

Dr. Med. Volker Rimkus

# **Hormon-Ersatz-Therapie bei Männern**

**Dr. med. Volker Rimkus**

# **Hormon-Ersatz-Therapie bei Männern**

**Nach der Rimkus-Methode  
Mit natürlichem Östradiol und natürlichem Progesteron**



© **2006** by Dr. med. Volker Rimkus

® Dr. med. Volker Rimkus

1. Auflage 2006

Druck

Druck- & Verlagshaus MAINZ GmbH

Süsterfeldstraße 83

52072 Aachen

ISBN 3-8107-8001-4

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einführung in die Methode und Leitfaden für eine Therapie hormoneller Defizite im Klimakterium Virile</b>	7	Östrogenmangel – Ein sicherer Weg in die cardio/vasculäre Krise!	39
<b>I. Teil</b>	9	Einige der bislang bekannten Progesteronwirkungen	40
Einführung in die Methode RIMKUS	9	Natürliches Progesteron – ein neuer Stern am männlichen „Hormonhimmel“?	41
Theorie und Praxis	9	Therapie eines Hormondefizits mit naturidentischen Hormonen	45
Erfahrungsbericht über die ersten Jahre einer Anwendung von natürlichem Östradiol bei Männern mit erniedrigten Serumöstradiolspiegeln	15	Therapiemanagement bei entsprechendem Beschwerdenprofil und nachgewiesenem Hormonmangel	51
Definition des Begriffs „Klimakterium virile“	19	Hinweise auf Dosierungen, die einen Hormonmangel beheben können	55
Das Symptomenbild des Klimakterium virile	21	Mittlere Tagesdosen	55
Probleme bei der Erforschung des männlichen physiologischen Östradiolspiegels (E2) und des idealen Progesteronspiegels	27	Tabellarische Übersicht über die Ideal- und Minimalbereiche von Serumspiegeln und Dosierungen	56
Einige der bekanntesten biologischen Ostradiolwirkungen	38	Herkunft der natürlichen Hormone	57
		Ergebnisse einer eigenen Anwendungsbeobachtung aus den frühen Jahren meiner Forschungen	65

Therapieversager?	75	<b>Beispiele für das Therapiemanagement:</b>	101
Das Haarkleid	75	Erster Therapieplan für einen individuellen Heilversuch	103
Nebenwirkungen	76	Vorläufiger Therapieplan	105
<b>II. Teil</b>	87	Die neueste Entwicklung: Die „RIMKUS-Kapseln“	106
<b>Schlagworte und praktische Hin- weise zur Therapie</b>	87	Ein Beispiel für die Verordnung der Super-Kombi-Kapsel	107
Aufklärung vor Aufnahme einer Therapie mit Naturhormonen	89	Vorläufiger Therapieplan mit der Super-Kombi-Kapsel (RIMKUS–Kapsel), Beispiel	108
Argumente, die für eine Einnahme von natürlichem Progesteron beim Mann sprechen	90	Wichtige Information zur Hormontherapie!	109
Wichtige Erklärung vor einem individuellen Heilversuch mit Östrogen/Progesteron beim Mann	94	Musterrezept für die von mir neu entwickelten Kombikapseln	110
Anamnese	96	Noch bequemer für den Patienten ist die Verordnung der „RIMKUS-Kapsel“	111
Erfassung der Beschwerden der männli- chen Wechseljahre vor einem geplanten individuellen Heilversuch mit Östrogen/ Progesteron (Nach RIMKUS)	98	<b>Schlussbemerkung</b>	113
Bedingungen vor Therapieaufnahme (Minimalforderung)	100	Literaturempfehlung	116

# **Einführung in die Methode und Leitfaden für eine Therapie hormoneller Defizite im Klimakterium Virile**

*Einführung in die Methode & Leitfaden  
für eine Therapie hormoneller Defizite*

## **Haftung und Verantwortung:**

Die in diesem Leitfaden veröffentlichten Informationen werden durch neue Auflagen aktualisiert. Sie können technische Ungenauigkeiten und typographische Fehler enthalten. Der Autor und der Verlag übernehmen daher keinerlei Gewährleistung in Bezug auf die gemachten Angaben. Der Autor kann die korrekte Befolgung seiner therapeutischen Empfehlungen nicht kontrollieren. Daher kann er in keinem Fall für Schäden haftbar gemacht werden. Haftungsansprüche gegen den Autor, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Information verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen. Alle Angebote sind freibleibend und unverbindlich. Der Autor behält es sich ausdrücklich vor, Teile der Seiten oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

