



Eine Hormontherapie erfolgt patientenindividuell, zum Beispiel transdermal mit Pflastern.

Hormon- und andere Therapien

Sich wohlfühlen in den Wechseljahren

In den Wechseljahren nimmt die Östrogen- und Progesteronproduktion kontinuierlich ab, was mit physischen und psychischen Veränderungen und Beschwerden einhergehen kann. Die gute Nachricht: Es gibt viele verschiedene Optionen, die Symptome der Frauen zu lindern, etwa die Hormontherapie. Was diese leisten kann und was nicht, erklärt Gynäkologin Dr. Maria Riedhart-Huter im Gespräch mit Dr. Dirk Gröne.

Dr. Dirk Gröne: „Kurz vor meinem 40. Geburtstag wurde mir jeden Abend vor dem Schlafengehen angst und bange. Es war, als ob die Zeit wie feiner Sand zwischen meinen Fingern zerrinnt, und es machte sich das Gefühl von Hilflosigkeit in mir breit, die besten Jahren waren vorbei, jetzt geht's nur noch bergab.“ So erklärte mir eine Patientin ihre Motivation, sich einer Augenlidoperation bei mir zu unterziehen. Bei Männern klingt das meist anders. Die Midlife-Crisis zeigt sich eher durch Abenteuerlust, Liebschaften oder Verschwendungssucht. Wie erleben Sie Ihre Patientinnen in diesem Lebensabschnitt? Gibt es ein besonderes Muster?

Dr. Maria Riedhart-Huter: Wie Frauen die Menopause, beziehungsweise auch die Perimenopause, also die Hauptphase der Wechseljahre zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr erleben, ist sehr unterschiedlich. Ein Drittel der Frauen hat keine behandlungsbedürftigen Beschwerden, ein weiteres Drittel hat leichte Beschwerden und ein weiteres Drittel fühlt sich sehr stark belastet. Deswegen gibt es auch kein einheitliches Verhaltensmuster – und wenn doch, dann höchstens in der Hinsicht, dass



Dr. Maria Riedhart-Huter

Fachärztin für Gynäkologie
IntiMed – Meine Frauenärztin
Josef-und-Georg-Rainer-Straße 5,
6300 Wörgl/Österreich

sich bekannte Verhaltensmuster verstärken. Der Umgang mit Veränderungen des Körpers ist bei Frauen keinesfalls nur zurückgezogen und introspektiv, sondern auch mit Umorientierung, neuen Projekten oder Liebschaften verbunden.

Gröne: Wir sehen viele Frauen, die bereits Jahre, bevor die Menopause eintritt, an einer Reihe von Beschwerden leiden. Dazu gehören unter anderem Einschlafstörungen, Lustlosigkeit, Er-

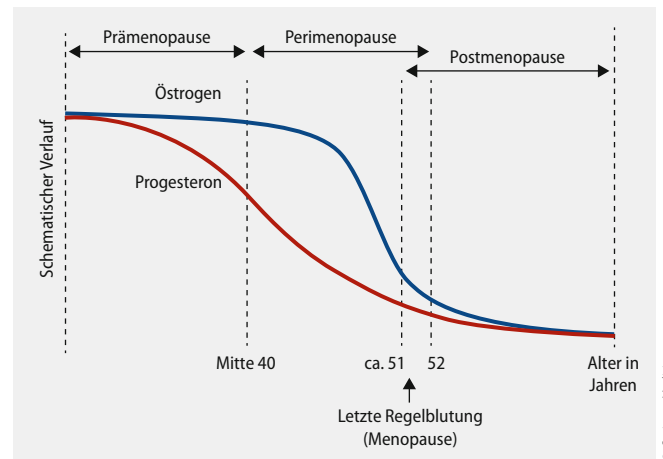
schöpfung, vermehrtes Schwitzen, Hitzewallungen, Gemütschwankungen, anfallsartige Gesichtsrötungen oder körperliche Veränderungen wie eine Zunahme des Bauchfetts. Alles Befunde, die diese Frauen anfangs nicht unbedingt mit der Menopause in Zusammenhang bringen – entweder weil sie noch intensive Regelblutungen haben, erst ein paar Jahre zuvor ein Kind entbunden haben oder vom klassischen Eintrittsalter der Menopause, das durchschnittlich bei 52 Jahren liegt, weit entfernt sind. Andererseits fühlen sich auch biologisch ältere aber noch jung aussehende Frauen oft nicht bereit über eine „Hormonersatztherapie für Alte“ nachzudenken. Ein Fehler mit Konsequenzen?

