



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28

Ingeborg Jahn (Hg.)

wechseljahre multidisziplinär
was wollen Frauen – was brauchen Frauen

Bremen, Schwäbisch Gmünd

Januar 2004



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28

**wechseljahre multidisziplinär
was wollen Frauen – was brauchen Frauen**

Die Deutsche Bibliothek – CPI-Einheitsaufnahme

Gmünder ErsatzKasse:

wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen /
[Reihen-Hrsg.: GEK, Gmünder ErsatzKasse. Hrsg.: Ingeborg Jahn].
Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe. 2004. (GEK-Edition; Bd. 28)
ISBN 3-537-44028-6

- Reihen-Herausgeberin: GEK – Gmünder ErsatzKasse
Bereich Gesundheitsanalyse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon (07171) 801-0
<http://www.gek.de>
- Herausgeberin: Dr. Ingeborg Jahn
Bremer Institut für Präventionsforschung
und Sozialmedizin (BIPS)
Abteilung Sozialepidemiologie
Linzer Str. 8-10, 28359 Bremen
<http://www.bips.uni-bremen.de>
- Verlag Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin

Veranstalterinnen des Kongresses:	Bremer Forum Frauengesundheit c/o Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau Knochenhauerstraße 20-25, 28195 Bremen www.bremen.de/info/zgf/
	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) Linzer Straße 8-10, 28359 Bremen www.bips.uni-bremen.de
	Zentrum für Public Health Universität Bremen, Fachbereich 11 Grazer Str. 2, 28359 Bremen www.public-health.uni-bremen.de
Konzept und Planung des Kongresses:	Elke Anna Eberhard, AKF-Regionalgruppe Bremen; Dr. Ingeborg Jahn, BIPS (Wiss. Koordination); Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen, Zentrum für Public Health, BIPS; Ilse Scheinhardt, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau; Hanna Staud-Hupke, Pro Familia Bremen
Organisationsteam:	Regine Albrecht, Anjuli Birn, Frieda Höfel, Sigrid Joppich und studentische Helferinnen und Helfer
Schirmfrau des Kongresses:	Karin Röpke, Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen
Der Kongress wurde realisiert mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und die MESSE BREMEN GMBH
Die Dokumentation wurde finanziell ermöglicht durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Gmünder ErsatzKasse GEK
Redaktion und Textverarbeitung:	Regine Albrecht, Anjuli Birn, Ingeborg Jahn (BIPS)
Internet:	www.wechseljahre.uni-bremen.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Planungsgruppe <i>Petra Kolip, Elke Anna Eberhard, Ingeborg Jahn, Ilse Scheinhardt, Hanna Staud-Hupke</i>	9
Einführung <i>Ingeborg Jahn</i>	11
Grußworte und Eröffnung des Kongresses	
Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend <i>Renate Schmidt</i>	23
Grußwort der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen <i>Karin Röpke</i>	24
Grußwort der VeranstalterInnen <i>Eberhard Greiser, Ulrike Hauffe, Annelie Keil</i>	26
Eröffnung des Kongresses <i>Ulrike Hauffe</i>	27
Was ist dran an den Wechseljahren?	
Was ist dran an den Wechseljahren? – Eine Einführung <i>Petra Kolip</i>	33
Wechseljahre und Sexualität <i>Kirsten von Sydow</i>	47
Sind die Wechseljahre ein kulturspezifisches Phänomen?	
Wünsche und Bedürfnisse von Immigrantinnen <i>Annemiek Richters</i>	63
Sind die Wechseljahre ein kulturspezifisches Syndrom? Forschungsergebnisse und Anmerkungen zu Informiertheit und Bedürfnissen von Migrantinnen in der gynäkologischen Praxis <i>Theda Borde und Matthias David</i>	83

Die professionelle Begleitung von Frauen in den Wechseljahren

- Begleitung von Frauen in den Wechseljahren aus psychosozialer Sicht
Colette Mergéay 97
- Begleitung von Frauen in der gynäkologischen Praxis
Maria Beckermann 105
- Wechseljahre in Bewegung: Frauengesundheitsbewegt Interessen vertreten
Sylvia Groth 119

Die Medikalisierung des Älterwerdens

- Hormontherapie in den Wechseljahren – kritische Blicke auf die Evidenzbasis
Ingrid Mühlhauser und Gabriele Meyer 139
- Der Kampf um die Hormontherapie
Elina Hemminki 163
- Therapie mit Östrogenen/Gestagenen im Klimakterium.
Nutzen-Risiko-Situation: derzeitige Standortbestimmung
Martina Dören 171
- Vom Therapeutikum zur Präventions- und Lifestyle-Pille:
Östrogene, Viagra & Co.
Gerd Glaeske 191
- Wechseljahre – Welche Evidenz zeigt sich für die Phyto-Östrogene?
Cornelia Heitmann 201

Historische und kulturelle Perspektiven auf die Wechseljahre

- Selbstverantwortlich in die multidisziplinäre Menopause? Danke Nein!
Ein körpergeschichtlicher Rückblick
Barbara Duden 225

Naturheilkundliche Begleitung und Selbsthilfe - aus der Praxis, für die Praxis

Naturheilkundliche Begleitung und Selbsthilfe während der Wechseljahre
Christina Sachse und Regina Stolzenberg 241

Alles ist Wandel: Qi Gong für Frauen in den Wechseljahren
Gisela Hildebrand 253

Allgemeine Ernährungsempfehlungen in den Wechseljahren
aus Sicht der Traditionellen Chinesischen Medizin
Antonie Danz 267

bremer wechseljahrswochen. Ein Begleitprogramm zum Kongress wechseljahre multidisziplinär für interessierte Frauen jeden Alters

Im Blickpunkt: Die heiße Phase: *bremer wechseljahrswochen*
Elisabeth Bohrer, Inge Koepsell, Birgit Sobottka, Wilma Warbel,
unter Mitarbeit von *Ingeborg Gerstner,*
mit Rezepten von *Gabriele Blösch* 277

Was wollen Frauen, was brauchen Frauen?
Programm der *bremer wechseljahrswochen,*
Januar bis April 2003 283

Anhang

Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär 290

Autorinnen und Autoren 293

Vorwort der Planungsgruppe

Der medizinische Umgang mit Frauen in den Wechseljahren gibt seit vielen Jahren Anlass zu Kontroversen. Insbesondere die Einnahme von Hormonen in und nach dem Klimakterium als Mittel zur Prävention möglicher Erkrankungen ist umstritten, und im letzten Jahr sind die wissenschaftlichen Belege immer eindeutiger geworden, dass eine menopausale Hormontherapie mehr Schaden als Nutzen bringt. In der Diskussion um das Für und Wider der Hormontherapie bleiben die Lebensumstände und Perspektiven der Frauen im mittleren Lebensalter häufig ausgeklammert: Wie gehen Frauen mit den Wechseljahren um? Braucht jede Frau eine medizinische oder psychosoziale Betreuung und wie kann diese aussehen? Welche Alternativen wünschen sich Frauen zur Hormontherapie und welche Erwartungen haben sie an das gesundheitliche Versorgungssystem?

Aktuelle Studien zur Hormontherapie und die Beobachtung, dass Ärztinnen, Ärzte und BeraterInnen in Gesundheitseinrichtungen häufig ratlos vor der Frage stehen, wie sie Frauen in den Wechseljahren beraten sollen, waren der Anlass, die Tagung *wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen* zu veranstalten. In der Planungsgruppe waren Frauen aus der Praxis, der Frauenpolitik und der Wissenschaft vertreten. Oft prallten unsere Perspektiven aufeinander, und wir führten fruchtbare und anregende Diskussionen, etwa zu der Frage, ob eine naturheilkundliche Behandlung nicht auch mit einer Medikalisierung einher geht oder ob der Begriff Umbruchphase tatsächlich angemessen ist oder nicht dramatische Veränderungen impliziert, die von vielen Frauen so gar nicht wahrgenommen werden.

Wir haben mit dem Kongress die Hoffnung verknüpft, dass auch andere an solchen Diskussionen interessiert sind und dass es uns gelingen möge, ein Programm mit anregendem Input zusammen zu stellen und einen Raum zu schaffen, in dem Diskussionen über den eigenen disziplinären Tellerrand hinweg möglich sind. Der Erfolg hat uns in unserem Konzept bestätigt: Wir haben von vielen TeilnehmerInnen positive Rückmeldungen erhalten, die die multiprofessionellen und interdisziplinären, teils kontroversen, aber immer konstruktiven Diskussionen genossen haben.

Sie halten nun die Dokumentation der Tagung in den Händen. Möge sie denen, die auf dem Kongress waren, eine nützliche Arbeitshilfe und eine anregende Erinnerung an den Bremer Kongress sein. Und möge sie denen, die nicht dabei waren, einen Eindruck von der Vielfalt der Themen vermitteln und Anregungen für kritische Diskussionen liefern.

Petra Kolip, Elke Anna Eberhard, Ingeborg Jahn, Ilse Scheinhardt, Hanna Staud-Hupke

Einführung

Ingeborg Jahn

1 Einleitung

Vom 21. - 23. Februar 2003 fand in der *Universität Bremen* der Kongress *wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen* statt. Rund 200 Teilnehmerinnen und einige Teilnehmer aus verschiedenen Arbeitsbereichen, VertreterInnen von berufspolitischen Verbänden und Fachgesellschaften, Krankenkassen sowie auch Laien haben sich zusammengefunden, die Wechseljahre von Frauen multidisziplinär und multiprofessionell zu denken, neue Erkenntnisse zu gewinnen und neue Wege im Umgang mit den Wechseljahren von Frauen zu entwickeln.

Das Programm dieses Kongresses bestand aus Plenarvorträgen, die in moderierten Diskussionsforen ausführlich besprochen wurden, sowie insgesamt elf Praxisworkshops zu folgenden Themen: Atem und Bewegung, Luna Yoga, Qi Gong, Traditionelle Chinesische Medizin, Naturheilkundliche Begleitung und Selbsthilfe während der Wechseljahre, Wie kommt man zu maßgeschneiderten Behandlungskonzepten in den Wechseljahren?, Sind die Wechseljahre ein kulturspezifisches Syndrom?, Evidenz für den Einsatz von Phyto-Östrogenen, Beckenbodentraining, Umgang mit der wissenschaftlichen Evidenz bei der Verschreibung von Hormonpräparaten in der Praxis, Empfehlungen für die Ernährung in den Wechseljahren aus der Sicht von TCM.

Für dieses Buch haben die Plenarreferentinnen und der Plenarreferent ihre Beiträge – meist in überarbeiteter Form¹ – zur Verfügung gestellt. Weiterhin sind Beiträge dokumentiert, die für Praxisworkshops vorbereitet wurden bzw. aus diesen entstanden sind. Der Kongress schloss mit der Verabschiedung der *Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär* (im Anhang abgedruckt) und einer Podiumsdiskussion zu den gesundheitspolitischen Konsequenzen der Ergebnisse des Kongresses. Teilnehmende der Podiumsdiskussion waren die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, *Dr. Ursula Auerswald*, eine Vertreterin des Bundesverbandes der Frauengesundheitszentren,

¹ Insbesondere bezüglich der Nutzen-Risiko-Abschätzung für die Hormontherapie in und nach den Wechseljahren wurden nach dem Kongress wichtige neue Studienergebnisse veröffentlicht, die soweit wie möglich (Stand September 2003) in diese Dokumentation eingearbeitet wurden (insbesondere Beiträge von *Mühlhauser* und *Meyer* sowie *Dören*).

Angelika Zollmann, der Leiter des Stabsbereichs Medizin des AOK-Bundesverbandes, Prof. Dr. Norbert Schmacke, und Ulrike Hauffe, die Bremer Landesbeauftragte für Frauen.

Winnie Abraham, die Leiterin der Pressestelle der Universität Bremen, die die Abschlussdiskussion moderierte, fand folgende Schlussworte:

„Alle Frauen werden die Räume namens Wechseljahre betreten und sie ganz unterschiedlich ausgestalten. Viele Frauen wollen und brauchen dabei keine Einmischung und es gibt Frauen, die sich nach Gestaltungsvorschlägen umsehen oder auch professionelle Beratung und Unterstützung wünschen. Allen Beteiligten sollte dabei nicht aus dem Blick geraten, dass diese Räume den Frauen gehören und alle anderen lediglich Gäste sind. Und Gästen wird nicht gestattet, die gesamte Einrichtung nach ihren Vorstellungen zu gestalten, selbst beauftragte Innenarchitekten fragen nach dem Geschmack der Besitzer und zeigen ein Angebot, aus dem die Auftraggeberin auswählen kann. In diesem Sinne wollen wir uns gegenseitig ermutigen, die nächsten Schritte als Gäste in den Räumen der Frauen in der Lebensmitte einfühlsam und respektvoll zu gestalten.“

Im zeitlichen Zusammenhang mit dem Kongress *wechseljahre multidisziplinär* wurden von Bremer (Frauen-) Gesundheitseinrichtungen die *bremer wechseljahrswochen* veranstaltet. Während mit dem Kongress in erster Linie Personen angesprochen waren, die beruflich mit Frauen in den Wechseljahren arbeiten, richteten sich die *bremer wechseljahrswochen* an interessierte Frauen. In dieser Dokumentation sind das Programm und ein Bericht der Organisatorinnen über dieses – nachahmenswerte – Beispiel guter Praxis abgedruckt.

2 Geschichte, Umfeld und Konsequenzen

Seit Spätsommer des Jahres 2000 wurde in Deutschland das Für und Wider von Hormonverschreibungen in und nach den Wechseljahren vehement in den Fach- und Publikumsmedien ausgetragen. Auslöser für diese Kontroverse war eine Abschätzung der zusätzlichen Erkrankungen an Brustkrebs und Krebs des Gebärmutterkörpers, die auf die Einnahme von Hormonen zurückzuführen sind (Greiser et al. 2000). Im Bremer Forum Frauengesundheit beschäftigten wir uns intensiv mit der Debatte, kamen zu dem Schluss, dass die Perspektive *was Frauen wollen und was Frauen brauchen* bislang zu kurz gekommen war und beschlossen, zu genau dieser Frage einen internationalen Kongress zu veranstalten. Eine Planungsgruppe fand sich schnell zusammen, die als MitveranstalterInnen das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) sowie das Zentrum für Public Health gewannen. Die finanzielle Unterstützung des Kongresses durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die Messe Bremen GmbH, die Gmünder Ersatzkasse (GEK) sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sicherte eine unabhängige Programm-

gestaltung und Diskussion. Für die Organisation sorgte ein Team des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS).

Im Laufe der gut zweijährigen Vorbereitungen erhitze sich die Hormon-Debatte erneut, als im Sommer 2002 ein Teil der US-amerikanischen *Women's Health Initiative*-Studie (*WHI*), der kontrollierten klinischen Studie, deren Ergebnisse von vielen Beteiligten mit Spannung erwartet wurden, vorzeitig gestoppt worden war, weil der Schaden, der mit Hormontherapie offensichtlich angerichtet wurde, größer war als ihr Nutzen. Die daraufhin entbrannte deutsche Fachdiskussion, die von großer Abwehr gekennzeichnet war, bestätigte die Notwendigkeit unseres kritischen Ansatzes und bestärkte uns in unserem Vorhaben.

Seit Februar des Jahres 2003 sind zahlreiche weitere Ergebnisse der *WHI*- und anderer Studien publiziert worden, die die erheblichen Risiken der Hormontherapie weiter untermauern und auch Einiges von dem postulierten Nutzen sehr ins Wanken gebracht haben. Es wird heute empfohlen, Hormontherapie in den Wechseljahren nur noch zur Therapie schwerer Wechseljahrsbeschwerden einzusetzen, nach Ausschöpfung aller nichthormonellen Möglichkeiten und sorgfältiger Abwägung im Rahmen einer persönlichen Risiko-Nutzen-Bilanz.

Inzwischen ist die veröffentlichte Diskussion teilweise sachlicher geworden (siehe z.B. „*Konsensus-Empfehlungen zur Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause*“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Beckmann et al. Frauenarzt 2003). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im August 2003 die Anpassung der Beipackzettel angeordnet (BfArM Pressemitteilung 18/03 vom 18. August 2003).

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2003) stellt mit den im September veröffentlichten „*Therapieempfehlungen zur Hormontherapie im Klimakterium*“ Leitlinien zum verantwortlichen und vorsichtigen Einsatz von Hormonen in und nach der Menopause auf Grundlage einer äußerst differenzierten Bewertung der vorhandenen Evidenz für verschiedene Indikationen zur Verfügung. Sie setzt sich ebenfalls (selbst-)kritisch mit Medikalierungsprozessen im Zusammenhang mit den Wechseljahren durch Kausal-Attribuierung von Beschwerden und Erkrankungen zu diesem körperlichen Übergang auseinander, die in Wirklichkeit weder frauenspezifisch noch wechseljahrspezifisch, d.h. der veränderten ovariellen Funktion zuzuordnen, sind. Gleichzeitig macht sie sich die Kritik des Begriffs Hormon-Ersatz- bzw. Hormon-Substitutions-Therapie zu Eigen und spricht sich für die Bezeichnung *Hormontherapie* aus, denn wo kein Mangel ist sondern ein natürlicher Prozess – hier: ovarieller Funktionsveränderungen – vonstatten geht, braucht nichts ersetzt bzw. substituiert zu werden. Schließlich spricht sie sich dafür aus, dass „*vor dem Hintergrund nachweislicher Risiken ... auch bei belegter Indikation immer eine individuelle Entscheidung gemeinsam mit der Frau zu treffen sein (wird), der eine kompetente Beratung zusteht*“ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2003: 4).

Insgesamt können diese Therapieempfehlungen als ein wichtiger Schritt der Umsetzung von Forderungen der Frauengesundheitsbewegung, wie sie auch in verschiedenen Artikeln dieser Dokumentation sowie in der *Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär* formuliert sind, bezeichnet werden.

Die Forderungen der *Bremer Erklärung* richten sich auf:

- die Bereitstellung gut zugänglicher und umfassender Informationen für die Frauen,
- die Evidenzbasierung und Qualitätssicherung von Leistungen in der ärztlichen Praxis,
- die Förderung unabhängiger Forschung,
- die Sensibilisierung für einen respektvollen Umgang mit den Bedürfnissen und Bedarfen von Frauen,
- die Stärkung der Selbstkompetenzen von Frauen und die Beendigung der Medikalisierung der Wechseljahre.
- Insgesamt wird ein gesellschaftliches Klima der Wertschätzung der Kompetenzen und der Lebenserfahrung von Frauen angemahnt.

Es bleibt zu hoffen, dass der Geist der Therapieempfehlungen, so möchte ich etwas pathetisch formulieren, Eingang findet in die tägliche Praxis der Gynäkologinnen und Gynäkologen, die nach wie vor die wichtigsten ärztlichen AnsprechpartnerInnen für Frauen im mittleren Lebensalter bzw. mit Fragen zu den Wechseljahren sind. Diese Berufsgruppe hat deshalb eine ganz besondere Verantwortung beim einfühlsamen und respektvollen Umgang mit den Wünschen und Bedürfnissen von Frauen in den Wechseljahren. Dieser Verantwortung gerecht zu werden erfordert nicht nur eine kritische Abwägung von Risiken und Nutzen bei der Verschreibung hormoneller Therapien sondern auch die Bereitschaft, Frauen umfassend, sachlich korrekt und verständlich zu informieren.

Dass auf diesem Weg noch viel zu tun ist, zeigt eine aktuelle Auswertung von Internetpräsentationen niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen in Bezug auf deren Informations- und Beratungsgehalt bezüglich der Hormontherapie in und nach den Wechseljahren. *Buksch et al. (2003)* fanden heraus, dass die wissenschaftliche Evidenz bislang nur marginal ihren Weg in die ärztliche Praxis gefunden hat – soweit es an den Internetpräsentationen ablesbar ist. Die Mehrheit spricht sich auch 15 Monate nach Veröffentlichung der *WHI* für den Einsatz von Östrogen-Gestagen-Präparaten jenseits der Linderung von Wechseljahrsbeschwerden aus.

Ärzte und Ärztinnen sowie deren Berufs- und Standesorganisationen sind aufgefordert, nun schnell zu handeln und Konzepte vorzulegen, wie sie diesen Anforderungen flächendeckend gerecht werden wollen, wobei – auch das hat der Kongress eindrucksvoll gezeigt – dies erfolgreich nur multidisziplinär, d.h. in der respektvollen und

wertschätzenden Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die mit Frauen in den Wechseljahren zu tun haben, und unter Einschluss der Perspektive der Betroffenen, bewerkstelligt werden kann. Die – überwiegend – Fachfrauen, die sich auf dem Kongress zu dieser Art multidisziplinärem Dialog zusammengefunden haben, sind bereit, ihr Wissen und ihre Erfahrungen in die Entwicklung eines frauengerechten Umgangs mit den Wechseljahren einzubringen.

3 Ein wenig Statistik

Dieser Kongress war – wie zu erwarten war – ein Frauenkongress. Unter den angemeldeten 223 TeilnehmerInnen befanden sich nur 13 Männer. Die jüngeren Altersgruppen stellten eine Minderheit dar, rund drei Viertel der TeilnehmerInnen waren über 40, ein Viertel über 50 Jahre alt. Jede fünfte TeilnehmerIn war GynäkologIn, weitere rund 15% Arzt/Ärztin anderer Fachrichtung, SozialpädagogInnen waren rund 10%, Psychologinnen/Psychologen (rund 7%), GesundheitswissenschaftlerInnen (rund 4%) und HeilpraktikerInnen (rund 3%). Es waren zahlreiche Tätigkeitsschwerpunkte vertreten: Die Mehrzahl der TeilnehmerInnen arbeitete in eigener Praxis oder in einer Beratungsstelle. Damit haben wir die Zielgruppen des Kongresses genau erreicht und es ist eine wirklich interdisziplinäre Zusammensetzung der TeilnehmerInnen gelungen. Dies kam sehr deutlich in der Vielfalt der eingebrachten Erfahrungen und Positionen zum Ausdruck.

4 Einblicke in die Dokumentation

Im Mittelpunkt des Kongresses stand die These, dass die Wechseljahre zunächst eine ganz normale Lebensphase von Frauen sind, wie zum Beispiel die Pubertät, die weder von vornherein in medizinische Hände gehört noch überhaupt behandlungsbedürftig ist.

Die Dokumentation hat acht Abschnitte. Die Zusammenstellung dieser Abschnitte orientiert sich am Kongressablauf (Grußworte, Einführungsvortrag, ..., abschließender Plenarvortrag) und fasst zugleich die Beiträge unter gemeinsamen Überschriften inhaltlich zusammen.

Nach den Gruß- und Eröffnungsworten sind im zweiten Abschnitt die Einführung in den Kongress sowie ein Übersichtsbeitrag über Wechseljahre und Sexualität dokumentiert.

Petra Kolip (eine Mitplanerin) hielt den Einführungsvortrag des Kongresses „*Was ist dran an den Wechseljahren?*“. Sie gab einen Überblick über die hauptsächlichen Linien der Diskussion um die Wechseljahre von Frauen, die auch den roten Faden der Programmgestaltung des Kongresses ausmachten: (1) Wie ist die wissenschaftliche Evidenz für die (Hormon-)behandlung in und nach den Wechseljahren zu bewerten? (2)

Welche Form gesundheitlicher Versorgung benötigen Frauen im mittleren Lebensalter?
(3) Wie lässt sich der zunehmenden Medikalisierung der Wechseljahre entgegen wirken?

Kirsten von Sydow beschäftigte sich in ihrem Vortrag „*Wechseljahre und Sexualität*“ mit einem nach wie vor tabuisierten Thema, der Sexualität im Alter. Zwar nehme die sexuelle Aktivität während der Wechseljahre etwas ab, doch Interesse und Genuss blieben bestehen. „*Die häufigsten sexuellen Probleme älterer Frauen sind ein Mangel an zärtlichem und ein Mangel an sexuellem Kontakt wegen Partnerlosigkeit oder einer Erkrankung bzw. Potenzproblemen des Partners und/oder Partnerschaftsproblemen.*“

Im dritten Abschnitt stehen Fragen nach der Universalität und kulturellen Prägung der Wechseljahre im Vordergrund.

Das Anliegen des Beitrags „*Wishes and needs of immigrant women*“ von *Annemiek Richters*² ist es zu verdeutlichen, dass für eine an Wünschen und Bedürfnissen von Frauen – und insbesondere von Migrantinnen – orientierte Gesundheitsversorgung biomedizinische und kulturelle Sichtweisen verknüpft werden müssen. Anhand zahlreicher Beispiele beschreibt *Richters* „*lokale Biologien*“ und zeigt auf, „*wie unterschiedlich das sein kann, was für Frauen ‚auf dem Spiel steht‘, wenn sie älter werden.*“ Eine Gesundheitsversorgung der Zukunft basiert für sie auf dem Ansatz der Vielfältigkeit (*diversity approach*), in dem interkulturelle und geschlechtersensible Perspektiven in der Gesundheitsversorgung verankert werden.

Dieses Thema stand auch im Mittelpunkt eines Praxisworkshops von *Theda Borde* und *Matthias David*. Auch auf Grundlage von eigenen Untersuchungen in Deutschland kommen sie zu dem Schluss, dass „*... klimakterische Symptome in nichtwestlichen Gesellschaften z. T. etwas seltener oder anders verteilt (sind), aber prinzipiell sind das Klimakterium und die damit verbunden Beschwerden ebenso wie die Menopause ein universelles Phänomen in nahezu allen Kulturen.*“ Was zwischen Frauen – einheimischen Frauen und Migrantinnen – unterschiedlich ist, ist das Basiswissen, der sozio-ökonomische Hintergrund oder die Darstellung klimakterischer Symptome in der Praxis. Dies sollte bei Beratung und Behandlung in den Wechseljahren, die für einheimische Frauen wie für Migrantinnen auf der Grundlage umfassender Information erfolgen sollte, berücksichtigt werden.

Der vierte Abschnitt ist der Begleitung von Frauen in den Wechseljahren in der professionellen Praxis gewidmet.

² *Annemiek Richters* hat – wie auch *Elina Hemminki* – ihren Vortrag auf dem Kongress in englischer Sprache gehalten. Auf Wunsch der TeilnehmerInnen wurden die Texte für die Dokumentation ins Deutsche übertragen.

Ihre gynäkologische Praxiserfahrung in der Arbeit mit Frauen in den Wechseljahren reflektiert die Frauenärztin *Maria Beckermann*. Anhand von Fallbeispielen verdeutlicht sie die unterschiedlichen (Be-)Handlungsbedürfnisse von Frauen und darauf zugeschnittene Praxisangebote, angefangen von kurzen Beratungsterminen bis hin zu Vortragsveranstaltungen und der Vermittlung psychotherapeutischer Unterstützung.

Die Psychologin *Colette Mergeay* lädt in ihrem Beitrag die Leserinnen und Leser dazu ein, mit ihr gemeinsam über das Alter und Altern nachzudenken. Für sie machen Übergänge den Rhythmus des Lebens aus – und die Wechseljahre von Frauen sind ein solcher, wenngleich besonderer, Übergang. Wenn Frauen in dieser Phase Begleitung brauchen, sieht sie eine mögliche Unterstützung darin, Frauen zu ermutigen, „*sich auf die Dynamik dieser Lebensphase einzulassen*“.

Silvia Groth vom Frauengesundheitszentrum Graz zeichnet die 25-jährige Beschäftigung der Frauengesundheitsbewegung mit den Wechseljahren, ihre Konzepte, ihre Beratungspraxis und ihre Wirkungen nach. Frauen stärken, sich selbst und ihre körperlichen Erfahrungen ernst zu nehmen, sind ihrer Meinung nach Erfolg versprechende Strategien, eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Das Thema Hormontherapie in und nach den Wechseljahren hatte auf dem Kongress einen zentralen Stellenwert und ist im fünften Abschnitt zusammengefasst.

Ingrid Mühlhauser lieferte unter dem Titel „*Hormontherapie in den Wechseljahren – kritische Blicke auf die Evidenzbasis*“ einen ausführlichen Überblick der Studienergebnisse für den Nutzen bzw. fehlenden Nutzen und unerwünschte Wirkungen der meno-/postmenopausalen Gabe von Östrogenen/Gestagenen. Ihre These: „*40 Jahre Behandlung mit Sexualhormonen ohne wissenschaftlichen Beweis.*“ Sie ging auf ethische Grundlagen informierter Entscheidungen über medizinische Behandlungen ebenso ein wie auf die Notwendigkeit pharmakonabhängig geförderter Langzeitstudien als Grundlage für die Zulassung von Medikamenten. Der in dieser Dokumentation abgedruckte – gemeinsam mit *Gabriele Meyer* verfasste – Text wurde nach dem Kongress aktualisiert.

Elina Hemminki aus Finnland identifiziert unter dem Titel „*The fight for hormone therapy*“ zwei Kämpfe um die Verkaufszahlen der Hormontherapie. Der erste Kampf wurde in den 1960er Jahren vor allem in den USA geführt als die Verkaufszahlen wegen des zutage getretenen erhöhten Gebärmutterkrebsrisikos gesunken waren. Als „*Retter*“ erwiesen sich die Veränderung der Hormontherapie durch Zusatz von Gestagenen sowie die Einführung der Indikation Prävention von Osteoporose. Der zweite Kampf ist jüngerer Datums und eng mit den Ergebnissen der bereits angesprochenen Women's Health Initiative-Studie verbunden. Leichte Rückgänge der Verkaufszahlen sind in Finnland bereits im Februar 2003 zu erkennen gewesen und Hemminki stellt die Frage, welche „*Retter*“ dieses Mal in Erscheinung treten.

Wegen der zentralen Bedeutung dieses Themas in der aktuellen Diskussion befasste sich eine Arbeitsgruppe, die von *Martina Dören* geleitet wurde, mit dem „*Umgang mit der wissenschaftlichen Evidenz bei der Verschreibung von Hormonpräparaten in der Praxis*“. In diesem – ebenfalls um Studienergebnisse, die nach dem Kongress veröffentlicht wurden, ergänzten und aktualisierten – Beitrag werden der aktuelle Forschungsstand zu Indikationen und Risiken von und Alternativen zur Östrogentherapie zusammengefasst und Behandlungsprinzipien abgeleitet.

In diesem thematischen Zusammenhang beschäftigt sich *Gerd Glaeske* unter dem Thema „*Vom Therapeutikum zur Präventions- und Lifestyle-Pille: Östrogene, Viagra & Co.*“ mit den „*Wundern*“ aus der Pillenschachtel, deren zugeschriebenen Wirkungen und unvermeidlichen Nebenwirkungen, wenn der Natur mit dem Einsatz von Medikamenten nachgeholfen werden soll. Er beschreibt die Anfälligkeit von Frauen und Männern, wenn ihnen die Erfüllung von Hoffnungen auf Glück, Jugendlichkeit, Schönheit, Attraktivität und ständig abrufbare sexuelle Potenz versprochen wird, und fordert einen „*Aufstand der Experten*“ eine Gegenöffentlichkeit, die vor dem leichtfertigen Gebrauch und Missbrauch von Arzneimitteln warnen soll.

Vielfach wird der Einsatz von Phyto-Östrogenen als Alternative zur Hormonerersatztherapie erwogen. Allerdings, dies wird nicht selten vergessen, sollte auch diese Therapie hinsichtlich Nutzen und Risiken wissenschaftlich untermauert sein. *Cornelia Heitmann* gibt in ihrem Beitrag einen Überblick über die vorliegende wissenschaftliche Evidenz für den Einsatz von Phyto-Östrogenen bezüglich Wechseljahrsbeschwerden und ausgewählten Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Brustkrebs, Osteoporose) und fasst zusammen, welche Empfehlungen für die Praxis daraus abgeleitet werden können.

Barbara Duden hatten wir zum Abschluss des Kongresses um eine historische und kulturelle Betrachtung der Wechseljahre gebeten. Sie hat ihren Beitrag genutzt, nicht nur die „*Schatzkiste*“ der Historikerin zu öffnen sowie die Medikalisierung der Wechseljahre auf eigene Weise zu problematisieren, sondern zugleich einen pointierten Kommentar zum Kongress selbst abzugeben und zu formulieren, was aus ihrer Sicht das Wichtigste ist: zu vermitteln, „... dass es im Wechseln zu allermeist gar nichts braucht“. Insofern ist vielleicht die zentrale Aussage der *Bremer Erklärung*: „*Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben von Frauen und keine Krankheit.*“

Im siebten Abschnitt sind Beiträge mit praktischen Empfehlungen versammelt.

Christina Sachse und *Regina Stolzenberg* beschreiben die Konzeption des Feministischen Frauengesundheitszentrums Berlin (FFGZ) und ihre Sichtweise auf die Wechseljahre von Frauen. Sie geben praktische Tipps aus der langjährigen Arbeit mit Frauen in den Wechseljahren weiter.

Gisela Hildebrand nimmt uns mit auf eine Reise in die Wechseljahre aus der Sicht der Traditionellen Chinesischen Medizin und führt uns ein in Denkweise und Bewegungsabläufe des *Qi Gong*.

Antonie Danz stellt ein Konzept der Ernährungsberatung auf der Grundlage der TCM vor und hält ebenfalls Empfehlungen bereit, die Frauen in den Wechseljahren ausprobieren können.

Diese praktischen Beispiele umfassen einen kleinen nicht repräsentativen Ausschnitt der zurzeit praktizierten naturheilkundlichen und Selbsthilfe-Methoden. In der Praxis gibt es vielfältige Methoden, von denen einige auch in den Praxisworkshops des Kongresses vorgestellt (z.B. Beckenbodentraining, Luna Yoga, Atem und Bewegung), aber nicht für die Dokumentation aufbereitet wurden. Insbesondere bezüglich Lebensstilveränderungen, Ernährung und Bewegung liefern Wechseljahrsratgeber Tipps (z.B. Verbraucherzentrale NRW 2003).

Im achten Abschnitt sind das Programm der *bremer wechseljahrswochen* und ein Bericht der Organisatorinnen über dieses – nachahmenswerte – Beispiel guter Praxis mit Rezeptbeispielen abgedruckt.

5 Ein herzliches Dankeschön,

auch im Namen der Vorbereitungsgruppe und der Veranstalterinnen:

... allen, die diesen Kongress und diese Dokumentation in irgendeiner Weise unterstützt haben: durch motivierenden Zuspruch, großzügige Weitergabe von Ideen und Erfahrungen, Übernahme von Arbeitspaketen, finanzielle Förderung, umsichtige Organisation, Mithilfe bei der technischen und finanziellen Abwicklung und vielem anderem;

... allen Referentinnen und Referenten. Die Zusammenarbeit – auch bei der Erstellung der Dokumentation – war sehr angenehm;

... Frau Senatorin *Karin Röpke* für die Übernahme der Schirmfräuschaft und die Einladung des Kongresses ins wunderschöne Bremer Rathaus;

... dem Bankettchef im Bremer Rathaus und seinem Team sowie dem Bufettservice Thealit für die vorzügliche kulinarische Versorgung;

... dem Fototeam aus dem Freitagsatelier der Hochschule der Künste Bremen (*Agnieszka Gancarczyk, Alexander Schaefer*) für eine ungewöhnliche Foto-Beamer-Show am Ende des Kongresses;

... allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Kongresses für anregende Diskussionen und wertschätzende Nutzung der Angebote.

Literatur

- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2003) Hormontherapie im Klimakterium. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. 1. Auflage
(www.akdae.de/35/10Hefte/82_Hormontherapie_2003_1Auflage.pdf)
- Beckmann MW, Braendle W, Brucker C, Dören M, Emons G, Geisthövel F, Kiesel L, König K, Naß-Griegoleit I, Ortman O, Rabe T, Windler E (2003). „Konsensus-Empfehlungen zur Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Frauenarzt 44: 138-141
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2003) Pressemitteilung 18/03 vom 18. August
- Bucksch J, Deitermann B, Kolip P (2003). Hormontherapie in den Wechseljahren – Analyse der Webseiten von Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema „Wechseljahre/Hormontherapie.“ Projekt im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen. Endbericht Ms., <http://www.aok-bv.de/gesundheit/themen>
- Verbraucher-Zentrale NRW (2003) Wechseljahre. Was Frauen wissen sollten. Text: Petra Kolip, Gerd Glaeske, Jens Bucksch, Helga Strube. Düsseldorf

Grüßworte und Eröffnung

Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben der Frau (und des Mannes), stehen sie doch am Ende eines Lebensabschnitts und am Beginn eines aktiven neuen.

Diese Phase im mittleren Lebensalter ist nicht nur durch eine hormonelle Umstellung gekennzeichnet, sondern oftmals auch durch sich ändernde Lebensumstände. Ziel des Kongresses *wechseljahre multidisziplinär* ist es daher, einer einseitig medizinischen Betrachtung und Problematisierung der Wechseljahre entgegenzuwirken.

Die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebenen Frauengesundheitsberichtes zeigen, dass die Mehrzahl der Frauen diese Zeit gesundheitlich gut bewältigt, wenn genügend individuelle und soziale Ressourcen zur Verfügung stehen. Wenn es gelingt, das mittlere Lebensalter als Chance zu begreifen und neue Ziele und Lebensinhalte zu definieren, sind bereits günstige Voraussetzungen für den Verlauf dieses Lebensabschnitts geschaffen.

Darüber hinaus gilt es aber, die grundsätzliche Bewertung des Älterwerdens in unserer Gesellschaft zu überdenken, die einen wesentlichen Einfluss auf den Umgang mit den Wechseljahren hat.

Weil die Fragen dieses Kongresses von hoher gleichstellungs- und sozialpolitischer Bedeutung sind, freue ich mich, dass das Bundesfrauenministerium durch eine finanzielle Unterstützung zur Durchführung des Kongresses beitragen konnte.

Ich wünsche der Tagung ein gutes Gelingen und fruchtbare Diskussionen, verbunden mit der Hoffnung, dass die Ergebnisse dieser Tagung ihren Niederschlag in der konkreten Arbeit finden mögen.

Ihre *Renate Schmidt*

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Grußwort der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer, liebe Interessierte,

es ist mir eine Freude, Sie herzlich in Bremen willkommen zu heißen und Sie einzuladen, an einem Kongress zum Thema „*wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen*“ teilzunehmen.

Dass die Frage gestellt wird, was Frauen in einer Phase wie den Wechseljahren wollen und brauchen, ist im ärztlichen und medizinischen Alltag noch immer keine Selbstverständlichkeit. Dennoch sind Themen wie die Förderung der Selbstkompetenz von Frauen als Patientinnen, Fragen des Patientinnenschutzes und die Idee gemeinsamer Entscheidung von Arzt, Ärztin und Patientin über notwendige und sinnvolle medizinische Maßnahmen immer öfter Gegenstand der Diskussion.

Seit den neunziger Jahren steht im Vordergrund der frauengesundheitspolitischen Diskussion die Auseinandersetzung um die Medikalisierung weiblicher Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahre. Die Teenie-Sprechstunde gynäkologischer Praxen für junge Mädchen, die von medizinischer Kontrolle dominierte Schwangerschaftsbetreuung, die intensiven Bemühungen der Reproduktionsmedizin und die medikamentöse Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden sind nur einige Beispiele dafür, dass auch diese Fragen heute noch brandaktuell sind.

Gerade die Frage der Hormonsubstitution in den Wechseljahren hat durch die Ergebnisse bzw. den Abbruch einer kontrollierten klinischen Studie in den USA (Women's Health Initiative) neue Aktualität und Brisanz erfahren, wenn geschlossen wird, dass der Schaden der Hormontherapie deren Nutzen deutlich übersteigt, so dass eine Hormontherapie aus präventiven Gründen abzulehnen ist. Viele Frauen, aber auch Ärztinnen und Ärzte waren und sind verunsichert, alltägliche Praxis wird hinterfragt.

Ich wünsche Ihnen, dass Sie zahlreiche Anregungen für Ihre persönliche Arbeit mit nach Hause nehmen, so dass Bremen Ihnen nicht nur als liebenswerte Stadt in Erinnerung bleibt, sondern auch als ein Ort fruchtbaren Dialogs.

Ihre *Karin Röpke*

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Grüßwort der Veranstalterinnen

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

wir begrüßen Sie ganz herzlich in der Universität Bremen zum Kongress *wechseljahre multidisziplinär*.

Im Mittelpunkt dieses Kongresses steht eine komplexe Lebensphase von Frauen: die Wechseljahre, die in der öffentlichen Diskussion häufig als ein Zeitraum wahrgenommen werden, der durch zahlreiche Beschwerden gekennzeichnet ist und die Lebensqualität von Frauen wesentlich beeinträchtigt.

Im Zentrum dieses Kongresses steht die Reflexion des sozialen und medizinischen Kontexts der Wechseljahre, der Einstellungen und Haltungen zur Menopause, der kulturellen Wahrnehmung des Wechsels und der älter werdenden Frau. Mit der Frage *Was wollen Frauen - was brauchen Frauen?* ist ein doppelter Fokus auf die Notwendigkeit wie die Angemessenheit professioneller Begleitung und Behandlung eröffnet.

Sind die Wechseljahre von Frauen vor allem eine Hormonmangelkrankheit, der mit der medizinischen Intervention Hormonersatztherapie begegnet werden muss? Brauchen Frauen in den Wechseljahren überhaupt professionelle Begleitung? Was sind frauen- und situationsgerechte Angebote, die die Stärken von Frauen unterstützen?

Wir wünschen Ihnen und uns spannende Diskussionen, fruchtbare Dialoge unter den Professionen und dass die gewonnenen Erfahrungen und Einsichten nachhaltig zu einem frauengerechten Umgang mit den Wechseljahren beitragen.

Wir bedanken uns bei allen, die diesen Kongress vorbereitet und organisiert, kritisch und unterstützend begleitet, finanziell und ideell ermöglicht haben: besonders der Vorbereitungsgruppe, den Organisatorinnen und Helferinnen, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Messe Bremen GmbH und der GEK.

Ulrike Hauffe, Landesbeauftragte, für das Bremer Forum Frauengesundheit

Prof. Dr. med. Eberhard Greiser für das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

Prof. Dr. phil. Annelie Keil für das Zentrum für Public Health an der Universität Bremen

Begrüßung

Ulrike Hauffe

Die Idee zu diesem Kongress *wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen* entstand im Bremer Forum Frauengesundheit im Zusammenhang mit dem Hormonstreit, der - durch Risikoschätzungen von *Professor Eberhard Greiser* ausgelöst - bestätigt wurde durch den Abbruch der *Women's Health Initiative*-Studie, einer der größten US-Studien über Hormonersatztherapie in den Wechseljahren.

Ab Spätsommer 2000 wurde das Für und Wider von Hormonverschreibungen vehement in den Fach- und Publikumsmedien ausgetragen. Dabei geriet *was Frauen wollen und was Frauen brauchen* eher in den Hintergrund.

Im Forum Frauengesundheit in Bremen stellten wir uns als Fachfrauen aus dem Gesundheitswesen (einige von uns gehören vom Alter her zur Zielgruppe) die Frage, wie wir denn von dem Streit zwischen WissenschaftlerInnen und ÄrztInnen profitieren könnten. So entstand die Idee zu diesem Kongress.

Damit begann die Arbeit im Forum Frauengesundheit.

Das Forum - das ich hier kurz vorstellen möchte, weil daraus auch der besondere Blickwinkel auf die Wechseljahre deutlich wird - ist ein seit 1994 existierender Verbund für fachübergreifende Diskussionen zu Frauengesundheitsfragen mit Vertreterinnen aus Projekten, Beratungsstellen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Fach- und Berufsverbänden, Kliniken, Ärzte- und Arbeitnehmerkammern, Krankenkassenverbänden und Behörden.

Das Forum ist ein Frauenbündnis, eine Lobby für Fraueninteressen. Hier werden Aspekte der Frauengesundheit multidisziplinär diskutiert, um frauengemäße Alternativen als Handlungs- und Entscheidungsanleitungen - sowohl für die Praxis gesundheitlicher Versorgung wie als Beratung für PolitikerInnen - zu entwickeln und weiter zu geben. Das Bremer Forum Frauengesundheit ist schon seit Jahren ein anerkanntes Modell für alle Kommunen Deutschlands und auch für praktizierte Multidisziplinarität und Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen.

Dieser Kongress ist von Frauen, die wissenschaftlich, gesundheitspolitisch sowie in der Bildungs- und Beratungsarbeit im Bereich frauengerechter Gesundheitsversorgung arbeiten, organisiert worden. Mein besonderer Dank für die erfolgreiche Kongressvorbereitung geht an *Dr. Ingeborg Jahn* (BIPS) als Koordinatorin des Kongresses. Zur Vorbereitungsgruppe gehören weiterhin: *Prof. Dr. Petra Kolip* (Zentrum für Public Health an der Universität Bremen), *Elke Anna Eberhard* (AKF - Arbeitskreis

Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.), *Hanna Staud-Hupke* (Pro Familia Bremen) und *Ilse Scheinhardt* (ZGF- Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau).

An dieser Stelle möchte ich auch dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Messe Bremen GmbH und der Gmünder ErsatzKasse (GEK) dafür danken, diesen Kongress finanziell ermöglicht zu haben. Mein Dank geht auch an die Universität Bremen für die Bereitstellung der Tagungsräumlichkeiten und - last but not least - an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die uns Geld für die Erstellung einer Kongressdokumentation zugesagt hat.

Wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen? Unter dieser Fragestellung soll auf diesem Kongress vorhandenes Wissen aus verschiedenen Fachdisziplinen zusammengetragen und bewertet werden. Die Wechseljahre sind eine komplexe Lebensphase, die die Vielfalt der Lebenswirklichkeit von älter werdenden Frauen abbildet und ihnen die Chance bietet zur Auswertung ihrer Lebenserfahrungen, zur Weiterentwicklung ihrer Neugierde und Lebenslust. Veränderungen, die Frauen an Leib und Seele in dieser Zeit erleben, sind verschieden und haben unterschiedliche Ursachen. Die Wechseljahre sind keine Krankheit.

Mit diesem Kongress wollen wir dazu beitragen, die Sicht auf die Wechseljahre neu zu gewichten, um daraus Haltungen und Grundeinstellungen abzuleiten, die in der konkreten Alltagspraxis einen mehr wertschätzenden Umgang mit den je persönlichen Interessen und Bedürfnissen von Frauen unterstützen.

In ihrem Grußwort zu diesem Kongress schreibt die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, *Renate Schmidt*, u.a. „*Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben der Frau...*“, und weiter: „... dass die Mehrzahl der Frauen diese Zeit gesundheitlich gut bewältigt, wenn genügend individuelle und soziale Ressourcen zur Verfügung stehen.“ Dieser Aspekt der individuellen und sozialen Ressourcen ist ein wesentlicher thematischer Schwerpunkt dieses Kongresses.

Wie Sie vielleicht den aktuellen Kongressunterlagen schon entnommen haben, kann *Susan Love* die angekündigte Nachmittagsvorlesung nicht halten. Ich freue mich aber ganz außerordentlich, dass es gelungen ist, *Dr. Elina Hemminki*, Professorin am *National Research and Development Center for Welfare and Health* in Helsinki/ Finnland, für den 4. Plenarvortrag zu gewinnen. Ihr Vortrag hat den hintergründigen Titel „*Fight for hormone therapy*“.

Alles in allem werden auf diesem Kongress psychische, soziale und kulturelle Aspekte der Wechseljahre und des Alterns gleichwertig/gleichbedeutend neben die Auswirkungen hormoneller Veränderungen im Körper gestellt: Symptome wie Hitze- wallungen, Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit nur oder vor allem als Folge eines Hormonmangels zu identifizieren und so zu behandeln, wird Frauen nicht gerecht. Hinzu kommt, dass die Ergebnisse der *WHI*-Studie aus den USA zeigen, dass

der Schaden von Hormontherapien (Erhöhung der Risiken für Brustkrebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Thrombosen) ihren Nutzen offenbar übersteigt. Diese Studien sagen: Von der Einnahme von Hormonen aus präventiven Gründen sollte grundsätzlich abgeraten werden.

Für diesen Kongress wünsche ich allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern große Bereitschaft zum Hinhören und die Freude an fach- und disziplinübergreifenden Diskussionen. Die Interdisziplinarität ist eine große Chance, sich dem Thema adäquat zu nähern und die Arbeitsform der Zukunft im Gesundheitswesen. Wir stellen uns dieser Herausforderung und laden zu diesem bereichernden Weg ein. Unter dem Motto *wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen* gibt es Raum und Anregungen, sich aus unterschiedlichsten Blickwinkeln und Haltungen – auch kontrovers - mit den Wechseljahren auseinander zu setzen.

Ergänzend sollen Workshops theoretisches Wissen, aber auch praktische Erfahrungen mit sog. alternativen Angeboten gegen mögliche Beeinträchtigungen in den Wechseljahren vermitteln.

Zum Abschluss dieses Kongresses sollen die zentralen Thesen in der *Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär* zusammengefasst werden. Die Erklärung wurde von einer Arbeitsgruppe des Forums Frauengesundheit vorbereitet.

Die sich aus dieser *Bremer Erklärung* ergebenden Schlussfolgerungen für die Praxis werden auf dem Abschlusspodium am Sonntag mit der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Frau *Dr. Ursula Auerswald*, einer Vertreterin des Bundesverbandes der Frauengesundheitszentren, Frau *Angelika Zollmann*, dem Leiter des Stabsbereichs Medizin des AOK Bundesverbandes, *Prof. Dr. Norbert Schmacke*, und mir, der Bremer Landesbeauftragten für Frauen, erörtert.

Was ist dran an den Wechseljahren?

Was ist dran an den Wechseljahren? Eine Einführung

Petra Kolip

1 Einleitung

Vor zwei Jahren reifte der Entschluss im Forum Frauengesundheit, einen Kongress zum Thema *wechseljahre multidisziplinär* zu veranstalten. Die Gründe hierfür waren sehr vielfältig und die Argumente kamen sowohl von den Praktikerinnen, die Frauen in den Wechseljahren professionell begleiten und beraten, als auch von den Wissenschaftlerinnen, die sich mit der Medikalisierung weiblicher Lebensphasen befassen. Drei Gründe waren in besonderer Weise Ausschlag gebend und bildeten die Diskussionslinien unseres Kongresses ab:

- Da war zum einen die Frage, wie die in den Fachmedien kontrovers diskutierte wissenschaftliche Evidenz zu bewerten ist und wie sie ihren Weg in die Praxis findet.
- Zum anderen stellte sich immer wieder die Frage, welche Form gesundheitlicher Versorgung Frauen im mittleren Lebensalter benötigen, und schließlich
- war auch ein generelles Unbehagen ein Motiv für den Kongress, nämlich die Beobachtung, dass die Wechseljahre als zunächst einmal normale Lebensphase im Leben von Frauen zunehmend pathologisiert und medikalisiert werden.

2 Diskussionslinien des Kongresses

2.1 Neue epidemiologische Evidenz und ihre Umsetzung in der Praxis

Das erste Motiv zur Durchführung des Kongresses bezieht sich auf die wissenschaftliche Evidenz und ihre Umsetzung in der ärztlichen Praxis. Die Diskussion hierüber ist in Deutschland schon vor der Veröffentlichung der Zwischenergebnisse der Women's Health Initiative aufgeflammt (Writing Group 2002). Im Sommer 2000 erschien eine Risikoschätzung des Leiters des BIPS, *Prof. Greiser*, in der er zum Schluss kam, dass in Deutschland jährlich zwischen 2.000 und 7.000 Frauen an Krebs

erkranken, weil sie menopausale Hormonpräparate eingenommen haben (Greiser 2001, Greiser et al. 2000). Diese Ergebnisse haben einen erbitterten Streit in der Fachpresse ausgelöst. So umstritten die Zahlen vielleicht sein mögen, so beeindruckend waren die Reaktionen auf die Studie, z.B. in Leserbriefen im Internetforum des Deutschen Ärzteblattes (www.aerzteblatt.de). Diese waren vor allem von einem Unmut darüber geprägt, dass Frauen durch die Veröffentlichung solcher Ergebnisse verunsichert werden und Hormone in der Praxis nun nicht mehr ohne Diskussion verordnet werden können.

„Die Summe der Verunsicherungen, die von dieser Veröffentlichung ausgehen, werden sicher einen erheblichen Schaden anrichten“ (Reinhardt im HET-Forum des Deutschen Ärzteblatts).

„Die Veröffentlichung [der Schätzungen des Attributiv-Risikos von Greiser et al. (2000), die Autorin] ist ein bedauerliches Beispiel für eine wenig ausgewogene, durch fehlende Detailkenntnisse gekennzeichnete Fehlinformation der deutschen Ärzte, die vermutlich viel Schaden anrichten wird“ (Lauritzen im HET-Forum des Deutschen Ärzteblatts).

Diese Äußerungen verdeutlichen ein noch immer übliches Kommunikationsmodell, in dem der Arzt, die Ärztin über zuverlässige und eindeutige Informationen verfügt und diese an die Frau weitergibt. Sie sind weit entfernt von den Prinzipien der informierten Entscheidung (*informed consent*) und der gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision making*), die das patriarchale Arzt-Patientin-Verhältnis mit dem allwissenden Arzt auf der einen und der willigen und folgsamen Patientin auf der anderen Seite eigentlich ablösen soll.

Eine ähnliche Reaktion gab es in Deutschland auf die Veröffentlichung der Zwischenergebnisse der *Women's Health Initiative* im Sommer letzten Jahres (Writing Group 2002). In den USA wurden die Ergebnisse zum Anlass genommen, die Hormonverordnungen kritisch zu hinterfragen – und zwar in dem Wissen, dass sich die wissenschaftliche Evidenz geändert hat und sich deshalb auch die medizinische Praxis ändern muss. Die Diskussion in Deutschland ist hingegen vor allem von einem *Weiterwie-bisher* geprägt. So wurden nach Bekanntwerden der Studienergebnisse flugs alle niedergelassenen GynäkologInnen vom mittlerweile aufgelösten Arbeitskreis Steroide in Kontrazeption und Substitution des Berufsverbandes der Gynäkologen mit einer Faxinformation versorgt, wie Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen weiterhin vom Nutzen der Hormone überzeugen können. Dass diese Aktion offenkundig von zwei Pharmafirmen lanciert und finanziert wurde, hat auch innerhalb der Zunft für viel Unmut gesorgt und zur Auflösung des o.g. Arbeitskreises geführt.

Diesen Durchhalteparolen – die vor allem mit dem Argument vertreten werden, die Studie sei nicht übertragbar, weil in der *WHI* andere als in Deutschland übliche Präparate zum Einsatz kamen – steht die Einschätzung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entgegen:

„Die Annahme, dass die in der WHI-Studie mit Östrogenen und dem Gestagen MPA erhobenen Befunde auch auf andere Östrogen-Gestagen-Behandlungsregime übertragbar sind, liegt nahe.“

Das BfArM hat deshalb zum 1.11.03 die Anwendungsgebiete eingeschränkt und darauf hingewiesen, dass beim Einsatz von Östrogenen zur Prävention der Osteoporose das Nutzen-Risiko-Verhältnis zu ungünstig ist¹.

Trotz dieser sachlichen Einschätzung einer unabhängigen Instanz ist die Diskussion in Deutschland - anders als in den USA - von einer starken Abwehr gekennzeichnet, zumindest der Teil der Diskussion, der öffentlich wahrnehmbar und natürlich von prominenten Stimmen und Standesvertretern geprägt ist. Diejenigen, die sich für eine sachliche Diskussion und sachgerechte Patientinneninformation einsetzen, sehen sich starken Anfeindungen ausgesetzt. Zahlreiche niedergelassene Gynäkologinnen sind hierüber maßlos enttäuscht, weil sie sich gewünscht haben, dass auch in Deutschland die Chance zu einer offenen und evidenzbasierten Diskussion ergriffen wird.

Diese Entwicklungen haben zu verschiedenen Fragen geführt, die auf dem Kongress diskutiert werden sollen:

- Wie ist die wissenschaftliche Evidenz zu bewerten – konkret: Lassen sich die Ergebnisse internationaler Studien auf Deutschland übertragen bzw. was lässt sich für Deutschland daraus lernen? Bislang fehlen vergleichbare Daten für Deutschland, obwohl ein Konzept für eine Fall-Kontroll-Studie schon lange erarbeitet wurde und im Herbst 2002 dem Bundesforschungsministerium vorlag.
- Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive wichtiger noch ist die zweite Frage: Wie findet die wissenschaftliche Evidenz Eingang in die ärztliche Praxis? Angesichts der Reaktionen auf die WHI-Studie in Deutschland scheint gerade diese Frage dringlicher denn je.

Die Antwort auf diese Fragen wird sicherlich nicht so einfach zu finden sein. Der Verordnung von Hormonen liegt ein sehr komplexes und dynamisches Geschehen zugrunde, an dem mehrere Akteure und Akteurinnen mit ganz unterschiedlichen Motiven beteiligt sind. Die in jüngster Zeit häufig formulierte Leitidee einer mündigen Patientin, die in den Behandlungs- und medizinischen Entscheidungsprozess im Gesundheitswesen eingebunden werden soll, lässt sich nicht ohne weiteres umsetzen, denn das Kernstück bleibt die Interaktion in der ärztlichen Praxis, in die der Arzt/die Ärztin auf der einen Seite und die Frau auf der anderen mit jeweils eigenen Werten, Vorstellungen und Motiven eintritt (vgl. Abb. 1).² Die Motive der ÄrztInnen und

¹ http://www.bfarm.de/de_ver/presse/03_03de.html

² Selbstverständlich sind auch noch andere AkteurInnen an der Medikalisierung der Wechseljahre beteiligt, allen voran die pharmazeutische Industrie, die ein Interesse daran hat, ihre Marktanteile zu sichern bzw. zu vergrößern (siehe dazu z.B. Coney 1994). Auch die Krankenkassen und die Medien

Frauen seien kurz beleuchtet, weil so deutlich wird, wie komplex das Medikalisierungsgeschehen ist und welche Einflussfaktoren berücksichtigt werden müssen (ausführlicher: Kolip 2000a, b).

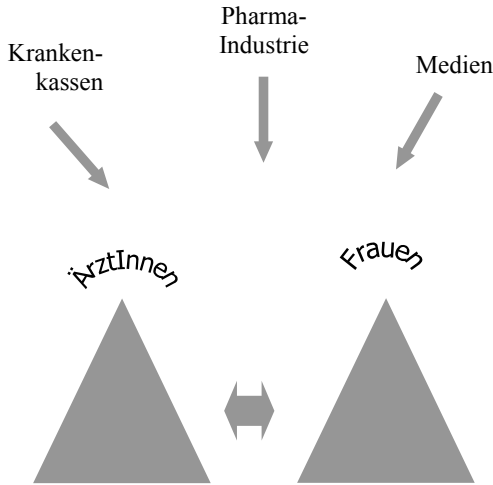


Abbildung 1: AkteurInnen im Medikalierungsprozess

2.1.1 Hinderungsgründe: Motive der ÄrztInnen

- Wunsch, Frauen zu helfen

Das wichtigste Motiv von Ärztinnen und Ärzten ist sicherlich, Frauen zu helfen, d.h. sowohl, ihnen Linderung bei Wechseljahrsbeschwerden zu verschaffen als auch sie darin zu unterstützen, in Gesundheit zu altern. Dies ist wichtig zu betonen, da die Diskussion häufig von einer einseitigen Schuldzuweisung geprägt ist. Was aber für die Umsetzung einer evidenzbasierten Praxis wichtig ist, ist die Frage, unter welchen Rahmenbedingungen Ärztinnen und Ärzte praktizieren und wie diese Rahmenbedingungen die Umsetzung der wissenschaftlichen Evidenz erschweren oder erleichtern.

spielen eine Rolle (siehe hierzu auch den Beitrag von *Hemminki* in diesem Band), auf die im Folgenden aber nicht weiter eingegangen werden soll.

- Informationsflut

Ein wesentlicher Einflussfaktor ist die Tatsache, dass die Halbwertszeit des medizinischen Wissens immer kürzer wird – kein Arzt, keine Ärztin kann es schaffen, sich in allen relevanten Bereichen auf dem Laufenden zu halten. In diese Informationslücke stößt die pharmazeutische Industrie, die Tausende von Pharma-referentInnen in die Praxen schickt. Diese bieten dort keine neutralen Informationen an, sondern wollen ihre Produkte an den Mann oder die Frau bringen. Die Ausgaben der Pharmaindustrie für Marketingmaßnahmen übersteigen jene, die für die Forschung ausgegeben werden – eine Investition, die sich offenbar rechnet (Kiewel 2002). Viele Ärzte und Ärztinnen glauben, sie seien gegen die Marketingstrategien immun, aber es gibt einige Studien, die das Gegenteil zeigen. So hat *Elisabeth Zemp* für die Schweiz nachgewiesen, dass Gynäkologinnen die positiven Effekte der Hormontherapie über- und die negativen Effekte unterschätzen – nicht umsonst sind die Einnahmeraten unter Gynäkologinnen besonders hoch (Zemp 1999). Die Möglichkeiten, sich eine von den Pharma-Unternehmen unabhängige Meinung zu bilden, haben zwar angesichts des Internets zugenommen, de facto bleibt aber kaum Zeit für aufwändige Recherchen. Dass bis zum Herbst 2003 noch eine Leitlinie fehlte, trägt sicherlich ebenfalls dazu bei.

- Ökonomische Interessen

Auch ökonomische Interessen spielen eine Rolle. Das Führen einer ärztlichen Praxis ist zu einem erheblichen ökonomischen Risiko geworden. Die Verordnung von verschreibungspflichtigen Medikamenten ist aus dieser Perspektive nur rational: Wenn eine Frau alle Vierteljahre in die Praxis kommt, um sich ein Rezept ausstellen zu lassen, ist sie aus ökonomischer Perspektive attraktiver als wenn sie nur einmal jährlich zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung kommt.

- Medizinische Sozialisation

Und schließlich spielt auch die medizinische Sozialisation eine Rolle. Ärzte und Ärztinnen sind es gewohnt, den Körper von Frauen und körperliche Umbruchphasen durch eine ausschließlich medizinische Brille zu betrachten. Die Gründe hierfür sind zum einen in der Ausbildung zu suchen, die einen pathologisierenden Blick trainiert. Zum anderen kommen niedergelassene ÄrztInnen vor allem mit jenen Frauen in Kontakt, die unter Beschwerden leiden. Dass dies nicht für alle Frauen gilt, gerät ihnen nur schwer in den Blick; von einer kleinen Subpopulation wird auf die Gesamtheit der Frauen geschlossen.

2.1.2 Hinderungsgründe: Motive der Frauen

Auch die Frauen kommen mit jeweils spezifischen Bedürfnissen und Informationen in die Praxis. Sie sind keinesfalls nur passive Opfer einer Medikalisierung, sondern fordern diese häufig aktiv ein. Hierfür sind mindestens vier Gründe verantwortlich:

- Wunsch nach Beschwerdefreiheit

Der Hauptgrund für die Einnahme ist für viele Frauen der Wunsch nach einer Linderung von Wechseljahrsbeschwerden und dadurch mehr Vitalität und Lebensqualität (Newton et al. 1998). Sie erhoffen sich die Linderung oder Vermeidung von Beschwerden, die sie haben oder die sie erwarten (nachts nicht durchschlafen können, unangenehme Schwitzanfälle oder einen roten Kopf zu bekommen – schon gar nicht, wenn sie als Lehrerin vor einer Klasse pubertierender SchülerInnen stehen). Sie wollen leistungsfähig bleiben, weil sie im Berufs- und Privatleben ihre Frau stehen müssen und wollen. Ärztinnen und Ärzte reagieren auf diese Beschwerden vor allem mit der Verordnung von Östrogenen, obwohl auch nicht-hormonelle und nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen bestehen (siehe z.B. Taylor 2001, Kolip et al. 2003, Love und Lindsey 1998, Bopp 2002).

- Sorge, anderen zur Last zu fallen

Diesem Wunsch nach Beschwerdefreiheit folgt meist ein zweiter Grund für die Einnahme: Sie wollen sich mit Hormonpräparaten vor altersbedingten Erkrankungen schützen. Frauen sind der Präventionslogik gegenüber sehr aufgeschlossen, haben sie doch im Laufe ihres Lebens gelernt, auf ihren Körper zu achten und pfleglich mit ihm umzugehen. Gerade in der Osteoporoseprävention werden gerne alte Ängste geschürt, z.B. mit dem Witwenbuckel und mit Bildern, die Assoziationen an die Hexe aus dem Märchen wecken. Der Gedanke, später einmal den eigenen Angehörigen mit einem Oberschenkelhalsbruch als Pflegefall zur Last zu fallen, obwohl sie es mit der Einnahme von Hormonen hätten verhindern können, ist ihnen nur schwer erträglich.

- Wunsch nach Attraktivität und Jugendlichkeit

Auch der Wunsch nach Attraktivität und Jugendlichkeit spielt als Motiv eine wichtige Rolle. In den Anfangsjahren wurden die Hormonpräparate als Jungbrunnen gefeiert und beworben, und bis heute haben sie diesen Nimbus nicht verloren: Die Haut bleibt straff, die Vagina geschmeidig und damit das Liebesleben anregend, die Gedächtnisleistung unvermindert, Vitalität und Ausstrahlungskraft bleiben bis ins hohe Alter erhalten - so die Versprechungen der pharmazeutischen Industrie. Welche Frau wollte sich auch vor diesen Versprechungen verschließen angesichts des Jugendlichkeitswahns unserer Gesellschaft (s.u.)?

- Bequemlichkeit

Und schließlich spielt auch ein Faktor eine Rolle, der sich auf die Veränderbarkeit von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bezieht. Sowohl zur Linderung von Wechseljahrsbeschwerden als auch zur Prävention mit medikamentösen Mitteln bestehen Alternativen: Ernährungsumstellung, sportliche Aktivität, Rauchstopp, Reduktion des Alkoholkonsums. Allerdings ist die Veränderung des Lebensstils sehr aufwändig, und nur ein geringer Teil der Frauen will und kann die gängigen Empfehlungen umsetzen. Die Einnahme von Pillen ist dann mit dem Gefühl verbunden, wenigstens etwas für die eigene Gesundheit zu tun.

2.2 Bedürfnisse und Bedarfe von Frauen in den Wechseljahren

Das zweite Motiv für den Kongress lenkt den Blick auf die Frage, wie eine professionelle Begleitung von Frauen in den Wechseljahren aussehen kann – wenn Frauen denn überhaupt eine Begleitung in dieser Lebensphase brauchen. Dies trifft – entgegen einem landläufigen Vorurteil – längst nicht für alle Frauen zu. Nationale und internationale Studien zeigen ein relativ konstantes Muster: Ein Drittel aller Frauen leidet unter starken Wechseljahrsbeschwerden; ein weiteres Drittel berichtet von mäßigen Beschwerden und ein weiteres Drittel beschreibt zwar Symptome und Signale, empfindet diese aber nicht als beeinträchtigend (Schultz-Zehden 1997, 1998).

Die letztgenannte Gruppe ist bislang wenig in den wissenschaftlichen Blick genommen worden. Dies sind Frauen, für die das Leben in den Wechseljahren ganz normal weitergeht und die vielleicht noch nicht einmal sagen würden, dass sie eine Umbruchphase erleben. In der BIPS-Studie „*FrauenLebenGesundheit*“ (BIPS 1997), in der Bremerinnen unterschiedlichen Alters zu Gesundheitsthemen befragt wurden, waren das die Frauen, die auf die Frage, „*Welches waren für Sie persönlich die wichtigsten Veränderungen im Zusammenhang mit den Wechseljahren?*“ u.a. geantwortet haben:

- mehr Ruhe und Distanz zum täglichen Kleinkram
- Haare werden grau
- mehr Spaß am Sex
- Gefühl von Freiheit
- zweite Eheschließung
- Verlust des Arbeitsplatzes.

Diese Antworten zeigen, dass längst nicht alle Frauen die Wechseljahre als negative Umbruchphase erleben und dass sich die Wechseljahre nicht auf die biologischen Veränderungen reduzieren lassen. Die Antworten zeigen auch, dass es zahlreiche

Frauen gibt, die keine Patientinnen sind und auch nicht zu Patientinnen gemacht werden wollen. Diese Gruppe findet nur selten Beachtung, auch bei denen, die für einen alternativen, soll heißen: nicht-medikamentösen Umgang mit den Wechseljahren plädieren. Aber ein alternativer Umgang ist immer noch ein Umgang, dabei gibt es ganz offensichtlich eine Gruppe von Frauen, die nicht nur nicht das medizinische Versorgungssystem in Anspruch nehmen will, sondern die sich überhaupt nicht als Frauen definieren, die sich in einer Lebensphase befinden, in der sie Hilfe oder Ratschläge brauchen.

Wie gesagt: Über diese Frauen wissen wir wenig, deshalb werden auch auf dem Kongress die Frauen im Vordergrund stehen, die unter Beschwerden leiden und eine professionelle Begleitung suchen – die Betonung liegt auf professionell und nicht auf medizinisch, weil aus Sicht der Veranstalterinnen die Diskussion zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen im mittleren Lebensalter sehr verkürzt worden ist: Sie beschränkt sich auf das medizinische Versorgungsangebot und hier auf die Frage „Hormone oder keine?“. Alternative Behandlungsmöglichkeiten werden viel zu selten auch nur in Erwägung gezogen, und selbst bei der Verordnung von Hormonen wird schnell zum stark wirkenden Estradiol gegriffen, ohne zuvor das schwächer wirkende Estriol einzusetzen – das ist in anderen Ländern, z.B. Norwegen, durchaus anders (Greiser et al. 2000).

Die Fragen, die auf dem Kongress diskutiert werden sollen, sind also:

- Welche Versorgungsangebote sind in den Wechseljahren überhaupt angemessen?
- Welche Frauen haben welche Bedürfnisse und Bedarfe?
- Und schließlich: Welche Informationen brauchen Frauen eigentlich, um eine informierte Entscheidung für den eigenen Umgang mit den Wechseljahren zu treffen? Anders formuliert: Wie lässt sich die Idee einer „mündigen Patientin“ mit Leben füllen?

2.3 Medikalisierung der Wechseljahre

Der dritte Grund, einen Kongress zum Thema Wechseljahre zu veranstalten, liegt auf einer übergeordneten Ebene und bezieht sich auf die Beobachtung, dass die Wechseljahre zunehmend medikalisiert werden: Seit Mitte der 1960er Jahre, als erstmalig Hormonpräparate zur Linderung von Wechseljahrsbeschwerden auf den Markt kamen und damit ein Behandlungsbedarf geschaffen wurde, wird diese Lebensphase überwiegend aus medizinisch-biologischer Perspektive betrachtet und als medizinisches Problem definiert (Coney 1994). Die Wechseljahre, von der überwiegenden Zahl der Frauen als natürliche Lebensphase wahrgenommen (Schultz-Zehden 1996 und 1998), die mit mehr oder weniger starken Beeinträchtigungen einher gehen kann, werden so zu einem pathologischen Lebensabschnitt gemacht, der auf die biologischen Prozesse reduziert wird (Lademann 2000, Röring 1993 und 1994).

Diese Medikalisationsthese wurde vor über 20 Jahren von Frauengesundheitsforscherinnen und -praktikerinnen – ursprünglich im Zusammenhang mit der übermäßigen Verordnung von Psychopharmaka – formuliert, hat aber nach wie vor ihre Gültigkeit, wie eine Presseerklärung des Berufsverbandes der Gynäkologen Niedersachsen vom September 2002 zeigt:

„Wechseljahre sind eine Krankheit und nicht natürlich. Sie sind von Menschenhand geschaffen. Frauen wurden um 1897 38 Jahre alt. Eine Hormonersatzbehandlung bedeutet daher eine Zurückversetzung der Frau in ihren ‚Naturzustand‘.“

Aus solchen Formulierungen wird deutlich, dass die älter werdende Frau noch immer zu einem Mangelwesen erklärt wird, das an einer Hormonmangelkrankheit, an ovarieller Insuffizienz, leidet.

Dieses Bild hat sich nicht nur innerhalb der Medizin durchgesetzt, sondern prägt leider auch das öffentliche Bild und die Selbstwahrnehmung von Frauen. Dass dies so ist, hängt natürlich mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zusammen, die eine Medikalisation der Wechseljahre erleichtern, denn auch die Wechseljahre unterliegen einer sozialen Konstruktion, an der viele Akteurinnen und Akteure beteiligt sind (Palmlund 1997).

2.3.1 Geringe Wertschätzung des Alters und des Altwerdens und Überbewertung von Attraktivität und Jugendlichkeit

Wir leben in einer Zeit, in der Jugendlichkeit und Attraktivität sehr hoch geschätzt werden. Die Titel von Büchern zur Menopause und zum Altern sprechen da Bände: *„Wechseljahre: So bleiben Sie jung, schön und sinnlich“*, *„Der Jugendfaktor – Das 10-Stufen-Programm gegen das Altern“* oder *„Forever young – das Altern besiegen“*. Alter und Altwerden sind in unserer Gesellschaft sehr negativ besetzt, sie werden gleichgesetzt mit körperlichem und geistigem Verfall und Pflegebedürftigkeit; Vorstellungen, die spätestens seit der Berliner Altersstudie (Mayer und Baltes 1999) als Vorurteile entlarvt wurden, sich aber nach wie vor in den Köpfen festgesetzt haben. Seit den 1960er Jahren werden Hormonpräparate als Jungbrunnen angepriesen, das enthusiastische Buch von *Robert Wilson: „Feminine forever“*, das 1966 unter dem deutschen Titel *„Die vollkommene Frau“* erschien und schnell zum Bestseller wurde, hat seinerzeit dieses Argument auf den Punkt gebracht:

„Jetzt, dank neuester medizinischer Fortschritte, ist es für jede Frau möglich, sich ihren Sex-Appeal – und ihre sexuelle Aktivität – auch im höheren Alter zu erhalten. (...) Sexuelle Vollwertigkeit und sexueller Genuss bleiben durch die Behandlung der Frauen weit über ihre mittleren Jahre hinaus erhalten. Damit lösen sie viele Eheprobleme auf glückliche Weise. Jugendliche Erscheinung und Lebhaftigkeit werden dank der Östrogen-Progestin-Therapie trotz Menopause lange Zeit erhalten. (...) Sie sind nicht dazu verurteilt, dem Verfall ihrer Weiblichkeit hilflos zusehen zu müssen in jenen

Jahren, die die besten Ihres Lebens sein müssten. Sie werden Frauen bleiben, so lange sie leben.“ (Wilson 1966, S. 17/18).

Den Nimbus eines Jungbrunnens haben die Hormone bis heute nicht verloren, wie z.B. ein Blick in einen einschlägigen Ratgeber zeigt:

„Ab den Wechseljahren wird die Haut durch den Hormonmangel dünner und faltiger, sie verliert an Spannkraft, sie wird trockener, rissiger, schrumpft und juckt. Wenn Sie nun Ihrer armen Haut etwas Gutes tun möchten, dann sollten Sie ihr unbedingt aus kosmetischen Gründen und auch durchaus aus erlaubter Eitelkeit natürliche Hormone zukommen lassen“ (Struben 1995, S. 37).

2.3.2 Stereotype für den Umgang mit den Wechseljahren

Jede Kultur hat ihre spezifischen Vorstellungen und Regeln für den Umgang mit den Wechseljahren. Für uns ist klar, dass Hitzewallungen und Schweißausbrüche zu den Wechseljahren gehören, dabei sind das keine universellen Phänomene. So haben die Kultur vergleichenden Studien von *Margret Lock* gezeigt, dass bis vor wenigen Jahren in Japan Hitzewallungen nahezu unbekannt waren, im Japanischen, obwohl sonst reich an Wörtern, die sich auf den Körper und Körpervorgänge beziehen, gibt es noch nicht einmal einen Begriff für dieses Phänomen. Nicht, dass japanische Frauen überhaupt nicht an Wechseljahrsbeschwerden litten, die Leitsymptome dort sind allerdings andere, nämlich steife Schultern und Klingeln in den Ohren (Lock 1986). Zudem wird die Menopause in dieser Kultur nicht wie bei uns als einschneidendes und dramatisches Ereignis, sondern als Element im Prozess des Alterwerdens begriffen.

Auch werden die Wechseljahre längst nicht in allen Kulturen negativ bewertet. In einigen asiatischen Ländern ist damit der Übergang in eine spirituellere Lebensphase verbunden, in anderen Ländern dürfen Frauen ab der Menopause Dinge tun, die ihnen vorher nicht erlaubt waren. Unter solchen kulturellen Rahmenbedingungen sind die Wechseljahre nicht nur nicht bedrohlich, sondern haben sogar etwas Verlockendes (für einen Überblick siehe Kosack und Krasberg 2002).

Für uns schließen sich hier mindestens zwei Fragen an:

- Wie lässt sich einer Medikalisierung der Wechseljahre entgegen wirken?
- Und wie kann den vielfältigen Lebensbedingungen von Frauen angemessen Rechnung getragen werden? Auch hier gibt es ja viele Mythen und Stereotype, z.B. das so genannte *Empty-Nest*-Syndrom oder die Vorstellung, dass Frauen in den Wechseljahren von ihrem Mann wegen einer jüngeren Frau verlassen werden – ein hartnäckiges Vorurteil, obwohl zwei Drittel aller Scheidungen von Frauen eingereicht werden.

Wir wollen auf dem Kongress den vielfältigen Lebensbedingungen von Frauen Aufmerksamkeit schenken: Leben sie mit Kindern oder ohne? Leben sie mit Partner oder

ohne? Nehmen sie die Beziehung zu ihrem Partner oder ihrer Partnerin als befriedigend wahr, auch in sexueller Hinsicht? Haben sie kranke Angehörige zu pflegen? Sind sie erwerbstätig? Versuchen sie den Wiedereinstieg in den Beruf mit allen Hürden und Klippen, die es da zu nehmen gibt? Sind sie von Arbeitslosigkeit bedroht? Leben sie als Migrantinnen in Deutschland?

Die Lebensbedingungen sind oftmals von viel größerer Bedeutung für die Lebensqualität und das Wohlbefinden als die körperlichen Signale, und für uns schließt sich die Frage an, welchen Einfluss diese Faktoren auf die Gesundheit und das Erleben der Wechseljahre nehmen und wie diese Rahmenbedingungen in der professionellen Beratung angemessen berücksichtigt werden können.

3 Ausblick auf den Kongress

Soweit zu den Hauptgründen für den Kongress. Die Wechseljahre sind keine Krankheit, sondern eine vielleicht turbulente Lebensphase, in der die Chance besteht, den Umgang mit dem eigenen Körper zu überdenken, eine Standortbestimmung vorzunehmen und zu wachsen.

Wir wollen auf diesem Kongress in eine multidisziplinäre und multiprofessionelle Diskussion eintreten über die Frage, welche Begleitung Frauen in dieser Lebensphase brauchen, wenn sie denn überhaupt eine brauchen. So ein multidisziplinärer Dialog ist allerdings nie so ganz einfach, denn er erfordert die Bereitschaft, den eigenen Standpunkt zu überdenken und er braucht die Offenheit wahrzunehmen, dass andere auch einen Beitrag zu dem Feld leisten können, in dem man/frau sich selbst engagiert.

Literatur

- BIPS (1997). Befragung „Frauen Leben Gesundheit“, Grundauszählung, unveröffentlicht
- Bopp A (2002). Eine unverwechselbare Zeit. Wie Frauen ihren Weg durch die Wechseljahre finden. Reinbek: Rowohlt
- Coney S (1994). The menopause industry. How medical establishment exploits women. Alameda: Hunter House

- Greiser E (2001). Hormonersatztherapie und erhöhtes Risiko für Mamma-Ca und Endometrium-Ca in Deutschland. *Journal für Menopause* 2: 59-64
- Greiser E, Günther J, Niemeyer M, Schmacke N (2000). Weibliche Hormone – Ein Leben lang. Mehr Schaden als Nutzen? Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Kiewel A (2002). Nehmen Sie Ihre Medikamente selbst? Weinheim: Juventa
- Kolip P (2000a). Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: Kolip P (Hg.). Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa, 9-30
- Kolip P (2000b). Wem nutzt die Medikalisierung der Wechseljahre? In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 33. Hamburg: Argument Verlag, 120-136
- Kolip P, Glaeske G, Strube H, Bucksch J (2003). Wechseljahre. Was Frauen wissen sollten. Düsseldorf: Verbraucherzentrale
- Kosak G, Krasberg U (Hg.) (2002). Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein: Ulrike Helmer Verlag
- Lademann J (2000). Hormone oder keine? In: Kolip P (Hg.). Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa, 143-172
- Lock M (1986). Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause. *Culture, Medicine & Psychiatry* 10: 23-46
- Love S, Lindsey K (1998). Das Hormonbuch. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.
- Mayer KU, Baltes PB (Hg.) (1999). Die Berliner Altersstudie. 2. Auflage Berlin: Akademie Verlag.
- Newton KM, Lacroix AZ, Leveille SG, Rutter C, Keenan NL, Anderson LA (1998). The physician's role in women's decision making about hormone replacement therapy. *Obstetrics and Gynecology* 92: 580-584
- Palmlund I (1997). The social construction of menopause at risk. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 18: 87-94
- Röring R (1993). Muss es die Wechseljahre bald nicht mehr geben? Über die Hormonbehandlung in den Wechseljahren und ihre Folgen. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 19, 86-102
- Röring R (1994). Die Wechseljahre – ein Kulturphänomen. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin* 70: 417-420

- Schultz-Zehden B (1997). Körpererleben im Klimakterium. München: Profil
- Schultz-Zehden B (1998). FrauenGesundheit in und nach den Wechseljahren. Die 1000-Frauen-Studie. Gladenbach: Kempes
- Struben F (1995). Die Wechseljahre im Leben einer Frau. München: Südwest-Verlag
- Taylor M (2001). Nonhormonal alternatives for the menopause syndrome. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America* 12, 669-685
- Wilson RA (1966). Die vollkommene Frau. München: Kindler
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal Women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 288: 321-333
- Zemp E (1999). Überlegungen zur Prävention in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse der POMME-Studie zum Umgang von Schweizer Ärztinnen mit der Osteoporoseprävention. *Ars Medici*, Sonderheft zum Züricher Menopausensymposium vom 17./18.9.1999 „Die Menopause im Wandel. Eine kritische Standortbestimmung aus Frauensicht“: 40-45

Wechseljahre und Sexualität

Kirsten von Sydow

1 Problem

Nicht nur Menschenfrauen, sondern z.B. auch weibliche Schimpansen, Hunde oder Elefanten erleben die Wechseljahre. Doch nur Frauen können - anders als (fast) alle anderen weiblichen Säugetiere – auch nach den Wechseljahren noch sexuell interessiert und aktiv sein. Sexualität während und nach den Wechseljahren ist also ein einzigartiger Aspekt der menschlich-weiblichen Entwicklung.

Ich gebe einen Überblick darüber, was sich in dieser Phase für Frauen sexuell verändern kann (und was nicht), worauf solche Veränderungen zurückzuführen sind und was bei etwaigen Problemen helfen kann. Dabei versuche ich, den Stellenwert hormoneller Veränderungen in einen breiteren bio-psycho-sozialen Kontext einzuordnen. Grundlage meiner Darstellung sind systematische Literaturrecherchen in psychologischen und medizinischen Datenbanken (Medline, PsycLit, PsyIndex, Web of Science) und Übersichtsartikel (McCoy 1998, Myers 1995, von Sydow und Reimer 1995, von Sydow 2000, Walling et al. 1990).

Zu Beginn möchte ich noch definieren, was ich unter den folgenden Begriffen verstehe: 'Prämenopausal' bezieht sich auf Frauen, deren Menstruationszyklus sich während der letzten 12 Monate nicht verändert hat. 'Perimenopausal' auf Frauen mit veränderten Blutungsmustern oder bis zu 11 Monate Amenorrhoe (keine natürliche Blutung) und 'postmenopausal' auf Frauen, die seit mindestens 12 Monaten keine natürliche Menstruationsblutung mehr haben.

2 Deskriptive Befunde zur Sexualität während der Wechseljahre und danach

Obwohl die Sexualität älterer Frauen (und Männer) - zumindest in den USA - zunehmend häufiger erforscht wird, liegen nur wenige gesicherte Erkenntnisse darüber vor. Die deskriptiven Befunde sind völlig uneinheitlich (siehe Tab. 1 und 2), was auf unterschiedlich selektierte Stichproben und methodische Ansätze zurückgeführt werden kann (von Sydow 1992b).

Geschlechtsverkehr - die mit Abstand am häufigsten untersuchte Dimension - wird von den meisten Paaren bis etwa Mitte/Ende 60 praktiziert, mit Anfang 70 noch von etwa einem Drittel. Über nichtkoitale heterosexuelle Kontakte ist (ähnlich wie auch über homosexuelle/lesbische Kontakte) fast nichts bekannt. Zärtlichkeit ist wahrscheinlich lebenslang von hoher Bedeutung - wurde bisher aber kaum erforscht. Und Selbstbefriedigung ist sehr tabuisiert, wird aber immerhin noch von 8-40% der über 80jährigen Frauen „zugegeben“.

Die Angaben zum sexuellen Interesse sind - je nach Studie - sehr unterschiedlich. Deutlich ist jedoch, dass bis Ende 70 die Mehrheit der Frauen sexuell interessiert bleibt, wobei allerdings das Interesse in den höheren Altersgruppen meist nur als „gering“ ausgeprägt beschrieben wird. Während erotische Phantasien eher tabuisiert sind, berichten noch ein Drittel der über 80jährigen Frauen von erotischen Träumen nachts im Schlaf.

