

Kurzfassung 2026

Leitlinie „Peri- und Postmenopause- Diagnostik und Interventionen“ (AWMF 015-062)

Konsultationsfassung

Dieses Leitlinienprojekt wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf Grundlage des § 139b Absatz 6 SGB V teilweise durch Evidenzberichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt, die unter der Projektnummer [V24-05] verfügbar sind: <https://www.iqwig.de/projekte/v24-05.html>

Kapitel 1: Diagnostik von Peri- und Postmenopause

S 1.1: Zyklus-Längen-Veränderungen von +/- 7 Tagen können bei Frauen mit zuvor regelmäßiger Blutung auf den Beginn der Perimenopause hinweisen. Konsens 100%

S 1.2: Blutungsabstände von mehr als 60 Tagen können bei Frauen mit zuvor regelmäßiger Blutung auf eine fortgeschrittene Perimenopause hinweisen. Konsens 100%

S 1.3: Bei Amenorrhoe von mindestens 12 Monaten bei Frauen über 45 Jahren mit zuvor verwertbaren Blutungsmustern ist eine postmenopausale Situation wahrscheinlich. Konsens 100%

S 1.4: Sehr niedrige AMH-Werte (< 0,01 ng/ml) sind mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mit einer bevorstehenden Menopause assoziiert, während höhere Werte (> 0,1 ng/ml) eine spontane Transition von der Peri- zur Postmenopause in den folgenden 2-3 Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen. Konsens 100%

E 1.5 Bei Frauen ohne verwertbare Blutungsmuster aber typischen Symptomen der menopausalen Transition können Follikel-Stimulierende Hormon (FSH)-Werte und/oder Anti-Müller-Hormon (AMH)-Werte zur Diagnosestellung der frühen oder späten Perimenopause herangezogen werden. Konsens 94% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 1.6 Bei Frauen ohne verwertbare Blutungsmuster aber typischen menopausalen Symptomen können Follikel-Stimulierende Hormon (FSH)-Werte und/oder Anti-Müller-Hormon (AMH)-Werte zur Diagnosestellung der Postmenopause herangezogen werden. In Zweifelsfällen können auch Estradiol-Bestimmungen sinnvoll sein. Konsens 95% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

Kapitel 2: Symptomatische Perimenopause und therapeutische Interventionen

E 2.1: KVT kann zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zur Behandlung Schlafstörungen bei Frauen in der Peri- oder Postmenopause (nicht differenziert) eingesetzt werden. Konsens 94%. (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 2.2: Isoflavone (Tagesdosis von mindestens 30 mg/Tag, Höchstdosis 126 mg täglich) können Frauen zur Behandlung von vasomotorischen Beschwerden in der Peri- und Postmenopause (undifferenziert) angeboten werden. Konsens 94% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 2.3: Isoflavone können Frauen in der Perimenopause zur Behandlung von Fatigue angeboten werden. Konsensstärke 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 2.4: Cimicifuga kann zur Verbesserung von vasomotorischen Symptomen bei Frauen in der Peri- und Postmenopause (undifferenziert) angeboten werden. Konsens 82% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 2.5: SSRI können Frauen in der Peri- oder Postmenopause (undifferenziert) zur Behandlung von VMS, Schlafstörungen und für die gesundheitsbezogene Lebensqualität angeboten werden, jedoch nicht Routine-mäßig als Mittel erster Wahl. Konsens 94% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 2.6: Perimenopausalen Frauen mit vasomotorischen Beschwerden soll eine MHT angeboten werden, wenn bei Ihnen keine Kontraindikationen vorliegen und nachdem sie über die kurz- (bis zu 5 Jahren) und langfristigen Nutzen und Risiken informiert wurden. Für nicht-hysterektomierte Frauen kommt eine EPT mit adäquatem Gestagenanteil, für hysterektomierte Frauen eine ET in Betracht. Konsens 95% (Evidenz-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation - NICE 2024)

E 2.7: Bei unzureichender Beschwerdeverbesserung unter MHT sollen Differentialdiagnosen der VMS oder kognitiven Beschwerden sowie Interaktionen mit anderen pharmakologisch aktiven Substanzen der Patientin beachtet werden. Konsens 100% (Praxisempfehlung)

