

## Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

24.06.2024 #16

Thema: Lust und Energie:

Was Testosteron bei Frauen kann

**Katrin Simonsen, Moderatorin**

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

**Dr. Katrin Schaudig, Expertin**

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

**Dr. Anneliese Schwenkhagen, Expertin**

Frauenärztin, Vorstandsmitglied der Menopause-Gesellschaft

### Links zur Sendung:

Testosteron für Frauen: Wieder mehr Lust auf Sex?

<https://www.brisant.de/gesundheit/sexualitaet/frauengesundheit/testosteron-frauen-100.html>

Podcast-Tipp "Diagnose: Unangepasst - Der Albtraum Tripperburg"

<https://www.ardaudiothek.de/sendung/diagnose-unangepasst-der-albtraum-tripperburg/13323951/>

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

### Katrin Simonsen

Hallo! Herzlich willkommen bei *Hormongesteuert*, dem Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren und natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir wollen über alle Fragen sprechen, mit Tabus aufräumen und euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers machen. Wir, das sind Dr. Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft und ich, Katrin Simonsen, Redakteurin und Moderatorin bei MDR aktuell. Und wie versprochen geht es in dieser Folge um das Testosteron. Wozu brauchen wir Frauen das? Was passiert, wenn es in den Wechseljahren immer weniger wird? Und kann ich meiner Libido etwas Gutes tun, wenn ich nach der Menopause Testosteron nehme? Und wie immer beantworten wir natürlich auch einige der Fragen, die ihr uns zu dem Thema geschickt habt. Wir besprechen das Ganze mit Dr. Anneliese Schwenkhagen.

Sie ist die Praxispartnerin von Katrin Schaudig, befasst sich seit 30 Jahren mit dem Thema Hormone, ist im Vorstand der Menopause Gesellschaft und hat bereits vor 15 Jahren das erste Mal zu Testosteron veröffentlicht. Sie kennen sich also extrem gut aus mit der Wirkung und dem Nutzen von Testosteron. Hallo und schön, dass Sie beide heute wieder dabei sein können.

### Dr. Katrin Schaudig

Ja, hallo!

### Dr. Anneliese Schwenkhagen

Hallo!

### Katrin Simonsen

Frau Schwenkhagen, wenn ich es richtig verstehe, sind Sie im Team die Expertin fürs Testosteron.

### Dr. Anneliese Schwenkhagen

Also, das können bei uns im Team eigentlich mittlerweile alle. Nein, nicht nur mittlerweile, sondern es ist einfach ein super spannendes Thema, was uns natürlich alle interessiert. Und ich habe vor vielen Jahren damit angefangen, als die erste Patientin vor mir saß und sagte, „Frau Doktor, ich habe keine Lust mehr auf Sex, das sind doch sicher die Hormone“, liegt viele Jahre zurück, und ich feststellen musste, ach du Schreck, ich hab echt gar keine Ahnung von diesem Thema. Ich muss jetzt mal was tun. Und da bin ich sehr schnell auf das Testosteron gestoßen und habe mir gedacht: „Okay, dieses scheint die Substanz zu sein, um dies geht.“

### Katrin Simonsen

Ehrlich gesagt habe ich Testosteron bei uns Frauen überhaupt nicht auf dem Schirm gehabt, bisher. Deshalb lassen Sie uns vielleicht mal ein paar grundlegende Dinge klären: Wo wird das gebildet? Wie viel haben wir davon im Blut? Und was macht das eigentlich in unserem Körper? Für was ist das verantwortlich?

### Dr. Anneliese Schwenkhagen

Gute Fragen! Frage Nummer eins: Wo wird es gebildet? Es wird gebildet im Eierstock und in der Nebennierenrinde. Etwa die eine Hälfte im

Eierstock, die andere Hälfte in der Nebennierenrinde. Und dann gibt es noch eine dritte Möglichkeit. Ganz viele Gewebe sind dazu in der Lage, Testosteron selbst zu synthetisieren, herzustellen. Entweder aus Cholesterin, das, was man so kennt, oder aus irgendwelchen Hormonvorstufen. Das Problem ist, dass das, was in den Zellen gebildet wird, das kann ich mit den normalen Tests gar nicht erfassen, weil es eben in der Zelle passiert. Wenn ich jetzt einen Testosteronspiegel abnehme, dann messe ich das, was aus dem Eierstock und aus der Nebennierenrinde kommt. Die zweite wichtige Information ist: Die höchsten Testosteronspiegel hat man in der Jugend, im jungen Erwachsenenalter. Danach fallen die Testosteronspiegel kontinuierlich langsam, immer weiter ab. Die Wechseljahre an sich nehmen darauf keinen Einfluss. Wenn ich aber die Eierstöcke herausnehme, führt das dazu, dass ich, grob, einen Abfall um 50 Prozent meines Testosterons habe. Das heißt, junge Frauen haben mehr Testosteron als ältere Frauen. Wenn man darüber nachdenkt, was Testosteron am Körper so macht, dann sieht man schon, dass Testosteron bei Frauen zum Beispiel, wenn zu viel davon da ist, Probleme machen kann. Mit Akne, Haaren an den falschen Stellen und Zyklusstörungen. Aber Frauen brauchen eben auch Testosteron für das Funktionieren ihres Körpers, unter anderem zum Beispiel eben auch für die sexuelle Lust, für die Sexualität insgesamt. Aber auch für den Muskelaufbau, für den Knochen, für ganz viele Gewebe ist Testosteron wichtig. Und vielleicht nur als kleine Information: Männer haben auch Östrogen – weniger als wir Frauen. Wir haben sehr viel weniger Testosteron als Männer, ungefähr ein Zehntel. Das ist auch vollkommen in Ordnung so, aber beide Geschlechter haben eben beides. Auch das ist eine Information, die wahrscheinlich für viele tatsächlich doch recht neu sein dürfte.

#### **Katrin Simonsen**

Weil Sie gesagt haben, auch Gewebe kann Testosteron bilden und aus Cholesterin wird es gebildet. Heißt das, wenn ich einen hohen Cholesterinwert hab, hab ich auch einen hohen Testosteronwert?

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Nein, das heißt es tatsächlich nicht.

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

Das wird anderswo geregelt. Ich möchte vielleicht noch eins einwerfen, Anne, weil du gesagt hast: auch Männer haben Östrogen, nur weniger als wir. Das dreht sich tatsächlich mit den Wechseljahren um.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, also ich hatte darüber eben auch tatsächlich nachgedacht, das noch kurz zu erwähnen. Also wenn man Männer und Frauen vergleicht: im Alter nach den Wechseljahren, haben tatsächlich Männer höhere Östrogenspiegel als Frauen. Hätten Sie das gedacht?

#### **Katrin Simonsen**

Nee, hätte ich nicht gedacht. Ich habe aber neulich in der Folge über die Knochengesundheit darüber nachgedacht, warum die Männer da praktisch nicht so gefährdet sind, für Osteoporose.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, unter anderem.

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

Ja, es hat aber mit Sicherheit auch andere Gründe. Nein, das Testosteron ist bei den Männern auch enorm wichtig für die Knochen, die haben auch stärkere Muskeln. Und Osteoporose hat ja auch was mit Zug und Bewegung der Muskeln zu tun, was die am Knochen machen. Das hat sicherlich bei den Männern auch damit was zu tun. Vielleicht muss man dazusagen: das Östrogen bei den Männern kommt, die haben ja keinen Eierstock, sondern das Östrogen bei den Männern kommt durch Bildung von Östrogen aus Testosteron im Fettgewebe, zum Beispiel. Also das heißt, daher bilden die ihr Östrogen. Das Testosteron ist sozusagen eine Vorstufe für das Östrogen, übrigens bei Frauen auch. Aber da findet das ganze ja im Eierstock statt und bei den Männern eben irgendwo im Körper.

#### **Katrin Simonsen**

Und Sie haben schon gesagt, Frau Schwenkhagen, es ist praktisch nicht so wie mit Östrogen

und Progesteron, dass das eben dann so in den Wechseljahren schwankt und dann weg ist. Sondern das Testosteron fällt praktisch ganz kontinuierlich seit der Pubertät.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Also nicht Pubertät, sondern im jungen Erwachsenenalter. Genau, dann werden die Werte einfach immer niedriger und sowohl der Eierstock als auch die Nebennierenrinde bilden im Verlauf des Lebens immer weniger männliche Hormone. Und es ist tatsächlich sogar so, dass der Eierstock, das denkt man immer gar nicht, dass der eben nach den Wechseljahren wirklich noch einen ganz wichtigen Beitrag dazu leistet, dass Frauen ausreichend mit Testosteron versorgt werden. Und wenn man die Eierstöcke eben dann entfernt, fällt der Testosteronspiegel ab. Früher hat man immer so ganz entspannt gesagt, also überspitzt, „Nee Frau, da können Sie nur noch dran krank werden, die nehmen wir jetzt einfach mal raus“. Das macht heute keiner mehr.

**Katrin Simonsen**

Und es gibt tatsächlich eben junge Mädchen, Sie haben es gesagt, die schon generell mehr Testosteron haben als andere. Aber an sich ist das sozusagen egal. Also es ist genetisch bedingt wahrscheinlich.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Es gibt Erkrankungen, die mit einem Zuviel an männlichen Hormonen einhergehen. Die sicherlich wichtigste Erkrankung in der Richtung ist das sogenannte PCO-Syndrom – steht für polyzystisches Ovar-Syndrom – was einhergeht mit den typischen Zeichen von zu vielen männlichen Hormonen. Also Akne, Hirsutismus, mit anderen Worten Haaren an den falschen Stellen, wo man sie nicht haben möchte, Zyklusunregelmäßigkeiten und einem Ultraschallbild der Eierstöcke, was namensgebend war, dass man viele kleine Eibläschen sieht, die sich nicht weiterentwickeln.

