

Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

02.10.2023 #3

Thema: Wechseljahre:

Die große Angst vor der Hormonersatztherapie

Katrin Simonsen, Moderatorin

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Dr. Katrin Schaudig, Expertin

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Katrin Simonsen

Herzlich willkommen zur dritten Folge unseres Podcasts „Hormongesteuert“ – der Podcast für alle Frauen vor, während und nach den Wechseljahren und natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir wollen alles rund um die Wechseljahre erklären, mit Tabus und Vorurteilen aufräumen und viele Fragen beantworten. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Redakteurin und Moderatorin bei MDR aktuell und die Expertin an meiner Seite ist die Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft, Dr. Katrin Schaudig. Recht herzlich willkommen, Frau Schaudig.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, vielen Dank Frau Simonsen, dass ich das mit Ihnen machen darf!

Katrin Simonsen

Frau Doktor Schaudig, in dieser Folge soll es ja um die Hormonersatztherapie gehen. Wir wollen klären, was bioidentische Hormone eigentlich sind. Wie diese Hormonersatztherapie funktioniert, für welche Frauen die auch geeignet ist und was es mit der Angst vor Schlaganfall, Thrombose und Brustkrebs auf sich hat. Und wir werden in dieser Folge auch einige Fragen von unseren Hörerinnen beantworten, die uns zu diesem Thema erreicht haben.

Frau Doktor Schaudig, wenn ich zum Beispiel erzähle, dass ich eine Hormonersatztherapie mache, dann sagen viele Frauen, „Ah ne, das ist nichts für mich. Ich habe doch schon die Pille nicht vertragen.“ Müssen wir jetzt hier einfach mal aufklären, dass das eine mit dem anderen gar nichts zu tun hat?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist eine sehr gute Frage. Man kann es nicht so ganz pauschal sagen, dass es überhaupt nichts miteinander zu tun hat. Aber man muss sich schon im Klaren sein, dass die klassische Antibabypille, in der immer ein Östrogen und ein Gestagen, also ein Gelbkörperhormon drin ist, dass die einen doch sehr massiven Eingriff in den Hormonhaushalt darstellt. D.h., wenn ich die Antibabypille nehme, wird mein eigener Eierstock sozusagen zur Seite gepackt. Also der wird ruhiggestellt. Und die Hormone, die der sonst produziert, führe ich mit der Antibabypille zu. Diese Antibabypille enthält aber in aller Regel synthetische Östrogene. Ich sag mal das Wort, das heißt Ethinylestradiol. Das ist sehr viel stärker und potenter als das natürliche bioidentische Östrogen. Was das ist, da kommen wir, glaube ich, gleich noch drauf. D.h., das Ethinylestradiol hat schon noch mal eine Reihe von Eigenschaften, die die natürlichen Östrogene nicht haben. Macht zum Beispiel in der Leber gewisse Veränderungen, wirkt auch auf die Gefäße stärker.

D.h., wenn Frauen sagen, ich habe die Antibabypille nicht vertragen, könnte das zum Beispiel mit der starken Wirkung dieses synthetischen Östrogens zusammenhängen. Und nochmal, die klassischen Antibabypillen sind in aller Regel höher dosiert als das, was wir bei Frauen in den Wechseljahren einsetzen. Und es klingt auch in diesem Wort schon drin, Hormonersatztherapie. D.h., da versuchen wir das zu ersetzen, was jetzt fehlt. Und bei der Antibabypille ist der Ansatz, der da gegangen wird, ein völlig anderer.

Katrin Simonsen

Sie haben gerade schon gesagt: bioidentische Hormone. Das klingt immer so ein bisschen, ja, nach Natur, nach Bio halt, ganz gesund. Was sind das denn eigentlich für Hormone?

Dr. Katrin Schaudig

Also von bioidentischen Hormonen spricht man dann, wenn das Präparat oder das Medikament, was ich anwende, strukturgleich, also biochemisch gleich ist mit dem Hormon, was

die Eierstöcke produzieren. Das ist fürs Östrogen, das 17-beta-Östradiol, ich benutze jetzt mal diesen Fachausdruck. Wenn wir die Medikamente anschauen, die da auf dem Markt sind, dann enthalten die tatsächlich ein Östrogen, was genau so ist wie das Östrogen, was der Eierstock produziert. Bei den Gelbkörperhormonen ist es ein bisschen komplizierter. Da haben wir das natürliche Progesteron, das konnte man lange gar nicht so biochemisch herstellen, dass es funktioniert hat. Aber wir haben auch das auf dem Markt und auch das entspricht in der Strukturformel ganz genau dem bioidentischen Progesteron, was der Eierstock auch ausschüttet.

Man muss noch mal ein bisschen unterscheiden, wenn ich Hormone schlucke, werden die ein bisschen anders verstoffwechselt, als wenn der Eierstock sie ausschüttet. Der Eierstock schüttet die Hormone ja nicht in den Magen, sondern gibt sie ins Blut ab. D.h., der Stoffwechselweg ist ein bisschen anders, da gehen wir nachher noch mal drauf ein. Das ist auch wichtig für manche Risiken, die mit einer Hormonersatztherapie verknüpft sind. Das muss man wissen. Aber im Prinzip sind es Stoffe, die genau der biochemischen Struktur der Hormone entsprechen, die unser Körper macht.

Vielleicht am Rand noch so ein bisschen, weil Sie auch ansprechen, „das klingt so natürlich“. Wir haben auch viele pflanzliche Präparate auf dem Markt, die auch durchaus helfen. Aber wenn man ehrlich ist, sind die natürlich nicht bioidentisch, denn die sind chemisch anders strukturiert als das, was unser Eierstock produziert. Und noch *last but not least*, woraus stellt die Pharmaindustrie diese Hormone her? Die nimmt tatsächlich die Yamswurzel, die so, na ja, in der Allgemeinbevölkerung quasi als das natürliche Progesteron gilt. Stimmt aber leider nicht. Also wenn Frauen Yamswurzel-Produkte zu sich nehmen, dann werden die nicht zu Progesteron oder Östrogen verstoffwechselt, sondern der menschliche Körper kann das nicht umformen. Die Industrie nimmt die Yamswurzel und macht daraus diese bioidentischen Hormone. D.h., alle oder fast alle Hormone, die

auf dem Markt sind, sind hergestellt aus der Yamswurzel oder aus Soja, also, wenn Sie so wollen, aus natürlichen Produkten. Nur diese Umwandlung kann der weibliche Körper, wenn er das schluckt oder zuführt, nicht.

Katrin Simonsen

Diese Gels, die es ja gibt, die Östrogen-Gels, die werden ja auf die Haut aufgetragen. Und da hat mir eine Frauenärztin mal gesagt, das merkt der Körper gar nicht, ob er die jetzt selbst gemacht hat oder ob wir die draufgeschmiert haben. Stimmt das?

Dr. Katrin Schaudig

Das ist eine sehr schöne Erklärung dieser Frauenärztin. So ist es. Das ist im Grunde genommen, ... da sind wir ganz nah an der Frau dran. Ihr Eierstock schüttet Östrogen aus. Das geht dann von da in den Gesamtkreislauf. Wenn man jetzt das Gel sich auf den Arm, Bauch oder Oberschenkel schmiert, passiert biologisch das gleiche, es wird in den Gesamtkreislauf eingeschleust. Und in der Tat merkt Ihr Körper nicht, wo kommt dieses Östrogen eigentlich her? Das geht übrigens auch mit Pflastern, und es geht auch mit Östrogenen-Spray. Also das heißt, wir haben mehrere Produkte auf dem Markt, die das Östrogen durch die Haut in die Frau reinbringen. Und noch mal, wenn Sie es schlucken, dann kommt es zur Verstoffwechslung in der Leber. Dann wird so ein bisschen dieses Östrogen umgebaut. Das macht die Leber ganz gut, die macht dann so ein Reserveöstrogen daraus, was wir normalerweise nicht in dieser Menge haben. Und wichtig ist vielleicht auch noch, wenn es geschluckt wird, das Östrogen, und zwar auch das bioidentische Östrogen, dann werden gerinnungsfördernde Substanzen in der Leber vermehrt gebildet. D.h., wir haben dann eine verstärkte Gerinnungsneigung, was dann auch mit den Nebenwirkungen, auf die wir noch zu sprechen kommen, zu tun hat.

