

## Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

10.06.2023 #15

Thema: Sex in den Wechseljahren

### Katrin Simonsen, Moderatorin

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

### Dr. Katrin Schaudig, Expertin

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

### Dr. Anneliese Schwenkhagen

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hormonexpertin, Mitglied im Vorstand der Deutschen Menopause-Gesellschaft

### Links zur Sendung:

Folge #7 von "Hormongesteuert" zum Thema Scheidentrockenheit:

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

Brisant-Artikel zur Sexualität in den Wechseljahren:

<https://www.brisant.de/gesundheit/sexualitaet/frauengesundheit/sexualitaet-wechseljahre-hormone-100.html>

Podcast-Hör Tipp "Die Paartherapie" vom NDR:

[https://1.ard.de/die\\_paartherapie](https://1.ard.de/die_paartherapie)

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

### Katrin Simonsen

Hallo und herzlich willkommen bei *Hormongesteuert*! Der Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren, natürlich auch wie immer für alle interessierten Männer. Wir wollen über alle Themen offen und ohne Vorbehalte sprechen und euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Redakteurin, Moderatorin bei MDR aktuell und die Expertin an meiner Seite ist Dr. Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Ich grüße Sie, Frau Schaudig! Hallo, nach Hamburg!

### Katrin Schaudig

Hallo, liebe Frau Simonsen. Ich freue mich auch wieder dabei zu sein!

### Katrin Simonsen

Frau Schaudig, heute wollen wir über ein Thema sprechen, über das viele Frauen meist nicht mit ihren Ärztinnen und oft vielleicht nicht mal mit ihren Freundinnen sprechen. Es geht um die sexuelle Unlust. Dabei sind sexuelle Funktionsstörungen bei uns Frauen gar nicht so selten. Und manchmal haben Sie auch was mit Hormonen zu tun. Und irgendwie fällt es vielen Frauen dann auch erst in den Wechseljahren auf. Sexualitäten und Wechseljahre, dafür haben wir uns eine ausgewiesene Expertin heute dazugeholt. Ich freue mich auf Dr. Anneliese Schwenkhagen heute mit uns im Gespräch. Herzlich willkommen.

### Anneliese Schwenkhagen

Schön, dass ich dabei sein kann. Ich freue mich.

### Katrin Simonsen

Ich möchte Sie erst kurz mal vorstellen, bevor wir anfangen. Dr. Anneliese Schwenkhagen ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hormonexpertin, arbeitet im Vorstand der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Sie hat vor vielen Jahren mit Ihnen, Frau Schaudig, die Praxis für gynäkologische Endokrinologie in Hamburg gegründet. Dort behandelt sie Patientin mit hormonellen Dysbalancen und hormonellen Störungen. Und sie sagt selbst über sich: „*Alles, was zwischen unseren Hormonen und unserem Gehirn abläuft, das fasziniert mich einfach*“. Seit vielen Jahren widmet sie sich dem Thema Sexualität und der Frage, was das auch mit Testosteron zu tun hat. Also, was unsere Libido auch damit zu tun hat. Frau Schwenkhagen, ich muss mich gleich zu Beginn unseres Gesprächs mal outen. Ich habe tatsächlich noch nie mit meiner Frauenärztin über Sexualität gesprochen. Wieso ist das Ihrer Meinung nach überhaupt ein Thema für den Termin beim Frauenarzt?

### Anneliese Schwenkhagen

Wenn man mal sich anguckt, wie viele Frauen sexuelle Probleme haben, dann stellt man

schnell fest allein das Top Thema Lustlosigkeit haben viele Frauen nicht, alle Frauen leiden darunter. Aber wenn man jetzt mal schaut, wie viele Frauen leiden denn tatsächlich unter sexueller Lustlosigkeit, haben es also nicht nur als Symptom, könnte auch mal was ganz Normales sein. Zum Beispiel, wenn ich gerade frisch entbunden habe, wenn ich wahnsinnig viel zu tun habe, dann ist Lust vielleicht nicht das, was mir gerade als Allererstes in den Kopf kommt. Aber wenn man mal so schaut, dann sind es ungefähr zehn Prozent aller Frauen, bei denen die Lustlosigkeit wirklich mit einem hohen Leidensdruck verbunden ist. Und wenn sie jetzt mal überlegen, zehn Prozent wieviel sind das? Wenn sie so U-Bahn fahren oder irgendwo ins Konzert gehen? Und sie zählen durch, zehn Prozent. Das sind dann doch ziemlich viele. Und genauso ist das in der Praxis.

Das heißt, ich als Ärztin, muss eigentlich damit rechnen, wenn man jetzt allein nur das Thema Lustlosigkeit anguckt, dass zehn Prozent der Frauen, die in meine Sprechstunde kommen, damit ein Problem haben. Und die Schwierigkeit ist die Sprachlosigkeit. Das heißt, es fällt nicht vielen Frauen leicht, über dieses Thema zu sprechen. Aber es fällt auch vielen Ärztinnen und Ärzten nicht gerade besonders leicht, über dieses Thema mit den Patientinnen ins Gespräch zu kommen. Sie haben mich gefragt, was die Gründe sind. Sicher vielfältig. Es ist ein schambesetztes Thema. Vielleicht ist es auch so, dass Patientinnen ihren Ärztinnen und Ärzten nicht immer zutrauen, über dieses Thema mit ihnen sprechen zu können. Umgekehrt ist es so, dass die Ärztinnen und Ärzte vielleicht auch das Gefühl haben, sie sind gar nicht richtig ausgebildet, über dieses Thema mit den Patientinnen zu sprechen. Das ist nämlich kein Thema, was in der Ausbildung typischerweise vorkommt. Das ist was, was man später nach der Ausbildung in vielen Fällen sich erarbeitet. Aber es ist kein Selbstgänger, muss man sagen.

Das heißt, es gibt viele Hürden, bevor das Thema angesprochen wird. Und unser Wunsch ist eigentlich immer, dass die Patientin keine

Angst haben soll, über dieses Thema zu sprechen, sondern einfach, wenn Sie was auf dem Herzen hat, mit uns zu sprechen. Denn welcher andere Arzt käme in Frage, was meinen Sie? Gehen Sie zum Hausarzt? Ganz regelmäßig. Würden Sie das unbedingt mit dem Hausarzt besprechen?

**Katrin Simonsen**

Ehrlich gesagt. Ich würde es wahrscheinlich mit gar keinem Arzt besprechen.

**Anneliese Schwenkhagen**

Aber mit wem besprechen Sie es dann?

**Katrin Simonsen**

Ja, das mache ich... Ich glaube viele Frauen machen das mit sich selbst aus.

**Katrin Schaudig**

Ja, ich, ich muss da. Ich muss da mal einhaken. Ich glaube, weil die Frage war auch, warum gerade der Frauenarzt? Dann muss die Antwort sein: Wenn überhaupt, dann der Frauenarzt oder die Frauenärztin. Weil genau, der Hausarzt, da wird keiner auf die Idee kommen. Und es hat natürlich auch etwas damit zu tun konkret, dass Sexualität natürlich auch mit den Organen irgendwie konkret zu tun hat, die wir in einer frauenärztlichen Praxis sehen und begutachten und untersuchen. Also, wir sind ja als Frauenärztinnen sozusagen am Ort des Geschehens unterwegs. Und das hat natürlich auch was mit Hormonen zu tun, die wiederum auch was mit Gynäkologie zu tun haben. Insofern ist, glaube ich schon, wenn überhaupt irgendein Arzt oder Ärztin, der Frauenarzt oder die Frauenärztin genau der Richtige.

**Anneliese Schwenkhagen**

Und dann muss man ja aber überlegen wir reden in der Gynäkologie über Verhütung. Ich meine, da geht es ja um Sex. Also, das heißt da sind wir doch mittendrin im Thema.

**Katrin Simonsen**

Wie oft kommt das so vor, dass Frauen von sich aus das bei Ihnen ansprechen?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Bei uns in der Praxis häufig. Was aber wahrscheinlich daran liegt... Ja, was aber bestimmt daran liegt, dass bekannt ist, dass wir über dieses Thema reden. Und wissen Sie was? Wir haben so einen Fragebogen, den wir unseren Patientinnen immer geben. Da gibt es tatsächlich auch explizit Fragen zum Thema Sexualität, weil uns das tatsächlich wirklich interessiert, weil wir wissen wollen, wie geht es meinen Patientinnen, wie geht es der Patientin da? Und kann ich etwas für sie tun?

### **Katrin Simonsen**

Ich habe gelernt in der Vorbereitung, dass sexuelle Unlust die häufigste sexuelle Dysfunktion bei Frauen ist. Jetzt wären viele Frauen denken na ja, das ist ja vielleicht auch mit zunehmendem Alter normal, dass man nicht mehr so viel Lust hat. Wo ist sozusagen die Grenze zwischen normal und das ist eine Dysfunktion?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Ganz einfach. Wenn es für sie als Patientin ein Thema ist, was sie belastet, dann komm ich sozusagen als Ärztin ins Spiel. Ich habe ja eben schon gesagt, es gibt ganz viele Situationen, wo das vielleicht einfach schlichtweg erstmal vollkommen normal ist. Ja, also, wenn ich gerade mein ganzer Tag voll ist mit anstrengenden Dingen, die ich regeln muss. Ja, dann ist Sex gerade nicht das, was ich ganz vorne auf meiner To-do-Liste habe. Und wenn ich in einer ganz anstrengenden Phase meines Lebens bin, dann ist das vielleicht auch längerstreckig mal so, aber es stört mich nicht. Es wird allerdings dann ein Problem draus, wenn dann der Partner sagt, sag mal was ist eigentlich mit dem Sex? Ist es jetzt kein Thema mehr? Hast du keinen Sex mehr mit mir? Was ist los und dann ein Beziehungskonflikt raus wird, oder, oder, oder. Ja, dann kann das schon ein Thema werden. Ganz klar.

