Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

Mo., 17. März 2025 #29
Thema: Bauchfett, geh weg!

Katrin Simonsen, Moderatorin
MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Dr. Katrin Schaudig, Expertin
Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Prof. Dr. Matthias Blüher, Gast
Endokrinologe und Diabetologe, Direktor des Helmholtz-Institutes für Metabolismus, Adipositas und Gefäßforschung und Leiter des Adipositas-Zentrums an der Uniklinik Leipzig

Links:
Hormongesteuert #15 Wenn das Herz in die Wechseljahre kommt:
https://www.ardaudiothek.de/episode/hormongesteuert-der-wechseljahre-podcast-mit-dr-katrin-schaudig/13-wenn-das-herz-in-die-wechseljahre-kommt/mdr-aktuell/13383157/

Podcast-Tipp: *Komm mit in den Garten*:
https://1.ard.de/gartenpodcast

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

Katrin Simonsen
Hallo und herzlich willkommen zu Hormongesteuert, dem Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren. Und natürlich freuen wir uns, wenn uns auch interessierte Männer zuhören. Bei uns gibt es viel Wissen rund um die Wechseljahre. Denn unser Ziel ist es, euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers zu machen. Heute geht es bei uns um die Frage, warum wir in den Wechseljahren zunehmen. Warum auf einmal das Fett von der Hüfte zum Bauch wandert und warum uns dieses Fett dann auch so krank machen kann. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Moderatorin, Redakteurin bei MDR aktuell. Die Fachfrau an meiner Seite, wie immer, Dr. Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Hallo zu Ihnen nach Hamburg.

Dr. Katrin Schaudig
Hallo, liebe Frau Simonsen. Ich freue mich auf die heutige Folge.

Katrin Simonsen
Wir haben heute einen Gast direkt hier im Studio. Prof. Dr. Matthias Blüher ist von der Uniklinik kurz mal rübergekommen zu uns in den MDR. Prof. Blüher ist Experte auf dem Gebiet Adipositas, war und ist an vielen maßgeblichen Studien zum Thema beteiligt. Prof. Blüher ist Direktor des *Helmholtz-Institutes für Metabolismus, Adipositas und Gefäßforschung* in Leipzig. Und er ist Leiter des *Adipositas-Zentrums an der Uniklinik*. Ich freue mich, dass Sie heute dabei sind. Herzlich willkommen, Herr Blüher.

Prof. Matthias Blüher
Liebe Frau Simonsen, danke, dass ich dabei sein darf.

Katrin Simonsen
Frau Schaudig, und heute Premiere, der erste Mann in unserem Podcast.

Dr. Katrin Schaudig
Das freut mich auch sehr. Wir sind keineswegs männerfeindlich, Herr Blüher – ganz im Gegenteil.

Katrin Simonsen
Nein, nein.

Prof. Matthias Blüher
Das ist eine doppelte Ehre für mich, vielen Dank.

Katrin Simonsen
Herr Blüher, fangen wir mal an mit dem, was ich beschrieben habe. Die Frauen schreiben uns, seit sie in den Wechseljahren sind, verändert sich die Figur. Früher waren die Hüften deren Problem. Jetzt auf einmal wird der Bauch zum Problem. Woran liegt das eigentlich?

Prof. Matthias Blüher
In den Wechseljahren kommt es zu einer Reihe von hormonellen Umstellungen. Östrogen z.B. nimmt ab. Andere weibliche Hormone verändern sich. Männliche Hormone überwiegen

dann formal. Sodass sich die Körperformen von Frauen häufig, nicht immer, der von Männern, die wir ja dem Bierbauch immer gewöhnt sind, anpassen. Und andere Gründe: Im älter werdenden Körper entwickelt sich Insulinresistenz. Es verändern sich die Funktionen des Fettgewebes und der Leber und wichtiger Organe im Stoffwechsel. Und wir haben natürlich auch einen Zellmassenverlust. Je älter wir werden, desto träger wird unser Stoffwechsel. Und das alles zusammen kann dann dazu führen – wie Sie beschrieben haben – dass sich die Fettverteilung auch bei Frauen verändert.

Katrin Simonsen
Sie sagen, der Stoffwechsel wird träger. Das ist das, was man dann sagt, dass der Kalorienumsatz dann weniger wird, auch im Alter.

Prof. Matthias Blüher
Ja, also der Kalorienbedarf, also das, was wir essen dürfen, wird weniger. Aber jetzt gehen Sie ja nicht in ein Restaurant und sagen: „Ich hätte gern …“ – in meinem Falle – „… eine Portionsgröße für einen 55-jährigen Mann.“ Sondern wir essen ja nicht altersadaptiert und auch nicht hormonadaptiert. Vielleicht sollten wir das in Zukunft.

Katrin Simonsen
Frau Schaudig, Sie haben auch schon mal erzählt, dass es dann vorkommt, dass Frauen zu Ihnen in die Praxis kommen und sagen, in kürzester Zeit hätten Sie zehn Kilo zugenommen.

Dr. Katrin Schaudig
Ja, das ist tatsächlich ein Phänomen, was ich auch nicht erklären kann. Und ich denke, wir sollten uns mit den Adipositas-Forschern da mal zusammentun, Herr Blüher, weil ich mich das immer frage. In den Studien kommt es ja nicht raus. In den Studien wird ja immer behauptet: Nein, Frauen nehmen nicht zu in den Wechseljahren. Lediglich die Figur verändert sich, das Fett wird mehr, die Muskeln werden weniger. Und die Gewichtszunahme ist angeblich kontinuierlich und nicht perimenopausal verstärkt.

Aber das deckt sich nicht mit meinen Erfahrungen in der Praxis. Denn da ist es so, dass die Frauen tatsächlich mir sagen: „Ich habe jetzt ganz kurzfristig zugenommen.“ Haben Sie da eine Erklärung für, Herr Blüher?

Prof. Matthias Blüher
Wir sehen das auch so wie Sie. Wir haben sehr viele Patientinnen in der Adipositas-Sprechstunde, die berichten, dass sie innerhalb von einem Jahr oder zwei Jahren 10 kg, 20 kg Gewicht zunehmen. Das scheint kein seltenes Phänomen zu sein. Hängt auch wahrscheinlich ein bisschen damit zusammen, wie schnell dieser Hormonabfall oder die Hormonveränderungen stattfinden. Und der Körper kann dann nicht schnell genug gegenregulieren. Wir leben ja in einer Welt, wo Überessen zum Lebensstil gehört, wo das Bewegungsverhalten natürlich nicht dafür kompensiert, für das, was wir essen. Wir haben aber auch Stress, wir haben Schlafmangel, wir haben unregelmäßige Mahlzeiten, Rhythmen. All das kann dann, besonders, wenn die schützenden Faktoren hormonell wegfallen, zum Ausdruck kommen und zur Gewichtszunahme führen.

Katrin Simonsen
Also, würden Sie beide schon sagen: Die Wechseljahre sind schon eine kritische Lebensphase, gerade auch für die Zunahme von Gewicht.

Prof. Matthias Blüher
Wir sehen im Wesentlichen, was die Hormone betrifft, schon zwei Lebensphasen, wo das sehr auffällig ist. Das eine ist die Pubertät. Das trifft Mädchen, wie Jungen – aber Mädchen in besonderem Maße. Da ist ein kritisches Zeitfenster, wo auch zum Beispiel auf Körperebene Insulinresistenz eine große Rolle spielt. Und natürlich vor und um die Menopause, wenn plötzlich sich Hormonspiegel schon erheblich und schnell vor allen Dingen verändern.

Katrin Simonsen
Jetzt fiel zweimal das Wort: „Insulinresistenz“. Das müssen wir jetzt mal erklären, was das ist.

Prof. Matthias Blüher
Unser Körper produziert Insulin aus zwei Gründen. Zum einen, um das Fett, also die Energie, im Fettgewebe zu halten. Das ist so die Haupt-

funktion. Und dann, um den Blutzucker zu senken, indem es mithilft, dass Zucker, den wir essen, in die Zellen gelangt. Wenn eine Zelle dann nicht mehr sehr gut reagiert auf Insulin, kann das dazu führen, dass die Fettzelle immer größer wird, und das Insulin auch schlechter wahrgenommen wird bei dem Zuckerstoffwechsel. Und die Folgen sind häufig eine Kombination aus Typ-2-Diabetes, Gewichtszunahme, Adipositas, aber eben auch dieser bauchbetonten Fettverteilung.

Katrin Simonsen
Da frage ich mich: Ist die Insulinresistenz sozusagen zuerst da? Oder wird die durch schon vorhandenes Übergewicht gefördert?

Prof. Matthias Blüher
Das ist eine Frage, die wir uns in der Wissenschaft quasi jeden Tag stellen. Es gibt Beides. Die Insulinresistenz, gerade im Kindes- und Jugendalter, kann durchaus Auslöser von Übergewicht sein. Das sieht man bei Menschen, die besonders eine Überproduktion von Insulin haben, krankhaft. Das ist sehr selten, aber so etwas gibt es. Und das Ganze findet natürlich auch statt beim älter werdenden Menschen. Das liegt zum einen daran, dass Bewegungsmangel ein großes Thema ist. Zum anderen, dass die Zellen auch träger werden.

Dr. Katrin Schaudig
Aber – ich muss noch mal dazwischen fragen, Herr Blüher: Die Insulinresistenz selber macht ja, dass der Körper versucht, das zu kompensieren, indem er noch viel mehr Insulin ausschüttet. Das heißt, diese Menschen mit einer Insulinresistenz haben ja zumindest bis der Diabetes dann tatsächlich kommt, zu viel Insulin. Triggert dieses zu-viel-Insulin nicht auch das Hungergefühl? Oder habe ich da ein falsches Verständnis?

Prof. Matthias Blüher
Nein, Sie haben völlig recht. Insulin gehört ja zu den Hormonen, vor allem, wenn sie in hoher Konzentration im Blut herumschwimmen, die Hunger machen, Appetit anregen, uns später satt sein lassen. Das kann schon auch eine Rolle spielen bei der krankhaften Gewichtsentwicklung. Und in dem Falle ist natürlich Insulinresistenz auch primär Folge des Übergewichts. Weil der Körper schützt sich, mit Insulinresistenz vor der Vergiftung durch z.B. Kohlenhydrate.

Dr. Katrin Schaudig
Das ist ja dann besonders gemein für die Leute, die eine Insulinresistenz haben. Dann schütten die zu viel Insulin aus, dann haben sie mehr Hunger, ich verkürze es jetzt mal. Dann werden sie dicker. Und dieses Übergewicht verstärkt dann wieder die Insulinresistenz. Das ist ja schon so ein richtiger Teufelskreis, oder?

