

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio – Hormongesteuert

Montag, 13.05.2024

Thema: Wenn das Herz in die Wechseljahre kommt

Katrin Simonsen, Moderatorin/Redakteurin
Dr. med. Katrin Schaudig, Expertin
Frauenärztin, Hormonexpertin, Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Prof. Dr. med. Sandra Eifert, Expertin
Herzchirurgin, Leiterin der Frauensprechstunde am Herzzentrum Leipzig, Autorin

ARD – Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast mit Dr. Katrin Schaudig.

Katrin Simonsen

Hallo und herzlich willkommen! Wir sind zurück mit Staffel zwei von „Hormongesteuert“, dem Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren. Und natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir, das sind Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft, und ich, Katrin Simonsen, Redakteurin und Moderatorin bei MDR Aktuell. Hallo, Frau Schaudig! Schön, dass es wieder losgeht, ne?

Katrin Schaudig

Hallo, Frau Simonsen! Ich freue mich auch sehr und bin auch schon ganz gespannt... auf die heutige Folge bin ich selber ganz gespannt. Es wird aufregend, was da rauskommt.

Katrin Simonsen

Genau, Premiere für uns heute, denn wir haben euch ja versprochen, dass wir uns in der zweiten Staffel Expertinnen und Experten zu einigen Themen dazu holen. Heute habe ich einen Gast direkt bei mir im Studio, die Prof. Sandra Eifert vom Herzzentrum in Leipzig. Wir freuen uns, dass Sie heute Zeit hatten für uns!

Sandra Eifert

Hallo, vielen Dank für die Einladung. Ich freue mich auch sehr, dass ich heute dabei sein darf.

Katrin Simonsen

Es geht heute nämlich um das weibliche Herz und die Frage „Was verändert sich für unsere

Herzgesundheit in den Wechseljahren?“ Wieso haben wir auf einmal Herzrasen, Herzstolpern, Bluthochdruck? Und warum steigt unser Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach der Menopause? Und bevor wir loslegen, möchte ich unseren Gast nochmal kurz vorstellen: Professorin Sandra Eifert ist Oberärztin am Herzzentrum in Leipzig, ist Herzchirurgin und widmet sich der Gendermedizin. Sie hat sich auf das Frauenherz spezialisiert und leitet die Frauensprechstunde am Herzzentrum. Und zusammen mit Dr. Suzann Kirschner-Brouns hat sie das Buch „Herz-Sprechstunde: Warum das weibliche Herz anders ist und wie es gesund bleibt“ geschrieben. Frau Eifert, wie kam das eigentlich? Warum haben Sie sich ausgerechnet auf das weibliche Herz spezialisiert?

Sandra Eifert

Das ist wirklich eine gute Frage und auch ein spannender Weg gewesen. Seit 2008 habe ich mich mit Geschlechterunterschieden bei Herzkrankungen beschäftigt. Und seit 2011 bin ich am Herzzentrum Leipzig tätig. Und dort wollten wir initial eine Sprechstunde unter Geschlechteraspekt entwickeln. Nun ist es aber so, dass über viele Jahre der Verlauf und auch das Überleben nach einem Herzinfarkt und nach sämtlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen deutlich unter dem der Männer liegt. Im Jahr 2008 war die Überlebensrate der Frauen etwa halb so groß wie die der Männer, obwohl die ja viele Jahre gut geschützt sind. Inzwischen hat sich das etwas gebessert. Nach dem letzten deutschen Herzbericht hat sich in den letzten 10 Jahren die Sterblichkeit bei den Frauen um 34% und bei den Männern nach einem Herzinfarkt um 28% verbessert.

Katrin Schaudig

Das heißt, wir Frauen haben aufgeholt, sozusagen. Habe ich das richtig verstanden?

Sandra Eifert

Wir haben ganz schön aufgeholt, und das hängt natürlich damit zusammen, dass bestimmte Risikofaktoren mehr untersucht werden, aber eben auch, dass die Diagnostik und Therapie unter Geschlechteraspekt sich verbessert hat. Und das war der Grund, am Herzzentrum diese Frauensprechstunde speziell zu etablieren.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig wie ist das eigentlich bei Ihnen in der Sprechstunde? Ich habe gesagt, das tritt häufig auf in den Wechseljahren, so Herzprobleme. Sehen Sie das bei Ihren Patientinnen auch?

Katrin Schaudig

Also was wir relativ oft sehen, ist, dass die Patienten unspezifische Herzprobleme angeben. Und ich sag jetzt angeben, weil die gehen dann zum Kardiologen oder in die Notaufnahme wegen „Herzklabaster“ sagen wir manchmal, also ganz doll Herzklopfen, mal fallen die auch um, und dann gehen die die Notaufnahme und denken „Ich habe einen Herzinfarkt“. Und dann findet man gar nichts. Also dieses Thema Herzklopfen um die Menopause herum, also gerade in der Perimenopause ist was, was wir häufig sehen. Und dann sagen die mir aber, „Ich bin komplett durchuntersucht und man findet gar nichts“. Und da wäre ich jetzt auch mal ganz gespannt, ob Frau Eifert da eine Idee hat, woher das eigentlich kommt, dieses Herzrasen in der Perimenopause, ohne dass man unbedingt was sieht.

Katrin Simonsen

Das besprechen wir dann ganz ausführlich. Das habe ich auf meiner Themenliste natürlich. Ich will vorher aber so ein bisschen mal allgemein mit dem weiblichen Herzen und der Herzgesundheit beginnen. Und ich habe bei meiner Recherche so ein paar spannende Fakten gefunden. Kann man vielleicht auch gut beim nächsten Partytalk gebrauchen: Unser Herz ist circa drei Zentimeter kleiner und 50 Gramm leichter als ein Männerherz. Das hängt damit zusammen, dass wir meist kleiner sind und auch einen niedrigeren Testosteronspiegel haben. Und weil unser Herzmuskel eben kleiner ist, muss er auch mehr arbeiten. Und wir haben in der Minute im Durchschnitt zehn Schläge mehr. Ich wusste das alles überhaupt nicht. Und Frau Eifert, das klingt, als hat unser Herz irgendwie deutlich mehr zu tun, oder?

Sandra Eifert

Das ist tatsächlich so. Und das sind die Durchschnittszahlen, die Sie eben vorgetragen haben. Die sind so in der Literatur zu finden. Wir

sind ja im Durchschnitt etwas kleiner und etwas leichter als die Männer, und das gilt ebenso fürs Herz. Und tatsächlich ist es so, dass wir insgesamt weniger Muskulatur haben als die Männer. Und das betrifft auch das Herz, also auch der Herzmuskel ist bei uns etwas leichter, weil wir auch da weniger Muskulatur haben. Und durch die geringere Größe führt das eben dazu, dass unser Herz insgesamt etwas schneller schlägt. Das hängt aber sicher auch damit zusammen, dass wir schneller auf Stress reagieren. Darüber sprechen wir ja nachher auch noch ein bisschen. Und dass deswegen auch das Herz schneller auf jegliche Art von Reiz reagiert.

Katrin Simonsen

Dann wundert sich vielleicht der eine oder andere: Naja, warum bekommen dann ausgerechnet Männer häufiger Herzinfarkte, wenn unser Herz eigentlich schuftet muss, schneller unterwegs ist?

Sandra Eifert

Ja, also wir sind ja viele Jahre durch unsere weiblichen Geschlechtshormone vor allem besonders gut geschützt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Blutdruck wird gut reguliert, die Fett-Werte und auch der Zuckerhaushalt wird gut reguliert. Und wenn die Hormone dann mit den zunehmenden Jahren abnehmen und wenn es zu einem gewissen Ungleichgewicht kommt, dann nimmt auch unser Risiko zu, dass wir einen Herzinfarkt entwickeln, weil eben der Blutzucker steigt, der Blutdruck steigt, vielleicht auch die Blutfettwerte sich erhöhen, weil eben die Hormone wegfallen. Und damit steigt grundsätzlich das Risiko. Die Frauen sind aber im Schnitt zehn Jahre älter, wenn sie einen Herzinfarkt erleiden.

Katrin Simonsen

Und doch ist es Todesursache Nummer eins. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen.

Sandra Eifert

Ja, so ist es. Und vor allem hat der Bluthochdruck da jetzt die ganz entscheidende Position gewonnen. Das ist seit 2022 etwa so, dass das also bei der Ursache an Sterblichkeit in Deutschland bei den Frauen die Nummer eins geworden ist.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, wir wissen ja aus unserem Podcast und aus den vielen Fragen, dass die Frauen hauptsächlich Angst haben, an Brustkrebs zu sterben. Denken Sie, Ihren Patientinnen ist bewusst, dass sozusagen die Gefahrenlage an einer ganz anderen Stelle lauert?

Katrin Schaudig

Nee, das ist denen nicht bewusst. Das ist total spannend. Und ich bin immer damit beschäftigt, das denen klarzumachen. Weil sie vorhin auch einmal gefragt haben, ob ich so etwas in einer Sprechstunde sehe. Da habe ich ja gesagt das Herzklopfen. Was ich aber auch sehe, und da hat auch ein Kollege von mir mal eine Untersuchung zu gemacht, dass wir eben das, was Frau Eifert gesagt hat, nämlich diesen Blutdruckanstieg um die Menopause herum, dass wir das beobachten. Und wir versuchen ja, so ein bisschen ganzheitlich vorzugehen. Und in dem Moment, wo die Patientin ein bisschen höheren Blutdruck hat, bin ich schon die, die den Finger hebt und sagt: „Gehen Sie mal zu einem Kardiologen und lassen sich durchchecken“. Oft sagen die Patienten dann übrigens – Frau Eifert, das würde mich auch interessieren, ob Sie die Erfahrung auch machen – die sagen dann: „Nee, ich habe immer nur einen hohen Blutdruck, wenn ich zum Arzt gehe“. Und dann sage ich: „Ja, aber wenn... es ist einfach gar nicht gut, dass der Blutdruck immer mal ansteigt, wenn Sie sich aufregen, den muss man vielleicht besser einstellen“. Also ich habe auch den Eindruck, die Patienten haben dieses Bewusstsein nicht, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen wichtig sind für sie. Und wir als Hormonexperten schubsen die da in diese Richtung.

Sandra Eifert

Ja, sie hat vollkommen recht. Also es gibt ja diese große Berliner Frauenstudie aus dem vorletzten Jahr, die BEFRI-Studie. Da hat man gesehen, dass von 1.000 untersuchten Frauen 77 Prozent der Patientinnen mit Bluthochdruck postmenopausal waren. Das trifft, glaube ich, die Erkenntnisse und die Beobachtung, die Sie auch machen, Frau Schaudig. Trotzdem bleiben ja dann 23 Prozent, die deutlich jünger sind, und die natürlich auch Aufmerksamkeit benötigen. Aber gerade postmenopausal spielt es eine ganz große Rolle. Und Zielwert für den

ersten, den sog. systolischen Blutdruck ist für Frauen bei 130 Millimeter Hg und bei den Männern 140. Also es hat sich tatsächlich gezeigt, dass bei den Effektivwerten Unterschiede in der Risikokonstellation für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestehen.

Katrin Simonsen

Und ist der Blutdruck tatsächlich höher, wenn Sie den messen, beim Arzt gemessen wird?

Sandra Eifert

Ja, na klar.

Katrin Simonsen

Ist das dieses „Weißkittel-Syndrom“? (lacht)

Sandra Eifert

Ja, oder diese Aufregung, dass man bestimmte Dinge dann nicht erfragt oder so, man hat ja manchmal auch Angst vor solchen Ergebnissen, kennt man ja selbst auch manchmal...

Katrin Schaudig

Ja, aber da muss ich auch noch mal nachhaken. Frau Eifert, Sie haben ja gerade gesagt, dass man diese Grenzwerte bei den Frauen jetzt runtergesetzt hat. Mein Eindruck ist, dass das sich noch nicht so richtig rumgesprochen hat. Und zwar erstens bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen, und die messen ja, bei der Krebsvorsorge ist ja Teil unserer Krebsvorsorge immer eine Blutdruckmessung. Das ist wirklich ein Axiom. Also, das müssen wir machen. Das ist ja auch gut so, weil die Frauen gehen ja oft zu keinem anderen Arzt. Aber mein Eindruck ist, dass weder die Frauenärztinnen und -ärzte noch die Hausärztinnen und -ärzte, das denen klar ist, dass wir bei den Frauen bei dem Grenzwert nach oben viel strenger sein sollten, deckt sich das mit ihren Beobachtungen?

Sandra Eifert

Das deckt sich absolut. Ich glaube, der Grenzwert ist tatsächlich seit August, seit der letzten Tagung der europäischen Kardiologen runtergesetzt worden. Also das ist relativ kurzzeitig.

Katrin Simonsen

Wo lag der denn davor?

Sandra Eifert

Auch bei 140, wie bei den Männern.

Katrin Simonsen

Okay.

Sandra Eifert

Aber es gab eine ganz interessante, neuere Studie aus dem vorletzten Jahr, wo tatsächlich eben zu sehen ist, dass bereits bei Blutdruckwerten, die unter 130 liegen das Risiko für Frauen erhöht ist, bestimmte kardiovaskuläre Erkrankungen zu entwickeln. Also Schlaganfall, Herzinfarkt und so weiter. Und deswegen ist dieser Grenzwert heruntergenommen worden.

