

GUIDELINES DER INTERNATIONALEN MENOPAUSE GESELLSCHAFT (IMS) DEZEMBER 2025 - TEIL 2

N
E
W
S
L
E
T
T
E
R

A
P
R
I
L

2
0
2
6

HINTERGRUND

Die International Menopause Society (IMS) hat auf Basis einer umfassenden systematischen Literaturrecherche aktuelle Empfehlungen und Key Messages zur Gesundheit von Frauen in der Lebensmitte und zur Menopause erarbeitet (1). Ziel dieser Leitlinie ist es, Gesundheitsfachpersonen eine evidenzbasierte, international anwendbare Orientierung für die Betreuung von Frauen in dieser Lebensphase zu geben und eine individualisierte, informierte Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Die Empfehlungen decken ein breites Spektrum ab, darunter Lebensstil, menopausale Symptome, menopausale Hormontherapie (MHT), kardiometabolische Gesundheit, Knochengesundheit, kognitive und psychische Aspekte sowie onkologische Fragestellungen. Neben evidenzbasierten Empfehlungen werden auch Good Practice Points (GPP) und Key Messages (KM) formuliert, um praxisrelevante Aspekte dort abzubilden, wo die Datenlage begrenzt ist, aber klinische Erfahrung eine klare Orientierung erlaubt.

Die IMS-Leitlinie verwendet ein transparentes Bewertungssystem, das sich an den GRADE- und AGREE-II-Kriterien orientiert. Dabei werden zwei Dimensionen unterschieden:

- Qualität der Evidenz ($\oplus$ bis $\oplus\oplus\oplus\oplus$):

Diese beschreibt, wie verlässlich die zugrunde liegenden wissenschaftlichen Daten sind – von sehr niedriger bis hoher Evidenz. Eine hohe Evidenz bedeutet, dass weitere Forschung die Einschätzung wahrscheinlich nicht wesentlich verändern wird.

- Stärke der Empfehlung (A–D):

Diese gibt an, wie klar eine Maßnahme empfohlen wird. Sie berücksichtigt neben der Evidenzqualität auch den klinischen Nutzen, potenzielle Risiken, Umsetzbarkeit sowie Werte und Präferenzen von Patientinnen. Eine starke Empfehlung (A) kann auch bei moderater Evidenz ausgesprochen werden, wenn der Nutzen klar überwiegt.

Good Practice Points (GPP) basieren auf Expertenkonsens bei fehlender oder unzureichender Evidenz, während Key Messages (KM) evidenzbasierte Kernaussagen darstellen, ohne eine konkrete Handlungsempfehlung zu formulieren.

Die Empfehlungen werden aufgrund ihrer Länge in zwei Newslettern präsentiert werden. Dies ist Teil 2.

STATEMENTS

1. Brustkrebs

- Das mit einer menopausalen Hormontherapie assoziierte Brustkrebsrisiko ist insgesamt gering und vergleichbar mit oder geringer als das erhöhte Risiko, das mit häufigen Lebensstilfaktoren wie körperlicher Inaktivität, Adipositas und Alkoholkonsum verbunden ist. $\oplus\oplus\oplus\oplus$ A
- Eine kombinierte menopausale Hormontherapie ist mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko assoziiert. Dieses Risiko nimmt mit der Dauer der Anwendung zu und reduziert sich schrittweise nach Beendigung der Therapie. $\oplus\oplus\oplus\oplus$ A
- Sequenzielle kombinierte Therapieschemata können im Vergleich zu kontinuierlich kombinierten Regimen mit einem geringeren Brustkrebsrisiko assoziiert sein. $\oplus\oplus\oplus\bigcirc$ B
- Eine Östrogen-Monotherapie ist mit einem geringeren Brustkrebsrisiko assoziiert als eine kombinierte Östrogen-Gestagen-Therapie. $\oplus\oplus\oplus\bigcirc$ B
- Es besteht kein nachweisbarer Unterschied im Brustkrebsrisiko zwischen oraler und transdermaler Östradiolapplikation. Ebenso liegen keine belastbaren Evidenzen für eine dosisabhängige Risikoerhöhung vor. $\oplus\oplus\bigcirc\bigcirc$ C
- Bei kombinierter MHT scheint das Brustkrebsrisiko bei Verwendung von mikronisiertem Progesteron oder Dydrogesteron geringer zu sein als bei anderen synthetischen Gestagenen, was auf ein günstigeres Risikoprofil hindeutet $\oplus\oplus\oplus\bigcirc$ B

