



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Online-Pressekonferenz

anlässlich des 69. Deutschen Kongresses für Endokrinologie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE) vom 11. bis 13. März 2026 in Weimar

Termin: Dienstag, 3. März 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

Teilnahmelink: <https://events.teams.microsoft.com/event/88e9c1aa-8306-4e68-858e-29d0901f5bf3@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Themen und Referierende:

Highlights des 69. DGE-Kongresses: „Facettenreiche Endokrinologie und Diabetologie und ihre Herausforderungen“

Hon.-Professor Dr. med. Martin Merkel

Kongresspräsident DGE 2026, Ärztlicher Leiter des endokrinologikum Hamburg

Professor Dr. med. Sven Diederich

Kongresspräsident DGE 2026, Ärztlicher Leiter Medicovert Deutschland, Berlin

Gewichtsverlust einfach gemacht? Die Herausforderungen der „Abnehmspritze“

Hon.-Professor Dr. med. Martin Merkel

Kongresspräsident DGE 2026, Ärztlicher Leiter des endokrinologikum Hamburg

Östrogenmangel und Knochengesundheit: Osteoporose – die unterschätzte Gefahr

Professorin Dr. med. Heide Siggelkow

Ärztliche Leiterin am endokrinologikum Göttingen, Fachärztin für Innere Medizin,

Endokrinologie und Diabetologie; Osteologin DVO

Hormonstörungen bei jungen Frauen: wenn durch Sport die Periode ausbleibt

Dr. med. Imke Mebes

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe am endokrinologikum Kiel

Durchtrainiert um jeden Preis? Gesundheitliche Folgen von Doping im Freizeitsport bei jungen Männern

Professor Dr. med. Sven Diederich

Kongresspräsident DGE 2026, Ärztlicher Leiter Medicovert Deutschland, Berlin

Moderation: Sophia Suckel, DGE-Pressestelle

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE-Pressestelle

Sophia Suckel, Katharina Kusserow

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931330686

E-Mail: suckel@medizinkommunikation.org, kusserow@medizinkommunikation.org

www.endokrinologie.net

www.dge2026.de



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

69. Deutscher Kongress für Endokrinologie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) vom 11. bis 13. März 2026 in Weimar

Osteoporose früh erkennen: DGE rät zur Bestimmung des Knochenbruchrisikos ab der Menopause

Altdorf, März 2026 – Wenn die Wechseljahre beginnen, verliert der Körper an Östrogen. Doch genau in dieser Phase kann die Knochenmasse deutlich abnehmen. Die Folge bleibt oft lange unentdeckt: Osteoporose. Erst ein Knochenbruch macht die Erkrankung sichtbar. Eine Expertin der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) erklärt, wie sich das Risiko durch gezielte Vorsorge und Beratung früh erkennen und senken lässt.

Auf einer Online-Presskonferenz, sprechen Expert*innen darüber, wie Östrogenmangel und Osteoporose zusammenhängen und was Betroffene konkret tun können. Die Online-Presskonferenz findet am 3. März 2026 von 11:00 bis 12:00 Uhr statt.

In Deutschland leben etwa sechs bis acht Millionen Menschen mit Osteoporose. Bei der chronischen Erkrankung, die das Skelett betrifft, nehmen Knochenmasse und Knochenstruktur ab – so stark, dass Knochen porös werden und deutlich schneller brechen. Frauen sind davon deutlich häufiger betroffen als Männer. Besonders nach der Menopause steigt das Risiko stark an.

„Viele Patientinnen erfahren erst nach einer Fraktur, dass ihre Knochen bereits stark geschwächt sind“, erklärt Professorin Dr. med. Heide Siggelkow, Ärztliche Leiterin am Endokrinologikum Göttingen, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie; Osteologin DVO.

