

Hormontherapie: Wirksamkeit und Herzrisiko hängen vom Alter ab

Datum: 13.04.2026

Original Titel:

Menopausal Hormone Therapy and Cardiovascular Diseases in Women With Vasomotor Symptoms: A Secondary Analysis of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials

Kurz & fundiert

- Zusammenhang zwischen Hormontherapie bei Wechseljahresbeschwerden und kardiovaskulären Risiken?
- 2 randomisierte klinische Studien; 27 347 Frauen (50 - 79 Jahre) nach der Menopause
- Um 41 % reduzierte Wechseljahresbeschwerden (alle Altersgruppen) mit Östrogen-Monotherapie
- Wirkung von Östrogen und Gestagen nahm mit dem Alter ab
- Kein Vorteil der Behandlung bei Frauen ab 70 Jahren
- Kein erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko bei Frauen zwischen 50 - 59 Jahren
- Anstieg des Herz-Kreislauf-Risikos ab 70 Jahren

MedWiss - Eine aktuelle Studie untersuchte, wie sich eine Hormontherapie auf Wechseljahresbeschwerden und das Herz-Kreislauf-Risiko auswirkt. Bei Frauen zwischen 50 - 59 Jahren zeigte sich eine wirksame Linderung der Symptome ohne erhöhtes Risiko. Ab 70 Jahren stieg das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen allerdings an.

Die Auswahl geeigneter Frauen für eine Hormontherapie zur Behandlung vasomotorischer Beschwerden wie Hitzewallungen und nächtlichem Schwitzen in den Wechseljahren stellt eine klinische Herausforderung dar. Das Ziel einer US-amerikanischen Studie war es, das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Hormontherapie bei Frauen mit vasomotorischen Symptomen zu untersuchen.

Wechseljahre: Wie sicher ist die Hormontherapie?

Die Sekundäranalyse basiert auf 2 randomisierten klinischen Studien zur Hormontherapie. Eingeschlossen wurden postmenopausale Frauen im Alter von 50 - 79 Jahren aus 40 klinischen Zentren in den USA. Die Datenerhebung erfolgte zwischen November 1993 und September 2012, die Auswertung zwischen Dezember 2024 und Mai 2025.

Sekundäranalyse über 2 randomisierte, klinische Studien

Die Studienteilnehmer erhielten entweder konjugierte equine Östrogene in einer Dosierung von 0,625 Milligramm täglich, eine Kombination aus konjugierten equinen Östrogenen und Medroxyprogesteronacetat in einer Dosierung von 2,5 Milligramm täglich oder ein Placebo. Untersucht wurde das Auftreten atherosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dies definierten die Autoren als kombinierten Endpunkt aus nicht tödlichem Herzinfarkt, Krankenhausaufenthalt wegen Angina pectoris, koronarer Revaskularisation, ischämischem Schlaganfall, peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Erkrankung der Halsschlagader oder kardiovaskulärem Tod.

Von 27 347 eingeschlossenen Frauen lag das durchschnittliche Alter bei 63,4 (\pm 7,2) Jahren. Insgesamt war bei 10 739 (39,3 %) Frauen die Gebärmutter entfernt worden, während 16 608 (60,7 %) einen intakten Uterus aufwiesen. Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug 7,2 Jahre (Interquartilsabstand 6,4 - 8,1) in der Studie mit alleiniger Gabe konjugierter equiner Östrogene und 5,6 Jahre (4,8 - 6,5) in der Studie mit Kombinationstherapie. Moderate oder schwere vasomotorische Symptome traten zu Studienbeginn häufiger bei jüngeren Frauen auf und nahmen mit zunehmendem Alter ab.

Die alleinige Gabe konjugierter equiner Östrogene reduzierte vasomotorische Symptome altersübergreifend um 41 % (Relatives Risiko, RR: 0,59; 95 % Konfidenzintervall, KI: 0,53 - 0,66). In der Kombinationsgruppe mit konjugierten equinen Östrogenen und Medroxyprogesteronacetat zeigte sich hingegen eine altersabhängige Abschwächung der Wirkung: Bei Frauen im Alter von 50 - 59 Jahren lag das relative Risiko bei 0,41 (95 % KI: 0,35 - 0,48), bei 60 - 69 Jahren bei 0,72 (95 % KI: 0,61 - 0,85) und bei 70 - 79 Jahren bei 1,20 (95 % KI: 0,91 - 1,59; p-Wert für Trend < 0,001).

Hormontherapie wirksam gegen vasomotorische Symptome

Bei Frauen im Alter von 50 - 59 Jahren mit moderaten oder schweren Symptomen zeigte sich kein signifikanter Einfluss der Hormontherapie auf das Risiko für atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Monotherapie mit Östrogenen: Hazard Ratio, HR: 0,85; 95 % KI: 0,53 - 1,35; Kombinationstherapie: HR: 0,84; 95 % KI 0,44 - 1,57). Bei Frauen im Alter von 60 - 69 Jahren war das Risiko unter Monotherapie mit Östrogenen nominell, aber nicht signifikant erhöht (HR: 1,31; 95 % KI: 0,90 - 1,90), also ohne eindeutigen Hinweis auf einen gesundheitlichen Nachteil. Bei Frauen ab 70 Jahren zeigte sich ein signifikant erhöhtes Risiko für atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Monotherapie mit Östrogenen: HR: 1,95; 95 % KI: 1,06 - 3,59; 217 zusätzliche Ereignisse pro 10 000 Personenjahre; p-Wert für Trend = 0,03; Kombinationstherapie: HR: 3,22; 95 % KI: 1,36 - 7,63; 382 zusätzliche Ereignisse pro 10 000 Personenjahre; p-Wert für Trend = 0,02).

Kardiovaskuläres Risiko direkt nach der Menopause am geringsten

Die Ergebnisse zeigen, dass eine Hormontherapie bei Frauen im Alter von 50 - 59 Jahren vasomotorische Symptome wirksam lindern kann, ohne das Risiko für atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen signifikant zu erhöhen. Bei Frauen im Alter von 60 - 69 Jahren ist hingegen eine stärkere Berücksichtigung von Risikofaktoren geboten, während bei Frauen ab 70 Jahren aufgrund des erhöhten Risikos eine Hormontherapie kritisch gesehen werden sollte, so das Fazit der Autoren. Ob eine Hormontherapie sinnvoll, sicher oder fortsetzbar ist, muss jedoch immer individuell mit Arzt oder Ärztin besprochen werden, da persönliche Risikofaktoren und die Art der Behandlung eine große Rolle spielen.

Weitere Informationen zu Prävention und HealthyAging auch bei [staYoung](#)

Referenzen:

Rossouw JE, Aragaki AK, Manson JE, Szmulowicz ED, Harrington LB, Johnson KC, Allison M, Haring B, Saquib N, Shadyab

AH, Rexrode KM, Liu L, Mouton CP, LaCroix AZ. Menopausal Hormone Therapy and Cardiovascular Diseases in Women With Vasomotor Symptoms: A Secondary Analysis of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA Intern Med.* 2025 Nov 1;185(11):1330-1339. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.4510. Erratum in: *JAMA Intern Med.* 2025 Nov 1;185(11):1401. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.6032. Erratum in: *JAMA Intern Med.* 2026 Feb 1;186(2):272. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.7253. PMID: 40952729; PMCID: PMC12439186.