

Zur Diskussion um die Hormonsubstitution in den Wechseljahren

Ein Nachtrag zum 9. Kongreß für Klinische Psychologie
und Psychotherapie 18. – 23. Februar 1990 in Berlin

Zusammenfassung:

Die sich als „feministisch“ verstehende Psychologie verfehlt zu ihrem eigenen Schaden oft den neueren Forschungsstand und fällt hinter die erreichte Position eines differenzierten Erkenntnisstandes zurück. Die Erläuterung dieser These war aus Zeitgründen auf dem 9. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie 18. – 23. Februar 1990 in Berlin nicht möglich und soll hier am Beispiel der Hormonsubstitution in der Postmenopause nachgeholt werden. Die Analyse einer feministischen Publikation zum Thema Wechseljahre ergibt, daß wichtige Unterscheidungen nicht getroffen, vor Nebenwirkungen unspezifisch gewarnt und die positiven Wirkungen einer Hormonerersatztherapie fast völlig ausgeblendet werden. Die Broschüre zeigt erhebliche Mängel und verschweigt den Frauen wichtige Informationen.

Eine sich als feministisch verstehende Psychologie erreicht oftmals nicht den Stand der Wissenschaft, und speziell die *Feministische Therapie* scheint eine Sackgasse zu sein. Diese von mir auf der Abschlusßdiskussion des 9. Kongresses für Klinische Psychologie und Psychotherapie (18. – 23. Februar 1990 in Berlin) geäußerte These rief teilweise heftigen Widerspruch, aber auch Zustimmung hervor (auch von Frauen). Unter anderem wurde sie als „Unverschämtheit“ titulierte, mit dem Zweck, derartige Äußerungen überhaupt zu unterbinden, was ich als Versuch auffasse, ein Denkverbot zu etablieren.¹ Zu den Ritualen gehört es auch, jene Frauen, die eine differenzierte Position vertreten, des Antifeminismus und des „Verrats an den Frauen“ anzuklagen. Es geht in solchen Fällen keineswegs um die Sache und um eine wissenschaftliche Auseinandersetzung, sondern um die Diffamierung des Gegners – um einen Fundamentalismus im kleinen. So etwas im Rahmen eines DGVT-Kongresses zu erleben, ist und bleibt erstaunlich, da es sich meines Erachtens nach wie vor um eine *wissenschaftliche* Veranstaltung handelt, die um ihrer Reputation willen auf einen gewissen Erkenntnis- und Diskussionsstandard achten sollte.

Es liegt auf der feministischen Linie, neuere Forschungsergebnisse nicht zu glauben oder zu ignorieren und auf einer Position zu beharren, die sowohl überholt

1) Beschneidung der Meinungsfreiheit und Aufrichtung neuer Tabus fallen hinter den erreichten Stand von Demokratie und Humanismus zurück.

als auch für Frauen hemmend ist. Hier beziehe ich mich auf eine der täglichen Kongreß-Pressekonferenzen, auf der feministische Positionen zur Substitution von Hormonen in den Wechseljahren vorgestellt wurden. In meinen Notizen finde ich Sätze wie: „Die Hormonsubstitution soll *allen* Frauen verordnet werden“ und „*Jede* Frau wird damit in den Griff der Pharmaindustrie genommen“. Sie stammen von Sylvia Groth vom „Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum“ in Berlin. Sie gibt ein Anfang 1990 erschienenes Heft *Wechseljahre – Eine Broschüre zur Selbsthilfe* heraus, auf die ich später noch zu sprechen kommen werde. Ich möchte zunächst den aktuellen Stand der Diskussion um die Hormonsubstitution darstellen und anschließend versuchen, die Unterschiede zu den Inhalten der genannten Broschüre aufzuzeigen.