Prof. Matthias Blüher
Das ist richtig. Aber in den frühen Stadien kann man den Teufelskreis sehr gut unterbrechen. Da sehe ich ja auch meine Aufgabe in der Therapie, dass wir nicht nur Insulinresistenz verhindern, sondern wenn sie auftritt, auch behandeln können. Das geht ganz gut durch Ernährungsmaßnahmen, also z.B. bewusst auf Kalorienzufuhr und vor allen Dingen Kohlenhydratzufuhr achten und ausreichend Bewegung. Also Bewegung, Sport, das gehört zu den besten Methoden, um Insulinresistenz positiv zu beeinflussen oder sogar zu verhindern.

08:52

Katrin Simonsen
Ich will noch mal ein Stückchen zurückgehen, weil wir ja sagen: Die Insulinresistenz tritt dann häufig in den Wechseljahren auf. Das trifft aber ja nicht jede Frau. Welche Frau ist da mehr betroffen? Was sind so die Faktoren, wo man sagt: „Ihr solltet vielleicht mal ein Auge drauf haben.“?

Prof. Matthias Blüher
Also sicherlich gibt es hormonelle Ursachen. Aber das kann die Frau Kollegin Schaudig viel besser sagen als ich. Aber es gibt auch genetische Ursachen. Mein Vater hat immer gesagt: „Schau dir die Schwiegermutter an. Dann weißt du, wie die Frau aussehen wird mit 50 Jahren.“ Und da ist viel dran. Also die Körperform, auch das Risiko, Insulinresistenz zu entwickeln, wird wahrscheinlich vererbt, und natürlich unser

Verhalten. Also unser Essverhalten, wie wir uns bewegen, wie viel Stress wir auch im Arbeitsalltag haben, all das spielt dabei eine große Rolle. Und das erklärt auch die große Variabilität. Es gibt wirklich Frauen, die scheinen essen zu können, was sie wollen und werden überhaupt nicht zunehmen. Aber die Mehrheit, zumindest in Deutschland, wird eher auch in den Wechseljahren zunehmen an Gewicht.

Katrin Simonsen
Aber Viele sagen jetzt: „Na ja, mit 35 habe ich genauso gegessen wie mit 45, habe mich genauso wenig bewegt, hatte noch mehr Stress, weil da die Kinder kleiner waren …“ Frau Schaudig, was ändert sich dann? Warum geht es mit 35 gut und mit 45 dann irgendwie nicht mehr?

Dr. Katrin Schaudig
Na ja, zum Teil spielen natürlich die Dinge eine Rolle, die Prof. Blüher gerade schon alle gesagt hat. Aber was natürlich tatsächlich nachgewiesen ist, dass Östrogene die Insulinresistenz verringern. Das heißt – man kann es auch andersrum sagen: Solange wir Östrogen haben, wird sozusagen die Antwortfähigkeit an den Empfängerzellen, den Rezeptoren für Insulin, verbessert. Solange Östrogen da ist, kommt das Insulin besser rein in die Zelle. Und das verhindert dann diese überschießenden Insulinspiegel.

Und in dem Moment, wo das Östrogen wegfällt, verschlechtert sich sozusagen die Empfindlichkeit, die Sensitivität der Zellen für Insulin. Und dann gewinnt dieser Teufelskreis, den wir gerade schon angesprochen haben, an Fahrt. Das heißt, wir haben dann tatsächlich höhere Insulinspiegel. Und das ist – da gibt es wirklich gute Daten auch dazu – eine direkte Folge des Östrogenmangels. Und vielleicht dann, das hat Herr Blüher ja auch schon gesagt, einen relativen Überschuss des Testosterons, also der männlichen Hormone, die gar nicht ansteigen in dem Sinne. Sondern wenn man sich das Verhältnis anschaut zwischen Östrogen und Testosteron, dann gerät es in dieser Peri- und Postmenopause vor allen Dingen in eine Schieflage. Erklärt übrigens nicht so ganz, warum die Frauen in der Perimenopause an Gewicht zunehmen. Denn da haben die ja häufig einen Östrogenüberschuss.

Katrin Simonsen
… zu viel Östrogen, ne? Mhm, mhm.

Dr. Katrin Schaudig
Und das ist für mich ein Paradoxon. Ich forsche immer, ob ich irgendeine Studie dazu finde. Vielleicht, Prof. Blüher, können wir uns da mal zusammentun. Es gibt ein paar Daten – die finde ich super spannend – dass auch der Anstieg des FSHs, das ist das Hormon aus der Hirnanhangsdrüse, was den Zyklus steuert. Und das steigt ja an, wenn wir beginnend perimenopausal sind. Und es wird ganz hoch in der Postmenopause.

Und es gibt tatsächlich Untersuchungen an Mäusen – nun sind wir keine Mäuse – wo man diese hohen FSH-Spiegel an den Zellen blockiert hat, also FSH-Antagonisten. Und dann haben diese Mäuse plötzlich abgenommen. Spannend. Und haben mehr braunes Fettgewebe entwickelt, was das gesündere Fettgewebe ist. Und das weiße Fettgewebe hat abgenommen. Ich kann mir das auch nicht erklären. Und ich wundere mich, dass die Forschung nicht weitergeht in diese Richtung. Ich habe aber nicht in jüngster Zeit noch mal dazu was gefunden. Vielleicht Herr Blüher, kennen Sie da was dazu? Auch nicht wahrscheinlich, oder?

Prof. Matthias Blüher
Also es gibt sicherlich dazu und zu anderen Hormonen ganz gute Daten. Allerdings kommen die im Wesentlichen nicht von menschlichen Untersuchungen, muss man auch fairerweise sagen. Das hatten Sie ja auch schon gesagt. FSH ist ein Beispiel. Aber auch Schilddrüsen-Hormone spielen eine Rolle. Das sehen wir zum Beispiel bei Frauen oder auch Männern, die eine verminderte Schilddrüsenfunktion schon immer haben. Da spielen solche Gewichtsfaktoren auch eine große Rolle.

Wir sehen das bei Stresshormonen wie Cortisol zum Beispiel. Die Anstiege im Alter werden dann eben schwerer kompensiert, weil die weiblichen Hormone sich auch verändern. Wir

reden über Darmhormone. Das ist was, was wir uns jetzt therapeutisch zunutze machen. Und letztendlich haben wir ja über das ganze Leben dann auch einen Verlust an Zellmasse. Und beim älter werdenden Körper können dann die Hormone, wie Östrogen zum Beispiel, nicht mehr so gut kompensieren für den Verlust an Zellmasse. Deswegen kann man auch sagen: Warum nehme ich in einem Jahr zehn Kilo zu? Weil da eben die Schutzmechanismen wegfallen. Ob FSH dazugehört, weiß man noch nicht ganz genau, bei Menschen. Wahrscheinlich schon. Vielleicht sind es auch noch viel mehr Hormone, die wir besser verstehen müssen.

Katrin Simonsen
Das mit dem Cortisol fand ich gerade interessant. Was machen die weiblichen Hormone mit dem Cortisol? Und was hat das mit der Insulinresistenz zu tun?

Prof. Matthias Blüher
Weibliche Hormone und Cortisol sind von der biochemischen Struktur sehr verwandt und haben ähnliche Rezeptoren. Manche Zellen können nicht mehr so gut unterscheiden – auch beim älter werdenden Körper: Ist das jetzt das Stresshormon Cortisol, was mich auch dick macht, weil es das Fett in der Zelle hält und weil es die Zellen insulinresistent macht und so eine Art Entzündung erzeugen kann? Oder ist das jetzt das etwas günstigere Östrogen, was mir sagen will: „Du kannst entspannt sein als Zelle. Du bist eigentlich gesund.“?

Dr. Katrin Schaudig
Herr Blüher, was Sie gerade gesagt haben, das finde ich schon auch mal sehr spannend. Frauen in der Perimenopause haben ja vor allen Dingen auch Probleme mit der Stimmung, mit dem Schlaf. Das könnte ja auch theoretisch sein, dass die höhere Cortisolspiegel haben und dass das dann die Gewichtszunahme macht. Wäre das denkbar?

Prof. Matthias Blüher
Das ist denkbar. Und wir sehen das auch, wenn wir für Studien beispielsweise Probandinnen einbestellen, die über Nacht bei uns bleiben, z.B. in den metabolischen Kammern, wo man so den Grundumsatz messen kann. Da sieht man, dass vor allen Dingen die Rhythmik im Cortisol mit sehr hohen Spiegeln, typischerweise am Morgen, aber niedrigen Spiegeln in der Nacht, aufgehoben wird. Es ist nicht so sehr, dass die Spiegel extrem hoch sind und vielleicht Krankheitswert haben. Aber der Abfall, der uns in der Nacht ermöglicht, auch besser zu schlafen, der bleibt dann häufig aus. Also die Rhythmik im Cortisol wird verändert. Und das ist in der Perimenopause offensichtlich ein Zeitpunkt, wo das besonders häufig passiert.

Katrin Simonsen
Vielleicht haben deshalb so viele Frauen dann auch so Schlafprobleme.

Prof. Matthias Blüher
Das würde passen. Das hat ja auch Frau Schaudig gesagt. Das ist so ein Beispiel. Schlafprobleme, auch die Hitzewallungen oder das veränderte Schwitzen können damit im Zusammenhang stehen.

Dr. Katrin Schaudig
Das sind spannende Aspekte. Ich glaube, wir müssen uns da tatsächlich uns noch mal zusammensetzen. Da muss man noch mal ein bisschen nachforschen. Ich find das super.

Prof. Matthias Blüher
-und fragen, wie wir es behandeln können. Das ist ja für uns am Ende dann immer das Entscheidende.

Dr. Katrin Schaudig
Ja, die Frage ist: Wie kriege ich diesen hohen Cortisolspiegel – oder den erhöhten – in der Nacht zum Beispiel, wie kriege ich den runter? Also das ist ja fast nicht möglich, oder?

Prof. Matthias Blüher
Das ist schwierig. Es gibt so ein paar allgemeine Lebensmaßnahmen oder Verhaltensveränderungen, die helfen können. Wenn man beispielsweise am Nachmittag körperliche Aktivität hat, dann hat man so eine kleine Cortisolsenke allein durch den Sport eingebaut. Aber man muss schon viel machen. Man müsste

dann bestimmt eine Dreiviertelstunde, eine Stunde lang 400 kcal, 500 kcal verbrennen, um diesen Effekt zu nutzen. Und das schafft man natürlich im Alltag nicht, typischerweise.

Katrin Simonsen
Und, eher Nachmittag und nicht Abend.