Tabelle 1: Sexuelle Aktivität bei Frauen (aktives Vorkommen)

Geschlechtsverkehr (Frauen mit Partner)	50-59 Jahre	69-88%
	60-69 Jahre	42-76%
	70-79 Jahre	31-65%
	80 + Jahre	0-10%
Zärtlichkeit (Frauen mit Partner)	50-79 Jahre	?
	80 + Jahre	77%
Selbstbefriedigung	50-59 Jahre	35-37%
	60-69 Jahre	33-37%
	70-79 Jahre	29-33%
	80 + Jahre	8-40%
Lesbische Aktivitäten	50-55 Jahre	1-8%

Quellen: s. von Sydow (2000)

Tabelle 2: Sexuelles Interesse von Frauen (vorhanden) nach Altersgruppen

50-59 Jahre	89-91%
60-69 Jahre	19-75%
70-79 Jahre	19-67%
80+ Jahre	15-33%

Quellen: s. von Sydow (2000)

2.1 Sexuelle Probleme

Die medizinisch-therapeutische Literatur über sexuelle Probleme älterer Menschen kennt - fast - nur ein Thema: Erektionsprobleme von Männern (ca. 3/4 aller Publikationen beschäftigen sich damit!). In Bezug auf Frauen wird am häufigsten Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) behandelt. Tatsächlich fragen ältere Frauen auch fast nie nach Behandlung von sexuellen Störungen - ganz anders als ältere Männer, die aufgrund von Erektionsproblemen eine sehr hohe Nachfrage nach Behandlung aufweisen.

Dennoch gelten ältere Frauen implizit vielfach als erotisch beeinträchtigt durch hormonelle Umstellung der Wechseljahre und ihnen wird allein deshalb eine Rettung durch Hormongaben anempfohlen (von Sydow und Reimer 1995).

Während eine Vielzahl von Studien zu sexuellen Problemen menopausaler Patientinnen vorliegen, sind sexuelle Probleme „normaler“ 50-90jähriger Frauen (keine Patientinnen) bisher kaum untersucht worden. Die vorliegenden Studien deuten darauf hin, dass die bedeutsamsten Probleme erstens ein Mangel an Zärtlichkeit (darunter leiden 32% der Singles und 17% der verheirateten Frauen) und zweitens ein Mangel an sexuellem Kontakt (27% Singles, 41% verh.) sind. Andere sexuelle Probleme wie sexuelle Kommunikationsprobleme/Routine-Sex oder sexuelle Langeweile (13% verh.), Koitus-Schmerzen/Scheidentrockenheit (7-14% verh.) oder sexuelle Schuldgefühle (5-7%) nehmen in Normalpopulationen einen geringeren Stellenwert ein (Literaturquellen: von Sydow 2000).

Nicht unerwähnt sollte allerdings auch bleiben, dass 13% der älteren Frauen unter Harnwegsbeschwerden leiden, was zwar an sich kein sexuelles Problem ist, jedoch leicht zu sexuellen Problemen beitragen kann.

Eine repräsentative US-Querschnittstudie, die sich allerdings auf Frauen und Männer beschränkt, die a) einen Partner/eine Partnerin haben und b) mit diesem/dieser auch sexuell aktiv sind, belegt sogar, dass die meisten sexuellen Funktionsstörungen bei jungen Frauen und bei älteren Männern zu finden sind: alle Funktionsstörungen außer

schwacher Erregung/Lubrikation treten in der ältesten untersuchten weiblichen Gruppe (50-59 Jahre) seltener (!) auf als bei jüngeren Frauen (Laumann et al. 1994: s. Tab. 3). Das könnte allerdings auch daran liegen, dass ältere Frauen mit sexuellen Problemen seltener sexuell aktiv sind als jüngere.

Tabelle 3: Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen

	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre
Fehlendes sexuelles Interesse	32%	30%	27%
Schwache Erregung/Lubrikation	18%	21%	27%
Orgasmusprobleme	28%	22%	23%
Schmerzen beim GV	15%	13%	8%
Sex nicht angenehm	24%	17%	17%
Angst über Performanz	11%	11%	6%

2.2 Sexuelle Veränderungen während der Wechseljahre

Während der Wechseljahre verändert sich die Sexualität – allerdings ist das auch schon lange vor der Menopause und auch noch weiterhin lange danach der Fall. Während der Wechseljahre nimmt die koitale Aktivität ab, während die Masturbations-Aktivität unverändert bleibt. Die Befunde zum sexuellen Interesse sind widersprüchlich (unverändert oder Abnahme?), erotische Phantasien und Träume werden etwas seltener. Gleichzeitig bleiben sexuell aktiven Frauen ihr sexueller Genuss, ihre Erregbarkeit und ihre orgasmische Kapazität voll erhalten. Die Resultate zu etwaigen sexuellen Problemen sind wiederum widersprüchlich (unverändert oder Zunahme?), ebenso bzgl. Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr); die Verbreitung von Lubrikationschwäche nimmt etwas zu (von einem Durchschnittswert „rarely“ auf „occasionally“). Bemerkenswert ist auch, dass während der Wechseljahre die Zufriedenheit mit dem Partner als Liebhaber abnimmt und Frauen den Eindruck haben, dass sexuelle Probleme auf Seiten des Partners zunehmen, während die Zufriedenheit mit dem Partner als Mensch/Freund erhalten bleibt. In Hinblick auf ihre subjektiv eingeschätzte Attraktivität erleben sich 70% der Frauen als unverändert, 25% erleben eine Abnahme und 5% eine Zunahme (Literaturquellen: von Sydow 2000, von Sydow und Reimer 1995).

Doch Durchschnittswerte besagen nur wenig. Der bedeutsamste Befund ist das hohe Maß an sexueller Variabilität innerhalb von Alters- und Geschlechtsgruppen. Diese sind bei älteren und jüngeren Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Auf die Frage danach, wie die Beendigung des Geschlechtsverkehrs erlebt wurde, antworten ältere Frauen z.B. sehr unterschiedlich. Die Reaktionen reichen von „*Ich war darüber ganz froh*“ bis „*Ich hab' manchmal geweint*“ (zit. nach von Sydow 1994).

Beate Schultz-Zehden (1998) identifizierte in ihrer Repräsentativstudie über 50-70jährige Frauen in *Deutschland* z.B. sechs unterschiedliche Cluster (die sich allerdings alle nur auf Frauen mit Partner beziehen). Jeweils die Hälfte aller Frauen wurde einer positiven oder aber einer problematischen Gruppe zugeordnet. Drei Cluster galten als positiv: Die größte Gruppe sind die „*zärtlichkeitsorientierten*“ Frauen, für die Zärtlichkeit wichtiger als Sex ist, außerdem wurde auch noch eine Gruppe „*sexuell befreiter*“ Frauen (2. Frühling nach den Wechseljahren, besonders glückliche Partnerschaft) und eine Gruppe „*sexuell emanzipierter*“ Frauen identifiziert (besonders hohe sexuelle Initiative und Aktivität). Zu den problematischen Clustern wurden die „*sexuell Unbefriedigten*“ (wünschen sich mehr Sex, erleben Sex in der Ehe jedoch eher negativ), die „*sexuell Zurückgezogenen*“ (nur 16% noch koital aktiv und froh über sexuelle Abstinenz; nur 8% nehmen Hormone) und die Frauen, die „*sexuell das Interesse verloren*“ hatten, gezählt (65% noch koital aktiv – 38% nehmen Hormone). Zusammenfassend lässt sich über die drei problematischen Gruppen sagen (insgesamt 47% aller Frauen mit Partner), dass alle ihr sexuelles Interesse und ihren Genuss als geringer als früher einschätzen, ihre sexuelle Aktivität als (viel) geringer und dass koitale Inaktivität häufiger ist. Menopausale Beschwerden sind stärker ausgeprägt und der Medikamentenkonsum (bezieht sich auf nicht-hormonenthaltende Medikamente) ist hoch. Diese Frauen neigen auch stärker dazu, sexuelle Veränderungen auf hormonelle Veränderungen zurückzuführen und haben allgemein Probleme, über Sex zu sprechen. Die Frauen aus den drei positiven Gruppen (insgesamt 53%) dagegen erleben sich in ihrem sexuellen Interesse und Genuss als unverändert. Ihre sexuelle Aktivität ist meist etwas geringer als früher (oder konstant) und 93-98% sind koital aktiv. Die menopausalen Beschwerden sind meist gering ausgeprägt und auch der Medikamentenkonsum (s.o.) ist gering. Die Frauen aus diesen Gruppen haben bessere sexuelle Kommunikationsfähigkeiten.

3 Wichtige Einflussfaktoren

Die weibliche Sexualität verändert sich – etwas – während der Wechseljahre: Die sexuelle Aktivität nimmt ab, doch Interesse und Genuss bleiben bestehen. Sexuelle Probleme nehmen z. T. etwas zu.

Woran liegt das alles?!

Mögliche Ursachen dafür wären z.B. die Wechseljahre bzw. die hormonellen Veränderungen, das Altern an sich oder die Auswirkungen veränderter Lebensbedingungen (z.B. häufigere Partnerlosigkeit, häufigere Potenzprobleme des Partners).

Die Antworten auf diese Frage sind – auf dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstandes - nicht ganz eindeutig. Das liegt z. T. an allgemeinen Forschungsdefiziten (von Sydow 1992b und 2000, von Sydow und Reimer 1995), jedoch auch an einem eingebauten methodischen Problem: Wechseljahre, Altern und Kontextbedingungen sind nämlich konfundiert (vermischt). So sind z.B. mit 70 Jahren alle Frauen postmenopausal und gleichzeitig auch (inzwischen) die große Mehrheit Singles – da lässt es sich schwer auseinanderdividieren, inwiefern für sexuelle Veränderungen dann der postmenopausale Status, das Alter und/oder das Alleinleben verantwortlich sind.

Ich gehe in der Folge auf folgende Aspekte ein: Hormone und Sex, Prädiktoren von sexuellem Interesse, Aktivität und Genuss, auf die Frage „*Ist die Menopause schuld an sexuellen Veränderungen/Beschwerden?*“ und auf zwei gesellschaftliche Einflussfaktoren, die bisher in der Forschung kaum berücksichtigt werden.

3.1 Hormone und Sex

In der Folge beziehe ich mich auf Studien zum Zusammenhang zwischen natürlichem unbeeinflussten Hormonspiegel bei prä-, peri- oder postmenopausalen Frauen aus Bevölkerungs- bzw. gesunden Stichproben (keine Patientinnen) (Überblick: von Sydow 2000, sowie: Avis et al. 2000, Cawood und Bancroft 1996, Dennerstein et al. 1997, Laan und van Lunsen 1997, Myers und Morokoff 1986). Auf Effekte von Hormonmedikamenten auf die Sexualität gehe ich nicht hier, sondern weiter unten im Abschnitt „Intervention“ ein.

Der Östrogenspiegel steht in signifikantem Zusammenhang mit der Ausprägung vaginaler Atrophie. Die Befunde sind widersprüchlich bzgl. Lubrikation und Koitus-Schmerzen. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Östrogenspiegel und sexueller Aktivität, sexuellem Interesse, Genuss und Erregbarkeit (im Labor gemessene vaginale Kontraktionen bei erotischen Filmen).

Sexuelles Interesse kann nur entstehen, sofern ein gewisses Testosteron-Minimum im Körper zirkuliert – doch Testosteron-Variationen im Normbereich haben bei Frauen keinen Effekt auf sexuelle Variablen.

Möglicherweise steht auch das Hormon Prolaktin in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit sexuellem Interesse, Erregung und Lubrikation. Das wäre ein Hinweis auf die Bedeutung psychischer Faktoren, da der Prolaktinspiegel unter Stressbedingungen erhöht ist.

3.2 Prädiktoren von weiblichem sexuellen Interesse, Aktivität und Genuss

Sexuelles Interesse wird bei Frauen primär durch Partner-Faktoren (Partner vorhanden oder Single; Partnerschaftsqualität) und psychosoziale Faktoren (sexuelle Vorgeschichte der Frau; psychische Gesundheit; negative Antizipation der Menopause mit 40-45 Jahren) sowie körperliche Faktoren (Alter; körperliche Gesundheit; evtl. auch menopausaler Status (?)) und sozio-ökonomische Faktoren (soziale Schicht) vorhergesagt (Avis et al. 2000, Koster und Garde 1993).

Ähnliches gilt für die Vorhersage der weiblichen Koitus-Aktivität: Hier sind Partner-Faktoren sogar noch bedeutsamer (Vorhandensein eines Partners; Alter des Partners; Gesundheit des Partners; Beziehungsdauer; Partnerschaftsqualität). Bei den körperlichen Faktoren auf Seiten der Frau ist nur gesichert, dass das Alter Einfluss hat, während die Befunde bzgl. körperlicher Gesundheit, vaginaler Lubrikation und menopausalem Status widersprüchlich sind. Einflussreich sind noch mehrere psychosoziale Faktoren (sexuelle Vorgeschichte; psychische Gesundheit; Persönlichkeit; Stress/ Belastungen; negative Einstellung zur Menopause) sowie sozioökonomische Faktoren (soziale Schicht; Bildung; Berufstätigkeit, Belege z.B.: Cawood und Bancroft 1996, Dennerstein et al. 2001, Hallstrom und Samuelsson 1990, Hawton et al. 1994). Wichtige Prädiktoren des sexuellen Genusses bei Frauen mit Partner sind wiederum Partner-Faktoren (Beziehungsdauer; Partnerschaftsqualität), ein körperlicher Faktor (Alter), psychosoziale Faktoren (sexuelle Vorgeschichte; psychische Gesundheit; positiver Affekt) und sozioökonomische Faktoren (soziale Schicht; Bildung, vgl. Cawood und Bancroft 1996, Hawton et al. 1994).

3.3 Ist die Menopause „schuld“ an sexuellen Veränderungen oder Beschwerden?

Das sexuelle Interesse und die Erregbarkeit sind eher relativ unbeeinflusst von den Wechseljahren. Der Östrogenstatus ist auch nicht signifikant korreliert mit diesen sexuellen Variablen. Allerdings stehen das Schwächerwerden der Lubrikation und Dyspareunie z. T. in Zusammenhang mit den hormonellen Umstellungen. Auch das Dünnerwerden der Haut von Vulva und Vagina (Atrophie), Veränderungen des Scheiden-Mileus (sauer-alkalisch) und das mit diesen Veränderungen einhergehende erhöhte Infektions-, Blutungs- und Verletzungsrisiko stehen in Zusammenhang mit den Wechseljahren. Bei der Mehrheit der Frauen treten jedoch nur geringe Veränderungen auf, die zu keinen oder nur geringen Beschwerden führen.

Eine neue Labor-Studie (allerdings mit einer kleinen Gruppe nicht-repräsentativer Frauen) belegt, dass sich die Lubrikation von prämenopausalen versus peri-/postmenopausalen Frauen unterscheidet. Genauer: Die Vagina von jüngeren Frauen ist in sexuell nicht erregtem Zustand feuchter als die von älteren Frauen – bei sexueller

Erregung jedoch bestehen keine Unterschiede in der Lubrikation (Laan und van Lunsen 1997). Nun scheint es so zu sein, dass Frauen nicht selten Geschlechtsverkehr haben, ohne sexuell erregt zu sein. Das kann bei jüngeren Frauen ohne große Schmerzen funktionieren, da auch ohne jede Erregung noch eine gewisse vaginale Lubrikation vorhanden ist. Wenn Paare dieses sexuelle Verhaltensmuster dann während und nach den Wechseljahren fortsetzen, kann das für die Frau richtig schmerzhaft werden, da ihre Vagina nicht länger feucht ist. Sie leidet scheinbar unter wechseljahrsbedingter Dyspareunie, der eigentliche Grund ist jedoch Geschlechtsverkehr ohne sexuelle Erregung.

Die Abnahme der koitalen Aktivität steht eher in Zusammenhang mit anderen Ursachen als mit den Wechseljahren: Es besteht auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Aktivität und Östrogen-Status. Stattdessen ist diese Abnahme in der Regel Partner-bedingt. Entweder durch Partner-Verlust (Tod, Trennung/Scheidung) oder aber durch Altersveränderungen der Sexualität des Partners (Abnahme von sexueller Interesse und Potenz) sowie auch – wie in jedem anderen Lebensalter - durch Partnerschaftsprobleme. Auch ein eigenes sexuelles Desinteresse der Frau, das meist schon lange bestand, kann eine Rolle spielen.

Schließlich möchte ich noch auf zwei gesellschaftliche Einflussfaktoren eingehen, die bisher in der – insbesondere medizinischen - Forschung zum Thema kaum berücksichtigt werden: Die Bevölkerungsstruktur und den *double standard of aging*.

3.4 Bevölkerungsstruktur

Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer, insofern besteht in der Gruppe der über 65jährigen eine Unausgewogenheit der Geschlechter. Demographen sprechen vom *Frauenüberschuss* - doch aus weiblicher Sicht ist es eher ein *Männermangel* (60-69 Jahre: in etwa ausgeglichen; 70-79 Jahre: 3 Frauen : 2 Männer; 80-89 Jahre: 3 Frauen : 1,5 Männer). Diese Problematik verschärft sich noch ungemein dadurch, dass Frauen oft mit etwas älteren Männern Beziehungen eingehen. Das führt dazu, dass 75% der über 65jährigen Männer verheiratet sind, während das nur für 28% der gleichaltrigen Frauen gilt (die meisten Frauen in dieser Altersgruppe sind bereits verwitwet; zunehmend mehr Frauen und Männer jedoch auch geschieden). Insofern ist es für ältere Frauen weniger einfach, einen neuen Partner zu finden als für ältere Männer.

3.5 „*Double standard of aging*“

Die Partnersuche wird auch erschwert durch das, was die amerikanische Publizistin *Susan Sontag* (1977) den *double standard of aging* genannt hat (den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Doppelstandard des Alterns). Sie beschreibt, dass für Männer zwei Schönheitsideale existieren (der Knabe/junge Mann - der Herr mit den grauen Schläfen), für Frauen dagegen nur eines (das Mädchen) und dass altes Aussehen

(z.B. Falten, weiße Haare) bei Frauen als stärker attraktivitätsmindernd gilt als bei Männern. Auch gilt körperliche Attraktivität von Frauen bei der Partnersuche generell als wichtiger als bei Männern. Obwohl sich inzwischen - kleine - historische Veränderungen abzeichnen und z.B. in Modeillustrierten manchmal auch reifere Frauen dargestellt werden und es wohl schon immer in der Weltgeschichte ältere Frauen mit jüngeren Liebhabern gab, ist für älter werdende Frauen ein gesundes Selbstbewusstsein (das nicht allein auf körperlicher Attraktivität beruht) besonders wichtig (Sontag 1977, von Sydow 1993 und 1994)

4 Prävention

Zur Prävention weiblicher sexueller Probleme im mittleren und höheren Alter existieren fast keine Befunde. Aus den relevanten Einflussfaktoren lassen sich folgende Ansatzpunkte für Prävention ableiten: Das größte Problem ist vermutlich Partnerlosigkeit, was in Zusammenhang mit der geringeren männlichen Lebenserwartung und Männermangel sowie der Tatsache, dass drei Viertel der älteren Männer verheiratet sind, steht. Ein wesentlicher Ansatzpunkt wäre hier eine verbesserte Gesundheitsvorsorge für Männer (!). Ein weiteres Problem, das die weiblichen Chancen zu sexueller Erfüllung im reiferen Alter mindert, ist der *double standard of aging*, der damit einhergeht, dass gealtertes Aussehen die Attraktivität von Frauen stärker mindert als die von Männern. Hier können Frauen einerseits versuchen, auf einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel einzuwirken – andererseits jedoch auch kosmetische bis hin zu operativen Hilfen gegen altes Aussehen einsetzen. Letzteres ist in minder oder auch stärkerer Ausprägung wahrscheinlich die häufigste Bewältigungsform von Frauen.

Weitere Ansatzpunkte für Prävention sind die psychische Gesundheit von Frauen und die Partnerschaftsqualität und -kommunikation. Dazu existieren Präventionsprogramme, die jedoch nur begrenzt wirksam sind. Am einfachsten beeinflusst werden kann wahrscheinlich die Fähigkeit, über Sex sprechen zu können. Eine Studie belegt, dass koital aktive ältere Frauen eine bessere vulvo-vaginale Gesundheit aufweisen, was von den Autorinnen im Sinne von 'wer rastet, der rostet' gedeutet wird (aber genau genommen kann von einer Korrelation nicht auf eine Kausalität geschlossen werden).

Insgesamt gibt es für viele Probleme keine einfachen Präventiv-Lösungen, da viele wichtige Faktoren nicht einfach beeinflussbar sind.

5 Interventionen

5.1 Effekte von Hormonmedikation und Viagra auf die weibliche Sexualität

Ein Viertel (26%) aller 50-70jährigen Frauen in Deutschland nehmen Hormon-Medikamente (Schultz-Zehden 1998). Helfen Hormone bei sexuellen Problemen (Literaturüberblick: von Sydow 2000)?

Es werden z.T. positive Effekte von Östrogenen, oft kombiniert mit Progesteron und/oder Testosteron, auf die Sexualität von Patientinnen nach Entfernung von beiden Eierstöcken und der Gebärmutter belegt. Insbesondere Testosteron kann in dieser Gruppe positive Effekte auf das sexuelle Interesse, die Aktivität und den Genuss haben. Allerdings sind diese Studien methodisch nicht unproblematisch.

Bei menopausalen/postmenopausalen Frauen mit intaktem Uterus und Eierstöcken haben Östrogengaben (evtl. kombiniert mit Progesteron) möglicherweise positive Effekte auf sexuelle Probleme, insbesondere Dyspareunie (widersprüchliche Befunde) und Scheidentrockenheit, doch es ergeben sich keine signifikanten Effekte auf: sexuelles Interesse und Gedanken, sexuelles Interesse des Partners, sexuelle Aktivität (Geschlechtsverkehr, Masturbation), sexuelle Zufriedenheit mit dem Partner, sexueller Genuss (bei zusätzlicher Androgengabe ist jedoch der Genuss der Masturbation erhöht, nicht jedoch der des Koitus), Orgasmus und sexuelle Erregbarkeit (im Labor psychophysiologisch gemessen: vaginale Kontraktionen bei erotischen Filmen).

In der amerikanischen Literatur wird vielfach auch die Substitution von Androgen/Testosteron Mangel für postmenopausale Frauen propagiert. Dies mag bei bestimmten Patientinnen indiziert sein (z. B. nach Entfernung der Eierstöcke). Für die Mehrzahl der Frauen mit normaler, nicht-operativer Menopause ist dieser Vorschlag inadäquat, da erstens bei Frauen kein Zusammenhang zwischen dem Testosteronstatus (sofern dieser sich im Normalbereich bewegt) und sexuellen Variablen besteht, zweitens bei der Mehrheit der älteren Frauen das sexuelle Interesse größer ist, als die Gelegenheit, Sexualität - zumindest mit einem männlichen Partner - zu leben und drittens Testosterongaben nicht frei von Nebenwirkungen und Risiken sind.

Insofern können Hormongaben nur in wenigen speziellen Fällen als primäres Therapeutikum von sexuellen Problemen bei älteren Frauen angesehen werden. Auch Viagra ist für ältere Frauen nicht empfehlenswert (Kaplan et al. 1999).

5.2 Verbale Interventionen

Sinnvoller sind in der Regel dagegen nicht-pharmakologische Interventionen. Diese werden bisher jedoch kaum beforscht und auch nur relativ selten angewandt. Wichtig ist hierbei die psychosomatische Grundversorgung durch behandelnde Ärztinnen und

Ärzte, Selbsthilfegruppen (z.B. für Frauen in den Wechseljahren), Psychotherapie (Einzel-, Paar-, Gruppentherapie) und Beratung, sowohl über gesunde Lebensführung (Sport, Ernährung, Nicht-Rauchen), als auch als Hilfe beim sich Einstellen auf sexuelle Veränderungen bei Frau und Mann (z.B. verlängertes Vorspiel; gelegentliche Impotenz nicht persönlich nehmen) sowie Naturheilkunde.

Doch das ärztliche Gespräch über Sexualität findet oft nicht statt! 71% aller jüngeren Frauen wünschen sich, dass ihr/e GynäkologIn sexuelle Probleme anspricht. Um so mehr, als Frauen nur selten spontan sexuelle Probleme während der gynäkologischen Konsultation ansprechen. Insgesamt haben nur 23% aller 50-70jährigen Frauen je mit ihrem Frauenarzt über Sex gesprochen. Frauen wünschen sich insbesondere von Frauenärztinnen die Initiation von Gesprächen über Sexualität (Belege z.B.: Schultz-Zehden 1998, von Sydow 2000).

Zusammenfassend lässt sich zum Thema „Interventionen“ festhalten, dass Basis jeder Intervention eine umfassende medizinische und psychologische (!) Diagnose sein sollte. Bei primär körperlichen Beschwerden wie z.B. Hitzewellen oder vulvo-vaginaler Atrophie kann eine Hormonbehandlung, Verhaltens-/Entspannungstherapie (Psychotherapie kann auch manche körperliche Symptome wie z.B. Hitzewellen reduzieren!) und/oder körperliches Training und Ernährungsumstellung hilfreich sein. Sofern psychische, sexuelle und/oder Partner-Probleme im Vordergrund stehen, kann das keine Indikation für eine Hormonbehandlung sein. Dann sind Selbsthilfegruppen, Psychotherapie und/oder Beratung indiziert. Bei kombinierten körperlichen und psychosexuellen-partnerschaftlichen Problemen ist natürlich auch ein kombinierter Ansatz, z.B. Hormontherapie und Psychotherapie empfehlenswert.

6 Fazit und Ausblick

Frauen sind lebenslang – vor, während und nach den Wechseljahren – sexuelle Wesen. Doch zur Zeit der Menopause verändert sich die Sexualität etwas:

Die koitale Aktivität nimmt – schon vor und weiter auch nach der Menopause – durchschnittlich ab auf dem Hintergrund des zunehmenden Lebensalters von Mann und Frau und der durchschnittlich zunehmenden Beziehungsdauer.

Die Lubrikation wird bei allen Frauen etwas schwächer, sie ist jedoch bei den meisten Frauen bei sexueller Erregung auch weiterhin ausreichend für Geschlechtsverkehr. Frauen, deren Sexualleben nie lustvoll war, klagen häufiger über Lubrikationsschwäche.

Einige Frauen entwickeln urogenitale Beschwerden, die - auch - in Zusammenhang mit den Wechseljahren stehen wie Dyspareunie sowie wiederkehrende vaginale und/oder Blasen-Infektionen.

Einzelne Frauen nehmen die Wechseljahre oder eine Erkrankung auch als Anlass, eine unbefriedigende sexuelle Beziehung zu beenden. Hintergrund dafür sind meist „alte“ sexuelle Probleme und ebenfalls schon lange bestehende sexuelle Lustlosigkeit.

Die häufigsten sexuellen Probleme älterer Frauen sind ein Mangel an zärtlichem und ein Mangel an sexuellem Kontakt wegen Partnerlosigkeit oder einer Erkrankung bzw. Potenzproblemen des Partners und/oder Partnerschaftsproblemen. Ein Viertel aller älteren Frauen und Männer in Deutschland lebt völlig ohne Zärtlichkeit.

Doch in der Medizin wird durch die Fokussierung auf Patientinnen und Beschwerden leicht übersehen, dass nicht wenige ältere Frauen sexuell-erotisch glücklich leben. Das gilt für die Hälfte aller 50-70jährigen Frauen mit Partner, vermutlich auch für nicht wenige der (bisher kaum beforschten) lesbischen Frauen mit Partnerin und auch für manche Singles, die entweder froh sind, ihr aktives Sexualleben beendet zu haben oder die sublimierte Formen gefunden haben, ihrer erotischen Identität Ausdruck zu verleihen und Zärtlichkeit mit Freunden, Freundinnen, Kindern oder Enkeln erleben.

Der (natürliche) Östrogenspiegel ist nicht signifikant korreliert mit sexuellem Interesse, Erregbarkeit, Orgasmus oder sexueller Aktivität. Dennoch haben Hormone einen – kleinen - Einfluss auf die weibliche Sexualität. Bedeutsamer sind jedoch andere Faktoren wie insbesondere die Partner-Situation (Partner/in vorhanden? neuer vs. alter Partner; Beziehungsqualität; Gesundheit und erektile Probleme des Partners), die Biographie und psychische Gesundheit der betroffenen Frau sowie ihr Alter und ihre körperliche Gesundheit.

Die US-Frauenzeitschrift MS kreierte (als Antwort auf Viagra) fünf neue Medikamente zur Behandlung weiblicher Sexualstörungen – die alle von Männern einzunehmen sind. Vielleicht können diese – eingenommen nicht nur von Männern, sondern auch von Frauen – sexuell mehr verändern als manches pharmakologische Mittel:

- * *Talkra* (belebt das Interesse an ihren oder seinen Worten)
- * *Anniversa* (aktiviert die rechtzeitige Erinnerung an Geburts- und Hochzeitstage)
- * *Flattra* (gesteigerter Drang, Komplimente zu machen)
- * *Respectra* (fördert die Achtung)
- * *Lovra* (aktiviert die „wichtigste Sache“)

Literatur

Der größte Teil der Studien, auf denen dieser Überblick aufbaut, werden in von Sydow (2000) und/oder von Sydow und Reimer (1995) referiert und hier nicht nochmals aufgeführt. In dieser Literaturliste werden nur Übersichtsarbeiten sowie einzelne neuere Studien angegeben.

- Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 7(5): 297-309
- Cawood EHH, Bancroft J (1996). Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. *Psychological Medicine* 26: 925-936
- Dennerstein L, Burrows GD, Wood C, Hyman G (1980). Hormones and sexuality: effect of estrogen and progesterone. *Obstetrics and Gynecology* 56: 316-322
- Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H (1997). Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas* 26(2): 83-93
- Dennerstein L, Dudley E, Burger H (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or due to menopause? *Fertility and Sterility* 76(3): 456-460
- Hällström T, Samuelsson S (1990). Changes in women's sexual desire in middle life: the longitudinal study of women in Gothenburg. *Archives of Sexual Behavior* 19(3): 259-268
- Hawton K, Gath D, Day A (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners – effects of age, marital, socio-economic, psychiatric, gynaecological, and menopausal factors. *Archives of Sexual Behavior* 23(4): 375-395
- Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, Martins AC (1999). Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 53: 481-486
- Koster A, Garde K (1993). Sexual desire and menopausal development. A prospective study of Danish women born in 1936. *Maturitas* 16: 49-60
- Laan E, van Lunsen RHW (1997). Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *Journal of Psych Obstet and Gynecology* 18: 126-133
- Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S (1994). *The social organisation of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago.

- McCoy NL (1998). Methodological problems in the study of sexuality and the menopause. *Maturitas* 29: 51-60
- Myers LS (1995). Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 19(2): 331-341
- Myers LS, Morokoff PJ (1986). Physiological and subjective sexual arousal in pre- and postmenopausal women and postmenopausal women taking replacement therapy. *Psychophysiology* 23(3): 283-292
- Schultz-Zehden B (1998). Sexuality in postmenopausal women. In: Nijs P, Richter D (Hg.). *Advanced research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Leuven/Belgium: Peeters Press: 65-89
- Sontag S (1977). The double standard of aging. In: Allmann LR, Jaffe DT (Hrsg.). *Readings in adult psychology*. New York: Harper und Row: 258-294
- von Sydow K (1992a). Eine Untersuchung zur weiblichen Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 105-112
- von Sydow K (1992b). Weibliche Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Übersicht über vorliegende Forschungsarbeiten. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 113-127
- von Sydow K (1993). *Lebenslust. Weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter*. Bern: Huber.
- von Sydow K (1994). *Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen* (2. Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- von Sydow K (2000). Die Sexualität älterer Frauen: Der Einfluss von Menopause, anderen körperlichen sowie gesellschaftlichen und partnerschaftlichen Faktoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 94: 223-229
- von Sydow K, Reimer C (1995). Psychosomatik der Menopause: Literaturüberblick 1988-1992. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 45(7): 225-235
- Walling M, Andersen BL, Johnson SR (1990). Hormonal replacement therapy for postmenopausal women: a review of sexual outcomes and related gynecologic effects. *Archives of Sexual Behavior* 19: 119-137

Sind die Wechseljahre ein kulturspezifisches Phänomen?

Wünsche und Bedürfnisse von Immigrantinnen¹

Annemiek Richters

1 Der Esel, der Kuckuck und die Nachtigall: Kommunikation über die Menopause in der klinischen Praxis

Lob des hohen Verstandes, ein deutsches Volksgedicht, das *Gustav Mahler* vertonte und seinem Liederzyklus *Des Knaben Wunderhorn* zufügte, erzählt die Geschichte eines Gesangswettstreits zwischen einer Nachtigall und einem Kuckuck. Der Kuckuck wählt einen Esel als Sachverständigen in der Annahme, wegen seiner enorm großen Ohren könne der Esel so gut wie kein anderer hören und entscheiden, was gut ist. Die Nachtigall schüttet ihr Herz aus. Dem Esel wird dabei unbehaglich: Seine Ohren können den Gesang nicht aufnehmen. Sodann beginnt der Kuckuck mit seinem Lied. Er singt in einfachen Intervallen und hält den Takt gut. Da das I-Ah des Esels dem zweisilbigen Kuckuck-Kuckuck des Kuckucks ähnelt, kann sich der Esel mit diesem Gesang identifizieren und ihn angemessen bewerten. Der Kuckuck gewinnt dank des schlichten Intellekts des Esels.

Viele ÄrztInnen, sicherlich nicht alle, ähneln dem Esel. Sie hören nur, was wie ihre eigene Stimme klingt. Ihre Haltung gegenüber ihren PatientInnen ist oft, sicherlich nicht immer, die eines *Bitte sagen Sie mir, was ich hören möchte*. Wie der Esel weiß der Arzt/die Ärztin, was richtig ist und er/sie weiß es ganz genau. Frauen in den Wechseljahren mögen, wie eine Nachtigall, ihr Herz auszuschütten (vgl. Beckermann in diesem Band). Da die meisten ÄrztInnen dies nicht aufnehmen können, gehen Frauen dazu über, die Fachsprache ihres Arztes/ihrer Ärztin zu übernehmen – und wie ein Kuckuck zu sprechen –, wenn sie mit ihm oder mit ihr sprechen (vgl. z.B. Massé et al. 2001). Dabei sind sie weit entfernt von der metaphorischen und imaginativen erzählenden Ausdrucksweise, die Frauen aus bestimmten Kulturen im täglichen Leben verwenden, wenn sie ihre Erfahrungen mit den Wechseljahren beschreiben.

Frauen mancher Kulturen sprechen über ihre Erfahrungen mit den Wechseljahren nicht mit Familienmitgliedern oder FreundInnen, weil die Wechseljahre in ihrer Kultur ein

¹ Im Original: *Wishes and needs of immigrant women*. Übersetzung aus dem Englischen: *Regine Albrecht, Ingeborg Jahn, Elke Scharnetzky*

Tabu sind. Das bedeutet aber nicht, dass sie nicht mit Angehörigen medizinischer Berufsgruppen darüber sprechen wollten in der Hoffnung, ein offenes Ohr zu finden.

In den Fällen, wo der kulturelle Hintergrund einer Frau und der ihres Arztes/ihrer Ärztin unterschiedlich sind, kann es vorkommen, dass ihre *tatsächliche* Geschichte das Ohr des Arztes/der Ärztin noch mehr verletzt als wenn dieser Unterschied nicht besteht. Das Denken vieler Ärzte/Ärztinnen ist nicht nur medizin-zentriert, sondern auch ethnozentriert, nicht auf interkulturelle Kommunikation eingestimmt. Es wird nicht einfach sein, an diesem schlichten Denken etwas zu verändern. Sagt nicht ein Sprichwort: *Wer als Esel geboren wird, stirbt auch als Esel?*

Wegen der eingeschränkten Hör-Fertigkeiten und zeitlichen Zwänge auf Seiten der Ärzte/Ärztinnen, bleibt der Wunsch vieler PatientInnen häufig unerfüllt, dass ihr Arzt/ihre Ärztin ihnen mit Respekt und Überlegung zuhört und ihnen die Natur ihrer Probleme und die Behandlungsmöglichkeiten in einer nicht-hastigen und einfühlsamen Atmosphäre erklärt. Dieser Wunsch besteht bei Immigrantinnen und Nicht-Immigrantinnen gleichermaßen (Mingo et al. 2000). Der Unterschied besteht darin, dass interkulturelle Kommunikationsprobleme in westlichen Ländern dazu führen können, dass Immigrantinnen schlechter versorgt werden als einheimische Frauen. Als Konsequenz dieser Situation werden sich die *Empowerment*-Strategien, die das Ziel verfolgen, dass die Wünsche von Frauen gehört werden und ihren Bedürfnissen entsprochen wird, für Immigrantinnen und für Nicht-Immigrantinnen teilweise unterscheiden.

Neben substantiellen Unterschieden gibt es über alle ethnischen Gruppen hinweg viele Gemeinsamkeiten in den Wünschen und Bedürfnissen von Frauen in den Wechseljahren. In diesem Kapitel steht die Frage im Vordergrund, wie Frauen selbst diese Gemeinsamkeiten und Unterschiede beschreiben. Wenn man die Wünsche von Frauen identifizieren und ihre Bedürfnisse im Sinne von Versorgungsqualität und *Empowerment* in Begriffe fassen will, muss man die kulturellen Unterschiede berücksichtigen. Auf Grundlage einer Auswahl von Geschichten von Frauen will ich zum Ende des Kapitels die Notwendigkeit einer solchen Herangehensweise (*diversity approach*) diskutieren. Als Schlussfolgerung will ich kurz die Veränderungen darstellen, die auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen notwendig sind, damit diese fähig werden, auf Wünsche und Bedürfnisse von Immigrantinnen einzugehen.

Ich beginne mit einem detaillierteren Überblick über die wesentlichen Merkmale sowohl des biomedizinischen als auch des – kontextbezogenen (*story focused*) – kulturellen Ansatzes gegenüber Frauen mit Problemen im Zusammenhang mit den Wechseljahren. Der biomedizinische Ansatz ist der in der klinischen Praxis übliche. Er sollte jedoch mit dem kulturellen Ansatz verbunden werden, wenn man den Wünschen und Bedürfnissen von Frauen gerecht werden will. Die Notwendigkeit für diese Integration wird die zentrale Argumentation dieses Kapitels sein. In Tabelle 1 sind die wesentlichen Merkmale beider Ansätze dargestellt. In Tabelle 2 habe ich einige

Merkmale eingefügt, die speziell auf die Gesundheit von Frauen im mittleren Alter fokussieren.

Tabelle 1: Wesentliche Merkmale des biomedizinischen und des kulturellen Ansatzes im Vergleich

Biomedizinisches (empiristisches) klinisches Modell		Kulturelles (hermeneutisches) klinisches Modell
Somatische oder psychophysiologische Läsion oder Dysfunktion: Krankheitswirklichkeit	Pathologisches Bild	Bedeutungsvolles Konstrukt: Krankseinswirklichkeit
Daten, die eine somatische Störung offen legen	Relevanzstruktur	Daten, die die Bedeutung von Kranksein und einen Anknüpfungspunkt für <i>Empowerment</i> offen legen
Prüfung organischer Systeme, Labortests	Prozeduren der Datenerhebung	Der Krankheitsgeschichte zuhören, das Erklärungsmodell evaluieren, das semantische Netzwerk entschlüsseln
Diagnose und Erklärung	Interpretatives Ziel	Verstehen
Untersuche dialektisch die Beziehung zwischen Symptomen und somatischer Störung	Interpretative Strategie	Untersuche dialektisch die Beziehung zwischen Symptomen (Text), Bedeutung (Semantik), sozialem und politischem Kontext
Intervenierte im somatischen Krankheitsverlauf	Therapeutisches Ziel	Behandle die Erfahrung der PatientInnen mit dem Ziel, das Verständnis der verborgenen Aspekte der Krankseinsrealität zu fördern und diese in <i>Empowerment</i> zu transformieren

Modifiziert nach Good und Del Vecchio Good (1981)

Tabelle 2: Merkmale des biomedizinischen und des kulturellen Modells, die speziell auf die Gesundheit von Frauen im mittleren Alter fokussieren

Biomedizinisches (empiristisches) klinisches Modell	Kulturelles (hermeneutisches) klinisches Modell
Menopause (diskrete biologische Entität)	Klimakterium (<i>menopausal transition</i>), Erfahrungen in der Lebensmitte
Universelle Erfahrung	Erfahrung ist abhängig vom sozio-kulturellen Kontext
Universale Biologie	Lokale Biologie
Körperlich	Diskursiv
<i>Procrustes</i>	<i>Hermes</i>
Esel (Doktor) <i>i-ah, i-ah</i>	Nachtigall (Patientin)
Kuckuck (protoprofessionalisierte Patientin) <i>kuckuck, kuckuck</i>	
Wünsche und Bedürfnisse	
<i>Hermes</i> in einer anderen Rolle: Vermittlung zwischen den beiden Extremen	

Hermes kann als der Gott der Hermeneutik (Auslegung von Texten) und somit auch der klinischen Hermeneutik angesehen werden. *Hermes* ist der Schutzpatron der Reisenden in die Fremde, ins Außerirdische und Unbekannte, Texte/Geschichten eingeschlossen, die bei der ersten Begegnung keinen Sinn ergeben, weil man sich ihnen an der falschen Ecke annähert hat. Mit dem empiristischen biomedizinischen Ansatz ist der Name *Prokrustes* verbunden. Wie *Hermes* heißt er die Fremden willkommen. Er lädt sie sogar ein, eine Nacht bei ihm zu verbringen. Das Problem dabei ist nur, dass er nur Betten einer bestimmten Größe hat. Die Gäste, die nicht in seine Betten hineinpassen, macht er passend: Die langen Gäste kürzt er, indem von Armen und Beinen das abschneidet, was aus dem Bett herausragt und bei den kurzen Gästen zieht er die Arme und Beine so in die Länge, bis sie die Größe des Bettes haben.

In den ärztlichen Sprechstunden werden die Berichte von Frauen über ihre Erfahrungen mit dem Älterwerden und Wechseljahrsbeschwerden, die nicht in das biomedizinische Modell passen, oft auf ein Format gebracht, das die Ärzte hören wollen. Aufgrund von Globalisierungsprozessen wird das biomedizinische Modell der Menopause weltweit verbreitet. Frauen akzeptieren dieses Modell, aber es gibt auch Widerstände und

Gleichgültigkeit gegenüber dem speziellen, biomedizinischen Blick auf die Veränderungen in ihrer Lebensmitte (Richters 2001a, 2002).

Der biomedizinische Blick reduziert entweder die Komplexität der Erfahrungen von Frauen mit der Menopause und ihren Beschwerden auf das Ergebnis eines von allen Frauen durchlebten biologischen Geschehens, oder er bläht körperliche Veränderungen, die Frauen als etwas ganz Natürliches erleben, zu etwas Pathologischem und Behandlungsbedürftigem auf. Wie ich später aufzeigen werde, kann das Ausmaß der Medikalisierung der Menopause und wie Frauen darauf reagieren in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich sein. Diese Unterschiede konnten wir vor allem in Berichten von Frauen außerhalb der ärztlichen Sprechstunden ausmachen.

3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Geschichten von Frauen in verschiedenen Kulturen

3.1 Ethnische und kulturelle Differenzen zwischen Frauen

Wir können Gruppen von Frauen, die im selben Land leben, entsprechend ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer Kultur oder einer Kombination von beidem unterscheiden. Wenn eine Frau, die in den Niederlanden lebt, in der Türkei geboren ist oder ihr Vater und/oder ihre Mutter in der Türkei geboren sind, wird ihre ethnische Zugehörigkeit gewöhnlich mit türkisch bezeichnet. Alle so definierten Frauen verbindet nicht notwendigerweise dieselbe Kultur. Ethnische Zugehörigkeit kann auch selbstdefiniert sein. In diesem Fall bezieht sich ethnische Zugehörigkeit auf das Gefühl, einer Gruppe anzugehören auf der Grundlage einer gemeinsamen Herkunft, Abstammung, Geschichte, Religion und Sprache. Die Angehörigen einer ethnischen Gruppe können (noch) so viele Gemeinsamkeiten haben, dass sie dieselbe Kultur teilen. Dies beinhaltet jedoch nicht notwendigerweise, dass sie aus demselben Land migriert sind.

Kultur kann definiert werden als komplexes Ganzes von Werten, Normen, Regeln, Vorstellungen und Gebräuchen, die dem Leben der Menschen einen Sinn geben. Es ist ein menschliches Produkt, das im Zusammenleben der Menschen im Kontext ihrer Machtbeziehungen kontinuierlich reproduziert und verändert wird. Migration in ein anderes Land mit einer oder mehreren verschiedenen Kulturen kann zur Folge haben, dass man sich an die traditionelle Kultur klammert oder, das andere Extrem, die dominierende Kultur des aufnehmenden Landes vollständig übernimmt. Selbst wenn eine Frau in die neue Gesellschaft in vielfältiger Weise integriert ist, identifiziert sie sich möglicherweise noch als Angehörige der türkischen Ethnizität.

Unterschiede bei Immigrantinnen in Bezug auf die Veränderungen, die sie im mittleren Alter durchleben, und auf die Art und Weise, wie sie diese Veränderungen erleben, können das Ergebnis einer Manifestation von Unterschieden sein, in a) kulturellen

Repräsentationen von Reproduktion, vom älter werdenden Körper und von den Rollen der Frau, b) in den Idealen von Frauen, ihren Verhaltensweisen, ihrem Zugang zu Ressourcen - wie z.B. Gesundheitsversorgung - und wie Frauen diese gebrauchten, c) in den Erfahrungen von Frauen im Lebensverlauf und d) in der Biologie von Frauen. Bis jetzt wissen wir mehr über die Veränderungen und Erfahrungen im mittleren Lebensalter von nicht-weißen Frauen in Kulturen außerhalb der westlichen Welt als von nicht-weißen Frauen, die in die westliche Welt immigriert sind, in anthropologischen Worten: über *die Andere in ihrer Heimat (the other at home)*. Die meisten der vorliegenden Studien über Immigrantinnen kommen aus den USA.

In jüngster Zeit wurden zwei große Forschungsprojekte über Ethnizität, die Menopause und was damit zusammenhängt, durchgeführt:

a) Das *ENDOW*-Projekt (*Ethnicity, Needs, and Decisions of Women*) ist eine 5-jährige, multizentrische, bevölkerungsbezogene, multidisziplinäre Studie über die Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Haltung von Frauen, ihren Erfahrungen und Entscheidungen bezüglich Menopause, Hormonersatztherapie (HRT) und Hysterektomie mit dem Ziel, ein Verständnis von ethnischen Unterschieden in den Einstellungen und Erfahrungen von Frauen bezüglich Menopause, Hysterektomie und postmenopausaler Hormonersatztherapie zu gewinnen (Lewis et al. 2000).

b) Das *SWAN*-Projekt (*Study of Women's Health Across the Nation*) besteht aus einer deduktiv angelegten, multiethnischen, multizentrischen nationalen Studie über die Biologie und Epidemiologie der Wechseljahre (*midlife transition*) mit einer zusätzlichen qualitativen Komponente (Adler et al. 2000; Avis et al. 2001; Kagawa-Singer et al. 2002; Sampselle et al. 2002).

Darüber hinaus wurden einzelne kleine unizentrische Studien, die verschiedene quantitative und qualitative Ansätze benutzen, unter spezifischen Gruppen von Immigrantinnen innerhalb der USA (Hautman 1996; Im et al. 1999; Agee 2000; Im und Meleis 2001) und außerhalb der USA (e.g. Sethi & Pitkin 2000; Elliot et al. 2002) durchgeführt.

Die ethnischen Gruppen, die in die verschiedenen US-amerikanischen Studien eingeschlossen waren, sind Gruppen von Afro-Amerikanerinnen, Hispano-Amerikanerinnen, Navajo-Indianerinnen, Chinesinnen, Japanerinnen, Koreanerinnen und Amerikanerinnen anderer asiatischer Herkunft. Die großen Immigrantengruppen in den europäischen Ländern sind von denen in den USA gänzlich verschieden. In den Niederlanden kommen die Hauptgruppen aus Surinam, aus der Türkei und aus Marokko. Dies mag jedoch in naher Zukunft anders werden wegen der Zunahme von Flüchtlingen innerhalb der zugewanderten Bevölkerung. In der Literatur konnte ich keine einzige Studie finden, die sich speziell mit den Erfahrungen mit den Wechseljahren von Immigrantinnen in den Niederlanden beschäftigt. Auch in anderen europäischen Ländern sind solche Studien selten (siehe aber z.B. David et al. 2000, Borde und David in diesem Band).

Zwischen ethnischen Gruppen, die in verschiedenen Ländern rund um den Erdball leben, und denen, die in den USA leben, wurden ähnliche Unterschiede in den Erfahrungen mit den Wechseljahren und den Einstellungen der Frauen dazu gefunden. Was den Fall immigrierter Frauen so besonders macht, ist die Tatsache, dass sie es nicht nur mit dem Übergang der Wechseljahre zu tun haben, sondern dass dieser sich noch mit dem Übergang der Migration überschneidet. Für einige der Frauen mag dieser letztere Übergang (schon) zu einer Adaptierung der westlichen Kultur des Gastlandes geführt haben, für andere (noch) nicht. In der Literatur werden Frauen der ersten Gruppe regelmäßig als modern und Frauen der zweiten Gruppe als traditionell klassifiziert. Zuweilen wird zusätzlich eine im Übergang befindliche Zwischengruppe identifiziert.

3.2 Unterschiede in der Symptomatologie

Art und Anzahl der von Frauen berichteten Symptome können zwischen ethnischen Gruppen, aber genauso innerhalb ethnischer Gruppen variieren. Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass es *kein* einzigartiges Menopausen-Syndrom, bestehend aus demselben Set von physischen und psychologischen Symptomen, gibt. In einer Studie von Mingo et al. (2000) bei nicht-spanischen weißen Frauen sowie spanischen und Navajo-Frauen waren die bei westlichen Frauen üblichen Wechseljahrssymptome, wie Hitzewallungen, in allen ethnischen Gruppen bei den Frauen häufiger, die als modern eingestuft wurden, und seltener oder nicht-existent bei den Frauen, die als traditionell eingestuft wurden. Kagawa-Singer et al. (2002) zogen aus ihrer Studie bei japanischen Amerikanerinnen und europäischen Amerikanerinnen jedoch den Schluss, dass die Verbreitung von Symptomen nicht deren Relevanz für das tägliche Leben der Frauen widerspiegelt.

Der Zusammenhang zwischen dem sozialen Status einer Frau im höheren Alter und ihrer Erfahrung mit der Menopause wurde als eine Ursache für die interkulturellen Unterschiede in der Verbreitung der einzelnen Symptome und der Sinngebung dieser Symptome postuliert (siehe auch mehrere Beiträge in Kosack und Krasberg 2001). In Kulturen, in denen der soziale Status der Frau mit zunehmendem Alter steigt, erleben Frauen offenbar weniger negative menopausale Symptome. In der Studie von Kagawa-Singer et al. (2002) waren europäische Amerikanerinnen durch den gesellschaftlichen Blick auf alte Frauen, den Verlust an Identität und sozialem Status, den sie in den Wechseljahren erleben, mehr belastet als japanische Amerikanerinnen. Der dramatischste Gegensatz, den die Studie herausfand, lag in der Art und Weise, wie sie davon sprachen, nach der Menopause *unsichtbar* zu sein. Die europäischen Amerikanerinnen empfanden ihre Unsichtbarkeit als von außen auferlegtes Urteil, das ihre Identität wertlos macht, während japanische Amerikanerinnen ihre Unsichtbarkeit als ein erstrebenswertes inneres Ziel ansahen: ein Daseins-Zustand von hohem Wert. Befreit von den Zwängen, die ihre Rollen als Ehefrauen und Mütter ihnen auferlegten, könnten sie als *transparente, unsichtbare*, (rein) altruistische *menschliche Wesen* ihre

Kreativität und lange gehegten und gepflegten Wünsche ausleben. Offensichtlich erzeugen kulturelle Konstrukte völlig unterschiedliche soziale Umgebungen. Innerhalb dieser ist das biologische Altern und Frau-Sein zu interpretieren als die psychologischen, physischen und sozialen Kennzeichen dieser Übergangsphase.

Unterschiede in Verbreitung und Häufigkeit von Symptomen bei Frauen mittleren Alters wurden nicht nur auf Unterschiede in den kulturellen Vorstellungen von älter werdenden Frauen und von den sozialen Rollen von Frauen (diskursive Faktoren) zurückgeführt, sondern auch auf zahlreiche materielle Faktoren, wie die Reproduktionsgeschichte und Fruchtbarkeitserfahrungen von Frauen, genetische Faktoren, sozioökonomische Bedingungen, Grad der körperlichen Aktivität und Umweltfaktoren (z.B. Ernährung und Luftverschmutzung). Das mögliche Zusammenspiel all dieser Faktoren führte zur Konzeption der *lokalen Biologien*, worunter man die flexible Interaktion von sozialen, kulturellen und biologischen Wirklichkeiten versteht, die lokal unterschiedliche Muster von körperlichen Leiden erzeugen (Kleinman und Seeman 2000).

Nach *Lock* (1993) ist ein menschlicher Körper das Zentrum andauernder dynamischer Interaktionen von physischen und sozialen Umgebungen. Diese Interaktionen haben sogar auf der molekularen Ebene Auswirkungen. Die menschliche Biologie erwirbt ihre Eigenschaften mit der Zeit durch ihre Beziehung zu/mit Kultur und umgekehrt. Der Körper ist gleichzeitig ein physisches und symbolisches vom Menschen geschaffenes Objekt (*artifact*); sowohl auf natürliche als auch auf kulturelle Weise hergestellt und sicher in einem bestimmten historischen Zeitpunkt verankert (siehe auch *Lock* und *Kaufert* 2001, *Richters* 2001b, *Stephens* 2001).

3.3 Wenn Frauen über Hitzewallungen sprechen: der Einfluss der Medikalisierung der Wechseljahre

Die bekannteste kulturvergleichende Studie über die Menopause ist die der Anthropologin *Margaret Lock* zu Japan und Nordamerika (1993). Nach dieser Studie war die berichtete Inzidenz von Hitzewallungen als ein Symptom der Wechseljahre in den frühen 1980er Jahren in Japan, verglichen mit Nordamerika, sehr niedrig. Darüber hinaus fehlte japanischen Frauen ein präzises Wort für die Menopause.

Der Anthropologe *Zeserson* (2001) vertritt auf Grundlage seiner Interviews mit Frauen in Japan eine Dekade später den Standpunkt, dass dieses Ergebnis nicht bedeutet, dass Frauen körperlichen Veränderungen gegenüber unempfindlich sind. Im Gegenteil, sie sind in hohem Maß auf kleinste Veränderungen in ihrem Körper eingestellt und spiegeln dies in ihrer Sprache wider. Das Fehlen eines präzisen, eindeutigen Begriffs hat *nichts* mit dem Vorhandensein (oder Nichtvorhandensein) des Gefühls an sich zu tun. Die Erzählsprache von Frauen neigt dazu, bildhaft und phantasievoll zu sein. Frauen benutzen zur Beschreibung ihrer Hitzewallungen vage und alltägliche Aus-

drücke. Dies erschwert das Bemühen, Symptomschilderungen über verschiedene Kulturen hinweg zu vergleichen.

Aufgrund mannigfaltiger Prozesse der Globalisierung entstand in der japanischen Sprache der Begriff *hotto furasshu*. Es ist ein präzises Wort für menopausale Wallungen, aber es gestattet keine präzise Kommunikation über die gemeinsamen Erfahrungen von Frauen mit einer unangenehmen, aber nicht lebensbedrohlichen Empfindung. Das Wort transportiert nicht genau denselben Inhalt wie die ursprünglichen japanischen Begriffe für menopausale Wallungen, weil der neue Begriff eine andere Absicht mit sich bringt. Es ist die Absicht, das Symptom medizinisch zu behandeln, wie es außerhalb Japans bereits verbreitet ist. Der neu entstehende Ausdruck in der japanischen Sprache für Hitzewallungen ist ein *soziales* Phänomen, kein physiologisches. Ein Phänomen, das durch soziopolitische Kräfte wie die Förderung des Verkaufs von Hormonersatztherapie eingeführt wurde. Das Ergebnis dieser Entwicklung ist, dass eine Frau, wenn sie mit einem Arzt spricht, keine farbenreiche, mehrdeutige Sprache benutzen muss. Tatsächlich ist das Gegenteil erforderlich. Frauen, die die Sprache von *hotto furasshu* übernehmen, werden ein medizinisch anerkanntes Symptom benennen.

Das Beschreiben von Erfahrungen in Geschichten und Bildern bleibt jedoch bedeutsam für das Verständnis von Krankheit. Japanische Frauen benutzen weiterhin einen bildhaften Ausdruck wie *chi no michi*, wenn sie ihre körperlichen Beschwerden und ihre Strategien, diesen Disstress zu vermeiden, erklären wollen. In Zeserson's Interviews mit japanischen Frauen tauchte der bildhafte Begriff *chi no michi* als eine Folge von kurzen Erzählsequenzen (*mini-narratives*) über ein Gefühl der Kontrolle über die eigene Gesundheit sowie Erklärungen für und Vermeidungsstrategien von Beschwerden in der Menopause auf. Die bildhafte Ausdrucksweise enthält eine Formbarkeit, die den Freiraum verschafft, Biologie, Kosmologie, soziales Leben und Kultur miteinander zu verbinden in einem Erfahrungsbereich, der *ich-und-meine-Welt-zentriert* ist. Der fortdauernde Gebrauch des Begriffs *chi no michi* kann mit Zeserson als eine Form von Widerstand gegen die Medikalierungs- und Genetisierungsbewegungen unserer Tage interpretiert werden. Wir können nach diesem Widerstand auch in der Alltagssprache über die Menopause von Frauen anderer Kulturen suchen. Wenn wir diesen Widerstand bei Frauen anderer Kulturen in unseren eigenen, westlichen multikulturellen Ländern finden wollen, brauchen wir offensichtlich sprachliche Fähigkeiten und gute ÜbersetzerInnen, die oft nicht zur Verfügung stehen, wenn sie gebraucht werden.

3.4 Strategien der Gesundheitsversorgung

Da die körperlichen Erfahrungen von Frauen unterschiedlich sind, sind es auch ihre Reaktionen und die Alternativen, die sie suchen, um Schmerzen und Unwohlsein zu mildern. Zum Beispiel kann der Umgang mit dem Hormonrezept sehr unterschiedlich sein: Von der Nicht-Einnahme der Pillen über ihre Halbierung bis zur freudigen

Einnahme mit der Erwartung eines sofortigen Erfolgs (Mingo et al. 2000). Möglicherweise bevorzugen Frauen auch Kräuter, machen regelmäßige Übungen oder suchen naturheilkundlichen Rat.

Dass Unterschiede zwischen ethnischen Gruppen in nachfolgenden Generationen nicht notwendigerweise verschwinden, illustriert eine Studie, die *Agee* (2000) im Süden der USA bei afrikanischen und europäischen Amerikanerinnen durchgeführt hat. Die Analyse von 70 Interviews mit diesen Frauen ergab, dass – wenn sie Östrogene einnahmen - Frauen verschiedener Schichten und Rassen dies aus sehr unterschiedlichen Gründen taten und ihre Entscheidungsfindung dafür sehr unterschiedlich verlief. Ihre Einschätzungen von der intergenerationellen Weitergabe des Wissens über die Menopause prägten in hohem Maße ihre Einstellungen zur Menopause und der Medizintechnologie in diesem Umfeld. Afrikanische Amerikanerinnen, die im isolierten Süden aufgewachsen waren, äußerten häufig, dass ihre Mütter sie mit dem Wissen und der Kraft, mit den Problemen während der Wechseljahre fertig zu werden, versorgt hätten, während viele europäische Mittelklasse-Amerikanerinnen berichteten, dass ihre Mütter dies nicht getan hätten.

Die meisten afrikanischen Amerikanerinnen, die *Agee* interviewte, nahmen - ungeachtet ihrer Schichtzugehörigkeit - keine Hormonersatzpräparate ein. Der Großteil dieser Frauen holte sich bezüglich der Wechseljahre ärztlichen Rat, besonders wegen Problemen wie Hitzewallungen, schweren oder unregelmäßigen Blutungen. Andere hingegen meinten, sie bräuchten bei einem normalen Vorgang im Leben einer Frau keine ärztliche Beratung. Afrikanische Amerikanerinnen, die zum Arzt gegangen waren, verglichen diesen Rat mit anderen Blickwinkeln, die sie durch Lesen oder Gespräche mit Freundinnen und weiblichen Verwandten und Bekannten gewonnen hatten. Viele sagten, sie wären dann dem Rat ihrer Mütter und Großmütter gefolgt, mit den körperlichen Veränderungen der Menopause umzugehen anstatt auf die Hormonersatztherapie zu vertrauen. Dies ähnelt den Einstellungen zur Gesundheitsversorgung marokkanischer Frauen in Leiden (Niederlande). Ihr Motto ist: *Frage diejenige mit Erfahrung, frage nicht den Arzt/die Ärztin* (Reysoo 1999).

Die afrikanischen Amerikanerinnen in *Agee's* Studie hatten Wissen über Nutzen, Risiken und Unsicherheiten der Hormonersatztherapie. Dennoch, ihre Reaktionen auf Veränderungen im Klimakterium und nach der Menopause beinhalteten Änderungen in Ernährung, Bewegungsverhalten und Lebensweise, die sie für sicherer und für sich geeigneter fanden. Viele von ihnen erklärten, dass ihre kollektive Geschichte als afrikanische Amerikanerinnen prägend sei für wichtige Aspekte ihrer heutigen Identität und auch für ihren Umgang mit dem Gesundheitssystem. *Agee's* Untersuchung zeigt, dass afrikanische Amerikanerinnen lernen, ihre eigene Sichtweise und Frauenwissen von Beispielen der eigenständigen Problemlösung wertzuschätzen. Viele der Euro-Amerikanerinnen sprachen darüber, dass das Fehlen von Rollenmodellen – Frauen mit anspruchsvollen Karrieren während der Wechseljahre – ihnen bei Entscheidungen über den Umgang mit Veränderungen in der Menopause das Gefühl größerer Abhängigkeit

von der Biomedizin gab. Letztendlich sind diese unterschiedlichen Wahrnehmungen teilweise geprägt durch das unterschiedliche historische Verhältnis von afrikanischen Amerikanerinnen und Euro-Amerikanerinnen zum biomedizinischen System.

Eine Studie über chinesische Amerikanerinnen und chinesischen Frauen, die in den USA leben (Adler et al. 2000), kam zu anderen Ergebnissen als die eben beschriebene Studie. Alle Teilnehmerinnen an den von Adler et al. durchgeführten Fokusgruppen stimmten darin überein, dass man sich auf die Wechseljahre vorbereiten und sie bewältigen müsse. Wissen hielten sie dabei für einen großen Vorteil und den Zugang zu Ressourcen als eine der Errungenschaften der heutigen amerikanischen Gesellschaft. Nach Auffassung der Studienteilnehmerinnen bestimmen Unterschiede zwischen den Generationen, Kulturen und Ethnien die Art und Weise, wie Informationen über die Menopause weitergegeben werden. Sie sahen in der traditionellen chinesischen Kultur einen Mangel an Informationsweitergabe. So sagte eine Englisch sprechende chinesische Amerikanerin: „*I think Chinese are more conservative, especially grandmothers. They don't really talk about those things*“. Auch Latina-Frauen in der Studie von Mingo et al. (2000) sprachen den Wunsch aus, ihre Mütter, Schwestern und Freundinnen hätten sie mit Informationen über die Wechseljahre versorgt.

3.5 Migration und Menopause: die Überschneidung von Transitionen

Die Erfahrungen und das Gesundheitsverhalten von Immigrantinnen im mittleren Alter können nicht adäquat erklärt werden, ohne ihre Erfahrungen mit der kulturellen Transition der Migration zu berücksichtigen und auch andere Variablen, die oft im Zusammenhang mit der Migration stehen, wie soziale Marginalisierung, große Arbeitsbelastung und veränderte Geschlechterbeziehungen im täglichen Leben (vgl. z.B. Im et al. 1999, Im und Meleis 2001). Das folgende Beispiel illustriert, wie sich eine einzelne kulturelle Transition mit *der Veränderung des Lebens* überschneidet.

Gifford (1994) erläutert, warum *cambiamento di vita* (die Veränderung des Lebens) von italienischen Migrantinnen in *Melbourne* als eine besonders verwundbare Lebensphase erlebt wird. Ihre Rollenerwartungen an alte Frauen in Italien bleibt in Australien unerfüllt. Die Menopause wurde daher für sie zu einer Zeit des Kummers über ein zurückgelassenes Leben. Körper sprechen zu Frauen über Leben und Lebensweise (*life and living*), über Fortpflanzung und über Tod. Frauen sprechen von ihrem Leben durch ihren Körper. Durch ihren Körper sprechen sie von ihrer Angst, alt und einsam zu werden, weit weg von Zuhause. Die Veränderungen in den Wechseljahren werden sowohl als physischer Verlust der Menstruation, mit dem persönlichen Verlust der Fruchtbarkeit, erlebt als auch als sozialer Verlust des Status einer produktiven Mutter, einer reproduktiven Frau und einer ökonomisch produktiven Arbeiterin. „*When you get to the change of life at 50 you know now that you're waiting for death. You stop. It's an age that you stop ... then cancer can come from sadness, too much sadness*“, sagte

eine von Gifford's Befragten. Die verschiedenen Verluste werden körperlich erfahren und bildhaft zum Ausdruck gebracht durch schlechtes Blut und schlechte Nerven. Der Blut- und Nerven-Diskurs ist auch mit den Krankheiten der Menopause, wie Krebs, verbunden, zu deren Vermeidung Frauen wenig tun können und an denen sie leiden und sterben. Krebs ist eine Krankheit der Hoffnungslosigkeit und steht symbolisch für sozialen und physischen Tod.

Gifford begann ihre Studie mit dem Ziel, kulturelle Überzeugungen und Gewohnheiten zu identifizieren, die für ältere Immigrantinnen eine Barriere für die Teilnahme an Brust- und Gebärmutterkrebs-Screeningprogrammen darstellen. Letztendlich zeigte diese Studie jedoch die Bedürfnisse der Frauen auf, wie sie von ihnen selbst gesehen werden. Diese Bedürfnisse sind darauf ausgerichtet, Barrieren zu reduzieren, die zu sozialer Isolation führen, zu Machtlosigkeit und einem Verlust an Selbstwertgefühl als ältere Frau. Für die Immigrantinnen ist die Veränderung des Lebens der Kummer über ein Leben weit weg von Zuhause und nicht ein medizinisch behandelbarer Zustand. Ich vermute, wenn man den Italienisch-Australierinnen HRT als Therapie anböte, würden sie mit Gleichgültigkeit reagieren.

In den Niederlanden führten wir ebenfalls eine Studie über die Teilnahme älterer Immigrantinnen an Brustkrebs-Screeningprogrammen durch (Evers 1999). In Übereinstimmung mit *Gifford's* Studie fanden wir heraus, dass Frauen andere Sorgen haben als die Gesundheitspräventionsinstitutionen, die die Beteiligung der Frauen an den Screeningprogrammen durch kulturell angemessene Gesundheitserziehung erhöhen wollten. Unsere Ergebnisse bestätigen die anderer Studien, dass die soziale Stellung älter werdender Immigrantinnen, besonders der türkischen und marokkanischen Frauen, oft schlechter ist als die der Männer. Viele dieser Frauen leben isolierter als Männer, haben eine geringere Schulbildung, sprechen nicht holländisch, können selbst in ihrer Muttersprache nicht lesen und sind ökonomisch in einer schlechten Position. Sie sind zerrissen zwischen dem Wunsch, nach Hause nach Marokko zu gehen, und ihrem Verbleiben in den Niederlanden, wo ihre Kinder leben und wo die Gesundheitsversorgung viel besser als in ihrem Herkunftsland ist.

Marokkanische Frauen fassen viele ihrer gesundheitlichen Probleme in Begriffe wie Müdigkeit, Schwäche, Kummer, Heimweh, Sehnsucht nach dem Vergangenen und Sorgen (Reysoo 1999). Die Frauen verfügen über eine Vielfalt von Konzepten, um ihre vielfältigen Formen von Un-Behagen (*dis-ease, distress*) zum Ausdruck zu bringen. Die älteren Frauen sind durch häufige Schwangerschaften und das Vorübergehen der Jahre völlig erschöpft. Ihre Klagen zeigen ein Gefühl fürs Dramatische. Sie sind müde, haben Herz- oder Magenbeschwerden, Gelenkschmerzen, schwere Beine oder Kopfweh. Ihre Übertreibung kann als eine Art von Rache an all denen verstanden werden, die ihnen Schönheit und Kraft genommen haben. In ihrer Klage preisen sie in nostalgischer Weise ihre Kraft und Gesundheit früherer Tage. Sie sinnieren nach über einen Zustand der Jugendlichkeit, Schönheit und Kraft, die sie verloren haben. Keine

der befragten Frauen sprach über ihre Probleme spontan als Probleme der Menopause. Wie bereits oben erwähnt, gibt es in den Niederlanden keine einzige Studie, die speziell auf die Probleme der Menopause bei Immigrantinnen fokussiert. In einem der Workshops auf dem Wechseljahrkongress in Bremen berichtete eine Gynäkologin, die viele türkische Frauen in ihrer Praxis hat, dass die Beschwerden, die ihr türkische Frauen im mittleren Alter beschrieben, mehr oder weniger dieselben sind wie sie sie in anderen Lebensabschnitten auch beschreiben. Es kann gut sein, dass es auch bei Marokkanerinnen in den Niederlanden ein typisches Menopausen-Syndrom nicht gibt. Dies bedeutet nicht, dass ihre Lebensmitte nicht eine verletzliche Lebensphase wäre, die spezieller Aufmerksamkeit durch das Gesundheitssystem bedarf.

4 Die Notwendigkeit der Berücksichtigung kultureller Vielfalt (*diversity approach*) in der Gesundheitsversorgung

Die besprochenen Studien zeigen uns, wie unterschiedlich das sein kann, was für Frauen *auf dem Spiel steht*, wenn sie älter werden. Sie bestätigen, dass wir den Ansatz der Vielfältigkeit brauchen, der für die Gesundheitsversorgung von Frauen entwickelt wurde (Mens-Verhulst 2003), um die Besonderheiten der Erfahrungen von Frauen mit den Wechseljahren, ihre Symptomatik, ihr Gesundheitsverhalten, ihre Wünsche und Bedürfnisse kennen zu lernen. Die Berichte von Frauen sind ausgerichtet auf die sozialen Erfahrungen mit dem Altern in verschiedenen Ländern und auf den Stellenwert der Menopause in einem breiteren und sich verändernden kulturellen, sozialen, politischen, ökonomischen und moralischen Kontext. Möglicherweise finden wir in diesen Kontexten Faktoren, die uns bei der Erklärung der spezifischen Reaktionen von Frauen, wie Widerstand gegen, Zustimmung zu oder Gleichgültigkeit gegenüber biomedizinischen Eingriffen in ihr Leben, helfen können.

Wir können zwischen einem engeren und einem breiteren *diversity approach* unterscheiden. Im Ersteren sind nur Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit und insofern nur geschlechts- und kultursensible Ansätze der Gesundheitsversorgung berücksichtigt. Im letzteren sind zusätzlich eine Reihe von anderen Faktoren enthalten, wie Unterschiede in Alter (prämenopausal, perimenopausal, postmenopausal), Schichtzugehörigkeit, Bildungsstand, Ernährungsgewohnheiten, Religionszugehörigkeit und Akkulturation. Was die Akkulturation angeht ist allgemein bekannt, dass traditionelle Frauen in verschiedenen ethnischen Gruppen mehr Gemeinsamkeiten untereinander haben als mit weniger traditionellen Frauen ihrer eigenen ethnischen Gruppe.

Was alle Frauen über die ethnischen Gruppen hinweg gemeinsam zu haben scheinen ist der Wunsch, respektvoll und mit Bedacht gehört zu werden. Das in einigen der zitierten Studien Gesagte bringt ihren Bedarf an Information zum Ausdruck. Auch von einem biomedizinischen Standpunkt aus brauchen Immigrantinnen Information, selbst wenn

ihnen dies gar nicht bewusst ist (siehe z.B. Marquez et al. 2001). Dies wirft die Frage auf, wie diese Informationen so vermittelt werden können, dass sie auf die spezifischen Bedürfnisse von Frauen abgestimmt sind und dass die Frauen sie verstehen. Wie können wir zum Beispiel den Frauen Hilfestellung geben für das Abwägen des Nutzens und der Risiken einer Hormonersatztherapie, das Verarbeiten von Informationen über Osteoporoseprävention ohne HRT oder die Entscheidung für oder gegen eine Hysterektomie? Und wie können wir Frauen stärken, damit sie mit dem Gesundheitssystem effektiv umgehen und ihre eigenen Wertvorstellungen in den Entscheidungsprozess hinsichtlich Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten einbringen können?

Aber: wollen Frauen überhaupt in jeder Situation gestärkt werden? In Interviews mit Frauen in einer gynäkologischen Ambulanz über ihre Menstruationsprobleme und ihre Meinung zur Qualität ihrer Versorgung erfuhren wir von einigen aus Surinam immigrierten Frauen, dass sie mit dem zufrieden sind, was sie wissen, obwohl sie kein biomedizinisches Wissen über ihren Menstruationszyklus hatten. Einige türkische Frauen der ersten Generation vermittelten uns den Eindruck, dass sie in einer Situation der häuslichen Gewalt leben, sehr isoliert sind und zufrieden mit der gesundheitlichen Versorgung, die ihnen zuteil wird (Hof 2001). Diese wenigen Beispiele sollten uns veranlassen, die Frage ernst zu nehmen, ob nicht bei allen Versuchen, Frauen auch in ihrer Selbststärkung zu unterstützen, Vielfalt herrschen sollte. Dabei müssen wir uns darüber klar sein, dass Dinge, die von einem/r Professionellen als stärkend angesehen werden, von einer Klientin als erstickend erlebt werden können.

In den Niederlanden gibt es speziell für Migrantinnen die Möglichkeit der Unterstützung in interkultureller Kommunikation und Empowerment durch Gesundheitsberaterinnen (*migranten gezondheidsvoorlichtsters*) (Vliet und s'Jacob 2001; Jacobs 2002). Diese Frauen vermitteln zwischen der Patientin und den AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen. Eine solche Mittlerin ist gewöhnlich eine Frau aus derselben Immigrantinnengruppe wie die Patientin, z.B. mit einer Ausbildung in Sozialarbeit und Qualifikationen für die spezifischen gesundheitlichen Fragen, die sie in ihrer Arbeit vermitteln muss. Die kultursensible Gestaltung der Angebote könnte verbessert werden, wenn man die Gesundheitsberaterinnen strukturell verankern würde und ihnen ausreichend Zeit gäbe, ihr Wissen weiterzugeben. *Sethi* und *Pitkin* (2000) ziehen aus ihrer Studie über die Haltungen und Ansichten von britisch-asiatischen Frauen zu Menopause und Hormonersatztherapie sogar den Schluss, dass es einen Bedarf für spezielle Kliniken gibt, die von Ärztinnen geleitet werden, die mit den Frauen in deren Muttersprache sprechen können. Ein Problem ist, wie man solche Angebote für die vielen ethnischen Gruppen zur Verfügung stellen kann, die es in einem Land wie den Niederlanden gibt.

In einer Registerstudie, die in den gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen zweier nicht-universitärer Kliniken in zwei Großstädten der Niederlande durchgeführt wurde, waren Patientinnen nicht-holländischer Herkunft in der Mehrheit. In einer der Kliniken

wurden sogar 70% der Patientinnen so eingestuft. Die Patientinnen waren in über 90 verschiedenen Ländern geboren und gehörten überwiegend zur ersten Immigrantinnen-Generation. GynäkologInnen, die mit einer solchen ethnischen Vielfalt konfrontiert werden, benötigen entsprechende grundlegende Fähigkeiten und Wissen, um den Immigrantinnen die Qualität der Versorgung bieten zu können, auf die sie Anspruch haben (Kleijn et al. 2003). Es wäre von den Anbieterinnen von Gesundheitsdienstleistungen zu viel verlangt, wenn sie alle Besonderheiten der möglichen Unterschiede in den Wünschen und Bedürfnissen von Immigrantinnen kennen sollten und zugleich kulturell angemessene Möglichkeiten, diese zu erfüllen.

5 Die Notwendigkeit einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung (*interculturalisation*)

Wir sollten auf die Wünsche und Bedürfnisse von Immigrantinnen nach einer hohen Qualität der Versorgung vor dem Hintergrund einer notwendigen Interkulturalisierung der Gesundheitsversorgung sehen. Damit meine ich, dass das Gesundheitssystem kulturell sensibel und kompetent werden muss mit dem Ziel, Einheimischen und Immigrantinnen dieselbe Qualität in der Versorgung und denselben Zugang zur Versorgung zu bieten. In einer durch ethnische, geschlechtliche und andere Vielfalt charakterisierten Gesellschaft bedeutet dies jedoch nicht identische Versorgung für alle.

In den Niederlanden kämpft eine kleine Gruppe von AnbieterInnen im Gesundheitssystem, AnthropologInnen und politischen EntscheidungsträgerInnen seit mehr als 30 Jahren für diese Interkulturalisierung. Aber erst in jüngster Zeit hat ihr Kampf insoweit kleine Erfolge, als verschiedene Institutionen bereit sind, zumindest in ihren politischen Grundsatzpapieren zu erklären, dass diese Interkulturalisierung notwendig ist. Es liegen verschiedene Dokumente vor, unterschrieben von Institutionen wie dem Gesundheitsministerium und der Niederländischen Wissenschaftsorganisation (*Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek*), in denen detailliert beschrieben ist, was für die Interkulturalisation von Gesundheitsversorgung und medizinischer Ausbildung erforderlich ist (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2000, Centre for Migration and Child Health 2001).

Ein genereller Strategievorschlag ist, die entwickelten interkulturellen und geschlechtersensiblen Perspektiven zu integrieren und in der Gesundheitsversorgung zu verankern. Was die medizinische Ausbildung angeht, so ist anerkannt, dass die Studierenden auf ihre zukünftige Arbeit in einer ethnisch und kulturell vielfältigen Gesellschaft vorbereitet werden sollten, indem sie eine Reihe von interkulturellen Kommunikations- und Beziehungsfähigkeiten erwerben, sich *Wissen* über das Verhältnis von Kultur, sozialen Machtverhältnissen und Krankheit, Kranksein und Gesundheitsverhalten aneignen und eine angemessene *Haltung* entwickeln. Aus Sicht der Immigrantinnen und Immigranten scheint einer der wichtigsten Punkte der einer

respektvollen Einstellung und eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zu sein.

Starke Gegenkräfte in der Gesellschaft können jedoch die Implementierung der vielen Leitlinien, die in den zahlreichen Dokumenten zum Thema Interkulturalisation festgehalten sind, blockieren. Im Verlauf der letzten Jahre gewann ein politisch-ethisches Klima von *Realismus* die Oberhand, ein Klima der Verteidigung der Errungenschaften der *niederländischen Kultur* und ein Angriff auf Multikulturalität einschließlich multikultureller Gesundheitsversorgung. Die Kritik besteht darin, dass nicht die Gesellschaft oder die ImmigrantInnen selbst, sondern die AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen die ImmigrantInnen-PatientInnen zum schwächeren, machtloseren Teil der Gesellschaft machen, zum nationalen Sinfonieorchester von Elend und Krankheit. Dieser Entwicklung sollte nach Meinung der Kritiker Einhalt geboten werden. Der Immigrant/die Immigrantin muss sich dem Anbieter von Gesundheitsleistungen anpassen und nicht umgekehrt. Dies würde bedeuten, dass eine Immigrantin, wenn sie eine Dolmetscherin braucht, sich selbst darum kümmern muss. Es ist nicht Aufgabe der Institution, diesen Dienst anzubieten. Der Gedanke, der hinter dieser Ansicht steht, ist, dass die Frau sofort nach Betreten des Landes Niederländisch hätte lernen sollen.

Inwieweit dieser Realismus in der Einstellung der AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen verwurzelt ist, kann nicht mit Zahlenmaterial beantwortet werden. Für eine praktische Ärztin wie auch eine Immigrantin selbst ist Haltung die Gesamtheit der nonverbalen Äußerungen - Körperhaltung, Benehmen und Ausstrahlung - einer Person einer anderen gegenüber. Wir führten im Rahmen einer Studie zur Qualität gynäkologischer und geburtshilflicher Versorgung für Immigrantinnen Interviews mit AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen durch. Wir fanden dabei bei den AnbieterInnen eine Vielfalt von Haltungen, von *Was du brauchst ist Respekt, Liebe und ein Interesse an Verschiedenheit* bis *Sie haben auch ihre eigene Verantwortung und müssen sich mehr unserem System und unseren Werten anpassen*. Darüber hinaus gibt es einige AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen, die sich ihrerseits über den Mangel an Respekt beklagen, der ihnen als Experte/Expertin und als Mensch von Seiten einiger PatientInnen entgegen gebracht wird (Hof 2001).

Kritiker des Ausbildungssystems, in dem die Studierenden ganz und gar nicht auf einen Beruf vorbereitet werden, in dem interkulturelle Fähigkeiten, Wissen und Einstellungen gefragt sind, sprechen von der monokulturellen Tragödie der Universitäten, der verblendenden Weißheit der Wissenschaft (*verblindende witheid van de wetenschap*) und dem Mangel an Reflexions- und Selbstreflexionsvermögen von Leuten, die von den Nachfolgern Prokrustes *ingeschlossen* und darauf festgelegt werden, *unsere Welt*, die richtige Welt, zu verteidigen. Eine Situation, die unbedingt zum Besseren gewendet werden muss.

Die AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen sind nicht nur mit gesundheitlichen Problemen im Zusammenhang mit kulturellen Unterschieden konfrontiert, sondern

auch im Zusammenhang mit subkulturellen Unterschieden. Altern ist dafür ein gutes Beispiel. Für viele junge Ärzte und Ärztinnen sind alternde Patientinnen und Patienten wie Menschen aus einer fremden Kultur. Sie müssen ihnen gegenüber nicht nur eine respektvolle Haltung gegenüber *dem Anderen* als kulturell Fremdem entwickeln, sondern auch gegenüber *der Anderen* als alternder Frau.

Die Künstlerin *Melanie Manchot* sieht es als ihre Aufgabe, dem Widerwillen der westlichen Gesellschaft vor dem Älterwerden gegenüberzutreten und weibliche Schönheit neu zu definieren. In dieser Absicht hat sie Fotografien ihrer nackten Mutter hergestellt, die sie in Kunstausstellungen zeigt. Vor einigen Jahren war eine dieser Fotografien in einer Stadt in Pennsylvania (*USA*) auf einer Plakatwand zu sehen mit der Überschrift: *Look at you loving me*. Die Antwort auf die Frage, warum die Vorbeifahrenden Manchots Mutter schön finden oder nicht schön finden, sagt uns alles über die Gesellschaft, deren Teil wir sind. Wir können diese Frage auch an uns selbst richten. Unsere Antwort wird uns eine Menge darüber sagen, was wir gegenüber älter werdenden Patientinnen und Müttern fühlen und wie wir auf sie zugehen. Stellen Sie sich einmal vor, die ältere nackte Frau auf der Plakatwand ist offensichtlich eine Immigrantin. Wie würden die Menschen, wie würden wir reagieren? Kritische Selbst-Reflexion über unsere Einstellung gegenüber *dem/der Anderen* sollte einer der ersten Schritte sein auf dem Weg, sich zu bemühen, die Bedürfnisse und Bedarfe von Immigrantinnen im Bereich der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.

