Beratung zu den Wechseljahren – Zeit für Empowerment statt Pathologisierung

I. Hahn

Hintergrund

Die gegenwärtige Diskussion zur Menopause bzw. zu den Wechseljahren ist aufgeheizt. Für wen sind die Wechseljahre ein Problem? Ab wann, von wem und wo soll informiert werden? Wie ausführlich sollen die Informationen sein? In wie vielen Fällen sind Medikamente notwendig und ratsam, und wenn ja, wie früh? In den Praxen beobachten wir eine gestiegene Nachfrage nach Hormonbestimmungen und nach Hormontherapie sowie eine häufig sehr frühzeitige Besorgnis um die richtige „Vorbereitung" auf die Wechseljahre.

Dies ist nicht verwunderlich, denn in den Medien ist das Thema in letzter Zeit außerordentlich präsent. Von Zeitungsartikeln über Blogs und Podcasts bis hin zum Bayerischen Gesundheitsamt, welches eine 33-seitige Menopause-Broschüre herausgegeben hat [1]. Auch die starke Bewegung „Wir sind neun Millionen", ein Verbund von Ärztinnen, Wechseljahresberaterinnen, Apothekerinnen, Journalistinnen, Unternehmerinnen, Aktivistinnen und Influencerinnen, spricht von einer Tabuisierung der Wechseljahre und fordert umfangreiche Maßnahmen, unter anderem eine automatische briefliche Aufklärung über die Menopause für alle Frauen ab 35 und die Menopause als Thema in der Schule und am Arbeitsplatz [2].

Im Zusammenhang damit veröffentlichte die Hochschule für Wirtschaft und Recht in Berlin unter dem Schlagwort Menosupport eine (gesponserte) Studie und stellte fest: ein hohes Ausmaß an Menopausenbeschwerden [3], ungenügende ärztliche Beratungen, starke Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz, dadurch bedingte Krankschreibungen, Wünsche nach Arbeitszeitreduktion und früherem Renteneintritt (10–20 %) [4]. Die Art der Rekrutierung, die hierfür hauptsächlich über Social Media, Newsletterbeiträge und Aushänge in gynäkologischen Praxen erfolgte, wirft jedoch die Frage auf, ob die Studie einen Bias hat – ggf. wurden an dieser Stelle vermehrt Frauen mit Beschwerden angesprochen.

Hingegen kommt eine von der HKK 2024 in Auftrag gegebene repräsentative Forsa-Studie mit fast gleicher Fragestellung und ähnlicher Anzahl Teilnehmerinnen (ca. 2.000 berufstätige Frauen zwischen 45 und 60 Jahren) zu den folgenden Ergebnissen: Weit weniger Frauen fühlen sich stark durch die Menopause beeinträchtigt, die meisten fühlen sich mindestens gut informiert, es gibt kaum Krankschreibungen wegen klimakterischer Beschwerden [5].

Es ist Zeit für eine abgeklärte, evidenzbasierte Betrachtung der Zusammenhänge der Beschwerden von Frauen im Wechseljahresalter von ca. 45–60 Jahren. Es ist Zeit, die Frauen in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken. Dieser Artikel möchte dazu beitragen.

Definition der Wechseljahre

Die Wechseljahre (Fachbegriff Klimakterium) umfassen die Zeitspanne vor und nach der Menopause, die durch die letzte Menstruationsblutung im Leben einer Frau, also retrospektiv definiert ist. Es handelt sich um eine Zeit der Hormonumstellung, der Begriff ist biologisch definiert. In den meisten Fällen liegt dieser Zeitraum zwischen 45–60 Jahren. Noch vor der eigentlichen Menopause kommt es bei verringerter Follikelzahl zu seteneren Ovulationen und dadurch zu Zyklusschwankungen, verlängerten oder verkürzten Zyklen, häufig stärkeren Blutungen bei Follikelpersistenz und zeitweiligem Auftreten von klimakterischen Beschwerden wie Hitzewallungen und Schlafstörungen [6, 7]. In dieser Zeit schwanken die Werte des follikelstimulierenden Hormons (FSH) und des Estradiols sehr stark, und auch das Anti-Müller-Hormon als Repräsentant der Follikelzahl ist unzuverlässig, so dass Hormonmessungen (der sogenannte „Hormonspiegel") zur Feststellung der Menopause in den meisten Fällen unsinnig sind. Bei hysterektomierten Frauen mit klimakterischen Beschwerden kann eine FSH-/Estradiolbestimmung lediglich als Hinweis auf den Menopausalstatus dienen. Meist pendeln sich die Hormone ein bis zwei Jahre nach der Menopause auf ein gleichbleibendes Niveau, mit hohem FSH und niedrigem Estradiol, ein [6]. Allerdings bleibt es in einigen Fällen auch später bei Schwankungen.