Prof. Matthias Blüher
Abends ist es wieder kritisch, weil dann erst mal der kurzfristige Anstieg der Stresshormone und Entzündungsparameter dazu führt, dass man doch schlechter einschläft. Sondern eher so vier, fünf Stunden, bevor man zu Bett geht.

Katrin Simonsen
Okay. So, jetzt sind wir bei der Frau in der Perimenopause, die offenbar eine Insulinresistenz entwickelt. Also ist die meist dann übergewichtig? Oder sehen Sie auch sehr schlanke Frauen, die eine Insulinresistenz haben?

Prof. Matthias Blüher
Also da bin ich auch gespannt, wie die Erfahrungen bei Frau Schaudig sind. Ich sehe ja natürlich die Frauen primär bei uns in der Sprechstunde, wenn sie einen Diabetes oder Adipositas haben. Aber wir sehen durchaus auch schlanke Menschen. Wir bezeichnen das als: Schlanke, aber metabolisch übergewichtige Menschen. Weil das Menschen sind, die vorrangig ihr Fettgewebe im Bauchraum einlagern. Das sieht man nicht auf einen Blick. Und das kann auf der Waage völlig normale Körpermaße ergeben. Das gibt es auch.

Dr. Katrin Schaudig
Das ist das viszerale Bauchfett. Da sprechen wir dann gleich noch mal ausführlich drüber. Diese Insulinresistenz, wie entwickelt die sich weiter, wenn man die nicht erkennt und nicht sozusagen seinen Lebensstil verändert und das behandelt? Was passiert dann? Was für Folgeerkrankungen gibt es?

Prof. Matthias Blüher
Insulinresistenz ist ein klassischer Vorläufer, ein Mechanismus, der enden kann im Typ-2-Diabetes, früher als Altersdiabetes bezeichnet, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Katrin Simonsen
Mittlerweile gibt es da ja auch diesen Begriff metabolisches Syndrom, „tödliches Quartett“ heißt das.

Prof. Matthias Blüher
Tödliches Quartett. Tödlich deswegen, weil die Haupttodesursache in Deutschland sind schon Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Herzinfarkt, Schlaganfall, Verschlusskrankheiten der Arterien im Beinbereich. Und wenn man da besser therapieren oder verhindern könnte, dass die Krankheiten fortschreiten, wäre das natürlich ein großer Schritt nach vorn, dieses tödliche Quartett, wie es auch häufig genannt wird, rechtzeitig zu verhindern.

Katrin Simonsen
Und ist das eigentlich so eine zwangsläufige Entwicklung, die man dann nimmt?

Prof. Matthias Blüher
Man kann durch Therapien oder durch Veränderungen beim Essen, beim Bewegen das aufhalten oder auch zurückdrehen, das Rad. Aber typischerweise ist das eine Einbahnstraße.

Katrin Simonsen
Jetzt ist die spannende Frage, die wahrscheinlich viele Hörerinnen haben: Wie erfahre ich denn, ob ich Insulinresistenz habe?

Prof. Matthias Blüher
Wir können im nüchternen Zustand Insulin als Hormon im Blut nachweisen. Das kann man ins Verhältnis setzen zu dem Blutzuckerwert zur gleichen Zeit. Daraus kann man einen Wert berechnen, den wir HOMA-IR nennen. Da gibt es auch Rechner im Internet, wo man sich das dann selber ausrechnen kann. Das ist ein Wert, der ganz gut Auskunft darüber gibt: Wie insulinempfindlich ist mein Körper?

19:43

Katrin Simonsen
Sollte das jede Frau ab 45 tun? Oder sagen Sie, es gibt so Kriterien, wo man sagen sollte: „Sie haben jetzt zehn Kilo zugenommen. Lassen Sie mal Ihre Insulinresistenz testen.“?

Prof. Matthias Blüher
Ja, Sie haben ja … Genau dieses Beispiel ist ein sehr gutes Beispiel, wo ich dazu raten würde, das zu testen. Ich würde auch dazu raten, bei Frauen, in deren Familie Schwangerschaftsdiabetes oder Typ-2-Diabetes gehäuft auftritt oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankung und Bluthochdruck.

Katrin Simonsen
Auch wenn der Vater das hatte, Diabetes-2 …?

Prof. Matthias Blüher
Auch wenn der Vater das hatte, ja.

Katrin Simonsen
- Herzinfarkt, Bluthochdruck?

Prof. Matthias Blüher
Ja, vor allem in jungen Jahren. Ich frage auch immer als eine der ersten Fragen in diesem Zusammenhang – „Ja, mein Vater hatte einen Infarkt oder Schlaganfall oder meine Mutter" – in welchem Alter der auftrat. Alles, was vor dem 50. Lebensjahr passiert, an Herz-Kreislauf-Ereignissen, das ist für uns schon ein großes Warnsignal. Da wollen wir besonders aggressiv dann auch intervenieren.

Dr. Katrin Schaudig
Ich muss jetzt aber da auch noch mal einhaken. Ich meine, es gibt natürlich auch so klinische Indizien. Klinisch heißt: Wenn ich die Patientin sehe. Sie haben vorhin gefragt, Frau Simonsen, ob das auch schlanke Patientinnen trifft. Dann hat Herr Blüher gefragt, was meine Erfahrungen sind. Ich muss dazu sagen, bei einer schlanken Patientin, die mir erzählt, sie macht viel Sport, und die erzählen mir dann manchmal, sie müssen jetzt ein bisschen mehr Sport machen und ein bisschen weniger essen, um ihr Gewicht zu halten. Da würde ich jetzt nicht unbedingt eine Insulinresistenz testen. Aber dieses viszerale Fett, wo ja auch Herr Blüher schon gesagt hat: Das macht sich gar nicht unbedingt auf der Waage bemerkbar – also ich sehe das zum Beispiel, wenn ich die Brust abtaste, dann sehe ich manchmal richtig, dass sich das Bäuchlein so vorwölbt bei einer ansonsten schlanken Patientin. Das sind zum Beispiel die Momente, wo ich einhaken würde. Man muss vielleicht ein bisschen auch noch mal für die Menschen, die in der Niederlassung arbeiten, für die Ärztinnen und Ärzte: Diese Insulinresistenz-Testung ist aber nicht ganz so einfach, weil das Insulin ja ein sensibler Parameter ist. Das heißt, es ist nicht so eine Blutentnahme wie: „Machen Sie doch mal ein Blutbild." oder „… meinen Cholesterinspiegel" oder „… meine Leberwerte", sondern das Insulin ist ein empfindlicher Parameter. Das muss möglichst dann am selben Tag noch ins Labor oder Sie müssen es einfrieren. Also das ist technisch was, was nicht alle Ärzte leisten können von ihrer Logistik her.

Deswegen muss man dann möglicherweise, um das zu testen, zum Spezialisten gehen. Ich weiß nicht, wie das bei Ihnen ist, Herr Blüher. Sie machen das natürlich. Wir machen es auch – haben aber dafür auch bei uns in der Praxis logistisch einen deutlich höheren Aufwand. Also die Patienten müssen auch morgens nüchtern kommen sowieso. Aber wir müssen das noch mal in ein Speziallabor schicken, damit wir es sofort bestimmt kriegen. Das muss ich mal noch so am Rande sagen. Was halten Sie denn so von der grundsätzlichen Bestimmung des HbA1c-Wertes, also des Blutzucker-Langzeitwertes? Das finde ich immer schon auch noch mal so ein ganz gutes Indiz. Oder ist der zu unaussagekräftig, Ihrer Meinung nach?

Prof. Matthias Blüher
Nein, Sie haben natürlich völlig recht. Wir müssen ja Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität auch auf die Waage legen. Und in der Praxis, gerade im niedergelassenen Bereich, würde ich natürlich dringend empfehlen, die wesentlichen Parameter dieses metabolischen Syndroms zu bestimmen. Dazu zählt unter anderem der Langzeitzuckerwert, der HbA1c-Wert. Es zählen dazu die Blutdruckmessungen, das wird auch routinemäßig gemacht. Es zählen dazu die Messungen von Fettstoffwechselwerten wie LDL-Cholesterin, aber auch die Triglycerid-Spiegel können uns da helfen, auch das HDL-Cholesterin. Und wenn ich da Veränderungen sehe, dann ist die Wahrscheinlichkeit

für Insulinresistenz sehr hoch, auch ohne, dass ich Insulin selber messen muss.

Dr. Katrin Schaudig
Und dann würde man ja die Patientin wahrscheinlich mal einmal zu jemandem schicken, der darauf spezialisiert ist. Wissen Sie, warum ich das jetzt sage? Weil ich Angst habe, dass jetzt Hörerinnen, die diesen Podcast hören, und das sind ziemlich viele, jetzt ihre Hausarztpraxen überschwemmen und sagen: „Machen Sie mal ein HOMA-IR." Da möchte ich so ein bisschen vor warnen. Und oft ist einfach die klinische Situation ja schon sehr aussagekräftig. Und bei jemand, der ganz schlank ist, würde ich das jetzt nicht unbedingt testen. Aber danke auch noch mal für Ihren Hinweis mit der Familiengeschichte. Die ist für uns auch immer ganz entscheidend. Was bringt die Frau an Familienerkrankungen mit? Finde ich auch super wichtig.

Katrin Simonsen
Aber ich verstehe Sie jetzt richtig, wenn ich eine Patientin habe, die ist jetzt Anfang 50, ist übergewichtig sichtbar und hat Bluthochdruck, schlechten Cholesterinwert, vielleicht sogar eine Fettleber. Würden Sie als Hausarzt dann sagen oder als Frauenärztin, Frau Schaudig, stellen Sie sich mal bei einem Spezialisten vor, vielleicht haben Sie eine Insulinresistenz? Oder wären das nicht so die Kriterien?

Dr. Katrin Schaudig
Doch, doch. Wenn jetzt … Dieses Bild, was Sie gerade schildern – dann frage ich mal nach: „Was sagt denn Ihr Hausarzt dazu?" oder „Waren Sie schon mal beim Internisten?" Viele dieser Dinge kann ein – sagen wir mal so – ein guter Internist auch mit klären. Da ist natürlich entscheidend, das wird auch gleich Herr Blüher sicher noch mal sagen, dass man versucht, mit der Patientin am Gewicht zu arbeiten. Das ist ja ein schwieriges Thema, aber das wäre … Also Lifestyle-Veränderung mit Ernährungsumstellung und auch unbedingt mehr Bewegung. Also das sind so Dinge, die ich der Frau mitgebe. Ansonsten sage ich: „Cholesterinspiegel, lassen Sie sich mal die Gefäße anschauen, finde ich immer ganz hilfreich. Gehen Sie einmal zum Kardiologen, dass der mal checkt, sind Sie schon auf dem Weg Richtung Herzinfarkt?"

