

Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

04.07.2024 #17

Thema: Hilfe, die Hormone helfen nicht!

Katrin Simonsen, Moderatorin

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Dr. Katrin Schaudig, Expertin

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Links zur Sendung:

Hormongesteuert #3 Die große Angst vor der Hormonersatztherapie:

<https://www.ardaudiothek.de/episode/hormongesteuert-der-wechseljahre-podcast-mit-dr-katrin-schaudig/3-die-grosse-angst-vor-der-hormonersatztherapie/mdr-aktuell/94818354/>

Hormongesteuert #8 Fragen zur Hormonersatztherapie

<https://www.ardaudiothek.de/episode/hormongesteuert-der-wechseljahre-podcast-mit-dr-katrin-schaudig/8-fragen-zur-hormonersatztherapie/mdr-aktuell/12973853/>

Podcast-Tipp "Abenteuer Diagnose":

<https://www.ardaudiothek.de/sendung/abenteuer-diagnose-der-medizin-krimi-podcast/85558178/>

Katrin Simonsen

Herzlich willkommen bei *Hormongesteuert*, der Podcast rund um die Wechseljahre. Wir sprechen hier ohne Vorbehalte über alle Themen der Wechseljahre, wollen mit Tabus aufräumen und natürlich beantworten wir weiterhin auch eure Fragen. Denn wir wollen euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Moderatorin, Redakteurin bei MDR aktuell. Und die Expertin an meiner Seite ist Dr. Katrin Schaudig. Sie ist gynäkologische Endokrinologin, also Hormonexpertin, Frauenärztin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Schönen guten Tag zu Ihnen, Frau Schaudig.

Dr. Katrin Schaudig

Hallo Frau Simonsen! Ich freue mich sehr, bei Ihnen zu sein, mal wieder.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, heute wollen wir uns noch mal der Hormonersatztherapie widmen. Viele Hörerinnen haben uns geschrieben, dass sie mit einer Hormonersatztherapie begonnen haben, manche auch, nachdem sie unseren Podcast gehört haben. Und dass es ihnen aber damit immer noch nicht besser geht. Deshalb ist die Überschrift unseres heutigen Podcast: *Was, wenn Hormone nicht helfen?* Und dieser Frage wollen wir heute nachgehen. Das Grundprinzip der Hormonersatztherapie ist ja eigentlich schnell erklärt. Das kann man auch in einigen Büchern nachlesen, dass man nämlich die beiden Hormone Östrogen und Progesteron, die uns dann nach den Wechseljahren fehlen, in geringen Dosen ersetzt, und zwar mit sogenannten Bioidentischen Hormonen, die zwar industriell hergestellt sind, aber in ihrer chemischen Struktur unseren eigenen Hormonen sehr ähneln oder identisch sind. Das klingt irgendwie logisch, und es klingt irgendwie einfach. Ist es aber nicht immer. Warum? Das wollen wir jetzt in der kommenden Stunde mal ein wenig sortieren. Frau Schaudig, mich würde erst einmal ihre Erfahrungen interessieren. Was erleben Sie da in ihrer Praxis? Was sind da so die typischen Fälle?

02:00

Dr. Katrin Schaudig

Naja, die typischen Fälle – das haben wir ja auch in vorigen Folgen schon mehrfach besprochen – Frauen kommen zum einen mit Wechseljahresbeschwerden. Es kann alles Mögliche sein: Schwitzen, Stimmungsschwankungen, Hitzewallungen, Schlafstörungen, aber auch so ein bisschen, sagen wir mal, so untypische Symptome wie Schwindel auch insgesamt Abgeschlagenheit, Erschöpfung. Und da sind wir auch schon bei dem Punkt: Es kommt immer darauf an, wie das Symptommuster ist und wann es aufgetreten ist. Also wichtig ist immer, dass man guckt: Habe ich dieses Thema wirklich seit ich quasi in den Wechseljahren bin? Und wenn wir so das Symptom, Erschöpfung oder Abgeschlagenheit nehmen, das kann natürlich wahnsinnig viele Ursachen haben.

Und da ist dann die Hoffnung so ein bisschen nach dem Allround-Heilmittel. Manchmal geht das ins Leere. Also manche dieser Symptome haben möglicherweise ganz andere Ursachen. Und wenn dann die Hormone nicht helfen ... das sehen wir dann schon immer wieder. Das liegt dann nicht an den Wechseljahren oder an Hormonmangel. Und da sind wir schon beim zweiten Punkt. Es gibt zwei Dinge, die ich immer wieder sehe, wenn Frauen kommen, zu mir und sagen: „Ich habe das probiert. Und es hat nicht geholfen.“ Der wichtigere Grund ist glaube ich, dass gerade in der Übergangsphase bis zu dem Zeitpunkt wo der Eierstock wirklich komplett aufhört zu arbeiten – also keine Eibläschen mehr da sind – da haben wir ja dieses Auf und Ab der Hormone. Wenn ich in der Phase das mache, was Sie gerade geschildert haben, nämlich einfach Östrogen und Progesteron ersetze, dann habe ich weiter starke hormonelle Schwankungen nur auf höherem Niveau. Und das bringt bei vielen Frauen eben keine Erleichterung. Gerade das natürliche Progesteron kann in dieser Phase, wenn der Eierstock noch mitmischt, bei manchen Frauen helfen. Das ist dann, wenn Sie so wollen, ein pharmakologischer Effekt. Das ist, wie wenn Sie Valium schlucken, dann wird der Schlaf vielleicht ein bisschen besser und Sie kommen so ein bisschen runter. Aber es gibt auch viele Frauen, denen hilft es genau eben überhaupt gar nicht. Die kommen dann zu mir und sagen: „Die Hormone helfen nicht.“ Da muss man einfach sagen: Dann war in dem Fall vielleicht die Kombination der Hormone nicht unbedingt optimal. Und dann gibt es wieder Frauen, wo ich klar sagen kann: Die sind nun eindeutig aus dieser Wechselphase raus und der Eierstock hat aufgehört zu arbeiten. Das heißt ja dann ein sogenanntes „steady state“ eines Hormonmangels. Dann kann es auch mal daran liegen, dass die Dosis einfach nicht ausgereicht hat. Also, dass man einfach ein bisschen hätte mehr nehmen müssen. Das kann man ja auch dann gelegentlich mal nachgucken im Blutspiegel.

An der Stelle vielleicht: Diese permanente Blutspiegelbestimmung bringt einen jetzt nicht unbedingt wirklich weiter, wird auch gar nicht empfohlen. Aber immer dann, wenn das Symptom oder die Beschwerden und die angewandte Therapie irgendwie nicht so richtig funktionieren, spätestens dann ist es, dass ich mal einen Bluttest mache. Was könnte sein, dass die Hormone nicht ankommen? Es gibt z. B. wenn man Hormone schluckt, sogenannte Resorptionsprobleme. Das heißt, dass der Magen die Hormone aus irgendeinem Grund, weil man eine Magenschleimhautentzündung hat, irgendetwas anders ... nicht richtig aufnimmt. Und auch bei der Therapie über die Haut mit Gel, Pflaster oder Spray reagieren Frauen sehr, sehr unterschiedlich auf die Therapie. Das heißt, manche sind zum Beispiel also, wenn wir das Beispiel mit dem Östrogengel nehmen, mit einem Hub Gel beschwerdefrei. Und manche brauchen tatsächlich drei oder vier Hübe, um beschwerdefrei zu sein. Das hat was mit der Hautbeschaffenheit zu tun, hat aber auch ganz viel damit zu tun, wie die individuelle Verstoffwechslung von Hormonen ist. Und das ist eben bei jeder Frau anders. Also, an der Stelle: Jede Frau ist anders. Und da muss man einfach gucken, was passiert.

05:48

Katrin Simonsen

Und haben Sie mal so einen typischen Fall gehabt, wo sie eigentlich dachten: Ja, klassisch, der gebe ich jetzt die Hormone. Und dann wird alles schick. Und irgendwie hat es dann auch mit der Dosierung nicht hingehauen. Am Ende haben Sie gesagt: Ja, dann ist das wohl nicht das richtige Mittel der Wahl?

Dr. Katrin Schaudig

Also, ich habe jetzt zurzeit gerade eine Patientin, die ich auch schon lange kenne. Und wir sind beide ganz unglücklich, weil die ist wirklich in den Wechseljahren, ganz eindeutig. Die hat auch schon über einen längeren Zeitraum mal das eine oder andere Hormon bekommen. Und es war auch immer ganz gut. Und jetzt hat sie permanent Hitzewallungen – und ich weiß

auch nicht, warum – obwohl sie genügend Hormone hat. Das haben wir natürlich getestet, im Blut. Da muss man dann auch noch einmal nach anderen Ursachen für Hitzewallungen nachschauen. Das könnte zum Beispiel auch so Nachtschweiß sein. Das kann auch mal ein Hinweis für eine bösartige Bluterkrankung sein, auch für Tuberkulose und so weiter. Also bei der sind wir jetzt gerade dabei zu fahnden: Warum schwitzt die so? Das ist vielleicht auch nochmal der entscheidende Punkt. Wenn Frauen sagen: „Es hat mir nicht geholfen“, dann muss man sich eigentlich fragen: Ist das Symptom vielleicht gar nicht wechselljahresabhängig, sondern hat eine ganz andere Ursache? Und dann muss man so ein bisschen wie Sherlock Holmes nach der Ursache fahnden.

07:05

Katrin Simonsen

Wir kommen mal zu zwei Hörerinnen, die uns geschrieben haben. Ich will mal kurz vorlesen, unter was sie leiden.

Teresa ist 43 Jahre alt, hat wegen ihrer Stimmungsschwankungen erstmal Progesteron bekommen, aber die Dünnhäutigkeit und Gereiztheit wurde schlimmer, und ihr Zyklus ist komplett durcheinander geraten. Von Schmierblutungen bis eine Woche zu früh die Regel.

Und eine andere Hörerin schreibt, dass sie Gynokadin und Progesteron nimmt. Und immer kurz nachdem sie mit dem Progesteron dann anfängt, kommt es zu Schmierblutungen oder die Blutungen setzen ein. Und dann muss sie, die Einnahme abbrechen. Was passiert da bei diesen Frauen? Was passt da nicht zusammen?