### **Katrin Schaudig**

Aber vielleicht, weil du gerade den Fragebogen angesprochen hast. Bei uns im Fragebogen steht eben auch drin. Okay, da gibt es ein Problem oder nicht. Und dann ist ja unsere nächste

Frage. Und stört Sie das? Vielleicht sagt die Patientin, hatte schon seit zehn Jahren keinen Sex mehr und dann muss die Frage sein: Stört Sie das oder nicht? Also, das ist das, was ja auch automatisch mit abgefragt wird, weil vielleicht stört dies gar nicht. Und sie sagt, „*Nee, ist jetzt irgendwie kein Thema. Brauche ich nicht, will ich nicht*“. Ist auch in Ordnung. Alles, was die Patientin als gut empfindet, ist normal.

### **Anneliese Schwenkhagen**

Genau. Und dann die dritte Frage, die sich daran anschließen würde, ist, möchten Sie daran was verändern? Weil es kann ja sogar sein, dass die Patientin sagt: „*Nee mein System läuft so stabil. Ich finde das zwar nicht schön, und es nervt mich auch. Aber ich will das eigentlich nicht verändern*“. Das habe ich schon erlebt.

### **Katrin Simonsen**

Und sie haben auch erzählt im Vorgespräch, dass viele Frauen dann gerade in den Wechseljahren kommen und sagen, das, hat doch bestimmt mit meinen Hormonen zu tun.

### **Anneliese Schwenkhagen**

Das der Klassiker: *Frau Doktor, ich habe keine Lust mehr auf Sex. Das sind doch sicher die Hormone.*

### **Katrin Schaudig**

Ja, genau, ganz, ganz schlimm. Ganz schlimm ist es dann, wenn der Mann noch mitkommt und sagt: *Meine Frau will nicht mehr, los gib ihr Hormone. Damit es wieder funktioniert.* Erleben wir auch relativ oft. Das sind die Situationen, wo ich dann manchmal darüber nachdenke, den Partner rauszuschicken, um dann mit der Patientin das Thema wirklich dezidiert in der Tiefe zu besprechen.

### **Katrin Simonsen**

Sind es denn auch oft die Hormone?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Das ist die Hoffnung der Patientinnen. Und wir versuchen dann im Gespräch sehr genau herauszuarbeiten, was es denn vielleicht sonst noch sein könnte. Und es gibt so ein paar Fragen, die da ganz hilfreich sein können. Wenn man darüber spricht.

Also, die erste wichtige Frage... Eigentlich ist es so, als würde man darüber reden, sie haben Bauchschmerzen und ich muss rauskriegen, was ist mit Ihnen los. Dann würde ich sie als Erstes fragen: okay, wann hat das Übel angefangen? Ja, dann sagt die Patientin in den Wechseljahren möglicherweise: „Naja, nach der Schwangerschaft“ Dann weiß ich schon mal, okay also, die Wechseljahre waren es nicht, dass ist jetzt sehr überspitzt. Aber ungefähr so muss man sich das vorstellen. Dann kommt die nächste wichtige Frage: Haben Sie selber eine Idee, warum das so ist? Und dann fällt es mir manchmal schwer, den Mund zu halten. Aber das ist hilfreich. Und dann sagt die Patientin vielleicht irgendwas, was uns dann im weiteren Gespräch wirklich weiterbringt.

Und dann gibt es noch zwei Fragen, die wirklich ganz wichtig sind, die man in dem Zusammenhang stellen kann. Die eine Frage ist: Was würde denn passieren, wenn das verschwinden würde, dieses Problem? Was wäre dann anders in ihrem Leben? Dann hat mir irgendwann mal auf diese Frage die Patientin sagt: „Ja, da muss ich mir keine Sorgen mehr machen, dass er mir vom Hof reitet.“ Okay, dann ist irgendwie völlig klar das Problem, was wir hier haben, ist möglicherweise kein hormonelles, sondern hier geht es um Paarkonflikt. Und die Frage kann man auch umgekehrt dann noch mal stellen und kann sagen: „Naja, und was ist, wenn es so bleibt, wie es jetzt ist?“ Und auch da kriegt man dann sehr unterschiedliche Antworten. Dann habe ich so eine gewisse Basis. Erstmal, dass ich so weiß, worum es geht. Und dann kann ich von dort aus in die Tiefe gehen.

Und ja, die Hormone können eine Rolle spielen. Aber wenn ich so sagen würde über die vielen Jahre, die ich das jetzt schon mache. Es gibt ganz, ganz, ganz oft auch ganz viele andere Probleme, die eine Rolle spielen können. Und da muss man eben ganz genau gucken was ist jetzt das führende Problem? Und was fangen wir eins nach dem anderen an zu behandeln, beziehungsweise um uns zu kümmern.

### **Katrin Simonsen**

Was denn so ihre Erfahrung nach die größten Lustkiller?

10:22

### **Anneliese Schwenkhagen**

Stress, Angst, Depressionen. Das ist das, was fast immer ganz weit vorne kommt. Und wenn man Frauen fragt, was sind denn aus Ihrer Sicht aus Sicht der Frau die größten, die schwierigsten Dinge? Ja, wann hat das Ganze angefangen? Und was unterhält das? Dann kommt ganz, ganz oft Schwangerschaft und Geburt und die Zeit danach als Top eins. Dann kommt gerne Überforderung, dann wird gerne auch genannt Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Dann kommt, in der wissenschaftlichen Literatur würde man das nicht vermuten, schlechter Liebhaber, also sprich, das läuft nicht so richtig gut, wie man es sich so vorstellt. Aber das könnte man ja nachschulen, indem man über das Thema einfach spricht. Also, letztendlich wird da schon ein kommunikatives Problem deutlich. Und dann gibt es eben auch noch als letzten Punkt oft das Zeitproblem, was von Frauen angegeben wird, das nur so ganz global. Aber wenn man sich anguckt, was macht es schwierig, dann sieht man, dass Depressionen einfach ein ganz, ganz hohes Risiko haben mit einem Leidensdruck. Also, dass sexuelle Probleme mit Leidensdruck einhergehen.

Und die andere spannende Frage ist ja, was macht es denn besser? Und dazu gibt es wirklich sehr viel Literatur. Und die kommt immer, immer wieder zu dem gleichen Ergebnis, nämlich das gute Kommunikation über die eigenen sexuellen Bedürfnisse der Schlüssel dazu ist, dass es gut funktioniert. Und genau das ist sehr oft das Problem, dass die Kommunikation über die eigenen Bedürfnisse nicht gut ist. Wir gucken uns dann auch immer noch mal gemeinsam an, was so die Hauptgründe für Lustlosigkeit sind. Und man kann das so im Gespräch dann sehr gut noch mal so aufdröseln und kann sagen: „Okay, die erste große Gruppe sind Probleme, die was mit ihnen selber zu tun haben.“

Und ja, da können die Wechseljahre eine Rolle spielen, wenn ich ganz doll Hitzewallungen habe, wenn ich Schweißausbrüche habe, wenn ich *Brainfog* habe, wenn ich nicht mehr belastbar bin, wenn ich mich völlig unwohl in meinem Körper fühle. Eine Hitzewallung nach der anderen habe.“ Ja klar, dann kann das natürlich Einfluss auf die Sexualität nehmen.

Eben schon angesprochen Stress, Angst und Depressionen, Überforderung, Medikamente. Es gibt viele Medikamente, die als Nebenwirkungen einen negativen Einfluss auf die Sexualität haben können, allen voran Antidepressiva, die ja auch sehr breit und sehr viel verordnet werden. Also eine gute Medikamenten-Anamnese gehört unbedingt dazu. Chronische Schmerzen zum Beispiel sind auch so ein Punkt, die wichtig sind, die einen sehr, auch wenn man älter wird, einfach blockieren kann. Chronische Krankheiten allgemein, also zum Beispiel so etwas wie, wenn ich jetzt eine kaputte Hüfte habe, dann ist Sex vielleicht in einer Art und Weise, wie ich ihn vorher gehabt habe, einfach gar nicht mehr richtig möglich, weil es einfach furchtbar wehtut.

Dann gibt es den zweiten großen Block. Da geht es um die Frage, wie ist es mit der Beziehung? Ist es eine gut funktionierende Beziehung? Wie ist die Kommunikation? In den Bereich gehört auch, wie gesundheitlich fit ist eigentlich mein Partner? Hat der vielleicht eine Potenz-Problematik oder eine erektile Dysfunktion oder vorzeitigen Samenerguss? Das ist was sehr Häufiges über alle Altersklassen hinweg, was sich auch nachteilig auswirken kann.

Oder dann gibt es einen ganz kritischen Punkt, wo ich immer wieder feststelle, dass es ganz viele Paare unterschätzen und viele Paare da eine Falle rutschen. Das heißt „sinnvolle Paarzeit“. Was ist das? Sinnvolle Paarzeit würde zum Beispiel bedeuten ich beschäftige mich tatsächlich mit meinem gegenüber. Nicht: Wir gucken zusammen fern, sitzen nebeneinander und gucken gemeinsam fern, sondern wir gucken, Überraschung, uns gegenseitig an. Und wir räumen dem auch Zeit ein. Also, es geht dann darum. Nicht, wer organisiert Omi? Wer

kauft ein? Und was machen wir in den Sommerferien? Wie organisieren wir die Kinder? Sondern was ist eigentlich mit dir? Um was geht's eigentlich gerade? Und das ist ein Punkt, bei den ganz oft Tränen kommen, weil dann rauskommt, dass es eigentlich überhaupt keine Kommunikation mehr gibt oder nur noch ganz wenig. Die Patientin sagt dann mit Tränen in den Augen: „Einmal im Monat und das auch nur, wenn ich es mir mühselig erarbeite.“ Ja, das heißt mangelnde Kommunikation ist wirklich ein ganz großes Problem, dass Frauen und Männer irgendwie sich nicht trauen, über dieses Thema miteinander gut zu kommunizieren.