**Katrin Simonsen**

Weiß man, woher das kommt?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Multifaktoriell bedingt. Da spielt die Genetik

eine Rolle. Da spielt unsere Umwelt, mit dem Thema Übergewicht und Adipositas eine Rolle. Es gibt einen Zusammenhang mit dem Zuckerstoffwechsel, es ist eine ganz komplexe Erkrankung.

**Katrin Simonsen**

Und muss ich das behandeln?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja. Also, normalerweise ja. Die Frage stellt sich eigentlich gar nicht so häufig, weil die meisten Patientinnen eben irgendwann kommen, weil sie Zyklusstörungen haben oder weil sie Akne haben. Und dann stellen wir dann irgendwann diese Erkrankung fest, und dann behandeln wir das auch.

**Katrin Simonsen**

Wie behandeln Sie das?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Gibt unterschiedliche Ansätze. So das Einfachste, was man machen kann, ist, eine Pille zu verschreiben, die die Bildung von männlichen Hormonen drosselt und gleichzeitig aber auch positive Effekte auf Haut und Haare haben kann. Darüber hinaus gibt es Möglichkeiten, auch die Stoffwechselprobleme, die mit dieser Erkrankung verbunden sind, zu behandeln. Stichwort heißt hier: Metformin. Das ist ein altes Medikament, was eigentlich zur Therapie des Zuckerstoffwechsels, des Diabetes mellitus, ursprünglich mal entwickelt und zugelassen worden ist. Was aber jetzt eine große zweite Karriere macht bei der Behandlung von Frauen mit eben diesem polyzystischem Ovar-Syndrom. Es gibt noch ganz, ganz viele weitere spezifische Aspekte dieser Erkrankung, aber ich glaube, das würde heute zu weit gehen, wenn wir die alle im Detail beleuchten.

**Katrin Simonsen**

Was würde eigentlich passieren, wenn ich das nicht erkenne und nicht zu meiner Ärztin gehe und keiner was macht?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also ehrlich gesagt erkennen Sie das, Frau Simon. Das muss man jetzt noch mal sagen. Frau

Schwenkhagen hat es ja schon gesagt: Ein wesentliches Kriterium dieser Erkrankung ist die Zyklusstörung. Also jemand, der keine Zyklusstörung hat, hat auch kein PCOS. Ja, das kann man ganz klar sagen. Also ich meine, und in aller Regel gehen ja Frauen, wenn der Zyklus nicht pünktlich ist oder ganz ausbleibt, die haben auch oftmals gar keine Regel mehr, spätestens dann gehen die allermeisten Frauen doch zum Arzt oder zur Ärztin und lassen sich beraten. Und das muss diagnostiziert werden und dann haben die eben auch all diese Symptome, was Frau Schwenkhagen gerade sagte mit – zu vielen Haaren Stellen, wo Sie sie nicht haben wollen. Und umgekehrt – zu wenig auf dem Kopf. Also die meisten kommen von alleine. Wenn man das gar nicht behandeln würde, dann gibt es ein Risiko, was tatsächlich... Also vielleicht gibt es eine Frau, die sagt: „Das stört mich doch gar nicht, wenn ich nicht blute, prima. Und die paar Pickel, damit komme ich gut klar.“ Könnte sein. Aber es gibt tatsächlich ein Risiko, wenn Sie es gar nicht behandeln, dann könnte es sein, dass Sie ein deutlich erhöhtes Risiko dafür haben, dass sich ein Krebs in der Gebärmutter schleimhaut bildet. Weil, wenn der Eisprung immer ausbleibt, haben Sie eine chronische Stimulation der Schleimhaut durch Östrogene. Das ist ja auch, was auch immer das Thema ist bei Hormonersatztherapie, das wollen wir auf keinen Fall. Das heißt, da haben sie ein erhöhtes Risiko. Und was Frau Schwenkhagen auch schon sagte: Diese Stoffwechselerkrankung, die mit zu viel Insulin einhergeht, führt dazu, dass diese Frauen langfristig ein erhöhtes Risiko haben, ein Diabetes zu entwickeln und dann auch mit den ganzen Folgeerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall und so weiter... Also das wird schon behandelt, man muss da keine Sorge haben, dass die Patienten irgendwie durch die Maschen fallen.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Viele dieser Patientinnen haben ja auch Gewichtsprobleme und kommen dann auch in die Praxis und sagen Hilfe, ich werde immer dicker. Ich weiß überhaupt nicht, woran das liegt. Und

dann, wenn die dann auch noch eine Zyklusstörung hat und Pickel, dann steht die Diagnose eigentlich schon, bevor wir überhaupt irgendetwas gemacht haben.

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

Vielleicht noch einmal an der Stelle, eigentlich noch einmal dieser gerne vielfach hergestellte monokausale Zusammenhang zwischen Sexualität und Testosteron. Also, dass immer gedacht wird, viel Testosteron macht viel Lust auf Sex. Diese Patientengruppe ist genau die, wo das Gegenteil der Fall ist. Es ist nämlich nicht so, dass die besonders viel Lust auf Sex hätten. Was man ja meinen könnte, denn der Testosteronspiegel ist erhöht. Ist aber keineswegs so, da gibt es auch Studien zu. Die haben vielleicht eher sogar ein Problem mit der Sexualität wegen den Gründen, dass sie mit ihrem Körper nicht zufrieden sind und so weiter, was sich dann wieder negativ auswirkt. Also das ist nicht so, dass die dann ganz, ganz doll Lust auf Sex haben.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Es ist super, dass du das noch mal ins Spiel gebracht hast, weil es ist eben so: Weder ganz wenig Testosteron heißt automatisch, dass ich keine Lust auf Sex habe, noch ganz viel heißt, dass ich automatisch Lust auf Sex habe. Leider ist es nicht so einfach.

12:00

#### **Katrin Simonsen**

Ja. Und was ich ja auch spannend finde, es gibt noch ein Problem mit zu viel Testosteron, ausgelöst durch bestimmte Krebsarten. Können Sie das mal kurz erklären?

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, da haben Sie aber wirklich was seltenes rausgefischt. Das muss ich tatsächlich mal sagen, also ich...

#### **Katrin Simonsen**

Also das fand ich voll spannend.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, also es gibt Tumore, die männliche Hormone bilden können. Und wir sind immer sel-

ber ganz beeindruckt, wenn wir solche Patientinnen mal sehen, die dann vor einem sitzen und man denkt, was ist denn mit der passiert? Die legt einem dann – ich kann mich an einen Fall von Frau Schaudig erinnern, aber vielleicht erzählst du den einfach mal selber. Von deiner Patientin, die im höheren Lebensalter plötzlich gar nicht mehr so aussah wie vorher?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, und das witzige war bei der – also das war nicht witzig, aber: Die war behandelt worden wegen Haarausfall, zwei Jahre lang. Die war schon deutlich über 60. Und dann hat der Hausarzt gesagt: „Gehen sie doch noch mal zur Frau Schaudig, die kennt sich mit Hormonen aus.“ Und dann fiel mir am Telefon schon auf, dass die Stimme relativ tief war, als wäre die dauererkältet. Das heißt, sie hat eine tiefe Stimme bekommen. Und interessanterweise, auch wenn man die angeguckt hat, hatte die irgendwie männliche Gesichtszüge. Ich konnte das gar nicht ausmachen an irgendeiner bestimmten Form des Gesichts. Ich fand nur so ein bisschen: Die sieht irgendwie männlich aus. Hoher Haaransatz, die war total behaart. Und bei der waren dann tatsächlich die männlichen Hormone im Bereich wie er bei Männern ist, also richtig hoch. Und die hatte ein Tumor, gutartig Gottseidank, im Bereich der Eierstöcke und der ist entfernt worden und alles hat sich zurückgebildet. Das fand ich wirklich bemerkenswert, weil ich habe die ein Jahr später wiedergesehen und da hatte sich diese Männlichkeit verflüchtigt. Und da muss man vielleicht noch mal unterscheiden. Auch wir unterscheiden von der Nomenklatur einmal von der Androgenisierung – das heißt Zeichen von zu vielen Androgenen, das sind die männlichen Hormone – und der Virilisierung – das Wort kommt vom *Mann*, *vir* heißt auf lateinisch *Mann* – wo die wirklich fast männlich aussehen. Und das ist einfach noch mal eine Stufe mehr. Ich nehme an, dass Sie diese Arten von Tumoren meinten, als Sie das gefunden haben. Das sind super, super seltene Erscheinungen. Also, ich würde mal sagen, ich habe in meiner ganzen Karriere vielleicht zwei Handvoll davon

gesehen, wenn es viel ist. Es könnten sogar weniger sein, also das ist wirklich selten.

**Katrin Simonsen**

Kann man eigentlich sagen, welcher Testosteronspiegel ist normal?

**Dr. Katrin Schaudig**

Klar, da gibt es Normwerte.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, da gibt es Normwerte und man muss halt immer berücksichtigen, dass das immer im in Bezug zum Alltag gesehen wird. Das heißt das, was für mich als 20-Jährige total okay ist, ist für mich als 60-Jährige eben einfach möglicherweise wirklich viel zu hoch.

**Katrin Simonsen**

Und können Sie mal eine Hausnummer sagen?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Das hängt sehr stark vom Labor ab. Das bringt uns jetzt nicht so wirklich weiter, sondern da muss man einfach dann, wenn das Blut abgenommen wird, mit der Frauenärztin darüber sprechen, passt das jetzt oder passt das nicht?