Literatur

- Adler SR, Fosket JR, Kagawa-Singer M, McGraw SA, Wong-Kim E, Gold E, Sternfeld B (2000). Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese Women in the US. *Maturitas* 35(1): 17-29
- Agee E (2000). Menopause and the transmission of women's knowledge: African American and white women's perspective. *Medical Anthropology Quarterly* 14(1): 73-96
- Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, Kagawa-Singer M (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science & Medicine* 52(3): 345-356

- Centre for Migration and Child Health (2001). Interculturalisatie van het medisch onderwijs in Nederland: Een inventarisatie bij de faculteiten geneeskunde. 's-Gravenhage: Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek, ZonMw
- David M, Borde T, Kantenich H (2000). Knowledge among German and Turkish women about specifically female bodily functions, contraception, preventative medical examinations and menopause. *Ethnicity and Health* 5(2): 101-118
- Elliott J, Berman H, Kim S (2002). A critical ethnography of Korean Canadian women's menopause experience. *Health Care for Women International* 23(4): 377-388
- Evers J (1999). Bevolkingsonderzoek Borstkanker Leiden 1996: Een evaluatieonderzoek naar voorlichting en participatie. In: Richters A, Vliet K van (Hg.). *Gezondheidsvoorlichting aan Marokkaanse vrouwen in Leiden*. Leiden: Stichting Vrouwengezondheidszorg, 61-119
- Gifford SM (1994). The change of life, the sorrow of life: Menopause, bad blood and cancer among Italian-Australian working class women. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 18(3): 299-319
- Good B, Del Vecchio Good MJ (1981). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutical model for clinical practice. In: Eisenberg L, Kleinman A. (eds.). *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel, 165-197
- Hautman MA (1996). Changing womanhood: Perimenopause among Filipina-Americans. *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* 25(8): 667-673
- Hof (2001). De kwaliteit van gynaecologische en verloskundige zorg voor migrantenvrouwen. Onderzoeksrapport. Universiteit Leiden. Unveroeffentl. Manuscript.
- Im EO, Meleis AI, Lee KA (1999). Symptom experience during menopausal transition: Low income Korean immigrant women. *Women and Health* 29(2): 53-67
- Im EO, Meleis AI (2001). Women's work and symptoms during midlife: Korean immigrant women. *Women and Health* 33(1-2): 83-103
- Jacobs F (2002). Empowerment: Een voorbeeld. In: *Handboek interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier, III 1.3-1 - III 1.3.-31
- Kagawa-Singer M, Kim S, Wu K, Adler SR, Kawanishi Y, Wongvipat N, Greendale GA (2002). Comparison of the menopause and midlife transition between Japanese American and European American women. *Medical Anthropology Quarterly* 16(1): 64-92
- Kleinman A, Seaman D (2000). Personal experience of illness. In: Albrecht G L et al. (eds). *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage, 230-243

- Kleijn WC et al. (2003). Etnische pluriformiteit in twee grootstedelijke poliklinieken gynaecologie/verloskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie* 116 (2): 42-47
- Kosack G, Krasberg U (Hg.) (2002). *Regel-lose Frauen: Wechseljahre im Kulturvergleich*. Königstein: Ulrike Helmer Verlag
- Lewis CE, Groff JY, Herman CJ, McKeown RE, Wilcox LS (2000). Overview of women's decision making regarding elective hysterectomy, oophorectomy, and hormone replacement therapy. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine* 9, Suppl. 2: 5-14
- Lock M (1993). *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press
- Lock M, Kaufert P (2001). Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology* 13(4): 494-504
- Marquez MA, Melton LJ 3rd, Muhs JM, Crowson CS, Tosomeen A, O'Connor MK, O'Fallon WM, Riggs BL (2001). Bone density in an immigrant population from Southeast Asia. *Osteoporosis International* 12 (7): 595-604
- Massé R, Légaré F, Coté L, Dodin S (2001). The limitations of a negotiation model for perimenopausal women. *Sociology of Health and Illness* 23 (1): 44-64
- Mens-Verhulst J van (2003). Diversiteit als sleutel tot vraagsturing in een gevarieerde samenleving. *Sociale Interventie* 12(1): 25-34
- Mingo C, Herman, CJ, Jasperse M (2000). Women's stories: Ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*. 9, Suppl. 2: 27-38
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Reysoo F (1999). *Ziektebeleving en hulpzoekgedrag van Marokkaanse vrouwen in Leiden: Een exploratief onderzoek*. In: Richters A, Vliet K van (red). *Gezondheidsvoorlichting aan Marokkaanse vrouwen in Leiden*. Leiden: Stichting Vrouwegezondheidszorg, 15-60
- Richters A (2001a). The biomedical digitalization of women's bodies and women's body politics in the context of globalization: Challenges to women-and-health research. In: Demos VP, Segal MT (eds). *An international challenge to theory*. Elsevier: Amsterdam, 51-70
- Richters A (2001b). Het lekkende lichaam: Diversiteitsonderzoek naar urine-incontinentie. *Tijdschrift voor Genderstudies* 5 (1): 28-43

- Richters A (2002). The menopause as biocultural and political process: A comparative perspective. In Guerci A, Consiglieri S (eds). *The elderly in the mirror: Perceptions and representations of old age*. Genova: Erga, 290-310
- Sampselle CM, Harris V, Harlow SD, Sowers MF(2002). Midlife development and menopause in African American and Caucasian women. *Health Care for Women International* 23 (4): 351-363
- Sethi K, Pitkin J (2000). British-Asian women's views on and attitudes towards menopause and hormone replacement therapy. *Climacteric* 3(4): 248-253
- Stephens C (2001). Women's experience at the time of menopause: Accounting for biological, cultural and psychological embodiment. *Journal of Health Psychology* 6 (6): 651-663
- Vliet K van, s'Jacob R (2001). Intermediairs voor allochtone oudere vrouwen: Schakels tot integratie. *Sociale Interventie* 10(2): 36-44
- Zeserson JM (2001). How Japanese women talk about hot flushes: Implications for menopause research. *Medical Anthropology Quarterly* 15 (2): 189-205
- Zeserson. JM (2001). Chi no michi as metaphor: Conversations with Japanese women about menopause. *Anthropology & Medicine* 8 (2/3): 177-200

Sind die Wechseljahre ein kulturspezifisches Syndrom?

Forschungsergebnisse und Anmerkungen zu Informiertheit und Bedürfnissen von Migrantinnen in der gynäkologischen Praxis

Theda Borde und Matthias David

1 Allgemeine Überlegungen

Die Menopause ist ein biologischer Fakt. Aber sind das Auftreten und der Umgang mit den während der Übergangsphase gegebenenfalls auftretenden Beschwerden evolutionär oder historisch determiniert und universell oder nur für die heutige Zeit und die westliche Welt typisch?

Die Diskussion um den Sinn oder Unsinn der Hormonsubstitution für Frauen wurde insbesondere in den letzten zwei Jahren kontrovers und zum Teil auch sehr emotional geführt. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang, aber auch in Bezug auf unsere eingangs formulierte Frage, sind die Ergebnisse einer 1996 von der EU in einigen europäischen Ländern durchgeführten Befragung zum Thema Hormonersatztherapie. Es wurde festgestellt, dass europäische Frauen zwischen 50 und 64 Jahren zu 47% und im Alter von 65 Jahren und mehr zu 59% schlecht über dieses Thema informiert waren. Es bestanden zum Teil erhebliche Schwankungen im Informationsgrad der befragten Frauen zwischen den EU-Ländern: Am besten informiert waren die Frauen in Luxemburg, Finnland und Schweden, am schlechtesten in Spanien, Portugal und Irland. Das Nutzungsverhalten von Hormonersatzpräparaten (bzw. deren Verschreibung) war dazu nahezu proportional: Wo eine gute Informiertheit vorlag, war die Nutzungsrate hoch und umgekehrt (Rozenberg et al. 2000).

Die Ergebnisse dieser Repräsentativbefragung zeigen, dass selbst in dem scheinbar so homogenen europäischen Binnenmarkt bei gleicher *kultureller Basis* durchaus gravierende Unterschiede bestehen. In der Befragung wurden - wie so oft - die Ansichten und das Wissen über die Wechseljahre von Migrantinnen nicht separat berücksichtigt, obwohl diese besonders in den Ballungsräumen und Großstädten der EU-Staaten inzwischen einen erheblichen Prozentsatz der Bevölkerung ausmachen.

Die multikulturelle Realität spiegelt sich auch in der Bundesrepublik Deutschland in den Praxen und Kliniken wider. Je nach Standort und Einzugsgebiet ergibt sich ein unterschiedlich hoher Migrantinnenanteil unter den Patientinnen. Deshalb ist es zunehmend wünschenswert, jede diagnostische und therapeutische Maßnahme auf Kulturabhängigkeit hin zu überprüfen (*culture based medicine*), aber auch scheinbar allgemeingültige Konzepte auf ihre globale Validität hin zu untersuchen. Sowohl die Medizin selbst als auch Krankheiten bzw. ihre Symptome sind in ein kulturelles System eingebunden.

Studien zeigen interkulturelle Unterschiede im Umgang mit dem Klimakterium, die offenbar auch nach Migrations- und Akkulturationsprozessen bestehen bleiben.

Nachfolgend soll cursorisch auf theoretische Überlegungen und Studien zu einer möglicherweise kulturellen Bedingtheit von Wechseljahresbeschwerden eingegangen sowie das Ergebnis eigener aktueller Befragungen von Migrantinnen dargestellt und interpretiert werden.

2 Zum Begriff kulturgebundenen Syndrom

Beim kulturgebundenen oder -spezifischen Syndrom handelt sich um einen Terminus aus der medizinischen Anthropologie. Es ist die Beschreibung, Definition und Analyse von Krankheitsphänomenen, über die Mitglieder einer bestimmten Gruppe klagen und für die ihre Kultur Ätiologie, Diagnose, Vorbeugung, Verlauf und Heilmethoden kennt, während ein anderes Medizinsystem dafür weder Verständnis noch Kompetenz zeigt (modif. n. Rubel 1984).

Beispiele aus ethnologisch-eurozentristischer Sicht sind zunächst exotische Erscheinungen wie z.B. *Susto*, ein durch Erschrecken ausgelöster Seelenverlust in Lateinamerika, *Naeng* (Korea), worunter *Fluor albus* verbunden mit einer Reihe von subjektiven Beschwerden verstanden wird, oder der sog. Nabelfall (Türkei), der Beschwerden beschreibt, weil ein inneres Organ nicht mehr am richtigen Ort ist. Andererseits gibt es offenbar bestimmte, eher westliche Krankheitsbilder wie Anorexie, Bulimie, Arbeitssucht, Fettsucht, Prämenstruelles Syndrom oder den sog. Nervenzusammenbruch, die ebenfalls kulturgebunden zu sein scheinen.

3 Evolutionsbiologische Theorien

Evolutionsbiologen haben zwei Theorien zur Klassifizierung der Menopause aufgestellt (Austad 1994):

- (a) die adaptive: Das Ende der weiblichen Fortpflanzungsfähigkeit ist Ergebnis eines Selektionsvorteils; das erhöhte Risiko im Rahmen persönlicher Reproduktion in der späteren Lebensphase macht es aus biologischer Sicht vorteilhaft, wenn diese

reproduktive Energie in Hilfe bei der Betreuung vorhandener Nachkommen umgelenkt wird;

- (b) die nonadaptive: Die Menopause ist ein Artefakt, das Ergebnis der relativ neuen dramatischen Erhöhung der menschlichen Lebenszeit.

Lock (1998) hat in ihrer interessanten Arbeit „*Menopause: Lessons from anthropology*“ ebenfalls anthropologisch orientierte Konzepte vorgestellt, die sich an die oben erwähnten anlehnen:

1. Die Menopause als biologische Adaptation bzw. als Evolutionsprodukt: die Rolle der Großmutter als Hüterin der Nachkommen in den steinzeitlichen Gemeinschaften der Jäger und Sammler.
2. Die Menopause als kulturelles Konstrukt: Einführung Anfang des 19. Jahrhunderts, als die Lebensvorgänge der Frauen zunehmend Gegenstand der Medizin wurden.
3. Die (Post-)Menopause als kultureller Artefakt bzw. Produkt technologischer Eingriffe in die Natur: durch eine heute durchschnittlich längere Lebenserwartung wird diese Lebensphase von den meisten Frauen erreicht - und entsprechende Beschwerden können u.U. so erst erlebt werden.

4 Überblick über die Ergebnisse transkultureller Studien

Wir haben im Rahmen einer *PubMed/Medline*-Recherche der letzten 10 Jahre und einer zusätzlichen Handsuche in medizinischen Zeitschriften Artikel unter dem Stichwort *Klimakterium/Menopause und Kultur* gesucht und ausgewertet (ausführliche Darstellung bei David und Kentenich 2002). Zunächst wird auf zwei größere Untersuchungen etwas ausführlicher eingegangen.

1994 wurden in der Zeitschrift *Maturitas* Ergebnisse einer Studie publiziert, für die insgesamt 2.992 perimenopausale Frauen in sieben südostasiatischen Ländern, nämlich in Hongkong, Indonesien, Korea, Malaysia, Philippinen, Singapur und Taiwan, befragt wurden. Die Autoren berichten über das Auftreten des Symptoms *hot flushes* je nach Land eine Häufigkeit zwischen 10 und fast 40%. Die - im Vergleich zu Ergebnissen aus Europa - insgesamt niedrigeren Prävalenzen werden mit klimatischen und thermoregulatorischen Einflüssen, die innerhalb Südostasiens uneinheitlichen bzw. besonders niedrigen Werte vasomotorischer Symptome in Japan mit genetischen Faktoren, einer anderen Körperzusammensetzung (BMI), einem unterschiedlich großen Anteil von Phyto-Östrogenen (Sojaprodukte) in der Nahrung und einer differenten kulturellen Bedeutung der Menopause erklärt (Boulet et al. 1994).

Zur Frage, ob nach einem längeren Akkulturationsprozess über viele Frauen- generationen die Unterschiede in der Menopausensymptomatik bestehen bleiben oder ob es zu einer Anpassung kommt, sind Untersuchungsergebnisse aus der multi-

ethnischen Gesellschaft der USA interessant. Die kürzlich veröffentlichten Resultate der *SWAN-Studie (Study of women's health across the nation)* zeigen, dass die inter-ethnischen Unterschiede bestehen blieben. Befragt wurden ca. 16.000 Frauen in sieben geographischen Regionen der USA. *Race* bzw. Ethnizität waren selbst-definiert. Untersucht wurden fünf Gruppen: Afroamerikanerinnen, *non-hispanic caucasians* (Amerikanerinnen europäischer Herkunft = Referenzgruppe), Chinesinnen, Japanerinnen und *hispanics* (Amerikanerinnen mittel- bzw. südamerikanischer Herkunft), die zwischen 40 und 55 Jahre alt waren. Die Unterschiede bei der Häufigkeit vasomotorischer Beschwerden waren deutlich: Afroamerikanerinnen 46,7%, weiße Amerikanerinnen 31,7%, Iberoamerikanerinnen 35,9%, Chinesinnen 21,3% und Japanerinnen 18,3%. Die SWAN-Studie zeigt, dass bei den Symptomen Hitzewallungen und Herzklopfen oder -rasen die Inzidenz mit abnehmendem Bildungsgrad ansteigt. Demgegenüber berichten Amerikanerinnen europäischer Herkunft signifikant häufiger über Schlafstörungen und über psychosomatische Symptome als die Minoritätengruppen (Gold et al. 2000).

Die Resultate der erwähnten und anderer Studien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Menopausen-Erfahrungen scheinen von einem Wechsel des soziokulturellen Kontexts, z.B. im Rahmen einer Binnen- oder Außenmigration, gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen oder sozioökonomischer Veränderung beeinflusst zu werden.
- Interkulturelle Unterschiede bleiben offenbar auch nach Migrations- und Akkulturationsprozessen bestehen.
- (Post-)menopausale Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status berichten über eine geringere Prävalenz der meisten Symptome.
- Die Popularisierung von Klimakterium und Menopause in den westlichen Medien kann unter Umständen zu einer stärkeren Sensibilisierung für dieses Thema und die damit zusammenhängenden möglichen Symptome führen, wobei die Mediennutzung und die Zugänglichkeit der Informationen für die verschiedenen ethnischen Gruppen eine Rolle spielen könnte. Eine bessere Informiertheit führt möglicherweise auch zu einer verstärkten Symptomwahrnehmung.
- Im Hinblick auf die bereits erwähnte Untersuchung über die Abhängigkeit von Informiertheit und Nutzung/Verschreibung von Hormonpräparaten in der EU stellt sich die Frage nach durch das Medizinsystem (Ärzte/Ärztinnen, Pharmaindustrie) induzierten Bedürfnissen im Sinne einer Medikalisierung von Symptomen.
- Möglicherweise ist die Erwartung, dass Frauen einer bestimmten Altersgruppe Hitzewallungen und nächtliches Schwitzen haben, depressiv und reizbar werden, in der medizinischen wie in der Volks- bzw. Laien-Kultur in Europa und Nordamerika tief verankert.

- Das Ende der Menstruation und damit das Ende der Fortpflanzungsfähigkeit bedeutet insbesondere für Frauen in der außereuropäischen Welt eine Befreiung von menstruellen Problemen, potentiellm Schwangerwerden und schwieriger Kontrazeption.
- Das Auftreten und der Schweregrad von klimakterischen Beschwerden sind stark von der gesellschaftlichen Stellung der Frau in einem Land und der Bewertung dieser Lebensphase der Frau in der Öffentlichkeit abhängig. In Ländern, in denen sich der gesellschaftliche Status von Frauen mit zunehmendem Alter erhöht, wird kaum über Beschwerden in der Menopause berichtet (z. B. China, Indien). Aus den entwickelten Industrieländern Europas und Nordamerikas wiederum ist der positive Einfluss einer befriedigenden Berufstätigkeit und einer positiven Lebensgestaltung auf einen beschwerdefreien Verlauf und eine konstruktive Bewältigung der Wechseljahre durch einige wissenschaftliche Studien bewiesen.
- Auch religiöse Faktoren spielen eine Rolle. Die insgesamt eher positive Einstellung bei Frauen hinduistischen und muslimischen Glaubens zur Menopause folgt daraus, dass die Menstruation die Teilnahme an religiösen Aktivitäten stark einschränkt.
- Postuliert wird, dass Frauen lernen, in einer bestimmten kulturabhängigen Art und Weise auf die Menopause zu reagieren. Möglicherweise wird der vasomotorische Distress (den vielleicht auch die asiatischen Frauen haben) in *psychischen Distress* oder andere Beschwerdeformen *übersetzt*.

5 Eigene Studienergebnisse zum Thema Menopause und Migration

Nachdem wir im Rahmen einer Public Health-Studie in Berlin bereits eine Pilotbefragung einer kleineren Gruppe von Patientinnen türkischer Herkunft, zumeist Migrantinnen der sog. ersten Generation, unter Verwendung eines modifizierten Fragebogens von *Hinze et al. (1999)* zum Themenkomplex Klimakterium/Menopause durchgeführt hatten (*David et al. 2001*), ist nun eine vergleichende Befragung von 200 koreanischen und 200 türkischen Migrantinnen sowie 200 deutschen Frauen im Alter zwischen 45 und 60 Jahren geplant.

Eine erste Zwischenauswertung mit etwa 50% der geplanten Stichprobengröße hat folgendes Bild ergeben:

Die Selbsteinschätzung der Befragten hinsichtlich ihrer Kenntnisse über den weiblichen Körper fällt im Vergleich zwischen den drei Befragungskollektiven recht unterschiedlich aus. Fast ein Drittel der türkischen Migrantinnen meinen von sich, ein nur befriedigendes Basiswissen über ihren Körper zu haben. Dieser Anteil lag bei den

koreanischen und deutschen Frauen bei 21% bzw. 16%. Fasst man die Angaben befriedigendes, gutes und sehr gutes Wissen zusammen, so haben dies nach eigener Einschätzung 44% der türkischen, 66% der koreanischen und 82% der deutschen Frauen. Die Ergebnisse für die türkischen Frauen decken sich mit den an der Frauenklinik der Berliner Charité erhobenen objektiven Daten zum Basiswissen türkischer Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Patientinnen, wonach die türkischen Frauen der o. g. Altersgruppe ein deutlich geringeres Wissen aufwiesen (siehe unten).

Als Quelle ihrer Informationen und Kenntnisse über Körperaufbau und -vorgänge gaben die türkischen Migrantinnen eine Freundin, die Mutter sowie den Lebenspartner an, bei den koreanischen und auch bei den deutschen Frauen stammt das Wissen zumeist aus Büchern, der Schule oder Zeitschriften.

In dem Fragebogen wurde auch danach gefragt, ob nach Meinung der befragten Frauen jede Frau Wechseljahrsbeschwerden hat bzw. haben muss. 33% der koreanischen und 27% der deutschen Frauen, aber fast 70% der türkischen Migrantinnen bejahten diese Frage. Als *Markersymptom* für Wechseljahrsbeschwerden werden in der internationalen Literatur zumeist die sog. Hitzewallungen verwendet. In den drei Befragungskollektiven gaben 45% der koreanischen, 34% der deutschen und 21% der türkischen Frauen an, dass sie keine Hitzewallungen haben bzw. hatten. Demgegenüber gaben 9% der koreanischen, 15% der deutschen und 31% der befragten türkischen Frauen sehr starke Hitzewallungen an. Neben einem möglicherweise kulturell bedingten anderen Umgang mit diesem Symptom sollte auch der Einfluss einer evtl. Hormonersatztherapie nicht vergessen werden, denn es nahmen jeweils etwa über 50% der befragten koreanischen und deutschen Frauen, aber nur 27% der türkischen Frauen, eine Hormonsubstitution in Anspruch. Als typische Wechseljahrssymptome wurden von 98% der deutschen, 91% der koreanischen und 80% der türkischen Frauen Hitzewallungen angegeben. An zweiter Stelle folgten Schlafstörungen: Koreanerinnen 67%, Deutsche 40%, Türkinnen 64%.

Eine Frage beschäftigte sich auch damit, wie Frauen im Allgemeinen mit Wechseljahren umgehen sollten bzw. was sie in den Wechseljahren tun könnten. Es war eine Reihe von Möglichkeiten vorgegeben, Mehrfachnennungen waren möglich. Für die koreanischen Frauen waren Gespräche mit anderen Frauen über die Wechseljahre und eine Beratung beim Frauenarzt wichtig. Insgesamt meinten sie zu 59%, dass die betroffenen Frauen *sich nicht so viele Gedanken machen sollten*.

Für die deutschen Frauen stand die Beratung beim Frauenarzt zu diesem Thema an erster Stelle, an zweiter Stelle stand die Empfehlung, Sport zu treiben, und an dritter (64%) ebenfalls der Rat, diese Phase nicht überzubewerten.

Auch die türkischen Migrantinnen bewerteten ein Beratungsgespräch beim Frauenarzt bzw. der Frauenärztin mit über 95% als wichtig. An zweiter Stelle folgte ein Gespräch mit anderen Frauen über das Thema Wechseljahre und an dritter Stelle ebenfalls die

Empfehlung, diese Phase eher gelassen zu sehen. 43% der befragten koreanischen, 26% der deutschen und 15% der türkischen Migrantinnen empfahlen, Hormone zu nehmen.

6 Erwartungen, Bedürfnisse und Zufriedenheit von Migrantinnen

Über die Versorgungsbedürfnisse von Migrantinnen in der Gesundheitsversorgung ist bisher relativ wenig bekannt. Kommunikationsbarrieren sowie diverse Aus- und Abgrenzungsmechanismen tragen dazu bei, dass die kulturelle Differenz in Diskussionen und Veröffentlichungen zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Vordergrund stehen und weitere Aspekte der Lebenssituation und Bedürfnislage ignoriert werden.

Aufschlüsse über die gleichwertige Bedeutung sozialer und kultureller Faktoren sowie der spezifischen Lebenssituation von Migrantinnen ergab unsere Studie zur Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft im Krankenhaus, in der 582 Patientinnen anhand eines Fragebogens (der in deutscher und türkischer Sprache vorliegt) zu ihren Erwartungen und zu ihrer Zufriedenheit mit der Versorgung in der Frauenklinik befragt wurden (David und Borde 2001, Borde 2002).

Sehr hohe Erwartungen (>90% wichtig/sehr wichtig) hatten alle befragten Patientinnen, unabhängig von ihrer Ethnizität, an die fachliche Kompetenz und Qualifikation der Ärzte und Pflegekräfte, sorgfältige Untersuchung und Behandlung, Ehrlichkeit bei der Aufklärung, größtmögliche Sicherheit, Hygiene und eine moderne medizinische Einrichtung. Ebenso bedeutsam waren für beide Vergleichsgruppen soziale und kommunikative Fähigkeiten des Klinikpersonals, was sich in einer sehr hohen Erwartung an verständliche Informationen über die medizinischen Maßnahmen, freundliche und geduldige Erklärungen, ausführliche Informationen und Beratung durch die Ärztinnen und Ärzte, Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit sowie ausreichender Zeit des Personals für die Patientinnen ausdrückte.

Neben diesen, offenbar universellen Patientinnenerwartungen zeichnete sich bei den Patientinnen türkischer Herkunft darüber hinaus eine hohe Relevanz für weitere Versorgungsaspekte ab, die als migrantinnenspezifisch bezeichnet werden können. Neben dem Einsatz qualifizierter Dolmetscher bzw. Dolmetscherinnen und der Akzeptanz kultureller Besonderheiten hatten auch Kriterien wie hohe Mitbestimmung, professionelle psychologische Betreuung, professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten sowie Betreuung und Trost bei Schwierigkeiten für die Patientinnen türkischer Herkunft eine signifikant höhere Bedeutung als für die deutsche Vergleichsgruppe.

Die Analyse der Zufriedenheitsskalen offenbarte, dass die Erwartungen für die Patientinnen türkischer Herkunft in deutlich geringerem Maße erfüllt wurden und sie tendenziell bei allen abgefragten Versorgungsaspekten – mit Ausnahme des Tagesablaufs - unzufriedener waren als die deutschen Patientinnen. Insbesondere die ärztliche Information und Aufklärung und die psychosoziale Betreuung, aber auch die medizinische Versorgung und die Pflege wurden von den Patientinnen türkischer Herkunft deutlich kritischer beurteilt. Ein Drittel der befragten Migrantinnen äußerte sich im Fragebogen unzufrieden mit der Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Bedürfnisse (z.B. Dolmetscher/in, Informationsmaterialien in der Muttersprache). Die psychosoziale Betreuung wurde von 26% der Migrantinnen gegenüber 13,5% der deutschen Patientinnen kritisiert und mit der ärztlichen Aufklärung und Information zeigten sich ca. 18% der Migrantinnen gegenüber 3,3% der deutschen Frauen unzufrieden. Etwa ein Drittel der befragten Migrantinnen gab an, die ärztliche Aufklärung nicht verstanden zu haben, während dies nur für 5% der deutschen Patientinnen zutraf. Zwar nahm die Patientinnenzufriedenheit mit der Information und Aufklärung korrespondierend mit besseren deutschen Sprachkenntnissen und einem höheren Bildungsgrad zu, dennoch zeigte sich, dass auch Migrantinnen mit guten Deutschkenntnissen und höheren Bildungsabschlüssen noch deutlich unzufriedener mit der ärztlichen Aufklärung waren als deutsche Patientinnen und diese weniger gut verstanden hatten.

Die Ergebnisse belegen, dass die Versorgungskonzepte weder den Erwartungen noch den spezifischen Versorgungs- und Informationsbedürfnissen von Migrantinnen gerecht werden und dass die sprachliche Verständigung nur ein Teil des Problems ist.

7 Basiswissen, Information und Aufklärung

Für das Verständnis der medizinischen Aufklärung im Falle einer gynäkologischen Erkrankung, aber auch bei Fragen zur reproduktiven Gesundheit, zu Sexualität, Schwangerschaft, Wechseljahren, Früherkennungsuntersuchungen etc. haben Basiskenntnisse über den eigenen Körper, die Genitalorgane und deren Funktionen eine besondere Bedeutung. Sie stellen eine weitere wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Arzt/Ärztin-Patientin-Kommunikation und eine kontinuierliche *Compliance* bei der Behandlung und Beratung dar. Wirkliche Mitbestimmungsmöglichkeiten sind erst dann gegeben, wenn die medizinische Aufklärung sich am individuellen Kenntnisstand der Patientin orientiert und die Behandlungsmaßnahmen nach einer ausreichenden Erklärung für sie nachvollziehbar werden.

In unserer o.g. Vergleichsstudie wurde auch das Basiswissen der Patientinnen über den weiblichen Körper und seine Funktionen und ihr Wissen über Verhütung von Geschlechtskrankheiten und spezifische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen anhand eines Fragebogens ermittelt. Anhand von zehn Fragen, mit denen bei richtiger Beantwortung maximal zehn Punkte erreicht werden konnten, gelang es uns, einen

Überblick über den Wissensstand der in die Studie einbezogenen Patientinnen zu gewinnen. Es zeigte sich ein sehr unterschiedlicher Grad der Informiertheit: Einem Anteil von 12,8% der Patientinnen, die fast alle Fragen richtig beantworten konnten, stand ein doppelt so großer Anteil (24,5%) der Patientinnen gegenüber, die nur geringe Kenntnisse aufwiesen. Die Mehrheit der Patientinnen bewegte sich im mittleren Spektrum.

Die Ethnizität der Patientinnen hatte einen deutlichen Einfluss auf das Basiswissen der Patientinnen. Während 22,8% der deutschen Frauen (n = 320) und 3% der Migrantinnen (n=256) gute/sehr gute Kenntnisse in unserem Fragebogen aufwiesen, betrug der Anteil der Frauen mit geringen Kenntnissen unter den Patientinnen türkischer Herkunft 61,5% und unter den deutschen Patientinnen 15%. Bei der Beantwortung aller Einzelfragen wiesen Frauen des deutschen Vergleichskollektivs entscheidend mehr richtige Antworten auf.

Fragen zur Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten bereiten - möglicherweise aufgrund intensiver Kampagnen zur AIDS-Prävention - die wenigsten Schwierigkeiten. Mehr Unkenntnis herrschte dagegen in beiden Vergleichsgruppen bei frauenspezifischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und beim weiblichen Zyklusgeschehen. Auch im deutschen Patientinnenkollektiv kannten weniger als die Hälfte der Patientinnen sich mit unfruchtbaren Tagen im Zyklus oder mit dem Einfluss von Hormonen auf die Menstruation aus. Während mehr als zwei Drittel der deutschen Patientinnen die Begriffe: Eierstock, Eileiter, Gebärmutter, Muttermund, Scheide einer gezeichneten Skizze der weiblichen Geschlechtsorgane korrekt zuordnete, gelang dies im Migrantinnenkollektiv nur etwas mehr als der Hälfte der Patientinnen.

Um den Vergleich nicht auf die Ethnizität der Patientinnen zu beschränken, wurde eine weitergehende Analyse vorgenommen, die sowohl soziodemographische und soziale als auch migrationsbezogene Aspekte systematisch berücksichtigte. Während zwischen verschiedenen Altersgruppen keine Unterschiede im Basiswissen erkennbar waren, korrelierte im Gesamtkollektiv ein besserer Kenntnisstand mit einem höheren Bildungsgrad, einem höheren Einkommen und einer Schulbildung in Deutschland. Innerhalb des Migrantinnenkollektivs lag der Anteil der Patientinnen mit geringen Basiskenntnissen mit 85,1% bei nicht alphabetisierten Frauen, mit 71% bei Frauen, die eine Schulbildung in der Türkei absolviert hatten, mit 76,8% bei Migrantinnen der sog. ersten Migrantengeneration und mit 77% in der Gruppe der neu nachgezogenen Ehefrauen deutlich über dem Durchschnitt.

Eine von türkischen Patientinnen häufig formulierte Aussage *Der Arzt muss das wissen, ich kann das nicht entscheiden* sollte vor diesem Hintergrund nicht nur als eine größere Portion an Vertrauen, sondern auch als ein Eingeständnis der eigenen Unkenntnis und einer damit zusammenhängenden stärkeren Abhängigkeit, interpretiert werden. Diese Art der Compliance - die meist nicht lange anhält - nützt weder den Ärzten/Ärztinnen noch den Patientinnen, denn gerade die Nachvollziehbarkeit und

Durchschaubarkeit von Ereignissen sowie das Erkennen eigener Handlungsmöglichkeiten stellt – folgt man dem Salutogenese-Konzept von *Antonovsky* (1997) - ein wesentliches Merkmal für Bewältigungsmöglichkeiten und die Gesundheitsförderung dar.

Der Zugang zu Informationen und Verständnis darüber, was bei einer medizinischen Behandlung geschieht, und damit auch die Möglichkeit einer partizipativen Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie ist für Migrantinnen unter den gegebenen Umständen deutlich eingeschränkt. Solange sprachliche Verständigungsprobleme und unterschiedliche Wissensgrundlagen unberücksichtigt bleiben und sich die medizinische Aufklärung weitgehend an der deutschen Mittelschichtfrau orientiert, lassen sich über kulturspezifische Umgangsweisen mit Gesundheit und Krankheit und auch mit den Wechseljahren bei Migrantinnen derzeit nur Spekulationen anstellen.

8 Schlussfolgerungen

1. Das Klimakterium kann nicht als kulturgebundenes Syndrom bezeichnet werden. Zwar sind klimakterische Symptome in nichtwestlichen Gesellschaften z.T. etwas seltener oder anders verteilt, aber prinzipiell sind das Klimakterium und die damit verbundenen Beschwerden ebenso wie die Menopause ein universelles Phänomen in nahezu allen Kulturen.

2. Eine Behandlung von Symptomen wie Hitzewallungen u.ä.m. wird immer individuell - auch unter Berücksichtigung des kulturspezifischen Hintergrundes - nach vorheriger guter Information und Aufklärung abzuwägen sein. Es ist daher, unabhängig davon, wie man zum Konzept der Medikalisierung einer natürlichen weiblichen Übergangsphase steht, wichtig, dass Frauen - einheimische wie Migrantinnen - im Rahmen des Entscheidungsprozesses für oder gegen eine Hormontherapie über das Für und Wider und über medikamentöse und nicht medikamentöse Möglichkeiten informiert werden bzw. sich selbst adäquat informieren können.

3. Bei Migrantinnen scheinen Prozesse der sozioökonomischen Veränderung durch die Migration und damit verbunden veränderte Zugangsmöglichkeiten zu schulmedizinischem und traditionellem Wissen und Ressourcen einen Einfluss auf die Menopausenerfahrungen zu haben.

4. Migrantinnen haben an die medizinische Versorgung ähnliche Erwartungen wie deutsche Frauen, sind jedoch mit der Versorgung deutlich unzufriedener, da die bestehenden Versorgungsangebote die soziokulturelle Vielfalt weitgehend unberücksichtigt lassen. Bedingt durch unterschiedliche Lebensbedingungen und Voraussetzungen (z.B. Sprachkompetenz, Bildungssituation, Alphabetisierungsgrad) ergeben sich für Migrantinnen spezifische Bedürfnisse, die bedarfsgerechte Versorgungskonzepte, Informationsangebote und Aufklärungsmethoden erfordern.

5. Migrantinnen sollten mit ihrer anderen oder modifizierten Darstellung klimakterischer Symptome in der Praxis verstanden werden. Dabei sollte von einem unterschiedlichen Basiswissen ausgegangen und eine grundlegende Information und Aufklärung angeboten werden, die sich am Wissensstand der Patientin orientiert und darauf aufbaut.

Literatur:

- Austad SN (1994). Menopause: An evolutionary perspective. *Experimental Gerontology* 29: 255-263
- Antonovsky A (1997). Salutogenese. Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Ausgabe. Hrsg. v. A. Franke, Tübingen: dgvt
- Borde T (2002). Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie Dissertation. Fakultät VIII – Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin
- Boulet MJ, Oddens BJ, Lehert P, Vemer HM, Visser A (1994). Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. *Maturitas* 19: 157-176
- David M, Borde T, Kentenich H (2001). Die Wechseljahre der Frau – Kenntnisse und Meinungen deutscher und türkischstämmiger Frauen im Vergleich. *Zentralblatt für Gynäkologie* 123: 3-9
- David M, Borde T (2001). Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt a. M.: Mabuse
- David M, Kentenich H (2002). Das Klimakterium – ein kulturgebundenes Syndrom? *Frauenarzt* 43: 280-290
- Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, Salamone L, Stellato R (2000). Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ ethnic population of women 40-55 years of age. *American Journal of Epidemiology* 152: 463-473

- Hinze L, Tomaszewski K, Merfert A (1999). Der Umgang mit den Wechseljahren – Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Studie in der Stadt Magdeburg. In: Dietrich C, David M (Hrsg). Freiräume und Zwänge. Tagungsbeiträge des IX. Symposiums der Ostdeutschen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hamburg: Akademos, 141-158
- Lock M (1998). Menopause: Lessons from anthropology. *Psychosomatic Medicine* 60: 410-419
- Rozenberg S, Felleman C, Kroll M, Vandromme J (2000). The menopause in Europe. *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 45: 182-189
- Rubel (1984) zit. in: Burghard GD (1998): *Erkrankungen bei Immigranten*. Jena: Fischer

Die professionelle Begleitung von Frauen in den Wechseljahren

Begleitung von Frauen in den Wechseljahren aus psychosozialer Sicht

Colette Mergéay

1 Eine erste Frage

Ich bin eingeladen worden, um auf diesem Kongress über die Begleitung von Frauen in den Wechseljahren aus psychosozialer Sicht zu sprechen. Damit hadere ich. Denn dieses Thema könnte als Widerspruch zu der Intention unseres Kongresses verstanden werden. Die bisherigen Beiträge machten es deutlich: Wir wollen die Wechseljahre auf diesem Kongress nicht aus einer verengten medizinischen Perspektive betrachten; wir werden sie nicht als defizitären Zustand definieren.

Mit dem Auftrag, die psychosoziale Begleitung in den Wechseljahren zu beschreiben, kam bei mir die Befürchtung auf, dass dieses Referat als psychosoziale Alternative zur Hormontherapie verstanden werden könnte, gewissermaßen als Ersatz für die Hormonersatztherapie. Wären die Wechseljahre demnach doch eine an sich ausreichende Indikation für eine therapeutische Behandlung, wenn nicht auf endokrinologischer, dann auf psychologischer Ebene?

2 Geburten

Zunächst jedoch: Was meinen wir eigentlich mit dem Wort Wechseljahre? Ist nicht jedes Jahr, das mit einem Jahreswechsel beginnt, ein Wechseljahr? Unser Leben verläuft doch stets in Wechseljahren, in der strömenden rhythmischen Kontinuität: *„Wie jeder lebendige Prozess, vollzieht sich die Entwicklung eines Menschen nicht linear, sondern im Rhythmus von Übergängen. Dieses dauernde innere Wachsen verläuft immer über Bindung und Lösung, wobei eine gute Lösung eine intensive Bindung verlangt, und umgekehrt“* (Jahns 1983). Jede Lebensphase birgt in sich bereits die kommende – und diese wiederum ist nur durch einen Übergang, den ich Geburt nennen möchte, zu erreichen.

Ich arbeite als Psychologin und Psychotherapeutin in der Frauenklinik des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord. Somit hat das Thema Übergang für mich eine besondere Relevanz: Einerseits bedeutet jeder Krankenhausaufenthalt in einer Frauenklinik in diesem Sinn eine Geburt – ob dieser Aufenthalt durch eine Schwangerschaft, eine

Entbindung oder auch eine Krankheit oder durch den Sterbeprozess als letzten Lebensübergang bedingt ist.

Darüber hinaus ist die Wahrnehmung des Lebensrhythmus, des Lebens als pulsierende Folge von Übergängen, ein wichtiger Ansatz in der therapeutischen Arbeit und so auch im Übergang der Wechseljahre, eben dieser Wechseljahre, als Geburt in eine neue Lebensphase.

„In spezifischer Weise werden Frauen mit der Tatsache konfrontiert, dass Leben Veränderung bedeutet. Am eigenen Leib erfahren sie offenkundige und unabweisbare Veränderungen. Ihr Lebenszyklus umfasst verschiedene Phasen. Auf einer allgemeinen Ebene betrachtet – und dies ist eine Gemeinsamkeit von Frauen – werden diese Phasen durch den Beginn und das Ende des Menstruationszyklus markiert“ (Bleyer-Rex 1990). Irgendwann – für die einen früher, für die anderen später – vollzieht sich im Leben einer jeden Frau der leibliche Übergang, der als Ende des Menstruationsrhythmus und dementsprechend als Ende der Gebärfähigkeit definiert werden kann.

Alle Frauen – unabhängig von ihrem jeweiligen Lebensentwurf, unabhängig von der Art und Weise, wie sie ihre früheren Lebensphasen entfaltet und gestaltet haben – machen diese besondere Lebenserfahrung. Natürlich ist dieses Geschehen ein ganzheitlicher und auch dialektischer Prozess von Leib, Geist, Seele, Beziehungen, und natürlich ist auch diese Geburt mit Hoffnungen, Bemühungen, Anstrengung, Sehnsüchten, Enge des Geburtskanals, Angst und Bewegung hin zum Neuen verbunden: so wie es in *Antonio Vivaldis* drittem Satz vom Concerto Nr. 2 in g-Moll, genannt *Der Sommer*, klingt.

3 Steißgeburt?

Wenn Übergänge in ihren vielfältigen Ausdrücken ohnehin zu unserem menschlichen Leben gehören, was ist dann im Jahr 2003 das Besondere (und das besondere Leid), das es nötig erscheinen lässt, einen Kongress zu diesem Thema zu veranstalten und sich auf diesem Kongress über eine psychosoziale Begleitung während dieses Übergangs Gedanken zu machen?

Eine Möglichkeit könnte darin bestehen, die Pathologisierung der Wechseljahre als Ursache für die Bedeutung, die ihnen heutzutage beigemessen wird, zu erklären – und damit die Beschwerden mancher oder vieler Frauen als belanglos, inadäquat oder gar als Erfindung der Medizin zu entschlüsseln. Aber eine solche Entschlüsselung würde der heutigen Situation von Frauen in den Wechseljahren nicht gerecht werden – wäre jedenfalls keine Annahme der konkreten Personen und deren möglichen subjektiven Leiden.

In der therapeutischen Arbeit habe ich die Erfahrung gemacht, dass es, über die Geburtswehen hinaus, in den Wechseljahren ein besonderes Leidensmoment geben

kann: die Kollision vom allseits sinnlich erfahrbaren Rhythmus des Lebendigen mit der linearen Ideologie der Moderne.

Der *reale Schein* bringt uns alltäglich dazu, zwischen Rhythmus und Maschinentakt zu entscheiden und im Grunde den Maschinentakt, das Funktionieren, die so aufdringliche, zwingende Logik des Berechenbaren, höher zu bewerten. Die Wechselfälle des Lebens werden zugunsten einer Illusion der Planbarkeit und der Machbarkeit gelehnet. In dieser Logik werden die Unterschiede zwischen den Lebensphasen tendenziell nivelliert. Das Besondere einer jeden Lebensphase wird nicht geachtet und hat weder Zeit noch Raum, um sich zu entfalten. (Dies gilt im Übrigen für Kindheit, Jugend, Alter.)

So werden Abschied und Neubeginn zwischen den Lebensphasen und die Krisen, die mit beidem verbunden sind, heute grundsätzlich wenig geduldet. Die allgemeine Bestrebung zielt darauf ab, diese Geburten zu leugnen, sie vielleicht zu überspringen, jedenfalls nicht durch sie hindurch sich selbst und den Strom des Lebens zu erfahren.

Für Frauen in den Wechseljahren bedeutet die heute allgemeine Haltung des Misstrauens gegenüber den unberechenbaren Schwankungen, die mit Übergängen auftreten können, eine besondere Verschärfung der oben erwähnten Kollision – und dies kann den Übergang der Wechseljahre zu einer Steißgeburt machen.

4 Maschinentakt kontra Lebensrhythmus

Fünf Aspekte dieser Kollision möchte ich ansprechen:

1. Bei den Wechseljahren geht es nicht nur um einen Übergang im leiblichen Rhythmus, sondern um eine Besonderheit unserer weiblichen Realität überhaupt. Ein Merkmal der Moderne ist die Bestrebung nach Beherrschung und Steuerung der Naturmächte. Der durch die Zyklizität und die Gebärfähigkeit offenkundige Charakter der Naturverbundenheit der Frauen, der ihnen in früheren Gesellschaften eine zentrale kultische und orientierende Stellung verlieh, ist in der Moderne zunehmend Grund für eine verhängnisvolle Umdeutung geworden. Demzufolge gilt es nun, den leiblichen Rhythmus der Frau zu leugnen und zu kontrollieren bzw. ihn als Störung auszuschalten. So gesehen ist jede Frau durch ihren Zyklus eine potentielle Patientin. Überspitzt formuliert wandert sie aus dieser Perspektive ihr ganzes Leben lang von einem PMS ins nächste, vom prä-menarchen Syndrom zum post-menopausalen Syndrom über allerlei prä-, peri- und postmenstruelle Syndrome: die Wechseljahre werden dann als Syndrom gedeutet, als krankhafte Abweichung von einer vorgegebenen Norm von Gesundheit.

2. Ein besonderer Aspekt der Wechseljahre besteht darin, dass diese Zeit ein Ende mit sich bringt, einen unwiderruflichen Abschluss. Sich dessen bewusst zu werden heißt,

sich der eigenen Endlichkeit bewusst zu werden. Doch eben dieses wesentliche Merkmal unserer menschlichen Kondition wird in der Moderne verdrängt.

3. Ein dritter Aspekt ist die gegenwärtige Bestrebung, die Beschwerden und Mühen, die nun mal zu jedem Übergang, zu jeder Geburt dazugehören können, künstlich zu umgehen. In einer Zeit, in der die Wunsch-Sectio immer selbstverständlicher und die Geburtshilfe zunehmend flächendeckend mit Periduralanästhesie organisiert wird, erscheinen Geburtswehen als sinnlos, ja als unerlaubt – auch in den Wechseljahren.

4. Ein weiterer Ausdruck dieser Kollision kann die ungewohnte Konfrontation von Frauen mit ihrem leiblichen Geschehen nach Jahren der künstlichen Kontrolle über den eigenen Menstruationszyklus sein. Wenn Frauen ihre Gebärfähigkeit viele Jahre lang ausgeschaltet haben, liegt die Erwartung nahe, den Austritt aus der Gebärfähigkeit ebenso sicher *im Griff* zu haben. Ursache oder Ausdruck dieser Erwartung: Das medizinische Angebot entspricht dem Wunsch vieler Frauen, die Kontrolle über ihre weibliche Leiblichkeit beizubehalten.

5. Schließlich: Inzwischen ist die Informationsflut so angewachsen und der moralisch-soziale Druck vom normativen *Selfmanagement* von *Wellness* so übermächtig, dass Frauen sich im Grunde – entgegen dem Motto dieses Kongresses – kaum fragen, was sie *brauchen* und was sie *wollen*. Sie fragen eher (vorrangig ihre Ärzte und Ärztinnen), was sie tun *sollen*.

5 Geburt zur Welt

Der Blick auf den biologischen Prozess der Wechseljahre nimmt eher den Abschied, den Abschluss wahr. Doch die Wechseljahre – wie alle Übergänge – sind auch eine Geburt, der Anfang einer neuen Lebensphase, auf den Frauen sich allerdings erst *einlassen* können, wenn sie bereit und in der Lage sind, das vorher Gewesene *loszulassen*. Wahrgenommen als Beginn des Alters, sind die Wechseljahre der Geburtsprozess *zur Welt*.

Die soziale Dimension dieses Anfangs ist meist offenkundig wie alltäglich: Die Kinder werden erwachsen, ziehen aus dem Haus, bekommen möglicherweise selber Kinder. Die eigenen Eltern wiederum bedürfen, möglicherweise zum ersten Mal, der Unterstützung. Beruflich geschieht häufig ein ähnlicher Generationswechsel in der Verantwortung, in der Position des Vergleichs und des Vorbilds gegenüber den jüngeren und den älteren Kolleginnen und Kollegen.

Das Geistige kann nun eine neue, besondere Dimension von Tiefe und von Überblick erreichen. Es verändert sich der innere Blick, gewissermaßen vom Unmittelbaren zum Mittelbaren, aus dem *just-in-time*-Takt zu einer Langsamkeit, die auch eine Überprüfung der Prioritäten mit sich bringt.

Dies kann uns eine Ermutigung sein, den erfahrbaren Gedächtnisschwund mit Gelassenheit hinzunehmen. Nach Jahren der zuverlässigen Abrufbarkeit jedes Geburtstagsdatums und jeder Telefonnummer ist es vielleicht nicht mehr so notwendig, das Gedächtnis mit allen diesen Daten zu füllen? Nun muss der Terminkalender präziser geführt werden ... und die Lesebrille darf nicht fehlen, sie ist ein schöner Hinweis auf die Weitsichtigkeit, die sich entfalten kann.

Als Geburtsprozess zum Alter beinhaltet diese Lebensphase die Potenz der Weitsicht. Der oben erwähnte innere Blick bezieht den Tod mit ein, nicht selten in der Konfrontation mit dem Altern und dem Sterben der eigenen Eltern. Auf der anderen Seite richtet er sich mit neuer Aufmerksamkeit auf die Kindheit, auf die eigene, vielleicht auf die der eigenen Kinder, und eventuell auf die (aktuelle) Kindheit der Enkelkinder. Aber die Wahrnehmung der beiden Pole, Tod und Kindheit, ist von besonderer Qualität, denn sie geschieht nicht nur auf der individuellen biographischen Achse, sondern auch auf einer allgemeinen gesellschaftlichen Ebene.

Mitten im Fluss, und in mittelbarer Nähe zu beiden: zur Generation der Eltern, und zur Generation der Enkel, verschafft diese Phase die Möglichkeit des Abstandes, des Blickes in die eine wie in die andere Richtung des Flusses – und damit des Eigensinnes in der Verantwortung für die Gemeinschaft.

Wie schon mehrmals in diesen Tagen thematisiert, werden nach wie vor oft die Wechseljahre und die folgende Lebensphase von Frauen als therapiebedürftige Mangelkrankheit in der medizinischen Fachliteratur definiert. Ausdruck dieser Richtung ist die Gründung der Menopause-Gesellschaft deutschsprachiger Länder im Jahr 1986 (heute Deutsche Menopause-Gesellschaft). Für deren Gründer und langjährigen Präsidenten, *Lauritzen*, besteht die Aufgabe des Arztes darin, „*das vegetative, das endokrine und das metabolische System, und damit die körperliche und seelische Verfassung der Patientin in das vorher bestehende* (d.h. vor den Wechseljahren, C.M.) *Gleichgewicht zurückzusetzen*“ (Lauritzen 1983). Für *Hesch*, der 1985 ein „*Plädoyer für eine allgemeine Östrogen-Progesteron Substitution der Frau in der Menopause*“ schrieb, sind die auftretenden „*erheblichen Organschäden (...) eigentlich erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts gesundheits- und gesellschaftspolitisch relevant geworden, da das mittlere Lebensalter der Frau nun über dem mittleren menopausalen Alter liegt. A priori war bis in den zweiten Teil des 20. Jahrhunderts anthropologisch der Östrogenmangelschaden gegenüber dem genetischen Risiko zu vernachlässigen.*“ (Hesch 1985)

Ein zweifacher Mangel wird hier unterstellt: „*Zum einen im Vergleich zum männlichen Zyklus, mit – angeblich – gleich bleibender Hormonausschüttung, zum anderen im Vergleich der Lebensphasen untereinander. Im ersten Fall sollen Männer der Maßstab für Frauen sein, im zweiten Fall wird der Hormonspiegel der mittleren Lebensphase zur Norm für die Phase nach den Wechseljahren.*“ (Bleyer-Rex 1990) *Anthropologisch* (!) aber, so *Hesch*, sei der *Mangelschaden* erst jetzt relevant. Damit wird suggeriert,

dass Frauen noch vor 50 Jahren das Ende ihrer Gebärfähigkeit kaum überleben konnten. Merkwürdigerweise wird diese Aussage unhinterfragt in medizinischen Kreisen hingenommen, als hätte die Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer (etwa durch die Senkung der Säuglingsmortalität) absolute Aussagekraft über das reale Alter, das Frauen, auch vor dem 20. Jahrhundert, erreichen konnten.

Gerade die Tatsache, dass die Frauen noch jahrzehntelang nach dem Ende ihrer Gebärfähigkeit leben (und lebten) wirft in der Anthropologie die Frage nach dem evolutionsbiologischen Sinn dieser Ausnahme innerhalb der Primatenverwandschaft auf. Warum, nach den Kriterien der Evolutionstheorie, werden bei Menschen die Frauen älter als es für die Fortpflanzung notwendig wäre? *Hawkes* und *O'Connell* von der Universität Utah haben sich im Rahmen ihrer ausführlichen anthropologischen Studien über die Jäger-Sammler-Gesellschaft der Hadza (Nord-Tansania) diese provozierende Frage gestellt. Für *Hawkes* und *O'Connell* liegt die Antwort in der sozialen Bedeutung der älteren Frauen für den Erhalt der Sippe: nach deren Betrachtung ist die Versorgung der Kinder in der Enkelgeneration und damit das Weiter- und Überleben der Gemeinschaft auf die Fürsorge und die Arbeit der nicht mehr gebärfähigen Großmütter angewiesen (Hawkes und O'Connell 1999). Vielleicht hilft uns der Umweg über die Hadza von Nord-Tansania, die Bedeutung des gesellschaftlichen Beitrags der älteren Frauen für das Gedeihen der Gemeinschaft auch in unseren Breitengraden wahrzunehmen.

Möglicherweise brauchen wir tatsächlich neue Gläser, die uns zu einer neuen Weitsicht verhelfen, denn nicht nur eine besondere Richtung der Medizin hat unsere Sicht der Wechseljahre, wie überhaupt der weiblichen Leiblichkeit, defizitär geprägt. In ihren engagierten Bemühungen, die Benachteiligung der Frauen in unserer Gesellschaft zu verdeutlichen und zu bekämpfen, hat auch ein Teil der Frauenbewegung eine ebenso defizitäre Definition von (alten) Frauen in unsere Köpfe gepflanzt. *Simone de Beauvoir* war da durchaus richtungweisend. In ihrem bekanntesten Buch „*Das andere Geschlecht*“, dessen Bedeutung im Übrigen hier nicht zu hinterfragen ist, schreibt sie, damals 41 Jahre alt: *„Jede Periode des weiblichen Lebens bleibt sich gleich monoton, doch die Übergänge von einem Stadium in ein anderes erfolgen mit gefährlicher Brutalität. Solche wie Pubertät, erste geschlechtliche Erfahrungen, Klimakterium geben sich durch viel entscheidendere Krisen zu erkennen als beim Mann. Während dieser kontinuierlich altert, wird der Frau die Weiblichkeit schlagartig genommen. Noch verhältnismäßig jung verliert sie den erotischen Anreiz und die Fruchtbarkeit, aus denen sie in den Augen der Gesellschaft und in ihren eigenen Augen die Rechtfertigung ihrer Existenz und ihre Glücksmöglichkeiten ableitete: ihrer ganzen Zukunft beraubt, hat sie etwa die Hälfte ihres Lebens als Erwachsene vor sich“* (de Beauvoir 1986). Fürwahr, keine verlockende Aussicht!

Fünzig Jahre später nutzt die Pharmaindustrie diese Angst vor dem Altern, um ihre Hormonpräparate auf den Markt zu bringen. Sie wirbt um potentielle Kundinnen mit der trügerischen Verheißung, die Wechseljahre (und damit der Eintritt in das Alter)

seien zu umgehen: „*Als gäbe es keine Wechseljahre*“ oder „*Für die Wechseljahre habe ich keine Zeit!*“ (Novo Industrie und Jenapharm).

Von dieser Illusion der Moderne können wir uns lösen und eine wertschätzende Haltung uns und anderen Frauen gegenüber entwickeln. Konkret und alltäglich heißt das z.B., dass wir die Attraktivität, die eigensinnige Stärke, die Lebendigkeit von älteren Frauen sehen, schätzen und unterstützen; dass wir die Eigenschaften von Frauen in ihrer Lebensphase und nicht trotz ihres Alters wahrnehmen; dass wir die Möglichkeiten, die sich in der Sexualität dieser Altersphase eröffnen, als spannende, beglückende Entdeckungen sehen, ohne sie in Vergleich oder Konkurrenz zu anderen Lebensphasen zu setzen; dass wir die Generationsunterschiede nicht verwischen, so als sei das Alter an sich eine Beleidigung, die es sich schickt zu ignorieren; dass wir nicht annehmen, es sei für eine Frau eine Aufwertung, von ihrer heranwachsenden Tochter eher als Freundin denn als Mutter gesehen zu werden, ...

6 Was wollen die Frauen? Was brauchen die Frauen?

Was wollen die Frauen? Was brauchen die Frauen? lautet das Motto dieses Kongresses. Ja, in der Tat brauchen sie manchmal, auf ihrem je eigenen Weg in die Wechseljahre, eine Unterstützung in dieser Phase. Es gilt dann, die möglichen Leidensmomente beredt werden zu lassen und ohne Bewertung anzunehmen. Es gilt, sie individuell wie auch im gesellschaftlichen Kontext dieser komplexen Geburt zu verstehen. Welche Aspekte des Übergangs sind dann jeweils zu berücksichtigen? Welche Chancen verbergen sich in den jeweiligen möglichen Symptomen, als Hinweise auf persönliche Veränderungen und neue Möglichkeiten, die sich jetzt ankündigen?

Entgegen der Illusion, sich den Übergang ersparen zu können, besteht eine mögliche Unterstützung darin, Frauen in den Wechseljahren zu ermutigen, sich auf die Dynamik dieser Lebensphase einzulassen. In dieser Haltung können wir die Wechseljahre, *diese* Wechseljahre erleben (Bleyer-Rex 2003):

- als Phase im Lebenszyklus aller Frauen und gleichzeitig als individuellen Prozess, für den es keine allgemeinverbindlichen Regeln und Muster gibt;
- als Phase, in der Beschwerden kein Versagen und Beschwerdefreiheit kein Verdienst bedeuten;
- als Phase, in der Vertrautes endet und Neues, Nicht-Vertrautes beginnt, mit der Herausforderung, sich neu zu erfahren, zu orientieren, zu organisieren;
- als Phase, die notwendigerweise, wie alles was lebt, ein Ende hat.

Anders als die Illusion, es gäbe diese Geburt nicht, birgt die Erfahrung, sie durchlebt zu haben, in sich eine besondere Lebensqualität.

Der erste Satz von *Vivaldis* Concerto Nr. 3 in F-Dur, *Der Herbst*, steht unter der Bezeichnung: Allegro.

Meere

*Ich spüre, daß mein Schiff
dort in der Tiefe, auf etwas Großes
gestoßen ist.*

*Und nichts
geschieht! Nichts... Stille...Wogen...
- Nichts geschieht; oder ist alles geschehen,
und wir sind schon, ruhig, im Neuen?-*

Juan Ramón Jiménez

Literatur

- Bleyer-Rex I (1990). Weiblichkeit als Krankheit? Über den Umgang der Medizin in den Wechseljahren. Vortrag in der Angestelltenkammer Bremen
- Bleyer-Rex I (2003). Lebensphasen: Weibliche Zyklizität. In: Beckermann MJ, Perl FM (Hg) : Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Basel: Schwabe, im Druck.
- de Beauvoir S (1986). Das andere Geschlecht. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch, 550
- Hawkes K, O'Connell JF (1999). Grandmothering and the evolution of Homo erectus. *Journal of Human Evolution* 36: 461–485
- Hesch RD (1985). Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen 8
- Jahns T (1983). Pädagogische Konzeption des Seminarbereiches "Identitäten". Politische Bildung der Angestelltenkammer Bremen: 3
- Lauritzen C (1983). Die Behandlung klimakterischer Beschwerden. *Speculum*, Sondernummer
- Novo Industrie und Jenapharm-Werbetexte

Begleitung von Frauen in den Wechseljahren in der Frauenarztpraxis

Maria Beckermann

1 Einleitung

Liebe Frau *Dr. Jahn*, liebe Frau *Scheinhard*, sehr geehrtes Organisationsteam, liebe Frauen, liebe Männer,

Ich freue mich sehr darüber, dass es diesen Kongress gibt. Das besondere an diesem Kongress ist, dass er von Frauen selbst gestaltet ist, dass er multidisziplinär ausgerichtet ist und die Wechseljahre damit nicht in einen medizinischen Zusammenhang rückt, und dass er nicht von der Pharmaindustrie gesponsert ist.

Ich fühle mich geehrt, dass ich hier für die Gruppe der FrauenärztInnen sprechen darf.

Ich möchte zunächst blitzlichtartig auf einige Themen eingehen. Danach erzähle ich Ihnen einige Fallbeispiele aus der Praxis.

2 Medizinische Informationen

2.1 Hormonspiegel

Wenn mit dem Älterwerden die Eierstöcke weniger Östrogene produzieren, versucht die Hirnanhangdrüse, die Eierstöcke zu stimulieren. Das drückt sich in einer erhöhten FSH-Produktion aus. So entsteht *die wechselljahrstypische Hormonkonstellation*: niedrige Östrogenwerte und hohe FSH-Werte. Wenn die Östrogenwerte dauerhaft unter 50 μ bleiben, tritt keine Regelblutung mehr auf.

Nach der Menopause haben wir Östrogenwerte unter 50 und FSH-Werte über 50. Vor der Menopause können die Werte schwanken. Wenn beispielsweise ein verlängerter Zyklus von acht Wochen vorliegt, kann es sein, dass in den ersten drei Wochen die Östrogene niedrig und FSH hoch ist, während in den letzten vier Wochen des Zyklus die Werte genauso sind wie bei jüngeren Frauen.

Ein Hormonspiegel ist eine Momentaufnahme. Zyklen hingegen sind ein Prozess des Auf und Ab, und das bleibt so bis zur Menopause und selbst darüber hinaus sind noch

zyklische hormonelle Schwankungen zu beobachten, auch wenn die Östrogenwerte dabei durchschnittlich so niedrig sind, dass keine Blutung mehr auftritt.

Sie können aus der Blutungsanamnese und aus der Beschreibung der Körperempfindungen mehr Schlüsse ziehen über den Stand der Wechseljahre als aus einem Hormonspiegel. Es gibt aber sehr wenig Vertrauen in die Validität dieser zum Teil sehr subjektiven Kriterien.

Wenn eine Frau nach einem Hormonspiegel verlangt, dann ist das bereits ein Ausdruck der Verunsicherung in ihrem Körperverhältnis. Wenn ÄrztInnen einen Hormonspiegel empfehlen ohne anderweitige Begründung, können sie damit der Entfremdung der Frau von ihrem Körper Vorschub leisten.

Die Fragen, die Frauen auf der Seele brennen, sind durch einen Hormonspiegel nicht zu beantworten. Die Fragen hängen zum einen damit zusammen, dass Unvorhersehbarkeit an sich als Stressfaktor erlebt werden kann. Die Frauen wollen wissen, wo sie stehen und wie die Wechseljahre bei ihnen verlaufen werden. Das kann ein Hormonspiegel nie beantworten.

Zum anderen hängen die Fragen mit dem Attribuierungsverhalten der Frauen zusammen. Sie möchten wahrgenommene Veränderungen des Körpers oder Beschwerden in einen plausiblen Erklärungszusammenhang stellen, was eine durchaus sinnvolle Anstrengung ist, da alleine dadurch zum Beispiel eine Schmerzreduktion erreicht werden kann. Die beliebtesten Attribuierungsmuster sind: „Das liegt am Wetter“. Und: „Das liegt am Essen“. Und besonders bei Frauen: „Das sind die Hormone“.

Die Therapiebedürftigkeit mit Hormonen hängt nie von einem Hormonspiegel ab, sondern immer davon, wie es der Frau geht. Die Frage einer Frau nach einem Hormonspiegel kann also immer nur als Bitte an die Ärztin verstanden werden, mit ihr zusammen herauszufinden, wodurch die Befindlichkeit der Frau beeinträchtigt ist und welche Lösungen es für sie gibt.

2.2 Hitzewallungen

Hitzewallungen sind eine Körperempfindung. Ob sie subjektiv als neutral, als angenehm oder als unangenehm erlebt werden, ist - außer von der Intensität - auch abhängig von der subjektiven Interpretation im Gehirn. In medizinischen Zusammenhängen wird jedoch so getan, als seien Hitzewallungen für jede Frau ein Symptom, also Teil einer Krankheit. Das ist Zeichen einer negativen Attribuierung und hat weitreichende gesellschaftliche Folgen für die betroffenen Frauen. Deswegen lehne ich alle Menopausen-Scores ab, die lediglich die Anzahl und die Intensität von Hitzewallungen messen, anstatt nach dem subjektiven Erleben der Frauen zu fragen.

Wir wissen nicht, was in dem Körper einer Frau, die eine Hitzewallung hat, eigentlich abläuft und wir wissen auch nicht, ob Hitzewallungen auf die langfristige Gesundheit von Frauen positive oder negative Auswirkungen haben. Wir nehmen an, dass Hitzewallungen zusammenhängen mit den hohen Hormonausschüttungen aus der Hirnanhangdrüse als Antwort auf die abfallenden Östrogenwerte. Aber dieses Denkmodell erklärt nicht, warum 40% der Frauen in westlichen Ländern und 80% der Frauen in asiatischen Ländern trotz hoher FSH und niedriger Östrogenspiegel keine Hitzewallungen haben. De facto haben wir trotz vieler Spekulationen weder ein biologisches Konzept von Hitzewallungen, geschweige denn, dass wir inter- und intrakulturelle Unterschiede auf der biologischen Ebene erklären könnten.

Bei Hitzewallungen kommt es ja zu Gefäßerweiterungen in der Haut. Die Hauttemperatur ist meistens erhöht, manchmal nach einer Wallung als Folge der Verdunstungskälte erniedrigt, was die Frau als Frösteln empfinden kann.

Merkwürdigerweise steigt der Blutfluss an den Händen während einer Wallung extrem an und bleibt bis zwei Minuten nach Abklingen der Wallung erhöht. Der Blutfluss des Unterarmes und der Puls steigen nur leicht an. Der Blutdruck bleibt gleich. Das ist anders beim Erröten aus emotionalen Gründen, z.B. aus Verlegenheit oder Scham. Da steigt der Blutfluss in den Händen nur wenig an, an den Unterarmen hingegen kräftig und es kommt zu einem deutlichen Blutdruckanstieg, ausgelöst durch Adrenalin und ähnliche Stoffe. Zitat *Ginsburg* und *Hardiman*, (1994): „*A flush is not a blush*“ (*blush* = Erröten, Schamesröte). Die Stoffe, die eine Wallung auslösen, sind – wie gesagt – nicht bekannt.

Vielleicht können *flush* und *blush*, also eine Wallung und Schamesröte aber gleichzeitig auftreten. Das passt dazu, dass Frauen oft sagen, eine Hitzewallung würde ihnen nichts ausmachen, wenn sie auf einer einsamen Insel wären und nach Belieben ihre Kleidung ausziehen könnten. Wenn sie aber beispielsweise in einer Konferenz sitzen und knallrot werden und der Schweiß ihnen von der Stirn tropft, könnten sie vor Scham in den Boden versinken. Diese Reaktion sagt etwas aus über den gesellschaftlichen Status von wechsellährigen Frauen bei uns. Wenn wir einen besseren Status hätten, könnten wir uns leisten, ganz locker zu sagen: *Ach da kommt wieder so eine Hitzewallung*.

2.3 Externe und interne Evidenz

Ich möchte jetzt eine Brücke schlagen zu dem gestrigen Vortrag von Frau *Prof. Mühlhauser*¹ über die externe Evidenzbasis der Hormontherapie in den Wechseljahren. Um die externe Evidenz auf die einzelne Patientin in der Praxis zu übertragen, bedarf es der internen Evidenz. Die zwei Themen gehören zusammen. Um mit *Marcus Siebolds* zu sprechen: Evidenz-basierte Medizin endet am Mund der Patientin, die sich für oder gegen die Tabletten entscheidet. Diese Vermittlung ist eine genuin ärztliche Aufgabe und kann auch im Kommunikationszeitalter nicht durch Literaturrecherchen im Internet und Patientenportale ersetzt werden.

Interne Evidenz			Externe Evidenz		
Berufs- geführtes Erfahrungswissen	Intuition	Lebens- erfahrung und soziale Kompetenz	Deduktive Theorien	<i>Disease- oriented evidence (DOE- Wissen)</i>	<i>Patient- oriented evidence that matters (POEM- Wissen)</i>
Im Rahmen klinischer Entscheidungen kommt es zur Reflexion der Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Größen: Problemorientierte Medizin = Externe Evidenz Fallorientierte Medizin = Interne Evidenz					

Abbildung 1: Grundlegende Formen der Evidenz

Wir alle kennen die Grenzen und Lücken der externen Evidenz. Ich verdeutliche das an einigen Beispielen.

- **Deduktive Theorien:** Wenn durch eine Östrogenbehandlung die Hitzewallungen besser werden, sind Östrogene umgekehrt auch die Auslöser der Hitzewallungen. Falsch! Es ist völlig unbekannt, durch welche Substanzen oder Vorgänge Hitzewallungen ausgelöst werden. Etwa 40% aller Frauen haben keine Hitzewallungen, obwohl sie dieselben Östrogenverläufe aufweisen wie die Frauen mit Hitzewallungen.
- **DOE-Wissen:** Im Tierexperiment bewirkt eine Östrogeninjektion eine Gefäß-

¹ siehe *Mühlhauser* und *Meyer* in diesem Band.

erweiterung. Also geben wir Frauen mit verengten Herzkranzgefäßen Östrogene zur Herzinfarktprophylaxe. Falsch!

- *POEM*-Wissen: Die *HERS*-Studie besagt: Von 69 Frauen mit Koronarer Herzkrankheit, die postmenopausal eine Hormontherapie beginnen, wird eine Frau im Laufe des ersten Therapiejahres ein kardiovaskuläres Ereignis erleiden, das sie ohne Hormontherapie nicht bekommen hätte (Hulley 1998).

Interne Evidenz hat genauso ihre Schwächen und blinden Flecke und kann damit zu Fehlbehandlungen führen. Ich möchte Ihnen einige Beispiele geben.

- Selektionsbias: In medizinischen Zusammenhängen, also z.B. in unserer Praxis, treffen wir überwiegend auf Menschen, die krank sind. Die Erfahrungen und Erkenntnisse, die wir aus der Arbeit mit kranken Menschen gewinnen, sind nicht auf gesunde Menschen übertragbar. Wenn ich davon ausgehe, dass eine Frau, die zur Früherkennungsuntersuchung kommt und zufällig in den Wechseljahren ist, beunruhigende Informationen oder gar Behandlungsvorschläge zu den Wechseljahren braucht, stülpe ich ihr mein negatives Vorurteil, das ich aus meinen Erfahrungen mit kranken Frauen gewonnen habe, über. Vielleicht wäre sie ohne meine Intervention nie auf die Idee gekommen, sie könnte behandlungsbedürftig sein. Dieser Fehler wurde mit der Hormontherapie häufig gemacht.
- Spontanschwankungen: Sie spielen bei Hitzewallungen eine große Rolle, weil Hitzewallungen im Allgemeinen phasenhaft verlaufen. Bei manchen Frauen dauern die Phasen drei Tage, bei anderen drei Wochen oder drei Monate. Hitzewallungen verlaufen eigentlich nie gleichmäßig und kontinuierlich. Wenn eine Frau nach einigen Selbstbehandlungsversuchen (s. begleitende Therapiemaßnahmen) endlich einen Termin bekommen hat und der Ärztin gegenüber sitzt, haben die Beschwerden häufig bereits ihren Gipfel überschritten. Dann ist es ein Trugschluss, die Besserung auf die ärztliche Intervention, oder noch reduktionistischer, allein auf das Medikament zurückzuführen. Dieser Trugschluss kann die Patientin in ein Gefühl der Abhängigkeit von dem Medikament bringen und kann die Wahrnehmung der Ärztin im Sinne einer Überschätzung der Arzneimittelwirkung verzerren.
- Emotionale Beteiligung: Ohne emotionale Beteiligung gibt es keine vertrauensvolle Arzt/Ärztin-Patientinnen-Beziehung. Aber ein emotional ergreifendes Erlebnis kann auf der anderen Seite die Wahrnehmung der Ärztin verzerren. Stellen Sie sich vor, ich verordne einer Patientin ein Hormonpräparat und drei Monate später ist sie tot: Lungenembolie. Was glauben Sie, wie viel Raum dieses Ereignis in meiner internen Evidenz einnimmt? Meistens soviel, dass ich zunächst überhaupt nicht mehr in der Lage bin, die externe Evidenz als Korrektiv zur Kenntnis zu nehmen. Eine Zahl wie 1 auf 100.000 interessiert mich in dem Moment überhaupt nicht. Ich brauche also eine Balint- oder Supervisionsgruppe, um dieses Ereignis zu bewältigen und meinen Blick wieder zu öffnen.

3 Was wollen Frauen – Was brauchen Frauen?

Mit welchen Bedürfnissen kommen wechseljährige Frauen in die Praxis und wie antworten wir auf die Bedürfnisse?

- Mit akuten Beschwerden, z.B. anhaltenden Schlafstörungen

Akutertermine erfordern in kurzer Zeit (z.B. 10 Min.) die Strukturierung komplexer Probleme und rasches Handeln.

Beispiel: Patientin hat seit einer Woche extreme nächtliche Hitzewallungen, so dass sie sich mehrmals nachts umziehen muss und kein Auge zumachen kann. Sie ist belastet durch hohe Anforderungen am Arbeitsplatz und drohenden Arbeitsplatzverlust. Akutmaßnahme: drei Tage Arbeitsunfähigkeit und Gesprächstermin vor Wiederaufnahme der Arbeit.

- Mit anhaltenden Beschwerden, z.B. Hitzewallungen und Herzrasen

Regeltermine ermöglichen, ein Einverständnis herzustellen über Prioritäten sowie Art und Ausmaß des Gesprächs- und Behandlungsbedarfs.

Beispiel 1: Eine Frau berichtet im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung, dass die Periode drei Monate ausgeblieben ist und dass sie gelegentlich Wärmewallungen verspürt. Sie möchte wissen, ob sie etwas tun muss. Maßnahme: Wenn es ihr gut geht, muss sie nichts tun. Wenn sie mehr Informationsbedarf hat, kann sie zu dem Vortrag in vier Wochen kommen.

Beispiel 2: Eine Frau leidet seit sechs Monaten an Hitzewallungen, die sie in ihren sozialen Kontakten behindern. Sie wird im Kundengespräch regelmäßig verunsichert, verlegen, peinlich berührt, wenn ihr der Schweiß auf der Stirn steht. Sie hat schon pflanzliche Mittel ausprobiert, die nichts verändert haben. Maßnahme: Sie kann sich für eine Hormontherapie entscheiden und/oder einen Gesprächstermin ausmachen. Im Gespräch geht es dann darum, Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln: Lebensstilveränderungen (Sport, Ernährung), Hormontherapie (Vor- und Nachteile, Ängste und Hoffnungen), Förderung der psychosozialen Selbstbehauptung.

- Mit Gesprächs- und Informationsbedarf, z.B. über die Wahrnehmung körperlicher Veränderungen wie: Mein Bauch wird immer dicker oder über vorweg genommene Ängste vor Alter und Krankheit (Stichwort Osteoporoseprophylaxe)

Gesprächstermine von 30- oder 50-minütiger Dauer bezüglich jetzt wahrgenommener Körperveränderungen und/oder Befürchtung zukünftiger Veränderungen (Alter + Krankheit) ermöglichen Entscheidungsfindung und Handlungsorientierung.

Beispiel 1: Eine Frau hat das Angebot für einen Gesprächstermin angenommen, weil sie sich in ihrem Körper nicht mehr wohl fühlt. Der Bauch wird immer dicker und sie möchte wissen, ob Hormone daran etwas ändern können. Maßnahme: Im Gespräch

erkläre ich die altersbedingten Veränderungen der Figur, die mehr mit den im Verlaufe des gesamten Lebens abfallenden Wachstumshormonkonzentrationen zu tun haben als mit den Östrogenen. Am wirksamsten kann sie darauf Einfluss nehmen durch Ausdauersport, z.B. 2-3-mal pro Woche 30-50 Minuten sportliche Betätigung bei einer Pulsfrequenz von 130-140 pm und durch eine Ernährung, die arm ist an gesättigten Fetten, an kurzkettigen Kohlenhydraten und an Alkohol.

Beispiel 2: Eine Frau, die früher über mehrere Jahre eine Essstörung mit Untergewicht hatte, sorgt sich um ihre Knochengesundheit. Sie möchte eigentlich keine Hormone nehmen, möchte aber auch nichts unterlassen, was sie später bereuen könnte. Es geht in dem Gespräch darum, sich ein Bild von dem Ausmaß der destabilisierenden und stabilisierenden Faktoren zu machen, zu entscheiden, ob eine Knochendichtemessung Therapie-relevante Ergebnisse bringen könnte und welche Möglichkeiten sie heute hat, ihr Skelettsystem zu stabilisieren.

- Wunsch nach weitergehenden Informationen, z.B. nach Veranstaltungen, Fernsehsendungen

Vorträge: *Wechseljahre – Wohlfühl* (Dr. med. Maria J. Beckermann), *Ernährung für Frauen zwischen 40 und 60* (Dr. oec.troph. Antonie Danz).

Ich veranstalte etwa alle sechs Monate in der Praxis einen Vortrag unter dem Titel *Wechseljahre – Wohlfühl*. Meistens kommen 20-30 Teilnehmerinnen. Ich sammle zunächst auf dem Flip-Chart die Fragen der Teilnehmerinnen und sortiere sie unter den Aspekten: Beschwerden, Prävention, Hormontherapie: Vor- und Nachteile, alternative Behandlungsmöglichkeiten. Als roter Faden zieht sich durch den Vortrag: *Empowerment* der Frauen und Demaskierung von negativer Attribuierung, z.B. wenn allen Teilnehmerinnen zu den Wechseljahren nur Beschwerden und Probleme einfallen und nicht ein einziger erfreulicher Aspekt. Ich erzähle dann immer von den Ergebnissen der Untersuchungen von *Schulz-Zehden* (1996/1998), die als Haupttenor ergaben: 1. Frauen in den Wechseljahren fühlen sich wohl, 2. Frauen in den Wechseljahren habe eine hohe Körperakzeptanz, 3. Frauen in den Wechseljahren haben ein positives Körperkonzept. Frau *Dr. Danz*, eine Ernährungswissenschaftlerin, macht ebenfalls manchmal einen Vortrag über Ernährung, speziell zu Phyto-Östrogenen und zu ihrem Ansatz der TCM, entweder für interessierte Frauen oder auch für Multiplikatorinnen wie FrauenärztInnen, HausärztInnen etc.²

- Wunsch nach Austausch: *Geht es anderen Frauen auch wie mir?*

Diskussionen im Anschluss an die Vorträge, Möglichkeit zur Bildung einer Selbsthilfegruppe in der Frauenberatungsstelle. Der Wunsch nach Austausch wird in den Diskussionen nach den Vorträgen meistens sehr deutlich und sehr lebendig. Es

² Vgl. Beitrag von *A. Danz* in diesem Band.

entwickelte sich aber kein Bedürfnis nach kontinuierlichem Austausch, z.B. in Selbsthilfegruppen, so dass ich annehme, dass die Wechseljahre für Frauen kein kontinuierlich belastendes Problem darstellen.

- Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung, z.B. in Lebenskrisen oder nach schweren Verlusterfahrungen

Unterstützung durch psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen der Arbeitsgruppe Psychosomatische Gynäkologie. In der Arbeitsgruppe Psychosomatische Gynäkologie arbeiten psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Frauenärztinnen zusammen. Die Psychotherapeutinnen sind bereit, flexibel auf psychosomatische Erfordernisse einzugehen, z.B. Kriseninterventionen zu machen oder auch nur wenige therapeutische Sitzungen durchzuführen, z.B. in der Schwangerschaft, und damit von dem starren psychotherapeutischen Setting (1 Stunde pro Woche, 25 Stunden pro Antrag) abzuweichen. Wir haben dennoch große Schwierigkeiten in der Vermittlung bei akutem Psychotherapiebedarf, besonders bei Krebspatientinnen.

- Bedarf an Unterstützung zu Lebensstilveränderungen, z.B. Ernährung, Sport, Bewegung

Angebot von *Yogagruppen* (geleitet von *Margit von Scherenberg*) und Ernährungsberatung (*Dr. Antonie Danz*).

Yoga ist eine gute Möglichkeit, Tiefenentspannung zu erlernen, was zu dramatischen Verbesserungen von vegetativen Beschwerden, wie sie oft mit den Wechseljahren einhergehen, führen kann. Außerdem fördert Yoga die Selbstwahrnehmung, die Beweglichkeit und eine Haltung geistiger Klarheit. Es fördert das Erleben, schweigend in eine Gruppe eingebunden zu sein. Die Ernährungsberatung beinhaltet vor allem die Betreuung von Patientinnen über mehrere Termine bei der Ernährungsumstellung nach Traditioneller Chinesischer Medizin.

4 Fallbeispiele

4.1 Fallbeispiel 1: Ich möchte einen Hormonspiegel machen lassen

Frau SZ., 47 Jahre, kommt in die Sprechstunde. Sie ist eine attraktive, jugendlich wirkende Frau mit einem breiten sinnlichen Mund und einem frech geschnittenen Blondschoopf. Ich habe sie schon durch manche Krisenzeit begleitet. Gemessen daran geht es ihr heute eigentlich gut.

So frage ich nach ihrem heutigen Anliegen. *„Ich möchte, dass Sie mal einen Hormonspiegel machen. Ich habe das Gefühl, dass da etwas bei mir nicht stimmt.“* - *„Was erhoffen Sie sich denn von der Hormonbestimmung?“* - *„Na ja, einfach zu wissen, wo ich stehe.“* - *„Wo Sie stehen in Bezug auf die Wechseljahre? Wie ist denn ihre Periode?“* - *„Die kommt ganz regelmäßig, manchmal auch erst nach 6 Wochen, aber das kenne ich ja schon lange“* - *„Genügt es Ihnen nicht zu wissen, dass langfristig niedrige Östrogenspiegel zu einem Ausbleiben der Periode führen würden?“* - *„Hm...“* - *„Haben Sie denn Beschwerden? Oder möchten Sie wissen, wo Sie stehen in Bezug auf das Älterwerden?“* - *„Ich hab keine Probleme, älter zu werden. Ich kann die Veränderungen meines Körpers gut akzeptieren. Es ist nur, dass ich nicht weiß, wie lange das mit der Sexualität noch geht“* - *„Wie geht es denn mit der Sexualität?“* - *„Na eben gar nicht. Das ist ja das Problem!“* - *„Haben Sie keine Lust? Oder warum geht es nicht mit der Sexualität?“* - *„Im Gegenteil. Ich würde unheimlich gerne meine Sexualität leben, aber meinem Freund liegt nichts daran. Es gab auch Zeiten, da wollte ich mich schon mal von ihm trennen, weil wir sexuell einfach nicht gut zusammen passen. Aber ich habe mich nun mal entschieden, trotzdem mit ihm zusammenzubleiben. Und nun kriege ich manchmal Panik, dass ich vielleicht nie mehr in meinem Leben sie weint sexuelle Leidenschaft erleben werde, und die Vorstellung finde ich ganz schrecklich.“* sie weint weiter, ich gebe ihr ein Taschentuch ich nicke - *„Das verstehe ich, das ist ja eine traurige Perspektive“*. sie nickt und weint sie schneuzt sich. Sie schaut mich an. Ich zucke mit den Schultern. *„Glauben Sie, ich kann Ihnen irgendwie dabei helfen?“* - *„Ich glaube eigentlich nicht. Ich glaube nicht, dass mir irgendjemand dabei helfen kann. Aber es ist einfach so traurig.“* - *„Also, wenn Sie mich fragen, ich weiß eigentlich nicht, wie Sie zu der Einschätzung gekommen sind, dass Sie keine tiefen sexuellen Erlebnisse mehr haben werden in dem vor Ihnen liegenden Lebensabschnitt. Zum einen weiß ich nicht, ob Sie wirklich alle Möglichkeiten ausgeschöpft haben, Ihre sexuellen Wünsche in dieser Beziehung zu verwirklichen, das können Sie sicher besser beurteilen. Zum anderen müssen Sie bedenken, dass vielleicht noch ein langes Leben vor Ihnen liegt, durchschnittlich mehr als 30 Jahre. Denken Sie mal zurück, was in den letzten 30 Jahren, also seit Sie 17 sind, alles passiert ist in Ihrem Leben? Wieso gehen Sie davon aus, dass in den nächsten 30 Jahren nun überhaupt nichts mehr passieren wird mit Ihrer Sexualität? Die Hormone – und das war ja Ihre Ausgangsfrage – haben*

jedenfalls nichts damit zu tun.“ - „Ja, ich weiß schon, dass mein Problem nichts mit Hormonen zu tun hat. Aber es ist schön, dass Sie mir geholfen haben, das herauszufinden.“

Aussage: Hormone sollen mir die Hoffnung auf die Erfüllung sexueller Leidenschaft erhalten.

P.S. Ich habe der Patientin dann angeboten, ihren Freund mal zu einem Gespräch mitzubringen und hatte inzwischen zwei Gespräche mit dem Paar, um zu klären, ob eine Paartherapie zur Lösung des Problems beitragen kann.

4.2 Fall 2: Meine Hormone spielen verrückt

August 2000

Frau X kommt erstmalig auf Anraten ihres Internisten wegen der Hormone. Sie ist 52 Jahre alt, eine Tochter ist 26 Jahre alt. Seit einem Jahr ist der Zyklus etwas unregelmäßig geworden, die Blutung kommt in Abständen zwischen drei Wochen und drei Monaten. Sie klagt über Hitzewallungen, fühlt sich seit einem Jahr erschöpft, gedrückte Stimmung, antriebsarm.

Meine interne Evidenz: Sie wirkt, als ob es verborgene Probleme gäbe.

Ich biete ihr einen Gesprächstermin an, den sie gerne annimmt.

Sie erzählt ihre Geschichte: die Desillusionierung in der Ehe. Sie ist aus allen Wolken gefallen, als sie erfuhr, dass der Mann eine Geliebte hat. Sie trennt sich nicht, weil sie nicht allein sein kann. Sie sieht auch kein Ziel darin, allein sein zu können. Sie wirkt ängstlich. Angebote: Vermittlung einer Psychotherapie, Antrag für eine Rehabilitationsmaßnahme, Ernährungsberatung, psychosoziale Unterstützung im weiteren Sinne. Sie will darüber nachdenken. Hormone möchte sie nicht.

Juni 2001

Akuttermin: Es geht ihr ganz schlecht, sie hat Hitzewallungen, die ihr richtig wehtun, Haarausfall, Akne. Sie hat Angst und Panikzustände. Ich schlage vor, zweigleisig zu fahren. Gegen die Hitzewallungen Hormone zu versuchen. Die Angst psychotherapeutisch zu behandeln.

August 2001

Akuttermin bei meiner Kollegin: Sie verträgt die Hormone nicht. Sie ist völlig aufgelöst. Die Hitzewallungen sind nicht besser. Der Leib ist furchtbar geschwollen, sie hat Angst vor Gewichtszunahme. Ihre Panik ist, dass der Körper vollständig ihrer Kontrolle entgleitet („Bei Gr. 44 nehme ich mir einen Strick!“) Die Kollegin rät ihr zu psychotherapeutischer Behandlung, evtl. auch medikamentöser Mitbehandlung.

August 2001

Nach zwei Wochen Regeltermin bei mir. Sie wirkt etwas gefasster. Sie ist zur Ernährungsberaterin gegangen und hat mit ihr eine Ernährungsumstellung vereinbart. Sie geht jetzt regelmäßig zu Beratungen zu ihr. Ich reflektiere mit ihr zusammen, was bei ihr abläuft: Die Hitzewallungen überwältigen den Körper und sie kann sie nicht steuern. Sie bekommt Angst vor der totalen Entgleisung des Körpers, besonders die Figur zu verlieren. Angst verstärkt das Schwitzen. Die heftigen Reaktionen des Körpers verstärken das Gefühl von Kontrollverlust und Ohnmacht. Ein Kreislauf. Mit der Ernährung kann sie aktiv in den Kreislauf eingreifen und ihren Körper, besonders die Figur, wieder in Griff kriegen und gleichzeitig gut für ihn sorgen.

Dezember 2001

Es geht besser. Die Depressionen sind nicht mehr so schlimm, sie weiß nicht wieso, vielleicht durch die veränderte Ernährung? Der Haarausfall ist besser. Sie berührt ganz vorsichtig ihre Ängste vor dem Älterwerden und davor, die Attraktivität zu verlieren.