Beim Progesteron ist es schwieriger. Das können wir nicht gut transdermal, also über die Haut anwenden, weil es bereits in der Haut verstoffwechselt wird und unterschiedliche Mengen ankommen im Kreislauf. D.h., das müssen wir entweder schlucken oder vaginal

anwenden. Und da muss man sagen, die vaginale Anwendung ist wieder das, was vermutlich die biologischste Methode ist, weil auch da merkt der Körper nicht, kommt es jetzt aus dem Eierstock oder wird es einfach so aufgenommen durch die Scheidenhaut?

8:12

Katrin Simonsen

Wir haben jetzt sozusagen über diese Produkte gesprochen, die industriell hergestellt werden von einigen Firmen. Die werden auch von den Kassen bezahlt, wenn die Frauenärzte die verschreiben. Das ist ganz wichtig zu sagen, weil viele Frauen sagen auch, „hm, das ist so unheimlich teuer“. Ist es nicht.

Dr. Katrin Schaudig

Nein, das ist überhaupt nicht so. Diese ganzen Produkte sind zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden zugelassen oder, je nachdem welches Produkt man nimmt, auch zur Behandlung von Zyklusstörungen und so weiter. Die werden absolut von den Kassen übernommen. Ich muss vielleicht noch mal eins nachschieben. Beim Östrogen verwenden wir heute praktisch in Deutschland nur bioidentisches Östrogen. Während beim Gelbkörperhormon, kann man natürliches Progesteron nehmen. Es gibt aber durchaus Situationen, wo man sich für andere Gelbkörperhormone entscheidet, auch in den Wechseljahren, die synthetisch hergestellt sind oder eine leichte Modifikation des natürlichen Progesterons haben. Das hat auch durchaus seine Berechtigung, auch wenn es dann nicht hundert Prozent bioidentisch ist.

Katrin Simonsen

Das ist bei Fällen, da hatten wir uns drüber unterhalten, in der Perimenopause, wo die Frauen noch selber einen Zyklus produzieren, wenn der sozusagen zu heftig ist und die Ausschläge zu hoch sind und man die Frauen nicht gut einstellen kann.

Dr. Katrin Schaudig

Das haben Sie wunderbar erklärt. Genauso ist es. Und manche Frauen, wissen Sie, das muss man auch sagen, auch wenn das natürliche

Progesteron ist, wo man denkt ja, das ist doch super. Es gibt einfach Frauen, die das natürliche Progesteron eben nicht so gut vertragen. Es gibt viele, die das super vertragen. Wenn man es schluckt, macht es zum Beispiel müde. Aber es gibt auch Frauen, die kriegen zum Beispiel Schwindel oder Kopfschmerzen von geschlucktem Progesteron. Und bei manchen Frauen, ich sage wirklich bewusst: bei manchen, kann es auch mal die Stimmung negativ beeinflussen, genauso wie in der zweiten Zyklushälfte es ja Frauen gibt, die extreme Stimmungseinschränkungen haben. Die sind tatsächlich die Folge des körpereigenen Progesterons. Das sind nicht so viele Frauen. Man spricht von ungefähr vier Prozent, die richtig dramatische psychische Probleme haben in der zweiten Zyklushälfte. Aber das muss man alles wissen. Sie sehen also, die Sache ist schon nicht ganz so einfach und sehr komplex.

Katrin Simonsen

Wollen wir noch kurz drüber sprechen: Es gibt ja auch so Präparate, die von Apotheken angemischt werden. Wo dann die Frauen sagen ja, die sind speziell für mich gemacht. Sind die denn tatsächlich besser dann?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, aus meiner Sicht sind die nicht besser. Man muss sich immer überlegen, was die Industrie herstellt, ist extrem streng reguliert. D.h., das, was da drin ist, wird immer wieder kontrolliert, wird gemessen, muss zertifiziert werden. D.h., die industriell hergestellten Produkte sind aus meiner Sicht im Grunde genommen nicht sicherer, kann man nicht sagen, aber die sind einfach von der Qualitätskontrolle her besser abgesichert. Wenn die von Apotheken hergestellt werden, da gibt es Apotheken, die machen das super, muss man so sagen. Trotzdem ist es doch immer... das, was die herstellen. Und ich vergleiche das immer, wenn sie jetzt einen Bahlsen Zitronenkuchen kaufen, dann ist da immer das Gleiche drin, vielleicht schmeckt er ihnen nicht so gut, und da ist auch jede Menge E-Stoffe und alles Mögliche drin, was Sie vielleicht nicht haben wollen. Aber der ist immer exakt gleich.

Während wenn Sie selber den Zitronenkuchen backen, schmeckt der vielleicht besser, aber manchmal haben sie ein bisschen zu viel Zucker genommen, bisschen zu wenig Mehl, bisschen zu viel Butter. D.h., der ist immer ein bisschen anders. Und ich finde, so ein bisschen ist das bei diesen angemischten Präparaten auch immer ein gewisses Risiko.

Das zweite, was aus meiner Sicht auch ein bisschen überschätzt wird. Da wird dann immer gesagt, das ist genau auf mich angepasst. Wissen Sie, Östrogen ist Östrogen ist Östrogen. D.h., das ist halt das Östrogen, was der Eierstock sonst macht, was uns fehlt. Das ist genau das Gleiche, ob von der Industrie oder von Apotheken hergestellt. Und das zweite ist, dass meines Erachtens überschätzt wird, die Wichtigkeit einer genauen Dosierung. Man muss sich immer überlegen: Im normalen Leben schwankt der Östrogenspiegel zwischen Zyklustag 1 und Tag 14 um den Faktor zehn. D.h., das Östrogen steigt von 30 auf 300 bis vor dem Eisprung. Und da muss man sich fragen, was ist jetzt ein normaler Spiegel? Also ich persönlich richte mich v.a. nach der klinischen Befindlichkeit der Frau, der Patientin und gucke danach, braucht die jetzt mehr oder weniger. Ich messe vielleicht auch mal den Spiegel. Aber dieses, „es ist genau auf mich abgestimmt“, wird meines Erachtens überbewertet.

Katrin Simonsen

Und man muss es selbst bezahlen, oder?

Dr. Katrin Schaudig

Das muss man in aller Regel selbst bezahlen, ja.

Katrin Simonsen

Sie haben gerade schon gesagt, manche Frauen vertragen dann das bioidentische Progesteron nicht so gut. Manche Frauen haben ja auch im Laufe ihres Lebens festgestellt, dass sie die Antibabypille auf einmal nicht mehr vertragen. Bei mir war es auch so, ich habe dann auf einmal extrem Migräne bekommen, so mit Mitte 30. Welche Erfahrungen machen Sie eigentlich? Frauen, die die Pille nicht gut vertragen haben, haben dann auch mehr Probleme mit diesen bioidentischen Hormonen später?

Dr. Katrin Schaudig

Ich habe eigentlich die Erfahrungen nicht gemacht. Der Punkt ist, die Antibabypille schluckt man und da ist auch schon wieder der entscheidende Unterschied. Wenn Sie Hormone schlucken, machen die was Anderes in Ihrem Körper als das, was eigentlich sonst der Körper macht. Das gilt ganz besonders fürs Östrogen. Und nochmal: dieses Pillen Östrogen, das Ethinylestradiol ist nochmal einen Zacken potenter als das bioidentische Östrogen. D.h., wenn wir das schlucken, kann es schon mal sein, dass manche Frauen mit Migräne reagieren oder mit anderen Symptomen. Und was Sie aber gerade auch sagten, dass sich das verändert hat im Laufe des Lebens. Wissen Sie, unser Körper ist ja keine Maschine, die gleich funktioniert vom ersten Tag unseres Lebens, sondern da passiert irgendwas mit uns, da sind auch Alterungsprozesse da, der Körper verändert sich. D.h., es kann durchaus sein, dass die Verträglichkeit eines Medikaments anders wird.

Das zweite ist, dass natürlich auch mit zunehmendem Alter auch Risiken steigen. Also eine 20-Jährige kriegt keinen Herzinfarkt, eine 50-Jährige kann schon mal einen kriegen. Und bei der 60-Jährigen ist das Risiko noch höher. D.h., wir müssen uns überlegen, wenn jemand Migräne plötzlich kriegt, das ist z.B. mit einem leicht erhöhten Schlaganfallrisiko verbunden, da würden wir beispielsweise die Hormone nicht mehr zum Schlucken geben. D.h., ich kann schon anpassen, was ich der Patientin gebe. Und wenn ich eine Patientin habe, die mit natürlichem Progesteron, wenn sie es schluckt, Kopfschmerzen und Schwindel kriegt, dann sage ich ihr: Okay, dann sind Sie diejenige, die das Progesteron vaginal nehmen muss oder sollte. Und wenn sie dann sagt, bekommt mir nicht so gut, manche kriegen auch dann mehr Blutungsstörungen, dann haben wir schon noch eine Reihe von Präparaten, die dem natürlichen Progesteron sehr ähnlich sind, aber ein bisschen andere Eigenschaften aufweisen als das natürliche Progesteron.