Um das 50. Lebensjahr herum sieht sich jede Frau mit der Tatsache konfrontiert, daß ihr Körper aufhört, Östrogene zu produzieren. Der weibliche Organismus verfügt nur über eine begrenzte Zahl von hormonliefernden Follikel, das sind Eibläschen im Eierstock, die ab dem zehnten Lebensjahr kontinuierlich abnehmen und nach etwa vier Jahrzehnten aufgebraucht sind. Die Folge sind bei einigen Frauen – wieviele, ist umstritten – eine ganze Reihe von sogenannten klimakterischen Ausfallerscheinungen, die von Hitzewallungen und Schweißausbrüchen über Schlafstörungen und Depressionen bis hin zu Reizbarkeit und Nervosität reichen.

Komplexen Zusammenhang beachten

Der Zusammenhang ist relativ komplex. Das Zwischenhirn steuert über Hormone die Hirnanhangsdrüse. In der Hirnanhangsdrüse werden Gonatropine freigesetzt, die über den Blutkreislauf die Eierstöcke erreichen und hier das Hormon Östradiol freisetzen. Die Menge des Östradiol-Bedarfs wird vom Zwischenhirn kontrolliert, indem es ständig den Spiegel an Östradiolen im strömenden Blut mißt. Abweichungen nach unten werden vom Zwischenhirn mit mehr Freisetzungshormonen an die Hirnanhangsdrüse ausgeglichen. Ist der Eierstock nicht mehr in der Lage, den Hormonbefehlen des Zwischenhirns und der Hirnanhangsdrüse zu gehorchen, steigert die Hirnanhangsdrüse die Ausschüttung von Gonatropin auf das 50- bis 60fache, um doch noch Sexualhormone aus den Eierstöcken hervorzulocken. Da das Zwischenhirn auch die Nebenniere, die Schilddrüse und die Körpertemperatur kontrolliert, können jetzt alle diese Funktionen „entgleisen“. Hitzewallungen, eins der Symptome, sind also Fehlregulationen im Zwischenhirn aufgrund Östrogenmangels.

Es kann auch der Stoffwechsel in den Zellen entgleisen, egal ob Haut, Bindegewebe, Haarwurzeln oder knochenbildende Zellen (Osteoblasten). Auf Dauer wird zu viel Fett gebildet und lebenswichtige Eiweißmoleküle abgebaut. Das Auftreten der Zuckerkrankheit und der Arteriosklerose steigt eindeutig ab dem Menopau-

senalter. Mit Östrogenen lassen sich die Werte wieder auf das Niveau der Prämenopause zurückschrauben. In der Wissenschaft wird sogar die Frage diskutiert, ob einige 100jährige Frauen (aus Japan), bei denen die Östradiolproduktion noch erhalten war, nicht gerade deshalb so alt geworden sind? Auch die Haut profitiert von Hormonen. Der Collagengehalt der Haut läßt sich mit Östrogen von 160 auf 250 Mikrogramm pro Quadratmillimeter Haut erhöhen. Die Haut wird elastischer und regenerierfähiger, auch nach Verletzungen.

Unterschiedliche Interessen von Frauen

Eine der wesentlichen einleitenden Überlegungen scheint mir zu sein, daß zunächst zwischen Frauen unterschieden wird, die zum Gynäkologen gehen, und solche, die nicht zum Arzt gehen.¹ Das Verhältnis liegt nach Auskunft der Ärzte bei 70 zu 30. Schon allein aus diesem Grund können nicht *alle* Frauen, wie behauptet wurde, in den Griff der Pharmaindustrie geraten. Eine zweite Unterscheidung ist zu machen zwischen jenen, die recht unbeschwert die Wechseljahre erreichen und jenen, die tatsächlich *leiden*. Eine dritte Differenzierung liegt darin, wie die Frauen mit Nicht-Leiden und Leiden umgehen. In der ersten Gruppe sind vielleicht solche, die – von der Werbung verführt – Hormone vom Arzt verlangen, ohne daß dafür eine Indikation vorliegt. Die zweite Gruppe läßt sich weiter unterteilen in jene, die das Leiden wegstecken, weil Mutter und Großmutter ja auch kein Aufhebens davon gemacht haben, und in jene, die sich an den Arzt/die Ärztin wenden. Eine vierte Differenzierungsebene ist die ärztliche. Hier lassen sich wiederum mindestens zwei Verhaltensgruppen beschreiben, nämlich jene Gynäkologen, die besehen oder unbesehen Hormone verschreiben, und jene, die sagen, die Frau solle sich doch nicht so anstellen. Eine zugegeben noch kleine Gruppe wird vernünftigerweise das Gespräch mit den Frauen suchen und abgewogen Hormone verschreiben – oder auch nicht, vielmehr auf natürliche Prophylaxe (Ernährung, Bewegung) verweisen. Schließlich muß noch beachtet werden, daß Medikamente (in diesem Fall Hormonersatzstoffe) nicht in 100% aller Fälle genommen werden; die Ärztekammer Berlin schätzt, daß 10–25% aller verordneten Medikamente weggeworfen werden.