April 2002

Heute steht die Krebsfrüherkennungsuntersuchung an. Sie nimmt jetzt Cimicifuga plus Johanniskraut aus Angst, dass die Depressionen wiederkommen. Die Beziehung zu ihrem Mann ist besser geworden, sie kann sich wieder auf den Kontakt mit ihm einlassen.

September 2002

Besprechung: Mammographieergebnisse bei Mikrokalk. Als ich ihr sage, dass ich drei Monate nicht da bin, schießen ihr die Tränen in die Augen: Sie braucht einen Ort, wo sie hingehen kann, wenn es ihr schlecht geht. Ich versuche sie zu trösten, dass meine Vertreterin sich immer Zeit für sie nehmen wird, wenn sie das braucht.

Aussage: Gefühle von Ohnmacht und Kontrollverlust sind mächtige Stressoren: „Ich brauche einen sicheren Ort, den finde ich bei meiner Frauenärztin.“

P.S. Januar 2003

Nach meiner Rückkehr rufe ich sie an und frage, wie es ihr ergangen ist. Ganz gut, sagt sie. Sie hat keine Krisenintervention in Anspruch nehmen müssen. Sie kommt im April wieder zur Vorsorge.

4.3 Fall 3: Ich brauche natürliche Hormone

Frau Y. ist 48 Jahre alt und in der Medienbranche tätig. Sie hat sich selbst umfassend informiert zu Wechseljahren und verlangt von der Ärztin, dass sie ihr genau die Hormonpräparate verschreibt, die sie für sich als die bestmögliche Behandlung erachtet. Die von ihr gewählten Präparate sind aber deutlich teurer als diejenigen, die die Ärztin ihr aufgeschrieben hat. Patientin und Ärztin verstricken sich jetzt in einen Kampf, ohne dass den Beteiligten klar ist, worum es überhaupt geht. Die Ärztin schickt die Patientin zu mir zu einem Beratungsgespräch.

In 50 Minuten kann ich der Frau Zeit geben, über ihre Situation zu sprechen. Folgende Konfliktlagen werden deutlich:

1. Sie hat Angst vor Brustkrebs, weil ihre Schwester Brustkrebs hat, und sie weiß, dass sie durch eine Hormoneinnahme ihr Brustkrebsrisiko erhöht.
2. Gleichzeitig möchte sie Hormone einnehmen, weil sie ein beruflich ambitioniertes Projekt verfolgt, und sie ist der Überzeugung, dass sie das ohne Hormone nicht schafft.

Die Hormoneinnahme ist für sie also sehr ambivalent, einerseits eine Bedrohung und sie hat ein schlechtes Gewissen, andererseits hat sie das Gefühl, in ihrer Leistungsfähigkeit von Hormonen abhängig zu sein.

Sie versucht, den Konflikt zu lösen, indem sie sich die bestmöglichen Informationen besorgt und – wenn sie schon Hormone einnehmen muss, um leistungsfähig zu bleiben - wenigstens die zu nehmen, die am wenigsten schädlich sind.

Mein Ziel in dem Gespräch ist zuerst, die starren Fixierungen zu lösen:

Ich relativiere ihre Angst vor Brustkrebs mit folgenden Argumenten: Das Brustkrebsrisiko steigt mit der Einnahmedauer. In den ersten fünf Jahren bekommen 38 von 10.000 Frauen pro Jahr Brustkrebs, wenn sie Hormone einnehmen, während 30 von 10.000 Frauen pro Jahr Brustkrebs bekommen, wenn sie keine Hormone einnehmen. Sie nimmt die Hormone gerade erst drei Monate. Ihr berufliches Projekt ist geplant für ein Jahr. Sie kann danach neu entscheiden.

Zudem ist das Brustkrebsrisiko abhängig von der Gesamtlebenszeitexposition gegenüber Östrogenen. Wenn sie die Hormone einnimmt nach der Menopause und damit die Expositionszeit verlängert, hat das vermutlich eine andere Risikosteigerung zur Folge, als wenn sie es zwischen 45 und 50 Jahren einnimmt, wo die Eierstöcke selbst noch Östrogene produzieren.

Sie bekommt die *Erlaubnis* Hormone einzunehmen, um ihre *egoistischen Ziele* zu verfolgen und wird von Schuldgefühlen entlastet.

Gleichzeitig ermutige ich sie, die Abhängigkeit ihres Wohlbefindens von den Hormonen zu hinterfragen, es muss ja nicht jetzt gleich sein. Sie kann die Dosis

reduzieren, sie kann durch Veränderung ihres Lebensstils das Vertrauen wieder gewinnen, die körperliche Umstellung aus eigener Kraft zu bewältigen, zu einem Zeitpunkt, den sie selbst wählen kann. Jetzt kann sie sich das nicht vorstellen, aber vielleicht in einem Jahr.

Drittens bestärke ich sie in ihrer aktiven Bewältigungsstrategie, sich gut zu informieren („*Es ist ja toll, dass Sie sich soviel Wissen angeeignet haben. Gut informierte Patientinnen sind für uns ÄrztInnen eine Entlastung, weil sie sehr viel Verantwortung für sich selbst übernehmen können.*“) Gegen die Medikamente, die sie für sich als passend ausgesucht hat, ist nichts einzuwenden (es ging hauptsächlich um *natürliches* Progesteron statt *künstlicher* Gestagene). Solange unser Budget das zulässt, können wir es auch verschreiben.

Seither gibt es keine Kommunikationsprobleme mehr zwischen ihr und ihrer Ärztin. Sie ist eine völlig unkomplizierte Patientin geworden.

Aussage: Ich darf Hormone für meine persönlichen Ziele einsetzen.

4.4 Fall 4: Das ist doch die Höhe!

Eine 51-jährige Frau stellte sich sehr aufgeregt in meiner Sprechstunde vor. Bevor ich wusste, worum es ging, hätte ich sie beschrieben als aufgeregt und wutentbrannt. Ich war also neugierig zu erfahren, was ihren Zorn heraufbeschworen hatte. „*Meine Menstruation ist ausgeblieben.*“ „*Hm*“, dachte ich, „*das kann doch nicht alles sein. Eine 51-jährige Frau muss doch damit rechnen, dass ihre Periode ausbleibt.*“ Aber ihr musste ich es erklären: „*Das werden die Wechseljahre sein - oder könnten Sie schwanger sein?*“ Da leuchteten ihre Augen. Ich zog diesen Gedanken kaum ernsthaft in Betracht (obwohl es nicht unmöglich wäre), und auch sie wusste sehr wohl, dass sie nicht schwanger war. Aber wir waren genau an ihrem heißen Punkt. „*Stellen Sie sich mal vor*“, schoss es aus ihr heraus, „*letzte Woche hat meine Tochter zum ersten Mal meine Periode gekriegt und ich bin jetzt eine Woche überfällig.*“ Sie hatte ihren Versprecher gar nicht registriert, aber ich knüpfte an ihn an: „*Sie sind also der Meinung, dass Ihre Tochter **Ihre** Periode bekommen hat. Jetzt verstehe ich auch Ihre Wut.*“ Sie sah mich mit großen Augen an. Für mich war die Wut jetzt gut nachvollziehbar. „*Und was soll ich jetzt tun?*“ Ich zuckte mit den Schultern. „*Wie fühlen Sie sich denn jetzt?*“ „*Ich habe jetzt ein schlechtes Gewissen meiner Tochter gegenüber, weil sie ja auch nichts dafür kann.*“ Ich tröstete sie, dass es doch ein Zeichen dafür ist, wie wichtig die Menstruation für sie ist oder war, wenn es ihr so schwer fällt, sie abzugeben. Mir fiel ein Buch ein, in dem es um die Bearbeitung dieses Themas in einer Traumanalyse nach *Jung* geht (Ann Mankowitz 1984/1994). Dieses Buch empfahl ich ihr und machte ein Gesprächsangebot bei Bedarf.

Aussage: Abschied und Neubeginn

Literatur:

- Ginsburg J, Hardiman P (1994). The menopausal hot flush: facts and fancies. In: Berg G, Hammar M (eds). The modern management of the menopause. New York/London: The Parthenon Publishing Group
- Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. JAMA 280(7): 605-613
- Mankowitz A (1994). Auf neue Weise fruchtbar – Der seelische Prozess der Wechseljahre. München: dtv
- Siebolds M (2001). Tutoren-Ausbildung der KVNO (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)
- Schultz-Zehden B (1996). Körpererleben im Klimakterium. Forschungsberichte zur Medizinischen und Klinischen Psychologie Bd. 1. München/Wien: Pofil Verlag
- Schultz-Zehden B (1998). FrauenGesundheit in und nach den Wechseljahren. Die 1000 Frauen-Studie. Gladenbach: Verlag Klemkes

Wechseljahre in Bewegung. Frauengesundheitsbewegt Interessen vertreten.

Sylvia Groth

1 Einführung

Aktive Frauen der Frauengesundheitsbewegung, so auch ich, beschäftigen sich seit 25 Jahren mit den Wechseljahren. Sie haben Frauen dazu beraten, informiert, aktiviert, sich mit ÄrztInnen gestritten, über den Wechsel geschrieben und die Medien genutzt. Und die Aktivistinnen sind inzwischen selbst im Wechsel. Was haben die Frauen bewirkt, was haben sie erreicht?

Diesen beiden Fragen gehe ich im ersten Teil meines Artikels nach. Dann versuche ich eine Einschätzung, inwieweit die Frauengesundheitsbewegung und die Ergebnisse der *Women's Health Initiative (WHI-Studie)* und anderer Studien über die Hormontherapie die gynäkologische Praxis beeinflussen werden. Zum Abschluss lasse ich einige Expertinnen der Frauengesundheitsbewegung mit ihren vielfältigen und differenzierten Erfahrungen selbst zu Wort kommen.

Meine Beschäftigung mit den Wechseljahren hat früh begonnen und hatte nachhaltige Auswirkungen. Meine Abschlussarbeit in Soziologie schrieb ich 1977 zur Nachkinderphase im Lebenszusammenhang der Frau. Schon hier packte mich die Frage, was ist biologisch, was ist sozial und schon damals war die Antwort eine soziologische. Motiv war auch eine Auseinandersetzung mit der damaligen Lebensphase meiner Mutter. In dieser Lebensphase stehe ich heute.

Nach dem Abschluss meines Studiums stieß ich in den USA im *Feminist Women's Health Center* in Atlanta und im *National Women's Health Network* in Washington D.C. zur Frauengesundheitsbewegung. Ab 1983 bot ich dann über zwölf Jahre im Feministischen Frauengesundheitszentrum Berlin und seit acht Jahren im Frauengesundheitszentrum Graz in Österreich Beratungen, Kurse und Vorträge zum Thema Frauengesundheit und Wechseljahre an. Gleichzeitig war mir immer wichtig, durch öffentlichkeitswirksame Stellungnahmen einen größeren Kreis von Frauen zu erreichen und zu informieren. So schrieben wir 1990 im FFGZ Berlin die erste Broschüre *Wechseljahre – eine Broschüre zur Selbsthilfe*, die es mit Überarbeitungen nun schon in einer Auflage von 80.000 Stück gibt. Durch Presseerklärungen, Vorträge, Artikel und in Podiumsdiskussionen habe ich versucht, kritische Studienergebnisse zu den Wechseljahren öffentlichkeitswirksam zu verbreiten.

Die Frage, wie die Frauengesundheitsbewegung mit den Wechseljahren der Frau umgegangen ist, stellt daher eine Herausforderung für mich dar. Sie ermöglicht mir, auf 25 Jahre Arbeit zu diesem Thema zurückzublicken und zu analysieren, was wir wollten, was wir erreicht haben und wohin die Entwicklung geht. Es ist für mich ein Beitrag, unsere Geschichte als Frauengesundheitsbewegung zu dokumentieren und damit dem Vergessen zu entziehen (Groth 2001, Groth 1999, Schmidt 1988, Stolzenberg, 2000).

Ich habe für diesen Vortrag zur Beschreibung und Analyse des Themenbereiches eine subjektive Vorgehensweise gewählt, die ich durch Literaturangaben verdeutliche. Meine Quellen waren das nun schon klassische Buch *Hexengeflüster*, in der 1. und 2. Auflage, die Clio Nr. 5 (1976), die Broschüre zu den Wechseljahren in den unterschiedlich überarbeiteten Auflagen und die Clio Nr. 26 (1987) mit Artikeln von *Dagmar Zöller*, *Regina Stolzenberg* und eigene Artikel. Auch befragte ich mittels Fragebogen im September 2002 zehn Expertinnen aus den Frauengesundheitszentren und der Profamilia. Diese wurden mir von bundesdeutschen Frauengesundheitsaktivistinnen genannt.

Eine der Schwierigkeiten, die Frauenbewegung zu untersuchen, besteht darin, dass viele lokale Gruppen und Initiativen bestanden und dass es einen Mangel an dokumentierten Informationen gibt¹. Die Frauengesundheitsbewegung war nicht zentralisiert. Es gab nicht nur keinen Vorstand, keine Geschäftsführung, oder einhellige Stellungnahmen, sondern auch keine repräsentative Zeitschrift. Nur ein Forschungsprojekt würde die vielen Facetten dieser Graswurzelbewegung und ihre Auswirkungen auf Frauen und die Politik vollständig nachzeichnen können.

Indem ich den Absichten und Konzepten der Frauengesundheitsbewegung zum Thema Wechseljahre nachgehe, falle ich wieder in das damals, zwischen 1982 und 1995 so vertraute *Wir*. Es war eine gemeinsame Arbeit im Feministischen Frauen Gesundheitszentrum Berlin, in der die Tätigkeit der Einzelnen unter das kollektive *Wir* subsumiert wurde. Einzelne recherchierten und publizierten, doch diese gingen im großen *Wir* auf. Erst viel später erlaubte ich mir, auch die individuelle Arbeit der Frauen zu würdigen und meine eigene Arbeit als solche zu benennen.

Das Feministische Frauengesundheitszentrum Berlin wie auch jetzt das Frauengesundheitszentrum Graz verstehen sich selbst als politisch arbeitende Projekte. Praktisch hieß und heißt dies, Frauen zu stärken, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, ihnen Informationen zu vermitteln und sie auf unterschiedliche Möglichkeiten des Umgangs mit dem Wechsel wie auch mit Beschwerden hinzuweisen. Die gesellschaftliche Dimension war und ist dabei immer zentral. Die Auseinandersetzung

¹ Einer der Erfolge des Feministischen Frauen Gesundheitszentrums Berlin mag denn auch genau hierin liegen: das *Hexengeflüster* und die Zeitschrift *Clio* veranlassten die Mitarbeiterinnen, ihre Erfahrungen und die Ergebnisse ihrer Arbeit immer wieder zu dokumentieren und damit auch zu verbreiten.

mit der schulmedizinischen Sichtweise und ihre kritische Rezeption nahmen und nehmen immer eine, über die Jahre unterschiedlich gewichtige, Stellung ein.

Typisch ist, dass meine Beschäftigung mit den Wechseljahren immer auch die Hormonbehandlung betraf. Die Schwerpunkte von Kursen und Vorträgen waren unterschiedlich, manchmal standen gesellschaftliche, dann psychosoziale oder körperliche und seelische Veränderungen im Vordergrund, ein anderes Mal eher kulturelle Gesichtspunkte. Doch unvermeidlich ging die Diskussion nach einem Vortrag dann um die Fragen: Hormone ja oder nein, und welche Alternativen gibt es? Das heißt, die Schwerpunktsetzung der Schulmedizin, Wechseljahre zu einer Hormonfrage zu machen, bestimmte in hohem Maße unsere Antwort als Frauengesundheitsbewegung. Konsistent mit dieser Verflechtung beziehe ich mich in meinen Überlegungen auch hauptsächlich auf diesen Bereich.

Ich werde zuerst auf den spezifischen Ansatz der Frauengesundheitsbewegung zu den Wechseljahren eingehen. Anhand der Konzepte Natur, Zugang und Qualität möchte ich dann Charakteristika unseres Zugangs beleuchten: Stärken und Schwächen des Ansatzes herausarbeiten.

2 Die Bedeutung der Frauengesundheitsbewegung im Zusammenhang mit zukünftigen Entwicklungen der Hormonbehandlung

Was machte den spezifischen Ansatz der Frauengesundheitsbewegung zu den Wechseljahren aus?

1. Von Anfang an waren wir in der Frauengesundheitsbewegung der Überzeugung, dass die Wechseljahre ein Teil des natürlichen Lebensprozesses der Frau sind. Eine der beständigsten Wiederholungen in allen Veröffentlichungen ist diese Tatsache (Groth 1990). Als natürliche Lebensphase haftet den Wechseljahren kein Krankheitscharakter an. Als Lebensphase von Frauen sahen wir den Wechsel in ihrem persönlichen und gesellschaftlichen Lebenszusammenhang (Bianzono et al. 1977). Von ÄrztInnen hörten Frauen von Beschwerden und Symptomen, von atrophierten Ovarien, klimakterischen Ausfallerscheinungen, von Fehlregulation im Zwischenhirn, einer altersbedingten Mangelsituation u.a.m. (Mc Crea 1983, Martin 1988). In der schulmedizinischen Konstruktion zeichnen sich die Wechseljahre auf diese Weise durch einen Hormonmangel aus, der - folgerichtig - ersetzt werden sollte. (s. Stellungnahme 1988, zurückgehend auf Formulierungen von Wilson, s. Vines 1993, 125f.). Diese Sichtweise definiert damit die Krankheit Frau (Fischer-Homberger 1984). Von ihrer Pubertät bis nach den Wechseljahren sei sie krank und damit behandlungsbedürftig = Medikalisierung (Zola et. al. 1972). Wir versuchten dagegen, eine andere Kultur im Umgang mit den Wechseljahren zu entwickeln. Da Sprache so wichtig ist für die

Schaffung von Bewusstsein, war uns klar, dass die Medizin durch ihre negative Benennung Frauen abwertet und ihr Selbstbild schwächt (Groth und Röring 1990a, b). Durch positive Begriffe propagierten wir ein positives Bild für den Wechsel. Wir entschieden daher bewusst, von körperlichen Veränderungen und entsprechend von Anzeichen für die Wechseljahre zu sprechen. Symptome kennzeichnen dagegen Krankheiten.

2. Wir wiesen auf die Unterschiedlichkeit von Frauen in Bezug auf ihr Erleben der Wechseljahre hin. So ist ihr Erleben abhängig vom sozialen Status, von Überzeugungen, von körperlichen Erfahrungen, von sexueller Orientierung. Ihr Erleben ist geprägt vom Mutter sein oder dem Leben als Frau ohne Kind/er. Ihr Erleben ist abhängig davon, ob sie ihre Sexualität aktiv lebt, wie auch von ihrer kulturellen Zugehörigkeit (Röring 1994a, b).

3. Die Art der Information und die Strategie von ÄrztInnen und von der Pharmaindustrie, Frauen ohne fundierte wissenschaftliche Grundlagen Hormone zu verschreiben, zeigten wir als interessengeleitet auf. Beide Gruppen, ÄrztInnen und die Industrie, hatten die Absicht, Patientinnen und Absatzmärkte zu gewinnen. Als Folge der gesellschaftlichen Macht der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft besteht ein Mangel an unabhängigen und kritischen Informationen und Beratungsmöglichkeiten, dem die Frauengesundheitseinrichtungen mit ihren Angeboten begegnen.

4. Unser entscheidender Vorteil war, dass einige von uns sehr gute Englischkenntnisse aufwiesen. Im deutschsprachigen Raum gab es keine qualitativ hochwertigen Langzeitstudien. Studien, die in Englisch erschienen, wurden nur gefiltert, v.a. über Pharmazeitschriften und pharmafinanzierte Kongresse zur Kenntnis gebracht. Wir haben im Gegensatz dazu über die 25 letzten Jahre qualitätsvolle Untersuchungen, die Probleme der Hormonbehandlung aufzeigten, aufgegriffen und in Beratungen sowie in Vorträge integriert. Wir haben die Studienergebnisse zu Pressemitteilungen verarbeitet, in eigenen Artikeln veröffentlicht und in Broschüren dargestellt. Wir wussten aus überwiegend englischsprachigen Veröffentlichungen, dass die Grundlagen für die Hormonbehandlung wissenschaftlich in Frage stehen und wir haben sie in Frage gestellt. Denn einzelne wissenschaftliche Arbeiten zeigten bereits früh Hinweise auf die Gefährlichkeit (Hemminki 1988). Die Hormonbehandlung haben wir daher frühzeitig als Experiment an Frauen benannt, da Langzeituntersuchungen noch fehlten (Groth 1992, Ernster et al. 1988, Bianzano et al. 1977, Hexengeflüster 2 1976). Wir waren der hiesigen medizinischen Zunft damit um Nasenlängen voraus.

5. Wir sahen die Frau als Expertin für sich selbst, da nur sie über Erfahrungen mit sich selbst verfügt². Wir stellten die Bedeutung des Austausches unter Frauen und die

²Das Konzept des *Empowerment*, was später Eingang in die Definition der Gesundheitsförderung in der *Ottawa Charta* fand, stammt aus dem US-amerikanischen *Community Organizing* und der Frauengesundheitsbewegung.

Selbsthilfe als wichtige Ressourcen der Bewältigung in den Vordergrund. Frauen mit Beschwerden zeigten wir vielfältige Alternativen zu schulmedizinischer Behandlung auf: von Änderungen der Lebenssituation bis zu Veränderungen des Lebensstils, naturheilkundlichen Möglichkeiten und Selbsthilfe.

3 Welche Stärken und Schwächen hat dieser Ansatz der Frauengesundheitsbewegung?

3.1 Natur

Die Frauenbewegung trat an, das sozial Konstruierte des Geschlechts (*gender*) im Gegensatz zum körperlich Naturhaften (*sex*) herauszustellen. Nicht die Natur hat uns zu Frauen gemacht, sondern wir sind sozial so geworden (de Beauvoir 1972). Trotz dieser Analyse blieb die Frauengesundheitsbewegung einem eher traditionellen Naturkonzept verbunden: Es ist natürlich, älter zu werden, die Wechseljahre sind daher eine natürliche körperliche Veränderung, der auch mit natürlichen Methoden zu begegnen ist. Das Natürliche haben wir damit in gewisser Weise verklärt und vom Sozialen gelöst. Wenn eine Frau Probleme hatte, so wurden sie im sozialen Kontext lokalisiert: da die Rollen der Frauen sich änderten, gäbe es sozialen Druck, jung bleiben zu müssen, das gelänge immer schwieriger. Hier waren wir also erneut verfangen in dem Dualismus zwischen Natürlichem und Sozialem. Und so definierten auch wir Frauen über ihre Wechseljahre.

Dieser Dualismus Natur und Soziales war aber ursprünglich einer der Hauptkritikpunkte der Frauengesundheitsbewegung an dem medizinischen Bild der Frau (was ein Abbild des Gesellschaftlichen war), nämlich Frauen naturhaft als Frauen anzusehen. Nur deswegen konnte die Medizin allen das gleiche verordnen: sie definierte, sie hatte die Definitionsmacht und es gelang ihr auch, dies zu vermitteln, dass nämlich Wechselbeschwerden am Hormonmangel liegen und daher nur durch Hormoneinnahme bekämpft werden können.

Wir waren zuversichtlich, dass Frauen keine Hormone nehmen würden, wenn sie ausreichend informiert wären und um deren Auswirkungen wüssten. Die Hoffnung in diese Aufklärung hatte für uns eine große Bedeutung. Wir unterschätzten damit Einiges: die geschickten Marketingstrategien, die Autorität der Ärztinnen und Ärzte, das Bedürfnis vieler Frauen, den Versprechungen zu glauben und ihre Sehnsucht nach einfachen Lösungen.

So haben wir die Rolle der Medizin unterschätzt: Sie bietet für einen Teil der Frauen Orientierung und Trost, auch Ersatz für fehlende emotionale Zuwendung und soziale Anerkennung auf dem von ihr verschriebenen Weg. Ein medikalisiertes Weg kann auch

ein willkommener Weg sein, Ablenkung von der eigenen Situation und von möglichen Bedrohungen durch Veränderungen.

Denn viele Frauen entschieden sich bewusst für die Hormoneinnahme, und dies mit hohen Zuwachsraten. Das heißt, wir haben die Frauen kaum erreicht.

Hormone zu nehmen, kann aber auch auf ein bestimmtes Körperverständnis von Frauen hinweisen. Hier machte *Beate Schultz-Zehden* in ihrer Untersuchung zum Körpererleben im Klimakterium die Unterscheidung in Frauen, die eher ein instrumentelles und die, die eher ein sensibles Körperverständnis haben (Schultz-Zehden 1996). Auch passen Hormone in gewisser Weise zu unserer Zeit und einem bestimmten Verständnis von aktivem Angehen von Problemen, wie für mich jetzt auch wieder die Popularität von Nahrungsergänzungsmitteln und *Anti-Aging* zeigen.

3.2 Zugang

Wir waren die ersten, die auf die Notwendigkeit des Zugangs zu Einrichtungen und Informationen hinwiesen und damit das männliche Expertentum und die Ausgrenzung von Betroffenen angriffen. Die Forderungen, dass Frauen ein Recht darauf haben, informiert zu werden, dass Wissen kein Monopol der Ärzte sein sollte und dass für Frauen unabhängige ganzheitliche Gesundheitseinrichtungen erreichbar sein sollten, das war neu. Vom Postulat zur Umsetzung ist allerdings ein Weg.

Unser differenziertes Frauenbild betonte die Unterschiedlichkeit von Frauen: nach Alter, Schicht, mit Kind/ern oder ohne Kind/er, behindert oder nicht behindert, alleinstehend, in Beziehung, verheiratet, lesbisch oder heterosexuell, usw. Diese postulierte Heterogenität von Frauen hatte allerdings noch wenig praktische Konsequenzen für entsprechend adressierte Projekte. Einschränkung ist zu sagen, dass es aber auch kaum Forschungsergebnisse zu diesen Gruppen von Frauen gab.

Wir sind selbst nicht differenziert vorgegangen, um z.B. speziell für Frauen aus der bildungsungewohnten Schicht Angebote zu entwickeln. Wir haben keine Materialien für bildungsungewohnte Frauen vorbereitet. Genauso wenig haben wir regionale Unterschiede bedacht. So haben Frauen auf dem Land eingeschränkte Möglichkeiten, überhaupt nur zwischen ÄrztInnen zu wählen und eingeschränkten Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen durch Verkehrsverbindungen und lange Wege, wie ich heute aus der Arbeit mit ländlichen Frauen in der Steiermark weiß (Rásky et al. 2002).

Auch haben wir nicht gefragt: Welche Körperkonzepte und welche Bewältigungskonzepte und Ressourcen haben die unterschiedlichen Gruppen von Frauen? Beratungen und Kurse wurden zwar auch für Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen durchgeführt. Aber wir richteten unser Angebot nicht danach aus.

Daher entwickelten die frauengesundheitsbewegten Frauen auch lange keine Angebote für Zielgruppen.

Hätten wir die Bedeutung, die wir dem Sozialen verbal gaben, tatsächlich umgesetzt, hätten wir damals schon Strategien und Projekte zur sozialen Unterstützung von älteren Frauen entwickeln müssen, die in Settings wie Arbeitsplatz oder Gemeinde angesiedelt sind. Sie würden auf strukturelle Veränderungen setzen und nicht die Einsicht und Veränderung letztlich - trotz anderweitiger Aussagen - der individuellen Frau anlasten (Beispiele Bremen Tenever, Frauengesundheitszentrum Leibnitz).

Für dieses Vorgehen gab es verschiedene Gründe. Ein für mich heute nachvollziehbarer Grund ist, dass es uns in den Kursen und Gruppenberatungen auch immer darum ging, dass Frauen miteinander die Erfahrung des Verbindenden im Frausein machten. Das Gemeinsame machte stark, das Trennende sollte überwunden werden. Insofern hätte ein zielgruppenspezifisch ausdifferenziertes Angebot zwar dem Postulat der Unterschiedlichkeit der Frauen entsprochen. Es hätte aber auch Trennendes aufgezeigt.

3.3 Qualität

Nach 25 Jahren Tätigkeit in diesem Bereich stelle ich fest, dass viele der Ansätze, mit denen wir an das Thema Wechseljahre herangegangen sind, nun zum Mainstream gehören. Die Forderung der Frauengesundheitsbewegung nach Qualität wird nun geteilt. Das freut mich. Dazu zählt für mich das Konzept, dass Wechseljahre zu den normalen Lebensveränderungen gehören, aber auch, dass Frauen unabhängige Information und Beratung wünschen. Für Erkenntnisse, die wir nur aufgrund einzelner Studien annahmen, wie ein Krebsrisiko durch Hormone oder effektive Alternativen wie Bewegung und Ernährungsveränderungen zur Vorbeugung von Herz-Kreislaufkrankungen, gibt es nun evidenzbasierte Nachweise (Beckermann 2001, Koch 2002, siehe dazu auch die Materialien unter www.fgz.co.at/links6w1.htm sowie verschiedene Beiträge in dieser Dokumentation).

Einen Hauptgrund dafür, dass wir schon vor vielen Jahren begannen, diese Qualität einzufordern, sehe ich darin, dass es im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum Berlin von Anfang an Mitarbeiterinnen gab, die lange in den USA waren und fließend Englisch sprachen. Sie nahmen die angelsächsische Fachliteratur laufend auf und vermittelten diese Ergebnisse. Als medizinische Laien trauten wir uns, uns in die Fachliteratur einzuarbeiten, die Annahmen und Schlussfolgerungen herauszufordern und in Frage zu stellen. So nutzte ich im Zeitalter vor dem Internet Mitte der Achtziger Jahre regelmäßig die Bibliothek unseres Lieblingsfeindes Schering in Berlin, um qualitativ hochwertige Studien zu finden und in unseren Veröffentlichungen zu verbreiten. Dieser Zugang zu den Quellen ermöglichte uns die Einsicht: Je höher wir in die wissenschaftlichen Ränge gingen, desto kritischer sahen Studien eine routinemäßige Hormongabe.

Der seit Jahren immer wieder gegen unsere Kritik vorgebrachte Vorwurf, unsere Informationen verunsicherten die Frauen, entlarvt sich als genau anders herum zutreffend. Die Medizin verunsichert. Wir erkannten diese Unsicherheit und über-

setzten sie: aus dem Englischen ins Deutsche, aus dem Medizinischen in die Laiensprache. Dies taten wir gemäß unserer Selbstdefinition als Interessenvertreterin - für interessierte und betroffene Frauen. Wir beruhigten damit viele Frauen, indem wir zu ihrer informierten Entscheidung beitrugen und sie unterstützten.

In dieser doppelten Übersetzungsfunktion, vom Englischen ins Deutsche, von den Experten zu den Betroffenen, sehe ich eine der wichtigsten Leistungen der Frauengesundheitsbewegung³. Bücher wie das von *Ivan Illich* zur Kritik der Medikalisierung des Lebens wiesen den Weg (Illich 1975). Damit initiierten wir das, was heute unter dem Begriff Qualitätssicherung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen als eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsversorgung angesehen wird.

Die Frauengesundheitsbewegung war meines Wissens auch die Erste, die den Begriff Hormonersatztherapie selbst in Frage stellte: wenn nichts fehlt, braucht nichts ersetzt zu werden. Daher verwendete ich in der Broschüre Wechseljahre ganz bewusst den Begriff Hormonbehandlung. Dies fand ich nun in einem Artikel der *New York Times* vom 27. Oktober 2002:

„It is now official: no longer will the hormones many women take at menopause be called „hormone replacement therapy“. As the National Institutes of Health announced last week, treatment with estrogens and progestins is now to be called „menopausal hormone therapy“. The hormone never was a replacement and never did restore the physiology of youth, and the treatment name should reflect that federal scientists and Food and Drug Administration officials said“ (Kolata 2002).

Auch den Tipp an Frauen, wie sie mit den Hormonen wieder aufhören können, der seit Jahren zu unseren Beratungen gehört, las ich nun in den Empfehlungen der *New Zealand Guidelines Group* (2002): Nicht radikal aufhören, sondern über Monate bei zunehmend verringerter Dosis ausschleichen.

Die Tatsache, dass diese Konzepte nun von vielen geteilt und verbreitet werden, ist sehr erfreulich. Es ist ein Beweis, wie fortschrittlich wir mit dieser Herangehensweise waren. Dies heißt aber nun nicht, dass die Frauengesundheitsbewegung dafür Anerkennung fände. Nun ist das bei vielen anderen Konzepten auch so, dass VorreiterInnen etwas „erfinden“, was sich später durchsetzt. Nur wenige wissen, wo eine Idee oder ein Konzept ursprünglich herkommt. Hier allerdings ist für mich die Gelegenheit, diese Geschichte zu dokumentieren.

In den letzten zehn Jahren hat die Frauengesundheitsbewegung geschafft, ihre Themen zu verbreiten, durch kritische Medizinjournalistinnen, die sie aufgreifen, durch

³ Sie wird damit auch ihrer Vermittlungsfunktion als *non governmental organisation* gerecht, kommunikativ anschlussfähig gegenüber unterschiedlichen Leistungsadressatinnen zu sein (Zauner, Simsa 2002).

Professionelle und Politikerinnen in Organisationen und Parteien, die die Themen einbringen, durch Organisationen wie den Bundesverband der Frauengesundheitszentren, den AKF (Arbeitskreis Frauen in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft), das *EWHNet* (*European Womens Health Network*) und in Österreich das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren sowie Forscherinnen an den Universitäten und Forschungseinrichtungen. Auch die Frauengesundheitsberichte haben viel dazu beigetragen, unsere Anliegen in der Politik zu verankern.

Besonders hervorheben möchte ich: Wir arbeiten heute zunehmend vernetzt. Die Rezeption der *HERS-* (*Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*) und *WHI-* Studien in Deutschland und in Österreich wäre nie so erfolgreich gewesen, wenn wir nicht im Sommer und Herbst 2002 intensiv die persönliche und E-mail-Vernetzung genutzt hätten. Und auch dieser Kongress *wechseljahre multidisziplinär*, den so verschiedene Kooperationspartnerinnen großartig organisiert haben, zeigt für mich deutlich die Kompetenz und Stärke der Frauengesundheitsbewegung, mit allen professionellen Veränderungen, die die engagierten Frauen über die Jahre in und außerhalb von Institutionen erreicht haben.

4 Inwieweit werden die Frauengesundheitsbewegung und die Ergebnisse der Studien über die Hormontherapie die gynäkologische Praxis beeinflussen?

Vereinzelt sicher, grundsätzlich vielleicht nicht.

VerbraucherInnen und Patientinnenorganisationen sind zwar stärker geworden, der AKF und der Bundesverband der Frauengesundheitszentren arbeiten professionell und mit zunehmend wirksamer und vernetzter Öffentlichkeitsarbeit. Aber: Es gibt eine starke gesellschaftliche Entwicklung, die für Hormoneinnahmen spricht.

1. Die Zahl der GynäkologInnen steigt, es gibt eine mächtige Pharma- und Medizingeräteindustrie auf der Suche nach ihrem Markt und eine sinkende Geburtenzahl. Eine gynäkologische Praxis rentiert sich, wenn sie sich – positiv formuliert – auf Vorsorge und Früherkennung spezialisiert; negativ formuliert: wenn gesunde Frauen für krank erklärt werden, Frauen diese Auffassung akzeptieren und den entsprechenden Therapieempfehlungen folgen.

Wenn Frauen sich erst dann wohlfühlen, wenn sie in immer kürzeren Abständen eine Bestätigung für ihre Gesundheit durch die Gynäkologie einholen, ermöglicht diese Allianz zwischen Interessen der Ärzteschaft und der Pharmaindustrie mit verunsicherten und gläubigen Patientinnen einen massenhaften Absatz und eine massenhafte Einnahme von Hormonen. Die Strukturen sind das Problem: hohe ÄrztInnen-dichte, ÄrztInnen als Privat-UnternehmerInnen, Konkurrenz, fehlende Transparenz, keine Leitlinien und öffentliche Kontrolle etc.

2. Würden wir als Indikator für den Erfolg oder Misserfolg der Frauengesundheitsbewegung die Verschreibungszahlen von Hormonen in und nach dem Wechsel wählen, so müssten wir die Arbeit als gescheitert erklären. In dem Zeitraum, seitdem die Frauengesundheitsbewegung aktiv ist, ist der Konsum um das acht - bis zehnfache gestiegen.

3. Wenn das Marketing von angeblich nötigen Interventionen im und nach dem Wechsel sich nun mit *Anti-Aging*-, Gesundheits- und Schönheitsversprechungen tarnt und pseudoreligiösen Charakter bekommt, bleibt die Notwendigkeit von medikamentösen Interventionen erhalten. Viele Frauen nehmen dies an. Das müssen wir zur Kenntnis nehmen.

Auf der Seite der Frauen tragen das Schönheitsideal der Jugendlichkeit und ihr Wunsch, diesem Bild zu entsprechen, zur Nutzung der kommerziellen Angebote der Medizin und Schönheitsindustrie bei. Der Wunsch, jung bleiben zu wollen, ist kulturgeschichtlich alt, die Form dazu Hormone zu verwenden ist modern.

4. Das Anti-Aging-Gewand gibt sich nämlich modernistisch. Der medienferne österreichische Hormonpapst (Verbindung Medizin Religion) rekurriert auf die Molekularbiologie, um im neuen Jahrtausend, jenseits von evidenzbasierter Medizin, auf die genetische Notwendigkeit und Steuerung von Hormoneinnahmen zu verweisen. Von unseren rund 38.000 Genen seien 5.000 in ihrer Expression von Sexualsteroiden moduliert: „*Dies ergibt einen völlig neuen Aspekt in der Hormonersatztherapie, die sich von den alten Themen - Osteoporose, kardiovaskuläres Risiko et cetera - langsam verabschieden muss, um den Vorgaben der Molekularbiologie gerecht zu werden.*“ (Huber 2002, 3) Die Polymorphismen böten nämlich die Erklärung für die Ergebnisse der *HERS*- und *WHI*-Studie. Das *unerwartet hohe Auftreten* thromboembolischer bzw. kardiovaskulärer Erkrankungen bei Hormonbehandlungen deute auf genetische Prädispositionen hin, *was völlig neue Betrachtungsweisen für viele klinische Probleme anbahnt*. Mit Gentests ließe sich feststellen, wer zu Komplikationen neigt. Daher würden dann nur noch diejenigen Hormone erhalten, die sie wirklich brauchen und die sie vertragen.

Markus Metka, ein Mitarbeiter *Hubers*, formuliert nach dem Menopausenkongress 2003 in Wien: „*Waren wir früher bemüht, fehlende Hormone einfach 'nachzuschütten', so geht es uns heute um die Modulation des Systems ... Die HRT ist im Prinzip die erste und auch die einzige nachgewiesenermaßen wirksame Anti-Aging-Therapie ... Wir haben in Europa und vor allem in Wien mit einer differenzierten Hormonersatztherapie und Life-Style-Medizin etwas Großartiges geschaffen. Jetzt ist es wichtig, diese Leistungen nicht durch amerikanische Studien – wie etwa die WHI – in schlechtem Licht erscheinen zu lassen!*“ (o.V. 2003):

Zum einen zeigt sich an solchen medienwirksamen Äußerungen, dass noch kein Grund zur Hoffnung besteht, die Hormonbehandlung würde innerhalb der GynäkologInnen-schaft kritischer gesehen. Nach *Ingrid Mühlhauser* weist genau dies zum anderen auf

eine Entwicklung hin, in der die Medizin wieder zurück von einer Wissenschaft zu einer Kunst geht. Betont wird die ärztliche Kunst statt wissenschaftliche Überprüfbarkeit. Damit regrediert das ärztliche Denken auf ein vorwissenschaftliches Stadium (Mühlhauser 2002). Denn für diese Vorgehensweise, Hormone als *Anti-Aging* zu nutzen, gibt es keine randomisierten klinischen Studien und sie bleibt den Nachweis des Nicht-Schadens schuldig. Genau das ist aber der Weg, mit dem die Gynäkologie die Studienergebnisse von *WHI* und *HERS* bewältigt.

Hier schließt sich die Frage an, was brauchen Frauen, die durchschauen, dass sie eine bestimmte Zielgruppe von Teilen der Ärzteschaft und Pharmaindustrie sind? Vorausgesetzt, sie wollen es durchschauen. Frauen müssen heute unter hohen Belastungen und vielen, auch selbstgewählten, Anforderungen funktionieren. Hier machen Medikamente, aber in zunehmendem Maße auch Nahrungsergänzungsmittel, sie glauben, durch deren Einnahme dies schaffen zu können.

5 Welche Wege stehen uns also offen?

Ältere und alte Menschen sind ein Markt. Die Demographie weist einen großen und wachsenden Anteil dieser Bevölkerungsgruppe aus. Wenn es einen Markt gibt, „*findet sich unweigerlich jemand, der ihn ausbeutet, daher sind Fragen wie 'Brauchen wir das?' oder 'Kann es uns schaden?' von vorneherein abwegig*“ (Franzen 2002, 194). Konsumentinnen und Patientinnen haben, nicht zuletzt durch die Aktivitäten der Frauengesundheits- und Selbsthilfebewegung eine gestärkte Stellung als Akteurinnen in gesundheitlichen Entscheidungen und gesundheitspolitischen Planungen erhalten. Auch gibt es zunehmend kritische ÄrztInnen, die *shared decision making* unterstützen. Medizinjournalistinnen und Medien kommt hier eine wichtige Rolle zu, wissenschaftliche Studienergebnisse der Öffentlichkeit zu vermitteln. Möglicherweise gibt es auch eine wachsende Gegenbewegung zu dem zunehmend technisch vermittelten Verständnis von menschlichen gesellschaftlichen Lebensformen. Diese legt Wert auf eine an lokalen und regionalen Erfordernissen und Produkten orientierte Lebensweise, die auf die Nachhaltigkeit der Lebensgrundlagen schaut und die Körperlichkeit von Frauen und Männern nicht gänzlich transformieren möchte.

Älterwerden passiert am eigenen Leib. Da nun auch die Frauen der Frauengesundheitsbewegung in diesem Alter sind, haben wir natürlich ein breiteres Verständnis des Erlebens dieser Lebensphase. Als junge Küken schrieben die Hexengeflüsterinnen noch: „*Welcher Frau stehen die Wechseljahre nicht bevor? Wieso ist dies eine Entwicklung in unserem Körper, der wir fast alle ungern entgegensehen?*“ (Hexengeflüster 1976, 125).

Als selbst wechselelfahrene Aktivistin in Sachen Frauengesundheit sehe ich das heute fältig differenziert und gelassener. Allerdings kann ich vieles dessen, was mir Frauen über die Jahre an Leibempfindungen schilderten, auch besser verstehen. Die Medizin

allerdings, und ich möchte da insbesondere für meine Beobachtungen in Österreich sprechen, erfindet gerade neue *individualisierte* Hormonindikationen für das *Anti-Aging*. Da fällt es mir dann wieder sehr schwer gelassen zu bleiben, und ich sehe nach wie vor die Notwendigkeit, mit unseren erprobten Weisen, frauenbewegt, kritisch, mit Hitze und Wut, als mittlerweile professionelle Advokatin Frauengesundheitsinteressen zu vertreten.

Nach wie vor erscheinen mir das Empowerment wie auch strukturelle Veränderungen Erfolg versprechende Strategien zu sein, eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zu erreichen: Frauen stärken, sich selbst und ihre körperlichen Erfahrungen ernst zu nehmen (und nicht so leicht den ExpertInnen zu glauben), diese Erfahrungen auch weiterzuerzählen, um von sehr differenzierten, unterschiedlichen Erfahrungen benennenden Leibgeschichten zu *herstories* zu kommen.

6 Stimmen der Frauengesundheitsbewegung: Befragung von Expertinnen im Herbst 2002

Im September 2002 schrieb ich in Vorbereitung meines Vortrags zehn Expertinnen aus der Frauengesundheitsbewegung an und bat sie, mir nach einem Fragebogen ihre Erfahrungen mitzuteilen. Im Folgenden Auszüge aus den sechs Antworten.

Bezogen auf die Angebote hat sich über die Jahre die Schwerpunktsetzung der Frauengesundheitszentren verändert. Standen früher Kurse und Gruppenangebote im Vordergrund, waren sich heute die von mir befragten Expertinnen einig, dass eine Frau schnelle und konkrete Information benötige, die sie nicht mehr in längerfristigen Treffen gewinnen wollte. Hormone blieben ein wichtiges Thema, Frauen wollten allerdings schnelle Alternativen, die Symptome beseitigen.

„Wir machen nach wie vor Beratungen und Veranstaltungen zu den Wechseljahren. Kurse gibt es seit Mitte der Neunziger keine mehr, da Frauen sich generell nicht mehr so viel Zeit für ein Thema nehmen. Frauen wollen heute schneller und gezielter informiert werden, das ist einfach Zeitgeist“ (Burgert 2002).

„Gruppenangebote und Selbsterfahrung bzw. Austausch haben im Leben vieler Frauen keinen Platz mehr – sie fühlen sich zu sehr belastet und eingespannt, um sich so etwas noch zu „gönnen“ –, obwohl viele nach den Gesprächs- und Infoabenden ausdrücklich zurückmelden, wie gut ihnen der Austausch getan hat. Es gibt nur noch wenig Interesse an längerfristigen Gruppenangeboten/Selbsthilfe o.ä. zum Thema. Viele Frauen wollen in möglichst kurzer Zeit und sehr effizient Informationen darüber, ob sie Hormone nehmen sollen bzw. was sie sonst tun können gegen Beschwerden. Viele haben Angst vor den Beschwerden, erwarten diese ganz sicher und wollen möglichst nichts davon erleben, d.h. es soll ein unschädliches Mittel geben, das sofort und dauerhaft hilft...“ (Zollmann 2002).

„Wir hätten Zielgruppen auch anders definieren können: Die Frauen, die Hormone nicht wollten, sie von ÄrztInnen aufgedrückt bekamen, waren die eigentliche Problemgruppe, hatten Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Mit den bewussten Hormonsucherinnen hätte es Diskussionsbedarf gegeben und die dritte Gruppe ohne Hormone brauchte in der Regel gar nichts oder Selbsthilfetipps. Das hätte u.U. zu einer Debatte innerhalb der Frauen unter Kontrahentinnen der unterschiedlichen Positionen geführt. Stattdessen schossen wir uns auf die Schulmedizin ein.

Nicht neu ist festzustellen, dass wir als Bewegung immer Mühe gehabt haben, Frauen aus unseren Reihen zu unterstützen und zu fördern, die bereit sind sich mit ihren Anschauungen zu exponieren, Ämter und politische Verantwortung zu übernehmen. Der Umgang mit Macht bleibt problematisch und führt zu vorenthaltener Anerkennung für kompetente Frauen, deren Missachtung, Intrigen bis hin zu Feiern/Zufriedenheit von/mit Mittelmäßigkeit. „Öffentlichen Frauen“, die Leitbilder sind, wie Susan Love, die für eine Sache stehen, könnten eine gute Marketing Strategie für unsere Interessen sein nach dem Motto „Altwerden ist schön“ oder „Wozu Hormone, hab doch meinen Tango-Kurs/Kegeclub.“ Wir haben zu sehr auf die Wissensvermittlung beschränkt und dann auch noch durch den ununterbrochenen Kampf gegen die Schulmedizin sie aufgewertet statt sie z. B. lächerlich zu machen und uns auf die Frauen zu konzentrieren“ (Stolzenberg, pers. Kommunikation Jan. 03).

„Die von uns empfohlenen Tees, Tropfen, Bäder und Übungen konnten schon in eine Ganztagsbeschäftigung ausarten. Geht auch um defizitäre Natur der Frau“ (Stolzenberg 2002):

Was hat die Frauengesundheitsbewegung Ihrer Meinung nach erreicht?

„Vielleicht, dass Frauen etwas selbstbewusster mit dem Älterwerden umgehen. Sie finden mehr Ermutigung für ihren Weg“ (Siegel 2002). „Kritische Öffentlichkeit, Selbsthilfearbeitsansätze und naturheilkundliche Ansätze sind gestärkt“ (Schuler 2002).

„Wir haben genau das gesagt, was jetzt für alle evident ist: Es gab keine wissenschaftlichen Beweise für Nutzen der HET. Wir haben erreicht, dass diese Gegenpositionen immer präsent waren, auch im öffentlichen Bewusstsein, und einen gewissen Einfluss hatten auch bei Frauen. Wirksamstes Mittel: Wechseljahresbroschüre im FFGZ Berlin, deren Einfluss m.E. weit über reine Auflagenzahl hinausging. Sehr erfolgreich fand ich auch Einfluss über Stiftung Warentest (Einladung zum Expertengespräch), die daraufhin in ihrem Buch sehr ausgewogene Positionen vertrat. Dadurch größere Verbreitung eines kritischen Ansatzes“ (Stolzenberg 2002).

„Erreicht haben wir m.E., dass Frauen kritischer geworden sind, mehr in Frage stellen, nicht erreicht haben wir, wirklich etwas gegen die Medikalisation zu tun. Deutschland hat ja erschreckend hohe Zahlen für die Hormonverschreibung. Auch die kritischen (beschwerdefreien) Frauen glauben, sie müssten zumindest eine Nahrungsergänzung einnehmen, also auch da medikalisiert, wenig Zutrauen in die Kraft des

eigenen Körpers. Was vielleicht auch ein Erfolg von uns ist, dass inzwischen einige GynäkologInnen (und auch andere Fachrichtungen) wesentlich kritischer geworden sind, gerne mit uns kooperieren, da teilweise auch eine neue Generation heranwächst, die wesentlich angenehmer ist als Lauritzen und Huber etc.“ (Burgert 2002).

„In Bezug auf Wechseljahre hat die Frauengesundheitsbewegung darauf Einfluss gehabt, dass Medien und Pharmaindustrie sog. Phytohormone und andere alternative Möglichkeiten aufgegriffen haben und leider auch vermarkten“ (Bohrer 2002).

„Auf jeden Fall die Thematisierung dieser Lebensphase als „natürliche“, den Zusammenhang von Beschwerden und gesellschaftlichem Umgang mit Älterwerden, die Kritik an der Medikalisierung. Die Tatsache, dass jetzt in der öffentlichen Meinung ein differenzierteres Bild der Wechseljahre entstanden ist, ist der Frauengesundheitsbewegung zu verdanken“ (Zollmann 2002).

Welche Herausforderungen hat die Frauengesundheitsbewegung nicht bewältigt, welche Ziele hat sie nicht erreicht?

„Die Gesundheits- oder besser Krankheits-Diskussion wird immer noch von der Pharmalobby beherrscht, siehe Weiterbildung von Ärzten“ (Siegel 2002).

„Keine breite Öffentlichkeit, wenig gesellschaftliche Akzeptanz“ (Schuler 2002).

„Kein Vertrieb der Broschüre Wechseljahre – eine Broschüre zur Selbsthilfe im großen Maßstab über Buchhandel, dadurch eingeschränkte Zugänglichkeit. Als Versäumnis sehe ich es im Nachhinein, nicht über die Krankenkassen interveniert zu haben. Tenor: Sie bezahlen etwas im großen Maßstab, dessen Wirksamkeit nicht erwiesen ist. Wahrscheinlich wären wir damit nicht durchgekommen, da die Krankenkassen damals noch völlig bürokratisiert und versteinert waren, wir hätten aber im Nachhinein gute Argumente und einen guten Stand gehabt. Vielleicht hätten wir uns auch mehr direkt an ÄrztInnen wenden müssen mit permanenter Information (Steter Tropfen...). Beratung der Einzelfrau war notwendig, aber zu wenig wirksam, da zu wenige Frauen mit relativ viel Aufwand erreicht wurden. Fazit: Traditionelle Frauengesundheitsbewegung zieht zu wenig Gewinn aus den Forschungsergebnissen, da sie zu wenig als Gegnerinnen im öffentlichen Bewusstsein war“ (Stolzenberg 2002).

„Eine antikapitalistische Verbreitung von natürlicher und naturgestützter Begegnung mit den Wechseljahren“ (Bohrer 2002).

„Wir brauchen Studien, die den Zusammenhang von Hormonbehandlungen und chronischen Erkrankungen auch für Deutschland untersuchen (siehe die BIPS Studie) und die Möglichkeiten der Naturheilkunde. Der Umgang von GynäkologInnen mit dem Thema und ihre Verschreibungspraxis müsste so massiv kritisiert werden, dass diese gezwungen wären, ihr Verhalten zu ändern. Es ist ein Skandal, dass die Schulmedizin auf die neuesten Studienergebnisse nicht angemessen (im Interesse der Gesundheit von

Frauen) reagiert. Beides ist nur durch Druck von unten zu erreichen“ (Zollmann 2002).

“Vergleiche mit der Umgangsweise der Männer mit Hormonen sind sehr vielsagend: Misstrauen der Männer selber, aber auch Vorsicht der männlichen Ärzte. Sehr deutlicher Beweis eines Gender Bias in der Medizin. Reflektiert aber auch kritikwürdiges Verhalten von Frauen: Fügsamkeit, Autoritätsgläubigkeit. Sollte mehr angesprochen werden, anstatt es ausschließlich Medizin oder Pharmaindustrie anzulasten” (Stolzenberg 2002).

Mein Dank geht an *Cornelia Burgert*, Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin; *Elisabeth Bohrer*, Frauengesundheitszentrum Bremen; *Greta Schuler*, Feministisches Frauengesundheitszentrum Stuttgart; *Elfie Siegel*, Pro Familia Bremen; *Angelika Zollmann*, Feministisches Frauengesundheitszentrum Frankfurt a.M und *Regina Stolzenberg*, Berlin, für ihre Bereitschaft, für diese Arbeit über ihre Erfahrungen Auskunft zu geben. Und besonders danke ich *Regina Stolzenberg* für die 20-jährige Zusammenarbeit, Unterstützung und Kritik zu den Wechseljahren und auch sonst für sehr vieles.

Literatur

- Beckermann M J (2001). Irrungen und Wirrungen. Schweizerisches Medizin-Forum 5: 91-119
- Bianzano I, Lichteblau P, Lauterbach J (1977). Veränderungen im Körper. Clio 5: eine periodische Zeitschrift zur Selbsthilfe. Schwerpunkt Menopause, 2(5): 11-12
- de Beauvoir S (1972). Das andere Geschlecht. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 5. Aufl.
- Clio 5 (1977). eine periodische Zeitschrift zur Selbsthilfe. Schwerpunkt Menopause, Hg. Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin, Jg. 2, Juni
- Clio 26 (1987). eine periodische Zeitschrift zur Selbsthilfe. Schwerpunkt Weibliche Rhythmen, Hg. Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin, Jg. 12, März
- Ernster VL, Bush TL, Huggins GR, Hulka BS, Kelsey JL, Schottenfeld D (1988). Benefits and risks of menopausal estrogen and/or progestin hormone use. Preventive Medicine 17: 201-223

- Fischer-Homberger E (1984). Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen. Darmstadt: Luchterhand
- Franzen J (2002). Der Leser im Exil. In: Anleitung zum Einsamsein. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 190-206
- Groth S, Feministisches Frauengesundheitszentrum (Hg.) (1990). Wechseljahre – eine Broschüre zur Selbsthilfe. Berlin: Eigenverlag, 1. Auflage
- Groth S, Röring R (1990a). Die Wechseljahre sind keine Krankheit. Erwidung auf Gerald Mackenthun: Zur Diskussion um die Hormontherapie in den Wechseljahren. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 3: 339-342
- Groth S, Röring R (1990b): Medizinsoziologische Untersuchung der Forschung, Förderung und Einschätzung der Hormonbehandlung in und nach den Wechseljahren anhand der medizinischen Literatur der letzten 25 Jahre. Unveröff. Manuskript, Berlin
- Groth S (1992). Hitze ... und Wut. Die Medikalisierung der Wechseljahre. In: Sozialwissenschaftliche Forschung & Praxis für Frauen e.V. (Hg.). Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis. AltersWachSinn 33: 51-61
- Groth S (1994). Die Medikalisierung der Wechseljahre. Argumente gegen eine generelle Hormontherapie. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 70: 421-424
- Groth S (1999). Bewegte Frauengesundheit. Die österreichische Frauengesundheitsbewegung und die frauenspezifische Gesundheitsförderung des Frauengesundheitszentrums Graz. In : Groth S, Rásky É (Hg.). Frauengesundheiten. Innsbruck: Studienverlag, 82-95
- Groth S (2001). Die Klitoris – das verlorene, fragmentierte und wiederentdeckte Lustorgan der Frau. In: Groth S, Rásky É (Hg). Sexualitäten. Interdisziplinäre Beiträge zu Frauen und Sexualität. Innsbruck: Studienverlag, 93-107
- Hemminki E (1988). The Use of Combined Estrogen Progestin Therapy. International Journal of Health Technology Assessment in Health Care 4: 511-519
- Ewert C, Karsten GY, Schultz D (1976 und 1994). Hexengeflüster. Frauen greifen zur Selbsthilfe. 1. und 2. Auflage, Berlin: Orlanda Frauenverlag
- Huber J (2002). Liebe Kolleginnen und Kollegen! Jatro. Medizin für die Frau 6(3)
- Illich I (1975). Die Enteignung der Gesundheit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Zola I K for the Netherlands Institute for Preventive Medicine (1972). The Medicalizing of Society – Medicine as an Institution of Social Control . Leiden

- Kaufert P, McKinlay SM (1985). Estrogen Replacement Therapy. The Production of Medical Knowledge and the Emergence of Policy. In: Levin E, Olesen V (ed.). Women, Health and Healing. Toward a New Perspective. New York London: Tavistock, 113-137
- Koch K (2002). Hormonersatztherapie: Das Ende einer Legende. Deutsches Ärzteblatt, 30: A2014-2015
- Kolata G (2002). Replacing Replacement Therapy. New York Times vom 27. Oktober
- Martin E (1988). Die Frau im Körper. Frankfurt: Campus
- McCrea F (1983). The Politics of Menopause. The „Discovery“ of a Deficiency Disease. Social Problems 31 (11): 111-123
- Mühlhauser I (2002). Zitiert nach: Menschenversuche. Profil 38: 118-119
- National Women's Health Network (1989). Taking Hormones and Women's Health. Choices, Risks, Benefits. Washington D.C.
- New Zealand Guidelines Group (2002). Guideline Update Hormone Replacement Therapy. www.nzgg.org.nz
- o.V. (2003). Hormone ja- „nachsütten“ nein! Die Ergebnisse der US-amerikanischen Studie zur Hormonersatztherapie wurden beim Menopausenkongress in Wien diskutiert. Ärztesuche 12 (42)
- Rásky Ě, Groth S, Lennquist E (2002). Netze spinnen, Kreise ziehen. Das Modellprojekt Frauengesundheitszentrum Leibnitz. Die Spinne und das Netz, Österreich 1997 – 2000. Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung 1: 19
- Röring R (1987). „Krankheit“ Wechseljahre? Wechseljahre und Hormonersatztherapie. Clio 26: Eine periodische Zeitschrift zur Selbsthilfe. 12 (26): 30-38
- Röring R (1993). Muß es die Wechseljahre bald nicht mehr geben? Über die Hormonbehandlung in den Wechseljahren und ihre Folgen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 19: Gesundheitsmärkte. Hamburg: Argument, 86-102
- Röring R (1994a). Die Wechseljahre – ein Kulturphänomen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 70: 417- 420.
- Röring R (1994b). Die Formierung eines Frauenideals für die Wechseljahre. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 23: Gesundheitskultur und Krankheitswirklichkeit. Hamburg: Argument, 36-53
- Röring R (1994). Hitzewallung unbekannt. Wie die Wechseljahre erlebt werden, ist kulturabhängig. In: Die Tageszeitung, 1. Dezember

- Schmidt R (1988). Frauengesundheit in eigener Hand. In: von Soden K (Hg.). Der große Unterschied. Die neue Frauenbewegung und die siebziger Jahre. Berlin: Elefantentpress, 39-46
- Schultz-Zehden B (1996). Körpererleben im Klimakterium. München/ Wien: Profil.
- Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (1988). Deutsches Ärzteblatt 85: 1286
- Stolzenberg R (2000). Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser – Von Autonomie und Abgrenzung zu Einfluß und Kooperation. In: Kolip P (Hg.) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim und München: Juventa, 215-258
- Vines G (1993). Raging hormones. Do they rule our lives? Berkeley: University of California Press
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 288: 321-333
- www.fgz.co.at/links6w1.htm vom 25.11.2003 (Website zu Wechseljahren des Frauengesundheitszentrums Graz)
- Zauner A, Simsa R (2002). Konfliktmanagement in NPOs. In: Badelt C. Handbuch der Nonprofit Organisationen. Strukturen und Management. 3. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 443-456
- Zöller, D (1987). Wechseljahre als Lebensabschnitt. Clio 26: Eine periodische Zeitschrift zur Selbsthilfe 12(26): 26-29
- Zu den Studienergebnissen der WHI und HERS Studien:
www.nhbi.gov/whi/hrtupd/index.htm
www.nlm.nih.gov/medlineplus/hormonereplacementtherapy.html

Die Medikalisierung des Älterwerdens

Hormontherapie in den Wechseljahren. Kritische Blicke auf die Evidenzbasis¹

Ingrid Mühlhauser und Gabriele Meyer

1 Der Ursprung eines Medizinskandals – 40 Jahre Behandlung mit Sexualhormonen ohne wissenschaftlichen Beweis

„*The unpalatable truth must be faced that all postmenopausal women are castrates.*“ So beginnt der 1963 erschienene manifestartige Artikel des Frauenarztes *Robert A. Wilson* und seiner Frau, der Krankenschwester *Thelma A. Wilson*, aus dem *Department of Obstetrics and Gynecology of the Methodist Hospital of Brooklyn, New York*. Die Abhandlung trug den bezeichnenden Titel *The fate of the nontreated postmenopausal woman: a plea for the maintenance of adequate estrogen from puberty to the grave* (Wilson und Wilson 1963). Die Abbildung einer leicht gebückten Frau mittleren Alters mit einfacher Kleidung und Handtäschchen untertitelten sie mit den Worten „*Typical appearance of the desexed women found on our streets today. They pass unnoticed and, in turn, notice little*“ (siehe Abb.1).

In ihrem Artikel plädieren der Autor und die Autorin für die lebenslange Behandlung postmenopausaler Frauen mit Östrogenen als universalem Heilmittel vermeintlich gesundheitlicher und sozialer Folgen der Menopause. Zum damaligen Zeitpunkt lagen keinerlei wissenschaftliche Beweise für den möglichen Nutzen oder die Risiken einer Langzeitbehandlung mit Östrogenen vor.

¹ Der Artikel ist eine aktualisierte und erweiterte Fassung einer früher erschienenen Publikation der Autorinnen: Meyer G, Mühlhauser I (2003). Der Hormontrugschluss - Sexualhormone (Östrogene/Gestagene) in der Meno-/Postmenopause zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung. In: Schücking BA (Hg.). Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. Göttingen: V&R unipress GmbH, 103-119.



Abbildung 1: „*Typical appearance of the desexed women found on our streets today. They pass unnoticed and, in turn, notice little*” (Wilson und Wilson 1963). Mit freundlicher Genehmigung des *Journal of the American Geriatrics Society, Blackwell Publishing.*

Die ersten, in den folgenden Jahren publizierten Analysen aus großen Beobachtungsstudien² deuteten auf ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Komplikationen und Schlaganfälle von Östrogenanwenderinnen hin (Mühlhauser et al. 1995). Das *Coronary Drug Project* aus den 1960er/1970er Jahren bestätigte dies, allerdings vorerst in einer Population von Männern. Diese waren nach Herzinfarkt mit Östrogenen behandelt worden, um einem erneuten Herzinfarkt vorzubeugen. Das Gegenteil war jedoch der Fall. Die mit Östrogenen behandelten Männer hatten mehr Herz-Kreislauf-Komplikationen als die mit einem Scheinmedikament (Placebo) behandelten Männer (Coronary Drug Project Research Group 1973). In der Folge befanden sich in Lehrbüchern und Beipackzetteln Warnhinweise, dass Frauen mit Diabetes, Bluthochdruck,

² In einer Beobachtungsstudie bzw. Kohortenstudie wird eine Gruppe von Personen über einen bestimmten Zeitraum beobachtet und Subgruppen mit verschiedenen Merkmalen im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand verglichen, z.B. die Häufigkeit von Herzinfarkten zwischen Frauen, die Östrogene/Gestagene einnehmen, und Frauen, die solche Medikamente nicht anwenden.

Fettstoffwechselstörungen oder Neigung zu Thrombosen nicht mit Hormonpräparaten behandelt werden sollten.

Aus weiteren experimentellen Studien unter Laborbedingungen sowie Kurzzeitstudien von üblicherweise maximal wenigen Wochen und kleinen Gruppen von Frauen wurde abgeleitet, dass Östrogene sich günstig auf Blutfette und verschiedene andere physiologische Parameter auswirken (Mühlhauser et al. 1995, Mühlhauser und Berger 1996). Die anfangs beobachteten unerwünschten Effekte wurden auf zu hohe Hormondosierungen zurückgeführt. Mögliche positive Wirkungen auf verschiedene Organe wurden postuliert und eine breite Anwendung der Hormone zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung propagiert (Mühlhauser et al. 1995). Die aus wissenschaftlicher Sicht für einen Wirksamkeitsnachweis von Therapieoptionen unverzichtbaren sog. randomisiert-kontrollierten Studien³ mit ausreichend großen Studiengruppen, ausreichend langer Beobachtungszeit und validen Ergebnisparametern, wie z.B. Tod durch Herzinfarkt, wurden nicht durchgeführt (Mühlhauser et al. 1995, Mühlhauser und Berger 1996).

Seit Mitte der 80er Jahre wurden zunehmend weitere Beobachtungsstudien publiziert, in denen Hunderte bis Tausende von Frauen über viele Jahre beobachtet wurden. Zu dieser Zeit waren bereits niedriger dosierte Östrogenpräparate in Verwendung. In diesen Studien zeigte sich im Gegensatz zu den frühen Untersuchungen, dass Hormonanwenderinnen ein ca. 35-50% geringeres Risiko hatten, Herz-Kreislaufkomplikationen zu erleiden (Mühlhauser et al. 1995, Barrett-Connor 1998). Nicht berücksichtigt wurde, dass Beobachtungsstudien in ihrer Aussagekraft limitiert sind. Sie sind nicht geeignet, Kausalzusammenhänge nachzuweisen, sondern können lediglich zur Formulierung wissenschaftlicher Hypothesen dienen, deren Gültigkeit in randomisiert-kontrollierten Studien verifiziert werden muss. Zahlreiche methodisch-kritische Arbeiten wiesen auf bedeutsame Verzerrungen in den Beobachtungsstudien hin, die selbst durch beste statistische Verfahren nicht beseitigt werden können (Mühlhauser et al. 1995, Mühlhauser und Berger 1996, Barrett-Connor 1998). Die meisten Studien wurden in den USA durchgeführt, wo überwiegend Frauen aus höheren sozialen Schichten Sexualhormone einnehmen. Es konnte gezeigt werden, dass Hormonanwenderinnen im Vergleich zu Nichtanwenderinnen gesünder und gesundheitsbewusster sind sowie über einen höheren Bildungsstand verfügen. Allein durch diese Merkmale haben sie ein erheblich niedrigeres Risiko, an Herz-Kreislaufkrankungen (sowie Krebserkrankungen) zu sterben, und damit eine höhere Lebenserwartung als altersentsprechende Frauen, die keine Hormone anwenden (Mühlhauser et al. 1995, Barrett-Connor 1998).

³ In einer randomisiert-kontrollierten Studie werden Studienteilnehmer/-innen nach dem Zufallsverfahren verschiedenen Therapieformen zugeordnet, so z.B. der Östrogen/Gestagen-Gruppe und der Placebo-Gruppe. Dadurch lassen sich bekannte und unbekannte Faktoren (z.B. Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkomplikationen) auf die Studiengruppen gleichmäßig verteilen und ihr störender Einfluß auf die Ergebnisse der Studie minimieren.

Frauen, die kurz nach Beginn einer Therapie mit Sexualhormonen durch Komplikationen der Behandlung sterben, haben eine geringere Chance als andere Frauen in Beobachtungsstudien eingeschlossen zu werden. Frauen, die unter einer Hormonbehandlung unabhängig von dieser schwer erkranken, beenden oft die Hormonbehandlung, da sie im Vergleich zu nun anderen Behandlungen unbedeutend wird. Die letzten beiden genannten Faktoren führen zum sogenannten healthy estrogen user survivor effect: Überwiegend nehmen jene Frauen langfristig Hormone, die gesund bleiben und sich unter der Behandlung wohl fühlen.

2 Wissenschaftlicher Beweis für den Nutzen bzw. fehlenden Nutzen der meno-/postmenopausalen Gabe von Östrogenen/Gestagenen

Erst 1998 wurde die erste randomisiert-kontrollierte Studie mit einer ausreichend großen Zahl von Frauen und einer ausreichend langen Studiendauer publiziert. In dieser Studie, der sog. *Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS)*, wurde der Einfluss einer Kombinationsbehandlung von einem Östrogen mit einem Gestagen auf das Auftreten von Herz-Kreislauf-Komplikationen und die Sterberate bei älteren Frauen untersucht, die schon einen Herzinfarkt hatten oder bei denen eine koronare Herzkrankheit dokumentiert war (Hulley et al. 1998). Im Gegensatz zu den Beobachtungsstudien fand sich hier nach vier Jahren kein Unterschied in der Prognose zwischen Frauen, die einem Scheinmedikament zugeteilt waren, und Frauen, denen Hormone verabreicht wurden. Im ersten Jahr waren in der Hormongruppe jedoch mehr Frauen verstorben oder hatten eine Herz-Kreislauf-Komplikation erlitten. Andere bekannte Nebenwirkungen wie Thrombosen oder Gallenblasenerkrankungen waren auch in dieser Studie bei Hormonanwenderinnen häufiger zu finden als bei Frauen, die keine Hormone einnahmen (siehe Tabelle 1).

Die Analyse der Ergebnisse aus *HERS* führte zu der Annahme, dass nach anfänglicher Zunahme der Komplikationen durch die Hormoneinnahme ein günstiger Effekt erst nach längerer Beobachtung der Frauen sichtbar sein könnte. Die Nachfolgestudie *HERS II*, an der 93% der am Ende von *HERS* überlebenden Frauen teilnahmen, wurde jedoch nach ca. drei Jahren weiterer Beobachtungszeit vorzeitig beendet (Grady et al. 2002a). *HERS II* bestätigte, dass postmenopausale Frauen mit dokumentierter Herzkrankheit auch bei längerer Nachbeobachtung keinen Schutz vor Herz-Kreislauf-Komplikationen durch Hormoneinnahme zu erwarten haben. Die sog. *ESPRIT*-Studie mit mehr als 1.000 postmenopausalen Frauen nach einem Herzinfarkt ergänzt die wissenschaftliche Beweislage hinsichtlich der fehlenden Wirksamkeit der Hormone in der Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Komplikationen (Cherry et al. 2002).

**Tabelle 1: Ergebnisse einer Behandlung über vier Jahre mit Östrogen/
Gestagen im Vergleich zu Placebo von Frauen im Alter von 55 bis 80 Jahren
mit koronarer Herzkrankheit (Hulley et al. 1998).**

Anzahl Frauen	Placebo	Östrogen/Gestagen
Gesamtgruppe	1.383	1.380
Frauen mit KHK-Ereignis*	176	172
davon im ersten Studienjahr	38	57
Frauen mit Thromboembolie	12	34
Frauen mit Gallenblasenoperation	62	84
Verstorben	123	131
Frauen mit Brustkrebsdiagnose	25	32
Frauen mit Hüftfraktur	11	12

* KHK = Koronare Herzkrankheit. Ereignis = Herzinfarkt oder Tod durch KHK

In der US-amerikanischen *Women's Health Initiative (WHI)* mit 16.608 postmenopausalen Frauen ohne Herzkrankheit und einer geplanten Beobachtungszeit von ca. 8,5 Jahren fanden sich bei Zwischenauswertungen nach zwei und drei Jahren zunächst Tendenzen zu einer Zunahme von Herz-Kreislauf-Komplikationen, Schlaganfällen und Thrombosen (Manson und Martin 2001). Schließlich wurde die Untersuchung nach ca. fünf Jahren Beobachtungszeit vorzeitig gestoppt, da in der Gruppe der Hormonanwenderinnen vermehrt invasive Brustkrebs-erkrankungen zu verzeichnen waren und sich die Zunahme von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Thromboembolien unter Hormoneinnahme bestätigte (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002). Trotz eines potenziellen Nutzens der Hormone hinsichtlich Osteoporose-assoziiierter Knochenbrüche und Dickdarmkrebs wurde insgesamt eine negative Nutzen-Schaden-Bilanz registriert. Tabelle 2 illustriert die Ergebnisse aus der *WHI*-Studie.

Ein weiterer Studienarm der *WHI*-Studie, der die Wirksamkeit der alleinigen Östrogen-therapie bei Frauen ohne Gebärmutter untersucht, wird noch weitergeführt.

Weitere kleinere randomisiert-kontrollierte Studien mit kurzer Beobachtungszeit verweisen ebenfalls auf eine Erhöhung der Herz-Kreislauf-Komplikationen und eben nicht auf eine Abnahme (Mühlhauser et al. 1995, Hemminki und McPherson 1997, Hemminki und McPherson 2000).

Tabelle 2: Ergebnisse einer Behandlung über fünf Jahre mit Östrogen/Gestagen im Vergleich zu Placebo von gesunden Frauen im Alter von 50 bis 79 Jahren (jeweils Anzahl der Frauen) (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002, modifiziert, bezogen auf je 10.000 Frauen).

	Placebo	Östrogen/ Gestagen	Unterschied
Gesamtgruppe	10.000	10.000	pro 10.000
Frauen mit KHK-Ereignis*	150	185	+35
Frauen mit Schlaganfall	105	145	+40
Frauen mit Thromboembolie	80	170	+90
Alle Herzkreislauf- erkrankungen	660	785	+125
Frauen mit invasivem Brustkrebs	150	190	+40
Frauen mit Darmkrebs	80	50	-30
Alle Krebsarten	555	570	+15 [†]
Frauen mit Hüftfraktur	75	50	-25
Frauen mit Wirbel- körperfraktur	75	45	-30
Knochenbrüche gesamt	955	735	-220
Verstorben	265	260	-5 [†]

*KHK = Koronare Herzkrankheit. Ereignis = Herzinfarkt oder Tod durch KHK

†Diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant, das heißt sie können in Wahrheit auch gegenteilig sein.

Der Unsicherheitsbereich für die einzelnen Ergebnisse ist nicht mitangegeben, z.B. kann der Wert für KHK-Ereignisse zwischen zwei pro 10.000 Frauen und 76 pro 10.000 Frauen liegen, der wahrscheinlichste Unterschied liegt jedoch bei etwa 35 pro 10.000 Frauen. Die Auswirkungen auf das Herzkreislaufsystem treten sofort mit Beginn der Behandlung auf, die Auswirkungen auf Krebserkrankungen werden erst nach drei bis vier Jahren deutlich.

Interessanterweise zeigt eine Nachauswertung der Ergebnisse aus der *HERS*-Studie, dass die Frauen in der Hormongruppe ein um 35% reduziertes Risiko hatten, an Diabetes zu erkranken. Waren in der Hormongruppe im Beobachtungszeitraum von etwa vier Jahren 6,2% der Teilnehmerinnen an Diabetes erkrankt, waren es in der Placebogruppe hingegen 9,5% (Kanaya et al. 2003). Obgleich Diabetes einen kardiovaskulären Risikofaktor darstellt, kann jedoch in Anbetracht des fehlenden Nutzens bzw. zu erwartenden Schadens für klinisch relevante kardiovaskuläre Endpunkte wie z.B. Herzinfarkt sicherlich keine Therapieempfehlung für Sexualhormone zur Diabetesprävention abgeleitet werden.

Für die Verabreichung von Östrogenen/Gestagenen in der Meno-/Postmenopause wurden über die günstige Beeinflussung der Herzkrankheit hinaus vor allem präventive Effekte für die Entwicklung und das Fortschreiten von Osteoporose propagiert. Zudem sollen Hormone bei Erkrankungen der Harnwege, der Sexualorgane, bei der Alzheimer'schen Erkrankung und Demenz helfen sowie vor Schlaganfällen und Dickdarmkrebs schützen (Mühlhauser und Meyer 2000).

Für die klassischen Menopause-Beschwerden Hitzewallungen und Nachtschweiß konnte der Wirksamkeitsnachweis für die Sexualhormone erbracht werden (MacLennan et al. 2002). Ohne Behandlung verschwinden die Beschwerden meist innerhalb von ein bis zwei Jahren. Nach Absetzen der Hormonmedikation können die Beschwerden wieder auftreten. Bislang ist nicht geklärt, wie lange Sexualhormone verabreicht werden müssen, um eine dauerhafte Beschwerdefreiheit zu erzielen. Zudem ist der durch Placebo erwirkte Effekt bei Menopause-Beschwerden bereits beträchtlich. Frauen, die mit Placebo behandelt wurden, hatten am Ende der Studien nur mehr halb so viele Hitzewallungen wie zu Beginn der Studien. Im Vergleich zu Placebo führte die Behandlung mit Hormonen zu einer Abnahme der Hitzewallungen um etwa 70%. Auch die Intensität der Hitzewallungen nahm ab.

Ein Beispiel: Eine Gruppe von Frauen hat in einem bestimmten Zeitraum 1.000 Hitzewallungen. Unter Placebo sinkt die Anzahl der Hitzewallungen auf 500. Mit Hormonbehandlung sinkt die Anzahl der Hitzewallungen auf 150.

Die Nebenwirkungen wurden in den genannten Studien unzureichend untersucht. Folgende Fragen konnten nicht beantwortet werden: Wirksamkeit einer Kombination von Östrogenen mit Gestagenen im Vergleich zu Östrogen allein; Wirksamkeit und Sicherheit unterschiedlicher Dosierungen oder Unterschiede zwischen verschiedenen Präparaten; Unterschiede zwischen Tabletten und anderen Anwendungsformen, z.B. Pflaster.

Sollte eine Behandlung in Betracht gezogen werden, müssten die Frauen auch darüber informiert werden, dass die unerwünschten Wirkungen wie kardiovaskuläre Komplikationen, Schlaganfall und Thrombose gerade in den ersten ein bis zwei Jahren nach Beginn einer Hormonbehandlung vermehrt auftreten (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002).

Für andere Beschwerden, sofern sie nicht unmittelbare Folgen von Hitzewallungen und Nachtschweiß sind, wurde bislang kein Wirksamkeitsnachweis für Östrogene/Gestagene erbracht, insbesondere nicht für Erkrankungen der Gelenke und Muskeln.

In HERS konnte kein positiver Effekt auf Arthrose bedingte Kniebeschwerden gefunden werden (Nevitt et al. 2001). Auch der Nachweis für den (längeren) Erhalt eines jugendlichen Aussehens - insbesondere von Haut und Haaren - steht aus.

Belegt ist der fehlende Nutzen der Östrogene/Gestagene zur Behandlung von Depressionen. In der WHI konnte kein positiver Nutzen auf Lebensqualitätsparameter wie körperliches Wohlbefinden, Vitalität, geistiges Wohlbefinden, depressive Verstimmung oder sexuelle Zufriedenheit gefunden werden. Nur bei Frauen, die zu Beginn der Studie unter den typischen Wechseljahresbeschwerden Hitzewallungen und Nachtschweiß litten, konnte nach einem Jahr ein Vorteil der Hormongabe aufgezeigt werden. Allerdings hatte auch die Verabreichung von Placebo einen bereits ausgeprägten Effekt (Hays et al. 2003). In der *HERS*-Studie wurde ein ähnliches Ergebnis aufgezeigt (Hlatky et al. 2002).

Nach der Menopause wird die Scheidenwand dünner und trockener (Vaginalatrophie). Dadurch begünstigte Beschwerden lassen sich vorübergehend bessern durch Östrogen, verabreicht als Scheidenzäpfchen oder geschluckt als Tabletten. Auch Scheinmedikamente führen schon zu einer deutlichen Besserung. Blasenschwäche lässt sich entgegen aller Behauptungen durch Sexualhormone nicht beheben (Mühlhauser und Meyer 2000, Grady et al. 2001). Der Nutzen in der Behandlung bestimmter Formen von Blasenentzündungen (Harnwegsinfekten) ist nicht ausreichend belegt.

In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass Sexualhormone die Knochendichte erhöhen (Mühlhauser und Meyer 2000). Bislang lagen jedoch keine aussagekräftigen randomisiert-kontrollierten Studien vor, die eindeutig einen Nutzen für die Vermeidung klinisch bedeutsamer Knochenbrüche, von Buckelbildung oder des Kleinerwerdens belegen konnten (Torgerson und Bell-Syer 2001, Altman 2001). Bei Wirksamkeit müsste die Behandlung vermutlich lebenslanglich fortgesetzt werden (Mühlhauser et al. 1995, Mühlhauser und Meyer 2000). Die Analyse der Ergebnisse aus *HERS* und *HERS II* zeigte keinen Nutzen in der Prävention von Knochenbrüchen durch Einnahme von Hormonen (Cauley et al. 2001, Hulley et al. 2002). Widersprüchlich dazu stellen sich die Ergebnisse der *WHI*-Studie dar, die einen Nutzen hinsichtlich der Vermeidung Osteoporose-assoziiierter Knochenbrüche durch Reduktion des Risikos für Hormonanwenderinnen um 24% aufzeigte. Für die Rate der Hüftfrakturen war in der Hormongruppe eine relative Risikoreduktion um ein Drittel zu verzeichnen (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002) (siehe auch Tabelle 2).

Während eine Meta-Analyse⁴ aus Beobachtungs- und sog. Fall-Kontroll-Studien⁵ ergab, dass bei Hormonanwenderinnen weniger Gedächtnisstörungen nachweisbar waren (LeBlanc et al. 2001), ließ sich dieses Ergebnis in methodisch guten randomisiert-kontrollierten Studien nicht bestätigen (Mulnard et al. 2000, Grady et al. 2002b, Rapp et al. 2003, Shumaker et al. 2003). Die *Women's Health Initiative Memory*-Studie, eine Teilstudie der *WHI* mit insgesamt 4.532 über 65-jährigen Frauen, belegt sogar, dass die Frauen der Hormongruppe im Vergleich zu den Frauen in der Placebogruppe ein signifikant höheres Risiko hatten, eine Demenz zu erleiden. Nach durchschnittlich vier Jahren Beobachtungszeit entwickelten 1,8% in der Hormongruppe im Vergleich zu 0,9% in der Placebogruppe eine Demenz (Shumaker et al. 2003).

Auch hinsichtlich der Prävention von Schlaganfall zeichnete sich bereits in früheren Studien ab, dass Östrogene/Gestagene eher schaden als nützen (Mühlhauser et al. 1995, Manson und Martin 2001, Simon et al. 2001, Viscoli et al. 2001). In der *WHI*-Studie kam es zu einer Zunahme von Schlaganfällen unter Hormonbehandlung. Hatten in der Hormongruppe 1,8% der Teilnehmerinnen einen Schlaganfall während des Beobachtungszeitraums der Studie erlitten, waren es in der Placebogruppe 1,3%. Das Risiko, einen ischämischen Hirnschlag zu erleiden, war für die Frauen mit Hormoneinnahme um 44% höher (Wassertheil-Smoller et al. 2003).

Bislang ebenfalls nicht ausreichend belegt war ein Effekt von postmenopausalen Östrogenen/Gestagenen auf Darmkrebs (Mühlhauser und Meyer 2000, Barrett-Connor und Stuenkel 2001). Die *WHI*-Studie zeigte demgegenüber als erste aussagekräftige randomisiert-kontrollierte Studie einen Nutzen der Hormone. Das relative Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, wurde durch Einnahme der Hormone um 37% reduziert (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002). Dieser Effekt wurde als Trend auch durch die Ergebnisse aus *HERS* belegt (Hulley et al. 1998). In Tabelle 3 ist die wissenschaftliche Beweislage für die postulierten Effekte zusammengestellt.

⁴ Eine Meta-Analyse fasst mit statistischen Methoden die Ergebnisse verschiedener Studien zusammen.

⁵ Eine Fall-Kontroll-Studie ist eine vergleichende Untersuchung von Erkrankten und Gesunden. So z.B. die vergleichende Untersuchung von an Brustkrebs erkrankten und nicht an Brustkrebs erkrankten Frauen. Es wird untersucht, durch welche Exposition die Erkrankten (Fallgruppe) sich von den Gesunden (Kontrollgruppe) unterscheiden.

Tabelle 3: Wissenschaftlicher Beweis durch aussagekräftige randomisiert-kontrollierte Studien für postulierte Wirkungen einer Behandlung mit Östrogenen/Gestagenen in der Meno-/Postmenopause (Stand September 2003).

