

Hintergrundpapier des AKF e.V. zur Hormontherapie bei Frauen in und nach den Wechseljahren (postmenopausale Hormontherapie)



**Arbeitskreis
Frauengesundheit**
in Medizin,
Psychotherapie und
Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

08.03.2013

Anlass

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) bezieht am 8. März, dem Weltfrauentag, in diesem Jahr Stellung zum Thema Hormontherapie für Frauen in und nach den Wechseljahren. Seit den 1970er Jahren warnen Feministinnen davor, diese Phase im Leben einer Frau als Krankheit zu definieren und eine generelle medikamentöse Behandlung zu empfehlen. Die Ergebnisse der WHI-Studie (Women's Health Initiative), der größten je durchgeführten randomisierten (d.h. die Zuteilung zur Behandlungs- und Kontrollgruppe erfolgt nach dem Zufallsprinzip) Studie zur Hormontherapie, gaben ihnen im Jahre 2002 Recht: die langfristige Einnahme von Hormonen hat für die Gesundheit von Frauen mehr Nachteile als Vorteile. Der Anteil der Frauen, die in den Wechseljahren Hormone nehmen, sank von 40% im Jahre 2001 auf 20% im Jahre 2012. Jetzt gibt es unter dem Slogan „Renaissance“ der Hormontherapie(1) Bestrebungen verschiedener Meinungsführer und Verbände, die postmenopausale Hormontherapie wieder als Präventions- und Life-style-Medikament zu proklamieren.

Vor diesem Hintergrund möchte der AKF Fachleute und Frauen detailliert und sachlich über den aktuellen Stand der Hormontherapie informieren. Außerdem werden die Argumente und Strategien der „Renaissance“-Kampagne dargelegt, damit Frauen die Methoden der Beeinflussung durchschauen können und die Chance haben, eine unabhängige Entscheidung zur Hormontherapie zu finden.

Fakten

Auf der Basis von Beobachtungsstudien wurden in den 1980er und 1990er Jahren zahlreichen Frauen Estrogene bzw. Estrogene plus Gestagene verordnet mit dem Versprechen, unter anderem weniger Herzinfarkte, weniger Knochenbrüche, weniger M. Alzheimer sowie insgesamt ein längeres Leben zu erreichen(2). Die WHI (Womens's Health Initiative)-Studie wurde im Jahre 2002(3) abgebrochen, weil im Gegenteil mehr Herzinfarkte, mehr Schlaganfälle, mehr Brustkrebsereignisse auftraten. Die WHI ist die erste große randomisierte Doppelblindstudie, die bei mehr als 16.000 Frauen den Nutzen und Schaden einer Hormontherapie aus vorsorglichen Gründen untersuchte. Sie gilt als Goldstandard und ist eine der wesentlichen Grundlagen für internationale Leitlinien, so auch für die S3-Leitlinie in Deutschland. Verständlich, dass Medien, ÄrztInnen und Frauen auf den Studienabbruch reagierten: es kam zu einer drastischen Abnahme der Hormonverordnungen in Europa, in den USA und in Kanada.

Ein Teil der WHI-Studie untersuchte nur Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hatten und aus diesem Grunde lediglich Estrogene einnahmen. (Gestagene werden nur zusätzlich verordnet, um Gebärmutterkrebs zu verhindern.) Dieser Arm der Studie wurde zunächst fortgesetzt bis 2004, dann aber ebenfalls abgebrochen, weil zu viele Frauen Schlaganfälle bekommen hatten(4). In

Bezug auf die Herzgesundheit und auf die Brustgesundheit waren die Ergebnisse nicht so schlecht wie bei kombinierter Hormontherapie.

Im Jahre 2007, d.h. fünf Jahre nach Abbruch der WHI-Studie, ergab eine Auswertung von kleinen Gruppen (5), dass Frauen, die frühzeitig nach oder während der Menopause mit der Hormoneinnahme beginnen, möglicherweise doch im Hinblick auf die Herzgesundheit profitieren könnten. Die Subgruppen waren jedoch zu klein, um die Ergebnisse beweisen zu können.