Dr. Katrin Schaudig

Also bei dem ersten Fall Teresa – die ist erst 43 und das ist eigentlich genau das, was ich gerade geschildert habe. Deren Problem ist nicht ein Hormonmangel und vielleicht an der Stelle nochmal: Man muss diese zwei Lebensphasen wirklich getrennt voneinander sehen, sowohl was die Diagnose als auch, was die Therapie angeht. Also die Phase der Perimenopause, wenn der Eierstock noch arbeitet und dann die Phase der Postmenopause, wenn der Eierstock

endgültig nie mehr arbeitet. Teresa hat gesagt: „Mit dem Progesteron wurden Dünnhäutigkeit und Gereiztheit schlimmer.“ Ja, das kann sehr gut sein. Der Eierstock hat noch selber gearbeitet. Und auch das ist so ein Irrtum, mit dem man leider Gottes mal aufräumen muss. Es ist nicht der Progesteronmangel, der die Frauen schlecht schlafen lässt und gereizt macht, sondern es sind die Schwankungen der Hormone. Es ist sogar so, dass wahrscheinlich beim Teil der Frauen genau das Progesteron, was der Körper selber nach dem Eisprung bildet, Gereiztheit und Dünnhäutigkeit auslösen kann. Wenn ich jetzt in ein System, was schon sehr durcheinander geraten ist, jetzt plötzlich diese Substanz reingeben, nämlich Progesteron, die in manchen Fällen genau das auslöst, dann ist irgendwie völlig klar und auch verständlich, dass das nicht funktionieren kann. Bei solchen Frauen – auch da muss man immer individuell den richtigen Weg finden – raten wir häufig zum Einsatz von östrogenfreien Pillen, um den Eierstock so ein bisschen rauszunehmen, so ein bisschen zu drosseln, damit er nicht verrücktspielt. Dann muss man Gel dazugeben oder ein Östrogen, was auch immer ... Wir haben ganz gute Erfahrungen damit gemacht, das so zu machen. Aber auch da muss man sagen beim kleinen Teil der Frauen funktioniert es auch nicht. Auch, weil die Frauen wieder sehr unterschiedlich auf diese östrogenfreien Pillen reagieren. Also Frauen sind individuell. Manchmal findet man keine Lösung. Aber bei Theresa, da wäre ich mir jetzt ziemlich sicher: Die ist einfach nicht der Kandidat für Progesteron ... noch nicht. Vielleicht später, wenn der Eierstock mal ganz aufgehört hat, kann sie das meinetwegen machen. Aber in dieser Phase, glaube ich, ist es Progesteron leider häufig nicht hilfreich. Manchmal hilft es aber manchmal eben gar nicht.

Katrin Simonsen

Und warum kommt es dann zu diesen Blutungen, wenn man das?

Dr. Katrin Schaudig

Sie müssen sich immer überlegen: Was passiert im normalen Zyklus? Zwei Wochen haben

wir Östrogen in exponentiell ansteigender Menge, darunter baut sich die Schleimhaut auf. Dann, mit dem Eisprung wird Progesteron gebildet, vom Körper – übrigens in gigantisch großen Mengen, viel mehr als das, was wir mit unserer Therapie der machen können. Aber das ist eben auch dann doch ein bisschen anders von der Biologie her. So, was passiert dann? Das Progesteron baut die Gebärmutter-schleimhaut um, stabilisiert die auch so ein bisschen. Und wenn nach zwei Wochen keine Schwangerschaft eingetreten ist, fallen beide Hormone ab. Und es kommt zur Abbruchblutung. Jetzt habe ich eine Situation, wo diese Regelung, diese wirklich sehr fein getunte Regelung: Zwei Wochen Östrogen, dann Eisprung, dann zwei Wochen zusätzlich Progesteron, durcheinandergeraten ist. Und auch das haben wir ja auch in früheren Podcast-Folgen schon besprochen. Es kann dann mal auch zwei, drei Eisprünge im Abstand von zwei Wochen hintereinander geben. Das heißt, was an der Gebärmutter-schleimhaut passiert, ist auch völlig durcheinander.

Und wenn ich dann so ein bisschen Hormon ins System gebe, reicht es vielleicht, das System zum Kippen zu bringen. Und dazu kommt leider, dass das natürliche Progesteron, wenn wir es schlucken, und auch manchmal, wenn wir es vaginal nehmen, eben nicht den gleichen Effekt hat wie das viele Progesteron, was der Eierstock produziert. Und vielleicht muss man an der Stelle auch normal eins sagen, mit dem Progesteron. Auch wenn wir immer sagen: „Es ist bioidentisches Progesteron“ – Wir können die Natur nicht perfekt nachmachen. Das liegt natürlich auch daran, dass der Eierstock ja permanent Progesteron abgibt nach dem Eisprung, also von morgens bis abends. Es ist ja nicht so, dass da morgens ein Hahn aufgedreht wird – da kommt ein bisschen Progesteron raus – dann wird der Hahn wieder zuge-dreht, sondern er macht permanent Progesteron. Das macht natürlich auch an der Schleimhaut was Anderes, als wenn ich einmal am Tag oder meinetwegen zweimal am Tag Progesteron schlucke oder Vaginal einführe.

Die Schleimhautstabilität ist tatsächlich bei der vaginalen Gabe ein bisschen besser. Warum? Weil es, wenn ich schlucke, stärker abgebaut wird und die Abbauprodukte weniger gut an der Schleimhaut selber wirken. Die gehen dafür ins Gehirn und können müde machen, den Schlaf verbessern und auch so ein bisschen sedieren und angstlösend sein. Aber auch jetzt wird es leider kompliziert – und ich sage es noch mal: Es gibt keine Patentlösung für alle – bei manchen Frauen genau das, was wir nicht haben wollen, nämlich Dünnhäutigkeit, Depressivität und so weiter verstärken können. Es heißt, es ist individuell unterschiedlich.

12:19

Katrin Simonsen

Und weil sie gerade sagen „individuell unterschiedlich“, es gibt auch Frauen, die schwören darauf, also auch in der Perimenopause. Die nehmen ihr Progesteron und sagen: „Es ist alles wieder schicki. Ich schlafe, bin ausgeglichen ...“ und andere kommen so gar nicht zurecht. Weiß man, womit das zu tun hat? Gibt es eigentlich da auch Progesteronrezeptoren, die vielleicht bei den ein besser funktionieren als bei den anderen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, ja, ja ganz genau so ist es. Und was ganz interessant ist, diese psychischen Symptome, die haben was mit dem sogenannten GABA-Rezeptor im Gehirn zu tun. Und dieser GABA-Rezeptor ist bei manchen Frauen anders konfiguriert, also anders aufgebaut, als bei anderen. Und die reagieren – das ist zum Beispiel im Moment die aktuelle Hypothese, wie eine prämenstruelle dysphorische Störung, also Stimmungsstörung, ausgelöst wird. Dass es ein kleiner Teil von Frauen ist, wo das eigene Progesteron an diesem GABA-Rezeptor eben keine guten Wirkungen hat, also depri und aggro macht. Es sind nicht alle Frauen. Aber da sehen wir, das wissen wir, dass es die, sagen wir mal andere Konfiguration, also der andere Aufbau des GABA-Rezeptors ist, der die Unterschiede macht. Und dann kann man sich genauso gut vorstellen, dass auch jede Frau an ihren Progesteronrezeptoren oder Gestagenrezeptoren,

die wir haben, anders reagiert. Und was wir zum Beispiel von allen Gestagenen wissen – und da gehört das Progesteron dazu, da gehört das Dydrogesteron dazu und dann jede Menge synthetische Gestagene, die auch in den Antibabypillen drin sind. Es sind die, die eben den Eisprung unterdrücken und die Follikelreifung, also die Eibläschenreifung auch unterdrücken – dass die bei jeder Frau individuell anders wirken. Und dann habe ich Frauen, die sagen: „Mit dem einen Zeug, da bin ich voll aggro und depri und mit dem anderen Gestagen habe ich das alles nicht.“ Das ist so ein bisschen klinische Erfahrung. Und da gibt es Gestagene, wo wir das häufiger sehen oder weniger sehen. Und da ist die Studienlage – auch wenn ich wirklich ein sehr großer Freund von guten Studien bin – so mittelgut. Und das heißt, ich muss so ein bisschen ausprobieren, welches Gestagen klappt bei meiner Patientin besser als das andere. Es gibt auch Frauen, die sagen: „Egal welches Gestagen ich nehme, es geht mir immer nicht so richtig gut, ob das natürliche Progesteron ist oder ein synthetisches.“ Das sind gottseidank nur ganz wenige Frauen. Aber auch die Fälle habe ich. Und da muss ich irgendwie anders mich durchwurschteln dann – sind es vielleicht die, wo ich eine Hormonspirale lege, wo das Gestagen nur lokal wirkt. Da habe ich natürlich eine sensationell gute Blutungskontrolle und kaum systemische Effekte des Gestagens. Also die Gestagene sind schon so eine ganz besondere Substanz und können im Gehirn bei jeder andere Symptome hervorrufen. Und man muss es tatsächlich ausprobieren. Also, was Sie ansprechen, es gibt Gestagenrezeptoren. Und ich glaube auch, dass es da sogenannte Polymorphismen an den Rezeptoren gibt. Das heißt, bei der einen Frau wirkt es anders als bei der nächsten. So ist es.

Vielleicht noch ein Punkt: Das Dydrogesteron, was dem natürlichen Progesteron sehr nahesteht – es hat die gleiche Strukturformel, hat nur so einen Knick im Molekül – das macht zum Beispiel keine Nebenwirkungen im Kopf am GABA-Rezeptor. Also das ist tatsächlich psychoneutraler als das Progesteron. Und jetzt muss man halt gucken. Dann gibt es Frauen,

die finden das Progesteron total toll, wie Sie gerade gesagt haben. Die schwören darauf. Die sagen: Ich möchte am liebsten immer nur Progesteron nehmen – ja, *good for them!* Die sollen das auch machen, wenn es ihnen guttut. Man muss nur so ein bisschen auf die Gebärmutter Schleimhaut achten, dass da genügend ankommt. Das finde ich so ein bisschen das Problem. Also da muss man echt aufpassen. Neulich habe ich mal auf Instagram ein Post gehört, da hieß es: „Ich nehme immer 40 bis 80 Milligramm Progesteron. Und es ist super.“ Ja, aber wenn ich die Gebärmutter Schleimhaut ausreichend transformieren will, damit da kein Krebs entsteht, dann könnte das zu wenig sein. Sie sehen schon, es ist echt *tricky* und vielschichtig.

16:27

Katrin Simonsen

Da muss ich jetzt mal doof nachfragen. Ich dachte, dieses Progesteron gibt es immer nur in 100 mg. Wie nimmt man denn dann 40 oder 80 mg?

Dr. Katrin Schaudig

Ich danke Ihnen sehr für die Frage. Ich glaube, da kommen jetzt diese Apotheken ins Spiel, die dann auf Individualrezeptur so bestimmte Mengen machen. Ich persönlich halte dann wirklich nicht so viel davon, weil meine Erfahrung ist, dass wir mit den Industrieprodukten prima zurechtkommen und weniger als 100 mg Progesteron ist meines Erachtens an der Gebärmutter Schleimhaut auf jeden Fall zu wenig, wenn es mir darum geht, die zu schützen. Wenn ich kein Östrogen im Rennen hab, die Eierstöcke auch kein Östrogen mehr produzieren und ich auch kein Östrogen anwende und sage: Ich will eigentlich gar nichts außer, meinetwegen, 40 mg Progesteron ... Okay, meinetwegen. Das sind ja auch Frauen, die das über die Haut als Cremes oder Gels von Heilpraktikern verschrieben kriegen. In dem Moment, wo die sagen: „Es tut mir gut und ich habe kein Östrogen im Rennen“, da kann man das meinetwegen machen. In dem Moment, wo ich durch Östrogen die Gebärmutter Schleimhaut aufbaue – sei es durch ein zugeführtes Östrogen

oder sei es, dass der Eierstock noch selbst was macht – dann bin ich auch verantwortlich dafür, dass die Schleimhaut anständig transformiert wird, das heißt, sich nicht zu sehr aufbaut. Und da kann ich mit 40 mg oder 80 mg Progesteron gar nicht – da bin ich einfach nicht gut genug. Das ist zu gefährlich.

