



© RFBSIP/stock.adobe.com – Stock photo. Posed by a model

Abb. 1 © RFBSIP/stock.adobe.com – Stock photo. Posed by a model

Hormonersatztherapie als Schlüssel zur Healthy Longevity – Erfahrungen und Plädoyer

Hormonelle Veränderungen durch die Wechseljahre beginnen oft früher, als viele denken ■

Eine präventive Behandlung mittels bioidentischer Hormone kann die Lebensqualität sowie gesundes Altern nachhaltig verbessern

Helena Orfanos-Boeckel

Die Alterung ist bei Frauen mit dem Abfall und später auch dem Verlust der Steroidhormone Östrogen, Progesteron und ggf. auch Testosteron verbunden. Diesen in der Lebensmitte stattfindenden Prozess der zunehmenden und dann totalen Ovarialinsuffizienz (Verlust der Eierstockfunktion) entspricht der Peri- und Postmenopause und wird Wechseljahre genannt.

Auch der Mann erlebt ab Mitte 50 beim Älterwerden einen zunehmenden Abfall von Testosteron (Andropause), meist bleibt aber

lebenslang ein gewisser Basisspiegel erhalten, vor allem auch von Östrogenen. Zusätzlich fällt bei Frau und Mann meist schon in den 40ern das DHEA (bei der Frau auch Testosteron) ab, was als Adrenopause (partielle Nebennierenschwäche) definiert wird.

Beginn und Verlauf der Wechseljahre

Die hormonellen Veränderungen im Rahmen der Wechseljahre beginnen meist früher, als sie symptomatisch von den Frauen

wahrgenommen werden. Als Erstes sinkt Anfang/Mitte 40, manchmal auch schon Ende 30, die Bildung von Progesteron, da die Anzahl der anovulatorischen Zyklen von Jahr zu Jahr zunimmt. Fünf bis zehn Jahre später sistiert die Periodenblutung bei dann auch kompletter Erschöpfung der ovariellen Östrogenproduktion. In der Zwischenzeit, der sog. Perimenopause, kann es zu sehr starken Östrogenschwankungen kommen (Abb. 2), die umso unangenehmer ablaufen können, wenn das Progesteron als Gegen-

Zusammenfassung

Hormonelle Veränderungen beginnen in den Wechseljahren meist schon lange, bevor Symptome sichtbar werden. Diese Veränderungen können vielfältige Beschwerden wie Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und körperliche Beschwerden verursachen sowie das Risiko für Osteoporose und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Eine individuelle hormonelle Behandlung kann helfen, diese Beschwerden zu lindern und die Gesundheit im Alter zu erhalten. Frühere gynäkologische Hormonbehandlungen wurden pauschal meist mit körperfremden Hormonen durchgeführt, wobei heute zwischen diesen und bioidentischen Hormonen unterschieden wird. Die moderne Therapie nutzt transdermal das körpereigene Estradiol und oral oder vaginal das körpereigene Progesteron, die gezielt bei klimakterischen Beschwerden sowie zur Vorbeugung altersbedingter Erkrankungen eingesetzt werden können. Studien zeigen, dass ein frühzeitiger und individuell angepasster Einsatz dieser Hormone die Lebensqualität verbessern und das Risiko altersbedingter Erkrankungen deutlich senken kann.

spieler zum Östrogen fehlt. Vieles, was Frauen ab Anfang 40 medizinisch beklagen, entsteht auf dem Boden dieser altersbedingten hormonellen Veränderungen. Die Frauen beginnen schlechter zu schlafen, bekommen mehr Ängste, Übergewicht, Harnwegsinfekte, Blasenschwäche, Gelenkschmerzen, Zahnfleischprobleme oder Haarausfall. Auch die Entstehung von Autoimmunerkrankungen, PMS, Myomen, Arthrose, Schleimhauttrockenheit, erhöhten Cholesterinwerten, Stimmungsschwankungen und Stressempfindlichkeit wird gefördert. Dies sollte fach- und hausärztlich erfragt, beachtet und wenn möglich individuell und spezifisch mit der Gabe der fehlenden körpereigenen Hormone behandelt werden. Meist werden aber in der Praxis diese ursächlichen Komponenten weder ausreichend beachtet noch behandelt.

