

## Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

22.07.2024

Thema: Inkontinenz und Wechseljahre

### **Katrin Simonsen, Moderatorin**

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

### **Dr. Katrin Schaudig, Expertin**

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

### **Dr. Nicole Weirich, Gast**

Fachärztin für Urologie

#### **Links zur Sendung:**

Hormongesteuert #7 Scheidentrockenheit trifft nach der Menopause jede Frau:

<https://www.ardaudiothek.de/episode/hormongesteuert-der-wechseljahre-podcast-mit-dr-katrin-schaudig/7-scheidentrockenheit-nach-der-menopause-trifft-jede-frau/mdr-aktuell/13012241/>

Brisant: Inkontinenz und Blasenentzündung - Das hilft!

<https://www.brisant.de/gesundheit/sexualitaet/frauengesundheit/blasenentzuendung-inkontinenz-frau-100.html>

Podcast-Tipp "Ans Meer - Geschichten zwischen Wasser und Land":

[https://1.ard.de/ans\\_meer](https://1.ard.de/ans_meer)

#### **Katrin Simonsen**

Herzlich willkommen bei „Hormongesteuert“, der Podcast rund um die Wechseljahre. Wir sprechen hier ohne Vorbehalte über alle Themen rund um die Wechseljahre, wollen mit Tabus aufräumen, natürlich eure Fragen beantworten und ihr wisst, wir wollen euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers machen. Ich bin Katrin Simonsen, Moderatorin und Redakteurin bei MDR Aktuell. Die Expertin an meiner Seite ist Dr. Katrin Schaudig. Sie ist Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Hallo zu Ihnen, Frau Schaudig.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Hallo, Frau Simonsen. Ich sage auch Hallo nach Leipzig, ich freue mich sehr.

#### **Katrin Simonsen**

Wir sind heute wieder zu dritt. Und ich freue mich besonders, eine Ärztin aus meiner Heimat Thüringen für diesen Podcast gewonnen zu haben. Ich begrüße die Urologin Dr. Nicole Weirich. Hallo, schön, dass Sie dabei sind.

#### **Dr. Nicole Weirich**

Gern. Die Freude liegt ganz bei mir. Danke für die Gelegenheit, hier sprechen zu dürfen. Und es freut mich sehr.

#### **Katrin Simonsen**

Heute soll es bei uns um Inkontinenz, Blasenentzündungen, vaginale Atrophie und eben um all das gehen, was sich dann in den Wechseljahren im „Urogenitalbereich“ so heißt das wohl in der Fachsprache – ich würde einfach sagen „untenrum“ (lacht) ...

#### **Dr. Katrin Schaudig**

(Lacht) Das sagen manche Patientinnen auch.

#### **Katrin Simonsen**

... verändert und so Probleme einstellen. Und bevor wir jetzt gleich loslegen, will ich kurz mal unsere Gesprächspartnerin vorstellen. Nicole Weirich kommt eigentlich aus Österreich, hat in Graz Medizin studiert und dann in Pirna ihre Facharztausbildung gemacht. Danach hat sie einige Jahre in Sachsen als Urologin gearbeitet. Aktuell betreut sie im Helios MVZ in Sömmerda, in Thüringen als Urologin, viele Patientinnen und Patienten. Und seit knapp einem Jahr führt sie auch noch nebenbei eine Privatpraxis in Gotha. Dort kümmert sie sich schwerpunktmäßig um die Frauen in den Wechseljahren. Frau Weirich, warum ausgerechnet die Frauen in den Wechseljahren?

#### **Dr. Nicole Weirich**

Ja, das ist tatsächlich meine Mama, meine liebe, liebe Mama, die mich dazu so ein bisschen angestoßen hat. Die hat mit ihrem 46/47 Lebensjahr angefangen Schmerzen zu entwickeln in den Gelenken und war OP-Schwester und konnte wirklich ihren Lieblingsberuf dann nicht mehr länger ausüben, weil sie so Schmerzen hatte, dass sie nicht mehr instrumentieren konnte. Sie hat dann sozusagen auch Stimmungsschwankungen bekommen,

keine Hilfe weiter, immer nur Psychotherapie oder Psychopharmaka sogar aufgeschrieben, die sie aber nicht nehmen wollte. Durch die Schmerzen hat sie Kortisonbehandlungen bekommen, dadurch ist natürlich eine Insulinresistenz aufgetreten. Sie hat ein bisschen zugenommen, das schlecht schlafen ist bis heute noch so. Also, es ist ein Desaster, wie es eigentlich im Bilderbuch steht. Und ich habe mir gedacht, das kann doch nicht sein, da muss doch irgendwas dahinterstecken. Und es geht zu vielen Frauen so. Es geht ein Drittel der Frauen schlecht in der Menopause, wirklich schlecht, und jede siebente Frau kündigt ihren Job oder reduziert den, weil sie den nicht mehr ausüben kann. Und das sind für mich Zahlen, wo ich mich dahintergeklemmt habe, um wirklich Aufklärung, aktiv Aufklärung zu betreiben, um den armen Frauen, die wirklich Probleme haben, helfen zu können. Das war meine Intention.

03:20

#### **Katrin Simonsen**

Und sozusagen als Urologin sagen Sie, auch diese Probleme sind sozusagen massiv belastend für Frauen in den Wechseljahren?

#### **Dr. Nicole Weirich**

Also, die urologischen Probleme, richtig massiv. Also, ich betrachte, dass jetzt auch in dem MVZ, wo ich jetzt seit 14 Jahren ambulant tätig bin – also nicht in diesem, aber in den MVZs – dass die Frauen mit den Harnwegsinfekten, rezidivierende Harnwegsinfekte kommen, die auch wirklich schon jung sind und immer wieder die Antwort bekommen „nein, sie sind noch nicht in den Wechseljahren“ und eine Atrophie, in dem Bereich „untenrum“ einfach schon da ist und dadurch Probleme wie Harnwegsinfekte gehäuft auftreten. Und die sind wirklich, wirklich leidgeplagt. Ja, sehe ich hier tagtäglich.

#### **Katrin Simonsen**

Frau Schaudig, Inkontinenz, Blasenprobleme in den Wechseljahren. Reden da ihre Patientin-

nen offen darüber oder machen sie die Erfahrung, dass ist eher so ein Thema, das spricht man nicht von selbst an?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ich würde mal sagen, es wird noch eher angesprochen als Probleme mit der Sexualität, interessanterweise. Die Inkontinenz ist zwar auch schambehaftet, aber meine Erfahrung ist schon so, dass die Patientinnen dann mal sagen, da geht immer mal Urin ab, ich frage dann dezidiert nach. Es ist ein häufiges Problem. Wobei es natürlich ein Problem ist, das weiß Frau Weirich sicher besser als ich, was nicht nur und ausschließlich mit den Wechseljahren zusammenhängt, sondern schon multiple Ursachen hat, woher die Inkontinenz kommt. Ich habe mal die – bitte korrigieren Sie mich Frau Weirich – die wirklich dramatische Aussage gehört, dass die Hälfte aller Frauen in Altersheimen inkontinent sind. Vielleicht sind es sogar mehr.

#### **Dr. Nicole Weirich**

Es sind mehr hier.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Es sind mehr, ach sehen Sie, danke. Also, die Frauen fragen mich das. Wobei ich muss dann sagen, wenn es wirklich um das Thema Inkontinenz geht, da verweise ich dann meine Patientin an Spezialistinnen oder Spezialisten, die das dann noch einmal genau abklären, weil da ist es wirklich entscheidend, welcher Grund liegt der Inkontinenz im Einzelfall zugrunde. Da bin ich auch so ein bisschen draußen, das ist nicht mein Spezialgebiet. Insofern bin ich froh, dass es Frauen wie Frau Weirich gibt, die sich da gut damit auskennen. Also, ich sage denen dann, mit ihrer Inkontinenz sind Sie bei mir nicht so gut aufgehoben. Gehen Sie noch mal zum Spezialisten dafür.

#### **Katrin Simonsen**

Ich habe schon das Gefühl, dass das Thema Inkontinenz extrem schambehaftet ist. Und deshalb denke ich, ist es vielleicht ganz gut, wenn wir heute da mal so ein paar Dinge, grundlegende Dinge aufklären. Wir fangen mal mit

dem an, was sie auch gerade gesagt haben: Inkontinenz ist nicht unbedingt nur ein Problem der Wechseljahre. Wie oft tritt das auf, Frau Weirich?

**Dr. Nicole Weirich**

Wir sprechen ja von Inkontinenz. Das ist sozusagen die fehlende oder mangelnde Fähigkeit den Urin zu halten oder auch kontrolliert abzugeben. D. h., es kommt zu unkontrollierten Urinverlust und da muss man unterscheiden. Es gibt drei verschiedene Inkontinenzbereiche. Es gibt die Belastungs- oder Stressinkontinenz, d. h., wir verlieren Urin bei körperlicher Anstrengung wie beim Husten, Niesen, Treppensteigen, das ist Grad 1. Dann kann es aber, wenn wir da nicht vorher schon mal irgendetwas tun, dann kann es in Grad 2 übergehen, d. h. auch beim Gehen oder beim Aufstehen. Oder dann wirklich in Grad 3, das ist dann oft in diesen Altersheimen, wenn wir das sehen, dann wirklich auch im Liegen, das Urin verloren wird. Also, das ist diese Stress- /Belastungsinkontinenz vs. der Dranginkontinenz. D. h. der plötzliche Drang schießt ein, ich sag den Frauen immer, wenn sie dann beim Netto einkaufen sind, sie stehen an der Kasse und dann schießt der Drang ein und sie können es nicht auf Toilette schaffen. Das ist der Drang. D. h. ich erreiche meine Toilette nicht rechtzeitig. Und dann geht was ab. Das sind zwei völlig unterschiedliche Mechanismen, die da zugange sind und auch völlig verschiedene Therapieansätze. Und natürlich gibt es dann diese Mischinkontinenz, d. h. aus diesen beiden Formen sowohl ein bisschen Stress als auch ein bisschen Drang die wir uns sich schon genau angucken müssen.