17:50

Katrin Simonsen

Okay, ich will jetzt noch einmal an alle unsere Hörerinnen mal kurz den Hinweis richten: Es geht uns heute nicht darum, euch irgendwie eure Hormonersatztherapie madig zu machen oder irgendwie euch da Angst zu machen, sondern wir wollen heute einfach uns um die etwas schwierigeren Fälle kümmern und vielleicht auch euch dabei ein bisschen weiterhelfen. „Woran kann es bei mir liegen, dass das da jetzt mir noch nicht gut geht?“ Es ist vielleicht auch Dosierung. Es ist vielleicht der Zeitpunkt, zu dem ich die verschrieben bekommen habe, weil ich eben noch in der Perimenopause bin. Also es geht uns um Gotteswillen nicht darum, euch jetzt irgendwie Angst zu machen, sondern wir wollen euch eigentlich da eure Fragen beantworten, euch da auch ein bisschen schlauer machen.

Dr. Katrin Schaudig

Offensichtlich habe ich jetzt ein bisschen Angst geschürt. Frau Simonsen, das tut mir leid! (lacht) Das will ich gar nicht! Nein, nein, alles gut!

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, wir sind immer noch bei den Frauen in der Perimenopause – auch damit unsere Hörerinnen uns gut folgen können – die also noch ab und an oder sogar noch regelmäßig einen Zyklus haben, die aber trotzdem schon so Wechseljahressymptome haben. Den einen wird dann nur Progesteron gegeben, den anderen wird dann zusätzlich auch noch Östrogen verschrieben. Und auch hier gibt es ein ganz unterschiedliches Feedback. Manche Frauen sagen: Ja, alles schick, geht mir gut. Woran könnte das liegen? Dass es sozusagen

die einen ... also, wobei Sie ja sagen: „Eigentlich mache ich das nicht.“ Aber einige Frauen sagen: „Bei mir funktioniert!“

Dr. Katrin Schaudig

Also ich muss jetzt dazu einschränken. Ich mache das zum Teil auch. Also ich gucke mir wirklich an: Wie unregelmäßig ist der Zyklus? Was hat die Patientin für Beschwerden? Wieviel macht der Zyklus noch? Und es ist, nochmal, individuell völlig unterschiedlich. Ich habe Frauen in der Perimenopause, da mache ich das genauso. Ich gebe ein bisschen Östrogen, gerne dann das Progesteron zyklisch, um auch den Zyklus zu regulieren. Das sind die Frauen, wo dieser Zyklus noch nicht so richtig durcheinander es oder die vielleicht schon ganz weit fortgeschritten sind in den Wechseljahren, wo der Eierstock kaum noch was macht. Aber, das ergibt sich eigentlich auch schon daraus, wenn der Eierstock selber noch Östrogen ordentlich produziert und ich dann noch was drauflege, dann werde ich A: keine Hilfe kriegen, also es wird mir nicht bessergehen, und zum Zweiten könnte es sogar sein, dass ich mehr Probleme produziere, weil ich dann mal Phasen habe mit viel zu viel Östrogen – Was macht es? Brustspannen, das macht Wassereinlagerungen und Blutungsstörungen. Also wenn noch Östrogen da ist und ich das da noch mal drauf schüttele, dann kann es gut sein, dass es nicht funktioniert.

Katrin Simonsen

Ich würde jetzt mal einige Mails unserer Hörerinnen vorlesen, damit man mal so ein Gefühl hat, mit welchen Problemen die Frauen dann zu kämpfen haben.

Simone hat uns geschrieben. Sie ist 51, hat seit einiger Zeit Symptome – Durchschlafstörungen, trockene Schleimhäute, Scheidentrockenheit und extrem fettige Haare. Da schreibt sie „wie in der Pubertät“, da leidet sie auch sehr drunter. Simone hat aber noch ihren Zyklus, und sie nimmt jetzt zwei Hub Gynokadin, also Östrogen und 200 mg Progesteron. Und es wird nicht besser.

Dann haben wir Sandra. Auch 51, hat vor drei Jahren mit bioidentischen Hormonen begonnen – erst Progesteron, wegen Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Muskelschmerzen, Gewichtszunahme, Migräne. Die Schlafstörungen wurden dann etwas besser. Deshalb hat sie das dann durchgängig genommen, obwohl man es ja, wenn man einen Zyklus hat, nur 14 Tage nehmen soll. Gegen die anderen Beschwerden hat sie dann Östrogen dazu bekommen und das gar nicht vertragen. Sie fühlt sich benommen. Ihr Gehirn ist wie benebelt. Außerdem spannt die Brust. Und sie bekommt große Zysten in den Brüsten, obwohl sie seit einem halben Jahr keine Regelblutung mehr hat.

Und eine dritte Hörerin – seit drei Jahren Wechseljahresbeschwerden, zuerst Östrogen bekommen. Da wurden dann Migräne und Panikattacken schlimmer. Und sie war auch im Kopf wie benebelt. Jetzt nimmt sie nur noch Progesteron vaginal. Die Panikattacken sind weg. Gegen die Migräne nimmt sie eine Antikörper-Therapie. Aber sie hat das Gefühl, dass sie ihrem Alltag nicht mehr gewachsen ist.

Das sind so drei unterschiedliche und doch irgendwie sehr ähnliche Fälle.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, sind ähnliche Fälle und ich muss leider auch wieder sagen: In allen drei Fällen habe ich die Fantasie, dass der Eierstock immer noch so ein bisschen verrücktspielt und immer mal mehr und mal weniger Östrogen macht. Das heißt, ich kann mich aber auch nicht darauf verlassen, dass ich immer genügend Östrogen habe. Ich habe da mal Phasen wie beim Tsunami - da läuft der Strand leer, und dann kommt so eine Riesenwelle. Und das ist, nochmal, das Hauptproblem, in dem Moment, wo der Eierstock noch arbeitet. Bei Sandra – das war die mittlere der drei Patientinnen, die sagt, sie fühlt sich mit Östrogen benommen, das Gehirn ist benebelt. Ich könnte mir gut vorstellen, dass die einfach zu viel Östrogen hat, phasenweise. Dazu passt auch, dass sie dann unter Brustspannen und Zysten in den Brüsten leidet, ob-

wohl sie seit einem halben Jahr keine Regelblutung mehr hatte. Und jetzt kommt noch etwas Anderes hinzu: Die nimmt auch Progesteron. Das heißt, irgendwas passiert da an der Schleimhaut und wir wissen nicht so genau, was. Vielleicht ist durch das Progesteron die Schleimhaut so ein bisschen vertrocknet – also die Schleimhaut in der Gebärmutter, nicht in der Scheide – die Schleimhaut in der Gebärmutter vertrocknet, deswegen blutet sie vielleicht wenig. Und auch da nochmal: Bei manchen Frauen kann das tatsächlich mit Progesteron passieren, dass man die Schleimhaut so ein bisschen austrocknet und es keine Blutung mehr gibt, obwohl noch viel Östrogen im Rennen ist. Aber meine Vermutung wäre auch bei Sandra eher immer noch eine deutliche Funktion des Eierstocks und zwar schwankend, mal viel, mal wenig. Auch da würde ich mir überlegen: östrogenfreie Pille und dann aber – weil damit unterdrücken wir die Eierstockfunktion dann doch wieder – ein bisschen Östrogen dazu.

Bei den anderen beiden ... jetzt gucke ich nochmal auf die erste Patientin, die hat 2 Hub Gynokadin und 200 mg Progesteron. Naja, auch das hat sie durchgehend. Und ich glaube, auch hier sind die Schwankungen der Eierstockfunktion das Entscheidende. Was nicht so ganz dazu passt, ist die Scheidentrockenheit. Und vielleicht hat sie dann da doch zu wenig. Das würde ich einfach lokal behandeln, mit Östrogenzäpfchen. Und die fettigen Haare, wie in der Pubertät, das ist interessant, könnte auch mal ein Effekt von Progesteron sein, was sie jetzt durchgehend nimmt. Aber es könnte auch sein, dass es zu einem gewissen Überwiegen, der männlichen Hormonwirkung kommt, weil sie nicht so viel Östrogene und Progesteron mehr hat. Und dann wirkten die sozusagen stärker. Denn fettige Haare und Akne sind zum Beispiel Symptome von männlichen Hormonen. Ich gucke gerade, ob wir alles beantwortet haben ...

Katrin Simonsen

Warten Sie, bei Simone mit den fettigen Haaren sagen Sie: Das ist ja eher vielleicht, dass das Testosteron jetzt ein bisschen nach vorne rückt und die Scheidentrockenheit und die trockenen Schleimhäute wären ja auch eher so ein Östrogenmangel. Da würde man jetzt nicht sagen: „Wir probieren noch mehr Gynokadin, also noch mehr Östrogen?“

Dr. Katrin Schaudig

Soll ich Ihnen was sagen? Die muss man mal untersuchen und gucken: Was macht der Eierstock noch? Also das kann man ja sehen im Ultraschall. Da würde ich auch tatsächlich eine Hormonanalytik machen und dann entscheiden. Die hat ja noch ihren Zyklus. Aber den hat sie vielleicht nur, weil sie die Hormone nimmt. Das kann man schwer entscheiden. Also das heißt da muss man einfach mal einen Status machen: Wo steht die Patientin eigentlich? Die Durchschlafstörungen sprechen schon für eine Schwankung der Eierstockfunktion, die trockenen Schleimhäute, wie die Scheidentrockenheit eher für wenig Östrogen. Aber wissen Sie, wenn ich dann mal nachfrage, oft sagen die Patientinnen: „Ja, das ist nicht immer so. Und die Symptome treten unterschiedlich oft und zu anderen Zeitpunkten auf.“ Das heißt, je nachdem, was der Eierstock gerade macht, wird das Eine oder Andere im Vordergrund stehen. Also das sind alles die Fälle – meines Erachtens – wo der Eierstock noch ein bisschen mitmischt und dieses Auf- und Ab der Hormone, die Probleme macht.

25:32

Katrin Simonsen

Und die dritte Hörerin, die hatte erst Östrogen bekommen, gar nicht Progesteron als Erstes. Und dann sind Migräne und Panikattacken schlimmer geworden. Ist das auch so typisch, wenn man noch einen eigenen Zyklus hat?

Dr. Katrin Schaudig

Nur Östrogene, wenn die noch eine Gebärmutter hat – das wissen wir jetzt nicht bei ihr – geht eigentlich sowieso gar nicht. Weil Sie

müssen dann schon auch gucken, dass die Gebärmutter Schleimhaut ordentlich behandelt und transformiert wird. Und es ist so, da steht, sie hat Migräne und Panikattacken bekommen. Das klingt so ein bisschen danach, dass die einfach dann wieder zu viel Östrogen hat. Und das ist ja spannend. Auch da hatten wir ja auch schon mal eine Podcast-Folge zu: Sowohl zu viel Östrogen, als auch zu wenig Östrogen kann in dieser Wechseljahresphase Migräne verstärken. Das ist ganz wichtig. Und das gilt vielleicht auch für die Panikattacken.