Ich finde, da ist auch noch Luft nach oben, das sehen viele Patientinnen nicht. Ich schicke die dann tatsächlich nicht unbedingt zum Diabetologen, der ja quasi für die Vorstufe des Diabetes zuständig ist, sondern einfach mal zu einem guten Internisten. Was meinen Sie dazu, Herr Blüher?

Prof. Matthias Blüher
Das sehe ich genauso. Die Frage ist ja auch, wenn man irgendwelche Werte bestimmt, z.B. die Insulinresistenzwerte, was ergibt sich daraus? Letztendlich macht es nur dann Sinn, solche Untersuchungen durchzuführen, wenn sich daraus irgendeine Therapie ableitet. Da reicht es sicherlich aus, mit dem Hausarzt erstmal zu sprechen, ohne viele extravagante Werte zu bestimmen. Oder dann eine Überweisung zum Internisten wahrzunehmen, um sicherzugehen, dass man nichts übersieht und rechtzeitig was unternehmen kann.

Katrin Simonsen
Ich habe eben „Fettleber" gesagt, weil das schrieben uns auch Frauen. Wie entsteht denn bitte die Fettleber? Ist das auch so ein genetisches Ding?

Prof. Matthias Blüher
Ja, die Fettleber, gehört zu diesen Wohlstandssyndromen, wie auch Gicht beispielsweise, Gallensteinleiden dazu. Das ist alles ein Komplex, der u.a. auch über die Insulinresistenz und über das Übergewicht, über unsere Ernährungsweise erklärbar ist. Es gibt aber auch Menschen, die schlank sind und Fettlebern entwickeln. Das liegt häufig daran, dass bestimmte Nahrungsbestandteile zu viel aufgenommen werden. Alkohol, das wäre ein Beispiel, aber auch Fruktose reiche Nahrungsmittel, die können dazu führen, dass man selbst bei schlankem Körper Fettleber entwickelt. Aber 99 % meiner Patienten haben Fettlebererkrankungen aufgrund von Übergewicht und Insulinresistenz.

Katrin Simonsen
Ich habe mal so einen BMI-Rechner betätigt im Internet und habe mal eingegeben, die Frau ist 1,65 m groß, wiegt 70 kg. Da ist die schon übergewichtig, laut BMI-Rechner. Wenn die dann mit 1,65 m schon 82 kg wiegt, ist sie adipös. Herr Blüher, was machen aus medizinischer Sicht diese 12 kg? Was für einen Unterschied machen die?

Prof. Matthias Blüher
Jedes Kilo, was zugenommen wird, vor allem, wenn es Fettkilogramm sind, also die Fettmasse steigt, kann das Risiko für Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Da gibt es keinen echten Grenzwert. Die Grenzwerte im Body-Mass-Index, im BMI, sind arbiträr gewählt. Die hat man festgelegt, um eine Krankheit zu definieren, aber nicht, weil das biologisch begründet ist. Die Übergänge zwischen Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas sind fließend. Hier ist für uns eher entscheidend, die Gewichtszunahme und vor allem die schnelle Gewichtszunahme. Das sind Warnsignale – nicht so sehr der einzelne Wert an sich. Es gibt Menschen, die muskelstark sind und bei einem BMI im Adipositas-Bereich, also über 30, gesund sein können. Es gibt Menschen im Übergewichtsbereich, die scheinbar gesund sind, aber ganz krank sein können, metabolisch.

Katrin Simonsen
Weil das Fett was macht in unserem Körper?

Prof. Matthias Blüher
Fettgewebe ist ja eigentlich dafür da, um uns zu isolieren vor Kälte und die Energie zu speichern für Notzeiten. Aber Fettgewebe produziert auch Hormone. Die können auf Appetit und Sättigung Einfluss nehmen. Die können Wechselwirken mit dem, was in der Menopause passiert oder Perimenopause passiert. Und das Fettgewebe speichert sicherlich auch Gifte und gibt Energie in Form von Fettsäuren beispielsweise auch wieder ab, bei Bedarf. Und wenn das Fettgewebe erkrankt ist oder sich zu sehr ausgebreitet hat, können diese Mechanismen nicht mehr gut funktionieren. Ein Beispiel ist, das Fettgewebe produziert ein Hormon, was uns Appetit macht, Leptin heißt das, und Sättigung vermittelt. Und je mehr man wiegt, desto mehr wird von diesem Hormon produziert, sodass das Fettgewebe immer hungriger wird und durch Leptin dem Hirn sagt: „Ich muss noch mehr essen.“, obwohl eigentlich der Körper, die Akkus voll sind.

Katrin Simonsen
Aber Leptin, haben Sie gesagt, signalisiert Sättigung.

Prof. Matthias Blüher
Und Appetit. Sättigung auch. Wenn ich hohe Leptin-Spiegel habe und das gut wirken kann im Hirn, dann bin ich schneller satt. Aber bei den meisten Menschen wirkt Leptin aufgrund dieser hohen Menge im Blut auch nicht mehr so gut. Das ist ganz ähnlich wie die Insulinresistenz. Es gibt wahrscheinlich auch eine Leptin-Resistenz, im Wesentlichen natürlich im Hirn.

30:00

– Podcast-Empfehlung –

Katrin Simonsen
Und hier kommt unsere kurze Unterbrechung für den Podcast-Tipp. Es wird ja langsam Frühling, überall grünt und blüht es. Und viele von euch sind bestimmt Gärtnerinnen oder bepflanzen ihren Balkon oder auch ihre Terrasse. Deshalb möchte ich euch heute den ARD-Podcast *Komm mit in den Garten* empfehlen. Da wird zum Beispiel besprochen, welche Gemüsesorten passen zusammen in ein Beet oder in ein Hochbeet. Über welche Blumen und Pflanzen freuen sich die Insekten? Und wie kann der Rasen auf Vordermann gebracht werden? Alle zwei Wochen gibt es neue Tipps und Anleitungen. Und meine Kollegin Nadine Witt, die diesen Podcast moderiert, die hat selbst auch einen kleinen Garten und kann da aus eigener Erfahrung berichten. *Komm mit in den Garten*, gibt es kostenlos in der App der ARD-Audiothek. Und den Link, den findet ihr in den Shownotes.

– Ende Podcast-Empfehlung –

Katrin Simonsen
Jetzt kommen wir zu diesem viszeralen Bauchfett. So ein bisschen gehört das ja auch zu diesen Beobachtungen der Frauen dazu. Früher waren die Hüften rund, jetzt auf einmal der Bauch. Und ja, also wie unterscheide ich, was ist jetzt viszerales Bauchfett oder was ist das Fett, was so obendrauf liegt?

Katrin Simonsen
Ja, das ist echt schwierig. Also jetzt, Frau Schaudig würde mich sonst sozusagen anzählen, wenn ich jetzt sage, dass man das eigentlich nur über Computertomographie oder Magnetresonanz ...

Katrin Simonsen
(lacht) Weil dann eine Hausärztin Tomografie …

Dr. Katrin Schaudig
(lacht) Darf ich mal kurz sagen, ich will eine kleine Bemerkung dazu. Meine Mutter hat immer gesagt, als Oma kann man die Enkel nicht auf die Hüfte setzen. Also jede Mutter weiß, wenn man ein Kleinkind hat, dann nimmt man das so auf den Arm und setzt es auf die Hüfte und hat die andere Hand frei. Das können Omas nicht mehr. Warum? Da ist keine Lücke mehr. Das rutscht einfach runter, das Kind. Und das finde ich einfach schon mal einen guten Hinweis. Und wenn die Patientinnen einen Bauch haben, also das habe ich mal von Professor Windler aus Hamburg gelernt, den Kneiftest machen. Also zum Beispiel ein Sumoringer, der ja deutlich übergewichtig ist, der hat aber sein Fett im subkutanen Fettgewebe. Also das sitzt in den Bauchfalten selber.

Und da können Sie richtig die Bauchfalte so kneifen. Während wenn ... Und diese Patienten sehe ich, wenn der Bauch so richtig prall vorsteht und man kann da mehr so reinpiksen wie mit einem Luftballon und man praktisch keine Hautfalte darüber zusammenziehen kann. Also so eine Art Kneiftest. Das ist, finde ich, ein sehr einfacher, aber guter klinischer Hinweis: Okay, es handelt sich hier um das viszerale Fett, was nämlich im Bauch drin ist und nicht in der Bauchdecke. Also das ist, glaube ich, so der Unterschied.

Ich weiß, ein CT oder ein MRT ist natürlich aussagekräftiger, aber um das viszerale Fett – also ganz einfach auch der Taillenumfang, den kann man messen, der im Übrigen bei vielen Frauen ja höher ist als diese idealen 80 cm, die von Mannequins gefordert werden oder drunter. Also ich finde, man kann schon ...

Katrin Simonsen
80 cm ist zu viel. Das war die Hüfte 80, glaube ich, bei Mannequins.

Dr. Katrin Schaudig
Nee, nee. Wie ist das?

Prof. Matthias Blüher
Ich will gar nichts sagen. Ich habe gerade den Kneiftest bei mir selber gemacht.

Dr. Katrin Schaudig
Haben Sie selber den Kneiftest gemacht? (lacht)

Prof. Matthias Blüher
Ja, mein Kneiftest ist nicht gut ausgegangen, sage ich ganz ehrlich. Gut, dass Sie nicht neben mir stehen. Ich habe mehr so einen Luftballonbauch, wo ich so reinpiksen kann. Ganz schlimm.

Katrin Simonsen
Nein, Herr Blüher hat gar keinen Bauch.

Dr. Katrin Schaudig
Ich kann mir das nicht vorstellen. Aber das ist einfach so ein klinischer Hinweis. Den finde ich eigentlich schon immer sehr aussagekräftig. Man sieht es ja auch so ein bisschen, oder?

Prof. Matthias Blüher
Gebe ich Ihnen völlig recht. Es gibt natürlich Bauchumfangsmessungen und dann sagt man, dass Frauen mit einem Bauchumfang über 88 cm schon ein erhöhtes Risiko haben. Bei Männern haben wir ein bisschen mehr Luft. Also 102 cm Bauchumfang beim Mann ist so der Grenzwert. Aber, ich sage mal so: Man kann nicht gut unterscheiden, ohne diese prak-

tischen Tests, die Sie so schön empfohlen haben. Kneiftest gefällt mir – ob das Fett wirklich im Bauch oder außerhalb drauf sitzt unter der Haut.

Katrin Simonsen
Aber Herr Blüher, beobachten Sie, dass dieses viszerale Bauchfett erst tatsächlich im Laufe des Lebens sich entwickelt? Oder haben manche Menschen das auch schon, was weiß ich, mit Mitte 20?

