

## Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

27. Juli 2026 #58

Thema: Das Geheimnis des Bauchfetts

**Katrin Simonsen, Moderatorin**

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

**Dr. Katrin Schaudig, Expertin**

Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

### Katrin Simonsen

Hallo und herzlich willkommen bei Hormongesteuert, dem Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren. Und natürlich auch für alle Menschen, die mit Gebärmutter und Eierstöcken geboren wurden. Und wir freuen uns auch, wenn uns interessierte Männer zuhören. Hormongesteuert hört ihr kostenfrei in ARD Sounds. Ich bin Katrin Simonsen, Moderatorin, Redakteurin bei MDR aktuell. Und die Expertin an meiner Seite, das ist Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopausegesellschaft. Hallo, ich grüße Sie, Frau Schaudig.

### Dr. Katrin Schaudig

Hallo, liebe Frau Simonsen!

### Katrin Simonsen

Frau Schaudig, wir geben ja immer ein Ziel aus für unseren Podcast und auch für unser Buch. Wir wollen die Frauen zu Expertinnen ihres eigenen Körpers machen und deshalb beantworten wir natürlich auch immer mal wieder Hörerinnenfragen. Heute ist es mal wieder soweit, eine Folge mit Hörerinnenfragen. Nach wie vor erreichen uns ja viele, viele Mails, unterschiedlichste Fragen. Oft geht es natürlich um die Hormontherapie.

Außerdem wollen wir heute ein Geheimnis lüften, das Geheimnis hinter der Gewichtszunahme und dem Bauchfett in den Wechseljahren. Und Frau Schaudig erzählt uns, welche Erfahrungen sie mit dem neuen hormonfreien Medikament *Elinzanetant* gemacht hat. Und dann gibt es noch Neuigkeiten, was die bessere Ausbildung von Fachärzten in Sachen Wechseljahre und Hormontherapie angeht. Also wir haben viel zu erzählen und legen mal

los mit diesem blöden Bauchfett. Zuletzt hatten wir ja in Folge 50 darüber gesprochen. Die Gewichtszunahme, das ist so ein Thema, von dem viele Frauen in den Wechseljahren berichten. Und vor allem kommt es ja auch zu dieser neuen Fettverteilung von den Hüften zum Bauch.

Und dann kommt immer die Frage, woran liegt das denn? Was ist der Auslöser? Vor allem, wenn die Frauen so in kurzer Zeit viele Kilo zunehmen, obwohl der Lebensstil gleich geblieben ist. In Folge 50 haben Sie dann von Forschungen erzählt, wo man die Idee hatte, dass es vielleicht auch mit dem FSH, mit dem Follikelstimulierenden Hormon zusammenhängen könnte. Und nun gibt es tatsächlich eine Studie dazu, die das zu bestätigen scheint. Und ich habe sie gebeten, sich diese Studie mal anzuschauen. Frau Schaudig, war das spannend?

### Dr. Katrin Schaudig

Ja, das war schon ziemlich spannend. Wobei man sagen muss, die Arbeit, das ist gar keine eigene Studie, sondern es ist nochmal so eine Art Review, der andere Studien nochmal beobachtet und versucht, das zusammenzubringen. Ich habe auch schon mal gesagt, dass es eine Studie von 2017 gab, wo man mit Mäusen, denen man die Eierstöcke rausgenommen hat, die mit einem Stoff behandelt hat, der den FSH-Rezeptor blockiert. Jetzt müssen wir nochmal ausholen, was passiert in den Wechseljahren? Der Eierstock hat immer weniger Eizellen, dann kommt immer weniger Eireifung zustande, weniger Östrogen.

Dann gibt's so eine Rückmeldung nach oben als Gehirn an den Hypothalamus, dass das Zwischenhirn und der wiederum registriert, da unten an den Eierstocken klappt das irgendwie nicht so richtig, wir sollen doch schwanger werden. Und dann gibt der Hypothalamus und in zweiter Linie die Hypophyse, also die Hirnanhangsdrüse, gibt quasi Gas, um den Eierstock anzutreiben. Also Follikel ist ja das Ei-Bläschen. Und Follikel-stimulierendes Hormon, ist irgendwie logisch, das ist das FSH. Wir wissen, wenn das FSH ansteigt, dann sind wir auf dem Weg voll in die Peri- und Postmenopause.

In der Postmenopause, das ist der Zeitraum, wenn der Eierstock gar nicht mehr arbeitet. Postmeno heißt nach der letzten Blutung. Und da ist es dann so, dass wir permanent niedrige Östrogenspiegel haben und permanent ganz hohe FSH-Spiegel. Das Zwischenhirn versucht sozusagen bis ans Lebensende, durch hohe FSH-Spiegel dafür zu sorgen, dass doch noch irgendwas aus dem Eierstock rauszuholen ist. Es gelingt nicht, weil einfach keine Eier mehr da sind.

In dem Fall, auch wenn der Körper sonst alles super schlau macht, ist tatsächlich das Zwischenhirn zu doof, kapiert irgendwie nicht, aus dem Eierstock ist nix mehr rauszuholen, weil keine Eier mehr da und feuert permanent FSH. Das FSH bleibt bis ans Ende unseres Lebens hoch. Irgendwann geht's mal so ein bisschen runter, aber es wird immer im sehr hohen Bereich bleiben. Und jetzt haben diese Studien was ausprobiert. Die haben nämlich geguckt, okay, bei den Mäusen nehmen wir die Eierstöcke raus. Dann geht das FSH hoch, weil es kommt kein Signal mehr vom Eierstock, weil es den nicht mehr gibt.

Und dann haben die versucht, diesen Mäusen was zu geben, was die Empfängerzellen für das FSH blockiert. Also das sind die Rezeptoren fürs FSH. Und bei diesen Mäusen, wir sind natürlich keine Mäuse, das ist ein Tierversuch, hat sich dann Folgendes gezeigt: Wenn man die Wirkung von dem Follikel-stimulierenden Hormon an Fettzellen blockiert, kommt es nicht zur Zunahme des Fettes und des Bauchfettes. Sondern es kommt sogar zur Umwandlung in das gesündere braune Fettgewebe. Wir haben schon mal mit dem Tim Hollstein in der Folge über braunes und weißes Fettgewebe gesprochen.

Genau. Und offensichtlich ist es so, dass eine Blockade dieses FSH-Rezeptors bei diesen Mäusen dazu geführt hat, dass sich mehr braunes Fettgewebe bildete. Was gut ist, auch für unsere Herz-Kreislauf-Gesundheit. Und dass diese Mäuse tatsächlich nicht zugenommen, sondern sogar abgenommen haben. Bei denen, wo man die nicht blockiert hat, hat das

weiße Fettgewebe zugenommen. Das ist das ungünstigere Fettgewebe und auch dieses Bauchfett. Also und das ist ja nicht das Fett, was auf dem Bauch drauf sitzt, sondern das ist das Fett, was zwischen den Darmschlingen im Bauch drin sitzt. Und dieses Bauchfett, also wir nennen es das viszerale Fett, viszeral heißt zwischen den Eingeweiden liegend, das ist irgendwie eine Fettsorte, die insgesamt ungünstig ist. Die begünstigt die Insulinresistenz oder geht einher mit Insulinresistenz, macht Bluthochdruck, macht Gefäßveränderungen und ist letztlich dafür mitverantwortlich, dass wir einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall bekommen.

Also alles nicht so richtig schick. In diesem Mausversuch, der jetzt ja fast schon zehn Jahre her ist, da hat sozusagen eine Blockade der FSH-Rezeptoren einen günstigen Effekt auf diese Fettgewebesentwicklung gehabt. Und es gibt auch so Untersuchungen, dass bei den Frauen, wo das FSH besonders schnell ansteigt oder besonders hoch ansteigt, dass die offensichtlich eine ungünstigere Fettentwicklung haben als die anderen. Ich glaube, dass da ganz viel, ich habe mir auch das noch mal alles so angeschaut, ich glaube, dass das auch ganz viel mit einer individuellen Veranlagung zu tun hat, ob der eigene FSH-Rezeptor jetzt besonders empfänglich ist.

Und ich habe mich schon gefragt, aber so eine Studie gibt es tatsächlich doch noch nicht, ob, wenn Frauen in der Perimenopause von einer sehr plötzlichen, zu schnellen Gewichtszunahme berichten, das höre ich immer mal wieder, ob es das die Frauen sind, wo besonders der FSH-Spiegel immer mal hoch geht. Also so richtig klar wird es nach wie vor nicht, aber ich könnte mir vorstellen, und da gibt es jetzt wohl neue Forschungen und Studien, die genau das untersuchen, dass man vielleicht durch Blockade des FSH-Rezeptors – und da gibt es bereits auch Substanzen, die getestet werden – dass man durch Blockade dieses Rezeptors gewisse Stoffwechselentwicklungen bremsen kann.