Katrin Schaudig

Ja, das ist spannend, finde ich!

Katrin Simonsen

Wir sind jetzt schon mittendrin. Ich will es noch mal ein bisschen sortieren, damit auch alle uns folgen können. Das mit diesem Bluthochdruck, das ist ja Folge, wenn dann die Hormone in den Wechseljahren schwanken und dann sozusagen in der Menopause fast nicht mehr da sind. Was machen denn unsere Hormone vorher? Warum haben wir vorher nicht dieses Risiko für Bluthochdruck?

Katrin Schaudig

Ich sage es jetzt mal laienhaft. Und vielleicht kann Frau Eifert das noch ein bisschen spezifizieren. Also ich habe mal gelernt, was die Östrogene machen, ist, dass sie die Gefäße erweitern. Und in dem Moment, wo das Gefäß weiter ist, ist der Druck niedriger, das ist wie beim Gartenschlauch. Wenn da nicht so viel Druck drauf ist, also wenn der Gartenschlauch dicker ist, dann ist der Wasserdruck geringer. Und beim Gartenschlauch ist vielleicht blöd. Da will man mehr Druck. Aber beim Herzen ist es ja umgekehrt. Also diese Gefäßwirkung der Östrogene auf die Zellen, die die Gefäße innen auskleiden, scheint ja einen protektiven Effekt zu haben. Frau Eifert, sehen Sie das auch so?

Sandra Eifert

Absolut, absolut. Es macht auch unsere Gefäße sehr elastisch und lässt eben die Gefäße auf einen bestimmten Blutdruck sehr gut reagieren. Dazu wird auch der Blutdruck reguliert über

die Hormone, und wie schon gesagt, auch Zucker- und Fettwerte, aber auch die Blutgerinnung werden sehr ausgeglichen reguliert durch die Hormone. Und wenn die dann wegfallen, ist es verändert. Genauso gilt das mit der entzündlichen Aktivität und betrifft auch diese. Also man hat ja, aufgrund bestimmter Risikofaktoren oder weil man mal eine schwere Entzündung im Körper hatte, mit oder ohne Erreger, ein bestimmtes Potenzial an Entzündungen im Körper, oder bereits bestehende Autoimmunerkrankungen. Und all dies kann auch ansteigen, wenn die Hormone wegfallen. Und sie wissen besser als ich, Frau Schaudig, es gibt verschiedene Phasen im Leben, wo solche Hormonumstellungen passieren. Und da reagiert auch das Herz-Kreislauf-System besonders. Aber auch alle anderen Organsysteme, die mit den Hormonen im Zusammenhang stehen.

Katrin Simonsen

Auch Autoimmunerkrankungen und rheumatische Erkrankungen können häufiger werden?

Sandra Eifert

Unter Umständen. Aber sie gelten auch als Risikofaktor für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei den Autoimmunerkrankungen ist es ja so, dass v.a. Frauen eine überschießende Immunreaktion bieten können. Das bedeutet, dass die körpereigene Abwehr überschießend reagiert auf einen Reiz. Und diese Autoimmunerkrankungen gibt es ja am Darm, an der Schilddrüse, an der Haut oder Leber. Und wenn man eine solche hat, ist das Risiko, im Laufe des Lebens einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu bekommen – nicht, dass man es unbedingt kriegt – verdoppelt. Und nach den amerikanischen Leitlinien kriegen solche Patientinnen Aspirin und einen Fettsenker, protektiv.

Katrin Schaudig

Ach, das wusste ich auch nicht. Ich muss vielleicht da noch einmal einhaken. Nach meiner Kenntnis ist es so, dass gerade mit den Autoimmunerkrankungen, da sind ja grundsätzlich Frauen häufiger von betroffen als Männer, jedenfalls bei vielen dieser Autoimmunerkrankungen. Da scheint es aber so zu sein, dass bei manchen Frauen und auch bei manchen Erkrankungen die Östrogene eher ungünstig

sind. Also es ist ja so, dass auch in der Schwangerschaft, wo man sehr hohe Östrogenspiegel hat, dass manche Autoimmunerkrankungen geradezu aufflackern, aber manche besser werden. Also ich glaube das Problem ist, dass wir vielleicht die genauen Mechanismen noch gar nicht so gut kennen, oder?

Sandra Eifert

Absolut, also dem kann ich nur zustimmen. Ja, wir wissen da ja insgesamt einen gewissen Teil und versuchen, diese Zusammenhänge zu verstehen. Aber es ist ja durchaus aus in der Reaktion auch unterschiedlich.

Katrin Simonson

Bevor wir gleich weiter gehen zu Problemen in den Wechseljahren, die dann entstehen, fand ich auch interessant, es gibt ja auch Hormonstörungen bei Frauen im gebärfähigen Alter, die das Risiko für Herzerkrankungen erhöhen. Das ist das PCO-Syndrom: Polyzystisches Ovarialsyndrom. Wollen sie es noch einmal kurz erklären, Frau Schaudig, was da schief läuft?

Katrin Schaudig

Ja, ein ganz zentraler Punkt beim PCOS oder dem polyzystischen Ovarialsyndrom ist, dass diese Frauen ganz oft eine sogenannte Insulinresistenz haben, was so eine Art Vorstufe dafür ist, dass sie später mal einen Diabetes Typ zwei entwickeln. Und die Insulinresistenz ist ja als solches schon – Ich glaube, da wird mir Frau Eifert auch beipflichten – an sich ein Herz-Kreislauf-Risikofaktor. Und Frauen mit PCOS haben eben häufig diese Insulinresistenz. Und auf dem Boden dieser Insulinresistenz kommt es dann eben zu diesem Übergewicht, was die Frauen oft haben. Das Übergewicht als solches führt wieder zu verstärkten Problemen mit dem Blutdruck. Die haben dann auch oft schon in jungen Jahren einen ganz hohen Blutdruck. Also das erklärt ist schon so ein bisschen, das PCOS ist tatsächlich ein Syndrom, wo wir gucken müssen, haben die zusätzliche Herz-Kreislauf-Risiken? Da achten wir auch sehr darauf.

Sandra Eifert

Dem ist wenig hinzuzufügen. Tatsächlich ist auch wenn man die Herz-Kreislauf Studien anschaut, deutlich zu sehen, dass Patientinnen und Patienten mit Insulinresistenz, aber ganz

besonders die Frauen, ein sehr erhöhtes Risiko haben, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln.

Katrin Simonsen

Bei diesem PCO-Syndrom ist es so, dass die männlichen Hormone auch überwiegen und dass man die deshalb einstellen muss?

Katrin Schaudig

Ja, die männlichen, das ist ein Teil des Syndroms. Ich habe es gar nicht so erwähnt, weil auch nicht so ganz klar ist, ob das jetzt für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Rolle spielt. Da wüsste ich gerne mal die Meinung von Frau Eifert. Also die Frauen mit dem PCOS haben typischerweise zu viele männliche Hormone. Mit der Einstellung ist es so eine Sache. Nach wie vor die aktuelle Therapiestrategie ist, dass man diesen Frauen eine Antibabypille gibt. Das fährt die männlichen Hormone deutlich runter. Da ist aber wieder das Problem, wenn die deutlich übergewichtig sind, darf man denen vielleicht keine Antibabypille geben, also keine klassisch kombinierte. Wir geben dann häufig eine reine Gestagen-Pille, die darf man auch bei den übergewichtigen PCOS-Patientinnen geben. Aber die männlichen Hormone kriegt man auch nicht immer in den Normbereich. Das heißt, das Androgen-Problem bleibt dann so ein bisschen. Wir geben den Patienten ja auch gerne Metformin. Das wird gerade bei PCOS-Patientinnen, „Off-Label“ heißt das, eingesetzt.

Katrin Simonsen

Was ist Metformin?

Katrin Schaudig

Ja, Metformin ist ein 100 Jahre altes Medikament und gehört sogar zu den essentiellen Medikamenten laut Weltgesundheitsorganisation. Und das ist ein Medikament, was die Insulinempfindlichkeit der Zellen verbessert und damit auch den Blutzuckerspiegel senken kann. Und wenn jetzt jemand mit 70 einen Diabetes kriegt, dann wird man dem als erstes Metformin geben. Aber wir setzen es eben auch bei Frauen, bei jungen Frauen mit einem PCOS ein, ohne dass die bereits Diabetes haben. Und da gibt es auch gute Studien zu, dass das die Gesamtlage, die hormonelle Lage, aber auch die

Stoffwechselsituation verbessert. Und wahrscheinlich haben wir damit dann auch einen gewissen präventiven Effekt für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das ist jetzt bei den PCOS-Patienten nicht so supergut untersucht. Aber wenn man mal irgendwie logisch nachdenkt, wäre das eigentlich eine sinnvolle Maßnahme.

Katrin Simonson

Und schicken Sie diese Patientinnen dann auch zu Kardiologen?

Katrin Schaudig

Ja, das ist eine gute Frage. Also wir... streiten wäre falsch gesagt, die aktuelle Leitlinie für das PCOS, die derzeit sich gerade im Entstehen befindet, die wird sogar von Internisten federführend geschrieben. Da machen aber auch ganz viele Gynäkologinnen und Gynäkologen mit. Also ich bin mit meiner Praxispartnerin da auch dabei. Und es ist wirklich die Frage, ob man prinzipiell jede PCOS-Patientin, wenn sie 20 ist, zum Internisten schicken muss, oder ob man vielleicht ein bisschen auch so regeln kann. Ich schicke die 20-Jährige nicht zwingend zum Kardiologen oder zur Kardiologin. Aber je älter die werden, pusche ich dann und sage: „Jetzt stellen Sie sich nochmal kardiologisch vor“. Und was Frau Eifert vorhin sagte, dass man dann auch großzügig die Lipidsenker gibt, Statin oder auch Aspirin, das sollte man vielleicht noch ein bisschen mehr vorantreiben. Es steht aber nicht offiziell in der Leitlinie drin. Da steht nur so ein bisschen: Gucken Sie mal, ob da was im Argen ist. Und das sollte man dann auch tun.

Katrin Simonson

Frau Eifert, haben Sie solche Patientinnen bei sich und sagen Sie, die kommen rechtzeitig oder hätten 10 Jahre früher kommen können?

Sandra Eifert

Also ich sehe diese Patientinnen sehr selten. Und es ist genau, wie Sie es beschreiben, Frau Schaudig. Primär kommen die natürlich zu den Frauenärztinnen und -ärzten, weil sie ja wahrscheinlich auch eher gynäkologische Probleme haben, die sie überhaupt zum Arzt bringen. Aber Metformin haben ja die meisten heutzutage dieser Art, würde ich denken. Also gefühlt ist das mein Eindruck, dass die Patienten mit-

ten im PCOS-Syndrom alle unter Metformintherapie sind, aufgrund der den von Ihnen genannten sehr guten Effekte. In den Leitlinien ist tatsächlich auch bislang nicht drin, dass diese Patientinnen auch schon in einem frühen Alter Aspirin und einen Fettsenker benötigen. Man kann natürlich darüber nachdenken und im Einzelfall vielleicht sogar dazu entscheiden. Ich sehe das aber auch schon wie Sie. Wenn das ansonsten junge Frauen sind, die außer dieser Erkrankung oder dieser Diagnose nichts haben, ist sowieso fraglich, ob die das dann auch wirklich tatsächlich einnehmen.

Katrin Schaudig

Genau. Stimmt.

Katrin Simonson

Dann widmen wir uns wieder jetzt den Frauen in den Wechseljahren. Eben fiel schon mal das Wort Insulinresistenz, Diabetes. Und ich glaube, das ist ja auch so ein Risiko, was dann zunimmt in den Wechseljahren durch die fehlenden Hormone. Frau Schaudig, Sie haben ja auch mal erzählt, dass viele Ihrer Patientinnen sehr unter der Gewichtszunahme leiden und vor allem unter diesem Bauchfett, also auf einmal ist das Fett nicht mehr an den Hüften, sondern am Bauch...

Katrin Schaudig

Ja, so ist es. Ich sage immer „Stau am mittleren Ring“ also...(lacht) Das sagen übrigens interessanterweise auch Frauen, die nicht zunehmen, dass die sagen, ich habe zwar nicht zugenommen, aber plötzlich kriege ich meine Hose nicht mehr zu. Also diese Zunahme des Bauchfetts, die hat definitiv was mit dem Östrogenmangel zu tun und mit der Insulinresistenz. Also dieses viszerale, also das Bauchfett, was im Bauch drinsitzt. Also das sitzt nicht obendrauf auf der Bauchdecke, wie vielleicht bei den Sumoringern, sondern das sitzt tatsächlich innendrin zwischen den Darmschlingen. Da setzt sich Fett an, und dieses Fett ist eigentlich ein eigenes hormonaktives Organ, wenn man so will. Leider eins, was schlechte Hormone macht oder schlechte Botenstoffe. Und durch den Mangel an Östrogen vermehrt sich dieses Bauchfett stärker. Und jetzt kommt leider die Krux, und da schließt sich wieder der

Kreis, und damit nimmt auch die Insulinresistenz zu. Und ein Mangel an Östrogen verschlechtert die Empfindlichkeit der Zellen auf Insulin. Und in dem Moment, wo die Zellen schlechter auf Insulin reagieren, dann entsteht diese Insulinresistenz. Und vielleicht, ich glaube, wir haben es schon mal in irgendeinem Podcast besprochen.

