

**Hormongesteuert - Der Wechseljahre-Podcast**

30.10.2023

Thema: #5 Schlaflos in den Wechseljahren

**Katrin Simonsen, Moderatorin**

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

**Dr. Katrin Schaudig, Expertin**

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

**Katrin Simonsen**

Herzlich willkommen bei „Hormongesteuert“, der Podcast für alle Frauen vor, während und nach den Wechseljahren. Und natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir wollen Fragen rund um die Wechseljahre beantworten, mit Tabus und Vorurteilen aufräumen. Mein Name ist Kathrin 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. Hallo und herzlich willkommen Frau Schaudig!

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, hallo, Frau Simonsen, freue mich auch, da zu sein.

**Katrin Simonsen**

Heute geht es ja bei uns um das Thema Schlafstörung. Dazu haben wir in den letzten Wochen viele Mails von betroffenen Frauen bekommen. Und deshalb nehmen wir uns heute ein bisschen mehr Zeit, mal draufzuschauen. Und wir werden in dem Zusammenhang auch über die Schilddrüse sprechen. Denn auch die kann ja verantwortlich sein, für Schlafstörungen. Auch dazu gibt es einige Fragen unserer Hörerinnen. Frau Schaudig, lassen Sie uns zu Beginn erst mal so ein paar generelle Fragen klären. Ich frag mich zum Beispiel, warum es in den Wechseljahren überhaupt zu Schlafstörungen kommt. Was ist da die Ursache?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist eine sehr gute Frage. Und ich muss Ihnen leider sagen, dass wir das auch nicht so genau wissen. Interessanterweise sind Schlafstörungen, bei einem Teil der Frauen, das erste

Symptom der Wechseljahre. Und es kann auch schon sehr früh losgehen. Also auch, wenn man noch gar nicht ahnt: Jetzt kommen die Wechseljahre. Wichtig ist, dass man schon mal klärt, mit den Frauen: Haben Sie immer schon ein Schlafproblem und jetzt ist es Ihnen irgendwie gerade aufgefallen? Oder ist es wirklich was, was ganz neu ist? Also, ich habe Patientinnen, die sagen, ich habe mein Leben lang geschlafen wie ein Murmeltier. Vielleicht bin ich mal schlecht eingeschlafen vor einer Prüfung oder wenn ich Angst hatte vorm nächsten Tag. Aber das Durchschlafen war nie das Problem und Einschlafen eigentlich auch nicht. Jetzt passiert es so, dass ich nach drei Stunden Schlaf, mitten in der Nacht, aufwache. Dann spüre ich schon an der Qualität des Aufwachens oder wie wenn es „PING“ in meinem Kopf macht: Ich werde jetzt nicht wieder einschlafen können. Und dann wälzt man sich: eine halbe Stunde und noch eine Stunde. Manche Frauen stehen dann auf, gehen bügeln, lesen, was auch immer. Und man kann dann oft erst nach zwei Stunden wieder einschlafen – also diese klassische Durchschlafstörung. Das ist typisch. Woher das kommt? Das wissen wir nicht. Vermutlich hängt es damit zusammen, dass die Regulationsmechanismen aus dem Hirnstamm in der Zeit ausgeschaltet sind, also, dass sozusagen diese Steuerung nicht mehr richtig funktioniert.

Und wir haben das ja auch an anderer Stelle in diesem Podcast schon mal gesagt: Da ist ja der Teufel los im Zwischenhirn. Also ich stelle mir das immer so vor, da gehen panisch Meldungen von rechts nach links, von oben nach unten: „Was ist hier los? Der Eierstock funktioniert mir nicht mehr so richtig.“ Und diese Botenstoffe im Gehirn, die sind wahrscheinlich dafür verantwortlich, dass der Schlaf durcheinandergerät. Wir wissen, dass gerade die frühe Wechseljahresphase besonders anfällig ist, für Störungen im Bereich des Gehirns. Das betrifft den Schlaf, betrifft aber auch die Stimmung und betrifft auch so ein bisschen die Konzentrationsfähigkeit, also die „Kognition“, wie der Mediziner sagt. Das heißt, es sind so mehrere

Bereiche betroffen. Aber der Schlaf ist ganz besonders betroffen. Ich frage mich immer, ob nicht die Schaltvorgänge, die wir erst neuerdings entdeckt haben, im Gehirn – ich sag mal als Stichwort: „die Neurokinin B-Neurone“ oder das „Kisspeptin“, die ganz entscheidend an der Steuerung des Zyklus beteiligt sind – ob die nicht da irgendwas auslösen, im Bereich des Zwischenhirns, was den Schlaf quasi ausknockt. Aber warum es so ist, wissen wir nicht. Also wir sagen immer: „Schwankungen der Eierstockfunktion“, dazu gibt es auch Studien. Wenn das FSH – das ist das Hormon, was aus der Hirnanhangsdrüse ausgeschickt wird, um den Eierstock sozusagen anzukurbeln – wenn es davon immer mal plötzlich so Spitzen gibt, dass das auch mit Schlafstörungen zusammenhängt. Was aber diese FSH-Spitzen genau auslöst, das ist sehr komplex und noch nicht richtig geklärt. Also das heißt, da ist noch so ein bisschen ein Erklärungsbedarf.

#### **Katrin Simonsen**

Was ist eigentlich Ihre Erfahrungen bei Ihren Patientinnen? Wird es tatsächlich dann besser, wenn man wirklich in der Menopause ist? Oder ist das so was, was sich ein bisschen festsetzt?

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

Das ist unterschiedlich bei den einzelnen Patienten. Grundsätzlich wissen wir, dass sich das Schlafverhalten auch mit dem Alter verändert. Also, Kinder und junge Leute schlafen sehr viel besser, als ältere Leute. Also, das ist auch so ein Thema, was man, glaube ich, bei allen Patientinnen, und zwar egal in welcher Fakultät – als Hausärztin, Hausarzt, Internist – immer wieder hört: „Ich schlaf so schlecht.“, nicht? Das ist ja auch nicht von ungefähr, dass Menschen dann in Abhängigkeit von Schlafmitteln geraten. Das heißt, das ist auch ein Thema, was Männer umtreibt, dass die im Alltag zunehmend schlecht schlafen. Also, das kennen wir. Aber woher das genau kommt, wissen wir nicht. Also grundsätzlich ändert sich die Schlafarchitektur, auch die Tiefschlafphasen verändern sich – die sogenannten REM-Phasen, in denen wir träumen, verändern sich. Das heißt, es ist überall der Fall.

Man muss dann so ein bisschen gucken nochmal, bei der Patientin: Haben Sie das immer schon? Ist es neu? Ein Teil der Patientinnen sagt aber, dass diese – ich sage es mal – „ät-zende“ Durchschlafstörung, also, dass man nach zwei Stunden wach liegt, dass das bei vielen Patienten wieder besser wird. Viele sagen: „So toll ist er nicht, der Schlaf. Aber ich komme jetzt ganz gut zurecht.“ Also diese akute Problematik, die wird bei vielen Patienten etwas besser. Man muss aber schon sagen, dass so eine gestörte Schlafarchitektur dann häufig für den Rest des Lebens vorhanden bleibt.

#### **Katrin Simonsen**

Ich hatte schon gesagt: Wir reden über die Schilddrüse. An der Stelle will ich schon dazu die erste Frage stellen: Wie oft schicken Sie dann Ihre Patientinnen, die sagen, sie haben Schlafstörungen, erstmal oder machen selbst, einen ein Bluttest – also, ob vielleicht die Schilddrüse dran schuld ist, weil wenn man googelt zumindest: „Schlafstörungen“, wird immer als erstes empfohlen, mal die Schilddrüse zu überprüfen.

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

Ja, das macht man immer. Das ist sozusagen das Basisbesteck, was man dabei nutzt. Das ist auch die leichteste Übung. Eine Blutentnahme, ein einziger Blutwert der Schilddrüse und dann weiß man es schon. Ich sehe selten Patientinnen, wo es dann tatsächlich an der Schilddrüse liegt. Das Entscheidende ist die Überfunktion der Schilddrüse, die auch zu Herzklopfen führt. Also sozusagen auch andere Symptome der Wechseljahre nachahmen kann oder so tut, als ob. Also, schneller Herzschlag, Herzklopfen, innere Unruhe, Zittrigkeit, sind ja durchaus Symptome, die Patientinnen auch haben in den Wechseljahren. Und dann kommt die Schlafstörung dazu.