Ist der MRS als Maß für Wechseljahresbeschwerden problematisch?

Der Menopause Rating Scale (MRS) wurde Anfang der 1990er Jahre zur Beurteilung von klimakterischen Beschwerden seitens der betroffenen Frauen selbst entwickelt und später an Frauen in den Wech-

seljahren validiert [8, 9]. Diese Zeit war die Hochzeit der sog. Hormonersatztherapie (HRT). Möglichst alle Frauen um und nach der Menopause sollten mit HRT behandelt werden, hörten wir damals in den gynäkologischen Fortbildungen. „Die Frauen erschienen als defizitäre Hormonmangelwesen, die mit ihrem Leben nicht mehr zurechtkommen, und die Substitutionstherapie mit Sexualhormonen versprach, diese Frauen wieder lebenstüchtig zu machen." (Mühlhauser [10]). Mit dem heute verwendeten MRS II werden elf Symptome in je fünf Ausprägungen erfasst (▶ Abb. 1). Die Bewegung „Wir sind neun Millionen" kritisiert, dies erfasse nicht einmal alle Beschwerden, die Frauen in den Wechseljahren haben können, Kopfschmerzen, Gewichtszunahme und Hautveränderungen fehlten [2].

Es ist unbestritten, dass Frauen in den Wechseljahren sehr unterschiedliche Beschwerden haben können. Dennoch stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob Frauen sich durch die Nennung der sehr zahlreichen Menopausensymptome dazu verleitet fühlen könnten, sich als kränker und behandlungsbedürftiger einzustufen, als sie sich ursprünglich gefühlt hatten.

Eine Studie von K. Weidner zeigt, dass nur vasomotorische Symptome, vornehmlich Hitzewallungen und Scheidentrockenheit, eindeutig typisch für die (Post-)Menopause sind. Im Rahmen der Studie wurden sowohl Männer als auch Frauen im Alter von 14–90 Jahren mit Hilfe des MRS II befragt. Dabei zeigte sich, dass die anderen neun Symptome auch bei Frauen anderer Altersgruppen sowie bei Männern ähnlich oft vorkommen, manche (Gelenk- und Muskelbeschwerden) vornehmlich im höheren Alter [11]. Speziell die oft im Zusammenhang mit Wechseljahren oder sogar als Indiz dafür genannten Depressionen, kommen tatsächlich in dieser Zeit nicht gehäufter vor [12]. Wichtig ist auch: Nicht alle Frauen leiden in den Wechseljahren. Etwa ein Drittel hat keine oder nur sehr geringe Beschwerden, ein Drittel hat mäßige Beschwerden und ein Drittel gibt schwere Beeinträchtigungen durch Wechseljahresbeschwerden an [13].

Psychosoziale Aspekte der Lebenssituation von 45–60-jährigen Frauen

Die Zeit der Wechseljahre ist nicht nur durch die Hormonumstellung charakterisiert. Sondern gerade Frauen stehen in dieser Zeit vor nötigen Anpassungen im familiären, gesellschaftlichen und beruflichen Umfeld. Gerade in den Jahren zwischen 45 und 60 befinden sich viele Frauen in einer Art „Sandwichposition": Sie kümmern sich um ihre fast erwachsenen, oft heftig pubertierenden Kinder und übernehmen gleichzeitig die Pflege und Versorgung ihrer gebrechlich werdenden Eltern. Diese Care-Arbeit wird noch immer zum überwiegenden Teil von Frauen übernommen und zu wenig honoriert, weder durch Wertschätzung noch durch finanzielle Vergütung. Diese erhöhte Belastung und gleichzeitig mangelnde Anerkennung führt ganz unabhängig von hormonellen Veränderungen zu psychosomatischen Beschwerden, die soziodemografischen Einflussfaktoren können also maßgeblich sein [13].