Prof. Matthias Blüher
Also manche Menschen haben das schon recht früh. Mein Lieblingsbeispiel sind immer so die Menschen, die aus Asien stammen, also ethnische Asiaten sind. Da ist das Risiko für relativ frühe Entstehung von Bauchfett höher als bei uns. Aber typischerweise ist, dass sich das Bauchfett so langsam im Alter fortpflanzt und mehr wird.

Dr. Katrin Schaudig
Vielleicht ergänzend, Frauen mit einem sogenannten PCOS – ich glaube, das hatten wir im Podcast auch schon manchmal. Das ist das polyzystische Ovarialsyndrom, was ja mit zu vielen männlichen Hormonen einhergeht und typischerweise auch mit einer Insulinresistenz. Und da gibt es auch Daten, dass da auch junge Frauen, die noch nicht unbedingt übergewichtig sind, aber die ein PCOS haben, auch mehr Bauchfett haben als die Frauen, die das nicht haben. Also insofern – das kann schon mal sein.

Katrin Simonsen
Aber haben wir jetzt eigentlich schon beschrieben, was dieses viszerale Bauchfett ist? Herr Blüher, wir hatten definiert, wie wir es erkennen. Aber was genau ist das eigentlich?

Prof. Matthias Blüher
Das ist ähnliches Fettgewebe, wie das, was unter der Haut jeder tasten kann. Aber es liegt um die Organe herum. Es liegt in der Nähe der Leber, es umgibt den Darm. Da gibt es auch noch so ein richtiges Organ, das nennen wir großes Netz, was quasi vor dem Darm liegt, an der Bauchwand anliegt, von innen. Und das ist eigentlich gedacht wahrscheinlich von der Evolution, um uns in Zeiten von Fluchtbedarf oder von Notstand relativ schnell Energie zu geben. Weil aus diesem inneren Bauchfett können Fettsäuren – kann die Energie sehr, sehr schnell freigesetzt werden. Allerdings sind die Speicher bei uns, bei den meisten von uns so voll, dass es eben nicht mehr schnell freigesetzt wird. Die gute Nachricht ist, wenn ich irgendwas mache, um Gewicht abzunehmen, dann verliert der Körper primär auch dieses Fett. Weil das leichter ist abzunehmen als das, was unter der Haut sitzt.

Katrin Simonsen
Ah, okay, gute Nachricht. Und trotzdem reden wir jetzt über dieses viszerale Bauchfett, weil das noch einen Ticken gefährlicher ist als das andere Fett, das subkutane Fett, genau, was oben drauf sitzt. Warum ist das gefährlicher? Was macht das? Es gibt verschiedene Gründe. Ein Grund ist, dass natürlich mechanisch dieses Bauchfett auf die Leber zum Beispiel drücken kann, damit die Funktion der Leber und des Darms negativ beeinflussen kann. Das innere Bauchfett produziert auch mehr Entzündungsstoffe. Und Entzündungsstoffe, wenn sie nicht gerade für eine Infektion produziert werden, sind nicht besonders gut für den Stoffwechsel, weil sie den Stoffwechsel auch langsam machen und Gewichtszunahme fördern. Und es werden Hormone produziert vom viszeralen Bauchfett primär, die eben auch dazu beitragen sollen, dass wir mehr essen und uns weniger bewegen wollen.

Katrin Simonsen
Und diese Entzündungsstoffe, was triggern die dann? Welche Krankheiten können die triggern?

Prof. Matthias Blüher
Das reicht von einigen Arten von Krebs: Also Darmkrebs zum Beispiel ist so ein typisches Beispiel, aber auch andere Krebsarten, Brustkrebs – Frauen ein Riesenthema, können im Zusammenhang mit Adipositas und vermehrtem Bauchfett stehen. Das heißt nun nicht, dass es jede Frau kriegen muss, die ein bisschen mehr Bauchfett hat. Aber das kann eine

Rolle spielen. Aber natürlich auch Infektanfälligkeit, dass man Infektionskrankheiten schneller bekommt und vielleicht auch schwerer durchmacht. Das haben wir bei Covid-19 leider erfahren müssen. Das kann eine Rolle spielen. Und wenn man ständig so eine Entzündung im Körper hat, ist der Körper immer in so einer nicht entspannten Situation und kann eigentlich in dieser Phase gar nicht gut Gewicht reduzieren.

Katrin Simonsen
Ich habe mich neulich ein bisschen zu Arthrose belesen. Da geht es ja auch um Entzündungen. Hat das auch so eine Wechselwirkung?

Prof. Matthias Blüher
Das ist auch ein gutes Beispiel. Menschen mit Übergewicht haben nicht nur das Problem, dass die Kilos auf das Knie drücken, sondern auch die Entzündungsfaktoren im Kniegelenk und anderen Gelenken Probleme machen können.

Katrin Simonsen
Und bei diesem Bauchfett, Frau Schaudig, Sie haben ja schon gesagt, Sie haben auch manchmal Frauen, die sind eigentlich ganz schlank, haben aber trotzdem so ein bisschen einen vorgewölbten Bauch. Ist das für die dann genauso gefährlich wie für jemanden, der eh übergewichtig ist, das Bauchfett? Für schlanke Personen?

Prof. Matthias Blüher
Prinzipiell ist das so, dass auch bei normalem Körpergewicht das erhöhte innere Bauchfett ein gewisses Risiko darstellen kann. Das ist nicht ganz so häufig heutzutage, aber das gibt es auch. Und auch da muss man was tun, um die Frauen zu schützen.

Katrin Simonsen
Wenn jetzt die Frauen uns zuhören und schon mal den BMI-Rechner gemacht haben und feststellen, okay, sie sind so vielleicht auch leicht übergewichtig, adipös vielleicht auch schon, haben auch viszerales Bauchfett. Was machen die jetzt? Was würden Sie denen raten? Was sind so die ersten Empfehlungen?

Prof. Matthias Blüher
Also therapeutisch kann man sehr, sehr viel machen. Der erste Schritt, den Menschen selber machen können, ohne zum Arzt dazu gehen zu müssen, ist zu schauen: Wie ist mein Leben? Wie läuft mein Leben ab? Ist mein Schlaf ausreichend? Habe ich Mahlzeitenrhythmen? Mache ich Pausen zwischen den Mahlzeiten? Nehme ich vielleicht zu viele Kalorien in flüssiger Form zu mir – also gesüßte Getränke beispielsweise, auch Alkohol spielt dabei eine Rolle. Weil das sind Kalorien, die der Körper sofort und gern aufnimmt, auf die man eigentlich theoretisch verzichten sollte oder zum großen Teil könnte.

Da kann man viel selber tun, auch sein Bewegungs- und Stressverhalten beobachten. Also wie lange arbeite ich? Habe ich Pausen während der Arbeit? Bin ich entspannt? Bewege ich mich ausreichend? Das sind Dinge, die man selber tun kann, und das bietet einen guten Schutz vor Insulinresistenz und Gewichtszunahme. Also selbst wenn man ein Risiko hat, reichen da zwei, drei Kilo Gewichtsabnahme aus, um einen sehr, sehr guten Schutz vor Diabetes beispielsweise zu haben.

Katrin Simonsen
Gibt es … Weil Sie sagen: Bewegung ist so extrem wichtig. Gibt es da so eine Empfehlung? Ich habe mal gehört, 150 Minuten in der Woche sollte man Sport treiben. Was sagen Sie so Ihren Patienten?

Prof. Matthias Blüher
Das ist natürlich nach oben offen, diese Empfehlung. Aber fangen wir an mit zum Beispiel Schritten. Also wenn ich jeden Tag es schaffen würde, 2000 Schritte mehr zu gehen, dann sind das schon ungefähr 10 Prozent reduziertes Herz-Kreislauf-Risiko. Das ist schon viel und wenig Aufwand eigentlich. Wenn ich dann noch mehr machen möchte, dann sind diese 150-Minuten-Empfehlungen basierend auf wissenschaftlichen Daten und wahrscheinlich so zwei-, dreimal die Woche richtig Bewegungsaktivität mit Schwitzen, mit Pulserhöhung, mit danach erschöpft sein, das wird als gesund angesehen.

40:45

Katrin Simonsen
Jetzt schreiben uns Frauen, sie machen schon Sport, sie ernähren sich schon gesund, versuchen auch weniger zu essen und trotzdem nehmen die nicht ab. Was kann da der Haken sein?

Prof. Matthias Blüher
Das sind ja auch genau die Patientinnen und Patienten, die zu mir am häufigsten kommen. Wo man sagt, da kann man eigentlich mit Diät und Sport gar nichts mehr erreichen. Das gibt es, da gibt es auch vererbliche Faktoren. Es gibt auch Mechanismen, wie der Körper sich vor dem Abnehmen schützt. Die sind bei manchen Menschen extrem stark ausgeprägt. Und die müssen wir dann überlisten. Überlisten durch andere Therapien als weniger essen und mehr bewegen.

Katrin Simonsen
Okay, und was wäre das zum Beispiel?

Prof. Matthias Blüher
Es gibt im besonders ausgeprägten Fall, und ich komme ja aus einer Adipositas-Sprechstunde, chirurgische Möglichkeiten, zum Beispiel Magenverkleinerung, Magen-Bypass-Operationen, das ist für Menschen, die einen Body-Mass-Index haben, der deutlich über 40 liegt. In den anderen Bereichen gibt es zunehmend auch medikamentöse Therapieoptionen, die offensichtlich sehr wirksam sind und wahrscheinlich auch sehr sicher in der Anwendung. Das Problem dabei ist in Deutschland, dass man solche Medikamente leider aus dem eigenen Geldbeutel zahlen muss, weil die Krankenkassen solche Medikamente bei Adipositas oder Übergewicht bisher nicht übernehmen, die Kosten.

Katrin Simonsen
Wollen wir gleich an der Stelle mal auf diese Medikamente zu sprechen kommen. Also viel in den Medien war ja *Ozempic*, dieses Medikament. Wie funktioniert das? Und setzen Sie das schon ein?

Prof. Matthias Blüher
Wir setzen dieses Medikament – *Ozempic* ist der Markenname, Semaglutid steckt dahinter – ein, vor allem in der Therapie von Menschen mit Typ-2-Diabetes. Aber es ist auch zugelassen für Menschen mit Adipositas ohne Diabetes. Da heißt es dann *Wegovy*, damit man im Namen schon unterscheiden kann, wer welche Krankheit hat. Ein Medikament, was eigentlich auf der Erfahrung beruht, dass unser Körper aus dem Darm Hormone produziert, die auch Sättigung und Appetit vermitteln, sogenannte Inkretine.