07:32

**Katrin Simonsen**

Und Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer, habe ich gelesen.

**Dr. Nicole Weirich**

Richtig. Also, Frauen sind deutlich häufiger betroffen, weil sie ja erstens Schwangerschaften hinter sich haben, eine Beckenbodenbelastung, eine vaginale Geburt oder überhaupt

eine Geburt. Und Drang trifft Männer auch, aber das ist so eine Stress- oder Reizblase. Die sind auch eher nervös, aber zahlenmäßig ist da jetzt nicht so der Unterschied. Später dann trifft es auch Männer, die jetzt eine radikale Prostatektomie hinter sich haben, die natürlich dann auch stress- oder belastungsinkontinent sind. Also, man kann es pauschal nicht sagen. Aber ja, Frauen trifft es deswegen häufiger wegen der Geburten, die wir hinter uns haben.

**Katrin Simonsen**

Und was gibt es da für Zahlen, wie viele der Frauen sind dann inkontinent nach der Geburt?

**Dr. Nicole Weirich**

Also, wir sagen jede vierte Frau nach der Entbindung hat ein Problem mit dem Urinhalten, was sich dann auch wieder legen kann. Aber das sind verschiedene Faktoren, warum es auch dazu kommt. Und das ist das Alter der Frau. Das Alter der Erstgebärenden ist ein ganz wichtiges Thema. Es gibt Studien aus Brasilien, die sind im Sommer 2020 rausgekommen, das über 30-Jährige im Vergleich zu unter 20-Jährigen ein doppelt so hohes Risiko haben, an Inkontinenz nach der Geburt zu leiden. Oder eine Publikation aus Israel, das 40-jährige Erstgebärende zu 38,5 % nach einer vaginalen Geburt inkontinent sind. Ich meine, das sind schon Zahlen. Bei Frauen, die um das 26. Lebensjahr geboren haben, da liegt die Prävalenz für eine Inkontinenz bei 9,8 %. Und man darf nicht vergessen, in Europa sind ein Drittel der 35-Jährigen, die gebären. D. h. 45 % der Frauen bekommen ihr erstes Kind zwischen 30 und 39 Jahren. Also, da sprechen wir schon von ordentlichen Zahlen.

**Katrin Simonsen**

Aber das ist ein Thema, da muss ich sagen, was mir wirklich neu ist, in dieser Dimension. Frau Schaudig, wussten Sie, dass das wirklich so viele junge Frauen betrifft?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, wobei ich glaube, Frau Weirich, wenn ich Sie richtig verstehe, diese Inkontinenz tritt ja

nicht sofort nach der Geburt ein, oder? Sondern kann sich dann aufgrund dieser Geburtstraumas, wie man mal sagen kann, dann erst im Laufe der Zeit entwickeln oder sehe ich das falsch?

**Dr. Nicole Weirich**

Genau. Es gab eine Studie aus der Universität Birmingham. Da haben sie 3700 Frauen langzeitbeobachtet. Und das sind schon Zahlen, die haben mich auch erschreckt. Von denen, die drei Monate nach der Geburt inkontinent waren, waren es auch 76,4 % noch zwölf Jahre danach. Also, doch schon ganz schön viel, ne?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, ich habe da auch noch eine Frage, Frau Weirich, diese geburtsbedingte Inkontinenz, das betrifft doch aber überwiegend die Belastungsinkontinenz oder mache ich da einen Denkfehler?

**Dr. Nicole Weirich**

Nein, machen sie nicht. Es ist so, durch diesen Geburtsvorgang, wir haben dieses *Ligamentum pubovesicale*, das liegt, an der Symphysis angeheftet, um die Harnröhre. Das ist ein Band. Also, wir haben ja ganz viele Faszien und Strukturen und Bänder in dem Beckenbodenbereich. Und wie dürfen nicht vergessen, dieser Beckenbodenbereich, der dehnt sich so im Schnitt zu 40 cm auf und da kann es zu einer Überdehnung dieses eines – also, es gibt natürlich mehrere Bänder, aber es geht vor allem um dieses Ligament, das um die Harnröhre drum rumliegt. Und das wird gedehnt. Und das ist auch etwas, was ich denn Frauen immer gerne mitgebe: wenn wir vaginal geboren haben und es ist diese Überdehnung des Bandes da, dann sollten wir danach wirklich die sechs Wochen Ruhe halten, also nicht sofort mit dem Beckenbodentraining anfangen. Weil, wenn wir uns ein Bein umknicken oder den Fuß umknicken und ein Band überdehnt haben, dann stellen wir es ja auch erst mal ruhig. Und so sollte das mit dem Beckenboden auch sein. Und danach erst wirklich anfangen Beckenbodentraining zu machen und wirklich auch von Fachleuten, die sich damit wirklich auskennen.

Also, man kann tatsächlich auch mit dem Beckenbodentraining, wenn man es zu früh nach der Geburt macht oder eben auch falsch macht, kann man auch wirklich viel falsch machen.

11:39

**Katrin Simonsen**

Aber heißt das jetzt, dass sozusagen die 25 % der jungen Frauen, die dann inkontinent bleiben, dass die einfach nur ihre Beckenbodenübungen nicht ordentlich gemacht haben?

**Dr. Nicole Weirich**

Ich glaube, ich muss auch was einwerfen aus der geburtshilflichen Sicht. Das ist ja bei mir schon lange her. Ich habe schon wahnsinnig lange nicht mehr im Kreißaal gearbeitet. Aber es spielt ja, glaube ich, soweit ich weiß, auch eine Rolle, wie traumatisch die Geburt war. Und da gibt es ja völlig unterschiedliche Varianten, ob es zu Verletzungen und Einrissen im Bereich der Beckenbodenmuskulatur gekommen ist. Also, sie haben völlig recht, da werden ja die Bänder gedehnt, das ist das eine, aber ein gedehntes Band, da hat man ja zumindest die Hoffnung, dass es sich wieder ein bisschen einfängt. Aber wenn es zu richtigen Rissen in diesem sehr komplexen Geflecht der Muskeln im Beckenboden gekommen ist, da kann man glaube ich, Frau Simonsen, noch so viel Gymnastik machen. Wenn da wirklich was kaputt ist, das ist dann tatsächlich schwierig.

**Dr. Nicole Weirich**

Ja, absolut. Genauso ist es.

**Katrin Simonsen**

Ich habe das nur deshalb so ein bisschen auch härter formuliert, weil ich glaube, dass das Problem ist, dass viele Frauen, die dann – was weiß ich – mit 30 entbunden haben, die dann dieses Inkontinenzproblemen haben, dass sie immer die Schuld so ein bisschen bei sich suchen. Und ich finde es spannend zu sagen, nein, ihr müsst euch da gar kein schlechtes Gewissen machen. Sucht euch bitte Hilfe, weil vielleicht liegt es gar nicht daran, dass ihr die Übungen nicht ständig gemacht habt. Vielleicht gibt es eben ganz andere Probleme.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ich finde es ist jetzt noch mal ein interessantes Thema, Frau Simonsen, insofern, weil es übrigens auch wieder zeigt, dass Frauen gerne immer die Schuld bei sich suchen. Also, wir sind an vielen Dingen nicht schuld. Wir sind auch nicht schuld daran, wenn wir schwitzen oder Hitzewallungen haben oder schlecht schlafen in den Wechseljahren. Aber es ist gut, dass Sie das sagen, Frau Simonsen, vieles ist einfach auch einfach von der Natur gegeben. Es gibt dann auch Frauen, die haben eine Bindegewebschwäche oder – und ich sage noch einmal – Verletzungen bei operativen Geburten wie Saugglocken-, Zangenentbindungen, die machen schon was. Ich muss immer aufpassen, dass nicht alle sagen, ich will jetzt einen Kaiserschnitt, damit das nicht passiert. Aber das wird ja durchaus bei Gynäkologen und Geburtshelfern heftig und kontrovers diskutiert. Ich denke mal die Urologin unter uns, also Frau Weirich, sie würden denken, Kaiserschnitt ist auf jeden Fall besser für einen Beckenboden.

### **Dr. Nicole Weirich**

Ja, leider. Wenn man sich die Zahlen anschaut, ist in 31 % der Frauen inkontinent nach sechs Monaten vs. 12 % bei Sektio, nach Kaiserschnitt. Das war eine Studie aus Göteborg. Die haben das tatsächlich aufgezeigt.

14:19

### **Dr. Katrin Schaudig**

Man muss an der Stelle sagen, der Kaiserschnitt als solcher birgt natürlich wieder andere Risiken. Es ist zum Beispiel so, die Narkose ist schwieriger bei einer hochschwangeren Frau als bei einer Nicht-Schwangeren. Ich hoffe, jetzt hören keine Anästhesisten zu. Aber da muss man immer aufpassen. Also, es ist schon ein sehr komplexes Thema, was wir auch jetzt vielleicht noch nicht genannt haben, ist natürlich auch die Adipositas, also das Übergewicht. Also übergewichtige Frauen – also, Frau Weirich, bitte nochmal, korrigieren Sie mich! – Ich habe mir mal so mitgenommen aus meinem wirklich schlechten uro-gynäkologischen Wissen, dass die wichtigsten Risikofaktoren für die Stressinkontinenz wohlgermerkt, also, das

ist diese Inkontinenz beim Husten, Niesen, Pressen, Lachen, Laufen, dass das an sich einmal viele Geburten sind und zum anderen Adipositas, also deutliches Übergewicht.

### **Dr. Nicole Weirich**

Das stimmt definitiv. BMI vor der Schwangerschaft ist wichtig, aber auch eine exzessive Gewichtszunahme während der Schwangerschaft ist ein Faktor. Oder auch, dürfen wir nicht vergessen, es gibt ja Inkontinenz schon vor der Schwangerschaft, die Frauen gar nicht so erwähnen. Oder die Frauen, die in der Schwangerschaft schon inkontinent sind, die könnten schon Beckenboden da machen. Also, das ist dann, wenn die Austreibungsphase während der Geburt sehr lange dauert, wenn die über eine Stunde ist, nachdem der Muttermund vollständig dilatiert ist, ist dann ein gewisses Risiko des Gestationsdiabetes da.