Jetzt hat sie geschrieben: Sie nimmt noch Progesteron vaginal. Das Spannende ist eigentlich, dass das vaginale Progesteron kaum psychische Wirkung hat. Warum? Weil es nämlich nicht so verstoffwechselt wird, dass es ins Gehirn geht. Warum jetzt die Panikattacken weg sind – da habe ich z. B. jetzt die Fantasie: Die ist vielleicht jetzt, in einer Phase ihrer Wechseljahre, wo der Eierstock gar nicht mehr arbeitet. Das heißt, sie hat jetzt keine Schwankungen mehr. Ja, und die Symptome, die sie vor drei Jahren unter Östrogen hatte, die hätte sie vielleicht jetzt gar nicht mehr. Man muss sich immer überlegen, diese Übergangsphase ist ja ein total dynamischer Prozess. Und Frauen oder Menschen und auch Ärztinnen und Ärzte denken manchmal so: „Ich habe jetzt hier die Therapie gefunden.“, und berücksichtigen nicht, dass sich die Situation der Eierstöcke und der Steuerung ja von Monat zu Monat verändern kann.

Und bei der könnte ich mir jetzt vorstellen, dass mit dem Progesteron vaginal – könnte sein, dass das die Panikattacken positiv beeinflusst. Meine Fantasie wäre: Ne, die sind jetzt weg, weil sie vielleicht durch ist mit den Wechseljahren. Und die Migräne ist weg, weil sie eine Antikörper-Therapie hat. Aber ich könnte mir da vorstellen, dass jetzt ein Östrogenmangel da ist. Und die Situation jetzt können Sie ja nicht vergleichen mit der vor drei Jahren, wo ihr das Östrogen nicht gut getan hat. Wissen Sie? Das ist das, wir müssen immer gucken. Wir haben hier kein statisches Modell, sondern das ändert sich. Und das Blöde ist, dass diese

Änderung auch nicht allmählich vonstattengeht, sondern mit großen Schwankungen. Wissen Sie, wir sehen manchmal Frauen, die haben sechs Monate einen ganz normalen Zyklus wieder, nachdem sie vorher ein halbes Jahr gar nicht geblutet haben oder nur mal einmal in sechs Monaten. Und plötzlich haben die wieder normalen Zyklus. Der Körper reguliert sich dann gerade mal wieder so und springt an. Und das können wir nicht vorhersehen.

28:10

Katrin Simonsen

Dieser Brain Fog oder auch dieses benebelte Gehirn durch das Östrogen – ist das was, was Ihnen auch ihre Patientinnen manchmal erzählen? Ich habe immer gedacht, man hat diesen Brain Fog sozusagen in den Wechseljahren, wenn man nichts nimmt.

Dr. Katrin Schaudig

Also ja, das würde ich auch so sehen. Aber also, das sehe ich auch eher, und zwar vor allen Dingen hat man diesen Brain Fog in dieser Übergangsphase, dass man irgendwie so völlig gar nicht mehr richtig ticken kann. Aber es kann eben auch sein, wenn man in ein System, wo zufällig gerade viel Östrogen ist, noch welches draufschüttet, dann kann ich mir auch vorstellen, dass bei der einen oder anderen das Brain Fog auslöst. Ist jetzt aber nicht so ein typisches Symptom. Das muss ich jetzt mal sagen. Also zu viel Östrogen kann alles Mögliche machen: Brustspannen, Migräne, Blutungsstörungen, Wassereinlagerungen, aber eigentlich nicht typischerweise Brain Fog. Aber im Einzelfall, Frau Simonsen, halte ich alles für möglich.

Katrin Simonsen

Sie haben schon gesagt: Wir sind alle sehr unterschiedlich, wir Frauen. Und es gibt auch Frauen, die in dieser Perimenopause extreme Hormonschwankungen haben. Sie haben schon gesagt, manche haben dann mehrere Eiersprünge. Dann bilden sich vielleicht Zysten und die reifen und reifen und bilden immer mehr Östrogen. Wie weiß man eigentlich, ob man zu den Frauen gehört? Kann man das irgendwie

rauskriegen? Gibt es da vorher schon Anzeichen, oder ...?

Dr. Katrin Simonsen

Ne, es gibt leider keine. Das ist tatsächlich eine ... kann man nur im Grunde klären, indem man guckt: Was hat die Frau für Symptome? Und dann doch auch mal untersucht, was macht da der Eierstock? Also, es gibt da nicht so richtig einen Goldstandard, wie man das vorhersehen kann – überhaupt nicht, sondern jede Frau reagiert anders. Wissen Sie, ich sage das auch noch einmal: Frauen sind unterschiedlich. Es gibt Frauen, die haben die ganze Frühschwangerschaft durch Übelkeit und Erbrechen. Und es gibt Frauen, die haben das null, gar nicht. Und ich finde das immer wieder lustig, weil man es auch in Kitschromanen gelegentlich so liest. Übelkeit war dann immer ein absolut untrügliches Zeichen für eine Schwangerschaft. Also, ich oute mich jetzt mal. Ich habe drei Schwangerschaften gehabt. Ich habe nicht einen Tag mit Übelkeit gehabt. Ich kenne das Symptom gar nicht.

Katrin Simonsen

Mir war bei jeder Schwangerschaft schlecht.

Dr. Katrin Schaudig

Sehen Sie! Und jetzt ist es aber so, was ein Nachteil der empirischen Medizin ist ... und das finde ich auch, weil wir ja immer wieder diskutieren: Warum gibt es in den Wechseljahren da so eine Gruppe, die sagt: „Ach, stell dich nicht so an“? Ich habe immer den Eindruck, diese Aussagen kommen von Menschen, die aus irgendeinem Grund wenig Probleme hatten. Und es ist jetzt so, wissen Sie, wenn ich jetzt zu Ihnen gesagt hätte, in der Schwangerschaft: „Was stellen Sie sich denn so an? Das mit der Übelkeit ist doch gar nicht schlimm?“ Ja, weil ich habe keine gehabt, und sie haben sie. Und deswegen muss ich sie doch trotzdem ernst nehmen in ihrem Symptom. Also, das ist so ein bisschen das, wenn man selber das nicht hat, heißt es ja nicht, dass es nicht andere ganz doll haben können und umgekehrt.

Katrin Simonsen

Sie haben vorhin, und auch schon in unseren

anderen Podcastfolgen dann oft gesagt: Also bei Frauen mit einem hohen Leidensdruck, mit diesen Schwankungen in der Perimenopause – dann geben wir eine Monogestagenpille, das bremst den eigenen Zyklus aus. Dann geben wir ein bisschen Östrogenen dazu. Und dann funktioniert das alles besser. Jetzt hat uns Jana geschrieben. Die hat das bei uns im Podcast gehört, hat das gemacht mit ihrer Frauenärztin. Seit einigen Monaten nimmt sie die Zafrilla. Sie nimmt jetzt mittlerweile auch anderthalb Zafrilla, das ist diese Gestagenenmonopillen. Insgesamt dann drei Hub Östrogengel dazu, aber ihr Eierstock produziert weiter Folikel und auch Zysten. Und sie fragt jetzt: „Wo könnte da das Problem stecken?“

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist eine sehr gute Frage. Und es hat jetzt leider wieder was damit zu tun, dass offenbar Frauen individuell auf die Gestagene unterschiedlich reagieren. Ich sage mal ein anderes Beispiel: Wir hatten früher ein Gelbkörperhormon, was wir jetzt nicht mehr so oft nehmen, weil ein Meningeom diskutiert wird. Das gab es in einer Dosis von 2 mg. Wir hatten Frauen, die mit 2 mg komplett unterdrückt waren, also wo der Eierstock gar nichts mehr gemacht hat. Das kann man an der Hormon Untersuchungen sehen. Wo man sozusagen die Steu... also der der Weg dabei ist, dass die Steuerungshormone aus dem Hirn ausgeschaltet werden. Und wenn die super niedrig sind, wissen wir: Aha, das ist hier komplett alles unterdrückt. Wir hatten aber Frauen, die mit drei dieser Tabletten, also mit 6 mg von diesem Medikament, immer noch Eierstockzysten hatten – also wo praktisch diese Bremsung des Hirns, um Hormone auszuschütten, die den Eierstock anregen, nicht so gut funktioniert hat. Wir wissen nicht, was der Grund ist. Das muss meines Erachtens wieder eine individuelle Struktur der Rezeptoren sein. Das heißt bei dieser Patientin habe ich die Fantasie: Die braucht vielleicht zwei Zafrilla am Tag, auch wenn es dann ... dann denkt „Oh mein Gott! Ich kann mich doch nicht so mit Hormonen vollstopfen.“ Aber manchmal ist es so. Wenn

die mit Zafrilla immer noch Zysten am Eierstock hat. Es sind ja dann Follikel, und die machen auch Östrogen. Dann passiert sogar möglicherweise Folgendes: Der Eierstock macht noch Follikel, diese Follikel produzieren Östrogen. Jetzt nimmt die Patientin schon drei Hub Östrogengel, vielleicht, weil sie gedacht hat: „Mir geht es noch nicht gut. Ich brauche mehr.“ – Ne! Die hat jetzt sicherlich einen Östrogenüberschuss, weil der Eierstock macht noch was, plus die drei Hub. Also ich würde eher so vorgehen: Die Zafrilla-Dosis erhöhen, vielleicht auf zwei – oder eine und zwei Tabletten im täglichen Wechsel und dann mal gucken, wie viel Östrogen braucht die Frau. Also, das ist tatsächlich *tricky*. Diese Gestagenwirkung ist individuell unterschiedlich

Katrin Simonsen

Oder kann man auch ein anderes Gestagen dann probieren? Gibt es eins, was stärker ist als die Zafrilla?

Dr. Katrin Schaudig

Das könnte man probieren. Man könnte zum Beispiel ... es gibt ja zwei Östrogen freie Pillen im Moment. Das eine ist die ein Präparat, das ist Desogestrel drin. Da haben wir auch ganz viele Generika. Da gibt es ein zweites, das heißt Slinda, gibt es nur eins, weil das haben wir noch nicht so lange um auf den Markt das Slinda und die Zafrilla ist eigentlich ein Gestagen, was man gar nicht zur Verhütung primär einsetzt, sondern zur Behandlung der Endometriose. Das hat aber auch diesen ähnlichen Effekt. Und dann gibt es eben noch das Vierte. Das ist das Chlormadinon. Das könnte man mal vorübergehend geben. Da gibt es einen Warnbrief der Behörden. Wenn man das lange nimmt in hoher Dosis, gibt es ein etwas erhöhtes Meningeom-Risiko. Aber Meningeome sind super selten, sind gutartige Tumore der Hirnhaut. Also man könnte da mal ausprobieren, zumindest mal für ein halbes Jahr, Chlormadinon zu geben. Aber es ist ... man muss es ausprobieren. Und es gibt keine Patentlösung.