Bis heute ist es nicht etabliert, präventiv mit Hormonen zu arbeiten, wenn diese im Alterungsprozess auf natürliche Weise abnehmen. Es wird argumentiert, der Wegfall dieser Hormone sei natürlich, diesen Verlauf „wolle“ die Natur so in dieser Weise, und die Natur zu stören sei schädlich. Oder, wenn nicht schädlich, dann sei es auf jeden Fall nicht nötig, denn der Weg-

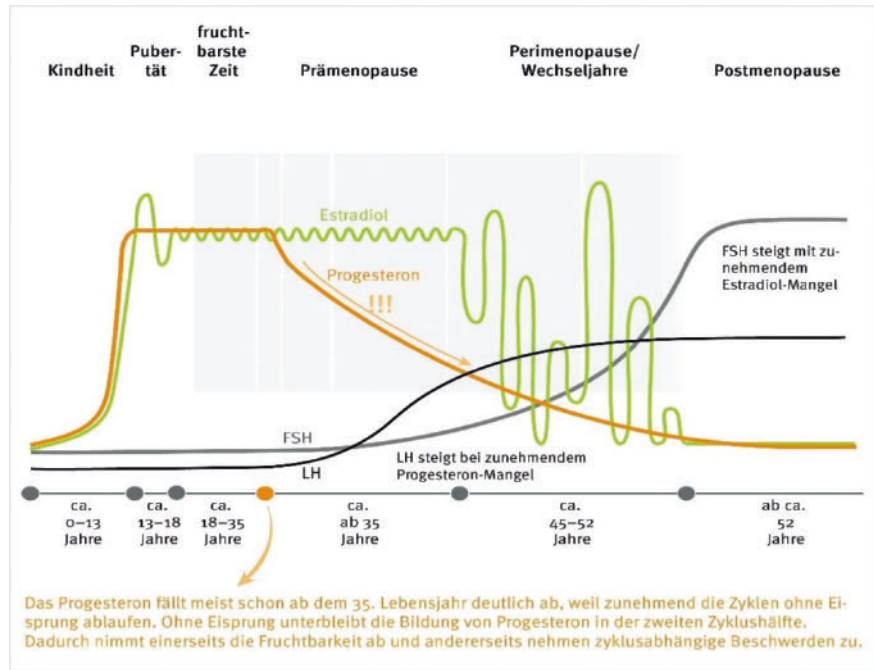


Abb. 2 Beginn der hormonellen Dysbalance bei der Frau. Quelle: Orfanos-Boeckel H. Nährstoff-Therapie. Orthomolekulare Medizin & Bioidentische Hormone: Mangel ausgleichen, Beschwerden lindern, Alterungsprozesse aufhalten. Stuttgart: Trias; 2022: 66

fall der Hormone sei ja nicht lebensbedrohlich.

Mir erscheint das Argument unlogisch, denn in anderen Bereichen der Medizin lassen wir den natürlichen altersgemäßen Verlauf nicht auf sich beruhen. Wir tragen Brillen und Kontaktlinsen, es werden trübe Linsen und kaputte Gelenke ersetzt, Einlagen verordnet, Herzschrittmacher gelegt und sogar Organe transplantiert. Ein deutliches Argument für eine moderne und präventiv ausgerichtete Hormonersatztherapie (hormone replacement therapy, HRT) mit Progesteron zur Nacht und transdermal Estradiol ist neben der Verbesserung der aktuellen Lebensqualität (z. B. durch einen besseren Schlaf und mehr psychische Stabilität) auch die darüber hinausgehenden organschützenden Wirkungen von Progesteron und vor allem Estradiol. Was viele nicht wissen: Progesteron senkt den Blutdruck, wirkt anxiolytisch, antientzündlich und fördert den Knochenaufbau. Estradiol hemmt den Knochenabbau, schützt die Gefäße vor Arteriosklerose und reduziert damit deutlich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Demenz.

Relativ unbekannt ist auch, dass der für Frauen typische postmenopausale Anstieg

des LDL-Cholesterins meist nichts mit der Ernährung zu tun hat. Die Erklärung dafür ist, dass zu einem das Cholesterin als Vorläufer aller Steroidhormone einfach mit dem Wegfall der Abnehmer (Ovarien und Nebennieren) vermehrt ungenutzt im Blut verbleibt, zum anderen verringert sich durch den Verlust der Östrogene die Anzahl der LDL-Rezeptoren auf der Leber, was ebenfalls zu einem Anstieg der LDL-Cholesterinwerte im Blut führt und wiederum mit einem erhöhten Risiko für Arteriosklerose einhergeht.