2009 wurde die S3-Leitlinie zur Hormontherapie in und nach den Wechseljahren veröffentlicht(6). S3-Leitlinien haben den höchsten wissenschaftlichen Anspruch. Es wird auf Unabhängigkeit von Interessenskonflikten geachtet, es werden möglichst alle Fachgesellschaften und PatientInnenvertretungen einbezogen, die mit dem Thema zu tun haben, und es wird nur auf die Ergebnisse zurück gegriffen, die mit größter Sicherheit (höchster Evidenz) nachgewiesen wurden. Die S3-Leitlinie definiert genau den Nutzen und den Schaden für jedes betroffene Organsystem. Sie kommt zu dem Schluss, dass eine Hormontherapie nur zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden und nicht zur Vorbeugung von Erkrankungen angewendet werden soll. In die Empfehlungen sind alle bis dahin weltweit durchgeführten Studien eingegangen, so auch die bekannte Million-Women-Studie aus England(7), die sog. Nurses' Health-Study(8) und die HERS-Studie(9) aus USA. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass alle internationalen Leitlinien zu vergleichbaren Schlüssen kommen.

Im Juli 2012 jährte sich der Studienabbruch zum zehnten Mal. Viele Medien nahmen diesen Jahrestag zum Anlass, über die Entwicklung der Hormonverordnungen in den letzten zehn Jahren zu berichten (unter den Fachzeitschriften z.B. das Deutsche Ärzteblatt(10) und der FRAUENARZT(11), das Organ des Berufsverbandes der Frauenärzte und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe). Im Jahre 2012 wurden aber auch zwei Studien publiziert, die verschiedenen Fachgesellschaften Anlass boten, eine „Renaissance“ der Hormontherapie zu proklamieren.

Zum einen wurden im Mai 2012 die Ergebnisse der Nachbeobachtungen von 11,8 Jahren des Estrogen-only-Arms der WHI-Studie bekannt(12). Dabei zeigte sich, dass das Brustkrebsrisiko nicht nur nicht erhöht sondern sogar erniedrigt war. Hormonbefürworter versuchen seither, die Hormontherapie zu rehabilitieren. Sie begehen aber einen unverzeihlichen Fehler, wenn sie die Ergebnisse des Estrogen-only-Arms auf alle Frauen übertragen. Denn die Frauen im Estrogen-only-Arm unterscheiden sich grundlegend von den Frauen des kombinierten Therapiearmes: Sie hatten alle eine Gebärmutterentfernung, knapp 40% von ihnen in jungen Jahren unter 40. Zusätzlich hatten etwa 40% der Frauen beide Eierstöcke durch Operation verloren, und es ist bekannt, dass eine frühe Eierstockentfernung schon per se das Brustkrebsrisiko senkt. Hinzu kommt, dass es in der Vorgeschichte der Frauen medizinische und psychosoziale Bedingungen gegeben haben muss, die zu den Eingriffen führten. Die Ergebnisse des Estrogen-only-Armes gelten demzufolge nur für Frauen, die eine Entfernung der Gebärmutter und evtl. zusätzlich der Eierstöcke hatten. Auf Frauen, die auf natürliche Weise in die Wechseljahre kommen und die kombinierte Estrogen-Gestagen-Präparate nehmen, sind die Ergebnisse keinesfalls übertragbar.

Zum anderen wurde die dänische DOPS-Studie (Danish Osteoporosis Prevention Study)(13) publiziert. Diese Studie wurde von 1990 bis 1993 durchgeführt, um zu überprüfen, ob eine Hormontherapie hilft, Knochenbrüche durch Osteoporose zu vermeiden. Die Daten wurden später benutzt, um festzustellen, ob eine Hormontherapie sich günstig auf die Sterblichkeit und Krankenhauseinweisungen wegen Herzinfarkt und Herzinsuffizienz auswirkt. Aber die Aussagen sind wissenschaftlich nicht beweiskräftig. Die Studiengruppe war mit ca. 2000 Frauen für diese Fragestellung zu klein (zum Vergleich: die WHI-Studie zeigte zusätzlich bei 8 von 10.000 Frauen pro Jahr Brustkrebs). 1000 Frauen konnten selbst entscheiden, ob sie Hormone nehmen oder nicht, die anderen 1000 Frauen wurden offen randomisiert (per Zufall eingeteilt): 500 Frauen bekamen Hormone, 500 Frauen nicht. Weder die Frauen noch die betreuenden ÄrztInnen waren verblindet, d.h. es wurden keine Placebos verabreicht wie bei der WHI-Studie, so dass weder die Frau noch die betreuenden ÄrztInnen wussten, ob es sich um ein echtes oder um ein Scheinmedikament handelte. Denn der Glaube an die Wirksamkeit von Medikamenten ist groß und kann sehr viel bewirken, auch wenn es sich nur um ein Scheinmedi-