### **Katrin Simonsen**

Also, das ist dieses Schwangerschaftsdiabetes. Entschuldigung, ich musste übersetzen.

### **Dr. Nicole Weirich**

Das Schwangerschaftsdiabetes, richtig. Also, die haben meistens sehr große Kinder auch und sehr schwere Kinder. Also, Gewicht des Kindes, Kopfumfang ist auch ein Faktor. Ja, das sind alles Faktoren. Na klar.

### **Katrin Simonsen**

Jetzt wollen wir endlich zu den Frauen in den Wechseljahren kommen, die uns ja auch zuhören. Ich nehme aber an, wenn ich sozusagen schon mit dieser Inkontinenz nach meinen zwei Geburten starte in die Wechseljahre sind das keine besonders guten Voraussetzungen?

### **Dr. Nicole Weirich**

Ja, da haben sie recht. Weil das Problem ist, wenn die Frau jetzt schon so ein bisschen beim Trampolin hüpfen oder beim Spielen mit den Kindern und Treppensteigen Urin verliert, dann ist das Bindegewebe schon ein bisschen schwächer. Und wenn jetzt wirklich die Atrophie in der Perimenopause mit dazu kommt oder Menopause, dann verliert das Gewebe ja noch mehr an Elastizität und an Stabilität. Und dann wird nicht nur die Belastung größer, die

Belastungsinkontinenz wird größer, sondern auch die Drangproblematik kommt dann dazu.

**Katrin Simonsen**

Und sie haben gerade die Atrophie schon angesprochen, Frau Schaudig, da kommen sie wieder ins Spiel, nämlich was verändert sich dann hormonell bei uns?

**Dr. Katrin Schaudig**

Naja, die Östrogene gehen runter, und wir sind ja dann ... also, meiner Erfahrung ist, dass dieses lokale Problem schon stärker nach der Perimenopause ist, also zu dem Zeitpunkt, wenn gar kein Östrogen mehr da ist. Und das haben wir ja auch schon in diesem Podcast besprochen. Da wird die Scheidenwand dünner, dünner, dünner. Die Labien werden kleiner, kleiner, kleiner, der ganze Scheideneingang verengt sich, und das Problem ist dann, dass auch die Harnröhrenöffnung und der untere Teil der Harnröhre hormonabhängig ist. Und da kommen jetzt dann Nervenendigungen ins Spiel. D. h., wir haben da so mehrere Aspekte. Und was die Inkontinenz betrifft, das ist zumindest meine Kenntnis, ist, dass die Innervierung des Blasens- und des äußeren Harnröhrenverschlussmechanismus sozusagen hormonabhängig ist und dass diese Dranginkontinenz, die sie gerade so schön geschildert haben, Frau Weirich, dass man im Supermarkt an der Kasse steht oder was ich auch sehr schön finde, ist das Bild, wenn man die Haustür aufschließt und es dann plötzlich nicht mehr bis zur Toilette schafft. Also, ein Kollege von mir sagt immer das „Schlüssel-Syndrom“, dass man irgendwie schon daran denkt an die Toilette, und plötzlich werden irgendwelche neuronalen Verschaltungen losgelöst, und es kommt zu dieser Dranginkontinenz. Man sagt auch der imperative Harndrang, dass man den auch einfach plötzlich nicht mehr kontrollieren kann. Und das ist, glaube ich, ein Östrogenmangelsymptom auch der Nervenendigungen im Bereich der ableitenden Harnwege.

18:44

**Dr. Nicole Weirich**

Exakt und die Handblase trichtert sich mehr.

Die trichtert sich so nach unten, und dadurch wird auch nochmal der Drang verstärkt.

**Katrin Simonsen**

Ich habe gelernt in der Vorbereitung, dass auch die Blase Östrogenrezeptoren hat.

**Dr. Nicole Weirich**

Exakt, wenn die Östrogenrezeptoren nicht mehr da sind, dann kommt es zu dieser Atrophie. Also, zu dieser Rückbildung der Schleimhaut, die wird dünner, die wird trocken, die wird rauer, die wird rissig. Es kommt auch zu einer gewissen Senkung. Auch der pH-Wert verändert sich. Also, das ganze „Untenum“ verändert sich und man merkt es oft bei jungen Frauen. Also bei mir kommen ja auch schon Ende 30er, die damit ganz schlimme Probleme haben. Und da gehen die dann zu Gynäkologen, und die sagen, sie sind noch viel zu jung für die Wechseljahre. Und irgendwann landen die dann doch bei uns. Und ich kann der ganz leicht mit Östrogencreme wieder Abhilfe schaffen. Also man denkt oft nicht daran, dass es wirklich das erste Symptom ist einer Perimenopause. Also, ich sehe das oft wirklich das schon nicht nur postmenopausal, sondern wirklich schon als ein erstes Anzeichen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Das finde ich interessant.

**Dr. Nicole Weirich**

Das sind gar nicht so wenige Frauen. Und wenn das alles in Ordnung ist, dann kriegen die Östrogen lokal, also, Estriol lokal aufgeschrieben, äußerlich und innerlich. Und dann baut sich die Schleimhaut wieder auf, und dann wird das alles wieder ein bisschen satter, straffer. Und das merken die Frauen auch. Das brennt oft die erste Zeit ganz fürchterlich, so die ersten zwei Wochen. Weil durch diese Atrophie – ich beschreibe das immer wie so einen trockenen Wüstenboden und auf den regnet es und dann ist der Boden einfach überfordert – so ist das mit der Schleimhaut auch oft, und nach zwei, drei Wochen merken die Frauen wirklich, okay, es wird fühlt sich einfach wieder fitter an, da untern, es tut nicht alles so weh.

**Katrin Simonsen**

Über diese Estriol Creme und die vaginale Atrophie haben wir in Folge #7 ausführlich gesprochen. Wer sich das noch mal anhören will, wir werden das Ganze auch in den *Shownotes* nochmal verlinken. Ich will aber noch mal zurückkommen, sie haben gesagt, diese Blasenprobleme sind oft das erste Anzeichen der Perimenopause. Was genau beschreiben die Frauen denn dann?

20:56

**Dr. Nicole Weirich**

Die haben Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Ich frage immer, ob das ein Grund ist, auch mitbedingt und dann haben sie halt einfach drang auf Toilette zu gehen, also diesen einschließenden imperativen Harndrang. Und sie haben immer wiederkehrende Harnwegsinfekte und die kriegen dann ein Antibiotikum nach dem nächsten. Und dann haben sie oft schon elf Antibiotika gehabt und sind verzweifelt, weil es trotzdem noch wehtut und sie keine Ruhe „untenrum“ reinkriegen.

**Katrin Simonsen**

Und diese Blaseninfekte, die haben auch was damit zu tun, dass sich die Harnröhre verkürzt und alles trockener wird. Weil, darüber haben wir glaube ich auch in Folge #7 gesprochen, Frau Schaudig, das Ganze Scheidenklima sozusagen auch durcheinandergerät und die Bakterien sozusagen besseres Spiel haben.

**Dr. Katrin Schaudig**

Na ja, Nein. Der Punkt ist, wir haben diese Schutzbarriere durch die Milchsäurebakterien der Scheide, die fällt schon mal weg und auch diese ganze Trockenheit und Atrophie, wie wir Mediziner ja sagen, dazu beiträgt, dass man sich quasi leichter einen Infekt einfängt. Richtig?

**Dr. Nicole Weirich**

Genau. Wir haben einen neutralen pH-Wert, jetzt unten, nicht mehr sauer. Sauer schützt uns vor Bakterien, und das wird neutral bis Basis sogar. Das ist der eine Punkt. Und dann verkürzt sich die Harnröhre. D. h. auch da geht es

leichter – wir haben ja nur einen knappen Zentimeter Harnröhre, das ist dann vielleicht dann noch ein halber Zentimeter – und das reicht einfach. Wir haben die E. coli darunter, das sind die Bakterien. So reinlich können wir gar nicht sein. Da haben die einfach ein leichtes Spiel.

**Katrin Simonsen**

Und wie viele Frauen sind eigentlich dann nach der Menopause von Inkontinenz betroffen? Gibt es da auch Zahlen?

**Dr. Nicole Weirich**

Ja, die gibt es sogar vom RKI. Das ist die Ep-Inkon-Studie gewesen, die beschreiben die 45- bis 59-Jährigen. Da sind 15 % stressinkontinent. Also, die bei der Belastung Urin verlieren. 18 % Drang, also, das, was wir jetzt gerade besprochen haben und 33 % insgesamt. Das ist schon ordentlich. Also, ich habe mir bei den Zahlen schon gedacht, „oh mein Gott“. Und über 60-Jährige – passt mal auf – über 60-Jährige haben 33 %. Also, 15 % versus 33 % Stressinkontinenz. Und 18 % versus 45 % Drankontinenz und insgesamt 53 % Mischinkontinenz. Also, das sind schon zahlen müssen, sagt, „waaah, gruselig!“

**Katrin Simonsen**

Da wollen wir ja alle nicht hinkommen. Und viele werden jetzt sagen, „oh je, oh je, bei mir sieht es auch gerade nicht mehr so gut aus, mit dem Trampolinspringen, mit dem Joggen gehen und manchmal habe ich auch die Dranginkontinenz“. Was kann ich denn jetzt noch tun, damit ich nicht sozusagen Gefahr laufe, dann als 80-Jährige im Pflegeheim komplett inkontinent zu sein?