Und dieses Semaglutid ahmt eins dieser Darmhormone nach, das heißt GLP-1 oder Glucagon-like Peptide 1. Das ist eins der Darmhormone, die nach dem Essen relativ stark ansteigen und dem Körper sagen: „Jetzt ist es aber gut. Du hast genug gegessen." – also Sättigung mitvermitteln. Das körpereigene Hormon ist aber nur ein paar Minuten lang aktiv im Körper. Das Semaglutid und andere ähnliche Medikamente sind bis zu einer Woche aktiv und schaffen damit eine Situation, wo Menschen leichter weniger essen können, weil der Appetit weniger wird, die Sättigung kommt früher.

Der andere Effekt ist auch, dass die Insulinempfindlichkeit deutlich erhöht wird. Wir haben … Wir spannen den Bogen zurück zur Insulinresistenz. Medikamente wie das Semaglutid, was ein Darmhormon nachahmt, oder seit Kurzem auch das Tirzepatid, was zwei Darmhormone zusammen nachahmt – die führen dazu, dass sich der Blutzuckerspiegel senkt, dass Insulin besser genutzt werden kann vom Körper und dass unser Appetit sinkt.

Katrin Simonsen
Wir hatten mal berichtet, es gäbe einen großen Mangel dieser Medikamente, weil Menschen, die sehr schlank sein wollen, die sich verschreiben lassen oder käuflich erwerben. Ist das so oder haben Sie genug davon?

Prof. Matthias Blüher
Ich glaube, das Problem war nicht so sehr, dass so viele schlanke Menschen das genutzt haben

zum Schlankbleiben, sondern mehr, dass die Firmen nicht erwartet hatten, wie sehr die Nachfrage unter diesem Aspekt steigt. Das ist nicht nur in Deutschland so. Das ist vor allem in den USA so und in den Staaten in der Golfregion. Dadurch ist natürlich weltweit der Bedarf sprunghaft angestiegen. Das haben Patienten bei uns leider auch gespürt.

Glücklicherweise ist man von solchen Medikamenten nicht lebensnotwendig abhängig. Anders ist es, wenn z.B. Insulin fehlt und ersetzt werden muss. Da wäre es eine Notsituation, wenn so ein Medikament fehlen würde. Bei diesen Inkretin-basierten Therapien ist es nicht lebensbedrohlich, wenn mal eine Pause entsteht.

Katrin Simonsen
Und wenn Sie das verschreiben, verschreiben Sie das aber nicht allein, sondern vorher muss sich der Lebensstil ändern bei den Patienten. Oder wie funktioniert das?

Prof. Matthias Blüher
Wir werden ja den Lebensstil nicht aktiv beeinflussen können. Die Erfahrung ist natürlich, dass Verhaltensmuster, Freundeskreise, Essverhalten ganz schwer zu beeinflussen sind. Natürlich schalten wir immer eine Therapie vor, wo wir Ernährungsberatung geben, wo wir Empfehlungen zu Sport oder Bewegung geben. Dass das die Voraussetzung immer sein muss für eine medikamentöse Therapie, halte ich auch nicht für so richtig. Medikamente wirken schon auch, ohne dass man das macht. Aber Medikamente wirken viel besser, wenn ich parallel noch etwas weniger esse und mich mehr bewege.

Katrin Simonsen
Und wie viel haben Ihre Patienten damit abgenommen?

Prof. Matthias Blüher
Das schwankt zwischen – ein bisschen zugenommen sogar oder nichts abgenommen – bis zu 30 kg, 40 kg. Also die Spannbreite ist enorm.

Katrin Simonsen
Und wenn man das dann nicht mehr nimmt, nimmt man wieder zu?

Prof. Matthias Blüher
Ja, die meisten Menschen, die das absetzen, meistens aus Kostengründen, nehmen relativ schnell auch wieder zu. Dieser Jo-Jo-Effekt ist leider sehr ausgeprägt. Aber es gibt so zehn Prozent meiner Patientinnen, die das schaffen, die nur ein halbes Jahr einen Motivationsschub brauchen und es dann auch ohne Medikament schaffen, das Gewicht stabil zu halten. Also das ist ein Versuch wert.

Katrin Simonsen
Sie haben gerade „Jo-Jo-Effekt“ gesagt. Ich habe gelesen, Sie haben dazu mal geforscht, wo der Jo-Jo-Effekt herkommt, was dahintersteckt.

Prof. Matthias Blüher
Uns interessiert natürlich, woher weiß ein Körper, ein Gehirn, wie viel wiege ich oder wie ist meine Fettverteilung? Letztendlich kommt der Jo-Jo-Effekt wahrscheinlich dadurch zustande, dass eine Art metabolisches Gedächtnis in uns schlummert, was im Fettgewebe, in der Leber, im Muskel sein kann. Und in den Genen, die durch unsere Lebensweise so verändert werden, wir nennen das Epigenetik, dass sie immer wieder den Körper dazu bringen, auf sein Ausgangsgewicht zurückzuwollen. Das zu durchbrechen, ist schwer.

Katrin Simonsen
Okay, wie schafft man das? Man schafft das durch Austricksen des Körpers, zum Beispiel solche Therapiemöglichkeiten wie Medikamente. Oder man schafft das mit sehr viel Willensstärke und ausgeprägter Änderung seiner Verhaltensmuster.

Katrin Simonsen
Frau Schaudig, wir hatten schon mal darüber gesprochen: Diese Frauen mit dem PCOS, die neigen ja auch zu Übergewicht. Und die behandeln Sie ja auch in Ihrer Praxis. Haben Sie mit denen auch schon Erfahrungen mit *Ozempic*? Oder mit diesen anderen Medikamenten?

Dr. Katrin Schaudig
Ja, was wir noch gar nicht erwähnt haben, ist das Metformin. Oder haben wir das schon gesagt?

Katrin Simonsen
Nein, heute haben wir das noch gar nicht gesagt.

Dr. Katrin Schaudig
Das Metformin ist mittlerweile ein Medikament, was in der neuen Leitlinie zum PCOS tatsächlich drinsteht, dass man das einfach geben muss. Und zwar ohne den HOMA-IR zu testen. Da haben sich die Internisten – übrigens Herr Blüher – in unserer Leitlinien-Gruppe geeinigt. Das heißt, die Frauen haben eine Insulinresistenz, fast immer, die PCOS-Frauen. Und das Metformin ist ein uraltes Zuckermedikament, was auch heute noch die Firstline-Therapie ist, wenn jetzt jemand 70 ist und ein Altersdiabetes entwickelt, dann kriegt er meines Wissens neben einer Ernährungsumstellung als erstes Metformin.

Es wird auch relativ gut vertragen, macht im Grunde ähnliche Nebenwirkungen wie diese Spritzen, die Herr Prof. Blüher gerade beschrieben hat. Das Metformin ist schon ein Medikament, was gut ist, was man einsetzen kann, um die Insulinresistenz zu verbessern. Das hat auch gute Wirkung und, das finde ich auch spannend, es hat auch präventive Wirkung neben der Tatsache, dass es die Insulinresistenz verbessert. Es gibt Studien, die auch eine Verbesserung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gezeigt haben mit dem Medikament. Es ist allerdings so, dass die Patienten damit nicht doll abnehmen.

Manche tatsächlich, ich habe einzelne Patienten, die sagen: „Mit dem Metformin habe ich viel weniger Hunger, weil dieses zu viel an Insulin wegfällt.“ Das ist sicher was, was man langfristig nehmen kann. Ich muss immer warnen, es gibt Anti-Aging-Mediziner, die würden am liebsten Metformin ins Trinkwasser tun, damit wir alle älter werden. Ich bin da sehr skeptisch, weil ich glaube, dass nur die Patienten davon profitieren, die tatsächlich diese genetische Veranlagung zur Insulinresistenz mitbringen oder die wegen des Übergewichtes haben. Aber da setzen wir es sehr großzügig ein. Es gibt auch Daten, die dann zeigen, dass Frauen, die das Metformin nehmen mit einer Insulinresistenz und einem Diabetes, weniger Brustkrebs bekommen. Also da hat das Metformin eine positive Wirkung.

Das ist, wenn die Frauen noch keinen Diabetes haben, keine Kassenleistung. Aber jetzt kommt die gute Nachricht. Anders als die Abnehm-Spritzen, die von den Monatskosten im dreistelligen Bereich liegen, ist das Metformin super billig, weil es schon so ein altes Medikament ist. Mit drei Monaten kommt man mit weniger als 20 € raus. Das heißt, man kann das gut selber tragen, weil es nur eine Kassenleistung ist, wenn die Frauen Diabetes haben. Habe ich was Falsches gesagt, Herr Blüher?

Prof. Matthias Blüher
Überhaupt nicht. Vielen Dank für diese super Ergänzung.

Katrin Simonsen
Nutzen Sie auch Metformin?

Prof. Matthias Blüher
Machen wir auch. Und auch genau unter diesen Bedingungen und Indikationen, wie wir sagen würden, wie Frau Schaudig es gerade beschrieben hat. Das ist sehr verbreitet und immer ein Versuch wert. Gerade bei diesem polyzystischen Ovarialsyndrom, dem PCOS, haben wir damit auch gute Erfolge und sehen Erfolge. Auch Gewichtsreduktion, kann ich nur sagen, sehen wir das ganz ähnlich: Ein paar Kilo abnehmen kann man schon mit Metformin. Aber zum Abnehmen ist es nicht gedacht.

Dr. Katrin Schaudig
Aber man kann ja auch diese Spritzen mit dem Metformin kombinieren. Ich sehe gelegentlich Patienten, die beim Diabetologen sind. Das ist auch bedenkenlos machbar, oder?

Prof. Matthias Blüher
Das ist bedenkenlos machbar. Das ist sogar das, was die Leitlinie empfiehlt. Weil wir auch

im Diabetesbereich erst mal effektive, preiswerte Medikamente einsetzen sollen – und nicht sofort die deutlich teureren Spritzen. Man muss schon sagen, Sie haben das ja auch angesprochen, die Nebenwirkungen sind natürlich erwähnenswert. Es gibt Übelkeit, Völlegefühl, Verstopfung, auch Durchfall unter diesen Abnehm-Spritzen. Das liegt daran, dass diese Darmhormone eigentlich das auch machen würden, wenn unser Körper genügend davon produzieren würde, um dieses Sättigungssignal durchzusetzen im Hirn. Das wird bei der medikamentösen Therapie natürlich zu einer Nebenwirkung. Einige Patientinnen und Patienten können deswegen auch so eine Abnehm-Spritze nicht langfristig nehmen. Weil sie sagen: „Mit der Übelkeit kann ich nicht gut leben."

Katrin Simonsen
Aber Sie haben im Vorgespräch gesagt, es gibt noch ein neues Medikament.