Im Unterschied zu den Wechseljahren ist es so, dass die Schilddrüsenüberfunktion meist zu einer Gewichtsabnahme führt. Das ist ja nun das Gegenteil von dem, was die Patientin in der in der Perimenopause sagen. Ich sehe das aber tatsächlich gelegentlich. Ich würde mal so sa-

gen einmal im halben Jahr sehe ich eine Patientin, wo ich tatsächlich eine Überfunktion der Schilddrüse rausfische. Die muss dann aber zum Internisten. Bei den allermeisten Patienten checke ich das und sehe: Die Schilddrüse ist es nicht. Sollte man einmal gucken!

#### **Katrin Simonsen**

Sie haben gesagt, einen Wert brauchen Sie. Das ist dieser sogenannte TSH-Wert wird im Blut getestet, ne? Und das reicht auch.

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

Genau, der TSH-Wert reicht in aller Regel. Und die Schilddrüse ist sozusagen – für Patientinnen ist das immer ein bisschen schwierig zu verstehen – umgekehrt reguliert. Wenn der TSH-Spiegel hochgeht, heißt das: Ich habe zu wenig Schilddrüsenhormon. Das TSH ist ähnlich wie das FSH, das Hormon, was die Schilddrüse stimuliert, zum Arbeiten. Wenn die Schilddrüse nicht genügend arbeitet, geht das TSH hoch. Dann habe ich eine Unterfunktion, die nicht zu Schlafstörungen führt. Wenn die Schilddrüse zu viel Schilddrüsenhormon produziert, dann geht das TSH runter, weil die Hirnanhangsdrüse denkt: „Ja, ich muss ja die Schilddrüse nicht noch stimulieren. Die macht ja schon genug.“ Das heißt je niedriger der TSH Wert ist, desto mehr Schilddrüsenhormon ist vorhanden. Und bei einer manifesten Schilddrüsenüberfunktion, ist der TSH-Spiegel unterdrückt. Dann ist keiner mehr da. Dann weiß ich: Aha, jetzt muss ich nachschauen.

#### **Katrin Simonsen**

Sie haben vorhin schon dieses Szenario geschildert: Man schläft zwar ein, aber nach so drei, vier Stunden macht es „PING“ und auf einmal ist man wach. Frauen schildern auch, dass sie erst gar nicht einschlafen können. Also dass sie ewig brauchen, um in den Schlaf zu finden. Ist das auch den Hormonen geschuldet? Oder hat das eine andere Ursache?

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

Also, ich würde mal sagen beim Einschlafen, da muss man ganz viel bedenken. Es gibt dann so „Maßnahmen zur Schlafhygiene“, so heißt es immer ganz schön. Wir haben zum Beispiel bei

uns in der Praxis so einen Zettel. Wenn die Patientinnen mir sagen: „Ich kann nicht einschlafen“, dann gebe ich denen erstmal den Zettel. – Was ist das? – Möglichst kühle Raumtemperatur, möglichst keine digitalen Medien direkt vorm Einschlafen. Man weiß zum Beispiel, dass dieses Blaulicht, was wir bei den digitalen Medien immer dabei haben, dass das auch das Einschlafen behindern kann. Also dann sollte man auch möglichst keinen Sport machen, innerhalb einer Stunde vorm Einschlafen.

Das sind alles so Dinge. Möglichst sollte der Schlafraum ein Raum sein, in dem man sich tagsüber nicht aufhält. Ich meine, wenn man eine kleine Wohnung hat, kann man das nicht verhindern, vielleicht. Aber das sind alles so kleine Tricks, kann man sich auch runterladen im Internet: „Maßnahmen zur Schlafhygiene“. Aus meiner Sicht ist gerade dieses Einschlafproblem eher etwas, was mit solchen äußeren Dingen zu tun hat. Es gibt aber Studien, die schon auch zeigen: es gibt auch Frauen, die in den Wechseljahren und in der Zeit davor oder auch danach vor allen Dingen Einschlafprobleme haben. Das ist aber der kleinere Teil der Patienten.

Der weitaus größere Teil der Patienten mit Schlafstörungen, die Wechseljahre bedingt sind, hat eben diese Durchschlafproblematik. Dann kommt vielleicht noch dazu: Die Wechseljahre – das haben wir ja auch schon mehrfach gesagt – führen ja auch zu Stimmungsveränderungen. Also, so ein bisschen, ja, trübe Stimmung, melancholische Stimmung oder auch eine gewisse Aggressivität bei manchen Frauen. Und wenn man abends ins Bett liegt, dann geht einem ja das ganze Leben so durch den Kopf. Und wenn man nicht gut drauf ist oder einen etwas sehr beschäftigt, dann kann es sein, dass das genau auch zu Einschlafstörungen führt. Und das finde ich eigentlich auch wichtig, dass man daran denkt. Manchmal wird es aber auch besser in dem Moment, wo die Wechseljahre vorbei sind oder wo man auch Hormone nimmt. Auch das kann die Angelegenheit verbessern.

### **Katrin Simonsen**

Also, dieses typische Gedankenkreisen in der Nacht, dass man das Gefühl hat, der Kopf denkt einfach und man kommt nicht zur Ruhe, nicht ins Schlafen, das ist sozusagen – sagen Sie – auch so ein bisschen dieser besonderen Sensibilität geschuldet in dieser Zeit?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist noch mal eine spannende Frage. Also, ich glaube, es hat dann schon was auch mit der Sensibilität zu tun. Es ist schwer zu sagen. Ich glaube, was dann passiert, ist – das sagen mir auch die Patientinnen – die wachen auf und denken an Dinge ihres täglichen Lebens. Und plötzlich werden Dinge zum Problem, die eigentlich kein Problem sind. Also plötzlich, nachts bauschen sich die Dinge oder die Herausforderungen des Lebens auf. Und man liegt dann im Bett und denkt: Eigentlich habe ich doch gar kein Problem. Aber nachts wird alles zum riesigen Problem. Und das hat vielleicht wirklich was mit der Vulnerabilität zu tun. Was wir noch gar nicht gesagt haben, ist: Wie hängt denn das nächtliche Aufwachen mit dem Schwitzen zusammen? Und da ist es ganz interessant. In den frühen Wechseljahren haben wir ja gar nicht so das Thema „Schwitzen“. Im weiteren Verlauf der Wechseljahre taucht dann das Schwitzen im Zusammenhang mit den Schlafstörungen auf. Also Patienten sagen dann oft: ja ich schwitze so nachts und dann wache ich auf.

Wenn man in die Studien reinguckt – finde ich super spannend – dann gibt es immer einen Teil der Frauen, die aufwachen, ohne eine Hitzeattacke zu haben und ohne zu schwitzen. Und dann gibt es Studien, die zeigen: Ein Teil der wachen Frauen wacht erst auf, und kurz darauf kommt die Hitzewallung. Dann gibt es auch welche, die wachen tatsächlich erst auf, wenn sie schon schweißgebadet sind. Das heißt, das Muster ist sehr unterschiedlich. Und ganz viel spricht dafür, dass sowohl die Hitzewallungen, als auch die Schlafstörung oder das Aufwachen, eine übergeordnete Ursache im Gehirn hat. Die löst sowohl die Hitzewallung als auch die Schlafstörung aus. Was auch dazu

passt, dass dem vermutlich eine völlige Dysregulation der Botenstoffe im Gehirn zugrunde liegt. Und es spricht viel dafür: Es gibt eine übergeordnete Ursache, die sowohl die Hitzewallungen, als auch die Schlafstörung, auslöst.

### **Katrin Simonsen**

Wenn dann die Patientinnen bei Ihnen in der Praxis sitzen und sagen: „Ich kann einfach nicht mehr schlafen. Und ich schaffe auch meinen Alltag dadurch nicht mehr.“ Wie können Sie denen helfen? Was empfehlen Sie denen?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Das kommt so ein bisschen drauf an. Wenn ich insgesamt auch den Eindruck habe, hier sind wir wirklich in den Wechseljahren voll unterwegs, dann kommt natürlich das Thema Hormone auf. Was zum Beispiel wirklich gut hilft beim Schlafen, ist tatsächlich geschlucktes Progesteron. Warum? Wenn sie das schlucken, wird es so verstoffwechselt, dass ein Stoff entsteht, der heißt Allopregnanolon. Der geht im Gehirn an den GABA-Rezeptor und macht dort eine schlafanstoßende Wirkung oder eine beruhigende sedierende Wirkung auch – übrigens eine angstlösende Wirkung. Das ist eigentlich ganz spannend.