Und der letzte große Brocken, der spielte zum Beispiel bei Corona auch eine große Rolle. Das sind so, wir nennen das externe Faktoren. Also das heißt, wie sind denn die Rahmenbedingungen. Während der Corona-Pandemie haben alle 24 Stunden am Tag aufeinander gesessen in einer möglicherweise Kleinwohnung. Alle immer im Schlumpumpel-Look, weil es so bequem. Ja, und die Kinder 24 Stunden nebenan im Zimmer, das sind ja echt keine guten Bedingungen für eine entspannte Sexualität, das haben wir ja alle erlebt. Das ist für jeden, für alle superschwierig gewesen. Und darunter kann natürlich auch die Sexualität total leiden. Aber wenn man das alles besprochen hat, ja. Und dann natürlich auch noch solche Sachen abfragt, wie was ist mit Orgasmus, haben Sie Schmerzen beim Verkehr? Wenn man das alles abgefragt hat, dann hat man schon wirklich ganz viele Dinge herausgearbeitet und weiß dann schon okay, da geht die Reise hin. Da muss ich vielleicht mal genauer hingucken.

### **Katrin Simonsen**

Sie haben viele spannende Sachen angesprochen. Ich will mal was rausgreifen. Sie haben gesagt, oft ist ein Knackpunkt Schwangerschaft, Geburt und die veränderte Lebenssituation. Ist es dieser Stress, der uns sozusagen überwältigt und keine Lust mehr empfinden lässt? Oder ist es auch diese hormonelle Umstellung, die stattfindet, erst Schwangerschaft, dann stillt man das Kind eine Weile. Wie hängt das zusammen?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Das ist ganz schwer zu beantworten, was genau tatsächlich da der führende Faktor ist. Ich glaube persönlich, dass es so eine Mischung von allem ist. Also, sie haben kein normales Zyklusgeschehen mehr nach der Entbindung, wenn sie voll stillen, zumindest am Anfang nicht, die Eierstockfunktion ist weit runtergefahren. Sie haben Milchhormone, Milchhormon drosselt das sexuelle Interesse, wenn es dauernd da ist. Sie haben ganz viel Oxytocin, sie haben ganz viel Bindung mit dem Kind, was sie gerade geboren haben. Das macht natürlich auch was mit einer Frau und drosselt naturgemäß ein bisschen das sexuelle Interesse. Aber irgendwann sollte dann eigentlich auch wieder der Punkt kommen, wo es auch wieder den Fokus auf andere Dinge gibt. Und ja, das ist sicher die Lebenssituation. Und es ist sicher ein bisschen auch die Hormone. Aber wenn sich das nach einer gewissen Zeit einfach nicht wieder normalisiert, dann finde ich, ist der Moment gekommen, wo man reden sollte.

### **Katrin Simonsen**

Gibt es eigentlich auch Studien, tatsächlich so zu Lebensphasen und sexueller Lust?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Ja, gibt es, gibt es. Und ja, das ist spannend. Also, da sieht man, dass es zwei Gruppen gibt. Also, zwei Phasen im Leben, eigentlich drei, wo es schwierig wird. Die erste Phase sind junge Frauen, also in der Jugendzeit und junge Frauen. Die haben dann zum Beispiel auch gerne mal Orgasmus-Probleme und wir erklären uns das so, dass das vielleicht ein Erfahrungsdefizit ist. Das heißt, dass diese Frauen einfach noch nicht die Erfahrungen gemacht haben, die man braucht, um entspannt zum Orgasmus zu kommen. Das ist so, dass eine Lustlosigkeit kann da auch eine Rolle spielen. Aber das ist... Das Orgasmus-Problem ist gerade in dieser Phase oft ein Problem. Wir haben auch in dieser frühen Phase oft Vaginismus-Probleme. Das heißt die Schwierigkeit, dass die Frauen beschreiben, dass es beim Sex ganz doll wehtut und dass er Schwierigkeiten hat seinen Penis in ihre Scheide einzuführen.

Die Erklärung dafür ist eine Verspannung der Beckenbodenmuskulatur, die die Frau nicht unter Kontrolle hat und die sich einfach anspannt. Und dann geht eben nichts mehr. Die gute Nachricht ist das kann man super, supergut therapieren.

Aber das sind so zwei Themen, die gerade bei jüngeren Frauen ein häufiges Problem sind. Dann gibt es eben, haben wir schon eben besprochen, die Zeit nach der Entbindung, da spielt zum einen das Thema Lustlosigkeit eine Rolle. Da können aber auch Schmerzprobleme eine Rolle spielen, die vielleicht auch was mit Problemen zu tun haben können, die im Rahmen der Entbindung aufgetreten sind, wenn es größere Verletzungen gegeben hat. Das normalisiert sich aber erfreulicherweise in der Regel innerhalb der nächsten 6 bis 12 Monate wieder sehr gut. Und dann gibt es eben die Phase der Wechseljahre, die noch mal schwierig werden kann. Das ist einfach. Deshalb gibt es ja auch diesen Podcast. Sie reden drüber, Frau Schaudig redet darüber. Viele reden drüber, weil es einfach so eine komplizierte Lebensphase ist, wo, naja, die Situation hormonell schwierig ist, das Leben anstrengend ist. Da kommt einfach wahnsinnig viel zusammen.

Und dass da die Sexualität auch mal leiden kann, ist naheliegend, was ganz spannend ist, dass sexuelle Kontakte mit dem Älterwerden weniger werden. Und man hat sich gefragt, ist es denn eigentlich das Alter per se? Oder ist es vielleicht die Dauer der Beziehung, die entscheidend ist? Und bei der Untersuchung hat man herausgefunden, dass das biologische Alter gar nicht so der entscheidende Faktor ist, sondern die Dauer der Beziehung. Sprich anders ausgedrückt, wenn ich eine Patientin vor mir sitzen habe, die irgendwie Mitte 30 ist und seit 15 Jahren mit ihrem Partner zusammen ist, dann hat die möglicherweise insgesamt eine sehr viel problematischere, für sie problematischere erlebte Sexualität, sehr viel seltenere Sexualität als eine Frau, die, sagen wir mal 63 ist und gerade frisch verliebt ist. Die frische Verliebtheit macht alles ganz einfach. Mutti Natur hat immer einen Trick im Ärmel.

**Katrin Simonsen**

Weil dann die Hormone anders wieder ticken?

**Anneliese Schwenkhagen**

Genau, der Hirnstoffwechsel funktioniert anders. Es ist einfach spannend und interessant. Und wir sind so gepolt. Dann gibt es im Hirn so einen schönen Cocktail von Botenstoffen, die einem sagen, Sex ist super, vergiss alles andere. Ich bin jetzt mal sehr stark überspitzt. Und dann läuft es alles ganz super. Aber dieser Vollrausch, ich nenne das jetzt mal so, der hält nicht lange vor. Das Gehirn lernt irgendwann okay, kenne ich, kenne ich, kenne ich auch, super. So spannend ist jetzt auch nicht mehr. Ja, leichte Langeweile macht sich breit. Das heißt nicht, dass die Sexualität dann irgendwie schlecht ist. Ja, es ist sehr, liegt ja auch immer im Auge des Betrachters. Sie findet dann einfach nicht mehr so häufig statt. Und wenn man das ganz genau nachguckt, stellt man fest nach sechs bis zwölf Monaten hat sich das System wieder runtergeregelt und das deckt sich auch ganz gut mit der persönlichen Erfahrung vieler Menschen, die sagen, ja, am Anfang war es super und dann wurde es halt weniger. Heißt nicht, dass es schlechter wird. Aber es ist nicht mehr so spannend.

20:52

**Katrin Schaudig**

Aber ich muss da mal einhaken, weil wir ja auch hier über die Wechseljahre sprechen. Es gibt einfach verschiedene Modelle und das Entscheidende ist, dass man versucht, mit relativ wenigen Fragen. Wir haben ja auch in einer Sprechstunde nicht ewig Zeit rauszufinden, wo liegt jetzt hier eigentlich das Problem? Und es gibt durchaus Frauen, die mir zum Beispiel sagen, ich bin seit 30 Jahren verheiratet und zweimal die Woche hatten wir Sex und plötzlich ist es wie abgewürgt und zwar seit die Wechseljahre da sind. Die gibt es und das muss man ernst nehmen. Das heißt, da scheint der Hormonmangel sehr wohl was auszulösen. Aber sehr viel häufiger ist das, was Frau Schwenkhagen gerade geschildert hat, nämlich, dass man immer nachfragen muss, wie

lange sind Sie denn zusammen? Wie lange besteht die Beziehung? Und wenn sie nachdenken, ging das nicht schon dann so in den ersten zwei, drei Jahren nach dem ersten Verliebtheitsrausch, wo kein Aufzug sicher war sozusagen, weil man so viel Lust hatte und dass eigentlich alle sagen, naja, das lässt dann normalerweise nach.