**Dr. Nicole Weirich**

Ich schaue mir die Frau an, je nach Alter, je nach Konstitution und je nach Problematik. Ich würde jeder, die stressinkontinent ist, den Beckenboden anschauen. Und je nach Alter ihr immer ein Estriol Creme aufschreiben. Also, das geht bei mir weg, wie die warmen Semmeln, diese Creme. Ich finde die so essenziell, es sollte eigentlich jede Frau diese Creme in der Schublade haben, weil sie wirklich so

schützend ist, vor der Atrophie, auch bei 60-Jährigen, auch bei 80-Jährigen. Ich verschreibe die auch wirklich noch 80-Jährigen, die auch ständig ihre Infekte haben und Probleme. Und selbst bei denen hilft das nach zwei bis drei Wochen. Ganz toll. Die Estriol Creme ist Standard, muss sein. Und ansonsten, wenn jüngere kommen, wie gesagt Beckenbodentraining, Physiotherapie, Biofeedback. Ich arbeite gerne mit Kohnen, also mit solchen gewichten, die dann aber wirklich trainingseinheitsmäßig benutzt werden müssen. Die dürfen nicht zu lang trainiert sein und nicht zu viel, nicht zu übertrainiert. Und die Lasertherapie finde ich persönlich ganz toll. Also man schickt wirklich warme Impulse tief in die Schleimhaut hinein, die nichts Anderes machen, als die Kollagensynthese und die elastischen Fasern dazu zu bringen, neu sich anzuregen, sich neu zu bilden. Mehr ist es nicht, aber es wirkt wirklich Wunder.

**Katrin Simonsen**

Und Lasertherapie, denke ich mal, ist eine Privatleistung.

**Dr. Nicole Weirich**

Richtig ja. Noch ja, ich hoffe, wir sind in der deutschen Kontinenz-Gesellschaft dran. Ich bin ja schon wirklich dankbar, dass es jetzt seit letztem Jahr auch wirklich ein großes Thema wird. Also, es kommen immer mehr, die das machen. Es kommen Erfahrungsberichte. Es kommen Langzeitberichte. Also, das ist etwas, was in Amerika schon gang und gäbe ist und in Deutschland jetzt gerade Einzug findet. Aber ich finde es eine so wichtige und tolle Methode, den Frauen zu helfen.

25:47

**Katrin Simonsen**

Übrigens Frau Schaudig, sie hat es zwar jetzt nicht selber gesagt, ist auch großer Fan der Estriol Creme.

**Dr. Katrin Schaudig**

Absolut, absolut. Also, ich sehe es auch so, das wird zu wenig verschrieben. Also, ich sehe ja, es vergeht nicht ein Sprechstundentag, wo ich

nicht ein/zwei Patienten habe, mit genau diesem Thema. Ich hatte heute auch wieder jemanden. Es ist eben leider nicht immer so einfach, aber mir fällt dann immer wieder auf, auch heute die, der hatte ich mal so eine Creme verschrieben. Die nahm jetzt wieder Zäpfchen. Aber die Zäpfchen sind eben nur in den oberen Zweidrittel der Scheide wirksam und die Harnröhre, die ist ja eher so im unteren Drittel lokalisiert. D. h. spätestens dann, wenn ich auch einen ein Dranginkontinenzproblem habe oder viel Harnwegsinfekte, spätestens dann ist aus meiner Sicht noch mal essenziell wichtig, die Creme zu nehmen, die man eben im äußeren Drittel der Scheide anwendet. Und auch im Bereich der äußeren Geschlechtsorgane. Also, ich bin auch ein großer Fan der Estriol Creme. Manchmal reicht die auch nicht aus. Dann müssen wir so ein bisschen in die Trickkiste greifen. Aber das ist dann schon sehr – wie soll ich es mal sagen – sehr speziell also. Der Standard ist die absolute Estriol Creme. Frau Weirich, sie haben noch angesprochen, dass das am Anfang eben doll brennt. Auch da ist meine Empfehlung immer, behalten Sie die Nerven, sage ich zur Patientin, das hört auf. Sie müssen sich nur daran gewöhnen. Ja, weil, wie sie sagten, es ist halt alles ganz wund und trocken, und das wird dann besser, wenn man das konsequent benutzt.

**Dr. Nicole Weirich**

Genau, das sage ich auch jedes Mal den Patienten. Ich sage das immer mit dazu. Das zweite, was ich sage, schmeißen Sie den Beipackzettel weg, bitte, es entsteht keine Thrombose. Es entsteht keine Embolie, sie kriegen, keinen Brustkrebs davon. Das ist ganz furchtbar.

**Katrin Simonsen**

Weil sie das gerade sagen, mit dem Beipackzettel. Da habe ich nämlich eine schöne Frage von einer Hörerin. Die hatte die Estriol Creme zuerst nicht genommen, weil sie Angst hatte vor Thrombose und Brustkrebs. Dann hat sie sie genommen, weil die Beschwerden schlimmer wurden. Jetzt geht es ihr eigentlich ganz gut. Jetzt hat sie in den Beipackzettel geschaut,



und da steht im Prinzip, „über 65 bitte nicht mehr nehmen.“ Und sie fragt jetzt, was mache ich denn dann nach 65?

**Dr. Nicole Weirich**

Es ist furchtbar, oder?

27:59

**Katrin Simonsen**

Es ist furchtbar. Also, ich muss dazu sagen, ich hatte neulich mal einen Vortrag über den Umgang mit Beipackzetteln, weil es wirklich dramatisch ist. Das Problem ist damit, man versteht, warum die Behörde sowas macht, es könnte ja durchaus ein Skeptiker kommen und sagen ja, wenn das doch im Beipackzettel steht, dann muss doch was dran sein. Der Punkt ist, das, was die Firmen in die Beipackzettel schreiben müssen, das wird ihnen von einer Behörde vorgegeben. Das ist ja auch gut so, dass die Behörde vor Risiken warnt. Also, dass die Behörde will, dass das Firmen in ihrem Beipackzettel auf mögliche Nebenwirkungen hinweisen. Nur, in dem Fall sind quasi die Beipackzettel für alles, wo ein Östrogen drin ist, das Gleiche mehr oder minder. Und man sagt dann, okay, Östrogen ist Östrogen, ist Östrogen, egal, wo und wie ich das anwende. Und es macht was am Brustkrebsrisiko und das kann die Thrombose erhöhen und so weiter. Das eigentlich gerade das Thromboserisiko nur dann gilt, wenn ich das klassische 17-beta-Östradiol, also das Östrogen, was der Eierstock macht, wenn ich das schlucke, erhöhe ich mein Thromboserisiko. Das gilt schon nicht mehr, wenn ich das über die Haut zu führe. Da haben wir auch super viele Daten. Also, als Gel, Spray oder Pflaster. Trotzdem steht auch da im Beipackzettel wieder „erhöht das Thromboserisiko“. Und eigentlich ist es ein bisschen skandalös und ich finde, man müsste ... haben wir nicht, Frau Weirich im letzten Parlamentarischen Abend, wo wir beide saßen, da habe ich doch dazu was gesagt, dass man daran mal was ändern müsste.

**Dr. Nicole Weirich**

Müssen wir.

**Dr. Katrin Schaudig**

Müssen wir, aber ich weiß nicht, wie wir es hinkriegen.

**Dr. Nicole Weirich**

Ich rede mir den Mund wirklich fusselig, weil ich das jeder Frau mitgebe, die bei mir sitzt und ihr das wirklich auch nochmal erkläre, was dahintersteckt. Weil, sonst nehmen die das nicht, weil die sind so ängstlich, was das angeht. Und ja, es ist schwierig.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ich finde auch diese Aussage – ich wusste das gar nicht, das im Beipackzettel steht, dass die das jenseits der 65 nicht nehmen dürfen – Das war mir jetzt ehrlich gesagt neu. Aber okay, man lernt ja immer nicht aus. Also, ich sage meinen Frauen des Östriol, das ist ja Östriol, das wirkt ja nochmal anders als das Östradiol.

**Dr. Nicole Weirich**

Richtig.

**Dr. Katrin Schaudig**

Das muss man schon mal klar sagen. Es hat eine viel kürzere Halbwertszeit, gibt auch Studien dazu. Nach zehn Stunden können sie nichts mehr davon im Blut messen. Und d. h., wenn Sie irgendeine dramatische Nebenwirkung haben müssten, wie Brustkrebs oder Thrombose, dann müsste das länger wirken. Aber nach zehn Stunden ist das sozusagen aufgebraucht, quasi aufgesaugt von der Scheide. Dann nehmen Sie das ja nur zweimal die Woche, in aller Regel. Eigentlich ist es schon unlogisch, dass es diese ganzen Nebenwirkungen macht. Das ist tatsächlich ein Drama. Und da muss man wie Frau Weirich auch schon sagte, man redet sich erst mal den Mund fusselig. Und es macht Ängste bei den Patienten. Das finde ich wirklich ganz blöd. Und ich sage den Patienten, nehmen Sie es bis ans Lebensende.

**Katrin Simonsen**

Klare Antwort auf die Frage unserer Hörerin: nehmen, einfach bis zum Lebensende und alles ist gut. Ich finde es auch so wichtig, dass wir heute über dieses Thema Inkontinenz sprechen, weil ich habe in einem anderen Interview von Ihnen, Frau Weirich, mal gehört, dass das

wirklich auch dramatische Folgen für die Frauen hat, die das nicht behandeln lassen. Also, dass sie sozusagen auch ihr Leben extrem stark einschränken.

31:39

#### **Dr. Nicole Weirich**

Ja, die isolieren sich. Ich habe Frauen, die kommen an und sagen „ja, so ein bisschen inkontinent“. Und dann sage ich „naja, wie denn? Wie stark ist das denn?“, „Naja, ich gehe garnicht mehr einkaufen. Also, ich weiß schon, wo die Toiletten in der Stadt ziehen, wenn ich jetzt irgendwohin gehe, und wenn ich Mal meinen Fokus woanders hinlege, dann geht das schon nicht mehr auf“. Die machen wirklich Zwischenstopps da, wo die Toiletten sind in der Stadt und irgendwann schaffen sie es auch nicht mehr von Toilette zur Toilette. Dann gehen sie nicht mehr einkaufen. D. h., sie sitzen zu Hause und sind wirklich isoliert. Die treffen sich nicht mehr mit Freunden, weil sie sich genießen. Also, sozialer Rückzug. Das geht bis hin zu Depressionen. Einsamkeit. Also, das ist keine Lebensqualität mehr, die reisen nicht mehr, also fürchterlich.