Zudem hat sich im beruflichen Umfeld vieles zunehmend schnell verändert, insbesondere durch Umstrukturierungen und die fortschreitende Digitalisierung. Viele Frauen berichten in den Sprechstunden von willkürlichen Versetzungen oder Zurücksetzungen und von Schwierigkeiten bei der Adaptation an die neuen beruflichen Erfordernisse, wodurch sie sich erschöpft und irritabel fühlen. Generell aber fühlen sich berufstätige Frauen ab 50 gesünder als nicht berufstätige Frauen [14]. Dies ist sicherlich dadurch erklärt, dass die berufstätigen Frauen immer noch mehr Anerkennung und Bestätigung erfahren als die nicht berufstätigen.

Psychosomatische Beratung zu Wechseljahren

Ärztinnen und Ärzte sollten sich auf den heutzutage größeren Informations- und Gesprächsbedarf der Frauen einstellen. Sie sollten in Beratungsgesprächen rund um die Menopause Gelassenheit transferieren und die Menopause keinesfalls zu sehr problematisieren. Dabei hat jede Frau ein anderes Erleben der Wechseljahre, hat andere gesundheitliche und psychosoziale Voraussetzungen und Risiken. Empathisches Zuhören, sachliche, individuell angepasste Informationen, die Einordnung der Beschwerden, die Darstellung der Menopause als normale hormonelle Umstellungsphase im Leben – all dies kann helfen, gut durch die Wechseljahre zu kommen. Diesen Konsensus zur psychosomatischen Betreuung in den Wechseljahren hat eine Arbeitsgruppe innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG) bereits 2010 erarbeitet [15]. Gemeinsam sollen möglichst selbstwirksame Lösungen bei Beschwerden gesucht werden, die Frau soll individuell gestützt werden.

In der 2024 erschienenen Lancetserie zur Menopause hat die Autorin M. Hickey dies wunderbar ausgeführt, unter der Überschrift: An empowerment model for managing menopause [16]. Der beste Zeitpunkt der Beratung sollte sich nach dem individuellen Bedarf der

Menopause Rating Scale (MRS II) zur Evaluation von Wechseljahrbeschwerden

Name: ……..……..……..…… Erhebungsdatum: ……..……..…

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit?
Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an und wie stark Sie davon betroffen sind.
Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

	Beschwerden				
	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
Punktwert	0	1	2	3	4
Wallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweissausbrüche)					
Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)					
Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)					
Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)					
Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)					
Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)					
Körperliche und geistige Erschöpfung (allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)					
Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)					
Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang)					
Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)					
Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)					

Abb. 1: Menopause Rating Scale zur Evaluation von Wechseljahresbeschwerden. Aus: https://www.frauenaerzte-im-netz.de/.

Frauen richten. Fragen sollten dann, wenn sie für die Frauen wichtig werden, beantwortet werden.

Beim Abwägen von Risiko und Nutzen einer Behandlung und der Suche nach möglichst selbstwirksamen Lösungen ohne größere Risiken kann man sich an der S3-Leitlinie zur Perimenopause orientieren (▶ Tab. 1) [17].

Im Beratungsgespräch kann die Frau herausfinden, welche ihrer gegenwärtigen Lebensgewohnheiten sich ungünstig auswirken, und wie sie diese ändern kann. So kann beispielsweise das Wissen darum, dass Aufgaben gerne auch delegiert werden dürfen, für viele Frauen bereits hilfreich sein. Bezüglich der Ernährung wirken sich beispielsweise zu süßes und zu fettiges Essen ungünstig auf Übergewicht und Erschöpfung aus, scharfe Gewürze, viel Kaffee und Alkohol verstärken Hitzewallungen. Anleitungen zu Schlafhygiene (z. B. die Zwei-Bettdeckentechnik, ein kühler Schlafraum, Regelmäßigkeit und eine entspannte Pufferzeit ohne elektronische Geräte vor dem Schlafengehen) sowie die Erkenntnis, dass auch weniger als acht Stunden Schlaf ausreichen können, helfen gegen Schlafstörungen.

Bei Ausgleichssport sowie Bewegung findet sich laut der S3-Leitlinie keine Evidenz zur Verringerung von Hitzewallungen [17]. Zur Verbesserung gereizter oder depressiver Stimmung, des Schlafes, des Gewichtes und der allgemeinen Gesundheit sowie auch bei Gelenkbeschwerden spielt maßvoller Sport jedoch eine große Rolle.