Und man muss nur gucken gibt es um die Wechseljahre herum, nun tatsächlich eine Art *break*? Oder ist es ein Prozess, der schon länger sich abspielt? Und Frau Schwenkhagen hat es ja auch gerade gesagt, Stress und Depression ist ein wichtiger Faktor. Nun was passiert gerade in dieser Perimenopause? Da haben die Frauen gehäuft depressive Verstimmungen, gehäuft Stimmungsschwankungen, schlafen irre schlecht und dass man dann schon gleich gar keine Lust mehr hat, das ergibt sich eigentlich wie von selber. Also, das sind schon so Faktoren, die eine Rolle spielen, und das muss man einfach wirklich rauskriegen mit der Patientin besprechen.

**Katrin Simonsen**

Aber das klingt, zumindest wenn es so um die Paarbeziehung geht, eher nach einem Paartherapeuten und nicht nach einem Fall für eine Frauenärztin, oder?

**Anneliese Schwenkhagen**

Genauso ist das auch. Das kann dann eben sein, dass am Ende des Gesprächs irgendwie rauskommt: Also, ich glaube, Ihre Beziehung muss auf die Couch. Und das heißt jetzt nicht, dass Sie unbedingt alle sofort zur Paartherapie müssen. Aber vielleicht wäre einfach gut, wenn man, wenn Sie beide einfach miteinander erst mal wieder ins Gespräch kommen, dann können wir überlegen, wie wir das so ein bisschen aufziehen, das ins Gespräch kommen. Aber es müssen nicht alle jetzt zum Psychologen, auf gar keinen Fall. Und es müssten auch nicht alle zum Paartherapeuten. Ganz oft erlebe ich es, wenn wir einfach ein Gespräch mal geführt haben und geguckt haben, woran liegt's denn? Dass dann ganz viele Frauen gut dazu in der Lage sind, das Problem anzugehen.

Ja, wichtig ist ja auch, überhaupt erst mal darüber geredet zu haben, die schwierigen Worte in den Mund genommen zu haben. Die Sätze zu Ende gedacht zu haben und nicht auf der Hälfte der Strecke schon wieder, weil es alles so schwierig ist, gar nicht mehr, lieber doch nicht weiter drüber nachgedacht haben.

### **Katrin Simonsen**

Ja, manchmal scheitert eine langjährige Beziehung auch daran, dass man einfach keine Lust mehr aufeinander hat. Dann kann eine Paartherapie helfen. Und wie das dort abläuft, könnt ihr euch im NDR Podcast „Paartherapie“ mal anhören. Unsere Kolleginnen dürfen hautnah dabei sein, wenn Therapeut Eric Hegmann Paare berät. Richtig gehört, die sind bei realen Therapiesitzungen dabei. Offen und ehrlich, erzählen verschiedene Paare über Eifersucht, emotionale Distanz, Sexflauten und über das Gefühl, sich nicht auf den anderen verlassen zu können. Der Podcast Paartherapie, den hört ihr in der ARD Audiothek und überall, wo ihr auch *Hormongesteuert* hören könnt.

Frau Schaudig, hat gerade schon angesprochen, diese Wechseljahre Problematik mit den verschiedenen Symptomen, die hier auch extrem nervig sind und Kraft kosten. Da gibt es ja dann auch noch sozusagen bei längerem Östrogenmangel diese vaginale Atrophie, also die Scheidentrockenheit, die auch wirklich schmerzhaft ist. Klagen darüber viele Frauen bei ihnen in der Sprechstunde, dass sie dann auch Probleme beim Sex haben?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Absolut. Und das Spannende daran ist, es ist den Frauen gar nicht unbedingt klar, dass das der Zusammenhang ist. Ja, die haben ein Problem. Aber denen ist gar nicht unbedingt klar, dass das jetzt ein Östrogenproblem ist und dass vielleicht die Blasenentzündungen, das kam ja im Podcast auch schon, damit zusammenhängen könnten. Und dass es eine ganz einfache Möglichkeit gibt, es zu therapieren, und wir in unserer Praxis, Frau Schaudig, ich, unsere Kollegin. Wir schreiben jeden Tag Hormone für die Scheide auf, in allen Altersgruppen, mit der Idee, das dauerhaft zu machen,

weil man da wirklich viel gewinnen kann und das absolut risikoarm ist und man so viele Vorteile davon hat.

### **Katrin Simonsen**

Frau Schaudig, das hatten wir in Staffel 1 schon mal ausführlich besprochen. Das ist sozusagen wirklich hundertprozentige Wirkung.

### **Katrin Schaudig**

Das ist eine hundertprozentige Wirkung. Und diese Trockenheit der Scheide haben ja im Prinzip hundert Prozent aller Frauen. Es gibt Frauen, die auch, was ihre Sexualität angeht, da trotzdem gut mit zurechtkommen. Und die sagen mit Gleitgel alleine funktioniert das super. Das muss man einfach auch rausfinden. Aber im Prinzip, dass die Scheide, die Scheidenhaut dünner und trockener wird, das ist ein hundert Prozent Symptom. Und man muss natürlich auch sagen, das ist das einzige Symptom, was auf keinen Fall weggeht. Hitze wallungen, Schlafstörungen, Stimmung, das verbessert sich häufig wieder. Aber das ist ein Symptom, was bleibt.

Und es ist natürlich schon so, dass ist auch für uns in einer Praxis der erste Schritt, wenn die Patientin dann auch sagt, „...und ich habe schon gar keine Lust mehr drauf, weil es ich weiß ja, es wird wehtun“. Dass der erste Schritt ist, diese Schmerzen beim Verkehr durch eine entsprechende konsequente, langfristige lokale Therapie, also vaginale Therapie, zu beheben. Wenn das schon mal weg ist, dann gibt es nicht wenige Patientinnen, die sagen, „ach und jetzt macht es auch wieder mehr Spaß und jetzt kommt auch die Lust auf“.

Und weil sie so sagten Paartherapie oder Therapie, ich kann das völlig bestätigen. Alleine wenn wir das Thema auf den Tisch bringen, alleine die Awareness zu schaffen, also das Bewusstsein und die Chance, darüber zu sprechen, mit mir, aber auch mit dem Partner, die verändert ganz viel. Also, alleine schon das Gespräch, das Ansprechen, kommen die Patienten oft hinterher und sagen, „Ja, ich habe jetzt mit meinem Partner darüber gesprochen und wir sind fein damit und wir arbeiten daran“.



Ich glaube, dass wir einfach da so eine Anstoßfunktion haben können, ohne dass gleich ein Paartherapeut her muss. In vielen Fällen allerdings doch auch. Also, so ist jetzt auch nicht.

#### **Katrin Simonsen**

Frau Schwenkhagen. Sie haben schön beschrieben, sozusagen die langjährige Beziehung als Lustkiller. Allerdings ist es ja eigentlich schön, wenn man eine langjährige Beziehung hat.

#### **Anneliese Schwenkhagen**

Genau völlig richtig. Wenn das der einzige Faktor wäre, dann wären wir alle längst getrennt. Aber glücklicherweise hängt es ja nicht nur davon ab. Oder?

#### **Katrin Simonsen**

Aber, wenn man sozusagen, man hat die Kinder gekriegt, man hat nebenbei noch gearbeitet, dann gehen die Kinder aus dem Haus, dann ist die Frau in den Wechseljahren. Kann man sich eigentlich auch entwöhnen vom Sex oder kriegt man das wieder hin? Kommt da alles wieder ins Lot?

#### **Anneliese Schwenkhagen**

Ich glaube, dass das alles wieder ins Lot kommen kann. Eine Kollegin von mir, mit der ich viele Jahre sehr eng zusammengearbeitet habe, die leider früh verstorben ist, die hat immer ein Beispiel dafür gehabt. Die hat dann immer gesagt: „Naja, das ist so. Früher hat man vielleicht mal einen Tanzkurs gemacht oder Tangokurs oder irgendetwas. Und das konnte man super. Das war ganz toll, hat großen Spaß gemacht. Großartig. Und dann hat man das einfach irgendwann mal... ist es in Vergessenheit geraten, dann kann man das aber wieder aus der Mottenkiste herausholen. Dann muss man einfach noch mal ein bisschen üben. Und da kann man es auch alles wieder ganz schön und so wie früher und vielleicht noch neue Sachen dazu entdecken und weiterentwickeln.

Das heißt, wenn einmal das Ganze zum Erliegen gekommen ist, heißt das überhaupt nicht, dass das so bleiben muss, sondern man muss es dann halt aktiv wieder anfangen. Also, wenn man keine Lust auf Sex hat und einfach wartet, dass die Lust eines Tages vom Himmel fallen

wird. Den Gefallen tut sie einem in der Regel nicht, sondern man muss sich schon so ein bisschen darum kümmern.

#### **Katrin Simonsen**

Aber Sie haben schon gesagt, problematisch ist es natürlich, wenn Krankheiten sozusagen dahinterstecken. Und Sie haben auch Krankheiten bei den Männern erwähnt, Potenzprobleme, Erektionsstörungen. Ich habe gehört, das fand ich spannend, dass eine Erektionsstörung auch das erste Vorwarnsignal sein kann, dass vielleicht später sogar ein Herzinfarkt droht.

#### **Anneliese Schwenkhagen**

Genau. Und das ist was, was ich im Gespräch mit meinen Patientinnen auch immer wieder genau thematisiere. Also, ich frag explizit danach, wie ist es denn bei ihrem Mann? Gibt es da Probleme? Und oft genug höre ich: „Ja da gibt es Probleme, habe ich ihm auch schon gesagt. Aber er geht nicht zum Arzt.“ Das ist so der Text. Und dann ja genau. Und dann sage ich, wissen Sie also, es gibt einen Zusammenhang dazwischen. Man kann sich das ja leicht vorstellen. Also, es geht hier um Durchblutung, und diese Penisgefäße sind klein, besonders empfindlich. Wenn die anfangen, zu verkalken, und die Mechanik im Gefäß plötzlich nicht mehr funktioniert, dann ist es nicht mehr lange, bis das im Herz auch nicht mehr geht. Und am Penis merken die Männer es zuerst. Am Herz merken Sie es erst viel später.