GUIDELINES DER INTERNATIONALEN MENOPAUSE GESELLSCHAFT (IMS) DEZEMBER 2025 - TEIL 2

N
E
W
S
L
E
T
T
E
R

A
P
R
I
L

2
0
2
6

- Die verfügbaren Daten weisen nicht auf ein erhöhtes Brustkrebsrisiko durch die vaginale Applikation hormoneller Therapien bei Frauen ohne Brustkrebsanamnese hin. ⊕⊕○○ B
- Der Einsatz eines Levonorgestrel-freisetzenden Intrauterinsystems wird bei Frauen mit hohem Ausgangsrisiko für Brustkrebs nicht empfohlen. ⊕⊕⊕○ B
- Eine menopausale Hormontherapie, einschließlich Tibolon, sollte bei Frauen mit bestehendem Brustkrebs oder bei Frauen mit hohem Brustkrebsrisiko nicht angewendet werden. ⊕⊕⊕⊕ A
- Bei postmenopausalen Frauen wurde unter Testosterontherapie kein Anstieg der Mammadichte oder der Brustkrebsinzidenz beobachtet; jedoch liegen keine ausreichenden randomisierten Langzeitdaten zur abschließenden Beurteilung des Brustkrebsrisikos vor. ⊕⊕○○ C
- Es gibt keine Hinweise, dass nicht-hormonelle Therapien zur Behandlung vasomotorischer Symptome bei Brustkrebsüberlebenden die Rezidivrate oder brustkrebspezifische Mortalität beeinflussen; sie können daher als Erstlinientherapie eingesetzt werden. ⊕⊕⊕⊕ A
- Eine vaginale Östrogentherapie ist wirksam zur Behandlung des genitourinären Menopausensyndroms bei Brustkrebsüberlebenden und erscheint bei Frauen unter Tamoxifen-Therapie sicher. ⊕⊕⊕○ B

2. Endometriumschutz, Blutungsmanagement und Diagnostik unter MHT

- Zur Endometriumprotektion wird die Gabe eines Gestagens (sequenziell oder kontinuierlich) in einer monatlichen Dosierung empfohlen, die proportional zur verabreichten Östrogendosis ist. ⊕⊕⊕⊕ A
- Frauen, die eine sequenzielle menopausale Hormontherapie anwenden, sollten pro 28-Tage-Zyklus eine Mindestdauer von
 - 10 Tagen Norethisteron (NET) oder Medroxyprogesteronacetat (MPA) oder
 - 12 Tagen Dydrogesteron oder mikronisiertem Progesteron
 einnehmen. ⊕⊕⊕⊕ A
- Frauen, die adäquat dosiertes sequenzielles mikronisiertes Progesteron anwenden, sollten darüber informiert werden, dass hierunter kein erhöhtes Risiko für ein Endometriumkarzinom erkennbar ist; die Evidenz zur Anwendung über einen Zeitraum von mehr als fünf Jahren ist jedoch begrenzt. ⊕⊕⊕○ B
- Frauen über 45 Jahre, die eine sequenzielle MHT anwenden, sollte nach fünf Jahren oder spätestens mit Erreichen des 54. Lebensjahres – je nachdem, was zuerst eintritt – die Möglichkeit einer Umstellung auf eine kontinuierlich kombinierte MHT angeboten werden. ⊕⊕⊕○ B
- Das 52-mg-Levonorgestrel-freisetzende Intrauterinsystem (LNG-IUP) bietet über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren einen wirksamen Endometriumschutz bei sehr niedrigen bis hohen Östrogendosen, sowohl in der Peri- als auch in der Postmenopause. ⊕⊕⊕⊕ A
- Persistieren unregelmäßige Blutungen länger als sechs Monate nach Beginn einer MHT, sind eine diagnostische Abklärung sowie eine Anpassung oder Modifikation der Gestagentherapie erforderlich. ⊕⊕⊕○ A
- Die transvaginale Ultraschalluntersuchung stellt die erste diagnostische Maßnahme dar. ⊕⊕⊕○ A
- Unter einer kontinuierlich kombinierten MHT gilt eine Endometriumdicke von > 4 mm als pathologisch. ⊕⊕⊕⊕ A

