

Beweggründe von Frauen für eine Hormoneinnahme in den Wechseljahren

Nicole Höfling-Engels¹, Petra Kolip¹, Norbert Schmacke²

¹ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen,

² Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Universität Bremen.

Eingang des Manuskripts: 16. 7. 2008.

Annahme des überarbeiteten Manuskripts: 5. 11. 2008.

Die Debatte um die Evidenz für das Verschreiben von Östrogenen oder Östrogen-Gestagen-Kombinationen in und nach den Wechseljahren konzentriert sich nach wie vor auf die Frage, ob es jenseits der Möglichkeit der Beeinflussung von starken Wechseljahresbeschwerden nicht doch Chancen der Prävention durch Hormon„substitution“ gibt. Der Abbruch des ersten Untersuchungsarms der WHI-Studie [12] im Jahre 2002 führte allerdings aus wissenschaftlicher Sicht definitiv zu einer Zäsur in der Debatte um die Hormoneinnahme in den weiblichen Wechseljahren [7]. Angesichts dieser randomisierten, kontrollierten Studie wurde eine negative Nutzen-Risiko-Bilanz deutlich, vor allem hinsichtlich eines erhöhten Risikos für Brustkrebs, Herzinfarkt, Schlaganfälle und Thromboembolien. In Deutschland nahmen – bei einem beachtlichen Rückgang der Verschreibungsmengen – 2007 noch immer „1,5 Mio. Frauen in der Gesamtbevölkerung“ [11] täglich Hormone in den Wechseljahren ein. Grund für diese noch immer verhältnismäßig hohe Zahl von Anwenderinnen sind die in diesem Spektrum fortbestehenden „Lagerkämpfe“ von Befürwortern und Gegnern. Auf der einen Seite sind nach wie vor Stimmen aus gynäkologischen Fachkreisen zu vernehmen, die geradezu unerschütterlich den angeblich noch immer bestehenden Nutzen einer Hormontherapie (HT) für einen großen Anteil von Frauen mit Beschwerden in den Wechseljahren überbetonen [6, 8]. Eine Schlüsselrolle kommt dabei der internationalen Menopausegesellschaft zu, die erst jüngst

noch einmal den Versuch unternommen hat, die Studienlage im Sinne einer positiven Nutzen-Risiko-Bilanz für die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen umzudeuten [5]; dabei beharrt sie auf dem Konstrukt der Hormon„ersatz“therapie, die Frauen in und nach den Wechseljahren de facto als Hormonmangelwesen versteht. Auf der anderen Seite sind die Stimmen der deutschen Ärzteschaft deutlich zu vernehmen, die sich der Position der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft [1] anschließen, welche zur Zurückhaltung in der Verordnung mahnt. So finden sich etwa im *Deutschen Ärzteblatt* jüngst noch einmal Stimmen, die deutlich machen, dass von einer „Entwarnung“ für ein auf Prävention abzielendes Verschreiben von Hormonen nicht die Rede sein kann [2, 9].

Die Sicht betroffener Frauen

Es muss verwundern, dass angesichts des geradezu routinemäßigen jahrzehntelangen Verschreibens von Hormonen an Frauen in und nach den Wechseljahren wenig über die Perspektive von Frauen zum Stellenwert einer HT und ihre Beweggründe für eine Einnahme geforscht wurde. Hierin ist ein gravierender Mangel bisheriger klinischer Forschung zu sehen, da sich ein im Zusammenhang mit Lebensphasen ergebender Beratungsbedarf anders nicht ermitteln lässt. Nachfolgende Teilergebnisse einer eigenen Untersuchung [4] zeigen, in welche Richtung die Entwicklung eines umfassenden Beratungskonzepts für Frauen in und nach den Wechseljahren gehen müsste. Zu diesem Zweck wurden 35 qualitative Interviews mit Frauen im Alter von 46–75 Jahren im Raum Bremen durch-