Es ist nach wie vor nicht so, dass man sagen kann, okay, wir haben des Rätsels Lösung gefunden. Ich glaube aber, dass dieser Fokus auf die Höhe und die Entwicklung des FSH-Spiegels tatsächlich was sein wird, worauf man in Zukunft mehr Augenmerke richtet. In dieser Studie geht es übrigens auch darum, dass offensichtlich hohe FSH-Spiegel auch mitverantwortlich für eine kognitive Einschränkung sind, also für diesen Konzentrationsverlust, für Denkleistungen.

Auch da werden wir vielleicht noch ganz viel von hören. Also ich denke, da sind wir einfach dran. Und es geht schon viel in die Richtung, dass wir das FSH als eigenen Faktor, der ungünstig ist, unterschätzt haben. Aber man muss dann noch mal eine Ebene höher gehen. Warum steigt bei manchen Frauen das FSH mehr an als bei anderen?

**Katrin Simonsen**

Und meinen Sie jetzt mehr, dass die höhere Spitzen haben oder dass es dauerhaft mehr Höhe ansteigt?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ich glaube, sowohl als auch.

**Katrin Simonsen**

Weil ich habe neulich nämlich auch dann gelesen, zum Beispiel FSH regt die Fettbildung an.

**Dr. Katrin Schaudig**

Genau, das steht ja auch drin, das FSH regt die Fettbildung an. Das scheint so zu sein. Ja, und zwar triggert es – es gibt so Vorstufen von Fettzellen, die Präadipozyten. Ein Adipozyt ist eine Fettzelle und die Vorstufen davon, also diese Umwandlung in richtige Fettzellen, das scheint das FSH zu triggern. Das steht auch in dieser Arbeit so drin.

**Katrin Simonsen**

Und FSH hemmt die Fettverbrennung, auch wenn ich mich gesund ernähre. Stimmt das auch?

**Dr. Katrin Schaudig**

Auch das könnte sein, ja.

**Katrin Simonsen**

Okay. Und dann, warten Sie, viszerales Bauchfett habe besonders viele FSH-Rezeptoren?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, auch das steht in dieser Arbeit drin, ganz genau. Ja, es ist wie oft so, wenn wir von irgendeinem Stoff oder einem Hormon mehr produzieren, dann fördert das die Bildung dieser Rezeptoren. Also das heißt, die Substanz selber fördert, dass die Empfängerzellen vermehrt werden. Und wenn wir viel FSH haben, wird offensichtlich die FSH-Rezeptormenge oder -Dichte hochreguliert. Und dann kann das auch wieder wirken. Und jetzt ist die Frage, wenn wir diese Rezeptoren blockieren durch irgendwelche Substanzen, vielleicht können wir dieser Stoffwechselentwicklung in Richtung mehr Bauchfett erfolgreich entgegenwirken.

10:10

**Katrin Simonsen**

Und dann das vierte, was ich noch gelesen hatte, war, „FSH verstärkt die Wirkung von Stresshormonen wie Cortisol“, heißt das kann sozusagen auch noch Bauchfett begünstigen, trotz gesunder Lebensweise.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, genau so ist es. Ich meine, was wir grundsätzlich wissen, ist, dass die Cortisol-Konzentration im Alter ansteigt. Auch das ist ein Effekt und dass man dem Cortisol auch eine Rolle zuschreibt bei der Entwicklung von Demenzen. Dass also Frauen, die viel Cortisol haben – Cortisol ist ja an sich schon etwas, was wir brauchen, aber wenn wir zu viel haben, ist es schon eine Art Stressreaktion und das ist für unser Gehirn nicht so richtig gut.

**Katrin Simonsen**

Und auch offenbar nicht für unser Bauchfett.

**Dr. Katrin Schaudig**

Auch nicht für unser Bauchfett, genau. So ist es leider.

**Katrin Simonsen**

Aber dann haben wir ja doch schon relativ viele Fakten zusammengetragen, die so ein bisschen

erklären können, warum das auf einmal so viel anders ist, als es vorher war mit unserem Bauchfett.

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

Ja die Frage ist nur, was ist die klinische Konsequenz also damit meine ich können wir dem irgendwie mit Therapien entgegen gehen oder müssen wir einfach nur akzeptieren, es ist halt so. Haben jetzt die Mechanismen vielleicht ein bisschen besser geklärt, aber gerade diese Gewichtszunahme – das ist mir auch noch mal klar geworden, als ich diese Übersicht gelesen habe – die unterliegt schon multiplen Faktoren. Und man kann das ja auch durch Sport und so weiter auch alles positiv beeinflussen.

Das heißt, wir haben schon Einflussmöglichkeiten auf diese ganze Entwicklung. Gegen unsere Gene kommen wir nicht an und dann gibt es trotz allem die Frauen, die total schlank bleiben nach den Wechseljahren. Ob das die sind, die einfach super pingelig auf ihre Einfuhr achten könnte auch sein, aber das natürlich sehr schwer zu trennen

#### **Katrin Simonsen**

Ja, dann haben wir ja wieder die verschiedenen Stoffwechseltypen, haben wir ja auch gelernt.

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

So sieht es aus. Genau.

#### **Katrin Simonsen**

Okay, also das FSH scheint tatsächlich deutlich was damit zu tun zu haben. Was wir aber jetzt eigentlich nicht wissen ist, was machen wir jetzt mit dieser Information?

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

Ich sage mal so, mit dem FSH ist es auch spannend, dass wir mit manchen synthetischen Gestagenen – also, oder ich sag's mal anders. Mit den synthetischen Gestagenen unterdrücken wir ja auch die FSH-Wirkung. Das ist ja der Trick in der Perimenopause, dass wir dem Hirn signalisieren, hör mal auf, dich aufzuamself, stopp mal die FSH-Ausschüttung, damit diese Follikel nicht verrückt spielen. Und dann unterdrücken wir das FSH. Und was wir auch immer mal wieder sehen, dass mit ein und demselben

synthetischen Gestagen, wir bei manchen Frauen eine komplette Unterdrückung von FSH sehen, also FSH null. Und bei manchen funktioniert das nicht, obwohl es dieselbe Substanz im Rennen ist.

Und das finde ich auch noch mal interessant, da habe ich immer schon gedacht, da muss es ... Wir nennen es Polymorphismen, also da muss es unterschiedliche Empfängerzellen auch geben und das ist sicherlich genetisch bestimmt. Also da können wir auch gar nicht dran drehen, das ist so, dass einer blaue Augen oder andere braune Augen hat, damit kommt man auf die Welt. Durch *Lifestyle* kann man immer was Gutes tun, durch Ernährung und durch Sport, aber an den Genen kommt man nicht vorbei.

#### **Katrin Simonsen**

Die Frage ist nur, wir haben ja gerade gesagt, so diese Spitzen, bei den einen Frauen sehr starke Spitzen, bei den anderen, die merken, ist vielleicht nicht so stark, aber dann bleibt es ja dauerhaft hoch. Dann müssten wir ja eigentlich so richtig Bauchfett zunehmen, passiert aber eigentlich in der Regel nicht so, oder?

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

Ja, das kann wiederum sein, dass da so ein Gewöhnungseffekt eintritt. Und dass das perimenopausal jetzt so hochpusht, könnte auch sein, dass der Körper sich erstmal an dieses immer wieder hochregulieren vom FSH gewöhnt, beziehungsweise gewöhnen muss, er ist eben noch nicht gewöhnt. Und langfristig, dass dann dieser, ja vielleicht der Sturm der Rezeptoren sich dann so wieder ein bisschen beruhigt und ein Gewöhnungseffekt eintritt.

#### **Katrin Simonsen**

Spannendes Thema.

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

Ich meine, auch das ist total interessant. Es gibt Frauen, die, wenn sie abnehmen, plötzlich kein Blutdruckmittel mehr brauchen. Dann geht sofort der Blutdruck runter. Ja, die haben zehn Kilo abgenommen oder 20, gibt es ja auch. Plötzlich brauchen die kein Blutdruckmittel. Es gibt aber auch Frauen, die leider

trotzdem weiter ihr Blutdruckmittel brauchen. Was machen wir denn da draus? Also ich kann jetzt leider nicht jeder Frau versprechen, wenn Sie zehn Kilo abnehmen, bauen sie kein Blutdruckmittel mehr. Das würde ich sehr gerne tun. Kann ich aber nicht. Und da ist auch wieder die Menschheit sehr unterschiedlich.