34:33

Katrin Simonsen

Da fragt man sich wahrscheinlich als Frau: Warum funktioniert das bei mir nicht, obwohl Frau Schaudig das immerzu empfiehlt? Gibt es auch bei Ihnen in der Praxis manchmal Fälle, wo sie dann aufgegeben haben oder aufgeben mussten?

Dr. Katrin Schaudigä

Ne, also aufgeben tue ich nie, Frau Simonsen! Da wird mein Ehrgeiz angestachelt. Ich sage mal so, in den allermeisten Fällen finden wir eine Lösung. Ich kann natürlich nichts dafür, wenn Frauen dann sagen: „Die hat ja keine Ahnung. Da gehe ich woanders hin.“ – könnte auch mal passieren, ist sicherlich auch schon passiert. Aber eigentlich, irgendeine Lösung finden wir immer, weil wir dann auf andere Methoden umschwenken. Das ist dann vielleicht schon wirklich die hohe Schule der Hormonbehandlung. Das wäre vielleicht auch der Punkt, wo der, sagen wir mal so, normal ausgebildete Gynäkologe oder die Gynäkologin mit dem Latein am Ende ist. Die landen dann oft bei uns in der Praxis. Wir haben dann schon nochmal ein bisschen was in der Trickkiste. Aber das ist dann wirklich individuell sehr unterschiedlich.

Katrin Simonsen

Aber nicht jede hat ja so eine Hormonklinik am Ort ...

Dr. Katrin Schaudig

Nein, ich weiß schon. Aber das wäre, was ich meine, da gibt es auch Universitätsambulanzen und so weiter. Wobei, also das muss man dann ausprobieren. Also dass ich gar nicht weiterkomme, das ist fast nie der Fall. Irgendetwas probieren wir dann. Wir diskutieren es dann auch untereinander. Ich meine, es gibt ja auch die Hotline der *Deutschen Menopause-Gesellschaft*. Wenn man da Mitglied ist, da kann man mal anrufen und einen Fall vorstellen. Wir haben zum Beispiel auch im Moment – und das ist ein Format, was wir hochfahren wollen – über unsere Laborarztpraxis machen wir zum Beispiel so Falldiskussionen, wo Kolleginnen und Kollegen ihre Problemfälle vorstellen können. Also, wir haben schon Möglichkeiten, wo

man sich dann auch Rat holen kann. Als Kollege allerdings, also das ist jetzt nicht für Patientinnen. Weil von der Ferne Patientinnen beraten – das funktioniert nicht. Wie ich vorhin schon gesagt habe, man müsste die jetzt mal untersuchen gucken: Was macht der Eierstock? Mal Blut abnehmen. Das ist wichtig.

36:25

Katrin Simonsen

Kann es denn auch sein, dass man, wenn man z. B. diese drei Hub Östrogenengel nimmt, dass man irgendwie auch immer wieder Leben reinbringt in den Eierstock?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, das kann man nicht. Also durch Östrogengabe kann man den Eierstock nicht auftauen. Was ich manchmal den Eindruck habe, wenn viel Östrogen im Spiel ist, entspannt sich diese Hormonachse, die ja in dieser Phase auf maximale Stimulation eingestellt ist. Jetzt plötzlich merkt der Hypothalamus, also das Hirn: Aha, da unten ist ... – der denkt ja, das Östrogen, was da im Spiel ist, ist das eigene Östrogen. Das kapiert der ja nicht, dass das zugeführte Östrogen ist – und sich vielleicht so ein bisschen entspannt. Und dann erholt sich die Achse vielleicht so ein bisschen. Das ist jetzt sehr unwissenschaftlich, Frau Simonsen. Wenn einer meiner Kolleginnen oder Kollegen das hört, der denkt: Die Frau Schaudig hat einen Knall.

Katrin Simonsen

Also alle Kolleginnen weghören! (lacht)

Dr. Katrin Schaudig

... das ist so ein bisschen vielleicht die Idee. Aber man kann nicht durch eine Östrogentherapie den Eierstock anturnen.

Katrin Simonsen

Martha ist 46 Jahre alt, leidet doll unter Migräne und hat deshalb diese Slinda verschrieben bekommen, von der Sie gerade gesprochen haben. Und jetzt, nach einiger Zeit, ist die Migräne wieder da. Alle 10 bis 15 Tage hat sie die. Und sie hat jetzt die Ärztin gefragt: „Na, kann man vielleicht noch mal Östrogen dazugeben?“

Würde das vielleicht helfen?“ Und die Ärztin hat gesagt: „Nein, nehmen Sie die Slinda weiter.“ Und sie soll auch immer diese fünf Tage pausieren. Und jetzt fragt sich Martha, aber ihr geht es ja nicht so gut – die Migräne wird ja schlimmer ...

Dr. Katrin Schaudig

Also, das ist genau das, was wir gerade gesagt haben. Vielleicht gehört Martha zu den Frauen, wo mit dieser Slinda der Eierstock komplett in die Knie geht. Das kann sein, gerade in der Perimenopause, wo der Eierstock ja sowieso nicht mehr so fit ist. Sie ist 46, da ist sie eher noch jung. Aber auch da kann es sein, dass wir mit Slinda den Eierstock so unterdrücken, dass kein eigenes Östrogen mehr produziert wird. Das heißt, da muss man eigentlich mal gucken, vielleicht auch doch mal eine Blutuntersuchung machen: Wieviel Östrogen ist da eigentlich noch im Rennen? Also meine Fantasie wäre: Die hat jetzt ein bisschen wenig Östrogen. Und da ein bisschen Östrogen dazugeben – das kann man machen. Ob die fünf Tage Pause was bringt, das weiß ich nicht. Da kann sich natürlich auch der Eierstock noch einmal erholen. Aber das wäre ja dann wieder eine Schwankung. Also gerade bei Migräne will man möglichst stabile Verhältnisse. Da würde ich tatsächlich eher die Slinda ohne Einnahmepause nehmen und vielleicht gucken, ob ein bisschen Östrogen dazu hilft. Die Alternative wäre, dass sie zu denen gehört – was wir gerade gesagt haben – die durch die Slinda zu wenig unterdrückt ist. Auch das wäre möglich. Dann muss sie vielleicht sogar die Slinda-Dosis anheben. Also entweder hat sie zu viel an Östrogen, oder zu wenig. Mein Gefühl wär in dem Fall: Eher zu wenig. Aber sicher weiß ich das nicht.

Katrin Simonsen

Manche Hörerinnen schreiben uns auch, sie würden durch die Hormontherapie auf einmal Pickel bekommen. Die eine sagte: „Das kommt bestimmt vom Progesteron.“ Ist es auch so etwas, was sie kennen?

Dr. Katrin Schaudig

Das wird immer mal wieder so behauptet. Es

ist schwer festzustellen. Also eine dieser Gestagenmonopillen, das sind die, die Desogestrel enthalten. Die können tatsächlich verstärkt zu Pickeln führen. Warum? Die wirken ein bisschen wie Testosteron. Und dann können mehr Pickel entstehen. Es gibt aber auch Frauen und das sind auch die – erinnern Sie sich? – es gibt ja Mädchen, die in der zweiten Zyklushälfte mehr Pickel haben als in der ersten. Das ist ein Progesteroneffekt. Und es kann vielleicht bei der einen oder anderen tatsächlich sein. Ich halte alles für möglich. Also Patienten kommen zu mir und sagen: Seitdem ich das nehme, habe ich genau irgendein Symptom. Und dann muss ich erstmal überlegen: Okay, kann das damit zusammenhängen? Das kann immer damit zusammenhängen. Und dann versuche ich umzustellen.

40:00

Katrin Simonsen

Und auch eine spannende Frage: Darf man eine Gestagenpille zusammen mit Progesteron nehmen? Sie würde gern das Progesteron wegen des Schlafes nehmen. Oder bin ich dann überdosiert?

Dr. Katrin Schaudig

Oh Gott! Es ist eine schwierige Frage. Ich finde die Frage ziemlich klug, ehrlich gesagt. Aber sie ist wahnsinnig schwer zu beantworten. Um es klar zu sagen: Die gehen ja alle an den Gestagenrezeptor. Was da jetzt passiert am Rezeptor – ob das Progesteron gewinnt oder das andere Gestagen – keine Ahnung. Also, ich muss Ihnen gestehen, es ist mir so ein bisschen unheimlich, weil ich wirklich nicht weiß, was tue ich da? Man kann das theoretisch versuchen. Ja, insbesondere – was ich auch vorhin schon gesagt hatte – wenn sie das Progesteron schlucken, dann wird es in der Leber metabolisiert. Es bleibt dann nur noch relativ wenig richtiges Progesteron übrig, und der Rest ist Allopregnanolon. Und das geht nicht an den Gestagenrezeptor, sondern eigentlich an den GABA-Rezeptor und macht Schlaf. Also wahrscheinlich kann man das versuchen. Aber das ist wirklich ein Vorgehen, was sehr „out of the box“ ist. Und so ein bisschen unheimlich wäre es mir.

Das käme jetzt sehr auf die Patientin an, ob ich mich das trauen würde. Kann man mal versuchen.

41:00

Katrin Simonsen

So, eben das war alles noch Perimenopause. Jetzt haben wir die letzte Blutung gehabt. Die liegt jetzt auch schon ein Jahr zurück. Das heißt, ich bin dann sozusagen nach der Menopause. Dann müsste doch eigentlich alles schick sein. Die Eierstöcke funken uns nicht mehr dazwischen und man könnte die Frauen so auf einem niedrigen Hormonlevel einstellen, sodass die Beschwerden weg sind und es ihnen wieder gut geht. Ist das dann wirklich so die entspanntere Phase?

Dr. Katrin Schaudig

Ehrlich gesagt, von der Therapie her: Ja. Also, das sehe ich so. Also in dieser Übergangsphase sehe ich die Frauen alle drei Monate, ungefähr. Und dann weiß ich auch – und das ist mir auch wirklich noch mal wichtig: das ist ein dynamischer Prozess. Da ändert sich pausenlos irgendwas. Das heißt, die Therapie, die vor einem Jahr super war, funktioniert dann plötzlich nicht mehr und umgekehrt. Ja? Also das heißt, in dieses Wechselphase dauert es. So, nach der letzten Regelblutung habe ich eigentlich die Situation, dass ich ganz viele Patienten nur noch alle halbe Jahre sehe. Und selbst da ändert sich nicht viel. Da kommen die und sagen: „Ja, mir geht es super!“, ich sag: „fein.“ usw. Dann kann man mal über einen Ausschleichversuch diskutieren. Aber im Prinzip ist das die entspanntere Phase. Aber eben auch nicht immer. Aber dann muss man sich immer fragen: Habe ich die richtige Therapie? Bin ich mit der richtigen Dosis unterwegs? Oder liegen vielleicht die Symptome, die die Patientin hat, an überhaupt was ganz Anderem? Das sind so die drei Sachen, die man dann checken muss.

Katrin Simonsen

Und da wir ja der Frage nachgehen: Was, wenn die Hormone nicht helfen?, habe ich natürlich auch ein paar Hörerinnen ...

Dr. Katrin Schaudig

Ja klar!