# I. Teil

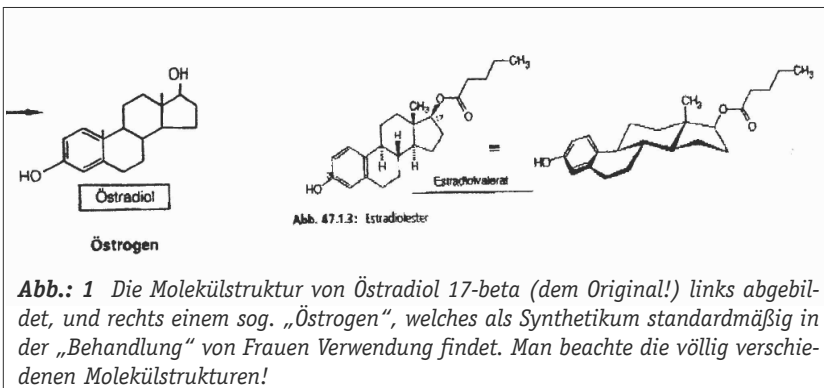
## Einführung in die Methode RIMKUS

### Theorie und Praxis

Die Idee, auch bei Männern mit Hormonen eine Linderung oder Behandlung von Beschwerden in einem bestimmten Lebensabschnitt zu versuchen, ist nicht neu. Dabei handelte es sich aber nahezu ausschließlich um die Verwendung von Testosteron in der Männertherapie.

Es gab aber auch zaghafte Versuche, Männern „Östrogen“ zu verabreichen, was sich aber mehr oder weniger als wirkungslos – oder sogar schädlich – für den alternden Mann herausstellte.

So finden wir zum Beispiel im wissenschaftlichen Teil der „Salzburger Nachrichten“ vom 13. Oktober 1997 den Hinweis, dass angeblich schon „DDR-Größen“ wie Honecker und Mielke Östrogene „geschluckt“ hätten. Der Erfolg war ganz offensichtlich nicht sehr beeindruckend gewesen!...



I. Teil – Einführung in die Methode  
und Leitfaden für eine Therapie hormoneller Defizite

Ich möchte bereits an dieser Stelle bezweifeln, ob in diesen Fällen tatsächlich mit physiologischem Östradiol behandelt wurde. Wie bislang üblich, kam sicher auch bei diesen frühzeitigen Versuchen das Industrieprodukt „Östradiolvalerat“, auch heute noch von der Wissenschaft als „Östrogen“ bezeichnet, zum Einsatz. Unsere sonst so auf Exaktheit ausgerichtete Wissenschaft ist leider in Bezug auf eine exakte Nomenklatur im Bereich der Hormonforschung sehr „großzügig“. Unterschiedliche Substanzen mit verschiedenen Molekülstrukturen (und zwangsläufig anderem Wirkverhalten) werden mit ein und demselben Namen belegt. Damit ist, so meine ich, eine therapeutische Katastrophe und eine allgemeine „wissenschaftliche Verwirrung“ vorprogrammiert. Ich werde an späterer Stelle eingehender auf diesen wichtigen Tatbestand eingehen.

In der Februar- und März Ausgabe der Zeitschrift „Gyne“ (1993) berichten K. **Umbreit**, J. F. Schindler und H. U. Feldmann unter dem Titel: „Der Mann, das unbekannte Wesen“ bereits über eine Östrogen-substitution bei Männern.

Es gibt noch weitere Hinweise aus der amerikanischen Literatur (1993: J. Carrie. J. of Endocr. and Metabolism), dass Östrogene beim Mann

den gleichen cardioprotectiven Schutz haben müssten, wie es für Frauen bewiesen werden konnte.

Im März 2000 berichteten amerikanische Forscher aus Chicago, dass dort bei Männern nach Kastration wegen eines Prostata -Ca sehr erfolgreich Östrogenpflaster zur Behandlung der Hitzewallungen eingesetzt werden konnten. (Anm. Verf.: Üblicherweise enthalten sog. Östrogenpflaster das physiologische Östradiol 17-beta!) Diese Forscher waren davon überzeugt, dass eine Östrogentherapie beim Mann in Zukunft eine große Bedeutung gewinnen wird. Dieser Überzeugung konnte ich mich damals nur voll und ganz anschließen!

Leider folgten dieser „Überzeugung“ keine Taten und die aufkeimenden Bemühungen in der Anwendung gerade dieses Hormons wurde und wird nicht nur von den Andrologen bislang doch recht „erfolgreich“ behindert. Die Andrologie hat sich, wie es scheint, schicksalhaft an das Testosteron geklammert und hat keinen Spielraum für neue Wege zugelassen. Leider hat auch keiner – auch nicht unsere prominentesten Andrologen – bemerkt, dass die „Hormone“ mit den Bezeichnungen „Östrogen“, die ihnen für die ersten Versuche an Männern von der Industrie in die Hand gege-



ben wurden, eine Irreführung waren. Es handelte (und handelt) sich um chemisch veränderte Östradiolmoleküle (Östradiolvalerat statt 17-beta-Östradiol (s. Abb. 1) – oder gar Östrogenbruchstücke aus dem Urin trächtiger Stuten!!!) die ihnen als sog. Östrogen, bzw. „natürlich konjugiertes Östrogen“ für die Behandlung zur Verfügung gestellt wurden. Warum unsere Wissenschaftler in den Forschungszentren sie auch heute noch scheinbar kritiklos als mit der Natur identische Hormone einsetzen und eingesetzt haben, bleibt sicher nicht nur mir ein Rätsel.