### **Katrin Simonsen**

Damit schließen wir dieses Thema erst mal ab. Vielleicht gibt es demnächst dann nochmal neue Erkenntnisse. Und wir kommen zu dem spannenden Thema, Stichwort: *Elinzanetant*. Ein hormonfreies Medikament gegen Hitzewallung ist auch in Deutschland seit einigen Monaten verfügbar. Und unsere Hörerinnen wollten wissen, was Sie damit für Erfahrungen gemacht haben. Ich nehme an, Frau Schaudig, Sie wollen erst mal kurz erklären, was ist das für ein Medikament? Wir hatten ja schon ein ähnliches Medikament in Deutschland, das hieß *Fezolinetant*. Erklären Sie erst mal kurz sozusagen, über welche Art von Medikamenten wir da sprechen.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Genau, das ist eine sehr gute und neue Entwicklung. Es sind keine Hormone und sie setzen direkt am Wärmeregulationszentrum an und verhindern, dass Hitzewallungen ausgelöst werden. Wie machen die das? Die blockieren einen Rezeptor für eine Substanz heißt Neurokinin B, die kommt aus den KNDy-Neuronen. Die haben wir vorhin schon erwähnt im Zusammenhang mit der FSH-Regulation.

Wenn Frauen in den Östrogenmangel kommen, dann kommt ein Signal an den Hypothalamus, also an das Zwischenhirn, und zwar zunächst an die KNDy-Neurone. Die registrieren, aha, zu wenig Östrogen. Und was dann passiert, ist, dass Neurokinin B ausgeschüttet wird. Auf der einen Seite in dem Versuch, die Hormonachse nach unten zum Eierstock anzuregen. Aber dieses viele Neurokinin B geht direkt auch ans Wärmeregulationszentrum. Das sitzt da direkt daneben und triggert Hitzewallung.

Wenn wir zum Beispiel Frauen, die 30 sind und einen normalen Zyklus haben, Neurokinin B

spritzen, das hat man in Versuchen gemacht, dann fangen die an zu schwitzen. Und dann hat man Präparate entwickelt, die diese Rezeptoren für das Neurokinin B am Wärmeregulationszentrum, aber auch innerhalb der KNDy-Neuronen selber, blockieren. Dann wird weniger Neurokinin B gebildet. Und das, was gebildet wird, dessen Wirkung am Wärmeregulationszentrum wird blockiert. Das heißt, wir haben es hier mit Substanzen zu tun, die einen direkten Effekt aufs Wärmeregulationszentrum haben. Und das ist eine grundsätzlich elegante Methode.

Vor zwei Jahren wurde *Fezolinetant* zugelassen. Das war die erste Substanz, die wir hatten. Da haben wir gesehen, die Frauen haben einen wirklich einen total guten Effekt auf die Hitzewallung. Die schlafen besser und insgesamt wird die Lebensqualität besser. Der Effekt ist vergleichbar dem, wenn ich Frauen Östrogen gebe. Es gibt keine direkte Kopf-an-Kopf-Studie, aber das sehen wir klinisch. Jetzt haben wir eine zweite Substanz, die auf dem gleichen Mechanismus beruht, das ist das *Elinzanetant*.

Da haben wir noch einen zweiten Rezeptor, der blockiert wird, mit dem *Fezolinetant* wird der NK3-Rezeptor blockiert, mit dem *Elinzanetant* auch der NK1-Rezeptor. Dem sagt man eine gewisse Wirkung im Bereich der Schlafregulierung zu. Ob jetzt das *Elinzanetant* tatsächlich besser auf die Schlafstörungen wirkt, die ja auch ein Problem von Frauen in den Wechseljahren sind, das wissen wir noch nicht genau. Es könnte aber sein, dass es so ist. Da muss man mal abwarten. Wir haben Frauen schon das *Elinzanetant* gegeben, aber das gibt es ja erst seit 1. April. Das heißt, Ich habe gerade zwei, drei Monate Erfahrung damit. Und zumindest die Rückmeldungen, die ich habe, zeigen, jawoll, es hilft gut gegen Hitzewallung. Und die Patienten berichten auch, dass sie besser schlafen können.

Es ist jetzt total schwierig zu sagen, welche Substanz wirkt besser. Das wird die Zukunft zeigen, es gibt keinen Kopf-an-Kopf-Vergleich. Vom *Elinzanetant* muss man zwei Tabletten schlucken, vom *Fezolinetant* eine.

Beim *Fezolinetant* müssen Leberwerte kontrolliert werden, bevor man anfängt, und die ersten drei Monate unter Therapie. Das ist wichtig, weil es in wenigen Einzelfällen deutliche Leberwerterhöhungen gegeben hat. Da ist noch niemand dran gestorben, Gott sei Dank. Beim *Elinzanetant* scheint es weniger zu sein. Zumindest gibt es bisher weniger Berichte dazu. Und es ist auch im Moment noch nicht von der Behörde gefordert, anders als beim *Fezolinetant*, die Leberwerte zu kontrollieren.

Vielleicht was auch ein Unterschied ist beim *Fezolinetant*, das ist einfach ein dummer Fehler der Firma auch gewesen, die haben nicht von vornherein eine Studie aufgelegt mit ausschließlich Patientinnen nach Mammakarzinom, also nach Brustkrebs. Das sind natürlich die Patienten, die von diesen Substanzen besonders profitieren, weil die keine Hormone nehmen dürfen. Das heißt, es steht auch im Beipackzettel drin, dass man es nicht unbedingt bei Frauen nach Mammakarzinom geben soll. Wir haben das in den letzten zwei Jahren trotzdem gemacht, weil das waren die Patienten mit einem hohen Leidensdruck. Beim *Elinzanetant* gibt es eine Studie, da ist es an Brustkrebsfrauen getestet worden und damit ist es auch dafür zugelassen und empfohlen.

Ob sich eine der beiden Substanzen durchsetzt, das wissen wir noch nicht. Wir geben im Moment noch beides im Einzelfall und warten mal ab, wie die Rückmeldungen sind.

#### **Katrin Simonsen**

Und wie würden Sie jetzt entscheiden, was Sie welcher Patientin geben?

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

Also wenn Schlafstörungen sehr im Vordergrund stehen, würde ich vielleicht eher das *Elinzanetant* geben. Aber auch da muss ich nochmal sagen, ich habe auch Patienten, die sagen, mit *Fezolinetant* schlafe ich besser.

Das ist im Moment noch eine offene Entscheidung. Ich entscheide es tatsächlich auch so ein bisschen *random*. Ich kann es nicht anders sagen, weil wir noch nicht so richtig wissen, was

wirkt besser. Vielleicht bin ich in einem halben Jahr schlauer.

20:23

#### **Katrin Simonsen**

Die Heike hat uns geschrieben und zu diesem *Elinzanetant* eine Frage geschickt. Sie hat gelesen, dass das wohl eine Halbwertszeit von 35 bis 45 Stunden habe. Und sie fragt, ob es dann reichen würde, wenn man es vielleicht nur alle zwei Tage nimmt.

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

Ja, da gibt es halt keine Studie zu. Die Studien, die gemacht wurden, sind alle mit einer täglichen Einnahme gemacht. Ich würde mal sagen, es spricht nichts dagegen, wenn man das ausprobieren will, kann man das machen. Man könnte auch mal ausprobieren, ob im Einzelfall eine Tablette reicht statt zwei. Die Studien sind alle gemacht mit zwei Tabletten. Jetzt kann man sich fragen, warum hat man nicht die Menge in eine Tablette gepackt? Diese Tabletten sind relativ groß. In einer sind 60 Milligramm. Und wenn man die 120 Milligramm in eine Tablette packen würde, dann wäre die sehr groß. Deswegen hat die Firma zwei Tabletten draus gemacht. Dann muss man halt zwei Tabletten schlucken.

Was man noch ein bisschen bedenken muss, ist, dass man etwas achten muss auf Wechselwirkung mit anderen Medikamenten. Und es gibt so ein System in der Leber mit Enzymen, was zuständig ist für den Abbau von Medikamenten, das ist das CYP-System. und das *Fezolinetant* wird über ein anderes CYP-System verstoffwechselt als das *Elinzanetant* und man sollte, das muss man tatsächlich mit dem Arzt abklären, immer noch mal darauf achten, werden gleichzeitig Medikamente eingenommen, wo es eine Wechselwirkung mit dem *Fezolinetant* oder dem *Elinzanetant* geben könnte. Und das muss man tatsächlich ärztlicherseits dann noch mal absprechen. Also ich würde immer, wenn zusätzliche Medikamente gegeben werden, ein bisschen zurückhaltend sein.

#### **Katrin Simonsen**

Was könnte das sein?