Katrin Simonsen

(lacht) Überraschung! –

Eine aus Halle hat uns geschrieben. Sie ist in der Menopause, auch schon eine ganze Weile. Sie hat Hitzewallungen, Schlafstörungen mit Hormonen angefangen. Zwei Hub Östrogen, 200 mg Progesteron - Famenita nimmt sie. Gegen die Hitzewallungen hat das gut geholfen. Anfangs war alles schön, sie war wieder energiegeladener, positiv. Doch nach einer Weile hat jetzt dieser Effekt nachgelassen. Sie ist wieder mehr müde, hat auch starke Stimmungsschwankungen, und sie fragt: „Wie kann das denn kommen? Ich war doch irgendwie gut eingestellt.“

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist ein bisschen untypisch. Auch da ist nochmal die Fantasie – mit der letzten Regelblutung hört der Eierstock ja nicht komplett auf. Es ist ja nicht so ein Hammer, der da fällt, und dann passiert gar nichts mehr, sondern bei einem Teil der Frauen gibt es dann schon noch so eine gewisse Hormonsecretion, also ein bisschen Hormonausschüttung, die vielleicht nicht viele ist, aber dann gerade so zusammen mit der Therapie reicht, dass es ihr gut geht. Also, da muss man tatsächlich mal einen Östrogenspiegel machen. Und wenn der Östrogenspiegel eigentlich gut ist mit den zwei Hub, was sie nimmt, dann muss man tatsächlich gucken. Die Müdigkeit am Tag kann andere Ursachen haben, bei den Stimmungsschwankungen das Gleiche. Man muss natürlich immer gucken: Gibt es eine depressive Reaktion? Da muss man vielleicht auch mal zum Neurologen oder Psychiater gehen. Dann steht hier auch: Die nimmt ja 200 mg Progesteron. Vielleicht würde ich da mal umstellen, auf ein anderes Gelbkörperhormon. Und vor allen Dingen, ich hoffe, sie nimmt das Abends. Denn wenn man das tagsüber nimmt, kann's auch tagsüber müde machen. Dann habe ich noch mal die Fantasie: Müdigkeit am Tage – vielleicht schläft die schlecht und ist deswegen tagsüber müde. Sie hat zwar gesagt, sie hat wegen Hitzewallungen

und Schlafstörungen mit Hormonen angefangen, und dann hat es auch gut geholfen. Und jetzt hat sie aber keine Hitzewallungen mehr. Aber der Rest ist nicht gut. Vielleicht langt es jetzt nicht mehr an Hormontherapie. Vielleicht braucht sie einfach ein bisschen mehr. Und wie wir vorhin schon gesagt haben: Es gibt Frauen, die mit einem Hub Östrogen einen Superspiegel haben und es gibt welche, die mit dreien immer noch so ein bisschen rumkrebzen. Das ist individuell unterschiedlich. Also ich würde, sagen, es ist eine Frage der Einstellung, da muss man nochmal nachjustieren. Oder aber, wenn man nicht weiterkommt, nach anderen Ursachen fahnden. Und vielleicht ein anderes Gestagen nehmen. Das würde ich dann auch nochmal ausprobieren. Das ist so ein bisschen Feinjustierung.

Katrin Simonsen

Und was den Östrogenspiegel angeht, dann nach der Menopause, da würden wir so bei 100 pg liegen?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, nein, wir wollen eigentlich weniger. Also ich sag mal so, normalerweise hat man ja gar kein Östrogen mehr. Und jetzt muss man auch an der Stelle sagen, es gibt ja Frauen, die ohne jedes Östrogen super klarkommen. Also es brauchen ja nicht alle Frauen. Das heißt, wir haben eigentlich da eine andere Situation. Bei jungen Frauen, die zum Beispiel jetzt wegen einer Essstörung oder was auch immer keine Regel haben. Da wollen wir tatsächlich auf einen durchschnittlichen Spiegel von 80 pg bis 100 pg kommen. Bei älteren Frauen ist die entscheidende Sache die Wirksamkeit. So, wenn ich jetzt aber jemanden habe, der mit einer bestimmten Dosis nicht gut zurecht kommt, dann gucke ich mir den Spiegel an. Wenn die schon einen Spiegel von 80 pg oder 100 pg hat, dann würde ich sagen: Nein, das kann jetzt nicht am Östrogenmangel liegen. Es muss etwas anderes sein. Wenn die aber mit zwei Hub Gel einen Spiegel von 30 pg, 40 pg hat, dann würde ich sagen: Da ist noch Luft nach oben, da können wir ein bisschen hochgehen. Also da gibt es ... also ich will nicht grundsätzlich auf 100 pg

kommen. Das ist mir fast zu viel bei jemandem in der Lebensphase. Aber das kommt individuell einfach drauf an, wie viel braucht die? Und noch an der Stelle will ich noch mal – ganz wichtig: Wir bestimmen nicht dauernd die Hormone. Die Hormone müssten dann bestimmt werden, wenn Dosis und Befindlichkeit irgendwie auseinanderklaffen. Dann gucke ich mir das an.

46:13

Katrin Simonsen

Ines ist 47, hat auch keine Blutungen mehr, nimmt einen Hub Gynokadin, eine Kapsel Progesteron. Und trotzdem gibt es Zeiten, wo sie sich fühlt wie früher mit PMS. Da ist ihr Bauch aufgebläht, sie hat Brustschmerzen, was ja eigentlich für zu viel Östrogen spricht. Trotzdem hat sie dann aber auch wieder Hitzewallungen, trockene Scheide, Schlafprobleme, was für zu wenig Östrogen spricht. Und sie ist jetzt so ein bisschen ratlos. Und sie schreibt uns auch, sie ist Strumapatientin – Hashimoto. Gegen Hashimoto nimmt sie L-Thyrox, genau.

Dr. Katrin Schaudig

Also das L-Thyrox, da muss man gucken, ob ... da wird sie wahrscheinlich gut eingestellt sein, nehme ich mal an. Da würde ich jetzt nicht so viel drauf geben. Wichtig ist, dass das Progesteron durchaus Blähungen befürworten kann. Warum? Progesteron entspannt die glatte Muskulatur des Darms. Und dann kann der Darm sich aufblähen und Blähungen machen. Also da würde ich jetzt mal ausprobieren: Hilft vielleicht ein anderes Gestagen ihr besser? Und die andere Sache ist, vielleicht ist dieses eine Hub Gynokadingel zu wenig für sie. Andererseits hat sie Brustschmerzen. Also da muss man noch mal nach dem Spiegel gucken und vielleicht sogar auch an den Dosierungen der einzelnen Komponenten ein bisschen was drehen. Sie hat eine trockene Scheide, es steht auch selber: eher zu wenig Östrogen – kann man allerdings auch lokal behandeln. Es ist so, dass die systemische Therapie bei manchem Frauen ausreicht, für die Symptome und sogar manchmal zu viel ist aber Brustbeschwerden macht, aber dann nicht genügend an der

Scheide ankommt. Also nicht selten habe ich eine systemische Therapie, also mit Gel und irgendeinem Gestagen und gebe zusätzlich für die Scheide Östriol.

Das heißt, da muss man die einzelnen Probleme, die die Patientin hat angehen – trockene Scheide. Bei den Brustschmerzen – wir sehen auch manchmal, dass die auch ohne hohe Östrogenspiegel Brustschmerzen kriegen. Da hilft tatsächlich manchmal Progesteron über die Haut, lokal auf die Brust. Das kann man da mal probieren. Aber ich glaube, im Wesentlichen muss man sich mal anschauen: Was hat die für Spiegel? Und mit dem PMS – wenn es auch ein Psycho-PMS ist, kann das auch durch Progesteron ausgelöst werden. Dann würde ich ein anderes Progesteron noch mal versuchen.

48:33

Katrin Simonsen

Den Fall, den ich jetzt vorlese, den finde ich wirklich auch megaspannend. Die Hörerin ist 52 Jahre alt, hat schon länger keine Blutung mehr, hat dann angefangen, zwei Hub Gynokadin und einmal Famenita, also Progesteron, zu nehmen. Und dann, weil es ihr nicht gut ging – aber sie sagt, sie hatte gar kein Brustspannen, aber dafür haufenweise Pickel – hat sie noch mal einen Bluttest machen lassen. Und da war das Östradiol im Blut auf einmal bei 907 pg. Das ist ja ein gigantischer Wert. Jetzt fragt sie: „Kann es sein, dass meine Eierstöcke auch nach längerer Pause wieder angesprungen sind?“

Dr. Katrin Schaudig

Also, eine wichtige Sache haben wir nämlich noch gar nicht angesprochen, wenn das Östrogen, also die die Blutentnahme an dem Arm erfolgte, wo die das Gel geschmiert hat – und es kann auch sein vor eins, zwei, drei Tagen, das kumuliert manchmal so ein bisschen – dann kann es sein, dass der hohe Östrogenspiegel daher kommt. Das muss man bedenken. Also wenn man sich Blut abnehmen lässt ... das ist vielleicht noch mal ein ganz wichtiger Hinweis. Das haben wir auch, glaube ich, vielleicht noch

gar nicht erwähnt. Wenn Sie sich Blut abnehmen lassen, dann bitte nicht an dem Arm, wo sie das Gel geschmiert haben, sondern am gegen Arm. Wir sagen dann auch oft: „Bitte Oberschenkel schmieren oder Bauch schmieren. Dann haben wir da gar kein Problem. Also, das muss man jetzt erst einmal testen. Es kann natürlich dann auch schwanken, je nachdem, wo sie geschmiert hat, wo das Blut abgenommen wird. Und die hat auch keinen Brustspannen. Also das spricht ja eher so ein bisschen dagegen. Ich muss aber auch sagen, ich habe tatsächlich auch eine Patientin, die ist in der Perimenopause, die ist ein bisschen jünger als diese Patientin, da springt der Östrogenspiegel wie verrückt, mal auf diese Höhe, mal niedrig. Da bin ich tatsächlich so ein bisschen ratlos. Weil Sie mich vorhin gefragt haben – ich habe noch keine Erklärung dafür, warum das so ist. Und da haben wir auch das ausgeschlossen, an dem Arm abzunehmen. Ich gebe mal zu, bei der Patientin: In der Tendenz hühnern wir uns so durch. Also ich sehe die dann regelmäßig. Wir messen auch immer mal die Spiegel, verändern dann die Dosierung. Der geht es auch dann manchmal nicht gut. Also, das ist tatsächlich ganz manchmal ein Problem. Man muss natürlich trotzdem noch mal überlegen – das ist auch hier die Frage: Kann es sein, dass die Eierstöcke auch nach einer längeren Pause wieder anspringen? Ja, kann sein. Die ist erst 52. Auch das ist absolut möglich. Das muss man einfach so ein bisschen Bedenken. Also, wie gesagt, sonst mal Gynokadin woanders hinschmieren und dann noch einmal Blutspiegel machen. Dann hat die aber auch Pickel auf dem Dekollete, haben Sie gesagt. Und ja, wo die nun herkommen? Tja, mal vielleicht auch die männlichen Hormone noch einmal überprüfen, vorsichtshalber. Nicht, dass sie da zu viel hat. Auch das gibt es gelegentlich, dass die ansteigen in der Postmenopause. Es ist selten, aber es gibt es. Muss man auch noch einmal gucken.

