

Hormonersatztherapie in den Wechseljahren

1 Punkt

Kostenlos
punkten!

Von der Skepsis zur differenzierten Therapie

Die Hormonersatztherapie (HRT) ist die wirksamste spezifische Pharmakotherapie klimakterischer Beschwerden, erfordert aber eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung und eine strukturierte Beratung in der Apotheke. Apothekerinnen und Apotheker können bei der Indikationsprüfung und der Wahl der Therapie einen wichtigen Beitrag leisten. Bei der Interaktionskontrolle und bei der Verlaufsberatung sollte ihnen eine zentrale Rolle zukommen.

Lange polarisierte die Hormonersatztherapie (HRT). Schuld an den Diskussionen war vor allem die Women's-Health-Initiative-Studie (WHI-Studie)¹ aus den USA. Mehr als 160 000 Frauen waren in die WHI-Studie eingeschlossen. Im Studienarm zur HRT mit rund 16 000 Teilnehmerinnen war die zentrale Fragestellung dieser randomisiert-kontrollierten Studie, ob Sexualhormone Frauen nach den Wechseljahren vor einem Herzinfarkt schützen.

Als nach fünf Jahren die Studie plötzlich vorzeitig beendet wurde, war das Entsetzen groß. Es gab Anzeichen, dass die gesundheitlichen Risiken der Einnahme von Hormonen höher waren als der Nutzen, den man sich von der Hormongabe versprochen hatte. Unter anderem glaubte man, eine Zunahme an Brustkrebsdiagnosen zu erkennen. Zugleich erhöhten sich die Fälle von Thrombosen, Herzerkrankungen und Schlaganfällen. Dem gegenüber stand zwar ein vermindertes Risiko von Darmkrebs und Oberschenkelhalsbruch. Insgesamt waren die negativen Ergebnisse aber in der Überzahl und führten zum vorzeitigen Abbruch der Studie.

Heute weiß man, dass die WHI-Studie suboptimal konzipiert war und die Ergebnisse teilweise falsch interpretiert wurden. Beispielsweise ...

- waren die Frauen, die an der Studie teilnahmen mit einem durchschnittlichen Alter von 63 Jahre nach heutiger Meinung viel zu alt. Eine HRT sollte bei Eintreten der Menopause begonnen werden.

- wurde nur ein Präparat geprüft, das zudem in Europa kaum verwendet wurde. Die Dosierung dieses Präparats war für das fortgeschrittene Lebensalter der Studienteilnehmerinnen zu hoch.
- waren viele Studienteilnehmerinnen adipös oder hatten einen hohen Blutdruck, viele waren Raucherinnen und einige hatten bereits kardiovaskuläre Erkrankungen. Das sind alles Vorbelastungen, bei denen man heute eine Hormonersatztherapie kritisch hinterfragen würde.
- konnte in den Follow-up-Analysen gezeigt werden, dass die Krebsfälle und die kardiovaskulären Erkrankungen vor allem bei den älteren Frauen aufgetreten waren und dass es bei den 50- bis 59-Jährigen nur sehr wenige Ereignisse gab. Die Analysen zeigten auch, dass die Sterblichkeit der Frauen insgesamt reduziert und nicht erhöht war.

Zu diesen Designschwächen der Studie kam hinzu, dass die Kommunikation der Ergebnisse teilweise desaströs war. Dies führte zu einem drastischen Einbruch der Verordnungen.

Heute hat sich die Meinung signifikant geändert. Denn Nutzen und Sicherheit einer HRT hinsichtlich des Risikos für Osteoporose, Brust- und Eierstockkrebs wurden in den letzten Jahren genauer unter die Lupe genommen. Aktuelle Leitlinien empfehlen den Einsatz, wenn er indiziert ist. Zudem wurde das Sicherheitsprofil bezogen auf die Gesamtmortalität nun noch einmal in einer aktuellen Studie aus Dänemark bestätigt².

Die Empfehlungen der Leitlinien

Zwar ist die Gültigkeit der S3-Leitlinie »Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen«³ abgelaufen und eine Neufassung ist in Arbeit. Dennoch sind die Empfehlungen weiterhin anwendbar.