Das macht es nicht bei allen Frauen. Das ist wichtig. Es gibt immer einen kleinen Teil der Frauen, die reagieren da ganz anders drauf. Aber bei vielen Frauen ist es schlafanstoßend. Das heißt, man kann zum Beispiel mal in der zweiten Zyklushälfte Progesteron geben. Dann sagen die Frauen: „Ich schlafe damit besser.“ Bei manchem wirkt wirklich das Progesteron wie ein Schlafmittel. Manche sagen sogar: „Ich habe so einen Überhangeffekt. Am Morgen bin ich immer noch so ein bisschen verladen.“ Also, das ist eine Möglichkeit. Wenn man den Eindruck hat, es liegt an starken Schwankungen, dann hilft das Progesteron oft nicht weiter. Dann muss man den Eierstock bremsen, sozusagen, beispielsweise mit einer östrogenfreien Antibabypille den Eierstock aus seinem Schwankspiegel rausholen. Dann gibt man Östrogen dazu, dann wird es besser. Man kann natürlich auch so ganz allgemeine Maßnahmen versuchen – ob das Baldrian ist, dann gibt es

auch freiverkäufliche Mittel, ich sage mal, es gibt so eins: *Hoggar Night*, ist so ein eigentlich ein Antihistaminikum, was man früher mal bei Allergien eingesetzt hat. Dafür wird es nicht mehr verwendet. Das kann man machen.

Ich hatte aber heute grad eine Patientin, die mir gesagt hat, auch damit sei sie ganz noch benommen am nächsten Tag gewesen. Kann man aber versuchen. Dann wird immer wieder überlegt: *Melatonin*. Da gibt es inzwischen schon ein paar Daten, dass, wenn sie Melatonin regelmäßig nehmen – also das nicht so etwas, was sie sozusagen nach Bedarf nehmen, sondern es müssten sie regelmäßig nehmen. Da streiten sich auch die Geister, wie viel sie nehmen müssen, ob sie zwei, drei oder fünf Milligramm nehmen müssen, 30 Minuten vorm Schlafengehen. Und auch da wird eben gesagt das muss man jeden Tag nehmen. Und dann gewöhnt sich der Kopf daran. Ich finde den Effekt bei meinen Patientinnen nicht so ganz überzeugend. Aber es ist zumindest einen Versuch wert. Das sind alles so Dinge also, das kann man mal versuchen. Dann gibt es verschiedene pflanzliche Präparate. Man kann sich auch in der Apotheke beraten lassen. Aber es hilft nicht immer alles.

### **Katrin Simonsen**

Inwieweit empfehlen Sie vielleicht auch, Entspannungsübungen zu lernen, Atemtechniken zu lernen, um einfach sozusagen seinen Körper durch diese Übungen ein bisschen runter zu dimmen, dann in der Nacht, wenn er sich gerade hochfährt?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Kann man versuchen. Bei manchen Patientinnen klappt das. Ich rate zum Beispiel immer eher ab, dass die Patientinnen nicht aufstehen sollen und ein Buch lesen oder rumlaufen oder manche sagen: „Ich bügel dann“, weil ich immer denke, dass fährt einen eher noch ein bisschen mehr hoch. Aber im Endeffekt muss das jeder für sich ausprobieren. Ich finde Entspannungsübungen auch nachts, wenn man aufwacht, Autogenes Training, sicherlich einen Versuch wert. Ich kriege aber von Patientinnen widerspiegelt, die sagen: „Sonst hilft mir das

immer total.“ Es hilft übrigens auch beim Einschlafen ein bisschen – aber bei diesem „PING“-Gefühl mitten in der Nacht, wenn man plötzlich merkt, schon beim Aufwachen: Ich werde nicht wieder einschlafen können, dann hilft es leider oft nicht. Und es vergehen dann ein, zwei Stunden, und das fatale ist dann, eine Stunde später, da ist man gerade eingeschlafen, klingelt der Wecker. Und dann sagen die Patienten: „Dann bin ich vollkommen neben der Spur.“ Und vor allen Dingen ist man dann auch total unausgeruht am nächsten Tag. Und dann geht das natürlich auch auf die Stimmung und die Leistungsfähigkeit.

### **Einspieler**

*Und an dieser Stelle haben wir einen Podcast-Tipp für euch. In „Kein Kinderwunsch“ geht es um die Frage, die sich jede Frau irgendwann in ihrem Leben stellt: Will ich wirklich ein Kind? Hostin Verena Kleinmann hat eigentlich gar keinen Kinderwunsch. Und trotzdem zweifelt sie und fragt sich: Mache ich einen riesigen Fehler, wenn ich kein Kind bekomme? Bereue ich das später mal? Oder bin ich im Alter einsam ohne Kind? Über diese Fragen spricht sie mit Expertinnen, Mamas und auch kinderlosen Frauen. Spannend zu hören für alle Frauen, die ähnlich wie Verena zweifeln, aber auch für die, die Kinder wollen und bereits Kinder haben, um die Kinderlosen besser zu verstehen. Den Podcast „Kein Kinderwunsch“ gibt es in der ARD Audiothek und überall, wo es Podcasts gibt. Und den Link, den findet ihr in unseren Shownotes.*

18:55

### **Katrin Simonsen**

Wir kommen zu unseren Hörerinnen-Fragen. Und da geht's auch um *Progesteron*. Und um die Frage, ob Progesteron alleine tatsächlich hilft. Da hat uns Christine geschrieben, die ist 53, hat einen unregelmäßigen Zyklus noch, hat Durchschlafstörungen und nachts wird ihr dann auch oft warm. Sie hat keine Schweißausbrüche, aber ihr wird warm. Dann liegt sie lange wach. „Könnte durch eine alleinige Gabe von Progesteron schon mir geholfen werden? Und wenn ja, in welcher Dosierung?“, fragt sie.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Also, man muss das mal ausprobieren, ehrlich gesagt. Ich würde mal 100 oder 200 Milligramm Progesteron abends schlucken. Man muss ein bisschen im Auge behalten, dass das natürlich auch was mit einem Zyklus vielleicht macht. Es macht vielleicht nicht so viel, aber es macht auch irgendetwas einer Gebärmutter. Es macht vielleicht dann Blutungsstörungen. Ich würde bei sowas erst mal damit anfangen, in meiner zweiten Zyklushälfte 100 bis 200 Milligramm Progesteron mal abends zu nehmen. Ich habe Patientinnen, die sagen: „Damit geht es bestens. Ich schlafe gut.“ Ich habe aber auch Patientinnen, die sagen: „Das hilft mir überhaupt nicht.“ Also, Sie sehen, wir Frauen sind einfach alle sehr unterschiedlich. Übrigens, nicht nur wir Frauen, auch die Männer. Also Menschen, sind total unterschiedlich. Man kann es ausprobieren. Also, es gibt schon viele Frauen, die sagen: „Mit dem geschluckten Progesteron schlafe ich viel besser.“ Ich finde, das trifft vor allen Dingen auch für die Frauen zu, die tatsächlich in der Postmenopause sind, also in dieser Phase, in der der Eierstock nicht mehr arbeitet. Da setze ich auch gerade bei Schlafstörungen sehr gerne Progesteron ein. Das schützt dann auch gleichzeitig die Gebärmutter-schleimhaut. Aber es hilft nicht bei allen. Und meine Erfahrung ist, dass auch Östrogen durchaus Frauen hilft, besser zu schlafen, wenn die im Östrogenmangel sind. Also auch da haben wir einen Effekt. Und man muss das ausprobieren.

### **Katrin Simonsen**

Ist dieses, wenn einem nachts auf einmal so heiß wird? Ist das schon auch so ein Zeichen für Östrogenmangel, eigentlich?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, eigentlich schon. Also, dann muss man zumindest davon ausgehen, dass phasenweise der Östrogenspiegel in die Knie geht. Kann sein, dass der sich wieder erholt ist ja gerade in dieser Übergangsphase oft, sodass die Patienten sagen: „Ab und zu wird mir mal warm. Vielleicht mal drei Tage lang. Dann ist aber wieder wochenlang gut.“ Das ist relativ typisch und

man kann schon vermuten, dass das tatsächlich ein zeitweiliger Östrogenmangel ist. Es kann aber sein, dass auch das durch so kurzzeitige Spitzen von den Steuerungshormonen ausgelöst wird. Die Spitzen entstehen, weil die versuchen, den Eierstock nochmal anzutören. Das schaffen sie aber nicht immer. Das ist wirklich sehr komplex. Also, man muss Verschiedenes ausprobieren. Und nochmal: Bei manchen Patienten hilft es auch ideal, den Zyklus auszubremsen. Was mit Progesteron nicht geht, dafür müssen sie tatsächlich ein synthetisches Gestagen nehmen. Aber wenn sie die Schwankungen runterfahren und dann ein Östrogen dazugeben, dann haben auch viele Patienten das Gefühl, „ich schlafe viel besser“, das berichten, die mir auch. Also das macht schon auch was, also Schwankungen rausnehmen ist auch immer eine gute Idee.