Nehmen wir nun an, es liegt ein Menopausen-Syndrom vor und die Frau *leidet*. Wie bereits festgestellt, umfaßt diese Gruppe keineswegs die Gesamtheit aller Frauen um die 50 und älter. Nach einer Faustregel von Ärzten (die durchaus anzweifelt werden darf) leiden etwa ein Drittel der 7,5 Millionen deutschen Frauen, die zwischen 45 und 65 Jahre alt sind, an klimakterischen Beschwerden. Von diesen 2,5 Millionen Frauen werden schätzungsweise 700.000 hormonell behandelt (Stand 1988).

1) Ich traf kürzlich eine beunruhigte Frau auf dem Weg zum Arzt, die mir erzählte, seit der Geburt ihres Sohnes sei sie nicht mehr beim Gynäkologen gewesen – das wäre 1942 gewesen.

Positive Nebeneffekte

Studien zeigen recht eindeutig, daß die Gabe von Östrogen in der Postmenopause, die Zeit nach der letzten Regelblutung, die genannten Beschwerden weitgehend zum Verschwinden bringen kann.¹

Gleichzeitig nehmen die Frauen eine ganze Reihe von positiven Nebeneffekten mit, wie auf einem Presseseminar über „Wechseljahre und Hormone“ Ende Juni 1989 in Frauenwörth/Chiemsee betont wurde.

So sind natürliche Östrogene und Gestagene eine sichere Vorbeugung gegen die Langzeitfolgen des Östrogenmangels wie Knochenschwund (Osteoporose)², Verkalkung der Blutgefäße (Arteriosklerose) und möglicherweise auch gegen Schmerzen an den kleinen Fingergelenken.³ Sie vermindern ferner das Herzinfarkt-, Brustkrebs- und Gebärmutterkrebs-Risiko deutlich, die Genitalbeschwerden nehmen ab, und die Haut sieht besser aus. Etwa 50–70% der Herzinfarkte beispielsweise werden durch eine Langzeit-Östrogentherapie verhindert. Zudem sind, wegen der geringen Dosierung, Nebenwirkungen „fast nicht bekannt“, wie Alfred Wolf, Chefarzt der Frauenklinik Böblingen, auf der Tagung sagte. Nebenwirkungen hängen unter anderem mit der Meinung zusammen, die die jeweilige Frau von der *Antibabypille* hat: Je ablehnender die Einstellung, desto mehr Nebenwirkungen werden beobachtet.

Die (meist männlichen) Ärzte verbreiten auf derartigen Seminaren durchgängig den Eindruck, daß die Frauen ohne Hormonsubstitution mit hoher Sicherheit eine