E 2.8: Meditative Bewegungsformen wie Yoga können peri- und postmenopausalen Frauen zur Behandlung von VMS und psychischen Symptomen angeboten werden. Konsens 90% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 2.9: Anämie kann als Folge von vermehrtem Blutverlust in der Perimenopause gehäuft auftreten und sollte als beeinflussbarer Risikofaktor für Thrombose abgeklärt werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 2.10: Bei perimenopausalen Frauen mit starken Blutungen sollten die möglichen Ursachen einer Endometrium-Hyperplasie und/oder Adenomyosis, Polypen, Myome sowie ggf. weitere Ursachen, wie zum Beispiel von Willebrand-Syndrom oder erworbene Hämophilien abgeklärt werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 2.11: Bei jungen Frauen mit neu aufgetretener Dysmenorrhoe und/oder Hypermenorrhoe, bzw. V.a. Endometriose/Adenomyosis uteri sollte eine vorzeitige Perimenopause abgeklärt werden. Konsens 95% (Praxis-Empfehlung)

E 2.12: Bei Frauen in der Perimenopause mit zuvor nicht bekannter Endometriose sollte bei Dysmenorrhoe und/oder Hypermenorrhoeen ohne andere Ursache das Vorliegen einer Endometriose abgeklärt werden. Konsens 100% (LL-Adaptation aus S2k-LL Endometriose, AWMF 015-045)

E 2.13: Perimenopausale Frauen mit Endometriose können von einer interdisziplinären Betreuung und Beratung u.a. zu kardiovaskulärer Prävention besonders profitieren. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 2.14: Frauen in der Peri- und Postmenopause mit neu aufgetretenen Schlafstörungen kann nach Ausschluss anderer Ursachen eine MHT mit Progesteron-Mono oder kombinierte MHT zur Verbesserung der Schlafstörungen angeboten werden, sofern keine Kontraindikationen vorliegen. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 2.15: Wenn bei Frauen im Rahmen der menopausalen Transition unspezifische Gelenkbeschwerden neu auftreten und Hinweise auf eine hormonelle Ursache bestehen, kann eine MHT angeboten werden, sofern keine Kontraindikationen vorliegen. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

S 2.16: Zu Neurokinin-3-Rez.-Antagonisten (Fezolinetant) und Neurokinin-1/3 -Rezeptor-Antagonisten (Elinzanetant) wurden bisher keine Ergebnisse für perimenopausale Frauen ohne adjuvante endokrine Therapie bei Brustkrebserkrankung publiziert. Konsens 100%

E 2.17: Akupunktur kann zur Verbesserung von Insomnie und depressiver oder ängstlicher Symptomatik bei perimenopausalen Frauen angeboten werden. Konsens 95% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 2.18: Rhapontikrhabarberwurzel-Trockenextrakt (ERr 731) kann zur Linderung von vasomotorischen und psychischen Symptomen sowie zur Verbesserung der Lebensqualität bei perimenopausalen Frauen angeboten werden. Konsens 67% (Konsens-basierte Empfehlung)

Kapitel 3: Symptomatische Postmenopause und therapeutische Interventionen

E 3.1: Meditative Bewegungsformen wie Yoga (und Qi Gong) können zur Therapie von vasomotorischen und psychischen Symptomen sowie zur Verbesserung der Lebensqualität bei postmenopausalen Frauen eingesetzt werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 3.2 - 3.3: Frauen in der Postmenopause kann KVT zur Behandlung von vasomotorischen Beschwerden und von Schlafstörungen sowie zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität angeboten werden. Konsens 91% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 3.4: Frauen in der Postmenopause können Isoflavone zur Behandlung von VMS und Schlafstörungen angeboten werden. Konsens 87% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 3.5: Gabapentin sollte postmenopausalen Frauen **nicht** zur Behandlung von VMS, Schlafstörungen oder für die gesundheitsbezogene Lebensqualität angeboten werden. Konsens 95 % (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad B)