GUIDELINES DER INTERNATIONALEN MENOPAUSE GESELLSCHAFT (IMS) DEZEMBER 2025 - TEIL 2

N
E
W
S
L
E
T
T
E
R

A
P
R
I
L

2
0
2
6

- Unter einer sequenziell kombinierten MHT kann die Endometriumdicke im Zyklusverlauf variieren. Die Ultraschalluntersuchung sollte idealerweise unmittelbar nach der Entzugsblutung erfolgen. Bei einer gemessenen Endometriumdicke von > 7 mm ist eine weiterführende Abklärung angezeigt. Eine außerhalb dieses Zeitfensters erhöhte Endometriumdicke sollte zu einer Wiederholung der Untersuchung zum geeigneten Zeitpunkt führen. ⊕⊕○○ B
- Frauen mit einer Endometriumdicke innerhalb des Normbereichs sollten beruhigt werden, und es sollte eine Anpassung der MHT angeboten werden. Persistiert die Blutung trotz unauffälligem Befund länger als sechs Monate, wird eine Endometriumbiopsie empfohlen. ⊕⊕○○ A
- Bei pathologischer Endometriumdicke oder unzureichender Darstellbarkeit des Endometriums ist eine weiterführende endometriale Diagnostik erforderlich. ⊕⊕⊕○ A
- Die Abklärung kann mittels blinder ambulanter Endometriumbiopsie oder mittels Hysteroskopie mit gezielter Endometriumbiopsie erfolgen. ⊕⊕○○ B
- Persistieren unregelmäßige Blutungen drei Monate nach einer negativen Blindbiopsie, wird eine hysteroskopische Untersuchung empfohlen. ⊕⊕○○ B
- Bei unzureichender Probenentnahme im Rahmen einer Blindbiopsie sollte eine Hysteroskopie in Erwägung gezogen werden. ⊕○○○ B
- Wird unter kontinuierlich kombinierter MHT bei einer Blindbiopsie ein proliferatives Endometrium festgestellt und liegen zusätzliche Risikofaktoren für ein Endometriumkarzinom vor, wird eine Hysteroskopie empfohlen. ⊕⊕○○ B
- Persistieren außerplanmäßige Blutungen länger als sechs Monate nach zuvor unauffälliger Hysteroskopie, sollte eine erneute diagnostische Abklärung erwogen werden. ⊕○○○ B
- Bei anhaltenden Blutungen unter kontinuierlich kombinierter MHT sollte insbesondere bei Frauen in der Perimenopause ein Wechsel auf ein sequenzielles Therapieschema erwogen werden. ⊕○○○ B
- Eine Reduktion der Östrogendosis sollte erwogen werden, da niedrigere Dosen mit höheren Amenorrhö-Raten assoziiert sind. ⊕○○○ B
- Ebenso kann eine Erhöhung der Gestagendosis und/oder der Gestagendauer (bei sequenzieller Therapie) in Betracht gezogen werden. ⊕○○○ B
- Ein Wechsel von mikronisiertem Progesteron zu oralem Norethisteronacetat (NETA) oder MPA kann erwogen werden, da diese mit höheren Amenorrhö-Raten assoziiert sind. ⊕⊕○○ B
- Sofern klinisch vertretbar, kann ein Wechsel auf eine orale MHT erwogen werden, da diese im Vergleich zur transdermalen Applikation eine höhere kumulative Amenorrhö-Rate erreichen kann. ⊕○○○ B
- Bei weiterhin persistierenden Blutungen sollte eine Dosisreduktion oder ein Absetzen der MHT in Erwägung gezogen und nicht-hormonelle Therapiealternativen angeboten werden GPP