- 1) Der Gynäkologe Klaus Greven (Hannover) untersuchte 22 Patientinnen zwischen 40 und 55 Jahre, die hormonelle Monatspritzen erhielten. Bei allen verringerten sich die Hitzewallungen, und bei 16 Frauen verschwanden sie ganz. Schlafstörungen wurden bei drei Viertel von ihnen beseitigt. 15 Patientinnen gaben vor der Behandlung depressive Verstimmungen an, nach fünf Monaten war es nur noch eine. Eine subjektiv empfundene Stimmungsaufhellung und die Abnahme der emotionalen Gereiztheit führte bei allen zu einer Besserung des Allgemeinbefindens.
- 2) 32.000 Frauen und 18.000 Männer brechen sich jährlich in der Bundesrepublik den Oberschenkelhals. Es sterben mehr Frauen in Deutschland an Osteoporose als an Brustkrebs. Mit weiter steigender Lebenserwartung wird die Osteoporose zunehmen. Noch vor 100 Jahren war die durchschnittliche Lebenserwartung so gering, daß das Menopausenalter nur selten erreicht wurde. Kindergebären war der zentrale Lebensinhalt einer Frau. Heute haben Frauen noch ein Drittel ihres Lebens vor sich, wenn um das 52. Lebensjahr die Menopause einsetzt. Mit den üblichen Dosen, d.h. 1,25 mg Östrogene oder 1–2 mg Östradiolvalerat oder Östradiol, können weit über 90% aller Knochenbrüche als Folge von Osteoporose verhütet werden, sagte Lauritzen in Rio. Man sollte immer die geringstmögliche Dosis geben, die gerade noch alle Beschwerden beseitigt und die präventiv ausreichend ist, die Osteoporose zu verhüten. Die Therapie einer Osteoporose, sofern sie bereits eingetreten ist, ist deutlich komplizierter und teurer.
- 3) In einer Studie von Markus Metka an der Universitätsfrauenklinik Wien konnte festgestellt werden, daß von 820 untersuchten Frauen mit Beginn des Klimakteriums etwa die Hälfte an Gelenkschmerzen litten. Durch eine Hormontherapie mit Östrogenen und Gestagenen kam es innerhalb von zwölf Wochen bei der Hälfte der behandelten Frauen zu einem völligen Abklingen der Beschwerden. „Eine Erklärung für die positive Wirkung der Hormone ist noch nicht gefunden“, räumte Metka ein.

Osteoporose behommen, d.h., sie werden wegen Schenkelhals- und Wirbelsäulenbrüche invalide und abhängig von Pflege werden. Diese Pauschalierung würde auch ich anzweifeln. Sie hängt allerdings damit zusammen, daß das Risiko einer Osteoporose nur sehr undeutlich abzuschätzen ist und die Ärzte lieber „auf der sicheren Seite“ argumentieren, also den vorbeugenden Charakter der Hormonsubstitution betonen.¹ Mir scheint das ein ehrenwerter und diskussionswürdiger Standpunkt zu sein.

Da nur 700.000 Frauen in der Bundesrepublik eine Hormonersatztherapie erhalten, sieht die Pharmaindustrie hier noch Chancen für eine Marktausweitung, was ihr den Vorwurf einbrachte, sie versuche die Frauen zum Pillenschlucken zu überreden. Auch ich meine, daß diesem marktwirtschaftlichen Druck durch medizinische Aufklärung widerstanden werden muß. Verunsichert hatte auch die Nachricht aus den USA Mitte der 70er Jahre, die Östrogentherapie würde das Risiko für Gebärmutterhalskrebs erhöhen. „Inzwischen“, so Prof. Christian Lauritzen, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Ulm auf dem Weltkongreß für Gynäkologie Ende 1988 in Rio de Janeiro, „wurde eindeutig festgestellt, daß kein Zusammenhang besteht.“ Lauritzen ist Vorsitzender der Deutschen Menopausengesellschaft.²

Meist wird übersehen, daß sich *Verhütungspillen* und *Hormone für das Klimakterium* grundsätzlich unterscheiden. Antibabypillen sind synthetisch hergestellte und höchwirksame Hormone, die in höherer, sogenannter pharmakologischer Dosierung genommen werden. Wechseljahrspillen hingegen bestehen aus natürlichen, d.h. im menschlichen Organismus vorkommenden Östrogenen, die in geringen Dosen die altersbedingte Mangelsituation ausgleicht. Obwohl beide nichts miteinander zu tun haben, wurden in der Vergangenheit Angaben über Nebenwirkungen der Antibabypille unkritisch auf die Klimakteriumshormone übertragen. Die, wie man heute weiß, übertriebene Vorsicht geschah vor dem Hintergrund der Contergan-Katastrophe. Auch sind die Dosen viel geringer. In der Schwangerschaft befinden sich 10 bis 17,5 Mikrogramm Estradiol-Hormon im Blutserum, bei der Behandlung klimakterischer Beschwerden sind es 1 bis 2 Mikrogramm pro Milliliter. Nebenwirkungen sind in erster Linie Zeichen einer Überdosierung, die schnell korrigiert werden kann.