15:20

Katrin Simonsen

Frauen haben ja auch Angst vor gefährlichen Nebenwirkungen, wenn sie Hormone nehmen. Vor welchen Gefahren, warnen Sie denn Ihre Patientinnen, wenn sie mit denen eine Hormonersatztherapie anfangen?

Dr. Katrin Schaudig

Also es geistern ja immer so sehr dramatische Äußerungen durch die Gegend. Aber ich glaube das Risiko, was man wirklich ernst nehmen muss, ist ein leicht erhöhtes Brustkrebsrisiko. Ich gehe da gleich noch mal darauf ein. Wenn ich mit meinen Patientinnen darüber spreche, da sage ich okay, es gibt zwei Risikogruppen, die man tatsächlich besprechen und ernst nehmen muss. Das eine ist das gefäßbedingte Risiko, also Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall. Und das andere ist das Brustkrebsrisiko. Und an der Stelle noch einmal, Patientinnen kommen oft und sagen, Hormone machen Krebs. Also so global. Das stimmt natürlich nicht. Zum Beispiel Hormone schützen, solange man sie nimmt, ein bisschen vor Darmkrebs. Da gibt es sehr gute Daten zu, aber das Brustkrebsrisiko steigt tatsächlich. Da gibt es ein paar Unterschiede, mit den alten synthetischen Gestagenen steigt es stärker als mit dem natürlichen Progesteron. Damit haben wir tatsächlich nur eine ganz leichte Risikoerhöhung. Aber auch da ist es so, wenn Frauen Hormone sehr lange nehmen, auch die bioidentischen, haben wir ein leicht erhöhtes Brustkrebsrisiko. Ich sage es noch mal, es ist leicht erhöht. Größenordnung vielleicht ein bis zwei Fälle mehr auf tausend Frauen in fünf Jahren. Das finde ich so ein bisschen eine ganz gute Hausnummer. Mit synthetischen Gestagenen sind es vielleicht drei auf tausend, und je länger man es nimmt, dann steigt das Risiko etwas höher. Dabei muss man immer bedenken, dass Brustkrebs wahnsinnig häufig ist. Jede achte Frau kriegt Brustkrebs, das sind die aktuellen Zahlen. Und ich muss auch sagen, dass deckt sich auch mit meinen persönlichen Beobachtungen im Freundes-, Bekanntenkreis und natürlich auch bei meinen Patientinnen. Also Brustkrebs ist leider wahnsinnig häufig.

Die gute Nachricht ist, dass wir durch die Früherkennung von Brustkrebs die Sterblichkeit gesenkt haben. D.h., heute kriegen mehr Frauen Brustkrebs als früher. Sehr viel mehr. Also, als ich studiert habe, ist jetzt schon eine Weile her, da war das noch jede zwölfte oder jede vierzehnte. Und jetzt ist es jede achte Frau. Das ist schon viel. Die Früherkennung macht aber einen enorm positiven Effekt. D.h. einen Brustkrebs, der im Frühstadium erkannt wird – und das ist ungefähr die Hälfte der Brustkrebsfälle in dieser Republik – hat man eine Fünf-Jahres-Überlebensrate von 101 Prozent, das sagt das RKI. Das freut mich immer wieder, diese Statistik, also 101 Prozent geht natürlich eigentlich nicht. Aber damit will ich nur sagen, wenn es früh erkannt wird, dann hat man eine extrem hohe Chance, dass es heilbar ist, fast 100 Prozent. Und man muss dann auch sagen deswegen, wenn Frauen Hormone nehmen, ich mache immer vorher eine Brust-Diagnostik und sage den Frauen: Nehmen Sie unbedingt das zweijährliche Mammografie-Screening wahr und gehen Sie möglichst jährlich zum Ultraschall. Das ist allerdings eine Leistung, die die Kassen nicht bezahlen. Aber das Risiko ist wirklich sehr überschaubar, insbesondere, wenn man es nur ein paar Jahre nimmt. Wenn man sich dann entscheidet, ich will es länger nehmen, ich glaube, darauf kommen wir auch noch, dann steigt es ein bisschen. Aber an der Stelle immer bitte, haben Sie die Brust um Auge und tasten Sie.

Zum Gefäßrisiko ist es so, das im Grunde genommen am deutlichsten erhöhte Risiko bei einer Östrogen-Anwendung ist das Thromboserisiko. Wenn Frauen Östrogene – und jetzt kommt's – schlucken, haben die ein Risiko, was ungefähr zwei- bis vierfach erhöht ist. Das ist schon eine Hausnummer. Bei Brustkrebs sprechen wir von 1,3-fach, bei Thrombose zwei bis vierfach, ist abhängig davon, in welcher Dosis das Hormon genommen wird. Und jetzt kommt aber die gute Nachricht. Wenn ich die Hormone, das Östrogene insbesondere, über die Haut zuführe, also quasi die Aktivierung der Leber beim Schlucken ausspare, dann werden die Gerinnungsstoffe nicht aktiviert oder nur ganz

gering. Und ich habe diesen Thrombose-Effekt nicht. Mit anderen Worten, das Gefäßrisiko ist vermeidbar, indem man die Östrogene über die Haut zuführt. Auch das ist ein bisschen dosisabhängig, also, wenn jetzt jemand das Gel von oben bis unten sich aufträgt, Ganzkörpereinschmierung, was niemand machen wird, dann haben Sie auch ein erhöhtes Risiko, nur aufgrund der schieren Menge an Östrogen. Deswegen ist übrigens auch das Thromboserisiko in der Schwangerschaft relativ hoch, weil die Frauen einfach durch dieses wahnsinnig viele Östrogenen, was in der Schwangerschaft im Körper ist, eine Überschwemmung der Leber mit Östrogen haben. Und dann macht die ganz viele Gerinnungsstoffe, was vielleicht die Evolution sich so gedacht hat, dass die Frauen nicht so leicht verbluten bei der Geburt. Also das hat alles einen Sinn in unserem Körper, davon reden wir natürlich nicht, wenn wir über Wechseljahrsbetreuung sprechen. Aber nochmal, das Thromboserisiko ist völlig vermeidbar, wenn man Östrogene über die Haut aufträgt.

Und das Gleiche gilt auch für das Schlaganfallrisiko. Da haben wir nicht ganz so viele Daten. Schlaganfallrisiko ist auch nicht so hoch. Das ist ungefähr auch 1,3-fach, 1,4-fach, also 30 Prozent mehr Schlaganfälle bei Frauen, die Hormone nehmen, vor allen Dingen ab 60. Aber auch das scheint vermeidbar zu sein, wenn man die Hormone über die Haut zuführt. Wahrscheinlich trifft es auch auf den Herzinfarkt zu. Da kommen wir noch mal drauf. Aber das heißt, das Gefäßrisiko ist quasi zu eliminieren. Und es bleibt so ein bisschen, aus meiner Sicht, dieses leicht erhöhte Brustkrebsrisiko, was man aber durchaus ernst nehmen muss.

Katrin Simonsen

Aber es gibt ja auch andere Faktoren, die Brustkrebsrisiko haben. Das ist ja, zum Beispiel, wenn ich rauche oder regelmäßig Alkohol trinke. Ist das ungefähr vergleichbar, entweder ich nehme Hormone oder ich rauche?

Dr. Katrin Schaudig

Ich danke Ihnen sehr für diese Frage, Frau Simonsen. Also, genauso ist es. Im Gegenteil.