### **Katrin Simonsen**

Und Sie haben vorhin gesagt, nur in der zweiten Zyklushälfte Progesteron. Das ist sozusagen, wenn ich noch einen Zyklus habe.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, wissen Sie, das Problem ist, wenn sie es in der ersten Zyklushälfte geben, machen sie was, was eigentlich total unphysiologisch ist. Wir haben ja in einer ersten Zyklushälfte, überhaupt kein Progesteron. Das haben wir erst ab dem Eisprung. Das heißt, im normalen Zyklus haben wir 14 Tage nur Östrogen, und zwar in rasant ansteigender Menge. Und dann haben wir 14 Tage Östrogen und Progesteron. Wenn ich jetzt in Zeiten des Zyklus plötzlich Progesteron in dieses System einbringe, zu einem Zeitpunkt, wo normalerweise gar kein Progesteron da ist, dann weiß ich gar nicht, was ich da eigentlich mache. Das ist das Problem. Also ich weiß nicht, was ich da tue. Was mache ich damit der Schleimhaut? Baue ich die so ein bisschen um oder greife ich trotzdem in die Steuerung ein. Mit anderen Worten: Was wir da machen, ist ein bisschen ein Experiment. Da fühle ich mich immer unwohl. Ich möchte immer gerne wissen, was ich tue. Und ich habe Patienten, die sagen: „Kann ich dieses Progesteron nicht einfach länger nehmen?“ Da sage ich:

„Ja, das können Sie mal probieren. Ich weiß aber nicht, ob Sie dann Blutungsstörungen kriegen oder ob alles völlig durcheinandergerät. Also, das ist so ein bisschen die Kehrseite.“

**Katrin Simonsen**

Christine schrieb ja, sie hat einen unregelmäßigen Zyklus. Könnte jetzt eben sein, dass sie gar nicht genau weiß, wann jetzt ihre zweite Zykluszeit ist.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist ein Problem. Da würde ich es erstmal so, um es auszuprobieren, vielleicht ab dem vierzehnten Tag mal 14 Tage nehmen. Vielleicht reguliert sich dadurch sogar der Zyklus wieder. Aber Sie merken schon, da ist sehr viel Unsicherheit drin. Also ich warne so ein bisschen unkritisch in der Perimenopause mit Progesteron herumzuhantieren. Ich sage das auch bewusst so. Das ist für mich so ein bisschen „rumzuhantieren“, da muss man vorsichtig sein, muss die Schleimhaut überwachen und muss das auch ärztlicherseits doch deutlich kontrollieren lassen.

**Katrin Simonsen**

Sandra aus Berlin ist 47, hat noch regelmäßig die Periode – trotzdem schon Schlafstörungen, und die schwanken wohl im Zyklus. Also nach dem Eisprung, wird es schlimmer, mit der Regelblutung besser. Sie fragt: Liegt das an der Gelbkörperschwäche?

**Dr. Katrin Schaudig**

Das ist eine wirklich spannende Frage. Nein, das kann eigentlich nicht an einer Gelbkörperschwäche liegen. Denn dann müsste sie nämlich vor allen Dingen in der ersten Zyklushälfte schlecht schlafen. Da hat sie ja gar kein Progesteron. Das ist so ein bisschen paradox. Ja also, sie hat zum Beispiel dann, wenn eigentlich Progesteron da ist und solange der Zyklus regelmäßig ist, hat sie einen Eisprung und auch eine Progesteron Wirkung. Trotzdem schläft sie schlechter. Jetzt kommt noch einmal was, was schwer zu verstehen ist. Aber es ist so – und da gibt es auch Studien zu: Es gibt Frauen, bei denen das eigene Progesteron eine paradoxe Wirkung macht. Das heißt, es wirkt an diesem

GABA-Rezeptor im Gehirn, wo es eigentlich sedierend wirken soll, wirkt es paradox. Das heißt, es kann sogar genau das machen, was jetzt die Hörerin gefragt hat, nämlich, dass es sogar den Schlaf verschlechtert. Diese Frauen haben ja auch dann eine extrem schlechte Stimmung, in der zweiten Zyklushälfte. Die wird tatsächlich ausgelöst durch das körpereigene Progesteron, das ist jetzt auch nur ein kleiner Teil der Frauen, aber, es gibt es. Und ich finde so ein bisschen, bei dieser Frage von der Hörerin, hört sich das so ein bisschen an wie: Die reagiert nicht gut auf ihr eigenes Progesteron. Und die hat wahrscheinlich einfach eine nicht mehr ausgewogene Produktionsleistung von Progesteron und Östrogen.

Ich würde, wenn die das so explizit sagt: „Zweite Zyklushälfte ist besonders schlecht“, wäre meine Strategie, in der Situation jetzt unterdrücken wir mal den Eisprung und schaffen gleichmäßige Verhältnisse. Das ist es so ein bisschen. Das Gehirn ist berechtigt, möglichst ganz gleichmäßig, immer von acht Uhr bis fünf Uhr arbeiten, sozusagen – also ich übertreibe es jetzt mal. Ja, also so möglichst keine Schwankungen. Und immer, wenn was außer Takt gerät, dann mag das das Gehirn nicht und kann bei nicht allen, aber bei einem Teil der Frauen Schlafstörung machen.

Also, bei jemandem, so wie das geschildert wird, die explizit in der zweiten Zyklushälfte eine Verschlechterung verspürt, würde ich eigentlich am besten den Zyklus ausschalten. Wollen viele Frauen nicht, weil das dann ja doch letztlich auf eine Antibabypille rausläuft, östrogenfrei. Da hat man keine Risiken wie Thrombose oder Schlaganfall. Aber das wäre dann eigentlich meine Strategie. Ich lasse die Patienten häufig so ein Zyklus Protokoll führen über zwei, drei Monate, damit man das mal auch objektiviert, auch für die Patientin selber. Dass man mal sieht: Ist es wirklich so? Gibt's vielleicht noch andere Symptome, die in der zweiten Zyklushälfte besonders auftauchen?

**Katrin Simonsen**

Okay, das war also Sandra aus Berlin. Wir kommen zu Elke, die ist 48. Seit drei Jahren hat die

Schlafstörungen. Sie wacht mehrmals auf, in der Nacht. Der Zyklus ist noch regelmäßig, sonst keine Beschwerden. Sie hat Progesteron schon probiert, drei Monate lang. War ihr keine Hilfe. Jetzt sagt der Hausarzt: „Nehmen Sie doch ein Antidepressivum.“ Ist das eine gute Idee?

**Dr. Katrin Schaudig**

Aber, ich finde die gut, die Frage. Die passt zu genau zu dem, was ich gerade gesagt habe. Dass nämlich das Progesteron, was ja gerne so als Allheilmittel auch dargestellt wird, bei einem Teil der Frauen eben nicht das Allheilmittel ist. Offensichtlich bei ihr auch nicht. Was wir schon gelegentlich mit den Patientinnen besprechen, wenn so ausschließlich der schlechte Schlaf das Problem ist, dann setzen wir ganz gerne, ganz niedrig dosiert, ein Antidepressivum ein. Um antidepressiv zu wirken, muss man das hoch dosieren. Also wir verwenden gerne ein Antidepressivum, das heißt *Trimipramin*. Das gibt es als Tropfen. Wenn man antidepressiv behandeln will, würde man 30 bis 50 Tropfen geben. Für den Schlaf reichen häufig – hört sich verrückt an, aber es stimmt – zwei, drei, vier, fünf Tropfen, abends vorm Schlafengehen genommen.

Ich habe auch Patienten, die sagen: „Wissen Sie, ich will wenigstens am Wochenende mal richtig durchschlafen.“ oder „Ich brauche wenigstens zweimal in der Woche einen ordentlichen Schlaf.“ Dann sage ich: „Probieren Sie das.“ Wovon wirklich abzuraten ist, sind diese sogenannten Z-Substanzen, wie *Zopiclon* oder gar *Diazepam* oder *Valium* oder sowas. Die machen abhängig. Die haben sogar ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Und an die sollte man sich möglichst nicht gewöhnen. Ich denke, was der Hausarzt noch meinte: Es gibt ein Mittel, das heißt *Mirtazapin*. Das ist auch ein Antidepressivum und ist auch gut für den Schlaf. Es macht leider tendenziell eine Gewichtszunahme. Das haben die meisten Antidepressiva als Nebenwirkung – nicht alle, aber viele. Und wenn man das regelmäßig und hochdosiert, über einen längeren Zeitraum nimmt, schläft man zwar gut, aber man hat dann vielleicht

auch die Gewichtszunahme und vielleicht auch noch andere Nebenwirkungen, wie einen Überhangeffekt am nächsten Morgen. Aber grundsätzlich ist diese Schiene der Antidepressiva ganz gut. Und das *Trimipramin* zum Beispiel hat kein oder nur ein ganz, ganz geringes Abhängigkeitspotenzial. Davor haben wir ja immer Angst. Und wenn man einmal von so einem Schlafmittel abhängig ist, dann kommt man da eigentlich nicht mehr von weg.