E 3.6: Fezolinetant und Elinzanetant können postmenopausalen Frauen unter Beachtung der in der jeweiligen Fachinformation beschriebenen Bedingungen und Vorsichtsmaßnahmen zur Behandlung von VMS angeboten werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 3.7: Testosteron kann postmenopausalen Frauen in Dosierungen, die zu Testosteronkonzentrationen im physiologischen Bereich prämenopausaler Frauen führen, zur Therapie von HSDD (Hypoactive Sexual Desire Disorder/Dysfunktion des sexuellen Verlangens) mit oder ohne parallel durchgeführte MHT angeboten werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation aus der Vorversion von 2020)

E 3.8: Vor Einleitung einer Therapie mit Testosteron ist eine differenzierte Diagnostik erforderlich. Andere Faktoren, die zur Entstehung von HSDD/einer Dysfunktion des sexuellen Verlangens beigetragen haben könnten, sollen evaluiert werden und vor Beginn einer Testosterontherapie angegangen werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation aus der Vorversion von 2020)

E 3.9 Postmenopausalen Frauen mit vasomotorischen Beschwerden soll eine MHT angeboten werden, wenn bei Ihnen keine Kontraindikationen vorliegen und nachdem sie über die kurz- (bis zu 5 Jahren) und langfristigen Nutzen und Risiken informiert wurden. Für nicht-hysterektomierte Frauen kommt eine EPT mit adäquatem Gestagenanteil, für

hysterektomierte Frauen eine ET in Betracht. Konsens 95% (Konsens-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation aus der Vorversion von 2020)

E 3.10 Bei unzureichender Beschwerdeverbesserung unter MHT sollen die Diagnose der Postmenopause, und Differentialdiagnosen der VMS oder kognitiver Beschwerden überprüft werden (Schilddrüsen-Dysfunktion, Depression, kardiovaskuläre Erkrankungen). Zudem sollen mögliche Interaktionen mit anderen Medikamenten der Patientin beachtet werden. Konsens 95% (Praxis-Empfehlung)

Kapitel 4: Pharmakologie der menopausalen Hormontherapie

E 4.1: Bei unzureichender Wirkung oder Nebenwirkungen einer MHT sollten Interaktionen mit anderen Medikamenten der Anwenderin geprüft und beachtet werden. Konsens 95% (Praxisempfehlung)

Kapitel 5: Genito-urinäres Syndrom der Menopause (GSM)

E 5.1: Eine lokale Östrogentherapie sollte Patientinnen mit Symptomen einer vulvovaginalen Atrophie angeboten werden. Estriol hat nach klinischer Einschätzung einen weniger starken Einfluss auf die Endometriumproliferation als Estradiol. Konsens 95% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 5.2 Bei Frauen, die nicht für eine lokale Estrogenbehandlung in Frage kommen, kann eine Behandlung der vulvovaginalen Atrophie mit Ospemifen hilfreich sein. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation NICE-Guideline 2024)

E 5.3 Die intravaginale Applikation von DHEA kann Patientinnen, die keine lokale Estriolgabe wünschen, angeboten werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation NICE-Guideline 2024)

E 5.4 Eine vaginale Lasertherapie zur Behandlung der vulvovaginalen Atrophie soll aufgrund der widersprüchlichen Evidenz nicht Routine-mäßig angeboten werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

S 5.5 Eine menopausale Hormontherapie (MHT, oral, transdermal, vaginal) kann die Vaginalflora während der Menopause und in der Postmenopause wiederherstellen. Konsens 90%.

E 5.6 Eine vaginale Estriolgabe bei postmenopausalen Frauen mit Harninkontinenz (insbesondere mit Symptomen der überaktiven Blase) soll angeboten werden. Die Anwendung sollte längerfristig erfolgen, soweit keine Kontraindikationen vorliegen. Konsens 96% (Evidenz--basierte Empfehlung; u.a. Leitlinien-Adaptation 015-091 (Inkontinenz) und aus Vorversion von 2020)

E 5.7 Bei rezidivierender unkomplizierter Zystitis der Frau in der Postmenopause ohne sonstige Begleiterkrankung sollte eine Gabe von vaginalen Estriol vor Beginn einer Langzeit-Antibiotikatherapie angeboten werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung; u.a. Leitlinien-Adaptation 043-044 (DGU) und aus Vorversion der Leitlinie von 2020)

Kapitel 6: Kardiovaskuläre Erkrankungen - einschließlich Thrombosen

E 6.1 Vor einer Östrogentherapie sollen die kardio- und cerebrovaskulären Risikofaktoren (zum Beispiel Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Adipositas) individuell abgeklärt und ggf. behandelt werden. Konsens 94% (Evidenz-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation aus Vorversion).