Man muss sagen, der Alkohol erhöht das Brustkrebsrisiko deutlich höher als eine Hormonanwendung. Also zwei Gläser Wein am Abend, da haben Sie... ich meine die Daten variieren so ein bisschen, da haben Sie wahrscheinlich 1,5-fach erhöhtes Brustkrebsrisiko oder noch mehr. Also in dem Moment, wo Sie mehr als ein Achtel Wein pro Tag trinken, geht das Risiko schon deutlich hoch. Ich glaube, man sagt so eine Flasche Wein pro Woche ist gerade so okay, das muss man wissen. Damit will ich nicht allen Zuhörerinnen und Zuhörern die Freude am Wein trinken verderben, das ist völlig in Ordnung, das muss man nur wissen. Und man muss auch wissen, dass auch das Trinken und Rauchen und das Nicht-Sporttreiben und das deutlich Übergewichtig sein auf das Brustkrebsrisiko einen viel höheren Einfluss hat als die Hormonanwendung alleine. Und aus meiner Sicht ist das wahrscheinlich auch der Grund dafür, warum die Häufigkeit von Brustkrebs so zunimmt. Genau aus diesen Faktoren. Frauen trinken mehr Alkohol als früher, das Rauchen hat wahrscheinlich auf den Brustkrebs nicht so einen großen Einfluss, die Datenlage widerspricht sich da ein bisschen. Aber es ist auf jeden Fall nicht gesund. Die Frauen machen weniger Sport, sind deutlich dicker als früher. Das sind alle Faktoren, die sich ganz bestimmt am Brustkrebsrisiko niederschlagen.

22:41

Katrin Simonsen

Meine Frauenärztin, die ist auch immer so ein bisschen besorgt wegen Gebärmutter schleimhautkrebs. Auf was muss man denn achten, wenn man eine Hormonersatztherapie macht?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist eine gute Frage und auch eine wichtige Frage. Also wir wissen aus der frühen Zeit der Hormonersatztherapie, also aus den 60er und 70er-Jahren... Da fing es so an, dass Frauen im größeren Stil Hormone verschrieben wurden. Damals hat man fast ausschließlich Östrogene eingesetzt, und dann hat man plötzlich gemerkt, oh, die Frauen, die Östrogene nehmen, haben plötzlich viel mehr Gebärmutter-

terschleimhautkrebs als die andere Bevölkerung ohne Hormone. Und man muss sich das so vorstellen, Östrogen ist der Maurer an der Gebärmutter Schleimhaut und Progesteron ist, oder Gestagen, ist der Klempner sagen wir immer. Also Östrogene bauen die Schleimhaut auf. Wenn ich jetzt immer nur Östrogene im Rennen habe, wird die Schleimhaut aufgebaut, aufgebaut, aufgebaut. Und wenn ich das über einen längeren Zeitraum mache, ist das Risiko für Gebärmutter Schleimhautkrebs drastisch erhöht. Also wir reden hier von einer Risiko-Erhöpfung achtfach bis zehnfach. Das ist schon wirklich ein Risiko, was man auf gar keinen Fall eingehen möchte. Und man ist deswegen dann schon in den 70ern dazu übergegangen, dass man gesagt hat, wenn Frauen noch eine Gebärmutter haben und Östrogenen nehmen, muss quasi der Gegenspieler des Östrogens an der Gebärmutter Schleimhaut – und das ist das Progesteron oder auch um synthetisches Gestagen – dazu gegeben werden.

Es gibt gute Studien, aus denen hervorgeht, wenn man dieses Gestagen in ausreichender Dosis und Dauer jeden Monat dazu nimmt, ist das Risiko für Gebärmutter Schleimhautkrebs nicht erhöht. Aber da sind wir auch schon beim Knackpunkt. Das muss tatsächlich jeden Monat angewandt werden, also entweder durchgehend oder 14 Tage im Monat. Dann hat man allerdings auch eine Abbruchblutung immer nach den 14 Tagen. Und es muss hoch genug dosiert sein. Das ist ganz wichtig. Und das ist vielleicht der ganz, ganz winzige Schönheitsfehler vom Progesteron und auch vom Dydrogesteron, was so ein ganz, ganz naher Verwandter des Progesterons ist, dass es Daten gibt, wenn Frauen über einen längeren Zeitraum – zum Gebärmutter Schleimhautkrebs – Progesteron und Dydrogesteron anwenden, dass dann doch à la longue das Gebärmutter Schleimhaut-Risiko leicht erhöht ist. Aus meiner Sicht ist es mehr eine Frage dessen, dass das gerne zu niedrig dosiert wird beides und wir geben deswegen heute ein bisschen mehr vom Progesteron oder auch vom Dydrogesteron, wenn wir an der Gebärmutter Schleimhaut sicheren Schutz haben wollen.

Warum diskutieren wir das überhaupt? Naja, was wir schon wissen, ist, dass die alleinige Östrogengabe, was aber nur geht, wenn Frauen keine Gebärmutter haben, ein geringeres Brustkrebsrisiko macht, als die Kombination mit Gestagenen. Und da muss man sagen, die alten synthetischen Gestagene, die machen ein deutlich höheres Brustkrebsrisiko als zum Beispiel das Progesteron oder das Dydrogesteron. Das wiederum könnte aber zu einem nicht ausreichenden Schutz der Gebärmutter Schleimhaut führen. D.h., das muss wirklich hoch genug dosiert sein und ich bitte an dieser Stelle, das ist mir wirklich wichtig, eine Progesterongabe über die Haut schützt die Gebärmutter Schleimhaut nicht ausreichend, wenn auch noch Östrogen im Rennen ist. Das macht sicherlich irgendwelche Effekte mit uns. Vielleicht auf die Psyche, wozu auch immer, auf den Schlaf. Aber die Gebärmutter Schleimhaut wird durch transdermales, also über die Haut zugeführtes Progesteron nicht geschützt. Und wenn man es oral oder vaginal nimmt, muss man immer darauf achten, dass die Dosis hoch genug ist. Das ist ganz wichtig für mich.

Katrin Simonsen

Jetzt sind vielleicht einige Frauen hellhörig geworden. Kann man da ungefähr so einen groben Maßstab sagen, also meinetwegen zwei Hub Östradiol und 200 Gramm Progesteron?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, also es gab immer so eine Faustregel. Ein Hub Gel, 100 Milligramm Progesteron. Aber das Problem ist so ein bisschen, die Frauen verstoffwechseln das unterschiedlich. D.h., das muss man wirklich im Einzelfall anschauen. Man guckt vielleicht mal die Gebärmutter Schleimhaut an. Es kann sein, dass die Frau mit einem Hub tatsächlich auch 200 Milligramm Progesteron braucht oder umgekehrt. Also, dass die mit zwei Hub vielleicht doch nur 100 braucht. Also das ist tatsächlich individuelle Entscheidung des Arztes oder der Ärztin. Ich denke mal so grundsätzlich kann man mitnehmen, lieber ein bisschen mehr als zu wenig. Das wäre so meine Strategie, in dem Fall.

Vielleicht noch die gute Nachricht, Gebärmutter-schleimhautkrebs ist trotzdem eine sehr viel seltenere Erkrankung als der Brustkrebs. Und in dieser Studie, da gibt es eine gute Studie, die gezeigt hat, wenn Frauen, Progesteron oder Dydrogesteron länger als fünf Jahre zum Schutz der Gebärmutter-schleimhaut nehmen, haben sie ein etwas höheres Gebärmutter-schleimhautkrebsrisiko. Aber es waren tatsächlich nur 0,5 Prozent der Frauen, die überhaupt Gebärmutter-schleimhautkrebs bekommen haben. Also Gottseidank ist das ein nicht so dramatisches Problem. Man muss es auf dem Schirm haben und meine Strategie wäre immer, wenn jemand, der längere Zeit Hormone nimmt und nicht geblutet hat, dann plötzlich anfängt zu bluten, würde ich einmal eine Gebärmutter-spiegelung machen oder eine Ausschabung und gucken, ist alles in Ordnung. Wir machen das bei unseren Patientinnen, und ich muss dazu sagen, ich finde extrem selten, dass dann doch was passiert ist. Man muss es aber auf dem Schirm haben. Gebärmutter-schleimhautkrebs hat eine wirklich gute Prognose. Also, wenn der früh erkannt wird, dann ist es in aller Regel kein großes Problem. **Katrin Simonsen** Und würde da die einmal im Jahr Untersuchung reichen? Oder sollte man dann doch häufiger nachgucken?

Dr. Katrin Schaudig

Ich glaube, nein. Ich denke mal, Frauen, die Hormone nehmen, sollten eigentlich schon halbjährlich mal zum Frauenarzt gehen. Ganz grundsätzlich, weil dann wird besprochen: Verträglichkeit, braucht sie es noch? Müsste man ein bisschen was ändern an der Therapie? Zu Beginn der Therapie und v.a. in dieser Übergangsphase, der Perimenopause, sehe ich die Frauen ehrlich gesagt alle drei Monate, weil da ändert sich ja dauernd was. Und was ich auch gerade vergessen hatte zu sagen ist, sie brauchen auch mehr Progesteron, wenn der Körper selber auch noch ein bisschen Östrogen produziert, was in der Perimenopause immer sein kann. Dann brauchen sie sowieso ein bisschen mehr von dem Gelbkörperhormon. Später, wenn der Eierstock gar nicht mehr arbeitet

und wenn die Therapie eingestellt ist, dann reichen wirklich halbjährliche Abstände. Aber das würde ich schon unbedingt befürworten.