Das heißt, man könnte sogar sagen: Wenn das passiert, dann sollte man es unbedingt ernst nehmen und sein Herz angucken lassen. Damit man dann dagegen was tun kann, dann tut man A was, damit die Erektion wieder besser wird. Und B was fürs Herz ist doch eigentlich gar nicht so schlecht. Und wenn ich das bespreche mit meinen Patientinnen, dann sagen die, ach so, das kann ich meinen Mann sicher vermitteln. Und dann erlebe ich ganz oft das im nächsten Gespräch. Ich frage und wie ist es? „Ja. Er ist auch gleich zum Arzt gegangen.“

#### **Katrin Simonsen**

Ich fand es auch hochspannend, muss ich sagen. Ich wusste das auch nicht.

30:18

**Katrin Schaudig**

Auch viele Mediziner nicht, muss man sagen.

**Katrin Simonsen**

Wir wollen noch mal zurückkommen zu den Hormonen, denn momentan ist das Testosteron ja sozusagen in aller Munde. Gerade auch auf den sozialen Medien wird da viel drüber geschrieben. Auch die Frauenärztin Sheila de Liz empfiehlt in ihrem Buch „Woman on Fire“ allen Frauen Testosteron zu nehmen für mehr Lust, mehr Energie, mehr Konzentrationsfähigkeit. Was hat es auf sich mit dem Testosteron?

**Anneliese Schwenkhagen**

Ja, Testosteron ist auf jeden Fall wichtig für die weibliche Sexualität. Das ist klar. Da gibt es auch viele Studiendaten zu, die das so belegen. Es ist aber keinesfalls so, als ob jetzt alle Frauen plötzlich Testosteron bräuchten. Wenn man jetzt mit einem wissenschaftlichen Auge darauf guckt und sich anschaut, gibt es, für was gibt es denn, wie wir das in der Medizin sagen, eine wissenschaftliche Evidenz. Also, wirklich gute Gründe zu sagen diese Frau ist eine Kandidatin für Testosteron, dann ist das aktuell tatsächlich ausschließlich das Thema sexuelle Lustlosigkeit, die für die entsprechende Frau dann auch zum Problem geworden ist.

Nicht etwa, ich habe *Brainfog*, Wellness oder sonst was. Das wird über, Entschuldigung, wenn ich das jetzt so platt formuliere, aber das wird landauf-landab irgendwie so ein bisschen so gehandhabt. Und das ist aber tatsächlich nicht ausreichend untersucht. Das muss man einfach ganz klar so sagen. Und für die Sexualität ist es untersucht und da sehen wir auch gute Effekte, wenn wir jetzt nicht eine andere Ursache haben, also den Paarkonflikt löst man dann möglicherweise durch eine Trennung, aber nicht durch das Testosteron und ob das Testosteron an der Trennung schuld war, das kann man nur spekulieren. Keine Ahnung. Aber jedenfalls, dass jetzt alle plötzlich irgendwie eine Hormontherapie mit Testosteron brauchen. Das ist wissenschaftlich, sicherlich, kann man so nicht unterschreiben.

**Katrin Simonsen**

Aber es gibt schon ein Zusammenhang zwischen Testosteron und Libido.

**Anneliese Schwenkhagen**

Ja, den gibt es. Aber es ist leider nicht so einfach, dass man sagen kann ein niedriger Testosteronspiegel erklärt sofort die Lustlosigkeit.

**Katrin Simonsen**

Aber da gibt es so einen Spezialfall, wenn Frauen die Eierstöcke entfernt werden. Und dazu habe ich auch eine Hörerin-Mail bekommen. Unsere Hörerin ist 42 Jahre alt, hatte schon mit 33 ein Triple Negatives Mamakarzinom. Bei ihr wurde dann dieses Brustkrebsgen Typ eins festgestellt. Die Brustdrüsen und die Eierstöcke wurden entfernt. Jetzt schreibt sie: „Seit 2015 bin ich Krebsfrei. Durch die Eierstockentfernung leide ich an den typischen Wechseljahresbeschwerden. Therapiert werde ich mit Gynoflor und Vitamin D. Was mich aber besonders belastet, ist der hundertprozentige Libido-Verlust auf allen Ebenen, der auch meine Beziehung massiv belastet. Eine wirkliche Beratung zu Möglichkeiten der Behandlung mit Hormonen habe ich bisher nicht gefunden.“ Warum macht das ein massives Problem, wenn die Eierstöcke entfernt werden?

**Anneliese Schwenkhagen**

Die Eierstöcke produzieren Testosteron, ist ja erstmal eine wichtige Nachricht, Frauen haben Testosteron und das gehört auch dahin. Und es stammt eben grob zu 50 Prozent aus dem Eierstock, um die anderen 50 Prozent stammen aus der Nebennierenrinde. Das ist ein Organ, das neben der Niere liegt. Einfallloser Weise heißt es dann eben Nebenniere. Und in der Rinde dieser Nebenniere wird eben auch Testosteron gebildet. Und wenn man die Eierstöcke rausnimmt, dann fällt der Testosteronspiegel bei Frauen ab. Das tut er vor den Wechseljahren und nach den Wechseljahren. Und dann habe ich plötzlich einfach weniger davon. Und das ist tatsächlich...

**Katrin Schaudig**

Dramatisch viel weniger. Das muss man sagen.

**Annelise Schwenkhagen**

50 Prozent!

**Katrin Schaudig**

Es ist genau, das geht richtig doll runter. Entschuldigung, ich wollte dich nicht unterbrechen.

**Anneliese Schwenkhagen**

Alles gut, alles gut, ist super, dass du es noch mal ergänzt hast. Und das ist auch genau die Gruppe, die man als Allererstes untersucht hat, Frauen mit Eierstocks Entfernung, als es darum ging, zu beweisen, dass es im Zusammenhang zwischen Testosteron und Lust gibt. Und was passiert, wenn man dann Testosteron zurückgibt? Das ist ja das, was man dann tut. Niedrig dosiert Testosteron nicht in den Dosen für Männer, sondern für Frauen. Und dann stellt man eben fest in den Studien, dass sich da die Sexualität, die Lust verbessert.

**Katrin Simonsen**

Und warum hat man das unserer Hörerin nicht gesagt und sie dann nicht damit behandelt?

**Anneliese Schwenkhagen**

Naja, sie hat ein Mammakarzinom, sie hat eine Brustkrebserkrankung. Das ist jetzt kein Selbstgänger, dass man sagen kann, na ja, das macht jetzt gar nichts, dass die einen Brustkrebs hat, sondern das sind komplizierte Fälle. Gottseidank haben wir ja mittlerweile Medikamente, die wir gegen die Hitzewallungen einsetzen können, die dann auftauchen. Es gibt auch medikamentöse Therapieoptionen, die man in einer solchen Situation einsetzen kann. Man kann bestimmte Antidepressiva einsetzen, die eine lustfördernde Wirkung haben. Das ist aber ein sogenannter *off-label-use*.

Das heißt, sie sind dafür nicht zugelassen. Es gibt aber Studien, die zeigen, dass solche Medikamente tatsächlich positive Effekte haben. Aber das Allerwichtigste ist, glaube ich, erst mal ein wirklich gutes Gespräch zu diesem Thema, um so zu gucken, was sind eigentlich so die einzelnen Themen? Um was geht's? Welche Erwartungen gibt es? Was können wir tun, um die Gesamtsituation zu verbessern? Das wäre, glaube ich, wirklich wichtig.

**Katrin Simonsen**

Aber jetzt wenn sie Patientinnen haben, die keinen Brustkrebs haben und wo die Eierstöcke aus anderen Gründen entfernt werden müssen, weisen Sie die darauf hin, dass es dann einen akuten Testosteronmangel gibt und behandeln sie die dann mit Testosteron?

**Anneliese Schwenkhagen**

Nur, wenn sie Beschwerden haben. Also, ein niedriger Testosteronspiegel macht nicht automatisch jede Menge Probleme. Es gibt ganz viele Menschen auf der Welt, die einen ganz niedrigen Testosteronspiegel haben. Für die ist es vollkommen normal. Die brauchen auch keine Therapie. Aber es gibt eben Frauen, die darunter leiden und die sagen: Seitdem meine Eierstöcke entfernt worden sind und jetzt habe ich meine Hormonersatztherapie und ich habe keine Hitzewallungen, ich schlafe gut, ist alles prima, fühle mich wohl. Aber die Lust ist weg. Das sind genau die, die man initial untersucht hat. Und wenn man denen Testosteron gibt und sie in den Testosteron-Bereich so in den oberen Normbereich von jungen, gesunden Frauen bringt. Dann geht es denen viel besser. Dann haben die wieder Lust in vielen Fällen, nicht in allen. Aber in vielen Fällen zeigen einfach unglaublich viele gut gemachte Studien: Das funktioniert gut.

**Katrin Simonsen**

Aber bei dem Fall unserer Hörerin ist sozusagen ihre Diagnose. Das Brustkrebsgen, das wäre ein Ausschlussfaktor.

**Anneliese Schwenkhagen**

Das Gen weniger, aber vor allen Dingen die Brustkrebserkrankung. Die hatte ja schon Brustkrebs.

**Katrin Simonsen**

Obwohl sie jetzt frei ist? Krebsfrei? Sie sagt sie ist...