Die Rolle von Östrogen bei Osteoporose

Dem Hormon Östrogen kommt bei Osteoporose eine Schlüsselrolle zu: Es schützt nicht nur das Herz-Kreislauf-System, sondern hält auch die Knochen stabil, indem es den Knochenabbau bremst und dabei hilft, neue Knochensubstanz aufzubauen. „Östrogen reguliert den Knochenstoffwechsel. Sinkt der Östrogenspiegel in den Wechseljahren, verschiebt sich dieses Gleichgewicht. Der Abbau überwiegt. Dann verlieren Frauen in kurzer Zeit messbar an Knochenmasse“, so Siggelkow. „Dieser Prozess verläuft zunächst ohne Beschwerden. Das macht ihn so gefährlich.“ Schmerzen treten meist erst auf, wenn ein Wirbel oder der Oberschenkelhals bricht. Hüftbrüche können lange Rehabilitationszeiten nach sich ziehen und die Selbstständigkeit dauerhaft einschränken.

Essentiell: Knochendichte messen lassen

Dabei lässt sich das Risiko messen, wie porös die Knochen sind. Eine Knochendichtemessung, die sogenannte Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA), zeigt früh, ob die Knochenmasse abnimmt. Frauen mit erhöhtem Risiko – etwa direkt zu Beginn der Menopause oder bei früher Menopause – sollten sich ärztlich beraten und gegebenenfalls konkret zu Osteoporose untersuchen lassen.

„Wir wissen aus großen Studien, dass eine gezielte und frühzeitige Behandlung des hormonellen Ungleichgewichts das Risiko für Knochenbrüche senken kann“, sagt Siggelkow. „Entscheidend ist der richtige Zeitpunkt. Wer erst nach dem ersten Bruch handelt, hat eine wichtige Chance verpasst.“



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Was Frauen selbst tun können

Neben der ärztlichen Kontrolle spielt der Lebensstil eine zentrale Rolle. „Eine Ernährung mit ausreichend Kalzium und Vitamin D unterstützt die Knochen. Regelmäßiges Kraft- und Belastungstraining regen den Knochenaufbau an. Rauchen und hoher Alkoholkonsum schwächen dagegen die Knochenstabilität“, so die DGE-Expertin.

Eine Hormonersatztherapie, bei der Östrogene zugegeben werden, kann das Frakturrisiko reduzieren. Sie kommt jedoch nicht immer in Frage und wird insbesondere bei ausgeprägten Beschwerden und nur nach individueller ärztlicher Abwägung als Behandlungsmethode genutzt. Dabei werden individuelle Risiken wie bereits bestehende Erkrankungen als Kriterien miteinbezogen.

Prävention verhindert Knochenbrüche

„Östrogenmangel ist ein gut untersuchter und behandelbarer Mechanismus der Osteoporose“, betont Siggelkow. „Wir sollten die Wechseljahre nicht nur als Phase hormoneller Umstellung sehen, sondern auch als Zeitpunkt für Prävention. Eine frühe Abklärung kann verhindern, dass der erste Knochenbruch zum Startpunkt einer chronischen Erkrankung wird.“ Die DGE empfiehlt daher Frauen in den Wechseljahren, das Thema Knochengesundheit aktiv bei ihren behandelnden Ärzt*innen anzusprechen.

Quellen:

- Khosla S (2010): Update on estrogens and the skeleton. J Clin Endocrinol Metab. Aug;95(8):3569-77. doi: 10.1210/jc.2010-0856. PMID: 20685883; PMCID: PMC2913030.
- Women's Health Initiative (WHI) – Hormone Therapy Trials (JAMA / J Bone Miner Res).
- Cauley JA et al. (2003): Women's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. JAMA. 290(13):1729-38. doi: 10.1001/jama.290.13.1729. PMID: 14519707.
- Cauley JA (2015): Estrogen and bone health in men and women. Steroids. 99(Pt A):11-5. doi: 10.1016/j.steroids.2014.12.010.
- Rozenberg S, Vandromme J, Antoine C (2013): Postmenopausal hormone therapy: risks and benefits. Nat Rev Endocrinol. (4):216-27. doi: 10.1038/nrendo.2013.17.

