

Antworten auf aktuelle Fragen zur bioidentischen Hormontherapie zum Blog im Netzwerk für Frauengesundheit

In 2014 hatten wir Ihnen ***Progesteron, das Hormon der Weisheit***, vorgestellt. Völlig unerwartet wurde dies der meist aufgerufene und am häufigsten kommentierte Artikel. Die persönlichen Fragen wurden so zahlreich, dass wir sie nicht mehr im Einzelnen beantworten konnten. Auch für Sie als Leserin wurden die fast 1.000 Kommentare nicht mehr nachvollziehbar, so dass wir uns entschlossen haben, in einem neuen Artikel die drängendsten Fragen unserer Leserinnen aufzugreifen und nach dem heutigen Kenntnisstand zu beantworten. Dabei wird jetzt der Schwerpunkt auf die bioidentische Hormontherapie gelegt, also nicht nur das Progesteron berücksichtigt, sondern auch die Östrogene (Estradiol, Estron, Estriol). Um uns nicht zu wiederholen, ist es ganz wichtig, dass Sie sich als Grundlage den Artikel über „Progesteron, das Hormon der Weisheit“ durchlesen.

Wir haben zwischenzeitlich verschiedene Weiterbildungsveranstaltungen für Frauenärzte ausgerichtet, aber immer noch sind es zu wenige, um alle Frauen kompetent mit dieser „natürlichen Hormontherapie“ versorgen zu können. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Sie die Grundprinzipien der Behandlung verstehen, Ihren Körper und seine Reaktionen aufmerksam beobachten und selber Schritte zur Normalisierung eines Hormonungleichgewichts einleiten können.

[Zum Interview mit Frau Dr. Hildegard Faust-Albrecht](#)

Begriffsbestimmung

Seit Jahrzehnten werden weibliche Hormone bei Kinderwunsch, zur Zyklusregulierung, bei Endometriose und bei Wechseljahresbeschwerden eingesetzt. Warum sollen denn jetzt „bioidentische“ Hormone besser sein? Und was ist daran natürlich?

Bioidentische Hormone sind 1: 1 dem Körper angepasst und entsprechen exakt der Wirkung von humanen Botenstoffen. Das Natürliche daran ist die gleiche Wirkung und der gleiche hormonelle Abbau.

Warum brauchen wir überhaupt Hormone?

Durch hormonelles Ungleichgewicht in unserer Umgebung, Umweltprobleme mit chemischer und organischer Überestrogenisierung, Stress, Bewegungsmangel, eingeschränkter und vorzeitiger ovariell (altersbedingter) schlechterer Hormonproduktion bei längerer Lebenserwartung im Vergleich zu den Jahrhunderten davor.

Sind Hormontherapien mit "bioidentischen Hormonen" alle gleich und natürlich?
Transdermale versus orale Therapie

- Transdermale Therapie ist ungleich zu oraler Therapie (sowohl in Wirkung als auch im Abbau)
- in den Nebenwirkungen)
- wirkliche Hormone sind nur bioidentische transdermale Hormone (1:1 dem Körper angepasst) v.a. bzgl. des Estradiols und des Progesterons – **orale „Hormone“ sind dagegen Medikamente mit hormonähnlicher Wirkung und entsprechenden Nebenwirkungen**
- orale „bioidentische“ Hormontherapien sind wegen der durchlaufenen Leberpassage sehr unnatürlich bzgl. des Estrogenabbaus (unnatürlich hoher Abbau in Speicherestrogene)

Präparate

Welche Stoffe werden eingesetzt, wie heißen die Präparate?

Estradiol-Gele, Estradiol-Pflaster in verschiedenen Stärken, Estradiol-Spray, Estriol-Cremes, Estriol-Zäpfchen, Estriol-Tab. (eher nur für den Uro-Genitalbereich). Progesteron-Kaps zu 100 oder 200 mg sowie Progesteron-Gel 1%

Gibt es auch Individual-Rezepturen für transdermale Hormone?