Deswegen braucht es beim Thema Hormone und „Healthy Longevity“ eine ganzheitliche Betrachtung: Wir altern nicht und haben dann Hormonmangel – nein, es ist umgekehrt. Ab dem Zeitpunkt, an dem uns die Natur mehr und mehr die Hormone „abstellt“, altern wir besonders stark (Abb. 3).

Von der klassischen zur modernen HRT

In der Gynäkologie wurde über lange Zeit pauschal alles, was postmenopausal zur Behandlung von klimakterischen Beschwerden gegeben wurde, als HRT bezeichnet. Wichtig: Es wurde kein Unterschied zwischen Medikamenten wie körperfremden

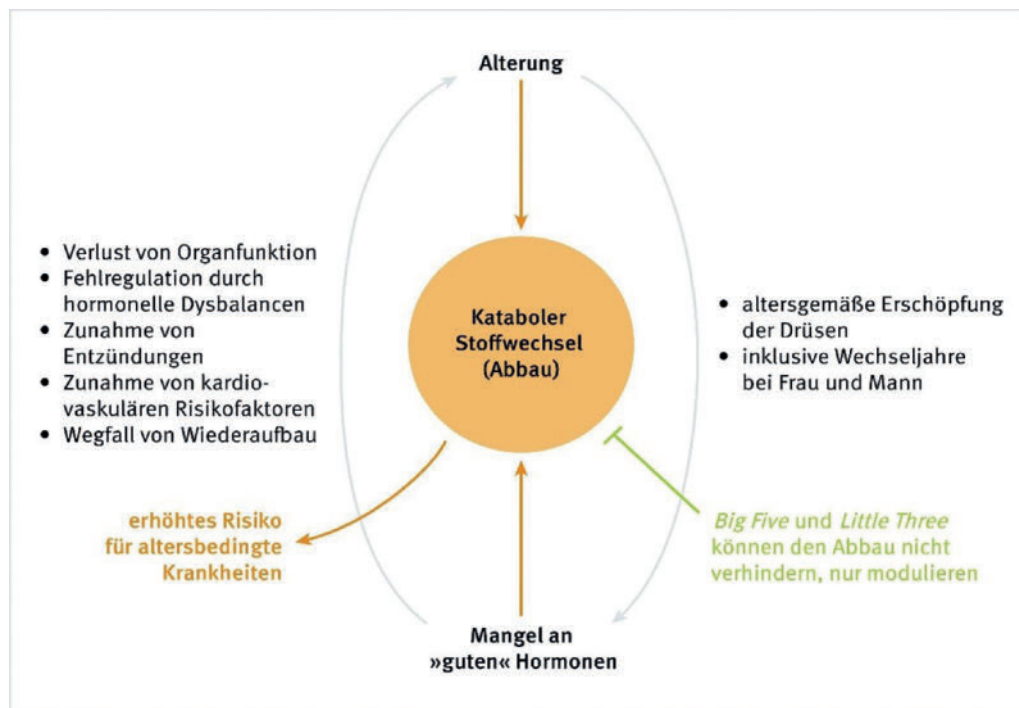


Abb. 3 Ein Team: Alterung und Hormonmangel. Big Five: gesund essen, nicht rauchen, Bewegung/ Sport, wenig/kein Alkohol, kein Übergewicht; Little Three: Entspannung, Begeisterung, nicht einsam sein. Quelle: Orfanos-Boeckel H. Nährstoff-Therapie. Orthomolekulare Medizin & Bioidentische Hormone: Mangel ausgleichen, Beschwerden lindern, Alterungsprozesse aufhalten. Stuttgart: TRIAS; 2022: 68