Interessenkonflikte:

Professorin Dr. med. Heide Siggelkow gibt an, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Kontakt für Journalist*innen:

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. jur. Birgit Harbeck (Mediensprecherin)
Sophia Suckel
Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-330686
E-Mail: suckel@medizinkommunikation.org
www.endokrinologie.net

EXPERT*INNENSTATEMENT

Gewichtsverlust einfach gemacht? Die Herausforderungen der „Abnehmspritzen“

Hon.-Professor Dr. med. Martin Merkel

Kongresspräsident DGE 2026, Ärztlicher Leiter des endokrinologikum Hamburg

Die Gewichtszunahme der Bevölkerung nimmt in vielen Regionen der Welt dramatische Ausmaße an. Damit steigt auch die Häufigkeit der Folgen der Adipositas, wie arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Diabetes, Fettleber, maligne Tumore, Hormonstörungen, Schlafapnoesyndrom, unerfüllter Kinderwunsch und muskuloskelettale Krankheiten. Dies zeigt die Notwendigkeit effektiver Methoden zur langfristigen Gewichtsreduktion weit jenseits des Wunsches nach Erreichung eines schlanken Schönheitsideals.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die medikamentöse Gewichtsreduktion mit sogenannten „Abnehmspritzen“ in den letzten Jahren große Aufmerksamkeit in Öffentlichkeit und Medien erhalten hat. Diese Entwicklung bietet neue therapeutische Chancen, wirft aber zugleich wichtige medizinische und gesundheitspolitische Fragen auf.

Welche Wirkstoffe sind wichtig?

Die aktuell verfügbaren Wirkstoffe führen über Appetitreduktion, verzögerte Magenentleerung und gesteigertes Sättigungsgefühl zu einer Gewichtsabnahme. Sie wurden ursprünglich zur Behandlung des Typ-2-Diabetes entwickelt. Es handelt sich um wirksame Medikamente, die eine ärztliche Verordnung und Kontrolle erfordern.

- GLP-1-Rezeptoragonisten, z. B. Liraglutid (Saxenda(R)) und das stärkere Semaglutid (Wegovy(R), Ozempic(R))
- Dualer GIP/GLP-1-Rezeptoragonist Tirzepatid (Mounjaro(R)); kombiniert zwei hormonelle Wirkprinzipien und erzielt in Studien stärkere Effekte auf Gewicht und Stoffwechsel als Semaglutid.

- eine Vielzahl weiterer Substanzen sind in der Entwicklung, mit erweiterten oder anderen molekularen Angriffspunkten (z. B. mit Hilfe von Antikörpern oder sogenannten Triple-Agonisten).

Was können die Medikamente leisten – und was nicht?

- Sie können bei geeigneten Patientinnen und Patienten zu einer klinisch relevanten Gewichtsreduktion führen.
- Sie können Begleiterkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen verbessern.
- Sie sind kein Ersatz für eine nachhaltige Lebensstiländerung: Ernährung, Bewegung und Verhaltensänderung bleiben zentrale Säulen der Therapie.
- Nach Absetzen der Medikamente kommt es ohne begleitende Maßnahmen sehr häufig zu einer erneuten Gewichtszunahme.

Für wen ist die medikamentöse Gewichtsreduktion medizinisch sinnvoll – und für wen nicht?

- Sinnvoll ist der Einsatz vor allem bei Menschen mit Adipositas oder bei Übergewicht mit relevanten Begleiterkrankungen, wenn konservative Maßnahmen (Ernährung und Lebensstiländerung) allein nicht ausreichen.
- Die Therapie sollte immer Teil eines strukturierten, ärztlich begleiteten Behandlungskonzepts sein.
- Nicht sinnvoll ist der Einsatz als reines Lifestyle-Produkt bei normalgewichtigen Personen oder ohne medizinische Indikation. Hier droht eine Medikalisierung gesellschaftlicher Schönheitsideale mit unnötigen gesundheitlichen Risiken.

Es entsteht aber auch eine sozialpolitische Problematik: Obwohl Adipositas eine schwere, lebenslange Krankheit ist, werden die Kosten bei Anwendung zur Gewichtsreduktion nach § 34 SGB V nicht von den gesetzlichen Kostenträgern übernommen. Zu fordern ist ein differenzierteres Vorgehen – wie beispielsweise in Großbritannien, wo das NHS die Kosten unter bestimmten Bedingungen – wie z. B. bei vorliegenden schweren Folgeerkrankungen – übernimmt.

Welche Nebenwirkungen und Risiken müssen Patientinnen und Patienten kennen?

- Häufige Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, insbesondere in der Einstellungsphase.