Ja. Hierzu sind aber Rezepturen erforderlich, die nur in wenigen Apotheken hergestellt werden. Es werden Estradiol-Cremes und v.a. **Progesteron-Cremes (zwischen 3-10%)** hergestellt.

Warum kann sich frau nicht einfach eine Progesteroncreme kaufen und ausprobieren, ob sie ihr hilft?

Weil hierzu ein ärztliches Rezept, eine exakte Anamnese und gyn. Untersuchung und wahrscheinlich auch eine Blutuntersuchung notwendig ist. Nicht alle hormonellen Beschwerden sind durch einen Progesteronmangel ausgelöst.

Diagnostik

Welche Hormone müssen vor der Behandlung untersucht werden?

Im Allgemeinen entscheidet das der/die Frauenarzt/-ärztin. Zumeist werden FSH, LH, E2, E1, Prog., ggf. Testosteron, DHEAS, SHBG, ggf. auch Schilddrüsenhormone oder Cortisol bzw. der Insulinstoffwechsel kontrolliert.

Warum ist Speichel-Diagnostik ungünstig?

- Misst angeblich Gewebespiegel (den wir Frauenärzte/-innen nicht brauchen)
- Nicht zertifiziert, keine Ringversuche, sehr störanfällig
- Für Therapeuten und Laien, die keine Blutabnahme beherrschen

- Unter Therapie immer unphysiologisch hohe Hormon-Spiegel (d.h. keine Aussage möglich)
- Gleich teuer wie die serologische Untersuchung

Warum ist es notwendig, neben der Hormon-Analyse eine gründliche gynäkologische Untersuchung incl. Ultraschall aller weiblichen Organe durchzuführen?

Nicht alle serologischen und anamnestischen Befunde spiegeln die „Gewebehormone“ wider – daher ist eine gründliche gynäkologische Untersuchung incl. dem Ultraschall des kleinen Beckens, der Brüste und ggf. auch der Schilddrüse erforderlich. Gute oder gar bösartige vorbestehende Gewebsveränderungen (Zysten, Myome, Endometriumhyperplasie, Fibrome, Polypen...) müssen exakt dokumentiert und idealerweise „mitbehandelt“ d.h. reduziert werden. Evtl. ist auch eine weitergehende Diagnostik wie Mammographie, Schilddrüsen-Sono oder – Szintigraphie bzw. weiterführende radiolog. Diagnostik (z.B. des kleinen Beckens) erforderlich.

Welche Diagnostik ist sonst noch sinnvoll vor dem Einsatz von transdermaler bioidentischer HRT?

Eine ordentliche internistische Untersuchung incl. der Abklärung von Fettstoffwechselstörungen, kardiovaskulären Erkrankungen, Störungen im Insulinstoffwechsel (Praediabetes), Leber- und Nierenstoffwechsel. Ganz wichtig, und als Basis jeglicher hormoneller Therapien, auch der Ausgleich eines Vitamin-D-Mangels (wegen des mitochondrialen Energiemangels aller Zellen) sowie die Substitution von fehlenden Vitalstoffen durch unsere nährstoffarmen Böden oder Resorptionsstörungen durch falsche Ernährung.

Östrogendominanz

Warum ist auch das Verhältnis aller Hormone untereinander so wichtig für die therapeutische Entscheidung?

Weil das Zusammenspiel aller Hormone und das Gleichgewicht untereinander das entsprechende ganzheitliche Wohlbefinden ermöglichen. Hohe Estrogene (wie in der Schwangerschaft) erfordern immer hohe Progesteronwerte – dann fehlen jegliche Beschwerden. Auch die Androgene (Testosteron, DHEAS, Androstendion) und deren Abbau zu anderen Androgenen oder Estrogenen spielen hierbei eine Rolle. Selbst die Schilddrüse ist ein Stoffwechsel-Organ, das hormonell im weibl. Hormonstoffwechsel eine wichtige Rolle spielt.