Postulierte Wirkung	Wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis
Hitzewallungen, Nachtschweiß	erbracht
Vaginalschleimhaut	erbracht
Harninkontinenz	widerlegt
Harnwegsinfektion	unsicher
Gelenkserkrankungen	fehlt
Depression	widerlegt
Haut, Haare	fehlt
Günstiger Einfluss auf den Verlauf einer koronaren Herzkrankheit	widerlegt
Vorbeugung einer koronaren Herzkrankheit	widerlegt
Günstiger Einfluss auf den Verlauf eines Schlaganfalls	widerlegt
Vorbeugung eines Schlaganfalls	widerlegt
Osteoporose	erbracht
Alzheimer-Erkrankung	widerlegt
Vorbeugung von Alzheimer und anderer Demenz	widerlegt
Dickdarmkrebs	erbracht

3 Unerwünschte Wirkungen der meno-/postmenopausalen Östrogene/Gestagene

Bislang waren keine ausreichend großen randomisiert-kontrollierten Studien zur Beurteilung des Risikos von Brustkrebs bei Anwendung von Östrogenen/Gestagenen vorhanden. Eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien und Fall-Kontroll-Studien errechnete ein um 35% erhöhtes relatives Risiko von invasivem Brustkrebs bei postmenopausaler Einnahme von Östrogenen über fünf Jahre und länger (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1997). Es ergab sich der Verdacht, dass die Kombination von Östrogen mit einem Gestagen dieses Risiko noch weiter erhöht (Schaiber et al. 2000). Die Ergebnisse der *WHI*-Studie belegen ein um 26% erhöhtes relatives Risiko für Hormonanwenderinnen, an Brustkrebs zu erkranken, und bestätigen somit den anhand von Ergebnissen aus Beobachtungsstudien vermuteten Schaden (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002). *HERS* und *HERS II* unterstützen bei allerdings kleinen Fallzahlen die Beweislage für ein erhöhtes Brustkrebsrisiko unter Einnahme von Hormonen (Hulley et al. 1998, Hulley et al. 2002). Wurde in der Vergangenheit auf Basis der Beobachtungsstudien häufig proklamiert, dass Mammakarzinome unter Hormoneinnahme eine bessere Prognose hätten, hat sich diese Behauptung als Trugschluss erwiesen. Eine Nachauswertung der *WHI*-Studie zeigt, dass die Tumore in der Hormongruppe sogar später entdeckt werden und bei Diagnosestellung weiter fortgeschritten sind. Sie sind im Vergleich zur Placebogruppe größer, zudem sind die regionalen Lymphknoten weitaus häufiger befallen. Ein weiteres beunruhigendes Ergebnis der *WHI*-Studie ist die deutliche Zunahme auffälliger Mammogramme unter Hormoneinnahme. Es ist mit einer hohen Zahl unerwünschter Wirkungen als Folge verdächtiger Röntgenbefunde der Brust zu rechnen (Chlebowski et al. 2003). Eine kürzlich publizierte britische Beobachtungsstudie, die *Million Women Study*, mit über einer Million Frauen zwischen 50 und 64 Jahren, untersuchte erstmals den Einfluss verschiedener Hormonpräparate auf das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Die Studie verzeichnet ein deutlich erhöhtes Brustkrebsrisiko bei Einnahme von Sexualhormonen. Mit zunehmender Dauer der Hormoneinnahme wurde ein Anstieg des Risikos dokumentiert. Das höchste Erkrankungsrisiko wurde für Anwenderinnen von Östrogen-Gestagen-Kombinationen aufgezeigt. Das Risiko unter Östrogen-Monopreparaten war geringer, im Vergleich zur Nichtanwendung von Hormonen jedoch ebenfalls erhöht. Erstmals wurde ein Trend zu erhöhter Sterblichkeit an Brustkrebs verzeichnet (Million Women Study Collaborators 2003).

Ein Zusammenhang von Eierstockkrebs und der Einnahme von Sexualhormonen in der Postmenopause wurde mehrfach beschrieben. Ob dieser ursächlich ist, kann zurzeit nicht sicher beurteilt werden. Ergebnisse einer kürzlich veröffentlichten Beobachtungsstudie legen nahe, dass insbesondere Frauen, die über einen Zeitraum von zehn Jahren oder länger Östrogenmonopreparate einnahmen, ein erhöhtes Risiko hatten, an

Eierstockkrebs zu erkranken (Lacey et al. 2002). Das Gleiche gilt für das Risiko, an Asthma zu erkranken und ein möglicherweise erhöhtes Risiko für sog. trockene Augen (Schaumberg et al. 2001). Unerwünschte Wirkungen wie Blutungen und Brustschmerz sind belegt (Lethaby et al. 2002). Die alleinige Gabe von Östrogenen, wie in US-amerikanischen Studien überwiegend untersucht, ist wegen des Risikos von Gebärmutterkarzinomen in Deutschland nur für Frauen nach Gebärmutterentfernung zugelassen. Stattdessen sind Östrogen/Gestagen-Kombinationen zu verwenden. In Tabelle 4 ist die wissenschaftliche Beweislage für unerwünschte Wirkungen einer Behandlung mit Östrogenen/Gestagenen in der Meno- bzw. Postmenopause zusammengestellt.

Tabelle 4: Stärke des wissenschaftlichen Beweises für unerwünschte Wirkungen einer Behandlung mit Östrogenen/Gestagenen in der Meno-/Postmenopause (Stand September 2003).

Unerwünschte Wirkungen	Stärke des wissenschaftlichen Beweises
Thromboembolien	sicher
Gallenblasenkrankheiten	sicher
Gebärmutterkrebs*	sicher
Brustkrebs	sicher
Beschwerden	
Blutungen	sicher
Brustschmerzen	sicher
Andere	
Eierstockkrebs	möglich
Asthma	möglich
Trockene Augen	möglich

*Bei alleiniger Gabe von Östrogenen

4 Propagierung der Hormonbehandlung trotz fehlender wissenschaftlicher Grundlage

In Deutschland forderten Anfang der 1990er Jahre Meinungsbildner der Frauenärzteschaft nachdrücklich die breite Anwendung von Sexualhormonen zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung, insbesondere für Frauen mit erhöhtem Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen (Mühlhauser et al. 1995). In Konsensuspapieren wurde eine Streichung bzw. Änderung der Kontraindikationen in den Beipackzetteln gefordert. Die Verabreichung von postmenopausalen Sexualhormonen fand breiten Konsens trotz fehlendem Wirksamkeitsnachweis (Mühlhauser et al. 1995, Mühlhauser und Berger 1996).

In Übereinstimmung mit kritischen Analysen aus dem angloamerikanischen Raum wurde auch in der deutschsprachigen medizinisch-wissenschaftlichen Literatur die fehlende wissenschaftliche Grundlage der Forderungen der Frauenärzteschaft aufgezeigt (Mühlhauser et al. 1995, Mühlhauser und Berger 1996). Eine Unterstützung der kritischen Auseinandersetzung seitens der Universitäten blieb jedoch aus.

In den Praxen der Frauenärzte, aber auch anderer Arztgruppen, wurden während der letzten zehn Jahre die Frauen zum Teil massiv unter Entscheidungsdruck gesetzt, sich Langzeitbehandlungen mit Östrogen/Gestagen-Präparaten zu unterziehen. Die Notwendigkeit solcher Therapien wurde im Wesentlichen mit der Verhütung von Herz-Kreislaufkrankungen, der Vorbeugung und Behandlung von Osteoporose und Gedächtnisverlust begründet. Die Bindung der Frauen an die Frauenärzte wurde dadurch zementiert. Neben der Rezeptausstellung mit jedem Abrechnungsquartal hatten sich die Frauen im Abstand von etwa sechs Monaten Untersuchungen der Gebärmutter und der Brüste zu unterziehen, um etwaige Karzinome als mögliche Nebenwirkungen einer Hormonbehandlung im Frühstadium diagnostizieren zu können.

Die entsprechenden negativen Folgen derartiger Untersuchungen mit den zu erwartenden falsch negativen und falsch positiven Befunden und folgenden Eingriffen mussten als Teil der Behandlung mit Sexualhormonen akzeptiert werden. Dies ist umso bedenklicher, weil z.B. die Mammographie als Früherkennungsuntersuchung bei Hormonanwenderinnen noch deutlich schlechter ist als bei Nichtanwenderinnen.

5 Ethische Grundsätze des Informationsprozesses über die wissenschaftliche Beweislage

Das britische *General Medical Council* hat 1999 ethische Grundsätze für den Informationsprozess formuliert, der Patientinnen und Patienten bzw. Verbraucherinnen und Verbrauchern im Gesundheitswesen garantieren soll, vor diagnostischen Maßnahmen und Behandlungen angemessen informiert zu werden. Somit soll eine informierte Entscheidung für oder gegen die Akzeptanz der vorgeschlagenen Eingriffe ermöglicht werden. Beim Angebot von therapeutischen Maßnahmen ist es demnach unerlässlich, über die Prognose im Falle des Verzichts auf die Behandlung (natürlicher Verlauf der Erkrankung) zu informieren. Für die in Rede stehenden und für alternative Therapieoptionen sind Wirkungen und Nebenwirkungen, Unsicherheiten und Risiken, medizinische, soziale und finanzielle Folgen (Kollateral-Effekte) quantitativ darzustellen. Die Leitlinien des *General Medical Council* empfehlen ausdrücklich, dass vor einem diagnostischen Eingriff bzw. einer Früherkennungsuntersuchung nicht nur der Zweck der Untersuchung erklärt werden muss, sondern auch die Wahrscheinlichkeiten für falsch negative und falsch positive Ergebnisse. Des Weiteren haben die Betroffenen Anspruch auf Informationen über die eventuelle (interdisziplinäre) Planung des weiteren Verfahrens sowie zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten. Die Informationen müssen Wissenschafts-(Beweis)-basiert sein und verständlich und ausgewogen dargeboten werden (z.B. Angaben von Häufigkeiten anstelle von Relativ-Prozenten) und auf die relevanten Endpunkte (für die Patientin/den Patienten von Bedeutung) ausgerichtet sein. Den Betroffenen muss ausreichend Zeit für die Entscheidung gegeben werden. Finanzielle Interessen und Abhängigkeiten seitens der Therapeutin/des Therapeuten oder der von ihm vertretenen Institution(en) sind den Betroffenen offen zu legen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen aufgrund der Information die Untersuchung bzw. Behandlung ablehnen mögen, darf keinesfalls ein Grund dafür sein, die entsprechenden Daten vorzuenthalten (General Medical Council 1999).

Demzufolge hätten die Frauen über das Fehlen wissenschaftlicher Beweise für die Wirksamkeit, aber auch das Ausmaß möglicher unerwünschter Langzeitfolgen der Verabreichung von Sexualhormonen - einschließlich der diagnostischen Folgeeingriffe - informiert werden müssen. Die Informationen zur Behandlung mit Sexualhormonen waren und sind hingegen durchweg irreführend, beliebig, fragmentarisch, unverständlich und interessensabhängig. Ein typisches Beispiel hierfür fand sich in einer sog. Patienteninformation, die in verschiedenen Frauenarztpraxen in Nordrhein-Westfalen auslag (Gynäkologischer Qualitätszirkel o. J., um 1997). Die Information, die unter der Überschrift „Hormone und Krebs“ Frauen zu Meldungen in den Medien über eine mögliche Zunahme von Brustkrebs im Zusammenhang mit der Einnahme von hormonthaltigen Medikamenten aufklären sollte, berichtete wissenschaftliche Daten in unterschiedlicher Weise zu Brustkrebs als einer möglichen Nebenwirkung der Hormon-

behandlung und Darmkrebs, für den eine Schutzfunktion durch die Hormone postuliert wurde. In Abbildung 2 ist ein Textausschnitt wörtlich wiedergegeben.

Brustkrebs

Zur Zeit gibt es weltweit etwa 60 große Forschungsstudien über dieses Thema. Die Ergebnisse sind nicht eindeutig. Eine Zusammenfassung aller dieser Studien zeigt *möglicherweise** eine minimale Zunahme der Brustkrebshäufigkeit:

Normalerweise entwickeln etwa 60 von 1000 Frauen in ihrem Leben eine Brustkrebserkrankung; nach einer 10-jährigen Therapie sind es etwa 6 Frauen mehr, d.h. das Risiko steigt möglicherweise um 6 Promille (6 auf Tausend) an. Zugleich ist aber auch nachgewiesen, dass diese Brustkrebserkrankungen unter hormonaler Therapie früher entdeckt werden, weniger streuen und weniger bösartig sind, so dass die Prognose deutlich besser ist.

Andere Krebsformen

Der relativ häufige *Dickdarmkrebs** wird durch eine Hormongabe nicht nur nicht gefördert, sondern man konnte sogar eine erhebliche Schutzfunktion (bis über 50%) nachweisen, d.h. Frauen unter hormoneller Therapie entwickeln nur halb so häufig einen Dickdarmkrebs.

* hervorgehoben im Originaltext

Abbildung 2: Hormone und Krebs - Auszug aus einem Informationsblatt für Frauen in gynäkologischen Praxen in Nordrhein-Westfalen (Gynäkologischer Qualitätszirkel o. J., um 1997).

Alle Daten, sowohl jene für den Brustkrebs als auch jene für den Darmkrebs, beziehen sich auf vergleichbare Studien, nämlich Beobachtungsstudien mit der bereits erwähnten limitierten Aussagekraft. Für den Brustkrebs werden die Daten als „*möglicherweise (...)* *minimale Zunahme*“ beschrieben. Für die Brustkrebsdaten wird verschwiegen, dass es sich nur um die sog. invasiv wachsenden Fälle von Brustkrebs handelt, beim Dickdarmkrebs jedoch um alle Fälle, auch die noch lokalisierten Formen. Zur Darstellung werden sog. natürliche Häufigkeiten mit der Referenzpopulation aller altersentsprechenden gesunden Frauen angegeben, wodurch der Eindruck einer nur geringen Zunahme an Brustkrebsfällen impliziert wird (sechs Promille oder sechs auf Tausend). Die Angaben zum Darmkrebs werden als „*erhebliche Schutzfunktion*“ beschrieben. Zur Angabe des Ausmaßes der „*nachgewiesenen*“ Schutzfunktion werden sog. Relativprozente benutzt. Dabei ist die Referenzpopulation die Gruppe der an Dickdarmkrebs Erkrankten (bis über 50%).

Aufgrund der zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientinneninformation fehlenden randomisiert-kontrollierten Studien waren beide Angaben rein spekulativ. Keine war *weniger möglich* oder *nachgewiesener* als die andere. Die korrekte Darstellungsweise wäre die Angabe der Daten als natürliche Häufigkeiten mit der altersentsprechenden Gruppe aller gesunden Frauen als Referenzpopulation.

Eine umfassende, Patientinnen-relevante Ergebnisparameter berücksichtigende sowie Patientinnen-gerecht aufbereitete Information bezüglich des Nutzens und des Schadens der postmenopausalen Hormoneinnahme müsste basierend auf der derzeitigen besten wissenschaftlichen Beweislage aus der WHI-Studie (Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators 2002) folgendermaßen aussehen: Von 10.000 Frauen, die Placebo einnehmen, erkranken pro Jahr ungefähr 30 Frauen an invasivem Brustkrebs. Im Vergleich dazu erkranken von 10.000 Frauen, die Hormone einnehmen, zusätzlich acht Frauen mehr an invasivem Brustkrebs. Von den 10.000 Frauen, die Hormone einnehmen, erleiden pro Jahr zusätzlich sieben einen Herzinfarkt, acht zusätzlich einen Schlaganfall, 18 haben mit therapiebedingten Thrombosen zu rechnen und 23 erleiden zusätzlich eine dementielle Erkrankung. Dem erhöhten Risiko für Brustkrebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen und Demenz steht eine Verminderung des Risikos, an Dickdarmkrebs zu erkranken (6/10.000) und eine Hüftfraktur zu erleiden (5/10.000), gegenüber (Tabelle 5, vergleiche auch Tabelle 2).

Tabelle 5: Darstellung der Ergebnisse der WHI-Studie als Absolutprozent und Relativprozent.

	Unterschied Placebo - Hormone über 5 Jahre	
	Absolut %	Relativ %
KHK-Ereignis	0,35 ↑	23 ↑
Schlaganfall	0,40 ↑	38 ↑
Thromboembolie	0,90 ↑	113 ↑
Brustkrebs	0,40 ↑	27 ↑
Darmkrebs	0,30 ↓	38 ↓
Hüftfraktur	0,25 ↓	33 ↓
Demenz	0,90 ↑	100 ↑

Das Beispiel der in Frauenarztpraxen ausliegenden sog. Patientinneninformation spiegelt das Bestreben der interessensabhängigen Informationsverteiler an einer geschönten, manipulierten Darstellung wissenschaftlicher Daten wider.

6 Negierung wissenschaftlicher Beweise

Selbst nach Publikation einer zunehmend größeren Anzahl von validen wissenschaftlichen Studien, die die fehlende Wirksamkeit von Sexualhormonen bzw. die unerwünschten Wirkungen belegen, scheinen die Meinungsbildner der Frauenärzteschaft immer noch nicht bereit zu sein, von der Propagierung positiver Effekte der postmenopausalen Sexualhormone abzulassen.

So wurde Ende 2000 in der Zeitschrift *Frauenarzt* (Gemeinsame Stellungnahme 2000) und im *Deutschen Ärzteblatt* (Gemeinsame Stellungnahme der Fachgesellschaften 2000) in einer gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und anverwandter Ärztesgesellschaften weiterhin behauptet, dass die *„Sterblichkeit postmenopausaler Frauen durch eine Hormonsubstitution um circa 50 Prozent gesenkt wird, was in erster Linie auf die günstigen Auswirkungen der Östrogenpräparate auf das Herzkreislaufsystem zurückzuführen ist. Selbst die von Karzinomen abhängige Sterberate wird durch die Hormonsubstitution um etwa 30 Prozent verringert, wobei dies auch für Frauen mit einem Mammakarzinom in der Familienanamnese gilt“* (Gemeinsame Stellungnahme der Fachgesellschaften 2000). In Anbetracht der bereits vorliegenden Studien bzw. der fehlenden wissenschaftlichen Beweise für die Gesamt- bzw. Karzinomsterblichkeit sind diese Behauptungen schlechthin als falsch zu bewerten.

In 2001 wurden ebenfalls in der Zeitschrift *Frauenarzt* in polemischer und persönlich diffamierender Weise weiterhin die wissenschaftlichen Erkenntnisse negiert, die Verunsicherung der Frauen durch „unsere Gegner“ beklagt und der Nutzen der postmenopausalen Sexualhormone mit regressiven Argumenten verteidigt (Anonym 2001). So heißt es u.a.: *„Mit über 1.000 in vitro- und in vivo-experimentellen Studien werden die kardiovaskulären Wirkungen der Sexualsteroiden zu den am besten untersuchten endokrin-pharmakologischen Paradigmen“* (Teichmann und Mueck 2001).

Im Rahmen eines Aufsatzes auf der Homepage der Deutschen Menopausegesellschaft wurde als Konsequenz der zunehmenden wissenschaftlichen Beweislage gegen die Wirksamkeit der Östrogene/Gestagene bei Herzkreislauferkrankungen nicht etwa angeraten, eine solche nicht mehr anzubieten, sondern proklamiert, als *„Voraussetzung für das Erreichen von günstigen Wirkungen (...) generell eine individuelle Hormonbehandlung, die möglichst von Frauenärztinnen und Frauenärzten kontrolliert werden sollte“*, (Menopausegesellschaft 2001) durchzuführen.

Diese Argumentation wird auch von anderen führenden Protagonisten der Hormonbehandlung benutzt, wie dem Wiener Professor *Dr. Dr. Johannes Huber*. Sinngemäß postuliert er, dass alle jene Studien, die nicht die erhofften Ergebnisse erbracht hatten, eben mit nicht angemessenen Behandlungsstrategien durchgeführt wurden. Wenn nur die Auswahl, Kombination und Dosierung der verschiedenen Sexualhormone genau

richtig wären, dann würde es auch die gewünschten Wirkungen und keine Nebenwirkungen geben. Die genaue Auswahl der Therapie könne jedoch nur der einzelne Arzt mittels Hormonspiegelmessungen für jede Frau individuell treffen (Huber 2001). Selbst nach Veröffentlichung von *HERS II* und der *WHI*-Studie wird an der Argumentation festgehalten, dass die US-amerikanischen Studienergebnisse nicht auf europäische Verhältnisse übertragbar seien und die in Europa geübte sorgfältigere Umgangsweise mit Hormonen die belegten Komplikationen verhindern würde: „Bei uns bekommen nur die Patientinnen die Hormone, die diese auch benötigen (...) und zwar in der richtigen Zusammensetzung und Dosis“ (diestandard 2002). Ärzte wie Herr Huber versuchen auf diese Weise ihre Behandlungen als Ausdruck ihrer ärztlichen Kunst der wissenschaftlichen Überprüfbarkeit zu entziehen. Dies ist eine Regression des wissenschaftlichen Denkens und Handelns auf die Ebene des „autistisch undisziplinierten Denkens“ wie es *Eugen Bleuler* Anfang des letzten Jahrhunderts schon so trefflich beschrieben und beklagt hat (Bleuler 1919). Zukünftig soll gar durch Genanalysen festgestellt werden, für welche Frau welche Hormonkombination am günstigsten ist (Tempfer et al. 2002). Jedoch auch individuell dosierte Hormonmischungen, sei es aufgrund von Hormonspiegelmessungen oder in Zukunft von Genomanalysen, müssen in randomisiert-kontrollierten Langzeitstudien auf Wirksamkeit und Sicherheit überprüft werden. *Eugen Bleuler* beklagte, dass das autistisch undisziplinierte Denken in der Medizin nicht durch Logik zu überwinden sei. Es suche nicht die Wahrheit, sondern die Erfüllung von Wünschen (Bleuler 1919). Von diesen gibt es ja bekanntlich eine Menge, sowohl seitens der Frauen, der Ärzteschaft und der Pharmaindustrie.

Kürzlich hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aufgrund der „in den letzten Monaten bestehenden Verunsicherung unter den Kollegen“ (Beckmann et al. 2003) ein Verfahren der Konsensusfindung zur Gabe von Sexualhormonen in der Meno-/Postmenopause initiiert. Die Konsensus-Empfehlungen tragen dem wissenschaftlichen Kenntnisstand nunmehr weitgehend Rechnung.

7 Prüfung der Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten nach Zulassung

Wie können die nötigen Untersuchungen eingefordert werden, um die Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten ausreichend gut zu dokumentieren? Für die Zulassung neuer Medikamente auf dem deutschen Markt sind bisher keine Langzeitstudien nötig. Die Einschätzung der Wirksamkeit eines Medikamentes sowie der Nebenwirkungen, wie ein gehäuftes Auftreten von Brustkrebs, und die Bewertung des Ausmaßes einer Zunahme von unerwünschten Wirkungen ist jedoch nur möglich, wenn ausreichend große Langzeitstudien vorgelegt werden. Derartige Studien werden in den USA und zum Teil in europäischen Ländern auch durch öffentliche Gelder bezahlt. In Deutschland ist für die Durchführung solcher Studien bisher ausschließlich die Pharma-

industrie verantwortlich. Diese ist jedoch oftmals nicht geneigt, die nötigen Studien zu finanzieren. Die erhebliche Einflussnahme auf die Studienplanung durch die Pharmaindustrie ist bekannt. Der Druck auf die Industrie zur Finanzierung der Studien ist nicht ausreichend, da die Mehrheit der Meinungsbildner, einschließlich der universitären Experten oftmals selbst, nicht an einer wissenschaftlichen Absicherung der Verkaufsargumente interessiert erscheinen (Berger und Mühlhauser 2000).

Wir haben früher bereits vorgeschlagen, zur Finanzierung von Studien zur Absicherung von Medikamentenwirkungen einen Fond bei einer Bundes- oder Europabehörde einzurichten, in der die Parteien des Gesundheitswesens einzahlen (Pharmaindustrie, Kassen, Regierung), um aus diesem notwendige unabhängige Studien zu finanzieren. Dabei sollte man sich auf die Untersuchung von Medikamenten beschränken, von denen ein relevanter Fortschritt zu erwarten ist (Berger und Mühlhauser 2000).

Die zunehmend für die Behandlung mit Sexualhormonen in der Meno-/Postmenopause vorliegenden Studien lassen einen relevanten Fortschritt nicht erkennen. Aus diesem Grund scheint es auch nicht gerechtfertigt, für die Untersuchung des Brustkrebsrisikos unter Hormonanwendung öffentliche Gelder für eine Fall-Kontroll-Studie bereit zu stellen. Es liegen bereits zahlreiche Beobachtungs- und Fall-Kontroll-Studien zu dieser Frage vor. Eine valide Abschätzung des Ausmaßes des Brustkrebsrisikos ist jedoch nur durch randomisiert-kontrollierte Studien möglich. Eine derartige Studie stellt die *WHI*-Studie dar, deren ernüchternde Ergebnisse für den vorzeitig beendeten Studienarm mit 16.608 postmenopausalen Frauen mit intakter Gebärmutter nunmehr publiziert vorliegen. Selbst durch diese Studie wird sich jedoch nicht klären lassen, ob und in welchem Umfang Unterschiede im Brustkrebsrisiko zwischen den verschiedenen Gestagen-Präparaten, Dosierungen bzw. Verabreichungsformen bestehen. Die Markteinführung verschiedener Wirkstoffe aus der Gruppe der Östrogene bzw. Gestagene ist weniger ein medizinisches Bedürfnis als vielmehr ein Marketingkonzept, da jede Pharmafirma bestrebt ist, ihre eigenen Wirkstoffe zu vertreiben. Es ist davon auszugehen, dass auch nur geringe Unterschiede zwischen den Wirkstoffen einer Substanzklasse erhebliche Unterschiede in den Wirkungen bzw. unerwünschten Wirkungen nach sich ziehen können. So wird postuliert, dass Testosteron-betonte Gestagene eine stärkere Brustkrebs-induzierende Wirkung haben könnten als sog. Progestagen-betonte Gestagene. Daraus ergibt sich, dass für jeden einzelnen neuen Wirkstoff bzw. jede Wirkstoffkombination und Verabreichungsform entsprechende Langzeitstudien nötig wären. Anstatt diese mit öffentlichen Geldern zu fördern, wäre es im Falle der Sexualhormonbehandlungen, d.h. bei Lifestyle-Medikamenten, vonnöten, die Studien von den Pharmafirmen einzufordern. Ansonsten könnte ohne Verlust auf diese Medikamente verzichtet werden.

Literatur

- Altman DG (2001). A meta-analysis of hormone replacement therapy for fracture prevention. *JAMA* 286: 2096-2097
- Anonym (2001). Der Spiegel hat es wieder mal gewusst. *Frauenarzt* 42: 1080-1081
- Barrett-Connor E, Stuenkel CA (2001). Hormone replacement therapy (HRT) - risks and benefits. *International Journal of Epidemiology* 30: 423-426
- Barrett-Connor E (1998). Hormone replacement therapy. *BMJ* 317: 457-461
- Beckmann MW, Braendle W, Brucker C, Dören M, Emons G, Geisthövel F, Kiesel L, König K, Naß-Griegoleit I, Ortman O, Rabe T, Windler E (2003). Konsensus-Empfehlungen zur Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause. *Frauenarzt* 44: 138-141
- Beral V; Million Women Study Collaborators (2003). Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 362(9382): 419-427
- Berger M, Mühlhauser I (2000). Wirksamkeit von Medikamenten muss auch nach Zulassung geprüft werden. *Deutsches Ärzteblatt* 97: A-154-156
- Bleuler E (1919). Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1976, vierter Neudruck der 5. Auflage (1. Auflage 1919)
- Cauley JA, Black DM, Barrett-Connor E, Harris F, Shields K, Applegate W, Cummings SR (2001). Effects of hormone replacement therapy on clinical fractures and height loss: The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS). *The American Journal of Medicine* 110: 442-450
- Cherry N, Gilmour K, Hannaford P, Heagerty A, Khan MA, Kitchener H, McNamee R, Elstein M, Kay C, Seif M, Buckley H (2002). Oestrogen therapy for prevention of reinfarction in postmenopausal women: a randomised placebo controlled trial. *Lancet* 360: 2001-2008
- Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, Rodabough RJ, Gilligan MA, Cyr MG, Thomson CA, Khandekar J, Petrovitch H, McTiernan A, for the WHI Investigators (2003). Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA* 289: 3243-3253
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (1997). Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52.705 women with breast cancer and 108.411 women without breast cancer. *Lancet* 350: 1047-1059

- Coronary Drug Project Research Group (1973). The Coronary Drug Project. Findings leading to discontinuation of the 2,5-mg/day estrogen group. *JAMA* 226: 652-657
- diestandard (2002). Hormonsubstitution auch in Österreich umstritten. „Absolut kein Grund zur Besorgnis“ versus „Langzeiteinnahme kann sehr problematisch sein“. <http://diestandard.at>, Zugang am 17.7.2002
- Gemeinsame Stellungnahme der Fachgesellschaften zu dem Beitrag von Klaus Koch im Deutschen Ärzteblatt 33 vom 18. August 2000 (2000). Hormonersatz-Therapie. Rechnung mit dem Unbekannten. *Deutsches Ärzteblatt* 97: A-2512-2516
- Gemeinsame Stellungnahme zu „Östrogene und Krebsrisiko in Deutschland“ (Greiser et al.). *Frauenarzt* 41 (2000): 1129-1134
- General Medical Council (1999): Seeking patients' consent: the ethical considerations, <http://www.gmc-uk.org>, Zugang am 16.12.01
- Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T, for the HERS Research Group (2001). Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstetrics and Gynecology* 97: 116-120
- Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, Hsia J, Hulley S, Herd A, Khan S, Newby LK, Waters D, Vittinghoff E, Wenger N, for the HERS Research Group (2002a). Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA* 288: 49-57
- Grady D, Yaffe K, Kristof M, Lin F, Richards C, Barrett-Connor E (2002b). Effect of postmenopausal hormone therapy on cognitive function: The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study. *American Journal of Medicine* 113: 543-548
- Gynäkologischer Qualitätszirkel: Hormone und Krebs (o.J., um 1997). Eine aktuelle Information. Unveröffentlichtes Informationsblatt, o.O. (Nordrhein)
- Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, Aragaki AK, Shumaker SA, Brzyski RG, LaCroix AZ, Granek IA, Valanis BG, for the Women's Health Initiative Investigators (2003). Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *New England Journal of Medicine* 348: 1839-1854
- Hemminki E, McPherson K (1997). Impact of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular events and cancer: pooled data from clinical trials. *British Medical Journal* 315: 149-153

- Hemminki E, McPherson K (2000). Value of drug-licensing documents in studying the effect of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular disease. *Lancet* 355: 566-569
- Hlatky MA, Boothroyd D, Vittinghoff E, Sharp P, Whooley MA, for the HERS Research Group (2002). Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy: results from the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) trial. *JAMA* 287: 591-597
- Huber J (2001). Geschlechtshormone oft falsch angewendet. Ersatztherapie bei Frauen entspricht kaum physiologischen Erfordernissen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 14. 3. 2001
- Hulley S, Furberg C, Barrett-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, Knopp R, Lowery M, Satterfield S, Schrott H, Vittinghoff E, Hunninghake D, for the HERS Research Group (2002). Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy. Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA* 288: 58-66
- Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E, for the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA* 280: 605-613
- Kanaya AM, Herrington D, Vittinghoff E, Lin F, Grady D, Bittner V, Cauley JA, Barrett-Connor E (2003). Glycemic effects of postmenopausal hormone therapy: The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 138: 1-9
- Lacey JV Jr, Mink PJ, Lubin JH, Sherman ME, Troisi R, Hartge P, Schatzkin A, Schairer C (2002). Menopausal hormone replacement therapy and risk of ovarian cancer. *JAMA* 288: 334-341
- LeBlanc ES, Janowsky J, Chan BK, Nelson HD (2001). Hormone replacement therapy and cognition: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 285: 1489-1499
- Lethaby A, Farquhar S, Sarkis A, Roberts H, Jepson R, Barlow D (2002). Hormone replacement therapy in postmenopausal women: endometrial hyperplasia and irregular bleeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* (2) 2002. Oxford: Update Software <http://www.cochrane.de/>
- MacLennan A, Lester S, Moore V (2002). Oral oestrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* (2) 2002. Oxford: Update Software <http://www.cochrane.de/>

- Manson JE, Martin KA (2001). Postmenopausal hormone-replacement therapy. *New England Journal of Medicine* 345: 34-40
- Menopausegesellschaft (2001). Herz/Kreislauf-Erkrankungen und Hormonersatztherapie, <http://www.menopause-gesellschaft.de>, Zugang am 30.11.01
- Mühlhauser I, Berger M (1996): Surrogat-Marker: Trugschlüsse. *Deutsches Ärzteblatt* 93: A-3280-3283
- Mühlhauser I, Kimmerle R, Berger M (1995). Langzeittherapie mit Sexualhormonen zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung in der Postmenopause. Offene Fragen unter besonderer Berücksichtigung des Diabetes mellitus. *arznei-telegramm* 4: 37-44
- Mühlhauser I, Meyer G (2003). Der Hormon-Trugschluss - Sexualhormone (Östrogene/Gestagene) in der Meno-/Postmenopause zur Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung. In: Schücking BA (Hg.). *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Göttingen: V&R unipress GmbH, 103-119
- Mühlhauser I, Meyer G (2000). Die so genannte Hormonersatztherapie in der Meno-/Postmenopause. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 76: 497-501
- Mulnard RA, Cotman CW, Kawas C, van Dyck CH, Sano M, Doody R, Koss E, Pfeiffer E, Jin S, Gamst A, Grundman M, Thomas R, Thal LJ (2000). Estrogen replacement therapy for treatment of mild to moderate Alzheimer disease. *JAMA* 283: 1007-1015
- Nevitt MC, Felson DT, Williams EN, Grady D (2001). The effect of estrogen plus progestin on knee symptoms and related disability in postmenopausal women: The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study, a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis and Rheumatism* 44: 811-818
- Rapp SR, Espeland MA, Shumaker SA, Henderson VW, Brunner RL, Manson JE, Gass ML, Stefanick ML, Lane DS, Hays J, Johnson KC, Coker LH, Dailey M, Bowen D, for the WHIMS Investigators (2003). Effect of estrogen plus progestin on global cognitive function in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: A randomized controlled trial. *JAMA* 289: 2663-2672
- Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R (2000). Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk. *JAMA* 283: 485-491
- Schaumberg DA, Buring JE, Sullivan DA, Dana MR (2001). Hormone replacement therapy and dry eye syndrome. *JAMA* 286: 2114-2119

- Shumaker SA, Legault C, Thal L, Wallace RB, Ockene JK, Hendrix SL, Jones BN 3rd, Assaf AR, Jackson RD, Kotchen JM, Wassertheil-Smoller S, Wactawski-Wende J, for the WHIMS Investigators (2003). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 289: 2651-2662
- Simon JA, Hsia J, Cauley JA, Richards C, Harris F, Fong J, Barrett-Connor E, Hulley SB (2001). Postmenopausal hormone therapy and risk of stroke: The Heart and Estrogen-progestin Replacement Study (HERS). *Circulation* 103: 638-642
- Teichmann AT, Mueck AO (2001). Arbeitsgemeinschaft SiKus des BVF. Stellungnahme zum Spiegel-Artikel „Die große Hormonblamage.“ *Frauenarzt* 42: 1074-1078
- Tempfer C, Schneeberger C, Huber JC (2002). Postmenopausale HRT und Genpolymorphismen – aktuelle Datenlage. *Frauenarzt* 43: 786-792
- Torgerson DJ, Bell-Syer SEM (2001). Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures. *JAMA* 285: 2891-2897
- Viscoli CM, Brass LM, Kernan WN, Sarrel PM, Suissa S, Horwitz RI (2001). A clinical trial of estrogen-replacement therapy after ischemic stroke. *New England Journal of Medicine* 345: 1243-1249
- Wassertheil-Smoller S, Hendrix SL, Limacher M, Heiss G, Kooperberg C, Baird A, Kotchen T, Curb JD, Black H, Rossouw JE, Aragaki A, Safford M, Stein E, Laowattana S, Mysiw WJ, for the WHI Investigators (2003). Effect of estrogen plus progestin on stroke in postmenopausal women: the Women's Health Initiative: A randomized trial. *JAMA* 289: 2673-2684
- Wilson RA, Wilson TA (1963). The fate of the nontreated postmenopausal woman: a plea for the maintenance of adequate estrogen from puberty to the grave. *Journal of the American Geriatrics Society* 11: 347-362
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 288: 321-333

Der Kampf um die Hormontherapie¹

Elina Hemminki

1 Einleitung

Synthetische Arzneimittel, die weibliche Sexualhormone enthalten, sind seit den 1940er Jahren auf dem Markt. Es gibt für die Menopause hunderte verschiedener Arzneimittel, Wirkstoffe und Wege der Verabreichung. Ich verwende in diesem Beitrag *Hormontherapie* (HT) als allgemeinen Begriff für alle in und nach der Menopause verwendeten Formen der HT.

Hormontherapie wird seit mehr als 50 Jahren zur Behandlung von Wechseljahrs-Symptomen verwandt, seit 30 Jahren zur Verlangsamung des Alterungsprozesses und seit mehr als 20 Jahren zur Prävention von Krankheiten. Die Verwendung begann in den USA und verbreitete sich von dort ausgehend in Europa. In anderen Kontinenten ist nach meinem Wissen die Verbreitung der Hormontherapie noch gering. Bis zum Jahr 2000 war der Gebrauch von HT in vielen Ländern sehr verbreitet. Abb. 1 zeigt die Verwendung der Hormontherapie anhand der Verkaufszahlen in Finnland.

Es gibt zahlreiche Abhandlungen über die Gründe für die zunehmende Anwendung von HT und die großen Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern und innerhalb verschiedener Länder. Denken und Behandlungsweisen in Medizin und Gesundheitswesen befinden sich in ständiger Veränderung. Aber die Annahme, *neue Information verändere die Dinge*, ist allzu vereinfacht und wir sollten genau hinsehen, welche Akteure/Akteurinnen von den Veränderungen profitieren und welche unter ihnen leiden. Die Akteure/Akteurinnen sind die um begrenzte Ressourcen konkurrierenden KäuferInnen, Anbieter und Hersteller ebenso wie die Patientinnen. Im Fall der HT profitieren die Gynäkologen und Gynäkologinnen von neuen Kundinnen und einem gestiegenen Ansehen. Ein weiterer Nutznießer – sowohl monetär als auch in Bezug auf öffentliches Image - sind die Arzneimittelfirmen.

¹ Im Original: *The fight for hormone therapy*. Übersetzung: *Regine Albrecht, Ingeborg Jahn*

DDD/1000 EinwohnerInnen

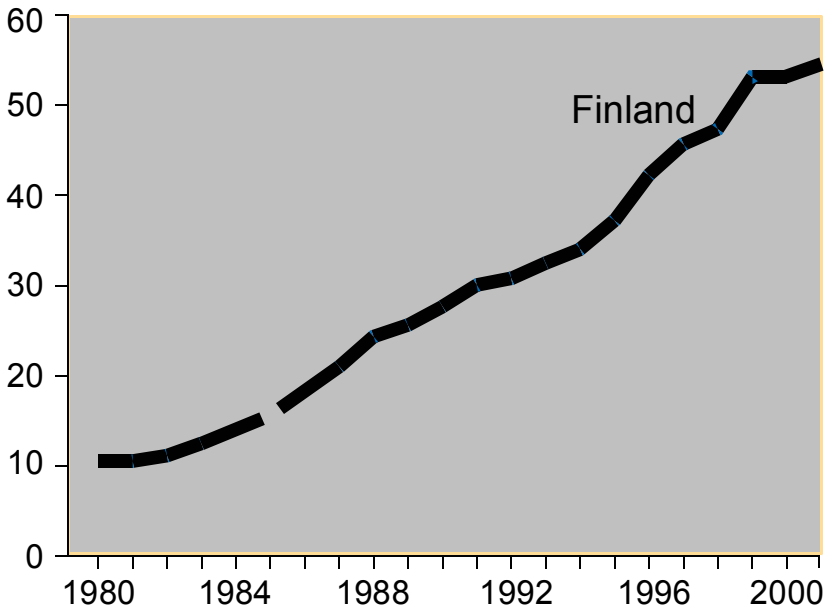


Abbildung 1. Verkaufszahlen für (post)menopausale Hormonpräparate in Finnland in 1980-2001 in definierten Tagesdosen (DDD) pro 1000 Einwohnerinnen.

Ich möchte in meinem Beitrag zwei Kämpfe um den Erhalt der Popularität von HT unterscheiden und beschreiben. Der erste Kampf wurde nur in den USA geführt, den zweiten Kampf will ich aus der finnischen Perspektive untersuchen. Meine Darstellung stützt sich auf Statistiken, Befragungen, teilnehmende Beobachtungen und schriftliches Material.

2 Der erste Kampf

Die Verkaufszahlen von HT beschreiben nicht die Kurve, die für den Lebensverlauf einer Innovation typisch ist. Die Geschichte der Anwendung von HT in den USA zeigt ein untypisches Bild (Hemminki et al. 1988): eine Zunahme in den 1960er und frühen 1970er Jahren, dann eine steile Abnahme 1975-1980 und eine erneute Zunahme ab 1981. Die Wiederbelebung des HT-Verkaufs in den USA in den 1980er Jahren spiegelt den ersten erfolgreichen Kampf um HT wider. Dieser Kampf wurde nur in den USA geführt, da zu jener Zeit der HT-Gebrauch in anderen Ländern viel seltener war.

In den 1960er Jahren wurde HT als ein Mittel zur Verlangsamung des Alterungsprozesses und zum Erhalt von Jugend und Weiblichkeit propagiert, ohne dass dafür stichhaltige Beweise vorlagen. Zu dieser Zeit wurden überwiegend Östrogene verwandt. Epidemiologische Evidenz zeigte, dass dies mit einem erhöhten Risiko für Gebärmutterkrebs verbunden war. Es wurde ein ursächlicher Zusammenhang vermutet und die Verwendung von HT ging rapide zurück. Meine Analyse (Hemminki 1988) geht dahin, dass die Verwendung von HT durch zwei Dinge wieder angekurbelt wurde: Erstens wurden der medikamentösen Therapie Gestagene hinzugefügt, um die Wirkungen der Östrogene auf den Uterus zu bekämpfen, zweitens machte man aus den nicht-medizinischen *schändlichen* Indikationen ein richtiges medizinisches Problem. Die Bedeutung der Osteoporose wurde zu einem entscheidenden *Public Health*-Problem erklärt.

Diese *Retter* (Gestagene und Osteoporose) wurden wiederum ohne Untermauerung durch verlässliche Forschung eingeführt. Später hat sich durch die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen herausgestellt, dass der zweite Retter – Prävention von Osteoporose und Knochenbrüchen – eine richtige Vermutung war. Stattdessen ist der Zusatz von Gestagenen möglicherweise die Ursache für andere Probleme.

3 Die Evidenz für Nutzen und Schaden der Hormontherapie vor 2000

Die Wirksamkeit von HT bei der Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden ist nachgewiesen. Es gibt jedoch keinen wissenschaftlichen Nachweis für ihren Einfluss auf das Altern. Die hauptsächlichste Kontroverse betraf die Wirkung von HT auf Erkrankungen. Verschiedene epidemiologische Beobachtungsstudien haben gezeigt, dass die Nutzerinnen von HT bezüglich verschiedener Gesundheitsindikatoren günstigere Werte aufwiesen als Frauen die HT nicht einnahmen. Die Vorstellung vom Nutzen der HT wurde z.B. aufgrund von Veränderungen der Blutfett-Werte untermauert. Mögliche nachteilige Wirkungen wurden zwar auch festgestellt, aber oft nicht beachtet mit dem Hinweis auf das insgesamt gegensätzliche Risiko-Nutzen-Verhältnis.

Mitte der 1980er Jahre wurden das Problem von Selektionseffekten bezüglich der Verwendung von HT (Frauen mit HT sind gesünder als Frauen ohne HT) sowie Vorbehalte gegenüber nicht-experimentellen Studiendesigns diskutiert und einige diese Zweifel stützende empirische Studien publiziert. Die erste kontrollierte klinische Studie, die die These von der Nützlichkeit von HT stützte, wurde 1979 publiziert (Nachtigall et al. 1979). Spätere klinische Studien bezweifelten entweder den Nutzen oder zeigten die Schädlichkeit der HT (z.B. Hemminki et al. 1997, Hulley et al. 1998). 1998 zeigten Ergebnisse der *HERS*-Studie, dass HT in der Sekundärprävention keinen Nutzen hat, z.B. was die Prävention weiterer kardiovaskulärer Ereignisse bei Frauen angeht, die bereits eine Herzerkrankung hatten.

4 Der zweite Kampf, am Beispiel Finnlands

Die Einstellungen der finnischen Ärzte und Ärztinnen gegenüber HT waren positiv (Hemminki et al. 1993, Toiviainen et al. 1998), kritische Stimmen gab es nur wenige. Der Hormongebrauch in Abhängigkeit vom Alter der Frauen zeigt eine weite Verbreitung der Langzeittherapie und die über die Zeit stärkere Zunahme bei älteren Frauen als bei jüngeren. Die Ergebnisse der *HERS*-Studie wurden weitgehend ignoriert. Im Finnish Medical Journal erschien nur eine kurze Zusammenfassung der späteren Empfehlungen der *American Heart Association (AHA)* (Mosca et al. 2001) und die Ergebnisse wurde herabsetzend kommentiert. Die offiziellen Empfehlungen, in denen HT speziell für Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen empfohlen wurde, blieben unverändert. Die Verkaufszahlen (Abb. 1) zeigen, dass es in der Verwendung von HT keine einschneidende Veränderung gab.

Im Frühjahr 2000 schickten die WissenschaftlerInnen der *Women's Health Initiative (WHI)* in den USA den Studienteilnehmerinnen ein Schreiben mit der Mitteilung, dass die Ausgangshypothese, HT schütze vor Herzerkrankungen, vermutlich falsch sei. Anscheinend waren die vorläufigen Ergebnisse der WHI den führenden finnischen Gynäkologen bekannt, zumindest einigen von ihnen, aber es folgte keinerlei öffentliche Diskussion. Im Juli 2002 wurden die ersten Ergebnisse der *WHI*-Studie veröffentlicht (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002), die zeigten, dass Frauen, die Hormone einnahmen, mehr Herzinfarkte, mehr Schlaganfälle, mehr Thrombosen und mehr Brustkrebs, aber weniger Darmkrebs und Knochenbrüche hatten. Die Gesamtbilanz war negativ. Die Internetversion dieses Artikels erschien einen Tag nachdem die Studienteilnehmerinnen informiert worden waren. Die Information war innerhalb weniger Stunden weltweit verbreitet. Sie weckte das Interesse der Publikumspresse, in einigen Ländern wie Australien und England war sie der Aufmacher und sowohl Berufsverbände als auch Regierungen reagierten. In den Vereinigten Staaten wurden bis Februar 2003 die Indikationen und Informationstexte bei allen Medikamenten, die Östrogene und Gestagene enthalten, umgeschrieben (Stephenson 2003).

In Finnland legten die ersten öffentlichen Berichte einen kritischen Blick auf die HT nahe und die Reihen der führenden Gynäkologen waren gespalten. Nach der Sommerpause im August 2002 ergriffen die führenden Gynäkologen das Wort und beruhigten die Öffentlichkeit: Die *WHI* habe in Finnland keine große Auswirkung. Als Gründe, weshalb die Ergebnisse der *WHI* problematisch bzw. für die finnische Praxis nicht relevant seien, wurden angegeben: In Finnland werden andere Medikamente als die untersuchten verwendet, die Struktur des Studienkollektivs sei unterschiedlich (älter, kränker, übergewichtiger, mehr Raucherinnen), die *Outcomes* seien zu begrenzt.

Die gemeinsame Stellungnahme der führenden finnischen Experten zur HT wurde im Oktober im *Finnish Medical Journal* veröffentlicht. Sie war neutral gehalten und im Detail überwiegend korrekt, machte aber einen Bogen um das erhöhte Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse in der *WHI*. Sie kam zu dem Schluss, HT sei die Therapie der Wahl zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden und habe eine *starke Position* in der Prävention von Osteoporose. Der Wechsel der Empfehlungen sei *ein normaler Vorgang*, durch neue Informationen erfolge eine Änderung der bisherigen Praxis.

Die gemeinsame Stellungnahme hinderte die *Machen Sie sich keine Sorgen*-Gruppe nicht daran, die *WHI* offen herunterzuspielen und die finnische individuell angepasste und gut durchdachte HT-Praxis zu lobpreisen. HT wird nicht mehr zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen empfohlen, aber der Gesamteindruck der Empfehlungen ist, dass HT eine gute Sache sei, von der Frauen Gebrauch machen sollten. Ich weiß nicht, was Frauen und niedergelassene Ärzte und Ärztinnen derzeit denken. Die Verkaufszahlen deuten darauf hin, dass die Verwendung möglicherweise etwas zurückgegangen ist (siehe Abb. 2).

Warum haben die finnischen Experten diese defensive Haltung eingenommen, anstatt z.B. diesen Fall dahingehend zu nutzen, mehr (unabhängiges) Geld für Forschung zur Gesundheit von Frauen zu fordern? Mögliche Gründe dafür sehe ich in der Befürchtung, die persönliche und/oder berufliche Glaubwürdigkeit zu verlieren sowie in ihrer medizinischen Sozialisation und dem Durchsetzungsvermögen von Pharmaunternehmen. Darüber hinaus spielt HT in der klinischen Praxis und in der Forschung eine zu wichtige Rolle, als dass sie leicht aufgegeben werden könnte.

DDD/1000 EinwohnerInnen

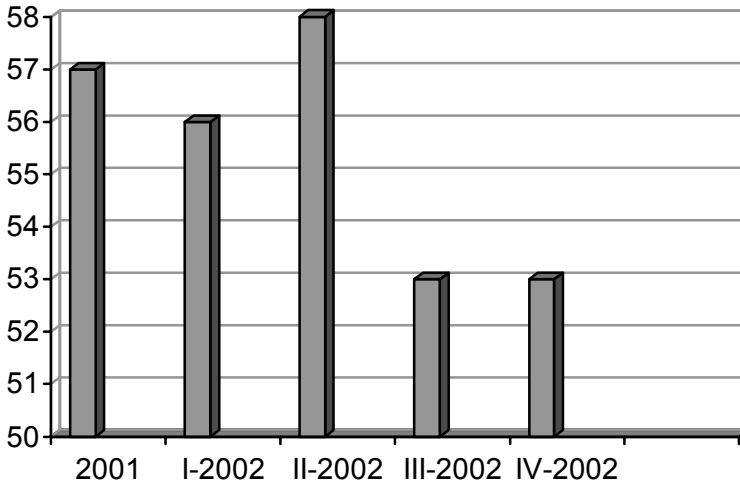


Abbildung 2: Verkaufszahlen für (post)menopausale Hormonpräparate in Finnland in 2001 und in 2002 nach Quartalen in definierten Tagesdosen (DDD) pro 1000 Einwohnerinnen.

Wie offiziell und wann die finnischen Leitlinien verändert werden, wird man sehen. Ebenso werden wir die Veränderungen in Verschreibungsverhalten und Verwendung erst später untersuchen können. Wird sich das Verbrauchsmuster der USA der 1970er Jahre wiederholen? Welche *Retter* erscheinen dieses Mal? Meine Vermutung ist, dass als ein *Retter sister-drugs* (Analogpräparate), die man als Ersatz für die derzeitigen HT-Medikamente entwickeln wird, in Erscheinung treten. Diese können dann zur Beseitigung von Symptomen vermarktet, aber zur Prävention genutzt werden – so lange, bis man ihre Nutzlosigkeit feststellt. Um dies zu vermeiden, sollten Indikationen nur auf der Basis kontrollierter Studien zugelassen werden und in der Praxis sollte man sich an die gesicherten Indikationen halten. Wir brauchen ein neues Denken über die Arzneimittelüberwachung wie auch über die Rolle der Partnerschaft von Industrie, Forschung und Expertentum.

Literatur

- Hemminki E, Kennedy DL, Baum C, McKinlay SM (1988). Prescribing of noncontraceptive estrogens and progestins in the United States 1974-1986. *American Journal of Public Health* 78: 1479-1481
- Hemminki E (1988). The use of combined estrogen-progestin replacement therapy - an example of the dissemination of new indications for an old technology. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 4: 511- 519
- Hemminki E, Topo P, Malin M, Kangas I (1993). Physicians' views on hormone therapy around and after menopause. *Maturitas* 16: 163-173
- Hemminki E, McPherson K (1997). Impact of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular events and cancer - pooled data from clinical trials. *British Medical Journal* 315: 149-153
- Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA* 280: 605-613
- Mosca L, Collins P, Herrington DM, Mendelsohn ME, Pastenak RC, Robertson RM, Schenck-Gustafsson K, Smith SC Jr., Taubert KA, Wenger NK (2001). Hormone replacement therapy and cardiovascular disease. *Circulation* 104: 499-503
- Nachtigall LE, Nachtigall RH, Nachtigall RD, Beckman EM (1979). Estrogen replacement therapy. II. A prospective study in the relationship to carcinoma and cardiovascular and metabolic problems. *Obstetrics and Gynecology* 54: 74-79
- Stephenson J (2003). FDA orders estrogen safety warnings. *JAMA* 289: 537-538
- Toiviainen H, Hemminki E (1998). Finnish physicians' attitudes towards preconsultation information: menopausal treatment practices as an example. *Patient Education and Counseling* 35: 101-109
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 288: 321-333

Therapie mit Östrogenen/Gestagenen im Klimakterium. Nutzen-Risiko-Situation: derzeitige Standortbestimmung¹

Martina Dören

1 Einleitung

Die Wechseljahre und die Menopause sind physiologische Prozesse, die per se nicht therapiert werden müssen (National Heart, Lung, and Blood Institute 2002; Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2003). Etwa ein Drittel aller Frauen im Klimakterium gibt keine oder diskrete klimakterische Beschwerden an, sie ziehen keine Hormonbehandlung in Betracht. Jede Hormontherapie bedarf einer Indikation und deren regelmäßigen Überprüfung hinsichtlich von Wirkungen und Nebenwirkungen. Da bis heute auch nicht-humane Östrogene sowie synthetische Gestagene eingesetzt werden, ist die Bezeichnung Hormontherapie anstelle Hormonersatztherapie korrekter (s. a. Behandlungsprinzipien am Schluss dieses Beitrags).

2 Indikationen einer Therapie mit Östrogenen im Klimakterium

2.1 Vasomotorische Symptome

Östrogene können Hitzewallungen und oft assoziierte Schweißausbrüche lindern oder beseitigen. Dies ist durch plazebo-kontrollierte, doppel-blinde Untersuchungen für z. B. 1 mg Östradiol, 25 µg Östradiol *transdermal*, oder 0,3 mg konjugierte Östrogene gezeigt worden (MacLennan et al. 2003).

¹ Stand September 2003

2.2 Urogenitale Symptomatik

Östrogene können der Prophylaxe von Alterungsvorgängen der Vulva und Vagina, insbesondere Trockenheit der Scheide, dienen. Eine Verbesserung einer Harninkontinenz durch Östrogene ist postuliert worden; in der *HERS*-Studie (s. kardiovaskuläre Erkrankungen) wurde jedoch eine Zunahme in der Hormongruppe gefunden (Grady et al. 2001).

2.3 Lebensqualität

Zahlreiche kontrollierte klinische Studien versuchen, den Einfluss einer Hormontherapie zu erfassen. Es gibt eine große Vielfalt von Faktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die in Frageinstrumenten erfasst werden sollen, ein methodisch komplexes Problem (Bullinger 2002).

Die Ergebnisse der *WHI*-Studie zeigen, dass eine Östrogen-Gestagen-Therapie (s. Primärprävention der koronaren Herzerkrankung; 0,625 mg konjugierte equine Östrogene + 2,5 mg MPA/Tag versus Placebo) nicht die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert [validiertes Erhebungsinstrument mit Erfassung von u.a. körperlichem Funktionszustand, Schmerz, Energie, Müdigkeit und sozialer Rolle (Hays et al. 2003)]. Nach drei Jahren wurden keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen gefunden, dies gilt auch für die 50-59-jährigen Frauen. Bei den 50-54-jährigen Frauen mit mindestens mittelgradigen Hitzewallungen wurden (nur) eine Abnahme der Hitzewallungen und eine Verbesserung der Schlafqualität gefunden, andere Parameter der Lebensqualität blieben unbeeinflusst.

2.4 Primäre Osteoporoseprophylaxe

Endogene Östrogene sind in die Skelettreifung während der Pubertät und Adoleszenz eingebunden. Viele klinische sowie Beobachtungsstudien zeigen, dass Östrogene bei postmenopausalen Frauen mit und ohne manifeste Osteoporose zu einem Anstieg der Knochendichte im Bereich von Wirbelsäule und Unterarm, weniger im Oberschenkel führen können. Eine Östrogen- beziehungsweise Östrogen-Gestagen-Therapie ist hinsichtlich des Surrogatmarkers Knochendichte einer Therapie mit dem Gestagenderivat *Tibolon* vergleichbar (Dören et al. 2003). Für die Senkung der Frakturhäufigkeit liegen etliche positive Beobachtungsstudien vor, die eine Reduktion von Schenkelhals-, Wirbelsäulen- und Radiusfrakturen zeigen (Marcus et al. 2002, Wells et al. 2002, Nelson et al. 2002).

Die mit 16.608 postmenopausalen Frauen durchgeführte prospektive, randomisierte, placebokontrollierte *WHI*-Studie zeigte, dass eine Kombination von konjugierten equinen Östrogene 0,625 mg und Medroxyprogesteronazetat 2,5 mg, beides jeweils täglich, zur Frakturreduktion geeignet ist. Im medianen Beobachtungszeitraum von 5,2 Jahren traten fünf Schenkelhalsfrakturen weniger pro 10.000 hormonell behandelte

Frauen/Anwendungsjahr im Vergleich zur Placebogruppe auf (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002). Das relative Risiko für Wirbelkörperfrakturen war im gleichen Ausmaß reduziert. Die WHI-Studie erfasste erstmals im Kontext mit der primären Hypothese, den Nutzen einer bestimmten Hormontherapie in der primären Prävention koronarer und anderer kardiovaskulärer Erkrankungen nachzuweisen. Weiterhin wurden eine Reihe weiterer Erkrankungen (u.a. Kolonkarzinom, Schlaganfall, Thrombose, Lungenembolie) berücksichtigt. Sekundäre Endpunkte waren Oberschenkelhals- und andere Frakturen; Brustkrebs war eine präspezifizierte, als Endpunkt betrachtete Nebenwirkung.

Der Abbruch dieses Arms der *WHI*-Studie erfolgte aufgrund des erhöhten Risikos für kardiovaskuläre Ereignisse und der im Laufe der Studie erkennbaren Zunahme der Brustkrebsinzidenz; diese Risiken wurden höher bewertet als der Nutzen (verminderte Risiken für Frakturen und kolorektale Karzinome). Anders ausgedrückt, eine Osteoporoseprophylaxe ist zwar erstmalig im Kontext einer umfangreichen Studie mit Endpunkt *Fraktur* belegt, wird aber bei schon relativ kurzer Anwendung mit Risiken erkauft. Die Größe der *number needed to treat (NNT)* zur Vermeidung einer Schenkelhals- bzw. einer Wirbelkörperfraktur ist, auch im Vergleich zu anderen antiosteoporotischen Pharmaka, als sehr ungünstig einzustufen. Daher kann eine Östrogentherapie nicht als primäre pharmakologische Prävention empfohlen werden (s. a. Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2003). Über das Risikoprofil einer Östrogenmonotherapie können derzeit im Vergleich zu Kombinationspräparaten wenige Aussagen gemacht werden, da Angaben aus kontrollierten klinischen Studien mit Endpunkten ausstehen (v. a. Östrogenarm der WHI-Studie). Aufgrund epidemiologischer Daten kann davon ausgegangen werden, dass eine Östrogenmonotherapie (nur bei Frauen mit Hysterektomie möglich) ähnlich wirksam wie eine Östrogen-Gestagen-Therapie wäre, aber auch mit den Risiken, v. a. Thromboembolie- und Brustkrebsrisiko, verbunden ist. Die Größe der *number needed to treat (NNT)* zur Vermeidung einer Schenkelhals- bzw. einer Wirbelkörperfraktur ist, auch im Vergleich zu anderen antiosteoporotischen Pharmaka, als sehr ungünstig einzustufen.

Aufgrund des Risikoprofils, insbesondere des kardiovaskulären und des Brustkrebsrisikos, kann eine Östrogen-Gestagen-Therapie angesichts vorhandener, effizienter pharmakologischer Alternativen nicht für die Indikation Osteoporoseprophylaxe empfohlen werden. Sofern eine Östrogen-Gestagen-Therapie begonnen werden soll, müssen die Frauen ausführlich über Nutzen und Risiken (ossäre und extraossäre Wirkungen) beraten werden. Aufgrund epidemiologischer Daten kann davon ausgegangen werden, dass eine Östrogenmonotherapie (nur bei Frauen mit Hysterektomie möglich) ähnlich wirksam wie eine Östrogen-Gestagen-Therapie wäre, aber auch mit den Risiken, v. a. Thromboembolie- und Brustkrebsrisiko, verbunden ist. Daher wird auch sie nicht empfohlen.

3 Risiken

3.1 Mammakarzinom

Präklinische Untersuchungen weisen darauf hin, dass Östrogene und ihre Metabolite die Entwicklung des Mammakarzinoms fördern können. Östrogene, neueren Daten zufolge auch Gestagene, gehören zu einer Vielzahl von etablierten Risikofaktoren. Eine Auswertung der Nurses Health Study legt nahe, dass inzidente Brustkrebsfälle nicht nur auf einen Screening-Bias durch Mammografie zurückgeführt werden können (Joffe et al. 2001). Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien zeigten, dass das Brustkrebsrisiko durch die Anwendung von Östrogen-Gestagen-Therapien im Vergleich zur Östrogen-Monotherapie weiter gesteigert wird (Humphrey 2002). Offenbar wird die duktale Epithelproliferation durch Gestagene gefördert (Hofseth et al. 1999). Die umfangreichste Meta-Analyse epidemiologischer Studien (Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien) zeigte bei einer Behandlung mit Östrogenen oder Östrogen-Gestagen-Kombinationen bei Frauen, die gegenwärtig oder ein bis vier Jahre zurückliegend Hormone anwenden, kleine, aber signifikante Risikoanstiege für jedes Behandlungsjahr. Diese Analyse beruht überwiegend auf Studien zur Östrogen-therapie mit konjugierten equinen Östrogenen in einer Dosis von 0,625 mg/Tag, Daten zu anderen Östrogenen und Östrogen-Gestagen-Kombinationen fehlten weitgehend (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1997).

In der *WHI*-Studie wurden acht zusätzliche Brustkrebsfälle/10.000 Frauen/Behandlungsjahr im Vergleich zur Placebogruppe diagnostiziert. Der Risikoanstieg war bei den Frauen mit vorangegangener Hormontherapie größer als bei denen, die erstmals eine Hormontherapie durchführten (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002). Eine Bewertung der *WHI*-Ergebnisse, die von einer Übertragbarkeit auf andere Östrogen-Gestagen-Kombinationen ausgeht, legt nahe, dass bei 65-69-jährigen Frauen, die im Durchschnitt für mehr als elf Jahre eine Östrogen-Gestagen-Therapie durchführen würden, das Brustkrebsrisiko sich verdoppeln könnte (Greiser et al. 2002) und somit ein relevanter Anteil der Mammakarzinome in Deutschland mit Hormontherapie in Zusammenhang gebracht werden kann (Greiser 2001); die gleiche Schlußfolgerung sollte aus der britischen Million Women Study gezogen werden. Die Mehrheit epidemiologischer Studien legt nahe, dass Mammakarzinome bei Hormonanwenderinnen eher östrogenrezeptorpositiv sind, in einem früheren Tumorstadium diagnostiziert werden und einen günstigeren histologischen Typus aufweisen.

Im Gegensatz dazu zeigte eine weitere Auswertung der *WHI*-Studie mit *follow-up* von jetzt 5,6 Jahren anhand einer Analyse von 349 invasiven Mammakarzinomen und 84 in situ Karzinomen, dass die Tumorgröße in der Hormon- die der Placebogruppe übertraf, Tumoren in der Hormongruppe waren signifikant häufiger nodal-positiv bei vergleichbarem *grading*, und eine Metastasierung war in dieser Gruppe ebenfalls häufiger. Für in situ Karzinome ergaben sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Die Anzahl als auffällig befundeter Mammografien war in der Hormongruppe deutlich erhöht. Die Autoren folgern, dass die Hormonkombination das Wachstum von Tumoren stimuliert und die Diagnose eines Karzinoms verzögert. Die Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen waren am deutlichsten bei den Frauen mit zuvor bestehender Hormontherapie (Chlebowski et al. 2003, Gann und Morrow 2003).

In der jüngst publizierten, prospektiven und bevölkerungsbasierten britischen Kohortenstudie (*Million Women Study*; n = 9364 Frauen mit inzidenten invasiven Mammakarzinomen) wurde die Brustkrebsinzidenz bei Anwendung von Östrogen-Gestagen-Kombinationen mit einem relativen Risiko von 2,0 (KI 1,88-2,12; p<0,0001), bei Östrogenmonotherapie mit einem relativen Risiko von 1,30 (KI 1,21-1,40; p<0,0001) und bei Tibolon entsprechend mit 1,45 (KI 1,25-1,68; p<0,0001) erhöht gefunden (Million Women Study Collaborators 2003). Die Risikoerhöhung war dabei weitgehend unabhängig von der Art des Östrogens (z. B. Östradiol-/derivat, konjugierte equine Östrogene), Applikationsform (v. a. oral, transdermal) oder Behandlungsschema (sequentiell, kontinuierlich). Unterschiede hinsichtlich der Gestagene, angewendet als Komponente einer Östrogen-Gestagen-Therapie (Medroxyprogesteronazetat, Norethisteronazetat, Norgestrel, Levonorgestrel), bestanden hinsichtlich der Risikoerhöhung nicht.

In der *WHI*-Studie war die spezifische Letalität in beiden Gruppen gleich bei insgesamt sehr kleiner Fallzahl (n = 4 in jedem Behandlungsarm; Chlebowski et al. 2003); in der *HERS-I* und *HERS-II*-Studie finden sich dazu keine Angaben. Die spezifische Letalität war bei Frauen mit Hormonanwendung in der *One Million Women Study* mit einem relativen Risiko von 1,22 (KI 1,00-1,48; p<0,05) erhöht (Million Women Study Collaborators 2003).

3.2 Endometriumkarzinom/Hyperplasie

Östrogene stimulieren das Endometrium und können zu dessen Hyperplasie und erhöhtem Risiko für ein Endometriumkarzinom führen. Die regelmäßige Anwendung eines Gestagens bei nicht-hysterektomierten Frauen ist obligat (Stellungnahme der Deutschen Menopause Gesellschaft 2000). Die zusätzliche monatliche Gabe von Gestagenen über mindestens zehn, besser 12-14 Tage ist erforderlich, um einen ansonsten regelhaft mit der Östrogenmonotherapie assoziierten Risikoanstieg aufzuheben (Lethaby et al. 2000). Sowohl in der *WHI*- als auch in *HERS*-Studie mit jeweils identischer kombiniert kontinuierlicher Östrogen-Gestagen-Kombination zeigte sich kein Unterschied in der Inzidenz von Endometriumkarzinomen zwischen Hormon- und Placebogruppe (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002, Hulley et al. 1998, Hulley et al. 2002). Bei kombiniert kontinuierlichen Therapien ist keine regelhafte, monatliche Blutung wie bei sequentiellen Therapien zu erwarten; die therapeutisch intendierte Blutungsfreiheit ist jedoch nicht bei allen Frauen, gerade zu Behandlungsbeginn, zu erreichen (Braendle 2000, Dören 1998).

Es ist derzeit nicht auszuschließen, dass auch eine sequenzielle Östrogen-Gestagen-Therapie ein Restrisiko beinhaltet, das das hormonell unbehandelte Frauen übersteigt. Die *long-cycle therapy*, eine Sonderform der zyklischen Östrogen-Gestagen-Therapie, die durch eine nur alle drei Monate erfolgende Gestagenanwendung bei durchgängiger Östrogentherapie gekennzeichnet ist und vorzugsweise bei Frauen angewendet wird, die monatliche Blutungen ablehnen, geht nach vorläufigen Daten mit einer Erhöhung des relativen Risikos im Vergleich zur monatlichen Gestagenanwendung einher (Cerin et al. 1996, Pukkala et al. 2001).

Die tägliche Anwendung eines Östrogens und eines Gestagens (so genannte kombiniert kontinuierliche Therapie) geht offenbar nicht mit einer Erhöhung des Risikos einher; diese Therapieform steht jedoch im Verdacht, das Risiko eines Mammakarzinoms noch stärker zu vergrößern als eine alleinige Östrogentherapie. Aufgrund der Datenlage kann daher keine eindeutige Präferenz für die eine oder andere Therapieform ausgesprochen werden.

Die Entscheidung zur sequentiellen oder kombiniert kontinuierlichen Therapie sollte gemeinsam mit der zu beratenden Frau erfolgen, neben der obligaten Nutzen-Risiko-Abwägung sind die individuelle Verträglichkeit der gewählten Hormonpräparate und die persönliche Präferenz der Frau zu bedenken [keine zu erwartenden monatlichen Blutungen bei kombiniert kontinuierlicher im Vergleich zu sequentieller Östrogen-Gestagen-Therapie; jedoch Möglichkeit von (unregelmäßigen) Blutungen bei kombiniert kontinuierlicher Therapie].

Auch die orale Anwendung von Östriol geht mit einer Risikoerhöhung für Endometriumkarzinom einher (Weiderpass et al. 1998) und sollte daher, wenn nicht mit einem Gestagen kombiniert, vermieden werden.

3.4 Ovarialkarzinom

Das Risiko der Entwicklung des Ovarialkarzinoms ist nach langfristiger Hormontherapie möglicherweise ebenfalls erhöht, wie manche der neueren epidemiologische Studien nahe legen (Risch 2002).

3.5 Kolorektale Karzinome

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit für das zweithäufigste Karzinom bei Frauen in Deutschland scheint bei langfristig bestehender Östrogentherapie vermindert (Nanda et al. 1999). Im Östrogen-Gestagen-Arm der *WHI*-Studie wurden sechs kolorektale Karzinome weniger pro 10.000 hormonell behandelte Frauen/Anwendungsjahr im Vergleich zur Placebogruppe gefunden (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002).

3.6 Kardiovaskuläre Erkrankungen

3.6.1 Primärprävention der koronaren Herzerkrankung

Östrogene üben vielfältige genomische und nichtgenomische Wirkungen an Blutgefäßen aus. U.a. sind Effekte auf Hämostase/Fibrinolyse, NO-, Endothel-, Lipid-, Kohlenhydrat- und Homocysteinestoffwechsel, Herzmuskelfunktion und Gefäßtonus, und Interaktionen mit zahlreichen Zytokinen, CRP, Adhäsionsmolekülen und Osteoprotegerin beschrieben (Mendelsohn und Karas 1999, Pradhan et al. 2002). Östrogene wurden manchmal aufgrund einer sich auf Beobachtungsstudien (v. a. die Nurses Health Study) und Studien mit Surrogatparametern (The Writing Group for the PEPI Trial 1995) stützenden Datenlage auch zur Kardioprotektion empfohlen. Epidemiologische Daten zeigen zwar, dass es einen alterskorrelierten Anstieg des KHK-Risikos bei Frauen gibt, ein Effekt der Menopause hat sich nicht zeigen lassen (WHO 1996, Tunstall-Pedoe 1998).

Bisher ergaben viele Beobachtungsstudien, dass eine Östrogengabe das relative Risiko für koronare Herzerkrankungen senkt (Barrett-Connor und Grady 1998). Eine jüngste Meta-Analyse, die Studien geringerer methodischer Qualität sowie Querschnittsstudien und angiografische Studien mit symptomatischen Frauen ausschloss, ergab ein anderes Ergebnis, wenn für Risikofaktoren adjustiert wurde. Unter Berücksichtigung von Diabetes mellitus, Cholesterin, Rauchen, Alkoholgenuss, Ausbildung, sozio-ökonomischem Status und körperlicher Bewegung zeigte sich, dass das relative Risiko des Eintritts einer koronaren Herzerkrankung (Inzidenz) 1,07 betrug (KI 0,79-1,48) und sich nicht von dem von Nicht-Anwenderinnen einer Hormontherapie unterscheidet (Humphrey et al. 2002).

Diese Analyse schloss noch nicht die Ergebnisse der *WHI*-Studie ein. Der primäre Endpunkt dieser bisher umfangreichsten placebo-kontrollierten Studie zur Hormontherapie war die Häufigkeit von koronaren Herzerkrankungen bei Frauen. Ein Drittel der Frauen war zu Beginn der Studie 50-59 Jahre alt, 45% im Alter zwischen 60-69, ein Fünftel 70-79 Jahre alt. Es zeigte sich, dass das relative Risiko für koronare Herzerkrankungen (Inzidenz, sowohl tödliche als auch nichttödlich verlaufende Herzinfarkte) mit 1,29 erhöht war (KI 1,02-1,63). In absoluten Zahlen ausgedrückt, traten sieben zusätzliche Herzerkrankungen pro 10.000 hormonell behandelte Frauen/Anwendungsjahr im Vergleich zur Placebogruppe auf (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002; Manson et al 2003).

3.6.2 Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung

Hier hatten ebenfalls epidemiologische Daten nahe gelegt, dass Östrogene protektiv sein könnten. Die *Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS)* war die erste doppel-blinde placebokontrollierte prospektive Studie zur Evaluation einer bestimmten Östrogen-Gestagen-Therapie (0,625 mg konjugierte equine Östrogene +

2,5 mg MPA) für die Sekundärprävention bei manifester KHK (Z. n. Myokardinfarkt, perkutane Angioplastie, Bypass-Operation). Die primären Endpunkte waren nicht-tödliche Myokardinfakte und kardiovaskuläre Todesfälle. Nach vorzeitiger Beendigung der Studie nach vier Jahren ergaben sich keine Unterschiede zwischen Hormon- und Placebogruppe (Hulley et al. 1998). Die Ergebnisse der offen weitergeführten HERS-Studie zeigten nach im Median 6,8 Jahren im Kern gleiche Ergebnisse (Grady et al. 2002). Weitere Auswertungen zeigten, dass keine Subgruppe von der Hormontherapie profitierte (Furberg et al. 2002). Eine im Design der HERS-Studie ähnliche Untersuchung (Östradiolvalerat 2 mg / Tag ohne Gestagen) erbrachte im Kern identische Ergebnisse wie diese (The ESPRIT Team 2002).

Die Auswertung der WHI-Studie zeigte auch, dass 400 der 16.608 Frauen anamnestiche Befunde aufwiesen, die im Sinn einer kardiovaskulären Vorerkrankung zu werten sind und daher im Kontext der Sekundärprophylaxe diskutiert werden sollten. Das relative Risiko für koronare Herzerkrankungen war bei Frauen mit Herzinfarkt in fast identischer Weise erhöht wie bei denen ohne diese Anamnese (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002).

Eine kleine (n = 255) randomisierte prospektive 2,5-jährige Studie bei Frauen mit Herzerkrankungen, die mit einer transdermalen Hormon-Therapie behandelt wurden (80 µg Östradiol/Tag für 14 Tage und 80 µg Östradiol + Norethisteronazetat 120 µg / Tag für 14 Tage, Kontrollgruppe: keine Therapie, nicht doppel-blind), zeigte eine nichtsignifikante Erhöhung für die primären Endpunkte Angina, Herzinfarkt, oder kardial bedingte Todesfälle in der Hormongruppe (RR 1,29; KI 0,84-1,95; Clarke et al. 2002).

Zur kardiovaskulären Prävention sollten Maßnahmen eingesetzt werden, deren Wirksamkeit belegt ist oder zumindest wahrscheinlich gemacht wurde, ohne selbst ein weiteres bedeutsames Risiko hinzuzufügen (Neves-e-Castro et al. 2002). Dazu zählen ausreichende körperliche Aktivität und gesunde Lebensweise, Anstreben von Normalgewicht, Behandlung von Blutdruckerhöhung und Dyslipidämie, optimale Einstellung eines Diabetes mellitus und Tabakentwöhnung (Heart Protection Study Collaborative Group 2002, National Heart, Lung, and Blood Institute 2002).

3.7 Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls

Beobachtungsstudien zeigen inkonsistente Ergebnisse hinsichtlich der Wirkungen einer Hormontherapie für Schlaganfälle im Kontext der Primärprävention (Lemaitre et al. 2002). Den Ergebnissen einer Meta-Analyse zufolge ist deren Häufigkeit erhöht bei Frauen, die jemals Hormone angewendet hatten (Nelson et al. 2002). In der WHI-Studie traten nichttödliche Schlaganfälle signifikant vermehrt auf: acht zusätzliche Schlaganfälle pro 10.000 hormonell behandelte Frauen/Anwendungsjahr im Vergleich zur Placebogruppe (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002), die meisten Fälle waren ischämischen Ursprungs (Wassertheil-Smoller et al.

2003). Auch Östrogene als Monotherapie sind nicht zur Sekundärprävention geeignet, gezeigt in einer anderen placebokontrollierten Studie (Östradiol 1 mg/Tag; Viscoli et al. 2001). Zur Verhinderung von Schlaganfällen sei auf die Möglichkeiten der Risikoreduktion wie bei kardiovaskulären Erkrankungen verwiesen.

3.8 Thromboembolie

Venöse Thromboembolien treten bei Frauen im Alter zwischen 50-79 mit einer Prävalenz von etwa 1,3 Ereignissen/10.000 im Jahr auf (Perez Gutthann et al. 1997). Eine Meta-Analyse zeigte, dass eine Hormontherapie das relative Risiko etwa verdoppelt (Miller et al. 2002), bei genetischer Disposition wie der APC-Resistenz (Faktor V Leiden Punktmutation), die bei 2-7% der Frauen und Männer beschrieben wurde, wird ein Anstieg um den Faktor 15 angegeben (Rosendaal et al. 2002). Im ersten Therapiejahr ist das Thromboserisiko stärker ausgeprägt und vermindert sich im Laufe der Zeit (Nelson et al. 2002). Manchmal reklamierte geringere Risiken für transdermale Östradioltherapie oder Therapien mit anderen Östrogenen als konjugierten equinen Östrogenen konnten bisher zumindest, nicht zuletzt aufgrund einer dünnen Datenbasis, nicht bestätigt werden (Perez Gutthann et al. 1997, Varas Lorenzo et al. 1998, Hoibraaten et al. 1999).

In der *WHI*-Studie traten venöse Thromboembolien/Lungenembolien signifikant vermehrt auf: zehn zusätzliche Thrombosen und acht zusätzliche Lungenembolien pro 10.000 hormonell behandelter Frauen/Anwendungsjahr im Vergleich zur Placebogruppe (Inzidenz Hazard Ratio: 2,11 KI 1,58-2,82; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002). In der *HERS*-Studie wurde ebenfalls ein signifikanter Anstieg des Risikos für Thrombosen bei den Frauen der Hormongruppe gefunden, die Zunahme der Lungenembolien war nicht signifikant (Hulley et al. 1998).

Eine kleinere prospektive, placebokontrollierte randomisierte Studie bei postmenopausalen Frauen (Östradiol 2 mg + Norethisteronazetat 1 mg/Tag), die in der Vergangenheit eine venöse Thrombose hatten, wurde vorzeitig beendet, da vermehrt Thrombosen in der Hormongruppe auftraten (Hoibraaten et al. 2000). Eine weitere doppelblinde placebokontrollierte Studie brachte analoge Ergebnisse, auch wenn aufgrund der Fallzahl keine signifikanten Ergebnisse beschrieben wurden (Clarke et al. 2002).

3.9 Gallenblasenerkrankungen

Diese sind der *HERS*-Studie (Hulley et al. 1998, Hulley et al. 2002) und Beobachtungsstudien zufolge bei Frauen mit Hormontherapie häufiger als bei unbehandelten Frauen (Nelson et al. 2002). Offenbar bewirken konjugierte equine Östrogene, dass die Synthese von Gallensäuren gehemmt wird; auch transdermales Östradiol kann

Veränderungen induzieren, die einer Gallensteinbildung Vorschub leisten (Uhler et al. 1998).

3.10 Kontraindikationen in speziellen Situationen

Ein Mammakarzinom stellt eine Kontraindikation dar; hinsichtlich des Umgangs mit Hormontherapie sei auf Konsensusempfehlungen verwiesen (Emons et al. 2002). Die Studienlage ist unzureichend, dies gilt auch für eine etwaige Hormonsubstitution nach Endometriumkarzinom. Konkrete Hinweise fehlen, dass eine Östrogentherapie, begonnen bei Frauen in Stadium I oder II, die weitere Prognose verschlechtert.

4 Nicht belegte Indikationen

Eine Hormontherapie ist nicht geeignet, um die Alterung der Haut, Haarausfall oder Trockenheit der Augen zu behandeln sowie als negativ empfundene Veränderungen der Sexualität zu verbessern. Weiterhin fehlten bisher Belege aus kontrollierten Studien zur Bedeutung einer Hormontherapie für kognitive Partialfunktionen (LeBlanc et al. 2001). In der Women's Health Initiative Memory Study, einer in enger Verzahnung mit der WHI-Studie durchgeführten prospektiven, randomisierten, placebokontrollierten Studie mit 4532 Frauen im Alter oberhalb des 65. Lebensjahres, zeigte sich, dass eine Therapie mit 0,625 mg konjugierten equinen Östrogenen + 2,5 mg Medroxyprogesteronacetat jeweils täglich nicht geeignet ist, kognitive Funktionen zu verbessern (Rapp et al. 2003). In der Women's Health Initiative Memory Study zeigte sich ein Anstieg der Diagnose *mögliche Demenz* im Sinne einer Morbus Alzheimer-Frühdagnostik (Hazard Ratio 2,05; KI 1,21-3,48; Diagnostik: 3 MSE) in der Hormongruppe (Shumaker et al. 2003). Dieses Ergebnis steht im diametralen Gegensatz zu etlichen Beobachtungsstudien.

5 Alternativen zur postmenopausalen Östrogentherapie

Zunehmend werden Isoflavon-, Rotklee- und Soja(-Extrakte) propagiert und in klinischen Studien auf ihre Tauglichkeit zur Therapie von Wechseljahrsbeschwerden geprüft (Fugh-Berman und Kronenberg 2001). Kontrollierte Kurzzeitstudien zeigen unterschiedliche Ergebnisse. Die drei placebokontrollierten, randomisierten klinischen Studien mit der längsten Beobachtungszeit (24 Wochen) zeigten keine Verminderung der Frequenz oder Intensität von Hitzewallungen bei Anwendung standardisierter Isoflavonextrakte (St. Germain et al. 2001, Balk et al. 2002, Penotti et al. 2003). Eine Meta-Analyse zur Beurteilung eines Extrakts aus der Traubensilberkerze (*Cimicifuga racemosa*) kommt zu dem Schluss, dass ein überzeugender Beweis durch entsprechende RCTs nicht erbracht wurde (Borrelli und Ernst 2002). Auch die Analyse klinischer Studien zu Rotklee (*Trifolium pratense*) erbrachte keinen Beleg für eine Wirksamkeit

bei menopausalen Symptomen (Fugh-Berman und Kronenberg 2001). Daher können zumindest z. Zt. die als Nahrungsergänzungsmittel erhältlichen Phyto-Östrogene und auch Cimicifuga-Extrakte nicht als gleichwertige Alternative zur Östrogentherapie hinsichtlich der Therapie vasomotorischer Beschwerden angesehen werden, nicht nur wegen der Studienlage, sondern auch so lange keine hinreichenden Daten zur Sicherheit vorliegen (National Center for Complimentary Medicine 2002). Für Therapien wie Akupunktur (Kronenberg 1993), Verhaltens- und Entspannungstherapie (Freedman und Woodward 1992; Irvin et al. 1996), gymnastische Übungen (Hammar et al. 1990) und Reflexzonenmassage (Williamson et al. 2002) besteht keine gesicherte Evidenz.

6 Zusammenfassung

Die *Wechseljahre* sind keine Krankheit, sondern eine natürliche Lebensphase, die den Zeitpunkt der letzten Blutung, die Menopause, mit einschließt. Physiologische Prozesse bedürfen per se nicht einer medizinischen Behandlung. Bis zu einem Drittel aller Frauen haben im Klimakterium keine oder nur diskrete Beschwerden.

Die Indikation zur Hormontherapie bei menopausalen Beschwerden ist gemeinsam mit der Frau nach ausführlicher Differentialdiagnose zu stellen, wenn Frauen medizinische Hilfe wegen Wechseljahrsbeschwerden in Anspruch nehmen wollen:

- unter vorrangiger Berücksichtigung des Wirksamkeitsnachweises für die betreffende Symptomatik,
- der individuell empfundenen Schwere der Symptome,
- des Lebensumfeldes und
- möglicher Risiken (insbesondere kardiovaskuläres und karzinogenes Risiko).

Bei Frauen mit vorzeitiger (prämaturer) Menopause gelten im Prinzip die gleichen Grundsätze. Eine Therapie bis zum etwa 50. Lebensjahr mag hier in Anlehnung an den Median des natürlichen Menopausealters begründet erscheinen.

Bei Entscheidung für eine Hormontherapie sind folgende Behandlungsprinzipien zu berücksichtigen:

- Östrogene

Einschleichend dosieren bis subjektive Beschwerdeverbesserung eintritt, z.B. 25 µg Pflaster, 1 mg Östradiol oral, 0,3mg konj. equine Östrogene.

Bei Nebenwirkungen einer Östrogenüberdosierung wie Mastodynie, Oberbauchbeschwerden, Völlegefühl, schwere Beine: Dosisreduktion.

Orale versus parenterale Therapie: Auswahl unter dem Aspekt der individuellen Verträglichkeit.

Therapiedauer: So lange Beschwerden bestehen, Auslassversuche frühzeitig einplanen und empfehlen; die unter Nutzen-Risiken Aspekten als optimal zu bezeichnende Therapiedauer wird derzeit unterschiedlich bewertet: 1-2 Jahre? 3-4 Jahre?

- Gestagene

Bei erhaltenem Uterus immer Gestagenzusatz: in aller Regel monatlich; zur Vermeidung einer Endometriumhyperplasie 12-14 Tage/Monat am sichersten; Tagesdosen bei sequentieller Therapie z.B. 1 mg Cyproteronazetat, 0.75 mg Levonorgestrel, 5 mg Medrogeston, 5 mg Medroxyprogesteronazetat, 1 mg Norethisteronazetat (0,25 mg bei transdermaler Anwendung).

In den ersten Jahren nach der Menopause vorzugsweise Sequenztherapie, später, falls keine Blutungen toleriert werden, kombiniert kontinuierliche Therapie.