Danach wird eine HRT primär zur Behandlung vasomotorischer Symptome, also Hitzewallungen und Nachtschweiß, und urogenitaler Atrophie empfohlen, wenn diese die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen. Zugelassene Indikationen sind das klimakterische Syndrom und urogenitale Beschwerden. Zur Osteoporoseprävention kommt HRT insbesondere bei hohem Frakturrisiko oder prämaturner Ovarialinsuffizienz in Betracht, wenn andere Optionen nicht möglich sind oder nicht vertragen werden.

Die S3-Leitlinie formuliert, dass Frauen mit ausgeprägten vasomotorischen Symptomen eine HRT angeboten werden soll. Bei prämaturner Ovarialinsuffizienz beziehungsweise früher Menopause wird eine HRT mindestens bis zum durchschnittlichen Menopausenalter empfohlen, um Osteoporose und kardiovaskulären Folgen eines langjährigen Hypoöstrogenismus vorzubeugen.

Nutzen: Symptomkontrolle und Langzeiteffekte

Systemische Östrogen- oder kombinierte Östrogen-Gestagen-Therapien reduzieren vasomotorische Symptome in randomisierten Studien am stärksten und gelten als effektivste medikamentöse Option. Schon niedrige bis Standarddosen führen häufig innerhalb weniger Wochen zu einer deutlichen Reduktion der Hitzewallungen; die Symptomkontrolle bleibt bei adäquater Dosierung über Jahre erhalten. Im Falle einer Kombination aus Östrogen (engl. Estrogen) und Gestagen (EPT) sollte die Gestagengabe zyklisch oder kontinuierlich an mindestens zehn bis zwölf Tagen pro Behand-



Damit die Wechseljahre keine Qual werden: Eine Hormonersatztherapie kann Leid lindern und sollte auch von der Apotheke vor Ort gut begleitet werden.

sikoprofil aufweist. Die Leitlinien empfehlen eine individuelle Abwägung und regelmäßige Mammografie-Screenings.

Kardiovaskuläre Risiken sind abhängig von Applikationsweg, Dosis, Ausgangsrisiko und Therapiebeginn. Bei einem späten Therapiebeginn jenseits von 60 Jahren oder >10 Jahre nach Menopause steigt das Risiko für Schlaganfall und Thromboembolien deutlicher an.

Präparate, Regime und Applikationswege

Generell ist zwischen einer Östrogen-Monotherapie (bei fehlendem Uterus) und einer kombinierten Östrogen-Gestagen-Therapie (bei intaktem Uterus) zum Endometriumschutz zu differenzieren. Für nicht hysterektomierte Frauen werden sequenzielle Regime (zyklische Gestagengabe, Abbruchblutung) im frühen Postmenopausenstadium und kontinuierlich kombinierte Regime (tägliche Gestagengabe, Blutungsfreiheit) im fortgeschrittenen Postmenopausenstadium empfohlen.



INFO

Kostenlos punkten!

Die *Mitteilungen* bieten Ihnen die Möglichkeit, einfach und bequem zu Hause zu lernen und dabei Fortbildungspunkte zu sammeln. Es wird ein praxisrelevanter Artikel veröffentlicht, der sich an das gesamte pharmazeutische Personal richtet. Der Artikel und der Fragebogen stehen auf der Website der Kammer auch als PDF-Datei unter www.apothekerkammer-niedersachsen.de → Fortbildung → Kostenlos punkten zur Verfügung. Lesen Sie den Beitrag in Ruhe durch und beantworten Sie anschließend den Fragebogen im Anhang.

Senden oder faxen Sie dann Ihren ausgefüllten Fragebogen an die Apothekerkammer Niedersachsen. Wenn Sie mindestens sieben der zehn Fragen richtig beantwortet haben, erhalten Sie einen Fortbildungspunkt. Eine Bestätigung für den erworbenen Punkt schicken wir Ihnen per Mail zu.

