

# Was Frauen über die Hormonersatztherapie wissen sollten

Liebe Patientin,

diese Darstellung vermittelt Ihnen vorab einige wichtige Informationen, die Sie in Ihrer persönlichen Entscheidung unterstützt, ob für Sie eine Hormonersatztherapie sinnvoll ist. Diese wichtige Entscheidung treffen Sie im gemeinsamen Gespräch mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt.

Auch die Medizin unterliegt einem ständigen Wandel. Diese Darstellung entspricht dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung und Praxis.

Damit wir gemeinsam eine sinnvolle Entscheidung über die Behandlung mit Hormonen treffen können, bitten wir um Ihre Mitarbeit: Die Beantwortung des beiliegenden Fragebogens über Ihre Beschwerden und Wünsche ist entscheidend für Ihre individuelle Betreuung.

Bitte lesen Sie die Informationen und Fragen sorgfältig durch und entscheiden Sie dann gemeinsam mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt.

---

## Die Wechseljahre (Klimakterium)

Frauen durchleben zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr die Wechseljahre, auch Klimakterium genannt. In diesem Zeitraum wird die Bildung der Geschlechtshormone nach und nach vermindert, bis sie schließlich nahezu vollständig eingestellt wird. Zunächst kommt es zum Absinken des Gelbkörperhormons (Progesteron), nachfolgend der Östrogene und abschließend der männlichen Hormone (Androgene).

Die Veränderungen des Hormonhaushaltes führen bei vielen Frauen zu körperlichen und psychischen Symptomen. Häufig treten unregelmäßige Blutungen, plötzliche Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen auf.

Eine Beeinträchtigung des allgemeinen Wohlbefindens, auch der Sexualität, kann die Folge sein. Dauer und Intensität der Beschwerden sind unterschiedlich. Viele Frauen leiden unter erheblicher Einschränkung der Lebensqualität.

Die Wechseljahre sind eine natürliche Phase des weiblichen Lebens und nicht jede Frau benötigt eine Behandlung. Andererseits können die Beschwerden derartige

Ausmaße annehmen, dass eine Behandlung unumgänglich wird. In diesem Fall kann durch die Hormonersatztherapie eine deutliche Besserung erzielt werden.

## Was sind Hormone?

Hormone sind lebenswichtige Botenstoffe, die in verschiedenen Organen (Drüsen) des Körpers gebildet werden. Sie sind an vielen Stoffwechselfvorgängen beteiligt und hierfür unerlässlich. Die weiblichen Geschlechtshormone sind nicht nur für die Fortpflanzung und Schwangerschaft von grundlegender Bedeutung. Sie stabilisieren die Knochenfestigkeit und haben positive Wirkungen auf das Herz-Kreislauf-System sowie die Beschaffenheit von Haut und Schleimhäuten, so auch auf Scheide und Blase.

Außerdem sind Hormone für die Leistung des Gehirns (z.B. Merkfähigkeit, Konzentration), die Psyche, das allgemeine Wohlbefinden und die Sexualität wichtig.

## Wann sollten Hormone in den Wechseljahren eingesetzt werden?

Die Entscheidung zur Behandlung kann nur in Abhängigkeit von den individuellen Beschwerden getroffen werden.

## Vorteile der Hormonersatztherapie

Für folgende Beschwerden in den Wechseljahren stellen Hormone die wirksamste Behandlung dar:

- Hitzewallungen
- Schweißausbrüche
- Trockenheit der Scheide  
und damit verbundene Beschwerden

Symptome wie Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen können durch eine Hormonersatztherapie gebessert werden.

Das Risiko, an einem Dickdarmkrebs zu erkranken, wird bei Frauen, die eine Hormontherapie mit Östrogenen und Gelbkörperhormonen erhalten, gesenkt.

Die Hormonersatztherapie verbessert die Knochenfestigkeit und senkt die Häufigkeit von Knochenbrüchen. Nur wegen der günstigen Wirkung auf die Knochenfestigkeit soll die Hormontherapie allerdings nur ausnahmsweise nach sorgfältiger individueller Nutzen/Risiko-Abwägung eingesetzt werden. So kommt eine Hormonbehandlung in Frage, wenn Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen gegenüber anderen Behandlungsmöglichkeiten bestehen oder wenn ein besonders früher Eintritt der Wechseljahre erfolgt.

## Risiken der Hormonersatztherapie

Das Risiko für einige Erkrankungen ist bei Anwendung der Hormonersatztherapie oder bestimmter Formen der Hormonersatztherapie erhöht. Die Risikosteigerung ist bei korrekter Anwendung der Hormontherapie meist gering.

Zu diesen Erkrankungen gehören Blutgerinnungsstörungen mit dem Risiko von Thrombose und Embolie, Schlaganfall und möglicherweise in seltenen Fällen auch Herzinfarkt, vermutlich jedoch nur bei bereits vorbestehendem erhöhtem Risiko und bei Kombination mit Gelbkörperhormonen.

