



HORMONBALANCE & WECHSELJAHRE



Frauen 45+, Testosteron und
Männergesundheit im Fokus



HINWEIS VORAB

Dieses Buch fasst allgemeine, wissenschaftlich beobachtete Zusammenhänge rund um Hormonveränderungen bei Frauen und Männern zusammen. Es beschreibt keine Heilversprechen und ersetzt keine gynäkologische, urologische, endokrinologische oder allgemeinmedizinische Diagnose, Beratung oder Behandlung. Hormontherapien – sowohl die Hormonersatztherapie bei Frauen als auch die Testosteronersatztherapie bei Männern – sind verschreibungspflichtige, individuell abzuwägende medizinische Entscheidungen mit potenziellen Risiken und Nebenwirkungen, die dieses Buch nicht ersetzen kann. Bei Fragen zur eigenen Hormonsituation, vor Beginn oder Beendigung einer Hormontherapie oder bei belastenden Symptomen ist der Weg zur Ärztin oder zum Arzt immer der richtige erste Schritt.



INHALT

- ✓ **Vorwort**
- ✓ **Kapitel 1:** Wie Hormone den Körper steuern – Grundlagen
- ✓ **Kapitel 2:** Perimenopause – die unterschätzte Übergangsphase
- ✓ **Kapitel 3:** Wechseljahre – Symptome, Diagnostik und Behandlungsoptionen
- ✓ **Kapitel 4:** Langfristige Gesundheit nach der Menopause – Knochen, Herz, Gehirn
- ✓ **Kapitel 5:** Ernährung, Bewegung und Alltag für Frauen 45+
- ✓ **Kapitel 6:** Testosteron und männliche Hormonbalance – Grundlagen
- ✓ **Kapitel 7:** Der Testosteronabfall im Alter – Diagnostik und Behandlungsoptionen
- ✓ **Kapitel 8:** Prostata, Herz und Vitalität – Männergesundheit 45+ im Alltag
- ✓ **Praxisteil:** Wochenpläne und Checklisten
- ✓ **Schlusswort**



VORWORT

45. Lebensjahr herum beginnt bei Frauen und Männern ein hormoneller Umbruch, der in seiner Bedeutung oft unterschätzt wird. Bei Frauen setzt die Perimenopause ein – eine mehrjährige Übergangsphase, die häufig schon Jahre vor der letzten Regelblutung mit spürbaren Veränderungen beginnt, aber oft nicht als solche erkannt wird. Bei Männern beginnt ein graduellerer, aber ebenso relevanter Rückgang des Testosteronspiegels, der zunehmend nicht mehr nur als unausweichliche Alterserscheinung, sondern als eng mit dem modernen Lebensstil verknüpft Phänomen verstanden wird.

Dieses Buch widmet sich beiden Prozessen mit der Tiefe, die ihnen zusteht. Für Frauen behandelt es die Perimenopause als eigenständige, oft missverstandene Phase, die Wechseljahre mit ihren Symptomen und Behandlungsoptionen, die aktuell neu bewertete Hormonersatztherapie sowie die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen des Östrogenabfalls auf Knochen, Herz und Gehirn. Für Männer behandelt es die Grundlagen des Testosteronhaushalts, den sogenannten Altershypogonadismus mit seinen Diagnosekriterien und Behandlungsoptionen sowie die eng verknüpften Themen Prostatagesundheit und kardiovaskuläres Risiko.

Beide Themenfelder sind medizinisch komplex und in Teilen kontrovers diskutiert – die Bewertung der Hormonersatztherapie hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten mehrfach gewandelt, und auch die Testosteronersatztherapie wird in der Fachwelt unterschiedlich beurteilt. Dieses Buch versucht, den aktuellen Stand der Diskussion nachvollziehbar darzustellen, ohne die eigentliche, individuelle Therapieentscheidung vorwegzunehmen – diese gehört in ein informiertes Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt.



MyFreedomAI

Wissen. Freiheit. Gesundheit.



Wissen stärkt. Entscheidungen verändern. Gesundheit bleibt.





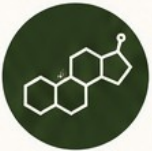
KAPITEL 1:

WIE HORMONE DEN KÖRPER STEuern – GRUNDLAGEN



DAS ENDOKRINE SYSTEM IM ÜBERBLICK

Hormone sind chemische Botenstoffe, die von spezialisierten Drüsen produziert und über die Blutbahn im gesamten Körper verteilt werden, wo sie an spezifischen Rezeptoren in Zielorganen wirken. Die zentrale Steuerung erfolgt über eine Achse zwischen Hypothalamus und Hypophyse im Gehirn, die wiederum periphere Drüsen wie Eierstöcke, Hoden, Schilddrüse und Nebennieren zur Hormonproduktion anregen. Dieses System funktioniert über Rückkopplungsschleifen: Steigt der Spiegel eines bestimmten Hormons, wird die übergeordnete Steuerung gedrosselt; sinkt er, wird die Produktion angeregt. Wechseljahre und alterungsbedingter Testosteronabfall lassen sich als graduelles „Erlahmen“ der peripheren Drüsen verstehen, auf das die übergeordnete Steuerung mit einer kompensatorisch erhöhten Stimulation reagiert.



DIE ZENTRALEN SEXUALHORMONE IM ÜBERBLICK

Östrogen (in seiner wirksamsten Form als Estradiol) wird bei Frauen überwiegend in den Eierstöcken produziert und beeinflusst weit mehr als die Fortpflanzungsfunktion: Es wirkt auf Knochendichte, Gefäßfunktion, Hautelastizität, den Fettstoffwechsel und bestimmte Gehirnfunktionen. Progesteron wird nach dem Eisprung in der zweiten Zyklushälfte produziert, bereitet die Gebärmutter Schleimhaut auf eine mögliche Schwangerschaft vor und hat zusätzlich beruhigende, schlaffördernde Effekte über eine Wirkung auf bestimmte Rezeptoren im Gehirn. Testosteron wird bei Männern überwiegend in den Hoden produziert, in geringerer Menge auch bei Frauen in Eierstöcken und Nebennieren, und beeinflusst Muskelmasse, Knochendichte, Libido, Stimmung und die Fettverteilung.