**Katrin Simonsen**

Okay, also das wäre auf alle Fälle mehr anzuraten, als irgendwelche Schlaftabletten.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, wenn ja, finde ich schon. Ich möchte noch eins sagen, das haben wir vorhin bei der Schilddrüse vergessen, Frau Simonsen. Ich habe dann manchmal Patienten, die sagen, wenn sie die vergessen manchmal, ihre Schilddrüsen-Tabletten, also das *Thyroxin* morgens zu nehmen, dann nehmen sie es abends. Das ist keine gute Idee. Wenn sie das Thyroxin abends nehmen, schlafen sie auch schlechter. Und auch das muss man auch sagen, in Zusammenhang mit der Schilddrüsenmedikation: Thyroxin, wenn es zu hoch dosiert ist, kann auch zu Schlafstörungen führen. Also ich sage manchmal dann: „Jetzt gehen Sie mal mit dem Thyroxin, mit der Dosis ein bisschen runter. Dann kann es sich durchaus auf den Schlaf positiv auswirken. Das ist auch noch mal wichtig.“

29:55

**Katrin Simonsen**

Inwieweit macht es eigentlich Sinn, so bei Schlafstörungen, auch mal die Vitamine zu checken? Ich habe gelesen ein Eisenmangel oder Vitamin-D-Mangel kann Schlafstörungen auslösen. Und auch Vitamin B6, Zink und Magnesium sollen sehr wichtig sein, für einen guten Schlaf.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, wissen Sie, wenn es da wirklich gute Daten gäbe, würde keiner mehr Schlafmitteln nehmen, ich sag es jetzt mal so. Also man kann es alles probieren. Magnesium zum Beispiel, tatsächlich, macht ein bisschen müde, beruhigt

auch so ein bisschen, fährt so ein bisschen runter. Vitamin D, dem wird ja alles Mögliche nachgesagt, an positiven Wirkungen: Dass es bei ausreichender Versorgung die Stimmung verbessert, dass es einen besser schlafen lässt. Ich gebe zu, Sie merken schon an meiner Haltung, ich habe da so geringe Zweifel dran. Aber im Zweifelsfall kann man das alles mal ausprobieren. Und es kann durchaus sein, dass es im Einzelfall tatsächlich jemanden nach vorne bringt. B-Vitamine, auch Vitamin D kann man ausprobieren. Und vielleicht ist es genau auch das. Und Vitamin D ist sowieso wichtig. Von allen Nahrungsergänzungsmitteln, über die immer gesprochen wird, „Ist es sinnvoll, die zu nehmen?“, ist eigentlich die beste Datenlage dieses Vitamin D. Da sollte man eine ausreichende Versorgung haben, halte ich für total wichtig.

#### **Katrin Simonsen**

Dann kommen wir jetzt zu Karla 56, hat ab und zu noch ihre Periode, seit einiger Zeit Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Muskelschmerzen. Und sie würde sehr gern eine transdermale Hormonersatztherapie mal ausprobieren, hatte aber vor zwei Jahren eine Lungenembolie und nimmt Blutverdünner. Jetzt sagte ihr Hämatologe: „Östrogen ist kein Problem.“ Ihre Gynäkologin hält sich zurück.

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

Das ist natürlich, wissen Sie, in den ganzen Hormonen leider auch in den transdermalen also über die Haut zugeführten, steht drin: Zustand nach Embolie ist eine Kontraindikation. Also, darf man theoretisch nicht nehmen. Da muss man sagen, da unterscheiden leider die Behörden eben nicht zwischen der geschluckten und über die Haut zugeführten Therapie. Geschluckte Therapie – Absolutes NoGo, ist klar. Wissen wir auch alle schon. Und bei der transdermalen Therapie, würde ich mich durchaus trauen. Zumal die Patientin noch Gerinnungshemmer nimmt. Ja, also die ist ja eh jetzt in einer Situation mit den Gerinnungshemmern, wenn sie die regelmäßig nimmt und ausreichend dosiert, dann hat die ja eh kein erhöhtes Thromboserisiko oder Embolie-Risiko

mehr. Da würde ich mich absolut trauen, transdermale Östrogene zu geben. Da hätte ich jetzt nicht so ein Problem. Was ich bei solchen Patientinnen, die schon grundsätzlich eine Risikosituation haben, was ich da auf keinen Fall will, ist, dass ich zu hohe Östrogenspiegel erzeuge, durch meine Therapie. Und da muss man auch bei dieser Patientin, die noch selber gelegentlich blutet, ein bisschen aufpassen, dass man nicht auf einen, vielleicht vorübergehend mal, ordentlich arbeitenden Eierstock nochmal Östrogen obendrauf legt. Dann ist vielleicht der Spiegel zu hoch und diese Anschubung der Gerinnung, die ist hier, hat ja was damit zu tun, mit der schieren Östrogenmenge in der Leber. Wenn ich Östrogene schlucke, steigt diese Menge rasant an. Aber wenn ich jetzt von Haus aus zu viel Östrogene habe, habe ich da auch ein etwas erhöhtes Risiko. Nochmal, bei jemandem, der Gerinnungshemmer nimmt, da wäre ich da sowieso ziemlich entspannt. Bei jemandem, der kein Gerinnungshemmer nimmt, messe ich tatsächlich unter einer transdermalen Therapie doch gelegentlich mal den Östrogenspiegel, um sicher zu sein, dass ich nicht so hoch dosiere. Da will ich wirklich möglichst im unteren Bereich bleiben und gerade so, dass die Patientin beschwerdefrei ist.

Bei der Patientin, die Sie gerade geschildert haben, die ja auch Schlafstörungen hat, da muss man sich natürlich fragen, wenn sie noch ab und zu blutet, ob man nicht doch die Schiene fährt: Eierstock nochmal runterfahren und ein Östrogen dazu. Das hilft ihr möglicherweise für alle diese geschilderten Symptome. Und auch für den Schlaf ... Muss man ausprobieren, gibt es kein Patentrezept.

#### **Katrin Simonsen**

Und wenn Sie ihr bioidentisch Östrogen geben würden, ohne diese Pille – dann auch Progesteron dazu?

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

Da kann man Progesteron dazugeben. Man kann auch Dydrogesteron dazugeben. Das ist ja fast so gut, wie bioidentisches Progesteron oder fast dasselbe. Beide Möglichkeiten gehen. Muss man ausprobieren.

### **Katrin Simonsen**

Karin hat uns geschrieben, die hat mit Schlafstörungen eigentlich schon alles durch. Das begann mit 45, da wachte sie nach vier bis fünf Stunden auf. Manchmal hatte sie dann Schweißausbrüche, lag dann wach. Seit sie 50 ist, nimmt sie ein Hormonpflaster 75 µg und 100 mg Progesteron, vorher mal auch 200 mg. Aber das hat nicht geholfen, bei den Schlafstörungen. Dann war sie in der Schlafambulanz, beim Psychologen, in Hormonambulanz. Jetzt ist sie schon 59 Jahre alt, hat seit 14 Jahren Schlafstörungen und fragt, ob es irgendwie einen Rat für sie gibt, was sie machen kann.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ich würde da tatsächlich mal einen Schlafexperten aufsuchen. Es gibt ja Schlaflabore, wo man auch genau guckt: Wie ist das Muster des gestörten Schlafes? Da gibt es ja schon eine ganze Reihe von anderen Ursachen, die für den Schlaf verantwortlich sein können. Allen voran ist auch ein Schlafapnoe-Syndrom, das heißt, dass man im Schlaf das Atmen aussetzt. Das betrifft nun besonders übergewichtige Personen, kann aber im Einzelfall auch mal bei Normalgewichtigen sein. Das heißt, ich glaube, in so einer Situation mit offensichtlich so hartnäckigen Schlafstörungen, würde ich mich in die Hand eines Spezialisten begeben und mal so eine Nacht im Schlaflabor verbringen und einfach mal genau gucken: Was ist eigentlich mit dem Schlaf? Ich finde, das hört sich schon sehr schlimm an. Da wäre sie für mich eine Kandidatin für dieses Antidepressivum. Aber da würde ich, glaube ich, einen Schlafspezialisten zu Rate ziehen. Denn wenn auch die Hormone nicht helfen, muss es ja eine andere Ursache haben.