### Dr. Katrin Schaudig

Es kann zum Beispiel mancher Antidepressiva sein, beim *Fezolinetant* wissen wir, dass man es nicht zusammen mit *Fluvoxamin* nehmen sollte, das ist ein Antidepressivum und beim *Elinzanetant* wissen wir es tatsächlich nicht so ganz genau, das ist ein anderes CYP-System. Und vor allen Dingen muss man immer überlegen, was könnte passieren, wenn es da um eine Konkurrenz um das Abbauen der Enzyme geht. Es könnte entweder dazu führen, dass die Substanz schneller abgebaut wird, also schlechter wirkt. Oder dazu, dass es langsamer abgebaut wird und dann muss man die Dosis reduzieren. Das ist schon relativ komplex, ich gebe zu, das muss man tatsächlich, das kann ich auch jetzt nicht so global sagen, sondern das muss man im Einzelfall gucken.

### Katrin Simonsen

Dann kommen wir zu einer anderen Hörerinnen-Frage, und zwar hatten wir uns neulich im Podcast mal über Hormonpflaster unterhalten. Zum einen Pflaster, die nur Östradiol enthalten, zum anderen aber auch Pflaster, mit denen man verhüten kann. Jetzt fragt eine Hörerin, ob es denn sein kann, dass sie unter diesem Verhütungspflaster auch Hormonschwankungen hat. Denn sie hat das Gefühl, irgendwie so in den letzten Monaten hat sich da was deutlich verändert.

### Dr. Katrin Schaudig

Ja, das Verhütungspflaster noch mal vorab ist, das ist auch eine wichtige Frage, im Verhütungspflaster ist Ethinyl-Estradiol, das ist das klassische alte Pillen-Östrogen. Und da ist ein synthetisches Gestagen mit drin, was sehr potent ist. Die Spiegel von dem Ethinyl-Estradiol sind unter dem Verhütungspflaster tatsächlich relativ hoch und zwar höher als mit den meisten Kombipillen. Das muss man wissen. Deswegen hat das Verhütungspflaster auch ein bisschen höheres Thrombose-Risiko als die geschluckten Verhütungspillen. Jetzt haben wir ja an anderer Stelle gelernt, dass Östrogen über die Haut kein Thrombose-Risiko macht. Das stimmt aber nur für das bioidentische 17-Beta-Östradiol. Beim Ethinyl-Estradiol, was in den

Verhütungspflastern ist, da trifft das leider nicht zu, weil das Ethinyl-Estradiol so eine potente Östrogen-Substanz ist, dass wir damit trotzdem ein Thrombose-Risiko haben. Jetzt sagt die Hörerin, es schwankt damit.

Hmm. Also es kann natürlich immer Richtung Menopause, wenn irgendwie im Hypothalamus, im Zwischenhirn, Mechanismen getriggert werden, die an der Regulation was ändern. Kann es theoretisch sein. Es kann wie bei jeder Kombinationspille sein, dass plötzlich diese Mechanismen irgendwie nicht mehr so gut funktionieren. Ich finde es eher untypisch beim Verhütungspflaster, weil das doch relativ hoch dosiert ist, aber ich kann es nicht ausschließen. Was wir manchmal sehen und es trifft sicher für das Verhütungspflaster genauso zu wie für die geschluckten Antibabypillen, dass manchmal Frauen, die eine Kombinationspille nehmen, die Ethinyl-Estradiol enthält, Richtung 50. Geburtstag plötzlich Hitzewallungen kriegen. Dann denke ich, wie kann das denn sein? Da ist doch ganz viel Östrogen drin. Es ist halt Ethinyl-Estradiol.

Wenn wir die umstellen auf eine Pille, die 17-Beta-Östradiol enthält, dann funktioniert es manchmal besser. Dann schwitzen die weniger. Warum das so ist, das wissen wir nicht. Das ist lediglich eine klinische Erfahrung. Also ich sage mal, die 45-Jährige, die bisher prima zurecht kam mit irgendeiner Kombipille und sagt plötzlich, ich schwitze, dann sage ich, okay, jetzt stelle ich sie mal auf eine von den drei Antibabypillen um, die natürliches Östrogen enthalten ist. Da gibt es nur drei und dann guckt man mal, ob es besser wird, und es wird in vielen Fällen besser.

### Katrin Simonsen

Kann es sein, dass dieses Gestagen irgendwie über die Haut vielleicht dann nicht mehr so wirkt?

### Dr. Katrin Schaudig

Das glaube ich nicht. Ich glaube nicht, dass das Gestagen plötzlich anders wirkt. Das kann ich mir auch nicht so richtig vorstellen, weil es ist auch ein sehr potentes Gestagen und sehr

ausreichend dosiert. Ich glaube eher, dass sich im Organismus der Frau irgendwas verändert, dass das plötzlich nicht mehr so gut funktioniert. Also ich will es nicht ausschließen, finde es eher untypisch, aber es könnte sein.

### **Katrin Simonsen**

Die Anne hat uns geschrieben, sie ist 47 Jahre alt, untergewichtig, hat Osteoporose, Gelenkschmerzen und bestimmt schon seit fünf Jahren keine Blutungen mehr. Seit knapp einem Jahr hat sie manchmal nachts Hitzewallungen, Durchschlafstörungen, nun sind depressive Verstimmungen dazugekommen. Ein Blutbild hat ergeben, dass Estradiol und Progesteron sehr niedrig sind. Nun hat sie die verschriebenen Hormone aber bisher noch nicht genommen, weil sie das Progesteron irgendwie mit dem Darm nicht verträgt, also geschlucktes Progesteron. Die Frage ist, wie kann sie die geschluckten Hormone umgehen? Sie hat von Hormonpflastern gelesen.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Also, was mir an dieser Frage so ein bisschen auffällt, ist, dass sie seit fünf Jahren nicht mehr blutet, aber erst seit einem Jahr Hitzewallung und Durchschlafstörung hat. Das ist ja ein bisschen komisch. Eigentlich würde man ja denken, wenn die seit fünf Jahren nicht mehr blutet, ist sie seit fünf Jahren in der Postmenopause.

Da muss man sich schon mal fragen, sie hat ja auch geschrieben, dass sie untergewichtig ist. Ob vielleicht das Ausbleiben der Regelblutung gar nicht klimakterisch bedingt war, sondern vielleicht hat sie irgendein anderes Problem. Da muss man nach dem Prolaktinspiegel gucken. Und auch das Untergewicht kann ja dazu führen, dass diese Steuerung ausgeschaltet wird. Letztlich ist die Maximalform dieser Störung dann eine Magersucht. Da würde mich schon mal interessieren, wie sind eigentlich die Steuerungshormone? Dass sie ein niedriges Östrogen und Progesteron hat, das könnte auch einfach sein, wie bei einer Magersucht, dass die Steuerung nicht funktioniert.

Jetzt hat sie aber plötzlich auch Hitzewallung. Also, man könnte versuchen, ihr auf jeden Fall das Östrogen über die Haut zu geben, das ist ja gar kein Problem. Das kann man mit Pflastern und mit Gel und auch mit Spray machen.

Gelbkörperhormon ist schwieriger. Was sie machen kann, ist, dass sie das Progesteron vaginal nehmen könnte. Das ist relativ gut und das ist zum Beispiel bei der Kinderwunschbehandlung sogar zugelassen. Für die Perimenopause und Postmenopause ist es nicht offiziell zugelassen, aber es funktioniert. Also, sie kann das orale Progesteron problemlos umgehen mit einer vaginalen Gabe. Dann gibt es immer wieder die Überlegung, kann man das Progesteron nicht auch als Gel über die Haut nehmen? Und da ist leider die Antwort nein.

Da kommen keine ausreichenden Spiegel an. Das ist halt anders als Östrogen, das geht nicht gut genug durch die Haut, beziehungsweise es wird auch in der Haut verstoffwechselt. Also, kein Progesteron über die Haut, aber vaginal ist super. Und dann gibt es schon Hormonpflaster, wo beides drin ist, aber das ist nicht Progesteron, sondern das sind synthetische Gestagene. Das ist *Levonorgestrel* oder *Norethisteronacetat*.

Das kann man tatsächlich versuchen, wenn die Frau eindeutig in der Postmenopause ist, weil solange der Eierstock vielleicht noch ein bisschen mitmisch, ist die Gestagenmenge in den Kombipflastern nicht drin. Aber die nehmen wir auch durchaus. Man hat ein bisschen den Eindruck, dass man bei Pflastern etwas gleichmäßigere Spiegel auch vom Östrogen hat als bei Gel oder Spray. Ist aber auch so ein bisschen eine Frage der persönlichen Vorlieben, ob man sich was kleben will, das macht man dann nur ein- bis zweimal die Woche, oder ob man was sozusagen schmieren will. Das Pflaster sieht man halt, wenn man in die Sauna geht oder schwimmen geht, dann kann man das Pflaster sehen, das mögen Frauen nicht unbedingt. Es gibt auch Pflasterallergien, muss man im Einzelfall ausprobieren.