WARUM SICH DAS HORMONELLE GLEICHGEWICHT MIT DEM ALTER VERÄNDERT

Bei Frauen ist die Anzahl der in den Eierstöcken angelegten Eizellen von Geburt an begrenzt und nimmt kontinuierlich ab; mit fortschreitendem Alter reagieren die verbleibenden Follikel zunehmend unregelmäßig auf die hormonelle Stimulation, was letztlich in der Menopause, dem vollständigen Erliegen der Eierstockfunktion, mündet. Bei Männern verläuft der Rückgang der Testosteronproduktion deutlich gradueller und individuell sehr unterschiedlich, mit einem Rückgang von durchschnittlich etwa ein bis zwei Prozent pro Jahr ab dem 30. bis 40. Lebensjahr, wobei Lebensstilfaktoren hier eine erheblich größere Rolle spielen als beim weiblichen Übergang in die Wechseljahre.



WARUM EIN VERSTÄNDNIS DER GRUNDLAGEN WICHTIG IST

Ein grundlegendes Verständnis dieser Mechanismen hilft dabei, die in den folgenden Kapiteln beschriebenen Symptome, diagnostischen Verfahren und Behandlungsoptionen besser einzuordnen. Es erklärt etwa, warum Hormonwerte im Blut, insbesondere in der Perimenopause, stark schwanken können und eine einzelne Messung oft wenig aussagekräftig ist, oder warum eine Testosteronersatztherapie bei Männern nicht als einfacher „Nachfüllvorgang“, sondern als Eingriff in ein komplexes, rückgekoppeltes System verstanden werden sollte, der sorgfältiges Monitoring erfordert.





KAPITEL 2:

PERIMENOPAUSE – DIE UNTERSCHÄTZTE ÜBERGANGSPHASE



WAS PERIMENOPAUSE BEDEUTET UND WANN SIE BEGINNT

Die Perimenopause bezeichnet die Übergangsphase vor der Menopause (der letzten Regelblutung), in der die Eierstockfunktion bereits unregelmäßig wird, ohne bereits vollständig zu erliegen. Sie beginnt bei den meisten Frauen zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr, bei manchen Frauen bereits Ende 30, und dauert im Durchschnitt vier bis acht Jahre, wobei die individuelle Dauer stark variieren kann. Die Perimenopause endet offiziell zwölf Monate nach der letzten Regelblutung, dem Zeitpunkt, der rückblickend als Menopause definiert wird.



WARUM DIE PERIMENOPAUSE HÄUFIG NICHT ERKANNT WIRD

Ein zentrales Problem bei der Perimenopause ist, dass ihre Symptome oft nicht mit den Wechseljahren in Verbindung gebracht werden, insbesondere weil die Regelblutung zu diesem Zeitpunkt häufig noch relativ regelmäßig ist. Beschwerden bei Frauen Ende 30 oder Anfang 40 werden deshalb häufig anderen Ursachen zugeschrieben oder fälschlich mit Schilddrüsenerkrankungen, Vitamin-D-Mangel, Depression oder Schlafapnoe verwechselt, die zwar ebenfalls in Betracht gezogen und differenzialdiagnostisch abgeklärt werden sollten, aber eben nicht die einzig mögliche Erklärung darstellen.



HÄUFIGE, ABER OFT ÜBERSEHENE SYMPTOME

Zu den typischen frühen Anzeichen der Perimenopause zählen zunehmend unregelmäßige Monatsblutungen, hinsichtlich Zyklusdauer, Blutungsstärke oder beidem, spürbar verstärkte prämenstruelle Beschwerden im Vergleich zu früheren Jahren. Schlafprobleme, auch unabhängig von Hitzewallungen, eine neu auftretende oder verstärkte innere Unruhe und Reizbarkeit, Konzentrations- und Wortfindungsstörungen, die manche Frauen als beunruhigend empfinden, sowie erste, mitunter noch milde Hitzewallungen oder Nachtschweiß. Diese Symptome entstehen durch die zunehmend unregelmäßige, phasenweise auch überschießende Hormonproduktion der alternden Eierstöcke – nicht durch einen gleichmäßigen, linearen Rückgang, wie oft angenommen wird.



DIAGNOSTIK IN DER PERIMENOPAUSE: GRENZEN UND MÖGLICHKEITEN

Die Diagnostik der Perimenopause stützt sich in erster Linie auf eine ausführliche Anamnese: Zyklusverlauf, Symptome und deren zeitlicher Verlauf liefern häufig aussagekräftigere Hinweise als einzelne Hormonwerte. Der Grund: Hormonwerte wie FSH (follikelstimulierendes Hormon) und Estradiol schwanken in der Perimenopause von Zyklus zu Zyklus teils erheblich, sodass eine einzelne Blutentnahme leicht in die Irre führen kann – ein normaler Wert schließt eine beginnende Perimenopause nicht aus. Der Anti-Müller-Hormon-Wert (AMH) kann Hinweise auf die verbleibende Eizellreserve liefern, ersetzt aber ebenfalls nicht die klinische Beurteilung. Ergänzend werden häufig Schilddrüsenwerte sowie Vitamin D und B12 bestimmt, um andere, behandelbare Ursachen ähnlicher Symptome auszuschließen oder zu identifizieren.



DER UMGANG MIT DER PERIMENOPAUSE

Anders als häufig angenommen, ist die Perimenopause keine reine „Wartephase“ bis zur Menopause, sondern eine Phase, in der bereits gezielt reagiert werden kann: durch symptomorientierte Behandlungsansätze (etwa bei besonders belastenden Blutungsstörungen), durch frühzeitige Lebensstilanpassungen, wie sie in den folgenden Kapiteln beschrieben werden, und, sofern medizinisch indiziert und gewünscht, auch bereits durch eine niedrig dosierte Hormonbehandlung. Frauen, die in dieser Phase spürbare, belastende Symptome erleben, sollten dies aktiv mit einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen besprechen, statt die Beschwerden als unvermeidlich hinzunehmen oder fälschlich anderen Ursachen zuzuschreiben.





KAPITEL 3:

WECHSELJAHRE – SYMPTOME, DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNGSOPTIONEN



DIE MENOPAUSE ALS DEFINIERTER ZEITPUNKT

Die Menopause bezeichnet streng genommen nur einen einzigen Zeitpunkt: die letzte Regelblutung, die rückblickend erst festgestellt werden kann, wenn zwölf Monate lang keine weitere Blutung mehr aufgetreten ist. Das durchschnittliche Menopausenalter liegt in Deutschland bei etwa 51 Jahren, mit einer normalen Schwankungsbreite von etwa 45 bis 55 Jahren. Von einer vorzeitigen Menopause spricht man bei einem Eintritt vor dem 40. Lebensjahr, was eine eigenständige, ärztlich abzuklärende Situation darstellt, da sie mit spezifischen gesundheitlichen Risiken einhergeht.