E 6.2 Anamnesticke Hinweise für ein erhöhtes Thromboserisiko und stattgehabte Thromboseereignisse sollen bei einer menopausalen Hormontherapie berücksichtigt werden. Konsens 100%. (Konsens-basierte Empfehlung; LL-Adaptation: NICE 2024)

E 6.3 Frauen sollen darüber informiert werden, dass das Risiko für eine Thromboembolie und für einen Schlaganfall unter oraler Östrogentherapie deutlich höher ist als unter transdermaler Applikation. Das Risiko ist dosisabhängig und in der frühen Postmenopause vermutlich niedriger als späten Postmenopause. Konsens 100% Evidenz-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation aus Vorversion).

E 6.4 Sowohl orale wie auch transdermale Östrogentherapien sind zur kardiovaskulären Primärprävention ungeeignet und nach einer Thromboembolie oder einem kardiovaskulären Ereignis kontraindiziert. Konsens 81% (Konsens-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation NICE 2024)

E 6.5 Tibolon soll bei erhöhtem Risiko für cerebrovaskuläre Ereignisse nicht zur Therapie postmenopausaler Hitzewallungen und Östrogen-abhängiger Beschwerden empfohlen werden. Konsens 100%. (Evidenzbasierte Empfehlung, Empfehlungsgrad A)

E 6.6 Zur Kombination von Östrogenen mit einem Gestagen sind aufgrund klinischer Erfahrung mikronisiertes Progesteron oder Dydrogesteron bezüglich vaskulärer Risiken geeignet, wobei ein gegenüber keiner Hormontherapie möglicherweise erhöhtes Endometriumkarzinomrisiko bei Anwendung >5 Jahre oder ein anderer gewünschter Zusatznutzen berücksichtigt werden sollen (siehe auch 10.2.2). Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

Kapitel 7: Osteoporose in der Peri- und Postmenopause und Interventionsmöglichkeiten

S 7.1

Sowohl in der menopausalen Transition als auch während der Postmenopause verringert sich die Knochendichte, vor allem der Lendenwirbelsäule. Konsens 100%

E 7.2 Wenn eine menopausale Hormontherapie (MHT) in Standarddosierung diskutiert wird, sollten Frauen zum Zusatznutzen der Prävention osteoporotischer Frakturen aufgeklärt werden. Gleiches gilt für Tibolon. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

S 7.3: Die besten Daten zur Verhinderung des Knochendichteabfalls während der Peri-/ und Postmenopause und zur Verhinderung von Frakturen auch bei Frauen ohne erhöhtes Frakturrisiko (primäre Prävention) bestehen für systemisch wirkende Östrogene und Gestagene. Dieser Effekt hält auch nach Absetzen der Therapie über einige Zeit an. Konsens 100%

E 7.4: Wenn eine Therapie mit nicht-hormonellen Substanzen zur Linderung klimakterischer Beschwerden diskutiert wird, sollten Frauen zum fehlenden Nachweis eines Zusatznutzens zur Prävention osteoporotischer Frakturen informiert werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

Kapitel 8: Nicht-hormonelle und hormonelle Interventionen in Peri- und Postmenopause und Demenz

E 8.1 Eine kombinierte oder reine Östrogen-MHT wird Frauen in der Peri-/Postmenopause zum Zweck der Demenzprävention nicht empfohlen. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung; Leitlinienadaptation von NICE 2024)