#### **Katrin Simonsen**

Und an welchen Arzt wende ich mich dann am besten? Gleich zu einem Urologen und lieber eine Urologin?

#### **Dr. Nicole Weirich**

Also, das lasse ich den Patienten frei. Man kann natürlich auch zum Hausarzt gehen. Der wird dann wahrscheinlich irgendwann schon dann auf Urologen verweisen. Weil es gibt ja so viel mehr Facetten. Also, es gibt jetzt – ich möchte nicht sagen, dass die Estriol Creme das Allheilmittel ist für alles – Drang- und Stress- und Mischinkontinenz muss auseinanderklämüsert werden. Wir können den Frauen in den älteren Semestern auch sehr gut mit Anticholinergika helfen, aber auch Jungen, also das sind Medikamente, die die Blase etwas ruhiger machen, wenn sie so überaktiv ist. Also, wenn die Blase sich nicht mehr erfüllt als 50-70 ml und dann sozusagen es schon gleich den Harndrang

gibt, zum Entleeren, dann ist es auch keine Lebensqualität, weil die müssen dann alle 30 oder 20 Minuten auf die Toilette, obwohl die Blase ja gar nicht voll ist. Und da stimmt irgendwas nicht mit der Füllungsphase und mit der Entleerungsphase. Und dann müssen wir aber gucken, ist Restharn ein Problem? Sind Infekte ein Problem? Ist die Blase einfach zu gestresst und kann sich nicht füllen? Ist es neurologisch? Ist das ...? Und so gehen wir dann wirklich sukzessive vor. Deswegen ist der Urologe, denke ich, schon die richtige Adresse für sowas. Bitte, immer kommen, auch mit 80. Die 80-Jährigen oder auch die vorher, die nicht operiert werden, es gibt dann natürlich irgendwann den Moment, wo man sagt, es ist jetzt wirklich Zeitpunkt zu operieren. Aber selbst die, wenn sie nicht wollen, kriegen dann Pessare, das sind diese Würfel. Oder Ringpessare, wie auch immer. Mit denen kann man auch ganz toll viel machen. Also, auch wenn der Uterus unten rausschaut, gibt es dann spezielle Pessare, wenn die Frauen 80 sind und nicht mehr operiert werden wollen, wo man den Uterus nach oben heben kann und das auch wirklich noch funktioniert. Also, es ist nie zu spät.

#### **Katrin Simonsen**

Wir kommen noch zu Hörerinnen-Fragen: Simone hat uns geschrieben. Sie schreibt:

*Ich bin 56, seit zwei Jahren in der Menopause, verwende Estriol Creme – über die wir gerade gesprochen haben – und Progesteron Creme. aufgrund von Problemen mit der Blase, Stimmungsschwankungen und trockener Scheide und frage mich, ob ich nicht lieber früher als später auch mit Estradiol anfangen sollte. Die Blase zeigt sich bisher vom Estriol unbeeinträchtigt. Ich zögere lediglich wegen einer familiären Vorbelastung mit Brust- und Eierstockkrebs, frage mich aber, welches Risiko wohl geringer ist, das Risiko Östrogene zuzuführen oder es eben nicht zu tun.*

Hier finde ich ganz spannend, dass sie sagt, Estriol hat meiner Blase nicht wirklich was Gutes getan.

34:59

**Dr. Katrin Schaudig**

Frau Weirich, da würde mich mal – Ich sage ja gern auch gleich noch was dazu – was würden Sie denn da sagen?

**Katrin Simonsen**

Also, meine Erfahrung ist die, tatsächlich, dass wenn man Frauen beides gibt, Estriol und Estradiol die Wirkung schon deutlich besser ist. Ich weiß nicht, was sie dazu sagen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also, ich *oute* mich da mal: Ich habe heute dieser Patientin, die ein großes Problem hat, das hab ich mir alles angeschaut und habe gedacht, wir kommen hier mit dem Östriol möglicherweise nicht so richtig weiter. Man muss aber dazu sagen, was meine ich mit Östradiol? Der Fall, den ich heute hatte, war eigentlich ganz spannend. Wobei, da ging es jetzt weniger um ein Blasenproblem, sondern mehr um das Problem der Schmerzen beim Verkehr. Aber, das ist ja oft Hand in Hand, und bei der war das so, die hat dann eben die Östriol Creme außen gar nicht mehr angewandt. Aber ich hatte den Eindruck, die braucht jetzt ein bisschen Östradiol. Und tatsächlich funktioniert das lokal gegeben noch ein bisschen besser als das Östriol. Da bin ich völlig bei Ihnen, Frau Weirich. Aber das wirkt dann systemisch. D. h., ich kaufe Nebenwirkungen ein mit dem Östradiol. Das kann auch die Schleimhaut aufbauen. Mir fällt nur ein Präparat ein, was es gibt, das heißt Linoladiol. Das gibt es mit und ohne Kortison, übrigens auch noch interessant. Aber da gibt es zwei Aspekte, der eine ist von dem Linoladiol, dass ich glaube, dass die Trägersubstanz für die Salbe weniger reizt. Also, ich sehe ganz selten, dass Patientinnen sagen „das brennt so“. Ich weiß nicht, woran das liegt. Ich glaube, das ist die Aufbereitung der Creme sozusagen. Das ist das eine und das Zweite ist, dass sich bei ganz hartnäckigen Fällen erst mal so für zwei Wochen mich traue. Wir hatten vor vielen Jahren so einen Warnbrief der Behörde, das sind so „Rote-Hand-Briefe“, wo wir Ärzte und Ärztinnen immer gewarnt werden, „so, dass dürft ihr jetzt nicht

mehr machen.“ Und da stand eben, dass man dieses Linoladiol tatsächlich nur für zwei bis maximal vier Wochen geben soll. Wenn ich jemand habe, der sowieso systemisch Hormontherapie bekommt – das war übrigens die Patientin heute – die genügend Gelbkörperhormon im Rennen hat, dann ist mir das egal, ob des Linoladiol nun Lokal auch mal ein bisschen an der Gebärmutter Schleimhaut wirkt. Da haben wir ja immer auch Angst vor. Nicht, dass das das zu sehr aufbaut. Da muss man aufpassen. Aber wenn ich jemanden habe, der da quasi kein Problem hat, dann mache ich das. Und es ist tatsächlich so, eine Ansuböstrogenisierung kriegen wir mit dem Linoladiol hin. Aber das kann man eben nicht bedenkenlos ewig machen, wegen des systemischen Effekts. An der Stelle noch die Patientin heute, die kam und da ist mir auch nochmal wichtig, dass zu sagen und ich glaube, Frau Weirich, das deckt sich sicher mit ihren Erfahrungen: Es ist nicht so, dass die Frauen die systemische Hormone nehmen, also für den gesamten Körper, gegen ihre Hitzewallung, alle einen ausreichenden Effekt an der Scheide haben. Und das passt natürlich auch dazu, wenn Frau Weirich sagt, oft geht es schon in der Perimenopause los. Da haben die ja eigentlich noch keinen dauernden Östrogenmangel. Aber trotzdem reicht es offensichtlich nicht. Und wenn Frauen, gerade wenn wir heute Östrogengel und meinetwegen natürliches Progesteron oder was Anderes nehmen, das ist ja relativ niedrig dosiert, und das reicht oft für eine ausreichende Östrogenversorgung der Scheide nicht aus. Und da muss man auch keine Scheu haben. Die Frauenärztinnen der Patientin, die ich heute gesehen habe, hat dann zu ihr gesagt. „Nein, aber sie nehmen doch schon Östrogen, da brauchen Sie doch nicht noch zusätzlich was Lokal“. Das ist leider ein Trugschluss. Wir brauchen es relativ oft Lokal. Eine kleine Ergänzung. Es gibt noch zwei weitere Präparate, und zwar ist das eine ein Vaginalring, denen man in die Scheide einlegt und der Östradiol abgibt. Aber superwenig, sodass man keine Angst haben muss, dass sich die Gebärmutter Schleimhaut aufbaut. Aber auch da haben wir den Eindruck, das ist

so was für hartnäckige Fälle. Der bleibt drei Monate liegen. Ich frage mich auch manchmal, weil der relativ dick ist, ob der nicht sogar so eine Art Pessar-Effekt auch noch haben könnte. Das schaffen die Frauen auch manchmal nicht, den selber einzulegen, der bleibt drei Monate liegen. Der ist ganz schön. Und es gibt jetzt neuerdings noch eine Östradiolvaginal Tablette. Die war eine Zeitlang vom Markt. Die gibt es jetzt wieder. Aber die gibt auch nur ganz wenig Östradiol ab. Also, sie sehen schon, im Einzelfall muss man einfach ein bisschen rumprobieren.

39:33

**Dr. Nicole Weirich**

Das sehe ich ganz genauso.

**Katrin Simonsen**

Und bei unserer Hörerinnen Simone, sie nimmt Progesteron Creme. Das ist natürlich auch nicht so das optimale Mittel, wenn sie dann Estradiol dazu nehmen würde?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ne, genau, die nimmt... wo tut sie die denn hin, die Progesteron Creme, sagt sie uns das? Ne, oder? Also, die kann sie auf keinen Fall in die Scheide tun. Das sind meistens auch Gele mit alkoholischer Lösung. Die wird ihr für ihre Blase gar nichts bringen. Also, wenn die sich Progesteron Creme auf den Arm schmiert, dann haben wir ja sowieso immer das Problem, dass das die Schleimhaut in der Gebärmutter nicht ausreichend schützt. Aber wenn die sonst kein systemisches Östrogen nimmt, kann sie das ruhig weitermachen. Aber es wird für ihre Blase gar nichts bringen. Genau gar nichts.

**Katrin Simonsen**

Aber wenn Sie systemisch Östradiol nehmen sollte, sollte sie auch Progesteron als Kapsel dazu nehmen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Als Kapsel. Entweder vaginal oder als Tablette.