DAS SYMPTOMSPEKTRUM DER WECHSELJAHRE

Vasomotorische Symptome – Hitzewallungen und Nachtschweiß – gehören zu den bekanntesten und am häufigsten berichteten Beschwerden und betreffen einen erheblichen Teil der Frauen in den Wechseljahren in unterschiedlicher Ausprägung. Schlafstörungen treten häufig sowohl direkt durch nächtlichen Nachtschweiß als auch unabhängig davon durch hormonell bedingte Veränderungen der Schlafarchitektur auf. Das sogenannte urogenitale Syndrom der Menopause umfasst Scheidentrockenheit, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr sowie eine erhöhte Anfälligkeit für Harnwegsinfekte, bedingt durch den Rückgang von Östrogen im Genital- und Harntrakt. Stimmungsschwankungen, eine erhöhte Reizbarkeit und bei manchen Frauen auch depressive Verstimmungen werden ebenfalls häufig berichtet, wobei der genaue ursächliche Beitrag der Hormonschwankungen im Einzelfall schwer von anderen Lebensumständen zu trennen ist. Veränderungen der Haut- und Haarstruktur, ein verändertes Fettverteilungsmuster mit einer Tendenz zu vermehrtem Bauchfett sowie Gelenkbeschwerden werden ebenfalls im Zusammenhang mit dem Östrogenabfall diskutiert.



DIAGNOSTIK IN DER POSTMENOPAUSE

Nach der Menopause sind die Hormonwerte deutlich stabiler als in der Perimenopause: FSH ist charakteristischerweise deutlich erhöht, Estradiol niedrig. Eine routinemäßige Hormonbestimmung ist bei eindeutiger klinischer Symptomatik (ausbleibende Regelblutung über zwölf Monate im passenden Alter) meist nicht zwingend erforderlich, kann aber bei unklaren Fällen, etwa bei jüngeren Frauen mit Verdacht auf eine vorzeitige Menopause, zur Bestätigung sinnvoll sein.



DIE HORMONERSATZTHERAPIE: EINE NEU BEWERTETE BEHANDLUNGSOPTION

Die medizinische Einschätzung der Hormonersatztherapie (HRT) hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen bemerkenswerten Wandel durchlaufen. Nach großangelegten Studien Anfang der 2000er-Jahre, die ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs und kardiovaskuläre Ereignisse nahelegten, kam es zu einem weitreichenden Rückgang der HRT-Verordnungen. Neuere, methodisch differenziertere Analysen – unter Berücksichtigung von Anwendungsart, verwendetem Hormonpräparat und dem Alter beziehungsweise Zeitpunkt des Therapiebeginns – zeichnen heute ein deutlich nuancierteres Bild. Aktuelle Leitlinien betonen das sogenannte „Zeitfenster“-Prinzip: Wird die HRT zeitnah zum Beginn der Wechseljahresbeschwerden begonnen, idealerweise vor dem 60. Lebensjahr oder innerhalb von zehn Jahren nach der letzten Regelblutung, fällt die Risiko-Nutzen-Bilanz für die meisten gesunden Frauen günstiger aus als bei einem späteren Therapiebeginn. Diese neuere Bewertung hat sich mittlerweile auch regulatorisch niedergeschlagen: Im Februar 2026 entfernte die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA pauschale Warnhinweise zu kardiovaskulären Risiken, Brustkrebs und Demenz von mehreren HRT-Präparaten, nachdem neuere Datenanalysen bei zeitgerechtem Therapiebeginn ein günstigeres Risikoprofil gezeigt hatten.



WIE DIE WAHL DES PRÄPARATS UND DER ANWENDUNGSART DAS RISIKO BEEINFLUSST

Ein differenzierter Blick auf die verschiedenen HRT-Optionen zeigt bedeutsame Unterschiede. Bei der Wahl des Östrogens gilt natürliches, mikronisiertes 17- β -Estradiol heute als bevorzugte Substanz gegenüber älteren, synthetischen Präparaten. Bei der Anwendungsart zeigt sich, dass die transdermale Gabe über Pflaster, Gel oder Spray gegenüber der oralen Einnahme (Tabletten) Vorteile bietet: Da die Leber beim transdermalen Weg nicht auf demselben Weg passiert wird wie bei der oralen Aufnahme, scheint das Risiko für venöse Thrombosen, Schlaganfall und Gallenblasenerkrankungen bei transdormaler Anwendung nicht erhöht zu sein, während es bei oraler Einnahme in Studien nachweisbar ansteigt. Bei Frauen mit noch vorhandener Gebärmutter muss dem Östrogen zusätzlich ein Gestagen beigefügt werden, um das Risiko einer übermäßigen Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut zu verhindern. Auch hier zeigt sich ein bedeutsamer Unterschied: Körperidentisches, mikronisiertes Progesteron scheint gegenüber älteren, synthetischen Gestagenen ein günstigeres Risikoprofil bezüglich des Brustkrebsrisikos aufzuweisen und gilt in aktuellen Leitlinien vielerorts als bevorzugte Option. Eine häufig empfohlene, heute als vorteilhaft geltende Kombination bei Frauen mit Gebärmutter ist deshalb transdermales Estradiol gemeinsam mit oral eingenommenem, mikronisiertem Progesteron.



FÜR WEN DIE HORMONERSATZTHERAPIE INFRAGE KOMMT – UND FÜR WEN NICHT

Die Hormonersatztherapie gilt heute als Mittel der ersten Wahl bei belastenden vasomotorischen Symptomen und beim urogenitalen Syndrom der Menopause sowie zur Vorbeugung von Osteoporose bei Frauen mit erhöhtem Risiko. Sie ist jedoch nicht für jede Frau geeignet: Bei einer eigenen Vorgeschichte von hormonabhängigem Brustkrebs, bestimmten Lebererkrankungen, unklaren vaginalen Blutungen oder einer bereits durchgemachten venösen Thrombose beziehungsweise Lungenembolie ist besondere Vorsicht geboten oder die Therapie kontraindiziert. Die Therapieentscheidung ist daher immer eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung, die gemeinsam mit einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen unter Berücksichtigung der persönlichen Krankengeschichte getroffen werden sollte.