3. Ovarialkarzinom

- Bei Frauen mit erhaltenen Ovarien ist eine kombinierte menopausale Hormontherapie mit einem sehr geringfügig erhöhten Risiko für ein Ovarialkarzinom assoziiert. ⊕⊕⊕⊕ A
- Auch unter einer Östrogen-Monotherapie besteht bei Frauen mit Ovarien ein sehr geringfügig erhöhtes Risiko für ein Ovarialkarzinom, insbesondere bei einer Anwendungsdauer von fünf Jahren oder länger. ⊕⊕⊕⊕ A

GUIDELINES DER INTERNATIONALEN MENOPAUSE GESELLSCHAFT (IMS) DEZEMBER 2025 - TEIL 2

N
E
W
S
L
E
T
T
E
R

A
P
R
I
L

2
0
2
6

- Eine menopausale Hormontherapie gilt nach Behandlung eines epithelialen Ovarialkarzinoms als kontraindiziert. Potenzielle Risiken und mögliche Nutzen sollten individuell mit den betroffenen Frauen erörtert werden. ⊕⊕⊕○A
- Obwohl der Großteil hochgradiger seröser und endometrioider Ovarialkarzinome den Östrogenrezeptor exprimiert, weisen die derzeit begrenzten randomisierten Studiendaten nicht auf ein erhöhtes Rezidivrisiko unter systemischer MHT hin. Dennoch kann es sinnvoll sein, zunächst nicht-hormonelle Therapieoptionen anzubieten, insbesondere bei Frauen ohne vorzeitige oder frühe Menopause. ⊕⊕⊕○B

4. Lungenkrebs

- Die verfügbare Evidenz zum Zusammenhang zwischen menopausaler Hormontherapie und Lungenkrebs ist inkonsistent; bislang konnte kein eindeutiger Einfluss der MHT auf die Inzidenz oder Mortalität des Lungenkarzinoms nachgewiesen werden. KM
- Bei Frauen mit diagnostiziertem Lungenkarzinom, die klinisch von einer menopausalen Hormontherapie profitieren, muss ein Absetzen der MHT nicht zwingend erfolgen, da die vorliegenden Daten keine nachteiligen Effekte auf die Überlebenszeit zeigen und in einzelnen Analysen sogar auf einen möglichen Überlebensvorteil hindeuten. ⊕⊕⊕○

5. Kolorektale Karzinome (CRC)

- Die im Vergleich zu Männern niedrigere Inzidenz des kolorektalen Karzinoms bei Frauen könnte auf eine protektive Wirkung von Östrogenen zurückzuführen sein. KM
- Eine mögliche schutzprotektive Rolle der menopausalen Hormontherapie wurde durch die Ergebnisse der kombinierten Östrogen-Gestagen-Gruppe der Women's Health Initiative (WHI) unterstützt und durch ein umfassendes Umbrella-Review untermauert. Der beobachtete protektive Effekt nahm im Zeitverlauf ab und erreichte keine statistisch signifikante Reduktion. Zudem zeigte sich keine Reduktion der kolorektalkrebsspezifischen Mortalität. ⊕⊕⊕○B

6. Zervixkarzinom

- Bei symptomatischen Frauen mit HPV-unabhängigem Zervixkarzinom kann eine menopausale Hormontherapie erwogen werden, insbesondere bei Frauen, die infolge der onkologischen Behandlung eine vorzeitige oder frühe Menopause entwickelt haben. Aufgrund der begrenzten Evidenz zur Sicherheit in dieser Patientinnengruppe wird eine sorgfältige individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung empfohlen. Bei unklarer Risikokonstellation sollten nicht-hormonelle Therapieoptionen bevorzugt werden. ⊕⊕⊕○C