kament handelt. Es wurde nicht unterschieden zwischen kombinierter Hormontherapie und alleiniger Estrogengabe. Die Frauen wurden auch nach Abbruch der Studie 2003 nicht persönlich weiterbeobachtet, sondern ihre Daten wurden aus Melderegistern gezogen. Das Ergebnis zeigte zwar weniger Todesfälle und Krankenhauseinweisungen wegen Herzinfarkt und Herzinsuffizienz bei den Frauen, die Hormone eingenommen hatten. Aber das Studienkollektiv war zu klein, um beweiskräftige Ergebnisse für einzelne Endpunkte wie Tod, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen nachzuweisen und auch, um eine erhöhte Krebshäufigkeit allgemein und Brustkrebs im Besonderen auszuschließen. Studien auf diesem Nachweisniveau gab es auch vor der WHI-Studie schon zu Hauf, und sie hatten auch damals schon zu äußerst positiven Bewertungen der Hormontherapie geführt, einschließlich erhöhter Lebenserwartung.

Dem Berufsverband der Frauenärzte, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie 6 weiteren Fachgesellschaften genügen aber diese Daten, um eine aktualisierte Anwendungsempfehlung(14) angeblich als „Ergänzung“ zur Leitlinie zu veröffentlichen und darüber in der Laienpresse (z. B. Süddeutsche Zeitung 31.10./1.11.12(15), ZEIT 18.10.2012(16)) zu berichten. Sie bieten an, dass die Hormontherapie doch wieder zur Vorbeugung, z.B. vor M. Alzheimer und vor Darmkrebs, in Betracht komme, weil das Risiko für Herzkrankheiten, für Brustkrebs, für Thrombosen doch nicht so groß oder gar nicht vorhanden sei.

Die Fachpresse jedoch, die sich auf die Evidenz-basierte (Nachweis-gesicherte) Medizin stützt, sieht keinen Anlass, Hormone wieder zur Vorbeugung von Krankheiten zuzulassen. Für die Cochrane Datenbank untersuchen Forschungsgruppen weltweit, wie Studien zu bewerten sind und mit welcher Sicherheit die Ergebnisse auf die Anwendung an Patientinnen übertragbar sind. Im Juli 2012 wurde eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit der Cochrane Datenbank veröffentlicht(17), die bestätigt, was in der S3-Leitlinie von 2009 steht: Eine Hormontherapie ist geeignet zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden, nicht aber zur Vorbeugung von Krankheiten, weil die Nutzen-Schadens-Bilanz negativ ist.

Diese Erkenntnisse hat auch der Artikel im Deutschen Ärzteblatt 33/34 von Maria J. Beckermann(10) untermauert. Die Autorin geht auf das Argument der Hormonbefürworter ein, dass eine Hormontherapie für die Herzgesundheit günstig sein könnte, wenn Frauen frühzeitig nach oder während der Menopause damit beginnen(5). Sie weist darauf hin, dass diese Ergebnisse nicht nur nicht gesichert sind, sondern selbst wenn sie gesichert wären, keine Konsequenzen haben dürften. Denn gerade die Frauen aus dieser speziellen Gruppe haben unter einer Hormontherapie gleichzeitig ein eindeutig erhöhtes Risiko für Schlaganfälle (in der Hormongruppe haben 41 von 3608 Frauen und in der Kontrollgruppe 23 von 3529 Frauen (RR 1.77 (CI 1.05-2.98) einen Schlaganfall(5)) und Brustkrebs(18), so dass die Nutzen-Schadens-Bilanz auch für die „jungen“ Frauen wenige Jahre nach der Menopause negativ ist.