NICHT-HORMONELLE BEHANDLUNGSOPTIONEN

Für Frauen, die eine Hormonersatztherapie nicht wünschen oder bei denen sie nicht infrage kommt, stehen mehrere nicht-hormonelle Optionen zur Verfügung. Bestimmte Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI und SNRI zeigen in niedriger Dosierung eine Wirksamkeit gegen Hitzewallungen, auch unabhängig von einer depressiven Symptomatik. Neuere, spezifisch für vasomotorische Symptome entwickelte, nicht-hormonelle Medikamente sind in den vergangenen Jahren zugelassen worden und erweitern das Behandlungsspektrum zusätzlich. Bei vaginalen Beschwerden kann eine lokale, niedrig dosierte Östrogenanwendung (Cremes, Zäpfchen, Vaginalringe) auch bei Frauen erwogen werden, für die eine systemische Hormonersatztherapie nicht infrage kommt, da die systemische Aufnahme bei lokaler Anwendung deutlich geringer ausfällt. Welche dieser Optionen im Einzelfall sinnvoll ist, sollte ebenfalls ärztlich besprochen werden.



KAPITEL 4:

LANGFRISTIGE GESUNDHEIT NACH DER MENOPAUSE – KNOCHEN, HERZ, GEHIRN



WARUM DIE ZEIT NACH DER MENOPAUSE BESONDERE AUFMERKSAMKEIT VERDIENT

Östrogen entfaltet seine Wirkung nicht nur im Fortpflanzungssystem, sondern in nahezu jedem Organsystem des Körpers. Der postmenopausale Rückgang dieses Hormons hat deshalb Auswirkungen, die weit über die unmittelbaren Wechseljahresbeschwerden hinausreichen und sich erst über Jahre bemerkbar machen – weshalb sie im Alltag häufig unterschätzt werden. Drei Bereiche verdienen dabei besondere Aufmerksamkeit: die Knochengesundheit, das Herz-Kreislauf-System und die kognitive Gesundheit.



KNOCHENGESUNDHEIT UND OSTEOPOROSE

Östrogen hemmt normalerweise den Knochenabbau und unterstützt das Gleichgewicht zwischen knochenaufbauenden und knochenabbauenden Zellen. Mit dem postmenopausalen Östrogenabfall beschleunigt sich der Knochenabbau erheblich: In den ersten fünf bis zehn Jahren nach der Menopause können Frauen bis zu 20 Prozent ihrer Knochenmasse verlieren, was das Risiko für Osteoporose und in der Folge für Knochenbrüche deutlich erhöht.

Krafttraining zählt zu den am besten belegten Maßnahmen zur Vorbeugung dieses Knochenverlusts: Eine Langzeituntersuchung über 16 Jahre zeigt, dass körperlich inaktive Frauen im Schnitt etwa zehn Prozent ihrer Knochenmasse verloren, während Frauen mit regelmäßigem Krafttraining den Verlust auf unter zwei Prozent begrenzen konnten. Wichtig für die praktische Umsetzung ist dabei die Trainingsart: Belastendes, mechanisch forderndes Krafttraining mit ausreichender Intensität scheint wirksamer zu sein als sanftere Trainingsformen wie reines Vibrationstraining, dessen Wirksamkeit in kontrollierten Studien uneinheitlicher ausfällt.

Ergänzend zu Bewegung spielen eine ausreichende Calcium- und Vitamin-D-Versorgung eine Rolle, wie bereits in einem früheren Kapitel dieser Buchreihe beschrieben. Bei nachgewiesener Osteoporose oder hohem Frakturrisiko stehen zudem spezifische medikamentöse Behandlungsoptionen zur Verfügung, deren Einsatz eine fachärztliche Diagnostik, etwa mittels Knochendichtemessung, voraussetzt.



HERZ-KREISLAUF-GESUNDHEIT NACH DER MENOPAUSE

Vor den Wechseljahren haben Frauen im statistischen Durchschnitt ein geringeres kardiovaskuläres Risiko als gleichaltrige Männer, ein Unterschied, der unter anderem auf die gefäßschützenden Effekte von Östrogen zurückgeführt wird. Nach der Menopause gleicht sich dieses Risiko innerhalb weniger Jahre zunehmend an das männliche Risikoniveau an, unter anderem bedingt durch ungünstigere Cholesterinwerte, eine veränderte Fettverteilung mit vermehrtem Bauchfett und eine Tendenz zu höherem Blutdruck.

Diese Entwicklung unterstreicht, warum die in einem früheren Kapitel dieser Buchreihe beschriebenen Maßnahmen zur Herz-Kreislauf-Gesundheit – regelmäßige Bewegung, eine herzgesunde Ernährung, Nichtrauchen und die Kontrolle von Blutdruck und Cholesterinwerten – bei Frauen ab der Perimenopause besondere Priorität verdienen. Auch die Frage, ob und wie eine Hormonersatztherapie in dieses Risikoprofil hineinspielt, wird kontrovers diskutiert: Bei zeitgerechtem Beginn scheint sie das kardiovaskuläre Risiko nicht zu erhöhen und möglicherweise sogar günstig zu beeinflussen, während ein später Beginn, deutlich nach der Menopause, mit einem ungünstigeren Risikoprofil in Verbindung gebracht wird – ein weiterer Beleg für die Bedeutung des bereits erwähnten „Zeitfensters“.



KOGNITIVE GESUNDHEIT UND DAS „BRAIN FOG“-PHÄNOMEN

Viele Frauen berichten in der Perimenopause und den frühen Wechseljahren über Konzentrationsstörungen, Wortfindungsstörungen und ein diffuses Gefühl geistiger „Benebelung“, umgangssprachlich häufig als „Brain Fog“ bezeichnet. Diese Symptome werden mit den hormonellen Schwankungen dieser Übergangsphase in Verbindung gebracht, da Östrogenrezeptoren auch in kognitiv relevanten Hirnarealen vorhanden sind. Für die meisten Frauen sind diese Symptome vorübergehender Natur und bessern sich nach der hormonellen Stabilisierung in der Postmenopause wieder.