Kapitel 9: Stimmungsschwankungen und Depression

E 9.1 Bei depressiver Symptomatik, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der Perimenopause steht und deren Anzahl und Schwere nicht die diagnostischen Kriterien einer Depressiven Störung (ICD10 F32 (Depressive Episode)/F33 (Rezidivierende depressive Störung)) erfüllt, kann die Gabe einer menopausale Hormontherapie erwogen werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 9.2 Bei vorbekannter Generalisierter Angststörung mit Wiederauftreten / Aggravation in der Perimenopause kann Pregabalin in der dafür zugelassenen Indikation empfohlen werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 9.3 -9.5: Pregabalin und Gabapentin sollen für Frauen mit erstmals in der Perimenopause aufgetretener depressiver oder Angst-symptomatik inklusiver Schlafstörungen nicht empfohlen werden, da es keine ausreichende Datenlage (und keine Zulassung) in dieser Indikation gibt. Konsens 100 % (Evidenz-basierte Empfehlungen, Empfehlungsgrad A)

E 9.6- 9.8 : Gabapentin soll in Bezug auf erstmals in der Peri- oder Postmenopause (menopausale Phase undifferenziert) aufgetretener depressiver und / oder Angstsymptomatik sowie Schlafstörungen nicht empfohlen werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlungen, Empfehlungsgrad A)

E 9.9 – 9.11 : Frauen kann in allen menopausalen Phasen (Peri- und Postmenopause, sowie undifferenziert) eine KVT zur Behandlung depressiver Symptome angeboten werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlungen, Empfehlungsgrad 0)

S 9.12 Zur KVT für die Behandlung einer Angstsymptomatik bei symptomatischen peri- oder postmenopausalen Frauen (undifferenziert) kann keine Empfehlung ausgesprochen werden, da der Effekt nach der vorliegenden Evidenz unzureichend untersucht ist. Konsens 100%

E 9.13 Bei Betroffenen, bei denen die ICD-Diagnosen F32 (Depressive Episode) oder F33 (Rezidivierende depressive Störung) im Zusammenhang mit der Perimenopause gestellt werden können, oder bei denen eine solche Diagnose bereits anamnestisch gestellt wurde, sollten für ein optimales Management neben obigen Empfehlungen auch die “Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression” zur Anwendung kommen. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation aus Nationaler Versorgungsleitlinie)

E 9.14 Postmenopausalen Frauen mit depressiven Symptomen, die die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllen, können SSRI und SSNRI (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Desvenlafaxin, Venlafaxin) angeboten werden. Für perimenopausale Frauen liegen diesbezügliche keine Studien vor. Konsens 94% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 9.15 Postmenopausalen Frauen, die die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllen, sollten zur Behandlung einer Angstsymptomatik SSRI und SSNRI (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Desvenlafaxin, Venlafaxin) nicht angeboten werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad B)

9.16 - 9.17: Peri- und postmenopausalen Frauen, die die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen, sollten gemäß den Kriterien der “Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression” SSRI oder SSNRI (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Desvenlafaxin, Venlafaxin) angeboten werden. Konsens 100 %

E 9.18 Peri- oder postmenopausalen Frauen (menopausale Phase undifferenziert), die die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen, können auch zur Behandlung einer begleitenden Angstsymptomatik SSRI und SSNRI (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Desvenlafaxin, Venlafaxin) angeboten werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 9.19 Cimicifuga sollte aufgrund der geringen Evidenzlage **nicht** zur Behandlung von Stimmungsschwankungen und Depression bei peri- oder postmenopausalen Frauen empfohlen werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad B)

E 9.20 Die Studienlage erlaubt aufgrund der geringen Evidenz keine abschließende Empfehlung zum Einsatz von Isoflavonen für peri- und postmenopausalen Frauen bei Schlafstörungen. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E. 9.21 Perimenopausalen Frauen können Isoflavone zur Behandlung einer depressiven oder Angst-Symptomatik angeboten werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 9.22 Postmenopausalen Frauen sollten Isoflavone nicht zur Behandlung depressiver Symptome angeboten werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad B)

Kapitel 10: Peri- und Postmenopause, Menopausale Hormontherapie (MHT) und Krebsrisiko