**Katrin Simonsen**

Habe ich das jetzt richtig verstanden? Es gibt auch Hormonpflaster mit Östradiol und einem synthetischen Gestagen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ganz genau. Da ist die Auswahl nicht so groß.

**Katrin Simonsen**

Die verhüten nicht?

**Dr. Katrin Schaudig**

Nein, die verhüten nicht.

**Katrin Simonsen**

Die verhüten nicht, aber die sind für die Hormonersatztherapie?

**Dr. Katrin Schaudig**

Die sind für die Hormonersatztherapie. Die sind auch nur geeignet für Frauen, die eindeutig keine Eierstocksfunktion mehr haben.

**Katrin Simonsen**

Warum? Wenn da ein genetisches Gestagen drin ist?

30:06

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, aber es ist nicht so hoch dosiert. Gute Frage, Frau Simonsen, ich merke das schon. Das ist bei weitem nicht so hoch dosiert, wie wenn wir das oral nehmen. Es sind dann leider auch die Gestagene, die ein bisschen mehr Brustkrebsrisiko machen. Aber ob in dieser niedrigen Dosis, die gerade darauf abzielt, den Aufbau der Gebärmutter Schleimhaut quasi im Zaum zu halten, für genau die Menge von Östrogen, die in den Pflaster mit drin ist, ob die nun wirklich was am Brustkrebsrisiko nachhaltig machen, das wissen wir nicht. Da gibt es auch keine Studien zu. Aber es ist schon eine durchaus überlegenswerte Methode. Da haben Sie beide Sachen drin. Aber Verhüten tun die nicht. Das liegt einfach daran, dass Gestagene zu niedrig dosiert.

**Katrin Simonsen**

Und gibt es dann für diese Pflaster auch so eine Altersgrenze, wo Sie sagen, nach 55 gebe ich die nicht so gern oder ist das *Boogie*?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ich gebe die gerade gerne bei jemanden, der schon ein bisschen älter ist, wo ich sicher sein will, dass genügend Gelbkörperhormonen bei der Östrogenwirkung dabei ist. Ich habe auch da den charmanten Vorteil, dass die zum Teil relativ niedrig dosiert sind. Also ich gebe die sogar gerade eher bei älteren Frauen als bei jungen Frauen.

**Katrin Simonsen**

Unsere Hörerin ist 52 Jahre alt, postmeno, und hat furchtbar trockene Augen und Schleimhäute, sowohl im Mund als auch vaginal. Trockene Augen hatten wir ja gerade aus einer Folge, die verlinken wir auch noch mal. Jetzt hat diese Hörerin Östrogengel und das Gestagen *Dydrogesteron* verschrieben bekommen. Gegen die vaginale Trockenheit nimmt sie eine 0,03 mg Östriolcreme. Aber es bessert sich nicht wirklich. Jetzt hat sie sich mal schlaugemacht und hat gesehen, dass es ja auch Pillen mit Östriol gibt. Und nun fragt sie, wäre es denn nicht vielleicht besser, wenn ich Östriol nicht nur vaginal auftrage, sondern eben auch die Pille schlucke?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das finde ich eine ziemlich gute Frage und ich bin fast dankbar, weil ich glaube, das haben wir noch gar nicht besprochen. Also das Problem ist, geschlucktes Östriol kommt einfach nicht ausreichend in der Vagina an. Deswegen hat man da die vaginale Anwendung gemacht. Jetzt schreibt die Hörerin, dass sie 0,03 Milligramm Östriol-Creme bekommt. Die Creme wird eigentlich nicht in 0,03 gemessen. Das sind Zäpfchen, die 0,03 haben und da soll man zwei davon nehmen. Das Verrückte ist, die nächste Dosis der Zäpfchen ist 0,5 Milligramm. Das sind 25-mal so viel. Ist ja ein bisschen verrückt. Ich weiß auch nicht, warum es nur diese zwei Dosierungen für die Vaginal-Zäpfchen gibt. Es gibt wirklich nur 0,03 oder 0,5. Man soll nicht mehr als insgesamt ein Milligramm nehmen. Das wären zwei Zäpfchen von dem 0,5. Warum? Weil man dann doch Sorge hat, dass sich die Gebärmutter Schleimhaut zu sehr aufbaut. Bei jemand, der keine Gebärmutter

hat oder ordentlich viel Gestagen sowieso systemisch nimmt, ist es nicht so entscheidend.

#### **Katrin Simonsen**

Insgesamt in einer Woche ein Milligramm, ne?

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

Genau, man nimmt dann zwei Suppositorien pro Woche, zum Beispiel montags und donnerstags. Jetzt kann man sich vorstellen, wenn es sogar eine Dosis ist, die man nehmen darf von einem Milligramm, dann ist 0,03 Milligramm für manche Frauen einfach ein Klacks, das ist einfach zu wenig. Da würde ich einfach mit der Dosis hochgehen und zum Beispiel Zäpfchen mit 0,5 Milligramm zweimal die Woche nehmen. Man kann aber auch Östrolcreme nehmen. Und an der Stelle nochmal, das ist nicht 0,03, da bin ich so ein bisschen irritiert, sondern da ist so eine Applikatorfüllung dabei und wenn man die zweimal die Woche nimmt, hat man genau dieses eine Milligramm

Und ich glaube, dass die Hörerin einfach mehr braucht. Es gibt immer wieder Frauen, die mit zweimal die Woche, das wird auch zweimal die Woche genommen, 0,03, nicht ausreichend behandelt sind und da kann man einfach höher gehen. Es gibt vielleicht nochmal einen Punkt, den haben wir auch schon mal im Podcast erwähnt, die Zäpfchen helfen nur für die inneren zwei Drittel der Scheide, weniger für das äußere Drittel und man kann auch durchaus die Zäpfchen nehmen und dann noch zusätzlich ein bisschen Creme für den Scheideneingang.

Da werde ich immer wieder gefragt, ja, aber komme ich da mit der Dosis nicht so hoch? Also ich glaube, das muss man auch nicht auf die Goldwaage legen, man sollte nur ein bisschen aufpassen, dass man nicht deutlich über dem einen Milligramm pro Woche landet, aber das muss man ausprobieren.

#### **Katrin Simonsen**

Zwei Fragen habe ich noch. Wir müssen noch mal erwähnen, dass sozusagen das transdermale Östrogen nicht so wirklich hilft bei vaginaler Trockenheit.

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

Ja, auch da ist es, Frau Simonsen, unterschiedlich, von Patientin zu Patientin. Ich habe Patientinnen, die nehmen – also jetzt die Hörerin hat gesagt, sie nimmt transdermales Östrogen-Gel und Dydrogesteron. Jetzt kommt es natürlich so ein bisschen schonmal darauf an, wie viel Östrogengel sie nimmt.

#### **Katrin Simonsen**

Ja, also sie hat zumindest mal den Blutwert messen lassen, der liegt bei 75 Picogramm pro Milliliter. Ist nicht so schlecht, ne?

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

Das ist eigentlich ein ordentlicher Wert. Und jetzt kann ich Ihnen sagen, es gibt Frauen, die mit dem Spiegel sagen, okay, seit ich das so habe und nehme, brauche ich für die Scheide nichts extra. Es gibt aber auch Frauen, wo das nicht reicht, und das muss man halt dann doppelt behandeln. Da gibt es mal so schlaue Krankenkassen, die sagen, aber die nimmt doch schon systemisch, was dann braucht, dann darf man ihr nicht noch zusätzlich lokal was verschreiben. Und da kann man sich zur Wehr setzen. Also ich kann Ihnen keine Prozentzahlen sagen, aber selbst in dieser berühmten WHI-Studie, wo die Frauen ja eine ordentliche, geschluckte Dosis von Östrogen gekriegt haben, gab es einen Teil der Frauen, die nicht genügend Effekt hatten auf die Vaginalhaut und deswegen zusätzlich auch was nehmen mussten. Also eine Doppelbehandlung, einmal lokal Östriol und was man systemisch macht, hängt vom Fall ab.

#### **Katrin Simonsen**

So, und dann frage ich mich, für wen gibt es denn dann diese Östriolpillen?