Die Einschätzung seltenerer Nebenwirkung ist bei diesen relativ neuen Medikamenten deutlich schwieriger. Berichtet werden z. B. Gallenwegserkrankungen, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, psychische Veränderungen, Sehstörungen oder ausgeprägte Magen-Darm-Beschwerden. Hier ist in der Regel ein ursächlicher Zusammenhang (d.h., die Medikamente können die Krankheiten direkt verursachen) nicht geklärt – medizinischen Konditionen könnten auch indirekt durch den eigentlich gewünschten Gewichtsverlust entstehen oder in einer bestimmten Studienpopulation zufällig aufgetreten sein.

Langfristige Sicherheitsdaten werden weiterhin erhoben, da diese Medikamente noch relativ neu in der breiten Anwendung sind. Medienberichte und aktuelle juristische Klagen wegen Nebenwirkungen unterstreichen, dass Nutzen und Risiken sorgfältig abgewogen werden müssen.

Insbesondere die nicht-arteriitische anteriore ischämische Optikus-Neuropathie (NAION) wird nach Entscheidung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) seit 2025 als „sehr seltene mögliche Nebenwirkung“ von Semaglutid eingestuft.

Selbst wenn in seltenen Fällen auch schwere Nebenwirkungen beobachtet werden können, muss dieses Risiko dem Nutzen auf die Gewichtabnahme und dem Schutz vor schweren Folgeerkrankungen gegenüber gestellt werden.

Warum ist die „Abnehmspritze“ keine einfache Lösung ohne ärztliche Begleitung?

- Die richtige Indikationsstellung und Anwendung erfordert medizinische Expertise.
- Die Dosierung muss schrittweise angepasst und Nebenwirkungen müssen überwacht und behandelt werden.
- Begleiterkrankungen und mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten müssen berücksichtigt werden.
- Entscheidend ist die Einbettung in ein Gesamtkonzept aus Ernährungsberatung, Bewegungstherapie und langfristiger Betreuung.

- Eine unkritische Nutzung als Lifestyle-Produkt birgt das Risiko, dass Nebenwirkungen unterschätzt und falsche Erwartungen geweckt werden.

Ausgewählte weiterführende Literatur

- Aronne et al. (2025) Tirzepatide as Compared with Semaglutide for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med*; 393:26-36.
- McGowan et al. (2025) A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of pharmacological treatments for obesity in adults. *Nature Medicine*; 31: 3317–3329.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Hamburg, März 2026

EXPERT*INNENSTATEMENT

Östrogenmangel und Knochengesundheit: Osteoporose – die unterschätzte Gefahr

Professorin Dr. med. Heide Siggelkow

Ärztliche Leiterin am endokrinologikum Göttingen, Fachärztin für Innere Medizin,
Endokrinologie und Diabetologie; Osteologin DVO

Hintergrundinfos zur Osteoporose als gesellschaftlich relevante Erkrankung

In Deutschland leiden etwa 6 bis 8 Millionen Menschen an Osteoporose, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind, besonders nach der Menopause, wo die Prävalenz bei über 45 Prozent der Frauen ab 70 liegt, während es bei Männern in dieser Altersgruppe 17 Prozent sind. Insgesamt sind rund 20 bis 23 Prozent der Frauen und 6 bis 7 Prozent der Männer über 50 betroffen. Die Krankheit nimmt mit dem Alter stark zu, bleibt aber oft lange unentdeckt, da sie schleichend verläuft und erst bei Brüchen auffällt.

Warum spielt Östrogen eine so entscheidende Rolle für die Knochengesundheit?

Östrogen reguliert den Knochenstoffwechsel, indem es den Knochenabbau hemmt und den Aufbau fördert. Nach der Menopause führt der Abfall dieser Hormonspiegel zu einer verstärkten Aktivierung von Osteoklasten und einer Verschiebung des Gleichgewichts zugunsten des Knochenabbaus. Diese Mechanismen sind auf Zell- und molekularer Ebene umfassend beschrieben und gelten als zentrale Pathogenese der postmenopausalen Osteoporose. Zusätzlich zeigt eine umfassende Übersichtsarbeit: Niedrige Östrogenspiegel sind stark mit erhöhtem Frakturrisiko verknüpft – sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

Warum wird Osteoporose häufig zu spät erkannt – und warum ist das problematisch?