Warum sind Symptome mit Beginn der Wechseljahre wie Hitzewallungen nicht immer ein Hinweis auf Östrogenmangel?

Weil auch Symptome mit Östrogendominanz bei Progesteronmangel – hierbei vorzugsweise die nächtlichen Durchschlafprobleme, mit Hitzewallungen einhergehen. Hitzewallungen treten auch bei Störungen der Schilddrüse (Überfunktion) auf. Zu Beginn der Wechseljahre bestehen oft noch gute, allerdings unregelmäßige

Ausschüttungen der Estrogene, während die Progesteronproduktion als erstes eingestellt wird.

Was sind Anzeichen für Östrogendominanz?

Wie gesagt: die vorgenannten Hitzewallungen nächtlicher Art bzw. nur die Durchschlafstörungen mit Hellwachsein ca. 3-6 Uhr morgens sowie alle Symptome, die viele Frauen vor der Regel kennen (Wassereinlagerungen, Gewichtszunahme, Heißhunger-Attacken, Brustspannen, Reizbarkeit, Libidostörungen, Weinerlichkeit aber auch Nervosität bis zu Panikattacken). Viele Frauen berichten auch in der Zeit vor der letzten Menopause über extrem häufige, starke und schmerzhaftere Regelblutungen. Auch Waden- bzw. Zehenkrämpfe zu nächtlicher Zeit sind Anzeichen von Östrogendominanz, wenn Mineralstoffmängel ausgeglichen sind.

Wodurch wird Östrogendominanz gefördert?

Erstens durch den ungünstigen Abbau der eigenen Hormone (zumeist der Androgene) durch die enzymatische Umwandlung über die Aromatase, die durch Stress, Bewegungsmangel, Nikotin- und Alkoholgenuss aktiviert wird.

Zweitens umweltbedingt durch Überestrogenisierung in unserer Nahrungskette sowie die vielen Chemikalien, die estrogenähnliche Wirkungen haben (wie z.B. Bisphenol A in Umverpackungen und Plastikflaschen oder auch die vielen Parabene in Kosmetika).

Drittens natürlich künstlich durch Medikamente (kombinierte Pillen, Verhütungsring, Hormonspiralen) und dem oralen oder unphysiologisch zu hohem Hormonersatz in den Wechseljahren.

Was können die Folgen bzw. Krankheitsbilder langjähriger Östrogendominanz sein?

Adipositas, Diabetes, Cellulite, Wachstum von Myomen und Polypen sowie des Endometriums in der Gebärmutter (bis zum Endometrium-Ca). Ovarialzysten, Cervixzysten, Mamma-Cysten und Mamma-Fibrome bis zum Mamma-Carcinom. Auch die Krankheitsbilder wie Endometriose und Hashimoto (Schilddrüsen-Entzündung) sind bei Überestrogenisierung häufiger. Viele Carcinome enthalten Rezeptoren für Hormone, dies ist bekannt für das Mamma-Ca, auch der Darm- und Bauchspeicheldrüsen-Krebs enthält hormonelle Rezeptoren.

Östrogendominanz oder Progesteronmangel

Warum kann man nicht einfach jeder Frau mit Zeichen der Östrogendominanz Progesteron geben?

Schwierig. Wer entscheidet denn, was Östrogendominanz ist, wenn keine exakte Untersuchung erfolgt?

Was macht gerade Progesteron als transdermale Therapie so interessant?

Progesteron wird in der Leber ähnlich den Estrogenen in andere Spaltprodukte umgewandelt. Bei der transdermalen Therapie unterbleibt dieser Effekt und

Progesteron bleibt 1:1 Progesteron. Außerdem können hierbei deutlich niedrigere Tagesdosierungen als 100 mg erfolgen (in der Regel reichen ohne zusätzliche Hormonsubstitution, z.B. in Form von Estrogenen, 10-75 mg Progesteron). Progesteron hat nicht nur einen ersetzenden, sondern zumeist einen stimulierenden und ausgleichenden Effekt auf alle Hormonorgane.