- 1) Einen zuverlässigen, allgemein anwendbaren Test, mit dem man ermitteln könnte, welche Frau besonders gefährdet ist, gibt es gegenwärtig nicht. Sechs bis zehn Jahre lang müssen Hormone eingenommen werden, um einen wirksamen Schutz vor Osteoporose zu erwirken. Kalzium allein ist wirkungslos, wie mit einiger Verzögerung auch das National Institute of Health in den USA festgestellt hat.
- 2) Lauritzen legte 1980 eine kleine Studie über die Wirkung monatlicher Hormonspritzen vor, stellte durch Befragen fest, daß die Hitzewallungen bei allen 68 Frauen verschwanden und die übrigen Symptome – von Kopfschmerzen bis Schweißausbrüche – in 58–98% der Fälle verbessert oder beseitigt wurden.

„Extreme Fehlinformation“ unter Frauen und Ärzten

Martin Lang, Direktor am Institut für Arzneimittel des Bundesgesundheitsamtes (BGA) Berlin, beklagte auf einem weiteren Menopausen-Medienforum im Mai 1989 in Berlin die durch die Gleichsetzung von *Pille* und Hormonsubstitution entstandene „extreme Fehlinformation der Patientinnen“, vermittelt über die Beipackzettel der Substitutionspräparate. „Die Nachteile einer Substitutionsbehandlung mit natürlichem Östrogen bezüglich Nebenwirkungen und Kontraindikationen reduzieren sich auf ein Minimum, wenn man diese Behandlung strikt von der Gabe pharmakologischer Dosen rein synthetischer Steroidhormone unterscheidet“; sagte Lang. Das BGA will jetzt die Konsequenzen ziehen und ab 1990 geänderte Gebrauchsinformationen für die Hormonsubstitution zulassen.

Die Erkenntnisse scheinen sich sowohl unter Ärzten als auch Patientinnen nur langsam herumsprechen. Bis die neuen Informationen in den Lehrbüchern und bei den Studenten ankommen, wird wohl noch etwas Zeit vergehen, befürchtet Lauritzen. „Manche Ärzte besitzen leider ganz ungenügende Kenntnisse über den neuesten Stand der Entwicklung“, sagte er in Rio. Welche Fehlwirkungen das haben kann, erläuterte Prof. Friedrich Husmann, Chefarzt einer Klinik in Bad Sassenorf. Husmann sieht oft Patientinnen mit Depressionen, die mit Antidepressiva eingestellt sind und „nur noch vor sich hindösen“. Die Dosis an Antidepressiva kann oft um 50% reduziert werden, sagte er in Rio, bei gleichzeitiger Substitutionstherapie. Leider würden viele Ärzte lieber Tranquilizer als Hormone geben, mit durchweg negativen Folgen.

Es bedarf psychologischer Kenntnisse, um eine Depression richtig einzuschätzen, die die vielfältigsten Ursachen haben kann. So können, wie der Gynäkologe Klaus Greven, niedergelassener Arzt in Hannover, in Frauenwörth sagte, die nächtlichen Hitzewallungen die REM-Schlafphasen stark verkürzen, die im Laufe der Zeit zu Gereiztheit und Konzentrationsstörungen führen und in eine Depression münden können. Die seelische Störung Depression *kann* mit Hormonen behandelt werden, *sofern* sie diese Ätiologie hat.¹

Die Wechseljahre sind auch für Frauen oft noch ein Tabu, wie die Frauenärztin und Psychotherapeutin Ingeborg Retzlaff aus Lübeck meinte, die sich stark mit den psychosozialen Aspekten des Klimakteriums auseinandergesetzt hat. Eigentlich sollte das Thema in der Praxis der Frauenärzte erörtert werden, aber beiden – Ärzten wie Frauen – fällt es offenbar schwer, über die „berühmten Wechseljahre“ zu sprechen.