**Katrin Simonsen**

Dann kommen wir zu einer anderen Hörerin. Sie schreibt:

*Estriol oder Östriol soll ja nach einer täglichen Anfangstherapie nur noch zweimal die Woche gegeben werden. Ich habe aber festgestellt, dass eine tägliche Gabe mir sehr gut tut. Irgendeinen Grund wird es ja aber haben, dass die Dauertherapie nur zweimal in der Woche empfohlen wird. Leider wird da aber nirgends erklärt, sodass man selbst nicht einschätzen kann, ob eine tägliche Gabe doch vielleicht ein Risiko darstellt.*

**Dr. Nicole Weirich**

Ja, also, das stimmt, das ist eine sehr, sehr gute Frage. Und das finde ich ganz toll, dass wir das ansprechen, weil das ist auch meine Erfahrung, wenn die Frauen hier kommen. Ich sage anfangs ich mache eine Stufentherapie. Also, ich fange nie zweimal der Woche an. Das reicht nicht. Ich habe keine Frau, denen zweimal in der Woche das reicht. Außer vielleicht junge, perimenopausale Frauen, die gerade in die Atrophie reinkommen und Beschwerden haben, ein paar Harnwegsinfekte hinter sich haben aber jetzt nicht wirklich Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und auch sonst nicht wirklich drunter leiden. Denen reichen damit zweimal die Woche. Aber meine Erfahrung, die wirklich Beschwerden haben, brauchen das erstmal damit es anflutet, täglich. Und ich mache das auch wirklich so, dass ich auch äußerlich – also ich sage immer - außen vaginal und die Harnröhre, alles schön in den Scheideneingang auch einschmieren mit der Creme. Das ist wie Frau Dr. Schaudig vorher gesagt hat, also es ist ganz, ganz wichtig außen und lokal einzuschmieren und nicht nur in die Scheide, die Zäpfchen. Und ich unterscheide da die ganz Jungen, die kriegen von mir das Gynoflor mit dazu, da sie noch bisschen Milchsäurebakterien mit dabei und ganz wenig, 0,03 Estriol. Und das reicht schon aus. Und dann macht man eine Stufentherapie, dass die wirklich jeden Tag eine Woche lang dieses Zäpfchen nehmen und äußerlich schmieren. Und dann gehe ich zurück mit der Estriol Therapie, dass wir dann auf eine Erhaltungsdosis von zweimal die Woche kommen. Und wenn die Frauen älter sind und wirklich sehr athroph sind, dann sage ich: jeden Tag. Frauen merken das. Ich eiche

die immer, indem ich sage, wenn es wehzutun anfängt. Also, wenn es anfängt, wie nach unten zu ziehen, weil man die Regel bekommt, also diese kurz vor der Regel stehende Bauchschmerzen, dann ist es zu viel Estriol, dann wieder aufhören. Also wenn das wirklich auch zu viel sein sollte, weil jede Frau ist unterschiedlich und reagiert unterschiedlich, dann ein bisschen zurückfahren. Aber Initialtherapie braucht man eigentlich mehr als zweimal die Woche. Das ist meine Erfahrung.

**Katrin Simonsen**

Aber die Frage ist ja, kann ich es dauerhaft jeden Tag nehmen?

**Dr. Nicole Weirich**

Wenn sie es braucht. Naja, dann wäre jetzt die Frage von vorher, ob man nicht das Estradiol mit dazugibt, lokal. Weil dann reicht das Estriol offensichtlich nicht aus. Dann würde ich das wahrscheinlich auch eher so mal probieren.

43:22

**Katrin Simonsen**

Jetzt kommt natürlich die Gynäkologin mit dem erhobenen Zeigefinger (lacht). Also, das Problem ist ein bisschen: Wir haben also Gynäkologen natürlich die Gebärmutter Schleimhaut auf dem Schirm und das Problem ist, man sagt deswegen nur zweimal die Woche und man sagt zweimal die Woche und insgesamt maximal 1 mg Östriol in der Woche. Also, in den Zäpfchen sind max. 0,5 mg drin. D. h. dann nimmt man zwei. Es gibt ja auch noch diese Zäpfchen mit 0,03 mg. Ich habe noch nie verstanden, warum es nur diese zwei Dosierungen gibt. Das eine ist ja 25-mal so viel, aber egal. Also, wenn ich diese 0,05er Zäpfchen nehme, dann ist es offensichtlich so, wenn ich die jeden Tag nehme, über einen längeren Zeitraum, dann baue ich eben doch die Gebärmutter Schleimhaut auf. Und was Sie gerade gesagt haben, Frau Weirich, ist genau das. Wenn die das nämlich spüren, dass da irgendwie so was wie Regelschmerzen ist, dann bedeutet es eigentlich, da baut sich dann möglicherweise auch Gebärmutter Schleimhaut auf, und zwar ohne, dass ich einen Gestagen-Effekt habe. Das

ist dieser Umbau-Effekt, der die Gebärmutter Schleimhaut vor der Entwicklung eines Gebärmutter Schleimhautkrebs schützt. Und das ist der Knackpunkt. Deswegen, auch ich würde jetzt tatsächlich auch einer älteren Dame niemals sagen, nehmen Sie das täglich. Oder ich muss mir die Gebärmutter Schleimhaut anschauen und doch mal ein Gelbkörperhormon geben. Bei den Frauen, die keine Gebärmutter mehr haben, kann man sich ganz entspannt zurücklehnen. Da ist es eigentlich egal. Und das zum Thema Östradiol: ich erzähle immer die Geschichte von einer älteren Dame, die Seh- und Gehbehindert war, die durch die ganze Stadt geschickt wurde, weil ich einen östrogenproduzierenden Tumor ausschließen sollte. Und mir kamen das komisch vor. Es war eine ganz nette ältere Dame, die war schon Mitte. 70. Der Frauenärztin war aufgefallen, die Scheide ist so gut östrogenisiert und die hat so einen hohen Östrogenspiegel, wenn ich den messe. Die hatte auch einen Gebärmutter Schleimhautaufbau. Und mir kam nur komisch vor, dass diese Östrogenspiegel mal hoch und mal niedrig waren. Das fand ich merkwürdig. Ein Tumor macht immer hohe Spiegel. Das ist übrigens was ganz, ganz, super seltenes, ein östrogenproduzierender Tumor. Also, ich habe vielleicht zehn gesehen in meinem Leben. Aber *anyway*, also ich musste suchen. Und dann fand ich, „komisch, das ist ja merkwürdig.“ Ich habe sorgfältig die Patientin gefragt, was nehmen Sie denn so? „Nein, ich nehme keine Hormone“. Es stellte sich dann heraus, dass der liebevolle Hausarzt ihr regelmäßig Linoladiol verschrieben hat. Das ist diese östradiolhaltige Creme für die Scheide. Und die Patientin hat es benutzt, wie eine Pflegecreme, hat jeden Tag sich ordentlich was von dem Linoladiol auf die Labien und auch ich glaube in die Scheide rein geschmiert. Und da war ein richtig knackiger Östrogeneffekt, als wenn die Frau Gynokadin Gel oder Estreva Gel nehmen würde. Also, d. h. das Linoladiol ist sehr potent und baut die Schleimhaut auf. Deswegen muss man da aufpassen, denn irgendwann kommt dann der Gebärmutter Schleimhautkrebs. Das muss man leider so sagen. Also, das ist der Punkt. warum

man es nicht täglich nehmen darf. Langfristig meine ich. Für die Woche bin ich völlig bei Ihnen, Frau Weirich. Das steht, glaube ich, auch in der Packungsbeilage. Man fängt an: tägliche Einnahme für zwei Wochen. Und dann sagt man, dann können sie reduzieren. Aber jemanden das für einen langen Zeitraum täglich zu geben, da muss man wirklich aufpassen.

46:57

**Dr. Nicole Weirich**

Genau, ich gebe ja auch das Gynoflor, die sind nur 0,03 mg Estriol drin.

**Dr. Katrin Schaudig**

Das ist super, das kann sie jeden Tag nehmen.

**Katrin Simonsen**

Ach, also ist vielleicht noch ausschlaggebend, was sie für eine Estriol Creme nimmt, unsere Hörerin?

**Dr. Nicole Weirich**

Da gibt es unterschiedliche Dosierungen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Entscheidend welche Dosis sie nimmt. Also, sie darf nehmen, insgesamt maximal 1 mg und in den Zäpfchen sind 0,5 mg drin. Also sie darf zwei Zäpfchen pro Woche nehmen. Sie könnte aber auch das niedriger dosierte Zäpfchen nehmen. 0,03 mg, das kann sie täglich nehmen. Da kann sie eigentlich täglich zwei nehmen, weil es ja viel weniger, bis sie auf einem mg pro Woche hochkommt

**Katrin Simonsen**

Aber auch bei den Cremes gibt es sehr unterschiedliche Dosierung, oder?

**Dr. Nicole Weirich**

Ich nehme die Cremes tatsächlich nicht für intravaginal.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja.

**Dr. Nicole Weirich**

Und wenn ich es gebe, dann ist es ja meistens die Estriol Creme, die hat 0,5 mg und die mache ich auch zweimal in der Woche.

**Katrin Simonsen**

Da gibt es aber auch höher dosierte.

**Dr. Nicole Weirich**

Ja, die gibt es auch. Aber die schreibe ich nicht auf. Weil ich halte mehr davon, es in einer niedrigen Dosierung aber jeden Tag zu geben als einmal in der Woche. Da habe ich bessere Erfahrungen.

**Katrin Simonsen**

Wir haben Post von einer Therapeutin bekommen. Sie ist Sportwissenschaftlerin und Beckenboden-Trainerin. Und sie schreibt:

*Es wäre toll, wenn sie auf verschiedene Hormonlagen, Zyklus, Schwangerschaft, Perimenopause, Menopause und deren Einfluss auf die Strukturen und die Funktion des Beckenbodens eingehen. Uns würde interessieren, wie fasziale und muskuläre Strukturen von Hormonen beeinflusst werden und wie therapeutische Maßnahmen insbesondere in Phasen des Hormonmangels aussehen könnten?*

Ich glaube, Frau Weirich, geht das an Sie?