Und noch einmal für Hörerinnen und Hörer, wozu brauchen wir das eigentlich? Das Thema ist, das der Zuckerspiegel im Blut in einem engen Rahmen eingestellt wird vom Körper. Das heißt, der Körper misst pausenlos den Glukosespiegel, sozusagen. Wenn der Glukosespiegel sinkt, dann wird ein Hormon ausgeschüttet, das dafür sorgt, dass aus den Körperzellen selber so eine Art Zucker bereitgestellt wird. Weil wir brauchen den, also wenn der Zuckerspiegel absinkt oder auf null geht, dann sterben wir, also fallen wir um. Aber der Körper weiß auch: Zu viel Zucker ist schlecht für die Gefäße. Das heißt, in dem Moment, wo der Zuckerspiegel steigt, wird vermehrt Insulin ausgeschüttet mit dem Ziel, den Zucker in die Zellen reinzutransportieren. Das sind die Muskelzellen, die Leberzellen, die Fettzellen. Ähm, das heißt, dann gibt es so eine Art, das Insulin öffnet sozusagen so eine Art Schlüssel zur Zelle, Schlüsselloch. Und da schlupft dann die Glukose rein. Also ich erkläre es jetzt sehr bildhaft, aber ich glaube, so kann man es verstehen. Und jetzt die Insulinresistenz: Da ist quasi dieses Schlüsselloch verstopft, und das Insulin kommt da an und versucht, die Zelle aufzumachen. Aber es geht nicht. Und was macht der Körper schüttet einfach viel mehr Insulin aus, um quasi irgendwie an dieser Zelle das Schlüsselloch zu öffnen. Und es klappt dann auch irgendwann. Aber das heißt auch wir brauchen viel mehr Insulin, wenn dieses Schlüsselloch verstopft ist. Und das ist die sogenannte Insulinresistenz.

Aber das kommt auch der nächste Punkt: Dieses zu viel an Insulin bewirkt auch verschiedene andere Sachen in unserem Körper. Steigert zum Beispiel die Gefahr, an Krebs zu erkranken, zumindest bestimmte Krebsarten. Das ist schon alles sehr komplex. Jetzt fehlen die Östrogene, die Insulin-Empfindlichkeit der Zellen verschlechtert sich, wir kriegen eine In-

sulin-Resistenz, mehr Bauchfett und gleichzeitig dadurch mehr Herz-Kreislauf-Risiken. Und jetzt kommt Frau Eifert ins Spiel, weil die muss es dann retten.

Katrin Simonsen

Die muss uns jetzt erklären, warum das für unser Herz-Kreislauf-System nicht gut ist.

Sandra Eifert

Ja, aber das Problem ist, Sie haben das ja wirklich sehr schön und umfassend erläutert, Frau Schaudig, es ist ja wirklich tiefer, als Risikofaktor. Und zwar zum einen steigen die klassischen Risikofaktoren an mit den Wechseljahren, oder auch schon in der Peri-Menopause. Aber vor allem der Zucker spielt da eine ganz, ganz große Rolle. Also es gibt hier die klassischen Risikofaktoren: Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Rauchen und Fettstoffwechselstörungen. Und durch die Menopause und mit der Menopause und dem Abfall der Hormonspiegel kommen vor allem die Zuckerkrankheit aus den von Ihnen erläuternden Gründen, und der Bluthochdruck. Darum, haben wir ja vorhin schon gesprochen, die treten da ganz, ganz stark bei den Frauen in den Vordergrund. Der Nebeneffekt ist auch die Fettstoffwechselstörung, die sich häufig erst mit und nach der Menopause einstellt. Und all diese Faktoren sind ja allein schon klassische Risikofaktoren für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Katrin Simonsen

Was passiert im Herzen oder in den Gefäßen?

Sandra Eifert

Also diese Risikofaktoren, da können sich Ablagerungen bilden in der Gefäßwand – zum einen in den großen Herzkranzgefäßen, aber auch in deren Verästelungen – bei den Frauen. Und da kann es eben zu Verengungen in den Kranzgefäßen kommen. All diese Risikofaktoren können dazu führen, dass die Gefäßwand sich umbaut, dass Ablagerungen entstehen. Und diese wiederum können einen Herzinfarkt aber auch einen Schlaganfall hervorrufen. Diabetes selbst ist auch ein großer Risikofaktor bei den Frauen neben dem Alter für die Entwicklung von Herzschwäche.

Katrin Simonsen

Ich habe auch gelesen, dass der Cholesterinwert eigentlich auch typischerweise ansteigt.

Sandra Eifert

Genau also die Blutfettwerte steigen an. Beim Cholesterin gibt es ja ein böses und ein sogenanntes gutes. Das Gute vor allem ist auch abhängig von unseren Hormonspiegeln. Das Böse macht uns aber im Prinzip das Problem, weil das kann sich ablagern. Darüber hinaus gibt es eben noch einen anderen Faktor aus dem Fettstoffwechsel: Das sogenannte Lipoprotein A. Bis vor wenigen Monaten hat man auch da gedacht, wenn man den Wert einmal im Leben bestimmt ist, weiß man, wie sich dieser Wert verhält. Der es relativ schlecht über Ernährung und medikamentös einzustellen. Man hat jetzt aber auch festgestellt, da gibt es eine große Studie aus dem letzten Jahr, dass dieses Lipoprotein A besonders bei Frauen nach der Menopause ansteigen kann. Und wiederum ist dieses Lipoprotein A selbst ein wirklich starker Risikofaktor. Der ist im Prinzip angeboren und kann Herzerkrankungen hervorrufen.

Katrin Simonsen

Und wie schwierig ist es, das festzustellen, ob ich das habe oder nicht? Also ist das in irgendeinem normalen Bluttest, wird das abgefragt?

Sandra Eifert

Das wird nicht zwingend in jedem normalen Bluttest mit untersucht. Aber man kann es im Labor und im Blut untersuchen lassen. Und wenn man einmal einen Wert hat, dann gibt der schon mal einen ganz großen Ausschlag, ob das innerhalb der Norm liegt oder eben nicht. Und wenn das schon initial deutlich erhöht ist, also auch bei Frauen, die jünger sind, kann man das und muss man das behandeln.

Katrin Simonsen

Aber wie komme ich denn drauf, dass ich das vielleicht habe, weil ich besonders zu dazu neige, zuzunehmen, oder...

Sandra Eifert

Nein. Tatsächlich ist es so, dass diese Frauen eher nicht zunehmen, sondern ganz schlank sind und jetzt nicht irgendwie übergewichtig erscheinen, meistens auch sehr sportlich sind.

Das ist ein angeborener Faktor, der eben durch die Eltern verursacht ist.

Katrin Simonsen

Okay also, die Eltern mal fragen. Und mit dem Cholesterinwert, ab welchem Alter sollte ich den mal testen lassen?

Sandra Eifert

Ab 50.

Katrin Simonsen

Und was ist gefährlich, was ist nicht gefährlich?

Sandra Eifert

Gut für uns ist das sogenannte HDL, also das gute Cholesterin. Diese Abkürzung steht für „High Density Cholesterin“. Das ist gut, das ist wichtig für uns. Das sollte möglichst hoch sein, oder oberhalb des bestimmten Grenzwertes liegen. Und das Böse ist das LDL, niedrig molekulare Substanz, die eben auch Ablagerungen an den Gefäßen macht, und gut medikamentös zu behandeln.

Katrin Simonsen

Und gibt es da einen Grenzwert?

Sandra Eifert

Der neuste Grenzwert – das Ziel in Deutschland – lautet unter 55 Millimol pro Liter. Das ist extrem niedrig, ja. Man hat nach verschiedenen Untersuchungen in Studien festgestellt, dass zum Beispiel ja Tiere, die sich pflanzlich ernähren, die haben kein Cholesterin. Ist ja klar. Das ist ja immer tierisch. Und seither ist dieser Grenzwert so niedrig festgelegt worden, das ist schon extrem niedrig. Grundsätzlich muss man ja auch sagen, Fette sind gut zum Beispiel gegen Entzündungen.

Katrin Simonsen

Und wenn ich einen erhöhten, bösen Cholesterinwert habe, muss ich den dringend behandeln lassen?

Sandra Eifert

Ich würde sagen, es kommt darauf an. Es gibt eine Gruppe an Kardiologen, die sagen natürlich, man muss den unbedingt behandeln lassen. Wenn man schon eine Herzerkrankung hatte, oder wenn man andere Risikofaktoren

hat, wenn man sehr übergewichtig ist und sich nicht gut bewegt, dann sollte man den auf jeden Fall behandeln lassen. Aber man muss dieses Risiko individuell beurteilen.

Katrin Simonsen

Kann man es auch durch Lifestyle, also „ich esse pflanzlich, ich bewege mich mehr“, geht der dann runter?

Sandra Eifert

Genau die Bewegung spielte eine ganz, ganz entscheidende Rolle. Man kann auch über genügend Omega-3-Fettsäuren in der Ernährung oder auch als Nahrungsergänzungsmittel den Cholesterinwert positiv beeinflussen.

Katrin Simonsen

Und ansonsten kommen die sogenannten Statine zum Einsatz?

Sandra Eifert

Es gibt eine ganze Reihe von fettsenkenden Substanzen. Die Statine sind im Prinzip die Medikamente der ersten Wahl. Damit kann man sehr gut die Cholesterinwerte senken.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, Sie hatten mal in einem Podcast erzählt, manche Frauen nehmen das nicht so gerne, weil sie es nicht so gut vertragen, ne?

Katrin Schaudig

Naja, es macht halt bei manchen Patienten, ich glaube, es waren so um die zehn Prozent, bitte Frau Eifert, korrigieren Sie mich...

Sandra Eifert

Ja.

Katrin Schaudig

...diese Muskelschmerzen und Gliederschmerzen. Und die sind sehr unangenehm. Meines Wissens versucht man dann mal, es gibt ja verschiedene Präparate von den Statinen, dass man mal versucht, es umzustellen. Und das muss man halt dann, glaube ich, im Einzelnen einfach mal ausprobieren. Also wir verschreiben keine Statine, sondern ich sage zu der Patientin: „Ich glaube, sie brauchen Statin. Gehen Sie mal zu Ihrem Internisten oder Kardiologen“, beziehungsweise oft kommen Patienten

zu mir und sagen: „Ja, jetzt hat mir der Internist gesagt, ich soll Statine nehmen. Da habe ich aber gar keine Lust drauf“. Und ich bin dann diejenige, die die Patienten bestärkt, die sagt: „Nehmen Sie das unbedingt, wenn schon der Kardiologe und der Internist das sagt, dann ist es sicher sinnvoll“.

Frau Eifert, ich darf auch noch was fragen: Das finde ich interessant, weil ich habe auch mal gelernt, also auch so wirklich absolute Lehrbuchweisheit, dass das Lp(a), wenn es einmal hoch ist, braucht man es nie wieder kontrollieren, beziehungsweise wenn es einmal niedrig ist, auch nicht. Also ich habe immer so gelernt, das muss man nur einmal checken und vielleicht auch zu Frau Simonsens Frage: Also wir gucken zum Beispiel immer, gibt es Menschen in der Familie, die früh einen Herzinfarkt hatten? Oder gibt es überhaupt sehr viel Herzinfarkte in der Familie, also den Patienten rate ich immer zur Lp(a)-Bestimmung. Aber meine Frage an Frau Eifert, habe ich das jetzt richtig verstanden, dass man das tatsächlich dann doch mehrfach untersuchen sollte?

Sandra Eifert

Also Sie haben tatsächlich recht. Es war bis zum August letzten Jahres – auch europäische Kardiologentagung – der Fall, dass man immer gesagt hat, einmal im Leben und dann reicht das. Es hat sich aber jetzt gezeigt, dass das bei den Frauen offenbar hochgeht. Und wenn die natürlich schon mit der Menopause, wenn die schon von vornherein auch einen höheren Spiegel hatten... manchmal ist es ja auch erst nach der Menopause das erste Mal überhaupt bestimmt. Da hat man in dieser Studie ist, das kann ich Ihnen gerne auch zukommen lassen dieses Paper, weil das ist wirklich verblüffend. Dass man eben jetzt sagt, Lp(a) geht bei den Frauen mit der Menopause nach oben, unter Umständen. Aber das trifft natürlich auch nicht für alle zu. Für einen Großteil trifft das ja überhaupt nicht zu.

Katrin Schaudig

Aber es ist interessant, weil ich habe auch mal gelernt, vor Jahren schon auch von einem Kardiologen, wo es dann hieß: „Ja, das Lp(a) kriegt man durch nichts nach unten.“ Und jetzt kommt es: Außer durch eine Östrogentherapie.

Da gab es offensichtlich auch alte Studien. Ich habe die auch jetzt nicht präsent. Das bestätigt aber genau das, was Sie gerade sagen. Also das ist ja sozusagen der Umkehrschluss, wenn ich durch eine Östrogentherapie in der Postmenopause den LPA-Spiegel senken kann, aber gleichzeitig der Wegfall einsetzt bei der natürlichen Menopause, dann ist es ja total logisch, dass der Wert dann ansteigt, oder?