Bitte beachten Sie bei Ihrer Antwort den jeweiligen Einsendeschluss, der auf dem Fragebogen angegeben ist. Die Lösungen werden in der nächsten Ausgabe veröffentlicht.

lungsmonat erfolgen⁴. Bei kürzeren Anwendungszeiten ist das Endometriumhyperplasie- oder -karzinomrisiko erhöht. Bei hysterektomierten Frauen kann eine Monotherapie mit Östrogenen (ET = Östrogen-Therapie) durchgeführt werden.

Für die Knochengesundheit zeigt die S3-Leitlinie eine signifikante Reduktion osteoporoseassoziiierter Frakturen unter HRT, unabhängig von Einnahmedauer und Alter bei Therapiebeginn; der frakturdeutende Effekt hält in geringerem Ausmaß auch nach Absetzen an. Die Leitlinie sieht eine HRT als Option zur Osteoporoseprävention vor, wenn menopausale Symptome vorliegen oder andere zugelassene Osteoporosetherapeutika kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden.

Unter einer urogenitalen Atrophie leidet etwa die Hälfte der postmenopausalen Frauen⁵. Durch den sinkenden Östrogenspiegel verändert sich das Scheidenmilieu. Bei urogenitaler Atrophie, Dyspareunie und rezidivierenden Harnwegsinfekten sind vor allem auch lokale vaginale Östrogene wirksam, ohne relevante systemische Hormonspiegel zu erzeugen. Eine zusätzliche Gestagengabe ist bei niedrig dosierten Präparaten nicht erforderlich. Darüber hinaus kann eine vaginale Östrogentherapie bei post-

menopausalen Patientinnen mit Harninkontinenz in Kombination mit Beckenbodentraining empfohlen werden, während systemische HRT die Inkontinenz eher verschlechtern kann.

Risiken, Kontraindikationen und »window of opportunity«

Aktuelle, auch internationale, Leitlinien betonen, dass das Nutzen-Risiko-Profil stark vom Alter und vom zeitlichen Abstand zur Menopause (»window of opportunity«) abhängt. Bei Frauen <60 Jahren beziehungsweise <10 Jahre nach Menopause mit moderatem kardiovaskulärem Risiko überwiegen in der Regel die Vorteile im Hinblick auf Symptomkontrolle und Knochenstoffwechsel.

Zu den gesicherten Kontraindikationen zählen hormonabhängige Mamma- und Endometriumkarzinome, ungeklärte vaginale Blutungen, aktive oder anamnestic venöse Thromboembolien, akute arterielle Thromboembolien sowie schwere Lebererkrankungen mit erhöhten Leberenzymen.

Das Mammakarzinomrisiko steigt vor allem unter längerfristiger kombinierter Östrogen-Gestagen-Therapie leicht an, während eine reine Östrogentherapie bei hysterektomierten Frauen ein anderes Ri-

Literatur:

¹ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195120>

² <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/studie-untermauert-sicherheit-der-hormontherapie-163543/>

³ https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-062m_S3_HT_Peri-Postmenopause-Diagnostik-Interventionen_2020-12.pdf

⁴ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7004247/>

⁵ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00293781630518X>



Der Fragebogen zu diesem Beitrag steht in diesem Heft auf Seite 34.

Transdermale Östrogene (Pflaster, Gel, Spray) haben im Vergleich zu oralen Präparaten ein günstigeres Risiko für venöse Thromboembolien (VTE) und beeinflussen den Gerinnungsstoffwechsel weniger stark, weshalb sie bei einem erhöhten VTE-Risiko präferiert werden.

Das als »Selective Tissue Estrogenic Activity Regulator« (STEAR) bezeichnete, synthetisch hergestellte Tibolon stellt eine weitere Option zur Behandlung klimakterischer Beschwerden dar. Es zeigt gute Wirksamkeit bei Hitzewallungen und führt nicht zu endometrialer Hyperplasie. Bei schwerer Endometriose wird Tibolon von Fachgesellschaften als bevorzugte Substitution empfohlen. Allerdings sind die Verordnungen von Tibolon seit vielen Jahren kontinuierlich rückläufig.

