist eigentlich für mich praktischer. Wenn keine Risiken für Thrombose da sind, dann kann man auch Hormone schlucken, finde ich völlig in Ordnung. Gerade in dieser Übergangsphase empfehlen wir ja sogar manchmal noch die klassischen Antibabypillen, die auch geschluckt werden, also wo auch Östrogen drin ist. Das geht aber nur bei

Frauen, die zum Beispiel nicht fettleibig sind, also Body-Mass-Index – die müssen alle unter 30 sein. Die dürfen keine anderen Risikofaktoren haben, zum Beispiel Thrombose in der Familie, vielleicht sogar selber schon eine Thrombose, vielleicht eine genetische Disposition für Thrombosen, Rauchen, Migräne – das sind alles so Dinge, bei denen wir auf keinen Fall Hormone schlucken lassen. Dann muss es über die Haut. Bei Frauen, die dafür null Risiko haben, können wir auch sagen: „Okay, wenn Ihnen das lieber ist, dann schlucken Sie es.“

Und da...Entschuldigung, noch eins: Und manchmal sehen wir, wenn ich dann aufgrund von neu aufgetretenen Risiken sehe, nee, orale, also geschluckte Hormontherapie geht nicht. Wir stellen jetzt auf transdermal um – also transdermal ist über die Haut – dann ist es nicht so selten, dass die Frauen dann sagen: „Aber jetzt habe ich mehr Beschwerden“. Wahrscheinlich ist es so: Bei der geschluckten Therapie flutet mal so auf einen Schlag mehr Hormon an, mehr Östrogen. Und da kommt tatsächlich mehr an, und ist manchmal die Dosis über die Haut ein wenig zu niedrig gewählt.

23:48

Katrin Simonsen

Apropos Dosis: Sie haben gesagt, ich muss gucken, was ankommt bei der Frau tatsächlich von dem Hormonpflaster oder den Tabletten.

Katrin Schaudig

Ja.

Katrin Simonsen

Gibt es da eigentlich so eine Zahl, wo man sagt, das ist die Menge, die da im Blut ankommen muss? So einen Richtwert?

Katrin Schaudig

Nein, den gibt es nicht. Früher wurde mal immer gesagt: Ja, bei Osteoporose braucht man einen bestimmten Wert. Da sind wir eigentlich insgesamt davon abgekommen. Entscheidend ist die Befindlichkeit. Wenn die Patientin sich wohlfühlt, dann ist egal, welche Dosis sie dazu braucht, das ist alles fein. Nur wenn ich trotz Hormongabe keinen irgendwie Effekt habe, wo ich denke, das müsste doch eigentlich funktionieren. Dann gucke ich mal, wieviel ist da? Und

dann sehe ich schon, ist der Spiegel eher niedrig, oder es sei eher hoch. Wenn er eher hoch ist, dann gucke ich nach anderen Ursachen für die Hitzewallungen. Wenn er ...

Katrin Simonsen

Was wäre eher hoch und was eher niedrig?

Katrin Schaudig

Ah, also wissen Sie, da kann man sich nicht so festlegen. Also Sie müssen sich überlegen, der Östrogenspiegel schwankt im natürlichen Leben zwischen ungefähr 30 und 300 innerhalb von 14 Tagen. Also in der Postmenopause, also wenn die letzte Regel da war, dann würde ich immer, wenn der Spiegel über hundert ist, und dann würde ich denken: „Naja, das ist jetzt schon eher üppig.“ Wenn er weit unter 50 ist, dann würde ich sagen: „Ah, ist vielleicht ein bisschen niedrig.“ Aber wissen Sie, Frau Simonsen ich habe Patientinnen, da kann ich kaum den Östrogenspiegel messen und trotzdem sagen „Mir geht super! Und mir geht es viel besser als ohne die Hormone“. Also die Spiegelfrage ist wirklich kritisch, und da kann man sich auch nicht so festlegen, sondern man muss immer das Gesamtbild sehen, Befindlichkeit der Patientin, was nimmt sie für Hormone?

Und, also wissen Sie, es gibt zum Beispiel, es gab mal einen selbsternannten Experten hier in Hamburg, der hat immer die Spiegel gemessen. Bei geschluckten Hormonen, wenn Sie zum Beispiel, sagen wir mal so, abends das Hormons schlucken und am nächsten Nachmittag nimmt der Doktor Blut ab, dann kann es sein, dass der Östrogenspiegel ganz niedrig ist, weil dann nur dieses Reserve-Östrogen noch da ist. Das hat er aber nicht gemessen. Und dann hat der der Patientin immer gesagt: „Ah, Sie haben zu wenig, sie haben zu wenig.“ Die Frau hatte dann so viel Östrogen, dass sie so einen Brustspannen hatte, das gar keine Mammografie mehr möglich war. Verstehen Sie, das ist das. Also die Spiegel – da muss man wirklich vorsichtig sein, wie viel Zeitabstand war zwischen der Anwendung? Beim Gel kann es sein, dass, wenn Sie da Blut abnehmen, wo das Gel aufgetragen wurde, dann ist der Spiegel viel zu hoch.

Wissen Sie, deswegen winde ich mich jetzt gerade so raus, dass ich keine Spiegel-Zahlen nennen will. Die gibt es einfach nicht. Sondern es ist immer die Frage, was hat die Patientin für ein Präparat genommen? Wieviel Zeit lag zwischen der Anwendung und der Blutentnahme? Und dann allen voran: Wie geht es ihr? Und die Befindlichkeit schlägt eigentlich alles. Es gibt ein paar Situationen, wo wir ein bisschen auf den Spiegel mehr achten. Das sind die Patientinnen, die ein hohes Thromboserisiko haben. Vielleicht, weil die schon mal eine Thrombose oder eine Lungenembolie hatten. Strenggenommen darf man den Frauen gar keine Hormone geben, steht im Beipackzettel. Wir sehen das aber so, dass eine Therapie über die Haut, nach allem was wir wissen, ja kein nennenswert erhöhtes Thromboserisiko macht. Aber auch das ist eine Dosisfrage. Und wenn wir da einen zu hohen Spiegel erzielen durch unsere Therapie, könnte es sein, dass wir eben doch einen gewissen Effekt auf die Gerinnung haben, weil viel Östrogen kommt dann auch irgendwie in der Leber an, und schiebt die Gerinnung an. Das heißt, bei den Frauen würde ich immer versuchen, so zu therapieren, dass die so gerade beschwerdefrei sind. Vielleicht noch eine Hitzewallung am Tag. Und da mache ich auch gelegentlich den Spiegel, weil ich wissen will: Muss ich Angst haben vor einem Gerinnungseffekt oder nicht?

27:37

Katrin Simonsen

Sie haben schon gesagt: Nicht immer hilft eine Hormonersatztherapie. Ich habe hier einen Fall, das sieht so aus, als würde das einfach bei ihr nicht wirken. Also Monika aus Kiel hat uns geschrieben, sie nimmt seit zehn Jahren Hormone. Bei ihr sind die Hitzewallungen und Herzrasen dann nach der Menopause schlimmer geworden. Sie konnte keine Nacht mehr schlafen. Durch die Hormone wurd's nicht besser. Dann kamen noch Depression dazu. Ihre Frauenärztin sagt, der Hormonspiegel sei aber okay, sie soll Östrogen, Progesteron weiter nehmen, Anti-Depressiva noch dazu. Trotzdem kann sie jetzt mehrere Tage im Monat nicht arbeiten gehen, weil sie unter Herzrasen und

Schweißausbrüchen leidet und einfach nicht schlafen kann...

Katrin Schaudig

Finde ich eine schwierige Frage. Die Frauenärztin hat ja offensichtlich den Östrogenspiegel bestimmt. Grundsätzlich würde ich bei so einer Situation auch immer denken: Vielleicht ist nicht hoch genug dosiert. Aber ich finde das jetzt wirklich schwierig von der Entfernung aus dazu was zu sagen. Dafür müsste man mal gucken: Wie sind die Spiegel eigentlich? Also es ist ja schon so, wie wir auch schon gesagt haben, es ist ja nicht immer das Hormon, was die entscheidende Wirkung macht, sondern manchmal stecken auch ganz andere Dinge dahinter – beim Schlaf, bei der Psyche, aber auch bei den Hitzewallungen.