Sandra Eifert

So ist es und es gibt... es ist sehr spannend, also das ist auch wirklich ganz neu und war verblüffend. Ich habe, ich muss gestehen, ich habe auch in der Frauensprechstunde nicht bei allen Frauen das LPA bestimmt, sondern nur, wenn es wirklich Hinweise in der Familie schon gab und so, wie Sie sagen ja, genau mit der gleichen Indikation. Und jetzt bestimmen wir das tatsächlich bei jeder Frau, weil die Mehrheit, würde ich sagen, ist über 50, die zu uns in diese Sprechstunde kommt. Und es kann ja einen Grund geben. Es gibt aktuell allerdings im Rahmen einer Studie einen Antikörper, RNA-basiert, der auch hier in Leipzig an der Uniklinik eingesetzt wird. Und in seltenen Fällen wird das eben schon verabreicht. Aber an sich ist es wirklich schwer beeinflussbar medikamentös.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, ich habe jetzt so rausgehört, okay, vielleicht kann man dann sozusagen, wenn es in einer Menopause ansteigt, was mit Hormonersatztherapie sozusagen Gutes tun. Wie ist eigentlich Ihre Erfahrung? Also, wenn Sie jetzt Patientinnen haben, die wegen Symptomen zu Ihnen kommen und Sie denen dann Hormone geben, bessert sich dann auch Bluthochdruck? Oder kann man Diabetes aufhalten? Gibt es da Erkenntnisse, gibt es da vielleicht auch Studien?

Katrin Schaudig

Ja, da gibt es gute Studien. Also um das letzte vorwegzunehmen, zum Diabetes gibt es echt viele Studien und auch gute Studien. Und die Studien sagen durchweg: Frauen, die Hormone nehmen, verbessern ihre Insulinsensitivität, kriegen seltener Diabetes, und zwar 30 bis 50 Prozent seltener. Das ist schon wirklich viel seltener, und zwar auch selbst, wenn die irgendwann mal Hormone genommen haben und

jetzt nicht mehr nehmen, haben sie immer noch eine geringere Diabeteshäufigkeit. Ich fand es immer schon sehr beeindruckend. Vor allen Dingen, wenn wir über die Vor- und Nachteile einer Hormontherapie sprechen. Da wird der Diabetes immer völlig unter den Tisch gekehrt, dass wir da einen wirklich wichtigen Faktor positiv beeinflussen können durch Hormone, das finde ich interessant.

Und ich sehe das auch bei meinen Patienten. Es gibt auch Patienten, die deswegen sagen: „Mit einer Hormontherapie nehme ich weniger zu“. Das gibt es auch, das ist jetzt nicht die Durchschnittsfrau, aber das gibt es. Zum Thema Blutdruck: Ja, auch das sehe ich immer wieder, dass die Patientinnen erzählen: „Mein Blutdruck ist plötzlich besser einzustellen“, dass sie ganz wegkommen vom Blutdruckmittel, das sehe ich, gebe ich zu, seltener. Aber ich sehe relativ oft, dass der Blutdruck sich besser einstellen lässt. Und es gibt auch Frauen, die in dem Moment, wo sie die Hormontherapie absetzen, einen Anstieg der Blutdruckwerte haben. Und zwar wirklich sofort in einem Bereich, der – ich will nicht sagen dramatisch ist – aber der sehr, sehr gut erkennbar ist.

Katrin Simonsen

Ich hatte eine Hörerin-Frage bekommen zu Arteriosklerose. Ob die durch eine HRT, also Hormonersatztherapie, verhindert werden kann, oder ob sie durch Hormongabe sogar wieder besser wird?

Katrin Schaudig

Frau Eifert, können Sie dazu was sagen? Ich kann da auch was zu sagen, aber wahrscheinlich sind Sie profunder.

Sandra Eifert

Nein, nein, Sie haben das ja sehr detailliert beantwortet. Und all diese Faktoren führen ja dazu, dass die Arteriosklerose verhindert wird. Nach vielen verschiedenen großangelegten Studien ist es so, dass das Östrogen die Arteriosklerose tatsächlich verhindert.

Katrin Simonsen

Aber wenn ich es schon habe, wird es nicht besser damit.

Sandra Eifert

Wenn man es schon hat, ist es natürlich schwierig mit der Hormontherapie. Also wenn man vor allem schon eine manifeste Herzerkrankung hat, wenn man jetzt mal bei dem Thema bleiben, dann ist es natürlich mit der Östrogenen- oder mit der Hormongabe differenziert zu betrachten.

Katrin Schaudig

Das haben Sie sehr schön gesagt, Frau Eifert! Ich möchte vielleicht dazu was ergänzen. Was in Gynäkologen-Kreisen oder bei Hormonexperten immer wieder kursiert, ist diese Frage des *Windows of Opportunity*. Was ist damit gemeint? Also so das günstige Zeitfenster einer Hormongabe. Und es scheint so zu sein, dass wenn wir quasi mit Einsetzen des Hormonmangels mit einer Hormontherapie beginnen, dann quasi den Hormonmangel am Gefäß ausgleichen. Dann haben wir schützende, protektive Effekte. Wenn aber zu viel Zeit vergangen ist zwischen dem Einsetzen des Hormonmangels und dem Beginn einer Hormontherapie, scheint es so zu sein, dass man dann keinen Effekt oder nur noch einen geringen Effekt mitnehmen kann.

Und da gibt es auch eine Studie, die das an der Gefäßdicke der Halsschlagader untersucht hat. Wenn Frauen noch nicht lange die Menopause hinter sich hatten, und dann Hormone genommen haben, dann ist die Gefäßdicke dieser Halsschlagader geringer gewachsen. Während bei Frauen, die keine Hormone genommen haben, ist die schneller gewachsen. Und wenn sie aber Frauen genommen haben, deren Menopause zehn Jahre zurücklag, dann gab es keinen schützenden Effekt mehr auf das Wachstum dieser Gefäßwand. Also ich finde, fand ich spannend. Also, das spricht dafür, dass, wenn man einen Schutzeffekt hat oder haben will, dann muss man quasi anfangen mit der Therapie, wenn der Hormonmangel gerade einsetzt. Wenn man zu lange wartet, hat man keinen schützenden Effekt mehr. Grundsätzlich spricht es nicht dagegen, trotzdem noch irgendwann anzufangen. Aber vielleicht nimmt man dann den Schutzeffekt nicht mehr mit. Glaube das ist noch nicht gut genug untersucht, weil wir auch nicht wissen, wie lang darf denn der Abstand sein? Darf der ein halbes

Jahr sein, darf der zwei Jahre sein, darf der vier Jahre sein... Zehn Jahre ist sicher ein zu langer Abstand.

Katrin Simonsen

Aber eins verstehe ich nicht, Frau Schaudig, wenn Sie sagen, da gibt es super Studien, die das alles bestätigen – dass man da auch so einen Schutzeffekt hat durch so eine Hormonersatztherapie – das trotzdem sozusagen beim Einsatz der Hormone, ja immer gesagt wird: „Wir geben das nur bei starken Symptomen“.

Katrin Schaudig

Soll ich es Ihnen ehrlich sagen, Frau Simonsen? Ich verstehe es auch nicht so ganz. Also es ist tatsächlich so, in den Leitlinien steht im Moment definitiv drin: Zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollen Hormone nicht eingesetzt werden. Ich habe mit dem Satz ein Problem und ich habe noch mehr Probleme damit, wenn Kollegen oder Kolleginnen öffentlich verkünden, dieser Effekt sei gar nicht belegt. Das Problem ist so ein bisschen, dass diese große WHI-Studie, über die wir schon öfter mal gesprochen haben, dass die eigentlich beweisen sollte, dass es einen Schutzeffekt gibt. Aber da hat man eben Frauen eingeschlossen, wo dieses günstige Zeitfenster bereits verstrichen war. Also das ist tatsächlich eine Krux. Ich persönlich glaube eben, aufgrund der Vielzahl der Daten, die Frau Eifert gerade genannt hat und die ich auch kenne, sehr wohl an einen Schutzeffekt. Aber bisher haben sich die Fachgesellschaften noch nicht durchringen können, dass eindeutig zu konstatieren. Ich hoffe, dass wir in der neuen Leitlinie, die jetzt gerade in Arbeit ist, vielleicht uns da ein bisschen mehr aus dem Fenster hängen. Das würde ich mir sehr wünschen.

Sandra Eifert

Ich denke, für das Herz-Kreislauf-System ist es am wichtigsten, je früher begonnen wird mit der Hormonersatztherapie, umso besser und größer ist der Effekt. Und wenn natürlich bereits eine bestehende Herz- oder Kreislauferkrankung vorliegt, muss man das wirklich sehr differenziert und individuell untersuchen und auch applizieren. Und da ist ja wahrscheinlich dann auch der Unterschied, kriegen die Frauen die Hormone als Gel oder Creme? Oder sollte

es in Tablettenform sein, weil vielleicht die Hormonspiegel auch besonders niedrig sind? Da gibt es ja auch so ein dosisabhängiges Risiko bei den Tabletten, aber eben nicht bei der transdermalen Anwendung. Sie haben sicher auch recht. Es sind ja immer sehr unterschiedliche Patientengruppen in diesen großen Studien und groß angelegten Studien untersucht wurden, die man vielleicht gar nicht so gut immer zusammenfassen kann. Und dann ist das Ergebnis natürlich dementsprechend diffus.

Katrin Schaudig

Genau. Ich meine, ich denke mal, dass Sie sich so speziell der Herzgesundheit bei Frauen widmen, hat ja eine Ursache. Und es wird hoffentlich auch dazu führen, dass wir eben in Zukunft eine bessere Differenzierung haben von den Gruppen, wie Sie sagen, in den Studien, oder?

Sandra Eifert

Genau. Also, das ist wünschenswert. Und das hoffen wir auch zum Teil zeigen zu können.

Katrin Schaudig

Das wäre toll.

Katrin Simonsen

Jetzt kommen wir zu einem Symptom, von dem mir ganz viele unserer Hörerinnen schreiben. Und die das erleben in dieser Peri-Menopause, also in dieser Zeit, wo die Hormone auch noch mal heftigst nach oben und unten schwanken. Und zwar geht es um plötzliches Herzrasen. Also da schreiben manche: Von eben auf jetzt auf einmal einen Puls von 165 und Herzstolpern. Also wenn das Herz so, wenn man immer das Gefühl hat, es macht dann nochmal einen Zwischenschlag. Wieso, Frau Eifert, tritt das auf einmal auf in den Wechseljahren?

Sandra Eifert

Also erstens ist es ein sehr häufiges Symptom, das meistens keine organische Ursache hat. Wir sehen das tatsächlich oft, und die Frauen sind sehr besorgt, weil sie denken, sie haben eine ernsthafte Herzerkrankung. Und je nach Ausprägung kann das auch dazu führen, dass eine Patientin, Frau Schaudig hatte das vorhin schon gesagt, auch mal umfällt, oder dass ihr

sehr schwindlig wird. Und man muss es natürlich gut untersuchen. Und das ist ja auch unsere Aufgabe, dem auf den Grund zu gehen. Häufig ist es ja so, dass solche Rhythmusstörungen, wie wir das nennen, des Herzens, in solchen Phasen wie der Menopause auftreten, einfach, weil es eine Imbalance gibt oder weil es einen Abfall gibt. Das kann Frau Schaudig vielleicht noch besser erläutern, warum es dazu kommt. Aber die Zuhörerin darf sich vorstellen: An unserem Herzen gibt es ganz viele Rezeptoren für weibliche Geschlechtshormone, und diese werden nun auf einmal nicht mehr so gut bedient. Und das Herz macht sich bemerkbar. Das Herz kriegt Rhythmusstörungen. Sie hatten gesagt: Zum einen kommt es dazu, dass die Frauen eine zu schnelle Herzfrequenz haben und plötzlich solche Attacken kriegen, wo ein schneller Herzschlag zum Teil über einige Minuten, manchmal aber auch vielleicht über einen halben Tag anhält. Und das kann viele Ursachen haben. Auch auf Stress reagieren wir in dieser Menopause und in Hormon-Wechselphasen anders als normal, sodass eben auch das in unserem Nervensystem dazu führt, dass wir möglicherweise eine schnellere Herzfrequenz haben.

Das andere sind die sogenannten Extra-Systolen, das wird auch als Herzstolpern wahrgenommen. Das bedeutet, dass es Extraschläge gibt. Heißt im Prinzip in der Übersetzung: Das Herz macht sich auch bemerkbar und sagt: „Ich bin nicht einverstanden mit dem, was du mir hier zumutest“. Das hat tatsächlich keinen Krankheitswert, kann sehr unangenehm sein, kann zu Schwindel oder eben auch mal einer Ohnmachtsattacke führen. Man muss das untersuchen, am besten im Langzeit-EKG, also beide genannten Herzrhythmusstörungen. Und man kann in erster Linie zum einen natürlich Medikamente geben, die diesen Herzrhythmus stabilisieren, sogenannte Antiarrhythmika. Man kann auch zunächst einmal mit Magnesium versuchen, über die Entspannung des Herzens und des gesamten Körpers diese Rhythmusstörungen zu besänftigen. Wenn aber zum Beispiel mehr als 10.000 dieser Extraschläge auftreten, dann ist eine sogenannte Verödung über eine Katheterablation die Therapie der ersten Wahl.