**Katrin Simonsen**

Okay und muss ich mir Gedanken machen, wenn mit 50 sozusagen Testosteron eigentlich so gut wie nicht mehr nachweisbar ist?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Nein, normalerweise nicht. Das ist ganz, ganz häufig so. Dazu muss man auch noch mal eine Sache wissen: Dieses Messen vom Testosteron ist leider keine Banalität. Testosteron ist im Blut gebunden an ein Eiweiß. Und wenn ich viel von diesem Eiweiß habe, dann habe ich nur wenig freies Testosteron verfügbar. Das ist so wie eine Compagnie von Lastwagen, die das Testosteron in der Gegend rumfährt und es sind halt viele Lastwagen unterwegs, und es liegt kein freies Testosteron am Straßenrand rum. Aber das, was frei ist, das ist das, was wirkt. Das ist das eine. Und das zweite, was man auch immer berücksichtigen muss, ist eben, dass die meisten Tests, die es so gibt, die sind normiert worden für Männer. Das heißt,

die haben zehnfach höhere Testosteronspiegel. Und viele dieser Untersuchungen sind gerade im ganz niedrigen Bereich relativ ungenau. Heißt: in einem Labor bin ich dann unter der Nachweisgrenze, beim nächsten ist es ganz niedrig, beim dritten ist es sogar vielleicht im Normbereich. Das heißt, das Messen von Testosteron in der Standardsituation, wenn man nicht spezielle Studien anguckt, ja, da gibt es spezielle Verfahren, die können das ganz punktgenau messen, ohne Störfaktoren, ohne alles, das freie Testosteron. Dann muss man immer sagen, wir gucken das orientierend an und schauen uns an, im Zusammenhang mit der gesamten Situation der Patientin: Passt das so zueinander oder nicht? Und je weiter hoch mein Testosteron geht, desto genauer wird auch die Aussagekraft, aber gerade im ganz niedrigen Bereich... Also Testosteron, was nicht nachweisbar ist, heißt noch lange nicht, dass die Frau krank ist. Es gibt Krankheiten, die eben zum Beispiel eine Erkrankung der Nebennierenrinde, eine Nebennierenrindenschwäche, da kann es tatsächlich sein, dass auch das Testosteron ganz, ganz niedrig ist. Aber dann eben in Kombination mit anderen Faktoren und an anderen Hormonen, die auch ganz niedrig sind.

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

Vielleicht an der Stelle, weil Sie auf Messungen eingehen, Frau Simonsen. Ich möchte an der Stelle einmal sagen: Es wird ganz gerne mal im Speichel Hormon gemessen. Ich glaube, darüber haben wir auch noch gar nie gesprochen, auch nicht im Rahmen der Wechseljahre. Mir fällt nur auf, dass ich gelegentlich Patientinnen sehe, die kommen mit einer Messung von Hormonen aus dem Speichel und gerade was das Testosteron angeht, habe ich immer den Eindruck: Das sind Hausnummern. Die kriegen dann extern einen ganz hohen Testosteronspiegel bescheinigt, also krankhaft hoch, und ich gucke mir die dann an. Die Frau hat wunderschöner Haare, hat keinen vermehrten Bartwuchs, hat keine Akne. Und dann denke ich mir, das macht irgendwie gar keinen Sinn. Dann messe ich das im Blut – im Blut völlig nor-

malen Spiegel. Also gerade die Speichelmessungen von Testosteron, die kann man auf keinen Fall verwenden. Das finde ich, ist mir jetzt an der Stelle noch mal wichtig.

#### **Katrin Simonsen**

Okay, also Hände weg davon.

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

Also die Speichelmessungen, davon würde ich die Hände lassen, ja.

#### **Katrin Simonsen**

Sie haben vorhin schon gesagt: „Man kann gar nicht so den klaren Zusammenhang herstellen – viel Testosteron, viel Libido, wenig Testosteron, keine Libido.“ Und trotzdem gibt es ja Studien, die da einen Zusammenhang herstellen, dass Testosteron der Libido auf die Sprünge helfen kann. Für welche Frauen wurde das denn untersucht?

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, das ist ganz wichtig, dass wir darüber sprechen. Das ist ein wirklich kompliziertes Thema. Und man kann vielleicht mal anfangen in der ganz frühen Phase, als man angefangen hat, sich damit zu beschäftigen, wie das denn mit dem Testosteron ist und wie das überhaupt wirkt. Also alte Endokrinologen – wir gucken jetzt mal so, wie hat man früher Forschung gemacht – die sind dann so vorgegangen: Die haben dann im Tierversuch irgendein Organ, ein hormonproduzierendes Organ, herausgenommen und haben geguckt, was passiert. Und dann hat man das Hormon wieder zurückgegeben, hat gesagt „okay, jetzt haben wir eine Idee, wofür das Hormon gut ist.“ Und wenn man wissen will, welche Rolle Testosteron bei Frauen spielt, dann braucht man erst mal ein Modell, wo man untersuchen kann: Was passiert denn, wenn der Testosteronspiegel plötzlich abfällt? Was macht das denn dann? Was habe ich denn dann? Und wir haben ja darüber gesprochen, dass das Testosteron aus dem Eierstock stammt. Und deshalb war dann das erste Modell, was man untersucht hat, eine Situation, bei der Frauen angeschaut wurden, denen die Eierstöcke entfernt wurden. Und man hat halt geschaut, wie war es vorher? Wie

ist es danach? Und zwei Symptome tauchen dann natürlich auf. Wenn man die Eierstöcke entfernt, kann es erstmal klimakterische Beschwerden geben, weil eben in den Eierstöcken ja nicht nur Testosteron, sondern eben in den Follikeln auch Östradiol gebildet wird. Und wenn ich die rausnehme, dann ist natürlich ein hohes Risiko dafür da, dass die Frauen erst mal klimakterische Symptome bekommen. Das kann ich ja dann gut behandeln mit Hormonen, und die Beschwerden gehen dann ja auch weg.

Aber es gibt eben immer noch eine Gruppe von Frauen, die dann sagen, ja, seitdem das so ist, ist meine Lust im Keller. Mein sexuelles Interesse ist einfach viel geringer ausgeprägt als vorher. Und genau diese Gruppe war die erste, die man dann angeschaut hat und hat dann geguckt, was passiert denn, wenn ich denen Testosteron gebe? Und zwar gerade so viel wie ein gesunder Eierstock normalerweise am Tag bildet. Man hat also genau ausgerechnet was macht der so? Und hat den Frauen ein Pflaster gegeben in der entsprechenden Dosierung und hat dann geschaut, was passiert? Und sieh mal einer da, viele Frauen haben auf dieses Testosteron angesprochen. Nicht alle, weil die Sexualität eben doch ein kompliziertes Thema ist und es eben keinesfalls nur davon abhängt, was ist mit dem Testosteronspiegel. Sondern es gibt noch viele andere Faktoren, die da eine Rolle spielen können. Deshalb ist es auch völlig klar, dass nicht ganz allein nur der Testosteronspiegel oder eine Testosterontherapie das Alleinseligmachende ist. Aber man konnte ganz klar sehen, dass die Frauen wieder ihr Interesse an Sexualität zurückgewonnen haben. Dazu konnte man sehen, dass die Orgasmusfähigkeit besser geworden ist, die Erregbarkeit besser geworden ist, das Ansprechen auf irgendwelche sexuellen Reize besser geworden ist. Die Frauen haben sich dadurch einfach insgesamt besser gefühlt. Das hat den Stress rausgenommen. Das heißt, man hat dann tatsächlich gesehen: Okay, das funktioniert.

Ganz am Anfang, viele Jahre, Jahrzehnte her, hat man tatsächlich auch erste Versuche mit Testosterontherapien gemacht, die eigentlich

für Männer konzipiert waren. Man hat dann aber schnell gemerkt: Okay, das macht wirklich heftige Nebenwirkungen, das wissen wir ja alle vom Doping. Die Therapien für Männer sind für Frauen einfach viel zu hoch dosiert. Wir haben eben schon darüber gesprochen, ja, Männer brauchen zehnmal so viel Testosteron. Und die Entwicklung von Testosteronpräparaten für Frauen, die ist etwas, was erst Anfang der 2000er richtig angefangen hat. Und dann hat man es dann eben als erstes mit einem Pflaster entwickelt. Und das ist dann auch auf den Markt gekommen.

21:12

**Katrin Simonsen**

Und das haben sie auch genutzt, für ihre Patientinnen?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja klar. Wir haben an den Studien teilgenommen zur Entwicklung dieses Pflasters, und wir haben es auch genutzt. Wir haben aber – das muss man ehrlicherweise sagen, nachdem ja klar war: Testosteron und Sex hängen zusammen, Lustlosigkeit – schon vorher auch mit Testosterongelen gearbeitet, die die Apotheke hergestellt hat. Und zwar mit einem Zehntel der Dosis der für Männer notwendigen Dosierung. Also zehnmal mehr, zehnmal höhere Spiegel macht eben zehnmal höhere Dosis bei Männern oder umgekehrt zehnfach niedrigere Dosis. Und damit haben wir dann, unter Kontrolle der Blutspiegel, Frauen therapiert, auch mit großem Erfolg. Und wir waren wirklich sehr froh, als dann die Pflasterstudien kamen, die Placebo-kontrolliert, also gegen ein Scheinmedikament, diese wirklich für komplizierte Fragestellungen angegangen wurde. Und dann sind wirklich sehr, sehr, sehr viele sehr gut gemachte Studien, eine nach der anderen, veröffentlicht worden, die gezeigt haben, dass Testosteron da seinen Nutzen hat.

**Katrin Simonsen**

Wieso wurden dann diese Pflaster wieder vom Markt genommen?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, das ist eine sehr spannende Geschichte.