geführt, die über einen Zeitraum von mindestens 1 Jahr Hormonpräparate einnahmen. Es handelte sich dabei unseres Wissens um die erste in Deutschland durchgeführte ausführliche Befragung von Frauen in und nach den Wechseljahren, die sich im Rahmen von semistrukturierten Interviews dem andauernden Phänomen der Hormoneinnahme in den Wechseljahren annähert. Die narrativen Interviews wurden an die rekonstruktionslogische Erhebungs- und Auswertungsmethode Fritz Schützes angelehnt. „Der Name ‚narratives Interview‘ verweist bereits auf den besonderen Charakter dieser Form der Interviewerhebung innerhalb der Biographieforschung. Im Gegensatz zu den weit verbreiteten strukturierten Interviews, bei denen bereits vorab formulierte Fragen die Ergebnisse stark präformieren können, sieht die von Fritz Schütze entwickelte Erhebungsmethode eine maximale Offenheit vor“ [3]. Bei diesem Verfahren werden Datentexte gewonnen, „welche die Ereignisverstrickungen und die lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtung des Biographieträgers so lückenlos reproduzieren, wie das im Rahmen systematischer sozialwissenschaftlicher Forschung überhaupt nur möglich ist. Nicht nur der ‚äußerliche‘ Ereignisablauf, sondern auch die ‚inneren Reaktionen‘, die Erfahrungen des Biographieträgers mit den Ereignissen und ihre interpretative Verarbeitung in Deutungsmustern, gelangen zur eingehenden Darstellung“ [10]. Das heißt also, dass es mittels dieses Erhebungsverfahrens möglich wird, sowohl die individuelle Umgangsweise von Frauen mit den Wechseljahren und der Hormoneinnahme zu erfassen wie auch den erlebten äußeren Rahmen, den Umgang mit dieser Lebensphase inner-

STANDORTE

halb ihres Lebenskontexts, also der Personen in ihrem Umfeld (Familie, Freundinnen und Freunde, Arbeitskolleginnen und -kollegen, ihre Ärztinnen und Ärzte usw.) mit einzubeziehen (zur Methodendarstellung und Gewinnung des Sample s. Abschlussbericht [4]).

Altersspektrum des Sample

Von den 35 erhobenen Interviews gingen 30 in die Auswertung ein, da sich diese als eindeutig verwertbar herauskristallisierten. Das Altersspektrum der beteiligten Frauen schlüsselte sich wie folgt auf: Elf Frauen waren ≥ 60 Jahre, wovon drei Frauen zum Zeitpunkt der Interviews weiterhin Hormonpräparate einnahmen. 16 Frauen waren zwischen 50 und 59 Jahre alt. Von diesen waren acht Frauen nach wie vor Hormonanwenderinnen. Die kleinste Altersgruppe mit vier Frauen stellten die 46- bis 49-Jährigen dar, wovon zwei Frauen die HT noch nicht beendet hatten.

Insgesamt wandten von den befragten Frauen noch 13 andauernd Hormone an, zumeist in Form von sequentieller oder kontinuierlicher Einnahme von Tabletten, aber auch als Hormonspritzen, -pflaster oder -gele. Da im Rahmen dieser Untersuchung nicht die Wahl der Hormonpräparate und deren Anwendungsmuster im Mittelpunkt des Forschungsinteresses standen, wurde nicht explizit nach der Anwendung von Östrogen oder Östrogen-Gestagen-Präparaten unterschieden.

Einnahmedauer

Die Einnahmedauer der HT lag bei den befragten Frauen in der Mehrzahl deutlich über dem zurzeit empfohlenen Zeitraum von maximal etwa 1 Jahr, wenn eine solche konkrete Angabe überhaupt möglich ist. Bei nur vier Frauen lag die Einnahmedauer in einem Zeitraum von 1–3 Jahren, wobei zwei Frauen diese Zeitspanne wahrscheinlich noch überschreiten werden, da sie zum Zeitpunkt der Erhebung noch immer Anwenderinnen waren. Eine 3- bis 5-jährige Einnahmedauer war bei fünf Frauen der Fall (davon noch zwei fortwährende HT-Anwenderinnen), und eine bereits 5- bis 10-jährige Einnahmephase hatten immerhin neun der befragten Frauen (davon vier

Frauen weiterhin Konsumentinnen) bereits hinter sich. Sehr überraschend war auch die hohe Zahl von Langzeitanwenderinnen, die in der Studie vertreten waren: Insgesamt sieben Frauen (drei Frauen andauernd) nahmen die menopausale HT bereits über einen Zeitraum von 10–20 Jahren und fünf Frauen über eine Zeitspanne von 20–30 Jahren, wobei zwei Frauen die Hormonanwendung noch nicht beendet hatten.