Behandlung von Wechseljahresbeschwerden

Kognitive Verhaltenstherapie

Als effektives Mittel gegen vasomotorische Symptome und deren Einfluss auf Schlafqualität, depressive Verstimmung, Ängstlichkeit und Lebensqualität hat sich die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) erwiesen [18], die sich laut S3-Leitlinie im günstigsten Feld für Effektivität und Nebenwirkungsarmut befindet [17]. Diese kann mit Hilfe von Therapeutinnen und Therapeuten oder Büchern erlernt werden. Eine deutschsprachige App für KVT in der Menopause, die als digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) verordnet werden könnte, ist derzeit in Erprobung.

Pflanzliche Mittel

Das hierzulande häufigste pflanzliche Mittel gegen Hitzewallungen ist Cimicifuga, die Traubensilberkerze, welche sich seit Jahrzehnten großer Beliebtheit erfreut, jedoch laut eines Cochrane Reviews nicht so wirkungsstark ist [19]. Ein Therapieversuch mit 5,6–40 mg/d macht Sinn für Frauen, die etwas einnehmen möchten. Auch Johanniskraut in der Dosierung von 300 mg kann Hitzewallungen reduzieren und wird von den NICE-Guidelines empfohlen. Diese Wirkung ist jedoch nicht sicher bewiesen. Besser belegt ist die Wirkung bei depressiver Stimmungslage und Unruhe in Dosierungen über 450 mg [20]. Als Nahrungsergänzungsmittel können Phytoöstrogene aus Soja, Rotklee oder *Rheum rhaponticum* eingesetzt werden, deren Wirkung gegen Wechseljahresbeschwerden allerdings nicht in allen Studien bewiesen wurden. Frauen mit Brustkrebs sollten extrem vorsichtig mit der Einnahme von Phytoöstrogenen sein [20].

Menopausale Hormontherapie

Hormone müssen in den Wechseljahren nicht „ersetzt" werden, aber bei dem oben beschriebenen psychosomatischen Behandlungsansatz hat selbstverständlich auch eine MHT ein fundiertes Einsatzgebiet: Bei deutlichen und für die Wechseljahre spezifischen Beschwerden, nämlich Hitzewallungen und deren Folgen wie Reizbarkeit und Schlafstörungen sowie bei vaginaler Atrophie, sollte eine MHT entsprechend der S3-Leitlinie [17] angeboten werden, da sie hierbei am zuverlässigsten hilft.

Placebo-Effekt

Bei allen berichteten Wirkungen spielt der Placebo-Effekt eine erhebliche Rolle. In der WHI-Studie

Risiko/Nutzen	Nutzen nachgewiesen	Nutzen möglich	Nutzen unwahrscheinlich
Geringes Risiko für Schaden bzw. Therapieabbruch	Abwarten bzw. Placebo, Achtsamkeit und CBT (kognitive Verhaltenstherapie)	Cimicifuga 5,6–40 mg/d, Isoflavone 30–80 mg inkl. phytoöstrogenreiche Ernährung, Rotklee, S-Equol, Genistein 30–60 mg/d, Rheumrhapontikum 4 mg, Johanniskraut 300 mg, Akupunktur	Sport (3–6 Monate), Tiefenentspannung (4–12 Wochen), Vitamin E
Mittleres Risiko für Schaden bzw. Therapieabbruch	Östrogene, Tibolon	SSRI, SNRI, Gabapentin, Clonidin	DHEA (Dehydroepiandrosteron), Raloxifen
Risiko für Schaden nicht ausreichend untersucht			Chinesische Kräuter im Rahmen der TCM (traditionelle chinesische Medizin), Melatonin

Tab. 1: Maßnahmen gegen Hitzewallungen nach S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause 2020.

wurden z. B. Hitzewallungen bei 75 % der Probandinnen mit MHT reduziert versus immerhin 58 % bei Placebotabletten [20]. Der Placebo-Effekt, also eigentlich der Glaube an die Therapie, bewirkt natürlich auch bei allen anderen Behandlungen wie Phytotherapie, Akupunktur und Nahrungsergänzungsmitteln, selbst bei KVT und Sport eine Verbesserung!

Hormontherapie: wo hilft sie sicherlich, wo vielleicht?