Katrin Simonsen

Und an dieser Stelle wieder meine Hör-Tipp für euch. Diesmal möchte ich euch den NDR-Podcast *Synapsen* ans Herz legen.

Einspieler – Podcastempfehlung „Synapsen“

Hallo, ich bin Lena Bodewein aus der NDR Info-Wissenschaftsredaktion. In unserem Podcast „Synapsen“ liefern wir Fakten, Hintergründe und Geschichten zu aktuellen Fragen der Forschung. In unserer jüngsten Folge blicken wir auf den faszinierenden Komplex eines eigentlich alltäglichen Phänomens: Schlaf. Warum schlafen wir? Wie schlafen wir ein? Und was ist die Funktion des Schlafes? All das fragen wir aus wissenschaftlicher Perspektive. So viel sei schon mal verraten: Schlaf ist eine unglaublich wichtige Müllabfuhr und auch ein Gedächtnis-booster. In der Parkinson-Therapie kann er ebenfalls eine große Rolle spielen. Mehr Antworten und Erkenntnisse gibt es in der neuen Folge der „Synapsen – Thema: Schlaf“. Ab sofort in der ARD Audiothek.

Katrin Simonsen

Und das Schlafen ist ja auch für uns Frauen in den Wechseljahren ein Riesenthema. Auch darüber haben Frau Schaudig und ich bereits gesprochen. Die Folge verlinken wir euch in den Shownotes.

Anja ist 52 Jahre alt, leidet unter Schlafstörungen, Hitzewallungen, verminderter Leistungsfähigkeit, dass sie zeitweise kaum arbeiten gehen kann, auf 24 Stunden die Woche reduzieren musste. Leider hatten sowohl Hausärztin als auch Gyn immer gesagt, das seien keine Wechseljahre, das sei der Stress. Mittlerweile ist sie nun in der Menopause und fragt: „Gehen die Beschwerden denn nun von allein weg?“ Weil bisher hat sie ja nichts genommen.

Katrin Schaudig

Und sie hat jetzt tatsächlich keine Blutung mehr, offensichtlich. So klingt's.

Katrin Simonsen

Genau.

Katrin Schaudig

52 war sie, ne?

Katrin Simonsen

Mhm.

Katrin Schaudig

Also, bei manchen Patientinnen ist es so, dass die Beschwerden dann besser gehen. Also gerade diese psychischen Beeinträchtigungen, die werden bei einem Teil der Patienten tatsächlich besser. Ich habe neulich auch jemand gesehen, die auch dann tatsächlich in Vorruhestand gegangen ist, weil ihr alle gesagt haben: „Nee, nee, das sind keine Wechseljahre.“ Jetzt ist sie auch in dieser Postmenopause und wir haben dann auch besprochen ... „nee, es ging ihr jetzt schon deutlich besser“. Das kommt auf den Einzelfall an.

Ich habe aber auch Frauen, die auch nach der Menopause, also, wenn sie dann wirklich keine Hormone mehr haben, sagen „Ich leide immer noch unter diesen Problemen“ – alles zusammen – Schlafstörungen, depressive Verstimmung und, und, und... und Hitzewallungen auch dann meistens. Das muss man abwarten. Also ich hätte jetzt auch kein Problem mal einen Versuch mit Hormonen zu machen, um zu gucken, ob es besser geht. Aber bei einem Teil der Patienten wird es dann allmählich besser.

Katrin Simonsen

Allmählich heißt ... wie lange dauert das dann so?

Katrin Schaudig

Ja, unterschiedlich, kann mal ein Vierteljahr sein, kann man ein halbes Jahr sein, kann auch mal erst nach drei Jahren sein. Also so wie sich das anhört, würde ich wahrscheinlich mit der Patientin besprechen „Lassen Sie uns doch ein Hormonversuch mit, in dem Fall tatsächlich bioidentische Hormone, machen, weil da ist ja keine Restfunktion vom Eierstock mehr offensichtlich.“

31:53

Katrin Simonsen

Wir kommen jetzt zu den vielen Fragen zur Anwendung und Dosierung von Hormonen. Da haben uns Frauen geschrieben, die schon Hormone nehmen und trotzdem ungeschlüssig sind: Nehmen Sie genug? Wie sollen sie die genau anwenden? Und wie lange sollen sie die anwenden? Und da schreibt eine Hörerin, dass die Ärztin bei ihr gesagt hat nach einem Jahr „Setzen Sie sicherheitshalber mal ab wegen der Brustkrebsgefahr“. Immer wieder hört man auch so die Zahl von fünf Jahren, dass man fünf Jahre lang Hormone nehmen kann, gibt es denn da sozusagen eine Regel?

Katrin Schaudig

Nein, es gibt keine Regel, also die wesentliche Regel ist: Solange Frauen Beschwerden haben ohne Hormone, geben wir durchaus eine Hormontherapie. Zum Brustkrebsrisiko haben wir ja schon ganz viel gesprochen. Das Brustkrebsrisiko ist leicht erhöht, und zwar je länger wir Hormone nehmen, dann steigt es immer ein bisschen weiter. Woher kommt diese Fünf-Jahres-Regel? Die Fünf-Jahres-Regel kommt daher, dass in dieser alten Studie, WHI-Studie, die 2002 veröffentlicht wurde, das Brustkrebsrisiko erst nach fünf Jahren überhaupt statistisch messbar höher war bei den Frauen, die Hormone genommen haben, im Vergleich zu den Frauen, die keine Hormone genommen haben. Das heißt aber nicht, dass es vorher gar nicht war und dann plötzlich nach fünf Jahren anstieg. Nene, das geht dann kontinuierlich ein

bisschen höher. Und irgendwann kann man sagen, ja, statistisch gesehen gibt es einen Unterschied. Dieser Unterschied war in der Studie ja auch nicht so wahnsinnig hoch. Das waren ungefähr drei auf tausend Frauen mehr, die Brustkrebs hatten im Vergleich zu denen, die keine Hormone genommen haben. Das ist mal die Nummer eins.

Und was wir auch wissen: Je länger die Hormone dann genommen werden, dann sind es auch mehr als drei. Dann sind es vielleicht nach zehn Jahren sechs oder acht auf tausend mehr. Es ist aber immer noch, wenn Sie sich überlegen, drei auf tausend mehr... Wenn es die eine ist, die's trifft, ist es natürlich 100 Prozent. Aber es ist nicht so ein dramatisches Risiko. Also, das muss jeder für sich selbst entscheiden. Die gute Nachricht ist aber, dass wir wahrscheinlich mit diesen bioidentischen Hormonen, also Progesteron oder, und Östrogen oder Dydrogesteron und Östrogen, nach allem, was wir wissen, ein niedrigeres Brustkrebsrisiko haben, als das, was ich jetzt gesagt habe. So genau kann man es leider nicht beziffern. Und dann wird immer mal wieder behauptet, auch bioidentische Hormone würden gar kein Risiko haben, das stimmt jetzt auch nicht. Auch da haben wir ein paar Daten. Da ist dann nach sieben, acht Jahren Anwendung doch ein leicht erhöhtes Risiko vorhanden gewesen.

Wir haben ja schon ganz viel darüber gesprochen, dass wir uns ja mit der Hormontherapie auch viele positive Aspekte einhandeln. Also Lebensqualität allem voran. Wenn die Lebensqualität schlecht ist ohne Hormone, dann ist das sicherlich ein Argument. Dann haben wir ja noch andere Effekte: Schutz der Knochen, Schutz vor Diabetes, wahrscheinlich einen Schutz fürs Herz-Kreislauf-System... also, da gibt es ja noch eine Reihe von anderen Aspekten. Und das muss man im Einzelnen abwägen. Ja, also, wenn ich jemand habe, der kaum Leidensdruck hat, dessen Knochen super sind und der ganz schlank ist und deswegen sicher kein Diabetes kriegt – Wissen Sie, da würde ich sagen: „Naja, also ich weiß nicht, ob Sie es wirklich brauchen. Mal ganz ehrlich, also eigentlich

nicht.“ Und bei den anderen Frauen aber, die einen hohen Leidensdruck haben und die auch nach fünf Jahren ab nach dem Absetzen sagen „Mir geht es echt total schlecht“ – da würde ich sagen: „Behalten Sie die Brust im Auge. Regelmäßige Untersuchungen, also jährlich Sonografie, alle zwei Jahre eine Mammografie. Und dann haben Sie zumindest mal die Gefahr nicht eliminiert, aber Sie haben sie kleiner gemacht, weil – auch das haben wir schon gesagt – früh erkannter Brustkrebs hat eine extrem hohe Heilungsrate in der heutigen Zeit. Also ich finde, man muss da abwägen.