**Dr. Nicole Weirich**

Also, ich habe da ganz schön gezögert, bei der Frage (lacht).

**Katrin Simonsen**

Also, erstmal ist die Frage, also es geht ja um fasziale und muskuläre Strukturen. Inwieweit die sozusagen durch die Hormone beeinflusst werden.

**Dr. Nicole Weirich**

Also, das kann ich mir schon vorstellen. Also, ich habe tatsächlich damit noch keine Berührungspunkte gehabt. Also, das hat mich nie jemand gefragt. Aber es ist schon so, dass die Hormone verschiedene Sendungen an unsern Beckenboden machen. Das Östrogen, das wirkt stärkend auf dem Beckenboden und bei Progesteron fühlt er sich dann schwächer, an der Beckenboden oder wird weicher. Stimmt, dass Frau Dr. Schaudig, kann man das so sagen?

49:20

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das Progesteron hat ja eine relaxierende Wirkung, also eine entspannende Wirkung auf die glatte Muskulatur. Also, der Beckenboden ist eigentlich keine glatte Muskulatur. Das ist ja eine richtige Muskelstruktur. Da muss ich passen so ein bisschen, was das Progesteron da macht. Was wir aber wissen, dass umgekehrt ein Östrogenmangel auf Muskelfasern eine Wirkung hat. Und wenn wir weniger Östrogen haben, verfettet der Muskel und die Fähigkeit, sich zusammenzuziehen. Also die Kontraktilität wird schlechter, wenn ein Östrogenmangel ist. Und ich bin da übrigens erst vor kurzem von einem Sportwissenschaftler gefragt worden, der meinte, dass Frauen zum Menstruationszeitpunkt, nämlich dann, wenn der Östrogenspiegel im Körper am niedrigsten ist, mehr Bänderverletzungen hätten. Ich kenne da noch keine Studien zu, aber ich weiß, dass darüber nachgedacht wird, solche Studien zu machen. Das ist ein wirklich spannendes Thema. Es ist sicherlich so, dass der Östrogenmangel auf muskuläre Strukturen im Becken, die man ja auch versucht zu trainieren, dass der Östrogenmangel diese Fähigkeit des Muskels verschlechtert. Das finde ich eine spannende Frage, habe ich mir noch nie so überlegt. Aber es liegt eigentlich auf der Hand. Also, wenn ich meinen Bizeps schlechter bewegen kann, dann kann ich den Beckenbodenmuskel, der ja ein willkürlicher Muskel ist und kein unwillkürlicher, das kann ich ihn auch schlechter bewegen, ist eigentlich relativ logisch.

### **Katrin Simonsen**

Und spannend fand ich auch, dass das Kollagen sozusagen dann auch bei Ihnen mit ins Spiel kommt, Frau Weirich, wenn sie therapieren.

### **Dr. Nicole Weirich**

Ja, absolut. Ab dem 25. Lebensjahr nimmt es zurück. Und ich habe jetzt wirklich schon in meiner Praxis viel Kollagen gegeben oder angeraten sozusagen und dabei gemerkt, dass das nicht nur auf die Haut wirkt – wir nehmen ja Kollagen, alle, weil wir hautmäßig schön sein wollen – und gleichzeitig macht es wirklich im Bindegewebe viel aus. Und die Leute berichten

oder die Frauen berichten mir, dass sie das Gefühl haben, der Beckenboden wird straffer, und sie können ihn wieder besser kontrollieren.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Aber gibt es da ...

### **Dr. Nicole Weirich**

Keine Studien. Nein, ich habe keine Studien dazu gefunden.

### **Katrin Simonsen**

Weil man hört ja immer dies und jenes. Einerseits gibt es Artikel, die einem das extrem empfehlen. Dann gibt es wieder Artikel, die sagen, nehmt das bloß nicht, weil was ihr schluckt, das kommt überhaupt nicht dort an, wo es ankommen soll. Aber ihre Erfahrung ist praktisch aus der Praxis, wenn die Frauen dies nehmen, berichten sie dann positives?

### **Dr. Nicole Weirich**

Ich habe mich mit dem Thema Kollagen eben sehr, sehr, sehr ausführlich beschäftigt. Und ich empfehle da spezielle Kollagenprodukte, nicht jetzt die ... ich will jetzt auch keine Namen. Es gehören verschiedene Kriterien dazu. Man sollte 5 g Meeres... Also, Meereskollagen ist das Typ-1-Kollagen, wovon unserem Körper am meisten auch profitiert und auch für das Bindegewebe, für die Gelenke notwendig oder wichtig ist. Man braucht eine gewisse Dosis. Man braucht 5 g, man muss es mit Vitamin C zusammen kombinieren, sonst wirkt es nicht. Wir müssen es so klein gemacht haben, das Kollagen, das s wirklich in die Zellen rein diffundieren kann. Das sind eigentlich so die Wichtigsten. Und dann eben Meereskollagen, nicht auf Weiderinderkollagen. Da sind oft wirklich die Hufe von Schweinen auch mitreingehäckselt. Also, da gibt es schon ganz schöne Studien dazu. Und wenn ich den Frauen das Kollagen gebe, dann habe ich eben gemerkt und die Frauen auch selber – aber das ist wie gesagt, gibt es keine Studien, es gibt keine Datenlage, aber vielleicht sollten wir mal eine machen.

53:14

**Dr. Katrin Schaudig**

Das wäre mal eine gute Idee.

**Katrin Simonsen**

Und noch zurück auf die Frage von unserer Therapeutin: Was ist mit den therapeutischen Maßnahmen? Muss man das irgendwie anpassen, daran, in welcher hormonellen Situation sich die Frauen gerade befinden, ob es nach der Geburt ist oder in der Perimenopause oder nach der Menopause, Postmenopause, gibt es da Erfahrung?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also ich kenne da auch nichts. Aber es ist eine spannende Frage. Nach der Geburt, solange die Frauen stillen, ist ja oft eine ganze Phase von Monaten langem Östrogenmangel. Da frage ich mich gerade und das habe ich mich noch nie gefragt, aber jetzt, wenn diese Frage der Physiotherapeutin kommt, wieviel bringen dann eigentlich eine Beckenbodengymnastik? Weil ich durch den Östrogenmangel ja da auch ... ich kann es ja gar nicht so richtig aufbauen. Also das ist schon mal eine gute Frage. Aber ansonsten muss ich jetzt schon noch einmal sagen, dass Frauen, die noch nicht die Menopause erreicht haben, dass die eigentlich doch noch überwiegend genügend Östrogen haben. Die haben dann mal vielleicht während der Menstruation so ein kleines Loch. Aber das dauert dann zwei, drei Tage. Und dann ist es ja eigentlich wieder gut. Also, da finde ich es jetzt ein bisschen schwierig zu sagen, da müssen wir individuell darauf eingehen. Spannender ist tatsächlich das Thema, wie ist es in der in der Phase direkt nach der Geburt, in den Monaten? Das ist eine spannende Frage.

**Katrin Simonsen**

Ich habe hier noch ein Fallbeispiel: die Frau ist Ende 40, mit bekannter Senkung und leichter Belastungsinkontinenz und diese Harninkontinenz ist durch die Gabe von Rimkus Kapseln. Also das ist so eine Hormontherapie, über die haben wir auch in Folge #12 mal kurz gesprochen, Frau Schaudig, und das hat das verschlechtert. Also sie hat mit Rimkus angefangen und da ist die Harninkontinenz sogar

schlechter geworden. Kann das einen Zusammenhang geben oder ist das nur Zufall? Was denken Sie, Frau Schaudig?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also, das finde ich ist eine spannende Frage. Ich habe das bisher mir verkniffen, was dazu zusagen, also nicht zu dieser Frage, sondern zu dem Thema. In dieser berühmten WHI-Studie, wo die Frauen dieses Stuten-Urin bekommen haben mit einem synthetischen Gestagen. Also, das war jedenfalls eine ordentlich dosierte systemische Östrogentherapie. Da kam ja raus, dass die Frauen tatsächlich mehr Belastungsinkontinenz hatten, wenn sie Hormone genommen haben. Und das erinnert mich jetzt sehr an die Frage dieser Frau, die Rimkus Kapseln genommen hat. Rimkus Kapseln sind sehr hochdosiert, meines Erachtens zu hoch dosiert, weil der Rimkus behauptet, der Östrogenspiegel muss superhoch sein. Ich kann da nichts drauf eingehen, aber es ist ein hochdosiertes Östrogen. D. h., bei der ist eigentlich das Gleiche passiert, was man in der WHI-Studie gesehen hat. Deswegen ist es mir auch nochmal so wichtig zu unterscheiden zwischen der Belastungsinkontinenz, die ja auch ganz oft ein echt mechanisches Problem hat. Da senkt sich die Gebärmutter, es kommt zuerst zu so einem Knick an der Blase, deswegen verschließt sie sich nicht mehr so richtig. Oder es drückt durch Adipositas den Beckenboden nach unten. Also das ist schon ein mechanisches Thema, verbunden mit einem Östrogenmangel in den Muskeln. Während die Dranginkontinenz kein mechanisches Thema ist, sondern tatsächlich ein Hormonmangel und nervenbedingt ist. Also, jetzt nicht, „ich bin nervös“, sondern die Nervenverschaltung des Blasenverschlusses. Und das finde ich interessant. Meine persönliche Hypothese – das ist allerdings eine sehr steile Prothese – ist, dass wenn ich hochdosiert Östrogene nehme, wird die Gebärmutter stärker durchblutet, möglicherweise fördert man damit das Myomwachstum in der Gebärmutter. Und was passiert dann? Die Gebärmutter wird schwerer und drückt stärker nach unten. Ich sage es noch mal: das



ist eine sehr steile „schaudig-basierte“ Hypothese und ich habe schon viele Leute schmunzeln gehört darüber. Aber ich habe mich immer gefragt, warum in der WHI-Studie die Belastungsinkontinenz zugenommen hat. Und das ist in dieser wirklich sehr sauberen, prospektiven, randomisierten, placebokontrollierten Studie gezeigt worden. Deswegen gibt es auch immer wieder Leute mit erhobenem Zeigefinger. Das sind gerne die Gegner einer Hormontherapie, die sagen dann wieder so pauschal „Hormone machen inkontinent“. Das ist natürlich Quatsch, nach allem, was wir jetzt besprochen haben. Aber das mit den Rimkus Kapseln hochdosierte Östrogene bei einer dafür disponierten Frau, prädisponierten Frau, kann offensichtlich eine Belastungsinkontinenz verstärken, finde ich superspannend. Ich habe jetzt noch keine gehabt, die mir das erzählt hat. Aber in der einen Studie kommt es raus. Und hier die Dame, die Hörerfrage sagt es auch.