Auf die MHT soll, aufgrund zahlreicher aktueller Publikationen zum Thema [21–24] und dem Gesamtkontext der Psychosomatik, an dieser Stelle lediglich kursorisch eingegangen werden. Die nachgewiesene zuverlässige Wirkung bei vasomotorischen Symptomen wurde in diesem Beitrag bereits beschrieben. Bei vaginaler Atrophie, die meist erst in der späteren Postmenopause auftritt, helfen lokale Estriolcremes oder -suppositorien zuverlässig und risikoarm. Damit werden auch Dyspareunie und somit diverse Probleme bei der Sexualität sowie Dysurie, Dranginkontinenz und die Neigung zu Harnwegsinfekten verringert [25]. Auch zur Prophylaxe oder zur Behandlung einer Osteoporose wirkt die MHT. Allerdings verschwindet dieser Effekt einige Jahre nach Absetzen der Therapie, als erste Wahl gelten Vitamin D, Kalzium, Kraftsport und Bisphosphonate. Laut Leitlinie wird die MHT alleine zur Osteoporoseprävention nicht empfohlen [17]. Gegebenenfalls kann die MHT auch eine Verbesserung des Schlafes, der Libido, der Stimmung und der Konzentration erreichen, eher fraglich ist hingegen eine dauerhaft positive Wirkung auf Gelenkbeschwerden oder gar Migräne.

Auf welche gesicherten Daten können wir zurückgreifen?

Alle wichtigen großen Studien und Metaanalysen wurden in der S3-Leitlinie zu Peri-und Postmenopause von 2020 verarbeitet [17], sie befindet sich z. Zt. in Bearbeitung. Einen Überblick gibt ▶ Tabelle 1. Für Frauen finden sich zuverlässige, unabhängige Informationen, die vom IQWIG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) herausgegeben werden, unter https://www.gesundheitsinformation.de/.

Die Timing Hypothese

Nach Abbruch der WHI-Studie hat man mit Subgruppenanalysen zu zeigen versucht, dass sich ein frühzeitiger Einsatz von MHT in den ersten zehn Jahren nach der Menopause zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen eignet. Die Ergebnisse waren an dieser Stelle jedoch nicht signifikant, wahrscheinlich aufgrund von zu kleinen Subgruppen [26, 27]. Sie können demnach lediglich als Hinweise gewertet werden.

„Zauberwort“ Bioidentische Hormone

Bei vielen Frauen besteht die Auffassung, dass bioidentische Hormone in Creme- und Gelform ganz natürlich sind und risikolos angewendet werden können. Es ist Aufgabe der Fachärztinnen und Fachärzte, Anwenderinnen vor dem Einsatz bioidentischer Hormone grundlegend aufzuklären. So ist beispielsweise das Risiko für Brustkrebs sowohl durch kombinierte MHT, als auch durch Einsatz bioidentischer Hormone gesteigert [28]. Lediglich das Risiko für thromboembolische Ereignisse ist, bei transdermaler Anwendung von Estradiol (mit oder ohne mikronisiertem Progesteron), weniger hoch, als mit den in der WHI-Studie verwendeten Kombinationen [29]. Individuelle Mischungen von bioidentischen Hormoncremes, sog. Magistralrezepturen, können ggf. den Placebo-Effekt verstärken. Es ist dennoch davon abzuraten, da die Hormonmengen schwanken und nicht streng kontrolliert sind. Außerdem wird Progesteron nicht ausreichend über die Haut aufgenommen [23].

Zusammenfassung

In diesem Artikels soll zu einer ausgewogenen, evidenzbasierten Beratung von Frauen in den Wechseljahren angeleitet werden, bei der nicht nur hormonelle sondern auch psychosoziale Faktoren einbezogen werden. Wechseljahre bedeuten zunächst einmal den Übergang in einen neuen Lebensabschnitt, sie sind keine Hormonmangelkrankheit. Frauen sollen von wirtschaftlichen Interessen unabhängig informiert und in ihrer Selbstwirksamkeit bestärkt werden, sie sollen nicht überbehandelt werden. Bei starken für die Wechseljahre spezifischen Beschwerden, nämlich Hitzewallungen und vaginale Atrophie, hilft (entsprechend der Leitlinien) eine menopausale Hormontherapie (MHT) am besten. Deren Risiken müssen den Frauen anschaulich erklärt werden. MHT ist zur Prävention nach bisheriger Datenlage nicht geeignet, auch nicht bei Einsatz bioidentischer Hormone. Bei mittelschweren Beschwerden können kognitive Verhaltenstherapie, pflanzliche Mittel oder Akupunktur eingesetzt werden, deren Wirksamkeit jedoch nicht eindeutig nachgewiesen ist.