Katrin Simonsen

Sie haben gesagt, die Frauen haben natürlich Angst. Also versteht man ja auch. Das Herz fängt an zu rasen, macht irgendetwas, was man nicht beeinflussen kann. Ich glaube, es würde den Frauen helfen, wenn sie dann zum Arzt kommen, und der sagt: „Gucken Sie mal, sie sind jetzt 49 oder 50, das könnte mit den Hormonen zusammenhängen“. Also ich glaube, das hätte einen wirklich starken beruhigenden Effekt, als dann zu sagen: „Ihr Herz ist gesund, gewöhnen Sie sich dran“.

Sandra Eifert

Ja, Sie haben vollkommen recht. Und ich kann das auch aus eigener Erfahrung natürlich sagen. Und ich denke, Frau Schaudig kennt das genauso. Wenn man den Patienten in Ruhe erklärt, dass das zu der Lebensphase gehört, dann ist die Hälfte zu mindestens doch mal schon etwas beruhigt. Natürlich kann das individuell sehr belastend sein. Und dann muss man auch handeln.

Katrin Schaudig

Ja, ich meine, ich schicke die dann schon zum Kardiologen, was auch Frau Eifert gerade sagte, dass man dann unter Umständen interveniert, das heißt, irgendetwas tut. Das wird häufig auch besser, wenn die Frauen dann Hormone nehmen, dann wird fast alles besser. Aber in der Übergangsphase, wenn der Auslöser nicht der Mangel an sich ist, sondern die starken Schwankungen der Werte. Da helfen dann zum Beispiel Bioidentische Hormone eben auch oftmals nicht. Da haben wir dann wieder das Thema der Peri-Menopause, die man mit Hormonen ein bisschen anders angehen muss, als die eigentliche Postmenopause, also keine Schwankungen mehr gibt.

Katrin Simonsen

Was machen Sie dann, Frau Schaudig, mit den Patientinnen?

Katrin Schaudig

In der Peri-Menopause gebe ich denen zum Beispiel irgendetwas, was die Schwankungen ausgleicht, das geht mit natürlichem Progesteron leider nicht so wirklich gut. Das heißt, die kriegen da zum Beispiel eine reine Gestagen-

Mono-Pille. Also ein reines Gestagen, was einfach die Schwankungen runterdrückt. Und dann aber ein Östrogen dazu, weil die rutschen dann auch so ein bisschen in ein relatives Östrogen-Defizit. Das machen wir dann, insbesondere wenn jemand Herzprobleme hat oder Herzsymptome – immer mit einem Östrogen-Gel, um nicht jetzt noch unnötig die Gerinnung anzuschieben. Man weiß ja nie, was dann aus diesen Symptomen wird.

Katrin Simonsen

Frau Eifert, Sie hatten gesagt, dass unser Herz dann auch in den Wechseljahren mehr auf Stress reagiert, oder anders auf Stress reagiert. Ich hatte gelesen, dass unser Frauenherz sozusagen eine kürzere Achse zum Hirn hat, als bei den Männern. Wir sind da ein bisschen empfindlicher.

Sandra Eifert

Ja, und ich befürchte, es liegt nicht nur an unserer kleineren Körpergröße, dass die Achse kürzer ist, sondern einfach, dass unsere Antennen unter Umständen etwas feiner sind, weil die Natur das für uns so vorgesehen hat. Also es gibt eine große, wirklich sehr spannende Studie aus der Schweiz unter der Leitung von Christine Gebhardt. Das ist eine Kardiologin, die das Frauenherzzentrum in Bern leitet. Und die hat tatsächlich zeigen können mit ihrer Arbeitsgruppe, dass praktisch jegliche Stressreaktion, also egal, ob es Blutdruck, Puls, Zucker, Gerinnung ist, oder auch die inflammatorische Komponente, also die Entzündung im Körper, dass die dazu führt, dass all diese Reaktionen auf Stress bei den Frauen stärker ausfällt, als bei den Männern. Und somit ist dieser Stress auch als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich stärker ausgeprägt.

Katrin Simonsen

Und wenn unsere Hormone dann fehlen, wird das auch noch mal schlimmer. Ja, Sie haben im Vorgespräch mal gesagt, das sympathische Nervensystem wird dann empfindlicher.

Sandra Eifert

Offenbar ist das so, ja, da gibt es ja gar nicht so viele Möglichkeiten, das immer zu messen, und Stresshormone zu messen. Vor allem über einen längeren Zeitraum. Allein im Tagesablauf

ändern sich ja die Stresshormone in ihren Spiegeln. Aber das scheint so zu sein, dass eben in diesen Umwandlungs-Phasen und eben besonderen Phasen, die jenseits des monatlichen Zyklus sind, und wo man eben auch in die Phase eintritt, also auch diese Rhythmusstörungen zum Beispiel treten ja sehr gerne auch mal beim Mädchen und jungen Frauen in der Pubertät oder kurz danach auf. Aber eben auch der Stress ist in solchen, wird in solchen Phasen anders wahrgenommen. Wir Frauen verarbeiten den Stress auch etwas anders. Wir sind nicht so resilient. Wir haben auch eine nicht so große Resilienz wie die Männer. Das scheint bei den Männern durch das Testosteron zustande zu kommen. Die haben einen ganz klaren biologischen Vorteil hier. Aber wichtig ist ja, finde ich, dass wir wissen, dass das so ist und dass wir uns darauf einstellen.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, ich fasse noch mal zusammen, bei Ihnen funktioniert das mit den Hormonen ganz gut, die Frauen da einzustellen. Und wenn das nicht funktioniert, dann, sagt Frau Eifert, gern auch Medikamente probieren. Sind das dann diese Betablocker, die Sie verschreiben?

Katrin Schaudig

Ja, es gibt inzwischen Medikamente, die neuer sind und die besser geeignet sind. Die Betablocker sind prinzipiell gut und richtig, aber zum einen fahren sie unseren gesamten Stoffwechsel herunter. Sie beruhigen natürlich auch, was in bestimmten Lebensphasen ja immer ganz gut ist. Sie haben aber auch den Effekt, dass sie den Puls stark senken. Was natürlich bei einer Rhythmusstörung von Vorteil ist beim Blutdruck. Wenn wir nur den Blutdruck alleine senken wollen, würden wir heutzutage andere Medikamente vorziehen. Es ist individuell etwas unterschiedlich.

Katrin Simonsen

Okay. Wir haben Hörerinnen-Fragen dazu, und die möchte ich jetzt gerne vorlesen. Und zwar Andrea hat uns geschrieben. Sie schreibt: „Seit meinem achtundvierzigsten Lebensjahr leide ich unter Herzstolpern und trotz der Hormonersatztherapie hat sich keine Besserung eingestellt. Die Untersuchung beim Kardiologen ergab den Befund, dass es sich um harmloses

Stolpern handelt. Ist es wahrscheinlich, dass das Herzstolpern nach den Wechseljahren wieder von allein verschwindet?

Sandra Eifert

Das kann sein, ja, das kann sein. Viele Patientinnen, so wie es auch die Frau Schaudig geschildert hat, profitieren von der Hormonersatztherapie, da diese eben einen positiven Einfluss auch hierauf haben kann. Wenn das nicht der Fall ist, gäbe es, wie eben schon gesagt, verschiedene Medikamente, die wir einsetzen können. Die Gruppe der Betablocker ist eine Wahl. Es gibt aber eben noch andere Medikamente, um den Herzrhythmus zu stabilisieren, die man hier zum Einsatz bringen kann. Und Sport steht da auch ganz hoch im Kurs, weil damit regulieren sie auch den Puls.

Katrin Simonsen

Und hatten Sie schon Patientinnen, die zu Ihnen kam, die in der Peri-Menopause, also in den Wechseljahren Stolperer hatten, und die dann gesagt haben: „Ja, seit ich in der Menopause bin, ist das jetzt wieder schick“?

Sandra Eifert

Also meistens sehe ich die ja prinzipiell erst einmal, wenn sie diese Beschwerden haben. Im Verlauf kann das natürlich wieder verschwinden. Warum jetzt auch immer. Ja, vielleicht liegt es auch an der Hormonersatztherapie. Wenn das aber längerfristig besteht und die Patientin wirklich darunter leidet, wird es ja dann auch medikamentös speziell am Herzen behandelt.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, Andrea hilft die Hormonersatztherapie offenbar nicht. Sagen Sie, vielleicht ist sie falsch eingestellt?

Katrin Schaudig

Ja, das war meine Fantasie. Ich habe gerade über Andrea nachgedacht. Also ich habe erst gedacht, bei ja, die kann ja auch Herzstolpern mal haben, aus völlig anderen Gründen. Das ist vielleicht ein zufälliger Zusammenhang, dass es mit den Wechseljahren aufgetreten ist. Wobei ich auch sagen muss, mir fällt gerade sogar eine Patientin ein, die sagt, immer wenn sie die Hormone weglässt, dann geht es wieder mit

dem Herz-Gestolpere los. Also das ist für die tatsächlich ein wesentlicher Grund, die Hormone weiter zu nehmen. Aber bei Andrea, die ist bei 48 gewesen, als es losging. Und da ist sie natürlich in dieser Übergangsphase. Und man muss natürlich immer gucken, wenn jemand sagt, die Hormone haben nicht geholfen, dann gucke ich immer noch einmal ganz genau hin. Was haben die eigentlich für Hormone genommen? Wie hoch waren die dosiert? War das ausreichend dosiert? War vielleicht noch eine eigene Funktion des Eierstocks vorhanden? Also meine Fantasie wäre: Entweder hat die was, was gar nicht mit Hormonen zusammenhängt, oder aber sie war vielleicht nicht richtig eingestellt. Beides ist möglich.

Katrin Simonsen

Ja vielleicht ist sie ja auch noch genau in dieser Phase, wo sie eigentlich noch blutet und gar nicht so wenig Hormone hat.

Katrin Schaudig

Genau.

Katrin Simonsen

Da noch mal mit der Frauenärztin genau darüber sprechen. Dorothea ist ebenfalls 48, und sie hatte seit einem Jahr, oder hat seit einem Jahr Hitzewallungen. Seither nimmt sie Östrogen-Gel. Weil sie eine Hormonspirale hat, nimmt sie kein Progesteron. Nun plagt sie seit vielen Monaten ein nächtliches Erwachen aufgrund von Herzschmerzen, Herz-Druck so zwischen zwei und fünf Uhr am Morgen. Das dauert so fünf Minuten. Und sie hat ihren Puls gemessen. Der ist gar nicht hoch, das sind nur 60 Schläge. Und jetzt sagt sie: „Ja, vielleicht fehlt mir Progesteron, weil tagsüber bin ich auch gar nicht so konzentrationsfähig.“ Tja, gibt es da eine Empfehlung? Wer möchte beginnen?

Katrin Schaudig

Ich möchte kurz was zum Progesteron sagen. Also, auch das hatten wir ja schon. Ich glaube, die Rolle des Progesterons wird vielfach falsch eingeschätzt. Es ist schon so, dass man mit einer Progesteron-Gabe, insbesondere wenn man es schluckt, das hat was mit der Verstoffwechslung des Progesterons zu tun, einen gewissen sedierenden und angstlösenden Effekt hat. Es heißt, wenn man jetzt dieser Patientin

Progesteron abends geben würde, würde die vielleicht besser schlafen. Wäre so ein bisschen sedierter und dieses Symptom wäre weg. Aber es wird nicht ausgelöst durch einen Progesteron-Mangel. Und an der Stelle auch nochmal, man muss sich immer überlegen: Alle Frauen, die noch einen normalen Zyklus haben, haben in den ersten zwei Wochen ihres Zyklus gar kein Progesteron. Wenn der Progesteron-Mangel das auslösen würde, was hier jetzt angesprochen wurde, müssten alle jungen Frauen in der ersten Zyklushälfte zumindest vermehrt solche Beschwerden haben. Das ist aber nicht so, und damit ist es nicht, es kann nicht der Progesteron-Mangel sein, der das auslöst. Und wie gesagt durch eine Gabe von Progesteron haben wir im Grunde eine Pharmakotherapie, dass wir so eine gewisse Sedierung, also eine Ruhigstellung machen. Man muss auch bei dieser Patientin gucken, ob es vielleicht im Wesentlichen die Schwankungen sind.

Und das, was die Patientin beschreibt, dass sie um zwei aufwacht mit Herzklopfen, also es gibt ja gute Studien. Diese Schlafstörung des plötzlichen Aufwachens nachts und dann nicht wieder einschlafen können, ist der Klassiker. Manche Frauen sagen „Ich habe erst die Hitzewallungen, und wenn ich aufwache, dann bin ich schon schweißgebadet“. Es gibt aber auch Frauen, die wachen auf, und dann kommt die Hitzewallung erst so nach eins zwei Minuten. Das heißt das Aufwachen geht der Hitzewallung voraus. Und dann gibt es noch einmal die, die einfach nur aufwachen und gar nicht schwitzen. Und ich könnte mir vorstellen, dass das, was da im Körper passiert, warum die Frauen aufwachen, warum die plötzlich nachts schwitzen, der gleiche Mechanismus ist, warum diese Patientin jetzt mit Herzklopfen und Herzstolpern reagiert.