Hormonderivaten und körpereigenen bzw. bioidentischen Hormonen gemacht. Diese Differenzierung ist heute aber notwendig, da die körperfremden Gestagene (Derivate des körpereigenen Progesterons) und die körperfremden Östrogene (Derivate des körpereigenen Estradiols) ein Nebenwirkungspotenzial haben, was die körpereigenen Hormone nicht haben. Bei der früheren, „alten“ gynäkologischen HRT lag die Hauptbedeutung auf dem Östrogen. Dem Gestagen wurde kein eigener Nutzen zugeschrieben – bei Frauen mit Gebärmutter wurde es nur hinzugefügt, damit die Gebärmutter-schleimhaut unter der Einwirkung der Östrogenkraft nicht wieder anfängt, sich aufzubauen und übermäßig wächst. Diese Aufgabe kann aber das körpereigene Progesteron genauso und sogar besser erfüllen, weil es das Endometrium schützt, ohne die Nebenwirkungsrisiken der körperfremden Gestagene. Zum anderen hat Progesteron auch noch andere unterstützende „natürliche“ Wirkungen auf den Körper, die die Derivate nicht haben.

Kritik an der alten HRT und WHI-Studie von 2002

Gegen Ende der 1990er-Jahre war man vom medizinischen präventiven Nutzen der alten HRT mit körperfremdem Gestagen und

körperfremdem Östrogen als orale Kombi-Pille so überzeugt, dass man den Organschutz der alten HRT vor allem für die Knochen und die Gefäße nachweisen wollte. Dazu wurde die große WHI-Studie (Women's Health Initiative) in Zusammenarbeit an 40 klinischen Zentren mit insgesamt 16608 Frauen durchgeführt. Die eine Hälfte der Frauen bekam ein „Hormonpräparat“ und die andere Hälfte ein Placebo. Die eingesetzten Hormonpräparate waren hauptsächlich körperfremde Hormonderivate (vergleichbar mit der Pille). Untersucht werden sollte, ob diese „alte“ HRT die Frauen im Alter vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen schützt. Im Sommer 2002 folgte der große Schock: Die Studie musste wegen erhöhter Nebenwirkungen vorzeitig abgebrochen werden. Wie kam es dazu?

Bei einem Durchschnittsalter von 63 Jahren waren viele Frauen im Mittel schon seit ca. 10 Jahren in der Postmenopause. Und obwohl es vorgesehen war, nur gesunde Frauen einzuschließen, hatten 50% der eingeschlossenen Frauen schon kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Übergewicht, Rauchen und Fettstoffwechselstörungen, 10% waren sogar bereits kardiovaskulär erkrankt.

Es gab 2 Studienarme: Im Studienarm 1 bekamen ca. 6000 Frauen mit intaktem Ute-

rus im Mittel über 5,6 Jahre entweder eine „Hormontherapie“ mit einer Kombination aus 0,625 mg konjugiertem Östrogen (körperfremd) und 2,5 mg Medroxyprogesteronacetat (MPA; körperfremd) oder ein Placebo. In Studienarm 2 erhielten 10000 Frauen ohne Uterus im Mittel über 7,2 Jahre entweder eine Monotherapie mit nur dem körperfremden konjugierten Östrogen oder ein Placebo. Auf das körperfremde Gestagen konnte bei fehlendem Uterus in diesem Studienarm verzichtet werden.

Im Juli 2002 wurde der 1. Studienarm vorzeitig abgebrochen, nachdem in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Placebogruppe eine diskrete, aber statistisch signifikante Zunahme an Brustkrebsdiagnosen und insgesamt ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko verzeichnet worden waren. Es gab aber auch Vorteile in Bezug auf Osteoporoseprävention sowie eine Risikoreduktion für Darmkrebs und Diabetes Typ 2, und insgesamt war sogar die Gesamtmortalität niedriger.

Interessant war im 2. Studienarm, dass der Nutzen für die Frauen mit alleiniger Gabe des konjugierten Östrogens noch größer war: Hier gab es weniger koronare Herzkrankheiten, und das Brustkrebsrisiko war – trotz körperfremdem oralen Östrogenderivat – tendenziell sogar gesunken. Nur das