Ich würde niemandem nach einem Jahr sagen: „Setzen Sie ab wegen der Brustkrebsgefahr“, sondern ich würde höchstens mal sagen: „Gucken Sie mal, wie es mit weniger geht“. In unserer Praxis machen wir es meistens so, dass die Frauen zwei, drei Jahre Hormone nehmen. Dann kommt immer die Frage „Wie lang soll ich das machen?“ Und dann diskutieren wir das, was ich gerade mit Ihnen gesprochen habe. Und wir haben auch Frauen, die nach fünf Jahren sagen: „Nee, ohne Hormone geht es gar nicht.“ Wir haben auch einzelne Frauen, wo es nach zehn oder sogar 15 Jahren noch weitergeht. Und man muss dann wirklich immer abwägen: Lebensqualität, positive Nebeneffekte – versus das leicht erhöhte Brustkrebsrisiko.

Katrin Simonsen

Und wenn ich sie jetzt richtig verstehe, probieren Sie es dann erstmal ein bisschen runterzugehen, dann ganz abzusetzen. Und wenn dann die Symptome zum Beispiel wie Hitzewallungen wiederkommen, dann kann die Frau aber auch wieder beginnen mit den Hormonen, auch wenn sie dann zum Beispiel schon 60 wäre.

Katrin Schaudig

Ja, wenn das so eindeutig ist, würde ich das so machen. Es kommt ja immer wieder die Frage „Darf man mit 60 noch anfangen mit Hormonen?“ Weiß gar nicht, ob das heute nochmal als Frage ist, aber ich werde es auch immer wieder gefragt. Das hängt so ein bisschen davon ab, wann die Menopause war. Ich sage mal

ein Beispiel: Jemand, eine Frau, die mit 50 die Menopause hat, zehn Jahre nichts genommen hat und jetzt mit 60 sagt: „Ach, ich habe da so ein Buch gelesen. Ich würde es jetzt doch gern mal probieren.“ Da bin ich extrem zurückhaltend. Das macht man nicht, weil es könnte sogar sein, dass man durch diese Entwöhnung des Körpers von den Hormonen dann sogar beim wieder Einführen der Hormone negative Effekt nach sich zieht, auf die Gefäße, aufs Gehirn, also das könnte sein.

Aber wenn die Patientin mir jetzt sagt... also, ich sage mal ein anderes Beispiel: Die ist 50, hat jetzt fünf Jahre lang geschwitzt. Jetzt ist sie 55 und sagt: „So, ich habe versucht, das alles ohne Hormone, aber es geht einfach nicht“, dann fange ich auch mit 55 noch an. Ja, da habe ich gar kein Problem. Wenn die Patientin erst mit 59 tatsächlich die letzte Regel hat, was es gibt, und die kommt jetzt mit 60 – dann muss ich die natürlich völlig anders einordnen als das erste Beispiel, die vor zehn Jahren die Menopause hatte und jetzt 60 ist, im Verhältnis zu der, die noch, sagen wir mal, vor ein, zwei, drei Jahren geblutet hat. Mit anderen Worten, es ist eigentlich nicht das Alter in absoluten Zahlen, was das Entscheidende ist, sondern wir nennen es das „Menopause-Alter“. Wie alt war die zum Zeitpunkt der Menopause? Und dann guckt man so ein bisschen so, wieviel Zeit war dazwischen und entscheiden dann, können wir es machen oder nicht. Also ansonsten mit 60 würde ich nicht anfangen, wenn die Menopause zehn Jahre zurückliegt, wenn die Menopause zwei Jahre zurückliegt, kann ich es mir auf jeden Fall überlegen.

39:02

Katrin Simonsen

Da spricht man ja auch immer von diesem „goldenen Fenster“. Und das sind dann immer diese zehn Jahre.

Katrin Schaudig

Ja... nein, auch das kann, wenn es alles so einfach wäre in der Medizin, Frau Simonsen! (lacht) Nee, ist leider nicht so. Also diese zehn Jahre finde ich schon sehr üppig. Es gibt dieses goldene Fenster, ganz genau. Wofür ist das

goldene Fenster überhaupt maßgeblich? Für die Hitzewallungen, also für die Symptome ist dieses Fenster irrelevant. Nochmal, wenn jemand zehn Jahre geschwitzt hat und sagt: „So, jetzt habe ich keinen Bock mehr. Ich will das nicht mehr aushalten.“, dann würde man schon sagen: „Okay, wenn Sie jetzt Hormone nehmen, dann wird das gegen die Hitzewallungen wahrscheinlich helfen.“ Also das heißt, da ist es egal, wie groß das Fenster ist.

Das goldene Fenster ist aber für andere Dinge nochmal wichtig, nämlich zum Beispiel den Herz-Kreislauf Schutz. Da kann man sagen, da sollte der Zeitraum zwischen letzter Blutung und Beginn der Hormoneinnahme möglichst kürzer sein. Da finde ich persönlich diese zehn Jahre fast absurd zu lang. Diese zehn Jahre sind aus meiner Sicht da nicht adäquat. Es gibt eine Studie, die hat untersucht, Frauen, wo die Menopause sechs Jahre zurücklag, oder weniger – versus Frauen, wo die Menopause mindestens zehn Jahre zurücklag. Und da hat man zumindest an Gefäßen einen deutlich besseren Effekt gesehen bei Frauen, wo die Menopause maximal sechs Jahre zurücklag. Aber wenn ich ehrlich bin, finde ich selbst diese sechs Jahre zu lang. Also ich würde mir vorstellen können, dass diesen Nutzen fürs Herz-Kreislauf-System, dass man den, sagen wir mal, innerhalb von ein, zwei, drei Jahren nach der Menopause noch mitnimmt. Was aber nicht heißt, dass Sie dann vier Jahre nach der Menopause keine Hormone mehr nehmen dürfen, sondern da können, müssen Sie dann entscheiden aus anderen Gründen.

Der Knochen wird zum Beispiel auch dann profitieren, wenn Sie vier, fünf, sechs, sieben Jahre nach der Menopause anfangen mit Hormonen. Das würde man allerdings nur machen, wenn Sie gleichzeitig auch Beschwerden haben, oder aber, wenn Sie andere Medikamente zur Behandlung einer Knochenbrüchigkeit, also der Osteoporose, nicht vertragen. Das steht in den Leitlinien so drin. Also das mit dem goldenen Fenster finde ich ein schwieriges Phänomen. Und ich sehe immer mal wieder Frauen, die dann sagen: „Ja, mein Frauenarzt oder meine Frauenärztin hat gesagt nee, Menopause ist schon zu lange zurück, da dürfen wir nicht anfangen.“ Nochmal: Wenn die Hitzewallungen

hat und ich eindeutig sagen würde, das hängt mit dem Hormonmangel zusammen, dann würde ich auch noch nach fünf Jahren anfangen. Zehn Jahre finde ich wirklich ein bisschen sehr lang, muss ich jetzt so schon sagen. Aber auch da kann es im Einzelfall durchaus in Betracht gezogen werden.

Katrin Simonsen

Kommen wir zu einer vielleicht ein bisschen einfacher zu beantwortenden Frage, und zwar: Wie nehme ich Östrogen und Progesteron ein? Durchgängig den ganzen Monat oder am Zyklus orientiert? Das wird wirklich ganz häufig gefragt. Und die Frage ist: Was ist, wenn ich sozusagen einen sehr unregelmäßigen Zyklus habe?