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

Ja, das weiß ich auch nicht. Ich sag's Ihnen so. Jetzt kommt was ganz Verrücktes. Nein, ich frage mich da immer, wer auf der Erde nimmt diese Östriolpillen. Ich habe dann immer wieder Studien gesucht. In den alten Hormonpräparaten war auch manchmal einfach Östriol und Östradiol drin. Und ich habe mich immer wieder gefragt, was ist denn der Sinn davon?

Ich habe auch alte Studien gesucht. So einen richtigen Effekt habe ich nicht gefunden. Also ich sehe dafür keine Rationale. Und jetzt sage ich was, was ich vielleicht gar nicht sagen darf. Was wir auch manchmal machen, ist, dass wir diese Tabletten, die eigentlich zum Schlucken sind vom Östriol, die Frauen vaginal einführen lassen.

Man kann die auch halbieren, dann nimmt man zweimal die Woche eine halbe. Dann sind wir bei ein Milligramm pro Woche. Der Vorteil gegenüber den Zäpfchen ist, dass die nicht so *supschen*. Es gibt Patienten, die finden das einfach unangenehm. Die Zäpfchen lösen sich auf, dann hat man Ausfluss. Dann sagen die Hamburgerinnen, es *supscht* so, Frau Doktor, das finden die blöd. Das muss man auch vom Einzelfall abhängig machen. Manche finden es sogar gut, dass da mehr Feuchtigkeit und Flüssigkeit entsteht in der Scheide. Manche finden es doof. Wir geben eben auch manchen diese Östriol-Tabletten, die eigentlich zum Schlucken sind, gerne vaginal. Und das wäre dann eine Tablette pro Woche, ein Milligramm, das reicht.

Warum man die jetzt immer noch produziert? Ich glaube, das ist einfach ein altes Regime, was man nie abgeschafft hat. Gott, es wird immer noch produziert und es wird auch immer noch verschrieben, aber in aller Regel nicht zum Schlucken, sondern in aller Regel zur vaginalen Anwendung. Das ist natürlich so genanntes Off-Label. Deswegen hoffe ich, dass jetzt niemand von der Behörde zuhört.

#### Katrin Simonsen

Okay. Die Birgit hat uns geschrieben und ich möchte mal kurz den Beginn ihrer Mail vorlesen, weil mich das wirklich sehr berührt hat:

*Liebe Frau Simonsen, liebe Frau Dr. Schaudig, die letzte Folge Ihres Podcasts hat mich zu Tränen gerührt, weil ich nun endlich nach vielen leidvollen Jahren weiß, was ich habe, nämlich PMDS. Wenn ich das vor einiger Zeit alles gewusst hätte, hätte es mir und meiner Familie vieles erspart. Meine Stimmung ab dem Eisprung war katastrophal. Ich hätte mich am*

*liebsten jeden Monat bei Eisprung und vor der Periode scheiden lassen und wäre am liebsten ausgezogen. Zu meinen Kindern war ich auch oft unerträglich. Es war eine sehr belastende Zeit für mich.*

So. Das schreibt die Birgit. Jetzt ist die Birgit richtig fett drin in den Wechseljahren. Hatte die letzten anderthalb Jahre sehr unregelmäßige Zyklen. Die Stimmung war dann nicht mehr ganz so mies nach dem Eisprung. Dafür war sie müde, erschöpft, antriebslos. Als die Regel nun mal 56 Tage ausblieb, ging es ihr viel besser. Jetzt möchte sie gern wissen, ob es sich für sie noch lohnt, jetzt so am Ende der Perimenopause, mit einer Gestagenpille den Eisprung zu unterdrücken. Bisher war sie den Hormonen gegenüber skeptisch, weil die Mutti mit über 80 einen Brustkrebs bekommen hatte. Aber wenn es ihr mit der Pille besser ginge, würde sie es gern probieren.

#### Dr. Katrin Schaudig

Ja, also erst mal freue ich mich sehr, dass Birgit durch unsere Podcast-Folge eine Erhellung hatte. Das ist wirklich sehr schön. Was man da einfach nochmal sieht, das haben wir in der Podcast-Folge zum PMDS gesagt, es ist sicher bei den Frauen, die so sind, wie Birgit es schildert, es ist das körpereigene Progesteron, was die Frauen sozusagen abdrehen lässt in der zweiten Zyklushälfte. Was man bei Birgit nicht machen darf, ist ihr Progesteron geben. Dann löst man quasi diese Symptome aus.

Ich finde schon, solange die noch ab und zu blutet und sich gleichzeitig nicht so richtig gut fühlt, fände ich bei Birgit ein synthetisches Gestagen, also zum Beispiel so eine Gestagen-Pille, für eine Zeit lang eigentlich sehr sinnvoll. Würde dann aber direkt auch ein bisschen Östrogen dazugeben. Das Gehirn möchte einfach eine stabile Situation haben, und zwar bei diesen Frauen mit dem PMDS bitte ohne Progesteron. Es wird denen immer wieder Progesteron gegeben. Und dann wundern sich alle, dass das irgendwie nicht funktioniert. A, werden sie mit dem Progesteron die Schwankungen nicht rausnehmen, die in dieser Phase das Hauptproblem sind. Und B, ist bei jemandem, der ein

PMDS in der Vorgeschichte hat, und zwar noch so ein extremes, Progesteron geradezu kontraindiziert. Das würde ich auf keinen Fall geben. Ich glaube, ich würde Birgit ... Wissen wir, wie alt die Birgit ist? Nee, das wissen wir nicht so genau, ne?

#### **Katrin Simonsen**

Ich hab's mir nicht aufgeschrieben, ehrlich gesagt.

40:33

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

Aber immerhin blutet sie doch noch sporadisch. Auch wenn sie jetzt mal zwei Monate nicht geblutet hat. Also da ist noch was am Eierstock. Und ich würde, solange wir den Eindruck haben, dass der Eierstock noch mitmisch, einfach um auch Eisprünge zu verhindern, weil es könnte ja doch immer noch mal einer auftauchen, jetzt tatsächlich eine Gestagen-Monopille geben, durchgehend. Aber dann würde ich großzügig bereit ein bisschen Östrogen dazugeben. Ich würde so einschätzen, dass der Wechseljahresprozess bei Birgit schon relativ weit fortgeschritten ist. Und da würde ich das so machen.

#### **Katrin Simonsen**

Und dann, wenn sie praktisch postmenopausal ist, Sie haben gesagt kein Progesteron, aber darf sie dann zum Beispiel *Dydrogesteron* nehmen, die kleine Schwester vom Progesteron?

#### **Katrin Simonsen**

Ja, die Antwort heißt ja. Das *Dydrogesteron* hat keine zentralnervösen Wirkungen. Das ist ja auch das, wenn man die beiden Substanzen vergleicht. Wir haben beim Progesteron beim Teil der Frauen einen super Effekt auf den Schlaf, den nehmen wir natürlich gerne mit. Aber es gibt auch die Frauen, die eben anfangen zu heulen oder die Kopfschmerzen kriegen oder die Schwindel. Und für die ist *Dydrogesteron* die Alternative. Der Schlaf wird ja auch durch Östrogen besser. Das muss man immer wieder sagen an der Stelle. Aber da muss man manchmal so einen Kompromiss schließen, wenn die sagen, aber ich will unbedingt gut schlafen. Dann ist Progesteron das Bessere.

Aber für die Patientin wäre *Dydrogesteron* genau die richtige Alternative.

#### **Katrin Simonsen**

Okay. Die Andrea hat uns geschrieben, sie ist 55 Jahre alt, ist gerade im Übergang zur Postmenopause und nimmt seit zwei Jahren bio-identische Hormone, weil sie so klassische Symptome hatte. Andrea hatte schon immer Probleme mit Myomen. Unter der Hormontherapie sind diese Myome nun gewachsen. Die Ärztin hat vorgeschlagen, ohne Hormone auszukommen und zu schauen, ob vielleicht die Myome dann auch schrumpfen. Andrea hat aber sofort all ihre Symptome wieder gehabt und hat nur einen Monat ohne die Hormone durchgehalten. Nun soll die Gebärmutter entfernt werden. Und Andrea fragt, ob es nicht noch eine andere Möglichkeit gibt. Sie möchte so ungern operiert werden.

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

Ja, das ist eine gute Frage und auch eine schwierige Frage, weil wir jetzt den genauen Befund der Myome nicht kennen. Also es ist natürlich tatsächlich so, normalerweise schrumpfen Myome mit Wegfallen der Hormone, dann werden die kleiner und dann haben die Frauen auch keine Probleme mehr. Aber Andrea hat ja offenbar Probleme mit den Myomen. Irgendwie scheinbar ja gewachsen.

#### **Katrin Simonsen**

Ja, und sie war ja noch gar nicht postmenopausal auch, sie hat ja offenbar in der Perimenopause noch eigene Hormone gehabt, da war wahrscheinlich ganz schön viel los.