Literatur

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2003). Empfehlungen zur Therapie und Prophylaxe der Osteoporose. http://www.akdae.de/35/10Hefte/83_Osteoporose_2003_1Auflage.pdf
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2003). Empfehlungen zur Hormontherapie in den Wechseljahren. www.akdae.de (im Druck)
- Balk JL, Whiteside DA, Naus G, DeFerrari E, Roberts JM (2002). A pilot study of the effects of phytoestrogen supplementation on postmenopausal endometrium. *Journal of the Society for Gynecologic Investigation* 9: 238-242
- Barrett-Connor E, Grady D (1998). Hormone replacement therapy, heart disease and other considerations. *Annual Review of Public Health* 19: 55-72
- Beral V; Million Women Study Collaborators (2003). Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 362(9382): 419-427
- Borrelli F, Ernst E (2002). Cimicifuga racemosa: a systematic review of its clinical efficacy. *European Journal of Clinical Pharmacology* 58: 235-241

- Braendle W (2000). Das Klimakterium. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bullinger M (2002). Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restorative Neurology Neuroscience* 20: 93-101
- Cerin A, Heldaas K, Moeller B, for the Scandinavian Long Cycle Study Group (1996). Adverse effects of long cycle estrogen and progestogen replacement therapy. *New England Journal of Medicine* 334: 668–669
- Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, Rodabough RJ, Gilligan MA, Cyr MG, Thomson CA, Khandekar J, Petrovitch H, McTiernan A for the WHI Investigators (2003). Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women. *JAMA* 289: 3243-3253
- Clarke SC, Kelleher J, Lloyd-Jones H, Slack M, Schofield PM (2002). A study of hormone replacement therapy in postmenopausal women with ischaemic heart disease: the Papworth HRT Atherosclerosis Study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109: 1056-1062
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (1997). Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52.705 women with breast cancer and 108.411 women without breast cancer. *Lancet* 350: 1047-1059
- Dören M (1998). Hormonsubstitution in Klimakterium und Postmenopause – Vorschläge zur individualisierten Therapie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2. Auflage.
- Dören M, Nilsson J-A, Johnell O (2003) Effects of specific post-menopausal hormone therapies on bone mineral density in post-menopausal women: a meta-analysis. *Human Reproduction* 18: 1737-1746
- Emons G, Beckmann MW, Bock K, Braendle W, Dören M, Maass H, Ortmann O (2002). Konsensusempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Senologie. Hormonsubstitution nach Mammakarzinom. *Gynäkologe* 35: 1114-1116
- Freedman RR, Woodward S (1992). Behavioral treatment of menopausal hot flushes: Evaluation by ambulatory monitoring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 167: 436-439
- Fugh-Berman A, Kronenberg F (2001). Red clover (*trifolium pratense*) for menopausal women: Current status of knowledge. *Menopause* 8: 333-337

- Furberg CD, Vittinghoff E, Davidson M, Herrington DM, Simon JA, Wenger NK, Hulley S (2002). Subgroup interactions in the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Circulation* 105: 917-22
- Gann PH, Morrow M (2003). Combined hormone therapy and breast cancer. A single-edged sword. *JAMA* 289: 3304-3306 (Editorial)
- Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T, for the HERS Research Group (2001). Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstetrics and Gynecology* 97: 16-20
- Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, Hsia J, Hulley S, Herd A, Khan S, Newby LK, Waters D, Vittinghoff E, Wenger N, for the HERS Research Group (2002). Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA* 288: 49-57
- Greiser E (2001). Hormonersatztherapie und erhöhtes Risiko für Mamma-Ca und Endometrium-Ca in Deutschland. *J Menopause* 2: 59-64
- Greiser E, Steding C, Giersiepen K, Janhsen K (2002). WHI breast cancer results and public health concern. *British Medical Journal* 325: 1243
- Hammar M, Berg G, Lindgren R (1990). Does physical exercise influence the frequency of postmenopausal hot flushes? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 69: 409-412
- Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, Aragaki AK, Shumaker SA, Brzyski RG, LaCroix AZ, Granek IA, Valanis BG (2003). Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *New Engl J Med* 348: published online 17 March, 2003, (10.1056/NEJMoa030311).
- Heart Protection Study Collaborative Group (2002). MRC / BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomized, placebo-controlled trial. *Lancet* 360: 7-22
- Hofseth LJ, Raafat AM, Osuch JR, Pathak DR, Slomski CA, Haslam SZ (1999). Hormone replacement therapy with estrogen or estrogen plus medroxyprogesterone acetate is associated with increased epithelial proliferation in the normal postmenopausal breast. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 84: 4559-4565
- Hoibraaten E, Abdelnoor M, Sandset PM (1999). Hormone replacement therapy with estradiol and risk of venous thromboembolism: a population-based case-control study. *Thrombosis and Haemostasis* 82: 1218-1221

- Hoibraaten E, Qvigstad E, Arnesen H, Larsen S, Wickstrom E, Sandset PM (2000). Increased risk of recurrent venous thromboembolism during hormone replacement therapy – results of the randomized, double-blind, placebo-controlled estrogen in venous thromboembolism trial (EVTET). *Thrombosis and Haemostasis* 84: 961-967
- Hulley S, Furberg C, Barrett-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, Knopp R, Lowery M, Satterfield S, Schrott H, Vittinghoff E, Hunninghake D, for the HERS Research Group (2002). Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy. *JAMA* 288: 58-66
- Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 280: 605-613
- Humphrey LL, Chan BKS, Sox HC (2002). Postmenopausal hormone replacement therapy and the primary prevention of cardiovascular disease. *Annals of Internal Medicine* 137: 273-284
- Humphrey LL (2002). Hormone replacement therapy and breast cancer. File Inventory, Systematic Evidence Review Number 14. August 2002. Agency for Health-care Research and Quality, Rockville, MD.
<http://www.ahrq.gov/clinic/prev/hrtbcinv.htm>. Zugang am 16. 7. 2003
- Irvin JH, Domar AD, Clark C, Zuttermeister PC, Friedman R (1996). The effects of relaxation response training on menopausal symptoms. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 17: 202-207
- Joffe MM, Byrne C, Colditz GA (2001). Postmenopausal hormone use, screening, and breast cancer: characterization and control of a bias. *Epidemiology* 12: 429-438
- Kronenberg F (1993). Giving hot flushes the cold shoulder – without drugs. *Menopause Management* 2: 20-27
- LeBlanc ES, Janowsky J, Chan BK, Nelson HD (2001). Hormone replacement therapy and cognition: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 285: 1489-1499
- Lemaitre RN, Heckbert SR, Psaty BM, Smith NL, Kaplan RC, Longstreth WT Jr (2002). Hormone replacement therapy and associated risk of stroke in postmenopausal women. *Archives of Internal Medicine* 162: 1954-1960
- Lethaby A, Farquhar S, Sarkis A, Roberts H, Jepson R, Barlow D (2000). Hormone replacement therapy in postmenopausal women: endometrial hyperplasia and irregular bleeding (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* CD 000402

- MacLennan A, Lester S, Moore V (2003). Oral oestrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software.
<http://www.update-software.com/abstracts/ab002978.htm>. Zugang: 16.7.2003
- Manson JE, Hsia J, Johnson KC, Rossouw JE, Assaf AR, Lasser NL, Trevisan M, Black HR, Heckbert SR, Detrano R, Strickland OL, Wong ND, Crouse JR, Stein E, Cushman M, for the Women's Health Initiative Investigators (2003). Estrogen plus progestin and the risk of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine* 349: 523-534
- Marcus R, Wong M, Heath III, H, Stock JL (2002). Antiresorptive treatment of postmenopausal osteoporosis: comparison of study designs and outcomes in large clinical trials with fracture as an endpoint. *Endocrine Reviews* 23: 16-37
- Mendelsohn ME, Karas RH (1999). The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *New England Journal of Medicine* 340: 1801-1811
- Miller J, Chan BKS, Nelson HD (2002). Postmenopausal estrogen replacement and risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 136: 680-690
- Nanda K, Bastian LA, Hasselblad V, Simel DL (1999). Hormone replacement therapy and the risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 93: 880-888
- National Center for Complimentary Medicine (2002). Alternative therapies for managing menopausal symptoms.
<http://nccam.nih.gov/health/alerts/menopause/>
- National Heart, Lung, and Blood Institute, Office of Research on Women's Health, National Institute of Health, and Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation (2002). International position paper on women's health and menopause: a comprehensive approach. NIH publication No. 02-3284, July 2002
<http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/menopaus/index.htm>.
 Zugang am 16. 7. 2003
- Nelson HD, Humphrey LL, Nygren P, Teutsch SM, Allan JD (2002). Postmenopausal hormone replacement therapy: scientific review. *JAMA* 288: 872-881
- Neves-e-Castro M, Samsioe G, Dören M, Skouby SO (2002). Results from WHI and HERS II – implications for women and the prescriber of HRT. *Maturitas* 42: 255-258

- Penotti M, Fabio E, Modena AB, Rinaldi M, Omodei U, Viganò P (2003). Effect of soy-derived isoflavones on hot flushes, endometrial thickness and the pulsatility index of the uterine and cerebral arteries. *Fertility and Sterility* 79: 1112-1127
- Perez Gutthann S, García Rodríguez LA, Castellsague J, Duque Oliart A (1997). Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: population based case-control study. *British Medical Journal* 314: 796-800
- Pradhan AD, Manson JE, Rossouw JE, Siscovick DS, Mouton CP, Rifai N, Wallace RB, Jackson RD, Pettinger MB, Ridker PM (2002). Inflammatory biomarkers, hormone replacement therapy, and incident coronary heart disease. *JAMA* 288:980-987
- Pukkala E, Tulenheimo-Silfvast A, Leminen A (2001). Incidence of cancer among women using long versus monthly hormonal replacement therapy, Finland 1994-1997. *Cancer Causes Control* 12: 111-115
- Rapp SR, Espeland MA, Shumaker SA, Henderson VW, Brunner RL, Manson JE, Gass ML, Stefanick ML, Lane DS, Hays J, Johnson KC, Coker LH, Dailey M, Bowen D for the WHIMS Investigators (2003). Effect of estrogen plus progestin on global cognitive function in postmenopausal women. *JAMA* 289: 2663-2672
- Risch HA (2002). Hormone replacement therapy and the risk of ovarian cancer. *European journal of gynaecological oncology* 86: 115-117
- Rosendaal FR, Vessey M, Rumley A, Daly E, Woodward M, Helmerhorst FM, Lowe GD (2002). Hormonal replacement therapy, prothrombotic mutations and the risk of venous thrombosis. *British Journal of Haematology* 116: 851-854
- Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, Thal L, Wallace RB, Ockene JK, Hendrix SL, Jones BN 3rd, Assaf AR, Jackson RD, Kotchen JM, Wassertheil-Smoller S, Wactawski-Wende J, for the WHIMS Investigators (2003). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. The Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 289: 2651-2662
- St. Germain A, Peterson CT, Robinson JG, Alekel DL (2001). Isoflavone-rich or isoflavones-poor soy protein does not reduce menopausal symptoms during 24 weeks of treatment. *Menopause* 8: 17-26
- Stellungnahme der Deutschen Menopause Gesellschaft (2000). Hormonsubstitution in Klimakterium und Postmenopause. Gegenwärtiger Erkenntnisstand. *Journal für Menopause (Suppl. 1)*: 1-12

- The ESPRIT team (2002). Oestrogen therapy for prevention of reinfarction in postmenopausal women: a randomised placebo controlled trial. *Lancet* 360: 2001-2008
- The Writing Group for the PEPI Trial (1995). Effects of oestrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. *JAMA* 273: 199-208
- Tunstall-Pedoe H (1998). Myth and paradox of coronary risk and the menopause. *Lancet* 351: 1425-1427
- Uhler ML, Marks JW, Voigt BJ, Judd HL (1998). Comparison of the impact of transdermal versus oral estrogens on biliary markers of gallstone formation in postmenopausal women. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 83: 410-414
- Varas Lorenzo C, Garcia Rodriguez LA, Cattaruzzi C, Troncon MG, Agostinis L, Perez Gutthann S (1998). Hormone replacement therapy and the risk of hospitalization for venous thromboembolism: a population-based study in Southern Europe. *American Journal of Epidemiology* 147: 387-390
- Viscoli CM, Brass LM, Kernan WN, Sarrel PM, Suissa S, Horwitz RI (2001). A clinical trial of estrogen-replacement therapy after ischemic stroke. *New England Journal of Medicine* 345: 1243-1249
- Wassertheil-Smoller S, Hendrix SL, Limacher M, Heiss G, Kooperberg C, Baird A, Kotchen T, Curb JD, Black H, Rossouw JE, Aragaki A, Safford M, Stein E, Laowattana S, Mysiw WJ, for the WHI Investigators (2003). Effect of estrogen plus progestin on stroke in postmenopausal women. *JAMA* 289: 2673-2684
- Weiderpass E, Baron JA, Adami HO, Magnusson C, Lindgren A, Bergstrom R, Correia N, Persson I (1999). Low-potency oestrogen and risk of endometrial cancer: a case-control study. *Lancet* 353: 1824-1828
- Wells G, Tugwell P, Shea B, Guyatt G, Peterson J, Zytaruk N, Robinson V, Henry D, O'Connell D, Cranney A, for the Osteoporosis Methodology Group and The Osteoporosis Research Advisory Group (2002). V. Meta-analysis of the efficacy of hormone replacement therapy in treating and preventing osteoporosis in postmenopausal women. *Endocrine Research* 23: 529-539
- WHO Scientific Group on Research on The Menopause (1996): WHO technical report series 866, Geneva, Switzerland

- Williamson J, White A, Hart A , Ernst E (2002). Randomised controlled trial of reflexology for menopausal symptoms. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109: 1050-1055
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 288: 321-333

Vom Therapeutikum zur Präventions- und Lifestyle-Pille: Östrogene, Viagra & Co.

Gerd Glaeske

Es sind Arzneimittel, die im Mittelpunkt dieses Beitrages stehen, Arzneimittel, die nach dem gültigen Arzneimittelgesetz (AMG) zugelassen werden müssen. Dieses AMG trat 1978 in Kraft und forderte erstmals für den deutschen Arzneimittelmarkt den Nachweis der Wirksamkeit, der Unbedenklichkeit (Verträglichkeit) und der pharmazeutischen Qualität. Das alles muss in klinischen Prüfungen vor der Zulassung untersucht werden, die Ergebnisse werden dann der Bundesoberbehörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Begutachtung vorgelegt. Wenn die Erkenntnisse bei der Behandlung oder Vorbeugung von Krankheiten plausibel sind, die Wirksamkeit in den beanspruchten Anwendungsbereichen nachgewiesen wurde und die bis dahin aufgetretenen unerwünschten Wirkungen (Nebenwirkungen) nicht dagegen sprechen, kann das jeweilige Mittel zugelassen werden und der Hersteller kann es zur Verordnung und zum Verkauf anbieten. Arzneimittel werden also zugelassen zur Behandlung von Krankheiten oder zur Verhinderung von Folgeerkrankungen: So können sie einen Mangel an Hormonen oder Vitaminen dann ausgleichen, wenn dieser Mangel zu einer Krankheit führt (Insulinmangel führt zu Diabetes, Mangel an Vitamin C zu Skorbut), sie können helfen, weiteren Krankheitsereignissen vorzubeugen (so kann Aspirin nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall einen neuen Gefäßverschluss verhindern) oder sie können quälende Symptome lindern (Schmerzmittel oder Rheumamittel bei Gelenksbeschwerden). Arzneimittel sind also zur Anwendung oder Vorbeugung von Krankheiten zugelassen, die Häufigkeit, Dauer und Dosierung der Einnahme sind ebenfalls Teil der Zulassung. Das gilt auch für Östrogene und deren Kombinationen, z.B. mit Gestagenen. Die typischen Zulassungen für diese Mittel lauten: Östrogenmangel-bedingte klimakterische Beschwerden, Wechseljahrsbeschwerden, Rückbildungserscheinungen der Harn- und Geschlechtsorgane, Vorbeugung und Verzögerung einer durch Östrogenmangel bedingten Osteoporose. Unabhängig davon, ob diese Indikationsansprüche im Licht der Ergebnisse aktueller Studien noch aufrecht erhalten werden können – so wird insbesondere die nur im Rahmen einer Langzeitverordnung mögliche Osteoporosevorbeugung wegen der Risiken der Hormonkombinationen abgelehnt - zeigen die Angaben, dass es klar abgegrenzte Anwendungsbereiche gibt, in denen diese rezeptpflichtigen Arzneimittel verordnet werden können.

1 Hormone – nicht nur für Frauen

Es gibt Hormone, die direkt für Frauen gedacht sind, und es gibt welche, die Männer nehmen und die auch (?) auf Frauen wirken sollen. Beispiel Testosteron, ein Botenstoff, um den sich Mythen und Phantasien ranken: Nur an diesem Hormon soll es liegen, „*wenn Männer fremdgehen oder auf der Autobahn rasen, wenn sie Kriege führen, abends randalierend durch die Straßen ziehen oder in eine Schlägerei verwickelt werden, auf Entdeckungsreise gehen, Bungeejumping betreiben, eine Firmenübernahme strategisch planen oder den nackten Oberkörper mit den Farben ihres Fußballvereins bemalen.*“ (Metka und Haromy 2003, S. 67, auch alle weiteren Zitate in diesem Kapitel stammen aus diesem *erstaunlichen* Werk eines Wiener Professors für Gynäkologie und eines Biochemikers). Aber das Hormon wirkt auch auf Frauen, da es alle sekundären Geschlechtsmerkmale ausbildet, auf die Frauen fliegen: Es liegt am hohen Testosteronspiegel, wenn der Bart sprießt, die Schultern breiter werden und das Kinn kräftiger. Alles maskuline Aussehen hat mit Testosteron zu tun. Und dass Frauen solche testosteronbetonten Männer mögen, war sogar Thema in der renommierten englischen Medizinzeitschrift Lancet (Maisey et al. 1999). Männer werden danach umso attraktiver gesehen, je höher ihr Schulter-Bauch-Koeffizient ausfällt. Breite Schultern und schmaler Bauch machen Männer offensichtlich besonders attraktiv. Eine runde Bauchpartie muss dagegen kompensiert werden, z.B. durch Intelligenz und Humor, durch Liebenswürdigkeit und sozialen Status, um eine entsprechende Aufmerksamkeit zu erregen – und das dürfte vielen Männern nicht leicht fallen.

2 Von vertrockneten Jungfern und knorrigen alten Männern

Doch Testosteron allein reicht nicht, wie heutige Anti-Aging-Experten betonen. Den Männern tut auch Östrogen gut, nachdem man(n) erkannt haben will, was dieses Hormon alles bei Frauen bewirkt – Männer werden erst zu wirklichen Männern, wenn eine Balance zwischen Östrogen und Testosteron hergestellt ist. Bei den Frauen soll das Östrogen für eine straffe Haut sorgen, für pralle Brüste und einen regen Geist. Es soll Herzinfarkten und Schlaganfällen vorbeugen und vor Knochenbrüchen und Osteoporose schützen. Und obwohl in der Zwischenzeit durch die Women's Health Initiative Studie bekannt geworden ist, dass diese immer wieder behaupteten positiven Auswirkungen des Hormons, zumindest im Rahmen einer Hormonkombinationstherapie, nicht existieren, sondern die Risiken von mehr Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Brustkrebsfällen gegen eine Langzeittherapie bei sonst gesunden Frauen sprechen, werden von vielen Experten diese wieder und wieder behaupteten Vorteile noch immer in den Vordergrund gestellt. Schließlich soll das Östrogen bewirken, dass Frauen im Schnitt deutlich älter werden als Männer – etwa 80 Jahre gegenüber 74 Jahren. Östrogen ist eben ein *Superhormon* – und es hat wunderbare Effekte: Viele Zellen im

Körper, so in den Geschlechtsorganen, in der Haut, in der Leber und in den Knochen, „*genießen die Hormonkur und erneuern sich*“.

Östrogene sorgen für die Sexualität, es „*durchsäftet den Körper*“. Die volkstümlich immer wieder zitierte *verrocknete alte Jungfer* hat einfach zu wenig Sex und damit eine niedrige Östrogenproduktion. Hinzu kommt eine unansehnliche trockene Haut, sie wird spröde und wie Papier. Wer mag eine solche Frau schon anfassen? Und welcher Mann möchte schon so werden? Denn auch hier gibt es die *knorrigen Junggesellen*, deren auch sexuell-asketisches Leben die Hormonproduktion herunterregelt. Fehlende Hormone lassen die Gelenkflüssigkeit versiegen, es kommt zu den knorrigten Gelenken, die bei diesen Männern für den Gattungsbegriff verantwortlich sind. Aber was machen die Östrogene bei den Frauen, wie Testosteron-Männer sie lieben? „*Bei zuvor knabenhaften Mädchen formen sich feminine Rundungen, die Hüften werden breiter, und um den Po legt sich ein weiches Fettpolster. Der ganze Körper bereitet sich jetzt auf die fruchtbaren Jahre vor. Das Östrogen lässt in den Eierstöcken monatlich Follikel heranreifen und sorgt dafür, dass sich die Gebärmutter auf eine eventuelle Schwangerschaft vorbereitet (...). Doch die Befruchtung des Follikels fände nie statt, würde nicht auch genügend Östrogen im Blut des Mannes fluten. Tatsächlich wird das weibliche Powerhormon auch in Hoden, Gehirn und im Fettgewebe des Mannes produziert.“ Und selbst bei den Östrogenen haben die Männer die Nase vorn: „*Nirgendwo im weiblichen Blut gibt es eine derart hohe Konzentration wie in den männlichen Nebenhoden, wo Östrogen zur Reifung der Spermien benötigt wird.*“*

Ist es da noch erstaunlich, dass Männer ein ganz besonderes Verhältnis zu den weiblichen Hormonen entwickelt haben? Auf der einen Seite macht es die Frauen jugendlich und sexy, es sorgt für die Attraktivität der Sexualpartnerinnen und damit für die Stimulation des eigenen Geschlechtshormons Testosteron, auf der anderen Seite brauchen Männer dieses Hormon ebenfalls, um die eigene Fruchtbarkeit zu erhöhen. Aber nicht nur die, auch die *Standhaftigkeit* allgemein: „*Für einen gelungenen Abend zu zweit ist eine ausreichende Menge des weiblichen Sexualhormons im Mann eine wesentliche Voraussetzung: Denn während Testosteron die Phantasie und Lust anregt, spendet das Powerhormon Östrogen Kraft und Ausdauer für das zärtliche Tête-à-tête. Männer mit einem extremen Östrogenmangel sind besonders bedauernswert: Sie haben zwar ständig Lust auf Sex, nur können sie einfach nicht.*“

3 Hormone – die Basis für *Anti-Aging*-Therapien

Bei einer Zusammenfassung der Wirkungen von Östrogenen beim Mann, in der Mehrzahl abgeleitet von den Wirkungen des Östrogens bei der Frau, wird deutlich, warum dieses Hormon einen wichtigen Stellenwert bei Männern und Frauen in der *Anti-Aging*-Diskussion bekommen hat: Es sorgt für straffe Haut und dichten Haarwuchs, es macht Spermien beweglich und sorgt für sexuelle Ausdauer, es unterstützt die psychische Belastbarkeit und Zähigkeit, es schützt die Gefäße und macht sie

elastisch, und es verhindert Osteoporose und stärkt die Knochen. Aber Achtung: Neben den bekannten Risiken des Östrogens, auf die bereits bei langdauernder Anwendung hingewiesen wurde, kann es zur *Verweiblichung* (Gynäkomastie) der Brust und Hüfte kommen – feminine Rundungen, die den Schulter-Bauch-Koeffizienten nachhaltig zum Ungünstigen hin beeinflussen und Männer geradezu zwingen, diesen Nachteil durch besondere Liebenswürdigkeit oder sonstige Attraktivität wie gesellschaftliche Position oder finanzielle Potenz wettzumachen. Es ist halt ein Kreuz mit den Angeboten des medizinisch-industriellen Komplexes: Ohne Nebenwirkungen geht es selten ab in der Behandlung, und die Risiken sind immer dann, wenn der Natur nachgeholfen werden soll, besonders hoch zu bewerten – schließlich geht es nicht um die Behandlung von Krankheiten. Die Risiken sind aber garantiert, die hochgelobten und vielfach nur vermuteten Wirkungen dagegen keineswegs.

Werden Östrogene für Frauen möglicherweise also auch deshalb von einer männerdominierten Medizin und Pharmaindustrie propagiert, weil damit ihre Phantasien und Erwartungen an sexuell attraktive, stets bereite und fruchtbare Frauen umgesetzt werden können? Die im Rahmen der Anti-Aging-Diskussion herausgestellten Wirkungen des Östrogens, dessen geringe Blutspiegel Männer aufs Ungerechteste benachteiligen, könnten solche Gedanken nahe legen. Östrogene haben wie alle Hormone wichtige Funktionen im Regelkreislauf unseres Körpers und unseres Lebens – künstlich erhöhte Blutspiegel solcher Hormone sind aber solange problematisch und auch risikoreich, wie nicht mangelbedingte Erkrankungen nachgewiesen sind, die hormonell behandelt werden müssen. Der oftmals neidische Blick von Männern auf die länger lebenden Frauen ist sicherlich weder Grund noch medizinische Indikation zur Östrogensatztherapie bei Männern, die bei Frauen in der Zwischenzeit beobachteten Risiken sollten eine solche therapeutische Intervention weder bei Frauen noch bei Männern als sinnvoll erscheinen lassen.

4 Und noch mehr Wunder aus der Pillenschachtel

Es gibt weitere Pillenwunder: Gegen alle persönlichen Ärgerlichkeiten werden Mittel angeboten, um Lebensqualität, Attraktivität und Seelenheil herbeizuschlucken! Vor allem aus den USA kommt in den letzten Jahren eine vermeintliche Wundermittelentdeckung nach der anderen - Melatonin, DHEA, Prozac, Reductil, Propecia oder Viagra sind nur einige Beispiele.

Melatonin sollte neben einem erfüllten Sexualleben auch helfen bei Alzheimer, AIDS, Autismus oder Krebs und dem vermeintlich größten aller Übel, dem Alter. Dabei besteht, so der kritische Informationsdienst Der Arzneimittelbrief, ein Nutzen allenfalls in ganz wenigen Indikationen wie z.B. chronische Schlafstörungen, manchmal auch bei Jetlag. Die möglichen Nebenwirkungen werden großzügig übersehen - schließlich ist Melatonin als Hormon bekannt, das in der Zirbeldrüse unseres Gehirns produziert wird und das bei beginnender Dunkelheit mitverantwortlich für unser Schlafbedürfnis ist.

Allerdings ist das Mittel wohl nicht akut toxisch, eine Gefährdung durch den Wirkstoff selber ist daher eher auszuschließen. Dennoch: Melatonin hat Wirkungen, die eine Vermarktung im Rahmen des Arzneimittelgesetzes nach entsprechenden klinischen Studien erforderlich machen.

DHEA (Dehydroepiandrosteron) wird auch als Anti-Altersstoff angeboten. Befürworter meinen, dass sich damit Alterserscheinungen wie Muskelabbau oder Krankheiten wie Osteoporose, Impotenz, Alzheimer oder Krebs bekämpfen ließen. Jung und fit soll man nach der Einnahme bleiben. Skepsis ist auch hier angebracht. Wie nämlich DHEA dies alles bewirken kann, bleibt im Dunkeln, da bislang noch kein eigener Rezeptor für DHEA gefunden wurde. Dennoch kommt es zu Östrogen- oder Testosteron-ähnlichen Wirkungen und unerwünschten Wirkungen, die aber offensichtlich von der hormonellen Gesamtsituation des Organismus abhängig sind. Einzelne Hinweise legen z.B. den Verdacht nahe, dass die Anwendung von DHEA bei Frauen in der Menopause das Risiko für Brustkrebs und für Herz-Kreislauf-Krankheiten steigern kann, das auch ab und an beschriebene Risiko für die Entstehung von Prostatakrebs bei Männern konnte allerdings bislang nicht bestätigt werden. Bei Frauen mit niedrigen Östrogenspiegeln können auch Testosteron-Wirkungen im Vordergrund stehen: Akne, fette Haut und zunehmende Körperbehaarung. Eine abschließende Beurteilung ist derzeit zwar nicht möglich, die immer wieder verheißenen Wirkungen lassen sich allerdings nicht bestätigen. Von einer regelmäßigen Einnahme des DHEA muss abgeraten werden.

Ende der 80er Jahre kam Prozac in den USA auf den Markt, ein Mittel gegen Depressionen (ein sog. Serotonin-Reuptake-Hemmer, bei uns als Fluctin im Handel), es wurde aber auch bald von Gesunden geschluckt: Es aktiviert, macht gute Laune, „busy, but happy“, wird durch Prozac zum gesellschaftlichen Programm. Einige Patienten schilderten, dass sie sich „besser als gut“ fühlten. Für *Peter Kramer*, Psychiater und bekannter Befürworter von Prozac, glichen die Möglichkeiten des neuen Medikaments der Kosmetischen Psychopharmakologie, die Psychotherapie werde überflüssig. „*Aus einem hässlichen Entlein wird ein schöner Schwan*“ – so warb er für das Mittel, und eine Patientin meinte gar auf die Frage, wie es ihr nach der Einnahme gehe: „*Better than well.*“ Wie alle Arzneimittel hat natürlich auch Prozac Nebenwirkungen: Libido- und Kreativitätsverlust, Übelkeit, Erbrechen, Nervosität, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Tremor, Angst, Schwindel, Schwitzen, allergische Reaktionen oder Durchfall. Beim Absetzen des besonders lang wirkenden Mittels kommt es zu Absetzererscheinungen wie Nervosität und Unruhe.

Aber es gibt ja die pflanzliche Alternative – Pillen für die ökologisch Bewussten. Es gibt kaum Arzneimittel, die in den letzten Jahren mehr verkauft und verordnet wurden als Antidepressiva mit Johanniskrautextrakten. Die sind zugelassen für die Anwendung bei leichten und mittelschweren vorübergehenden Depressionen und haben erhebliche Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln: So wirken die Pille und manche Herz- und Asthmamittel schwächer, daneben kann es die Wirkung eines Arzneimittels abschwächen, mit dem nach einer Organtransplantation Abstoßungsreaktionen des

gerade transplantierten Organs unterdrückt werden (Ciclosporin). Und das ist dann wirklich lebensgefährlich.

Antidepressiva sind übrigens die Verordnungsgewinner der letzten Jahre im Bereich der Psychopharmaka. Im Jahre 2001 machten sie bereits 60% aller Psychopharmaka-Verordnungen aus, 1995 waren es noch 35% und die Benzodiazepine stellten den Hauptanteil der Verordnungen, also z.B. Valium und Adumbran, Tavor und Rohypnol, Dalmadorm und Mogadan. Die werden offensichtlich wegen ihres hohen Abhängigkeitspotentials seltener verordnet, vor allem wohl noch an die 1,1 Mio. bereits abhängigen Patienten und Patientinnen. Was sich allerdings nicht verändert hat, ist die geschlechtsspezifische Verteilung: Frauen bekommen pro Kopf mindestens doppelt so viele Antidepressiva verordnet – ein Anzeichen für die wirkliche Prävalenz der psychischen Erkrankung Depression oder für die Reaktionsweise eines medizinischen Systems, das für jede Situation eine Pille bereit hält? Depressionen müssen adäquat behandelt werden, ohne Frage, die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte ist jedoch eine wichtige Voraussetzung, um nach einer entsprechenden Diagnostik auch die richtige Therapie zu wählen, und die besteht längst nicht immer allein in der Verordnung von Arzneimitteln.

5 Gegen Libidoverlust durch Prozac nun Viagra und Cialis

Und dann die nächste Mega-Droge: War Prozac noch als Mittel gegen psychische Hänger bekannt geworden, kündeten die Gazetten über Monate von der (ohne Zweifel vorhandenen und durch Studien belegten) Wirkung des Mittels Viagra gegen körperliche Hänger beim Mann, die Weiterentwicklung für Frauen steht übrigens - wie zu lesen ist - bevor. Der Wirbel um die neue Potenz-Pille nahm bedenkliche Formen an, er ist unverantwortlich, wie die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft kürzlich bekannt gab. Bei unkontrollierter Einnahme sind nämlich erhebliche Gesundheitsschäden zu befürchten, vor allem bei Männern, die an Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen litten. Folge: Exitus statt Koitus. Viele Männer haben dieses Schicksal bereits erlitten, will man Presseberichten glauben. Vor allem herzkranken Patienten, die nitroglycerinhaltige Mittel wegen ihrer Angina pectoris einnehmen müssen, sollten von Viagra die Finger lassen. Andere Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, verändertes Farbsehen (Blauschleier), Effekte auf den Darm und den Speiseröherschließmuskel. Dies alles scheint aber Männer in ihrer Hoffnung auf Standfestigkeit und Lustgewinn in jeder Situation nicht zu schrecken („*Ich stehe meinen Mann*“), der Viagra-Boom ist ungebrochen. Die *blauen Diamanten* (Stern) werden wahrscheinlich vor allem von Gesunden begehrt werden, die sich bislang mit Yohimbin, Potenzholz, Stierhodenextrakt oder Nashorn-Pulver in Schwung bringen wollten - als Schlappschwanz will sich schließlich kein Mann fühlen müssen. Gekauft wird immer häufiger im Internet – ohne Rezept und ohne Arzt, eine gefährliche Option.

Die Nashörner werden in Zukunft dank Viagra ihre Hörner behalten können - soweit die gute Botschaft. Die schlechte bezieht sich auf die Potenzräusche von Machos auf Rezept - ist diese penisfixierte Kraftmeierei etwa die verbleibende Sexualität im Viagra-Zeitalter? Es gibt in der Zwischenzeit weitere Mittel, Cialis, das für 24 Stunden wirken soll (!), ist eine der letzten Neuerungen. „Sex nach Lust und nicht nach der Uhr“, so die Hoffnung auf eine ständig abrufbare Potenz in der Werbung.

Eigentlich waren die Mittel für die Männer erdacht, auch speziell für Männer mit einer krankheitsbedingten erektilen Dysfunktion z.B. nach Prostataoperationen, wegen Durchblutungsstörungen bei Diabetes oder bei einer Querschnittslähmung. Und eigentlich sollte der Wirkstoff von Viagra, das Sildenafil, ein Herzmittel werden. Da wirkte es aber nicht ausreichend in den klinischen Prüfungen, das Merkwürdige war allerdings, dass die an den Prüfungen beteiligten Männer die überzähligen Pillen nicht zurückgaben. Das brachte dann die Firma Pfizer zu dem Zufallsbefund, der ihr eines der weltweit bekanntesten Mittel mit hohem Umsatz bescherte, allein in Deutschland rund 250 Mio. Euro. Die Probleme mit den unerwünschten Wirkungen sind aber in der Zwischenzeit unübersehbar: Bis zum Herbst 2001 soll es im Zusammenhang mit Viagra 1.070 Todesfälle gegeben haben, bezogen auf die geschätzten Anwender eine Relation von 1:20.000. Die freie Verfügbarkeit des eigentlich rezeptpflichtigen Mittels über das Internet mag einiges dazu beitragen, dass Männer dieses Mittel schlucken, obwohl wegen einer bestehenden koronaren Herzerkrankung und der Einnahme von sog. Nitro-Präparaten eine schwerwiegende Kontraindikation besteht.

Der Umsatzerfolg bei Männern hat die Begehrlichkeit der Pharmahersteller wachsen lassen, auch ein Frauen-Viagra auf den Markt zu bringen, obwohl, wie renommierte medizinische Zeitschriften schreiben, keine sexuelle Dysfunktion bei Frauen bekannt ist. So hat z.B. die amerikanische Firma MexMed ein Mittel mit einem *Viagra*-ähnlichen Stoff patentieren lassen, das als Creme angeboten wird. Und der Senior(!)-Geschäftsführer *James L. Yeager* weiß, was Frauen brauchen: „*Die Creme bewirkt genau das, was Frauen vermissen, wenn ihnen die Lust zur Lust fehlt. Sie fördert die Durchblutung der Schwellkörper.*“ Und der Tipp für den gelungenen Sex-Abend folgt auf dem Fuße: „*Männer schlucken vor dem Candle-Light-Dinner, Frauen cremen nach dem Dessert!*“ – und dann klappt es auch mit dem Nachbarn, möchte man fast als Zitat eines bekannten Werbespots hinzufügen.

In ersten Studien zeigten sich die Mittel jedoch nicht besser als Placebos. Ist es nicht auch eine männerfixierte Reduzierung der weiblichen Sexualität, mit der besseren Durchblutung des Genitalbereichs die Lust stimulieren zu können, die sich doch eher im Gehirn einstellen muss? Das so schön gedachte Viagra-Komplott scheint bei Frauen nicht so richtig zu funktionieren – dahin sind die Hoffnungen auf weitere Milliarden-gewinne durch ein Blockbuster-Produkt für die zweite Hälfte der Menschheit, nachdem der Absatz der Potenzpillen bei den Männern nicht mehr mit der gewünschten Schnelligkeit zunimmt. Und das ist auch gut so! Denn Jahr für Jahr sterben noch immer 17 Millionen Menschen an Infektionskrankheiten, für deren Behandlung sich pharma-

zeitische Hersteller kaum engagieren, schließlich sind davon vor allem Menschen in armen Ländern betroffen, die kaum Geld genug haben, neue Antibiotika zu bezahlen. Dann wird doch eher die Forschung für Lifestyle-Mittel finanziert – da ist ein Return in investment mit ziemlicher Sicherheit zu erreichen, verführbar sind wir doch alle.

6 Pillen für den schöneren Körper

Das gilt auch für unsere Figur und für unser Aussehen. Schon lange gibt es Dragees für die Schönheit von innen – Merz spezial. Nun bietet das pharmazeutische Füllhorn auch für das Körperstyling einiges an, z.B. Appetithemmer oder Schlankmacher wie Reductil und Xenical. Der Wirkstoff Sibutramin im Reductil sollte eigentlich ein Antidepressivum werden wie Prozac, die Wirksamkeit reichte aber nicht aus. Und da alle Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer auch das Hungergefühl dämpfen, war die Indikation für den Hersteller schnell gefunden.

Die Nebenwirkungen: Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Förderung der Schweißneigung, leichte Erhöhung des Blutdrucks. Und da die meisten Übergewichtigen Menschen an Bluthochdruck leiden, ist dies keine unproblematische Nebenwirkung. Das Mittel wird übrigens von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt, es soll eingesetzt werden bei einem BMI von über 30. Das Gleiche gilt auch für Xenical mit dem Wirkstoff Orlistat. Dieses Mittel bremst die Fettaufnahme im Darm. Wenn die Patienten diese Wirkung nicht ernst nehmen und trotzdem stark fetthaltige Speisen zu sich nehmen, kommt es zu fettigen Durchfällen, zu Magen-Darm-Beschwerden und zu Blähungen. Möglich ist auch, dass bei der Einnahme dieses Mittels zu wenig fettlösliche Vitamine aufgenommen werden (z.B. A, D und E). Fürs Abnehmen sind solche Pillen wenig geeignet, allenfalls bei Risikopatienten mit hohem Übergewicht und Diabetes oder rheumatischen Beschwerden können sie als unterstützende Therapie versucht werden. Bei normalgewichtigen Menschen, die vorhaben, mit solchen Mitteln eine Modell-Figur zu erreichen, sind die Nebenwirkungen das hoffentlich wichtigste Argument, die Pillen gar nicht erst zu versuchen. Die Umstellung der Ernährung, Verhaltenstherapie oder die Steigerung der körperlichen Aktivität sind ganz sicher die besseren und gesünderen Alternativen.

Auch Haarwuchsmittel werden in der Zwischenzeit angeboten – Männer wollen schließlich nicht nur potent und schlank sein, sondern auch mit jugendlichem Haarschopf imponieren. Und wiederum sind es die Nebenwirkungen von Mitteln, die zu diesem Zweck genutzt werden. Bei der Anwendung des Prostatamittels Finasterid und des Blutdrucksenkers Minoxidil stellte man neben den jeweiligen Hauptwirkungen die Förderung des Haarwuchses fest. Es dauerte nicht lange und die Mittel Propecia und Regaine waren im Angebot, sie werden in der Zwischenzeit häufig angewendet.

7 Arzneimittel als Dopingmittel im Alltag?

All diese Beispiele zeigen, dass Arzneimittel längst ihren angestammten Bereich der Krankenversorgung verlassen haben und auch bei gesunden Menschen Wünsche und Begehrlichkeiten wecken. Die Propaganda für diese Mittel in den Journalen der Reichen und Schönen, in *Men's Health* oder *Cosmopolitan*, sorgen für die Bekanntheit, unsere eigene Anfälligkeit für schnelle Lösungen auf dem Weg zu dauernder Attraktivität und nicht nachlassender Aktivität, zu ständiger Potenz und guter Laune tut ein Übriges dazu, solchen Angeboten zu erliegen, einem gesellschaftlichen Programm, bei dem wir mithalten wollen. Auf diese Weise werden Arzneimittel zu Dopingmitteln im Alltag und zu Krücken für Gesunde, wir gehen der Pharmabranche auf den Leim, die uns Lifestyle-Mittel anbietet wie das Soma in der *Schönen neuen Welt* von *Aldous Huxley*: ohne Nebenwirkungen und ohne Probleme für Psyche und Körper. Doch das ist Utopie! Wirksame Arzneimittel haben immer Nebenwirkungen und Risiken, sie sind nicht zugelassen für die Anwendung bei gesunden Frauen und Männern. Übertriebene Versprechungen und Anpreisungen müssen daher zurück-gewiesen werden, wir brauchen einen Aufstand der Experten, die mit einer Gegenöffentlichkeit vor dem leichtfertigen Gebrauch und Missbrauch von Arzneimittel warnen – die Öffentlichkeit wird schließlich schon genug von den Meinungen der ökonomisch interessierten Hersteller, Verordner und Verkäufer bestimmt. Die Hormon-ersatztherapie ist ein gutes Beispiel dafür, wie es im Laufe weniger Jahre durch die Kooperation von Herstellern und Ärztinnen und Ärzten geradezu zur Pflicht wurde, Hormone zu schlucken – die immer wieder vermuteten und durch die *WHI*-Studie bestätigten Risiken haben nun möglicherweise die behandelten Frauen zu tragen. Solche Beispiele sollten uns warnen und für die Zukunft sensibel werden lassen, Hoffnungen auf Glück, Jugendlichkeit, Schönheit, Attraktivität und ständig abrufbarer sexueller Potenz aus der Pillenschachtel werden trotz unserer Wünsche nicht in Erfüllung gehen.

Literatur:

- Maisey DS, Vale, ELE, Cornelissen PL, Tovée MJ (1999). Characteristics of male attractiveness for women. *Lancet* 353: 1500
- Metka M, Haromy TP (2001/2003). *Der neue Mann. Das revolutionäre Anti-Aging-Programm*. München: Piper Verlag

Wechseljahre – Welche Evidenz zeigt sich für die Phyto-Östrogene?

Cornelia Heitmann

1 Einleitung und Hintergrund

In Studien aus Deutschland berichten etwa ein Drittel der Frauen in den Wechseljahren mehr oder weniger starke Symptome und Beschwerden, die die Lebensqualität beeinträchtigen können. In der Vergangenheit wurde zur Behandlung klimakterischer Beschwerden häufig auf die Hormonsubstitution zurückgegriffen (Russell et al. 2002). In den alten Bundesländern nahm 1998 in der Altersgruppe der 50- bis 60-jährigen Frauen etwa jede Zweite ein Hormonpräparat ein. In den alten und neuen Bundesländern zusammen betrug die Anzahl von Frauen, für die 1998 ein Rezept mit Präparaten zur Hormontherapie ausgestellt wurde, ca. 4,5 Millionen (Greiser et al. 2000).

Im Zusammenhang mit den aktuellen Studienergebnissen, insbesondere zu den Risiken einer Hormontherapie¹, suchen Frauen vermehrt nach Alternativen. Viele Frauen wollen zudem nicht, dass der natürliche Prozess der Wechseljahre wie eine Erkrankung behandelt wird. Sie sind vielmehr auf der Suche nach möglichen Alternativen, um einer dauerhaften Hormoneinnahme zu entgehen (Learn und Higgins 1999). Phyto-Östrogene werden heute häufig als Lösung angepriesen, da sie einen natürlichen Ursprung haben. Dabei wird jedoch meistens vergessen, dass auch pflanzliche Präparate Nebenwirkungen in sich bergen und die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit gesichert sein sollte, bevor Empfehlungen ausgesprochen werden. Zudem können auch hier wirtschaftliche Interessen an der Erschließung neuer Absatzmärkte nicht ausgeschlossen werden.

Für Deutschland gibt es bislang keine bevölkerungsbezogenen Daten über die Nutzung von Phyto-Östrogenen. In Schweden ergab die Befragung einer Zufallsstichprobe bei rund 6000 Frauen, dass etwa 21% der befragten Frauen Hormone anwendeten, während 45% der Frauen andere Maßnahmen, wie z.B. hoch dosierte Phyto-Östrogenpräparate bevorzugten (Stadberg et al. 1997). Ergebnisse aus einer australischen Befragung bei

¹ Siehe dazu ausführlich in diesem Band: *Mühlhauser* und *Meyer* sowie *Dören*.

3000 Frauen zeigten, dass 48,5% der befragten Frauen mindestens ein nicht verschreibungspflichtiges Präparat einnahmen (Ginsburg und Prelevic 1999).

Eine weitere Gruppe, die vermehrt an diesen Präparaten interessiert ist, sind Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind und unter Wechseljahrsbeschwerden leiden. Da eine Hormontherapie i.d.R. nicht infrage kommt, greifen sie häufig auf Sojapräparate oder Kleesupplemente zurück, in der Hoffnung so ihre Symptome zu beseitigen. Leider kann bisher nicht eindeutig ausgeschlossen werden, dass es auch zu negativen Effekten gerade bei östrogenabhängigen Tumoren kommen kann (Eden 2001, Ginsburg und Prelevic 1999). Die Verwendung von phyto-östrogenreichen Lebensmitteln scheint in diesem Zusammenhang keine Rolle zu spielen. Dagegen kann ein toxischer Effekt für die zunehmende Verwendung hoch dosierter Präparate nicht ausgeschlossen werden (Murkies 1998).

Die Literatur zu den Phyto-Östrogenen ist seit 1980 exponentiell angestiegen (Ewies 2002). In jüngster Zeit wird zudem oft die Aussage getroffen, dass von den Phyto-Östrogenen ein präventiver Effekt ausgehen soll. Demnach sollen Phyto-Östrogene eine protektive Wirkung in Bezug auf Wechseljahrsbeschwerden, Brustkrebs, Endometriumkarzinome, Darmkrebs, Osteoporose und kardiovaskuläre Erkrankungen ausüben. Diskutiert werden vereinzelt auch präventive Effekte bei Gedächtnisstörungen (Ewies 2002, Maroulis 2000).

Im Rahmen dieses Beitrages soll deshalb geprüft werden, welche Evidenz sich anhand der derzeit zur Verfügung stehenden Literatur im Hinblick auf die Phyto-Östrogene und deren Präventionspotential ermitteln lässt. Dazu wird im Kapitel 2 zunächst beschrieben, wann eine Aussage unter Evidenz-Kriterien als belegt gilt. Im Kapitel 3 wird noch einmal auf die Wechseljahre eingegangen, um anschließend im Kapitel 4 die Stoffklasse der Phyto-Östrogene und deren Vorkommen sowie deren Wirkungsweise zu beschreiben. Nachfolgend wird in Kapitel 5 dargestellt, welche Ergebnisse sich anhand der derzeit zur Verfügung stehenden Literatur in Bezug auf vasomotorische Symptome wie Hitzewallungen, sowie für kardiovaskuläre Erkrankungen, Brustkrebs und Osteoporose finden lassen.

2 Evidenz

Der Begriff Evidenz wird in der Literatur definiert als: gewissenhafter, ausdrücklicher und vernünftiger Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Beweise (Evidenz) für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung (Sackett et al. 1996).

Beim Evidenz-Niveau werden verschiedene Stufen unterschieden.

Tabelle 1: Stufen der wissenschaftlichen Evidenz

Stufe	Evidenztyp
I	Wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (<i>RCTs</i>) ²
II	Wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger <i>RCT</i>
III	Methodisch hochwertige Studien ohne Randomisierung bzw. nicht prospektiv
IV	Mehr als eine methodisch hochwertige nicht-experimentelle Studie
V	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten; Expertenkommissionen, beschreibende Studien

Anhand dieser Stufen bzw. dem Vorliegen von Studienergebnissen, die diesen Stufen zuzuordnen sind, lassen sich drei Kategorien der Evidenz unterscheiden.

- Eine Aussage gilt als gut belegt, wenn die Aussagen zur Wirksamkeit durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (randomisierte Studien) gestützt werden.
- Bei Vorliegen lediglich einer adäquaten Studie gilt die Aussage als vermutlich belegt.
- Liegen dagegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine Wirkung belegen oder widerlegen (z. B. wenn entsprechende Studien fehlen oder bei widersprüchlichen Studienergebnissen) gilt eine Aussage nicht als belegt. In diesem Fall besteht weiterer Forschungsbedarf, um eine Aussage treffen zu können.

Somit wird deutlich, dass die evidenzbasierte Beurteilung von wissenschaftlichen Aussagen auf klar definierten Grundlagen beruht. Eine Berücksichtigung von Erfahrungswissen oder Expertenmeinungen erfolgt nicht bzw. spielt hierbei eine untergeordnete Rolle. Die Erfahrungen, die einzelne Personen mit der Verwendung von Phyto-Östrogenen machen, können demnach von den dargestellten Ergebnissen abweichen und werden in der Literatur häufig als Placebo-Effekt gedeutet.

² RCT=Randomised Clinical Trial (randomisierte klinische Studie)

3 Wechseljahre

Die Menopause ist gekennzeichnet durch eine schnelle und fortschreitende Reduktion des Östradiols (Ewies 2002). Dies ist mit einer ganzen Reihe von Veränderungen für Frauen verbunden. Einige dieser Veränderungen sind eher als unangenehm zu bezeichnen, während andere zu gesundheitlichen Einschränkungen führen können (Ewies 2002).

Die nachfolgend aufgeführten Symptome zählen eher zu den unangenehmen Auswirkungen der Wechseljahre und werden von einigen Frauen beschrieben (Learn und Higgins 1999):

- Starke Blutungen
- Unregelmäßige Monatszyklen
- Trockenheit der Scheide
- Temperaturschwankungen
- Hitzewallungen
- Nächtliches Schwitzen

Außerdem wurden von Frauen Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Herzklopfen, trockene Haut, Reizbarkeit sowie Gedächtnisstörungen und Stimmungsschwankungen geäußert.

Zu den gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Erkrankungen, die nach den Wechseljahren vermehrt auftreten, zählen:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Osteoporose
- Krebserkrankungen, insbesondere Brustkrebs, Endometriumkarzinome, Darmkrebs
- Depressionen
- Demenzerkrankungen

Im Zusammenhang mit den Phyto-Östrogenen sollte deshalb zwischen der Behandlung wechseljahrsbedingter Beschwerden und der Prävention von Erkrankungen nach den Wechseljahren unterschieden werden.

4 Phyto-Östrogene

Zur Stoffklasse der Phyto-Östrogene gehören vor allem die Polyphenole, wie Isoflavonoide, Coumestane und die Lignane (Van der Schouw et al. 2002). Hohe Konzentrationen an Coumestanen sind in Rotklee enthalten. Für die normale Ernährung besitzen sie aber eher eine untergeordnete Rolle. In Bezug auf Lebensmittel lassen sich geringe Mengen z.B. in Brokkoli nachweisen (De Kleijn et al. 2001, Stark und Madar 2002). Darüber hinaus werden auch Myko-Östrogene unter dem Oberbegriff Phyto-Östrogene zusammengefasst. Getreide ist häufig kontaminiert mit Myko-Östrogenen wie Resorzylsäurelactone: Östrogenwirkende Substanzen, die nicht von der Pflanze selbst produziert werden, sondern von dem auf dem Getreide befindlichen Pilz der Gattung *Fusarium* (Whitten und Naftolin 1998). Resveratrol zählt mit einer ähnlichen Struktur wie das Diethylstilbestrol (DES) ebenfalls zu den Phyto-Östrogenen. Resveratrol kommt vermehrt in Trauben vor und somit auch in Traubensaft und Wein (Wroblewski-Lissin und Cooke 2000).

Phyto-Östrogene sind natürliche Pflanzenbestandteile, die eine ähnliche chemische Struktur aufweisen wie Östradiol (Arena et al. 2002, Ewies 2002, Van der Schouw et al. 2002). In Abbildung 1 werden die Isoflavone Daidzein, Genistein und Formononetin sowie das Equol (Metabolit von Daizein) im Vergleich zum 17β -Östradiol und Diethylstilbestrol (DES = synthetisches nicht-steroidales Östrogen und nachweislich humanes Karzinogen) dargestellt. Sie haben eine diphenolische Struktur (Ewies 2002) und sind in der Lage an den Östrogenrezeptor zu binden sowie einen östrogenen Effekt zu erzeugen (Van der Schouw et al. 2002). Der östrogene Effekt der Phyto-Östrogene wurde erstmals erkannt, als es zu Reproduktionsstörungen bei Schafen kam, die eine bestimmte Sorte Klee gefressen hatten (Fitzpatrick 1999).

Die Aufnahme von Phyto-Östrogenen kann zum einen über Lebensmittel erfolgen und zum anderen über hoch dosierte, isolierte Präparate, die derzeit vermehrt angeboten werden.

4.1 Hormonelle Wirkungen im Körper

Die hormonelle Wirkung vieler Substanzen wird im Körper über so genannte Rezeptoren gesteuert. Für Östrogene konnten zwei Arten von Rezeptoren ermittelt werden: Der alpha-Rezeptor ($ER\alpha$) und der beta-Rezeptor ($ER\beta$) (Krishnan et al. 2000, Russell et al. 2002). Der alpha-Rezeptor kommt vorwiegend im Uterus- und Brustgewebe vor. Der beta-Rezeptor hingegen tritt vorwiegend im zentralen Nervensystem, im kardiovaskulären System, im Immunsystem, im Urogenitaltrakt, in den Knochen, in der Niere und in der Lunge auf. Die einzelnen östrogen wirksamen Substanzen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Affinität zu den jeweiligen Rezeptoren (Krishnan et al. 2000, Russell et al. 2002). Die Affinität an den Östrogenrezeptor zu binden, nimmt in folgender Reihenfolge ab: $17\text{-}\beta\text{-Östradiol} \gg \gg \text{Coumesterol} > \text{Genistein} >$

Daidzein >>> Mangostin (Burton und Wells 2002). Konjugierte equine Östrogene und 17-beta-Östradiol sind die am meisten zur Hormontherapie verwendeten Substanzen. Beide haben eine starke Affinität sowohl zum alpha-Rezeptor als auch zum beta-Rezeptor (Russell et al. 2002). Das Zusammenwirken von Östrogenen und dem Rezeptor ist sehr komplex. Dieser Mechanismus ist jedoch sowohl für die positiven als auch für die negativen Effekte von Östrogenen entscheidend (Krishnan et al. 2000, Russell et al. 2002).

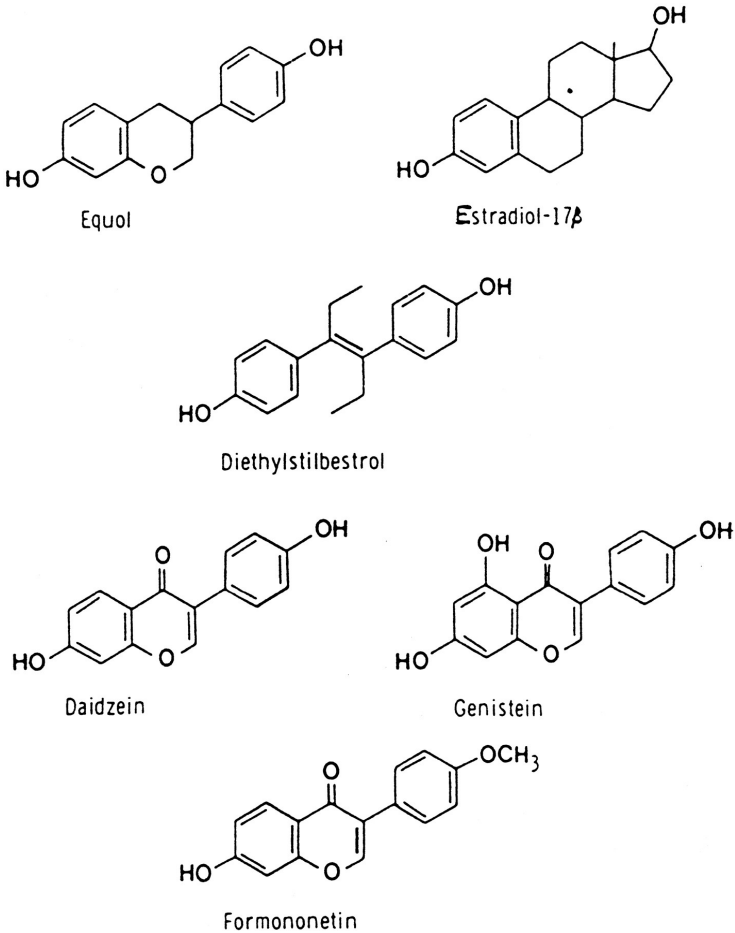


Abbildung 1: Struktur einzelner Phyto-Östrogene im Vergleich zu 17 β -Östradiol und DES (Murkies et al. 1998)

Um gezielt bestimmte Effekte am Erfolgsorgan erzielen zu können, wurden so genannte *Selective Estrogen Receptor Modulators* (SERMs) entwickelt, wie z.B. das Tamoxifen. SERMs sind Wirkstoffe, die eine ähnliche Struktur aufweisen wie Östrogene, aber unterschiedliche Affinitäten zu den Rezeptoren besitzen. Sie können sowohl als Agonisten als auch als Antagonisten fungieren (Krishnan et al. 2000, Russell et al. 2002). Pflanzliche Präparate für die Behandlung von menopausalen Symptomen enthalten oft so genannte *natürliche SERMs*. Sie sollen eine schwache östrogene Wirkung im Gehirn, an der Vagina, in den Knochen und im zentralen Nervensystem ausüben, während sie am Uterus und an der Brust anitöstrogene Effekte bewirken (Russell et al. 2002, Bahram 2001). Phyto-Östrogene zeichnen sich durch eine hohe Affinität zum ER β aus (Kim et al. 2002). Aufgrund dieser selektiven Bindung an die verschiedenen Rezeptoren sind die Lignane und Isoflavone den SERMs zuzuordnen (Lauritzen 2002, Bahram 2001).

Phyto-Östrogene ähneln zwar von der Struktur und Funktion dem 17-beta-Östradiol. Im Vergleich zum Östradiol weisen sie jedoch eine um 100 bis 100.000fach schwächere östrogene Wirkung auf. Ihre Bioaktivität ist aber mit der des Östradiols vergleichbar, wenn nicht sogar größer (Russell et al. 2002). Der Abstand zwischen den Hydroxylgruppen ist ähnlich dem Östrogen und unverzichtbar für die Bindung an den Östrogenrezeptor (Stark und Madar 2002). Dabei können sie sowohl östrogene als auch antiöstrogene Wirkungen auslösen (Glazier und Bowman 2001, Lu et al. 2001). Präventive Effekte werden bei den Phyto-Östrogenen deshalb sowohl im Hinblick auf die eher kurzfristigen Symptome als auch auf die Langzeiteffekte hin diskutiert (Arena et al. 2002). Ein Vergleich der einzelnen Phyto-Östrogene zeigte, dass Isoflavone eine hohe östrogene Aktivität aufweisen. Die beiden Isoflavone Genistein und Daidzein zeigten bei in-vitro Versuchen signifikant östrogene Wirkungen (Krishnan et al. 2000, Russell et al. 2002).

Phyto-Östrogene kommen in verschiedenen Lebensmittelgruppen vor, unter anderem in Getreide, Hülsenfrüchten und Gräsern (Ewies 2002). Phyto-Östrogene können neben der oralen Aufnahme auch durch Bakterien im Darm aus Vorstufen gewonnen werden (Brzezinski und Debi 1999, Keinan-Boker et al. 2002, Lauritzen 2002, Mackey und Eden 1998, Pietinen et al. 2001, Tsourounis 2001, siehe Abbildung 2). Diese Fähigkeit der Metabolisierung ist jedoch nicht bei allen Menschen gegeben (Stark und Madar 2002). Die Aufnahme (Adsorptionsraten) sowie die Bioverfügbarkeit der Phyto-Östrogene sind von verschiedenen Faktoren abhängig. Hierzu zählen die absolute Menge in den einzelnen Lebensmitteln, die Verarbeitung und die chemische Struktur dieser Lebensmittel. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Ausbeute bei fermentierten Lebensmitteln wie z.B. Tempeh größer ist als bei unfermentierten. Darüber hinaus wirkt sich auch die generelle Ernährungsweise auf die Adsorptionsmöglichkeit aus. Während Obst und Gemüse die Adsorptionsraten erhöhen, sollen tierische Fette das Gegenteil bewirken (Keinan-Boker et al. 2002, Stark und Madar 2002).

4.2 Hauptsubstanzen der Phyto-Östrogene

Die in der Literatur am häufigsten untersuchten Stoffgruppen der Phyto-Östrogene sind die Isoflavone und die Lignane (Anthony 2002, Eden 2001, Ewies 2002, Stark und Madar 2002). Beide Gruppen lassen sich nochmals in mehrere Substanzen unterteilen (siehe Abbildung 2).

4.2.1 Isoflavone

Höhere Konzentrationen an Isoflavonen wurden in Sojabohnen und daraus hergestellten Produkten sowie in Kichererbsen, Süßkartoffeln, Karotten, Knoblauch, grünen Bohnen und rotem Klee nachgewiesen (Ewies 2002). Die höchsten Gehalte an Isoflavonen weisen Sojabohnen auf. Daneben lassen sich diese aber auch über Alfalfa, Äpfel, grünen Tee, Sesam oder Weizen zuführen (Krishnan et al. 2000, Russell et al. 2002). Die beiden Hauptsubstanzen der Isoflavone sind Genistein und Daidzein, die besonders durch Sojaprodukte zugeführt werden. Darüber hinaus zählen zu den Isoflavonen das Formononetin und das Biochanin, die auch über andere Hülsenfrüchte aufgenommen werden können (Ewies 2002). Pflanzliche Isoflavone liegen überwiegend als Glycoside vor und sind somit zunächst biologisch inaktiv. Erst nach Kontakt mit der intestinalen Mikroflora werden sie von den meisten Menschen metabolisiert (Burton und Wells 2002, Brzezinski und Debi 1999, Keinan-Boker et al. 2002, Lauritzen 2002, Tsourounis 2001). Nach oraler Aufnahme von Isoflavonen kommt es dosisabhängig etwa 6,5 Stunden später zu einem Anstieg des Plasmaspiegels (Wroblewski-Lissin und Cooke 2000).

In einer Studie von *Keinan-Boker* et al. (2002) konnte gezeigt werden, dass der durchschnittliche Verzehr an Isoflavonen bei 50- bis 70-jährigen Frauen in den Niederlanden bei etwa 0,9 mg/Tag lag. In Asien liegt der durchschnittliche Verzehr an Phyto-Östrogenen dagegen bei 20-80 mg/d, während von der westlichen Bevölkerung überwiegend Aufnahmemengen von weniger als 1 mg/d erreicht werden (Van der Schouw et al. 2002)

Bei den Isoflavonen handelt es sich um heterozyklische Phenole, die in ihrer Struktur dem synthetischen Östrogen Diethylbestrol (DES) und Hexestrol sehr ähnlich sind (Stark und Madar 2002). Ähnlich wie die beiden Östrogenrezeptoren auf die verschiedenen Gewebe verteilt sind, scheinen auch die Isoflavone gewebespezifische Effekte auszuüben (Eden 2001). Die Isoflavone unterliegen analog den endogenen Östrogenen dem enterohepatischen Kreislauf und werden überwiegend über den Urin ausgeschieden (Calabrese 1999, Lauritzen 2002).

Für die Isoflavone wurden antioxidative, entzündungshemmende und antiproliferative Eigenschaften beschrieben (Calabrese 1999, Dixon und Ferreira 2002, Ganry 2002). Zahlreiche Enzymsysteme wie Aromatasen, die eine zentrale Stellung im Östradiolstoffwechsel einnehmen, können ebenfalls gehemmt werden. Daneben sollen sie auch

die Synthese von SHBG (*Sex Hormone Binding Globuline*) stimulieren (Calabrese 1999). Genistein soll in vitro zudem die Angiogenese und die Proliferation und Differenzierung bestimmter Krebszelllinien hemmen können (Calabrese 1999, Murkies 1998).

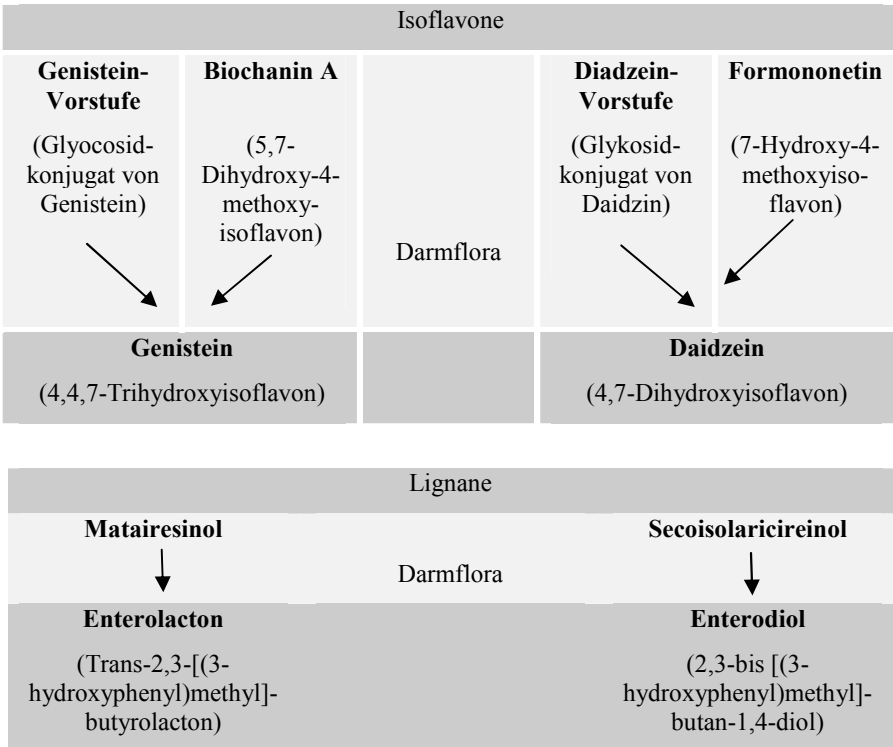


Abbildung 2: Die Phyto-Östrogene Isoflavone und Lignane und deren Vorstufen (nach Stark und Madar 2002).

4.2.2 Lignane

Lignane kommen hauptsächlich in Leguminosen vor. Lignane sind aber auch in Getreide (insbesondere Kleie, Vollkornmehl), Gemüse und Obst (z.B. Beerenfrüchten) enthalten (Ewies 2002, Keinan-Boker et al. 2002). Hohe Konzentrationen weist vor allem Leinsamen auf. Sie sind vorwiegend Bestandteile der pflanzlichen Zellwände (Ewies 2002). Die Hauptsubstanzen der Lignane sind Enterolakton und Enterodiol

(Ewies 2002). Die Lignane, die aus den Vorstufen Matairesinol und Secoisolariciresinol gebildet werden, entstehen im menschlichen Körper dagegen erst nach bakterieller Umwandlung im Kolon (Lauritzen 2002).

5 Evidenz im Hinblick auf Wechseljahrsbeschwerden und ausgewählte Erkrankungen

5.1 Wechseljahrsbeschwerden

Unter den Wechseljahrsbeschwerden werden im Allgemeinen Hitzewallungen, Schweißausbrüche und Herzsensationen sowie Verstimmungen, Nervosität, Schlaflosigkeit, Antriebsarmut und die genitale Atrophie zusammengefasst (Rauthe et al., 2001). Diese führen häufig dazu, dass Frauen in den Wechseljahren ärztliche Beratung in Anspruch nehmen (Rauthe et al. 2001, Tice et al. 2003).

Studien zeigen, dass asiatische Frauen weniger Hitzewallungen berichten als Frauen in den westlichen Industrienationen (Tsourounis 2001, Tice et al. 2003, siehe auch Richters und Borde und David in diesem Band). Als Ursache für diese Unterschiede wird in der Literatur immer wieder der Verzehr von Soja und daraus hergestellten Produkten angeführt.

Bislang gibt es jedoch keine ausreichenden Beweise, die diese Beobachtungen eindeutig belegen (Elking-Hirsch 2001, Murkies et al. 2000, Stark und Madar 2002). Es zeigt sich, dass asiatische Frauen im Vergleich zu Frauen in westlichen Ländern andere Erfahrungen im Bereich der Wechseljahre haben. Außerdem müssen die Unterschiede hinsichtlich der Symptome nicht unbedingt auf ihre Ernährungsweise zurückführbar sein. Kulturelle Unterschiede können ebenfalls eine große Rolle spielen. So zählt die Menopause in einigen asiatischen Ländern als Statusgewinn und wird daher als positive Erfahrung angesehen, während in den meisten westlichen Ländern Älterwerden mit Statusverlust einhergeht und die Wechseljahre eher als negativ empfunden werden (Eden 2001).

Carranza-Lira et al. (2001) konnten in ihrer plazebo-kontrollierten, randomisierten Doppelblindstudie keinen Effekt hinsichtlich klimakterischer Beschwerden und Lipidparameter feststellen. In dieser Studie bekamen insgesamt 30 postmenopausale Frauen über einen Monat lang täglich eine Cremespeise serviert, die Phyto-Östrogene enthielt. In einer prospektiven, doppelblinden, randomisierten und plazebo-kontrollierten Pilotstudie (n=27) verglichen *Balk* et al. (2002) die Effekte einer Phytoöstrogenaufnahme über sechs Monate mit einer Plazebogruppe bei postmenopausalen Frauen. Sie konnten in Ihrer Untersuchung feststellen, dass Phyto-Östrogene das Endometrium nicht stimulieren und Schlaflosigkeit häufiger zu beobachten war. Hitzewallungen, Nachtschweiß und Trockenheit der Scheide traten in der Plazebogruppe zudem signifikant seltener auf

als in der mit Phyto-Östrogenen behandelten Gruppe. In einer anderen randomisierten Doppelblindstudie mit *cross-over*³ bei 52 postmenopausalen Frauen wurde die Aufnahme von Soja bzw. Leinsamen mit der Aufnahme von Weizen als Kontrollgruppe über einen Zeitraum von zweimal 12 Wochen verglichen. Als signifikantes Ergebnis wurde hier ermittelt, dass bei einer Zufuhr von Soja und Leinsamen eine vermehrte Ausscheidung von Phyto-Östrogenen über den Urin erfolgt. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Hitzewallungen signifikant weniger auftraten, wenn Leinsamen oder Weizen konsumiert wurden und dass die Knochenmineralstoffeinlagerung in der Zeit der Sojazufuhr signifikant erhöht war (Dalais et al. 1998). Die Autoren einer neuen Studie kommen aufgrund ihrer Ergebnisse zu dem Schluß, dass der Verzehr von 40 g zerkleinertem Leinsamen hinsichtlich menopausaler Beschwerden die gleiche positive Wirkung erzielen soll, wie 0,625 mg konjugierte equine Östrogene alleine oder in Kombination mit 100 mg Progesteron (Lemay et al. 2002).

In den meisten randomisiert kontrollierten Studien hat sich aber gezeigt, dass Sojaprodukte oder Isoflavone keinen Effekt auf die wechselljahresbedingten Hitzewallungen haben und einige Untersuchungen deuten darauf hin, dass wenn dieser Effekt vorliegt, nur ein schwacher Einfluss auf die vasomotorischen Symptome besteht (Eden 2001, Naftolin und Stanbury 2002). Nach *Vincent* und *Fitzpatrick* (2000) zeigen viele Studien, dass bezogen auf Hitzewallungen diese durch Sojaprodukte um 45%, bei Placebos um 30% und durch eine Hormontherapie um 70% reduziert werden.

In einer doppelblind kontrollierten Studie von *Kotsopoulos* et al. (2000) konnte ebenfalls kein positiver Effekt hinsichtlich der Verabreichung von Soja und den menopausal bedingten Symptomen bzw. deren Ausprägung festgestellt werden. Lediglich bei Trockenheit der Scheide wurde von der Interventionsgruppe eine Verbesserung beschrieben. Als Gründe für die Unterschiede zwischen den Studien, die eine positive bzw. negative Beziehung ermitteln, führen *Kotsopoulos* et al. (2000) an, dass in den Studien mit einem positiven Ergebnis überwiegend Frauen jüngerer Altersklassen einbezogen waren. Zudem unterscheiden sie sich hinsichtlich der eingesetzten Phyto-östrogene. In einer randomisierten und plazebokontrollierten Doppelblindstudie von *Van Patten* et al. (2002) mit 157 postmenopausalen an Brustkrebs erkrankten Frauen ließen sich über 12 Wochen hinsichtlich Hitzewallungen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Plazebogruppe und der Interventionsgruppe feststellen. Aufgrund von Plazeboeffekten kam es in beiden Gruppen zu einer Verringerung an Hitzewallungen. Viele kontrollierte Untersuchungen bestätigen, dass mitunter allein die Teilnahme an einer Studie bzw. die Anwendung von Placebopräparaten zu einer Besserung klimakterischer Symptome führen kann.

³ Randomisierte Doppelblindstudie mit *cross-over*: Eine Studie bei der die TeilnehmerInnen per Zufall der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet werden, ohne dass diese oder die StudienleiterInnen wissen, in welcher Gruppe sie sind. Nach einer bestimmten Zeit erfolgt dann das *cross over*, d.h. es wird direkt getauscht, ebenfalls ohne zu wissen in welcher Gruppe man sich befindet.

Ein weit verbreitetes Problem bei diesen Studien ist zudem, dass die Interventionsphase häufig zu kurz ist, um entsprechende Effekte messen zu können. Hinzu kommen Schwierigkeiten durch die unterschiedliche subjektive Wahrnehmung der Schwere von Hitzewallungen und Recall-Bias-Probleme (Tsourounis 2001, Balk et al. 2002).

Um in Zukunft eindeutige Aussagen treffen zu können, sollten deshalb plazebo-kontrollierte Untersuchungen mit *cross-over Design* über längere Beobachtungszeiten, mindestens sechs Monate, bei sicher postmenopausalen Frauen durchgeführt werden.

5.2 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Einige Studien weisen darauf hin, dass Phyto-Östrogene das Risiko für koronare Herzerkrankungen reduzieren können (Anthony 2002, van der Schouw et al. 2002, Stark und Madar 2002), während andere Studien diesen Effekt nicht nachweisen konnten (Simons et al. 2000, Dewell et al. 2002). Dies ist insofern bedeutsam, da kardiovaskuläre Erkrankungen für Frauen nach der Menopause die vorrangige Todesursache darstellen, so dass deren Prävention eine große Bedeutung zukommt (Anthony 2002).

In Tierversuchen wurde festgestellt, dass Sojaprotein bzw. die darin enthaltenen Isoflavonoide Arteriosklerose verhindern können (Anthony 2002, Eden 2001, Van der Schouw et al. 2002). Klinische Studien, in denen hohe Konzentrationen an Phyto-Östrogenen verabreicht wurden, zeigen, dass Soja kardiovaskuläre Risikofaktoren günstig beeinflusst, z.B. die Konzentration von LDL verringert und von HDL erhöht. Außerdem wird die Oxidation von LDL unterbunden und es kommt zu einer Verbesserung hinsichtlich des Blutdruckes (Anthony 2002, Lu et al. 2001, Stark und Madar 2002).

Bezogen auf die durchschnittliche Ernährung in den westlichen Industrienationen werden solch hohe Konzentrationen jedoch nicht erreicht. Eine Studie von *van der Schouw* et al. (2002) konnte aber zeigen, dass auch vergleichsweise geringe Aufnahmemengen positive Effekte ausüben sollen. Bei einem vermehrten Verzehr von Phyto-Östrogenen traten besonders bei älteren Frauen weniger versteifte Aortenwände auf.

Eine Meta-Analyse von *Anderson* et al. (1995) zeigt, dass bei Verzehr von Sojaprotein sich die Serumkonzentration des Gesamtcholesterins um 9,3%, von LDL um 12,9% und die der Triglyceride um 10,5% verringert. Die Ergebnisse einer anderen Meta-analyse zeigen, dass bei einer durchschnittlichen Aufnahme von 25 g Sojaprotein pro Tag die Cholesterinwerte um 10% gesenkt werden können (Carroll 1991). Nach *Pinkerton* und *Santen* (2002) müssen jedoch täglich mindestens 40 bis 80 mg pro Tag an Isoflavonen aus Soja zugeführt werden, um einen klinischen Effekt hinsichtlich der Blutfettwerte auslösen zu können. Eine randomisierte und plazebokontrollierte Doppelblindstudie mit *cross-over* von *Jayagopal* et al. (2002) an 32 postmenopausalen

Frauen mit Typ II Diabetes mellitus hat über eine 12-wöchige Supplementation mit 30 g Sojaprotein (entspricht 132 mg Isoflavone pro Tag) untersucht, ob dies Einfluss hat auf die Insulinresistenz, auf glykämische Parameter sowie auf kardiovaskulären Risikomarker. Die Ergebnisse zeigten, dass durch die Aufnahme von 30 g Sojaprotein pro Tag die Insulinresistenz abnahm, die glykämischen Parameter verbessert wurden und dass sowohl die Gesamtcholesterin- als auch die LDL-Werte abnahmen.

Der Mechanismus wie Phyto-Östrogene auf die Blutfettwerte Einfluss nehmen können, wird darin gesehen, dass vermehrt LDL-Rezeptoren gebildet werden und folglich die Beseitigung des LDL aus dem Blut gesteigert wird. Eine Reduktion der Lipidfraktionen geht gleichzeitig mit einer Verminderung der Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen einher⁴. Darüber hinaus sollen Isoflavone im Körper auch anti-thrombolytisch wirken (Stark und Madar 2002).

Anhand anderer Studien konnte auch gezeigt werden, dass die Aufnahme reiner Isoflavonsupplemente keine positiven Effekte auf den Lipidstoffwechsel hat. Heute wird vielmehr davon ausgegangen, dass die Anwesenheit der Proteinmatrix Voraussetzung für die Beeinflussung der Blutfettwerte ist (Lu et al. 2001, Stark und Madar 2002, Setchell et al. 2001).

5.3 Brustkrebs

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung von Frauen. Bei der Inzidenz ist weiterhin ein Anstieg zu verzeichnen, während die Brustkrebsmortalität in der letzten Zeit leicht zurückgegangen ist. In den asiatischen Ländern ist die Häufigkeit von Brustkrebskrankung um ein Vielfaches geringer. Bei asiatischen Immigrantinnen in Hawaii konnte gezeigt werden, dass bei einer Anpassung an die westliche Ernährungsweise das Brustkrebsrisiko in der folgenden Generation um das Dreifache anstieg und in der nächstfolgenden Generation um das Fünffache höher lag als bei den Einwanderinnen selbst (Mackey und Eden 1998). Aus vielen Studien wurde gefolgert, dass der Verzehr einer sojareichen Kost das Brustkrebsrisiko mindern kann. Nach dem derzeitigen Kenntnisstand wird ein Schutzeffekt der Phyto-Östrogene auf die Brustkrebsentstehung von manchen Autoren für möglich gehalten. Die Datenlage ist jedoch uneinheitlich und auch die genauen Wirkmechanismen sind nicht hinreichend bekannt (Keller et al. 1999, Stark und Madar 2002).

⁴ Im Oktober 1999 hat die *US Food and Drug Administration* in diesem Zusammenhang die Einführung neuer Gesundheitslabel auf Lebensmitteln erlaubt. Diese weisen darauf hin, dass in dem Produkt Sojaprotein enthalten ist und es somit durch den Verzehr dieses Produktes zu einer Verringerung des Risikos für koronare Herzerkrankungen kommen kann (Vincent und Fitzpatrick 2000).

Eine Schlüsselfunktion zwischen den ernährungsbedingten Faktoren, der Entwicklung eines hochrisikobehafteten Steroidhormonprofils und dem Anstieg der Brustkrebsinzidenz hat vermutlich die chronische Hyperinsulinämie. Insulin inhibiert die hepatische Produktion des *SHBG* (*Sex Hormone Binding Globulin*) und stimuliert gleichzeitig die Produktion der Androgene in den Ovarien. Frauen, die Übergewicht haben, besonders solche, die große intra-abdominale Fettspeicher aufweisen, haben häufig auch ein erhöhtes Brustkrebsrisiko. Darüber hinaus zeigt sich bei diesen Frauen vermehrt eine Insulinresistenz, geringe Serumwerte an *SHBG* und hohe Sexhormongehalte im Blut. Epidemiologische Studien deuten an, dass es eine Assoziation zwischen dem Brustkrebsrisiko und erhöhten Seruminsulinspiegeln sowie einer erhöhten Aktivität des insulinbedingten Wachstumsfaktors gibt (Berrino et al. 2001).

Zudem wird diskutiert, ob der Verzehr einer sojareichen Kost insbesondere im präpubertären Alter einen besonderen Schutzmechanismus bewirkt (Ganry 2002, Shu et al. 2001). Nach Cassidy et al. (1994) soll eine sojareiche Ernährung bei prämenopausalen Frauen zu Zyklusverlängerungen und Veränderungen der Gonadotropinsekretion führen. Phyto-Östrogene sollen unter anderem die *SHBG*-Synthese stimulieren (Adlercreutz et al. 1986) und somit den ungebundenen Anteil an 17 β -Estradiol und Testosteron vermindern. In einer Interventionsstudie von Pino et al. (2000) in der 20 postmenopausale Frauen über 10 Wochen 30 g Sojamilch verzehrten, konnte ein Anstieg der *SHBG* Werte um 30% beobachtet werden, Frauen, die täglich über die konsumierte Sojamilch 113-207 mg Isoflavone zu sich nahmen, reduzierten ihre 17 β -Östradiolspiegel um 25% und ihre Progesteronspiegel um 45% (Lu et al. 2000).

Als wesentlicher Faktor der Phyto-Östrogene bei der Prävention des Brustkrebses wird derzeit die Fähigkeit gesehen, an den Östrogenrezeptor zu binden (Ganry 2002, Stark und Madar 2002). Der tumorhemmende Effekt von Phyto-Östrogenen wurde sowohl anhand von Brustkrebszellen und Tierversuchen nachgewiesen (Ganry 2002). Mehrere epidemiologische Studien konnten zeigen, dass der Verzehr von Sojaprodukten zu einer Verringerung des Brustkrebsrisikos von 20 bis 75% bei asiatischen bzw. asiatisch-amerikanischen Frauen führte (Ganry 2002). Ob diese Ergebnisse auch auf andere Bevölkerungen übertragbar sind, ist fraglich, da der durchschnittliche Verzehr an Sojaprodukten hier wesentlich geringer ist.

Die DIANA-Studie hat gezeigt, dass eine Ernährungsintervention im Sinne einer mediterranen Kost mit zusätzlicher Aufnahme von Sojaprodukten über einen Zeitraum von 4,5 Monaten zu einem signifikanten Anstieg der Serumgehalte an *SHBG* führte, die Testosterongehalte verringerten sich ebenfalls signifikant, während die Östradiolgehalte sich zwar verringerten aber kein signifikantes Ergebnis ergaben (Berrino et al. 2001).

5.4 Osteoporose

Die Beobachtung, dass die Inzidenz der Osteoporose bei Frauen nach der Menopause in asiatischen Ländern geringer ist, wird ebenfalls mit den unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten in Zusammenhang gebracht. Ob und in welcher Weise natürlich vorkommende Phyto-Östrogene den Knochenstoffwechsel modulieren, ist derzeit jedoch nicht bekannt. Die Osteoporose stellt heute ein großes *Public Health* Problem dar. Etwa 10% der Bevölkerung leiden hierunter. Frauen sind, insbesondere nach den Wechseljahren, von der Osteoporose weitaus häufiger betroffen als Männer (Kardinaal et al. 1998).

In einer Studie mit 75 koreanischen Frauen wurde der Phyto-Östrogengehalt im Urin (Enterolaktone) in Bezug auf die Knochendichte untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass zwischen diesen beiden Parametern ein Zusammenhang besteht und dass Frauen mit Osteoporose niedrigere Enterolaktongehalte im Urin aufweisen (Kim et al. 2002). Eine 10 Jahre *Follow-up*-Studie in den Niederlanden zeigte dagegen keinen Zusammenhang (Kardinaal et al. 1998). Die meisten der bisher durchgeführten Studien hierzu, wurden anhand kleiner Fallzahlen ermittelt (Cook und Pennington 2002, Gambacciani et al. 1997, Kim et al. 2002). Nach *Birge* (2000) lassen sich anhand der bislang durchgeführten Studien keine positiven Effekte der Phyto-Östrogene auf die Knochendichte ableiten. Auch andere Autoren gehen davon aus, dass sich nicht eindeutig belegen lässt, dass Phyto-Östrogene einen positiven Effekt auf den Knochenstoffwechsel haben und somit zur Prävention der Osteoporose geeignet sind (Stark und Madar 2002, Pinkerton und Santen 2002).

6. Zusammenfassung

Die dargestellten Ergebnisse haben gezeigt, dass für die Behandlung von vasomotorischen Symptomen derzeit noch keine einheitlichen Ergebnisse festgestellt werden können und dass für eine abschließende Beurteilung weitere epidemiologische Studien notwendig sind. Im Sinne der Evidenzkriterien gilt die Aussage, dass Phyto-Östrogene vasomotorische Symptome lindern können, deshalb als nicht belegt.

Im Hinblick auf die kardiovaskulären Erkrankungen zeigen mehrere aussagekräftige Studien einen positiven Effekt der Phyto-Östrogene. Unter den oben beschriebenen Evidenzkriterien scheint damit die Aussage, dass sich der Verzehr von Phyto-Östrogenen positiv hinsichtlich der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen auswirkt, belegt zu sein. Zu beachten ist jedoch, dass dieser Zusammenhang beschränkt ist auf die über die Nahrung aufgenommenen Phyto-Östrogene. Für die hoch dosierten und isolierten Präparate konnte dies nicht nachgewiesen werden.