E 10.1 Frauen, die eine MHT erwägen, sollen darüber aufgeklärt werden, dass eine MHT (EPT/ET) zu einer geringen Erhöhung des Brustkrebsrisikos führen kann. Konsens 75% (Evidenz-basierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation aus Vorversion)

E 10.2 Eine systemische MHT soll bei Frauen nach einem Mammakarzinom nicht durchgeführt werden. Im Einzelfall kann sie nach Versagen nichthormoneller Therapien und bei erheblicher Einschränkung der Lebensqualität erwogen werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad A)

E 10.3 Bei Patientinnen mit behandeltem Mammakarzinom kann eine vaginale Estrioltherapie bei entsprechenden Beschwerden (genitales Syndrom der Menopause) mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und Versagen nicht hormonaler Alternativen erwogen werden. Konsens 100% (Evidenz-basierte Empfehlung, Empfehlungsgrad 0)

E 10.4 Eine ET soll nur bei hysterektomierten Frauen durchgeführt werden. Eine kombinierte EPT bei nicht hysterektomierten Frauen soll eine mindestens 12-, besser 14-tägige Gestagenanwendung pro Behandlungsmonat enthalten. Konsens 100% (Evidenzbasierte Empfehlung; Leitlinien-Adaptation aus AWMF- Endometrium-Karzinom (AWMF 032-034 OL) und aus der Vorversion)

E 10.5 Bei Patientinnen mit behandeltem Endometriumkarzinom kann eine MHT bei klimakterischen Beschwerden mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und

Versagen nicht hormonaler Alternativen erwogen werden. Konsens 94% (Leitlinien-Adoption aus Vorversion; Konsens-basierte Empfehlung)

E 10.6 Symptome einer atrophen Vaginitis bei Patientinnen nach Therapie eines Endometriumkarzinoms sollen primär mit inerten Gleitgelen oder Cremes behandelt werden. Konsens 100%. (Konsens-basiert; Leitlinien-Adoption aus Vorversion)

E 10.7 Eine lokale ET nach Primärtherapie eines Endometriumkarzinoms kann nach nicht zufriedenstellender Behandlung mit inerten Gleitgelen oder Cremes erwogen werden. Konsens 100%. Konsens-basiert; Leitlinien-Adoption aus Vorversion)

S 10.8 Pro 1.000 MHT-Anwenderinnen wurde über 5 Jahre ein zusätzliches Ovarialkarzinom errechnet. Konsens 95%

E 10.9. Eine MHT kann Frauen nach Behandlung eines nicht-endometrioiden Ovarialkarzinoms nach entsprechender Aufklärung angeboten werden. Konsens 100% (Evidenzbasierte Empfehlung; Leitlinien-Adoption aus Vorversion)

E 10.10 Frauen nach Behandlung eines Kolonkarzinoms oder Schilddrüsenkarzinoms sowie anderer Karzinome (Lungenkarzinom, Pankreaskarzinom, Leberkarzinom, Magenkarzinom) kann eine MHT angeboten werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

Kapitel 11 Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI) und frühe Perimenopause

E 11.1 Weibliche Verwandte einer Patientin mit nicht-iatrogener POI sollen über ein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines familiären POI informiert und es soll ihnen die Möglichkeit der Bestimmung der Ovarreserve angeboten werden. Bei Bestätigung einer reduzierten Ovarreserve sollen fertilitätsprotektive Maßnahmen angeboten werden. Die Diagnose einer POI basiert auf dem Vorliegen von Zyklusstörungen für mind. vier Monate und einem erhöhten FSH-Wert über 25 IU/l. Bei diagnostischer Unsicherheit soll eine zweite Blutabnahme im Abstand von mind. 4-6 Wochen erfolgen. Konsens 96% (Konsensbasierte Empfehlung)

E 11.2 Das Anti-Müller-Hormon (AMH) soll nicht primär für die Diagnosestellung einer prämaturen Ovarialinsuffizienz (POI) bestimmt werden. Konsens 93%. (Konsens-basiert; Leitlinien-Adoption ESHRE 2024)

E 11.3 Eine Chromosomenanalyse und FMR-1-Analyse soll allen Frauen mit nicht-iatrogener POI entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben angeboten werden. Konsens 87% (Konsens-basiert; Leitlinien-Adaptation ESHRE 2024)