Man muss sich vorstellen, als das Testosteronpflaster auf den Markt kam, war gerade die WHI-Studie veröffentlicht worden, die ja, zusammengefasst, dazu geführt hat, dass Frauen plötzlich keine Hormone mehr genommen haben. Weil alle wahnsinnige Angst vor Brustkrebs und wahnsinnige Angst vor Hormonen hatten. Das war also eine Zeit, wo ein neues Präparat und dann auch noch Testosteron, wo ja vielen noch gar nicht klar war, dass Frauen auch Testosteron brauchen, einfach, man könnte fast sagen, ein Imageproblem hatte. Das heißt, es wurde weder Östrogen noch Progesteron aufgeschrieben und schon gar kein Testosteron. Das war das eine.

Und das zweite war, dass dann es Vorstellungen von der Behörde gab, die gesagt hat: „So, wir brauchen jetzt eine Megastudie mit vielen, vielen, vielen Tausenden von Teilnehmerinnen über ganz viele Jahre, um zu beweisen, dass Testosteron keinen negativen Effekt auf die Brust hat.“ Solche Studien sind sehr, sehr kostenintensiv. Also man muss sich das mal aus der Sicht des pharmazeutischen Unternehmers vorstellen. Sie haben da ein Präparat, von dem sie wissen, dass es wirkt. Die Behörde sagt: „Sie, müssen jetzt Studien machen mit Tausenden von Patientinnen für ein horrendes Geld.“ Und es will aber eigentlich niemand aufschreiben. Das heißt, sie verlieren nur Geld in Massen. Das war dann das Ende des Präparats. Dann haben die das noch ein bisschen vermarktet, dann haben sie es einfach vom Markt genommen.

#### **Katrin Simonsen**

Und bis heute gibt's ja auch kein zugelassenes Präparat für Frauen.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja.

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

Also nicht in Deutschland, ja.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Genau. In Europa gibt es keins. In den USA gibt es auch keins. Es gibt eigentlich nur in einem einzigen Land der Welt ein Gel, was aber letztendlich auch nicht der Weisheit letzter Schluss

ist. Ich habe aber gehört, dass die Engländer noch mal eine Studie aufgelegt haben mit einem Pflaster. Und ich bin hoffnungsvoll. Und ich wünsche mir nichts mehr, als dass die Industrie auf die glorreiche Idee kommt, sowas zu erforschen, zu entwickeln und durch den Zulassungsprozess zu bringen, damit wir Frauen auch was aufschreiben können, was sicher gut untersucht ist und nicht Irgendwas irgendwie.

#### **Katrin Simonsen**

Weil momentan verschreiben Sie praktisch Testosteron, was dann in Apotheken extra angemixt wird – und das heißt, die Frauen müssen es auch selbst bezahlen.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, das mussten sie damals übrigens mit dem Pflaster auch. Das war keine Kassenleistung, weil... „Sexualität ist so ein bisschen Privatsache.“, das ist die Sicht der Behörde - „Das ist keine Krankheit.“ Und das ist wie bei der erektilen Dysfunktion, also bei der Potenzstörung, das müssen die Männer auch selbst bezahlen. Interessanterweise, der Testosteronmangel bei Männern, da müssen die Männer nichts zahlen. Aber aus meiner Sicht wäre ja völlig klar: Wenn ich einer Frau die Eierstöcke entferne und danach ist der Testosteronspiegel niedriger als vorher... Ich meine, das ist ja eine vergleichbare Situation, oder? So richtig verstanden habe ich das nie. Im Moment ist es eh nicht relevant, weil es gibt weder ein Produkt noch irgendeine Firma noch sonst irgendjemand, der gerade sagt: „Wir brauchen jetzt Testosteron für Frauen.“

24:56

#### **Katrin Simonsen**

Bei Instagram sieht man dann manchmal Frauen, die sagen, „Na ja, ich nehme das Gel für die Männer und macht nur so einen ganz kleinen Bitzel auf meine Haut“. Was sagen Sie dazu?

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

Keine gute Idee, weil Sie das nie so runter dosieren können. Das wäre ein Zehntel der Dosis, die der Mann braucht. Und das kriegen Sie



nicht hin. Und dann gibt es so Leute, die tun das in eine Spritze rein und spritzten immer ein Zehntel aus der Spritze. Aber das funktioniert einfach nicht, weil auch die Größe der Hautfläche entscheidend ist für die Aufnahme. Also davon raten wir dringend ab. Das funktioniert nicht.

**Katrin Simonsen**

Und es ist auch nicht ganz ungefährlich, wenn man das macht.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja genau. Also wir sehen ja auch sehr viele Laborwerte. Und wir sehen eben immer wieder Patientinnen, die solche Sachen machen, wo ich dann so Laborwerte sehe und denke:

„Wow, so ein Testosteron bei einer Frau, das ist echt krass.“ Ja, und wo wir dann denken, was ist denn mit der passiert? Entweder hat sie einen Tumor, weil wir sind im männlichen Bereich unterwegs, oder sie nimmt irgendetwas. Ja, das kann man absichtlich machen. Es gibt Frauen, die, dass im Dopingbereich natürlich machen, völlig klar. In der Fitness-Szene gibt es nichts, was es nicht gibt. Oder die Frau nimmt mal das Präparat von ihrem Mann so ein bisschen, „kann ja nicht schaden“, haben wir alles schon erlebt. Und dann sehen wir Werte da fallen wir wirklich hintenüber. Geht gar nicht.

**Katrin Simonsen**

Und was verändert das dann im Körper? Die tiefere Stimme?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Naja, man könnte sagen, das ist dosisabhängig, und das kann machen all das, was wir die ganze Zeit am Anfang besprochen haben: Von bisschen Pickel, Haarausfall, Haare an den falschen Stellen, tiefer werdende Stimme, Veränderung der Körperstruktur, mehr Muskelmasse, Vermännlichung und, und, und. Es kommt halt drauf an, wie viel Sie da geben. Und manche der Nebenwirkungen sind potenziell nicht reversibel. Also eine tiefer werdende Stimme, das kann gut sein, dass Sie die nicht mehr retten.

**Dr. Katrin Schaudig**

Naja, das wissen wir ja auch von Sportlern, die

in jungen Jahren mit Doping – und es waren eben häufig Androgene oder Testosteronartige Substanzen – die das erhalten haben, zum Teil ohne ihr Wissen, dass die jetzt durchaus unter Langzeitfolgen leiden. Und das ist einfach nicht gesund für Frauen. Also ich meine, wir haben einfach nicht so hohen Testosteronspiegel. Was schon wichtig ist, die Muskelkraft wird durchaus besser dadurch. Also es gibt Frauen, die sagen: „Mit dem Testosteron kann ich mehr Sport machen. Ich halt länger durch.“ Das ist auch jetzt nicht albern, weil das Testosteron tatsächlich an der Muskelmasse und auch an der Muskelfunktionalität was macht, aber das ist dann echtes Doping. Das muss man so sagen.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Genau. Und deshalb ist unser therapeutisches Ziel, deshalb überwachen wir die Blutspiegel auch... Also das heißt, wenn eine Frau zu uns kommt, dann messen wir den Testosteronspiegel. Aber nicht, um zu entscheiden: Ist die Lustlosigkeit jetzt durch das Testosteron bedingt? Oder besser gesagt, einen möglicherweise niedrigen Testosteronspiegel. Sondern um abschätzen zu können, was passiert denn, wenn ich der Frau jetzt Testosteron gebe, weil überdosieren, das heißt mit einem Testosteronspiegel oberhalb der Norm, da will ich sie nicht haben, weil das genau geht nicht. Und das ist eben das, was wir sehen, wenn einfach irgendwie Testosteron gegeben wird. Genau da, da gibt es auch internationale Leitlinien dazu, die sagen genau das gilt es zu verhindern.

**Katrin Simonsen**

Aber wissen Sie, was mir gerade einfällt? Von wegen Doping. Es wird ja nun allen Wechseljahresfrauen gesagt: Ganz wichtig, wir müssen Krafttraining machen. Aber hat das überhaupt einen Sinn, wenn ich sozusagen kein nachweisbares Testosteron mehr habe?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Na klar hat das Sinn. Völlig klar, hat das Sinn, natürlich... Wissen Sie, das ist eben genau der Punkt. Im Labor ist keines nachweisbar. Das heißt aber nicht, dass Sie keins haben. Ja, und

es ist nicht so, als würde ein Muskel nur mit Hilfe von Testosteron arbeiten. Der braucht zum Beispiel auch Östrogene, um zu funktionieren. Ja, das ist nicht so ganz einfach, dass wenn Sie irgendwie kein Testosteron haben, dass Sie irgendwie ein Schlaffi sind und einfach nur auf der Couch sitzen, so ist das nicht. Nein, nein, sondern Muskeltraining ist total wichtig. Und das kann man wirklich nur das aus vollem Herzen sagen: Auf die Plätze, fertig, Ausdauer plus Muskelkraft ist super für Herz-Kreislauf. Da werden ganz viele tolle Botenstoffe freigesetzt, die Sie unbedingt haben wollen. Also ganz klar: Muskeltraining machen! Nicht auf das Testosteron schielen. Einfach sich aufrufen und hingehen.

**Katrin Simonsen**

Ja, weil ich habe gedacht, dann quäle ich mich, und dann gibt es gar keine Muskeln dafür.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Doch, doch! Ich würde sagen: Probieren Sie es einfach...

**Dr. Katrin Schaudig**

Quälen Sie sich weiter, Frau Simonsen!

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

... und wir reden einfach in einem halben Jahr nochmal und gucken, wie es gelaufen ist .

**Katrin Simonsen**

Okay, ich messe mal!