Langfristig wird zudem diskutiert, inwiefern der postmenopausale Östrogenabfall das Risiko für spätere neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer beeinflusst – ein Forschungsfeld, das noch nicht abschließend geklärt ist, aber nahelegt, dass die zuvor in dieser Buchreihe beschriebenen Maßnahmen zum Erhalt der kognitiven Gesundheit (geistige Forderung, Bewegung, soziale Einbindung, Risikofaktorkontrolle) für Frauen in und nach den Wechseljahren besondere Relevanz besitzen.



EIN ZUSAMMENFASSENDE BLICK

Die drei in diesem Kapitel behandelten Bereiche – Knochen, Herz und Gehirn – verdeutlichen, warum die Wechseljahre mehr sind als eine Phase vorübergehender Beschwerden: Sie markieren den Beginn einer neuen gesundheitlichen Lebensphase, in der bestimmte Risiken zunehmen, denen jedoch mit gezielten, gut belegten Maßnahmen wirksam begegnet werden kann. Eine informierte, proaktive Herangehensweise – statt eines rein reaktiven Abwartens auf spätere Beschwerden – bildet die Grundlage für die folgenden, alltagsorientierten Kapitel dieses Buches.



KAPITEL 5: ERNÄHRUNG, BEWEGUNG UND ALLTAG FÜR FRAUEN 45+



ERNÄHRUNG IN DEN WECHSELJAHREN

Der postmenopausale Rückgang des Grundumsatzes sowie die veränderte Fettverteilung machen eine bewusste Ernährungsanpassung sinnvoll. Eine ausreichende Proteinzufuhr, wie in früheren Kapiteln dieser Buchreihe beschrieben, gewinnt zusätzliche Bedeutung, da sie sowohl dem altersbedingten als auch dem östrogenmangelbedingt beschleunigten Muskelabbau entgegenwirkt. Calcium- und Vitamin-D-reiche Lebensmittel beziehungsweise eine entsprechende Supplementierung unterstützen die Knochengesundheit. Eine pflanzenbetonte, ballaststoffreiche Ernährung mit gesunden Fetten unterstützt die Herz-Kreislauf-Gesundheit, die, wie in Kapitel 4 beschrieben, nach der Menopause besondere Aufmerksamkeit verdient.

Manche Frauen berichten zudem über eine gewisse Linderung von Hitzewallungen durch den Verzicht auf typische Auslöser wie Alkohol, Koffein und stark gewürzte Speisen, wobei die individuelle Auslöserempfindlichkeit stark variiert und am besten durch eigenes Beobachten identifiziert wird.



BEWEGUNG ALS ZENTRALER BAUSTEIN

Krafttraining nimmt, wie in Kapitel 4 beschrieben, für den Erhalt von Knochendichte und Muskelmasse eine Schlüsselrolle ein und sollte zwei- bis dreimal wöchentlich stattfinden. Ergänzend unterstützt regelmäßige Ausdaueraktivität die Herz-Kreislauf-Gesundheit und kann sich zusätzlich positiv auf Schlafqualität und Stimmung auswirken. Manche Studien deuten zudem darauf hin, dass regelmäßige Bewegung die Häufigkeit und Intensität von Hitzewallungen mildern kann, auch wenn die Studienlage hierzu nicht einheitlich ist.



SCHLAF UND STRESSMANAGEMENT

Schlafstörungen zählen zu den häufigsten und belastendsten Symptomen der Wechseljahre. Neben den bereits in früheren Kapiteln beschriebenen allgemeinen Schlafhygiene-Maßnahmen kann bei nächtlichem Schwitzen eine kühle Schlafumgebung, atmungsaktive Bettwäsche und Nachtkleidung sowie das Bereithalten von Wechselwäsche hilfreich sein. Da Stress viele Wechseljahresbeschwerden nachweislich verstärken kann, gewinnen die zuvor in dieser Buchreihe beschriebenen Techniken zur Nervensystem-Regulation, etwa bewusste Atmung, in dieser Lebensphase zusätzliche Bedeutung.



SOZIALE UND EMOTIONALE DIMENSION

Die Wechseljahre fallen bei vielen Frauen in eine Lebensphase mit weiteren, teils gleichzeitig auftretenden Veränderungen: erwachsen werdende Kinder, berufliche Umbrüche oder die Pflege älterer Angehöriger. Ein offener Austausch mit anderen Frauen in ähnlicher Lebensphase, sei es im persönlichen Umfeld oder über spezialisierte Angebote, wird von vielen Betroffenen als entlastend beschrieben und kann helfen, Symptome besser einzuordnen und sich weniger allein mit ihnen zu fühlen.



REGELMÄSSIGE VORSORGE NICHT VERNACHLÄSSIGEN

Die Wechseljahre sind ein guter Anlass, die eigene Vorsorgeroutine zu überprüfen: eine Knochendichtemessung bei entsprechendem Risikoprofil, regelmäßige Kontrolle von Blutdruck, Cholesterin- und Blutzuckerwerten angesichts des sich verändernden kardiovaskulären Risikoprofils, sowie die üblichen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen. Eine informierte, aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit in dieser Übergangsphase legt die Grundlage für die folgenden Lebensjahre.





KAPITEL 6:

TESTOSTERON UND MÄNNLICHE HORMONBALANCE – GRUNDLAGEN



WAS TESTOSTERON IM KÖRPER BEWIRKT

Testosteron wird zu etwa 95 Prozent in den Hoden produziert und beeinflusst eine Vielzahl von Körperfunktionen: den Erhalt von Muskelmasse und -kraft, die Knochendichte, die Fettverteilung, die Libido und Erektionsfähigkeit, die Spermienproduktion, die Stimmung und den Antrieb sowie die Blutbildung. Im Blut liegt Testosteron teils frei, teils an Eiweiße gebunden vor; für die biologische Wirkung ist vor allem das freie beziehungsweise bioverfügbare Testosteron relevant, weshalb bei diagnostischen Grenzfällen mitunter neben dem Gesamttestosteron auch diese spezifischeren Werte bestimmt werden.



DER NATÜRLICHE ALTERSBEDINGTE RÜCKGANG

Ab etwa dem 30. bis 40. Lebensjahr sinkt der Testosteronspiegel bei den meisten Männern graduell, um durchschnittlich etwa ein bis zwei Prozent pro Jahr. Dieser Prozess verläuft deutlich langsamer und individuell variabler als der hormonelle Übergang bei Frauen in den Wechseljahren, weshalb bei Männern seltener von einem klar abgegrenzten „männlichen Klimakterium“ gesprochen wird, auch wenn dieser Begriff gelegentlich populärwissenschaftlich verwendet wird. Nicht jeder Mann mit sinkendem Testosteronspiegel entwickelt spürbare Symptome, was die Diagnostik im Vergleich zur weiblichen Menopause zusätzlich erschwert.