Katrin Simonsen

Zu dem Thema passt auch eine Mail, die uns erreicht hat. Eine Hörerin aus Bochum hat uns auf eine dänische Studie aufmerksam gemacht, wonach Frauen, die über eine längere Zeit Hormone genommen haben, ein deutlich erhöhtes Demenzrisiko haben. Das klingt erstmal erschreckend.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist richtig. Und das Problem ist so ein bisschen, die Datenlage ist sehr verwirrend. Diese Studie, die die Hörerin anspricht, die ist vor, ich glaube zwei Monaten publiziert worden oder drei und hat natürlich auch wieder für Aufruhr gesorgt. Vielleicht aber an der Stelle: Die Datenlage ist wirklich widersprüchlich. Es gibt ältere Studien, die gezeigt haben, es gibt weniger Demenzen. Also da wird sogar immer wieder ein Schutz vor Demenz diskutiert. Es gibt auch dann diese Studien, die sagen, ne, es macht mehr Demenz. Das Problem ist Demenz ist eine... es ist auch nicht jede Demenz die gleiche Demenz. Es gibt die Alzheimer-Demenz, es gibt die gefäßbedingte Demenz. Und in diesen Studien, die da publiziert werden, das sind alles nur Beobachtungs- oder Registerstudien, wo man sozusagen aus den Diagnosen, die in einem nationalen Register drinstehen, dann Rückschlüsse zieht auf die Therapie. Diese Studien sind natürlich immer so ein bisschen zu kritisieren, weil man nie genau weiß okay, was hat die sonst noch gehabt, die Frau? Man hat oft nicht so viele Informationen.

Ich würde mal sagen, das Demenzrisiko ist tatsächlich ein heißes Eisen. Aus älteren Daten kann man so ganz vorsichtig vielleicht ableiten, dass, wenn Frauen früh beginnen mit einer Hormontherapie, also direkt, wenn die Hormone aufhören, und es über einen längeren Zeitraum nehmen, könnte es sogar sein, dass es einen Schutzeffekt gibt. Aber es kann auch sein, dass dem nicht so ist. Und wenn Frauen,

sagen wir mal, lange nach der eigentlichen Menopause beginnen, Hormone einzunehmen, dann kann es tatsächlich sein, dass das Demenzrisiko gefördert wird. Aber ich muss da so ein bisschen auch zurückrudern. Die Datenlage ist leider nicht schlüssig. Und das Schlimme ist, wir werden wahrscheinlich auch langfristig keine besseren Daten kriegen, weil das Thema so vielschichtig ist.

Katrin Simonsen

Sie würden sagen, nicht verunsichern lassen, nicht auf einmal die Hormone wegschmeißen.

Dr. Katrin Schaudig

Deswegen nicht. Würde ich auf keinen Fall.

31:44

Katrin Simonsen

Wenn wir über Hormontherapie sprechen, reden wir ja vor allen Dingen über die Frauen, die während der Wechseljahre wirklich schwere Beschwerden bekommen, die ihr Leben so nicht mehr leben können. Die Stimmungsschwankungen haben, schwere Hitzewallungen, auf einmal Herzprobleme haben. Und da kann man sagen, ungefähr ein Drittel der Frauen hat so leichte bis mittlere Wechseljahresbeschwerden, und ein weiteres Drittel hat wirklich einen großen Leidensdruck. Gerade für die Letzteren würde wahrscheinlich eine Hormonersatztherapie gut helfen. Und trotzdem nehmen in Deutschland momentan nur sechs Prozent der Frauen Hormone. Und eigentlich müssten es ja rund statistisch gesehen so 30 Prozent sein. Wie erklären Sie sich diese riesige Diskrepanz?

Dr. Katrin Schaudig

Na ja, wissen Sie, ich glaube, wir kommen nachher auch noch mal auf diese große Studie, die 2002 veröffentlicht wurde, die WHI-Studie. Zu dem Zeitpunkt haben tatsächlich in Deutschland 37 Prozent der Frauen Hormone genommen. Das war wahrscheinlich genau das Drittel, was Beschwerden hatte. Das kann man so global nicht sagen, da waren vielleicht auch welche dabei, dies einfach nur aus Lifestyle-Gründen genommen haben, was wir nicht befürworten würden. Aber so dieses Drittel

Frauen, die Hormone genommen hat, das hat sich eigentlich gedeckt mit denen, die einen Leidensdruck hatten.

Dann kamen diese WHI-Studie und dann wurde wirklich die Hormontherapie ja öffentlich extrem kritisiert und verteufelt. Und das hat einfach dazu geführt, dass Jahr für Jahr immer weniger Frauen Hormone genommen haben. Auch die Ärztinnen und Ärzte waren ja verunsichert. Ich muss mal sagen, die echten Experten, die die Daten sehr gut kennen, waren gar nicht so zurückhaltend. Aber gerade die Kolleginnen und Kollegen, die vielleicht nicht so ganz tief im Thema drin sind, die haben auch so gedacht, hört sich nicht gut an. Brustkrebs, Thrombose, Schlaganfall, Herzinfarkt, das lassen wir mal lieber. Und ich glaube das hat einfach dazu geführt, dass Frauen verängstigt sind, Hormone zu nehmen. Ich kann das gut verstehen, weil die müssen sich auf das verlassen, was sie lesen. Und das hat zu diesem Rückgang geführt. Ich denke, bei den sechs Prozent, da gibt es eine Dunkelziffer von, schwer einzuschätzen, ein bis fünf Prozent, die eben dann doch über Spezialapotheken sich diese angemischten Hormone verschreiben lassen, zum Teil über Heilpraktiker oder spezielle Anti-Aging-Mediziner. Die gehen nicht in diese Statistik ein, denn die sechs Prozent sind Daten der Techniker-Krankenkasse, es sind ein bisschen mehr als sechs Prozent. Aber das erklärt es schon. Das mediale Bashing, wie man heute sagen würde, macht den Hormonen halt leider einen schlechten Ruf.

Katrin Simonsen

Sie haben es gerade schon gesagt, diese schicksalhafte WHI-Studie von 2002. Dann müssen wir vielleicht kurz sagen, die Zeit davor das war so eine Zeit, wo man irgendwie total auf Hormone sozusagen abgefahren ist. Wo man gesagt hat, Mensch, das verlangsamt das Altern, das macht uns alle wieder fitter. Und gerade in Amerika, glaube ich, wurde das praktisch jeder Frau verschrieben. Und dann kam diese Studie. Was hat diese Studie gesagt? Oder warum hat man der Studie auch so viel Glauben geschenkt damals?

Dr. Katrin Schaudig

Das ist eine gute Frage. Und das ist aber auch eine wichtige Frage. Diese WHI-Studie hat man eigentlich ursprünglich entworfen, um zu beweisen, dass Hormone vor Herzinfarkten schützen. Das war der eigentliche Grund für die Studie, und das war eine extrem gut aufgebaute Studie, nach wissenschaftlichem Goldstandard. D.h., man hat eine Gruppe von Frauen genommen und hat die randomisiert. D.h. nach dem Zufallsprinzip hat die Hälfte Hormone bekommen und die andere Hälfte eine Zuckertablette. Weder die Patientin noch die Ärztinnen und Ärzte wussten, kriegt diese Patientin jetzt ein Hormon oder kriegt sie ein Placebo? D.h., es war verblindet, doppelblind. Plus, es war prospektiv, also man hat praktisch den Punkt Null genommen, hat dann in die Zukunft hinein die Patienten beobachtet auf bestimmte Endpunkte hin. Und das ist das, was wir eigentlich als Goldstandard einer Studie sehen, dass wir quasi ein Präparat vergleichen mit Placebo und langfristig gucken auf bestimmte Erkrankungen: Was macht das?