E 11.4 Bei unbekannter Ursache der POI sollten 21- Hydroxylase- Antikörper untersucht werden. Wenn diese negativ sind, ist keine erneute Testung erforderlich. Konsens 96% (Konsens-basiert; Leitlinien-Adaptation ESHRE 2024)

E 11.5 Bei nicht bekanntem Schilddrüsenstatus soll TSH bei Erstdiagnose einer POI bestimmt werden, um eine mögliche Hypothyreose zu behandeln. Konsens 100% (Konsens-basiert; Leitlinien-Adaptation ESHRE 2024)

E 11.6 Frauen mit POI sollen über die reduzierten Konzeptionschancen informiert werden. Konsens 100% (Konsens-basiert; Leitlinien-Adoption ESHRE 2024)

E 11.7 Fertilitätsprotektive Maßnahmen sollen bei noch vorhandener ovarieller Aktivität und Kinderwunsch angeboten werden. Konsens 100% (Konsens-basiert)

E 11.8 Je nach Gesetzeslage kann bei Frauen mit einer POI eine Eizellspende in Betracht gezogen werden. Konsens 100% (Konsens-basiert)

E 11.9 Bei ovarieller Restaktivität und nicht vorhandenem Kinderwunsch sollen kontrazeptive Methoden angeboten werden. Konsens 100% (Konsens-basiert; Leitlinien-Adaptation ESHRE 2024)

E 11.10 Frauen mit POI sollen über die kardiovaskulären Risiken, und eine mögliche Reduktion von modifizierbaren Risikofaktoren (Lebensstil, Gewicht, Rauchen) aufgeklärt und beraten werden. Konsens 100% (Konsens-basiert; Leitlinien-Adaptation ESHRE 2024)

E 11.11 Frauen mit POI soll eine Hormontherapie bis zum Erreichen des durchschnittlichen natürlichen Menopausealters (50-52 Jahre) empfohlen werden, sofern keine Kontraindikationen vorliegen. Konsens 95% (Konsens-basiert; Leitlinien-Adaptation ESHRE 2024)

E 11.12 Bei Frauen mit POI und urogenitalen Symptomen trotz MHT soll eine zusätzliche lokale Östrogenbehandlung angeboten werden. Konsens 100% (Konsens-basiert; Leitlinien-Adaptation ESHRE 2024)

E 11.13 Bei Jugendlichen ohne Anzeichen für eine Pubertät im Alter von 14 Jahren, ohne Menarche mit 16 Jahren oder mit stagnierender Pubertätsentwicklung sollten eine gynäkologische Abklärung und ggf. eine Pubertätsinduktion erwogen werden. Konsens 96% (Konsens-basierte Empfehlung)

E 11.14 Frauen mit POI soll eine psychologische Unterstützung angeboten werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)

Kapitel 12 MHT bei vorbestehenden Erkrankungen

E 12.1: Da Adipositas mit erhöhten Risiken für Brustkrebs, Thromboembolien und kardiovaskuläre Erkrankungen einhergeht, sollte die niedrigste effektive Estrogendosis verwendet werden, und die transdermale Applikation auf Grund des darunter mutmaßlich geringeren Thromboembolierisikos bevorzugt werden. Konsens 100% (Konsens-basiert)

S 12.2.: Bei akuter Lebererkrankung und deutlich erhöhten Leberfunktionswerten sind eine MHT und eine Therapie mit Fezolinetant kontraindiziert. Konsens 100%

S 12.3 Für MHT sind positive und negative, insgesamt aber wenig ausgeprägte Effekte auf den Leberstoffwechsel auch bei vorbestehender Erkrankung beschrieben. Konsens 95%

Kapitel 13 Patientinnen-Information

E 13.1 Patientinnen sollten aktiv evidenzbasierte Informationsmaterialien (digital oder analog) zur Peri- und Postmenopause angeboten werden. Bei begleitendem Einsatz von Apps soll auf das damit verbundene Risiko der Fremd-Datennutzung hingewiesen werden. Konsens 100% (Konsens-basierte Empfehlung)