**Anneliese Schwenkhagen**

Ja also, das ist schwierig. Ich bin gespannt, was Frau Schaudig gleich dazu sagt. Aber das ist auf jeden Fall keine Situation, wo man einfach tiefenentspannt sagen kann ja, mach ich mal, ist easy.

### **Katrin Schaudig**

Ja, streng genommen ist es auf jeden Fall eine Kontraindikation, auf jeden Fall für Hormongabe. Wir geben ja in sehr vielen Fällen sowieso eine Kombination, wenn wir Testosteron einsetzen von Östrogen mit dem Gelbkörperhormon plus Testosteron. Wenn die Frau keinen Uterus mehr hat, können wir auf das Gelbkörperhormon verzichten. Wir machen in einzelnen Fällen auch mal eine Testosteron-Therapie alleine, das gibt es durchaus. Trotzdem haben wir keine Daten dafür. Was macht Testosteron an einem Brustkrebsrisiko? Und man muss ja leider sagen, selbst wenn die Frau als geheilt gilt, und der Brustkrebs schon lange zurückliegt, gibt es ja immer wieder Fälle, wo auch Jahre später doch noch mal Tochtergeschwülste dieses Brustkrebses auftauchen. Das heißt, dass der aufflackert.

Mit anderen Worten: Bei jemandem, der schon mal Brustkrebs hatte, hat auf einer Seite auf jeden Fall ein erhöhtes Risiko, dass sie nochmal einen Brustkrebs kriegt, auf der anderen Seite, oder das, der nochmal aufflackert. Das heißt, jegliche Hormongabe, und das ist wurscht ob Östrogen oder Testosteron, wird man mit extremer Zurückhaltung sehen. Nun ist diese Patientin, wenn ich Sie richtig verstanden habe, triple-negatives Mammakarzinom, richtig?

### **Katrin Simonsen**

Genau, genau.

### **Katrin Schaudig**

Selbst da ist es so, dass man streng genommen sagt, am besten keine Hormone. Man kann sich dann bei extrem hohem Leidensdruck und wenn es schon lange zurückliegt und die Gesamtsituation so ist, zusammen mit der Patientin überlegen. Okay, wir versuchen das. Aber das ist streng genommen nicht erlaubt. Und die Patientin muss es absolut wollen. Und das muss man auch gut dokumentieren. Wir machen es in Einzelfällen, absolut.

Ein anderer Punkt ist, weil Sie gerade schon so sagten, die Patientinnen mit diesem Gen, die dürfen keine Hormone nehmen. Nein, das ist falsch. Die Patientin mit diesem Brustkrebsgen

das im Fachbegriff BRCA 1 oder 2. Die haben auch ein hohes Eierstockkrebsrisiko. Das ist auch der Grund, warum man die Eierstöcke früh entfernt, zum Beispiel um die 40 rum. Dann steht sogar in der Leitlinie: Danach sollen die Hormone bekommen, also Östrogen und Gelbkörperhormone. Wir sehen viele Patientinnen bei uns in der Praxis bereits vorher zur Beratung. Weil sie so sagten, die Patientin ist nicht drauf aufmerksam gemacht worden, dass dann sie ein Problem kriegt nach der Eierstockentfernung. Also, das ist jetzt nicht unsere Erfahrung. Wir kriegen explizit auch Patientinnen mit dieser Fragestellung noch einmal geschickt. Lassen Sie sich beraten.

Was machen wir, wenn die Eierstöcke entfernt werden? Dann raten wir, wenn noch keine Brustkrebserkrankung war, grundsätzlich zu einer Hormongabe. Und was das Testosteron angeht, da bin ich völlig mit Frau Schwenkhaugen d'accord. Ich frage die dann, ich sag denen vorher, es könnte sein, dass es einen Einfluss auf ihre Sexualität hat. Muss aber nicht, weil wir auch die Nebennierenrinde, die wird ja nicht entfernt, die auch männliche Hormone macht, die ist ja noch da. Und die trägt ja auch in diesem System noch zur Hormonproduktion bei. Und ich habe viele Patienten, die danach mir glaubhaft sagen, nee, an meiner Sexualität hat sich nichts geändert. Und da sieht man wieder, dass Frauen eben unterschiedlich ticken. Ich sehe aber auch die, die sagen, da passiert jetzt gar nichts mehr. Und da setzen wir dann auch konkret Testosteron ein.

40:06

### **Katrin Simonsen**

Zum Thema Testosteron gibt es auch noch viele, viele Fragen aus unseren Hörer-Mails. Welche Rolle spielt das in unserem Körper? Wie viel Testosteron brauchen wir Frauen eigentlich? Darüber wollen wir noch mal extra sprechen und zwar in 14 Tagen. In der kommenden Folge werden wir drei uns dann noch mal über dieses Thema ausführlich unterhalten. Ich komme noch zu einer nächsten Hörermail zum Thema Sexualität. Unsere Hörerin schreibt:

### **Hörerinnen-Mail**

*Ich bin gerade 50 geworden und mittendrin im Umbau. Ich erlebe mit mir selbst und mit meinem Partner einen ganz neuen Aushandlungsprozess bezüglich sexueller Lust und Unlust. Dass dies offenbar im Zusammenhang mit den Wechseljahren steht, entlastet uns beide. Technisch gesehen hätte ich folgende Frage, welche Gleitmittel empfehlen Sie? Hat die Nutzung von Kondomen einen Einfluss zum Beispiel, dass man weniger Blasenentzündung bekommt? Und gibt es praktische Tipps zum Koitus? Dabei würde mich interessieren, wie es um die Schwellkörper in der Scheide bestellt ist? Bisher funktionieren sie noch sehr gut bei mir oder lässt das vielleicht auch mit dem Alter nach?*

### **Anneliese Schwenkhagen**

Erst mal zum Thema Gleitmittel. Alles ausprobieren. Bedürfnisse sind ganz verschieden. Es gibt keins, wo ich sagen würde, super, nur das tut's, sondern man muss einfach ausprobieren.

### **Katrin Simonsen**

Schützen Kondome vor Blasenentzündung?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Jein. Also, die typisch postmenopausale Patientin, die keine Hormone bekommt, hat ja durch den Mangel an Östrogen ein hohes Risiko für Harnwegsinfekte. Und ja, in dieser Situation könnten Kondome tatsächlich einen gewissen Schutz darstellen. Ich würde aber immer favorisieren, und damit sind wir schon bei Frage, drei, Östrogene einzusetzen. Denn ein Östrogenmangel macht nicht nur die Schleimhäute trockner, sondern geht auch eine Etage tiefer. Das heißt, das Bindegewebe wird immer weniger. Und wenn man Untersuchungen anschaut, tatsächlich kernspintomografische Untersuchung der Klitoris und also der Gewebe, die um die Scheide drum rumliegen, dann sieht man, dass das immer weniger wird. Und Östrogene können da viel Positives bewirken. Wir haben vorhin schon drüber gesprochen. Also Östrogene ins Trinkwasser? Vielleicht nicht, dass ist keine gute Idee. Aber Östrogene für alle nach der letzten Regelblutung ist schon für die Scheide auf jeden Fall eine ziemlich gute Idee. Auch was die Sexualität angeht.

### **Katrin Simonsen**

Das sind diese Estriol-Cremes, die man vaginal verwendet.

### **Anneliese Schwenkhagen**

Zum Beispiel. Es gibt auch Zäpfchen, Tabletten. Es gibt einen östrogenfreisetzenden Ring. Es gibt alles Mögliche, man muss halt ausprobieren, was gut ist.

### **Katrin Simonsen**

Und dann kommen wir zu den Schwellkörpern in der Scheide. Muss man Angst um die haben und um seinen Orgasmus?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Wenn sie keine Hormone nehmen vielleicht schon. Also, für die Scheide. Es ist tatsächlich so, die werden kleiner. Und mit den Östrogenen haben Sie da positive Effekte. Also, Östrogene für die Scheide sind wirklich, wirklich richtig gut. Da sind Frau Schaudig und ich uns auch völlig einig das gehört eigentlich wirklich... Wenn sie nicht wirklich eine ganz klare Kontraindikation haben und mir fällt eigentlich gerade wirklich keine so richtig ein, dann sind Östrogene einfach gut. Die Botschaft heißt hier: Machen! Keine Angst vor Östrogenen für die Scheide.

### **Anneliese Schwenkhagen**

Unsere nächste Hörerin. Die nimmt diese Estriol-Creme bereits äußerlich und mit Applikator und fragt sich, was ist denn? Die habe ich jetzt genommen, dann hat mein Mann Lust auf Sex. Kann ich den dann irgendwie? Hat das irgendwelchen Einfluss auf meinen Mann, wenn der dann Cremereste sozusagen über seinen Penis aufnimmt?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Theoretisch schon. Theoretisch wäre das tatsächlich denkbar. Aber, jetzt kommt das Aber. Die Wirkung dieser Östrogene ist sehr schwach und die Kontaktzeit in der Regel kurz, das heißt, der Effekt dürfte eher gering ausgeprägt sein. Ich würde es riskieren. Um es mal auf den Punkt zu bringen. Ich glaube, ich würde mir da jetzt nicht so Sorgen machen.