Genauso war die WHI-Studie aufgebaut, und man muss auch sagen, es war eine große Studie. Und in den beiden Hormon-Armen waren es einmal 16.000 und einmal 10.000 Frauen. Die haben entweder eine Kombination aus Pferde-Östrogenen und einem synthetischen Gestagen bekommen, und die Frauen, die keine Gebärmutter hatten, haben nur das Östrogen bekommen. Und dann hat man das beobachtet und die Studien-Ergebnisse wurden dann 2002 publiziert. Und nach fünf Jahren Therapie hatte man dann leider nicht den Eindruck, dass weniger Herzinfarkte da sind, sondern es waren tendenziell eher ein bisschen mehr Herzinfarkte. Da kommen wir gleich noch mal darauf, bei der Neuberechnung, war es dann gar nicht mehr so. Es gab, ein bisschen mehr Schlaganfälle. Es gab, damit war zu rechnen, ein bisschen mehr Thrombosen. Und es gab ein bisschen mehr Brustkrebs.

Aber sie hören schon an meinen Äußerungen, ein *bisschen* mehr. Es war keine dramatische

Risikoerhöhung. Die wurde dann aber wahnsinnig aufgebauscht, auch in den Medien, auch in den Fachmedien. So global: Hormone machen Brustkrebs, Schlaganfall, Herzinfarkt und Thrombose. Und dann hat man eigentlich gedacht, oh my God, kann man ja nicht nehmen. Wenn man genau reingeht in die Daten, war es eigentlich gar nicht so schlimm.

Katrin Simonsen

Die Autoren selbst waren dann ja sehr überrascht von dieser Schockwelle, die ihre Studie ausgelöst hatte. 2016 gab es deshalb noch mal eine Neubewertung, und man hat die ersten Studienergebnisse deutlich, relativiert.

Dr. Katrin Schaudig

Eigentlich hätte man es schon relativieren können, wenn man die Ursprungsdaten gesehen hat. Die Risikoerhöhungen, die ich auch gerade so pauschal angeprangert habe, die waren wirklich nur gering. Selbst die Autoren 2002 haben es runtergerechnet auf Ereignisse, auf Ereignisse auf 10.000 Frauen pro Jahr. Und für all diese Ereignisse, die ich jetzt gerade gesagt habe, waren das fast ausschließlich weniger als zehn pro 10.000 pro Jahr. Das gilt laut WHO als seltene Nebenwirkung. Es war lediglich bei den Thrombosen und Embolien ein bisschen mehr als zehn. Ansonsten waren es aber letztlich seltenen Nebenwirkungen. Wichtig ist auch nochmal, dass in dem Studienarm, wo die Frauen nur Östrogene bekommen haben, hatten die sogar tendenziell weniger Brustkrebs, dann wird's ganz kompliziert, und hatten eigentlich nur noch ein erhöhtes Thromboserisiko. Und die anderen Sachen waren so weit in Ordnung. Gleichzeitig hat man gezeigt, dass es vor Knochenbrüchen schützt, dass es vor Diabetes schützt, und dass interessanterweise auch insbesondere bei den 50 bis 60-jährigen Frauen sogar die Sterblichkeit, bei denen die Hormone genommen haben, leicht reduziert war. Auch das wieder in einer ähnlichen Größenordnung wie die negativen Wirkungen.

Aber der Punkt ist, dass dann 2016 die Sachen zum einen noch mal neu berechnet wurden. Dann war zum Beispiel nicht mehr der Herzinfarkt erhöht, sondern nicht wirklich signifikant

erhöht. Im Östrogen-alleine-Arm waren sowieso die ganzen Risiken nicht vorhanden. Außer dem Thromboserisiko, bei geschluckten Östrogenen ist das relativ logisch. Aber was man dann gesehen hat, und das haben die Studienautoren auch sehr bedauert, dass aufgrund der Daten, die 2002 publiziert wurden, die letztlich völlig übertrieben dargestellt wurden, plötzlich Frauen keine Hormone mehr bekommen haben. Und vielleicht muss man auch wissen, in den USA verschreiben die Hormone nicht primär die Gynäkologen, sondern auch die Hausärztinnen und Hausärzte. D.h., plötzlich haben die gesehen, die Nebenwirkungen sind ja eigentlich nur marginal hoch und plötzlich kriegen die Frauen keine Hormone mehr. Das war eigentlich ein bisschen auch die Ernüchterung der Studienautoren selber, die gesagt haben, ah das wollten wir eigentlich gar nicht, dass es so übertrieben dargestellt wird.

Katrin Simonsen

Sie haben gesagt, das war wirklich eigentlich eine tolle Studie. Viele Frauen, Doppelblindstudie, Goldstandard. Und doch gibt es ja einige Kritikpunkte, weil die Frauen, die in der Studie waren, waren schon relativ alt. Das waren jetzt eigentlich gar keine Frauen, die in der Perimenopause sind oder die eben starke Hitze-wallung hatten, sondern eigentlich viele Frauen, die schon in der Menopause waren. Schon längere Zeit.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, genau das ist der Trick, das mittlere Alter der Frauen in der Studie war 63. Es gab auch ein paar Frauen die waren zwischen 50 und 60. Für die hat man dann auch nochmal gesonderte Auswertungen gemacht, die dann auch gezeigt haben, in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 gibt es fast gar keine wirklich ernst zu nehmenden, schwerwiegenden Ereignisse. Die wirklich entscheidenden Ereignisse waren in der Altersgruppe der 70 bis 80-Jährigen. Die waren auch in der Studie, die älteste Studienteilnehmerin war 79. Also das ist natürlich wirklich nicht das Kollektiv, denen wir eigentlich sonst Hormone geben. Das war das eine.

Und dann war es ein eben dieses orale, also geschluckte Östrogen. Das war das aus Pferdeurin gewonnene konjugierte equine Östrogen. Das war in Deutschland früher das Presomen, was es in Deutschland gar nicht mehr gibt. In den USA ist es nach wie vor auf dem Markt, und das macht eben, wenn man es schluckt, diese gefäßbedingten Ereignisse: Thrombose, Schlaganfall und Herzinfarkt. Und je älter die Frauen werden, desto höher steigen die Risiken. D.h., das wird man heute sowieso nicht mehr geben. Zum zweiten haben die eben das synthetische Gestagen MPA in der Studie mit drin gehabt, was per se, also als solches, die Brust nochmal stärker beeinflusst und auch das Brustkrebsrisiko stärker werden lässt. Also insofern war das natürlich auch ein Produkt, was wir heute nicht mehr verwenden. Und die Frauen waren zu alt und im Grunde genommen war es auch kein gesundes Kollektiv. Die waren zu 60 bis 70 Prozent übergewichtig, beziehungsweise 30 bis 40 Prozent waren sogar adipös, also per Definition fettleibig. Und es war natürlich nicht ein Studienkollektiv, was sich mit den Patientinnen deckt, die 50 sind und die jetzt zu uns in die Sprechstunde kommen und Beschwerden haben.

42:33

Katrin Simonsen

Also es ist eigentlich eine tolle Studie gewesen, wie sie aufgesetzt war, hat aber ihre Schwächen, was die Frauen angeht, die man überhaupt untersucht hat. Und auch die Hormone sind komplett andere gewesen, als über die wir ja jetzt sprechen. Trotzdem wird diese Studie aber immer herangezogen, auch wenn Sie zum Beispiel mit ihrer Menopause-Gesellschaft über Regeln beraten, über Standards, wie Kollegen Hormone einsetzen sollen. Ist das nicht ein Dilemma auch so ein bisschen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, es ist natürlich ein Dilemma, Sie haben völlig recht. Man muss dazusagen, diese WHI-Studie ist einfach mit Abstand die beste Studie, die wir haben. Also es gibt keine wissenschaftlich betrachtet gleichgute Studie, vor allen Dingen nicht in dieser Größe. Also 26.000 Frauen

mit Hormonen beziehungsweise oder Placebo, das ist schon ein überwältigendes Ereignis, beziehungsweise Ergebnis einer Studie. Das ist auch der Grund, so eine Studie wird es nie wieder geben. Die war wahnsinnig teuer. Ich glaube, ich sage jetzt mal eine Hausnummer: 750 Millionen Dollar oder so. Also das war schon richtig viel. D.h., wir werden die auch mit aller Wahrscheinlichkeit nicht wieder so haben, was wirklich schade ist. Trotzdem sagen Leitlinien, also, wenn wir Leitlinien schreiben und wenn wir Empfehlungen ausgeben, dann richten wir uns sehr viel lieber nach Studien, die eben nach diesem Goldstandard gemacht wurden. Und man muss jetzt schon sagen, die WHI-Studie hat uns auch viele Erkenntnisse gebracht. Deswegen haben wir ja jetzt unsere Vorgehensweisen modifiziert und machen es jetzt auch anders als in der WHI-Studie. Ich mein allen voran, wir fangen eben nicht mit 63 mit Hormonen an, sondern in dem Moment, wo die Frauen Beschwerden haben, nämlich mit 50. Und dann sind die Risiken doch, wenn überhaupt, extrem überschaubar, letztlich lediglich das Brustkrebsrisiko, wenn ich Hormone über die Haut zuführe. Und ich muss vielleicht an der Stelle auch sagen, ich habe auch gar nichts gegen geschlucktes Östrogen, weil so hoch ist das Risiko nicht. Und ich kann ja gerade was das Thrombose- und Schlaganfallrisiko anbelangt, klar eine Risikogruppe definieren. Also sprich, eine schlanke, gesunde Frau von 50, die Sport macht, und wo es keine Gefäßerkrankungen in der Familie gibt, die kann auch Östrogen schlucken. Habe ich überhaupt nichts dagegen. Anders die deutlich übergewichtige Frau, die vielleicht auch noch raucht und die vielleicht noch eine Migräne hat und wo es Thrombose in der Familie gibt, die darf auf gar keinen Fall Östrogen schlucken. Die muss es über die Haut nehmen.