Katrin Simonsen

Ich habe hier zwei Hörerinnen, die sind auch postmenopausal, würden gerne mit der Hormonersatztherapie anfangen oder haben es

gemacht, haben aber so Vorerkrankungen und wissen nicht, ob das wirklich gut funktioniert.

Die eine: Bei der wurde ein Hirnarterienaneurysma festgestellt, vor 15 Jahren. Und die Andere: Die hatte ganz viele Myome. Die haben sogar auf die Wirbelsäule gedrückt. Und da wurde dann bei den Myomen sozusagen die Versorgung unterbrochen, damit das nicht weiter wächst. Und jetzt sagt sie: „Wenn ich jetzt Hormone nehme, kommen dann meine Myome wieder?“

– Also, Hirnarterienaneurysma und Myome: Darf ich trotzdem die Hormonersatztherapie machen?

Dr. Katrin Schaudig

Also das Aneurysma ist eigentlich keine Kontraindikation, nach meinem Wissen. Da ist die wichtige Aussage, dass der Blutdruck gut eingestellt sein muss, denn das ist das Problem. Also die Östrogene werden an dem Aneurysma nichts machen. Das muss man natürlich gut beobachten. Da hätte ich jetzt eigentlich keine Bedenken. Ich würde bei so jemandem immer möglichst wenig dosieren und sanft dosieren, sodass die gerade beschwerdefrei ist. Und die muss ganz besonders auf die Einstellung des Blutdruckes achten. Und eigentlich erhöht ne HRT den Blutdruck nicht, sogar im Gegenteil. Bei manchen Patienten ist es günstig, aber das muss man machen. Und die zweite Frage ... also bei der Patienten, da hätte ich jetzt nicht so ein Problem, mit dem Hirnarterienaneurysma.

Die zweite Patientin – das ist *tricky*. Es ist schon möglich, dass man durch die Gabe von Östrogenen, das Myomwachstum wieder fördert. Das ist so. Also, das ist tatsächlich eine schwierige Frage. Das kommt jetzt sehr darauf an, ob die weg sind, wie klein die sind ... Also ich halte auch da eine Hormontherapie für möglich. Aber ich würde auch da versuchen, möglichst gering zu dosieren und darunter unbedingt die Myome anzuschauen, sonographisch. Also man muss das kontrollieren. Also das ist nicht ohne.

53:33

Katrin Simonsen

Sie nimmt so einen Kombipflaster: Estramon conti 30 und bei den Myomen, dafür gab's ja diese OP – diese Myomembolisation, heißt das.

Dr. Katrin Schaudig

Also ich finde Estramon conti 30 ist niedrig dosiert. Wenn sie damit gut zurechtkommt, bin ich damit *fine*. Dann finde ich das eigentlich ganz gut. Also das kann sie gut machen. Und sie wird mit dieser Dosis von Östrogen die Myome nicht besonders fördern, weil das einfach eine niedrige Dosis ist. Das finde ich eine gute Idee. Ich bin damit *fine*.

Katrin Simonsen

Ich möchte noch ein bisschen ausführlicher, mal auf die Geschichte von Bettina schauen, weil das vielleicht auch so ... Die hat extrem viele Versionen von Hormonersatztherapie ausprobiert. Die ist 55, laut Hormonspiegel postmenopausal, von Hitzewallungen geplagt. Und sie hat verschiedene Versuche hinter sich. Jetzt hat die Ärztin oder der Arzt gesagt: „Tja, dann ist Ihnen wohl nicht zu helfen. Mehr Präparate gibt es nicht mal auf dem Markt.“ Also, die hat erst bekommen: das Lenzettospray – Östrogen, hat 200 g Progesteron dazubekommen. Dann haben sie das Progesteron ein bisschen runtergefahren, danach ein Kombipräparat Femoston conti, und jetzt nimmt sie die Shyla, obwohl das ist gar kein Hormonpräparat, habe ich nachgeschlagen.

Dr. Katrin Schaudig

Doch, doch das ist eins – Shyla Tibolon. Es ist ein sogenanntes „Designer Hormonpräparat“. Das ist ein Gestagenabkömmling aber soll eigentlich auch helfen.

Katrin Simonsen

Das Östrogen hat sie immer ganz gut vertragen. Die Hitze wurde weniger. Aber auf das Progesteron, auf das Famenita hat sie halt nicht gut reagiert. Deshalb hat man das dann runtergeregelt. Dann in dem Femoston war ja Dihydrogesteron drin, statt Progesteron. Da hat sie nicht gut reagiert, die Hitze ein bisschen weniger war aber nicht weg. Und dann war sie so aufgeschwemmt. Und bei der Shyla geht

jetzt ihr Blutdruck extrem hoch. Jetzt nimmt sie seit zwölf Wochen gar nichts, und sie sagt, die Hitzewallungen und die Hitzeempfindlichkeit sind extrem. Das macht sie fix und fertig.

Dr. Katrin Schaudig

Also, sie hat am Anfang angefangen mit Lenzetto. Und es könnte sein ... was ich nicht ganz verstanden habe, mit dem Lenzetto hat sie weiter geschwitzt, offenbar?

Katrin Simonsen

Ne, da hat sie gut drauf reagiert. Nur auf das Progesteron hat sie nicht gut reagiert.

Dr. Katrin Schaudig

Wie hat sie denn da reagiert?

Katrin Simonsen

Sehstörungen hat sie bekommen.

Dr. Katrin Schaudig

Sehstörung ist ja ein bisschen untypisches Symptom. Also, da muss man sich so ein bisschen Fragen ... Manchmal fragt man sich da noch, dass die Patientin schlecht auf ... Ja, das ist aber doch spannend – die schlecht auf das Progesteron reagiert. Ist keine typische Nebenwirkung, eigentlich nicht. Da muss man sich fragen: Vielleicht hat sie die Sehstörung zu dem Zeitpunkt wegen was Anderem bekommen? Das muss ich jetzt ... Denn sie hat ja jetzt einen hohen Blutdruck. Vielleicht hat sie vorher schon hohen Blutdruck gehabt. Und das war vielleicht das Problem. Also die Kausalität, dass das Progesteron die Sehstörung macht, vielleicht hat sie die aus einem anderen Grund gehabt. Also ich muss das jetzt mal so sagen. Was sie dann aber gemacht hat - mit dem Femoston war sie aufgeschwemmt. Sie hat mit dem Femoston sicherlich mehr Östrogeneffekt gehabt als mit dem Lenzetto. Die Hitze war dann weniger, haben Sie gesagt ...

Katrin Simonsen

War zwar weniger aber war nicht weg.

Dr. Katrin Schaudig

Ein bisschen widersprüchlich, muss ich jetzt mal gestehen. Auch da muss man sich jetzt

noch mal fragen: Warum war sie aufgeschwemmt? Wissen Sie die Kausalität, warum ist zu einem bestimmten Zeitpunkt was ein bestimmtes Symptom? Die muss man immer nochmal streng hinterfragen. Denn mit dem Shyla, da hat sie jetzt einen hohen Blutdruck. Also da fragt man sich schon so, ob die Patientin nicht überhaupt grundsätzlich dieses Blutdruckproblem hat, was sie vielleicht bisher gar nicht so erkannt hat und was durchaus auch mal die Sehstörung erklären könnte und auch vielleicht auch mal die Aufschwemmung. Das Tibolon also das Shyla ist eine Substanz, die war mal so – die gibt es schon seit über 30 Jahren. Und das ist ein Hormon, also ein Designer-Hormon, was, wenn es aufgespaltet wird sowohl eine östrogene als auch eine gestagene als auch eine androgene, also Testosteronwirkung hat. Und bei manchen Patienten funktioniert es gut. Es hat aber das Problem, dass es bei über 60-Jährigen ein etwas erhöhtes Schlaganfallrisiko gab. Jetzt kommt da der Blutdruck wieder ins Spiel. Also, das Shyla ... und es wird auch zum Teil wird dieses Tibolon in das Pillenöstrogen verstoffwechselt, und das wiederum kann den Blutdruck steigern. Also Hände weg von dem Shyla bei der. Würde ich überhaupt nicht machen. Sondern ich würde noch einmal Lenzetto versuchen. Und dann würde ich es kombinieren mit dem Gestagen, was in Femoston drin ist, nämlich Dydrogesteron. Das gibt es als Einzelsubstanz. Da hatte sie ja keine Sehstörungen zumindest. Also das wäre jetzt so mein nächster Rat: Nochmal Lenzetto und dann mit Dydrogesteron kombinieren und gucken, wie sie klar kommt. Und sie muss unbedingt, auch wenn sie das Shyla jetzt absetzte, Blutdruck im Auge behalten, mal eine 24 Stunden-Blutdruckmessung machen. Da haben wir doch eine Lösung.

58:40

Katrin Simonsen

So Frau Schaudig. Jetzt haben wir ganz lange über viele Fälle gesprochen, wo es mit der Hormontherapie nicht so gut funktioniert hat. Und wir haben darüber gesprochen, was man da vielleicht doch optional machen kann oder was

man hätte mal anders machen können. Sind diese – ich nenne sie mal – Problemfälle, eher eine Ausnahme bei Ihnen, in der in der Praxis?

Dr. Katrin Schaudig

Wir sehen nun natürlich viele Problemfälle. Es liegt an unserer Praxis. Ich würde sagen, dass ungefähr 80 % der Frauen eigentlich gut zurechtkommen, wenn ich denen eine Therapie vorschlage. Das kann sich dann nochmal ändern. Ist ja ein dynamischer Prozess. Aber ich würde sagen so 80 % kommen gut zurecht. Dann gibt es weitere vielleicht – ich kann das jetzt nur so grob schätzen – vielleicht 20 %, die nicht gut zurechtkommen. Und dann, ich bestellte die ja dann immer ein, wenn wir beginnen mit einer Therapie, sage ich: „Ich möchte Sie wiedersehen nach drei Monaten.“ Dann müssen wir uns überlegen, so wie bei dieser letzten Geschichte. Die fand ich eigentlich ganz spannend, wo die ... dann muss man wirklich noch mal durchgehen: So, was hat nicht funktioniert? Was waren die Symptome? An welcher Stellschraube können wir drehen? Also ich würde mal sagen, der große Teil kommt zurecht, ein kleiner Teil nicht, und da muss man an verschiedenen Stellen drehen. Und ich glaube, dass man das machen kann. Und die größten Probleme haben wir in der Übergangsphase, ganz klar. Also da sind die Frauen, die dann sagen: „Ich habe Hormone genommen und es hat mir gar nicht geholfen. Was kann ich machen?“ Das sind die, wo der Eierstock in seiner Aktivität sich ständig verändert.