### **Katrin Simonsen**

Beatrice aus Augsburg hat geschrieben:

*Sehr geehrte Frau Schaudig, mit Begeisterung lausche Ihrem Podcast und habe ihn schon an viele Freundinnen weiterempfohlen. Gegen meine massiven Schlafstörungen, nehme ich seit drei Jahren Famenita, das ist das Progesteron – 200 mg, Gynokadin, also Östrogen – zwei Hübe, eine morgens, eine abends. Und trotzdem schlafe ich maximal sechs Stunden.*

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist das, was ich auch vorhin schon gesagt habe. Der Schlaf verändert sich mit dem Alter. Sechs Stunden ist ja so schlecht nicht aber für viele ist es auch zu wenig. Ich würde da immer auch an der Schlafhygiene arbeiten. Ich würde auch mal erwägen, die Hormondosis nochmal hochzufahren, zum Beispiel auf 300 mg Progesteron und vielleicht auch ein bisschen mehr Gel ausprobieren, ob das was ändert. Wenn es nichts ändert, dann kann man es auch wieder sein lassen. Das würde ich alles so mal ausprobieren und ansonsten auch noch mal diesen Antidepressiva-Versuch erwägen. Und vielleicht kann man an der Schlafhygiene noch ein bisschen was machen. Das müsste man auch erwägen.

### **Katrin Simonsen**

Meine Ärztin hatte mir damals empfohlen – ich habe vorm Schlafen 200 mg Progesteron und dann, als ich aufgewacht bin, in der Nacht, nochmal 100 mg nachgenommen.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Hat es geholfen?

### **Katrin Simonsen**

Ja, hat mir geholfen.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das wird im Einzelfall helfen, im Einzelfall nicht. Auch das ist theoretisch möglich. Da muss man aufpassen, dass am nächsten Morgen Fahrtüchtigkeit besteht. Also ich sage manchmal im Scherz: „Viel Progesteron lässt manche Patientinnen nahezu ins Koma fallen.“ Also wir haben das alles schon erlebt, individuell total unterschiedlich. Aber, wenn das funktioniert, finde ich das keine schlechte Idee, nochmal 100 mg nachts nachzuwerfen. Ich habe so ein bisschen Zweifel, dass es bei jedem funktioniert. Aber man kann es ausprobieren.

### **Katrin Simonsen**

Und dann durchgängig nehmen? Das ist auch eine Frage, die oft gestellt wird. Nimmt man dann durchgängig, oder wie Sie vorhin gesagt haben zyklusabhängig die Hormone?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Wenn noch ein Zyklus vorhanden ist, dann ist die durchgehende Progesteron-Gabe problematisch. Also, wenn Patientinnen noch bluten, dann finde ich schwierig einzuschätzen, was mache ich da an der Gebärmutterschleimhaut? Was mach ich mit dem Zyklus? Da bin ich so ein bisschen im Sinkflug, im Nebel unterwegs. Es stört mich so bisschen, weil ich nicht weiß, was ich mache. Wenn das jetzt bei einem total gut funktioniert, keine Blutungsstörungen auftreten, die Gebärmutterschleimhaut gut ist, dann spricht wahrscheinlich nichts dagegen. Aber man muss aufpassen.

38:24

### **Katrin Simonsen**

Und Penny hat uns geschrieben. Sie schläft auch schlecht, würde gerne mal Progesteron ausprobieren. Da sie aber keine Gebärmutter mehr hat, wird ihr nur Östrogen verschrieben. Das kann sie nicht verstehen, da sie davon ausgeht, dass das Progesteron auch noch andere Funktionen hat, als nur den Aufbau der Gebärmutterschleimhaut. Und sie fragt: Kann es denn schaden, wenn sie Progesteron nimmt, obwohl sie keine Gebärmutter mehr hat?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Nein, das finde ich völlig in Ordnung. Das könnte sie ausprobieren. Wir machen das sogar manchmal, dann ist es eigentlich eine Pharmakotherapie, nämlich darüber, was ich vorhin noch erklärt habe, dass es verstoffwechselt wird in der Leber, in eine Substanz, die ein bisschen wie Valium im Hirn wirkt. Das kann man absolut probieren. Mit der Frage: Hat denn das Progesteron noch andere Funktion? Naja, man muss mal ganz ehrlich sagen steckt auch in dem Wort Pro-gest-eron drin. „Gest“ ist das griechische Wort für Schwangerschaft. Das Progesteron hat im Wesentlichen den Job, A: Alles schön vorzubereiten, für eine Schwangerschaft und dann auch in der Schwangerschaft im Körper Dinge zu bewirken, die auch für die Schwangerschaft gut sind. Das ist dieser sedierende Effekt. Schwangere sollen nicht so viel rumrennen. Also, in Hamburg sagt man: Die Schwangeren sind Bräsig. Da wird man so

runtergefahren und das ist auch ganz gut so. Ich kann mich selber erinnern, in der Schwangerschaft – keine Couch war mir nah genug. Also, ich bin immer nach Hause gekommen – „Wo kann ich mich mal hinlegen? Bin so müde.“ Also, man ist einfach müde. Eine Freundin hat mir mal gesagt: „Es ist so eine süße Müdigkeit in der Schwangerschaft.“ Fand ich, ehrlich gesagt, sehr nett und sympathisch.

Also, man ist müde und das ist ganz sicher ein Effekt, des vielen Progesterons, was man hat. Das heißt, der Organismus wird runtergefahren. Die glatte Darmmuskulatur wird zum Beispiel auch runtergefahren. Die Gebärmuttermuskulatur wird runtergefahren, damit die sich nicht zusammenzieht und das Baby vorzeitig ausstößt. Also das sind alles so Effekte. Es wird dann von manchen postuliert, dass das Progesteron ja auch für andere Dinge ganz superwichtig und auch gesund und heilbringend ist. Und Sie merken schon so, wie ich das sage. Ich habe meine Zweifel, weil ein Hormon, das im normalen Leben immer nur zwei Wochen im Monat da ist und zwei Wochen lang gar nicht, da denke ich mir immer so: Das hat doch eine Ursache von der Natur, dass wir das nicht dauernd haben. Und wenn Sie mal ganz ehrlich sind, fühlen sich sehr viel mehr Frauen in der ersten Zyklushälfte besser, als in der zweiten, wo nämlich noch kein Progesteron da ist. Am besten fühlen sich die Frauen eigentlich in der zweiten Zykluswoche. Da ist schon ordentlich viel Östrogen im Rennen und noch kein Progesteron. Und da sind eigentlich Frauen, wenn sie sich mal umhören, besonders gut drauf.

Ich habe, glaube ich, eine einzige Patientin, die sagt, sie fühlt sich klar besser in der zweiten Zyklushälfte. Und das wollte ich schon publizieren, weil ich es eher ungewöhnlich finde, zeigt aber wieder alle Frauen sind unterschiedlich.

### **Katrin Simonsen**

Wir kommen zu einem ungewöhnlichen Fall jetzt. Diana ist in der Perimenopause, nimmt die Minipille, um die Hormonschwankungen in den Griff zu bekommen, und sie hat mit Übelkeit zu kämpfen und wird durch Übelkeit wach. Manchmal ist die Übelkeit auch verbunden mit

Hitze- und Kälteschüben. Und sie fragt sich jetzt: Ist die Übelkeit auch hormonell bedingt?

**Dr. Katrin Schaudig**

Das halte ich für wenig wahrscheinlich. Es gibt es in Einzelfällen mal, dass Hormone Übelkeit machen können. Ist aber eher bei den Antibabypillen, wo viel Ethinylestradiol drin ist, manchmal auch das Gestagen. Man müsste mal ausprobieren – das würde ich dann tatsächlich in dem Fall mal checken – was passiert, wenn ich das weglasse?

**Katrin Simonsen**

– also die Mini-Pille weglässt?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, die, das ist natürlich da ein bisschen gefährlich, weil dann der Zyklus außer Rand und Band gerät oder weil man schwanger werden kann. Aber ich würde tatsächlich im Auslassversuch klären, ob dann die Übelkeit weg ist. Wenn die Übelkeit sofort weg ist, dann war es ein Medikamenteneffekt. Man muss es ja vielleicht nicht für lange absetzen. Vielleicht mal zwei, drei, vier Wochen, muss dann natürlich einen Zyklus anders verhüten und kann auch sein, dass so einen Zyklus dann der Eierstock nochmal so ein bisschen außer Kontrolle gerät. Aber was Sie da schildern, lässt mich zum Beispiel an so was denken, wie eine Helicobacter-Infektion des Magens, die eigentlich so ein bisschen Chameleon von den Symptomen her sein kann. Das würde ich zum Beispiel abchecken.

Und ich würde unbedingt mich von einem Internisten auch mal auf Magenerkrankungen untersuchen lassen. Aber wie gesagt, um rauszufinden, ob es irgendwas mit den Hormonen zu tun hat, da ist eigentlich am besten, mal einen Auslassversuch zu machen. Aber diese Helicobacter-Geschichte würde ich unabhängig davon unbedingt mal abklären.