Katrin Simonsen

Aber trotzdem kann man schon sagen, dass vielleicht die Leitlinien, die ja sozusagen von der Fachgesellschaft geprüft werden und hin und her gewogen werden, dass die schon doch relativ vorsichtig sind, wenn man sie vergleicht mit den Erfahrungen, die die Frauenärztinnen

in ihren Praxen machen, also mit der Gabe von Hormonen, oder?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, da sprechen Sie ein wahnsinnig wichtiges Dilemma an. Wissen Sie, die Erfahrungen, die wir in den Praxen machen, die sind natürlich sehr subjektiv. A, sehen wir immer nur ein bestimmtes Kollektiv. Dann sind wir natürlich auch geneigt, wenn die Patientin sagt, jetzt geht es mir super, dann sagen wir, ja das ist doch ein tolles Ergebnis. Trotzdem müssen wir als Fachgesellschaften und auch als Autoren von Leitlinien tatsächlich uns an wissenschaftlichen Studien orientieren. Und da sind nun mal diese Goldstandard-Studien wie die WHI-Studie, ist leider so, die sind die Studien, an denen wir uns in erster Linie orientieren. Und da muss man auch sagen, es gibt dauernd neue Studien. Gerade diese Demenz-Studie, die die Hörerin angesprochen hat. Das ist aber eben keine so gute Studie. Das ist nur eine Beobachtungsstudie. Also, das heißt, man guckt einfach mal, wer hat denn Hormone genommen? Wer hat keine genommen? Und was ist mit denen passiert? Die Informationen, die man zu den Details hat, Vorerkrankungen, wie lang Hormone und so weiter, sind häufig nur sehr bruchstückhaft. Und es sind eben keine Goldstandard-Studien. D.h., auch wir Ärztinnen und Ärzte sind in dem Dilemma, dass wir einerseits Patienten haben, die begeistert sind oder die sagen, ja, ich habe ein Buch gelesen, da steht drin, Hormone sind super. Wir müssen nach den strengen Daten gucken, und die sind leider nicht immer so top. Deswegen ist auch wichtig, dass wir Tagungen machen, Fachtagungen, wo neue Studien vorgestellt werden. Und wir müssen uns da so, wissen Sie, wir müssen so eigentlich so eine Gratwanderung machen zwischen den strengen Leitlinien und den Patientinnen mit dem Leidensdruck.

Katrin Simonsen

Also auch man jetzt eigentlich eine neue Studie, die man mit bioidentischen Hormonen, mal eine große Kohorte untersucht, langfristig?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das wäre natürlich der Wunschtraum schlechthin. Mein Wunschtraum wäre, mal eine Langzeitstudie zu machen, ähnlich wie die WHI-Studie, mit Östrogen über die Haut. Ich sage mal, es geht nicht nur Gel geht auch Pflaster oder Spray, und das langfristig und dann mit natürlichem Progesteron und oder Dydrogesteron. Und das mal über fünf bis zehn Jahre. Ich fürchte, das werden wir nicht haben. Es gibt eine Reihe von Studien, wo man auch prospektiv Placebo-kontrolliert, randomisiert, Frauen untersucht hat. Das sind aber Studien, wo dann ein paar hundert Frauen eingeschlossen werden. Die Aussagekraft ist natürlich bei weitem nicht so hoch. Trotzdem gibt's die Studien. Man verlässt sich dann auch gelegentlich auf nicht die Endpunkte, also den das wirkliche Ereignis wie, ich sage jetzt mal einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt. Sondern man misst sogenannte Ersatzparameter, zum Beispiel die Gefäßdicke, gibt es Herzkranzgefäßerkrankung, was aber auch nicht eine echte Endpunkt-Studie ist. D.h., das sind so Behelfsmittel. Ich bin völlig bei Ihnen. Ich würde mir nichts mehr wünschen als so eine Studie mit den bioidentischen Hormonen oder den bio-nahen Hormonen und das mal langfristig. Ich fürchte aber, die wird es nicht geben. Ich würde es mir wahnsinnig wünschen.

Katrin Simonsen

Frau Doktor Schaudig. Wie versprochen wollen wir jetzt am Ende unserer heutigen Folge die Fragen von einigen Hörerinnen beantworten. Bevor wir loslegen, will ich erst einmal ein großes Dankeschön sagen für das tolle Feedback und die vielen Mails, die wir bekommen haben. Und ich beginne jetzt mit unserer Hörerin S., die ist 56 Jahre und seit drei Jahren in der Menopause. Seitdem hat sie mit Migräne zu kämpfen. Außerdem klagt sie über mangelnde Libido und Muskelabbau. Sie hat bereits Hormone verschrieben bekommen, hat sie aber bisher noch nicht eingenommen. Ihre Frage: Wie lange müsste man eigentlich die Hormone nehmen? Helfen die auch gegen sexuelle Unlust? Und wäre eigentlich eine Knochendichtemessung schon mit 56 Jahren sinnvoll?

Dr. Katrin Schaudig

Also grundsätzlich muss man sagen es gibt tatsächlich Frauen, die mit dem Einsetzen des Östrogenmangels mehr Kopfschmerzen bekommen. Das ist nicht ganz typisch, aber wir sehen es immer wieder. Und ich finde absolut, dass da ein Hormonversuch durchaus sinnvoll wäre. Dieser Patientin würde ich ausschließlich das Östrogen auch über die Haut geben. Und dann muss man eben ein Gelbkörperhormon dazugeben. Ob dann natürliches Progesteron das Ideale ist wegen ihrer Migräne, das muss man ausprobieren und gucken, wie es geht. Die Frage, wie lange sie das nehmen muss, ist schon eine schwierige Frage. In der Leitlinie steht im Grunde genommen, solange Frauen Beschwerden haben, können sie die Hormone nehmen. D.h., man wird dann immer mal ein Auslassversuch machen und gucken, was passiert ohne, was passiert mit weniger, wieviel braucht sie? Ich habe Patientinnen, die auch nach längerer Zeit einer Hormonanwendung immer noch Beschwerden haben. Das wäre dann bei S. vielleicht immer noch die Migräne. Dann würde ich sagen, na gut, wenn die Lebensqualität durch die Migräne so stark eingeschränkt ist und die Migräne wirklich besser geworden ist mit den Hormonen, gibt es aus meiner Sicht nicht so wirklich ein Limit. Wenn sie nach Absetzen immer wieder Migräne kriegt, würde ich es auch längerfristig machen.

Die sexuelle Unlust ist ein schwieriges Thema. Das ist ja ganz komplex. Weil an der sexuellen Unlust sind auch viele Faktoren mitbeteiligt. Es ist nicht so, dass die Hormontherapie unbedingt die sexuelle Lust nach vorne bringt, aber es natürlich schon so, Geschlechtsorgane werden besser durchblutet, also die Scheide, die Vulva und so weiter. Also es gibt durchaus Frauen, die sagen, mit Hormonen funktioniert es besser. Und eine Knochendichtemessung. Das ist immer mal sinnvoll, ungefähr um das Alter von 50. Es ist leider keine Kassenleistung, muss man selber zahlen, kostet so um die 50 Euro. Ich würde es insbesondere dann machen, wenn es Risikofaktoren für eine Osteoporose gibt. Da ist das Wichtigste das

Familienrisiko, gibt es Frauen mit einer Osteoporose, aber auch eine lange Kortisontherapie, mal lange keine Regel als junge Frau, also sprich Essstörung und so weiter. Aber im Prinzip ist einmal so eine Basisuntersuchung mit vielleicht round about 50 durchaus sinnvoll.