### **Katrin Schaudig**

Nein, nein. Also, vor allen Dingen, wenn dann gerade tatsächlich die Lust über einen kommt, worüber man sich ja dann möglicherweise besonders freut in einer Situation, wo es nicht mehr alles so perfekt funktioniert, dann sollte das auf keinen Fall ein Grund sein zu sagen: „Nein, brauchen wir nicht.“ Aber es war noch eine andere Frage. Das fand ich interessant, die sagte, welche Praktiken oder welche Form der Sexualität ist gut für mich. Richtig? War das die Frage? Ja und da muss ich so sagen, das finde ich immer wieder interessant. Wir sprechen ja über dieses Thema dauernd mit unseren Patientinnen. Und ich hatte vor kurzem erst wieder eine Patientin, wo wir es tatsächlich nicht optimal geschafft haben, ihre vaginalen Beschwerden richtig top in Griff zu kriegen. Das sind Gottseidank Einzelfälle. Aber die gibt es immer mal, wo wir mit all unserem ärztlichen Wissen es nicht schaffen, dass alles perfekt wieder hinzukriegen.

Und die Patientin, sagte aber dann: „Wissen Sie, Herr Doktor, ich habe das ganz gut hingekriegt mit meinem Mann. Wir machen einfach andere Dinge, um die Intimität klar zu halten. Sei es mit streicheln, vielleicht auch Oralsex. Was auch immer.“ Ich glaube, das Wichtigste ist, und das schaffen wirklich viele, zu sagen okay, der Sex findet heute ein bisschen anders statt als früher und auch mit anderen Praktiken vielleicht. Das funktioniert völlig fein. Und ich glaube, das ist eine wichtige Botschaft, auch für die Frage dieser Patientin. Man muss einfach ausprobieren. Das wichtigste ist, dass man darüber spricht, um sich im Klaren ist, okay, es verändert sich was. Und wir machen das Beste draus.

### **Anneliese Schwenkhagen**

Nicht immer nur darauf gucken, was man nicht kann. Also, nicht immer nur dieses Defizit anschauen. Das geht nicht, das geht nicht. Ich will wieder, dass es so wird wie früher. Das wird es wahrscheinlich nicht, sondern eher darauf zu gucken, was ist schön? Was tut mir gut? Was geht? Was finde ich schön? Ja also, ressourcenorientiert zu gucken. Wenn man immer nur

aufs Defizit guckt, dann ist es irgendwann einfach nur noch vorbei. Dann hat man so sich selbst so ein Korsett angelegt. Man kann sich gar nicht mehr bewegen, wenn man sich aber davon mal freimacht und einfach zu gucken zu experimentieren. Das hast du ja eben auch sehr schön beschrieben mit einer Patientin. Was geht, was macht mir Spaß? Ich habe Alternativen gefunden, die finde ich gut, dann ist es doch genau goldrichtig.

### **Katrin Simonsen**

Ich wollte auch noch einmal zurückkommen zu: Schadet das meinem Mann? Manche Frauen führen, ja auch das Progesteron vaginal ein. Schadet das dann?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Also, ehrlicherweise, ich glaube, dass es nicht schadet. Ja, ich glaube, dass es nicht schadet. Also so irgendwie. Es ist keine Standardtherapie, dass Frauen Progesteron vaginal einführen, das machen einige. Viele machen es nicht. Aber einige machen das. Aber ich glaube nicht, dass das ein ernsthaftes Problem gibt.

### **Katrin Simonsen**

Okay.

### **Katrin Schaudig**

Ne, würde ich auch sagen, macht nichts. Es verändert natürlich ein bisschen auch das Scheidenmilieu bei manchen vielleicht dahingehend, dass es tatsächlich dann auch besser gleitet, kann ich mir durchaus vorstellen. Bei anderen, die finden es dann eher blöd. Und ich habe auch Patienten. Ich habe welche, die das Vaginal nehmen, die sagen, naja, wenn ich ahne, heute wird es passieren. Dann nehme ich es an dem Tag eben doch geschluckt. Also, ich finde das ist überhaupt kein Problem.

### **Katrin Simonsen**

Wir hatten vorher schon das Thema. Welche Folgen hat eine Eierstockentfernung eventuell für die Libido? Nun soll es darum gehen, welche Folgen hat eine Gebärmutterentfernung auf die Orgasmus-Fähigkeit? Unserer Hörerin wurde die Gebärmutter entfernt. Sie schreibt, sämtliche Ärzte haben behauptet, die Gebä-

mutter wäre ja nur zur Schwangerschaft nützlich. Ansonsten bräuchte die Frau keine Gebärmutter und hätte auch auf das sexuelle empfinden keinen Einfluss. Lediglich, dass die Libido bei manchen stärker bei manchen schwächer würde.

Tatsächlich ist... Niemand hat sie darauf hingewiesen, dass bestimmte Sportarten, Jogging oder Trampolinspringen hinterher nicht mehr gut möglich sind, weil die Haltefunktion der Gebärmutter fehlt. Und niemand hat gesagt, dass Frauen auf drei Arten Orgasmen erleben und manche eben auch einen Uteri-Orgasmus, also durch den Uterus. Und bei ihr war das wohl so. Und nun ist es so, dass sie gar nichts mehr spürt. Und sie fühlt sich eigentlich kastriert und verstümmelt. Gibt es einen Rat für unsere Hörerinnen und hätten die Ärzte über mögliche Folgen besser aufklären müssen?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Also, das ist eine schwierige Frage. Es gibt Studiendaten dazu, die zeigen, dass sich die Sexualität nach einer Gebärmutterentfernung verändern kann, aber nicht muss. Das ist ganz wichtig und man sieht, dass die Gefahr, dass es zu Veränderungen der Sexualität kommt, umso größer ist, je ausgedehnter, radikaler der Eingriff ist. Es gibt auch sehr differenzierte Möglichkeiten, wie man testen kann in Studien, ob nach einer Gebärmutterentfernung sich bestimmte, eine Empfindlichkeit in der Scheide beispielsweise verändert. Das Interessante daran ist, man kann was messen, aber die Frauen nehmen es gar nicht wahr. Man kann es nur eben messen. Aber es macht nichts.

Und ich glaube, das Wichtige ist, dass man erst mal ernst nimmt, dass die Patientin sagt meine Sexualität hat sich nach dieser Operation verändert und wichtig ist auch, sich zu überlegen... Viele Frauen erleben eine Gebärmutterentfernung als enorme Entlastung und als Verbesserung ihrer Sexualität, weil es ja einen Grund für die Gebärmutterentfernung gibt. Wenn ich zum Beispiel eine Gebärmutter habe, die voller Myome, Muskelknoten ist und ich sehr, sehr starke Regelblutung und schmerzhafte Regelblutung habe in Folge dieser so

stark veränderten Gebärmutter. Dann bin ich danach möglicherweise ganz glücklich, dass ich das Problem nicht mehr habe und so eine groß vergrößerte Gebärmutter kann sich auch sehr nachteilig auf die Sexualität auswirken. Da gilt wieder: jede Frau ist anders. Und was schon wichtig ist in so einem Aufklärungsgespräch vor einer Gebärmutterentfernung, das auch zu besprechen, dass es Veränderungen geben kann und wie Frauen ihre Sexualität erleben.

Wir wissen aus Studien, dass es sehr wichtig ist, dass man, also, wenn die Sexualität vorher schon ein bisschen eingeschränkt war. Dann kann es eben sein, dass es danach ein bisschen stärker wird, das heißt, darüber zu reden. Es geht immer ums Reden, ist auf jeden Fall wichtig. Also, sich klarzumachen was sind meine Einstiege in die Sexualität? Was brauche ich, um erregt zu werden? Was brauche ich vielleicht auch nicht, was ist für mich wichtig? Dann kommt man der Sache tatsächlich näher.

### **Katrin Simonsen**

Offenbar war ihr das selbst ja auch gar nicht so bewusst.

### **Anneliese Schwenkhagen**

Ja, das ist oft so, dass es und es ist auch das, muss man sagen, es ist kein häufiges Phänomen. Das ist untersucht. Und es ist jetzt nicht so, dass man allen Frauen sagen muss: „Oh Gott oh Gott, wenn ihr euch die Gebärmutter rausnehmen lasst, dann wird danach ihre Sexualität ganz furchtbar werden.“ Das ist auf keinen Fall so.

### **Katrin Simonsen**

Gibt es einen Rat für unsere Hörerin?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Schwierig. Ich glaube, was die Hörerin machen sollte: Sich auf jeden Fall noch mal eine Ärztin, einen Arzt ihres Vertrauens suchen und dieses Thema noch mal ganz genau angucken und genau das machen, was wir besprochen haben, nämlich zu überlegen, was ist schön? Was ist nicht schön? Und sich genau zu überlegen, was kann man vielleicht noch tun, um die Gesamtsituation zu verbessern? Und es ist eben nicht

nur die Existenz oder das Fehlen der Gebärmutter, sondern da spielen eben noch viele andere Faktoren eine Rolle, die man möglicherweise positiv beeinflussen kann.

51:14

### **Katrin Schaudig**

Also, ich muss auch dazu sagen ich kenne dieses Phänomen... Ich habe gerade darüber nachgegrübelt, ob ich eine Patientin hatte, die mir das schon mal berichtet hat. Und ich muss sagen mir fällt keine ein, die explizit sagt: *Ich habe seitdem gar keinen Orgasmus mehr.* Ich hatte vor kurzem mal jemanden, auch sehr dramatisch. Da ist eine Blasenhebung gemacht worden. Ich weiß gar nicht mehr, ob mit oder ohne Gebärmutterentfernung. Und seitdem war wie abgeschnitten, die Sexualität völlig dahin. Und da muss man natürlich sagen, wenn Blase gehoben wird, wenn in der Scheide was gerafft wird, dann kann... Da werden natürlich auch Nervenenden durchgeschnitten und so was. Da kann es schon mal eher sein. Aber ich gebe zu, ich kläre auch Patientinnen nicht darüber auf, wenn ich die zur Gebärmutterentfernung schicke. Es könnte sein, dass ihr Orgasmus wegbleibt.