Riedhart-Huter: Bestimmt. Bei einigen Frauen gehen die Einschnitte durch die Beschwerden so weit, dass sie nicht mehr in der Lage sind, sich sportlich zu betätigen oder die Arbeit in vollem Umfang zu erfüllen. Andere sind häufig krankgeschrieben oder verabschieden sich ganz aus dem Berufsleben. In den letzten Jahren gab es viele Kampagnen zu dem Thema und die Politik hat inzwischen Zahlen auf dem Tisch, anhand derer sie sich auch des wirtschaftlichen Ausmaßes dieser Krankheitsfälle bewusstwerden und mit Kampagnen gegensteuern kann. Bei den Frauen hat aus meiner Sicht bei der Hormon- und Mikronährstofftherapie ebenfalls ein Umdenken stattgefunden. Auch sie haben inzwischen gelernt, dass eine individuelle Medikamenten- und Hormontherapie bei schwankenden Östrogenspiegeln bereits viele Jahre vor Eintritt der Menopause möglich ist. Viele von ihnen wenden sich vertraulich an ihre Ärzte, mit dem konkreten Wunsch einer bioidentischen Hormon- und einer Vaginallasertherapie.

Gröne: Wie ist der aktuelle wissenschaftliche Stand der Hormonersatztherapie?

Riedhart-Huter: Den Begriff Hormonersatztherapie verwendet man so nicht mehr. Eher spricht man von Hormonsubstitution. Präparate und Therapien sind in der deutschen AWMF-Leitlinie zur Peri- und Postmenopause aus dem Jahr 2020 sowie in anderen europäischen Leitlinien detailliert beschrieben. Zur Hormontherapie: Zunächst einmal hat sich das Denken dahingehend geändert, dass man die Verabreichung von Hormonen nicht nur kurzfristig durchführt und nicht erst in den Wechseljahren beginnt. Es gibt ein zeitliches Fenster, in dem die Hormongabe für Frauen mit vasomotorischen Problemen sinnvoll ist. Das beginnt oft mit der Behandlung in der Prämenopause und dauert nicht selten bis zum Lebensende an. Medikamente und Dosierungen werden auf die Bedürfnisse der Patientinnen abgestimmt. Für Frauen mit Gebärmutter sollte man eine Östrogen-Gestagen-Therapie wählen, wobei Gestagen zyklisch oder kontinuierlich eingesetzt werden kann. Für hysterektomierte Frauen ist eine reine Östrogen-Therapie ausreichend. Empfohlen werden transdermale Applikationsformen, da sie ein günstigeres Nutzen-Risiko-Verhältnis haben.

Gröne: Eine Hormontherapie, kurz HRT, kann auch andere Beschwerden der Wechseljahre lindern, zum Beispiel Libidoverlust oder urogenitale Symptome, wie Atrophie des Vaginalepithels, überaktive Blase, rezidivierende Zystitiden, oder Harninkontinenz. Zur Behandlung der urogenitalen Beschwerden wird teils eine Kombination aus vaginaler Östrogen- und Lasertherapie genutzt. Östrogene reduzieren darüber hinaus das Risiko für



1 Der Östrogenspiegel sinkt erst nach dem Progesteronspiegel ab, weshalb vor der Menopause eine relative Östrogendominanz besteht, der mit Gestagenen frühzeitig begegnet werden sollte.

osteoporosebedingte Frakturen und möglicherweise haben sie bei perimenopausalen Frauen eine antidepressive Wirkung. Zusätzlich kommen noch andere Behandlungen infrage, darunter die Stimulation der Beckenbodenmuskulatur mit High-Intensity-Focused-Electromagnetic-Technologie, kurz HIFEM, oder Muskelaufbau beziehungsweise kombiniertes Bauch- und Beckenbodenmuskulaturtraining unter dem Stichwort „Core-to-the-Floor-Behandlung“.