29:10

**Dr. Katrin Schaudig**

Wobei, das wäre schon interessant. So eine Studie gibt es wahrscheinlich auch nicht. Man müsste mal gucken, ob, wenn Frauen immer ein bisschen Testosteron nehmen und dann gleichzeitig parallel dazu ein Training machen, ob die langfristig, also ich rede jetzt von zehn Jahren, auch von ihrer Herz-Kreislauf-Gesundheit und von ihrer Stoffwechselfgesundheit besser dran sind. Halte ich jetzt für nicht ganz ausgeschlossen.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Also es gibt eine völlig verrückte Studie, die hat man gemacht mit dem Testosteronpflaster.

Das hat man Frauen gegeben, die eine ganz, ganz sauschlechte Herzfunktion hatten. Eine Herzinsuffizienz. Also, ich denke dann immer, wer hat diese Studie eigentlich genehmigt? Aber sie wurde irgendwie genehmigt, sie wurde auch veröffentlicht. Und das völlig verrückte war: Die Herzfunktion wurde besser. Also sagen wir mal so, es ist nicht absurd anzunehmen, dass das Testosteron auch da positive Effekte hat. Also wir reden jetzt immer so: „O-gottogott, Testosteron ist gefährlich, es macht alles Mögliche.“ – Nein, es hat auch sein Gutes. Aber es ist eben nicht so, als ob jetzt alle Frauen plötzlich, nur, weil sie einen niedrigen Testosteronspiegel haben, irgendwie Testosteron bekommen sollten. Das ist einfach so nicht.

**Katrin Simonsen**

Aber wann sozusagen, verschreiben Sie dann doch mal Testosteron? Also, wir haben gehört, bei den Frauen, wo die Eierstöcke entfernt wurden, wenn die ein Problem haben mit der Libido. Gibt es auch andere Fälle, wo Sie sagen: „Ah, der geht es nicht gut, und ich habe schon alles probiert. Und jetzt probieren wir es doch mal?“

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Bei allen Frauen mit sexueller Lustlosigkeit nach den Wechseljahren, für die Sie keine andere Erklärung haben, können Sie das im Prinzip probieren. Es ist in Studien getestet gegen Placebo, also gegen eine Zuckerpille im Prinzip. Und sie sehen, dass Sie bei einem Teil der Frauen positive Effekte haben, wenn es keine anderen Faktoren gibt. Das heißt die große Domäne der Testosterontherapie ist nicht „Wellness“, und „ich fühle mich nicht“ und „ich bin ein bisschen depressiv“, sondern tatsächlich die Lustlosigkeit.

**Dr. Katrin Schaudig**

Was nicht heißt, das muss ich jetzt schon nochmal sagen, dass es nicht Frauen gibt, die sagen: „Es geht mir jetzt – A, ist die Libido besser – aber mir geht es auch insgesamt besser, also ich bin leistungsfähiger.“ Die sehen wir durchaus. Aber wenn sie sich die Studien anschauen, dann haben die das eigentlich nicht gezeigt. Und da kommt es wieder, im Einzelfall kann

das was bringen. Das heißt, es ist dann oft so eine Summengeschichte. Aber nur allein wegen, „Ich möchte mal ein bisschen fitter werden“ verschreiben wir, also nur im Ausnahmefall, Testosteron. Ich will es mal so sagen. Ich würde nicht sagen, dass wir es gar nicht machen, weil das würde die Realität nicht widerspiegeln. Wenn wir insgesamt so den Eindruck haben, die hat echt wenig Androgene und weißt so bestimmte Symptome auf, die in diese Richtung deuten, dann lassen wir uns zumindest gelegentlich mal darauf ein. Aber man muss wirklich warnen, es ist nix für alle. Und wir behandeln ja Frauen mit Testosteron. Und ich erlebe das durchaus, dass die nicht dabei bleiben, dass die das zwei, drei Jahre machen oder vielleicht auch nur ein, zwei und sagen, „Ach, aber das ist mir jetzt doch zu viel Getütel und ich muss mich kontrollieren lassen“. Es kostet ja auch Geld, die müssen das ja alles selber bezahlen. Also ich habe nicht wenige Frauen, die dann irgendwann einander Zeit sagen, „Ach, so viel hat es mir jetzt auch nicht gebracht und ich lasse es jetzt wieder“.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Genau, das muss man einfach auch noch mal ganz klar sagen. Also es gibt auch Frauen, die sagen also, dass mit der fettigen Haut, das finde ich einfach doof. Das mag ich nicht. Oder Haare an den falschen Stellen. Ich hatte jetzt gerade wieder eine Patientin, mit der habe ich gestern Abend noch gesprochen. Die hatte eine Eierstockentfernung, und bei der war das genau so, dass sie gesagt hat, meine Lust ist irgendwie schwierig. Die hatte auch sonst eine schwierige Situation in ihrem Leben und alles Mögliche. Wir haben das rauf und runter diskutiert. Dann haben wir gesagt okay, sie kriegt jetzt erstmal eine Hormonersatztherapie. Und dann haben wir noch Testosteron dazu gemacht. Und ja, sie hat sich damit wirklich viel besser gefühlt und hat mir dann gestern erzählt, wir haben zwei Jahre nicht gesprochen, sie hätte das aber wieder abgesetzt, weil diese Haare an den Beinen, die hätten sie echt gestört. Und das hätte sie so nervig gefunden und so groß sei der Effekt dann doch nicht gewesen, dass sie jetzt für sich beschlossen

hätte, nein, das macht sie jetzt einfach nicht mehr. Also das ist keinesfalls so, dass es automatisch immer alles nur super ist. Es gibt Frauen, die profitieren wirklich maximal. Aber es gibt auch Frauen - ne... und es ist wirklich eine diffizile Sache.

#### **Katrin Simonsen**

Das Problem ist nur, wenn jetzt die Frauen sagen: „Ja, ich fühle mich nicht so gut ich nehme schon Hormonersatztherapie. Und trotzdem bin ich sozusagen kraftlos, antriebslos.“ Die würden es vielleicht gern mal probieren, aber es verschreibt Ihnen ja eigentlich auch fast niemand.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Richtig. Und wenn jemand so Symptome hat, dann denke ich immer, das muss ich leider sagen, also mein spezielles Interesse gilt ja dem Thema Hormone und Hirn, dann frage ich mich dann halt auch immer schon: Habe ich da jemanden vor mir sitzen, der möglicherweise eigentlich eine depressive Störung hat? Und ist es nicht vielleicht eine Patientin, die nicht etwa Testosteron braucht, sondern andere Therapien? Da rede ich jetzt nicht unbedingt über Medikamente, aber durchaus auch, oder vielleicht eine Verhaltenstherapie oder überhaupt eine Psychotherapie und einfach einen anderen Ansatz. Denn es gibt ja verdammt viele Gründe, warum ich mich mal nicht wohlfühle in meinem Körper. Und das ist auch genau unsere Aufgabe. Und das macht es so schwierig genau nachzugucken, was genau hat die Patientin für ein Symptom? Und was ist wahrscheinlich die Ursache dafür? Und was können wir dann therapeutisch machen? Was sind die Optionen? Und dann müssen wir gemeinsam ausloten, was versuchen wir jetzt und in welcher Reihenfolge?

#### **Katrin Simonsen**

*Und heute gibt es von mir einen ganz speziellen Hör Tipp. Es geht um ein dunkles Kapitel DDR-Geschichte, das auch vielen unbekannt ist, die hier im Osten groß geworden sind, so wie ich. Der Podcast heißt: Diagnose unangepasst, der Albtraum Tripperburg. Erzählt wird die Ge-*

*schichte von jungen Frauen, die für den Geschmack der Partei und Staatsführung zu unangepasst waren. Unter dem Vorwand, sie hätten Geschlechtskrankheiten, wurden sie einfach weggesperrt und gedemütigt. Den Podcast Diagnose unangepasst, der Albtraum Trippenburg, den findet ihr an der ARD Audiothek und überall, wo es Podcasts gibt. Und den Link, den packen wir euch in die Shownotes.*

35:06

### **Katrin Simonsen**

Weil Sie gerade „Symptome“ gesagt haben. Ich habe gestern einen spannenden Instagram-Post gelesen, da heißt es: „In den Wechseljahren nimmt die Produktion des Sexualhormons Testosteron ab. Symptome des Mangels sind Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Gelenk- und Muskelschmerzen, Bluthochdruck, Depression und Blasenschwäche.“ Sind das typische Symptome von Testosteronmangel? Ich hätte jetzt gedacht, dass sind auch Symptome von Östrogenmangel?

### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Genau.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Also jetzt muss man schon auch sagen, da gibt es schon auch Studien dazu, dass Frauen mit wenig Testosteron tatsächlich vielleicht noch ein bisschen mehr schwitzen und noch ein bisschen mehr Schlafstörungen haben. Aber wenn Sie jetzt mal überlegen, wir haben vorhin gesagt, bei den Männern ist es so, dass die aus Testosteron Östrogen machen. Wenn jetzt auch schon kein Testosteron mehr da ist, dann mach ich auch noch weniger Östrogen. Also, was jetzt wovon eigentlich kommt, ist gerade bei den Frauen echt schwer zu sagen. Ja, ob vielleicht die Symptome, die Sie auch gerade geschildert haben, damit zusammenhängen, weil kein Testosteron mehr da ist, machen Sie auch noch weniger Östrogen, oder ob es tatsächlich ein direkter Testosteron-Effekt ist, das lässt sich wahnsinnig schwer trennen. Also insofern, ich wäre da vorsichtig. Bisschen was ist vielleicht ran, aber so dieses globale, also die Blasenschwäche zum Beispiel, da habe ich jetzt überhaupt keine so richtige Idee.

### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Und der Bluthochdruck, das finde ich irgendwie auch eher schwierig, wenn ich mal ehrlich bin. Auch da würde ich denken, wenn die Patientin in meiner Sprechstunde säße, würde ich anfangen, mir Gedanken zu machen, woher die Symptome jeweils im Einzelnen kommen und was wir tun können. Immer das Gleiche.

### **Katrin Simonsen**

Und am Ende vielleicht, wenn sie durch sind, sozusagen mit erstmal Östrogen, Progesteron, und es wird immer noch nicht besser, würden Sie vielleicht doch Testosteron probieren?

### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Dann würde ich vielleicht auch noch mal wegen des Blutdrucks überlegen, wie wir den Blutdruck eingestellt bekommen – ob sie sich dann besser fühlt. Dann wäre zum Beispiel die spannende Frage, ob sie nachts schnarcht und deshalb schlecht schläft und ob sie einen fragmentierten Schlaf hat und deshalb... das heißt Sie merken schon. Wir gucken die Patientinnen, die mit diesen Symptomen kommen, das sind ja so Allerwelts-Symptome. Und wir gucken die ganz genau detailliert an. Das Labor ist dabei nicht so wichtig, sondern wir gucken die ganze Frau an. Wir lassen uns ganz genau erzählen was genau haben Sie? Was genau belastet Sie? Und dann arbeiten wir wirklich wie Detektive. Also Sie stellen sich das jetzt vor, das ist die „Detektei Schaudig/Schwenkhagen – Detektive für hormonelle Fragen“...

### **Dr. Katrin Schaudig**

Da machen wir eine Serie draus, glaube ich.

### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Genau, das sind die Hormon-Detektive. Und genau das machen wir. Und da versuchen wir rauszukriegen: Was hat die? Weil wir eben einfach oft erleben, dass vorschnell irgendwelche Medikamente verordnet werden. Die sind dann leider auch erfolglos, weil wir haben einfach an der Diagnose vorbei therapiert. Es gibt Frauen, die dann von uns Testosteron bekommen. Aber es ist eben so, dass wir, ganz genau darauf achten: Hat die wirklich eine Indikation? Ja oder Nein?

### **Katrin Simonsen**

Naja, das Verrückte, glaube ich, ist, dass viele Frauen in den Wechseljahren, auch wenn sie die Hormonersatztherapie machen, sich trotzdem immer noch nicht gut fühlen. Vielleicht sind sie auch falsch eingestellt. Oder vielleicht ist es auch sozusagen das Mittel zum falschen Zeitpunkt. Und dann natürlich dieses Versprechen, „ich nehme Testosteron, und alles ist wieder schick“, ist natürlich sehr verlockend.

### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Genau das ist sehr verlockend. Wissen Sie, das Problem ist ja auch so ein bisschen... Es ist immer total verlockend, ein Problem durch eine Tablette zu lösen. Das ist einfach so. Wir ticken einfach so, wir Menschen. Und wir erleben dann eben einfach, weil man das so macht, geht es manchmal einfach auch schief. Ja, das heißt, es ist leider... Die Welt ist komplex und die Welt von Frauen in den Wechseljahren ist superkomplex. Das macht auch unsere Arbeit so... Also wir müssen uns wirklich Mühe geben mit den Patientinnen, um ihnen gerecht zu werden.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Wissen Sie, man kann eben auch nicht... Das ist natürlich ein Problem, wir werden älter, und es funktioniert alles nicht mehr so richtig gut. Ich habe immer wieder Patientinnen, die dann vor mir sitzen: „Ja, es ist jetzt schon alles ein bisschen besser. Aber so wie früher war es nicht.“ Und dann muss ich leider auch sagen, ich kann nichts tun, damit Sie wieder sich so fühlen, wie als sie 25 waren. Das geht einfach nicht. Das heißt, man muss sich auch damit anfreunden, dass manches einfach nicht mehr so gut klappt.

Und ich zitiere an der Stelle immer meine Mutter, die leider relativ früh gestorben ist, mit 74. Die hat man irgendwann zu mir gesagt, da war sie so Ende 60, hatte das eine oder andere Zipperlein und dann sagte sie zu mir: „Der nächste Arzt, der mir sagt, das liegt am Alter, den knall ich eine.“ Ich hoffe ich darf sie zitieren, vielleicht hört sie es da oben im Himmel. Und dann habe ich gesagt: „Mami, weißt du, das ist

eben einfach so. Bestimmte Dinge verschleifen, und es gibt diesen netten Spruch: Wir sind immer noch knackig, mal knackt's vorne, mal knackt's hinten.“ Also ich glaube, auch das ist Teil unserer Aufgabe, als Ärztinnen und Ärzte, mit den Patienten auch gute Wege zu finden, sich damit anzufreunden, dass das alles nicht mehr so top funktioniert. Das ist vielleicht eine bittere Erkenntnis, aber dafür gibt andere Dinge, die man dann vielleicht gewinnt auf dieser Reise mit dem Älterwerden und auf dieser Reise durch die verschiedenen Räume unserer Lebensphasen. Und der letzte Raum kann schon noch ziemlich schön sein. Aber es ist halt nicht mehr alles so perfekt wie als es frisch renoviert war, der Raum. Ist so.

### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Wenn die Patientin dann partout Testosteron ausprobieren will, dann kann man mit ihr zum Beispiel vereinbaren und kann sagen: „Okay, wir können das machen. Wir machen das zeitlich begrenzt für drei Monate. Wir machen es unter strikter Überwachung der Laborwerte. Wir machen keine Überdosierung, und wir gucken uns mal ganz genau an, was ist Ihre Vorstellung, was jetzt besser werden soll? Und dann können wir hinterher gucken, ob es dann wirklich besser geworden ist.“ Und das machen wir ganz sicher nur unter auch kritischer Überwachung der Brust. Ja, das heißt, da ist einfach eine Mammografie, Brustultraschall, vorher obligat, sonst machen wir das nicht. Das kann man ja durchaus im Einzelfall mit einer Patientin besprechen. Aber wichtig ist, dass man vorher festlegt, was genau soll denn eigentlich jetzt ganz genau wirklich besser werden, damit wir hinterher gucken können, ist es das denn überhaupt?

41:03

### **Katrin Simonsen**

Ich habe ja versprochen, das war auch Hörerinnen-Fragen beantworten wollen. Ich komme zu der ersten, und da geht es um das Thema DHEA. Da haben wir noch gar nicht drüber gesprochen. Unsere Hörerin ist 45 und bekommt nach Brustkrebs im Frühstadium eine Antihormontherapie. Leidet jetzt unter diversen

Wechseljahressymptomen, unter anderem unter einer sehr verminderten Libido und auch unter Schmerzen beim Eindringen in die Scheide. Jetzt fragt sie, ob es denkbar wäre, mit DHEA die Libido zu erhöhen, da sie ja gelesen hat, dass der Körper aus DHEA auch Testosteron bilden kann. Ich glaube, da müssen wir erst mal erklären, was ist DHEA?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

DHEA ist eine Hormonvorstufe, die in der Nebennierenrinde gebildet wird und aus der im weiteren Verlauf unter anderem Testosteron gebildet werden kann. Im Verlauf des Lebens wird der Spiegel immer niedriger, das ist vollkommen normal und nicht therapiebedürftig.

**Katrin Simonsen**

Okay, und man kann DHEA aber ganz normal im Internet kaufen. Habe ich gesehen.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Genau und es gibt eine internationale Leitlinie, die sich sehr intensiv mit der Therapie von DHEA bei Lustlosigkeit beschäftigt hat. Und das Ergebnis dieser Untersuchung, in die alle Studien, die veröffentlicht worden sind, eingegangen sind, ist so, dass es keine belastbare Evidenz – so nennt man das – also keine wirklich guten Daten gibt, die belegen, dass das effektiv ist. Es gibt Ausnahmen. Das sind Patienten mit Nebennierenrindeninsuffizienz-Problemen, Testosteron ist einfach wirksamer. Das ist gut untersucht und wirksam.

**Katrin Simonsen**

Und was würden Sie unserer Hörerin jetzt sagen? Hände weg von DHEA, aber Testosteron vielleicht verschreiben lassen?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Naja, die Patientin hatte einen Brustkrebs gehabt, das heißt genau genommen kommt auch das DHEA für diese Patientin nicht in Betracht.

**Dr. Katrin Schaudig**

Es gibt vielleicht eine Ausnahme, das muss man erst mal sagen. Also ich glaube auch nicht an die Segnungen vom DHEA. Es wurde so, das ist bestimmt schon 30 Jahre her, gab es einen Mega-Hype um das DHEA. Also da war so ein

bisschen die etwas kindliche Vorstellung: Wenn es ein Hormon gibt, was mit dem Alter absinkt, und das ist beim DHEA so, also das geht kontinuierlich ab unserem Jugendalter kann man sagen runter, dass, wenn wir das einführen, das dann das Altern aufgehalten wird. Das ist natürlich eine sehr niedliche Vorstellung. Aber das hat nicht funktioniert. Und dann muss ich Ihnen sagen, wir probieren ja durchaus Dinge aus bei unseren Patientinnen. Und es ist nie mir passiert, dass eine Patientin, die DHEA bekommen hat, zurückkam und gesagt hat, „Boah ey, mir geht es super“. Das muss ich einfach so sagen.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Also wenn ich Testosteron aufschreibe – „the real stuff“ –, dann gibt es einen Unterschied. Und man muss sich klarmachen, ich gebe DHEA, das ist eine Vorstufe, in ein System und dann macht der Körper daraus, was er will. Und das ist keineswegs klar vorhersehbar. Und in jedem System des Körpers, aus DHEA kann auch ihr Hirn alles Mögliche bilden, werden dann andere Sachen gebildet. Das heißt, es ist eine Substanz, die komplexe Effekte hat, und deshalb ist es von vornherein schon schwierig. Eine Ausnahme gibt es. DHEA gibt es in der niedrigen Dosis zur Therapie der vaginalen Probleme nach den Wechseljahren. Weil DHEA so trickreich in Testosteron und Östradiol verstoffwechselt werden kann und weil die Zellen in der Scheidenschleimhaut das wunderbar aufnehmen können, kann man die Scheide therapieren über DHEA, sowohl mit Testosteron und mit Östradiol. Das ist eine total spannende Form der Therapie, die auch gute Effekte hat. Das ist für bestimmte Gruppen von Patientinnen von Vorteil, oder kann von Vorteil sein. Das ist keine Kassenleistung. Aber da kann man tatsächlich gute Effekte haben.