Prof. Matthias Blüher
Ja, Tirzepatid heißt das, oder *Mounjaro*. Das ist ein ähnliches Prinzip wie das *Ozempic* oder *Wegovy*. Allerdings eine Weiterentwicklung. Weil hier zwei verschiedene Darmhormone, die aber unterschiedliche Wirkungen haben, parallel angesprochen werden. Und zwar wird zusätzlich bei dem *Mounjaro* noch das Fettgewebe direkt adressiert über Rezeptoren, die dazu beitragen, dass das Fettgewebe bereit ist, auch wieder Energie abzugeben und schlanker zu werden. Die Verträglichkeit ist ungefähr ähnlich.

Katrin Simonsen
Okay. Zu der Abnehm-Spritze hatte ich eine Hörerin-Mail bekommen. Sie schreibt:

„Ich bin 54 und noch nicht zwölf Monate frei von Blutungen. Weil ich sehr starke Hitzewallungen und in der Perimenopause große Probleme mit dem Schlaf und sehr starken Blutungen hatte, habe ich zur Hormonersatztherapie gegriffen. Und es geht mir damit sehr gut. Ich stehe voll im Beruf, fühle mich leistungsstark. Leider steuere ich auf eine Diabetes zu, habe ein BMI von 31. Und mein Arzt würde mir nun gern die Abnehm-Spritze verschreiben. Hat das Auswirkungen auf die Hormontherapie? Darf man beides nehmen? Oder muss man die Hormone dann anpassen?"

Frau Schaudig, das geht mehr an Sie, oder?

Katrin Simonsen
Ja. Und da hätte ich überhaupt kein Problem. Das kann man bedenkenlos zusammen verschreiben. Ich möchte eins sagen, weil ich glaube, das haben wir noch gar nicht erwähnt. Ich habe vorhin gesagt, dass das Wegfallen der Östrogenwirkung die Insulinresistenz verschlechtert. Frauen werden insulinresistenter. Dazu gibt es Gott sei Dank auch ganz viele Daten, dass Frauen, die Hormone nehmen, diesen Effekt wieder aufheben. Das heißt, die Insulinresistenz verbessert sich wieder, in dem Moment, wo ich Östrogenen nehme. Es ist belegt in zahllosen Studien und es wird immer als Positiveffekt der Hormonersatztherapie unterschätzt, aus meiner Sicht, dass wir bei Frauen, die Hormone nehmen, die Diabeteshäufigkeit um fast die Hälfte reduzieren können. Also ich würde sagen, um 30 % bis 40 % weniger Diabeteserkrankungen. Auch bei Vorstufen des Diabetes, also bei dieser Insulinresistenz, haben wir einen echten Benefit durch eine Hormontherapie.

Wenn wir auf der einen Seite sagen, dass Hormone … Also aus meiner Sicht, einer der wesentlichen Nachteile einer langfristigen Hormontherapie ist ja nun mal dieses leicht erhöhte Brustkrebsrisiko. Da haben wir auch Daten dazu, dass die Adipositas per se das Brustkrebsrisiko viel stärker erhöht als eine Hormontherapie. Interessanterweise ist es auch so, das ist paradox, dass Frauen, die adipös sind und Hormone nehmen, ihr Brustkrebsrisiko nur noch kaum erhöhen durch die Hormontherapie. Weil sie von Haus aus durch die Adipositas schon so ein hohes Risiko haben.

Um auf die Frage nochmal einzugehen: Eine Kombination von Abnehm-Spritze und Östrogen ist sogar positiv. Weil diese Insulinresistenz als solche schon durch die Hormontherapie

verbessert wird. Ich würde das sogar unbedingt kombinieren und nicht das Östrogen absetzen. Denn dann könnte es sein, dass sie stärker in die Insulinresistenz rutscht und das den Effekt der Abnehm-Spritze verringert.

Katrin Simonsen
Herr Blüher, vielleicht für Ihre Therapien bei den mittelalten Frauen eine gute Idee, nach einer Hormontherapie zu fragen?

Prof. Matthias Blüher
Absolut. Ich wollte auch gleich Frau Schaudig was dazu fragen. Wenn ich das so höre, muss man sich ja wirklich fragen: Für wen oder für welche Frau ist eine Hormonersatztherapie nicht geeignet?

Dr. Katrin Schaudig
Das ist eine schwierige Frage. Mein Credo ist ja immer: Ich muss mir die individuelle Situation der Patientin anschauen. Wir haben Daten aus dieser WHI-Studie, die immer wieder rauf und runter erzählt wird. Da wird immer wieder plakativ behauptet: Hormone machen Krebs, Schlaganfall und Thrombosen. Da muss man an der Stelle sagen, dass die Frauen geschlucktes, hochdosiertes Östrogen bekommen haben. Das macht einfach Thrombosen und Schlaganfälle. Das wissen wir jetzt einfach. Durch eine Transdermale, also über die Haut applizierte Östrogengabe, können wir dieses Risiko vermeiden. Jetzt kommt der kleine Schönheitsfehler: Es scheint so zu sein, dass das Transdermale Östrogen einen etwas geringeren Effekt auf die Insulinresistenz hat. Aber wenn jemand ohnehin schon in einem metabolischen Syndrom sich befindet, darf man Hormone auf keinen Fall zum Schlucken geben.

Es gibt trotzdem einen positiven Effekt auch bei Transdermaler Therapie. Jetzt habe ich jemanden … Ach, und aus der WHI-Studie – das wollte ich noch ergänzen – gibt es einen Arm, da haben die Frauen nur Östrogen bekommen. Auch dieses hochdosierte Pferdeöstrogen. Das Erstaunliche war, dass in diesem Studienarm – das waren Frauen, die keine Gebärmutter mehr hatten – das Brustkrebsrisiko reduziert war. Und zwar signifikant. Und auch noch 10, 20 Jahre nach Beginn der Studie. Das heißt, nach sieben Jahren wurde die Studie beendet.

Dann hat man 13 Jahre später nachgeguckt, was ist aus den Frauen geworden. Es ist eine akribisch durchgeführte Erhebung gewesen. Die Frauen, die Östrogen hochdosiert alleine genommen haben, hatten auch nach 20 Jahren noch eine geringere Brustkrebshäufigkeit und auch Sterblichkeit. Jetzt muss man sich fragen: Woran lag das? Das ist die These von vielen Wissenschaftlern – in diesem Studienarm waren 40 % der Frauen adipös, im Altersrange zwischen 50 und 79. Da kann man 100 % davon ausgehen, dass ganz viele von denen eine Insulinresistenz hatten. Und offensichtlich – das ist jedenfalls die Theorie – hat die orale hochdosierte Östrogengabe möglicherweise durch eine Verbesserung der Insulinresistenz dann zu einem Schutz vor Brustkrebs geführt. Das ist ja so ein Paradoxon.

Das heißt, die adipöse Patientin, die Östrogen alleine nimmt, weil sie keine Gebärmutter mehr hat, die hat möglicherweise einen Schutzeffekt vor Brustkrebs. Das ist eine steile Hypothese, weil da gibt es keine Studie zu. Es würde aber viel Sinn machen im Analogschluss. Jetzt haben Sie gefragt: Welche Patientin ist nicht geeignet? Wenn ich eine schlanke Patientin habe, die kein Diabetesrisiko hat, keine Herz-Kreislauferkrankungen in der Familie, aber jede Menge Karzinome, dann ist das die Frau, die möglicherweise mit einer Hormontherapie im Wesentlichen ihr Brustkrebsrisiko leicht erhöht. Das ist auch nur leicht erhöht, wenn sie es lange nimmt.

Da muss man abwägen: Wie ist die Patientin drauf? Wenn die einen hohen Leidensdruck hat, weil sie doll schwitzt und schlecht schläft und nur noch heult, dann würde ich auch der Frau zu einer Hormontherapie raten. Aber da muss man klar sagen, die Benefits, die sie hat von einer Hormontherapie – nämlich: Schutz vor Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen usw., die betreffen die Frau vielleicht gar nicht.

Jetzt kommt noch ein neuer Aspekt hinzu: Der Knochenschutz. Jetzt gucke ich mir auch die

Knochendichte an. Wenn meine schlanke Sportlerin auch noch eine Bombenknochendichte hat, wird die Indikationslage noch dünner. Wenn die keinen Leidensdruck hat, um Gottes Willen, warum soll sie Hormone nehmen? Da kommt der Leidensdruck der Patientin rein. Aber ich würde mir eigentlich wünschen, dass in der öffentlichen Diskussion über Hormone, die von bestimmten Gruppierungen noch einen schlechten Ruf haben, diese differenzierte Betrachtung mehr Raum gewinnt. Dass man guckt: Wodurch ist die Patientin überhaupt gefährdet? Was stellt für die das höchste Risiko dar? Nicht für alle Frauen Hormone, aber für viele ist es sicher sinnvoll.

1:00:33

Katrin Simonsen
Ich habe noch zwei Hörerinnen-Fragen. Die eine fragte, sie hat das Gefühl, dass sie durch die Hormontherapie Mehrgewicht zugelegt hat. Kann so was auch passieren, Frau Schaudig?

Dr. Katrin Schaudig
Da gibt es wirklich jede Menge Studien zu. Die Hormontherapie macht nicht dick. Es gibt einzelne Frauen, die abnehmen, vielleicht sogar durch diese Insulinverbesserung. Das heißt trotzdem nicht, dass einzelne Frauen durch die Hormontherapie unbemerkt mehr Appetit haben. Man muss immer noch bedenken, dass die Östrogengabe vielleicht so zwei, drei Kilo Wassereinlagerung macht. Ich sehe es sehr selten, dass mir Frauen sagen: „Mit den Hormonen nehme ich mehr zu als vorher." Ich schreibe diese Gewichtszunahme dann eher der allgemeinen Situation zu, die wir jetzt schon ausgiebig erörtert haben. Die Veränderung des Körpers in Lebensmitte und darüber hinaus, die mache ich da eher für verantwortlich. Also Hormone führen nicht zu einer Gewichtszunahme.

Katrin Simonsen
Eine andere Hörerin hat uns geschrieben, bei ihr wurde eine Fettleber diagnostiziert. Seit zwei Jahren verwendet sie die Hormone transdermales Östrogengel und Progesteron. Jetzt hat sie Angst, dass sie wegen der Fettleber die Hormone nicht mehr nehmen soll.

Dr. Katrin Schaudig
Bei so jemandem bitte Hormone – bitte Östrogen immer nur über die Haut. Ansonsten hätte ich da kein Problem. Wenn sie nicht eine Leberzirrhose hat oder … Es kommt natürlich immer auf die Lebersituation an. Aber eine Fettleber – jetzt brauche ich nochmal den Internisten an meiner Seite – macht in der Regel keine dramatisch hohen Transaminasen oder Leberwerte, oder Herr Blüher?