Wen wundert es, dass schon die ersten zaghaften Versuche wegen z. Teil schwerer Nebenwirkungen und herber Enttäuschungen abgebrochen wurden mussten. Und auf diesem Stand der Erkenntnis sind auch heutzutage noch leider alle endokrinologischen Monographien stehen geblieben. Wie kann es sein, dass noch niemand von unseren „Experten“ diese Irreführung aufgedeckt hat? Mit einer unglaublichen Stetigkeit, werden immer wieder Studien mit diesen vermeintlichen Hormonen durchgeführt und publiziert und daraus Empfehlungen und Konsequenzen für eine Anwendung von tatsächlichen Hormonen abgeleitet. Merkt man den gravierenden Unterschied nicht – oder will man ihn nicht bemerken....??

Vielleicht gibt uns ein Zitat eines **Gesprächs von Eckermann mit Goethe** eine mögliche Erklärung für das „seltsame“ Verhalten unserer Wissenschaftler?

*„Da aber sah ich, dass den meisten die Wissenschaft nur etwas ist, sofern sie davon leben, und dass sie sogar den Irrtum vergöttern, wenn sie davon ihre Existenz haben“ – möge diese Weisheit bitte nicht auf unsere heutigen Verhältnisse zutreffen!*

Das Bemühen, einem Teil der plötzlich oder schleichend auftretenden körperlichen und/oder seelischen Veränderungen des alternden Mannes mit einer Substitution erniedrigter Serumöstradiol- und/oder Progesteronspiegel zu begegnen, war für mich auf Grund meines fundierten Wissens um die physiologische Bedeutung der Sexualhormone doch sehr nahe liegend.

Die bisherigen stets negativen Erfolge einer „Hormongabe“ für den alternden Mann erschienen mir jedenfalls aus den oben angeführten Gründen, leicht erklärbar. Für mich war es so, als würde man einem Gärtner seitens der Forschung Benzin statt Regenwasser für seine verdorrten Pflanzen anbieten, diese Laborsubstanz aber mit der Versicherung austeilten, es handele sich um

künstlich hergestelltes Regenwasser mit identischer Wirksamkeit wie das Naturprodukt...



**Abb.: 2** Ein sicher wohl unbrauchbarer Vorschlag, Topfpflanzen zu gießen (Wasser zu substituieren...)!

Die leicht erklärbaren Misserfolge unserer Forscher und die partiellen Erfolge (mit herkömmlichem „Östrogen“) einiger Forscher, wie K. Umbreit, ermutigten mich, einmal einen neuen Weg zu versuchen.

Um bei meiner Metapher zu bleiben:

Ich beschloss zu versuchen, richtiges „Regenwasser“ (also das Original!) in einer Tonne aufzufangen und die Blumen im Glashaus damit zu gießen. Ich wollte schauen, ob das „Original – Regenwasser“

wirklich auch so schädlich ist, wie es von den Forschern behauptet wird und wie es die Erforschung der Spätfolgen einer „Benzinbehandlung“ ja auch tatsächlich gezeigt hat! Der gesunde Menschenverstand sprach für mich absolut gegen die Erkenntnisse und Rückschlüsse unserer universitären Forschungsabteilungen.

Triebfeder für diese Motivation war auch mein eigenes Beschwerdenprofil, das mich ab dem Alter von damals 50 Jahren mit immer neuen „Überraschungen“ deprimierte. Ich erlebte leider auch ganz persönliche sehr negative Erfahrungen bei einer Anwendung bisheriger Hilfsangebote aus der Palette der damals hoch gelobten „Anti-Aging-Medizin“, um die es ab 2006 gottlob endlich etwas stiller geworden ist. Zu vollmundig waren die Versprechungen und zu wirkungslos die angebotenen Rezepte. Aber, diese Phase führte zu einer Hochkonjunktur unserer medizinischen Labore!

Nahezu alle Versuche, mir eine Linderung der eigenen Beschwerden mit diesen Programmen zu verschaffen, schlugen mit den gängigen Methoden leider fehl.

Auf den Grundlagenforschungen von K. Umbreit aufbauend, startete ich 1993 meine eigenen Forschun-

gen auf diesem Gebiet. Dazu war es mir hilfreich, auf die während meiner Zeit als wissenschaftlicher Assistent an der Universität Kiel erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten über die Durchführung exakter Forschung zurückgreifen zu können.

Meine nun schon weit über 10-jährigen Erfahrungen (2006!) beruhen ausschließlich auf der Verwendung des **natürlichen** Östradiols und ebensolchen Progesterons. Schon an dieser frühen Stelle möchte ich dringend davor warnen, die in der Gynäkologie üblichen Ersatzstoffe (s. oben!) – leider auch 2006 immer noch „Hormone“ genannt – überhaupt zu versuchen, geschweige zu verwenden!