Unter anderem müßte das Thema „Sexualität im Alter“ offener erörtert werden. Vielen vergeht die Lust daran, weil die vaginale Schleimhaut austrocknet (Atrophie) und die Scheide sich entzündet (Colpitis senilis), denn es besteht ein Zusam-

1) zu Greven vergleiche Anmerkung 1 auf S. XXX.

menhang zwischen Östrogenmangel in der Menopause und einer großen Scheidenhautempfindlichkeit. Nach sechs Monaten Substitutionstherapie verschwinden nach Angaben von Lauritzen auch diese Begleiterscheinungen in der Mehrzahl der Fälle. Allerdings stellen sich bei einigen Frauen wieder monatliche Regelblutungen ein, was teilweise als unangenehm empfunden wird. Selbst ein trockener Mund oder trockene, leicht entzündete Augen können – müssen aber nicht – auf einem Hormonmangel beruhen.

In der Beratung solle man sich deshalb viel Zeit lassen und auf die Probleme und Ängste der Frauen eingehen, fordern Lauritzen und Retzlaff. Obwohl im Klimakterium viele behandlungsbedürftige Beschwerden auftreten, sollten die Patientinnen, die in dieser Übergangszeit schon genug um ihr Selbstwertgefühl ringen, nicht als krank abgestempelt werden. Ingeborg Retzlaff betont immer wieder den engen Zusammenhang zwischen seelischem und körperlichem Befinden gerade in der Menopause. Leider seien viele ihrer männlichen Kollegen nicht darauf vorbereitet, auch persönliche Fragen zu den Lebensumständen der von ihnen behandelten Frauen zu stellen.

Hauptkriterium Wohlbefinden

„Wir möchten nicht, daß alle Frauen Östrogene bekommen, sondern wir möchten, daß sie alle Informationen über Östrogene bekommen“, faßt Lauritzen seine Position zusammen. Das Hauptkriterium ist das Wohl- beziehungsweise Mißbefinden der Frau. Im Zweifelsfall gibt der Aufbau des Vaginalepithels Aufschluß über den individuellen Hormonstand, wobei der Vaginalabstrich bei der routinemäßigen Krebsvorsorgeuntersuchung vorgenommen werden kann. Erst wenn die Vaginalzytologie die Ärzte im Unklaren läßt, werden Hormone im Blut untersucht. Wenn der Östradiolspiegel niedriger als 20 pg/ml und das stimulierende Hypophysenhormon höher als 1.000 pg/ml liegt, dann ist die Ovarialfunktion am Erlöschen. Als Gegenanzeigen einer Langzeittherapie gelten Gebärmutter- und Brustkrebs und eine schwere Leberschädigung. Pflaster und Spritze, die Hormone direkt ins Blut abgeben, umgehen die Leber.

Broschüre Wechseljahre

Soweit der Stand der Medizin, der mir bekannt ist. Welche Positionen werden nun in der eingangs erwähnten Broschüre *Wechseljahre* (zu beziehen gegen 6,- DM Vorkasse beim FFGZ, Bamberger Str. 51, 1000 Berlin 30) vertreten? Wo liegen die Unterschiede? Ich setze die Lektüre der Broschüre voraus und fasse gleich zusammen, wobei ich noch betonen möchte, daß einiges von dem, was ich ansprach, in der Broschüre behandelt wird, also Übereinstimmung herrscht. Das gilt z.B. für die Betonung von gesunder Ernährung und Bewegung.

Problematisch scheinen mir folgende Positionen:

- Das Verhältnis zum Arzt bzw. zur Ärztin wird manchmal, nicht durchweg, negativ dargestellt („um sich zu beschweren“ z.B.).
- Echtes Leiden aufgrund Hormonmangels wird manchmal nicht ernst genommen. („angebliche Lücken“, S. 11).
- Anthroposophische, homöopathische und andere alternative Ärzte und Behandlungsmethoden (Teemischungen) werden unkritisch positiv dargestellt. (S. 18, 58f.; Ausnahme: S. 57).
- Es wird so getan, als ob das Leben „früher“ gesünder war (S. 20).
- Die Hinweise auf Nebenwirkungen sind sehr unspezifisch (z.B. S. 68/69 u. S. 71).
- Positive Wirkungen der Hormonersatztherapie werden eher beiläufig unter „Kritische Überlegungen“ erwähnt (S. 67).