Osteoporose verläuft lange asymptomatisch; viele Betroffene bemerken erst Knochenbrüche als erstes Symptom. Ohne frühzeitige Diagnostik (zum Beispiel Knochendichtemessung) bleibt die Erkrankung oft klinisch unentdeckt, bis schwere Frakturen auftreten – mit hoher Morbidität, langwieriger Rehabilitation und Sterblichkeitsrisiko, insbesondere bei Hüftfrakturen.

Klinische Studien wie die WHI zeigen, dass gezielte hormonelle Interventionen das Frakturrisiko senken; dies macht deutlich, dass durch ein Verpassen des frühen Zeitpunkts wertvolle Präventionsmöglichkeiten verschenkt werden.

Wer hat ein besonders hohes Risiko für Osteoporose durch Östrogenmangel – und wer sollte das aktiv überprüfen lassen?

- Postmenopausale Frauen – klar erhöhte Prävalenz und schnelle Abnahme der Knochenmasse
- Frühe Menopause / Ovarialinsuffizienz – längere Phase mit niedrigen Östrogenspiegeln
- Langfristige antihormonelle Therapie (z. B. Aromatasehemmer bei Brustkrebs)
- Männer mit Hypogonadismus – statistisch ebenfalls höheres Risiko

Empfehlung: frühes Screening mit Knochendichtemessung (DXA) bei Risikopersonen, idealerweise bereits mit Eintritt der Menopause oder bei Risikokonstellationen.

Was können Menschen selbst tun, um ihre Knochen zu schützen – und Osteoporose frühzeitig zu erkennen und zu verhindern?

Lebensstil:

- Kalzium- und Vitamin-D-reiche Ernährung
- gesund leben (nicht rauchen, wenig Alkohol)
- regelmäßige kraft- und belastungsorientierte Bewegung zur Stimulierung des Knochenaufbaus

Screening:

- Knochendichtemessung (DXA) bei Risikogruppen
- Therapie: HRT kann das Frakturrisiko reduzieren, sollte aber nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung adaptiert werden (klinische Leitlinien beachten, Indikation nur bei postmenopausalen Beschwerden)

Fazit

Östrogen-Defizienz ist ein zentraler, gut dokumentierter und behandelbarer Mechanismus der Osteoporose. Verständnis der biologischen Grundlagen, gekoppelt mit bewährter klinischer Evidenz, ermöglicht gezielte Prävention und Therapie – ein Aspekt, der bei der häufig zu späten Diagnosestellung dringend stärker ins medizinische Bewusstsein gerückt

werden sollte. Östrogen ist ein zentraler Bestandteil der Menopause-Behandlung, aber die Anwendung erfordert eine sorgfältige Abwägung zwischen Symptomlinderung und möglichen Risiken, idealerweise im Rahmen einer Leitlinien-basierten ärztlichen Beratung.

Literatur

- Khosla S (2010): Update on estrogens and the skeleton. J Clin Endocrinol Metab. 95(8):3569-77. doi: 10.1210/jc.2010-0856. PMID: 20685883; PMCID: PMC2913030.
- Women's Health Initiative (WHI) – Hormone Therapy Trials (JAMA / J Bone Miner Res).
- Cauley JA et al. (2003): Women's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. JAMA. 290(13):1729-38. doi: 10.1001/jama.290.13.1729. PMID: 14519707.
- Cauley JA (2015): Estrogen and bone health in men and women. Steroids. 99(Pt A):11-5. doi: 10.1016/j.steroids.2014.12.010.
- Rozenberg S, Vandromme J, Antoine C (2013): Postmenopausal hormone therapy: risks and benefits. Nat Rev Endocrinol. (4):216-27. doi: 10.1038/nrendo.2013.17.