Dies kann daran liegen, dass diese Effekte matrix-abhängig sind (Whitten und Naftolin 1998). Besonders für Isoflavone zeigen sich verringerte Effekte, wenn diese isoliert

zugeführt werden. Das bedeutet, dass für entsprechende Präventionsmaßnahmen eine Ernährungsumstellung angestrebt werden muss, während die reine Substitution dieser Substanz keine geeignete Empfehlung darstellt (Anthony 2002).

Ein protektiver Effekt in Bezug auf die Brustkrebs Erkrankung ist derzeit nach den Evidenzkriterien nicht belegt, auch wenn er von verschiedenen Autoren für möglich gehalten wird.

Im Hinblick auf die Osteoporose zeigen sich nach den bislang zur Verfügung stehenden Ergebnissen ebenfalls keine präventiven Effekte für die zugeführten Phyto-Östrogene.

Derzeit kann in den westlichen Ländern ein hoher Verzehr an Phyto-Östrogenen als Surrogatparameter für eine besonders gesunde Lebensweise gesehen werden (Anthony 2002). Frauen, die in den westlichen Industrienationen höhere Mengen an Phyto-Östrogenen verzehren, weisen generell eine gesündere Lebensweise auf (Guthrie et al. 2000). Mackey und Eden (1998) gehen zudem davon aus, dass ein möglicher positiver Effekt im Hinblick auf die Prävention der chronischen Erkrankungen nur erzielt werden kann, wenn der Verzehr von Phyto-Östrogenen bereits in jungen Jahren erfolgt. Zudem muss berücksichtigt werden, dass viele Studien darauf hinweisen, dass lediglich die Zufuhr über die Nahrungsmittel sinnvoll erscheint. Eine Substitution in hoch dosierter Form könnte demnach kontra-indiziert sein, da negative Gesundheitseffekte nicht ausgeschlossen werden können (Krishnan et al. 2000).

Literatur

- Adlercreutz H, Fotsis T, Bannwart C, Wähälä K, Mäkelä T, Brunow G, Hase T (1986). Determination of urinary lignans and phytoestrogen metabolites, potential antiestrogens and anticarcinogens, in urine of women on various habitual diets. *Journal of Steroid Biochemistry*. 25: 791-797
- Anderson JW, Johnstone BM, Cokk-Newell ME (1995). Meta-Analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. *New England Journal of Medicine* 333: 276-282
- Anthony MS (2002). Phytoestrogens and cardiovascular disease: where's the meat? *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* 22: 1245-1247

- Arena S, Rappa C, Del Frate E, Cenci S, Villani C (2002). A natural alternative to menopausal hormone replacement therapy – Phytoestrogens. *Minerva Ginecologia* 54: 53-57
- Bahram H.A (2001). The Role of Phytoestrogens in the Prevention and Treatment of Osteoporosis in Ovarian Hormone Deficiency. *Journal of the American College of Nutrition* 20: 398-402
- Balk JL, Whiteside DA, Naus G, DeFerrari E, Roberts JM (2002). A Pilot Study of the Effects of Phytoestrogen Supplementation on Postmenopausal Endometrium. *Journal of the Society for Gynecologic Investigation* 9: 238-242
- Berrino F, Bellati C, Secreto G, Camerini E, Pala V, Panico S, Allegro G, Kaaks R (2001). Reducing bioavailable sex hormones through a comprehensive change in diet: the diet and androgens (DIANA) randomized trial. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention* 1: 25-33
- Birge SJ (2000). Soy phytoestrogens: an adjunct to hormone replacement therapy? *Menopause* 7: 209-212
- Brzezinski A, Debi A (1999). Phytoestrogens: the "natural" selective estrogen receptor modulators? *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 1: 47-51
- Burton JL, Wells M (2002). The effect of phytoestrogens on the female genital tract. *Journal of Clinical Pathology* 55: 401-407
- Calabrese G (1999). Nonalcoholic compounds of wine: the phytoestrogen resveratrol and moderate red wine consumption during menopause. *Drugs under Experimental and Clinical Research* 25: 111-114
- Carranza-Lira S, Barahona OF, Ramos D, Herrera J, Olivares-Segura A, Cardoso G, Posadas-Romero C (2001). Changes in symptoms, lipid and hormone levels after the administration of a cream with phytoestrogens in the Climacteric - preliminary report. *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 46: 296-299
- Carroll KK (1991). Review of clinical studies on cholesterol-lowering response to soy protein. *Journal of the American Dietetic Association* 91(7): 820-827
- Cassidy A, Bingham S, Setchell KDR (1994). Biological effects of a diet of soy protein rich in isoflavones on the menstrual cycle of premenopausal women. *American Journal of Clinical Nutrition* 60: 333-40
- Clifton-Bligh PB, Baber RJ, Fulcher GR, Nery ML, Moreton T (2001). The effect of isoflavones extracted from red clover (Rimostil) on lipid and bone metabolism. *Menopause* 8: 259-265

- Cook A, Pennington G (2002). Phytoestrogen and multiple vitamin/mineral effects on bone mineral density in early postmenopausal women: a pilot study. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 11: 53-60
- Dalais FS, Rice GE, Wahlqvist ML, Grehan M, Murkies AL, Medley G, Ayton R, Strauss BJG (1998). Effects of dietary phytoestrogens in postmenopausal women. *Climacteric*, 1: 124-129
- de Kleijn MJ, van der Schouw YT, Wilson PW, Adlercreutz H, Mazur W, Grobbee DE, Jacques PF (2001). Intake of dietary phytoestrogens is low in postmenopausal women in the United States: the Framingham study (1-4). *The Journal of Nutrition* 131: 1826-1832
- Dewell A, Hollenbeck CB, Bruce B (2002). The effects of soy-derived phytoestrogens on serum lipids and lipoproteins in moderately hypercholesterolemic postmenopausal women. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 87: 118-121
- Dixon RA, Ferreira D (2002). Genistein. *Phytochemistry* 60: 205-211
- Eden JA (2001). Managing the menopause: phyto-estrogens or hormone replacement therapy? *Annals of Medicine* 33: 4-6
- Elkind-Hirsch K (2001). Effect of dietary phytoestrogens on hot flushes: can soy-based proteins substitute for traditional estrogen replacement therapy? *Menopause* 8: 154-156
- Ewies AAA (2002). Phytoestrogens in the management of the menopause: up to date. *Obstetrical & Gynecological Survey* 57: 306-313
- Fitzpatrick LA (1999). Selective estrogen receptor modulators and phytoestrogens: new therapies for the postmenopausal women. *Mayo Clinic Proceedings* 74: 601-607
- Fugh-Berman A, Kronenberg F (2001). Red clover (*Trifolium pratense*) for menopausal women: current state of knowledge. *Menopause* 8: 333-337
- Gambacciani M, Cappagli B, Piaggese L, Ciaponi M, Genazzani AR (1997). Ipriflavone prevents the loss of bone mass in pharmacological menopause induced by GnRH-agonists. *Calcified Tissue International* 61 (Suppl 1): 15-18
- Ganry O (2002). Phytoestrogen and breast cancer prevention. *European Journal of Cancer Prevention* 11: 519-522
- Ginsburg J, Prelevic GM (1999). Is there a proven place for phytoestrogens in the menopause? *Climacteric* 2: 75-78

- Glazier MG, Bowman MA (2001). A review of the evidence for the use of phytoestrogens as a replacement for traditional estrogen replacement therapy. *Archives of Internal Medicine* 161: 1161-1172
- Greiser E, Günther J, Niemeyer M, Schmacke N (2000). *Weibliche Hormone – Ein Leben lang. Mehr Schaden als Nutzen?* Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK
- Guthrie JR, Ball M, Murkies A, Dennerstein L (2000). Dietary phytoestrogen intake in mid-life Australian-born women: relationship to health variables. *Climacteric* 3 : 254-261
- Hochstrasser B (2003). Psychische Veränderungen in den Wechseljahren. *Journal für Menopause* 2: 17-21
- Jayagopal V, Albertazzi P, Kilpatrick ES, Howarth EM, Jennings PE, Hepburn DA, Atkin SL (2002). Beneficial effects of soy phytoestrogen intake in postmenopausal women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 10: 1709-1714
- Kardinaal AF, Morton MS, Bruggemann-Rotgans IE, van Beresteijn EC (1998). Phytoestrogen excretion and rate of bone loss in postmenopausal women. *European Journal of Clinical Nutrition* 52: 850-5
- Keller C, Fullerton J, Mobley C (1999). Supplemental and complementary alternatives to hormone replacement therapy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 11: 187-198
- Keinan-Boker L, Van der Schouw YT, DeKleijn MJJ, Jacques PF, Grobbee DE, Peeters PHM (2002). Intake of Dietary Phytoestrogens by Dutch Women. *The Journal of Nutrition* 132: 1319-1328
- Kim MK, Chung BC, Yu VY, Nam JH, Lee HC, Huh KB, Lim SK (2002). Relationships of urinary phyto-oestrogen excretion to BMD in postmenopausal women. *Clinical Endocrinology* 56: 321-328
- Kim H, Xu L, Su Y, Xia H, Li L, Peterson G, Murphy-Ullrich L, Barnes S (2001). Actions of the soy phytoestrogen genistein in models of human chronic disease: potential involvement of transforming growth factor beta. *Biochemical Society Transactions* 29: 216-222
- Kotsopoulos D, Dalais FS, Liang YL, McGrath BP, Teede HJ (2000). The effects of soy protein containing phytoestrogens on menopausal symptoms in postmenopausal women. *Climacteric* 3: 161-167
- Krishnan V, Heath H, Bryant HU (2000). Mechanism of action of estrogens and selective estrogen receptor modulators. *Vitamins and Hormones* 60: 123-147

- Kronenberg F, Fugh-Berman A (2002). Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. *Annals of Internal Medicine* 137: 805-813
- Lauritzen C (2002). Prevention with phyto-oestrogens. *Zentralblatt für Gynäkologie* 124: 262-268
- Learn CD, Higgins PG (1999). Harmonizing herbs. Managing menopause with help from Mother Earth. *Awhonn Lifelines* 3: 39-43
- Lemay A, Dodin S, Kadri N, Jacques H, Forest JC (2002). Flaxseed dietary supplement versus hormone replacement therapy in hypercholesterolemic menopausal women. *Obstetrics and Gynecology* 100: 495-504
- Lu LJ, Anderson KE, Grady JJ, Kohen F, Nagamani M (2000). Decreased ovarian hormones during a soya diet: implications for breast cancer prevention. *Cancer Research* 60: 4112-4121
- Lu LJ, Tice JA, Bellino FL (2001). Phytoestrogens and healthy aging: gaps in knowledge. A workshop report. *Menopause* 8: 157-170
- Mackey R, Eden J (1998): Phytoestrogens and the menopause. *Climacteric* 4: 302-308
- Maroulis GB (2000). Alternatives to estrogen replacement therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences* 900: 413-415
- Murkies A, Wilcox G, Davis SR (1998). Phytoestrogens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 83: 297-303
- Murkies A, Dalais FS, Briganti EM, Burger HG, Healy DL, Wahlqvist ML, Davis SR (2000). Phytoestrogens and breast cancer in postmenopausal women: a case control study. *Menopause* 7: 289-296
- Naftolin F, Guadalupe Stanbury M (2002). Phytoestrogens: are they really estrogen mimics? *Fertility and Sterility*: 115-117
- Norling S (1999). Natural options for menopause. *Minnesota Medicine* 82: 42-44
- Pietinen P, Stumpf K, Mannisto S, Kataja V, Uusitupa M, Adlercreutz H (2001). Serum enterolactone and risk of breast cancer: a case-control study in eastern Finland. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 4: 339-344
- Pinkerton JV, Santen R (2002). Use of alternatives to estrogen for treatment of menopause. *Minerva Endocrinologia* 27: 21-41
- Pino AM, Valladares LE, Palma MA, Mancilla AM, Yanez M, Albala C (2000). Dietary isoflavones affect sex hormone-binding globulin levels in postmenopausal women. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 8: 2797-2800

- Rauthe G, de Waal JC, Eiermann W, Engel J, Gutschow K, Hüb C, Untch M (2001). Behandlung klimakterischer Beschwerden und des postmenopausalen Hormonmangels. *MANUAL Mammakarzinome Tumorzentrum München*
- Russell L, Hicks G, Swink-Low AK, Shepard JM, Brown CA (2002). Phytoestrogens: a viable option? *The American Journal of the Medical Sciences* 324: 185-188
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312: 71 - 72
- Setchell KD, Brown NM, Desai P, Zimmer-Nechemias L, Wolfe BE, Brashear WT, Kirschner AS, Cassidy A, Heubi JE (2001). Bioavailability of pure isoflavones in healthy humans and analysis of commercial soy isoflavone supplements. *The Journal of Nutrition* 131: 1362-1375
- Shu XO, Jin F, Dai Q, Wen W, Potter JD, Kushi LH, Ruan Z, Gao YT, Zheng W (2001). Soyfood intake during adolescence and subsequent risk of breast cancer among Chinese women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 10: 483-488
- Simons LA, von Königsmark M, Simons J, Celermajer DS (2000). Phytoestrogens do not influence lipoprotein levels or endothelial function in healthy, postmenopausal women. *American Journal of Cardiology* 85: 1297-301
- Stark A, Madar Z (2002). Phytoestrogens: a review of recent findings. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism* 15: 561-572
- Stadberg E, Mattsson LA, Milsom I (1997). The prevalence and severity of climacteric symptoms and the use of different treatment regimens in a Swedish population. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 5: 442-448
- Tansey G, Hughes CL, Jr Cline JM, Krummer A, Walmer DK, Schmoltzer S (1998). Effects of dietary soybean estrogens on the reproductive tract in female rats. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine* 217: 340-344
- Tice JA, Ettinger B, Ensrud K, Wallace R, Blackwell T, Cummings SR (2003). Phytoestrogen supplements for the treatment of hot flashes: the Isoflavone Clover Extract (ICE) Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 290: 207-214
- Tsourounis C (2001). Clinical effects of phytoestrogens. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 44: 836-842

- Van der Schouw YT, Pijpe A, Lebrun CEI, Bots ML, Peeters PHM, Van Staveren WA, Lamberts SWJ, Grobbee DE (2002). Higher usual dietary intake of phytoestrogens is associated with lower aortic stiffness in postmenopausal women. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* 22: 1316-1322
- Van Patten CL, Olivotto IA, Chambers GK, Gelmon KA, Hislop TG, Templeton E, Wattie A, Prior JC (2002). Effect of soy phytoestrogens on hot flashes in postmenopausal women with breast cancer: a randomized, controlled clinical trial. *Journal of Clinical Oncology* 6: 1449-1455
- Vincent A, Fitzpatrick LA (2000). Soy isoflavones: are they useful in menopause? *Mayo Clinic Proceedings* 11: 1174-1184
- Whitten PL, Naftolin F (1998). Reproductive actions of phytoestrogens. *Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism* 12: 667-690
- Wroblewski-Lissin L, Cooke JP (2000). Phytoestrogens and cardiovascular health. *Journal of the American College of Cardiology* 6: 1403-1410

Die Wechseljahre in eigener Verantwortung? Historische und kulturelle Perspektiven

Selbstverantwortlich in die multidisziplinäre Menopause? Danke nein! Ein körpergeschichtlicher Rückblick

Barbara Duden

Ich bin die letzte Sprecherin und ich habe den Vorrednerinnen aufmerksam zugehört. Wenn ich recht verstanden habe, läuft die Frage, unter der wir zusammen gekommen sind - Was wollen Frauen, was brauchen Frauen? - auf eine Aporie hinaus: Älter werdende Frauen wollen heute oft, was sie nicht brauchen (Hormone, Risikokalkulation, Zukunftsmanagement, Beratung zur Entscheidungsfindung) und nach meinem Geschmack brauchen sie, was sie zumeist nicht mehr wollen können, nämlich sich der eigenen *Natur* zu überlassen. Nichts tun, auf sich selbst vertrauen. Diese Verinnerlichung von exogen zugeschriebenen Bedürfnissen und den Schwund leibhaftigen Selbstvertrauens sollten wir besprechen, wenn Sie sich auf die Suche nach Auswegen machen wollen, die nicht neuerlich in eine Falle führen. Die Falle der *multidisziplinären Menopause*.

Als ich den Rednerinnen zuhörte, war ich verwirrt, denn alles, was wir hier an den Wechseljahren abhandeln, hätte ebensogut an der Pille, der Schwangerschaft, der Geburt, am kommenden Kind oder am Krebs besprochen werden können. Auch diese Erfahrungen im Frauenleben haben sich in den letzten Jahren mit Wörtern verbunden, die alle vor einer Generation noch ungewohnt waren: Vorsorge, Verdacht, Kontrolle, Normalfall, Beratung, Verantwortung, informierte Entscheidung und vor allem Risiko. Als ich mir das klarmachte, bin ich wirklich erschrocken. Wie ist es möglich, dass die gleichen Begriffe sich im Gesprächsstoff über so unvergleichliche somatische Erfahrungen verfilzt haben? Das Schwangergehen und das Älterwerden, das Geschwulst und das Kinderkriegen sind zu weitgehend ähnlichen Zuständen geworden: in Bezug auf die Verpflichtung zur Prävention, das Angewiesensein auf Vorsorge und Kontrolle, das Bedürfnis nach professioneller Beratung und individueller Entscheidung, den Handlungszwang und vor allem in Bezug auf ein Gespenst - das Risiko. Diese Einkörperung der Forderung nach Selbst-Management durch die Frau, müssen wir unter die Lupe nehmen. Dazu biete ich Ihnen Hilfe an. Im Rückblick der Historikerin will ich danach fragen, wie dieser Selbst-Bezug der alternden Frau zustande kam, und ich will mein Augenmerk auf die entkörpernde Wirkung des Risiko-Konzeptes richten.

1 Mein Stand- und Sehepunkt: ein Ankerplatz bei den Toten

Ich bin weder Ärztin, noch Gesundheitsforscherin, noch Aktivistin in einem feministischen Projekt. Ich bin Historikerin. Ich bin eine, die von somatischer Befindlichkeit etwas weiß - zuallererst der Toten, aber auch von Frauen meiner eigenen Zeit. Jahrzehntlang habe ich mich im Zaunreiten geübt zwischen den Geschichten unter der Haut von Frauen in der Vergangenheit und in der Gegenwart. Meine Erfahrung aus diesem Studium sagt mir, dass zweierlei nötig ist, um die gegenwärtige Zwickmühle besprechen zu können: Ein guter Anhaltspunkt am vergangenen, heute kaum mehr vorstellbaren Zurechtkommen älterer Frauen und die Kenntnis der Genese, des Entstehens der *Menopause* und der menopausalen Frauen, die auf diesem Kongress besprochen werden.

Ich habe gegrübelt, wie ich von etwas sprechen könnte, das uns fremd geworden ist: die erlebten *Wechseljahre* bevor es zu ihrer Verarztung kam und heute zur Forderung nach einem *multidisziplinären Umgang* damit. Hätte ich am Anfang gesprochen, hätte ich meine Schatzkiste mitgebracht, hätte meine veralteten Spiegel ausgepackt und von den Wechseljahren gestern, damals und früher gesprochen. Von meiner Mutter hätte ich erzählen können, von ihren lästigen Schweißausbrüchen und wie sie sich ins Bett verzog, um *Jane Austen* zu lesen, und wir Kinder mussten ihr Tee bringen; tagelang hielt sie uns in Atem mit ihren Wünschen; dann hätte ich an meine Grossmutter erinnert, deren Launen in der Familie genüsslich kolportiert wurden; die komischen Geschichten, wie sie ihrem Mann ersprießliche Reisen ins Bad abzuschwatzen wusste, weil Frauen in den Wechseljahren damals besonderer Fürsorge bedurften. Und weiter zurück hätte ich mich bis ins frühe 18. Jahrhundert abgeseilt, nach Eisenach, zu *Dr. Storch* und zu den älteren Frauen aus seiner Praxis, die ich gut kenne. Ich hätte Ihnen bestimmt von der schrulligen 82-jährigen Witwe erzählt, die besorgt bei ihm nachfragte, weil ihr seit eineinhalb Jahren das monatliche Blut ausgeblieben war, das sich doch bis dahin regelmäßig gezeigt hatte. Bis dahin hatte sie sich wohl und erleichtert gefühlt¹. *Dr. Storch* musste sich noch an die Grundregel aus einer Schrift zu Weibersachen im antiken Korpus des *Hippokrates* halten. Dort wird der Arzt ermahnt, dass ihm nichts anderes übrig bleibt, ob er will oder nicht, als sich in Frauensachen eben auf Frauenaussagen zu verlassen. Damals war das noch möglich, weil die Frauen in ihren Sinnen was von sich wussten. Heute? Die Kritikerinnen machen immer öfter die Erfahrung, dass ihnen der Herr Kollege auf dem Gynäkologenkongress vorhält: *Die Frauen wollen das!* Was die toten Frauen brauchten und was sie wollten, war Äonen weit entfernt von den Bedürfnissen, deren untragbare Konsequenzen hier geklärt werden sollen. Die damals nämlich wollten es in diesen Wechseln gut für sich haben,

¹ Die Begegnung mit dieser Alten schildere ich in: *Das Blut der hageren Witwe* (Duden 2002).

wollten die Bettdecke über den Kopf ziehen oder dem Mann ein Schnippchen schlagen. Aspirin oder Chinin.

In diesem Abwärtsseilen in frühere Zeiten hätte ich Ihnen anschaulich machen können, wie verschieden diese Wechsel-Jahre, diese Veränderungsjahre, diese Wenden im Leben erlebt wurden. Und auf diese Weise, aus dem langen Rückblick der Historikerin, hätte ich Ihnen einen Geschmack gegeben, der den Kontrast, die Unvergleichbarkeit erahnen lässt, wie ungeheuerlich neu und peinlich die Dilemmata sind, die hier als Frauenproblem besprochen werden. Ein Rückzug in vormoderne Schrullen ist an diesem Punkt des Kongresses nicht geboten. Sie haben mich, die Historikerin des erlebten somatischen *Ich*, wohl eingeladen, um die gegenwärtigen Aporien aus einer zeitgeschichtlichen Perspektive zu beleuchten und Ihnen dadurch zu helfen, sich an dem Betrieb zu befremden, an dem Sie, die meisten von Ihnen frustriert, teilnehmen müssen. So habe ich mir gesagt: *Barbara*, vertue die Gelegenheit nicht! Nutze die halbe Stunde, um einige Glieder aus der unheimlichen Verkettung von Angebot und Nachfrage, Zwang und Anpassung, autoritativer Gängelung und aufgepöppelten Konsumwünschen herauszugreifen, die in der Zwickmühle *Menopause 2002* münden. Was ich Ihnen verständlich machen will, ist Folgendes: Die *Dilemmata*, die hier diskutiert werden, sind das Resultat der Genese erst eines medizinischen Angebots, dann seines Konsums und schließlich seiner Verinnerlichung in der Somatik, im Fleisch und Kopf der Frauen; nicht so sehr die Krankheits-Risiken des hormonellen Über-Konsums sollten uns auf die Palme bringen, sondern die kränkenden symbolischen Nebenwirkungen der hormonellen Steuerung von gesunden älteren Frauen. Denn die Wirkmacht der ärztlichen Routinen schuf nicht nur in den Praxen ein präzedenzloses Modell der menopausalen Frau, es wurde auch zu etwas Selbstverständlichem, Wechseljahre im Rahmen von Risiko und Machbarkeit wahrzunehmen. Kaum eine kann es mehr wegdenken. Die symbolische Wirkung des Risikogespenstes auf das Selbst- und Körperverständnis der Klientinnen muss verstanden werden, um die Weggabelung diskutieren zu können, vor der wir stehen: Soll es in Zukunft darum gehen, menopausalen Klientinnen alternative Optionen des Selbstmanagements anzubieten oder wollen wir ältere Frauen ermutigen, *Jane Austen* zu lesen und sich ins Bett zu legen? Denn heute - der Kongress beweist das - zeichnet sich nach vielfacher Kritik am hormonellen Überkonsum etwas Neues ab: die zukünftige Menopause als eine Periode im Frauenleben, die nur durch die Beratungen vieler verschiedener Professionen und in Kenntnis aller Optionen durchlebt werden kann, *Wechseljahre multiprofessionell*. Zu dieser Zukunftsvision einer erweiterten bio-, psycho-, hormonalen Selbstverwaltung der menopausalen Frau unter alternativen oder frauenbewegten Vorzeichen will ich *Nein!* sagen. Danke nein! Ich will nach den Freiräumen fragen, die bestehen könnten - nun, wie kann ich das sagen, ohne hoffnungslos veraltet zu klingen? - gemütlich, mit Launen, selbstvergnügt und gelassen sich den leibhaftigen Wechseln der eigenen Natur zu überlassen. Dass das möglich war, sagt mir das Gespräch mit den Toten. Insofern war es richtig, aber auch etwas verwegen, dass die

Veranstalterinnen gerade mich, die Historikerin der Somatik, um einen Kommentar zur Sache baten.

2 Wie ein vorübergehender *Mangel* zum Risiko-Faktor fürs Leben wurde und Risiko zur Forderung, selbst die Optionen zu nehmen

Nun zur Sache. Was besprechen wir? Es geht um die weltweite sexualhormonelle Steuerung des Älterwerdens von Personen weiblichen Geschlechts. In Alterskohorten zwischen 40 und 60 Jahren wurde Frauen erstmals in den 1960er Jahren beigebracht, dass persönliches Ungemach im Altern neu interpretiert werden muss, nämlich als ein Symptom - ein Zeichen zur Induktion - für einen Mangel. Aus einem lebensgeschichtlichen Wechsel im Rhythmus wurde ein hormoneller Produktionsmangel. Und nur so konnte es zur ärztlichen Indikation für den exogenen Ersatz des endogenen Produktionsausfalles kommen, und, schrittweise, zur Vorstellung, dass ein Klimakterium - was im Griechischen die Sprosse einer gelehnten Leiter meinte - im Lebenslauf einen Eingriff erfordert, das Management des hormonalen Haushalts². Die Debatten aus der Frühzeit des *Hormon-Ersatzes* verblüfften mich doch beim Nachlesen. Noch Anfang der 1970er Jahre wurde in der Fachliteratur die Frage, ob die Wechseljahre eine Hormonmangelerkrankung sind oder eine ganz gute und richtige Erscheinung, äußerst kontrovers diskutiert. Hormone gar als Prophylaxe für alle Frauen zu verschreiben, war damals noch undenkbar. Dann kam der Umbruch in den 70er Jahren durch eine Ausweitung des Indikationskatalogs und danach explodierten die *Bedarfe*. Aus einem zunächst noch auf eine Zeitspanne im Leben eingegrenzten vorübergehenden *Mangel* wurde ein physiologisch-konstitutioneller Bedarf, etwas, das Frauen qua ihres So-seins *brauchen*. *Elina Hemminki* hat gestern in kristallklarer Rhetorik die Akteure benannt, die aus der Erfindung dieses konstitutionellen Mangels für Dekaden ein Geschäft machten. Zuvorderst die Pharma-Industrie, dann die Massen-Medien, die Wissenschaftler, die *follow-up-industry* und schliesslich insbesondere die Gynäkologen. Gynäkologen autorisierten in Millionen von einzelnen Arzt-Patientin-Begegnungen den jeweils konkreten *Bedarf*.

² Ich will nur wenige Studien nennen, nämlich zu den 1960er bis 1980er Jahren die Diplomarbeit von *Birgit Luise Lunau* (1995), die Pionierarbeiten von *Margaret Lock*, die 1993 ein großes Buch zu den Mythen der Menopause in den USA und in Japan publizierte (Lock 1993). Diese sind im Deutschen bisher kaum verfügbar, mit Ausnahme von: *Lock* in einem Band von *Duden* und *Noeres* (2002) und *Lock* in einem Band von *Kosack* und *Krasberg* (2002). Der Band versammelt eine Reihe anregender Aufsätze zur biomedizinischen Menopause und den Wechseljahrserfahrungen in vormodernen Gesellschaften.

In diesen Jahren zwischen 1960 und den 70ern kam es zu einem entscheidenden Wechsel in der Begründung für die Pillen. Das Gespräch verlief in den 1960er Jahren noch ungefähr so:

Frau: *"Herr Doktor, ich schlafe jetzt schlecht und manchmal schwitze ich. Kann ich was tun?"*

Und die Antwort des Arztes: *"Ja, liebe Frau, das liegt an Ihren Hormonen, da kann ich Ihnen helfen..."*

Und in den 1970er Jahren:

Frau: *"Herr Doktor, in Brigitte habe ich gelesen, dass es jetzt was gibt im Alter. Mir fehlt eigentlich nichts, aber ich denke an die kommende Menopause, und da will ich wissen, was Sie mir raten können, damit ich es auch richtig mache."*

Und die Antwort des Arztes: *"Ganz recht, Sie kommen in die Wechseljahre, das ist eine akute Sache, mit der ein vorbeugender und verantwortlicher Umgang von Ihnen gefordert wird."*

Zwischen diesen beiden Szenen hatte sich der Rahmen des ärztlichen Handelns verkehrt. Aus einer Intervention im Sonderfall wurde eine Routine-Behandlung mit dem Ziel *Risiken* zu steuern, die die Statistik als mögliche Folgen des *Mangels* berechnet hatte. Die galten nun für alle Frauen. Auch zu dieser bald selbstverständlichen Logik hat *Frau Hemminki* Wichtiges gesagt. *Hemminki* verfolgte über 40 Jahre die Kurve der Häufigkeit der Verschreibungen (in den *USA*) und demonstrierte, wie immer neue statistisch berechnete Korrelationen in Umlauf kamen, wozu den Frauen das chemische Kommando im Leib schlussendlich dienen könnte. Die *causa finalis*, die Zweckursache wie *Aristoteles* sagen würde, deretwegen das Mittel gesunden Frauen verabreicht wurde, wanderte über die Jahre durch den ganzen Körper: vom Herzen zum Kreislauf, dann in den 1980er und 90er Jahren zu den Knochen und von da, in letzter Zeit, zur Altersvertrottung. War erst die menopausierende Frau für krank erklärt worden, also ein lebensgeschichtlicher Wechsel biologisiert und sein individueller Sinn medizinisch re-definiert, wurde nun unter dem Zeichen des Risiko-Managements die weibliche Spezies an sich durch berechnete *schwerwiegende Folge-Erkrankungen* ganz und gar lebenslang von Hinfälligkeit bedroht.

Diese abenteuerlichen Umdefinitionen der wechseljährigen Erfahrungen erst in ein Symptom, dann in einen Risikofaktor und des *Mangels* an Sexualhormonen in eine hypothetische Ursache für prophezeite Mängel an Herz, Knochen, Altershirn beseitigte die Barrieren, die bis dahin einer Routinevergabe im Weg gestanden haben mochten. Von diesem Zeitpunkt an waren die Pillen nicht mehr ein *Medikament* im klassischen Sinne als Therapeutikum nach einer Diagnose, sondern ein Mittel zur präventiven Steuerung und prophylaktischen Behandlung der *Risiken* des Älterwerdens schlechthin. Um von Diagnose und Therapie sprechen zu können, muss nach älterer Definition eine konkrete Indikation beim einzelnen Patienten vorliegen. Die Vergabe eines chemischen

Befehls an den Körper, sich nicht dann umzustellen, wenn es der Natur dieser Frau da entspricht, rückte in den Dienst der Optimierung des Systems Frau durch die *Prävention* von jeweils neu konstruierten Risiken. Dies Denken ist inzwischen so geläufig, dass auch die Kritik davon nicht loskommt. Bis hin zur Studie der amerikanischen Frauen im letzten Herbst waren Gegenargumente aussichtslos, die nicht mit Massendaten und Risiko-Korrelationen operierten. Auch die amerikanische Studie sagt nicht mehr und nicht weniger, als dass das Risiko-Management älterer Frauen durch Chemie nicht Alters-Risiken mindert, sondern Erkrankungs-Risiken erhöhen könnte. Die tiefere und langfristig folgenreichere Kränkung der Frauen dadurch, dass sie daran gewöhnt wurden, sich selbst, ihre Zukunft, ihre Erwartungen in Kategorien von Risiko und Prävention zu begreifen, kommt so nicht zur Sprache.

3 Die unheimlichen Folgen der Gewöhnung an ein Missverständnis: *Mein Risiko*

Wie fragwürdig die Verknüpfungen jeweils waren und wie dünn die Messdaten, die z.B. Hormonspiegel und prospektive Knochenbrüche in einen statistisch signifikanten Zusammenhang brachten, ist hier nicht mein Thema³. Diese Frage scheint mir zweitrangig. Mich treibt das Missverständnis um, das mit jeder Pille verinnerlicht wird: dass statistische Berechnungen mit *mir* oder *Dir* etwas zu tun hätten.

Statistisch sind *Risiken* berechenbare Häufigkeiten, wie oft ein x in einer Merkmalsklasse vorkommt, die immer eine große Grundgesamtheit sein muss. Im Versicherungsdenken werden diese mathematischen, letztlich inhaltsleeren Häufigkeiten zu Wahrscheinlichkeiten, die beziffern, wie groß die Chance ist, dass in der Zukunft etwas Unerwünschtes eintreten könnte. Diese Wahrscheinlichkeiten - das $x\%$ -*Risiko* des Knochenschwunds - kalkulieren die *Zukunft* eines Gespinstes, eines Datenhaufens, nämlich einer *Population*, und die kann ihrer mathematischen Natur nach weder eine Geschichte noch einen *Körper* haben. Populationen können nicht krank werden. Frauen, die erkrankten, können nur in die Statistik eingehen, wenn man von allem abstrahiert, das zum Verständnis der Erkrankung wichtig ist, wenn man absieht vom Fleisch, vom Erleben, von den Geschichten und so das vielfältige Alltagsgeschehen auf abzählbare Merkmale reduziert: Alter, Knochendichte. Schrullen haben dort keinen Platz.

Diese Anmerkung zu den Grenzen statistischer Berechnungen will die Fachwissenschaft nicht lächerlich machen. Ich will nur sagen, wie verrückt es mir erscheint, dass diese mathematischen Konstrukte in der Praxis für jede einzelne Frau bedeutsam sein sollen, für *mich*, für *Dich* und für die Tante, die nun häufiger schwitzt. Der

³ Die beste Studie dazu scheint mir: *Ineke Klinge* (1998)

Angelhaken, mit dem wir geködert werden, ist *das Risiko* und seine Popularisierung in Millionen von Beratungen in der ärztlichen Praxis⁴. In jeder einzelnen schluckt die Frau ein folgenreiches Missverständnis. Denn *mir* geht es um *meine Zukunft* und die Gefahr, in der ich stecken könnte. Wahrscheinlichkeitsberechnungen sagen nichts, aber auch gar nichts darüber. *Ich* kann kein Risiko haben, denn *mich* trifft es oder es trifft mich nicht, *fifty-fifty*. Dennoch *sagt* das Risiko etwas und diese (symbolische) Aussage ist schwerwiegend: *Risiko* legt nahe, eine statistische Konstruktion mit einer konkreten Gefahr zu verwechseln, eine nur statistisch berechenbare Wahrscheinlichkeit für eine für mich bedeutsame, mich betreffende Möglichkeit zu halten und so etwas schließlich zu erwarten. In die eigene Wahrnehmung des Hier und Jetzt, ins Wohlsein, kommt der Wurm.

Mit jeder Pille, die vermeintlich *gegen mein Risiko* helfen soll, bin ich nicht nur einem gängigen Irrtum auf den Leim gegangen, ich schlucke mit dem chemischen Befehl einen Rattenschwanz von beunruhigenden Konsequenzen. Die wichtigste ist: Ich beraube mich des freien und vernünftigen Handelns. Risiko zieht die Forderung nach sich, das Risiko zu managen, dies wieder verlangt es, sich mit *Informationen* vertraut zu machen, dies macht mich beratungsbedürftig und diese Beratung mündet schließlich in eine *selbstbestimmte Entscheidung* in dem Fächer der Optionen, den das Gesundheitssystem bereit stellt. Unter der Hand verwandele ich mich in etwas Neues: Unschuldig hat's begonnen als brave Konsumentin, die vom Herrn Doktor etwas kriegt, das die nächtliche Unruhe dämpft, dann gewöhnt man sich an Hormonpillen, aber so einfach geht das nicht! Der selbstverantwortliche *decision-maker* im kalkulierten Management der eigenen Zukunft ist die logische und zwangsläufige Konsequenz⁵.

Von diesen Konsequenzen des Risiko-Denkens, die *Silja Samerski* am Beispiel der genetischen Beratung untersuchte und die ich mühelos auch am Kinderkriegen oder am Schwangergehen durchbuchstabieren könnte, will ich nur einen Aspekt herausgreifen. Ich will auf die Irrealität hinweisen, die dadurch über die Wechseljahre kam. Ein Wechsel im Rhythmus, ein immer persönlich, eigentümlich erlebter Umbruch im Leben, der nie auf einen Schlag kommt, wurde nicht nur im attestierten *Hormonspiegel* zu einer *Sache*, wurde reduziert und biologisiert, sondern auch seiner persönlichen Bedeutung entleert. Aus der eigenen Wahrnehmung ausgetopft. Wir wissen zu wenig darüber, was es den Frauen *sagt*, wenn sie im Alter werden in sich selbst einen riskanten Faktor vermuten sollen, dessen unabsehbare Auswirkungen durch die irrealen Versämligung in Populationen postmenopausaler Merkmals-Variablen vorgestellt werden. Darüber wüsste ich gerne mehr. Die Mathematik hinter den Konstruktionen statistischer Berechnungen von *Altersrisiken* ist wohl den meisten Frauen kaum

⁴ Den Unterschied zwischen Risiko und Gefahr und die schwerwiegenden Folgen der Verwechslung untersuchte beispielhaft *Silja Samerski* (2002).

⁵ Zu den Folgen des Risikodenkens: *Silja Samerski* (2003).

bewusst. Ich wundere mich aber doch über die lammfromme Hinnahme, mit der nicht nur die Pillen, sondern auch der Widersinn geschluckt wird, der so lautet: Wenn mir der Mediziner sagt, dass das Ausbleiben meines Blutes ein 5%-Risiko für Knochenbrüche im Alter bedeutet, sagt er nichts anderes, als dass ich hundert mal menopausieren muss, um beim Fallen fünfmal mit gebrochenen Haxen dazuliegen. Dies Kalkül ist absurd. Ich höre nur einmal auf zu bluten. Und die *Barbara* wird nur einmal alt. Jeden Tag. Das Risiko stellt die Wechseljahre unter ein nie gekanntes, virtuelles Sternbild, nämlich die Konstellation von quantifizierbarem Knochenschwund in einer mit dem Merkmal *weiblich* ausgestatteten Population. Das ist mit dem brutalen Biologismus aus der Generation meiner Mutter, unter dem noch *Simone de Beauvoir* litt, nicht vergleichbar. Dort hieß es vergleichsweise noch unschuldig: Frausein ist Schicksal! Hier ist *Frau* ein Brösel in einer gesichtslosen Klasse von Daten, deren mathematische Verarbeitung aber die Zukunft jeder Einzelnen vorherzusagen beansprucht.

Inzwischen wissen wir: Die *benefits* des Risiko-Managements waren - neben dem Einkommen, das so geschaffen wurde - allesamt Lottoscheine für die Zukunft. Die Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung wies darauf hin, dass das Versprechen, mit der Pille einen sicheren Wechsel auf die Zukunft zu schlucken, einem Betrug gleich kommt (Greiser 2000). Gute Epidemiologen und gewiefte Statistiker wehren sich schon lange gegen die naive Verwendung statistischer Daten in der ärztlichen Praxis (Gigerenzer 2002). Zur allgemeinen Belustigung führte auch Frau *Mühlhauser* auf dem Kongress die absurde Logik vor, die am Werke ist, wenn eine meint, dies oder das *Risiko* betreffe sie, wenn im Alltagsverstand die Korrelationen der Statistik zu scheinbar gültigen Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen werden und es so zur *Pille gegen* kommen kann.

Niemand von uns hätte lachen sollen. Denn Frau *Mühlhauser* hat es versäumt, die Verwendung von Statistik in der ärztlichen Praxis grundsätzlich infrage zu stellen. Und das scheint mir eine Vorbedingung, um das Unwesen des Risiko-Konzepts aus der Menopause zu vertreiben. Die Ärztinnen hätten es längst wissen müssen: Risiko-Denken steht ärztlichem Handeln im Weg. Ein Heilkundiger kann sich nicht nach den Wahrscheinlichkeiten der Bio-Statistik richten, ohne dabei sein Gegenüber - diese Frau da - aus den Augen zu verlieren. Oft war wohl die Frau bloß so-so dran, bis der Gynäkologe sie mit allen möglichen statistischen Risiken konfrontierte. Die Bereitschaft der Ärzteschaft, von dieser Patientin abzusehen und sie als ein gesichtsloses Mitglied einer Risiko-Klasse zu managen, kann nur dadurch erklärt werden, dass auch Ärzte, wie ihre Patientinnen, Menschen sind. Auch sie glauben an das, was gesellschaftlich in diesen Jahren zur Gewissheit geworden ist: das popularisierte Risiko.

4 Was die Pille *sagt*: Entkörperung eines Wechsels

Jeder Kontakt mit der Medizin heute, so *Ivan Illich* im Nachwort zur Neuauflage der *Nemesis der Medizin* (1995), dient nicht so sehr dazu, einen Patienten zu behandeln, sondern den Patienten in eine neue epistemische Abhängigkeit zu bringen, das Selbstverständnis und das Selbstbewusstsein des Patienten umzuprägen, und zwar mit Haut und Haar, *body and soul*. Die Gynäkologin behandelt nicht nur, in jedem Arzt-Patientin-Gespräch und mit jedem Rezept gibt sie der Frau symbolisch auch einen *Körper* zurück. Ecce! Das bist Du! Die millionenfach verschriebenen Hormone sind auf diese Weise zum Kürzel für einen lebensgeschichtlichen Übergang geworden. Es liegt an meinen Hormonen - denkt die Frau! Prüfen Sie meinen Hormonspiegel! sagt sie zur Ärztin. Woher kommt in einer Generation diese Neu-Prägung ihrer Somatik?

Ich habe mich auf den Umbruch zwischen den 1960er und 1980er Jahren konzentriert, als die Indikationen, die den Ersatz des induzierten Mangels legitimierten, verändert wurden. Von einer medizinischen Indikation gegen Nachtschweiß im Einzelfall hin zur chemischen Optimierung und Steuerung des hormonalen Haushalts. Manchmal lebenslang. In jedem Fall hatte die Hormonpille symbolische Wirkungen, sie *sagt* der Patientin etwas. Was sie ihr sagt, will ich nun besprechen, denn es liegt auf der Hand, dass in diesen ärztlichen Prozeduren eine neue Konsumentin geschaffen wurde. Wenn wir die ärztlichen Antworten auf die Sorge der alternden Frauen Revue passieren lassen, lässt sich erkennen, wie die Frau nach und nach in eine präzedenzlose *Selbstverantwortung* hineingeschleust wird. Hieß es in den 1960er Jahren noch autoritativ: *Ich kann Ihnen helfen*, wurde daraus das Angebot: *Sie können etwas tun* und weiter im Umkehrschluss die Drohung: *Wenn Sie nicht handeln, könnten Sie etwas versäumen, handeln Sie verantwortlich*. *Nichtstun* kam mehr und mehr einem Wagnis gleich, schien bald unverantwortlich zu sein. Im popularisierten Risiko-Denken musste der Patientin jedes Nichtstun tendenziell als Versäumnis erscheinen, dessen negative Folgen sie sich selbst später zuzuschreiben hat: *Du bist verantwortlich dafür, wenn Dir später was passiert*. Damit wurde das zukünftige Geschehen, das einer im Alter widerfahren kann, als die Folge von früheren Unterlassungen interpretierbar. Die Zukunft, über die bekanntlich niemand etwas wissen kann, wurde gedanklich zu einem Effekt von Entscheidungen und Handlungen in der Gegenwart. Nur durch diese Umstülpung von Gegenwart und Zukunft konnte es, so meine ich, zur Idee der Machbarkeit kommen und die Wechseljahre zu einem Stadium im Frauenleben werden, das gestaltbar sein soll. Das chemische Medikament der 1960er Jahre, das als Risiko-Prävention von Zukunft in den 1980er Jahren verschrieben wurde, transformierte zur Pille im Selbst-Management des eigenen Zustandes in der Gegenwart.

Das Schlucken blieb symbolisch also nicht folgenlos. Im Gegenteil. Ethologisch, also verhaltenskundlich, veränderten sich in diesen Jahrzehnten die Gründe und die Ziele der Einnahme, also die Wünsche der weiblichen Klientel. Ob die Einnahme als

Zukunftslotto für diese Frau da etwas nützt, das kann ihr niemand sagen. Aber eines blieb wohl hängen: Damit lässt sich das Älterwerden hinauschieben!

Die Pille wurde in den 1990er Jahren zu einem Mittel für das Jungbleiben, kam nahe an die Cremes gegen Falten. Sie verkörperte nun ein neues Selbst- und Körperbewusstsein im Zeichen der Machbarkeit und Gestaltbarkeit. Die Chemie bot sich als Mittel an, mit dem die Frau versuchen kann, ihren Lebensstil an die sozialen Anforderungen anzupassen. Die jung-dynamische, fitte Wechseljahrsfrau entstand so gleichsam als *Nebenprodukt* des bio-kratischen Risiko-Managements. Das Sexualhormon als Option im Zukunftsmanagement erhielt in den Routinen seiner Verwendung, so kann man sagen, ein Radikalmonopol über den Zustand *Menopause* selbst. Radikalmonopol nennt man eine Erlebnisform, in der das Dasein und die Wünsche vom angebotenen Konsum nicht mehr zu trennen sind und eigenwilliges Tun und Lassen erschwert oder ganz unmöglich geworden ist. Ein vor dreißig Jahren nur schwach *medizinisch* begründetes Angebot trug in Jahrzehnten der Praxis dazu bei, eine neue Konsumentin zu schaffen, die aus ganz anderen Gründen das *will*, was sie streng genommen aus ärztlicher Sicht auf Dauer weder *braucht* noch *soll*. Die Pille als Mittel im Selbst-Design des Älterwerdens sollte deshalb nicht als Missbrauch ärztlichen Angebots interpretiert werden, sondern als logische Konsequenz eines explodierenden Gesundheitsmarktes, in dem die Ärzteschaft nur eine Instanz ist.

5 Worum geht die Debatte heute? Konsequenzen einer Studie

Nun erwies die amerikanische Studie, dass die chemische Steuerung im Risiko-Management nicht leistet, was sie jahrzehntelang versprach. Frauen, die damals die Pille gegen z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verschrieben bekamen, hätten diese damals nicht gebraucht. Na und? Wussten wir das nicht schon lange? Doch weiter: es lässt sich offenbar statistisch nachweisen, dass die Einnahme *in der sekundären Prävention negative Wirkungen hat*. Mit berechenbarer Wahrscheinlichkeit werden Frauen, die sie schlucken, später eher an Krebs erkranken. Es heißt, die Erkrankungshäufigkeit sei bei ihnen (geringfügig) höher als bei Frauen der nicht-hormonisierten Kontrollgruppe. Was vor einer Generation als Medikament den Frauen aufgedrängt wurde - *doctor knows best* -, dann als Droge zur Risiko-Prävention Routine wurde und sich in dieser Hinsicht als Illusion herausstellen, könnte schaden. Das ist wohl des Pudels Kern. Nun gut, jetzt ist schwarz auf weiß bewiesen, was wir immer schon befürchteten. Spätestens an diesem Punkt müsste jede, die bei Sinnen ist, sagen: ersatzlos streichen! Die Droge leistet nicht das, was sie verspricht, und es ist nicht auszuschließen, dass sie krank macht. Bestimmt ist diese Sache nicht das, was Frauen brauchen!

Ich habe die letzten Tage mit offenen Ohren dagesessen. Was mich bei den Gesprächen über die amerikanische Studie traurig macht, ist, dass niemand den Mut und die Herzengüte zu diesem einfachen Schluss zu haben scheint. Was mich aber noch mehr beunruhigt, ist, dass die epistemischen Grundlagen der Kritik ausgeklammert blieben. So wie das Muss des Hormonersatzes im Risiko-Management - der prospektive Nutzen - mit Statistik begründet wurde, ebenso wird nun die Kritik daran - der vermutliche Schaden - an Massendaten, also Berechnungen von großen Populationen postmenopausaler Frauen plausibel gemacht. Ich fürchte, als Ärztinnen könnten Sie sich nun versucht sehen, Ihre Patientinnen noch gründlicher in die widersprüchliche Bewertung der Folgen von hormoneller Substitution einzuweisen, um ihnen so zu mehr *Selbstbestimmung* bei der *informierten Entscheidungsfindung* zu verhelfen. Das entspräche der Praxis auch in anderen klinischen Feldern.

Wir könnten die Studie vom letzten Herbst aber auch ganz anders diskutieren. Sie könnte uns zur Selbstkritik herausfordern und eine Debatte über den Beitrag der Frauenbewegung zur Genese des Problems anfachen. Denn in einem entscheidenden Ausmaß darf man wohl die Frauenbewegung nach 1970 für das verbreitete Bewusstsein - des Risikos und der Nebenwirkungen - verantwortlich machen. Im Zuge ihrer damaligen Kritik an der gynäkologischen Vormundschaft qualifizierten sich Frauengruppen, auch ohne medizinische Vorbildung ihrer Mitglieder, Studien zu therapeutischen Nebenfolgen, die bis dahin nur Medizinern zugänglich waren, an die Öffentlichkeit zu bringen. Besonders durch die Aufklärungsarbeit über das Risiko der Pille und gewisser IUD waren diese feministischen Gruppen beispielgebend für die, inzwischen - nicht nur in Weibersachen - zur Selbstverständlichkeit gewordenen (und einklagbaren) Forderungen danach, vom Arzt über das Risiko seiner geplanten Intervention und auch über mögliche Alternativen erst informiert und dann nur nach eigener Zustimmung behandelt zu werden⁶. Diese Mobilisierung der Frauenmeinung hat - so scheint mir - wesentlich dazu beigetragen, die versicherungsorientierte Risiko-Berechnung zum Ausgangspunkt des ärztlichen Risiko-Managements zu machen. Und die Patientin zur informierten Verwalterin der Chancen und Risiken ihrer Knochen im Alter.

⁶ Die Rolle der Frauenbewegung für den Umbau des Medizinsystems in einen Dienstleistungsapparat, der den Klienten die Informationen vermittelt, die sie zu *eigenverantwortlicher Entscheidung* zwischen Behandlungsoptionen befähigen sollen, ist bisher kaum untersucht worden. Bezeichnenderweise war es (in den USA) die Pille, die als erstes Medikament in einer Packungsbeilage die Verbraucherinnen auf Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen hinwies, nachdem die Frauengesundheitsbewegung mehr Informationen für die Klientinnen gefordert hatte. Siehe *Elisabeth Watkins* (1998). Die Geschichte des Aufstiegs der *informierten Zustimmung* (*informed consent*) zu einem selbstverständlichen Recht der Patientin und die damit verbundene Selbstverwandlung der Frau in eine kundige Konsumentin im Gesundheitssystem kann rückblickend als das wohl wichtigste Resultat feministischer Medizinkritik interpretiert werden, ebenso die dadurch mögliche Umstülpung der damals wichtigsten Begriffe der Bewegung: *choice* und Selbstbestimmung in systemgerechte Anpassung. Dazu: *Silja Samerski* in einem Band von *Graumann* und *Schneider*, der sich noch im Druck befindet.

Dies muss bedacht werden, um Ihre Frage zu beantworten: Was brauchen Frauen? Soll die Studie zum Anlass werden, die Frauen noch gründlicher in selbstverantwortliches Zukunftsmanagement einzufädeln? Sie noch tiefer an statistisch berechnete Kosten-Nutzen-Erwägungen zu gewöhnen? Sie für die komplexere *Entscheidungsfindung* fit zu machen? Wollen Sie, dass heute die alternde Normalverbraucherin selbst die Option nehmen muss, Hormone zu schlucken oder nicht? Selbst verantwortlich sein soll für die Nebenfolgen, die ihr inzwischen auch die Profession warnend vorhält? Soll es für die Frau um die Abwägung von Risiken gehen, nur mit der Neuerung, dass die Verringerung eines ersten Risiko-Komplexes (z.B. der Knochenbrüche) nun auch noch gegen die Übernahme eines zusätzlichen, iatrogenen, pharmakogenen Risikos abzugleichen ist? In jedem Fall geht es doch für Ihre Patientin um ein Kalkül, das keines ist: Die Frau meint zwar, zwei Übel abzuwägen, bemerkt aber meist nicht, dass Risiko - die Wahrscheinlichkeit, mit der eine unerwünschte Charakteristik in einer Population auftritt - nicht als sinnvolle Bedrohung durch Knochenbruch oder Krebs verstanden werden darf. Nicht nur die Folgen, sondern das Kalkül selbst schon *entkörper* und *kränkt* die Frau.

6 Eine Weggabelung: Frauenbewegt in die multidisziplinäre Menopause?

Ich meine, dass dieser Kongress uns an eine Weggabel geführt hat. Rückblickend zeigt sich, dass das Modell *Wechseljahre - Risiko* nach dreißig Jahren nicht überholt ist, sondern auch, dass in seinem Schatten die älter werdenden Frauen andere geworden sind. Selbstbewusste und auch verängstigte Konsumentinnen und beratungsbedürftige Selbstmanagerinnen. Hier liegt die Aporie, die unser Thema war. Frau *Hemminki* prognostizierte Erschreckendes für die nächsten Jahre. Ähnlich, wie in den 1970er Jahren, als die Verschreibungen wegen des Krebs-Risikos kurzfristig abknickten, dann aber noch höher stiegen als vorher, befürchtet sie *a revitalization of drugs*, ein erneutes Ansteigen des menopausalen Drogenkonsums. Eine halbherzige Diskussion der kritischen Studie, die sich auf die Bewertung der messbaren negativen Folgen konzentriert, wird die kundige Konsumentin nicht abhalten, sondern vielleicht sogar darin bestärken, dass geringfügig modifizierte, aber *individualisiertere* Drogen der Weg der Wahl sein können. Wieder wären es Frauen, an denen die Modernisierung des Gesundheits-Systems beispielhaft eine bedürftige Kundin fände und aufpäppelte.

Die Forderung, den Fächer der multiprofessionell bereit gestellten Optionen zu erweitern und die „*Entscheidungsfindung für einen individuell angemessenen Umgang mit dieser Lebensphase*“ zu unterstützen (*Bremer Erklärung*), geht konform mit diesem Szenarium. Ich kann die Zweifel nicht zum Schweigen bringen, dass die angemahnten „*geschlechts- und kultursensiblen Beratungs- und Behandlungsangebote*“ nicht dazu taugen werden, die Klientinnen zu ermutigen, das therapeutische Regime der Selbstoptimierung (für das die *Neuen Wechseljahre* heute paradigmatisch stehen) ja, was? mit

Distanz und Selbstvertrauen als etwas Unglaubliches zu verstehen. Um hier Hilfe leisten zu können, müssten Sie wissen, dass es im Wechseln zu allermeist gar nichts braucht. Ein bisschen Witz? Beherztes Selbstvertrauen? Was brauchen Frauen? Was soll beraten werden? Ich las ... *Jane Austen*.

Literatur

- Duden B (2002). Die Gene im Kopf - der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Hannover: Offizin Verlag, 15-28
- Gigerenzer G (2002). Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin: Berliner Taschenbuchverlag
- Greiser E , Günther J; Niemeyer M, Schmacke N (2000). Weibliche Hormone - ein Leben lang. Mehr Schaden als Nutzen? Bonn. Wissenschaftliches Institut der AOK
- Illich I (1995). Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München: Beck'sche Reihe
- Klinge I (1998). Gender and Bones: the production of Osteoporosis 1941-1996. Dissertation, Utrecht: Universität Utrecht
- Lock M (2002a). Lokale Biologien und globale Menopausen. Strategien für alternde Gesellschaften. In: Duden B, Noeres D (Hg.). Auf den Spuren des Körpers in einer technogenen Welt. Opladen: Leske+Budrich, 279-313
- Lock M (2002b). Japanische Frauen in den Wechseljahren und die alternde Gesellschaft In Kosack G, Krasberg U (Hg.). Regel-lose Frauen. Wechseljahre im Kulturvergleich. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag, 118-130
- Lock M (1993). Encounters with Aging: mythologies of menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press
- Lunau BL (1995). Die Medikalisierung natürlicher Lebensveränderungen bei Frauen - die Hormonbehandlung der Wechseljahre als Beispiel. Soziologische Diplomarbeit, Universität Frankfurt am Main

- Samerski S (2002). Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot
- Samerski S (2003). Eine Sache des Risikomanagements. Freitag, 14.11.2003
- Samerski S (im Druck). Entmündigende Selbstbestimmung. Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt. In: Graumann S, Schneider. Repro-Genetik - feministische Reflexionen der neuen Biopolitik. Frankfurt/Main
- Watkins E (1998). On the pill. A social history of contraceptives 1950-1970. Baltimore: Johns Hopkins University Press

Naturheilkundliche Begleitung und Selbsthilfe – aus der Praxis, für die Praxis

Naturheilkundliche Begleitung und Selbsthilfe während der Wechseljahre

Christina Sachse und Regina Stolzenberg

Die Frauengesundheitszentren waren die Ersten in Deutschland, die in der öffentlichen Diskussion um die Hormontherapie darauf bestanden, die Wechseljahre als natürlichen Prozess und nicht als behandlungsbedürftige Krankheit zu sehen. Aus ganzheitlicher Sicht betrachtet, sind die Wechseljahre ein komplexes Geschehen, das durch soziale und kulturelle, körperliche und psychische Faktoren beeinflusst wird, deren Wirkungen im Einzelnen schwer zu unterscheiden sind. Den Rat suchenden Frauen diese Zusammenhänge zu vermitteln, war und ist ein wichtiger Bestandteil der Beratung im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum Berlin (FFGZ).

1 Grundlagen der Beratungsarbeit

Das Ziel selbsthilfeorientierter oder naturheilkundlicher Behandlungsmethoden für die Wechseljahre ist es nicht, Hormone einfach durch ein Naturheilmittel zu ersetzen. Vielmehr geht es darum, Probleme in den Wechseljahren sowohl in die allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einzuordnen als auch die individuellen Voraussetzungen und Wünsche der betreffenden Frau mit einzubeziehen. Wie bei den meisten Methoden der Naturheilkunde üblich, wird eine sehr individuelle Vorgehensweise gewählt.

Doch ebenso wenig, wie *das* Allheilmittel gegen Wechseljahresprobleme existiert, gibt es *die* Frau in den Wechseljahren. Viele Studien in vielen Ländern kommen zu gleichen Ergebnissen: Ein Drittel aller Frauen hat keine Probleme mit dem Übergang, ein anderes Drittel erlebt leichtere Beschwerden und Veränderungen, die sie nicht als behandlungsbedürftig werten und für ein weiteres Drittel sind die Wechseljahre mit belastenden, behandlungsbedürftigen Problemen verbunden (vgl. Schultz-Zehden 1997a). Informationen dieser Art können für die Beratung Suchenden durchaus eine therapeutische Wirkung haben. Sie helfen Frauen, das eigene Erleben einzuordnen, anstatt es als schicksalhaft belastend anzusehen, wie es durch das *schlechte Image* der Wechseljahre im Bewusstsein vieler Menschen oft geschieht. Darüber hinaus tragen diese Informationen dazu bei, die Vorstellung von der generellen Behandlungsbedürftigkeit der Wechseljahre in Frage zu stellen.

Denn auch hier gilt: Die Lösung des Problems hängt davon ab, wie wir es definieren.

Für Frauen, die über Beschwerden klagen, kann ein Blick auf den sozialen Lebenszusammenhang hilfreich sein. BeraterInnen können durch sensibles Nachfragen die Aufmerksamkeit darauf lenken. Ist die *Erschöpfung der Eierstöcke* vielleicht eher eine allgemeine Erschöpfung, bedingt durch Doppelbelastung, Vielfalt der Rollenanforderungen und Leistungsdruck? Welche Probleme könnte es geben, die nachts den Schlaf rauben? Sind es möglicherweise verdrängte Gefühle oder aufgestaute Wut, die sich eruptiv in Hitzewallungen entladen (vgl. Groth 1992; Röring 1994)? Wichtig ist, dass damit keine Zuschreibungen erfolgen im Sinne einer Psycho-Pathologisierung, sondern dass lediglich Angebote und Möglichkeiten der Selbst-Interpretation gegeben werden, die von den Frauen genutzt oder zurückgewiesen werden können.

Doch nicht selten haben Symptome einen Signalcharakter für diejenigen, die bereit und offen dafür sind, darauf zu hören. Untersuchungen zufolge leiden diejenigen Frauen am stärksten, die sich dem neuen Lebensabschnitt ohne eigene Ziele und Perspektiven gegenübersehen (Schultz-Zehden 1997b). Die Anzeichen der Wechseljahre, wenn sie sich nachdrücklich bemerkbar machen, können Anlass sein, über das bisherige Leben Bilanz zu ziehen und über Veränderungen nachzudenken.

Wenn für die einzelne Frau eine Veränderung ansteht, stellt sich die Frage, in welche Richtung sie gehen soll. Generell gilt für die Beratung im FFGZ Berlin: Die Frauen werden in dem bestärkt, was sie selber wollen und wünschen bzw. dabei ermutigt, es herauszufinden. Erklärtes Ziel ist es, den Übergang zu unterstützen statt ihn zu verhindern, wie es die Hormontherapie ausdrücklich beansprucht. Nicht nur die Beschwerdefreiheit steht dabei im Vordergrund, sondern auch die Fähigkeit, diesen Lebensabschnitt selbstbestimmt zu gestalten. Dies hebt auf die Erfahrung ab, dass Frauen eine bessere Lebensqualität haben, wenn sie in der Lage sind, die Wechseljahre selbsttätig und aktiv zu bewältigen.

Entsprechend diesem Grundkonzept ist die Empfehlung von Selbsthilfemöglichkeiten und naturheilkundlichen Mitteln eingebettet in Information, Anleitung und Begleitung, die Frauen stärkt, für sich selbst zu entscheiden. Die Veränderungen der Wechseljahre sind in jedem Fall ein energieverbrauchender Prozess. Selbst herauszufinden, was hilft, was die einzelne Frau will, und vor allem, wozu sie Lust hat, also dem Lustprinzip einen größeren Raum zu geben, kann wiederum dringend benötigte Energien freisetzen.

Aber auch wenn Frauen sehr zufrieden mit ihrem Leben sind und ihre Probleme allein auf der Ebene schwieriger körperlicher Umstellungsprozesse zu finden sind, ist es sinnvoll zu fragen: Sind es wirklich die Wechseljahre, die die Beschwerden verursachen oder handelt es sich vielleicht einfach um unumgängliche Erscheinungen des Älterwerdens? Auch hier ist die Frage so wichtig wie die Antwort. Ein bewusstes Wahrnehmen dieser Veränderungen und ein Einlassen darauf kann auch bedeuten, eigene Grenzen zu akzeptieren bzw. neu zu setzen in dem Sinne des *aktiv geschehen lassen* (siehe *Colette Mergay* in diesem Band).

2 Prioritätenschema zur Umgehensweise mit Wechseljahrsbeschwerden

Neben dem oben ausgeführten Grundkonzept basiert die Arbeit im Frauengesundheitszentrum auf einem Prioritätenschema, das eine bewährte Orientierungshilfe für die Umgehensweise mit den Wechseljahren bzw. mit Wechseljahrsbeschwerden darstellt. Zunächst werden Veränderungen des Lebensstils zur allgemeinen Stärkung des Körpers empfohlen, die wenn nötig, durch Mittel der Selbsthilfe ergänzt werden können. Führt dies nicht zum Erfolg, kann eine naturheilkundliche Behandlung nützen. Eine Hormontherapie wird nur als letztes Mittel unter bestimmten besonderen Umständen in Betracht gezogen. Im Folgenden werden diese Prioritäten kurz erläutert und eine Auswahl der vielfältigen Möglichkeiten aufgezeigt, die Frauen zur Bewältigung dieses Lebensabschnitts zur Verfügung stehen.

Die angeführten Behandlungsvorschläge und Selbsthilfetipps basieren überwiegend auf Erfahrungen aus naturheilkundlicher Praxis und Selbsthilfe. Es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf, die Erfahrungswerte durch evidenzbasiertes Wissen zu sichern. Besonders dann, wenn es sich um Präparate und Zusatzstoffe handelt, sollten diese, wie jedes Medikament, nur nach Abwägung der Vor- und Nachteile (Nebenwirkungen) und nur über einen befristeten Zeitraum genommen werden.

2.1 Allgemeine Stärkung des Körpers

2.1.1 Sportliche Betätigung

Regelmäßige Bewegung ist in vielerlei Hinsicht unterstützend in den Wechseljahren. Sie bewirkt eine bessere Durchblutung des Unterleibs, ist immunstimulierend, darmanregend, wirkt gegen Bindegewebsschwäche, ist entgiftend, schafft Linderung bei Hitzewallungen, Herzklopfen und Schweißausbrüchen. In den Wechseljahren kann der Endorphinspiegel, der einen Einfluss auf Essverhalten, Antrieb, Leistungsfähigkeit und Stimmung hat, absinken. Regelmäßige sportliche Betätigung steigert die Endorphinausschüttung und ist außerdem geeignet zur Osteoporose- und Herzkreislauf-Prophylaxe, was durch Studien belegt ist, und soll auch eine protektive Wirkung gegen Brustkrebs haben.

3-5x/Woche 20-30 Min., fordernd, jedoch nicht überfordernd, an der frischen Luft; Ausdauerelemente (besonders Schwimmen, Langlauf, Walken, schnelles Gehen etc.) stärken Herz und Kreislauf. Krafelemente üben durch Muskelzug an den Knochen einen Knochenaufbaureiz aus. Gerade vielseitige Bewegungsabläufe, die diese Elemente enthalten, wie Prellball und andere Ballspiele sollen zur Osteoporose-Prophylaxe von Nutzen sein. Walken und Inlineskaten sollen besonders die Muskulatur um den Becken- und Hüftbereich stärken, die sonst nicht so benutzt wird. Auch Tanzen, Walken, schnelles Gehen, Bauchtanz, Trampolinspringen und Aerobic gehören

zum Krafttraining. Qi Gong, Yoga und Tai Chi können als Bewegungstraining bis ins hohe Alter genutzt werden. Sie sind besonders auch empfehlenswert zur Stärkung des Gleichgewichtssinns.

2.1.2 Leberstärkung

Bei Beschwerden wie Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Kopfschmerz mit Verstopfung, depressiven Verstimmungen kann die Leber geschwächt sein. Eine Unterstützung bringt neue Energie.

1-2 Liter trinken, Lebertees mit Scharfgarbe, Löwenzahnwurzel und -kraut, Curcuma, bittere Salate, Artischockenpräparate, Leberwickel. Auch das Hinlegen in den Ruhephasen zur besseren Leberdurchblutung unterstützt den allgemeinen Entgiftungsprozess.

2.1.3 Gesunde Ernährung

Besonders wichtig sind essentielle Fettsäuren und die E-Vitamine in guten pflanzlichen Ölen, da sie unter anderem an der Produktion der Hormone beteiligt sein sollen: Empfehlenswerte Öle sind: Weizenkeimöl, Walnussöl, Distelöl, Kürbiskernöl, Leinöl und Olivenöl (Letzteres enthält weniger Vitamin E, senkt jedoch das Cholesterin).

Außerdem weisen Studien darauf hin, dass Frauen, die einen hohen Anteil an Phyto-Östrogenen in der Nahrung verzehren, weniger Wechseljahrsbeschwerden haben (Briese 2002). Phyto-Östrogene befinden sich in über 300 Pflanzenarten, wie z.B.: Soja, Sojaprodukten, Leinsamen, Alfalfa, Weizen, Granatapfel, Papaya, Hopfen (Bier), Rhabarber, Kirschen, Weißkohl, Hülsenfrüchten etc.

Eine ausgewogene Ernährung, mit viel Gemüse, Obst, Milch- und Vollkornprodukten, ist, wenn sie gut vertragen wird, eine wichtige Unterstützung für den Stoffwechsel. In der zweiten Lebenshälfte, in der die Regenerationskräfte langsam nachlassen, ist die Qualität der Nahrung umso entscheidender. Auch werden Genussgifte häufig schlechter vertragen. Einer Übersäuerung des Körpers, z.B. durch übermäßigen Fleisch- und Zuckerkonsum, sollte vermieden werden.

2.2 Pflanzliche Mittel zur Unterstützung der hormonellen Umstellung

Traubensilberkerze (in: Remifemin®, Klimadynon®). Sie enthält Isoflavone und noch z.T. unbekannt als Phyto-Östrogene wirkende Inhaltsstoffe. Sie wirken bei Hitze-wallungen und anderen Wechseljahrsbeschwerden. Der Wirkeintritt ist nach ca. drei Wochen. Als häufigste Nebenwirkungen können gelegentlich Magenbeschwerden und seltener Hautausschläge auftreten (Lauritzen 2002, Wuttke 2003, Kronenberg 2002).

Mönchspfeffer (in: Agnolyt®, Agnucaston®). Seine Inhaltsstoffe haben einen Einfluss auf die Prolaktinsekretion. Pathologisch erhöhte Prolaktinspiegel werden gehemmt. Sie wirken bei Zyklus-Unregelmäßigkeiten, Blutungen, Brustspannen, PMS. Dies alles sind Symptome, die auch beim beginnenden Wechsel auftreten. Für eine erfolgreiche Therapie ist eine Gabe über mehrere Monate, auch während der Regelblutung, erforderlich. Als Nebenwirkungen treten gelegentlich juckende Hautausschläge auf. Sehr vereinzelt kann es zu Unruhezuständen kommen (Schellenberg 2001, Dingermann 2003, Wichtl 2002).

Kombinationen Phyto-Östrogenhaltiger Pflanzen mit homöopathischen Mitteln (in: Mastodynon®) eignen sich besonders als Maßnahme bei Dauerblutungen (gut zusammen mit Frauenmantel- und Hirtentäschtee s.u.). Als Nebenwirkungen treten gelegentlich Übelkeit, Magenbeschwerden, Hautausschläge und Unruhezustände auf. Klimaktoplant® eignet sich für Wechseljahrsbeschwerden, die mit Unruhezuständen, Herzklopfen und depressiven Verstimmungen verbunden sind. Zu Beginn 3-mal täglich 2 Tabletten langsam im Mund zergehen lassen. Nebenwirkungen sind keine bekannt.

Cave mit hochdosierten Phyto-Östrogen-Präparaten wie Remifemin®, vor allem aber Menoflavin oder Phytosoya. Da noch zu wenig konkrete valide Daten zur Phytöstrogen-Wirkung vorliegen, ist Krebspatientinnen dringend davon abzuraten (o.V. 2001). Phyto-Östrogene wirken zwar nur 1/500-1/1000 so stark wie Estradiol an den Rezeptoren, doch sie können im Körper hohe Konzentrationen erreichen. Zum Teil wirken sie nicht nur stimulierend, sondern auch blockierend und auf unterschiedliche Weise an den verschiedenen Estrogenrezeptoren (Phyto-SERMs). Daneben können sie Enzyme hemmen und auf andere vielfältige Weise den Stoffwechsel beeinflussen. Welche Auswirkungen letztendlich damit verbunden sind, ist bislang nicht erforscht.

Fertigpräparate sind, anders als Nahrungsmittel, Medikamente, die Nebenwirkungen haben können. Wir empfehlen Sie bei gesunden Frauen dennoch zur Selbstmedikation, wobei die Ursache der Beschwerden natürlich vorher abgeklärt werden muss. Über die Erfahrung mit Nahrungsergänzungsmitteln liegen uns von Frauen relativ wenige Berichte vor. Die allgemeine Datenlage hierzu kommt zu kontroversen Ergebnissen. Die Tendenz geht momentan in die Richtung einer positiven Beurteilung, jedoch sind weitere Studien notwendig, um auch die Sicherheit eindeutig zu beurteilen.

Traubensilberkerze bzw. Cimicifuga hat sich für viele Frauen für einen bestimmten Zeitraum als hilfreich erwiesen. In der Regel wird es nicht länger als 1-2 Jahre genommen. Bei dem geringen Nebenwirkungspotential ist für diesen Zeitraum kaum mit gesundheitsgefährdenden Wirkungen zu rechnen. Schon seit langer Zeit in der Anwendung befindliche Präparate wie Remifemin®, Agnolyt® oder Mastodynon®, von denen bisher keine nennenswerten bzw. gefährlichen Nebenwirkungen bekannt wurden, schätzen wir als zumindest so sicher ein, dass Frauen diese Therapieoption haben sollten. Die am meisten empfohlenen Drogen, wie z.B. Salbei, Mönchspfeffer

und die Traubensilberkerze sind gut erforscht und von der Kommission E¹ und der *ESCAP* (*European Scientific Cooperative on Phytotherapy*) für die entsprechenden Indikationen positiv bewertet (Dingermann und Loew 2003; Schilcher und Kammerer, 2000).

Da, wie für Phytotherapeutika üblich, wenig evidenz basiertes wissenschaftliches Material vorliegt, sollte - trotz bestehender Vorbehalte - unserer Meinung nach bei bewährten, als Phytopharmaka zugelassenen Präparaten der traditionellen Anwendung ein größeres Gewicht bei der Entscheidungsfindung zukommen, als dies über die alleinige Berücksichtigung der Evidenz-Level getan wird.²

2.3 Begleitende naturheilkundliche Behandlung

Phytotherapie, Akupunktur, Homöopathie (Wöhrle 2002), TCM können bei starken Wechseljahresbeschwerden helfen, wenn die Mittel der Selbsthilfe nicht ausreichen, oder eine Begleitung in dieser Lebensphase bzw. beim Absetzen einer Hormontherapie gewünscht wird. Diese Behandlungen können viel stärker individuell auf die körperlichen und seelischen Bedürfnisse zugeschnitten werden. Unserer Erfahrung nach greifen Phytotherapie und TCM am besten.

¹ Die Kommission E war ein interdisziplinäres Expertengremium, das zwischen 1978 und 1994 das weltweite Material zu bestimmten Drogen und deren Indikationen beurteilt und entsprechend Positiv- bzw. Negativ-Monographien erstellt hat. Diese Arbeit bildete eine wichtige Grundlage für die Erstellung neuerer *ESCAP*- und *WHO*-Monographien.

² Auch wenn grundsätzlich mehr wissenschaftliche Studien und wissenschaftliche Evidenz zur Therapie mit Phytopharmaka erforderlich und wünschenswert sind, wird unserer Auffassung nach die alleinige Anwendung der EBM-Kriterien traditionell angewendeten Phytopharmaka, wie *Cimicifuga*, *Agnus castus* oder *Hypericum* etc. nicht gerecht: Es handelt sich um komplexe Wirkstoffgemische, deren Wirkmechanismen und Wirkung auf den Körper weit schwieriger nachzuweisen sind, als diejenige einzelner Inhaltsstoffe oder synthetischer Arzneistoffe, auch deswegen liegen deutlich weniger Daten hierzu vor. Daher muss unserer Meinung nach das vorhandene zum Teil jahrhundertalte Erfahrungswissen aus der Komplementärmedizin bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit bei der Bewertung stärker berücksichtigt werden, um Frauen Therapie-Möglichkeiten zu erhalten, ggfs. auch über einen Placeboeffekt, der ebenfalls ein wichtiger und notwendiger Bestandteil auch der konventionellen Therapie ist. Dass unterschiedliche Kriterien der Beurteilung erforderlich sind, findet auch bei der Zulassung der *Arzneimittel anderer Therapierichtungen* im deutschen Arzneimittelgesetz Berücksichtigung. Die u.a. hierzu erstellten Monographien der Kommission E und der *ESCAP* berücksichtigen und zensieren Daten der traditionellen Anwendung. In Deutschland und Europa hat die Anwendung von Phytopharmaka eine längere Tradition als in den USA. Es wäre zu wünschen, dass zur Beurteilung der vorhandenen Datenlage, neben den wertvollen Daten und Interpretationen des *Center for Comprehensive Medicine* auch die Erfahrungen und Beurteilungen von Organisationen wie der *ESCAP* und des KNF (Komitee Forschung Naturmedizin e.V.: www.phytotherapie-komitee.de) herangezogen würden.

2.4 Hormontherapie

Unter bestimmten Umständen kann eine Hormontherapie infrage kommen, z.B. wenn schnelle Hilfe nötig ist, in besonderen Lebenssituationen, alles Obige nicht hilft, oder eine Frau sich bewusst dafür entscheidet (Lifestyle-Medikament?). Als schwächere Varianten gelten das Progesteron und Estriol-Cremes. Transdermale Anwendungen sind den oralen vorzuziehen. Hormone sind nicht geeignet zur Vorbeugung (auch nicht bei Osteoporose), da es gesündere Alternativen gibt. Die Gegenanzeigen sollten genauestens studiert werden! Hormone sollten so gering wie möglich dosiert und so kurz wie möglich angewendet werden.

3 Anregungen und Selbsthilfetipps bei Hitzewallungen

Im Folgenden möchten wir exemplarisch etwas ausführlicher auf das sogenannte Leitsymptom der Wechseljahre – die Hitzewallungen – eingehen. Folgende Anregungen und Selbsthilfetipps haben sich in der langjährigen Beratungsarbeit sehr bewährt.

Das Auf und Ab der Hormone und Botenstoffe während des Wechsels kann vermutlich über eine Reizung des Stammhirns zu den verschiedensten vegetativen Beschwerden und auch zu Hitzewallungen führen. Aber auch eine Schilddrüsenüberfunktion, eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, dadurch gestaute Lymphe und Venen und eine falsche Ernährung können Hitzewallungen auslösen. Mögliche psychologische Aspekte können sein: Gestaute Gefühle und Spannungen, unterdrückte Eifersucht oder Wut, starke Sorgen und Ängste.

Für die Selbsthilfe mögen folgende Tipps nützlich sein:

- Sportliche Betätigung, die ins Schwitzen bringt, mindestens 2x/Wo 20 Min.
- Sauna, Trockenbürsten, Wechselduschen: Sie regen die Temperaturregulation an und mildern Hitzewallungen und Schwitzen.
- Salbei (Tropfen z.B. Salus® 3x15 Tropfen, Salvisat® 3x1 Kps, Tee): Er enthält Phyto-Östrogene, ist schweißhemmend und wirkt beruhigend auf die Schilddrüse.
- Vitamin E (mind. 400 IE täglich): Bei einigen Frauen wirkt die vermehrte Zufuhr an Vitamin E, wahrscheinlich über die Zyklusregulation.
- Nachtkerzenöl, Schwarzkümmelöl 1Teel./Tag: Hat sich bei sehr vielen Frauen bewährt, der hohe Anteil an ungesättigten Fettsäuren wirkt regulierend auf das gesamte hormonelle System, v.a. Sexualhormone und Schilddrüsenhormone.
- Autogenes Training, Tai Chi, Yoga etc. können auch während der Hitzewallung angewendet die Intensität mindern.
- Visualisierung (Vorstellen der Farbe violett, oder: „*Ich sitze im Eishaus*“).

- Lavendelfußbad (beruhigt, bringt die Energie aus dem Kopf in die Füße, s.u.).
- Kalte Unterarmbäder (2-5 Min.): Unterarm in ein Waschbecken mit kaltem Wasser tauchen, oder kaltes Wasser über den Arm laufen lassen, das Wasser sollte nicht eiskalt sein, nur als kühlend empfunden werden, so dass die Hitze abgeleitet wird.
- Kalte Fußwickel (gegen nächtliches Schwitzen): Baumwollsocken mit kaltem Wasser tränken, auswringen, anziehen. Darüber Wollsocken ziehen. Über Nacht anbehalten. Diese Methode sollten nur Frauen mit warmen Füßen anwenden.
- Beruhigende Wadenwickel (gegen nächtliches Schwitzen): Ein Handtuch mit kühlem Wasser tränken, auswringen, um die Waden legen. Ein zweites Handtuch darüber wickeln. Über Nacht anlassen oder bis die kühlende Wirkung nachgelassen hat. Für Frauen, die eher kalte Füße haben.

Weiterhin können Frauen versuchen herauszufinden, ob z.B. bestimmte Nahrungsmittel (Kaffee, Alkohol, Gewürze, Gebratenes etc.) Hitzwallungen verstärken und diese dann meiden und sie können ihre Kleidung anpassen (Zwiebelprinzip). Wenn sich Frauen während einer Hitzewallung im Spiegel betrachten, stellen sie oft fest, dass die Rötung nicht so sichtbar ist wie sie glauben. Dies unterstützt dabei, eine lockerere Einstellung zu gewinnen.

4 Kräuter für die Wechseljahre

Gerade die Anwendung von Kräutertees eignet sich sehr zur Begleitung der Wechseljahre. Der psychische Aspekt der Begleitung wird betont, das mehrmalige Trinken pro Tag gibt ein rhythmisches Element, das einen positiven Einfluss auf den Stoffwechsel hat. Er wirkt nährend, wärmend, tröstend, reguliert den Säure-Basenhaushalt und gibt das Gefühl durch die Zubereitung aktiv etwas für die Gesundheit zu tun.

Eine Kräutertee-Zubereitung aus Brennnessel (ausleitend, mineralstoffhaltig), Himbeerblättern (milde östrogene Wirkung, milde Gerbstoffe), Frauenmantel (Gebärmutter tonisierend, ausgleichend), Ringelblume (aufheitern, tröstend, leberstärkend), Heidekraut (Wärme haltend, tröstend, die Blase stärkend), tut im Allgemeinen sehr wohl. Diese Kräuter können einzeln oder auch als Mischung (zu gleichen Teilen) verwendet werden; den Aufguss 10 Min ziehen lassen, 3 x 1 Tasse und mehr pro Tag trinken.

Bei nervöser Unruhe und Schlafstörungen hilft ein Tee aus Frauenmantel, Johanniskraut, Heidekrautblüten oder Melisse. Diese Kräuter als Mischung zu gleichen Teilen verwenden, den Aufguss 10 Minuten ziehen lassen, abends (mit Honig) trinken. Erika ist eine Alternative zu Johanniskraut, mit beruhigender Wirkung auch auf die Reizblase.

Zur inneren Wandlung empfehlen wir verschiedene Tees, z.B.:

- Heidekraut, Salbei (phytoöstrogenhaltig, schweißhemmend, Stärkungspflanze für Nieren und Knochen, beruhigende Wirkung auf die Schilddrüse!). Frauenmantel zu gleichen Teilen verwenden, den Aufguss 5-10 Min. ziehen lassen, 3x1 Tasse pro Tag, 4 Wochen.
- Johanniskraut (erwärmend und entkrampfend, bei Unruhe, Ängsten und Nervosität). Es werden eher die standardisierten Präparate wie Jarsin® empfohlen, als selbst zubereiteter Tee. Mancher Frau hilft jedoch Letzterer besser. Zu beachten sind mögliche Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, z.B. Abschwächungen der Wirkung von Antikoagulantien vom Cumarin-Typ, Ciclosporin, Digoxin etc. und eine höhere Photosensibilität. Das Auftreten der Nebeneffekte ist vermutlich dosisabhängig (ab 900 mg Pflanzenextrakt).
- Hirtentäschelkraut. Bei starken Blutungen: 1 EL pro Tasse, 10-15 Min. ziehen lassen, 1-4 Tassen pro Tag; mit Frauenmanteltee zusammen, 3-5 Tage vor der Menstruation anfangen. Frauenmantel tonisiert die Gebärmutter (reguliert zu wenig und zu viel Blut) und wirkt gleichzeitig durch den Gerbstoffgehalt blutstillend.
- Lavendelfußbad. 2 EL Lavendelblüten/Liter, ¼ Std. lang ziehen lassen; die Feuerenergie (Hitzewallungen) wird in die Füße gebracht, sehr entspannend, erdend, fördert das Einschlafen.
- Ginseng-Wurzel-Tee, passt die Lebenskraft psychisch und körperlich an (Ginsenosidgehalt mind.1,5%). 1-2 g Ginseng mit kochendem Wasser übergießen, 5-10 Min. ziehen lassen. Gute Präparate aus der Apotheke sind: Ardey-Aktiv Pastillen®, Alsier Royal®, Roter Imperial Ginseng von Gintec®.

Dies war eine Auswahl an Anregungen und Selbsthilfe-Tipps, zum Teil entnommen aus der Wechseljahresbroschüre des FFGZ Berlin (2003).