Falsch erscheinen mir folgende Aussagen:

- Die Antibabypille wird unter Hinweis auf Schlaganfallrisiko rundweg abgelehnt (S. 15).
- Die Krebsgefahr bei Hormonersatztherapie ist „bewiesen“; die Wirkungen sind nur „angeblich positiv“ (S. 63).
- Alle Ärzte wollen für (einschränkend heißt es „potentiell“) alle Frauen ab den Wechseljahren eine Hormonersatztherapie (S. 63/64); im Widerspruch dazu stehen häufige Hinweise darauf, wie unterschiedlich Frauen reagieren (S. 66 z.B.).
- Der Hinweis auf eine erhöhte Gefahr des Gebärmutterkrebses (S. 64) und andere Nebenwirkungen, die nicht spezifiziert werden.
- Frauen müssen zum Arzt gehen, weil sie Hormone bekommen, bzw. mit der Hormonsubstitution werden sie zu „Dauerpatientinnen“ (S. 69) (d.h. die Therapie ist die Krankheit).
- Die Gleichsetzung von alten Antibabypillen mit hohen Hormongehalten aus den 60er und 70er Jahren mit den Hormonen der Hormonsubstitution in den Wechseljahren (S. 69).

Es fehlen folgende Punkte:

- der Hinweis auf inzwischen differenziert argumentierende Ärzte;
- der Hinweis auf den Unterschied zwischen Antibabypillen und Hormonpillen für Beschwerden in den Wechseljahren; (Ausnahme: S. 66, die Dosis betreffend);
- der Hinweis auf neuere Forschung zum Risiko des Gebärmutterkrebses in Zusammenhang mit der Hormonersatztherapie.

Die Broschüre zeigt erhebliche Mängel und verschweigt den Frauen, an die sich das Heft wendet, wichtige Informationen. Es entsteht der Eindruck, als ob Frauen generell von (männlichen) Ärzten und der Pharmaindustrie ferngehalten werden

sollen. Es ist dies tendenziell die Haltung des nunmehr real untergegangenen Sozialismus: *Wir bestimmen, was gut für euch ist.* – Fairerweise muß darauf hingewiesen werden, daß die Herausgabe von Informations- und Selbsthilfeheften insgesamt eine wichtige und gute Sache ist und immer unterstützt werden muß. Es gibt in dem genannten Heft weite Passagen, die ohne Bedenken unterstützt werden können.

Trotzdem bleibe ich bei meiner Kritik, daß nämlich der feministische Ansatz insgesamt nicht den üblichen Anforderungen von Wissenschaftlichkeit genügt und sich damit dem Vorwurf der Unseriosität aussetzt. Es besteht die Gefahr, daß dieser Vorwurf auf die DGVT insgesamt durchschlägt, so daß sich der Verband überlegen sollte, ob er der feministischen Position auch in Zukunft unbeeinflußt von anderen ergänzenden, auch korrigierender Meinungen und Haltungen Raum zur Selbstdarstellung geben möchte. Damit ist die DGVT-Politik gemeint, die Arbeitsgruppe „Frauen in der psychosozialen Versorgung“ autonom schalten und walten zu lassen. Es sieht nach dem 1990er-Kongreß aus, als könnte mit dieser Politik nicht der von der Arbeitsgruppe selbstgesetzte Anspruch verwirklicht werden, den Kongreß kritisch zu begleiten und die einzelnen Themenbereiche um frauenspezifische Fragestellungen und Perspektiven zu erweitern. Vielmehr trat das ein, was verhindert werden sollte: Es wurden Frauen-Themen isoliert behandelt. Aber möglicherweise ist das ein notwendiges Durchgangsstadium.

Angaben zur Person:

Gerald Mackenthun, Jahrgang 1953, Dipl.-Pol., Wissenschaftskorrespondent der *Deutschen Presseagentur*, Landesbüro Berlin.

Anschrift:

Eberbacherstr. 4, 1000 Berlin 33