Katrin Schaudig

Also wenn ich ihn sehr unregelmäßigen Zyklus, also egal, solange ich noch Blutungen habe ohne Hormone, heißt es, dass mein Eierstock noch arbeitet. Und dann kann man diese Frage, deswegen Frau Simonsen, Sie haben gehofft, dass es eine einfache Frage ist. Nee, es ist sogar eine noch kompliziertere Frage. Das hängt davon ab, wie viel arbeitet denn der Eierstock noch? Will ich einen vorhandenen Zyklus einfach ein bisschen unterfüttern? Oder ist der eigentlich noch ganz gut? Also solange eine Frau noch mehr oder minder regelmäßig blutet, hat sie eigentlich keinen Östrogenmangel. Dann hat sie vielleicht mal Progesteron-Mangel in der zweiten Zyklushälfte, leidet aber dann vielleicht dann mehr unter ihrem PMS. Also das ist schwierig zu sagen.

Erfahrungsgemäß zur Frage „Soll ich's immer nur zwei Wochen im Monat nehmen oder soll ich es durchgehend nehmen?“ ist es so: Solange der Eierstock arbeitet, werde ich mit einer durchgehenden Anwendung von Progesteron trotzdem Blutungsstörungen produzieren. Das ist einfach so, weil das Progesteron ja nicht so einen ausgeprägten Effekt hat auf Blutungsstörungen, auf Bremsung des Eierstocks.

Wenn ich mal in dieser postmenopausalen Phase bin, also Eierstock arbeitet nicht mehr, dann ist es so ein bisschen eine Frage der persönlichen Vorliebe, nämlich das durchgehend

kombiniert, in der Hoffnung, dass sich gar nicht blute – wenn man ein bisschen Glück hat, blutet man dann nicht – in dem Moment, wo ich es immer 14 Tage im Monat nehme, habe ich wahrscheinlich eine Abbruchblutung nach diesen 14 Tagen. Spannende Geschichte ist, dass es zumindest für die synthetischen Hormone klare Daten gibt, dass die zyklische Anwendung weniger Brustkrebsrisiko macht, als die durchgehend kombinierte. Jetzt habe ich vielleicht jemanden, die große Beschwerden hat und die aber sagt: „Ich möchte aber eine Therapie, die möglichst das geringste Risiko von allem hat.“ Dann würde ich sagen „durchgehend transdermalen Östrogen und immer 14 Tage im Monat natürliches, bioidentisches Progesteron oder auch Dydrogesteron, und zwar immer nur 14 Tage.“ Dann wird die Patientin aber bluten. Das wollen die dann oft nicht nach der Post-, nach der Menopause sagen die ja, was soll ich mit der Blutung? Verstehe ich auch. Aber man muss klar sagen, es funktioniert nicht immer. Und das geht tatsächlich mit ... die Blutungsfreiheit kriegt man in dieser Perimenopause in aller Regel nur durch synthetische Gestagene hin, wenn überhaupt.

Katrin Simonsen

Und wenn ich Sie richtig verstehe, sagen Sie, in der Perimenopause ist es eigentlich Quatsch, Östrogen und Progesteron zu nehmen. Weil produzieren wir ja selber noch das Östrogen...?

Katrin Schaudig

Jein, auch da gibt es in der Perimenopause ja durchaus mal Phasen, wo wir von einem der Hormone zu wenig oder so viele haben. Also, gerade in der Übergangsphase muss man sehr genau gucken, wie stark ist der Zyklus gestört, unterfüttere ich nur den Zyklus so'n bisschen mit zusätzlichen Hormonen? Das kann man versuchen, das funktioniert auch in manchen Fällen. Aber manchmal funktioniert es eben gar nicht. Es ist, ich sage das wirklich immer: Die Perimenopause ist eine große Herausforderung für die Frauen, aber auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, weil es da so sehr schwankt. Und im Grunde muss man da auch tatsächlich alle drei bis sechs Monate mal

checken mit der Ärztin oder dem Arzt zusammen, wie funktioniert denn das gerade? Verabschiedet sich jetzt der Eierstock allmählich, dann wird es alles leichter. Dann kann man, wissen Sie, dann findet man irgendeine Therapie, die passt für die Frau, und die kann man dann nochmal eine Zeit lang nehmen. Da muss ich die Patientinnen auch nicht so oft sehen. In den anderen Situationen sehe ich die ganz oft alle drei Monate.

Katrin Simonsen

Und wenn ich Progesteron nehme und eben jetzt erstmal nur in der zweiten Hälfte meines Zyklus, und dann habe ich aber mal ein paar Monate praktisch keinen Zyklus – rechne ich mir das praktisch aus und nehme es dann auch in meinem theoretischen Ablauf?

Katrin Schaudig

Ja so ein bisschen, da muss man so ein bisschen, dann sage ich immer zum Beispiel immer ab dem ersten des Monats 14 Tage an Progesteron, oder ein Gestagen, weil man eben nie so richtig weiß, was passiert da eigentlich. Und dann wird auch immer wieder gefragt „Wenn ich anfangen zu bluten während der Progesteron-Phase, nehme ich es dann selber?“ Wissen Sie, ich weiß nicht, ob dann in dem Zyklus mein eigener Körper plötzlich einen Eisprung hatte und Progesteron ganz viel gemacht hat. Das ist schwer einzuschätzen. Das ist leider so. Da muss man sich so ein bisschen durchwurschteln.

Katrin Simonsen

Hm. Okay.

Katrin Schaudig

Hm. Ist unbefriedigend. Ich merke, dass das schon an Ihrer Reaktion, aber ich kann es nicht ändern. (lacht)

Katrin Simonsen

Ich stelle mir vor, wie unsere Hörerinnen ganz viele Fragezeichen im Kopf haben. (lacht)

Katrin Schaudig

Jaja, das ist mir klar. Aber das ist eben schwer zu beantworten und schon gar nicht so pauschal. Also es wäre wahnsinnig schön, wenn

wir eine pauschale Lösung hätten. Aber die gibt es leider nicht.

Katrin Simonsen

Okay, ich glaube, das wird jetzt nicht einfacher. Die Frage ist: Wie viel von dem Östrogengel nehme ich? Also wie entscheide ich, wieviel Hub ich nehmen muss. Also Hub – sage ich jetzt noch mal für alle, die es nicht kennen – dieses Gel gibt es in so Dosierspendern, da drückt man drauf, und dann kommt praktisch immer die gleiche Menge raus. Deshalb kann man das ganz gut portionieren. Manche Frauen nehmen einen Hub, manche zwei Hub. Gibt es eine Obergrenze?

Katrin Schaudig

Nein. Und da ist, also wir sind jetzt Mal in der Postmenopause. In der Perimenopause haben wir schon gesagt: Da schwankt es dauernd. Da ist es ganz schwierig. In der Postmenopause ist es tatsächlich so, dass die entscheidende Grenze zu entscheiden, was brauche ich jetzt, ist die Befindlichkeit. Wenn ich mich mit einem Hub super fühle – super, dann bleiben wir bei einem Hub. Ich sage meinen Patientinnen zum Beispiel häufig „Fangen Sie mal mit einem Hub an, und wenn Sie nach 14 Tagen den Eindruck haben – Nee, es hilft nicht wirklich, ich habe immer noch Hitzewallungen – dann gehen Sie auf zwei Hub“. Da würde ich immer dem Ganzen 14 Tage geben.

Mehr als zwei Hub, bevor wir darauf gehen, will ich die Patientin nochmal sehen. Und dann gibt es zwei Dinge, dann ist a) die Befindlichkeit und wenn Befindlichkeit und Dosis nicht zusammenpassen, mach ich einen Spiegel. Den mach ich aber wirklich nur dann und bittet daran denken: Beim Gel auf keinen Fall da abnehmen, wo sie das Gel an den Arm geschmiert haben. Und zwar mindestens für drei Tage. Also ich will sozusagen einen Arm, der seit drei Tagen clean ist von Östrogen. Das ist wichtig für den Spiegel. So, das heißt ich gucke mir das an.