7. Malignome des oberen Gastrointestinaltrakts

- Eine menopausale Hormontherapie könnte einen potenziellen Nutzen bei der Verlangsamung der Progression früher Stadien des hepatozellulären Karzinoms haben und dadurch möglicherweise zu einer Verbesserung des Behandlungsergebnisses beitragen. Die verfügbare Evidenz ist jedoch begrenzt. ⊕⊕⊕○C
- Beobachtungsstudien deuten darauf hin, dass eine menopausale Hormontherapie bei postmenopausalen Frauen mit einem reduzierten Risiko für Magenkarzinome assoziiert sein könnte; ein kausaler Zusammenhang kann jedoch nicht gesichert abgeleitet werden. ⊕⊕○○C
- Für das Ösophaguskarzinom ist die Evidenz hinsichtlich einer protektiven Wirkung der menopausalen Hormontherapie inkonsistent. Einzelne Studien liefern Hinweise auf einen möglichen schützenden Zusammenhang bei Adenokarzinomen, die Datenlage bleibt jedoch begrenzt. ⊕⊕○○C

8. Psychische Gesundheit, Kognition und Schlaf in der Menopause

Angststörungen

- Die Auswirkungen der menopausalen Hormontherapie auf Angststörungen sind derzeit nicht ausreichend geklärt. ⊕⊕○○ C
- Es liegen keine ausreichenden Evidenzen vor, um den Einsatz einer menopausalen Hormontherapie zur Behandlung von Angstsymptomen in der Peri- oder Postmenopause zu empfehlen. ⊕⊕○○ C

Kognitive Funktion

- Mit Ausnahme von Frauen mit vorzeitiger Ovarialinsuffizienz oder früher Menopause wird eine menopausale Hormontherapie in keinem Lebensalter zur Prävention oder Behandlung kognitiver Beeinträchtigungen empfohlen. ⊕⊕⊕⊕ A
- In der natürlichen frühen Postmenopause hat die menopausale Hormontherapie keinen nachweisbaren Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten. ⊕⊕⊕⊕ A
- Ein möglicher kognitiver Nutzen einer menopausalen Hormontherapie wurde beschrieben, wenn diese unmittelbar nach einer Hysterektomie mit bilateraler Oophorektomie initiiert wird. ⊕⊕⊕○ B
- Die Auswirkungen einer menopausalen Hormontherapie auf die kognitiven Fähigkeiten von Frauen mit moderaten bis schweren vasomotorischen Symptomen sowie von Frauen in der Perimenopause sind derzeit nicht ausreichend untersucht. KM

Depressive Symptome

- Es gibt Hinweise darauf, dass eine Östrogen-Monotherapie (ET) die Anhedonie bei perimenopausalen Frauen ohne depressive Störung verbessern kann. Ob eine ET depressive Symptome in dieser Population generell verbessert, ist nicht abschließend geklärt. ⊕⊕○○ C
- Eine ET kann depressive Symptome bei perimenopausalen Frauen mit depressiven Störungen verbessern, unabhängig vom Vorliegen vasomotorischer Symptome. Die Wirksamkeit scheint in dieser Population vergleichbar mit der von Antidepressiva zu sein. ⊕⊕○○ C
- Bei postmenopausalen Frauen ohne depressive Störung kann eine ET zur Linderung depressiver Symptome beitragen. ⊕⊕○○ C
- Eine ET ist nicht wirksam zur Behandlung depressiver Symptome bei postmenopausalen Frauen mit diagnostizierter Depression. ⊕⊕○○ C
- Eine menopausale Hormontherapie könnte möglicherweise das Auftreten klinisch relevanter depressiver Symptome bei euthymischen Frauen während der Menopause reduzieren; die derzeitige Evidenz ist jedoch unzureichend, um eine entsprechende Empfehlung auszusprechen. ⊕⊕○○ C
- Eine ET könnte die klinische Wirksamkeit von Antidepressiva bei perimenopausalen Frauen mit vasomotorischen Symptomen verstärken. ⊕⊕○○ C