Auch ein Risiko für Brustkrebs ist nicht auszuschließen, insbesondere bei mehrjähriger Anwendung einer Östrogen-Gelbkörperhormon-Kombinationstherapie.

Nutzen und Risiken sind für jede Frau unterschiedlich und individuell zu bewerten.

Die Entscheidung für eine Hormonersatztherapie bzw. deren Fortführung und Dauer sollten Sie gemeinsam mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt treffen.

Außerdem wird im Rahmen der jährlichen Vorsorgeuntersuchung, die unabhängig von der Hormonersatztherapie zu Ihrer Sicherheit erforderlich ist, die Notwendigkeit zur Fortführung oder Änderung der Hormonersatztherapie sorgfältig überprüft.

Ihre Frauenärztin  
Ihr Frauenarzt

(Stempel)

---

**Diese Information wird vom Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) herausgegeben  
in Konsensus mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)**

Präsident BVF Dr. med. Manfred Steiner  
Präsident DGGG Prof. Dr. med. Klaus Diedrich

### Autoren

Mitglieder der AG Hormone des BVF: Prof. Dr. Hans-Joachim Ahrendt, Prof. Dr. Cosima Brucker, Priv. Doz. Dr. Dolores Foth, Prof. Dr. Gunther Göretzlehner, Dr. Werner Harlfinger, Priv. Doz. Dr. Ulrich Karck, Dr. Klaus König, Dr. Armin Malter, Priv. Doz. Dr. Alfred O. Mueck, Dr. Manfred Steiner, Prof. Dr. Alexander Teichmann.

Für die Arbeitsgruppe Hormontherapie der DGGG: Prof. Dr. Wilhelm Braendle, Prof. Dr. Franz Geisthövel, Prof. Dr. Ludwig Kiesel, Prof. Dr. Olaf Ortman, Prof. Dr. Thomas Rabe.

Stand Sommer 2004

# **FRAGEBOGEN** zu Ihren Wechseljahresbeschwerden

Um Ihren persönlichen Nutzen und mögliche Risiken einer Hormontherapie beurteilen zu können, werden Sie gebeten, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

**→ Bitte geben Sie diesen Fragebogen bei Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt ab!**

Dieser Fragebogen ist Teil Ihrer Krankengeschichte

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

## **Hormonersatztherapie**

**ja** Seit wann? \_\_\_\_\_

Welches Präparat? \_\_\_\_\_

**nein**

## **Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# FRAGEBOGEN zu Ihren Wechseljahresbeschwerden

Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie zutreffende Aussage an

## A. Stärke der Beschwerden

| Ich leide unter:   | keine                    | leicht                   | mittel                   | stark                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Hitzewallungen, Schwitzen</b><br>(Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Herzbeschwerden</b><br>(Herzklopfen, Herzasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Schlafstörungen</b><br>(Einschlaf-, Durchschlafprobleme)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Gelenk- und Muskel-Beschwerden</b><br>(Gelenkschmerzen, Rheuma-ähnliche Beschwerden)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depressive Verstimmungen</b><br>(Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Reizbarkeit</b><br>(Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ängstlichkeit</b><br>(innere Unruhe, Panik)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Körperliche oder geistige Erschöpfung</b><br>(Minderung der Leistungsfähigkeit, der Gedächtnisleistung, Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sexualprobleme</b><br>(Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Harnwegsbeschwerden</b><br>(Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang, Harnwegsinfektionen)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Trockenheit der Scheide</b><br>(Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Brustspannen/-schmerzen</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## B. Folgende Erkrankungen sind/ waren bei mir bekannt:

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Bluthochdruck</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Zuckerkrankheit</b><br>(Diabetes mellitus)                            | <input type="checkbox"/> |
| <b>Erhöhte Fettwerte</b><br>(Hypertriglyzeridämie, Hypercholesterinämie) | <input type="checkbox"/> |
| <b>Lebererkrankung</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Migräne</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Osteoporose</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Herzinfarkt</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Schlaganfall</b>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bildung eines Blutgerinnsels</b><br>(Thrombose, Embolie)              | <input type="checkbox"/> |
| <b>Brustkrebs</b>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Gebärmutterkrebs</b>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Andere Krebserkrankungen</b><br>Wenn ja, welche?                      | <input type="checkbox"/> |

## C. Welche der folgenden Erkrankungen sind in Ihrer Familie aufgetreten?

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| <b>Brustkrebs</b>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Osteoporose</b> | <input type="checkbox"/> |

## D. Zu den Lebensumständen

|  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Rauchen</b>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sport</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ich gehe regelmäßig zur Vorsorge-Untersuchung</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Meine Wünsche / So soll meine Therapie aussehen

---



---



---



---