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

Genau, aber ja, und dann kann es natürlich sein, wenn die noch in der Perimenopause war und dann noch Hormone genommen hat, hat sie zum Teil natürlich mal Phasen mit viel zu viel Östrogen gehabt. Und auch das Gelbkörpermormon kann in Einzelfällen das Myomwachstum fördern. Also man könnte jetzt sich überlegen, ob man die Wechseljahressymptome anders behandelt. Da denke ich an die Neurokinin B-Antagonisten. *Fezolinetant* oder *Elinzanetant*, die wir vorhin besprochen haben.

Damit hätte sie einen Effekt auf Hitzewallung und wahrscheinlich auch auf den Schlaf. Wenn das ihre Hauptsymptome sind, wäre das eine super Alternative. Das bringt die Myome sicher nicht zum Wachsen, weil das ist ja kein Hormon. Das könnte sie probieren. Also das heißt, sie könnte Alternativen zu den Hormonen für ihre Symptome ausprobieren.

Wenn die Symptome nun vor allen Dingen depressive Verstimmungen sind, da haben wir zu den Neurokinin B-Antagonisten jetzt noch keine Daten. Die machen da wahrscheinlich nicht so wahnsinnig viel. Also, das wäre die Option. Entweder Neurokinin B-Antagonist oder nochmal versuchen mit einer niedrigen Hormondosis zu arbeiten. Das würde ich dann auch noch mal erwägen.

Vor allem müsste man noch mal klären, ob der Eierstock doch noch mitmischet. Hat die dann doch noch mal ordentlich eigenes Östrogen? Dann würde man sogar mal vorübergehend ein synthetisches Gestagen geben, um hohe Östrogenspiegel zu vermeiden. Und letztlich muss man dann entscheiden, ob man nicht doch operiert. Also ich habe immer mal wieder Patienten, da hühnern wir so rum mit den Blutungen und den Myomen und den Beschwerden. Und wenn ich sage, rumhühnern, wir versuchen dann natürlich schon alles, dass wir das irgendwie in den Griff kriegen. Ich bin jetzt nicht jemand, der Patienten dauernd sofort zum Operieren schickt.

Aber ich sehe dann auch die, wenn die ein, zwei Jahre gelitten haben unter Blutungsstörungen und irgendwie doch Beschwerden mit den Myomen. Und wir kriegen es irgendwie nicht in den Griff durch so ... Das ist ja eine Gratwanderung. Auf keinen Fall zu viele Hormone, aber grad genug, dass sie keine Beschwerden hat. Und, und, und. Dann haben die Zwischenblutungen. Ich sehe dann auch immer mal wieder Frauen, wo wir dann doch entscheiden, okay, die Gebärmutter wird jetzt entfernt. Und tatsächlich bei denen, wo wir es dann machen, sind die alle hinterher froh. Und sagen, Gott, ich bin jetzt diese Bluterei los, und das hat mich tot genervt. Die sind eigentlich im

Großen und Ganzen alle ganz zufrieden. Ich habe es seltenst, dass die dann sagen – ich kann mich an keinen Fall erinnern, dass die hinterher gesagt haben, hätte ich es bloß nicht gemacht. Aber das ist immer so eine gewisse Leidensgeschichte mit Blutungen und Problemen und Bauchweh und so weiter. Und wenn Andrea aber keine OP will, würde ich wirklich einen NK3-Antagonisten mal ausprobieren.

#### **Katrin Simonsen**

Mhm. Man kann die Myome ja auch noch anders entfernen, darüber hatten wir ja mit der Mandy Mangler gesprochen. Die Folge packen wir ja auch nochmal in die Shownotes.

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

Ja, das habe ich auch gedacht gerade, ja.

#### **Katrin Simonsen**

Die Frage ist nur, dann mache ich diese OP und will vielleicht aber auch postmenopausal weiter Hormone nehmen, dann würden auch ja postmenopausal die Myome vielleicht doch wieder wachsen, oder?

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

Ja, nur, wenn wir die teilweise entfernen. Also ich gebe zu, dass ich dann bei jemand, der 55 ist, wenn man sich zur Operation entschließt, dann würde ich tatsächlich die Gebärmutter ganz entfernen. Man kann den Muttermund stehen lassen, aber dann wäre ich dafür, jetzt nicht einzelne Myome rauszunehmen, sondern dann würde ich die Gebärmutter entfernen. Und dann haben sie wenigstens das Problem vom Tisch, dass noch mal Myome nachwachsen.

#### **Katrin Simonsen**

Weil die könnten schon nachwachsen, wenn ich dann weiter auch Hormone nehmen möchte? Okay.

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

Ja, absolut.

#### **Katrin Simonsen**

Okay. Und auch nur sozusagen, wenn ich nur minimal Östrogen dann postmenopausal

nehme, würden die auch nicht schrumpfen, die Myome?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist individuell sehr unterschiedlich. Also die niedrige Dosis nicht. Aber ich muss jetzt nochmal sagen, mit 55 würde ich nicht Einzelmyome entfernen, sondern dann würde ich sagen, meinetwegen Muttermund stehen lassen, aber die die Gebärmutter darüber entfernen. Also erfahrungsgemäß machts nur Ärger. Entschuldigung, wenn ich das so sage. Oder man entscheidet sich von vornherein. Wir geben eben keine Hormone und behandeln mit NK3-Antagonisten. Und wenn sie vielleicht Depressionen hat mit einem Antidepressivum. Aber für Irgendwas musst du dich entscheiden.

**Katrin Simonsen**

Naja, aber mit der Gebärmutter, das ist schon für viele Frauen eben nicht so leicht, sich dann zu so einer OP ...

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, da bin ich auch völlig bei den Frauen. Das verstehe ich total. Und meine Erfahrung ist einfach, es ist eine Frage des Leidensdrucks. Und wissen Sie, wenn jemand sagt, ich möchte die Gebärmutter behalten, aber machen Sie was gegen die Symptome, dann müssen wir natürlich irgendwie entscheiden. Und dann nochmal, es gibt ja die Möglichkeit der alternativen Therapien ohne Hormone.

**Katrin Simonsen**

Soweit unsere Hörerinnenfragen für heute. Und zum Schluss gibt es noch eine gute Nachricht. Wir haben ja schon darüber gesprochen, dass die Wechseljahre und die Hormontherapie nicht Teil des Medizinstudiums sind. Was teilweise auch erklärt, warum Ärztinnen und Ärzte da so unsicher und zurückhaltend sind. Und jetzt tut sich da aber langsam was. Es gibt ein zusätzliches Ausbildungsangebot für angehende Fachärzte und Fachärztinnen. Und Frau Schaudig sagt uns jetzt, was da dahintersteckt.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist ein Curriculum für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Das haben wir zusammen mit der Deutschen

Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe entwickelt, weil diese Fachgesellschaft erkannt hat, wir haben da so eine gewisse Schwäche. Wir haben relativ lange diskutiert, wie können wir es machen, haben uns dann geeinigt auf ein Konzept, was zum einen ein festgelegtes Modul der Ausbildung beinhaltet. Also da muss man bestimmte Themen abdecken, die alle mit Hormonen und auch mit dem Thema Kinderwunsch zusammenhängen.

Also das ist nicht nur Menopause, sondern das ist auch Empfängnisverhütung, Zyklusstörung, alles, was dazugehört. Diese Ausbildung, hatten wir jetzt den ersten Pilotkurs von 50 Stunden in einer Woche. Es war durchaus herausfordernd und auch nicht ganz unanstrengend, aber es war relativ schnell ausgebucht, was gezeigt hat, es ist ein großes Interesse da und es wird jetzt noch nachgeschoben. Da sind wir noch dabei, die Konzepte genau zu spezifizieren, auch so praktische Ausbildungsmöglichkeiten geben.

Wir haben einfach nicht genügend Ausbildungsstätten für Hormone an den Kliniken, aber es wird so Online-Kurse geben, wo die Ärztinnen und Ärzte Fälle vorstellen können, Fälle diskutieren können. Das richtet sich grundsätzlich an Kolleginnen und Kollegen, die in der Facharztausbildung sind. Wir haben aber jetzt beim ersten Pilotkurs gesehen, den wir gemacht haben, dass den auch viele wahrgenommen haben, die sich gerade niedergelassen haben.