Prof. Matthias Blüher
Nein, da gibt es aus meiner Sicht auch keine Bedenken. Wie Sie gesagt haben, in fortgeschrittenen Stadien, wenn die Leber schwerkrank ist, in Form einer Fibrose oder Zirrhose, dann muss man das abwägen. Aber eine Fettleber allein erklärt da kein Risiko.

Katrin Simonsen
Ich habe gelesen, dass gerade für Diabetikerinnen, also Diabetes 1, die Perimenopause so eine schwierige Zeit ist. Mit diesen großen Hormonschwankungen – dass es schwierig ist, diese Frauen dann einzustellen.

Prof. Matthias Blüher
Das stimmt. Bei Frauen mit Typ-1-Diabetes – es ist ja ein anderer Diabetes-Typ als der, der durch Gewicht oder Ernährungsweise entsteht. Der entsteht aufgrund von Insulinmangel oder dem Fehlen von Insulin, meistens in der Jugend. Er ist gut behandelbar durch die Hormonersatztherapie quasi mit Insulin. Aber sowohl in der Pubertät als auch in der Menopause oder Perimenopause kann man das nicht so gut ersetzen, wie das der Körper beim Nicht-Typ-1-Diabetes-Menschen machen würde. Es erklärt, dass es da ein bisschen mehr Schwierigkeiten gibt, sowohl was die Blutzuckereinstellung mit Insulin betrifft – das sehen wir in der Praxis häufig – als auch mit Wechseljahresbeschwerden. Aber da ist die Frau Schaudig die Expertin und sieht wahrscheinlich auch mehrere Patientinnen zu dem Thema.

Katrin Simonsen
Aber was machen diese anderen Hormonschwankungen von Östrogen und so mit dem Insulin? Warum beeinflusst sich das gegenseitig?

Prof. Matthias Blüher
Das ist das, wo wir eingestiegen sind ins Thema: Dass der Abfall bestimmter weiblicher Hormone mit Insulinresistenz im Zusammenhang stehen kann. Wenn das Insulin, was wir in der Therapie einsetzen, nicht mehr richtig wirkt, kann das Blutzuckerveränderungen machen oder Insulinbedarf verändern.

Katrin Simonsen
Frau Schaudig, sehen Sie das auch bei Patientinnen?

Dr. Katrin Schaudig
Ja, ich sehe das auch. Gerade in der Perimenopause haben wir ja immer das Problem, dass diese Hormonwerte so verrückt schwanken. Meine Strategie ist, bei denen besonders darauf zu achten, dass die Hormonspiegel nicht so rauf und runter gehen, sondern gleichmäßig sind. Auch das haben wir schon mehrfach im Podcast erwähnt. Das sind dann auch die Kandidaten für eine Therapie mit einer Gestagen-Monopille. Also mit einem Präparat, was die Schwankungen rausnimmt und dann Östrogen dazu. Ich würde da auch eher immer transdermales Östrogen geben. Ich habe auch die Erfahrung.

Also ich glaube es sind diese wahnsinnigen Schwankungen, die ein Problem darstellen. Und nach der Menopause dann der Östrogenmangel. Das hat Herr Blüher schon gesagt, der möglicherweise auch den Insulinbedarf verändert. Herr Blüher, sehe ich das richtig, dass man den Frauen dann durchaus auch zu den Insulinspritzen Metformin dazugeben kann, zur Verbesserung der Insulinresistenz? Ist das richtig?

Prof. Matthias Blüher
Das ist richtig. Auch da ist es so, dass beim Typ-1-Diabetes diese Therapien nicht zugelassen sind. Aber gerade bei Metformin auf Selbstzahlerbasis kann das durchaus sinnvoll sein.

Katrin Simonsen
Frau Schaudig, haben die Frauen dann auch mehr Wechseljahressymptome?

Dr. Katrin Schaudig
Jain. Was wir wissen – das hat man noch gar nicht erwähnt – dass ein erhöhter HOMA-IR, das ist diese Insulinresistenzmessung, tatsächlich mit mehr Hitzewallung einhergeht. Die Mechanismen dafür sind nicht so richtig klar. Es gibt auch Daten, dass übergewichtige oder adipöse Frauen mehr schwitzen. Vermutlich in Verbindung mit Insulinresistenz. Meine ganz persönliche Hypothese ist, dass zu viel an Insulin im Zwischenhirn die Neuronen triggert, die Neurokinin B produzieren. Die Neurokinin-B-Neuronen sind die, die man sich jetzt auch zunutze macht mit neuen Medikamenten. Wenn man die blockiert, werden die Hitzewallungen weniger. Aber wenn durch zu viel Insulin die Neurokinin-B-Schiene getriggert wird, könnte das der Mechanismus sein, wie Hitzewallungen ausgelöst werden.

Das passt auch dazu, dass es Leute gibt, die nach der Mahlzeit einen Schweißausbruch haben. Das hat sicher nichts mit Östrogenmangel zu tun. Könnte über diese Insulinschiene gehen. Ich kenne da wenig Studien. Unsere Erfahrung ist, dass Frauen, die dann Metformin nehmen, deutlich weniger schwitzen. Das funktioniert nicht bei allen Frauen. Aber die, die eine Insulinresistenz haben, profitieren nicht selten vom Metformin auf ihre Hitzewallung. Finde ich einen super spannenden Aspekt. Ich sehe das klinisch, ich kenne keine vernünftige Studie dazu. Wir wollten selber mal eine machen. Leider hat der Tag 24 Stunden und wir haben es bisher noch nicht geschafft.

Katrin Simonsen
Das hatten wir schon mal besprochen, dass Frauen mit Übergewicht früher anfangen zu schwitzen und auch länger schwitzen. Da hatten wir uns schon mal drüber unterhalten, dass es da einen Zusammenhang gibt.

Dr. Katrin Schaudig
Meine persönliche ... Die haben übrigens auch, gerade die, die früh anfangen zu schwitzen …

Ich sage mal zehn Jahre vor der Menopause gibt es eine Gruppe von Frauen, die da schon starkes Schwitzen angeben. Die haben auch langfristig – das ist super interessant – deutlich erhöhte Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, also Infarkt, auch Schlaganfall. Aber vor allem auch Herzerkrankungen. Meine persönliche These ist, das sind die, die bereits mit 40 ein metabolisches Syndrom haben – also da schon einen Bluthochdruck haben, der schon ein hohes Risiko für einen Herzinfarkt mit sich bringt. Und das, was mit der Insulinresistenz zu tun hat, das haben leider die Menschen, die das studiert haben mit den erhöhten Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei frühem Beginn der Hitzewallung. Aber meines Erachtens ist da ein eindeutiger Zusammenhang.

Katrin Simonsen
- und wo die Frauen das vielleicht gar nicht wissen, dass sie vielleicht einen zu hohen Blutdruck haben.

Dr. Katrin Schaudig
Nein, genau.

Katrin Simonsen
Wäre dann ein Achtungszeichen an all diese Frauen, die zu zeitig schwitzen, den Blutdruck testen zu lassen.

Dr. Katrin Schaudig
Unbedingt, Frau Simonsen. Sie haben vorhin gefragt, wann ich Frauen zu einer Spezialuntersuchung schicke. Wenn Ihnen jemand sagt: „Ich bin 50. Jetzt hat die Regel aufgehört, aber ich schwitze schon seit zehn Jahren.“, dann bin ich ziemlich sicher, wenn ich mir die Frau angucke, hat die klinische Zeichen, die in Richtung eines metabolischen Syndroms gehen, die schicke ich immer zum Kardiologen. Und sage: „Lassen Sie mal Herz-Kreislauf untersuchen. Lassen Sie Ihren Blutdruck gut einstellen. Nehmen Sie vielleicht einen Fettsenker.“ Das sind diese Statine, die den Cholesterinspiegel senken. Also da muss man besonders gut hinschauen.

Katrin Simonsen
Herr Blüher, ich habe gelesen in der Vorbereitung, dass Frauen von diesem metabolischen Syndrom härter betroffen sind. Dass die eigentlich noch gefährdeter sind, zu sterben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Prof. Matthias Blüher
Das stimmt, wenn man den Studiendaten glaubt. Dafür gibt es sicherlich auch verschiedene Erklärungen. Einer ist, dass Frauen mit diesem Problem sich seltener behandeln lassen, seltener zum Arzt gehen. Das ist sozusagen ein reines Versorgungsthema. Das andere ist, dass es bei Frauen relativ schnell passiert. Das, wo ein Mann vielleicht 20, 30 Jahre Zeit hat, sich zu adaptieren und daran zu gewöhnen, an die Stoffwechselsituation, passiert bei Frauen um die Menopause herum viel schneller. Das scheint auch mit höheren Risiken in Verbindung zu stehen. Frauen holen ganz schnell den Vorteil, den sie eigentlich hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen gegenüber Männern haben, auf.

Katrin Simonsen
Damit sind wir am Ende dieser Folge. Wir sind mal wieder ein bisschen länger geworden. Aber ich fand es sehr spannend. Ich bedanke mich ganz herzlich bei meinem Gast, Professor Blüher und bei Ihnen, Frau Schaudig, meiner Fachexpertin für alle Fragen des Lebens. Und natürlich für die Hormonfragen. Recht vielen Dank, hat mir viel Spaß gemacht mit Ihnen.

Prof. Matthias Blüher
Vielen Dank, Frau Simonsen.

Dr. Katrin Schaudig
Ja, und mir hat es auch total viel Spaß gemacht. Und auch noch mal besonderen Dank an Professor Blüher, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Ich habe auch noch mal ganz viel gelernt. Dankeschön.

Prof. Matthias Blüher
Ich auch, danke.

Katrin Simonsen
Und in der kommenden Woche beantworten wir wieder Hörerinnenfragen – also Fragen, die ihr uns geschickt habt. Ihr wollt wissen: Was hat es mit dem Rote-Hand-Brief für das hormonfreie Medikament gegen Hitzewallungen,

Veoza, auf sich? Was müssen Frauen mit ADHS in den Wechseljahren erwarten? Haben die vielleicht stärkere Symptome? Kann eine Epilepsie wieder auftreten durch die Hormonschwankungen? Und wie gefährlich sind gutartige Zellveränderungen in der Brust?

Wir freuen uns über euer Feedback. Ihr könnt uns weiterhin gerne schreiben, unter: hormongesteuert@mdr.de . Wir finden es großartig, dass ihr unseren Podcast weiterempfehlt an eure Freundinnen, Kolleginnen, Partnerinnen und Partner. Hormongesteuert hört ihr kostenfrei in der App der ARD-Audiothek und überall, wo ihr 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