Und jetzt sage ich mal – vielleicht erleichtert das die Hörerinnen: Ich habe Patientinnen, die

mit einem halben Hub superglücklich und beschwerdefrei sind. Und ich habe Patientinnen, die brauchen vier Hub für die gute Befindlichkeit. Und was die Sache vielleicht ein bisschen auch verständlicher macht, ist, dass offensichtlich – bei fünf Frauen kommt das Gel fünfmal unterschiedlich an. Das heißt bei manchen – ich messe dann natürlich mal ein Spiegel – sehe ich mit einem Hub: Guter Spiegel! Und bei manchen sehe ich zwei Hübe, drei Hübe – und irgendwie kommt nichts an. Da muss man so ein bisschen aufpassen, ob es vielleicht Wechselwirkungen mit Duschgelen, Duschöl ... Duschöle können zum Beispiel die Aufnahme durch die Haut also verschlechtern. Und dann gibt's auch Frauen, da kommt auch mit drei und vier Hub nichts an, dann steigen wir manchmal auf das Pflaster um oder auf das Spray.

Also das heißt, tatsächlich ist es so, es ist individuell sehr unterschiedlich wieviel Frauen resorbieren mit dem Gel oder dem Spray, auch mit dem Pflaster – also die Hautbeschaffenheit ist einfach unterschiedlich. Das Unterhautfettgewebe ist so. Und das ist, wenn Sie so wollen, vielleicht auch der kleine Schönheitsfehler der transdermalen Gabe, weil es eben auch unterschiedlich aufgenommen wird.

49:50

Katrin Simonsen

Was die Dosierung angeht – Sie haben es gerade schon erwähnt – müssen wir noch mal sagen, dass es ja unterschiedliche Präparate gibt, die auch unterschiedlich dosiert sind. Also da gibt dieses *Gynokadin*-Gel, das *Estreva*-Gel, dann gibt das *Lenzetto*, das ist ein Spray. Kann man so ungefähr sagen, so und so viel Milligramm für eine Anwendung, weil das *Lenzetto* ist wohl höher dosiert als diese Gels.

Katrin Schaudig

Ja, es stimmt leider nicht so ganz. Wenn Sie nur auf die Milligramm-Angabe gucken, dann können Sie leider die Anwendung mit dem *Lenzetto* überhaupt nicht vergleichen mit den Gelen. Die Gele können Sie vergleichen. Und da ist vielleicht ganz wichtig: In dem *Estreva* war –

also eigentlich nennen wir ja hier keine Namen, aber ich glaube müssen wir in dem Fall – Im *Estreva* ist zum Beispiel 0,5 mg Östradiol pro Hub, im *Gynokadin*-Gel ist 0,75 mg, also ein Drittel mehr. Das heißt wenn ich zwei Hübe *Gynokadin*-Gel nehme, habe ich die gleiche Dosis wie drei Hübe *Estreva*-Gel. Das kann man so sagen, das ist wichtig.

Es gibt auch das Gel noch in so Tütchen. Aber da muss man sagen, da habe ich natürlich die geringere Varianzbreite. Wenn ich sage „halber Hub“, dann empfehle ich immer den Frauen, „nehmen Sie den einen Hub auf ein Stückchen Papier als Wurst, und davon nehmen Sie die Hälfte zum Beispiel“. Damit kann man das wirklich runter dosieren. Aber entscheidend ist tatsächlich, dass pro Hub im *Estreva* und im *Gynokadin* unterschiedliche Mengen drin sind. Dass ist das eine und beim *Lenzetto*, bei dem Spray – das ist eigentlich auch, wie ich fand, als es eingeführt wurde eine super elegante Methode. Aber die Milligramm-Angabe, nochmal, können Sie nicht vergleichen mit dem, was bei den Gelen drin ist. Und auch da muss man sich so ein bisschen auf die Befindlichkeit der Frauen verlassen.

Meine Erfahrung im klinischen Alltag ist, dass ein Hub *Lenzetto* nicht so intensiv wirkt wie ein Hub Gel, sondern da brauchen Sie in den meisten Fällen mehr. Und ich habe auch da Patientinnen, die brauchen sechs Hübe *Lenzetto*, um beschwerdefrei zu sein. Und dann bin ich natürlich so ein bisschen verschreckt, so: „Oh mein Gott, was hat die für einen Östrogenspiegel?“, den messe ich dann mal und dann sehe ich nee, der ist auch tatsächlich nicht so hoch. Es gibt aber auch Frauen, die mit ein, zwei Hub *Lenzetto* gut klarkommen. Und da sehen Sie wieder: Hautbeschaffenheit spielt eine große Rolle, übrigens auch die Hautdurchblutung. Wenn es im Sommer extrem heiß ist, erleben wir das immer mal, dass die Frauen plötzlich sagen, boah ey, ich habe nichts geändert an meiner Dosis und plötzlich habe ich Brustspannen. Und dann kann es einfach sein, dass durch diese vermehrte Hautdurchblutung, durch die Hitze dann einfach auch mehr ankommt. Also Sie sehen, es gibt einfach Einflussgrößen, die man beachten kann.

Katrin Simonsen

Einen spannenden Fall hat uns Katharina geschrieben, die ist 53 und noch in der Perimenopause und leidet unter Muskelschmerzen, trockener Haut und glühend brennenden Händen, Unterarmen und Fußsohlen. Und sie bekommt Östrogen und Progesteron, und reagiert extrem sensibel darauf. Nimmt einen halben Hub Östrogengel, da geht es ihr besser, da werden die Beschwerden besser und von dem Progesteron, da bekommt sie aber Schlafstörungen und Herzklopfen, deshalb drückt sie die Kapsel jetzt aus und schmiert sich die Hälfte auf die Haut. Kann sie das so machen?

Katrin Schaudig

Nein, das kann sie nicht so machen. Also ein wichtiger Punkt ist, dass sie jetzt von dem Progesteron Schlafstörungen bekommt, finde ich relativ untypisch eigentlich. Aber was man wissen muss, geschlucktes Progesteron kann bei manchen Frauen a) Stimmungsschwankungen auslösen, wie dieses prämenstruelle dysphorische Syndrom. Also das muss man einfach wissen. Das ist nicht bei vielen Frauen, aber einen Teil, weiß ich nicht, fünf oder zehn Prozent reagiert negativ mit der Psyche. Auch ganz wichtig, geschlucktes Progesteron kann Kopfschmerzen auslösen und auch Schwindel. Das merken die Frauen oft nicht so, weil sie das abends nehmen vorm Schlafen, die schlafen dann vielleicht besser. Aber dieser Kopfschmerz, Kopfschmerzen oder Schwindel ist wichtig.

Was gibt es für Alternativen? Und das wäre jetzt auch vielleicht für die Patientinnen, die Hörerinnen, die nachfragen: Also über die Haut wird das Progesteron einfach nicht vernünftig standardmäßig resorbiert. Ein bisschen was kommt an, aber das ist so individuell unterschiedlich, dass ich mich da auf gar nichts verlassen würde. Was man machen kann, ist, dass man diese Progesteron Kapseln vaginal einführt. Dafür muss man die auch nicht aufstecken oder so, sondern die führt man ein. Und die lösen sich durch die Wärme in der Scheide auf und werden auch gut aufgenommen. Was da an der Gebärmutter Schleimhaut ankommt,

ist zum Beispiel besser und mehr als das, was ankommt, wenn sie es schlucken, weil die Verstoffwechslung über die Leber wieder wegfällt.

Also vaginales Progesteron ist eine gute Methode, um Kopfschmerz, Schwindel zu vermeiden. Was dann mit den Schlafstörungen passiert bei der Hörerin, das kann ich nicht voraussagen. Aber es gibt durchaus Frauen, die übertragen das natürliche Progesteron eben nicht so gut. Und dann ist eine gute Alternative, Dydrogesteron zu nehmen. Das ist von der Strukturformel praktisch identisch, hat aber einen kleinen Knick im Molekül und wird deswegen ein bisschen anders verstoffwechselt. Wenn man das schluckt, hat man erstens eine wirklich gute Schleimhaut-Wirksamkeit, also Gebärmutter Schleimhaut-Wirksamkeit, möglicherweise ein bisschen besser als Progesteron. Und diese Nebenwirkungen auf den Kopf fallen weg. Also Stimmung, Schlaf und auch Aggressivität, vielleicht Kopfschmerzen, Schwindel, das bleibt beim Dydrogesteron aus. Dafür hat es nicht diesen sehr schlafanstoßenden Effekt, den ja viele Frauen beim Progesteron sehr gerne mögen.