**Katrin Simonsen**

Jetzt haben wir viel über Hormone gesprochen. Viele Frauen entscheiden sich ja auch für pflanzliche Produkte gegen Wechseljahresbeschwerden und Schlafstörungen, so, wie unsere Hörerin Anne. Sie ist 61 Jahre alt und hat geschrieben: Naja, sie ist mehr oder weniger

gut durch die Wechseljahre gekommen. Geblieben sind aber Schlafstörungen und das Schwitzen. Und sie hat *femiLoges* genommen. Das ist wohl ein Rhabarberwurzelextrakt. Das hat sie auch ganz gut vertragen. Hat ihr auch gut geholfen. Das hat sie anderthalb Jahre lang genommen. Jetzt, im April, hat aber ihre Gynäkologin gesagt, ihre Eierstöcke seien tot, und sie soll das weglassen. Und wenn sie dann wieder schwitzen sollte, dann könne man eh nichts machen. Das bliebe dann halt so. Sie hat es weggelassen. Es ist schlechter geworden. Jetzt nimmt sie seit Juli das *femiLoges* wieder und fragt sich aber – auf dem Beipackzettel steht eigentlich, man darf es nur 4 Monate nehmen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Also, ich hätte jetzt nicht so viel Problem damit, das *femiLoges* weiter zunehmen. Das ist ein Phytoöstrogen. Also, das bindet auch an den Östrogenrezeptor. Richtige gute Daten zur Langzeitsicherheit haben wir nicht, das muss man mal ehrlicherweise sagen. Es ist ein pflanzliches Produkt. Manche dieser Phytoöstrogene sind zum Beispiel dafür bekannt, dass sie Leberwertprobleme machen oder was auch immer. Von dem *Remifemin*, das ist die Traubensilberkerze, die kein Pflanzen-Östrogen ist, also kein Phytoöstrogen, da weiß man zum Beispiel, dass es in Einzelfällen mal auf die Leber schlägt. Also, jemand, der zum Beispiel einen Leberschaden hat, da wäre ich auch mit solchen Substanzen immer ein bisschen vorsichtig. Aber ich hätte jetzt nicht so ein riesenproblem, das *femiLoges* weiterzugeben, wenn es ihr hilft. Und ich habe auch Patienten, die sagen, das hilft mir wirklich. Das geht auch so in die Richtung wie Rotklee, Hopfen, Sojaprodukte – das sind alles diese Phytoöstrogene. Das kann man, meines Erachtens, relativ sicher versuchen und auch länger nehmen.

**Katrin Simonsen**

Die Frage ist ja, Sie haben gesagt: Manche Frauen bei Ihnen in der Praxis, schwitzen noch mit 80. Könnte sie das auch bis 80 nehmen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Hätte ich kein Problem mit.

### **Katrin Simonsen**

Okay, Sie haben schon gesagt, Traubensilberkerze ist für die Leber manchmal ein bisschen schwierig. Da hat uns Kerstin einen Artikel geschickt, wo genau davor gewarnt wird. Wie gefährlich ist denn das?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Na ja, wissen Sie, also wenn ich jetzt jemanden habe, wo ich schon aus irgendeinem Grund weiß, die hat erhöhte Leberwerte, da würde ich die Finger von *Cimicifuga* lassen, weil ich wirklich nicht weiß, ob das das Problem explodieren lässt. Insgesamt ist es eine seltene Nebenwirkung. Ich würde bei jemandem, der das *Cimicifuga* sehr lange nimmt, da würde ich mal so einmal die Leberwerte checken. Wenn die jungfräulich sind oder völlig unauffällig, hätte ich jetzt gar nicht so ein großes Problem. Ich denke, das ist ein seltenes Phänomen.

Auch das ist natürlich wieder so mäßig gut untersucht. Warum? Na ja, das sind alles Nahrungsergänzungsmittel. Die unterliegen nicht den strengen Auflagen der Behörde. Das heißt, sie müssen auch nicht dauernd kontrolliert werden. Also, das heißt, wir haben nicht so wahnsinnig gute Daten dazu, was jetzt passiert, wenn 10.000 Frauen eines dieser Präparate nehmen und wie viele dann Leberwerterhöhung kriegen.

Meistens sind es Einzelfallberichte, wo bei irgendjemandem was aufgefallen ist, eine stärkere Leberentzündung oder was auch immer. Und dann hat man geguckt, was nehmen die denn so für Präparate. Und schwuppdiwupp hat man gesehen: Da ist so ein Phyto- so ein Pflanzenöstrogen am Rennen. Und jetzt setzen wir das mal ab. Und wenn es dann besser wird, dann weiß man erst da muss es einen Zusammenhang geben. Also wir haben extrem ungenaue Daten dazu, wie häufig sowas ist. Aber ich sage es mal so: In meiner Praxis – ich persönlich habe das noch nie erlebt, dass jemand mit sowas kam. Was nicht heißt, dass es nicht immer mal vorkommen kann. Man muss einfach so ein bisschen aufpassen.

### **Katrin Simonsen**

Dann kommen wir jetzt zur Schilddrüse. Wir haben ja schon zu Beginn unseres Podcast kurz darüber gesprochen. Und wir haben auch dazu einige Fragen erhalten, und zwar, unter anderem die Frage, ob denn sozusagen die Wechseljahre auch der Auslöser für eine Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion sein können. Oder warum tritt das in dem Alter bei so vielen Frauen auf?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Also, vielleicht tritt es deswegen auf, weil man einfach mal nachguckt. Also, die haben Beschwerden, und da wird irgendwie eine Blutuntersuchung gemacht. Und ich habe ja vorhin schon gesagt: Die Schilddrüse sollte man immer mit abklären. Es ist ein Kreuzchen auf dem Zettel oder man nimmt vielleicht sowieso Blut ab. Was wir aber wissen, dass immer alle Phasen des hormonellen Umbruchs, dazu gehört auch die Pubertät, aber dazu gehört auch zum Beispiel die Schwangerschaft. Also wenn sich hormonell wirklich was deutlich ändert, das hat Einflüsse auf unsere Immunologie, also auf die Abwehrprozesse in unserem Körper. Und was wir schon wissen, ist, dass gerade auch die Menopause oder die Perimenopause einhergeht mit einem etwas höheren Auftreten von Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse.

Und es kann sowohl eine Überfunktion sein, das wäre der Morbus Basedow, wo man Antikörper gegen die eigene Schilddrüse bildet, die dann auch mit einer Überfunktion einhergehen. Es kann aber auch eine Autoimmunerkrankung sein, die in Richtung Unterfunktion geht. Das wäre die Hashimoto-Thyreoiditis, also die Hashimoto-Schilddrüsenentzündung. Entzündung ist immer so ein bisschen schwieriges Wort, finde ich, weil da assoziiert man immer irgendwie eine richtige Entzündung. In dem Fall nicht. Aber die Schilddrüse verändert sich, wird quasi angegriffen von Antikörpern des eigenen Körpers, also Autoantikörper. Und das kann sowohl eine Überfunktion, als auch eine Unterfunktion der Schilddrüse zur Folge haben.

Und nochmal: Hormonelle Übergangsphasen, da sind Frauen besonders empfänglich dafür, dass sowas losgeht. Das Risiko ist jetzt nicht dramatisch hoch. Das sind dann vielleicht Häufigkeiten von, ich sage jetzt mal eine Hausnummer, doppelt so viel. Da aber, so eine Autoimmunerkrankung der Schilddrüse, jetzt nichts ist, was wahnsinnig häufig ist, ist es auch jetzt nicht was, woran wir in allererster Linie denken. Im Hinterkopf haben wir es schon. Deswegen: Schilddrüse sollte man immer mal untersuchen.

### **Katrin Simonsen**

Und Ruth fragt auch, ob es einen Zusammenhang zwischen den Wechseljahressymptomen und der Schilddrüse geben kann. Also sie ist 47 und der Zyklus ist seit zwei Jahren unregelmäßig. Jetzt hat man eine Unterfunktion der Schilddrüse festgestellt, und sie fragt sich, ob die Zyklusstörung sozusagen durch die Schilddrüse beeinflusst wurde.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Eine Fehlfunktion der Schilddrüse kann durchaus mal sich auf den Zyklus auswirken. Eine Unterfunktion beispielsweise führt ganz gerne mal dazu, dass die Eibläschen nicht optimal reifen, dass die Gelbkörperphase nicht optimal ist. Und wir sehen immer mal wieder Frauen, die dann so ein Vorschmier haben, bevor die Regel richtig losgeht. Bei Frauen mit Kinderwunsch ist man ja deswegen auch ganz besonders erpicht darauf, dass die Schilddrüsenachse gut eingestellt ist, dass die Schilddrüse gut funktioniert. Je älter Frauen werden, desto großzügiger ist man da. Aber es gibt absolut den Einfluss einer Schilddrüsenfehlfunktion auf den Zyklus. Eine volle Überfunktion führt auch durchaus mal dazu, dass die Regel ganz ausbleibt, also auch bei jungen Frauen. Da gibt es gegenseitige Beeinflussung. Es ist natürlich so, wenn jemand eine Zyklusstörung hat, weil er in den Wechseljahren ist, dann würde ich nicht in erster Linie die Schilddrüse dafür verantwortlich machen. Und man muss auch sagen, so richtig Vollbild einer Unterfunktion ist dann trotzdem was relativ Seltenes. Das sehen wir nicht oft.