Und der Patientin mit dem Brustkrebs in der Vorgeschichte würde ich immer sagen, auf jeden Fall noch mal nachdenken über erstmal eine niedrigdosierte Östrogentherapie für die Scheide, die nach heutiger Lehrmeinung, auch wenn es anders im Beipackzettel steht, auch bei Patientinnen mit Brustkrebs in der Regel

niedrig dosiert möglich ist. Und eben nicht dann mit DHEA irgendetwas rumprobieren, wo es gar keine guten Daten gibt und man irgendetwas macht und eigentlich überhaupt nicht weiß, was dabei rauskommt. Aber die Probleme, nämlich, dass die Scheide wehtut und dass das doof ist für den Sex, das macht ja für sich schon lustlos. Ja, da tut es mir schon weh, wenn ich nur darüber nachdenke. Das heißt, da würde ich jetzt erstmal sofort sagen, unbedingt erstmal dieses Scheidenthema in Ordnung bringen und dann mal gucken, wie es dann geht. Und in vielen Fällen geht dann schon ganz vieles ganz doll viel besser, weil wenn ich ständig Schmerzen habe, warum sollte ich da Lust drauf haben? Das ist völlig verrückt.

#### **Katrin Simonsen**

Die Hörerin hatte auch dann noch geschrieben, dass ihre Ärztin sagt, diese Estriol-Creme dürfe sie nicht nehmen wegen des Brustkrebses. Aber da haben sie ja gerade gesagt, das ist Quatsch.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Na ja, sagen wir mal so. Wenn man dann DHEA nimmt, stattdessen, dann wird es irgendwie absurd, wenn ich es jetzt mal so etwas flapsig formulieren darf. Weil da habe ich viel mehr Hormonbelastung und es gibt auch Studien dazu, die zeigen, dass dieses Estriol, über das reden wir ja, in dem Fall wirklich nur ganz kurz eine Spiegelhöhung macht und auch nur ganz am Anfang der Therapie und danach sind die Spiegel wirklich niedrig.

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

Vielleicht an der Stelle noch einmal eine kleine Randbemerkung bei Frauen mit Brustkrebs. Wenn die Patientin wegen des Brustkrebses einen Aromatase-Hemmer bekommt, dann ist es vielleicht eine Sondersituation. Wobei es dazu keine Studien gibt. Aber ist eine hypothetische Überlegung. Wenn die einen Aromatasehemmer macht, dann findet genau das nicht statt, nämlich, dass männliches Hormon in Östrogen verstoffwechselt wird. Das heißt, wir haben damit sozusagen eine Blockade der Verstoffwechslung in Östrogen. Und das sind tatsächlich Patienten, wo ich auch ganz gerne lokal in

die Scheide DHEA gebe. Das ist übrigens keine Kassenleistung, müssen die Patienten selbst bezahlen. Ich habe aber durchaus Patienten, die davon sehr profitieren. Und ich fühle mich da, auch bei Zustand nach Brustkrebs, einigermaßen sicher. Ich weiß nicht, wie du das siehst, Anne.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ich sehe das exakt genauso. Es gibt Patientinnen, für die ist DHEA eine gute Lösung. Es gibt welche für die ist Estriol eine gute Lösung. Man muss halt gucken, was sind die Symptome und was mache ich?

#### **Katrin Simonsen**

Okay, die nächste Hörerin hat uns geschrieben sie ist 48, bekommt wegen Hitzewallungen mittlerweile Hormonersatztherapie, Gynokadin, Progesteron. Sie schreibt:

#### **Hörerin**

*Bei dem Thema Testosteron ist mein Arzt aber sehr zurückhaltend und meint, nach neuesten Studien würde man eher davon absehen, da es häufig zu einer Androgenisierung käme. Jetzt leide ich aber bereits seit fünf Jahren unter fehlender Libido, und zwar nicht aufgrund von Partnerproblemen oder Stress. Sogar auf Selbstbefriedigung habe ich keine Lust und schaffe es auch nicht mehr zum Höhepunkt. Fatalerweise habe ich inzwischen eine Senkung und Inkontinenz-Problematik entwickelt und bin deshalb in konservativer Therapie nach OP. Nun meine Frage: Wäre in meinem Fall nicht sowieso zum schnelleren Muskelaufbau, nicht nur zur Steigerung der Libido, eine Therapie mit Testosteron medizinisch indiziert?*

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Also, diese Patientin wäre eigentlich der Prototyp, wo man sagen würde: Okay, es ist alles abgeklappt. Sie hat eine laufende Hormontherapie, sie hat eine sexuelle Lustlosigkeit, die sie belastet. Und sie hat Zusatzsymptome, also eine verminderte Erregung, die langsamer abläuft. Die Patientinnen sagen dann: „Ich habe nur noch so einen kleinen mini winzigen Orgasmus. Früher war es ordentlich, jetzt passiert da nichts mehr.“ Ja, das ist so eine Patientin, wo

man sagen würde, ja, der könnte man jetzt mal Testosteron geben und einfach mal drei Monate niedrig dosiert ausprobieren, was passiert. Ob es der Patientin besser geht. Nach drei Monaten wissen Sie, ob das wirkt oder nicht. Also es gibt eine Kurve, da sieht man einfach, nach sechs Wochen gibt es schon gewisse Effekte, und nach drei Monaten weiß die Patientin ganz genau: Das hat es jetzt gebracht, oder das hat es nicht gebracht. Die drei Monate sind ja ein kurzer Zeitraum. In den drei Monaten ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass ich wirklich, wenn ich es richtig mache, nachhaltige negative Effekte habe, relativ klein. Das heißt, das ist was, wo ich genau sagen würde, genau diese Patientin, niedrig dosiert, mit einem Gel speziell für Frauen, könnte man tatsächlich wirklich versuchen. Das wird aber jetzt nicht ihre Beckenbodensenkung therapieren. Das ist wenig wahrscheinlich.

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

Und sie muss es trotzdem selber bezahlen. Also das ist nochmal, finde ich, ganz wichtig. Also, das ist keine Kassenleistung, auch bei dieser Patientin nicht. Und ich fand aber einen Satz in der Frage noch mal, da habe ich so aufgehört, dass die Patientin sagt: „Ich habe auch keinen Spaß bei der Masturbation und auch keine Lust darauf mehr.“ Das ist übrigens was, wo man so ein bisschen trennen kann, hat die Patientin ein Paar-Problem? Oder ist es tatsächlich was Endogenes, also was aus ihr selber kommt, vielleicht hormonell bedingt. Und bei der habe ich mich auch noch einmal gefragt: Wenn die ein Blasenprobleme hat, dann könnten natürlich auch nochmal organisch irgendwelche Probleme vorliegen, die auch das so ein bisschen verhindern. Aber ich fand dieses Thema „ich habe keine Lust auf Masturbation mehr und ich habe auch keinen Spaß dran“, das ist ein wichtiger Punkt, um zu trennen, Paarkonflikt oder hat es damit gar nichts zu tun. Was die Patientin ja selber auch geschrieben hat, dass es kein paar Problem gebe.

50:17

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Was mir aber dazu noch einfällt, und das ist

auch eines von den Themen, über die wirklich super selten geredet wird. Über Inkontinenz wird schon selten geredet, aber Inkontinenz beim Sex, darüber wird schon mal gerade gar nicht geredet. Es gibt nicht wenig Frauen, die ganz große Angst haben, dass sie, wenn sie ein Orgasmus haben, dann inkontinent werden, und denen das hochnotpeinlich ist und die deshalb irgendwie ein extrem angespanntes Verhältnis zu all diesen ganzen Themen haben. Und sollte das der Fall sein, muss man natürlich überlegen, wie geht man dann damit um? Was sind die Optionen, damit das wieder entspannt ist? Sonst bin ich von vornherein blockiert. Das Hirn macht dann keine Erregung, weil das Hirn ist dann die ganze Zeit damit beschäftigt, die Blase zu kontrollieren. Gedanklich bin ich ja völlig abgelenkt.

#### **Katrin Simonsen**

Wodurch passiert das?

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Wenn Sie Inkontinent sind, kann das auch zum Urinabgang beim Sex kommen, das kann passieren. Und wenn Frauen das erleben, kann das ganz schön schwierig sein.

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

Und das finden die ganz schlimm!

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Das finden die total dramatisch und darüber müsste man mit dieser Patientin auch mal reden. Was ist eigentlich damit und spielt das eine Rolle? Ja oder nein?

#### **Katrin Simonsen**

Was raten Sie dann den Patientinnen, wenn die Ihnen das erzählen?