**Dr. Katrin Schaudig**

Frau Weirich, was meinen Sie denn dazu?

58:03

**Dr. Nicole Weirich**

Ich bin nicht so der Rimkus-Fan. Darf ich das so sagen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Aber vielleicht, ich sage es mal, ich bin auch kein Rimkus-Fan, weil zu hoch dosiertes, orales Östrogen mit den Risiken der Thrombose. Aber das Wesentliche ist eigentlich die hohe Dosis. Ich habe gar nichts gegen geschluckte Hormone, wenn jemand kein Risiko hat.

**Dr. Nicole Weirich**

Und deswegen ich habe nur lokal östrogenisiert und schön mit dem Progesteron. Also, ich mache das wirklich. Oder eben mal die Gestagenpille, Frau Dr. Schaudig, das finde ich auch ganz toll. Also danke für diesen Tipp. Das ist Wahnsinn, wie vielen Frauen man da helfen kann, so gerade perimenopausal. Aber ich mache keine Rimkus. Also, das ist bei mir auch Tabu.

**Dr. Katrin Schaudig**

Trotzdem halten Sie das für möglich, dass das, wenn sie viel Östrogen haben, das dann einfach die Durchblutung stärker wird, der Uterus sich mehr absenkt. Ich habe mich immer gefragt, warum soll es denn sonst da mehr Inkontinenz machen? Das macht ja sonst gar keinen Sinn. Also, sonst würde man sich ja fragen „Hä, wieso werden die jetzt inkontinenter? Wir haben doch gerade gehört, wie gut das Östrogen auch für den Beckenboden und die Strukturen ist“. Aber dann eben nicht.

**Dr. Nicole Weirich**

Richtig. Also, das klingt total super plausibel.

**Katrin Simonsen**

Also, wäre unsere Empfehlung: weg von Rimkus und wenn es sozusagen nötig ist, dann eher eine bioidentische Hormontherapie, die übrigens ja auch die Krankenkassen bezahlen. Rimkus muss man ja privat bezahlen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Einspruch, euer Ehren. Wie alt ist die? Ende 40, okay. Es kommt jetzt darauf an: hat die noch eine Restfunktion vom Eierstock, dann wird man ihr ja nicht unbedingt mit einer bioidentischen Therapie so sehr helfen, weil man dann die hohen Östrogenspiegel in der Perimenopause gar nicht beeinflusst. Und vielleicht ist das deren Problem. Hohe Östrogenspiegel auch für ihre Inkontinenz – also, das ist jetzt auch nur eine Überlegungen, das weiß ich nicht – also, solange der Eierstock noch mitmisch, dann kommt – danke, liebe Frau Weirich für diesen kurzen Wink – dann würde ich tatsächlich auch noch mal überlegen vorübergehend eine Gestagenmonopille zu geben, damit der Östrogenspiegel nicht durch die Decke geht.

**Dr. Nicole Weirich**

Richtig.

**Dr. Katrin Schaudig**

Aber das muss man einfach entscheiden, wo steht die Frau. Das können wir jetzt hier am grünen Tisch leider nicht so ganz beurteilen.

01:00:16

Zur letzten Hörerinnenfrage kommen wir jetzt: Sie ist 39 Jahre alt, sie hat da jetzt seit drei Jahren depressive Verstimmung, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Inkontinenz, und zwar immer am Anfang und am Ende des Zyklus. Der Frauenarzt ist der Meinung, sie sei noch zu jung für Wechseljahresbeschwerden und sie hätte auch noch gar keine Scheidentrockenheit. Jetzt hat ihr die Hausärztin Agnus Castus, Mönchspfeffer, verschrieben. Da ist alles ein bisschen besser geworden. Geblieben ist die Inkontinenz, und sie macht schon regelmäßig ihre Beckenbodenübung. Sie fragt, ist es möglich, dass ich, obwohl ich noch keine Scheidentrockenheit habe, nun Inkontinenz hormonell bedingt habe?

Wer möchte anfangen? Vielleicht, Frau Weirich? Ich finde es spannend, am Anfang und am Ende des Zyklus hat sie Inkontinenzprobleme. Heißt, wenn das Östrogen niedrig ist, ne? Und es ist so typisch: sie sind noch zu jung, sie haben noch keine Scheidentrockenheit, das kann doch gar nicht sein.

#### **Dr. Nicole Weirich**

Ja, das ist meistens so, Ende 30 und das sehe ich eben in meiner Praxis auch Ende 30, sogar Mitte 30. Es gibt über 50 verschiedene Wechseljahrssymptomatiken und jede Frau schreibt ihre eigene Geschichte und jede Frau hat ihre primäre Problematik, mit der sie anfängt. Und ich sehe halt viele Frauen, die im urogenitalen Bereich leiden, und zwar schon Mitte-Ende 30.

#### **Katrin Simonsen**

Und was raten wir jetzt der Hörerin konkret, Frau Schaudig?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Na ja, ich muss auch noch mal betonen, die hat perimenstruell, also um die Menstruation herum, am Zyklusende und Zyklusanfang hat die den tiefsten Östrogenspiegel. Und das ist was, was wir schon auch belegen können. Dass die Summenleistung der noch vorhandenen Eizellen, die machen schon so eine Summenleistung von einem bisschen Östrogen. Die lässt bei einem Teil der Patientinnen einfach mit zunehmendem Alter nach. Und es ist durchaus

möglich, dass die genau dann nämlich einen zu niedrigen Östrogenspiegel hat, da bin ich ganz bei Frau Weirich, einfach mal versuchen Lokal das Östriol zu geben und gucken, was passiert.

#### **Katrin Simonsen**

Also, die Estriol Creme baut ja die Schleimhaut wieder auf und oftmals sehen wir das nicht, ob die so schon zu dünn ist oder einfach ... wenn eine Frau sehr sensibel ist, dann kann es durchaus sein, dass sie auf diesen Östrogenmangel, der ja in der bestimmten Phase des Zyklus vorherrscht, dass sie da reagiert, darauf. Und wenn wir Estriol lokal geben, dann baut das ja die Schleimhaut wieder ein bisschen auf, also es macht stabiler. Und dann kann auch die Stressinkontinenz ein bisschen weniger werden. Also, diese Belastungsinkontinenz. Es macht sowohl Drang als auch den Stress ein bisschen weniger, die Estriol Creme.

#### **Katrin Simonsen**

Und mit dieser Frage sind wir jetzt am Ende dieser Folge. Recht vielen Dank, Frau Dr. Weirich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute für dieses Gespräch. Und danke natürlich auch an Sie, Frau Dr. Schaudig.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, vielen Dank und ich fand es toll, Frau Weirich, vielen Dank. Ich habe gelernt, wie immer, wenn jemand drittes mit im Bunde ist, finde ich ganz toll. Und ich glaube, wir haben doch viel bewegen können für Frauen.

#### **Dr. Nicole Weirich**

Es wäre schön, ja, ich danke, auch ihnen beiden. Also, das ist unglaublich toll. Und es war echt erfrischend.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, ich fand es auch sehr schön.

#### **Katrin Simonsen**

Dankeschön nochmal an sie beide.

Und an dieser Stelle gibt es heute meinen Hör Tipp für euch:

Es geht um das Meer, gerade jetzt im Sommer ja für viele ein Sehnsuchtsort. Im Podcast „ans Meer“ spricht Host Katharina Guleikoff alle

zwei Wochen über einen besonderen Ort am Meer. Und mit Menschen, die auch besonders sind. Abenteurer, die die Welt erobert haben, Wissenschaftlerinnen, die der See ihre Geheimnisse entlocken, Sportlerinnen und Sportler, die die Herausforderung im Wasser suchen oder einfach Menschen, die verzaubert sind von den Wundern des Meeres. Den Podcast „ans Meer – Geschichten zwischen Wasser und Land“ findet ihr in der ARD Audiothek und den Link packen wir wie immer in die *Shownotes*.

Und die wichtigsten Informationen aus dieser Folge haben wir auch wieder in einen Online-Artikel gepackt. Den findet ihr über den Link zu den Kolleginnen von *brisant*. Und wir, wir hören uns diesmal erst in vier Wochen wieder. „Hormongesteuert“ macht eine kleine Sommerpause, aber dafür wird die nächste Folge sehr spannend. Es geht nämlich um die Ernährung in den Wechseljahren. Viele Frauen merken ja, irgendwie verändert sich der Körper. Auf einmal haben wir Bauchfett auch mit der Verdauung ist es nicht mehr so wie früher und man verträgt auch manche Nahrungsmittel nicht so gut. Wir reden mit einer Expertin über die Ernährung, was wir Frauen beachten sollten und warum auch Sport gerade in den Wechseljahren so wichtig ist. Wir klären viele Fragen, dann in vier Wochen, bleibt uns bis dahin gewogen, empfiehlt uns auch gern weiter an eure Freundinnen Kolleginnen, Schwestern, Mütter, Töchter und eure Partnerinnen und Partner. Wenn ihr uns schreiben wollt, könnt ihr das gern tun, unter [hormongesteuert@mdraktuell.de](mailto:hormongesteuert@mdraktuell.de). Unseren Podcast hört ihr in der App der ARD Audiothek und überall, wo er sonst eure Podcasts hört.

*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>