GUIDELINES DER INTERNATIONALEN MENOPAUSE GESELLSCHAFT (IMS) DEZEMBER 2025 - TEIL 2

N
E
W
S
L
E
T
T
E
R

A
P
R
I
L

2
0
2
6

Schlaf

- Eine menopausale Hormontherapie verbessert den Schlaf bei Frauen mit vasomotorischen Symptomen, hat jedoch keinen konsistenten Effekt auf den Schlaf von Frauen in den Wechseljahren insgesamt. ⊕⊕⊕○ B
- Transdermales Östrogen kann die Schlafqualität bei perimenopausalen Frauen verbessern, auch über seine Wirkung auf vasomotorische und andere menopausale Symptome hinaus. ⊕⊕○○ C
- Mikronisiertes Progesteron, eingenommen vor dem Schlafengehen, kann bei postmenopausalen Frauen verschiedene Schlafparameter verbessern. ⊕⊕○○ C
- Die kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie (CBT-I) wird als Erstlinientherapie bei Schlafstörungen in der Menopause empfohlen. ⊕⊕⊕⊕ A

9. Androgene, Testosteron und DHEA bei Frauen

- Verfügbare Studien zeigen, dass die Testosteronkonzentration im Serum während der reproduktiven Lebensphase kontinuierlich abnimmt, sich mit dem Eintritt der natürlichen Menopause nicht abrupt verändert und ab dem siebten Lebensjahrzehnt wieder ansteigt. Im Gegensatz dazu nimmt der DHEA-Serumspiegel altersabhängig kontinuierlich ab. ⊕⊕⊕○ B
- Die Mehrzahl der derzeit verfügbaren Immunoassays ist nicht ausreichend präzise, um Testosteronkonzentrationen im weiblichen Referenzbereich zuverlässig zu messen. Zudem variieren die Referenzbereiche zwischen den Testverfahren erheblich. Es existiert kein definierter Serum-Testosteron-Schwellenwert, unterhalb dessen bei Frauen ein Testosteronmangel diagnostiziert werden kann. ⊕⊕⊕⊕
- Eine postmenopausale hypoaktive sexuelle Luststörung (HSDD) stellt einen evidenzbasierten Indikator für einen therapeutischen Versuch mit physiologischen Testosterondosen dar. ⊕⊕⊕⊕ A
- Vor der Verordnung von Testosteron sollten alle Frauen mit sexuellen Funktionsstörungen einer umfassenden biopsychosozialen Beurteilung unterzogen werden, und potenziell modifizierbare Einflussfaktoren sollten adressiert werden. ⊕⊕⊕⊕ A
- Die verfügbare Evidenz unterstützt nicht die Verordnung von Testosteron bei Frauen zur Behandlung anderer Symptome oder Erkrankungen als der postmenopausalen HSDD oder zur Prävention von Erkrankungen. Die Qualität der Evidenz reicht hierbei von ⊕⊕⊕○ B bis ⊕⊕⊕⊕ A.
- Die derzeitige Evidenz spricht nicht für den Einsatz einer systemischen DHEA-Therapie zur Behandlung von Veränderungen der Sexualfunktion oder anderer klinischer Symptome oder Erkrankungen bei Frauen. ⊕⊕⊕○ B
- Intravaginal appliziertes DHEA (Prasteron) stellt eine wirksame Therapieoption zur Behandlung der Dyspareunie infolge eines genitourinären Menopausensyndroms (GSM) dar. ⊕⊕⊕⊕ A

GUIDELINES DER INTERNATIONALEN MENOPAUSE GESELLSCHAFT (IMS) DEZEMBER 2025 - TEIL 2

N
E
W
S
L
E
T
T
E
R

A
P
R
I
L

2
0
2
6

REFERENZEN

(1) Panay N, Fenton A, Hamoda H, Hillard T, Islam R, Pedder H, Romero L, Vincent AJ; (IMS Publication Steering Committee) and The IMS Recommendations Writing Group; IMS Recommendations Writing Group;

With valuable support provided by. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health and menopause.

Climacteric. 2025 Dec;28(6):634-656. doi: 10.1080/13697137.2025.2585487. Epub 2025 Dec 23. PMID: 41433054.

HERAUSGEBER

Deutsche Menopause Gesellschaft e.V.
Präsidentin: Dr. Katrin Schaudig

REDAKTION

Prof. Dr. Petra Stute
Leitende Ärztin Gyn Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin, Inselspital Bern

GESCHÄFTSSTELLEN

DMG e.V. und SGEM
c/o SoftconsuLt, Anne Becker
E-mail: Info-DMG@email.de
www.menopause-gesellschaft.de