Riedhart-Huter: Das stimmt. Medizinische Hilfe ist auf verschiedenen Ebenen zu erreichen. Das Spektrum wächst monatlich. Eine HRT beeinflusst beispielsweise Schlaf, Psyche sowie Libido positiv und wirkt Erschöpfung entgegen. Eine bioidentische HRT mit transdermal applizierten Östrogenen zeichnet sich durch eine gute Bioverfügbarkeit und schnelle Resorption aus, zudem erhöht sie in Kombination mit oralem Progesteron nicht das Mammakarzinomrisiko. Übrigens besteht bei oraler Progesterongabe auch kein erhöhtes Risiko für thromboembolische Ereignisse. Progesteron hat sich vor allem bei Schlafstörungen, Palpitationen und Unruhezuständen in den Wechseljahren therapeutisch bewährt, da es schlaffördernd wirkt, Nerven und Psyche entspannt sowie Ängste löst. Leidet aufgrund der Menopause die Entscheidungsfähigkeit und haben die Patientinnen weniger „Drive“, brauchen sie meist etwas Testosteron – was ihnen auch ihre Libido dankt. Eine HRT kann auch genutzt werden, um Osteoporose vorzubeugen. Ein wichtiges Argument ist hierbei, dass mehr Frauen an den Folgen von Osteoporose sterben als an durch eine HRT ausgelösten Mammakarzinomen. Ein neues Kapitel bezüglich der HRT wurde im Bereich der Genomik und Langlebigkeit beziehungsweise Longevity aufgeschlagen. Studien haben gezeigt, dass die HRT Teil eines individuellen Konzepts sein kann, um qualitativ hochwertige Lebensjahre hinzuzugewinnen. Die Säulen der Longevity sind Schlaf beziehungsweise Schlafqualität, Ernährung, Mindset beziehungsweise geistige Gesundheit und Bewegung. Die HRT ist ein Ansatzpunkt, um die Longevity zu verbessern. Zusätzlich tragen eine proteinreiche, antiinflammatorische Ernährung und Kraft- sowie Ausdauertraining dazu bei, lange gesund und fit zu bleiben.

T2 Neue und bewährte Therapien für verschiedene Wechseljahresbeschwerden

Symptom	Therapievorschlag
anfallsartige Rötungen im Gesicht	Brimonidin, Gefäßlaser, Baby-Botox
Vitiligo	Ruxolitinib, Microneedling, Pallas™ UV-Laser
Hitzewallungen	Fezolinetant, Venlafaxin
generalisiertes Schwitzen	Methanthelinumbromid, Neuromodulatoren
Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen	Lisdexamfetamindimesilat
Gewichtszunahme	Tirzepatid, Semaglutid
Anorgasmie	Testosterongel, CUV- und G-Punkt-Injektionen mit Hyaluronsäuren und PRP
trockene Augen und Lidrandentzündung	Doxycyclin, IPL- oder Gefäßlaser am Augenunterlid zur Aktivierung der Meibom-Drüsen-Funktion
Antriebslosigkeit	SRI wie Sertralin
Neigung zu Infektionen des Harntraktes und der Vagina	Vaginallaser, zum Beispiel Juliet™ Femilift™, Monalisatouch™
Introitus-Laxizität	Monalisatouch™-Laser oder Beckenbodenchirurgie
Inkontinenz	elektromagnetische Stimulation der Beckenbodenmuskulatur
Rektusdiastase	BodyLab-Laser, Verfahren zur Muskelstärkung und Fettverbrennung
Cellulite und isolierte Fetteinlagerungen	Onda Coolwaves®
Bindegewebeschwund	z. B. HarmonyCa™ für Gesicht, z. B. Radiesse® für Hände, Hals und Dekolleté, PowerFill™, Genefill contour für Bauch, Beine und Po
Haardichteminderung	Sylfirm MNRF, Exosomentherapie, Minoxidil und Alfatradiol
Melasma	Picosekundenlaser, chemische Peelings, LP-1.064-Nd:YAG-Laser
Schlupflider	Blepharoplastik