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Das hängt von der Situation ab. Wir müssen dann einfach mal gucken, was man machen kann. Weil bei manchen Frauen sind so banale Sachen wie vorher einen Toilettengang. Dann gibt es pragmatische Hilfen, wie, es klingt wirklich fürchterlich, Handtuch unterlegen. Und hier ist wieder ganz wichtig: gute Kommunikation. Also Kommunikation mit dem Partner darüber, dass das passiert. Und das komische



daran ist, dass ja Frauen immer total Hemmungen haben zu akzeptieren, dass sie irgendwo körperliche Schwächen haben. Männer kriegen Potenzprobleme, die nehmen dann irgendwelche Medikamente. Auch das ist irgendwie schwierig. Na klar, ist das schwierig. Älterwerden hat ganz viele Tücken. Und ich glaube wirklich das einzige, wir haben das jetzt schon so oft gesagt, Frau Schaudig hat es auch schon mehrfach gesagt, ist so diese Akzeptanz der sich verändernden Situation und zu schauen, was man daraus machen kann. Ja, also, ganz viel von gutem Sex fängt im Kopf an. Schlechter Sex fängt da auch an. Also die Frage ist, was habe ich für einen Blick auf meine Situation? Das ist, wenn man älter wird, glaube ich ein ganz, ganz wichtiges Kernthema.

#### **Katrin Simonsen**

Da wir gerade bei den Partnern waren, und „wir müssen offen darüber sprechen“. Wollen wir jetzt auch mal über die Männer sprechen. Mich haben natürlich auch Fragen erreicht, auch von Männern und aber auch von Frauen, wie das eigentlich mit den Wechseljahren beim Mann ist. Gibt es die Wechseljahre beim Mann? Also viele Männer in der Redaktion denken, ja, irgendwie fühlt sich das bei ihnen auch wie Wechseljahre an.

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

Also Entschuldigung, da muss ich leider sofort eingrätzen... Nein, die gibt es nicht, das werden wir unablässig gefragt. Das ist einfach der grundsätzliche Unterschied zwischen der männlichen Produktion von Geschlechtshormonen und der weiblichen. Die weibliche Geschlechtshormon Produktion kommt ja ausschließlich, oder fast ausschließlich, aus den Eibläschen, die im Eierstock abgelagert sind. Und wenn dieser Eizellenvorrat aufgebraucht ist, dann kommen wir in die Wechseljahre. Haben wir ja schon im Rahmen dieses Podcast ganz viel darüber gesprochen.

Das ist aber völlig anders bei den Männern. Bei den Männern ist es so, dass im Hoden einfach kontinuierlich Testosteron produziert wird. Die haben ja auch keinen Zyklus. Das heißt, wir ha-

ben auch kein Auf und Ab von Hormonen, sondern da ist einfach Testosteron und es ist vorhanden. Das nimmt tatsächlich mit zunehmendem Alter ein bisschen ab. Das heißt, wir haben so eine gewisse Abnahme des Testosteronspiegels, übrigens vergleichbar vielleicht mit der Abnahme von Testosteron bei Frauen oder auch mit anderen Hormonfunktionen des Körpers. Aber was eben der krasse Unterschied zu den Frauen ist, bei den Frauen ist es so ein Break. Eier alle, kein Hormon mehr. Und das tritt ja bei den Männern gar nicht ein. Die können ja Testosteron produzieren bis ins hohe Alter. die können ja auch noch zeugungsfähig sein bis ins hohe Alter. Das heißt, da sind auch noch Spermien. Das heißt, es funktioniert alles. Dass es trotzdem so ist, dass die Hormonproduktion allmählich nachlässt und dann vielleicht beim Einen oder Anderen solche Symptome auftreten wie Schlafstörungen, wie auch sogar selten mal Hitzewallung. Das ist davon unbenommen. Aber es gibt keine Wechseljahre des Mannes. In dem Wort *Wechseljahre* steckt ja auch schon drin, der Wechsel von der fruchtbaren Phase in die endgültig unfruchtbare Phase. Das gibt's beim Mann alles nicht.

#### **Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Was ich daran auch wirklich irgendwie ganz spannend finde, ist, dass die Männer in Ihrer Redaktion so denken, sie fühlen sich auch so. Und dann würde ich mal so sagen naja, das ist eben dieses Problem mit dem gemeinen Thema, wir werden eben älter. Und da tauchen dann plötzlich irgendwie Sachen auf, das wir nicht mehr so belastbar sind, wie früher. Das kann man als grobe Beleidigung empfinden, dass plötzlich Krankheiten auftauchen, die da vorher nicht waren. Also, ewige Jugend ist irgendwie schön und wenn man jung ist, denkt man nicht darüber nach, dass man eben irgendwie noch eine Langstrecke vor sich hat und dass das alles noch ein bisschen vielleicht doch noch mal anstrengend wird. Das sieht man dann irgendwie so denkt, „oh Gott, hoffentlich wird es nicht so schlimm“ und wenn es einen dann erwischt, dann denkt man: Okay, ja, so ist das mit dem Altwerden. Es ist eben

einfach anstrengend. Und das trifft eben leider Männer und Frauen.

**Katrin Simonsen**

Aber wir haben ja gesagt: Das Testosteron nimmt schon auch ab, bei den Männern. Verschwindet es aber nicht ganz?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Nein. Nein. Nein. Nein. Nein, auf keinen Fall. Sie haben immer noch in der Regel echt viel Testosteron.

**Katrin Simonsen**

Okay. Aber es gibt doch bestimmt auch Unterschiede. So wie bei uns Frauen, dass die schon mit anderem Level starten und vielleicht auch bei einem anderen Level enden, im Alter.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Klar. Aber es ist keinesfalls so, dass jetzt irgendwie alle Männer plötzlich eine Indikation für eine Testosteron-Therapie hätten.

**Katrin Simonsen**

Aber was wäre denn die Indikation für Testosterontherapie?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Wenn sie tatsächlich einen nachweisbaren Mangel mit entsprechenden Beschwerden haben. Aber einfach nur so Testosteron ist genauso wie bei Frauen keine Option. Dafür geht man dann entsprechend zum Andrologen oder zum Urologen oder zum Internisten oder zum internistischen Endokrinologen, um sich entsprechend beraten zu lassen.

**Katrin Simonsen**

Und der Mangel könnte aber bei den Männern durch den Test auch einfacher festgestellt werden?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Ja, weil die Tests genauer sind, genau.

**Katrin Simonsen**

Und was wären die Symptome?

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Wir sind ja Frauenärztinnen und deshalb reden wir am liebsten über Frauen, weil da kennen wir uns einfach wirklich richtig gut aus. Und bei

Männern kennen wir uns nicht so gut aus. Aber vielleicht mal so: Die Symptome sind ähnlich wie bei Frauen mit einem Testosteron-Defizit. Da gibt es auch depressive Symptome, die damit eine Rolle spielen können. Aber wir sind ja keine Männer-Doktorinnen, sondern wir sind Frauenärztinnen.

**Katrin Simonsen**

Sie wissen so viel, deshalb habe ich das jetzt einfach mal gefragt.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Sie haben einfach gedacht, Sie fragen einfach mal.

**Katrin Simonsen**

Genau.

**Dr. Katrin Schaudig**

Aber vielleicht darf ich sagen, ich habe neulich tatsächlich im Deutschlandfunk – Entschuldigung, dass ich ein bisschen Kreuz-Werbung mache – ein wunderbares Feature gehört. Da haben die ganz viele Experten, Männer-Experten gefragt, also Andrologen. Und da war ich doch sehr erleichtert, dass es auch unisono da es hieß: Wechseljahre bei man sind Quatsch. Und soll ich ehrlich sein? Fast hat man den Eindruck, wenn man so Stimmen hört, dass die Männer fast ein bisschen neidisch sind, dass sie da nicht mitreden können, bei den Wechseljahren. Oder mache ich jetzt ein Denkfehler? Also ich finde das ein bisschen niedlich. Also, „ich habe auch Wechseljahre“. Nein. Nein, also das gibt es einfach nicht.

**Katrin Simonsen**

Alles klar. Dann bedanke ich mich wieder für das sehr unterhaltsame Gespräch, für die vielen Informationen, die Sie wieder geliefert haben. Das Detektiv-Team Schwenkhagen/Schaudig war wieder unterwegs. Ich möchte mich bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, mir hat es großen Spaß gemacht.

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Mir auch, vielen Dank!

**Katrin Simonsen**

Vielen Dank, Tschüss!

**Dr. Anneliese Schwenkhagen**

Tschüss!

**Dr. Katrin Schaudig**

Tschüss!

**Katrin Simonsen**

Und die wichtigsten Fakten und Zitate aus der heutigen Podcast-Folge könnt ihr nachlesen bei den Kolleginnen von *Brisant*. Wir verlinken euch das Ganze in den Shownotes. Und dann, in zwei Wochen, steht unsere Podcast Folge unter der Überschrift: „Was, wenn Hormone nicht helfen?“ Denn einige Frauen haben sich bei uns gemeldet, weil es ihnen mit der Hormonersatztherapie einfach nicht besser geht. Muss man dann die Dosis erhöhen? Oder gibt es Frauen, bei denen die bioidentischen Hormone nicht helfen? Diese und mehr Fragen klären wir in zwei Wochen.

Und an dieser Stelle möchte ich noch mal ein dickes Dankeschön an euch alle senden, denn ihr empfehlt uns ganz fleißig weiter. Uns haben Frauen geschrieben, dass sie den Tipp für diesen Podcast von ihrer Apothekerin, von ihrer Frauenärztin oder auch ihrer Freundin bekommen haben. Und das finden wir wirklich richtig toll. Abonniert gern unseren Podcast, lasst eine Bewertung für uns da und erzählt es einfach weiter, wenn euch gefällt, was wir hier machen. Und ihr könnt uns auch gern schreiben, an [hormongesteuert@mdraktuell.de](mailto:hormongesteuert@mdraktuell.de). Unseren Podcast hört ihr überall, wo man Podcast hören kann und 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>