Literatur:

- Briese V (2002). Asiatische Kost gegen Wechseljahresbeschwerden. Pharmazeutische Zeitung 3: 26
- Dingermann T, Loew D (2003). Phytopharmakologie. Experimentelle und klinische Pharmakologie pflanzlicher Arzneimittel. Stuttgart: Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft
- FFGZ Berlin (2003). Wechseljahre, Aufbruch in eine neue Lebensphase. Berlin
- Groth S (1992). Hitze und Wut. Die Medikalisierung der Wechseljahre. Sozialwissenschaftliche Forschung & Praxis für Frauen e.V. (Hg.). AltersWachSinn. Beiträge zur feministischen theorie und praxis 33, 51-61.
- Kronenberg F, Fugh Berman A (2002). Complementary and Alternative Medicine for Menopausal Symptoms: A Review of Randomized, Controlled Trials. Annals of Internal Medicine 137 no.10: 805-813
- Lauritzen C (2002). Prävention mit Phyto-Östrogenen. Zentralblatt für Gynäkologie 124: 262-268
- o.V. (2001). Phyto-Östrogene nach den Wechseljahren. Arzneitelegamm Nr. 11
- Röring R (1994). Die Formierung eines Frauenideals für die Wechseljahre. Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 23: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit: 36-53
- Schilcher H, Kammerer S (2000). Leitfaden Phytotherapie. München-Jena: Urban & Fischer
- Schellenberg R. (2001). Treatment for the premenstrual Syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. British Medical Journal 322: 134-137
- Schultz-Zehden B (1997a). Körpererleben im Klimakterium. München, Wien: Profil
- Schultz-Zehden B (1997b). Lebensqualität der Frau im Klimakterium. In: Kuhlmeiy A et al. (Hg.). Psychosoziale Frauenheilkunde. Berlin: Trafo, 98-120
- Wichtl M (2002). Teedrogen und Phytopharmaka. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH
- Wöhrle M. (2002). Wechseljahresbeschwerden. Deutsche Apotheker Zeitung 40: 4849-53
- Wuttke H., Jarry H., Westphalen S. (2003). Phytoestrogens for hormone replacement therapy? Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 83: 133-147

Weitere empfehlenswerte Literatur:

Love S (1997). Das Hormonbuch. Frankfurt/Main: Wolfgang Krüger Verlag

Minker M (2001). Naturheilkunde. Handbuch für Frauen. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Northrup C (2001). Wechseljahre. München: Zabert und Sandmann Verlag

Alles ist Wandel – Qi Gong für Frauen in den Wechseljahren

Gisela Hildebrand

1 Einführung

*Bin geborgen wie im Sturm eine Feder
auf Wellen geweht, ertrinke ich nicht
Bin geborgen wie im Sturm eine Feder
auf Felsen geschleudert, zerbreche ich nicht
anonyme christliche Mystikerin*

So stürmisch wie oben beschrieben und doch auch so getragen, erscheinen vielen Frauen, die so genannten Wechseljahre, in denen der stete Wandel des Lebens so unverrückbar und offenkundig zu Tage tritt. Viele Frauen erleben massive körperliche Veränderungen, die sie nicht haben wollen, die sie erschüttern, verunsichern und von denen sie sich beeinträchtigt fühlen. Auch in der Seele rüttelt es, was die großen Stimmungsschwankungen zeigen. Scheinbar Kontrollierbares gerät außer Kontrolle. Ungeahnte, längst in den Tiefen versunken geglaubte Ängste, schieben sich an die Oberfläche. Die bekannten Lösungen, Muster von Bewältigung greifen nicht mehr. Die bisher klaren Umrisse werden unscharf und weich. Diesen Veränderungen im Innen entsprechen oftmals auch die äußeren, wie Erschütterungen in langjährigen Beziehungen, Trennungen, die Kinder lösen sich, gehen aus dem Haus, die Eltern sind alt, gebrechlich, bedürfen der Pflege, sterben. Die großen Sinnfragen des Lebens stehen in ungewohnter Schärfe im Raum.

Standortbestimmung und Neuorientierung bietet die Qualität der Zeit. Und genau hier steht und wirkt Qi Gong.

Qi Gong ist eine Übe-Methode der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) und Philosophie, die durch aktives Tun (sprich Üben) und durch Verstehen (sprich Bewusstmachung/Bewusstwerdung) inneres Wachstum (Selbstentfaltung) und körperliches Wohlergehen (Gesundheit im weitesten Sinne) fördert. Die Einsicht der Verbundenheit Aller mit Allem, was wir am ehesten mit sozialer Verantwortlichkeit sowohl in Bezug auf Mitmenschen, hier jedoch auch im Blick und im Verständnis ein

Teil des Universums zu sein und damit auch in gegenseitiger Abhängigkeit stehen, beschreiben können, prägt dieses Konzept von Weltsicht und den sich daraus ergebenden Verfahren.

Wandel, unaufhörlicher Wandel von Bewegung in Ruhe und Ruhe in Bewegung, beschreibt die große Erkenntnis und die Basis aller entwickelten Methoden der östlichen Traditionen. Und auch für uns im Westen Lebende ist der Umgang mit stetem Wandel (schnellem Wechsel) in dieser *schnellebigen Zeit* ein bekanntes und herausforderndes Phänomen. Dieser Umgang mit dem steten Wandel fordert ein hohes Maß an Stabilität, Geschicklichkeit, Kompetenz und Bewusstheit mit der eigenen Gesundheit, Gesunderhaltung und dem Wohlergehen umzugehen.

Die Möglichkeit immer wieder flexibel mit den unterschiedlichen Anforderungen unseres modernen Lebens umzugehen, immer wieder eine Haltung von Ausgeglichenheit, Ruhe und Wohlbefinden zu schaffen, diese Möglichkeit und damit Fähigkeit, das eigene Leben gestaltend zu nehmen, wird mit Qi Gong und Tai Ji erkannt und gestärkt.

Hierbei zeigt sich als besonders wirksam, dass Qi Gong/Tai Ji neben der Stärkung und Stabilisierung der körperlichen Gesundheit auch den Aspekt der besinnlichen Innenschau, der Kontemplation, der Meditation in Bewegung und Stille in sich trägt und somit den großen Sinnfragen von Geburt, Leben und Tod Raum eröffnet.

Anhand zweier Übungen aus der Vielfalt des Qi Gongs, es gibt über 3000 Arten, stelle ich sowohl allgemeine Wirkprinzipien dieser Übungen der Lebenspflege vor, als auch deren besondere Qualitäten in Zeiten des Wandels, sprich hier in den Wechseljahren, dar.

2 Die Meisterin

Diese Übung stammt aus dem Wudang-Gebirge. Sie wurde mir von *Dr. Zuzana Sebková-Thaller* (2000), der derzeitigen Präsidentin der Deutschen Qi Gong Gesellschaft vermittelt. Diese sehr beliebte Übung bringt uns mit einer verbindenden universellen Seins-Qualität in Berührung, in der wir uns als Teil des großen Ganzen erleben können. Wir nehmen Kontakt auf durch Hinwendung und schaffen damit gleichzeitig bewusst unsere Welt. Leibhaft. Leibhaft erfahren wir. Nehmen Kontakt auf und entscheiden uns permanent für einen Richtungswechsel. Wir begegnen der Welt und auch dem, was sich hinter unserem Rücken zeigt, also dem Unsichtbaren.

Wenden uns dem Himmel zu, der Erde, der eigenen Herzensmitte. Erfahren leibhaftig im Tun den steten Wandel von Innen nach Außen, von Oben nach Unten, von Vorne nach Hinten, von der Mitte zu den Seiten, vom Geraden zum Runden, vom Heben zum Senken, vom Sinken zum Steigen, von der Stille zur Bewegung, von der Bedrücktheit zur Freude, zur Gelassenheit, vom Kummer zur Erleichterung. Ein unaufhörlicher

Strom in Bewegung durch Bewegung. Steter Wandel, unaufhörlich, bewusst unbewusst. In der Traditionell Chinesischen Philosophie/Medizin (TCM) werden diese von uns in Polaritäten wahrgenommenen Energiebewegungen mit dem unabdingbaren Wechsel des Yin zum Yang und umgekehrt beschrieben. Alles zielt in der TCM daraufhin, immer wieder ein harmonisch fließendes Gleichgewicht der Yin Yang Qualitäten herzustellen.

2.1 Der Bewegungsablauf: *Die Meisterin*, oder wie ich von der dunklen Kohle durch stetes Polieren zum strahlenden Brillanten werde

- Die Vorbereitung: Äußere Haltung - Verwurzelung - Stand - Aufrichtung - innere Haltung - inneres Lächeln - Öffnen des Herzensraumes - sich sammeln im und vor dem Herzen.
- Die Hauptübung: Aus dieser Sammlung heraus öffnen wir uns langsam nach vorne außen (begegnen der Welt), ziehen den Vorhang auf zu den Seiten. Unsere Handherzen wenden sich zum Himmel, die Arme schwimmen nach vorne wir *tragen den Himmel*. Die Handherzen wenden sich zur Erde wir *berühren die Erde*, spüren ihre Kraft, ihre Fülle, die Hände stellen sich langsam auf wir *lassen die Wellen des Meeres zu uns kommen* (spüren die Frische, schmecken das Salz auf unseren Lippen) und dehnen uns in den Himmel hinein, in die unendlichen Weiten des Universums, soweit wie wir denken können und noch weiter als unsere Vorstellung reicht. Die Arme sinken wir *lassen den Himmel zu uns kommen*. Wir öffnen uns zu den Seiten, bis zum Horizont und noch weiter, dehnen uns aus in die unendlichen Weiten, sammeln nun diese Kraft der Weite ein und lassen sie in unser Herz strömen, genießen, lächeln, atmen hinein, die Hände drehen sich langsam, beginnen zu sinken und auch wir sinken, umarmen die Erde, das große Rund, spüren ihre Fülle und schöpfen diese Fülle, tragen sie hinauf zu unserem Herzen, gießen sie ein, genießen. Langsam sinken die Hände....tip, tip...Magen- und Gallenblasenmeridian und beginnen wieder von vorn.
- Der Abschluss: Sammeln zur Mitte, gefaltete Hände mit Dank ans Universum verneigen



Abbildung 1: Die Bildfolge *Die Meisterin* (von links nach rechts zu lesen)



Abbildung 1: Die Bildfolge *Die Meisterin* (Fortsetzung)
(von links nach rechts zu lesen)

2.2 Die Wirkkraft der *Meisterin*

Wie alle Übungen des Qi Gongs wirkt die *Meisterin* auf all unseren Seinsebenen.

Körperlich u.a. auf:

- die Muskeln, Sehnen, Gelenke durch Dehnung und Zusammenziehen
- den Kreislauf, Blutdruck, die Durchblutung
- die Verwurzelung, Standfestigkeit, Stabilität, Ausdauer
- Beweglichkeit, Geschmeidigkeit
- die sinnliche Wahrnehmung (Augen, Ohren, Nase, Mund, Hände etc.)
- Wohlbefinden
- Entspannung

Emotional u.a. auf:

- Wohlbefinden
- Freude/ Freudfähigkeit
- Innere Harmonie
- Verbundenheit mit der Welt, Zugehörigkeit
- Berührende Herzensqualität
- Kraft des Herzens

Geistig u.a. auf:

- Vorstellungskraft (Kreieren innerer Bilder)
- Konzentrationssteigerung
- Mentales Training (Ich merke, was ich tue – denke etc.)
- Klarheit / Wachheit / Präsenz

Spirituell u.a. auf:

- sich als Teil eines großen Ganzen erfahren
- den Körper als Ort für die eigene Seelenkraft erkennen
- unaufhörliches Entfalten schöpferischer Kraft
- Verbundenheit mit allem Sein spüren

2.3 Herzenstüren öffnen – die Qualität des Herzens entfalten

Die *Meisterin* beginnt im und vor dem Herzen. Immer wieder kommen wir in dieser Übung zum Herzen zurück. Von dort gehen wir in die Welt, sammeln unsere Eindrücke und kehren wieder zurück. Einatem. Ausatem.

Diese Qualität der Herzensbeziehung scheint mir in unserer heutigen Zeit, in der viele Menschen von Kälte im Kontakt, von Kontaktarmut, Vereinsamung, Sprachlosigkeit, Gewalt, Lieblosigkeit, Schuldzuweisung und Besserwisserei und vor allem von Angst vor dem unaufhörlichen Wandel und der oftmals damit einhergehenden Verunsicherung geprägt sind, der bedeutsamste Moment dieser Übung. Ich kann mich darin üben, mein Herz wahrzunehmen, auf mein Herz zu hören, mich meines Herzens zu besinnen, immer wieder zurückzukehren und vom Herzen aus in die Welt zu gehen, dem Anderen, dem Fremden, dem Unsicheren, der Zeit ohne monatliche Blutung, der Zeit deren ungeahnte Fülle es noch zu entdecken gilt eben offenen Herzens zu begegnen.

Die *Meisterin* ist für mich eine Herzens- und Geistesschulung. Sie ist einfach zu erlernen, einfach zu üben, zeitgemäß in ihrer Kürze, somit alltagstauglich. Und vor allen Dingen berührt sie alle Bereiche unseres Seins und kann uns bei regelmäßiger Übung helfen in allen Stürmen des Wandels stetig Kraft aus unserer Mitte zu schöpfen.

3 Mit Yin und Yang das Gift entfernen

Während die *Meisterin* eine Übung des bewegten Qi Gong ist, die den Wandel, die stete Bewegung und die darin liegende Entscheidung zum Wechsel (hier rein äußerlich direkt am Leib erfahrbar) in sich trägt, ist die oben genannte Übung eine, die dem stillen Qi Gong zugeordnet wird. Sie stammt aus dem Zyklus mit dem Namen Fan Teng Gong, den ich von meiner Tai Ji Quan und Qi Gong Lehrerin *Dr. Christa Proksch*, die als die Pionierin des Tai Ji Quan in Deutschland beschrieben wird, erlernte. Wie sie betreffenderweise sagt, wäre die Bezeichnung Fan Teng Qi Gong für uns im Westen besser verständlich, da klar zu erkennen wäre, dass es sich um eine der vielen tausend Qi Gong Arten handelt (Proksch 2001). Fan Teng Gong gleicht einer Meditation im Stehen mit daoistisch-buddhistischem Hintergrund. Unsere Handinnenflächen, auch Handherzen oder chinesisch *Laogong* mit der bezeichnenden Übersetzung *Paläste der Arbeit*, strahlen jeweils längere Zeit auf bestimmte Qi-Zentren. Die gebündelte Kraft unserer heilenden Hände wird hier zur Selbststärkung und -heilung eingesetzt. Die von mir ausgewählte Übung lautet in der Übersetzung *Methode das Gift zu entfernen*. Sie ist eine Reinigungsübung. Mit Gift wird das umschrieben, was den freien Fluss unseres *Qi* blockiert. Die gängige Übersetzung im Westen von *Qi* ist Lebensenergie, wobei dies ehrlicherweise nur eine Annäherung sein kann. *Qi* ist in einem umfassenden Sinne zu verstehen, als eine energetische Kraft, die alles Lebendige durchdringt und zusammenhält. Odem, finde ich immer noch, mit dem

leisen Zauber des aus alten Zeiten bedachten, die beste Weise *Qi* in seiner Bedeutung geistig zu erahnen. Erfahrbar ist *Qi* nur in der Übung, im konkreten Tun.

Aus Traditionell Chinesischer/Asiatischer Sicht ausgedrückt in Philosophie, Medizin, Kunst, Architektur, Diätetik usw. ist dieses Universum Energie in Bewegung, Energie im steten Wechsel von ausdehnen und zusammenziehen, symbolisch dargestellt im Zeichen Yin Yang.

Dieses Konzept des Yin Yang zeugt von der bewussten Wahrnehmung und Benennung von unterschiedlichen Kräften, die unabdingbar miteinander in ihrer fließenden, sich wandelnden Qualität verbunden sind. Sie bilden ein großes Ganzes, das All, das Unbeschreibbare, das so genannte *Dao*, deren eindruckliches Symbol das Yin Yang Zeichen ist. Das dynamische Wirken der beiden Kräfte wird durch den Kreis in der zweidimensionalen und durch die Spirale in der dreidimensionalen Darstellung bildnerisch verdeutlicht.

Alles ist Energie, sowohl in Form dichterstofflicher Materie wie auch in der feinerstofflichen Schwingung der Gedanken, Gefühle, Farben und Klängen. Energie als von uns polar wahrgenommene und benannte Kräfte, Energie im unaufhörlichen Wandel. Die Quantenphysik und auch die Biophotonenforschung nach *Popp* (Bischof, 1995) belegen diese energetische Qualität und Verbundenheit allen Seins auf der rein wissenschaftlichen Ebene. Sie bergen einen Zugang für unseren westlich wissenschaftlichen, rational geprägten Geist und erfüllen unser Bedürfnis nach Sicherheit, Belegbarkeit und Glaubwürdigkeit.

3.1 Der Bewegungsablauf: *Mit Yin und Yang das Gift entfernen*

Die Vorbereitung, mit dem unsere Vorstellungskraft beflügelnden Namen *Schwingen wie die stille Kiefer im Wind*, ist immer eine äußere Einstimmung im Sinne von Verwurzelung, den eigenen Stand finden, von Aufrichtung über die Wirbelsäule, zum sich nach oben gehalten fühlen von einer goldene Perlenschnur als Verlängerung der Wirbelsäule und der inneren Einstimmung, in dem wir uns aus dem Herzen *innerlich lächelnd* entspannt öffnen für die nun kommende Erfahrung.

Mit *Yin Yang Stehen*, dem Harmonisieren der von uns polar wahrgenommenen Kräfte und dem *Dantian Behüten* (ein Energiezentrum ca. drei Finger breit unter dem Bauchnabel) ist die Einstimmung beendet.

Die äußere Hand steigt vor das Tor des inneren Rhythmus unter der zur Hand gehörenden Brustmitte, die innere bleibt vor dem *Dantian*. Mit unserer Vorstellungskraft sammeln wir alles Trübe und Verbrauchte, was sich in Form von belastenden Gedanken, Gefühlen und auch Nahrung in uns festgesetzt hat, egal aus welcher Zeit, bündeln dies mit allen fünf Fingern, packen dieses Bündel oder auch den trüben Wattebausch und ziehen diese Energie über die Yin- und die Yang-Meridiane des

jeweils anderen Armes hinaus, schmeißen dieses Trübe und Verbrauchte weg, geben es der Erde anheim, auf dass sich diese Energie wandeln kann.

Diese sehr pragmatische Übung erfreut sich großer Beliebtheit, großer Wirksamkeit und wird auch von Menschen ohne Qi- und Yin Yang-Verständnis begeistert aufgenommen.

Auch hier folgt am Ende eine Sammlung zur Bündelung und Bewahrung der geweckten Kräfte.

Mit *Yin und Yang das Gift entfernen* tun wir ganz konkret etwas, um Altes, alte Schmerzen und Wunden, Nöte, auch derzeitige, zu erkennen, zu benennen, sie zu packen und einem großen Ganzen - egal wie wir es nennen - anheim zugeben. Wir schaffen Raum für Neues, unterstützen und stärken unsere Regenerationskraft.

Bisher habe ich eher den emotionalen psychologischen Aspekt der Übungen betont. Aus Sicht der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) wirken diese Qi Gong-Übungen wie hier die *Meisterin* u.a. auf die Meridiane durch langsame Bewegungsführung, Atemregulierung und den YinYang Ausgleich durch u.a. Öffnen und Schließen, durch Ruhe und Bewegung, Beugen und Strecken und Spannung und Entspannung. Dem Verständnis von Meridianen ist das Energieverständnis von Welt zugrunde gelegt, was ich oben schon erläuterte. Meridiane können somit als Energieströme mit besonderen Qualitäten beschrieben werden, die unser physisches und feinstoffliches Sein durchströmen und deren Stimulation sowohl durch Dehnen, Berühren, Klopfen, Halten, Akupressur/Akupunktur und auch durch Vorstellungskraft und Aufmerksamkeit geschehen kann.

Im Fan Teng Gong und deren o. g. Entgiftungsübung hingegen wird mit energetischen Toren gearbeitet, über die wir unseren Energiehaushalt stetig klären wie auch auffüllen können. Als Teil des großen Energiegebildes *Universum* entwickeln wir in diesen Übungen die Fähigkeit den Wandel durch Loslassen, Verteilen und energievollens Ein-sammeln mitzubestimmen.

Neben den genannten Übungen gehören traditionell zu den Übungen der Lebenspflege die Akupressur, Akupunktur, Massage, die Pflanzenheilkunde, die Ernährung und auch die Geistesschulung.

Die Menopause ist ein natürlicher Prozess, in dem Frauen sich mit Methoden der Selbsttherapie wie Qi Gong, Tai Ji Quan, Shiatsu, Yoga u.v.m. stärken können. In meinen Kursen spielt neben dem gemeinsamen Üben in der Gruppe, dem Austausch der Erfahrungen vor allen Dingen auch die Ernährung eine große Rolle. Basische Kost mit viel grünem Gemüse, grüne Pflanzensäfte, Spirulina Algen, Gerstengras und Co. haben sich als äußerst hilfreich gezeigt.



Abbildung 2: Die Bildfolge Mit Yin und Yang das Gift entfernen
(von links nach rechts zu lesen)

4 Qi Gong in den Wechseljahren

Aus Sicht der Traditionell Chinesischen Medizin (TCM) verbraucht sich im Laufe des Lebens die angeborene Lebensenergie, Essenz oder auch *Jing* genannt. Diese ist in den Nieren gespeichert. Wesentlicher Moment der TCM ist daher die Kultivierung und Bewahrung dieser Essenz, auf dass sie sich nur langsam verbraucht. Ist ein großer Teil dieser Energie bei Frauen verbraucht, versiegt ihr *himmlisches Wasser*, die monatliche Blutung fließt nicht mehr. Wie schon erwähnt, geht es in der TCM immer darum, eine Balance unserer Energien, ein harmonisches Spiel der Yin und Yang Kräfte zu initiieren, so dass wir Gesundheit und Wohlbefinden erfahren können. Nahezu alle im Zusammenhang mit der Menopause auftretenden Symptome wie Hitzewallungen, Nachtschweiß, Schlaflosigkeit, Stimmungsschwankungen, Erschöpfung, Herzklopfen, Verdauungsstörungen bis hin zur Osteoporose, lassen sich durch ein Ungleichgewicht im Yin Yang Haushalt der Nierenenergie belegen. Überschüssiges *Yang* bringt Frauen in Wallung und ungelebtes *Yang*, d.h. Energie, die die Qualität von Expansion, von Aktivität, von Selbstverwirklichung in sich trägt, stagniert und äußert sich in Gereiztheit oder auch Verbitterung.

Die Yin-Kraft, das Zusammenziehende, Kühlende, in sich Ruhende, möchte bewahrt werden und braucht Unterstützung, da es sonst zu einem Mangel an Vitalkraft, an Essenz, kommt. Nachtschweiß, Zwischenblutungen, trockene Schleimhäute und eben schlimmstenfalls Osteoporose zeigen diesen Yin-Mangel an. Ausreichend Schlaf, Kräuter, Ernährung, Bereinigung der emotionalen Lebenssituation und traditionell das Üben von Qi Gong und Tai Ji Quan helfen die Yin-Kraft zu stärken und somit die Essenz zu kultivieren.

Mit dem Ausklingen des himmlischen Wassers, beginnt für viele Frauen eine Zeit, in der sie alle Kraft für sich selbst sammeln. Neue Energiereserven stehen zur Verfügung. Wie Frauen sie nutzen und ob sie sie nutzen ist die Frage. Die Herausforderung diese Zeit eigenbestimmt und machtvoll zu leben ist groß. Die täglich präsenten und beängstigenden Bilder einer kranken Wechseljahrsfrau verfehlen ihre Wirkung nicht und sitzen tief in den Zellen. Viel Mut, ein klarer Blick, kühne Tatkraft und ein Netz von Unterstützerinnen sind gefordert, wenn Frauen sich voller Vertrauen selbstbestimmt und voller Begeisterung in ihre Lebendigkeit und in die dem Wechsel innewohnenden neuen abenteuerlichen Erfahrungen begeben.

Mit Qi Gong können sie Ruhe, Entspannung, Weichheit, Kontemplation und Meditation üben. Damit werden die Yin-Aspekte, d.h. die Energie bewahrenden und nährenden Aspekte, betont und ein Ausgleich zum überschießenden, wallenden *Yang* geschaffen. Die eigene Mitte wird gestärkt und Energie gesammelt für wesentliche kraftvolle Äußerungen. Mit Qi Gong schafft jede Frau sich Raum für sich allein, zur Regeneration, zur Freude, zum Kraft tanken, zum heilsamen Seele baumeln lassen, zur Besinnung, zum Finden der „*eigenen inneren Melodie*“ (Reuther 2000).

Qi Gong kann für Frauen, in den gewiss sich wandelnden Zeiten, eine weise Begleiterin in allen Fragen des Körpers und des Geistes sein. Wohin dieser Weg des steten Wandels führen kann, beschreiben diese den Beitrag abschließenden Selbstbilder von Frauen in Raum und Zeit.

5 Selbstbilder von Frauen in Raum und Zeit

- Mit drei Jahren: Sie schaut sich an und sieht eine Königin.
- Mit acht Jahren: Sie schaut sich an und sieht Aschenputtel.
- Mit 15 Jahren: Sie schaut sich an und sieht eine hässliche Schwester: *„Mami, so kann ich nicht in die Schule gehen!“*
- Mit 20 Jahren: Sie schaut sich an und findet: *„Ich bin zu dick oder zu dünn und habe zu glatte Haare oder zu viele Locken“*, stellt aber fest, sie habe keine Zeit, sich darum zu kümmern und geht trotzdem aus.
- Mit 40 Jahren: Sie schaut sich an und findet: *„Ich bin zu dick oder zu dünn und habe zu glatte Haare oder zu viele Locken“*, sagt sich aber: *„Zumindest bin ich sauber.“* Und geht trotzdem aus.
- Mit 50 Jahren: Sie schaut sich an und stellt fest: *„Ich bin.“* Und geht überall hin, wo sie will.
- Mit 60 Jahren: Sie schaut sich an und denkt an alle Leute, die sich nicht mehr im Spiegel anschauen können. Sie geht aus und erobert die Welt.
- Mit 70 Jahren: Sie schaut sich an und sieht Weisheit, Lachen und viele Fähigkeiten. Sie geht aus und freut sich des Lebens.
- Mit 80 Jahren: Sie kümmert sich nicht mehr um den Spiegel. Sie setzt ihren knallroten Hut auf und hat Spaß am Leben.

DRNORMA

Literatur

- Proksch C (2001). Fan Teng Gong. tiandiren journal, Nachrichten der Deutschen Qi Gong Gesellschaft 2
- Reuther I (2000). Qi Gong. In: Römer A (Hg.): Akupunktur für Hebammen, Geburtshelfer und Gynäkologen. Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Sebková-Thaller Z (2000). Die Meisterübung. tiandiren journal, Nachrichten der Deutschen Qi Gong Gesellschaft 7

Als weitere Lektüre empfohlen:

- Bischof M (1995). Biophotonen, Das Licht in unseren Zellen. Frankfurt a. M: Zweitausendeins Verlag
- Ferguson P (1995). Shiatsu. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Li C, Krautwald U (2002). Der Weg der Kaiserin. Bern, München, Wien: Scherz Verlag
- Neumann H (1994). Stop der Azidose. Allergien und Haarausfall. Starnberg: Fürhoff Verlag, 4. Auflage
- Rappenecker W (1996). Fünf Elemente und zwölf Meridiane. Waldeck: Hübner Verlag

Allgemeine Ernährungsempfehlungen in den Wechseljahren aus Sicht der Traditionellen Chinesischen Medizin

Antonie Danz

„Die Speisen haben vermutlich einen sehr großen Einfluß auf den Zustand des Menschen, wo er jetzo ist. Der Wein äußert seinen Einfluß mehr sichtbar, die Speisen tun es langsamer, aber vielleicht ebenso gewiß.“

G.C. Lichtenberg

1 Einleitung

Die Befindlichkeit von Frauen wird von bio-psycho-sozialen und soziokulturellen Faktoren beeinflusst. Dies trifft für die Wechseljahre wie für jede andere Lebensphase zu.

Ernährung und das Ernährungsverhalten gehören zu solchen Einflussfaktoren und beide werden maßgeblich vom kulturellen Lebenszusammenhang der betreffenden Frau bestimmt. In Vergleichsstudien wurde gezeigt, dass Hitzewallungen bei japanischen Frauen in den Wechseljahren in weit geringerem Maße auftreten als bei Europäerinnen (Hunter 1990, Matthews 1990, Röring 1994). Als mögliche Ursache für diese Unterschiede wurde vor allem die sojareiche Ernährung der Asiatinnen im Vergleich zu den Europäerinnen angeführt (Albertazzi 1994). Andere kulturspezifische Faktoren aber, wie beispielsweise die gesellschaftliche Bewertung von Fruchtbarkeit und Menopause, der gesellschaftliche Stellenwert von alternden Frauen und mögliche kulturspezifische Ausdrucksformen von Befindlichkeitsstörungen (Nackenverspannung versus Hitzewallungen; Lock 1988), blieben bei der Interpretation der Beobachtungen unberücksichtigt. Bei der *Soja*-Hypothese wird weiterhin nicht beachtet, dass sich die Ernährung von Japanerinnen nicht nur bezüglich des Konsums von Sojaprodukten von der der Europäerinnen unterscheidet, sondern auch hinsichtlich des Verzehrs von Reis, Fleisch, Fisch, Gemüse, Milch und Milchprodukten. Eine weitere Eingrenzung des Faktors *Ernährung* bezüglich der Befindlichkeit von Frauen in, vor und nach den Wechseljahren ist darin zu sehen, dass in der Mehrzahl der bislang durchgeführten Interventionsstudien zum Effekt von Soja auf so genannte Wechseljahrsbeschwerden

die Einflussgröße *Soja* ausschließlich auf die Nährstoffkomponente *Phyto-Östrogene* reduziert wurde. So, als würden Sojabohnen nur aus Phyto-Östrogenen bestehen. Der Beweis, dass der postulierte positive Effekt einer sojareichen Kost auf Herz-Kreislauf-System, Knochenstoffwechsel, bestimmte Krebsformen und Hitzewallungen durch Phyto-Östrogene alleine hervorgerufen wird, ist jedenfalls noch nicht erbracht (Danz 1999 und 2003, Tsourounis 2001).

Diese Reduzierung möglicher Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Wohlbefinden und Ernährung vollzieht sich in der westlich ausgerichteten Ernährungsforschung in vielen Bereichen. Ob es die häufig postulierte, aber nicht eindeutig nachgewiesene Prävention der Osteoporose durch Calcium ist (Danz 1993) oder die Reduktion von Hitzewallungen durch Phyto-Östrogene; die Wirkung des Nährstoffverbundes im Lebensmittel, die Form der Nahrungszubereitung und Nahrungsverarbeitung sowie der Mahlzeitenrhythmus scheinen bei der wissenschaftlichen Betrachtung keine oder nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die Erfahrungswissenschaften richten sich zwar auch nach einfachen kosmischen Gesetzmäßigkeiten (z. B. Tag-Nacht, Fülle-Leere), dennoch werden diese einfachen Zusammenhänge in ihrer Komplexität und nicht isoliert betrachtet. So besteht ein Tag im Vergleich zur Nacht nicht nur aus Helligkeit.

*„Du siehst die Welt im Körnchen Sand,
in wilden Blumen das Himmelsrund, hältst du das All in deiner Hand,
und Ewigkeit in einer Stund.“*

William Blake

Als Wissenschaftlerin, die auch in der Praxis der Ernährungsberatung tätig ist, erscheint es mir für die Ernährungsberatung sinnvoll, das Wissen aus der westlich, stark analytisch ausgerichteten und noch relativ jungen Disziplin der Ernährungswissenschaft durch das einer Erfahrungsmedizin zu bereichern.

In diesem Artikel geht es nicht darum darzulegen, welcher Blick auf die Diätetik – der wissenschaftlich oder der traditionell ausgerichtete – besser ist. Vielmehr möchte ich, sofern dies in der Kürze der Ausführungen möglich ist, Wissen und Erfahrungswerte aus der Ernährungsberatung mit Frauen in den Wechseljahren auf der Grundlage der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) einbringen. Die nachfolgenden Empfehlungen können für die Beratung von Frauen und deren Wohlbefinden hilfreich sein, auch wenn diese aus wissenschaftlicher Sicht (noch) nicht bewiesen sind.

Auf eine Abhandlung der Grundlagen und Theorien bzw. Modelle zur TCM möchte ich aus Verständnis- und Platzgründen an dieser Stelle verzichten. Die daran interessierten LeserInnen möchte ich dazu auf die weiterführende empfohlene Literaturliste im Anhang dieses Beitrages verweisen.

2 Ernährungsberatung auf der Grundlage der TCM

Jede Klientin ist mit ihrer Lebensgeschichte, ihrer konstitutionellen Veranlagung und den auf sie aktuell einwirkenden bio-psycho-sozialen Faktoren ein Individuum und damit individuell zu beraten und zu begleiten. G(B)ehandelt wird im Hinblick auf die Ursache der Beschwerden, denn jedes Symptom – ob Hitzewallung, Depression, Schlafstörung oder Herzklopfen – kann bei betroffenen Frauen auf unterschiedlichen Ursachen beruhen. Im Folgenden können daher nur allgemeingültige Empfehlungen ausgesprochen werden, die für Frauen in den Wechseljahren generell von Nutzen für deren Wohlbefinden sind. Für Frauen mit starken Beschwerden und für diejenigen, die mit den allgemeinen Empfehlungen ihre Beschwerden nicht bessern können, ist eine individuelle Beratung zu empfehlen.

Die Ernährung hat, neben den Größen Veranlagung, Umfeld und Umwelt, großen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Vitalität einer Frau. Sie ist neben der Atmungsenergie die wichtigste (nachgeburtliche) Energiequelle. Da sich mit steigendem Alter – die Wechseljahre sind aus Sicht der TCM ein deutliches Zeichen des Alterungsprozesses – unsere vorgeburtliche, von den Eltern mitgegebene Energiequelle (genetische Disposition) zunehmend verringert, ist es mit Beginn der Wechseljahre besonders wichtig, die Zufuhr und Ausnutzung der Nahrungsenergie optimal zu gestalten. Frauen, die bereits vor den Wechseljahren diese Nahrungsenergie nicht optimal nutzen können, beispielsweise bedingt durch wiederholt durchgeführte Diäten, falsche Ernährung oder aufgrund von Stagnationen (z.B. durch Trauma oder Ernährung oder ...), werden sehr wahrscheinlich nicht erst in den Wechseljahren vermehrt Beschwerden haben. Auch vor den Wechseljahren treten bei diesen Frauen bereits häufig u.a. Schlafstörungen, Depressionen, Prämenstruelles Syndrom, Migräne, Erschöpfungszustände und/oder Gewichtszunahme trotz geringer Nahrungszufuhr auf. In solch einem Fall sollte immer auch die Ernährungsweise als möglicher Einflussfaktor in Betracht gezogen werden.

Wie die Nahrungsenergie aus Sicht der TCM gewonnen wird, soll anhand eines einfachen Modells erläutert werden. Darauf aufbauend werden allgemeine Empfehlungen zur guten Energiebereitstellung durch die Nahrung und zur Vermeidung einer starken Gewichtszunahme in den Wechseljahren gegeben.

2.1 Das *AV-System* – Modell zur Aufbereitung und Verteilung von Nahrungsenergie

Wir stellen uns den Magen als einen Kochtopf vor. Unter dem Kochtopf befindet sich eine Feuerstelle. Alle Lebensmittel und Getränke, die wir zu uns nehmen, kommen in diesen Kochtopf hinein und werden mit Hilfe des Feuers zu einem feinen *Energiedampf* verkocht (optimale Verbrennung). Über dem Kochtopf befindet sich eine Abzugshaube, an die eine Art Verteilersystem mit zahlreichen Energieleitbahnen

angeschlossen ist. Über diese Leitbahnen gelangt die umgewandelte Nahrungsenergie an die Orte des Verbrauchs wie die Muskulatur, das Gehirn etc.

Werden Lebensmittel und Getränke nicht optimal verkocht, entsteht ein dichter *Energiedampf* (schlechte Verbrennung), der von der Abzugshaube schlechter aufgenommen und weniger gut in den Energieleitbahnen verteilt werden kann. Die möglichen Folgen davon sind eine verminderte Versorgung des Organismus mit Nahrungsenergie und *Ablagerungen* im Körper, die in der chinesischen Medizin als *Feuchtigkeit* bezeichnet werden. *Feuchtigkeit* kann sich, je nach Konstitution und Lebensweise, beispielsweise in Form von Wasser- oder Fetteinlagerungen zeigen, die eine Gewichtszunahme mit sich bringen. Sie kann aber auch als Myom, Zyste oder in anderen Formen auftreten.

Jeder Mensch hat in Bezug auf dieses *Aufbereitungs-Verteilungs-System* (AV-System) eine unterschiedliche erbliche Veranlagung: großer/kleiner Kochtopf; große/kleine Flamme; Verteilersystem im freien/stagnierenden Fluss etc. Diese Veranlagung hat Einfluss auf die Versorgung des Organismus mit Energie und dessen Funktionen, auf die Gewichtsentwicklung und vieles andere mehr. Daher sollte sich die Ernährung neben regionalen und saisonalen Aspekten maßgeblich nach dieser Veranlagung ausrichten.

Die Kapazität dieses AV-Systems nimmt, unabhängig von der Veranlagung, mit zunehmendem Alter ab. Dies geschieht zwar bereits Jahre vor den Wechseljahren, aber in dieser Umstellungsphase nochmals im Besonderen. Falls das AV-System zusätzlich auch noch über Jahre hinweg stark in Anspruch genommen wurde, z.B. durch wiederholt durchgeführte Diäten, Frühstück ausfallen lassen, spät abends viel Essen, keine Ruhe beim und fehlende Konzentration auf das Essen, häufiges Grübeln und sich sorgen etc., macht sich die altersbedingte Verschlechterung des AV-Systems besonders deutlich bemerkbar.

Viele der betroffenen Frauen beklagen in der Beratung nicht nur eine Gewichtszunahme in den Wechseljahren, sondern auch das Gefühl, sich im eigenen Körper fremd und *aufgedunsen* zu fühlen.

2.2 Empfehlungen

Damit auch mit zunehmendem Alter die Nahrung bestmöglich aufbereitet und verteilt wird, muss dem AV-System die Arbeit erleichtert und seine Funktion unterstützt werden. Dazu gibt es Empfehlungen, die trotz ihrer Einfachheit sehr wirksam sind:

1. Morgens arbeitet das AV-System am besten, abends am schlechtesten. Frühstücken Sie daher gut und essen Sie abends nur wenig und möglichst das letzte Mal 3-4 Stunden vor dem Schlafen gehen. Morgens wie eine Kaiserin, mittags wie eine Edelfrau, abends wie eine Bettelfrau.
2. Das AV-System braucht eine gewisse Regelmäßigkeit in seiner Arbeit, und häufige Diäten oder einseitige Kost verschlechtern seine Funktionstüchtigkeit. Das trifft auch dann zu, wenn das AV-System während seiner optimalen Arbeitszeit, also morgens, nichts zu tun bekommt (Frühstück ausfallen lassen).
3. Bevorzugen Sie pflanzliche, fettarme und eiweißarme Lebensmittel, da das AV-System diese einfacher *aufschließen und verteilen* kann (Getreide, Gemüse, Obst und Hülsenfrüchte). Fettarme Milchprodukte sollten bei Gewichtsproblemen nur selten konsumiert werden; Milch gar nicht, Fleisch nur in geringen Mengen als Beilage. Besser ist es, mehr Fisch statt Fleisch zu essen.
4. Essen Sie viel gekochte und damit bereits *aufbereitete* Lebensmittel. Für rohe und kalte Lebensmittel muss Ihr AV-System viel mehr Energie aufbringen, es muss mehr einheizen. Rohe Südfrüchte, besonders wenn sie unreif geerntet werden, haben eine besonders thermisch kalte Wirkung. Dies gilt auch für kalte (aus dem Kühlschrank, Eiswürfel) und kalt wirkende Getränke (Säfte aus Südfrüchten, mineralstoffreiches Mineralwasser). Diese zusätzlich aufzuwendende Energie kann dann an anderer Stelle fehlen beziehungsweise die Verdauungsarbeit kann gar nicht zufrieden stellend bewältigt werden (Blähungen, Durchfall, Verstopfung, Müdigkeit nach dem Essen ...).
5. Essen Sie würzig. Das regt das Verdauungsfeuer an und fördert die Energieverteilung. Scharfes Essen sollte gemieden werden und ebenso salzreiche Kost.
6. Trinken Sie möglichst nicht während des Essens, sondern vorher oder nachher (mind. 15 min. Abstand). Auch das erleichtert dem AV-System die Arbeit.
7. Die Verdauungsarbeit beginnt im Mund (*Gut gekaut ist halb verdaut*). Kauen Sie daher gut und lenken Sie sich nicht vom Essen durch Fernsehen, Zeitung lesen, Arbeiten usw. ab. Das AV-System arbeitet so besser, der Sättigungseffekt ist größer, Sie fühlen sich zufriedener, achten besser darauf, wann Sie satt sind und können spüren, welche Lebensmittel Ihnen gut tun und welche nicht.
8. Führen Sie regelmäßig körperliche Aktivität und/oder Entspannungsverfahren durch. Diese verbessern die Arbeit des AV-Systems, da sie das *Feuer* und das *Verteilungssystem* in ihrer Arbeit anregen.

9. Wählen Sie ihre Lebensmittel nicht danach aus, wie viele Kalorien diese haben. Mit Magerquark und anderen fettarmen Milchprodukten, Salat und light-Produkten werden Sie nicht abnehmen.

3 Schlussbemerkung

In der Ernährungsberatung sollte ebenfalls vermittelt werden, dass Essen nicht nur als Kalorien- und Nährstoffzufuhr zu betrachten ist, die nicht viel Zeit und Arbeit in Anspruch nehmen darf. Damit Essen tatsächlich *nährend* ist, muss eine *Yin*-Atmosphäre, eine angenehme und schöne Atmosphäre ohne anstrengende und belastende Gespräche und Gedanken, beim Essen herrschen. Dieser wichtige Aspekt geht in Deutschland zunehmend mehr Menschen verloren. Obwohl wir uns, und im Besonderen Frauen, einerseits immer stärker mit dem Thema Ernährung beschäftigen, soll die Nahrungszubereitung und das Essen selbst, der eigentlich wichtige *nährende* Aspekt, immer weniger Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen. Die negativen Folgen dieser Entwicklung für unser Sozialgefüge, unsere sozialen Einbindungen und Verbindungen, unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit können nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Deshalb geht es in der Beratung auch darum, die Sensibilität der Klientin bezüglich des Essens dahingehend zu stärken, dass sie sich für die Essenzubereitung und vor allem für das Essen selbst Zeit und Raum nimmt. Ihre Eigenkompetenz sollte so gestärkt werden, dass sie ihre Nahrungsauswahl und die Zubereitungsform der Lebensmittel im Vertrauen auf ihren *Bauch* selbstbestimmt vornimmt. Kleine Veränderungen, wie beispielsweise Lebensmittel entgegen gängiger Empfehlungen, aber im Vertrauen auf das eigene Gefühl, vermehrt in gekochter Form zu sich zu nehmen und zu erfahren, wie gut dies für das eigene Wohlbefinden ist, können bereits viel Positives zur Stärkung von Wohlbefinden und Eigenkompetenz bewirken.

*„Lasst alle Dinge tun,
was sie ihrer Natur
nach tun, damit ihre
Natur befriedigt sei.“*

Chuang Tzu

Literatur

- Albertazzi P, Pansini F, Bonaccorsi G, Zanotti L, Forini E, De Aloysio D (1994). The effect of dietary soy supplementation on hot flushes. *Obstetrics and Gynecology* 91(6): 6-11
- Danz A (1996). Ernährung und Knochenstoffwechsel - nicht nur eine Frage der Calciumaufnahme. *AID-Verbraucherdienst* 41(8): 171-180.
- Danz A (1999). Wechseljahre und Ernährung. *AID-Verbraucherdienst* 3: 6-10
- Danz A (2003). Wechseljahre und Phyto-Östrogene. *Phytotherapie* 1: 11-12
- Hunter MS (1990). Psychological and somatic experience of the menopause: A prospective study. *Psychosom Med* 52: 357-367
- Lock M, Kaufert P, Gilbert P (1988). Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case. *Maturitas* 10(4): 317-322
- Matthews KA, Wing RR, Kuller LH, Meilahn EN (1990). Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 345-351
- Röring R (1994). Die Wechseljahre - ein Kulturphänomen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 70: 417 - 420
- Tsourounis C (2001). Clinical effects of phytoestrogens. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 44(4): 836-842

Weiterführende Literatur zur *TCM*:

- Engelhardt U, Hempen C-H (1997). *Chinesische Diätetik*. München: Urban & Schwarzenberg
- Pitchford P (1993). *Healing with whole foods*. California: North Atlantic Books
- Hammer L (1990). *Dragon rises, red bird flies*. Psychology and Chinese medicine. Barrytown, NY: Station Hill Press
- Kaptchuk TJ (2001). *Das Große Buch der Chinesischen Medizin*. München: Heyne
- Temelie B (2000). *Ernährung nach den fünf Elementen*. Sulzberg: Joy-Verlag

bremer wechseljahrswochen

Ein Begleitprogramm

zum Kongress *wechseljahre multidisziplinär*

für interessierte Frauen jeden Alters

Im Blickpunkt: Die heiße Phase: *bremer wechseljahrswochen*

Elisabeth Bohrer, Inge Koepsell, Birgit Sobottka, Wilma Warbel,
unter Mitarbeit von *Ingeborg Gerstner*, mit Rezepten von *Gabriele Blösch*

Vom 22. Januar bis 3. April 2003 haben Bremer (Frauen-) Gesundheitseinrichtungen, der Frauengesundheitstreff Tenever (FGT), das Frauengesundheitszentrum (FGZ), der Gesundheitstreffpunkt West (GTP) und ProFamilia, ein breit gefächertes Veranstaltungsprogramm zum Thema Wechseljahre für interessierte Frauen jeden Alters und aller Kulturen zusammengestellt - und mehr als 400 Frauen zeigten ihr Interesse und kamen. Veranstaltungen der VHS zum Thema Wechseljahre wurden ergänzend im Programm aufgenommen. Die breite Resonanz, die dieses Thema bei Frauen fand, überstieg bei weitem alle Erwartungen der Initiatorinnen. Oft gab es Wartelisten, da die Teilnehmerinnenzahl für die meisten Veranstaltungen begrenzt war.

Eins steht fest: Eine Neubewertung dieser öffentlich fast ausschließlich unter medizinischen Aspekten diskutierten Lebens- und Umbruchphase der Frau ist schon seit langem überfällig und stößt nicht nur bei den Betroffenen auf großes Interesse. Auch in den Medien werden die Wechseljahre und ihre Begleiterscheinungen zunehmend als eine komplexe Lebensphase von Frauen diskutiert, in der kulturelle und gesellschaftliche Haltungen zu berücksichtigen sind.

So berichteten die Lokalzeitungen ausführlich über die Aktivitäten der Bremer (Frauen-) Gesundheitseinrichtungen, die diesen Ansatz in ihrer Arbeit vertreten. Im Bremer TV-Nachrichtenmagazin *Buten & Binnen* und im NDR gab es eine längere Dokumentation mit dem Schwerpunkt Hormonersatzbehandlung und ihre Alternativen.

Die Veranstaltungsreihe *bremer wechseljahrswochen* wurde im Zusammenhang mit dem Fachkongress *Wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen, was brauchen Frauen*, der vom 21. bis 23. Februar 2003 an der Universität Bremen stattgefunden hat, geplant. Erklärtes inhaltliches Ziel war, die landläufige Bewertung der Wechseljahre als *Krankheit* und die mit dieser Annahme verbundene medikamentöse Behandlung der Symptome zu hinterfragen und Alternativen aufzuzeigen.

Während der *bremer wechseljahrswochen* wurden durch Vorträge und Diskussionen die Ergebnisse des Fachkongresses vielen Frauen zugänglich gemacht. So sollte über Informationen und direkten Austausch im geschützten Umfeld kleiner Gruppen die Eigenkompetenz der betroffenen Frauen für diesen Lebensabschnitt gestärkt werden. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Fachfrauen aus verschiedenen Einrichtungen zu einem Thema, die in dieser Form zum ersten Mal erprobt wurde, setzte viele

synergetische Kräfte frei. Dies zeigte sich besonders in der Öffentlichkeitsarbeit. Der gemeinsam erstellte Programmflyer wurde 10.000-mal verschickt. Eine Einrichtung allein hätte dies nicht bewältigen können. Finanziell unterstützt wurde die Aktion vom Gesundheitsamt Bremen und der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

In der mehr als zwanzig Veranstaltungen umfassenden Reihe (siehe Programm) wurden unterschiedliche Aspekte des Themas Wechseljahre beleuchtet: Hormonsubstitution, Möglichkeiten der Naturheilkunde und Ernährung, Bewegungsprogramme, Leistungsfähigkeit, Sexualität, psychosoziale Auswirkungen und Alltagsbewältigung, aber auch Entwicklungsmöglichkeiten und Potenziale dieser Lebensphase. Die Palette der Veranstaltungsformen reichte von Informationsveranstaltungen über Gruppenberatungen, Erfahrungsaustausch und Selbsthilfegruppen bis hin zu einem Kulturcafé *Wechselzeiten*. Als besonders positiv nannten die Teilnehmerinnen, dass die Veranstaltungen in verschiedenen Stadtteilen stattfanden.

Sehr schnell wurde deutlich, was die Frauen vorrangig wissen wollten. Am häufigsten waren Fragen wie: Was passiert in meinem Körper in dieser Zeit? Wie sind die hormonellen Vorgänge mit ihren möglichen Auswirkungen in den Wechseljahren? Wie ist der Verlauf dieser Umbruchphase? Wann hört sie auf? Welche Beschwerden sind *normal* und wie können sie abgeschwächt, besser noch behoben werden?

Der Bedarf an medizinischer Aufklärung zeigte sich bei allen Frauen als sehr groß. Sie wissen oft nicht, woher sie die notwendigen Informationen bekommen können. Viele Frauen fühlen sich von ihrer Frauenärztin/ihrem Arzt nicht gut beraten und teilweise auch falsch behandelt. Meist fehlt in der Arztpraxis die Zeit für ein umfassendes Gespräch, für eine ausreichende Beratung. Die sich widersprechenden Meinungen insbesondere über die Hormontherapie schaffen Verunsicherung. Viele Frauen wollen darum gar nicht erst mit der Hormoneinnahme anfangen bzw. endlich damit aufhören. Einige Frauen vertragen die Hormonpräparate nicht oder es gibt medizinische Kontraindikationen wie z.B. Diabetes, Thrombosegefahr oder die empfohlene Höchsteinnahmezeit von zwei Jahren ist überschritten. Alternativen zur Hormontherapie werden aber von den Ärzten selten aufgezeigt. Die Frauen wünschen sich unabhängige Beratungsstellen, verständliche Literatur und aktuelle Informationsbroschüren.

Der *Weserkurier* hatte eine Telefonaktion zu *Wechseljahren* angeboten, und die Telefone standen für zwei Stunden nicht still. Fünf Expertinnen standen bereit, Fragen der Leserinnen zu den Wechseljahren direkt zu beantworten. Auch hier war die am häufigsten gestellte Frage: „*Ich möchte keine Hormone mehr nehmen, was kann ich tun?*“ Überraschend war, dass sehr viele Anruferinnen mehr als zwei, oft über fünf Jahre ununterbrochen Hormone zu sich genommen haben. Der Aufklärungsbedarf zur Hormonsubstitution, deren Risiken und Nutzen sowie zum *richtigen Ausschleichen* erwies sich als auffallend groß. Es kamen Fragen zu alternativen bzw. komplementärmedizinischen Wegen weg von der Hormontherapie und zu Möglichkeiten der

Selbsthilfe: Gibt es eine naturheilkundliche Begleitung? Was kann über die Ernährung erreicht werden?

In den angebotenen Veranstaltungen stießen vor allem Informationen über sog. Phytohormone in Kräutern und Nahrungsmitteln als Alternative zur verordneten Hormoneinnahme auf großes Interesse. Mit bestimmten Nahrungsmitteln, die z.B. bioaktive Substanzen wie Lignane und Flavonoide enthalten, wurden konkret Salate und warme Gerichte hergestellt. Der Verzehr der köstlichen Speisen und Tees überzeugte praktisch: eine Linderung von Wechseljahrsbeschwerden kann auch auf sehr angenehme Weise möglich sein. Es wurde von vielen Frauen der Wunsch geäußert, mehr Rezepte und praktische Kochanleitungen kennen zu lernen, um eine Nahrungsumstellung und -erweiterung zu vereinfachen. Als Appetithäppchen folgen drei Rezepte – mineralien- und vitaminreich, leicht, bekömmlich und mit Pfiff:

Linsen-Sprossen-Salat (4-6 Portionen)

Für das Dressing:

- ca. 2 ½ Esslöffel Himbeeressig,
- Pfeffer (am besten frisch gemahlen),
- Meersalz,
- etwa 1 Teelöffel Honig und
- ca. 6 Esslöffel Sonnenblumenöl

vermischen.

Dann hinzugeben:

- 250 g vorbereitete Champagnerlinsen (in mit 1 Lorbeerblatt und einer mit 3 Nelken gespickten Zwiebel aromatisiertem Wasser 10 Minuten kochen, danach 10 Minuten quellen lassen),
- 125 g Räuchertofu, in Würfel geschnitten und in etwas Öl gebraten,
- 250 g Sojasprossen, vorher mit kochendem Wasser übergießen und abtropfen lassen,
- 1 rote Zwiebel, in feine Würfel gehackt,
- 1 rote Paprika, in kleine Würfel geschnitten,
- 350 g Chinakohl, in feine Streifen geschnitten.

Alles vermengen und mit Sonnenblumenkernen, nach Geschmack angeröstet, bestreuen.

Kokossuppe mit Pilzen (4-6 Portionen)

1 ¼ Liter dünnflüssige Kokosmilch zum Kochen bringen.

Hinzufügen:

25 g Schalotten feingehackt,

15 g Galgant frisch (ersatzweise Ingwer) in dünne Scheiben geschnitten,

2 Stengel Zitronengras fein geschnitten,

6 frische kleine Chillies (ganz lassen),

3 Limettenblätter (Kaffir) in Stücke gezupft,

1 Teelöffel Meersalz.

Das Ganze wieder zum Kochen bringen und

250 - 300 g Tofu natur in Scheiben geschnitten und kross angebraten sowie

200 g frische Champignons in feine Scheiben geschnitten dazugeben.

Die Suppe 2 Minuten köcheln lassen, von der Kochstelle nehmen und

2 Esslöffel Limetten- oder Zitronensaft dazugeben.

Mit einem halben Esslöffel Fischsud oder Gemüsebrühe würzen.

Kürbis-Linsen-Curry (ca. 4 Portionen)

3 Esslöffel Olivenöl erhitzen,

etwas Cumin und Koriander,

1 Teelöffel frisch geriebenen Ingwer und

2 gehackte Knoblauchzehen

hineingeben.

250 g Räuchertofu und 100 g Zwiebeln würfeln, in dem gewürzten Öl schmoren.

150 g Möhren, 250 g Kürbis (Hokkaido, wenn möglich) und 100 g festkochende Kartoffeln in kleine Würfel schneiden und zu dem Tofu mit Zwiebeln geben.

150 ml Tomatensaft und 200 ml Wasser dazugießen und

alles ca. 10-15 Minuten köcheln lassen, bis das Gemüse weich ist.

100 g vorher gegarte Champagnerlinsen unter das Gemüse mischen und durchziehen lassen.

Mit Salz, Curry und Balsamessig würzen und abschmecken.

Doch es gab nicht nur großen Bedarf, Expertinnen zu befragen, sondern ebenso groß war das Bedürfnis nach einem Erfahrungsaustausch mit Frauen in ähnlicher Lebenssituation. Auch junge Frauen kamen, um von den älteren zu lernen. Die Frauen sprachen mit großer Offenheit über sich, ihre Beschwerden und Probleme, obwohl sie sich meist nicht kannten. Das war angesichts der doch sehr intimen Themen und der oft sehr großen Gruppen erstaunlich. Von den anderen Frauen fühlten sie sich verstanden und endlich ernst genommen. Hier konnten sie ihre Ängste und Unsicherheiten äußern.

Wenn auch etliche Frauen ihre Bereitschaft zu Einstellungs- und Verhaltensänderung in den Wechseljahren äußerten, so zeigte sich doch, dass in einer Zeit der Umbrüche Frauen die Bewältigung des Alltags durch gesellschaftliche Gegebenheiten nicht erleichtert wird.

Die Wechseljahre sind oft eine Zeit der privaten und beruflichen Veränderung. Für viele Mütter war die Kinderversorgung und -erziehung ihr wichtigster Aufgaben- und Identifikationsbereich. Mit dem Auszug der Kinder erlebt das Selbstwertgefühl oft einen Einbruch.

Beginnt für die eine Frau in dieser Zeit der Neueinstieg in das Berufsleben, finden andere den Mut zur Veränderung durch einen Arbeitsplatzwechsel oder eine Weiterqualifizierung. Diese Veränderungen können mit großen Anstrengungen verbunden sein. In diesem Prozess machen Frauen nicht nur positive Erfahrungen, wie z.B. die Freude über die gewonnene Kompetenzerweiterung, sondern lernen die sich verändernden arbeitsmarktpolitischen Verhältnisse und Grenzen auch negativ kennen. Viele Frauen haben Angst vor Arbeitslosigkeit und fühlen sich nicht mehr gebraucht.

Die sexuellen Bedürfnisse und Partnerschaften verändern sich, nicht nur wenn die Kinder aus dem Hause gehen. Eigene Eltern werden gebrechlicher und erwarten insbesondere von den Töchtern und Schwiegertöchtern mehr Hilfestellung. Das provoziert auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter, mit Hinfälligkeit und Tod.

Dieses Bündel der neuen Belastungen macht vielen Frauen zu schaffen, anders mit den Wechseljahren umzugehen. Sich neu zu orientieren, erfordert viel Energie. Jede Nahrungsumstellung und auch das Training von Entspannungs- und Bewegungsübungen usw. braucht erst einmal Kraft. Kraft, die viele Frauen manchmal zu wenig in sich spüren. Sie wissen zu wenig über ihre Leistungsfähigkeit. Umfassende medizinische und psychosoziale Beratungsangebote und der Austausch mit anderen Frauen können dabei helfen, die eigenen Kräfte zu entwickeln.

Ergänzend wurde während der Wechseljahrswochen eine muttersprachliche Informationsveranstaltung für Türkinnen angeboten. Diese kamen zur Veranstaltung nur über persönliche Kontakte und zeigten großes Interesse an dem Thema. Die Teilnahme an deutschsprachigen Veranstaltungen scheiterte bei etlichen Migrantinnen an der Sprache. Dies ist besonders bedauernswert, da offenbar gerade Migrantinnen

einen hohen Informationsbedarf haben. Es gibt kaum Informationsmaterial in ihrer Muttersprache und auch die Ärztinnen/Ärzte beraten sie in der Regel in einer ihnen fremden Sprache. Ihre psychosoziale Lage ist angespannt. Sie leiden nicht nur besonders unter Hitzewellen, sondern vor allem sehr stark unter Einsamkeit. Viele fühlen sich ängstlich und unsicher, sind oft resigniert und haben Depressionen. Sie gehen häufig zum Arzt. Nicht zuletzt aus Unwissenheit und Unverständnis lassen sie ihre Leiden medikamentös behandeln und nehmen häufig Psychopharmaka. Der Bedarf an mehr muttersprachlichen Veranstaltungen und Informationsbroschüren war offensichtlich.

Als Resümee kann festgehalten werden, dass die *bremer wechseljahrswochen* ihr Ziel erreicht haben, umfassend zu informieren und auf vielen Ebenen miteinander ins (Fach-) Gespräch zu kommen. Die Gesamtveranstaltung wurde von allen Beteiligten und in der Öffentlichkeit wegen der vielseitigen Informationsfülle über die Wechseljahre ausgesprochen positiv bewertet. Es wurden viele Impulse für die weitere Arbeit in diesem Bereich gesetzt und so bereits jetzt eine Forderung der Bremer Erklärung mit Leben gefüllt: „*Wir fordern, dass Frauen in den Wechseljahren unabhängige und verlässliche Informationen zur Verfügung haben, die sie in ihrer Entscheidungsfindung für einen individuell angemessenen Umgang mit dieser Lebensphase unterstützen.*“

Was wollen Frauen, was brauchen Frauen? Programm der *bremer wechseljahrswochen*, Januar bis April 2003¹

Wechseljahre sind weit mehr als ein angenommener Hormonmangelzustand.

Von dem überwiegenden Teil der Frauen werden die Wechseljahre als natürliche Umbruchphase erlebt und bewertet. Gleichwohl fühlen sich viele Frauen veranlasst, die mit dieser Lebensphase einhergehenden Veränderungen mit Ihrem Arzt oder ihrer Ärztin zu besprechen. In diesem Zusammenhang wird vielfach der Einsatz der so genannten Hormonersatztherapie erwogen, die aus vorbeugenden Gründen abzulehnen ist.

Das vielseitige Veranstaltungsangebot der *bremer wechseljahrswochen* wird von mehreren (Frauen) Gesundheitseinrichtungen organisiert². Sie wurden vorbereitet von: *Wilma Warbel*, Gesundheitstreffpunkt West; *Inge Koepsell*, Frauengesundheitstreff Tenever; *Elisabeth Bohrer*, FrauenGesundheitsZentrum Bremen; *Birgit Sobottka*, Pro Familia Bremen

Das Programm wendet sich an interessierte Frauen jeden Alters und spricht die verschiedenen Aspekte dieser Wechselzeit in Frauenleben an.

Die *bremer wechseljahrswochen* begleiten den Kongress *wechseljahre multidisziplinär: was wollen Frauen – was brauchen Frauen*, der für Fachpublikum vom 21.-23.2.2003 in der Universität Bremen stattfindet.

¹ Der Text ist ein Wiederabdruck des Programmfaltblatts.

² Gesundheitstreffpunkt West, Frauengesundheitstreff Tenever, Frauengesundheitszentrum Bremen, ProFamilia Bremen, ProFamilia Bremen-Nord, VHS-Gesundheitszentrum

Programm

Mi 22.01.03, 15.00 - 16.30 Uhr

Wechseljahre - die heißesten Jahre der Frau (1) - Gesprächsrunde

Aufbruch zu neuer Freiheit, zu mehr Selbstbestimmung und Zukunftsphantasien oder das Ende von Attraktivität und Leistungsfähigkeit? *Dr. med. Marlen Schubert-Stadler*, Frauenärztin, Frauengesundheitstreff Tenever, kostenfrei, bitte anmelden

Di 28.01.03, 17.00 - 18.30 Uhr

Wechseljahre - die heißesten Jahre der Frau (2) – Gesprächsrunde.

Erfahrungsaustausch und Beratung über eine unruhige Lebenszeit. *Dr. med. Marlen Schubert-Stadler*, Frauenärztin, Frauengesundheitstreff Tenever, kostenfrei, bitte anmelden

Di 11.02.03, 20.00 Uhr

Ich will alles!

Die Wechseljahre – Umbruch und Aufbruch in einen neuen Lebensabschnitt. *Barbara Meyer*, ProFamilia Bremen-Nord, 3 €

So 16.02.03, 10.00 - 16.30 Uhr

Wechseljahre - Auftakt zu einer neuen Lebensphase

Schwerpunkte: Selbstbehandlungsmöglichkeiten mit Ernährung, Körperübungen, Kräutern. *Jutta Seiler*, VHS-Gesundheitszentrum, 19 € / ermäßigt 13 €

Mo 17.02.03, 20.00 Uhr

Schädlich oder nützlich?!?

Soll ich in den Wechseljahren Hormone nehmen? Grundlegende Informationen zum Thema sollen zur Entscheidungsfindung beitragen. *Dr. med. Jessika Buch*, Frauenärztin, ProFamilia Bremen, 3 €

Mi 19.02.03, 16.00 - 18.00 Uhr

Rund um Wechseljahre - Telefonische Beratung in Kooperation mit dem Weserkurier

Antworten auf Fragen zu verschiedenen Aspekten der Wechseljahre: *Dres. med. Edith Bauer* und *Marlen Schubert-Stadler*, Frauenärztinnen; *Claudia Morgana Brömer* (Körper und Bewegung); *Elisabeth Bohrer* (Naturheilkunde, Ernährung und Selbsthilfe); *Birgit Sobottka* (Alltagsbewältigung)

Mo 24.02.03, 18.00 - 20.00 Uhr

Wechseljahre - Krankheit oder Lebensphase? - Ende oder Übergang?

Gedanken und Anregungen, Altes und Neues, Provozierendes und Entlastendes zu diesem wichtigen Lebensabschnitt. *Dr. med. Marie-Helene Streicher*, Gesundheitstreffpunkt West, 3 €, bitte anmelden

So 02.03.03, 10.00 - 16.30 Uhr

Mit Ayurveda natürlich durch die Wechseljahre

Ayurveda bietet sich an, die Wechseljahre in einem anderen Licht zu betrachten und dadurch mehr Gelassenheit im Umgang mit sich selbst zu erlangen. *Ingrid Hüsing*, VHS-Gesundheitszentrum, 19 € / ermäßigt 13 €

Mo 03.03.03, 20.00 Uhr

Prä-, Meno-, Peri-, Postmenopause...

oder: Die Wechseljahre - Wie Frauen ihren Weg finden. *Birgit Sobottka*, ProFamilia Bremen, 3 €

Di 04.03.03, 20.00 Uhr

Müssen alle Frauen über 40 Hormone schlucken?

Hormone in den Wechseljahren - Standardprogramm oder individueller Entscheidungsprozess? *Barbara Meyer*, ProFamilia Bremen-Nord, 3 €

Do 06.03.03, 17.30 - 19.30 Uhr

Gruppenberatung Wechseljahre

Was passiert in Körper/Psyché in dieser Zeit? Welche Möglichkeiten und Grenzen haben Selbsthilfe und Naturheilkunde? *Elisabeth Bohrer*, Heilpraktikerin, FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V., 11 € / ermäßigt 8 €, bitte anmelden

So 09.03.03, 14.30 - 17 Uhr

Kulturcafé Wechselzeiten

Ein bunter Nachmittag mit Texten rund um Wechseljahre, Ausstellung, Kuchenbuffet, Klönen etc. und der Clownin *Kristin Kunze*, FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V., 3 €

Di 11.03.03, 20.00 Uhr

Wem nutzt die Medikalisierung der Wechseljahre?

Prof. Dr. phil. Petra Kolip, Gesundheitswissenschaftlerin, ProFamilia Bremen, 3 €

Do 13.03.03, 17.30 - 19.30

Gruppenberatung Wechseljahre

(Siehe 06.03.03), *Elisabeth Bohrer*, Heilpraktikerin, FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V., 11 € / ermäßigt 8 €, bitte anmelden

Do 13.03.03, 18.00 - 19.30 Uhr

Wechseljahre: Wie Frauen ihren Weg finden! - Gesprächsrunde

Viele Frauen sind verunsichert, haben Ängste, was nun alles auf sie zukommt. Welche Möglichkeiten bietet mir diese neue Lebensphase? *Birgit Sobottka*, Frauengesundheits-treff Tenever in Kooperation mit ProFamilia Bremen, kostenfrei, bitte anmelden

Sa 15.03.03, 15.00 – 19.00 Uhr

Lebenslinien – Selbsterfahrungsseminar für Frauen in der Mitte des Lebens

Eine Chance zu individueller Standortbestimmung, aus der sich Lust auf Zukünftiges entwickeln kann. *Gesa Tontara*, Psychodramatherapeutin, FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V., 23 € / ermäßigt 18 €, bitte anmelden

Fr 21.03.03, 18 – 21 Uhr und Sa 22.03.03, 10 – 17 Uhr

Shiatsu als Begleitung und Unterstützung in den Wechseljahren - Seminar

Wege, wie wir mit Hilfe von *Shiatsu* uns selber wie auch andere Frauen durch die Wechseljahre begleiten können, *Ulrike Freund*, Shiatsupraktikerin, FrauenGesundheits-Zentrum Bremen e.V., 74 € / ermäßigt 58 €, bitte anmelden

ab Mi 26.03.03, 20 Uhr

Wechseljahre – Neue Chancen in der Mitte des Lebens ?! - Selbsthilfegruppe

In einer Gruppe über ähnliche Sorgen, Ängste und Hoffnungen sprechen, Isolation aufheben, Unterstützung finden..., *Inge Dotschkis-Hillejan*, FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V., Kostenbeitrag abhängig von der Teilnehmerinnenzahl, bitte anmelden

Mi 26.03.03, 20 Uhr

Vom Therapeutikum zur Präventions- und Lifestyle-Pille:

Östrogene, Viagra und Co., *Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske*, Pharmazeut, ProFamilia Bremen, 3 €

Do 27.03.03, 20 Uhr

Phytohormone in Kräutern und Nahrung

Vortrag zu hormonähnlichen Substanzen in Pflanzen, die bei Beschwerden und zur Vorsorge eingesetzt werden können. *Gabriele Blösch*, Gesundheitsberaterin und Vollwertköchin; *Elisabeth Bohrer*, Heilpraktikerin, FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V., 6 € / ermäßigt 5 €

Do 27.03.03, 16.00 - 18.00 Uhr

Gruppenberatung zu Wechseljahren

Für türkischsprachige Frauen. *Dr. med. Naciye Celik*, Frauenärztin, Frauengesundheits-treff Tenever, kostenfrei, bitte anmelden

Di 01.04.03, 18.00 - 19.30 Uhr

Naturheilkundliche Behandlung und Selbsthilfe in den Wechseljahren – Gesprächs-runde

Wie entstehen Beschwerden in der *Wechselzeit*? Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe und Naturheilkunde. *Elisabeth Bohrer*, Heilpraktikerin, Frauengesundheits-treff Tenever in Kooperation mit dem FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V., kostenfrei, bitte anmelden

Do 03.04.03, 20.00 Uhr

Wechseljahre im Lebensrhythmus - Vortrag

Wechseljahre sind eine Übergangsphase im Lebenszyklus aller Frauen, aber auch individueller Prozess in einem bestimmten gesellschaftlichen Raum. *Colette Mergeay*, Psychologin der Frauenklinik ZKH Bremen Nord, FrauenGesundheitsZentrum Bremen e.V., 6 € / ermäßigt 5 €

Anhang

Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär*

Die über 200 Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Kongresses *wechseljahre multidisziplinär* haben am 23.2.2003 folgende Erklärung verabschiedet:

Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben von Frauen und keine Krankheit. In den Wechseljahren greifen körperliche, psychische und soziale Prozesse ineinander. Veränderungen, die Frauen während dieser Zeit erleben, können sehr verschiedenartig sein und unterschiedliche Ursachen haben. Sie bilden die Vielfalt der Lebenswirklichkeit von Frauen ab und sind im Kontext ihrer Lebenssituation zu sehen. Die Wechseljahre sind nicht auf hormonelle Veränderungen zu reduzieren. Die einseitige Sichtweise und Bewertung führt zu unangemessenen Behandlungskonzepten und zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die mit zweifelhaftem Nutzen und mit Risiken einher gehende Therapie mit Sexualhormonen ist dafür nur ein deutliches Beispiel.

Es stellt sich die Frage, ob Frauen überhaupt eine professionelle Begleitung in dieser Lebensphase benötigen, und wenn ja, wie ein frauen- und situationsgerechtes Angebot aussehen kann.

Wir fordern,

- dass alle Frauen unabhängige und verlässliche Informationen zur Verfügung haben, die sie in ihrer Entscheidungsfindung für einen individuell angemessenen Umgang mit dieser Lebensphase unterstützen. Hierzu gehören die zielgruppenspezifische Entwicklung von Informationsmaterialien, z.B. durch die BZgA und die Krankenkassen, sowie die Förderung der Selbsthilfe und der Aufbau geschlechts- und kultursensibler Beratungs- und Behandlungsangebote.
- dass der jeweilige Stand des Wissens zu den Risiken und dem Nutzen systematisch zusammen getragen, bewertet und in die ärztliche Praxis umgesetzt wird, z.B. durch die interdisziplinäre Entwicklung von Leitlinien.
- eine auch von wirtschaftlichen Partikularinteressen unabhängige multidisziplinäre und geschlechtssensible Gesundheitsforschung, die auch die Ressourcen und Stärken von Frauen in den Blick nimmt.
- dass im System der medizinischen Versorgung notwendige Veränderungen für eine wissenschaftlich nachgewiesene und frauengerechte Versorgung in den Wechseljahren herbeigeführt werden. Dazu braucht es eine Sensibilisierung der Akteure und Akteurinnen sowohl für die Bedürfnisse von Frauen wie auch für die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen professionellen Handelns.

- die Einbindung geschlechts-, sozialschichts- und kultursensibler Erkenntnisse in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Professionen sowie den Ausbau multiprofessioneller Zusammenarbeit.
- dass die Medikalisierung der Wechseljahre beendet wird. Die Aufwertung und Stärkung der Selbstkompetenzen von Frauen muss ins Zentrum zukünftiger Konzepte der Gesundheitsförderung gerückt werden.
- dass Aktivitäten entwickelt werden, die in unserer Gesellschaft das Altern von Frauen sowie ihre Kompetenzen und Lebenserfahrungen wertschätzt.

Die Bremer Erklärung *wechseljahre multidisziplinär* soll zur Entwicklung neuer Konzepte und Strukturen im Umgang mit den Wechseljahren beitragen. Alle Beteiligten dieses Kongresses sind aufgefordert, im Sinne dieser Erklärung in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern verantwortlich zu handeln und die Diskussion fortzuführen.

Die Autorinnen und Autoren

Maria J. Beckermann, Dr. med., geb. 1951, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychotherapie, Homöopathie, niedergelassen in Köln in psychosomatischer Schwerpunkt-Gemeinschaftspraxis mit multiprofessioneller Kooperation; Mitbegründerin und Vorstandsmitglied der Frauenberatungsstelle Frauenleben in Köln, Mitglied im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF), Herausgeberinnen- und Autorinnentätigkeit, Tutorin in der Qualitätssicherungsarbeit der KVNO (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein).

Dr. med. Maria J. Beckermann, Brabanter Str. 53, 50672 Köln, mjbeckerm@aol.com

Gabriele Blösch, geboren 1956 im badischen Kraichgauer Hügelland, hat schon als Kind gerne in die Kochtöpfe geschaut und nach einigen beruflichen Umwegen ihr Hobby endlich zum Beruf gemacht. Sie ist Gesundheitstrainerin im Bereich Vollwerternährung des UGB und hauswirtschaftliche Leiterin und Köchin in Altenbücken.

Gabriele Blösch, Celler Str. 20, 28205 Bremen

Elisabeth Bohrer, Jahrgang 1955, Diplom-Pädagogin und Heilpraktikerin in eigener Praxis. Beratungstätigkeit im FrauenGesundheitsZentrum Bremen zu Selbsthilfe und naturheilkundlichen Verfahren bei frauenspezifischen Erkrankungen und Beschwerden.

Elisabeth Bohrer, Heilpraktikerin, Fedelhöfen 50, 28203 Bremen

Theda Borde, Dr. P.H., Dipl.-Pol., MPH, geb. 1957, zwei Kinder, Studium der Politologie und Psychosozialen Prävention und Gesundheitsförderung an der Freien Universität Berlin; wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité/Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Forschungsprojekten zur Versorgungssituation von stationären Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft und zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen; Lehrbeauftragte für Sozialmedizin an der Alice Salomon Fachhochschule Berlin.

Dr. Theda Borde (MPH), Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, theda.borde@asfh-berlin.de

Antonie Danz, Dr., Diplom-Oecotrophologin und Master of Science, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität zu Köln. Arbeitsschwerpunkte: Frauengesundheit und Ernährung, betriebliche Gesundheitsförderung, Traditionelle Chinesische Medizin in der Ernährungsberatung.

Dr. Antonie Danz, Universität zu Köln, Institut für Biologie und ihre Didaktik, Abteilung Humanbiologie/Gesundheitserziehung, Gronewaldstraße 2, 50931 Köln, antonie.danz@uni-koeln.de

Matthias David, Privatdozent Dr. med., geb. 1961, Oberarzt an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Charité, Campus Virchow-Klinikum, Forschungsgebiete: Public Health/Migration, geburtshilfliche Themen, Medizingeschichte.

PD Dr. Matthias David, Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, matthias.david@charite.de

Martina Dören, Prof. Dr. med., Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Inhaberin der Stiftungsprofessur "Frauenforschung und Osteologie" an der Freien Universität Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Nutzen-Risiko-Evaluierung von Hormontherapien bei Frauen, Sexualsteroiden und (Brust-)Krebs, Prävention und Therapie von Osteoporose, geschlechtsspezifische Aspekte in Epidemiologie, Diagnostik und Therapie häufiger Erkrankungen bei Frauen. Kommissionsmitglied des postgradualen Studiengangs "Genderkompetenz" der Freien Universität Berlin (<http://www.fu-berlin.de/genderkompetenz/>)

Univ.-Prof. Dr. med. Martina Dören, Freie Universität Berlin, Klinisches Forschungszentrum Frauengesundheit, Klingsohrstraße 109a, 12203 Berlin, martina.doeren@medizin.fu-berlin.de

Barbara Duden, Prof. Dr., Historikerin und Professorin am Institut für Soziologie der Universität Hannover, Pionierin auf dem Gebiet der Körpergeschichte, der feministischen Auseinandersetzung mit der Genetik und der Biomedizin; Lehrgebiete: Kulturosoziologie, Gesellschafts- und Kulturhistorische Frauen- und Geschlechterforschung und Medizingeschichte.

Prof. Dr. Barbara Duden, Universität Hannover, Institut für Soziologie, Schneiderberg 50, 30167 Hannover, b.duden@ish.uni-hannover.de

Elke Anna Eberhard, M.A., Studium der Gesundheitswissenschaften, Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik, Sprecherin der AKF-Regionalgruppe Bremen; Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsinformation, Frauengesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention.

Elke Anna Eberhard, Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39, 28209 Bremen, eberhard@zes.uni-bremen.de

Gerd Glaeske, geb. 1945, Prof. Dr., Pharmazeut, Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkte: Qualität der Arzneimittelversorgung, Arzneimittel epidemiologie, Arzneimittelinformation, Arzneimittelmarkt, Versorgungsqualität; Mitglied des Direktoriums des Zentrums für *Public Health* an der Universität Bremen, Mitglied im Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen, gglaeske@zes.uni-bremen.de

Sylvia Groth, M.A, Medizinsoziologin, Geschäftsführerin des Frauengesundheitszentrums Graz, Österreich; Arbeitsschwerpunkte: Patientinnenrechte, Wechseljahre, kommunale Strategien, innovative Frauengesundheitsprojekte.

Sylvia Groth, Frauengesundheitszentrum, Joanneumring 3, A 8010 Graz,
frauen.gesundheit@fgz.co.at, www.fgz.co.at

Ulrike Hauffe, Diplom-Psychologin, Landesbeauftragte für Frauen der Freien Hansestadt Bremen, Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG).

Ulrike Hauffe, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF), Knochenhauer Str. 20/25, 28199 Bremen,
ulrike.hauffe@frauen.bremen.de

Cornelia Heitmann, Dr. oec. troph, MPH, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS).

Dr. Cornelia Heitmann MPH, BIPS, Linzer Str. 8-10, 29359 Bremen,
heitmann@bips.uni-bremen.de

Elina Hemminki, Prof. Dr. P.H., Professorin am National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Health and Social Services.

Prof. Elina Hemminki, National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES), Health and Social Services, P.O.Box 220, 00531 Helsinki, Finland, elina.hemminki@stakes.fi

Gisela Hildebrand, geb. 1955, 1. und 2. Staatsexamen Kunstwissenschaft und Romanistik, arbeitet seit 1996 in eigener Praxis mit Qi Gong, Tai Ji und Shiatsu. Schwerpunkte: Qi Gong und Tai Ji für Frauen, Qi Gong zum Wecken der Lebensfreude und zur Unterstützung im Alltag, Qi Gong zur Prävention und Stärkung bei Krebs, Qi Gong mit Kindern; Lehrerin und Ausbilderin der Deutschen Qi Gong Gesellschaft; Lehrerin des Netzwerkes für Tai Ji Quan und Qi Gong; Shiatsu Therapeutin (GSD).

Gisela Hildebrand, Braunschweiger Str. 66, 28205 Bremen,
hildebrand.qigong@web.de

Ingeborg Jahn, Dr. phil., Betriebswirtin und Diplom-Sozialwirtin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS); Arbeitsschwerpunkte: Frauen- und Geschlechterforschung, besonders frauengerechte Gesundheitsversorgung, Grundlagen gendergerechter Public Health-Forschung und Praxis.

Dr. Ingeborg Jahn, BIPS, Linzer Str. 8-10, 29359 Bremen, jahn@bips.uni-bremen.de

Inge Koepsell, Jahrgang 1951, Diplom-Sozialpädagogin, Fachkraft für kommunale Gesundheitsförderung, seit 13 Jahren beschäftigt im Frauengesundheitstreff Tenever in Bremen, Arbeitsschwerpunkte: Projektmanagement, Krisenintervention, individuelle Gesundheitsberatung und Krankheitsbegleitung.

Inge Koepsell, Frauengesundheitstreff Tenever, Koblenzer Straße 3A, 28325 Bremen, FrauengesundheitstreffTenever@t-online.de

Petra Kolip, Prof. Dr. phil., Diplom-Psychologin, Professorin für Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt Frauen und Gesundheit am Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, Leiterin der Abteilung Sozial-epidemiologie am Bremer Institut für Präventionsforschung, Sozialmedizin und Epidemiologie (BIPSE), Mitglied des Zentrums für Feministische Studien der Universität Bremen; Mitglied des Direktoriums des Zentrums für Public Health an der Universität Bremen.

Prof. Dr. phil. Petra Kolip, Universität Bremen, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Postfach 330440, 28334 Bremen, kolip@bips.uni-bremen.de

Colette Mergeay, Diplom-Psychologin, geb. 1946 in Brüssel, lebt seit 1971 im Raum Bremen, verheiratet, Mutter und Großmutter, psychologische Psychotherapeutin in der Frauenklinik des Zentralkrankenhauses Bremen-Nord.

Colette Mergeay, Zentralkrankenhaus Bremen-Nord, Hammersbecker Str. 228, 28757 Bremen, colette.mergeay@zkhNord.de

Gabriele Meyer, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin in der Fachwissenschaft Gesundheit der Universität Hamburg.

Gabriele Meyer, FB 13, IGTW, Fachrichtung Gesundheit, Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg, GMeyer@uni-hamburg.de

Ingrid Mühlhauser, Univ.-Prof. Dr. med., Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie. Professorin für Gesundheit an der Universität Hamburg, wissenschaftliche Schwerpunkte: Behandlungs- und Schulungsprogramme für PatientInnen mit chronischen Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, Asthma bronchiale), Quality of life, Versorgungsepidemiologie, Evidence-based Medicine, Evidence-based Nursing and Health Care, Evidenz-basierte PatientInnen/VerbraucherInnen-Information, Informed Decision Making.

Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Universität Hamburg, FB 13, IGTW, Fachrichtung Gesundheit, Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg, Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de

Annemiek Richters, Prof., MD, Medizinerin und Anthropologin, Professorin in *culture, health and illness*, Leiden University Medical Centre. Arbeitsschwerpunkte: Geschlechtergewalt, Traumaforschung, Gesundheit und Heilung, westliche Medizin und Körperpolitiken von Frauen im Kontext von Globalisation, Gesundheit und Menschenrechten.

Prof. Annemiek Richters, Postbox 2083, 2301 CB Leiden, Niederlande,
j.m.richters@lumc.nl

Christina Sachse, Jahrgang 1953, Dipl. Biologin, Apothekerin, langjährige Mitarbeiterin des Feministischen Frauengesundheitszentrums in Berlin mit den Schwerpunkten: Wechseljahre, Osteoporose, Vaginalinfektionen, Schilddrüse und Veränderungen am Gebärmutterhals (PAP). Gleichzeitig Teilzeittätigkeit in einer Apotheke.

Christina Sachse, Nassauische Str. 31, 10717 Berlin, c_sachse@gmx.de

Ilse Scheinhardt, Sozialwissenschaftlerin, Referentin für Frauengesundheit in der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF).

Ilse Scheinhardt, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF), Knochenhauer Str. 20/25, 28199 Bremen,
ilse.scheinhardt@frauen.bremen.de

Birgit Sobottka, Jahrgang 1956, Diplom-Sozialpädagogin, Fachkraft für kommunale Gesundheitsförderung, systemische Familienberaterin, seit 1995 Sexualpädagogin bei der ProFamilia Bremen. Arbeitsschwerpunkte: MultiplikatorInnenfortbildung (z.B. in den Bereichen Behinderte und Sexualität, Kinder- und Jugendsexualität, sexuelle Belästigung), Frauengesundheit und Sexualität, Wechseljahre.

Birgit Sobottka, ProFamilia Bremen, Hollerallee 24, 28209 Bremen

Hanna Staud-Hupke, Sozialwissenschaftlerin, Landesgeschäftsführerin der ProFamilia Bremen.

Hanna Staud-Hupke, ProFamilia Bremen, Hollerallee 24, 28209 Bremen

Regina Stolzenberg, Jahrgang 1951, Medizinsoziologin, Autorin, frühere langjährige Tätigkeit in Frauengesundheitszentren, Mitgründerin der Brustkrebs-Initiative Berlin und des Stadtteilprojekts „gesund – Gesundheitsförderung und -beratung im Reuterkiez“, Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF). Arbeitsschwerpunkte: Wechseljahre, Brustkrebsbewegung, Patientinnenrechte, Gesundheitspolitik, gegenwärtig tätig in der Frauengesundheitsforschung.

Regina Stolzenberg, Hobrechtstr. 58, 12047 Berlin, restolzenberg@aol.com

Kirsten von Sydow, Privatdozentin, Dr. phil., Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin, Vertretungsprofessorin für Klinische Psychologie an der Universität Duisburg-Essen (Standort Duisburg). Forschungsschwerpunkte: (weibliche) sexuelle Entwicklung im Lebenslauf; Partnerschaft(sprobleme); kritische Übergänge im individuellen, partnerschaftlichen und familiären Lebenslauf (Schwangerschaft und Elternschaft; Menopause und menopausale Probleme); Bindungstheorie, -forschung, und -therapie sowie systemische Familientheorie, -forschung und -therapie.

PD Dr. Kirsten von Sydow, Universität Duisburg-Essen, Vertretungsprofessorin für Klinische Psychologie, Fakultät 1/InKK/BC 309; Bismarckstr. 90, 47048 Duisburg, sydow@uni-duisburg.de

Wilma Warbel, Jahrgang 1958, Diplom-Sozialarbeiterin, Systemische Beraterin und Familientherapeutin, ist im Gesundheitstreffpunkt West in Bremen als Referentin für kommunale, strukturelle Gesundheitsförderung und individuelle Gesundheitsberatung tätig. Arbeitsschwerpunkte: Gewalt- und Suchtprävention, Frauen- und Familiengesundheit, Projektmanagement.

Wilma Warbel, Gesundheitstreffpunkt West e.V., Gröpelinger Heerstraße 120, 28237 Bremen, gtp.west@t-online.de