Für denjenigen Kolleginnen oder die Kollegen, die mit diesem Leitfaden meiner Empfehlung einer Männerbehandlung folgen möchten, **verbiestet (!!)** sich ganz ausdrücklich jeder Versuch, Männer mit diesen oben aufgeführten Industrieprodukten zu schädigen! Darüber gibt es bereits genügend Literatur (fragen Sie dazu meine Kritiker!) über katastrophale Nebenwirkungen einer solchen „Behandlung“ bei Frauen und sogar Männern. Das muss man dann nicht noch einmal bestätigt finden.

Die bedrückenden Spätfolgen einer solchen „Therapie“ in der Gynä-

kologie dürfen bitte nicht auch noch auf Männer übertragen werden! Es reicht, was den Frauen durch die Hand von Ärzten angetan wurde!

**Wer hier einen anderen Weg beschreiten möchte, begibt sich aus der Geborgenheit meiner Erfahrungen und Empfehlungen!**

Ein solches Vorgehen hätte nichts – aber auch gar nichts – mit der „Methode RIMKUS“ gemein und würde in meinen Augen zu recht „gefährlicher Unfug“ bedeuten, wie es einer unserer „Experten“ formulierte, als er glaubte, meine Vorgehensweise werten und wichten zu müssen.

\*

Ich habe erstmals im September 1996 auf Einladung der urologischen Universitätsklinik vor den Ordinarien der Universität Homburg Saar über dieses Thema und meine bis zu diesem Zeitpunkt erarbeiteten Ergebnisse berichtet. Zu diesem Zeitpunkt wurde seitens der Urologie sogar noch die Diagnose männlicher Wechseljahre in höchstem Masse angezweifelt!

Entscheidendes hat sich aber an diesen Zweifeln bis zum Jahre 2006 nicht geändert.

Damals betreute ich neben mir erst rund 100 Männer; später, im Jahr 2005, dem Jahr meines Abschieds in den Ruhestand, waren es mehr als 1500 Männer.

Nach den von Lee publizierten positiven Erfahrungen in der Anwendung von natürlichem Progesteron bei Frauen in den Wechseljahren, habe ich ab dem Jahr 1999 erstmalig auf dieser Welt die **zusätzliche Substitution des Progesteronspiegels mit natürlichem Progesteron beim Mann** beschrieben. Ich integrierte diese zusätzliche Substitution seit dieser Zeit erforderlichenfalls ebenso wie das natürliche Östradiol höchst erfolgreich in die Behandlung des Klimakterium virile.

Auf dem Anti-Aging Kongress in Heidelberg hatte ich meine Methode 2001 einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt, nachdem ich im kleineren Kreis des „Forum Männerarzt“ zuvor darüber berichtet hatte und die Methode der Progesteronsubstitution auch erstmalig in der Zeitschrift „Der Männerarzt“ (Ausgabe 2/ 2001: „Progesteron, ein neuer Stern am Hormonhimmel des Mannes“) publizierte.

Ich empfinde es als einen sehr schönen Sieg über alle Skeptiker und all die Kollegen, die mich anfänglich öffentlich mit Titeln wie „Scharlatan“ und „Verkünder gefährlichen Un-

fugs“ u. ä. bedacht haben, als ich im Jahre 2002 vom Hippokrates Verlag gebeten wurde, in der neu geplanten 3. Auflage des Fachbuches: Dittmar/Loch/Wiesenauer: „Naturverfahren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, Verlag Hippokrates, das Kapitel über das „Klimakterium virile“ zu verfassen. Dieses Werk ist inzwischen erschienen und holt damit meine Methode aus der Ecke der belächelten Außenseitermedizin heraus. (ISBN: 3-8304-5206-3)

Mit der Veröffentlichung meiner Methode für alternde Männer in einem gynäkologischen Fachbuch ist meine Methode somit zu einem Teilaspekt der Fortbildung eines Gynäkologen geworden...

Hat diese Veröffentlichung nun etwa zu dem von mir erwünschten Durchbruch geführt?

Leider nein!

Trösten wir uns vielleicht so lange mit einem Zitat von Schopenhauer: Eine neue Methode wird zunächst von den Fachleuten verspottet, dann bekämpft und irgend wann (..???) dann vielleicht auch sogar akzeptiert!

Wir müssen uns dann wohl noch einfach etwas gedulden! – Leider aber nicht unbedingt zum Wohle des alternden und leidenden Mannes!

# Erfahrungsbericht über die ersten Jahre einer Anwendung von natürlichem Östradiol bei Männern mit erniedrigten Serumöstradiolspiegeln.

Der nun folgende Erfahrungsbericht basiert in einigen Punkten noch auf der oben beschriebenen viel kleineren Zahl von 100 Patienten von Februar 1993 bis Juli 1998.

Mit der Zeit habe ich meine Erfahrungen mit einer immer größer werdenden Männergruppe in diese Anwendungsbeobachtung mit einbeziehen können.