Risiko für eine Thrombose blieb in Studienarm 2 höher als in der Kontrollgruppe. Dies impliziert zum einen, dass vor allem das körperfremde Gestagen (MPA) für viele der unerwünschten Nebenwirkungen in Studienarm 1 (insbesondere Brustkrebs) verantwortlich war (das ist heute gesichert), und zum anderen, dass oral eingenommene Östrogene, egal ob körperfremd oder körpereigen, das Thromboserisiko erhöhen können. Im Nachhinein betrachtet war die WHI-Studie schlecht angelegt. Die teilnehmenden Frauen waren zu alt und kardiovaskulär nicht wirklich gesund – man hatte zu spät die falsche HRT an Kranke gegeben. Zwei der Autoren der Studie haben sich später im New England Journal of Medicine sogar entschuldigt: Sie stellten klar, dass man die Studienergebnisse der im Schnitt 63-jährigen nicht auf die Gruppe der Jüngeren (50–59 Jahre) übertragen könne. Leider spukt diese Studie immer noch in vielen Köpfen von Kolleginnen und Kollegen herum, was zu unnötiger Sorge und Angst bei den Patientinnen führt.

Moderne HRT mit körpereigenen Hormonen

Nach den geltenden gynäkologischen Leitlinien haben Frauen ein Recht auf eine kurative Behandlung, wenn sie über die typischen klimakterischen Beschwerden wie Hitzewallungen und Schlafstörungen klagen und wenn die letzte Menstruation nicht zu lange zurückliegt. Hier spricht man vom sog. „Window of Opportunity“, das sich 10

Jahre nach der letzten Regelblutung schließt. In diesen 10 Jahren – möglichst in den ersten 3 Jahren nach der letzten Blutung – sollte man mit der HRT beginnen. Studien haben gezeigt, dass der Nutzen für die Gefäße und damit auch der Schutz vor Herz-, Nieren- und Gehirnerkrankungen sowie Osteoporose dann am größten ist, wenn die HRT möglichst früh nach der letzten Regelblutung begonnen wird.

In der heutigen gynäkologischen Sprechstunde wird meistens die moderne HRT mit körpereigenen Hormonen, dem bioidentischen 17 β -Estradiol (E₂) und mikronisiertem Progesteron (P), empfohlen. Mit kleinen Dosen sind klimakterische sowie weitere durch das konsekutive Hormondefizit auftretende Beschwerden wunderbar zu lindern. Es bedarf nicht der körperfremden und starken Östrogenderivate der alten HRT, schon gar nicht oral mit erhöhtem Thromboserisiko. Mit den üblichen eher zarten Dosierungen der modernen HRT stellt man allerdings nicht wieder „junge Spiegel“ im Blut ein, jedoch reichen diese kleinen Erhöhungen für den Erhalt der Lebensqualität und die Abbremsung von altersassoziierten Folgeerkrankungen völlig aus.

Internistischer Blick auf die Regeln der HRT

Aus internistischer Sicht ist das gynäkologische Window of Opportunity irreführend. Denn auch wenn Studien den größten Nutzen bei frühem HRT-Beginn in der Menopause gezeigt haben, gibt es keine Studie, die zeigt, dass es nichts mehr bringt, einer 62-jährigen Frau körpereigene Hormone zu geben, die sich insgesamt in einem körperlich guten Zustand befindet, selbst wenn sie mit 48 Jahren ihre letzte Regelblutung hatte. Die Lebenserwartung ist in den letzten Dekaden deutlich gestiegen, sie liegt für Frauen derzeit bei Geburt bei 83 Jahren. Immer mehr Frauen erreichen 90 Jahre und mehr. Das bedeutet, dass eine 60-jährige Frau durchaus noch 25–30 Lebensjahre erlebt, und hier ist die Lebensqualität bzw. die möglichst lange Erhaltung der Gesundheitsspanne vorrangig. Ohne HRT erscheint das für die meisten Frauen unrealistisch.

Nach heutigem Kenntnisstand kann man gerade im Bereich der altersbedingten kardiovaskulären Erkrankungen, osteoporotischer Frakturen sowie der Demenz sehr gut durch eine moderne HRT vorbeugen. Bei unauffälliger Vorgeschichte bezüglich Bruster-