CUV: Clito-Urethro-Vaginal-Komplex; IPL: Intense Pulsed Light; LP: long pulsed; MRNF: Micro-Pulsed Radiofrequency; Nd:YAG-Laser: Neodym-dotierter Yttrium-Aluminium-Granat-Laser; PRP: Platelet-Rich-Plasma; SRI: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Grüne: Östrogene und Wachstumshormone kodieren auf sehr unterschiedlichen Genen und beeinflussen so viele biochemische Prozesse im Körper. Infolgedessen kommt es bei Hormonschwankungen zu einer Vielzahl von Befunden in unterschiedlichsten Organsystemen. Ich habe versucht, die Symptome, die mit den Wechseljahren in Verbindung gebracht werden, zu zählen und zu sortieren. Ich bin auf mehr als 50 gekommen (►Tab. 1, online). Was sind die häufigsten klimakterischen Beschwerden, die Ihre Patientinnen in der Sprechstunde benennen?

Riedhart-Huter: Hitzewallungen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, kribbelnde Beine, Schwindelattacken, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Juckreiz und Hämorrhoiden, Urin- und Stuhlinkontinenz, Missempfindungen der Brustwarzen und Labien.

Grüne: Auch das bekannte Hüftgold kann hartnäckig sein. Durch den Kollagenverlust, der mit circa 1 % pro Lebensjahr zu tragen kommt, bemerken Frauen die Schwäche des Bindegewebes. Nicht nur an den Armen und im Gesicht, auch der Beckenboden leidet. Das ist vielmehr ein Alterungs- als ein Hormoneffekt. Aber Hormone spielen auch eine Rolle in der Durchblutung des Bindegewebes, der Festigkeit des Stützgewebes, der Involution des Brustdrüsengewebes, der Empfindung und Reizleitung sowie im Muskelgewebe. Die Veränderung des Muskelruhetonus der Skelettmuskulatur vermindert nicht nur die klassischen Funktionen der quergestreiften Sphinktermuskulatur, etwa der Harnblase, sondern vermindert auch die Spannung der Bauchmuskeln, was eine Rektusdiastase zur Folge haben kann, oder führt zur Veränderung der Gesichtsform. Das Thema „alles hängt“ bekommt also eine Rationale. Doch leider lässt sich nicht alles durch eine HRT ausgleichen. Welche Symptome sprechen auf die Substitution weniger bis gar nicht an?

Riedhart-Huter: Durch die Gabe von Medikamenten lassen sich internistische Faktoren gut beeinflussen, wie Osteoporose, Anämie, auch die Beschaffenheit der Haut oder Haarausfall. Weniger gut lassen sich psychologische, urogynäkologische, sexualmedizinische und optische Belange beeinflussen. Aber hier gibt es natürlich auch Möglichkeiten entgegenzuwirken.

Grüne: Das scheint mir fast ein Stichwort, um nach häufigen und besonders guten Therapiemethoden zu fragen, ohne den diagnostischen Einschätzungen und Therapieentscheidungen der jeweiligen Kollegen der Fachrichtungen und Leitlinienexperten entgegenzutreten. Ich finde es jedoch interessant zu wissen, was neu ist und was sich aus Ihrer Sicht bewährt hat.

Riedhart-Huter: Es gibt in der Tat viele Befunde, die sich wirksam behandeln lassen. Eine Übersicht über neue und bewährte Therapien bei verschiedenen Beschwerden bietet ►Tab. 2.

Grüne: Wechseljahre lösen oft ein Gefühl des Kontrollverlusts aus. Was können minimalinvasive Eingriffe und plastisch-chirurgische Operationen in diesem Lebensabschnitt Positives bewirken?