Wie kann man Progesteron über die Haut anwenden, wenn einem Progesteronkapseln verschrieben wurden?

Progesteronkapseln eignen sich auch für die transdermale Therapie. Sie bestehen auch aus micronisiertem bioidentischem Progesteron in einem Ölgemisch (Sonnenblumen- oder Distelöl) und werden ebenfalls dermal (auf der nicht behaarten Haut, vorzugsweise an der Unterarm-Innenseite) aufgetragen. Es kann hierbei auch eine niedrigere Menge (z.B. 50 mg Progesteron analog eines halben Kapsel-Inhalts) verwendet werden.

Warum dürfen v.a. Östrogene nicht oral, sondern nur transdermal verwendet werden?

Alle oralen „natürlichen“ Estrogene werden neben Estradiol, dem eigentlich sinnvollen Estrogen, in Speicherestrogene abgebaut. Dies erfolgt in 3 bis 10-facher Menge als dies natürlicherweise vorgesehen ist. Bei einer Überestrogenisierung durch „Speicherestrogene“ = Estron ist das Risiko für medikamentenbedingte Nebenwirkungen wie Thrombosen, Schlaganfälle und Mamma-Carcinome deutlich erhöht, wie auch aus den jahrelangen negativen Pressemitteilungen bekannt ist.

Hormontherapie zyklisch oder kontinuierlich?

Das hängt individuell vom „Menopausen-Status“ ab. Bei Eintreten klimakterischer Beschwerden ist oft eine cyclische Therapie mit 2-3 Wochen Therapie und mindestens 1 Wo Pause (ggf. auch mit Verlängerung der Pause bis zum Auftreten der verschwundenen Symptome) sinnvoll. Bei fortgeschrittener Menopause bzw. bei schnellem Zurückkommen der individuellen klimakterischen Beschwerden ist eine kurze Pause nur in grösseren Abständen zu empfehlen. Das sollte alles persönlich mit dem Frauenarzt/-ärztin geklärt werden und ändert sich auch über die Jahre – daher schon im Volksmund der Name „Wechseljahre“!

Risiken und Nebenwirkungen der transdermalen Hormontherapie

Welche Risiken und Nebenwirkungen gibt es bei transdermaler Hormontherapie?

Über- oder Unterdosierung der individuellen Therapie oder fehlerhafter Einsatz der biologischen Möglichkeiten – z. B. Gabe von transdermalen Estrogenen statt Progesteron. Es sind jedoch keine Langzeitschäden zu befürchten. Die Therapie muss immer wieder kontrolliert und überprüft werden.

Wie wirkt sich die Hormontherapie auf die Schilddrüse aus, bzw. auf die Dosierung von Thyroxin oder Hashimoto?

Patientinnen mit Hashimoto und Thyroxintherapie brauchen bei guter Progesterontherapie oder in der 2. Zyklushälfte bei guter Lutealphase zumeist weniger Schilddrüsenhormone. Überestrogenisierung erfordert oft eine höhere Thyroxindosis.

Überwachung der Therapie

Welche Überwachung sollte in der Regel auch bei niedrigdosierter transdermaler Hormontherapie erfolgen?

Die transdermale bioidentische Therapie wird anfangs häufiger, sonst in der Regel 1x jährlich in einer Facharztpraxis kontrolliert. Bei hormonell auffälligen Befunden (z.B. Zysten, Myomen) oder hormonell fortbestehenden Beschwerden ist eine häufigere Kontrolle sinnvoll. Es sollte immer die Anamnese (Beschwerden der Patientin), die gynäkologische Untersuchung, eine sonographische Kontrolle des kleinen Beckens und der Brüste sowie ggf. eine Hormonbestimmung aus dem Blut erfolgen.