krankungen ist z. B. bei Schlafstörungen die Gabe von Progesteron 100 mg oral zur Nacht eine gute Möglichkeit, um die Schlafqualität zu verbessern. Um den weiteren Knochenabbau bei Osteopenie oder beginnender Osteoporose mit erhöhten Knochenabbauwerten im Blut (Beta-CrossLaps und TRAP 5b) durch die additive Verordnung einer transdermalen E₂-Therapie zu stoppen, muss die Frau vaskulär aber relativ gesund sein. Es darf keine ausgeprägte oder aktive Arteriosklerose bestehen, da sonst möglicherweise die E₂-Therapie zur Plaque-Instabilität (also dem Weichwerden der fibrösen Kappe der Plaque) führt und auf diese Weise kardiovaskuläre Ereignisse gefördert werden. Der Gefäßzustand muss dann vor Beginn der E₂-Therapie durch eine kardiologische und angiologische Diagnostik abgeklärt werden. Bei leichter Risikokonstellation, mit z. B. erhöhtem LDL-Cholesterin und beginnender Arteriosklerose mit stabiler minimaler Plaquebildung, ist die E₂-Gabe möglich, wenn das LDL-Cholesterin zuvor mit Statinen auf risikoadaptierte LDL-Zielbereiche eingestellt wurde und auch andere vaskuläre Risikofaktoren (wie eine arterielle Hypertonie) gut eingestellt sind. Wichtig ist es, hier noch einmal zu betonen, dass E₂ transdermal und Progesteron oral oder vaginal das Thromboserisiko nicht erhöhen und dass man auch Frauen mit einer genetischen Faktor-V-Leiden-Mutation einer HRT zuführen kann. Nur oral eingenommen hat die Therapie mit E₂ durch die entstehenden Metaboliten in der Leber ein etwas erhöhtes Thromboserisiko, nicht aber die transdermale E₂-Gabe. Dies wurde in Studien abgesichert.

Auch kann jede Frau, egal welchen Alters, auch bei Z. n. Mammakarzinom ein vaginales Estriol (E₃-Produkt) verordnet bekommen, was schmerzfreien Sex ermöglicht sowie rezidivierenden Harnwegsinfekten, Blasenschwäche und Harninkontinenz vorbeugt bzw. diese reduziert.

Vielfach falsch eingeschätzt wird die zeitliche Ausdehnung des Bestehens von klimakterischen Beschwerden. Die Wechseljahre hören nicht irgendwann auf, der Hormonmangel und seine krankhaften Auswirkungen gehen weiter, solange die Frau lebt. Nicht wenige Frauen leiden auch noch 15–20 Jahre nach der letzten Regelblutung unter Schlafstörungen oder vermehrtem Schwitzen, abgesehen von den generellen Folgen auf Knochen, allgemeine Vitalität,

So sieht die moderne Hormonersatztherapie (HRT) aus

Die moderne HRT besteht immer aus einer transdermalen Gabe von Estradiol (E₂), begleitet durch oral oder vaginal verabreichtes Progesteron als Kapsel und bei Schleimhauttrockenheit auch Estriol (E₃), das transdermal vaginal gegeben wird. Gegebenenfalls kann je nach Klinik und Laborwerten auch noch transdermal Testosteron in passender Dosierung hinzugefügt werden. Diese moderne bioidentische HRT hat mit den Nebenwirkungen der Pillen, die früher in der HRT eingesetzt worden sind, nichts gemeinsam.

Haut und Schleimhäute, was sich im Laufe der postmenopausalen Lebensjahre summiert.

Insgesamt bleibt das Thema HRT anspruchsvoll, weil die Studienlage teilweise inkonsistent ist. In jedem Einzelfall gilt es, abhängig von Anamnese, Familie, Symptomen und Laborwerten eine individuelle Einstellung zu finden. Vor Beginn einer HRT gibt es insbesondere ein Risiko, das man aktiv mit den Patientinnen durchsprechen muss: das persönliche Risiko für Brustkrebs. Hier muss jede Frau in Absprache mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt je nach individuellem Risiko vorgehen. Sie muss die Vorsorgemöglichkeiten zum Ausschluss eines Mammakarzinoms regelmäßig wahrnehmen, wenn sie die moderne HRT mit den bioidentischen Hormonen nutzen möchte. Nicht, weil die Hormone Brustkrebs verursachen, sondern weil das Alter per se, Übergewicht und vor allem regelmäßiger Alkoholkonsum das Risiko für Brustkrebs bei jeder Frau ansteigen lassen.

Wie bin ich als Nephrologin zu den Hormonen gekommen?