Beendigung der Hormoneinnahme

Von den 17 Frauen, deren HT-Einnahme zum Zeitpunkt der Erhebung bereits beendet war, hatten zwei dies vor der Veröffentlichung des ersten Studienarms der WHI-Studie 2002 getan. Im Jahre 2002 selbst beendeten fünf Frauen die Hormoneinnahme, und erst in den folgenden Jahren beendeten zehn der befragten Frauen die Dauermedikation. Aus einigen Ausführungen der Interviewpartnerinnen wurde somit auch deutlich, dass die veröffentlichten Erkenntnisse der WHI-Studie zur Beendigung oder zumindest zu einer kurzzeitigen Unterbrechung der HT-Einnahme führten. Im Rahmen ihrer häufigen Verunsicherung bezüglich der Berichterstattung über die HT in der Menopause wechselten auch viele Frauen zwischen der Einnahme von Hormonen und naturheilkundlichen Präparaten oder kombinierten diese zeitgleich.

Ausgewählte Kernergebnisse

Im Folgenden soll ein Einblick in einige zentrale Ergebnisse der vorliegenden Studie gegeben werden. Dabei werden auch kurze Interviewzitate der befragten Frauen angeführt. Für eine detaillierte Beschreibung und zum Nachvollzug weiterer Interviewbelege sei noch einmal auf den Abschlussbericht [4] verwiesen.

Gründe für die Erstverschreibung einer Hormontherapie

Als hauptsächliche Gründe für die Erstverschreibung von Hormonpräparaten gaben die befragten Frauen vor allem klassische Wechseljahresbeschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, atrophische Veränderungen an den

Genitalien, Schlafstörungen und Reizbarkeit an. Dabei verwiesen sie nicht selten auf deren Eskalation aufgrund einer langen Vorlaufzeit anhaltender Beschwerden, die zunächst entweder ausgehalten oder alternativ zu bekämpfen versucht wurden. Diese „sanften“ Versuche einer Behandlung von Wechseljahresbeschwerden müssen bereits als eine Annäherung an eine chemische Hormonbehandlung betrachtet werden, da sie an eine Haltung der Behandlungswürdigkeit von Beschwerden in dieser Lebensphase heranführen. Somit ist eine neue Form der Medikalisierung der Wechseljahre, sozusagen durch die Hintertür, zu verzeichnen.

Dazu die Ausführung von Frau V., 54 Jahre, nach einer langen Zeit der Zuspitzung von Beschwerden:

„Und ich hab dann mit meiner Gynäkologin gesprochen (...) und sie hat mir halt die Möglichkeiten aufgeführt, zum einen eben ja, dass man eine Hormonersatztherapie machen kann und zum anderen eben pflanzliche Therapien, also sprich Remifemin. Ich hab mich dann erstmal für Letzteres entschieden und hab das 'n paar Monate durchgeführt. Ja ich glaub, ja 'n paar Monate, halbes, dreiviertel Jahr, und es wurde überhaupt nicht besser. Und dann hab ich, hab ich ihr halt vorgeschlagen, ich würde doch gerne Hormone nehmen. Ich möchte es mal ausprobieren, wie es ist. Das hab ich dann gemacht, und mir ging's ja von Stund an besser“ (Interview 22, Z. 41–52).

Die Wahrnehmungsweise von Signalen in der Menopause und der Umgang mit ihnen sind nicht unabhängig von den eingenommenen Haltungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu sehen, wie auch zugleich an dem Beispiel von Frau V. zu erkennen ist. So wird vielfach in den Interviews auf den ärztlichen Rat einer in dieser Situation angebrachten Präparatwahl (Hormone oder zunächst naturheilkundliche Präparate) im Gegensatz zu vielfältigen Versuchen alternativer Beschwerderegulation verwiesen.

Des Weiteren begründeten Frauen ihren Griff zu Hormonpräparaten mit anhaltenden, unregelmäßigen Blutungen, z.T. über mehrere Jahre, die zunehmend ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Beruf und Familie einschränkten.