Wie schon beschrieben, habe ich erst seit November 1999 die bis dahin ausschließlich als Östrogenmonotherapie durchgeführte Substitution in allen erforderlichen Fällen mit einer zusätzlichen Gabe von 2x 50 mg bis höchstens 2x 100 mg natürlichem Progesteron /die kombiniert.

Es war zu beobachten, dass die Methode nicht nur das weiterhin hielt, was sie in einem verhältnismäßig kleinen Kollektiv anfangs schon gezeigt hatte, sondern dass es tatsächlich mit der zusätzlichen Progesteron-

gabe noch einmal zu einer deutlichen Verbesserung der Therapieerfolge (Libido / Potenz) kam. Und eigentlich sollten diese bewegenden Erfolge genügen, um der „Methode RIMKUS“ zu einem Durchbruch zu verhelfen... **Wer heilt, hat Recht!** Oder?

**Noch heute suche ich nach einer plausiblen Erklärung, warum sich die Methode RIMKUS leider trotz der guten und durchaus reproduzierbaren Erfolge dennoch nur zögerlich durchsetzen kann?**

Wo liegt „der Haken“ an der Methode? Reichen bewegende Erfolge und eine geradezu erstaunliche Nebenwirkungsfreiheit (bei korrekter Anwendung (!) von natürlichen Hormonen) heut zu Tage denn nicht mehr aus?

Müsste es nicht eigentlich ein nicht zu unterschätzendes Sicherheitsgefühl für einen Arzt bedeuten, wenn

er seine Patienten mit Hormonkapseln behandelt, bei denen noch nicht einmal eine Information über mögliche Nebenwirkungen beige-packt ist? Wo gibt es denn noch eine ähnliche Situation in unserer sonstigen medikamentösen Behandlung? Und wie sieht es denn in den Packungsbeilagen der industriell gefertigten „Hormone aus? Da muss einem doch beim Lesen das kalte Grausen packen...

Neueste Studien haben bewiesen, dass die Warnungen auf jeden Fall ernst zu nehmen sind!

\*

Ein **Hindernis für unsere Wissenschaftler**, sich ernsthaft mit der Methode einer Anwendung von naturidentischen Hormonen zu beschäftigen, scheint in der Tatsache begründet zu sein, dass im Gegensatz zum Testosteron in großen Messreihen, statistisch gesehen, bislang kein **alterstypischer Östrogen- oder Progesteronabfall für den alternden Mann nachweisbar war**.

Was bedeutet das in Wirklichkeit unter Anwendung des gesunden Menschenverstandes?

Wenn bei einer großen Messreihe eine ebenso große Anzahl von Männern **über** wie auch **unter-**

**halb** der statistisch errechneten Kurve liegt, dann bedeutet das selbstverständlich keinen signifikanten Altersabfall. Da es aber den „statistisch errechneten Durchschnittsmann“ in Wirklichkeit ja gar nicht gibt, werden somit alle Männer, die unterhalb dieser ermittelten Kurve mit deutlichen Hormondefiziten und dafür typischen Beschwerden liegen, der „evidence based medicine“ geopfert. (Evidenz **blasierte Medizin???**) Diese Männer sind für die Wissenschaftler somit nicht existent und **genau das sind aber die Männer**, die mit einem erheblichen Leidensdruck **in die Männer-sprechstunde kommen** – und **denen man hervorragend helfen kann und muss, wenn wir die Möglichkeit dazu haben!**

Dass es zufällig genau so viele alternde Männer gibt, deren Beschwerden offenbar nicht durch einen Abfall dieser Hormone im Alter erklärbar sind, interessiert das leidende Individuum mit niedrigen Serumspiegeln nicht. Es interessiert sogar uns hier an der „Leidensfront“ auch im Moment in diesem Zusammenhang überhaupt nicht! Die Männer oberhalb der Kurven würden sicher auch nicht Beschwerden im Sinne dieses Hormonmangels zu beklagen haben und kämen somit auch gar nicht in unsere Hormonsprechstunden.

Derartige Schlussfolgerungen oder Interpretationen von Messergebnissen unserer Wissenschaftler sind für einen durchschnittlich denkenden und unverbildeten Untersucher nicht nachvollziehbar. Sie werden dem Leidensdruck von der Hälfte ihrer Versuchspersonen absolut nicht gerecht.