Katrin Simonsen

Wenn es aber um die gute Durchblutung der Geschlechtsorgane geht, ist es eher die Vaginalcreme, die man dann anwendet?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, da kann man die reine Vaginal-Applikation nehmen. Nochmal, es gibt auch einzelne Frauen, die sagen, wenn ich Hormone nehme, funktioniert alles besser. Also ich habe auch mehr Lust. Aber die Studien, die es gibt, sagen das nicht eindeutig. Aber es wäre ein Versuch wert. Ich muss noch mal sagen, sexuelle Lust ist so komplex, da müssen so viele Schalter auf Grün stehen, da kann man mit Hormonen alleine nicht unbedingt was machen.

52:03

Katrin Simonsen

Okay, kommen wir zu D. aus Potsdam, sie ist 45 Jahre alt, und sie will wissen, ob es möglich ist, dass man die Wechseljahre verzögern oder verschieben kann. Indem man nämlich zum Beispiel Hormone nimmt oder einfach seine Ernährung umstellt. Gibt es dazu Erfahrungen?

Dr. Katrin Schaudig

Das ist eine sehr gute Frage. Ne, ich muss leider sagen... Nein, es gibt nichts. Also weder durch Hormone... Es gab immer mal die Überlegung, dass Frauen, die sehr lange die Antibabypille genommen haben, quasi ihren Eizellenvorrat so ein bisschen schonen. Vielleicht kann man da ein viertel, halbes Jahr mit rausholen. Aber eigentlich Nein. Also, die Studien, die ich kenne, sagen leider, nein, es bringt alles gar nichts.

Katrin Simonsen

A., die ist schon 65 Jahre alt, und hat Muskel- und Gelenkschmerzen, die immer doller werden. Sie fragt, ob sie eigentlich jetzt noch mit einer Hormonersatztherapie beginnen kann.

Dr. Katrin Schaudig

Also mit über 60 ist man extrem zurückhaltend mit dem Beginn einer Hormontherapie. Weil man tatsächlich nicht weiß, ob man damit nicht tatsächlich doch eine Erhöhung des Herzinfarkt- und auch Demenzrisikos eingeht. Also das muss man sich sehr gut überlegen. Da muss man tatsächlich noch mal gucken. Seit wann hat sie die Muskelgelenkschmerzen, hängen, die eindeutig mit den Wechseljahren zusammen, beziehungsweise mit dem Wegfall der Hormone. Da wäre ich extrem zurückhaltend. Ich habe Frauen mit 50, die sagen, seitdem ich keine Regel mehr habe, habe ich dolle Gelenkschmerzen. Und denen helfen tatsächlich auch die Hormone ein bisschen. Aber bei A. wird man sagen, die ist jetzt 65, und das wird ein Thema sein, was sie wirklich langfristig begleitet. Und jetzt Hormone einnehmen, finde ich schwierig. Kommt tatsächlich auf den Spezialfall an. Also ich würde es nicht komplett verneinen, aber da wäre ich extrem zurückhaltend.

Katrin Simonsen

Sie bräuchte eine Ärztin sozusagen, die ein bisschen Erfahrung damit hat. Gibt es noch andere Ratschläge, die man in so einem Fall geben könnte? Was hilft vielleicht?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, da muss ich so ein bisschen passen. Da gibt es so ein paar... Da gibt es auch das Thema, kann man mit der Ernährung was machen? Kann man mit pflanzlichen Sachen was machen? Ich glaube Curcuma zum Beispiel, aber da bin ich kein Experte, muss ich gestehen. Da muss sie tatsächlich vielleicht noch mal sich speziell auch von Experten für Muskel- und Gelenkschmerzen beraten lassen.

Katrin Simonsen

Zum Schluss haben wir noch eine Frage zum Thema Nebenwirkungen. Unsere 58 Jahre alte Hörerin S. aus Berlin hat wegen Schlafstörungen und Hitzewellen Remifemin bekommen. Das ist ein pflanzliches Hormonpräparat. Und ein halbes Jahr später hatte sie eine Thrombose mit Lungenembolie. Dann bekam sie auch

noch die Diagnose Krebs. Jetzt fragt sie: Kann es sein, dass das Remifemin das ausgelöst hat?

Dr. Katrin Schaudig

Also vielleicht vorab, das Remifemin ist ein Extrakt der Traubensilberkerze, auch Cimicifuga. Und das ist tatsächlich kein Pflanzenhormon. Anders als viele anderen Präparate, zum Beispiel diese ganzen Sojaprodukte, Rotklee, Hopfen, sibirische Rhabarberwurzel und, und, und. Das sind alles tatsächlich Pflanzen-Östrogene, die auch an den Östrogenrezeptor andocken, allerdings nur ganz schwache Wirkung haben. Das Remifemin dockt tatsächlich nicht an einen Östrogenrezeptor an. D.h., es hat eigentlich einen anderen Wirkmechanismus. Das hilft gegen Hitzewallungen, Schlafstörungen ein bisschen, möglicherweise aufgrund von Neurotransmittern im Gehirn, so nennen wir diese Botenstoffe, die verändert ausgeschüttet werden. Also ich kann mir nicht vorstellen, dass die Lungenembolie irgendetwas damit zu tun hat. Und ehrlich gesagt auch, ich nehme an, dass es um Brustkrebs geht, auch der Brustkrebs wird dadurch sicher nicht ausgelöst. Im Gegenteil, man gibt sogar Brustkrebspatienten mit gewissen Einschränkungen auch mal Remifemin gegen ihre Hitzewallungen. Also ich würde da keinen Zusammenhang sehen. Man muss immer denken, Brustkrebs ist irre häufig. Jede achte Frau kriegt es, und es gibt ganz viele, wo es keinen einzigen Brustkrebs in der Familie gibt. Da muss man wirklich nach anderen Risiken schauen.

Katrin Simonsen

Und damit haben wir unsere Hörerfragen für heute beantwortet. Und unsere Folge ist zu Ende. Vielen Dank für Ihr Interesse, fürs Durchhalten, denn wir sind heute ganz schön lang geworden. Und natürlich vielen Dank an Dr. Katrin Schaudig, die sich die Zeit genommen hat, die vielen Fragen zu beantworten. Frau Schaudig, recht vielen Dank!

Dr. Katrin Schaudig

Ja, ich danke Ihnen auch und entschuldige mich, dass es ein bisschen zu lang geworden ist. Aber es ist natürlich auch sehr komplex. Vielen Dank!

Katrin Simonsen

Und bevor ich euch gleich erzähle, über was Frau Dr. Schaudig und ich uns in der kommenden Folge unterhalten, gibt es erst mal eine kleine Hörempfehlung.

Lisa Ortgies

Nach 20 Jahren Ehe noch mal neu auf die Suche machen? Nach 15 Jahren die Beziehung für andere öffnen, eine Affäre verzeihen und zusammen neu anfangen? Ihr seid nicht die Ersten! Hört rein, bei Lisas Paarschitt. Das ist der Podcast, bei dem es um euch geht. Um euer Beziehungsleben, um alles, was Beziehung so anstrengend, aber auch so schön machen kann.

Katrin Simonsen

Und um euch oder besser gesagt um eure Fragen geht es in Folge vier von „Hormongesteuert“. Wir werden viele der Fragen beantworten, die wir in den letzten Wochen per Mail bekommen haben. Und eine, die am häufigsten gestellt wurde, ist die Frage, wie man eigentlich eine gute Frauenärztin findet, die sich mit den Wechseljahren und mit der Hormontherapie auskennt. Das ist nämlich ein echtes Problem.

Hier noch mal unsere Mailadresse:

hormongesteuert@mdraktuell.de. Und wenn euch gefällt, was wir hier tun, abonniert unseren Podcast und lasst gern auch eine Bewertung da. Und natürlich freuen wir uns, wenn ihr uns weiterempfiehlt. An eure Freundinnen, Schwestern, Mütter, Töchter, Kolleginnen und gern auch an eure Männer. „Hormongesteuert“ hört ihr immer werbefrei in der ARD Audiothek und überall, wo es Podcasts gibt.

Hormongesteuert der Wechseljahre-Podcast mit Doktor Katrin Schaudig

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