Die Schlüsselpersonen, an denen ich erkannte, dass ein gesunder Lifestyle nicht reicht, um sicher bis ins hohe Alter zu kommen und frei von den Folgen altersbedingter Erkrankungen zu sein, waren fit wirkende, um die 48-jährige gesund lebende Frauen, die schon alles richtig zu machen schienen, sich jedoch trotzdem nicht gut fühlten: Sie waren gestresst, erschöpft, depressiv, ängstlich, der Schlaf war schlecht, die Haut und die Augen trocken, die Haare fielen aus, die Blase war empfindlich, das Gehirn war gefühlt im Nebel, die Schulter war verkalkt, die Gelenke taten weh, der Blutdruck schwankte, das Herz klopfte, aber angeblich sei laut Haus- und Fachärzt*innen alles „o.k.“. Nach einer eingehenden funktionellen „Einschluss“-Labordiagnostik fiel mir auf, dass die Blutbiochemie dieser Frauen ganz und gar nicht topgesund war. In der Labordiagnostik fanden sich neben leicht erhöhten Krankheitswerten mit erhöhten Leber-, Knochenabbau-, Entzündungs-, Fett- und/oder Zuckerwerten zusätzlich häufig noch Nährstofflücken und eben auch hormonelle Störungen. Diese Frauen waren aus einer komplexeren Sicht heraus somatisch biochemisch gestört, die herkömmlichen Krankheitssignale reichten aber nicht aus, um eine medikamentöse Standardtherapie

Hormonersatztherapie HRT (= Hormone Replacement Therapy) ♀		»große« Bioidentische Hormontherapie BHT ♀ ♂
- zur Behandlung von klimakterischen Beschwerden - begrenzte Dauer: bis 10 Jahre nach der letzten Regel (window of opportunity)		- funktionell therapeutischer und präventiver Ansatz - körpereigene Hormone werden eingesetzt, um über eine robuste IBSE den Verlauf von chronischen Krankheiten abzumildern oder ggf. sogar zu vermeiden. ... funktionelle Beschwerden zu behandeln. ... die Gesundheit möglichst lange zu erhalten. ... den Gehirnstoffwechsel und damit die »Psyche« zu unterstützen. ... besser zu altern.
Bis 2002 (vor WHI-Studie) gängige Methode	»alte« HRT • körperfremde »Hormon-medikamente«: • Östrogen- und Gestagen-Derivate • z.B. Presomen comp®, Lafemme®, Kliogest®, Actvelle®, Femoston®, Angeliq®, ... → erhöhtes Risiko für Brustkrebs und Thrombosen ist bekannt	- Einsatz »aller« körpereigenen Hormone: neben Progesteron, E2 und E3 werden auch die Hormone anderer Drüsen, wie z.B. Testosteron, DHEA, Hydrocortison, Schilddrüsenhormone (T4 + T3), Wachstumshormon, Melatonin etc., angewendet. - frühzeitiger Ausgleich einer hormonellen Dysbalance und damit Förderung einer stabilen IBSE - der gesamte Stoffwechsel von Frau und Mann kann so präventiv und kurativ unterstützt werden - besonders hilfreich ist die große BHT bei chronischen Stoffwechselkrankheiten ergänzend zur klassischen Medizin - keine Nebenwirkungen, sondern es ist »nur« die Frage nach der richtigen Dosis zur richtigen Zeit - körpereigene Hormone brauchen Nährstoffe, um im Stoffwechsel Prozesse umsetzen zu können - die Therapie wird regelmäßig im Labor kontrolliert und individuell eingestellt - die Therapie kann, vorausgesetzt es gibt keine Kontraindikationen, lebenslang durchgeführt werden
Heute übliche HRT	»moderne« HRT = »bioidentische« HRT • körpereigene Hormone: • Estriol (E3): z.B. Ovestin®, Oekolp®, Xapro® • Estradiol (E2): z.B. Gynokadin®, Estreva®, Lenzetto® (nur transdermal, da so E2 kein erhöhtes Thromboserisiko hat) • Progesteron: z.B. Progestan®, Utrogest®, Famenita® (hat keinen Einfluss auf die Gerinnung)	