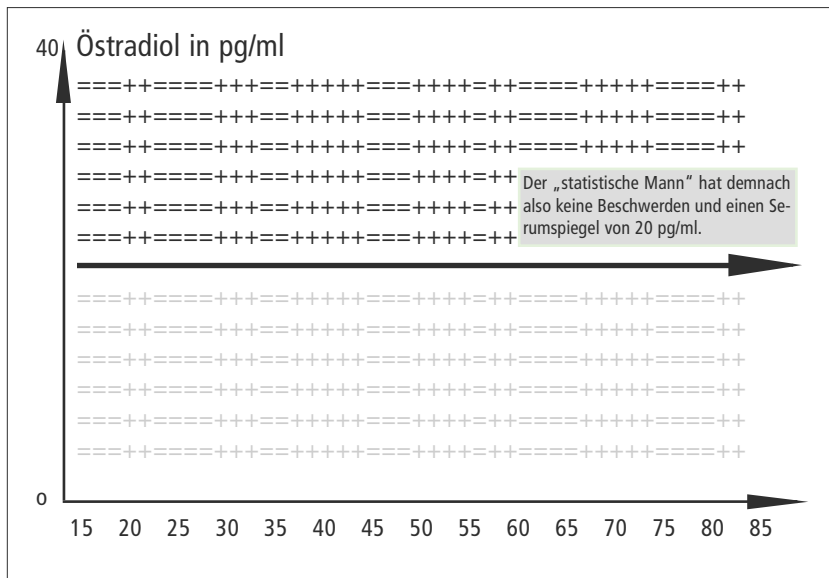
Erinnern wir uns:

Es sind auch nicht alle alten Menschen Altersdiabetiker! Und, obwohl es für den Altersdiabetes keine alterstypische und signifikante Verteilung gibt, werden Individuen mit einem Altersdiabetes gleich-

wohl bei ihren Internisten ernst genommen, behandelt und nicht statistisch aussortiert....!?)

**Die Abbildung 3 soll diese Fehlinterpretation verdeutlichen:** (alle Männer unterhalb der Kurve existieren nicht...???!)

Der statistische Mittelwert (schwarzer Pfeil!) verläuft horizontal. Man erkennt also keinen altersabhängigen Abfall der Spiegel und keinen Zusammenhang zwischen der Stärke der Beschwerden und einem bestimmten Östradiolwert. Man erkennt ebenso (jedenfalls in den von unseren Forschern publizierten



Alter (in Jahren)

**Abb.3:** Stark vereinfachtes Beispiel, wie ein statistisches Vorgehen dem einzelnen Patienten nicht gerecht wird. (=: keine Beschwerden, +: starke Beschwerden bei unterschiedlichen Serumsiegeln)

I. Teil – Erfahrungsbericht über die ersten Jahre einer Anwendung von natürlichem Östradiol bei Männern

Messreihen!), dass es genau so viele Männer mit Beschwerden, wie ohne Beschwerden gibt. Aber alle Männer mit Beschwerden und **niedrigem** Östradiolspiegel (in der Graphik also die „+“ Männer unterhalb der gemittelten schwarzen Linie!) werden von unseren Wissenschaftlern ohne einen Behandlungsversuch nach Hause geschickt...??!

Unseren Wissenschaftlern in den Universitäten sollte das immer stärker werdende Ansehen der Heilpraktiker und Naturheilkundler in den Augen der kranken Menschen sehr zu denken geben. Die Kranken wenden sich zunehmend enttäuscht von „Schulmediziner“ ab und suchen Heiler auf, die, ohne Evidenz basierte Studien überhaupt zur Kenntnis zu nehmen, ihre Klientel offenbar so behandeln und betreuen, dass Patienten mit den Heilerfolgen durchaus zufrieden sind und auch gern bereit sind, den Lohn für diese Bemühungen zu entrichten, während der Wohlstand der modernen Ärzte von ihren Patienten zunehmend kritischer gesehen wird!

Und Heilpraktiker hatten es bislang nicht nötig, auf die Strasse zu gehen, um für die gesellschaftliche Akzeptanz höherer Honorare zu demonstrieren...



# Definition des Begriffs „Klimakterium virile“

Unter dem Begriff „Klimakterium“ verstehen Gynäkologen die Symptomatik, die bei der Frau schicksalhaft aus dem altersabhängigen und alterstypischen Abfall der Östrogenproduktion der Ovarien resultiert. Demzufolge kann es dann natürlich kein „Klimakterium virile“ geben.

Wenn wir uns allerdings einzig und allein auf das klinische Bild des Klimakteriums mit seiner unglaublich vielschichtigen Symptomenvielfalt und mit seinen typischen somatischen und psychischen Beschwerden konzentrieren, so müssen wir erkennen, dass das Beschwerdebild des alternden Mannes nahezu identisch mit dem der klimakterischen Frau ist.

Diese Tatsache allein hätte meiner Meinung nach schon viel früher die forschende Wissenschaft auf die Spur eines gestörten männlichen Östrogenspiegels bringen müssen, zumal die Gynäkologen seit nunmehr 30 Jahren **alle diese Sym-**

**ptome** eindringlich und eindeutig mit dem erniedrigten **Östrogenspiegel** der Frau – und eben nicht mit ihrem ebenso vorhandenen Androgenspiegel – in Zusammenhang bringen. Kein Gynäkologe käme auf die Idee, das klimakterische Syndrom etwa mit Testosteron zu „behandeln“ – in der Andrologie wurde und wird es aber wieder und wieder versucht, obwohl ich schon als Student vor jetzt mehr als 40 Jahren gelernt habe, dass ein solches Vorgehen nahezu immer erfolglos geblieben ist.