Leitlinien

- [S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen \(AWMF-Registernummer 015-062\)](#)
- Positionspapiere der Deutschen Menopause Gesellschaft (DMG)
- [S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr](#)

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Göttingen, März 2026

EXPERT*INNENSTATEMENT

Hormonstörungen bei jungen Frauen: wenn durch Sport die Periode ausbleibt

Dr. med. Imke Mebes

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe am endokrinologikum Kiel

Die regelmäßige Menstruation bei jüngeren Frauen steht nicht nur für Fertilität, sondern auch für eine ausgewogene Gesundheits- und Stoffwechsellage. Störungen des Menstruationszyklus sind häufig sowohl in einer hormonellen, metabolischen als auch psychosozialen Dysbalance begründet. Ein als regelhaft beschriebener Zyklus dauert zwischen 24 und 35 Tagen. Bei der Amenorrhoe, also der kompletten Blutungsfreiheit, wird zwischen primärer Amenorrhoe (Ausbleiben der Menarche, also der ersten Blutung, bis zum vollendeten 16. Lebensjahr) und sekundärer Amenorrhoe (Abstände zwischen zwei Blutungen länger als drei Monate [bei ansonsten regelmäßigen Zyklen] bzw. länger als sechs Monate [bei bereits zuvor unregelmäßigen Zyklen]) unterschieden.

Die sportassoziierte Amenorrhoe als eine Form der sekundären Amenorrhoe zeigt sich häufig bei sportlich hochaktiven jungen Frauen. Diese Form der sekundären Amenorrhoe ist definiert als das Ausbleiben der Menstruation infolge intensiver körperlicher Aktivität, meist in Verbindung mit negativer Energiebilanz und chronischem Stress. Im Rahmen des ursprünglichen Konsensus „Female athlete triad“ wurde hier der klinische Zusammenhang zwischen Energieverfügbarkeit, Menstruationszyklus und Knochengesundheit beschrieben und um den Begriff „relative energy deficiency in sports“, kurz RED-S, erweitert. Der Studienlage zufolge können hier auch Unterschiede in den Disziplinen dargestellt werden. Die primäre Amenorrhoe zeigt sich besonders häufig beim Leistungsturnen, während die sekundäre Amenorrhoe eher bei Ausdauersportarten mit hoher Leistungsdichte, zum Beispiel Radsport oder Marathon, aber auch bei Sportarten mit üblicherweise sehr schlankem Körperbild, zum Beispiel Balletttanz, beobachtet werden kann.

Warum kann intensiver Sport dazu führen, dass die Periode ausbleibt?

Die Grundlage eines regelmäßigen Zyklus liegt in der pulsatilen Ausschüttung von GnRH mit folgender Sekretion von FSH und LH der Hirnanhangsdrüse. Durch den exzessiven Sport und die damit verbundene körperliche Belastung, der in erster Linie ein relatives Energiedefizit zugrunde liegt, wird diese Pulsatilität gestört. Die daraufhin gestörte Sekretion der

hypophysären Gonadotropine (FSH und LH) führt zu einer Follikelreifungsstörung (Eizellreifungsstörung) und Ausbleiben der Menstruation. Diesem Dominoeffekt entsprechend sind nun die Werte FSH und meist insbesondere LH in der Messung erniedrigt. Formal besteht hier ein hypogonadotroper Hypogonadismus. Aufgrund der verminderten Ausschüttung erfolgt nun eine verminderte Synthese des Östrogens – ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Osteoporose.

Die GnRh-Pulsatilität wird beeinflusst durch das Ungleichgewicht an Energieaufnahme und Energieverbrauch bei entstehendem Energiedefizit bei exzessiver sportlicher Betätigung. Zudem liegt häufig ein erhöhtes Cortisol vor, erniedrigtes Wachstumshormon IGF, erniedrigtes Insulin und erhöhtes Ghrelin, welches umgangssprachlich auch als das Hungerhormon beschrieben wird. Es besteht somit eine funktionelle hypothalamische Amenorrhoe.

Ab wann ist der ausbleibende Zyklus kein reines Trainingsphänomen mehr, sondern ein Warnsignal?

Eine Amenorrhoe sollte nach drei Monaten spätestens ärztlich vorgestellt werden; bestehen Begleitsymptome, zum Beispiel eine Stressfraktur oder psychische Auffälligkeiten, ist hier eine ärztliche Konsultation auch zeitlich früher sinnvoll.