Katrin Simonsen

Hm...

Katrin Schaudig

Hm. Also meine Erfahrung ist, dass auch Östrogen den Schlaf schützt. Bei Ihrer Hörerin, die noch in der Perimenopause ist, können wir halt nie so richtig einschätzen – und da gibt es eben auch keinen Standard, die Hormonspiegel schwanken – und ob da gerade ein halber Hub Gel das Richtige ist, oder mehr oder weniger, ist total schwer zu sagen.

Katrin Simonsen

Wenn es ihr damit besser geht. Und es reicht...

Katrin Schaudig

Genau, ja. Aber sie muss schon aufpassen, dass sie genügend Gelbkörperhormon hat an der Gebärmutter Schleimhaut, und wie man das macht, muss sie im Einzelfall mit der Frauenärztin auch besprechen.

Katrin Simonsen

Ich fand es spannend mit diesem Hautjucken und -brennen. Und tatsächlich findet man das bei den Symptomen auch, die zu den Wechseljahren gerechnet werden.

Katrin Schaudig

Finde ich jetzt so ein bisschen untypisches Symptom, muss ich gestehen. Bei Hautjucken und -brennen, da muss man immer auch nochmal einen Neurologen mit einbeziehen, ob es eine Polyneuropathie sein kann, ob es eine neurologische Erkrankung ist. Ob ... also das Hautjucken könnte man noch am ehesten sich vorstellen aufgrund von einer Trockenheit, die tatsächlich Östrogenmangel-bedingt sein kann, kann auch übrigens Testosteronmangel-bedingt sein, theoretisch. Und wenn dann dieses Jucken der Haut, also die Trockenheit der Haut auch zu bestimmten Symptomen führt, wie Brennen oder so... aber bei Brennen muss ich gestehen, das finde ich jetzt ein bisschen untypisch für Wechseljahre. Da würde ich immer so ein bisschen die Ohren spitzen und denken: „Gehen Sie mal zum Neurologen oder auch zum Hautarzt“.

Katrin Simonsen

Sie haben es ja vorhin schon mal gesagt, dass gerade in der Perimenopause des extrem schwierig ist, mit bioidentischen Hormonen diese Schwankungen auszugleichen. Und dann haben Sie gesagt lieber mit einer Gestagen-Pille, den Zyklus sozusagen ein bisschen runterregulieren. Jetzt habe ich hier Fragen von drei Frauen, wo es praktisch darauf hinausläuft. Also zum Beispiel schreibt uns Sabine aus Österreich, 45, sie ist seit einem halben Jahr dünnhäutig, niedergeschlagen, traurig, aufbrausend. Im Alltag geht nur noch das Minimum, der Zyklus ist verkürzt. Nach der Blutung hat sie noch eine ganze Weile Schmierblutungen, die Brust spannt. Hitzewallungen hat sie allerdings noch nicht. Und der Frauenarzt sagt jetzt, der Hormonspiegel sei unauffällig, sie solle sich psychologische Hilfe holen. Jetzt fragt sie, wäre nicht diese Gestagen-Pille, weil sie hat uns auch schon zugehört, eine Lösung für sie? Und ähnlich auch Martina, die ist 50, hat

seit fünf Jahren Zyklusschwankungen, ist auch noch nicht in der Menopause, hat vor zwei Jahren die Hormonersatztherapie begonnen. Aber es hilft ihr irgendwie nicht. Und sie fragt jetzt auch – ist diese Monopille vielleicht die Lösung für sie?

Katrin Schaudig

Ja, gute Frage und freut mich so ein bisschen, dass offensichtlich doch einiges ankommt von dem was Sie und ich besprechen, Frau Simonsen. Das muss man ausprobieren. Ich will mal eines sagen: Es gibt Frauen, die mit einer bioidentischen Therapie in dieser Phase dann trotzdem happy sind. Also ich will nicht sagen „Hände weg von bioidentischen Hormonen“ in dieser Perimenopause... ausprobieren – Hauptsache, den Frauen geht es gut. Man muss noch immer gucken, dass die Gebärmutter-schleimhaut nicht verrückt spielt. Das ist wichtig.

Bei den geschilderten Hörerinnen würde ich unbedingt eine Gestagen-Monopille versuchen. Aber dann darf man eines nicht vergessen: Da muss man dann auch Östrogen dazugeben. Das macht man dann gern über die Haut. Man muss sich das so vorstellen, die Hormonspiegel im Augenblick bei diesen Frauen schwanken wahrscheinlich sehr stark. Das ist eben nicht mehr wie Ebbe und Flut im normalen Zyklus, sondern das sind Springfluten und Tsunamis. Und das Tsunami-Bild ist insofern passend, weil beim Tsunami läuft der Strand erst leer, und dann kommt so eine Riesewelle. Diese Tsunamis und Springfluten dämmen wir ein durch die Gestagen-Monopille. Und jetzt können Sie leider meine Handbewegung nicht sehen. Ich zeige das immer in so Wellenbewegungen. (lacht) Und jetzt haben wir mit den Gestagen-Monopillen immer noch so ein bisschen Wellen, immer noch so ein bisschen auf und ab.

Aber es kann dann sein, dass durch diese Unterdrückung des Eierstocks die Hormonproduktion von Östrogen aus dem Eierstock so in die Knie geht, dass die dann in den Mangel rutschen. Das kann also sein, die nehmen die und dann kommen die und sagen „Aber mir geht es jetzt trotzdem total schlecht“. Jetzt kommt das

Östrogen ins Spiel, das heißt gerade in der Perimenopause steige ich eigentlich meistens direkt ein mit der Gestagen-Monopille, die man auch bezahlen muss, weil die ist ja nur zur Empfängnisverhütung zugelassen – und dann aber direkt ein bisschen Östrogen dazu. Und dann muss man so ein bisschen gucken, ein, zwei Hübe von einem dieser beiden Gele zum Beispiel oder auch ein Pflaster, das kommt auf den Einzelfall an. Oder auch das Spray. Also da kann man alles versuchen. Aber ich würde dann bei der Gestagen-Monopille in der Perimenopause relativ großzügig direkt ein bisschen Östrogen dazunehmen.

Da kommt auch immer wieder dieses Kopfschmerzthema, hatten wir ja glaube ich auch schon paarmal: Sowohl zu wenig Östrogen als auch zu viel Östrogen kann Migräne triggern, ja? Das heißt, auch in Phasen, wo mein Eierstock gerade mal so eine Tsunami-Welle anschiebt, kann ich dann eine Migräne kriegen von zu viel Östrogen, und ich kann aber auch eine Migräne kriegen, weil man Spiegel in den Keller geht. Und deswegen ist es auch aus meiner Sicht wichtig, bei dieser Gestagen-Monopille, ein Östrogen dazuzugeben.

Katrin Simonsen

Und noch einmal zur Dosierung: Ich nehme diese Gestagen-Pille dann durchgängig?

Katrin Schaudig

Die nimmt man... ja, das gibt zwei auf dem Markt, die es gibt. Die eine hat eine viertägige Einnahmepause. Die kann man aber theoretisch weglassen. Ich würde eher sie weglassen. Diese Einnahmepause ist dazu gedacht, dass man dann in der Zeit eine Blutung hat. Aber wenn es einem um möglichst gleichmäßige Spiegel geht, kann man die auch weglassen. Und bei der anderen, die wir haben, das ist Desogestrel. Da gibt es ganz viele Generika. Die andere, ich glaube ich darf das sagen, wir haben nur eine – die heißt *Slinda*, und bei diesen Desogestrel-Monopillen haben wir ganz viele inzwischen, weil es die schon so lange auf dem Markt gibt. Muss man im Einzelfall schauen, würde ich aber auch alles beides eher durchgehend nehmen. An der Stelle muss man leider sagen: Der Schönheitsfehler dieser Gestagen-

Monopillen ist eben, dass sie leider häufig Zwischenblutungen machen. Sonst würde man ja sagen ja, kriegen diese alle, und auch die jungen Mädels schon, macht kein Risiko, ist ja super. Es macht halt leider keine so perfekte Blutkontrolle. Und da muss man im Einzelfall dann mal ein bisschen mehr Gel, Östrogen dazugeben, bisschen weniger. Auch in manchen Fällen braucht man tatsächlich zwei von diesen Gestagen-Monopillen am Tag und nicht eine. Und zwar immer dann, wenn der Eierstock besonders gerade wild ist, hätte ich jetzt mal fast gesagt, also ganz viel macht. Das ist aber individuell unterschiedlich. Also die Standardpillengeschichte wäre eine Gestagen-Monopille, und ein, zwei Hub Gel dazu. Und damit kommt man eigentlich ganz gut über diese Übergangsphase durch.