Der nahezu unveränderte Erhalt der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, trotz erlebter Veränderungen in den

Wechseljahren, erwies sich im Zuge der Untersuchung als eine von den Frauen wahrgenommene notwendige Anforderung, welcher sie mittels einer HT nachzukommen versuchen und welche somit als ein weiterer Beweggrund für die HT-Einnahme festzuhalten ist.

Frau Z., 55 Jahre:

„Und ich hab auch dann immer wieder versucht, auf die Tabletten zu verzichten mit dem Ergebnis, dass ich das überhaupt nicht ertragen konnte (...). Also es war wirklich un-er-träglich (...). So, und dann hab ich beschlossen, solange ich berufstätig bin, richte ich mich darauf ein, dass ich Hormonpräparate nehme. Und wenn ich dann aufhöre, dann kann ich das auch besser verkraften“ (Interview 32, Z. 102–114).

Dieser Motivationsgrund sollte unbedingt in Zukunft stärker untersucht werden, da er offensichtlich zunehmend an Bedeutung gewonnen und sich in den Informations- und Beratungskonzepten von Ärztinnen und Ärzten anscheinend noch nicht niederschlagen hat.

Verwundert hat auch, dass weiterhin die langjährige „Prophylaxe“ von Wechseljahresbeschwerden aufgrund von vorausgegangenen Hysterektomien oder sogar alleinigen Hormonspiegelmessungen als Einnahmegrund angegeben wurde.

Dethematisierung der WHI-Studie in der ärztlichen Praxis

Nur ein sehr kleiner Teil der Interviewten verfügte über ein umfassendes Wissen bezüglich der Ergebnisse der WHI-Studie von 2002. Jedoch schöpfen die Frauen ihre Kenntnisse nicht aus Gesprächen und Informationen in der ärztlichen Praxis, sondern zumeist ausschließlich aus Berichten in Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehen und Radio. Wenn die Befragten überhaupt davon berichtet haben, dass sie sich mit ihrer behandelnden Ärztin/ihrem behandelnden Arzt über die Ergebnisse dieser und weiterer Studien ausgetauscht haben, dann erfolgte dies zumeist aufgrund der Eigeninitiative der Frauen.

Frau Z., 49 Jahre:

„Also das hab ich ja nicht kompakt bekommen, sondern ich hab dann hier mal was gelesen, da mal was, oder im Fernsehen oder Radio oder wie auch immer. Ich hab

denn jedenfalls gezielt nach Informationsmaterial im Wartezimmer gesucht bei meinem Arzt, und da waren auch drei Blätter, das war alles pro Hormon“ (Interview 35, Z. 455–459).

Und Frau E., 54 Jahre, erzählt:

„Ja ich hatte meinen Hausarzt mal drauf angesprochen, aber äh, er ist überhaupt nicht drauf eingegangen. Er hat nur gesagt, ach, das ist alles Unsinn, hat er gesagt. Und ähm, mir wäre es ja ganz gut gegangen mit den Hormonen, ich sollte die mal weiter nehmen“ (Interview 5, Z. 1221–1225).

Wie anhand des Zitats von Frau E. erkennbar ist, führten selbst die konkreten Nachfragen von Frauen in der ärztlichen Praxis dann zumeist nicht zu einem ausführlichen Aufklärungsgespräch. Stattdessen berichten die meisten Frauen, dass ihre Ärztinnen und Ärzte die Studienergebnisse und deren Bedeutung für die Frauen entweder bagatellisierten, indem sie die Frauen zu beruhigen versuchten und auf eine individuelle Behandlung für jede Frau verwiesen (s. hierzu auch das vorausgegangene Zitat von Frau E.), oder die Ergebnisse insgesamt relativierten, wie Frau U., 60 Jahre, dies auch erlebt hat:

„Ja, ach und dann hat er noch gesagt, die Presse würde das alles so hochjubeln, und das sei also überhaupt nicht wahr, und da müsste ich mir keine Gedanken machen, und das sei eigentlich nur von der Presse so fürchterlich in den Vordergrund gestellt, und die Studien seien gar nicht hundertprozentig beweisend“ (Interview 21, Z. 587–591).