Und das ist natürlich auch super, weil die sind frisch an der Front und sagen, ich weiß zu wenig von Hormonen. Das heißt, die nehmen dieses Angebot auch wahr. Es wird jetzt erst mal dieses Komplett-Konzept, den Komplett-Kurs wird es zweimal im Jahr geben. Und zusätzlich kann man aber auch sozusagen im Modulsystem seine Ausbildung an anderen Stellen bei Kongressen, bei Extrakursen vervollständigen. Also da gibt's was. Unser Traum ist, dass dieses Zertifikat – was sie bekommen, wenn sie die Theorie gehört haben und genügend von diesen Praxisseminaren besucht haben, dann kriegen sie ein Zertifikat. Das ist im Moment noch



nicht verpflichtend. Unser Traum wäre, dass es langfristig verpflichtend wird. Und da arbeiten wir dran. Also es ist wirklich so, das wir sehen, es ist ein enormes Interesse von angehenden Fachärztinnen und Fachärzten da. Und auch von denen, die gerade Facharzt geworden sind. Die brauchen ja jetzt nicht theoretisch für den Facharzt das Zertifikat, aber die wollen es trotzdem alle wissen. Und es war toll, dass es so gut angenommen ist.

50:55

**Katrin Simonsen**

Sie haben gesagt, es gab jetzt einen Probekurs oder eine Premiere.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, es war gar nicht ein Probekurs, es war tatsächlich der erste Kurs dieser Art. Pilot, Masterclass Hormone.

**Katrin Simonsen**

Pilotkurs hatten Sie gesagt, genau, Entschuldigung.

**Dr. Katrin Schaudig**

Macht nichts, alles gut. Pilotkurs. Und das hat gut funktioniert, wir werden natürlich lernen aus den Rückmeldungen der Teilnehmer und den nächsten wird es Anfang Februar nächsten Jahres geben und jetzt gibt es quasi alle halbe Jahr gibt es so einen Kurs.

**Katrin Simonsen**

Und wie viele können da immer teilnehmen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Da können so rund 100 teilnehmen, plus jetzt muss ich nochmal sagen, man kann auch die Inhalte, es gibt auch andere Module, es gibt zum Beispiel die Frankfurter Hormonschule, die sich auch jetzt anpasst an dieses Kursangebot. Und also das heißt, es wird schon auf breiter Ebene jetzt zunehmend Angebote geben, wo man diese Theorie vertiefen kann, plus dann die Praxiskurse.

**Katrin Simonsen**

Das heißt sozusagen, wenn ich mich da anmelde, muss ich mir so vorstellen wie so eine kleine Tabelle, was ich alles abhaken muss, an

was ich alles teilnehmen muss und da ist einmal dieser Grundkurs und dann gibt es so verschiedene Praxisseminare zu verschiedenen Themen und immer, wenn ich da praktische Stempel bekommen habe, bekomme ich am Ende dann mein Zertifikat?

**Dr. Katrin Schaudig**

Genauso ist es, so ähnlich. Es ist so eine Art Logbuch.

**Katrin Simonsen**

Wenn uns jetzt Medizinerinnen und Mediziner zuhören und sagen, wow, das würde ich aber auch gerne machen, wo kann man sich da anmelden?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, da müssen Sie bei der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe anfragen. Und ein Teil dieser, also diese Komplettkurse von einer ganzen Woche, da gibt es nochmal eine Untergesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, die sind eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Da kann man einfach auf die Website gehen und checken.

**Katrin Simonsen**

Und das muss man aber privat bezahlen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Das muss man bezahlen. Wenn man einen freundlichen Chef hat, hilft der einem vielleicht dabei, aber im Prinzip muss man es bezahlen.

**Katrin Simonsen**

Auch wenn ich in der Facharztausbildung bin, muss ich's bezahlen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ah, das ist eine kritische Frage, Frau Simonsen, das haben wir auch diskutiert. Ja, eigentlich schon, weil Weiterbildung muss man ja immer irgendwie bezahlen.

**Katrin Simonsen**

Und wenn ich aber sagen würde, irgendwann, ich weiß nicht, wer das sagen könnte, wir

nehmen das sozusagen für alle verpflichtend auf, dann würde es ja auch nichts mehr kosten.

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

Na doch, weil die, doch, doch, die Kurse müssen ja durchgeführt werden, die schaffen ja Kosten und irgendwer muss es bezahlen. Und ich weiß nicht, wer es bezahlen soll. Also ja, es ist auch zum Beispiel Teil der Facharztausbildung, dass man zu psychosomatischer Grundversorgung sich weiterbildet, das muss man auch alles selber bezahlen. Ich meine, es ist glaube ich in allen Berufssparten so, dass wenn man sich in der Ausbildung befindet und extra Kurse machen muss oder die dazugehören, dann muss man die leider auch meistens bezahlen.

Ich bin bei Ihnen. Wir haben das auch schon diskutiert, was eigentlich ist, dass das ja ein Teil der Ausbildung ist, ob zum Beispiel die Kliniken einen finanziell unterstützen, wo man die Facharztausbildung macht. Aber wissen Sie, Frau Simonsen, es wird überall Geld gekürzt. Es wäre schön, wenn wir jetzt Melinda Gates fragen würden, ob sie uns das unterstützt.

#### **Katrin Simonsen**

Wir schreiben Melinda Gates mal eine Mail.

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

Wir schreiben Melinda und ja, das hat mein Mann übrigens schon vorgeschlagen. Wir sollen Melinda schreiben, was wir für einen Podcast machen.

#### **Katrin Simonsen**

Aber auf alle Fälle, es tut sich was.

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

Es tut sich was. Ja.

#### **Katrin Simonsen**

Also als wir mit dem Podcast angefangen haben vor drei Jahren, fast drei Jahren, da haben wir ja drüber gesprochen, glaube ich, dass Sie da im Gespräch sind und da was in Planung ist und jetzt hat sozusagen der erste Pilotkurs stattgefunden. Mir hat übrigens eine Ärztin geschrieben aus der Schweiz, die bei Ihnen

teilgenommen hat und die mega begeistert war von dieser Ausbildung.

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

Das ist toll. Das ist toll, ja das ist toll. Es hat wirklich viel Spaß gemacht und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren auch sehr dabei. Und jetzt finde ich eigentlich gut, es stimmt, am Anfang des Podcasts war das Ganze noch ein Gedankenkonstrukt und jetzt können wir Vollzug melden.

#### **Katrin Simonsen**

Gute Nachrichten praktisch zum Schluss unserer Folge. Danke, Frau Schaudig, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Ich habe wieder auch einiges gelernt, fand es sehr interessant. Und wir werden immer wieder Folgen machen und eure Fragen beantworten. Danke schön, Frau Schaudig.

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

Ja, vielen Dank, Frau Simonsen!

#### **Katrin Simonsen**

Ihr habt es bestimmt gehört, in dieser Folge, da hatten wir ein paar Leitungsprobleme. Es hat dann immer so ein bisschen geruckelt und geschwankt. Das tut uns sehr leid. Und ich hoffe, ihr konntet Dr. Katrin Schaudig trotzdem gut verstehen.

Ich freue mich übrigens schon sehr auf unsere kommende Folge. Da sprechen wir über unser Gehirn. Ihr wisst ja, dass unser Gehirn gerade in der Perimenopause massiv unter Stress steht. Viele der Symptome wie Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Konzentrationsprobleme sind eben neurologische Symptome, werden also von unserem Gehirn ausgelöst.

Und tatsächlich findet in dieser Zeit ein Umbau unseres Gehirns statt. Das und mehr besprechen wir mit Professor Claudia Barth. Sie ist Neurowissenschaftlerin an der Berliner Charité.

Abonniert unseren Podcast, damit ihr nichts verpasst und lasst gerne auch eine Bewertung da. Und wer das ein oder andere gern mal in

Ruhe nachlesen möchte, das Transkript dieser Folge findet ihr wie immer auf den Seiten des MDR. Und den Link, den legen wir in die Show-Notes.

Und natürlich freuen wir uns, wenn unsere Podcast-Community weiter wächst. Deshalb empfiehlt uns unbedingt weiter an eure Freundinnen, Schwestern, Kolleginnen, Partnerinnen, Partner und gern auch an eure Patientinnen.

Und jetzt zum Schluss gibt's wieder meinen Podcast-Tipp. *Frag dich fit* – Das ist ein Fitness- und Gesundheits-Podcast. Und in dem sprechen die beiden Hosts Doc Esser und Johanna über eben alles, was gesund hält. Und das Schöne dabei ist, die sehen das nicht so verbissen. Denn ein gesundes Leben mit Haushalt, Familie und Job, das alles so zu jonglieren und in Einklang zu bringen, ist eben nicht so leicht. Und Doc Esser beantwortet auch immer Hörerinnenfragen. *Frag dich fit*. mit Doc Esser und Johanna findet ihr genau wie uns, *Hormongesteuert*, in der App von ARD Sounds. Den Link, den packen wir in die Show Notes.

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