Das tückische ist eben, dass Symptome oft den Symptomen der Wechseljahre ähneln. Also, haben wir vorhin auch schon gesagt: Überfunktion kann Herzklopfen machen, Schwitzneigung, so ein bisschen Unruhe. Eine Unterfunktion wiederum führt oft zu so einem Kälteempfinden, was vielleicht auch missinterpretiert werden kann. Wenn einem immer kalt ist, sagt man ja: Erst bricht mir der Schweiß aus, dann wird mir kalt. Dann Gewichtszunahme, das geht zum Beispiel so in Richtung Unterfunktion. Und die Überfunktion, ach so, das haben wir vergessen zu sagen: Macht natürlich auch die Schlafstörung. Also, es gibt da so Symptome, die quasi wie Mimikry das ein oder andere vorspiegeln könnte. Und man muss es einfach anschauen und dann auch behandeln.

Vielleicht ist eins noch wichtig: Wir sind bei Frauen in der Perimenopause und nach der Menopause mit Schilddrüsenhormon sehr viel zurückhaltender, weil es schon Daten gibt, dass eine zu streng eingestellte, Schilddrüse bzw. Schilddrüsenachse, zum Beispiel den Knochen schneller abbauen lässt, das heißt Osteoporose fördernd ist und auch eine zu gute Versorgung mit Schilddrüsenhormon, auch Alterungsprozesse anschiebt. Also jetzt nicht welche, die sie sehen – nicht nach dem Motto: Ich habe ja plötzlich fünfmal so viele Falten, sondern Alterungsprozesse im Gesamtorganismus. Das heißt, je älter Frauen werden, desto zurückhaltender sind wir mit Schilddrüsenhormonen.

### **Katrin Simonsen**

Spannend! Wir haben sogar aus der Schweiz eine Zuschrift bekommen. Martina ist 51, in der Perimenopause und nimmt seit 2009 L-Thyroxin für ihre Schilddrüsenunterfunktion. Sie hat Hashimoto, und sie fragt sich jetzt: Welchen Einfluss haben die Wechseljahre auf Hashimoto und falls sie sich für eine Hormonersatztherapie entscheiden würde, welchen Einfluss hätte diese auf die Schilddrüse mit Hashimoto und L-Thyroxin-Medikation?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Also, die letzte Frage, würde ich sagen, wenn da Hashimoto zugrunde liegt, dann hat die den

ja auch schon länger. Der kann sich in dieser Übergangsphase mal verschlechtern. Das ist das, was ich gerade gesagt habe, dass gerade Autoimmunprozesse möglicherweise in hormonellen Umbruchphasen angeschoben oder verstärkt werden. Aber die Hormontherapie selber, würde ich sagen, die macht eigentlich nichts an dem Hashimoto. Geschluckte Östrogene bewirken, dass man manchmal mehr Thyroxin braucht, weil die Bindungseiweiße in den Fällen erhöht werden. Und dann braucht man eben auch ein bisschen mehr Thyroxin, weil auch das Bindungseiweiß wird erhöht. Das muss man wissen. Also jemand, zum Beispiel eine junge Frau, die die Pille nimmt, braucht, wenn sie eine Unterfunktion hatte, ein bisschen mehr Thyroxin. Das Gleiche gilt einer Schwangerschaft. Aber ich hätte jetzt keine Sorge, dass eine Hormonersatztherapie den Hashimoto selber beeinflusst. Ich kenne da auch keine Daten zu, habe ich auch noch nie so gehört. Also, da wäre ich entspannt.

#### **Katrin Simonsen**

Okay. Und zum Schluss haben wir noch einen spannenden Denkanlass. Eine Hörerin fragt sich, wie man eigentlich unterscheiden kann, ob bestimmte Symptome von den Wechseljahren kommen oder vielleicht doch eine Folge von Long-Covid sind. Denn zu Long-Covid gehören ja auch Schlafstörungen, Erschöpfung, Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme. Haben Sie damit schon im Praxisalltag zu tun gehabt oder von anderen Kollegen davon gehört?

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

Das ist wirklich eine schlaue Frage. Und die Antwort heißt: Man kann das nicht auseinanderhalten. Wenn jetzt jemand entsprechende Symptome hat und ich auch vom Zyklus her und überhaupt den Eindruck habe, da sind jetzt Wechseljahre vorhanden, dann würde ich trotz allem denken: Nein, das ist jetzt eher ein Wechseljahresproblem. Aber das Long-Covid kann ja auch mal Zyklusstörungen machen, das wissen wir auch. Also, auch junge Frauen, die Covid haben oder Long-Covid, klagen über Zyklusstörungen. Und ich habe neulich von einer Forscherin am Leibniz-Institut hier gehört:

Man hat eben Covid, also dieses Virus, auch im Eierstock nachgewiesen. Also, das ist im ganzen Körper vorhanden. Und ich muss Ihnen sagen: Ich weiß es nicht. Da gibt es auch so speziell keine guten Studien zu. Was wir wissen, ist, dass Frauen, die Hormone nehmen, nach den Wechseljahren tatsächlich etwas mildere Verläufe von Covid haben, eine geringere Sterblichkeit und dass tatsächlich eine Hormontherapie einen gewissen schützenden Effekt auf die Auswirkungen einer Covid-Infektion hat. Eine nette Nachricht. Da freut man sich – einmal was Gutes über die Hormone auch! Also, das heißt, da haben wir auf jeden Fall auch einen Effekt. Aber wie man jetzt die Long-Covid-Symptome von den Wechseljahressymptomen unterscheidet, kann ich leider nicht sagen.

Ich finde die Frage total spannend. Ich habe selber wenig Erfahrung damit, weil ich sehe praktisch kaum Long-Covid-Patienten in der Praxis. Warum auch immer. Ich glaube, so viele sind es ja Gottseidank nicht. Und die treffen sich jetzt dann nicht unbedingt, weil mir in der Praxis. Die sind vielleicht auch so mit ihrem Long-Covid beschäftigt, dass sie ihre Wechseljahre gar nicht so richtig beachten, wäre so eine These.

#### **Katrin Simonsen**

Ja vielleicht. Aber das Problem könnte ja sein, dass es gar nicht auf Long-Covid zurückzuführen ist, sondern sich das irgendwie so unglücklich trifft und dass ihnen eigentlich eine Hormontherapie vielleicht helfen könnte.

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

Völlig richtig! Sehe ich auch so. Finde ich auch einen spannenden Ansatz. Habe ich noch nie was zu gehört. Aber es könnte sein. Ich halte es jetzt nicht für vollkommen ausgeschlossen.

#### **Katrin Simonsen**

Damit sind wir am Ende dieser Folge. Wir haben uns über Schlafstörungen unterhalten, die wirklich vielen Frauen in den Wechseljahren Probleme bereiten. Ich danke Ihnen, Frau Dr. Schaudig, für diese Folge! Es war wieder sehr, sehr spannend. Vielen Dank und Ihnen noch einen schönen Tag!

**Dr. Katrin Schaudig**

Vielen Dank, Frau Simonsen! Mir hat es auch sehr viel Spaß gemacht.

**Katrin Simonsen**

Danke, bis zum nächsten Mal!

Und in zwei Wochen, da geht's hier bei uns in „Hormongesteuert“ um das Thema Krebstherapie und Wechseljahre. Was macht eine anti-hormonelle Krebstherapie mit unserem Körper? Rutschen dann auch jüngere Frauen sofort in die Wechseljahre? Und wie kann man ihnen helfen? Nach wie vor könnt ihr uns auch gern schreiben an [hormongesteuert@mdraktuell.de](mailto:hormongesteuert@mdraktuell.de). Abonniert unseren Podcast und lasst gern eine Bewertung für uns da. Und natürlich freuen wir uns, wenn ihr uns weiterempfiehlt, an eure Freundinnen, Schwestern, Kolleginnen, Töchter, Mütter und natürlich gern auch an eure Partner und Partnerinnen. Diesen Podcast hört ihr überall da, wo ihr Podcasts hören könnt. Und natürlich werbefrei in der App der ARD Audiothek.

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

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