Ein wichtiger Punkt ist, muss man jetzt auch noch einmal sagen, ein genau solches Symptom tritt auch auf, wenn man abends Alkohol getrunken hat, vielleicht auch mal ein Glas mehr als sonst. Dann ist es auch der Klassiker, dass man etwa nach drei, vier Stunden, wenn nämlich diese quasi Alkohol-Sedierung nachlässt, mit Herzklopfen aufwacht und das Herz dann ganz doll pumpt. Das ist, was das mir

Frauen beschreiben. Vielleicht ist das eine Patientin, die überhaupt nie was trinkt. Aber auch das muss man bei der Geschichte der Patientin unbedingt erfragen.

Katrin Simonsen

Obwohl sie ja nicht sagt, das Herz pumpt wie verrückt. Sie sagt, sie hat 60 Schläge pro Minute, ist jetzt nicht viel. Sie hat Herzschmerzen, Herz-Druck. Frau Eifert, haben Sie so etwas schon mal gehört in ihrer Praxis?

Sandra Eifert

Ja, auch das haben wir schon mal gehört. Und ich finde es gut, dass Frau Schaudig auch den Alkohol oder vielleicht auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten möglicherweise mit ins Spiel bringt. Das kann ja auch mal so etwas hervorrufen. Was wir ganz häufig auch erleben, dass Frauen abends nicht mehr so viel trinken, weil sie natürlich verhindern wollen, dass sie auch aufstehen müssen, um zur Toilette zu gehen. Aber gerade wenn man liegt, ist es häufig so, dass sich der Volumenmangel über scheinbares Herzrasen bemerkbar macht, weil einfach zu wenig Volumen und zu wenig Flüssigkeit im System ist, sozusagen und im Körper. Und das kann auch mal dadurch hervorgerufen werden. Wobei wir da auch eher eine schnellere Herzfrequenz antreffen.

Das interessante hier ist ja auch, dass sie das Gefühl hat, dass das Herz rast. Aber eigentlich mit 60 pro Minute ist das ja eher fast niedrig. Ist zwar noch normal, aber ist ja jetzt keine hohe Pulsfrequenz, die uns irgendwie in irgendeiner Hinsicht Sorgen macht. Also manchmal ist es ja auch das Gefühl, dass man Herzrasen hat. Vielleicht hängt es auch mit der Atmung zusammen. Bei übergewichtigen Patienten gibt es ja das so häufig das sogenannte Schlafapnoe-Syndrom. Da wird nicht genügend geatmet, und die Atemfrequenz ist zu niedrig während des Schlafs. Das führt dann dazu, dass als Folge dessen die Herzfrequenz auch ansteigt, um den Sauerstoffgehalt im Körper und vor allem im Gehirn auszugleichen. Also das muss schon ein bisschen genauer untersucht werden, wenn es jetzt auch unabhängig von einer hormonellen Dysregulation auszugehen ist.

Katrin Simonsen

Gibt es eine Empfehlung für Dorothea, was sie machen soll? Also es ist auch erst seit ein paar Monaten, ne?

Sandra Eifert

Also erstens soll sie mit ihrer Frauenärztin natürlich sprechen, zum anderen wirklich darauf achten, dass sie genügend trinkt, auch tagsüber und vielleicht den Alkohol meidet. Und wenn das aber dann weiterhin auftritt, sicher auch mal zum Kardiologen gehen und über 24 Stunden ein EKG anlegen zu lassen, um zu schauen, was genau dahintersteckt.

Katrin Simonsen

Könnte es auch sein, dass der Blutdruck steigt und sie deshalb das Gefühl hat?

Sandra Eifert

Das ist natürlich möglich. Dann hätte... die häufigen Symptome, die die Patienten dann beschreiben, sind aber eigentlich Kopfschmerzen oder Nasenbluten, was in höheren Altersgruppen, tendenziell oberhalb von 60/70, abläuft und sich zeigt, dann kann das auch der hohe Blutdruck mal sein.

Katrin Simonsen

Weil ich habe auch gelesen, dass es sein kann, dass Blutdruck auf einmal in der Nacht ansteigt, ne?

Sandra Eifert

Absolut.

Katrin Simonsen

Auch in den Wechseljahren. Frau Schaudig, haben Sie noch einen Tipp für Dorothea?

Katrin Schaudig

Ich habe gerade bei den Worten von Frau Eifert mir überlegt, ob man nicht prinzipiell bei so einer Patientin tatsächlich mal die ins Schlaflabor schicken sollte, um eine Apnoe auszuschließen. Können Sie sich vorstellen, Frau Eifert, dass das, was die schildert, gerade durch so eine Schlafapnoe ausgelöst wird?

Sandra Eifert

Ja, absolut.

Katrin Schaudig

Also ich habe das gerade so gedacht, wir machen das vielleicht zu selten. Ich hatte vor kurzem erst eine Patientin, die eigentlich kardiologisch gar nichts hergibt, sozusagen. Aber die eben auch schon in ihren Sechzigern ist, und die hat durch einen neuen Lebenspartner, der ihr gesagt hat, dass sie furchtbar schnarcht nachts. Da ist sie ins Schlaflabor gegangen und hat tatsächlich eine Schlafapnoe. Und es ist natürlich total wichtig, weil eine Schlafapnoe mit anderen Risiken einhergeht. Also vielleicht sollten wir da ein bisschen großzügiger bei der Abklärung sein. Oder?

Sandra Eifert

Ja. Absolut!

Katrin Simonsen

Eben waren wir ja noch in der Peri-Menopause, also in den Wechseljahren, wo alles noch schwankt und ein bisschen schwer zu kalkulieren ist. Dann sind wir in der Menopause gelandet, die Hormonschwankungen haben ein Ende. Aber dann wird es fürs Frauenherz eigentlich erst so richtig gefährlich.

Sandra Eifert

So ist es. Also, das sagen zumindest die großen Studien. Männer haben im Schnitt im Alter von 60 Jahren einen Herzinfarkt und Frauen zehn Jahre später. Tatsächlich im Alter von 70 nach den deutschen Studien und den Studien auch in unseren Breitengraden. Das ist so eben aufgrund der genannten Risikofaktoren, die sich einfach mit der Peri-Menopause entwickeln können. Und das Risiko steigt also praktisch ab dem 50./51. Lebensjahr. Aber deswegen empfehlen wir auch, dass tatsächlich Patientinnen ab 50 auch einmal zum Kardiologen oder einer Kardiologin gehen sollten, um einfach einmal die Herzfunktion untersuchen zu lassen, am besten unter Belastung. Und dann sieht man ja schon, ob es gewisse Veränderungen gibt oder ob bestimmte Risikofaktoren da sind.

Katrin Simonsen

Also durch die ganzen Dinge, die sich verändern, was wir vorhin beschrieben haben, steigen unsere Risikofaktoren mehr als die der Männer?

Sandra Eifert

Wir holen sozusagen ein bisschen auf, was wir über viele Jahre und unserer gebärfähigen Phase im Leben gut gemacht haben, holen wir dann ein bisschen auf.

Katrin Simonsen

Aber wir Frauen sterben häufiger an Herzinfarkten...

Sandra Eifert

Ja. Sie müssen sich vorstellen: Etwa zwei Drittel der Patienten mit einem Herzinfarkt sind Männer, also nur ein Drittel Frauen. Aber bei diesem einen Drittel ist eben die Sterblichkeit trotz der deutlich verbesserten Diagnostik und Therapie etwas höher als bei den Männern. Aber sie ist nicht mehr doppelt erhöht, sondern sie liegt ungefähr bei 1,5-fach erhöht.

Katrin Simonsen

Und das kommt dadurch, dass wir Frauen die Symptome nicht erkennen, weil die Symptome anders sind? Oder weil wir vielleicht denken: „Ach naja...“, wir denken gar nicht an Herzinfarkt sozusagen?

Sandra Eifert

Es gibt viele Gründe. Ein Hauptgrund ist, dass es ja zum Glück jetzt die Gendermedizin gibt. Bisher war ja die Medizin häufig am männlichen Patienten orientiert, gerade in den Lehrbüchern auch. Und beim Studium nun spielen die Geschlechterunterschiede eine immer größer werdende Rolle. Ab nächstem Jahr ist es ja sogar in der Approbationsordnung wohl drin, in der neuen Fassung.

Katrin Schaudig

Toll!

Sandra Eifert

Sehr gut, ja. Und ein Grund ist auch, dass die Symptomatik des Herzinfarktes anders sein kann. Also wir kennen die typischen Symptome beim Mann: Brennen hinter dem Brustbein, häufig mit Ausstrahlung zum linken Arm. Bei den Frauen kann das so sein. Aber es muss eben nicht so sein. Die haben häufig eine etwas veränderte Symptomatik. Die fühlen sich abgeschlagen, die sind nicht mehr so belastbar. Dann wird das eben auf die Altersgruppe

oder die Lebensphase geschoben. Die Hormone werden da auch beschuldigt, und deswegen wird das so ein bisschen verschleiert. Sie haben auch nicht unbedingt diesen typischen Schmerz, sondern sie haben Übelkeit, Abgeschlagenheit, sind viel schneller müde. Und wenn sie aber auch Schmerzen hinter dem Brustbein haben, strahlen die manchmal anders aus, zum Hals oder zum Unterkiefer hin. Wie gesagt, es kann dieselbe Symptomatik sein, aber es muss die nicht sein. Und Übelkeit ist ja ein sehr breitgefächertes Symptom oder mit breitgefächerten Ursachen. Insofern ist das immer ein bisschen schwierig einzuschätzen. Ich würde sagen, wenn solche Symptome sich verstärken, wenn sie wiederholt auftreten, dann sollte man das unbedingt abklären lassen und auch mal zum Kardiologen gehen, um einfach nachzuschauen, ob das Herz ganz gut funktioniert.

Katrin Simonsen

Auch Rückenschmerz, habe ich gelesen, kann bei Frauen auftreten?

Sandra Eifert

Das kann möglich sein. Aber Rückenschmerzen können ja auch viele Ursachen haben.

Katrin Simonsen

Das heißt, das Problem ist sozusagen: Wir Frauen erkennen die Symptome nicht, gehen dann zu spät zum Arzt. Und eventuell haben wir auch Pech und der Arzt ist nicht so gut ausgebildet und erkennt unsere Symptome nicht.

Sandra Eifert

Jein, also, natürlich ist es so, erstmal muss man auch beweisen und sozusagen die Standarddiagnostik durchführen. Aber auch diese Standarddiagnostik ist bislang am Mann orientiert. Wichtig ist für die Frauen, dass eine Untersuchung unter Belastung stattfindet. Das heißt, wenn die erstmal kommt und sagt, sie hat wiederkehrende Beschwerden, dann fragt man natürlich, ob das unter Belastung auftritt oder nicht, dass man ein Belastungs-EKG macht. Das heißt, die Patientin sitzt entweder auf dem Fahrrad oder befindet sich auf dem Laufband, und man leitet das EKG, das Elektrokardiogramm ab. Wenn da keine Pathologie ist, gibt

es natürlich auch heute weitere, gute funktionelle Untersuchungen wie eine Szintigrafie, eine Ultraschalluntersuchung unter Stress, also auch heißt das, dass die Patientin wieder auf dem Rad sitzen kann. Man kann aber diese Belastung auch medikamentös auslösen. Und solange sich dort ganz unauffällige Ergebnisse zeigen, ist das nicht die Ursache.

Katrin Simonsen

Aber kann ich mit so einem Herzinfarkt noch Radfahren oder aufs Laufband gehen?

Sandra Eifert

Gut, wenn jemand natürlich in einem akuten Herzinfarkt kommt, würde man diese Untersuchung nicht machen. Dann würde man aber schon im Ruhe-EKG Veränderungen sehen.

Katrin Simonsen

Okay, in Ihrem Buch habe ich auch spannend gelesen, wir Frauen kommunizieren auch oft falsch beim Arzt. Wir erzählen dem irgendwie unsere ganze Stress-Geschichte der vergangenen Woche, nach dem Motto: „Ja, mein Mann hatte Geburtstag, da hatte ich viel zu tun. Und da war mir mal schlecht und übel. Da habe ich mich aber hingelegt“ und... ist das wirklich so?

Sandra Eifert

Also ich würde sagen, sie kommunizieren vor allem anders. Wir Netzwerken ja auch anders. Und tatsächlich ist es so, dass auch in dem medizinischen Kontext, gerne von Frauen die soziale Situation geschildert wird. So wie sie es eben erklärt haben. Und das führt natürlich dazu, dass dann manchmal auch nicht adäquat nachgefragt wird, was aber total sinnvoll wäre. Ja, man muss sich einfach Mühe geben, diese Geschlechteraspekte und auch das Sozialverhalten von Frauen und Männern zu beachten.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, stellen Sie das bei sich in der Praxis eigentlich auch fest, dass die Frauen viel um den heißen Brei herumreden? (lacht)

Katrin Schaudig

Ja. Ja, das stellen wir relativ viel fest. Es ist natürlich, das wird Frau Eifert auch bestätigen, es ist natürlich ein bisschen eine Frage der Übung und der Übung in der Gesprächsführung. Dass

man versucht, die Patientin dahin zu lenken, wo man sie haben will. Wir stellen ja dann immer gerne mal die Feen-Frage. Wenn ich eine Fee wäre, was soll ich wegzaubern?