Welche gesundheitlichen Folgen kann ein länger anhaltender Zyklusausfall haben?

Der ausbleibende Zyklus ist also nicht allein durch eine hohe Trainingsbelastung zu erklären, vielmehr stellt dies eine komplexe Interaktion von Stoffwechselprozessen dar. Die Amenorrhoe bedingt einen chronischen Östrogenmangel, welcher zu einer Verringerung der Knochendichte führen kann, mit weitreichenden Folgen wie der Entwicklung einer Osteoporose. Die maximale Knochendichte wird bis Anfang 20 überwiegend bereits erreicht (circa 90 Prozent), die im Leben zu erwartende „peak bone mass“ mit Anfang 30; daher ist gerade in den Lebensphasen, in denen auch ein hohes sportliches Leistungsniveau umgesetzt werden kann, ein ausreichendes Östrogenniveau ein wichtiger Aspekt. Östrogenmangelphasen haben zudem auch Auswirkungen auf unser kardiovaskuläres System. Jedoch nicht nur körperliche Symptome zeigen sich in der Lebensphase, auch ein

verändertes Schlafverhalten, depressives Stimmungswesen sowie kognitive Einschränkungen können auftreten.

Was sollten betroffene junge Frauen konkret tun – und wann ist ärztlicher Rat wichtig?

In der therapeutischen Unterstützung ist ein kausaler Therapieansatz zu empfehlen. Neben der gynäkologischen Behandlung, meist in Form einer Hormontherapie, ist hier in erster Linie wesentlich, das Energiedefizit auszugleichen und den Trainingsumfang bzw. dessen Reduktion zu diskutieren. Die rein praktische Erfahrung lehrt, je früher die kausalen Therapieansätze umgesetzt werden, desto schneller kann der Körper zu einer funktionellen GnRh-Pulsatilität zurückkehren. Von den Fachdisziplinen sind daher sowohl Sportmediziner, Gynäkologen als auch Ernährungswissenschaftler*innen und gegebenenfalls Psycholog*innen betroffen.

Fazit

Amenorrhoe ist nicht gleich Amenorrhoe. Die sportassoziierte Amenorrhoe stellt ein komplexes Zusammenspiel dar und gilt nicht als Begleitphänomen bei hoher körperlicher Belastung, sondern kann ein relevantes Gesundheitsrisiko für die Sportlerin bedeuten. Der zeitnahe kausale Therapieansatz stellt somit ein sinnvolles nachhaltiges Konzept für die betroffene Sportlerin dar.

Literatur

- Mountjoy M et al. (2018). IOC consensus statement on relative energy deficiency in sport (RED-S): 2018 update. *British Journal of Sports Medicine*, 52(11), 687–697.
- Tenforde AS et al. (2020). Awareness and comfort treating the female athlete triad and relative energy deficiency in sport among healthcare providers. *Dtsch Z Sportmed* 71(3):76–80.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Kiel, März 2026

EXPERT*INNENSTATEMENT

Durchtrainiert um jeden Preis? Gesundheitliche Folgen von Doping im Freizeitsport bei jungen Männern

Professor Dr. med. Sven Diederich

Kongresspräsident DGE 2026, Ärztlicher Leiter Medicover Deutschland, Berlin

Bei männlichen Besuchern von Fitness-Studios werden in circa 5 bis 15 Prozent muskelanabole Substanzen (hauptsächlich androgene Steroide, seltener zusätzlich Wachstumshormon) eingenommen, bei „Bodybuilder-Habitus“-Besuchern liegt die Benutzerquote sicher höher, mindestens bei 25 Prozent. In ausgeprägter Form haben diese meist jungen Männer die ICD-11-Diagnose Muskeldysmorphiesyndrom (HA 60). Insgesamt ist diese Klientel übermäßig mit dem Gedanken beschäftigt, zu wenig muskulös zu sein, hat objektiv aber überdurchschnittliche Muskulatur. In den „Discounter-Fitness-Studios“ gilt für viele solcher Jugendlicher (weil oft Schüler, Studenten oder in Ausbildung, überproportional in den „günstigeren“ Studios): fast jeden Tag mehrere Stunden dort, häufiges Spiegel-Checken, rigide Diäten, sehr häufig Anabolika-Erfahrung; wenn Partnerinnen vorhanden, sind diese häufig noch „befeuernd“, da ähnliche „Konstitution“ („Freundin gibt mir die Spritzen“).