WARUM DER RÜCKGANG HEUTE ANDERS BEWERTET WIRD ALS FRÜHER

Über viele Jahre wurde der altersbedingte Testosteronabfall überwiegend als unveränderliche, rein biologische Alterserscheinung betrachtet. Aktuelle Übersichtsarbeiten zeichnen ein differenzierteres Bild: Ein erheblicher Teil des beobachteten Rückgangs korreliert eng mit modernen Lebensstilfaktoren – chronischem Stress, Schlafmangel, Bewegungsmangel, einem hohen Körperfettanteil und einem unregelmäßigen Tagesrhythmus mit wenig Tageslichtexposition – und nicht ausschließlich mit dem chronologischen Alter selbst. Diese Erkenntnis ist bedeutsam, da sie nahelegt, dass ein Teil des Rückgangs durch gezielte Lebensstilmaßnahmen positiv beeinflussbar ist, bevor eine medikamentöse Behandlung überhaupt in Betracht gezogen wird.



SYMPTOME EINES KLINISCH RELEVANTEN TESTOSTERONMANGELS

Ein klinisch relevanter Testosteronmangel (Hypogonadismus) kann sich durch verschiedene, oft unspezifische Symptome äußern: verminderte Libido und erektile Dysfunktion, ausgeprägte Erschöpfung und verminderter Antrieb, Verlust von Muskelmasse und -kraft trotz Training, eine Zunahme von Körperfett, insbesondere im Bauchbereich, Stimmungsveränderungen bis hin zu depressiven Symptomen, sowie, bei ausgeprägtem und langanhaltendem Mangel, eine verminderte Knochendichte. Wichtig ist auch hier: Diese Symptome sind unspezifisch und können ebenso durch andere Ursachen wie Schilddrüsenerkrankungen, Depression, Schlafapnoe oder andere internistische Erkrankungen bedingt sein, weshalb eine sorgfältige, breitere ärztliche Abklärung notwendig ist, bevor die Symptome vorschnell einem Testosteronmangel zugeschrieben werden.



Die Diagnose eines klinisch relevanten Testosteronmangels selbst erfolgt üblicherweise unterhalb eines Schwellenwerts von etwa 12 nmol/l (rund 3 ng/ml), gemessen an mindestens zwei getrennten Terminen, idealerweise morgens, da der Testosteronspiegel einer Tagesrhythmik unterliegt, sowie gleichzeitig bestehenden, mit einem Testosteronmangel vereinbaren klinischen Symptomen. Ein niedriger Laborwert allein, ohne begleitende Symptome, stellt nach aktuellen Leitlinien keine ausreichende Grundlage für eine Therapie dar.



DER ABLAUF EINER TESTOSTERONERSATZTHERAPIE

Steht die Diagnose eines behandlungsbedürftigen Testosteronmangels fest, stehen verschiedene Applikationsformen zur Verfügung: Gele zur täglichen Anwendung auf der Haut, länger wirksame Injektionen sowie Pflaster. Die Wahl der Applikationsform richtet sich nach individuellen Präferenzen, Verträglichkeit und praktischen Erwägungen.

Leitlinien wie jene der European Association of Urology empfehlen ein strukturiertes Monitoring: eine Kontrolle des Testosteronspiegels nach drei, sechs und zwölf Monaten im ersten Behandlungsjahr, danach jährlich, kombiniert mit einer regelmäßigen Kontrolle des Hämatokrit-Werts (des Anteils roter Blutkörperchen am Blutvolumen), da eine TRT diesen Wert erhöhen und damit das Risiko für Blutgerinnsel steigern kann.



NUTZEN UND RISIKEN IM AKTUELLEN FORSCHUNGSSTAND

Bei nachgewiesenem Mangel und entsprechender Symptomatik zeigen Studien unter TRT Verbesserungen bei Libido, Muskelmasse, Knochendichte und Stimmung.

Gleichzeitig ist die Studienlage zu bestimmten Risiken differenziert zu betrachten: Eine große randomisierte Studie (TRAVERSE-Studie) zeigte unter TRT eine erhöhte Rate an Vorhofflimmern, deren genaue Ursache noch nicht vollständig verstanden ist. Sowohl zu niedrige als auch unangemessen hohe Testosteronspiegel werden mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko in Verbindung gebracht, weshalb das Therapieziel in der Regel ein Wert im mittleren Normbereich ist, nicht ein möglichst hoher Wert.

Bei manchen, insbesondere übergewichtigen Männern kann es unter TRT zu einer Vergrößerung des Brustdrüsengewebes kommen, da das im Fettgewebe vorhandene Enzym Aromatase einen Teil des zugeführten Testosterons in Östrogen umwandelt.



TESTOSTERONERSATZTHERAPIE UND PROSTATA

Die Frage, ob eine TRT das Risiko für Prostatakrebs erhöht, wurde lange kontrovers diskutiert. Der aktuelle Forschungsstand deutet darauf hin, dass eine TRT bei Männern ohne bekannten Prostatakrebs das Risiko nicht in dem Maße erhöht, wie früher angenommen. Gleichwohl ist vor Beginn einer TRT eine urologische Abklärung inklusive PSA-Bestimmung und gegebenenfalls weiterer Diagnostik notwendig, um einen unentdeckten Prostatakrebs auszuschließen, da Testosteron das Wachstum eines bereits bestehenden, hormonabhängigen Prostatakarzinoms beschleunigen kann.

Bei Männern mit aktiv überwachtem, lokal begrenztem Prostatakrebs wird eine TRT in ausgewählten Fällen und unter engmaschiger urologischer Kontrolle in neueren Untersuchungen als möglicherweise vertretbare Option diskutiert – eine Entscheidung, die ausschließlich in enger urologischer Abstimmung getroffen werden darf.



WANN VON EINER TRT ABGESEHEN WERDEN SOLLTE

Eine Testosteronersatztherapie ist kontraindiziert oder erfordert besondere Vorsicht bei aktivem, unbehandeltem Prostatakrebs, stark erhöhtem Hämatokrit-Wert, unkontrollierter Herzinsuffizienz sowie bei Kinderwunsch, da eine externe Testosteronzufuhr die körpereigene Spermienproduktion unterdrücken kann. Diese Aufzählung ersetzt keine individuelle ärztliche Abwägung, die stets die gesamte Krankengeschichte berücksichtigen muss.