Für urogenitale Symptome werden niedrig dosierte vaginale Östrogene (Creme, Tablette, Ring) sowie intravaginales Dehydroepiandrosteron (DHEA) eingesetzt; systemische Effekte sind minimal, was den Einsatz auch bei Kontraindikationen gegen systemische HRT in bestimmten Situationen erleichtern kann, was jedoch jeweils eine gynäkologisch-

onkologische Abklärung erfordert. Keine generellen Einschränkungen der Therapiedauer werden gefordert; Dosierung und Dauer sollen individuell nach Symptomatik und Risikoprofil festgelegt und mindestens jährlich reevaluiert werden.

Rolle der Apotheke: Beratung, Sicherheit und Alternativen

Leitlinien empfehlen, dass Frauen umfassend über Nutzen, Risiken, Alternativen und Unsicherheiten der HRT informiert und in die Entscheidung aktiv einbezogen werden, was eine ausführliche pharmazeutische Beratung erfordert. Apothekerinnen und Apotheker sollten bei jeder Abgabe den aktuellen Status bezüglich Kontraindikationen, Begleitmedikation und Adhärenz erfassen, auf Symptome möglicher Nebenwirkungen (zum Beispiel Brustspannen, Durchbruchblutungen, Thrombosesymptome) achten und gegebenenfalls zur ärztlichen Reevaluation raten.

Bei Patientinnen, die keine HRT wünschen oder bei denen eine HRT kontraindiziert ist, können nicht hormonelle

Optionen in Betracht gezogen werden. Allerdings sind in Studien pflanzliche Präparate meist nicht wesentlich wirksamer als Placebo, sodass Leitlinien empfehlen, zumindest zugelassene Arzneimittel und nicht etwa Nahrungsergänzungsmittel zu empfehlen und Erwartungen realistisch zu kommunizieren.

Für vasomotorische Symptome können bei vorliegender Evidenz auch nicht hormonelle Pharmakotherapien (zum Beispiel bestimmte Antidepressiva) erwogen und in Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt empfohlen werden.

Für die Praxis in der Offizin sind strukturierte Beratungsalgorithmen hilfreich, die Alter, Zeit seit Menopause, Risikofaktoren (Thrombose, Koronare Herzkrankheit, Mammakarzinom), Symptomlast, individuelle Präferenz und bisherige Therapie berücksichtigen.

Prof. em. Dr. Theo Dingermann,
Senior Editor bei der
Pharmazeutischen Zeitung

Termin

TU Braunschweig

Alumni-Treffen 2026

Fortbildung, Diskussion und Austausch: Beim Alumni-Treffen am 14. November sind alle ehemaligen Pharmaziestudierenden der TU Braunschweig herzlich willkommen.



Alle vier Jahre lädt der Alumni-Verein der Pharmazie der TU Braunschweig zum großen Wiedersehen an der Alma Mater ein. Neben praxisnahen Fachvorträgen und persönlichen Berichten einiger Alumni zu ihren beruflichen Werdegängen findet eine Podiumsdiskussion zur Zukunft der Apotheken und die Preisverleihung zum diesjährigen Ideen-Wettbewerb statt.

Anmeldungen – auch zu einzelnen Programmpunkten – sind noch bis zum 25. Oktober 2026 über die Vereinswebsite www.alumnipharmbs.de im Bereich Alumni-Treffen möglich.

Programm

- 10:30 Uhr Mitgliederversammlung
- 11:30 Uhr »KI in der Pharmazie – Schritt für Schritt leistungsfähiger durch neue Tools« mit Prof. Dr. Hermann Wätzig
- 12:15 Uhr Mittagessen
- 13:30 Uhr »Naturstoffe in der Pharmazie – von alten Freunden und neuen Gesichtern« mit Prof. Dr. Julian Hegemann
- 14:30 Uhr Podiumsdiskussion zur Zukunft der Apotheke vor Ort mit Cathrin Burs, Jan Harbecke u. a.
- 15:30 Uhr Kaffeepause
- 17:00 Uhr Alumni-Vorträge und Preisverleihung Ideen-Wettbewerb
- 19:00 Uhr Abendveranstaltung in der Mensa 2

Gebühr: Approbierte 45 Euro, Studierende/PJler 20 Euro, Promovierende 35 Euro