Durch diese spezielle psychosoziale Situation häufig Komorbiditäten wie Depression, Angststörungen und soziale Isolation mit auch erhöhter Rate an Suizidalität.

Effektivität von anabolen Substanzen gut belegt: Muskelzuwachs unter Anabolika ohne Training ähnlich wie unter 12 Wochen hochintensivem Muskeltraining, beides zusammen additiv.

Gesundheitliche Schäden/Risiken

Herz/Gefäße: Artherosklerose, Kardiomyopathie, Dyslipidämie, plötzlicher Herztod, Hypertonie

Hämatologisch: Polyglobulie, verstärkte Gerinnungsneigung inclusive Thrombose

Neuropsychiatrisch: affektive Störungen (Manie, Depression), Aggressivität, Anabolikaabhängigkeit mit auch vermehrter Co-Abhängigkeit (Amphetamine etc.), kognitive Defekte

Hormonell: Gynäkomastie, Infertilität

Bewegungsapparat: vorzeitiger Schluss der Epiphysenfugen (wenn während Pubertät schon Anabolika, dadurch dann Endgröße reduziert), Sehnenrupturen

Haut: Akne, Striae

Niere: selten Niereninsuffizienz durch Muskeldestruktion (Rhabdomyolyse): Patienten haben durch das abnorme Muskeltraining dauerhaft stark erhöhte Kreatinkinase (Muskelenzym), was aber meist keine Schäden bewirkt.

Leber: Lebertoxizität bei alkylierten Anabolika, insbesondere wenn oral verabreicht

Selbsterkenntnis bezüglich der Gesundheitsrisiken

Ist aufgrund des Suchtcharakters gering. Patienten werden aufmerksam sehr häufig erst bei Kinderwunsch, bei vermehrten Sportverletzungen/Sehnenrupturen, bei Meldungen über Gefahren der Schwarzmarktsubstanzen (Verunreinigungen etc.), bei vermehrter Akne oder auffälliger weiblicher Brustbildung (Gynäkomastie).

Ärztliche Laborwerte wie erhöhter Hämatokrit („Blut dick“) oder erhöhte Muskel- und Leberwerte besorgen auch manche Patienten, andere ignorieren.

Absetzen der Anabolika

Da das runterregulierte eigene männliche Hormonsystem eine Zeit braucht, um nach Absetzen wieder anzuspringen, führt abruptes Absetzen oft zu starken psychischen und physischen Beschwerden, sodass die Sucht dann wieder bekräftigt wird. Im Internet existieren entsprechende „Ausschleich-Schemata“, die durchaus brauchbar sind. Der endokrinologische Facharzt ist hier gegebenenfalls der richtige medizinische Ansprechpartner, der den Patienten diesbezüglich mit entsprechender Medikation (Antiöstrogene, niedrig dosiertes Testosteron) und Aufklärung begleitet. Eine psychosoziale Begleitung ist ebenfalls wichtig, muss gegebenenfalls auch professionell organisiert werden. Je länger der Anabolikaabusus durchgeführt wird, desto eher kommt es natürlich auch zu dauerhaften Schäden, sodass eine diesbezügliche Aufklärung sehr wichtig wäre (zum Beispiel laufen in den Fitness-Studios immer Videos, Werbung für spezielle Ernährungsprodukte, Bundeswehr etc., hier wäre eine entsprechende Aufklärung über Anabolika gut platziert).

Literatur

- Anawalt BD (2019): Diagnosis & Management of Anabolic Androgenic Steroid Use. JCEM 104(7): 2490-2500.
- Muskeldysmorphiesyndrom des Mannes: eine Körperbildstörung. In Harrisons Innere Medizin, 20. Auflage, Seiten 3509-11.
- Pahlavani HA, Veisi A (2025): Possible consequences of the abuse of anabolic steroids on different organs of athletes. Arch Physiology and Biochemistry 131(3): 393-409.
- Robert Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Doping beim Freizeit- und Breitensport – Heft 34: 2006.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2026