Schlüsselwörter: Menopause – Versorgungsstandard – psychosomatische Beratung – partizipative Entscheidungsfindung

Risiken verständlich darstellen und individuell beachten

Ob Hormone und welche im individuellen Fall eingesetzt werden, sollte Ergebnis einer partizipativen Entscheidungsfindung sein. In der Praxis ist es aufgrund des hohen Zeitaufwands und der fehlenden kassenärztlichen Vergütung oft nicht leicht, dies umzusetzen. Bei der Risikoberatung empfiehlt sich die Benutzung von Visualisierungsmaterial. Zudem muss das individuelle Risiko aufgrund von Vorerkrankungen und Familienanamnese erläutert werden – erst dann ist eine sinnvolle Nutzen-Risiko-Abwägung möglich.

Literatur:

1. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. Wechseljahre können sich verrückt anfühlen. (https://www.stmgp.bayern.de/wechseljahre/). Zugegriffen: 07.03.2025
2. Interessengemeinschaft Wir sind NEUN Millionen. (https://wirsindneunmillionen.de/). Zugegriffen: 07.03.2025
3. Besins Healthcare Germany GmbH. Ergebnisse einer Befragung von 45–bis 60-jährigen berufstätigen Frauen in und nach den Wechseljahren mit forsa.omninet. 2023. (https://www.initiative-blickwechsel.de/wp-content/uploads/2024/03/initiative-blickwechsel_forsa-ergebnisse-2023.pdf). Zugegriffen: 07.03.2025
4. Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin. Befragungsergebnisse MenoSupport. (https:blog.hwr-berlin.de/menosupport/ergebnisse/). Zugegriffen: 07.03.2025
5. hkk Krankenkasse. Studien & Reports. (https://www.hkk.de/presse/studien-und-reports). Zugegriffen: 07.03.2025
6. Leidenberger F, Strowitzki T, Ortmann O. Klinische Endokrinologie für Frauenärzte. Springer Heidelberg/Berlin; 2014
7. Santoro N, Neal-Perry G, Randolph JF. The menopause transition: signs, symptoms, and management options. J Clin Endocrinol Metab 2021; 106: 1–15
8. Hauser GA, Huber IC, Keller PJ et al. Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). Zentralbl Gynakol 1994; 116(1): 16–23
9. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 28
10. Mühlhauser I, Beckermann M. Menopausale Hormontherapie: Evidenz und Eingang in die Praxis. In: Schröder H et al. (Hrsg.). Arzneimittel-Kompass
11. Weidner K, Richter J, Bittner A et al. Klimakterische Beschwerden über die Lebensspanne? Psychother Psychosom Med 2012; 62: 266–275
12. Judd FK, Hickey M, Bryant C. Depression and midlife: are we overpathologising the menopause? J Affect Disord 2012; 136: 199–211
13. Weidner K, Richter J, Bittner A et al. Beschwerden in den Wechseljahren: Nicht nur eine Frage der hormonellen Situation. Dtsch Arztebl 2016; 113(46): A–2101
14. RKI. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin 2020; 270–271
15. Tormann D, Beckermann M, von Bodelschwingh F. „Gelassenheit und Bestätigung haben mir die Angst genommen" Psychosomatische Praxis in den Wechseljahren. In: Dorn A et al, Hrsg. Die Psyche im Spiegel der Hormone, 2012, Mabuse-Verlag, Frankfurt/M
16. Hickey M, LaCroix AZ, Manson JE. An empowerment model for managing menopause. Lancet 2024; 403: 947–957
17. S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen. AWMF-Registernummer 015–062, Vers. 1.1, Stand Sept. 2020

Summary

Advice on Menopause – Time for Empowerment Instead of Pathologization

I. Hahn

The intention of this article is to provide balanced, evidence-based advice for women going through menopause, taking into account not only hormonal but also psychosocial factors. Menopause is first and foremost a transition into a new phase of life and not a hormone deficiency disease. Women should be informed independently of economic interests and encouraged in their self-efficacy; they should not be overtreated. For severe symptoms specific to the menopause, namely hot flushes and vaginal atrophy, therapy with hormones is (in accordance with the guidelines) the best treatment. The risk profile of hormone therapy should be illustrated visually for women. According to current data therapy with hormones is not suitable for prevention, even when using bioidentical hormones. For moderate symptoms, cognitive behavioral therapy, herbal remedies or acupuncture can be used, but their effectiveness has not been clearly proven.

Keywords: menopause – standard of care – psychosomatic counceling – shared decision making

Vollständige Literatur:

Interessenkonflikte:
Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Iris Hahn
Frauenärztin
Garthestr. 5, 50735 Köln
hahn@gynpraxis-heumarkt.de

Dr. med.
Iris Hahn