Diese Haltung der Ärztinnen und Ärzte hatte zumeist nicht zur Folge, dass die Frauen beruhigt ihre Hormonpräparate weiterhin einnahmen. Vielmehr wurden sie stark verunsichert und setzten z.T. auf eigene Faust und partiell heimlich die HT spontan ab. Andere Frauen versuchten, die Dosis zu reduzieren, indem naturheilkundliche Präparate ergänzend eingenommen wurden. Wieder andere nahmen die HT mit schlechtem Gewissen weiter ein oder begannen nach erfolglosen Auslassversuchen später wieder mit der Einnahme. Im Rahmen der Interviews wurden daraufhin sogar Überlegungen laut, ob sie als „Patientinnen“ vielleicht lediglich zur Sicherung der ökonomischen Existenz der Medizinerin/des Mediziners dienen würden, da diese durch ein eventuelles Absetzen der

Präparate ein Fernbleiben der Frauen aus der Praxis befürchten könnten und deshalb auch nicht dazu rieten.

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass zum einen evidenzbasierte Informationen im Zusammenhang mit der WHI-Studie und anderen Forschungserkenntnissen zur menopausalen HT den Frauen vielerorts vorenthalten wurden und zum anderen diese von den interviewten Frauen angetroffene ärztliche Haltung zu einer zunehmenden Verunsicherung führte.

Frau I., 64 Jahre:

„Und daraufhin hab ich ihn auch angesprochen, und da hat er das auch abgewiegt, hat gesagt och, das ist ja gar nicht erwiesen, und also er wurde, hat nie klar Stellung dazu genommen. Das hat mich eigentlich immer 'n bisschen gestört, denn das war ja 'ne Studie, die wirklich das bewiesen hat, dass die Brustkrebs, Brustkrebsrisiko erhöht war. Und dass die Studie abgebrochen wurde die ja doch, ne? Wegen Schlaganfall und Herzinfarkt. War doch so, ne? Aber er hat das, er hat das nur wieder abgewiegt“ (Interview 9, Z. 491–500).

Rolle der ärztlichen Aufklärung in der Sprechstunde

Solche Verunsicherungen und deren Folgen hätten verringert werden können, wären die von den Frauen erwähnten Ärztinnen und Ärzte ihrer Aufklärungspflicht in der Sprechstunde nachgekommen.

Viele Frauen berichten in diesem Zusammenhang, dass ihre Gynäkologinnen/Gynäkologen eine eindeutige Aussprache geradezu gescheut hätten, obwohl ihnen ein intensives Gespräch wichtig gewesen wäre.

Frau N., 61 Jahre:

„das war eigentlich recht oberflächlich. Wir sind nachher, meist war die Zeit nicht da, so richtig tief da rein zugehen, Detail dann, ne“ (Interview 14, Z. 388–390).

Und etwas später merkt Frau N. zudem kritisch an:

„Ich hätte immer gedacht, dass er mich da, von seiner Seite hätte er es auch mal sagen müssen, das ist also. Dass er sagt Sie sind jetzt in dem und dem Alter, jetzt müssen wir vielleicht mal das und das untersuchen oder tun. Und das, das kam immer alles gar nicht so. Obwohl ich, wie gesagt, mit dem Arzt sonst sehr zufrieden bin, ich geh ja nun achtundzwanzig Jahre hin. Aber

STANDORTE

äh, weiß nicht, wie's bei anderen Frauen-ärzten ist, wie das da gehandhabt, es kam immer alles mehr oder weniger von mir, hatt ich das Gefühl“ (Interview 14, Z. 412–420).

Frau N. macht hier sehr deutlich, dass sie sich, wie viele andere Frauen auch, von ihrem Frauenarzt alleingelassen fühlt, da ihr seine Meinung sehr wichtig gewesen wäre und sie auch bereits lange auf ihn vertraut hat. Sie erhält jedoch weder aktuelle Informationen, noch werden Anregungen ausgesprochen – ganz im Gegensatz zu den von den gynäkologischen Standesvertretungen mehr und mehr propagierten Aussagen, dass sie sich als kompetente Begleiter von Frauen in allen Lebensphasen definiert sehen möchten.