Warum Sie das Geld für die Hormonbestimmung im Speichel sparen sollten.

Zu ungenau in der Erst-Diagnostik, unbrauchbar unter Therapie, gleich teuer wie die Blutuntersuchung, keine zertifizierte Untersuchung sowie etliche Parameter nicht bestimmbar.

Wie finde ich einen Therapeuten

Warum sollten Sie Ihrem Gynäkologen/-in mehr als einem Heilpraktiker oder Allgemein- bzw. Laborarzt vertrauen, wenn's um Hormone geht?

Aus den vorgetragenen Gründen: ganzheitliche Anamnese (incl. Schwangerschaften, Libido, Partner-Probleme), gynäkologische Untersuchung, gynäkologischer Ultraschall. Auch die endokrinologische Erfahrung eines aufmerksamen Frauenarztes/-ärztin ist unerlässlich.

Wie Ihr Lebensstil die Hormone beeinflusst.

Stress

Durch Stress werden alle eigenen oder zugeführten Hormone verändert abgebaut – dies geschieht vor allem durch die „Aromatase“, ein Enzym, das vor allem den Abbau von Androgenen zu Estrogenen (hier vorwiegend Speicherestrogenen) fördert. Damit ist Stress genauso ungünstig wie Bewegungsmangel, Nikotin-Abusus und Alkoholgenuss für negative hormonelle Einflüsse verantwortlich, die zu Östrogendominanz und allen Risiken bis zu Karzinomen führen.

Ernährung (s. Anlage Zucker, Bauchfett, Bewegungsmuffel, Mikrobiom Darm)

Wie schon erwähnt spielt auch der Insulin-Stoffwechsel eine Rolle in der hormonellen Gesamregulation. Eine gesundheitsschädliche zu hohe Insulinausschüttung durch ungünstige Kost (Zucker, Fertigprodukte, zu häufige Mahlzeiten, auch Fruchtsäfte und Milchprodukte als Zwischenmahlzeiten) haben genauso wie Bewegungsmangel einen ungünstigen Einfluss auf den Abbau von ungünstigen Fetten (durch erhöhte Insulinausschüttung als Vorstufe vor dem Altersdiabetes). Es resultiert daraus vermehrter Heißhunger und reduzierte Ausschüttung von Wachstumshormonen mit der Folge von Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, hohem Blutdruck, Schlafstörungen und weiteren metabolisch vermeidbaren Problemen (Ansteigen von Leberwerten, Harnsäure und Altersdiabetes sowie Neigung zu kardiovaskulären Problemen bis zum Schlaganfall). Die Darmflora kann hierbei auch unterstützend wirken.

Welche Rolle spielen Vitamine und Mineralstoffe bei der Therapie mit Hormonen?

Die Basis für funktionierende Zellen sind Botenstoffe wie Vitamin D, Selen, B12 usw. Erst bei einem gesunden Zellstoffwechsel können hormonelle Reize die richtige Wirkung entfalten.

Was können Sie Lifestyle technisch selbst umstellen, um den günstigsten hormonellen Abbau/Umbau zu erhalten?

Weniger Stress, mehr Bewegung und Entspannung (Wellness), Nikotinkarenz, Alkoholreduktion, um den Abbau der Hormone über die Aromatase zu stoppen. Weiterhin neben einer vitalstoffreichen Ernährung und dem Vermeiden überestrogenisierter Nahrungsmittel (Kuhmilchprodukte, konventionelles Fleisch) eine insulinsparende Ernährung (wenige Mahlzeiten, große Pausen dazwischen, nur leichte Abendmahlzeiten) und ausreichend Schlaf. Sehr wichtig ist auch ein harmonisches Umfeld incl. intakter und unterstützender sozialer Kontakte. Natur und Musik, Vermeiden von zu viel Elektrosmog und Lärm sind ebenfalls schützende Elemente.