Wir sollten es darum bei dem inzwischen gängigen Begriff des „Klimakterium virile“ belassen und – eventuell in den Wechseljahren zu sein – wird auch von der „Männerwelt“ inzwischen gut akzeptiert. Auch ich konnte in vielen Fernsehsendungen zur Akzeptanz dieses Begriffes beitragen, wenn ich Gelegenheit bekam, als „Deutschlands 1. Männerarzt“, wie mich die Presse schnell titulierte, meine Metho-

de einem breiten Laienpublikum vorzustellen.

Daneben scheint sich aber auch der Begriff einer „Andropause“ für diesen Lebensabschnitt – besonders bei den Andrologen – zu etablieren.

Auch hiermit wurde nach meinem Gefühl keine ideale Bezeichnung gefunden, denn dieser Lebensabschnitt bedeutet ja gottlob nicht das völlige Pausieren der „Männlichkeit“!

(Wir sprechen ja bei Frauen auch nicht von einer „Gynäkopause“!)

Es ist die Frage, wie lange wir uns überhaupt mit unterschiedlichen Wortschöpfungen aufhalten wollen und dieses Problem nicht lieber der Entwicklung überlassen, welcher Begriff sich dann letztendlich bei den Männern durchsetzen wird.

In den Laienmedien hat der Begriff „Klimakterium virile“ bereits volle Akzeptanz gefunden, wie ich oben erwähnte.

In wissenschaftlichen Publikationen scheint sich wohl eher der Begriff „Andropause“ durchzusetzen. Selbst skurrile Namensschöpfungen seitens der Andrologen werden angeboten, die dann – wie es heute gebräuchlich ist – Wortschöpfungen aus abgekürzten Begriffen sind. So

gibt es dann ein ADAM (Androgendefizit des alternden Mannes) und gar ein PANDAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). Wir sehen, der Phantasie unserer Andrologen sind keine Grenzen gesetzt – geben sie doch damit auch gleichzeitig zu, dass sie über ihren „Testosterontellerrand“ immer noch nicht hinausgeblickt haben!

Ärztinnen und Ärzte sollten die Aktivitäten besser in Richtung einer Wissenserweiterung lenken und sich mehr um eine optimale Substitution der Defizite kümmern, als unnötige Zeit mit Definitionsproblemen zu vergeuden.

# Das Symptomenbild des Klimakterium virile

Es ist kaum zu glauben, wie schwer es war, eine zutreffende und möglichst umfassende Auflistung der einzelnen Symptome in Form eines möglichst standardisierten Beschwerdenbogens aufzustellen.

Die Männer sind ja von der Gesellschaft und sogar von uns Ärzten „erzogen“, ihre gesamte Symptomatik zu verdrängen.

Meine Patienten hatten in ihrer Vorgeschichte eine beachtliche Zahl von Einzeluntersuchungen bei zahlreichen Ärzten hinter sich gebracht, bevor sie in unsere Sprechstunde (eines Frauenarztes!!) kamen. Erstaunlicherweise berichteten die Männer meiner Frau und mir, dass man nahezu allen diesen Männern letztendlich mitgeteilt hat, sie seien „eigentlich ganz gesund“, da manifeste somatische Defekte nicht nachweisbar (noch nicht!?) waren. Es kam also eigentlich nicht mehr zu Tage, als dass der mit Beschwerden geplagte Mann aus dem Blick-

winkel seines Arztes dann eigentlich ganz gesund war...

Die Beschwerden wurden seitens der zuvor aufgesuchten Ärzte in der Regel dann als „psychische Überforderung“ (burn out) eingestuft und die Männer resignierten dann verständlicherweise tief enttäuscht. Auf einem Urlogenkongress in England im Jahre 2001 verstieg sich ein andrologischer Experte sogar zu der Bemerkung:

Da eine Testosteronsubstitution (!!!) nicht die erwarteten Erfolge bei den alternden Männern gezeigt hat, gibt es folgerichtig also gar keine männlichen Wechseljahre. Männer seien in diesem Lebensabschnitt **arbeitsfaul und psychopathisch**.

Zu dieser Zeit wurden in unserer Praxis bereits über 1.000 Männer höchst erfolgreich im Klimakterium virile von uns betreut!

\*

Ein Mann hat es aber auch tatsächlich recht schwer, den Beginn seiner Wechseljahre zu erkennen. Während bei einer Frau das Ausbleiben der Monatsblutung diesen Lebensabschnitt hervorragend markiert und die Frau dann recht leicht alle nun auftretenden Ereignisse und Beschwerden in ihrem Körper „irgendwie mit hormonellen Dingen“ in Zusammenhang bringen kann, fehlt bei Männern leider ein solch guter Marker.