01:02:11

Katrin Simonsen

Es schreiben uns auch immer wieder Frauen, weil sie unsicher sind, ob ihre Probleme tatsächlich mit den Wechseljahren zusammenhängen, oder ob es andere Ursachen gibt. Da ist zum Beispiel Yvette, 54, und der wurde vor 14 Jahren die Gebärmutter entfernt. Sie blutet dadurch also schon lange nicht mehr. Aber sie sich unsicher, ob ihre Eierstöcke auch schon die Arbeit aufgegeben haben. Sie hat Beschwerden wie Schlafstörungen, Herzstolpern, Dünnhäutigkeit, Antriebslosigkeit, Panikattacken, juckende Scheide, Schmerzen beim Sex. Und sie fragt jetzt: „Wie merke ich ohne Gebärmutter, ob ich noch in den Wechseljahren bin und welche bioidentischen Hormone würden mir helfen? Müsste ich beides nehmen, Östrogen und Progesteron?“

Katrin Schaudig

Ich würde bei jemand mit 54 und Gebärmutterentfernungen vor 14 Jahren denken: Ich glaube irgendwie nicht, dass der Eierstock dann noch so viel macht. Und die trockene Scheide spricht eigentlich dafür, dass da doch schon überwiegend Östrogenmangel ist. Also da kann man mal einfach versuchen, mit Östrogen zu arbeiten, wenn der Eierstock nicht mehr arbeitet. Und das könnte man tatsächlich mal durch eine Blutuntersuchung rausfinden.

Aber auch da ist es immer nur so, das ist so eine Momentaufnahme. Aber wenn in dieser Momentaufnahme rauskommt: Ja, da ist noch Östrogen, und der Steuerungshormon FSH ist niedrig – dann würde ich sagen, die ist wahrscheinlich trotzdem in der Übergangsphase. Dann kann es sogar auch mal sein, dass man bei Zustand nach Gebärmutterentfernung, wo man ja eigentlich kein Gelbkörperhormon braucht, auch mal so einen Suppressionsversuch macht mit einer, das hört sich jetzt ganz verrückt an, Östrogen-freien Pille. Weil man denkt ja, die kann ja gar nicht mehr schwanger werden, ist ja ganz verrückt. Und wenn man aber doch den Eindruck hat, da sind immer mal wieder noch Zysten am Eierstock. Und da ist eine Aktivität, dann auch mal zumindest vorübergehend auf die Bremse drücken.

Katrin Simonsen

Okay, wir haben viele Fragen auch zum Progesteron bekommen. Da haben Sie einiges auch schon jetzt beantwortet in den vorhergehenden Fragen, aber also Progesteron, noch mal zur Erklärung: Gegenspieler vom Östrogen, im normalen Zyklus wird's nach dem Eisprung aus der Eihülle gebildet. Man spricht dann auch vom Gelbkörperhormon. Und dieses natürliche Progesteron wurde nachgebildet und kann jetzt für die bioidentische Hormontherapie als Kapsel eingesetzt werden. Gibt es tatsächlich nur Kapseln? Oder kann man auch Gels oder irgendetwas anderes verwenden?

Katrin Schaudig

Total wichtige Frage, vielen Dank. Es gibt einmal Progesteron, das gibt es auch schon ewig im Handel als Gel zur Lokalbehandlung der Brust bei Brustspannen. Aus der Überlegung heraus: Ist vielleicht ein zu viel Östrogen-Effekt an der Brust, und es kühlt die Brust auch und führt die ein bisschen runter – und es ist wirklich nur dafür zugelassen. Ansonsten ist das Problem beim transdermal angewandten Progesteron, also als Creme oder Gel. Das gibt es tatsächlich von Apotheken, die das herstellen. Das reicht aber zum Schutz der Gebärmutter-schleimhaut ganz sicher nicht aus.

Jetzt kommt so ein bisschen drauf an. Ich sehe immer mal wieder Patienten, die kriegen von irgendjemand diese – das sind so Individual-Rezepturen verschrieben, sagen „Ich nehme das Progesteron als Creme. Das tut mir total gut.“, dann sag ich: „Okay, wenn es Ihnen gut tut, nehmen Sie es. Damit schaden Sie sich wahrscheinlich nicht. Aber wenn ich im Hinterkopf habe, dass ich das Progesteron zum Schutz der Gebärmutter-schleimhaut einsetze, dann kann man sich auf die Progesteron-Creme einfach definitiv nicht verlassen. Ist mir eine ganz wichtige Botschaft. Insofern, und ansonsten, man kann es vaginal anwenden, da kann man einfach diese Kapsel nehmen.“

Im Kinderwunsch Bereich gibt es sogar Gele, die vaginal angewandt werden. Die sind auch ziemlich gut. Da kommt sehr viel von an. Die sind aber zum Teil sehr hoch dosiert. Und die sind eben nur für die Kinderwunschbehandlung zugelassen, nicht für die Postmenopause. Ich kenne auch keine Daten, wo man die angewandt hat in der Scheide. Aber rein theoretisch wäre das eine Option. Also langfristig würde ich mir schon wünschen, dass wir dafür die Frauen in der Meno- und Postmenopause mehr noch zur Verfügung haben. Aber im Moment gibt es im Wesentlichen für diese Frauen die Kapseln, die man schlucken kann. Und das sind genau die gleichen Kapseln, die man dann vaginal einführt.

Katrin Simonsen

Uns haben Hörerinnen geschrieben, die nehmen Östrogen, Progesteron. Und die eine fängt dann immer gleich an zu bluten, sobald sie mit dem Progesteron anfängt. Und bei der anderen hat sich durch das... also, oder sie denkt, dass vielleicht durch das Progesteron sich ihr Zyklus verkürzt hat, weil der der Abstand wird immer geringer.

Katrin Schaudig

Nein, der Abstand wird deswegen geringer, weil einfach im zunehmendem Prozess der Perimenopause die Zyklen sich verkürzen. Weil das endogen – also das vom Körper gebildete – Progesteron dann häufig nicht lang genug gebildet wird. Warum die dann immer mit dem

Progesteron anfangen zu bluten, das ist schwer einzuschätzen. Das hängt dann sicher mit dem Zyklus zusammen. Eine Progesteron-Gabe ist dann vielleicht nur so halbscharig, sage ich jetzt mal so, und wirkt am Endometrium bei hoch aufgebauten Gebären... – Entschuldigung Endometrium ist die Gebärmutter Schleimhaut – nicht ausreichend. Also wir sehen es immer mal wieder. Das zeigt natürlich schon auch, dass dieses Bio identisch Progesteron nicht so einen durchschlagenden stabilisierenden Effekt an der Schleimhaut hat, einfach, weil weniger ankommt als im normalen Zyklus. Das ist so. Ist dann auch immer die Frage: „Ja, wie soll lang soll ich denn jetzt das Progesteron noch nehmen?“ Ist schwer zu beantworten. Kommt wirklich auf den Einzelfall und auf den Zyklus an. Also, dass das genutzte Progesteron den Zyklus verkürzt, kann man definitiv verneinen. Die Zyklusverkürzung ist einfach ein natürlicher Prozess im perimenopausalen Übergang.

Katrin Simonsen

Dann wird auch immer wieder geschrieben: Progesteron wird ja nachgesagt, eine stimmungsaufhellende Wirkung zu haben. Und soll man es dafür dann eher oral oder vaginal einnehmen?