### **Anneliese Schwenkhagen**

Und man muss ehrlicherweise sagen: Wir machen ja die Gebärmutterentfernung auch aus einem Grund, wir machen das ja nicht grundlos. Und es gibt eine medizinische Indikation, die es notwendig macht, dass man die Gebärmutter entfernt. Das macht man ja nicht leichtfertig. Dafür gibt es einen Grund. Und ich glaube, es ist wichtig, dass man so eine Operation gut begleitet. Aber es ist nicht so, als hätten die Frauen reihenweise damit Probleme. Das ist einfach nicht so.

Wir machen in unseren Kursen, wenn wir dieses Thema bearbeiten, die wir so geben, um Frauenärztinnen und Frauenärzte auszubilden in dem Bereich, erstellen wir, wenn es um dieses Thema geht, immer die Frage: Wer von Ihnen hat das schon mal gehört? Und es sind immer eins, zwei, die sagen ja, ich habe schon mal gehört, dass sich da was verändert. Aber es ist sehr, sehr selten. Aber auch dann: Es ist

halt manchmal möglich und man muss dann eben gucken, wie man mit Problemen umgeht.

### **Katrin Simonsen**

Und zum Schluss wollen wir noch über eine Hauterkrankung im Genitalbereich sprechen. Da habe ich auch verschiedene Mails bekommen. Und die macht wohl auch Probleme beim Geschlechtsverkehr. Es geht um *Lichen sclerosus* bei Frauen. Zunächst müssen wir mal erklären, Lichen sclerosus was ist das überhaupt?

### **Katrin Schaudig**

Naja, Lichen sclerosus ist eine Hauterkrankung, die auch der Hautarzt zum Beispiel behandelt, muss man so sagen und das ist eben eine Störungen. Ich weiß gar nicht...

### **Anneliese Schwenkhagen**

Letztendlich ist es sowas, chronisch entzündliches, immunologisches was in allen Altersklassen auftreten kann, was typischerweise dazu führt, dass die Haut sich verdickt, die Schleimhäute, die Vulva-Lippen immer flacher werden und am Ende der Scheideneingang immer enger werden kann und wenn man es nicht behandelt, konsequent behandelt und die Therapie der Wahl wäre Cortison. Kann da auf der Grundlage dieses chronischen Prozesses auch später Krebserkrankungen entstehen.

Deshalb ist es A wichtig, dass man das erkennt. Typisches Symptom ist Juckreiz, chronischer Juckreiz. Wenn man die Patientinnen untersucht, sieht man, dass es so ein bisschen weißlich verändert ist. Man sieht eben, dass die Vulva-Lippen immer flacher werden, manchmal gar nicht mehr darstellbar sind. Manchmal ist auch, das ist dann ganz doof, die Klitoris sozusagen unter einem Häutchen verborgen. Und das Wichtigste ist erstmal, dass es dann dafür gibt es auch spezielle Zentren im Zweifelsfall, dass die Diagnose gesichert wird. Und dann ist eben die Therapie der Wahl Cortison und das tatsächlich dauerhaft.

### **Katrin Simonsen**

Wo holt man sich sowas? Oder?

### **Anneliese Schwenkhagen**

Das holt man sich nicht.



**Katrin Simonsen**

Okay.

**Anneliese Schwenkhagen**

Das ist keine Erkrankung, die man sich im Schwimmbad oder beim Sex holt.

**Katrin Simonsen**

Ja, okay, wo kommt das dann her?

**Anneliese Schwenkhagen**

Das ist letztendlich nicht geklärt. Das ist eine von den vielen Hauterkrankungen, die auftauchen können und einfach, die man leider einfach im Laufe des Lebens entwickeln kann. Das kann man auch als Kind schon bekommen. Es gibt sogar Babys, die das schon haben.

**Katrin Simonsen**

Und stellen Sie fest, dass die Frauen das vermehrt in den Wechseljahren auch bekommen?

**Katrin Schaudig**

Ja, es ist, ich würde mal sagen, es tritt häufiger auf, je älter Frauen werden. Du hast ja gerade schon gesagt Anne, es gibt es auch bei kleinen Mädchen tatsächlich. Was aber eher selten ist, muss man sagen. Es ist schon eine Erkrankung, die gehäuft bei älteren Frauen auftaucht und die wir dann auch bei der Krebsvorsorgeuntersuchung auch uns anschauen. Und da ist natürlich immer wichtig es ab zu grenzen, dass es nicht doch ein Krebs der Vulva ist. Das muss man nachgucken und man sollte es behandeln, unbedingt. Aber es ist schon ein Thema, was, würde ich mal sagen, bei meinen Wechseljahren Patientinnen oder bei denen der Postmenopause häufiger vorkommt.

**Anneliese Schwenkhagen**

Und es ist ja auch so, dass die dann eben möglicherweise zwei Probleme haben. Die haben erstens den Lichen, der Probleme macht und zweitens den Östrogenmangel. Und beides muss man dann eben behandeln.

**Katrin Simonsen**

Und kann man das beides zusammen behandeln? Also, kann ich das Cortison, muss ich das auch als Salbe auftragen, oder?

**Anneliese Schwenkhagen**

Ja, genau. Aber das muss ich ja nicht täglich machen. Das kann ich gar nicht. An einem Tag mache ich dann Creme A und am anderen Tag mache ich Creme B.

**Katrin Simonsen**

Das geht?

**Anneliese Schwenkhagen**

Ja.

**Katrin Simonsen**

Weil da fragte auch eine Hörerin, weil sie das Gefühl hatte, dass vielleicht sogar verschlimmert wird durch die Estriol-Creme, kann nicht sein?

**Anneliese Schwenkhagen**

Ja, vielleicht ist es so, dass wenn der Lichen noch nicht so richtig gut behandelt ist, dass die Haut sehr empfindlich ist. Und diese ganzen Cremes haben Zusatzstoffe. Und es gibt Frauen, die auf die Zusatzstoffe in den Cremes reagieren. Und vielleicht ist es genau das Problem der Hörerin, dass die Creme an sich nicht gut verträglich ist. Dann würde ich noch mal mit der Gynäkologin sprechen, vielleicht noch eine andere ausprobieren. Die unterscheiden sich ja alle ein bisschen.

**Katrin Simonsen**

Und wie stelle ich das eigentlich fest? Ob es jetzt sozusagen eine vaginale Atrophie ist oder Lichen sclerosus?

**Anneliese Schwenkhagen**

Also es oft anders aus. Der Lichen hat schon ein sehr typisches Bild. Und im Zweifelsfall kann man das eben einfach durch spezielle Untersuchungen, also erst mal mit so einer Lupen Vergrößerung anschauen. Und man kann auch eine Biopsie machen, eine kleine Probe entnehmen, um dann durch den Pathologen feingeweblich anschauen zu lassen, mit was habe ich es zu tun?

**Katrin Simonsen**

Und das ist auch chronisch?

**Anneliese Schwenkhagen**

Ja.

**Katrin Simonsen**

Das geht nicht wieder weg?

**Anneliese Schwenkhagen**

Das ist eine chronische Erkrankung, die in der Regel dauerhaft behandelt werden muss.

**Katrin Simonsen**

Okay.

**Anneliese Schwenkhagen**

Das ist leider was, was vielen Patientinnen nicht so klar ist, dass diese Krankheit einer dauerhaften Aufmerksamkeit bedarf.

**Katrin Simonsen**

Aber Sie haben gesagt, das kann man sich nirgendwo holen. Das heißt, ich kann trotzdem Sex mit meinem Partner haben und stecke den nicht an?

**Anneliese Schwenkhagen**

Nein, auf gar keinen Fall.

**Katrin Simonsen**

Können übrigens auch Männer bekommen. Habe ich gelesen.

**Anneliese Schwenkhagen**

So sieht es aus. Männer können das auch bekommen.

**Katrin Simonsen**

Aber halt nicht durch die Sexualität.

**Anneliese Schwenkhagen**

Nö.

**Katrin Simonsen**

Damit sind wir auch schon am Ende dieser Folge. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Dr. Anneliese Schwenkhagen, die heute unser Gast war und natürlich auch ein dickes Dankeschön an Dr. Katrin Schaudig danke, dass Sie dabei waren, es war sehr spannend wieder.

**Katrin Schaudig**

Tschüss, Frau Simonsen! Vielen Dank auch für ihre Moderation.

**Anneliese Schwenkhagen**

Vielen Dank!

**Katrin Simonsen**

Und wenn ihr das ein oder andere aus dieser Folge noch mal nachlesen wollt, unsere Kolleginnen aus der Brisant Redaktion tragen die wichtigsten Informationen jeder Folge kompakt zum Nachlesen zusammen. Den Link, den findet ihr in unseren Shownotes. Und wie bereits versprochen, werden wir uns alle drei, Frau Schaudig, Frau Schwenkhagen und ich, in zwei Wochen wieder hören. Dann besprechen wir alle Fragen rund ums Testosteron. Wie wichtig ist das für uns Frauen? Und sollten wir nicht nur Östrogen und Progesteron, sondern bei der Hormonersatztherapie auch noch Testosteron dazu nehmen, um uns wieder fit und konzentriert zu fühlen, das und mehr dann in zwei Wochen hierbei hormongesteuert.

Ihr könnt uns weiter gern schreiben an [hormongesteuert@MDRaktuell.de](mailto:hormongesteuert@MDRaktuell.de). Abonniert unseren Podcast, lasst gern noch eine Bewertung für uns da. Und natürlich freuen wir uns, wenn ihr uns fleißig weiterempfiehlt. Hormongesteuert hört ihr überall da, wo ihr Podcast hören könnt und natürlich werbefrei in der App der ARD Audiothek.

*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>