Katrin Simonsen

Das müssen Sie jetzt erklären, die Feen-Frage. Die kenne ich noch nicht.

Katrin Schaudig

Die Feen-Frage, ach die kennen Sie noch nicht? Ich dachte, die kennen Sie. Ich erzähle so oft, aber, also die Feen-Frage geht so: Patientin sitzt da, erzählt mir ganz viel, zum Teil von ihrem Leben. Schreibt übrigens auch viele ihrer Symptome einer Stresssituation zu. Auch das fällt mir auf, dass die selber schon mit der Erklärung ankommt. Und dann erzählt sie vielleicht zehn Minuten, Viertelstunde was, und ich frage mich dann hinterher: „Was hat die eigentlich jetzt?“ Ich weiß es dann manchmal gar nicht, was ist das Hauptproblem. Und um rauszukriegen, was belastet die Patientin eigentlich am meisten, stellen wir dann oft die Feen-Frage oder die Harry-Potter-Frage. Dann sage ich so: „Stellen Sie sich vor, Sie begegnen mir im Wald, und es ist ihr Glückstag, und ich bin eine Fee. Und ich sage Ihnen ‚Okay, ich kann zaubern. Aber ich kann nur ein Symptom wegzaubern‘.“

Und dann geht die Patientin so ein bisschen in sich und überlegt mal kurz, ist dann immer ganz verblüfft bei dieser Frage. Und dann sagt sie: „Ja, das ist mein Hauptproblem“. Manchmal sagt sie dann, zehn Kilo weniger, darüber hatten wir noch gar nicht gesprochen. Das kann ich nicht wegzaubern, aber ich kriege raus, was belastet die am meisten. Und dann merke ich vielleicht, es sind gar nicht die Hitzewallungen, die stören, sondern es ist der schlechte Schlaf. Oder vielleicht ist das, was sie am meisten belastet, die trockene Scheide oder eben das Herzproblem. Was auch immer es ist. Also ich kriege leichter raus, was ist das Thema. Aber es ist auch das, was Frau Eifert sagt, die reden manchmal eben um heißen Brei rum, und ich muss wirklich dann rauskriegen, was ist hier eigentlich wirklich das Problem. Und dieses Kausalitätsbedürfnis, das mir immer ganz oft schon so eine Erklärung mitgeliefert wird, warum jetzt was so ist. Und dann

sage ich: „Wissen Sie, mich interessiert in erster Linie, was haben Sie eigentlich genau? Und dann können wir nach einer Ursache suchen.“ Das ist tatsächlich schwierig.

Katrin Simonsen

Nun bekommen ja nicht alle Frauen einen Herzinfarkt. Also das Risiko steigt, es gibt sicherlich bestimmte Risikogruppen. Stimmt es, dass frühe Hitzewallungen und langanhaltende Hitzewallungen auch ein Anzeichen sein können, schon für Ablagerungen an der Halsschlagader oder Verkalkung der Herzkranzgefäße? Ist das so ein Risikosymptom sozusagen?

Katrin Schaudig

Das ist übrigens ein sehr spannendes Thema, auch so ein bisschen ein Hobby von mir. Es gibt relativ gute Untersuchungen, und zwar relativ viele, die sagen: Wenn Hitzewallungen deutlich vor der Menopause losgehen und über einen langen Zeitraum anschalten, dass diese Frauen ein signifikant erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben. Es gibt eine Studie, eine riesige Studie aus den USA, die heißt „*Womens Health Across The Nation*“, oder Swan Study. Da hat man wirklich über einen langen Zeitraum, ich glaube 16 Jahre oder so, Frauen immer wieder beobachtet im Zeitraum der Peri-Menopause. Und da kommt an einer Stelle raus, dass es Frauen gibt, die fangen tatsächlich zehn Jahre vor der Menopause an zu schwitzen, und schwitzen aber dann auch noch lange nach der Menopause. Das ist ungefähr ein Viertel aller Frauen gewesen. Ich habe das dann so gelesen, habe gedacht, das ist ja merkwürdig, die haben doch nicht zehn Jahre vor der Menopause schon einen Hormonmangel. Das kann ja gar nicht sein. Wieso schwitzen die? Meine persönliche These ist dazu, und ich muss dazu sagen, die haben das dann auch nachuntersucht. Die hatten tatsächlich mehr fatale Herzereignisse.

Und es gibt auch andere Studien, die klar sagen: Viel Hitzewallungen, viel kardiovaskuläre Erkrankungen, und meine persönliche Hypothese ist – und jetzt wird es wirklich spannend – dass das Frauen sind, die schwitzen gar nicht wegen des Hormonmangels, sondern die schwitzen zum Beispiel wegen einer Insulinresistenz. Auch das hat diese Studie gefunden.

Dass Frauen mit einer Insulinresistenz, das kann man messen im Blut, mehr schwitzen als die anderen. Und jetzt wird es ganz spannend. Die Hitzewallungen werden ja quasi vom Hirn getriggert, also das Hirn hat so Messfühler. Und wenn Östrogenmangel einsetzt, werden Neuronen aktiviert, die dann ins Wärmeregulationszentrum das Signal schicken „Schwitze“. Also jetzt, um es ganz verkürzt darzustellen. Und interessanterweise haben diese Neuronen auch Insulinrezeptoren. Und wenn jetzt der Insulinspiegel zu hoch ist, weil die Frauen Insulinresistenz haben, die haben Sie vielleicht einfach aus genetischen Gründen oder weil sie zu übergewichtig sind, oder warum auch immer, dann, wenn die eine Insulinresistenz haben, wird das Schwitzen ausgelöst. Das heißt, das Schwitzen ist nicht als solches ein Risikofaktor, sondern möglicherweise haben die eine Grunderkrankung, die das Schwitzen sozusagen auslöst oder fördert. Aber es ist die Grunderkrankung, die das hohe Herz-Kreislauf-Risiko mit sich bringt.

Es gibt nun auch Forscher, die haben gesagt: „Nein, es gibt auch Frauen, die haben das alles nicht. Und die Hitzewallungen als solche machen was, auch an der Gefäßelastizität“. Das Stichwort kam ja am Anfang schon mal. Also so ganz genau wissen wir es nicht. Aber meine persönliche Meinung ist, es sind Frauen, die von vornherein auch, wo der Sympathikus von vornherein verstärkt aktiviert ist. Und die bereits in jungen Jahren, also noch vor der Menopause ein sogenanntes metabolisches Syndrom haben. Und deswegen verstärkt schwitzen... ist meine persönliche Hypothese dazu.

Sandra Eifert

Hochinteressant! Ich habe was gelernt jetzt. Spannend, sehr spannend.

Katrin Simonsen

Kann man nur raten, dass man dann doch mal das untersuchen lässt, wenn man diese Hitzewallung hat und noch gar nicht in dem Alter ist, dass man da mal nachschauen lässt.

Katrin Schaudig

Also ich würde immer, wenn ich Patienten habe, und die sind jetzt gerade so um die 50, und sind jetzt tatsächlich in der Peri- oder Post-

Menopause und die sagen: „Ich schwitze aber schon seit zehn Jahren“ – da ist dann ein Schnellzug zum Kardiologen angesagt, also mit dem schnellsten Taxi, dass sie kriegen können! Da bin ich wirklich sehr pushy. Und ich finde es auch gut, dass wir das jetzt mehrfach angesprochen haben. Für mich ist eigentlich dieser Lebenszeitraum um die 50 der Punkt, wo Frauen mal wirklich anhalten sollten, und mal ihre gesamte Gesundheitssituation beleuchten sollten, auf allen möglichen Risiken, die sie mitbringen.

Und jetzt kommt eigentlich so der Punkt, Frau Simonsen, Sie haben es vorhin gesagt: Ja, wenn das alles am Östrogenmangel liegt, warum geben wir dann den Frauen nicht allen einfach Östrogene? Da wird es mit dem Herzen alles ganz schick. Ja, ich habe auch so ein bisschen den Impuls, aber ich glaube an erster Stelle müssen wir dann die Frauen auch dazu beraten: „Lassen Sie sich checken, lassen Sie sich untersuchen.“. Und dann müssen diese sogenannten Rahmenbedingungen, wie Blutdruck, optimal eingestellt werden. Und dann noch bitte die Blutfette müssen eingestellt werden. Und dann werden wir vielleicht noch on top mit den Hormonen was machen, aber auch an der Stelle: Lebensstil, Bewegung, Sport, gesunde Ernährung, mehr pflanzliche Kost. Das ist ja alles schon angeklungen. Also ich glaube, wir müssen denen eigentlich so ein Rundum-Paket schnüren, wenn sie es sich schnüren lassen. Das ist ja die nächste Frage.

Katrin Simonsen

Auch ganz spannend fand ich zum Thema „Wer ist eigentlich besonders gefährdet“, dass auch die Frauen, die schon in der Schwangerschaft einen Bluthochdruck hatten oder einen Schwangerschafts-Diabetes, mehr gefährdet sind. Stimmt das?

Sandra Eifert

Ja, nach den amerikanischen Leitlinien ist das so. Dass eben, wir hatten vorhin über die Autoimmunerkrankungen gesprochen, die ja ein besonderes Risiko für die Frauen bedeuten, auch eben Schwangerschafts-Komplikationen wie Schwangerschaft, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck während der Schwangerschaft bis hin zur

Schwangerschaftsvergiftung, als kardiovaskuläre Risikofaktoren gelten. Und nach den US-Leitlinien kriegen diese Patientinnen ebenfalls Aspirin, also einen gewissen Blutverdünner und einen Fettsenker hinzu. Ich gestehe aber, dass ich auch bezweifle, dass sie das tatsächlich nehmen. Weil meistens handelt es sich ja, wenn dieses Ereignis passiert, um tendenziell eher sehr junge Frauen, denen es danach auch wieder sehr gut geht und die natürlich sagen: „Wieso soll ich das denn jetzt nehmen?“ Ja, das kann man natürlich nicht in jedem Fall beweisen. Aber das Risiko ist auch nicht allen Patientinnen bewusst, selbst wenn man versucht, ihnen das ausführlich zu erklären. Aber die Studienlage zeigt es genau so, dass das Risiko, auf die Lebenszeit gerechnet, erhöht ist.

Katrin Simonsen

Und ich würde jetzt gern noch ein paar Höerinnen-Fragen mit Ihnen besprechen. Da habe ich Claudia, die ist 55 Jahre, hat seit zwei Jahren mit Wechseljahrsymptomen zu kämpfen. Unter anderem Herzklopfen, besonders unangenehm beim Einschlafen. Sie schreibt: „Ich liege im Bett und fühle mein Herz rasen. Auch manchmal zu unterschiedlichsten Situationen fühlt es sich an, als ob mein Herz blubbert. Und ich bekomme dann einen Riesenschreck. Außerdem habe ich auch Schlafstörungen. Die Beine tun nachts weh. Ich werde immer ängstlicher“. Ihr Frauenarzt hat ihr ein Hormonpflaster „Fem7 Conti“ verschrieben, und sie fragt sich, ob sie vielleicht lieber andere Hormone nehmen soll, oder was sie sonst tun soll. Frau Schaudig, wollen sie anfangen?

Katrin Schaudig

Ja, ich glaube, da muss ich drauf antworten. Nur nochmal kurz: Vor zwei Jahren war die letzte Regelblutung. Richtig? Haben Sie das gesagt?

Katrin Simonsen

Nee, sie ist 55 und kämpft seit zwei Jahren mit Symptomen...

Katrin Schaudig

Also, wir wissen nicht so richtig, wann die gebutet hat. Also der Punkt ist so ein bisschen, auch da habe ich noch mal die Fantasie: Perimenopause und schwankende Spiegel. Das

müsste man dann noch einmal checken. Wenn sie Einschlafprobleme hat, würde ich tatsächlich natürliches Progesteron bevorzugen wegen des sedierenden Effekts. Das hat sie mit dem *Fem Conti* unter Umständen nicht. Aber wenn der Eierstock noch mitmischt, und sie ab und zu Blutungen hat, dann muss sie sowieso nochmal diese Methode, die wir gerade angesprochen haben, also eher Unterdrückung der schwankenden Eierstockfunktion, mit einem Gel...

Ich würde bei der aber auch unbedingt nochmal die Schilddrüse untersuchen ehrlich gesagt, also die hat sicher ein Wechseljahrs-Problem, hat ja auch noch andere Symptome, die in die Richtung gehen. Auf der anderen Seite muss man immer sich überlegen, eine Schilddrüsenüberfunktion macht ganz ähnliche Symptome. Macht Einschlafprobleme, macht Herzklopfen. Ja, und kann auch so ein bisschen die Stimmung beeinträchtigen. Also, das muss sie auf jeden Fall noch machen, einmal die Schilddrüse abklären. Nicht, dass die eine Überfunktion hat. Und die Übergangsphase setzt auch Frauen einem höheren Risiko aus, dass jetzt plötzlich ein Autoimmunes geschehen der Schilddrüse losgeht, also zum Beispiel eben eine Überfunktion, das muss man mit gucken.