Riedhart-Huter: Ich operiere größtenteils ambulant in einem Frauenteam in der Ordination und sehe nicht nur die Resultate, sondern spüre auch die Freude der Patientinnen und das neue Selbstwertgefühl, das mit ästhetisch-plastischen Operationen und der Intimchirurgie verbunden ist. Aber auch von minimalinvasiven Injektionen mit Neuromodulatoren profitieren viele Frauen: Botox ist sehr breit einzusetzen, etwa bei Migräne, Schwitzen, Bruxismus, Depressionen und Vaginismus. Aber eben auch bei vielen ästhetischen Anliegen – sei es zum Anheben der Augenbrauen, der Verminderung der Zornesfalten oder Krähenfüße, zur optischen Vergrößerung der Lippen, bei Stirnfalten, Erdbeerkin, hängenden Mundwinkeln und vielem mehr. Die Möglichkeiten der Medizin und Chirurgie in der Behandlung von Menopause-assoziierten Symptomen sind enorm, die Patientinnen sollten daher Tabus nicht fürchten und in den Praxen gezielt nach Lösungen fragen.

Grüne: Da haben Sie Recht! Ein anderes Thema: Jede zweite Frau leidet in den Wechseljahren an Schlafstörungen. Sind daran nur die Hormone schuld? Was hilft beim Ein- und Durchschlafen?

Riedhart-Huter: Um einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus wieder ins Gleichgewicht zu bringen, gehören die Schlafumgebung und -hygiene, eine Ritualisierung, das „sich bewusst werden“ seelischer Belastungen und Ängste sowie eine Verminderung der Bildschirmzeit vor dem Schlafengehen ebenso dazu wie Nahrungsergänzungsmittel mit Melatonin und Medikamente. Zu letzteren zählen Doxepin, Mirtazapin, duale Orexin-Rezeptor-agonisten oder Antihistaminika wie Doxylamin und Diphenhydraminhydrochlorid. Diese sollten aber nur in Absprache mit Kollegen verordnet werden, die sich mit Ursachen der Insomnien auskennen. Bei länger geplanter Einnahme von Benzodiazepinen ist zudem ein Besuch im Schlaflabor anzuraten. Ein neues Schlafmittel ist Daridorexant. Zu diesem gibt es Sicherheitsdaten von bis zu zwölf Monaten bei regelmäßiger Einnahme. Die Schlafprobleme sollten sich mit diesem Mittel nach einigen Tagen einstellen. Ebenfalls infrage kommen die orale Gabe von Gamma-Aminobuttersäure – kurz GABA –, Ashwagandha und Primrose-Öl, sowie orales Progesteron, das eine GABA-ähnliche Wirkung hat.

Gröne: Ein weiteres Symptom in der Menopause ist Migräne. Diese tritt typischerweise im frühen Erwachsenenalter auf und kehrt periodisch wieder. Nach dem 50. Lebensjahr werden die Kopfschmerzen oft deutlich schwächer oder verschwinden ganz. Anders sieht es bei hormonbedingten Migräneschüben aus: Manche Frauen erleben ein Karussell neuer Beschwerden mit dem Eintritt in die Wechseljahre. Was kann man hiergegen tun?

Riedhart-Huter: Migräne ist sehr komplex und ohne Neurologen, Orthopäden und Schmerztherapeuten oft nicht zu lösen. Ebenso typisch sind Muskelschmerzen und Gelenksversteifung. Auch die „Frozen Shoulder“ häuft sich, da nicht nur die Schleim- und Bindegewebe, sondern auch die Gelenkschleimhäute trockener werden.

Gröne: Wenn Sie gerade schon die Neurologen und Co. ins Spiel bringen. Auch die frauenärztliche Praxis ist, ähnlich wie die hautärztliche Praxis, eine Einrichtung für Jung und Alt und entsprechende Anliegen stehen auf der Liste der Patientinnen. Wäre in diesem Kontext ein fachübergreifendes Konzept für die Wechseljahre sinnvoll? Und wenn ja, wie könnte das aussehen?