Der Mann merkt erst an der stetig zunehmenden Zahl von Leiden und Gebrechen, dass da „irgend etwas wohl nicht mehr stimmt“. Erfahrungsgemäß kommt der Mann dann sehr viel später in eine endokrinologische Betreuung und erfahrungsgemäß hat er zu diesem Zeitpunkt dann schon bis zu 50% seiner ehemaligen Vitalität **unwiederbringlich** eingebüsst.

Es gilt dann nur noch: zu retten, was zu retten ist!

Und daher werden alle Bemühungen so lange auch von Enttäuschungen nicht eingetretener Verbesserung begleitet sein, so lange der Mann infolge mangelnder Aufklärung eben so spät – oft viel zu spät – eine Behandlung aufsucht. Verständlicherweise möchte der betroffene Mann ja gerade diejenigen Defizite loswerden, die er im Augen-

blick verspürt und die er möglicherweise aber schon irreversibel abgeschrieben hat. Was er sich möglicherweise mit einer frühzeitigen Hormonbehandlung für die Zukunft hätte ersparen können, kann er ja auch (noch) nicht im Voraus als Individuum beurteilen.

Es gilt die Erkenntnis des Volksmundes: Wer sich nicht rechtzeitig um die Zukunft bemüht, könnte einmal seine Gegenwart bereuen!

Ganz typische Anamnesen solcher Leidenswege sind in den vielen Patientenberichten in meinem Männerbuch („**Der Mann im Wechsel seiner Jahre**“) von den Betroffenen packend geschildert worden. (Bezugsquelle meines Männerbuches: s. am Ende des Leitfadens)

Im Verlauf zunehmender Erfahrungen und durch eine stetig steigende Zahl von behandelten Männern konnte ich im Laufe der Zeit eine recht umfassende Auflistung typischer Symptome und Beschwerden alternder Männer zusammenstellen, die einen Mangel an Östradiol und/oder an Progesteron möglich erscheinen lassen. Bis auf ganz wenige Ausnahmen handelt es sich um die gleiche Problematik, wie ich sie als Frauenarzt seit Jahren von Frauen her kenne.



hat. (Oder noch etwas bewegen **kann** ...!) Denn, wenn die Diagnose stimmt, ist ein Erfolg gesichert – so jedenfalls hat es mich meine Erfahrung gelehrt.

Man kann die Therapie gegebenenfalls als Diagnostikum verwenden! So sicher ist ein zu erwartender Erfolg! Ob sich allerdings immer der ganze Umfang eines Beschwerdenprofils noch positiv beeinflussen lässt, darf nur gehofft werden. Es hat sich gezeigt, dass hier der Wunsch eines Mannes an den Erfolg nicht immer zu erfüllen war. Immer dann nämlich, wenn die anfangs oft noch flüchtigen Symptome im Verlaufe vieler unbehandelter Jahre bereits zu Organmanifestationen geführt haben, war der Zeitpunkt einer prophylaktischen (sprich **rechtzeitigen(!)**) Hormonsubstitution verstrichen.

Dass sicher auch andere Erklärungsmöglichkeiten für eine Reihe der aufgelisteten Symptome existieren, muss man also keinem erfahrenen Arzt an dieser Stelle sagen!

Aber vor der Entscheidung, einem Symptomenbild eine spezielle Ursache zuzuordnen, stehen wir ja auch ansonsten stets bei unserer täglichen ärztlichen Arbeit! Dass man sich vor dem Festlegen auf eine bestimmte Diagnose auch über den Umfang differentialdiagnostischer

Möglichkeiten orientieren sollte, ist ebenso eine Binsenweisheit für jeden gewissenhaften Arzt.

Es ist eben zugegebenermaßen manchmal nicht leicht, einem Symptom die Ursache „Hormonmangel“ zuzuordnen.

Wie ich es schon sagte: Manche Entscheidung wird letztendlich dann über einen Therapieversuch, sozusagen „ex iuvantibus“ erfolgen müssen! (Sog. **individueller Heilversuch!**)

Wenn wir es uns von vornherein angewöhnen, dem klinischen Bild erste Priorität einzuräumen, dann wird es leichter sein, die nicht immer eindeutige und mit Fehlern behaftete Laboranalytik (s. unten!) im Sinne des Patienten zu interpretieren. Oder gar anzuzweifeln, um dann vielleicht sogar eine Kontrollanalyse zu veranlassen, wenn das klinische Bild scheinbar nicht zur Hormonanalyse passt. Das Beschwerdenprofil im Sinne der obigen Aufstellung ist meiner Erfahrung nach ein weit sicherer Parameter, als die leider doch oft unbefriedigende und sensible Hormonanalytik! Das entbindet uns aber nicht von der Verpflichtung, die Serumspiegel vor und unter der Behandlung zu erfassen. Wir sollten uns jedoch nicht zu „Sklaven“

des Labors machen, sondern auch immer noch einen gesunden Zweifel an der Richtigkeit der Messungen aufrechterhalten!

*I. Teil – Das Symptomenbild  
des Klimakterium virile*