BEVOR EINE TRT ERWOGEN WIRD: DIE LEBENSSTIL-BASIS

Angeichts des in Kapitel 6 beschriebenen engen Zusammenhangs zwischen Lebensstil und Testosteronspiegel empfehlen viele Fachgesellschaften, vor einer medikamentösen Therapie zunächst gezielt an den beeinflussbaren Faktoren anzusetzen: Gewichtsreduktion bei bestehendem Übergewicht, regelmäßiges Krafttraining, eine Verbesserung der Schlafqualität und -dauer sowie eine Reduktion von chronischem Stress. Bei einem Teil der Männer mit grenzwertig niedrigen Werten normalisiert sich der Testosteronspiegel durch diese Maßnahmen bereits spürbar, wodurch sich eine medikamentöse Therapie erübrigen kann.





KAPITEL 8: PROSTATA, HERZ UND VITALITÄT – MÄNNERGEUNDHEIT 45+ IM ALLTAG



WARUM DIESE LEBENSPHASE EINE ZÄSUR DARSTELLT

Ab etwa dem 45. Lebensjahr treffen bei Männern mehrere gesundheitsrelevante Entwicklungen zusammen: der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebene graduelle Testosteronrückgang, ein steigendes Risiko für eine gutartige Prostatavergrößerung sowie ein zunehmendes kardiovaskuläres Risiko. Diese Entwicklungen verlaufen weitgehend unabhängig voneinander, beeinflussen sich jedoch teilweise gegenseitig und profitieren größtenteils von denselben Lebensstilmaßnahmen.



PROSTATAGESUNDHEIT IM ÜBERBLICK

Wie in einem früheren Kapitel dieser Buchreihe ausführlicher beschrieben, vergrößert sich die Prostata bei nahezu allen Männern im Laufe des Lebens (benigne Prostatahyperplasie), während Prostatakrebs eine eigenständige, bösartige Erkrankung darstellt, die eine spezifische Diagnostik erfordert. Aktuelle Leitlinien empfehlen, Männern ab etwa 45 Jahren im Rahmen eines informierten Gesprächs die Möglichkeit eines PSA-Tests zur Früherkennung anzubieten. Diese Vorsorge gewinnt bei geplanter Testosteronersatztherapie zusätzliche Bedeutung, da vor Therapiebeginn eine urologische Abklärung ohnehin notwendig ist.



HERZ-KREISLAUF-RISIKO IM MITTLEREN LEBENSALTER

Männer haben statistisch bereits vor dem 45. Lebensjahr ein höheres kardiovaskuläres Risiko als gleichaltrige Frauen vor den Wechseljahren, unter anderem bedingt durch im Schnitt ungünstigere Cholesterin- und Blutdruckwerte sowie eine geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Die zuvor in dieser Buchreihe beschriebenen Grundprinzipien – regelmäßige Bewegung, eine herzgesunde Ernährung, Nichtrauchen, Gewichtsmanagement und die konsequente Kontrolle von Blutdruck und Cholesterinwerten – gelten für Männer in dieser Lebensphase mit besonderem Nachdruck, da sich hier die Weichen für das kardiovaskuläre Risiko der folgenden Jahrzehnte stellen.



VITALITÄT ALS ZUSAMMENSPIEL MEHRERER FAKTOREN

Ein Rückgang von Energie, Antrieb und Libido im mittleren Lebensalter wird von vielen Männern vorschnell allein auf einen Testosteronmangel zurückgeführt. Tatsächlich handelt es sich häufig um ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren: unzureichender Schlaf, chronischer beruflicher und privater Stress, Bewegungsmangel, eine unausgewogene Ernährung sowie, nicht zu vernachlässigen, psychische Belastungen, die eine eigenständige fachliche Abklärung verdienen. Eine sorgfältige, breite Bestandsaufnahme, statt eines vorschnellen Rückschlusses auf ein einzelnes Hormon, führt in der Regel zu einer zielführenderen und nachhaltigeren Verbesserung der Vitalität.



EIN INTEGRIERTER BLICK AUF DIE EIGENE GESUNDHEIT

Für Männer ab 45 lohnt sich ein regelmäßiger, umfassender Gesundheitscheck, der Blutdruck, Cholesterin- und Blutzuckerwerte, bei entsprechendem Anlass auch Testosteron und PSA sowie den allgemeinen Lebensstil in den Blick nimmt. Ein solcher integrierter Ansatz, statt der isolierten Fokussierung auf ein einzelnes Symptom oder einen einzelnen Laborwert, bildet die Grundlage für eine informierte, langfristige wirksame Gesundheitsstrategie in dieser Lebensphase.



PRAXISTEIL: WOCHENPLÄNE UND CHECKLISTEN

Dieser Praxisteil enthält getrennte Wochenpläne für Frauen 45+ und Männer 45+ sowie gemeinsame Checklisten. Er ersetzt keine individuelle gynäkologische, urologische oder endokrinologische Beratung, insbesondere nicht bei der Frage einer Hormon- oder Testosteronersatztherapie.

MONTAG		Krafttraining: 20 bis 30 Minuten für Knochendichte und Muskelerhalt. Ernährung: calciumreiche Mahlzeit (z. B. Milchprodukte, grünes Blattgemüse). Reflexion: eigene Zyklus- bzw. Symptomsignale notieren.	
DIENTAG		Ausdaueraktivität: 20 bis 30 Minuten. Entspannung: 10 Minuten Atemübung zur Nervensystem-Regulation. Ernährung: bewusster Umgang mit Alkohol und Koffein bei Hitzewallungen.	
MITTWOCH		Krafttraining: 20 bis 30 Minuten. Vorsorge: prüfen, ob eine gynäkologische Vorsorge oder Knochendichtemessung fällig ist. Schlaf: kühle Schlafumgebung vorbereiten.	
DONNERSTAG		Bewegung: Spaziergang oder Yoga. Soziales: Austausch mit einer Freundin oder Gruppe zu eigenen Erfahrungen. Ernährung: Vitamin-D- und proteinreiche Mahlzeit.	
FREITAG		Krafttraining: 20 bis 30 Minuten. Reflexion: Wochenrückblick zu Schlaf, Stimmung und Symptomen. Herz-Kreislauf: Blutdruck im Blick behalten, falls Selbstmessung genutzt wird.	
SAMSTAG		Längere Bewegungseinheit im Freien. Genuss: entspannte, ausgewogene Mahlzeiten. Erholung: bewusste Auszeit ohne Verpflichtungen.	
SONNTAG		Erholung: Fokus auf Schlaf. Planung: kommende Woche vorausdenken, anstehende Arzttermine im Blick behalten.	