Abb. 4 HRT und große BHT im Vergleich. Quelle: Orfanos-Boeckel H. Nährstoff-Therapie. Orthomolekulare Medizin & Bioidentische Hormone: Mangel ausgleichen, Beschwerden lindern, Alterungsprozesse aufhalten. Stuttgart: TRIAS; 2022: 280

einzuleiten. Natürlich waren diese Frauen in den Wechseljahren. Ich begann zu begreifen: Wenn ich den Frauen präventiv helfen wollte, während der Alterung gesund zu bleiben, musste ich mich mit den Hormonen beschäftigen, die bis dato der Gynäkologie „gehört“ hatten. Ich lernte zu verstehen, wie wichtig Estradiol, aber auch Progesteron, Estriol, Testosteron und DHEA für den Erhalt der weiblichen Stoffwechselgesundheit sind. Ohne eine große internistisch ausgelegte HRT mit körpereigenen Hormonen hatten selbst Frauen, die alles richtig machten, trotz ihres gesunden Verhaltens nicht sicher die Chan-

ce, gesund 80 Jahre alt zu werden. Die Folgen der jahrzehntelangen Alterung ohne hormonellen Schutz waren je nach Genetik und Epigenetik zu stark krankmachend. Mein Fazit war: Ein langes und gesundes Frauenleben mit einem ganz normalen Alltag mit Job, Familie, Stress und Sorgen geht besser mit einem ergänzenden Schutz durch eine begleitende individuelle Hormontherapie mit körpereigenen Hormonen, ergänzend zu allem anderen, was der Gesundheit zuträglich ist (Abb. 3):
■ Big Five: gesund essen, nicht rauchen, Bewegung/Sport, wenig/kein Alkohol, kein Übergewicht

- Little Three: Entspannung, Begeisterung, nicht einsam sein

Healthy Longevity

Wir benötigen in der gesamten haus- und fachärztlichen Medizin einen grundlegenden präventiven Paradigmenwechsel die Wechseljahre, aber auch den allgemeinen Hormonverlust bei Frau und Mann im Rahmen der Alterung betreffend. Wir müssen die Hormontherapie präventiv einsetzen, um die Menschen vor den Folgen der altersbedingten Stoffwechselerkrankungen zu bewahren (Abb. 4). Hier spielt die HRT der Frau eine Schlüsselrolle: Es muss durch das System gemessen und überprüft werden, ob die Frau es sich leisten kann, die HRT für ihre kommenden 40–50 postmenopausalen Jahre nicht zu nutzen.

Interessenkonflikt: Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/a-2645-2515>

Literatur

- 1 Orfanos-Boeckel H. Nährstoff-Therapie. Orthomolekulare Medizin & Bioidentische Hormone: Mangel ausgleichen, Beschwerden lindern, Alterungsprozesse aufhalten. Stuttgart: Trias; 2022
- 2 Orfanos-Boeckel H. Nährstoff-Therapie – Der Praxisleitfaden. Orthomolekulare Medizin richtig dosieren und anwenden. Vorbeugen und heilen mit Vitaminen, Mineralstoffen & Co. Stuttgart: Trias; 2023
- 3 Orfanos-Boeckel H. Nährstoff- und Hormontherapie. Der Präventions-Leitfaden. Welche Laborwerte frühzeitig auf Erkrankungen hinweisen und wie Sie diese optimal einstellen. Ihr Diagnostik- & Therapieplan für ein langes gesundes Leben. Stuttgart: Trias; 2025

Weiterführende Informationen

Praxis: <https://www.praxis-dr-orfanos.de/>

Instagram: <https://www.instagram.com/dr.orfanosboeckel/#>

Übersicht über alle Medienbeiträge der Autorin:
<https://www.praxis-dr-orfanos.de/medienbeitraege/>



Dr. med. Helena Orfanos-Boeckel
Praxis für ganzheitliche Innere Medizin
Sybelstr. 37
10629 Berlin
Deutschland
E-Mail: info@praxis-dr-orfanos.de

Dr. med. Helena Orfanos-Boeckel ist Internistin, Nephrologin, Bestsellerautorin und Pionierin der Nährstoff- und Hormonmedizin. Ihr Studium der Humanmedizin absolvierte sie in Brüssel, Chicago und Berlin, ihre Facharztausbildung an der FU Berlin, heute Charité, dort 10 Jahre Klinikpraxis (internistische Fachabteilung, Intensivstation, Nierentransplantationsambulanz). Seit 2002 ist sie in eigener Praxis in Berlin tätig.