Katrin Schaudig

Danke für diese Frage. Also, ich habe nicht die Erfahrung, dass Progesteron stimmungsaufhellend macht. Und ich weiß auch nicht, warum das gesagt wird. Also was wir klar wissen, ist, dass Progesteron bei vielen Frauen eine sedierende Wirkung hat, also diese beruhigende Wirkung, also herunterfahrende Wirkung, und auch bei manchen Frauen eine angstlösende Wirkung hat. Wir wissen aber, dass Frauen ja in der zweiten Zyklushälfte unter dem Effekt des eigens gebildeten Progesterons mehr Stimmungsschwankungen haben als andere. Es steht sogar im Beipackzettel von Progesteron drin, dass es bei einzelnen Frauen sogar depressive Verstimmung verstärken kann.

Also das Progesteron stimmungsaufhellend ist, finde ich eine Aussage, die würde ich auf gar keinen Fall unterschreiben. Das stimmt irgendwie nicht. Also ich weiß nicht, warum das überall rumgeistert. Also es wirkt sedierend. Es

wirkt angstlösend. Es macht, wie der Hamburger sagt, so ein bisschen „bräsig“.

Und wenn sie mal Frauen fragen, die noch einen normalen Zyklus haben, dann fragen sie die mal „Sind Sie in der zweiten Zyklushälfte besser drauf?“. Das wäre ja sozusagen der Analogschluss. Da habe ich ganz viel eigenes Progesteron. Dann müssten die müsste die Stimmung bei allen Frauen in der zweiten Zyklushälfte heller sein. Also wenn es eine aufhellende Wirkung hat. Ich kenne aber keine Frau, die mir das sagt. Stimmt nicht – eine einzige Patientin habe ich, die sagt, „In der zweiten Zyklushälfte bin ich viel besser drauf.“ Aber das ist wirklich nur eine von tausenden von Frauen. Die meisten sagen „Nee, stimmungsmäßig merke ich keinen Unterschied“, oder aber sagen „Stimmungsmäßig bin ich schlechter drauf“. Also die stimmungsaufhellende Wirkung von Progesteron, die gibt es meines Erachtens nicht. Sorry, wenn ich das so sage.

Katrin Simonsen

Sie haben in einer unserer Podcast-Folgen mal erwähnt, dass man manchmal statt Progesteron lieber Dydrogesteron nimmt. Vorhin haben Sie es auch nochmal erzählt. Eine Hörerin will wissen: Hilft Dydrogesteron zum Beispiel besser bei Depressionen und Schlafstörungen?

Katrin Schaudig

Nein, das ... gegen die Schlafstörung hilft tatsächlich das natürliche Progesteron besser. – Auch nicht bei allen Frauen. Das hatten wir jetzt auch schon bei den Fragen. Es gibt auch Frauen, die reagieren da gar nicht. Sehe ich auch immer wieder in der Praxis. Aber grundsätzlich, das ist dieser sedierende Effekt, geht über den sogenannten GABA-Rezeptor am Gehirn und hat was mit der Verstoffwechslung von Progesteron zu tun, wenn wir es schlucken. Das heißt geschlucktes Progesteron ist schlafanstoßend. Das Dydrogesteron hat diesen Effekt nicht, weil es nämlich eben nicht in das zentrale Nervensystem eindringt, was den Vorteil hat, dass manche der Nebenwirkungen wegfallen, also kein Kopfschmerz, kein Schwindel, aber eben auch die schlafanstoßende Wir-

kung. Und auch bei depressiven Verstimmungen würde ich dem Progesteron keinen nennenswerten Effekt zuordnen. Aber der stimmungsaufhellende Effekt, der kommt dann auch durchs Östrogen. Und wenn ich genügend Östrogen nehme, habe ich auch einen Effekt auf den Schlaf. Das sehen wir auch immer wieder bei Frauen, die keine Gebärmutter haben und die sagen „Mit zwei Hub Gel,“ – die brauchen ja kein Gelbkörperhormon – „schlaf ich plötzlich wieder super“. Also auch das Östrogen hat da einen positiven Effekt. Und vor allen Dingen hat das Östrogen da den stimmungsaufhellenden Effekt.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, zum Schluss noch eine Frage zum Progesteron: Eine Hörerin fragt, ob sie eigentlich eigenverantwortlich selbst ein wenig experimentieren könne mit dem Progesteron. Sie soll in der zweiten Zyklushälfte 200 mg nehmen, hat dann aber Schwindel und Brustspannen, und überlegt, ob sie jetzt diesen Progesteron-Anstieg im Zyklus nachempfindet. Erst ein paar Tage 100 Milligramm, dann 200 und dann wieder 100. Ist das eine gute Idee?

Katrin Schaudig

Das ist auch eine komplett komplexe Frage. Also der Punkt ist so ein bisschen, mit den Progesteron-Kapseln, die wir da anwenden, haben wir sowieso viel niedrigere Spiegel als das, was der Körper eigentlich macht. Und im Körper ist es so, diese Progesteron-Produktion wird von der Hirnanhangsdrüse gesteuert. Und da haben wir eigentlich den Höhepunkt und den stabilsten Zeitpunkt zwischen dem fünften und siebten Tag nach dem Eisprung. Danach schwankt es dann wieder sehr. Also theoretisch könnte man das versuchen. Aber es war Kopfschmerz, glaube ich, ne? Was die Hörerin gerade gesagt hat. Da würde ich mal vaginal probieren.

Katrin Simonsen

Genau...Schwindel! Schwindel.

Katrin Schaudig

Ah Schwindel, genau. Das haben wir ja auch schon heute im Podcast mehrfach gesagt: Es

kann Schwindel machen. Als allererstes würde ich es mal vaginal probieren, mit vaginaler Anwendung ...

Katrin Simonsen

Okay. Und nicht experimentieren. (lacht)

Katrin Schaudig

Ja, das muss sie mit der Frauenärztin machen. Also ich glaube ehrlich gesagt, so wahnsinnig groß ist der Unterschied nicht, ob wir jetzt 100 mg oder 200 mg, wenn ich ganz ehrlich bin. Aber ich würde als erstes Mal eine vaginale Anwendung versuchen, weil dann wird es oft besser vertragen.

01:12:57

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, damit sind wir am Ende dieser heutigen Folge. Und tatsächlich, muss ich sagen, haben wir nur die Hälfte unserer Fragen geschafft. Aber wir waren ja sehr fleißig schon.

Katrin Schaudig

Wir waren fleißig, oder? Find ich auch!

Katrin Simonsen

Das heißt, den zweiten Teil gibt es dann in drei Wochen. Denn auch Frau Schaudig und ich gehen in eine kleine Weihnachtspause. Im neuen Jahr geht es dann aber weiter mit euren Fragen zur Hormonersatztherapie. Viele wollen ja wissen, ob man auch mit bestimmten Vorerkrankungen oder einer familiären Disposition für Brustkrebs und Thrombose eine Hormonersatztherapie beginnen kann. Und was hat es eigentlich mit dem Testosteron für Frauen auf sich? Und wie macht sich das bemerkbar, wenn das fehlt? Diese Themen und noch vieles mehr, dann in der kommenden Folge. Für heute bedanke ich mich recht herzlich! Schön, dass Sie wieder dabei waren. Hat wieder viel Spaß gemacht!

Katrin Schaudig

Ja, vielen Dank, Frau Simonsen. Mir hat es auch Spaß gemacht! Ja, tschüss!

Katrin Simonsen

Tschüss!

Danke fürs Zuhören, abonniert gern unseren Podcast und lasst auch eine Bewertung für uns da! Und natürlich freuen wir uns, wenn ihr uns weiterempfiehlt an eure Freundinnen, Schwestern, Kolleginnen, Töchter, Mütter und natürlich gern auch an eure Partner und Partnerinnen. Ihr könnt uns weiterhin auch gern schreiben an hormongesteuert@mdraktuell.de *Hormongesteuert* hört ihr überall da, wo ihr Podcasts hören könnt, und natürlich werbefrei in der App der ARD Audiothek.

Hormongesteuert – der Wechseljahre-Podcast mit Dr. Katrin Schaudig.

Diese Transkription ist ein Service der MDR Redaktion Barrierefreiheit. Mehr barrierefreie Angebote finden Sie hier: <https://www.mdr.de/barrierefreiheit/index.html>