Katrin Simonsen

Haben Sie das Gefühl, dass manchmal vielleicht auch die Erwartungshaltungen zu groß sind? Also bei mir zum Beispiel – das erste Buch, was ich in die Hand bekommen habe, da klang das alles ganz einfach. Dann nimmt man eben einfach Östrogen und Progesteron. Und dann ist alles schick. Da war von „Perimenopause“ und „Schwankungen“ nicht die Rede.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, genau. Das ist sicherlich ein großes Problem. Also diese Bücher, die es da gibt und auch das, was propagiert wird: „Bioidentische Hormone – hilft gegen alles und hat keine Risiken.“

Davor muss man sich einfach ein bisschen hüten. Insofern, weil es eben gerade in dieser Übergangsphase eben oft nicht gut hilft. Und da würde ich sagen, das hilft in mindestens 50 % der Fälle nicht, weil der Eierstock dagegen arbeitet, möglicherweise sogar in mehr als 50 %. Und die Erwartungshaltung ist in der Tat hoch. Und dann ist es natürlich auch so, wenn Patienten mit so einem ganz globalen Beschwerdebild kommen: Erschöpfung, Abgeschlagenheit und so weiter ... Also das sind ja keine Zaubermittel. Und es gibt eben auch Dinge, die haben gar nichts mit den Hormonen zu tun, und darauf muss man – meine ich – auch eingehen.

1:01:11

Katrin Simonsen

Und dann, die nächste Erwartungshaltung ist ja, dass man sagt: „Sie nehmen zwei Hub davon und 200 mg davon. Und dann ist alles prima.“ So einfach ist es ja nicht. Muss man Frauen auch ermutigen, mehr auf ihren Körper selbst zu achten? Und dürfen die dann auch mal selber ein bisschen hoch und runter gehen mit den Hormonen?

Dr. Katrin Schaudig

Also, da muss man sehr vorsichtig sein. Wir sehen immer mal wieder Patientinnen, die das machen. Und da schlage ich dann manchmal die Hände überm Kopf zusammen, weil ich denke: Was machen die da eigentlich? Die besorgen sich dann auch wirklich von Freundinnen irgendwas: „Ach, ich habe das mal probiert ...“ Ich gebe zu, da rolle ich natürlich innerlich die Augen – denke: Um Gottes Willen! Nein, man sollte das schon mit ärztlicher Begleitung machen. Was man machen kann – ich sage das auch oft den Frauen, dass ich sage: „Fangen Sie mal mit einem Hub an, und wenn sie nach zwei Wochen immer noch schwitzen, dann dürfen sie ein bisschen mehr nehmen.“ In dem Moment, wo die deutlich mehr nehmen, sage ich, spätestens dann kommen Sie mal bitte wieder vorbei. Ja, also, das ist tatsächlich: Ein bisschen was dürfen die machen aber nicht zu viel. Und dann wird ohnehin aus meiner Sicht zu oft zu

viel gegeben. Und da muss man aufpassen. Also so ganz einfach ist es nicht.

Katrin Simonsen

Also viel hilft nicht viel?

Dr. Katrin Schaudig

Nee, nicht unbedingt.

Katrin Simonsen

Ich will noch mal zum Thema Beipackzettel kommen. Da hatten wir uns auch schon mal einer anderen Folge kurz unterhalten. Viele Frauen sind da sehr verunsichert. Da kann man dann in diesem Beipackzettel lesen:

Brechen Sie die Einnahme von Famenita sofort ab, wenn Kopfschmerzen auftreten, Sehstörungen, Schmerzen in den Beinen, Schlaganfall, Blutungen im Gehirn.

Wie ernst müssen die Frauen diese Warnhinweise nehmen?

Dr. Katrin Schaudig

Also, ich sage es mal so, ich muss so ein bisschen schmunzeln über diesen Text, ehrlich gesagt. Also, wenn starke Kopfschmerzen plötzlich auftreten und jemand Sehstörung kriegt und Schmerzen in den Beinen, Schlaganfall oder Blutungen im Gehirn: Da sollte der auf jeden Fall zum Arzt gehen. Egal, warum er das kriegt. Ach, das ist übrigens noch was, was ich gerade noch sagen wollte: Mit den Änderungen, die Patienten vornehmen ... Entschuldigung, ich muss da auch nochmal drauf eingehen. Es hat auch damit was zu tun: Frauen denken immer die Wirkung tritt sofort ein. Und wenn nach drei Tagen die Hitzewallungen nicht weg sind, dann denken die: Das hilft ja alles gar nicht. Also das ist zum Beispiel, was ich den Frauen immer mitgebe, dass ich sage, und insbesondere mit dieser Therapie mit den Gestagenmonopillen: „Das wirkt auf keinen Fall sofort. Das braucht vier Wochen, bis Sie überhaupt was sagen können. Oder besser noch: acht Wochen. Und das Gleiche gilt auch für jegliche Art der Hormontherapien. Das ist eben nicht wie Aspirin, was sie nehmen und nach 20 min. ist der Kopfschmerz weg, sondern das

ist schon ein Thema, was sie ein bisschen längerfristig ausprobieren müssen. Und das Kausalitätsbedürfnis der Patientin „Ich nehme jetzt was und alles, was ich an Symptomen habe, besser oder schlechter kommt jetzt davon.“

Mein Lieblingsbeispiel ist immer: Ich habe mal einer Patientin demonstriert, wie das mit dem Gel funktioniert und habe ihr ein Placebogel auf den Arm geschmiert. Und 20 min. später ruft sie mich an und sagt: „Frau Doktor, das geht gar nicht. Ich vertrage das überhaupt nicht. Ich bin jetzt im Aufzug und habe total Herzklopfen.“ Und dann musste ich ihr sagen: „Es war ein Placebo. Sie haben gar keine Substanz gekriegt. Ich wollte es nur demonstrieren.“

Und daran sieht man – ich will mich dann nicht darüber lustig machen, sondern man sieht, dass alle Menschen – und das ist auch ganz natürlich – die denken immer: Ich habe da was genommen und das, was ich jetzt an Symptomen hab, hängt damit zusammen. Das ist das eine. Und das zweite ist aber, dass es eben eine Weile dauert, bis die Therapie greift. Und jetzt nochmal zu diesen Wörtern im Beipackzettel: Schmerzen in den Beinen – da muss man an eine Thrombose denken, insbesondere wenn es einseitig ist. Das muss ja auch nicht unbedingt mit der Therapie zusammenhängen, aber es könnte. Bei geschluckten Östrogenen auf jeden Fall.

Auch beim Schlaganfallsymptom wie Sehstörung – auch das kann man nicht ernst genug nehmen. Ja, wenn plötzlich Schwindel auftritt, Sehstörungen oder man irgendwie andere neurologische Ausfälle hat oder massive Kopfschmerzen, da muss man unbedingt zügig den Arzt aufsuchen und nicht denken: „Ah, das wird schon wieder. Lieber einmal zu viel einen Schlaganfall ausschließen. Diese Symptome, die da genannt sind, sind ja Symptome, die entweder auf einen Schlaganfall oder eine Thrombose hindeuten können. Und dann kommt die Lungenembolie am nächsten Tag, an der man sterben kann.“

Und nochmal: Also ich würde zum Beispiel denken, dass jetzt nicht in jedem Beipackzettel das drinsteht. Aber bei den Östrogenen steht es auch im Gel drin, wobei eigentlich das Gel keine Thrombosen macht. Aber es steht halt drin, weil es ein Klassenphänomen ist. Die Warnhinweise muss man deswegen ernst nehmen, weil es Symptome sind, die mit was Schlimmem einhergehen können, möglicherweise gar nicht in Verbindung mit der Hormontherapie. Aber das muss man ernst nehmen.

1:05:50

Katrin Simonsen

Mmh. Okay, also dieser Satz, den ich vorgelesen habe, das bezog sich ja auf das Progesteron, auf das Famenita ...

Dr. Katrin Schaudig

Famenita, ja – darf ich kurz? Sowas steht praktisch in allen Beipackzetteln von allen Hormonen drin. Leider steht sowas auch drin in dem Beipackzettel von dem lokal in der Scheide angewandten Östriol. Also, da muss ich jetzt wirklich sagen: Das ist total schwachsinnig. Das hat damit nichts zu tun. Aber die Behörde sagt, das sind Sexualsteroid, also Östrogen und Gestagene – die können eigentlich alles machen. Finde ich so ein bisschen schwierig.

1:06:25

Katrin Simonsen

Also sagt man jetzt: Nicht verunsichern lassen durch den Beipackzettel! Aber wenn tatsächlich solche Schmerzen auftreten, dann doch mal zum Arzt gehen, weil es muss ja auch nicht unbedingt mit den Hormonen zusammenhängen. Es kann ja auch etwas Anderes sein.

Dr. Katrin Simonsen

Ja, auch die Sehstörungen und die Kopfschmerzen sind auch immer wichtig.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, damit sind wir am Ende dieser Folge. Und wenn ihr jetzt denkt: „Oh, das waren aber echt viele Informationen!“, dann kann ich euch auch noch einmal Folgen aus der ers-

ten Staffel ans Herz legen. Wir haben sehr ausführlich in der Folge #3 und in der Folge #8 auch über die Hormonersatztherapie gesprochen. Da gibt es nochmal viel Grundlagenwissen. Wir werden euch diese Folgen auch in den Shownotes noch mal verlinken. Und bei Ihnen, Frau Schaudig, bedanke ich mich ganz herzlich für Ihre Zeit und für die vielen Informationen. Ich habe auch wieder echt viel gelernt. Danke für das tolle Gespräch!

Dr. Katrin Schaudig

Ja, vielen Dank, Frau Simonsen, mir hat es Spaß gemacht.

Katrin Simonsen

Dankeschön! Tschüss!

Podcast-Empfehlung

Und diesmal gibt es hier am Schluss meinen Hör Tipp für euch. Es geht diesmal um den Podcast *Abenteuer Diagnose*. Meine Kollegin Anke Christians nimmt Hörerinnen und Hörer mit auf spannende Medizinabenteuer. In jeder Folge geht es um Menschen mit rätselhaften Symptomen. Und es geht um engagierte Ärztinnen und Ärzte auf der Suche nach der rettenden Diagnose. Es ist so ein bisschen, wie im Krimi. Da werden dann Blutwerte, Röntgenbilder und Nervenwasserproben gecheckt und ausgewertet. Die Krankheiten sind oft selten und da staunen dann sogar die Mediziner. *Abenteuer Diagnose*, der Medizin-Krimi-Podcast in der ARD-Audiothek. Den Link, den findet ihr bei uns in den Shownotes.

Und in zwei Wochen geht es hier bei *Hormon-gesteuert* um Inkontinenz und Blasenentzündungen, denn diese sind bei vielen Frauen ständige Begleiter in den Wechseljahren. Wusstet ihr, dass jede vierte Frau zwischen 40 und 50 von Inkontinenz betroffen ist? Und die Meisten reden da nicht drüber. Dabei ist es wichtig, darüber zu sprechen und wichtig, sich Hilfe zu holen. Wir sind dazu im Gespräch mit Dr. Nicole Weirich. Die Urologin hat sich auf Frauen in den Wechseljahren spezialisiert. Abonniert gern unseren Podcast und lasst eine Bewertung für uns da! Erzählt auch gern weiter, wenn euch gefällt, was wir hier machen.

Ihr könnt uns auch schreiben, an:

hormongesteuert@mdraktuell.de.

Unseren Podcast hört ihr überall, wo man Podcast hören kann und natürlich in der App der ARD Audiothek.

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