PRAXISTEIL: WOCHENPLÄNE UND CHECKLISTEN



♂ WOCHENPLAN FÜR MÄNNER 45+

MONTAG		Krafttraining: 20 bis 30 Minuten. Ernährung: gesunde Fette (Nüsse, Olivenöl, Fisch) einplanen. Reflexion: Energielevel und Schlafqualität der letzten Nacht wahrnehmen.
DIENSTAG		Intensive Bewegungseinheit (z. B. Intervalltraining). Vorsorge: prüfen, ob eine allgemeine oder urologische Vorsorgeuntersuchung fällig ist. Entspannung: 10 Minuten Atemübung.
MITTWOCH		Krafttraining: 20 bis 30 Minuten. Ernährung: proteinreiche, ausgewogene Mahlzeiten. Schlaf: feste Schlafenszeit anstreben.
DONNERSTAG		Ausdaueraktivität: 20 bis 30 Minuten, idealerweise im Tageslicht. Stress: bewusste Pause im Arbeitsalltag einplanen. Soziales: Kontakt zu Familie oder Freunden pflegen.
FREITAG		Krafttraining: 20 bis 30 Minuten. Herz-Kreislauf: Blutdruck- und Cholesterinwerte im Blick behalten. Reflexion: Wochenrückblick zu Energie, Stimmung und Vitalität.
SAMSTAG		Längere Bewegungseinheit im Freien. Genuss: bewusster, moderater Alkoholkonsum oder alkoholfreier Tag. Erholung: Zeit ohne Leistungsdruck.
SONNTAG		Erholung: Fokus auf Schlaf. Planung: kommende Woche vorausdenken, anstehende Vorsorgetermine im Blick behalten.



GEMEINSAME TÄGLICHE CHECKLISTE

- ✓ Bewegung, idealerweise mit Kraftanteil, mindestens 20 bis 30 Minuten
- ✓ Eine bewusste Mahlzeit mit Blick auf Protein, Calcium/Vitamin D bzw. gesunde Fette
- ✓ Ausreichend Schlaf mit fester Schlafenszeit
- ✓ Ein Moment bewusster Stressregulation
- ✓ Aufmerksamkeit für den eigenen Körper: neue oder anhaltende Symptome ernst nehmen



GEMEINSAME WÖCHENTLICHE CHECKLISTE

- ✓ Zwei bis drei Krafttrainingseinheiten
- ✓ Rückblick auf hormonell mitbedingte Symptome (Energie, Stimmung, Schlaf, Libido)
- ✓ Prüfen, ob Vorsorgetermine anstehen (gynäkologisch bzw. urologisch/allgemeinmedizinisch)
- ✓ Bewusster Umgang mit Alkohol
- ✓ Ein Moment kritischer Reflexion: Passt mein aktueller Lebensstil zu meiner aktuellen hormonellen Lebensphase?



CHECKLISTE: WANN FACHLICHE UNTERSTÜTZUNG SINNVOLL IST

- ✓ Ausgeprägte, den Alltag einschränkende Wechseljahresbeschwerden
- ✓ Unregelmäßige Blutungen oder Blutungen nach der Menopause
- ✓ Verdacht auf vorzeitige Menopause (vor dem 40. Lebensjahr)
- ✓ Anhaltende Erschöpfung, Libidoverlust oder Stimmungsveränderungen bei Männern
- ✓ Veränderungen beim Wasserlassen oder andere urologische Beschwerden
- ✓ Vor Beginn, während oder vor Beendigung einer Hormon- bzw. Testosteronersatztherapie



Robert Kremer
Autor | MyFreedomAI

© 2026 Robert Kremer – Alle Rechte vorbehalten

www.myfreedomai.de





SCHLUSSWORT



Hormonelle Umbrüche im mittleren Lebensalter – die Wechseljahre bei Frauen, der graduelle Testosteronrückgang bei Männern – sind biologisch unterschiedlich, folgen jedoch einem gemeinsamen Muster: Sie sind kein plötzliches Ereignis, sondern ein Prozess, der sich über Jahre erstreckt, sich mit Lebensstilfaktoren wechselseitig beeinflusst und dessen Auswirkungen weit über die unmittelbar spürbaren Symptome hinausreichen – bis hin zu Knochen, Herz und Gehirn bei Frauen, bis hin zu Prostata, Herz und allgemeiner Vitalität bei Männern.

Die medizinische Bewertung beider Themenfelder hat sich in den vergangenen Jahren spürbar gewandelt: Die Hormonersatztherapie wird heute, bei zeitgerechtem Beginn und passender Präparatewahl, deutlich positiver bewertet als noch vor zwanzig Jahren. Die Testosteronersatztherapie wird zunehmend differenzierter betrachtet, mit klareren Diagnosekriterien und einem strukturierten Monitoring als früher üblich. Diese Entwicklungen zeigen, wie wichtig eine aktuelle, individuelle fachliche Beratung ist – veraltete Vorbehalte oder pauschale Aussagen, gleich in welche Richtung, werden der heutigen Evidenzlage oft nicht mehr gerecht.

Dieses Buch ersetzt keine individuelle medizinische Beratung und keine Therapieentscheidung. Es soll dazu beitragen, informierter in Gespräche mit Gynäkologinnen, Gynäkologen, Urologinnen, Urologen oder der Hausarztpraxis zu gehen, die eigenen Symptome besser einzuordnen und im Alltag an den Stellschrauben anzusetzen, die nachweislich einen Unterschied machen – als Grundlage für Vitalität und Wohlbefinden in einer Lebensphase, die weit mehr Gestaltungsspielraum bietet, als oft angenommen wird.



ROBERT KREMER

Autor | MyFreedomAI



Wissen
verständlich
vermitteln



Gesundheit
ganzheitlich
denken



Prävention
als Schlüssel
begreifen



Informierte
Entscheidungen
treffen



© 2026 Robert Kremer – Alle Rechte vorbehalten
www.myfreedomai.de