Im Extremfall führt diese fehlende Deckung der Bedürfnisse von „Patientinnen“ und des Verhaltens einzelner behandelnder Ärzte und Ärztinnen sogar bis zu derlei radikalen Aussagen wie von Frau Ä., 54 Jahre:

„Ja, ein-, zwei-, dreimal hat man diskutiert oder immer, ich hab das zwei-, dreimal angesprochen, und beim dritten Mal riss ihm eben der Geduldsfaden. Also er hat immer höflich gesagt, ich bitte Sie, nehmen Sie die Medikamente, und bis er dann mal sagte, ja, wenn Sie unbedingt uralt werden oder jetzt sterben wollen, dann hören Sie auf, in Gottes Namen, ja? Dann ist ihm der Geduldsfaden gerissen“ (Interview 27, Z. 1413–1419).

Diese gegenläufigen Interessen zwischen Ärztin/Arzt und Patientin sind nicht nur unter dem Gesichtspunkt der ärztlichen Aufklärungspflicht kritisch zu betrachten, sondern können sich langfristig auch negativ auf das Verhältnis zwischen der ratsuchenden Frau und der Medizinerin/dem Mediziner auswirken.

Denn obwohl auch in dieser Studie deutlich wurde, dass der Vertrauensvorsprung in die Expertinnen und Experten oftmals nach wie vor sehr hoch ist und somit auch teilweise unhinterfragt Präparate eingenommen werden, scheint das Vertrauen zu bröckeln, je unsicherer die Frauen mit der Zeit werden.

Dabei liegt es auf der Hand, dass eine Ärztinnen/Arzt-Patientinnen-Beziehung von einem allgemeinen Grundvertrauen in die Fähigkeiten der/des Professionellen getragen wer-

den muss. Dass dies zunächst auch so ist, zeigt das folgende Zitat von Frau J., 64 Jahre, stellvertretend für die meisten interviewten Frauen:

„Dass hätte ich auch als Affront gegen meine Ärztin empfunden, ich fand, ich hab der sehr vertraut. Und also wenn mir jemand gesagt hätte die hat Dir aber ganz schön was Schlechtes verschrieben, das hätte ich nicht geglaubt. Ich glaube, dass Ärzte auch nicht alles wissen, was man ihnen so zutraut, aber ich denke das wär' schon ein Affront gewesen so“ (Interview 10, Z. 580–586).

Zur Aufrechterhaltung eines derartigen Vertrauensvorschlusses ist es von elementarer Bedeutung, dass die Professionellen auf die Bedürfnisse der Frauen wie selbstverständlich eingehen, da sonst dieser Grundpfeiler zu wanken beginnt.

Unerfüllte Informations- und Beratungsbedürfnisse von Patientinnen

Viele Frauen beklagen im Rahmen dieser Studie, dass ihren Informations- und Beratungsbedürfnissen von ärztlicher Seite zumeist nicht oder nur unbefriedigend nachgekommen wird. Die meisten Frauen wünschen sich mehr Aufklärung bezüglich der Lebensphase Wechseljahre, natürlich auch im Hinblick auf mögliche unterstützende Maßnahmen, worunter auch die Einnahme von Medikamenten fällt. Genauso betonen fast alle Frauen das Bedürfnis nach einer aktiven und kontinuierlichen Begleitung von Seiten ihrer Ärztinnen und Ärzte. Dies liegt der Auffassung zugrunde, dass „die Wechseljahre“ nicht als ein einheitliches unveränderbares Phänomen in das Leben der Frauen treten, sondern diese Lebensphase sehr veränderlich ist und zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Bedürfnisse, Fragen und Probleme auftauchen, die sie z.T. auch mit ihren Gynäkologinnen und Gynäkologen klären möchten. Jedoch konstatieren viele Frauen, dass gerade das aufgrund zu knapper Gesprächszeiten, passiver Haltungen ihrer Ärztinnen und Ärzte und der Organisation der ärztlichen Praxis zumeist nicht möglich ist, sogar deplatziert erscheint:

Frau O., 54 Jahre:

„Ich würde mir wünschen, dass es, ich weiß, dass es in der, in der, ...im, im Praxisalltag, also im gynäkologischen Praxis-

alltag, aus ei aus Zeitgründen kaum möglich ist, heute wie die Situation sich darstellt in den Praxen. So 'ne ganz intensive Betreuung durchzuführen. Ähm ... und ich wünschte mir, dass das möglich wäre, aber das ist Illusion, das weiß ich. Da wird sich nicht so schnell was dran ändern. Aber dass es vielleicht dann andere Möglichkeiten gibt, diese Thematik, also die Frauen ernster zu nehmen. Mit ihren Problemen und Anlaufstellen zu haben, wo sie wirklich die Möglichkeit haben, sich auseinanderzusetzen mit diesem Thema um dann für sich Entscheidungen zu treffen. Egal wie die aussehen. Ob für Hormoneinnahme, das MUSS mit drin sein. Also ich wehre mich gegen eine Form von Begleitung oder Beratung, die im Hinterkopf von vornherein hat gegen Hormoneinnahme zu sein. Das finde ich nicht lauter. Äh aber so eine, eine offene, ein offenes Beratungsangebot besteht und Begleitungsangebot. Weil ich aus Erfahrung weiß, dass es eine sehr schwierige Lebensphase sein kann“ (Interview 15, Z. 775–793).

Schlussbetrachtung

Die Ergebnisse der Bremer Studie zeigen, wie wichtig der vorgenommene Perspektivenwechsel im Hinblick auf die Betrachtung der weiblichen Lebensphase der Wechseljahre ist. Dabei unterstreichen die Berichte der befragten Frauen, dass viele Ärztinnen und Ärzte noch immer an dem alten Paradigma festhalten, die Wechseljahre als ein Mangelsyndrom zu betrachten, dem mittels einer Hormon-„ersatz“-behandlung begegnet werden muss. Die Befunde dieser Studie stehen damit im Gegensatz zu dem Argument vieler Gynäkologinnen und Gynäkologen, dass ihre „Patientinnen“ vehement von sich aus eine HT zur Bekämpfung ihrer Wechseljahressymptome in der ärztlichen Praxis einforderten.

Nachdem die bisherige Fixierung auf das langjährige und präventiv motivierte Rezeptieren von Hormonen durch randomisierte Studien grundlegend in Frage gestellt worden ist, weisen die Interviews eindringlich darauf hin, dass es bislang praktisch keine Kultur der Ermittlung der Fragen und Bedürfnisse von Frauen in und nach den Wechseljahren in der ärztlichen Sprechstunde gibt. Dieser u.E. sehr gut begründeten Annahme systematisch

nachzugehen wäre die vielleicht entscheidende Lehre aus der wechsel- und leidvollen Geschichte der HT. Ein professioneller Umgang mit Fragen der Wechseljahre erfordert eben etwas völlig anderes als die Suche nach einem geeigneten „Rezept“. Es geht vielmehr um einen immer wiederkehrenden Raum in der Begegnung zwischen Ärztin/Arzt und „Patientin“ zum offenen Austausch und zur Beratung. Dabei betonen Frauen, dass sie nicht allein dafür verantwortlich sein wollen, sich diesen Raum zu erkämpfen, sondern dass die Gynäkologinnen und Gynäkologen von sich aus diese Lebensphase begleiten sollen sowie den Umgang damit immer wieder hinterfragen und ihre „Patientinnen“ stets auf den neuesten Stand bringen sollen. Nur so ließe sich wohl auch langfristig das Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten aufrechterhalten und sicherstellen, dass die Frauen weder einer Über- noch einer Unterversorgung zum Opfer fallen.

Eine solche kontinuierliche und aktive Begleitung von Seiten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, wie sie weitgehend von allen Frauen in dieser Studie gefordert wird, kann eben nicht die biomedizinische Seite der Menopause in den Mittelpunkt stellen. So zeigt unsere Untersuchung vor allem in überraschender Intensität, dass eine starke Betonung von Problemen im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit in dieser Lebensphase für viele Frauen zentral zu sein scheint. Die Beratungs- und Begleitungsleistung muss sich insofern vor allem auch auf den lebensweltlichen Kontext der ratsuchenden Frauen beziehen. Ihre privaten und beruflichen Hintergründe dürfen nicht aufgrund einer rein biomedizinischen Betrachtung außer Acht gelassen werden. Der Erhalt der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist offen-

kundig für viele Frauen ein beherrschendes Thema und hat großen Anteil an dem zuweilen anzutreffenden „Kampf“ mit dieser Lebensphase. Die antizipierten wie erlebten – und ad hoc praktisch nicht änderbaren – Leistungsanforderungen im Beruf können ganz offenkundig so erheblichen Druck ausüben, dass Frauen in einer ärztlich offerierten Substitutionslösung durch Hormone einen Ausweg suchen. Für eine andere Bearbeitung derartiger Fragestellungen wird aber bisher praktisch kein Raum gegeben.