Riedhart-Huter: Ja. Ich könnte mir auch Partnerschaften oder Kooperationen mit unter anderem Psychiatern, Dermatologen, Urologen, Onkologen und plastischen Chirurgen gut vorstellen, aber auch mit Ernährungswissenschaftlern, Physiotherapeuten und Medizinkosmetikern. Auch bei den diagnostischen Möglichkeiten könnte man sich breiter aufstellen. Die Vorsorge mit digitalen Verfahren, wie optischer Kohärenztomografie, Sonografie und Magnetresonanztomografie ist sinnvoll, aber auch 3-D-Auflicht-Mikroskopie und haut- sowie neurophysiologische Messverfahren. Neben den Laborschnelltests sind auch Blutwerte wichtig: Darunter das Hormonprofil, Stimulationstests und andere. Ich schaue immer auch nach der Hämatologie der klinischen Chemie, Lactatdehydrogenase und Cholinesterase, C-reaktivem Protein, antinukleären Antikörpern, Ferritin, Spurenelementen wie Zink und Selen, Mikronährstoffen wie Vitamin D, Vitamin B₁₂ und Folsäure, Apolipoprotein B, Homocystein in saurem Citratplasma, Coenzym Q₁₀ und dem Omega-3-Index.

Gröne: Wie wir sehen, bringen die Wechseljahre zahlreiche Symptome mit sich. Doch nicht nur das: Sehr viele Partnerschaften

und Ehen zerbrechen in der Perimenopause. Was könnten aus Ihrer Sicht Gründe hierfür sein?

Riedhart-Huter: Partnerschaften zerbrechen in der Perimenopause häufig aufgrund hormoneller Veränderungen, die zu Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und einer verminderten Libido führen. Körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr verstärken die Belastung. Zusätzlich beeinflussen emotionale Unsicherheiten, ein verändertes Selbstbild und die Angst an Attraktivität zu verlieren das Selbstwertgefühl und können die Beziehung weiter unter Druck setzen. Diese Veränderungen erschweren oft die Kommunikation zwischen den Partnern. Oftmals fallen in diese Lebensphase auch einschneidende Ereignisse wie das „Empty-Nest-Syndrom“, was die Herausforderungen weiter verschärfen kann. Wenn der Partner die körperlichen und emotionalen Herausforderungen nicht versteht oder ignoriert, können sich Gefühle der Isolation und Unzufriedenheit verstärken. Paare, die die Veränderungen als natürlichen Teil des Lebenszyklus begreifen, reagieren häufig mit Geduld und Verständnis, was die Beziehung stärken kann. Bleiben Konflikte jedoch unausgesprochen oder werden Probleme nicht gemeinsam angegangen, kann dies die Partnerschaft weiter belasten. Insgesamt sind die Herausforderungen der Perimenopause vielseitig, und es ist wichtig, dass Paare offen über die Veränderungen sprechen, Empathie füreinander entwickeln und gemeinsame Wege finden, diese herausfordernde Phase zu meistern. Die Perimenopause sehe ich aber auch als eine Zeit in der sich die Frau auf sich und ihre Bedürfnisse fokussieren darf.

Gröne: Gibt es darüber hinaus noch allgemeine Dinge, die Sie den Patientinnen raten würden?

Riedhart-Huter: Meist hilft es, sich mit anderen, gerade auch dem Partner, auszutauschen. Auch Männer kommen in die „Androphase“. Der Lebensgefährte wird also einige Beschwerden nachvollziehen können, da auch er mitunter an einer veränderten Körperkomposition, Haarausfall oder Erektionsstörungen leidet. Aber auch wenn er offen dafür ist, wird er nicht alles verstehen können. In dieser Zeit braucht es viel Verständnis und Einfühlungsvermögen. Es ist aber auch eine große Chance für jede Partnerschaft. Letztlich ist es unsere innere Einstellung zu Dingen, die uns nach außen strahlen und attraktiv erscheinen lässt.

Tabelle 1 als Zusatzmaterial unter
<https://doi.org/10.1007/s12634-024-2901-0>
in der Online-Version dieses Beitrags



Dr. Dirk H. Gröne

Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten in Berlin
Dr. Gröne ist im Beirat der Zeitschrift für das
Thema internationale Trends zuständig.
d hg@gmx.de