Katrin Simonsen

Und auch mal zum Kardiologen gehen?

Sandra Eifert

Ja, aber auch nicht in erster Linie, sondern, wie Frau Schaudig sagt, die anderen Dinge ausschließen oder erst auch behandeln.

Katrin Simonsen

Dann kommen wir zu Anita, die ist 50, schlank und sportlich, hat seit knapp zwei Jahren massive Extrasystolen. Hat es auch schon messen lassen, 2000 bis 5000 täglich, vor allem unter Bewegung. Sie schreibt: „Die Kardiologen sagen, dass mein Herz gesund ist und sie nichts tun können. Jetzt ist allerdings eine Ablation im Gespräch“ – Das erklären wir gleich, was das ist – „vor der ich mich aber scheue. Meine Haus- und Frauenärztinnen sprachen hingegen sofort das Wort „Hormone“ aus, als ich von den Beschwerden berichtete. Aber ich habe ansonsten keinerlei Beschwerden, die auf

Wechseljahre hindeuten. Ich habe sehr regelmäßig noch meine Blutungen, allerdings gering. Mein Schlaf fühlt sich gut an, obwohl ich zwei bis dreimal nachts wach werde. Die Stimmung ist meistens gut. Nun, meine Frage: Rechtfertigen diese Extra-Systolen als alleiniges Symptom eine Hormonersatztherapie? Kann ich diese gegebenenfalls einfach ausprobieren, und wenn es nicht hilft, wieder absetzen? Und soll ich dann Östrogene und Progesteron zyklisch nehmen, weil ich ja noch blute?“. Zunächst würde ich Frau Eifert mal fragen, mit dieser Ablation, was das ist und wann Sie eigentlich zu sowas raten?

Sandra Eifert

Die Ablation ist die Verödung der Reizleitungsbahnen, die für solche Extraschläge verantwortlich sind. Es hängt wirklich davon ab, wie stark beeinträchtigt eine Patientin ist, und diese hier geschilderte scheint ja deutlich beeinträchtigt zu sein. Trotzdem ist das ein invasiver Eingriff, der über den Herzkatheter sozusagen gemacht wird. Also diese Verödung findet über eine Art Herzkatheter statt, bei der man eben einen Katheter über die Leiste zum Herzen und an die bestimmten Stellen schiebt, wo die Reizleitungsbahnen langlaufen. Und dann kann man die veröden durch Kälte, durch Radiofrequenz-Wellen und so weiter. Das ist die Therapie der ersten Wahl, wenn gehäuft die Extra-Systolen auftreten, eigentlich über eine höhere Frequenz noch, also bis zu 10.000 am Tag. Und wenn die Patientinnen allerdings, und Patienten auch, starke Symptome beschreiben und diese beklagen. Allerdings würde man ja in diesem Fall mit all den genannten Fakten doch auch erst mal schauen, ob das medikamentös zu behandeln ist, und ob natürlich auch doch andere Ursachen vorliegen. Frau Schaudig hat vorhin natürlich das Thema der Hormone genannt. Aber eben auch die Schilddrüse kann hier noch vorab untersucht werden. Es ist ja jetzt keine Eile geboten, sofort eine Ablation zu machen. In den meisten Städten wird der Termin vielleicht sowieso ein bisschen auf sich warten lassen. Also insofern haben wir auch Optionen.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, wegen Hormonersatztherapie: Da haben wir wieder das Thema, sie blutet ja

noch. Also es könnte jetzt auch sein, dass es wieder diese Schwankungen sind, die Probleme bereiten, ne?

Katrin Schaudig

Ja, das könnte absolut sein. Deswegen wäre diese Geschichte mit Östrogen und Progesteron zyklisch möglicherweise für die Patientin nicht das Richtige. Ich meine, die hat ja auch noch sehr regelmäßig die Regel, hat sie ja gesagt. Wobei man sich dann fragen muss, ist das eine wirklich echte Regelblutung, sondern einfach nur immer eine Zwischenblutung, die zu so einer Art zufälligerweise einigermaßen zyklisch passiert. Also, das muss man sich schon mal noch einmal ganz genau angucken, würde ich eben auch nochmal eine Hormondiagnostik tatsächlich machen.

Katrin Simonsen

Und wenn sie sozusagen noch in dieser Schwankungsphase ist, dann doch lieber mit dieser Gestagen-Pille statt mit Östrogen und Progesteron.

Katrin Schaudig

Ja, würde ich machen.

Katrin Simonsen

Zum Bluthochdruck und Hormonersatztherapie, haben wir auch Fragen bekommen. Karin hatte ihre letzte Blutung 2020, und schlägt sich seit vier Jahren mit den üblichen Beschwerden rum: Hitzewallungen, schlechter Schlaf, Gelenkschmerzen. Nun hat sie überlegt, doch einmal Hormone zu probieren. Allerdings hat sie seit Herbst einen leichten Bluthochdruck. Vorher immer war der zu niedrig. Jetzt ist, das Herz ist wohl in Ordnung, und die Blutwerte auch. Sie fragt: Darf sie trotz leicht erhöhtem Blutdruck, der noch nicht behandelt wird, mit Hormonen anfangen? Frau Schaudig...

Katrin Schaudig

Ja, da haben wir jetzt so ein Paradoxon ehrlich gesagt. Also, es gibt Stimmen und auch Experten, oder auch in manchen Leitlinien, die sagen Bluthochdruck ist eine Kontraindikation für die Einleitung von Hormonen. Ich finde das schwierig, weil meine Erfahrung ist, der Blutdruck sinkt vielleicht mit Hormonen. Also ich

würde wahrscheinlich mit dem Kardiologen erwägen zusammen, also oder mit dem Hausarzt, doch den Blutdruck etwas zu senken. Und erst wenn der Blutdruck normal ist, mit einer Hormontherapie zu beginnen. Und dann könnte man im zweiten Schritt die Blutdruckmedikation absetzen, also ein nichtbehandelter Bluthochdruck ist eigentlich ein Grund, nicht mit einer Hormontherapie anzufangen. Ob das gerechtfertigt ist oder nicht, das ist mal dahingestellt. Aber zumindest sagen das die Empfehlungen. Das heißt, ich würde bei der erst den Blutdruck einstellen. Dann mit Hormonen beginnen über die Haut, so jemandem keine geschluckte Östrogen-Gabe, sondern über die Haut, weil wir dann keine Gerinnungsrisiken eingehen. Und dann kann man ja mittelfristig mal gucken, gehen wir vielleicht ein bisschen runter mit dem Blutdruckmittel?

Katrin Simonsen

Frau Eifert, wir Frauen haben ja meist eher einen zu niedrigen Blutdruck. Wie bekomme ich denn überhaupt mit, dass mein Blutdruck steigt?

Sandra Eifert

Wie Sie merken, dass der sich verändert, also vor allem, wie man merkt, dass der steigt – Symptome von hohem Blutdruck ist Schwindel, sind Kopfschmerzen und auch Nasenbluten. Wenn das wiederholt auftritt, sollte man den Blutdruck mal messen lassen.

Katrin Simonsen

Und ab wann muss ich dann Blutdrucksenker nehmen? Ab wann wird es gefährlich?

Sandra Eifert

Also in unserem Land ist es ja so, dass die Zielwerte für Frauen beim ersten Wert, beim systolischen Wert unter 130 Millimeter Hg liegen sollen. Und der zweite, der diastolische Wert, sollte 90 Millimeter Hg nicht überschreiten. Besonders wenn der zweite Wert über 100 ist, muss man also auch den Blutdruck medikamentös einstellen. Und da gibt es ist eine ganze Palette an Medikamenten. Je nachdem, wie hoch die Werte sind, kann man erst einmal mit Einzelpräparaten einsteigen oder direkt mit einer Kombination. Es gibt inzwischen auch Pillen, wo praktisch drei Präparate gleichzeitig

drin sind. Besonders gut wirken hier die sogenannten ACE-Hemmer, also die greifen in die Blutdruckregulation ein. Der Begriff steht für „*Angiotensin Converting Enzyme*“, Inhibitoren und Hemmer. Dazu kommt eine neue Stoffgruppe, die praktisch die Weiterentwicklung dieser ACE-Hemmer darstellen: Die Angiotensin-Rezeptorblocker, also die Hormone, die den Blutdruck hochhalten, direkt blockieren. Man kann das kombinieren mit bestimmten Wassertabletten oder eben auch mit den vorhin schon genannten Betablockern. Weil viele Menschen sind auch sehr unruhig, wenn der Blutdruck steigt, sodass das manchmal auch ein guter Effekt ist, über diese Sedierung und über die Sympatikus-Blockade.

Katrin Simonsen

Eine Frage habe ich noch zu Nährstoffen. Eine Hörerin schrieb uns, dass sie gelesen hat, dass eine gemeinsame Gabe von Vitamin D mit Kalium nicht nur gegen Osteoporose, sondern auch Arteriosklerose helfen soll.

Sandra Eifert

Also besonders das Vitamin D spielt eine ganz große Rolle für die Herz-Kreislauf-Gesundheit, zum einen gegen die Osteoporose, gegen die Arteriosklerose, aber auch gegen Herzschwäche. Also ein ausgeglichener Vitamin D-Spiegel ist für viele Dinge sehr gut und sehr wichtig.

Katrin Simonsen

Und das mit dem Kalium, haben Sie das schon mal gehört?

Sandra Eifert

Gut, Kalium sollte für die Herzfunktion ausgeglichen sein. In der Herzmedizin streben wir sogar einen eher hohen Kaliumwert an, also hoch normalen Kaliumwert, weil dann einfach der Herzschlag regelmäßig ist und Rhythmusstörungen seltener auftreten, auch eine schnelle Herzfrequenz dann seltener auftritt. Insofern kann das gut sein. Ich kenne diese Kombination tatsächlich nicht, sondern ich kannte immer die mit Vitamin D und Kalzium.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, haben Sie davon schon mal was gehört, Vitamin D mit Kalium?

Katrin Schaudig

Ich habe gerade so ein bisschen die Fantasie, ob es sich da ein kleiner Irrtum eingeschlichen hat. Es wird ja mit Vitamin K oft kombiniert, weil es Daten gibt, dass es besser resorbiert wird. Vielleicht meinte die gar nicht Kalium, sondern dieses Vitamin K. Also, das könnte ich mir vorstellen. Aber da gibt es übrigens keine abschließende Bewertung nach meiner Kenntnis, sodass das nicht generell empfohlen wird. Aber das muss man nachgucken.

Katrin Simonsen

Damit sind wir am Ende dieser Folge. Das war unsere Premiere mit unserem ersten Studiogast. Mir hat es sehr viel Spaß gemacht. Ich denke Ihnen beiden auch?!

Katrin Schaudig

Ja, total viel!

Sandra Eifert

Also mir auch. Ich habe auch sehr viel gelernt. Vielen Dank!

Katrin Simonsen

Danke an Sie, Frau Prof. Eifert, dass Sie sich die Zeit genommen haben und so viele spannende Sachen erzählt haben. Wer da auch noch mal nachlesen möchte, wem das jetzt vielleicht alles zu schnell ging, dem empfehle ich ihr Buch „Herz-Sprechstunde“, es ist ganz leicht zu finden. Und danke natürlich Dr. Katrin Schaudig, hat wieder viel Spaß gemacht mit Ihnen. Und wir hören uns dann in zwei Wochen wieder!

Katrin Schaudig

Ja, vielen Dank auch!

Katrin Simonsen

Tschüss!

Katrin Schaudig

Tschüss!

Katrin Simonsen

Und bis zu unserer nächsten Folge möchten wir euch einen anderen Podcast ans Herz legen. Und zwar die Ernährungs-Docs vom NDR. Wissenschaftsjournalistin und Host Julia Demann trifft auf die drei erfahrenen Ernährungsmedizinerinnen Matthias Riedl, Silja Schäfer

und Viola Andresen. In jeder Folge widmen sie sich einer kniffligen Patientengeschichte und liefern jede Menge Infos für den eigenen Alltag rund um die heilende Kraft der Ernährung. Und natürlich gibt es jedes Mal auch ein Rezept zum Nachkochen. Die Ernährungs-Docs findet ihr in der ARD Audiothek und wir verlinken euch den Podcast auch in den Shownotes.

Und in zwei Wochen sprechen Frau Schaudig und ich über vorzeitige Wechseljahre. Und wir erklären, was der Unterschied ist zwischen vorzeitigen und frühen Wechseljahren, und was das auch für Folgen für die Gesundheit der Frauen haben kann. Und wir reden auch darüber, ob es dann sich tatsächlich empfiehlt, mit einer Hormonersatztherapie zu beginnen. Ihr könnt uns weiterhin gern schreiben an hormongesteuert@mdraktuell.de. Abonniert, unseren Podcast, last gern noch eine Bewertung für uns da. Und wir freuen uns natürlich immer, wenn wir uns weiter empfiehlt an eure Freundinnen, Schwestern, Kolleginnen, Töchter, Mütter und natürlich auch gern an eure Partner und Partnerinnen. „Hormongesteuert“ hört überall da, wo ihr Podcast hören könnt, und werbefrei in der App der ARD Audiothek.

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