Ein wichtiges Fazit lautet u.E. insofern: Es fehlen gut begründete und evaluierte Beratungskonzepte für Frauen im Zusammenhang mit den Wechseljahren – und es besteht ein großer Bedarf an derartig umfassenden Angeboten. Es liegt auf der Hand, dass nur ein diversifiziertes und auf mehrere Schultern verteiltes Konzept den höchst unterschiedlichen Bedürfnissen der Frauen gerecht werden kann. Dabei sollten die vorhandenen Kompetenzen außerhalb der ärztlichen Sprechstunde, nicht zuletzt in den vorhandenen Frauengesundheitszentren, systematischer als bisher genutzt werden. Nach dem Rückgang der Verordnungsmengen an weiblichen Hormonen wird das immer schon vorhandene Beratungsdefizit noch deutlicher. Derartige mehrdimensionale und verlässliche Beratungs- und Begleitungsansätze müssten in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt und evaluiert werden. Ohne qualitative Studien gelingt es nicht, die hier aufgezeigten Konfliktfelder und Lösungsoptionen herauszuarbeiten. Qualitative Forschung erlaubt nicht, was ihr nach wie vor häufig unnötigerweise vorgeworfen wird, repräsentative Aussagen zu untersuchten Populationen zu treffen, sie ist aber u.a. unerlässlich, um bis dato nicht erkannte Themen empirisch begründet auf die Agenda zu setzen.

Literatur

1. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Auf einen Blick: Hormontherapie im Klimakterium. Arzneiverordnung in der Praxis. Sonderheft. Berlin: AkdÄ, 2003.
2. Himney B. Postmenopausale Hormontherapie: unnötige Aufregung? Dtsch Arztebl 2008;105: A-266.
3. Höfling-Engels N. Krankheit: zwischen Abweichung und Anpassung. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2007:72.
4. Höfling-Engels N, Kolip P, Schmacke N. Interviews mit Frauen unter lang dauernder Einnahme weiblicher Hormone in und nach den Wechseljahren. Abschlussbericht. Projekt im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bremen: Eigenverlag, 2006 (<http://www.praevention.uni-bremen.de/projekte/motivhor.php>, 27. 6. 2008).
5. International Menopause Society. HRT in the early menopause: scientific evidence and common perceptions. Zurich, March 29–30, 2008 (<http://www.jeanhailes.org.au/content/view/498/1>, 27. 6. 2008).
6. Klauber J, Mühlbauer B, Schmacke N, Zawinell A. Wechseljahre in der Hormontherapie. Informationsquellen und ärztliche Einstellungen in der Praxis. Bonn: WiDO, 2005.
7. Kolata G, Petersen M. Hormone replacement study. A shock to the medical system. New York Times 2002, July 10.
8. Kolip P, Bucksch J, Deitermann B. Websites wider besseres Wissen. Hormontherapie im Internet. Gesundheit und Gesellschaft 2003;6:34–5.
9. Leinmüller R. Hormontherapie und Brustkrebs – deutsche Daten jetzt publiziert – keine Entwarnung. Dtsch Arztebl 2008;105:A-1268.
10. Schütze F. Biographieforschung und narratives Interview. Neue Prax 1983;13:285–6.
11. Schwabe U. Sexualhormone. In: Schwabe U, Paffrath D, Hrsg. Arzneiverordnungsreport 2006. Berlin: Springer, 2007:899.
12. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002;288: 321–33.

Korrespondenzanschrift

Dipl.-Soz.-Päd. Nicole Höfling-Engels
Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Grazer Straße 4
28359 Bremen
Telefon (+49/421) 218-2205
Fax -8150
E-Mail: hoefling-engels@uni-bremen.de