Das arznei-telegramm beschäftigte sich in den Ausgaben von Oktober und November 2012 (19)(20) mit der Hormontherapie und sah keinen Anlass zur Änderung der in der S3-Leitlinie vorgegebenen Empfehlungen. Zur oben angegebenen dänischen Osteoporose-Studie schreibt das arznei-telegramm 11/12: „Die aktuell publizierte dänische DOPS-Studie eignet sich wegen massiver methodischer Mängel nicht als Nutzenbeleg.“

Politik

Meinungsführer

Seit der Entwicklung von Hormontherapien gab und gibt es Meinungsführer, die jeder Evidenz zum Trotz Hormontherapien für alle möglichen Indikationen proklamieren. In der Zeitschrift FRAUENARZT z.B. der Beitrag von Huber, Harlfinger und Teichmann im FRAUENARZT 7/12(11). Dort wird aufgezeigt, dass eine Reihe von GynäkologInnen den Ergebnissen der WHI-Studie offensichtlich nicht nur nicht glaubten, sondern sich durch deren Verbreitung als Opfer fühlten: „Wer damals Veröffentlichungen und Kommentare verfolgt hat, stieß immer wieder auf den Ausdruck mitfühlender Sorge um

verunsicherte Frauen, deren Glaube an die Redlichkeit ihrer Ärzte sich zutiefst erschüttert fand. Für den Außenstehenden kaum anders zu interpretieren, waren wieder einmal unschuldige Patientinnen das Opfer von Habgier und Skrupellosigkeit geworden. Viele Gynäkologen brauchten eine ganze Weile, um sich von dem Angriff auf ihre persönliche und ärztliche Integrität zu erholen, den sie insgeheim weniger in der Sache und den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet sahen. Vielmehr musste schlechterdings als Kapitulation vor der normativen Kraft des Faktischen zur Kenntnis genommen werden, dass Politik, Presse und die ökonomischen Interessen der Krankenkassen einen wenn auch nicht fairen, so doch unzweifelhaften Sieg errungen hatten.“

Ökonomische Interessen allein reichen nicht aus, um diese Überzeugungen trotz der Gegenbeweise so unbeirrbar aufrecht zu erhalten. Im Deutschen Ärzteblatt 42/2012 erklärt Donner-Banzhoff in dem Artikel: „Arzt und Patient – Archäologie einer Beziehung“(21) anhand des Schichtenmodells den Widerstand von ÄrztInnen gegen Evidenz-basierte Studienergebnisse: „Mit dem Schichtenmodell werden die Reaktionen von Praktikern auf „klinische Dekonstruktionen“ plausibel. Darunter verstehe ich die Entzauberung etablierter Behandlungen durch klinische Studien; bekannte Beispiele sind die Hormongabe in der Menopause und arthroskopische Knorpelglättungen. Diese Studien treffen oft auf wütendes Unverständnis der anwendenden Ärzte, die von der Wirksamkeit überzeugt sind. Sicher spielen hier materielle Interessen eine Rolle; vor allem jedoch haben die Anwender mit diesen Behandlungen auf der Ebene der rituellen Heilung große Erfolge erlebt. Eine biomedizinische Wirkung ist dazu offenbar nicht nötig gewesen.“ Anscheinend gelingt eine „Entzauberung“ der Hormontherapie allein auf rationaler Ebene durch evidenzbasierte Studienergebnisse nicht. Es müssten auch die eigenen Erfahrungen, Werte und Ziele einer kritischen Reflexion unterzogen werden, z.B. das eigene Frauenbild und speziell das Bild älterer Frauen. ÄrztInnen müssten sich auch ihrer täglichen Wahrnehmungsverzerrung bewusst sein, die dadurch entsteht, dass zufriedene PatientInnen wiederkommen und unzufriedene nicht. Die subjektive Überzeugung kann immer nur einen sehr engen Ausschnitt der Wirklichkeit repräsentieren. Deswegen sind ÄrztInnen auf evidenzbasierte Studien als wissenschaftliches Korrektiv angewiesen.

Der Berufsverband

Ein Berufsverband hat die Aufgabe, sich für wirtschaftliche und andere Interessen seines Klientels einzusetzen. Insofern steht die traditionell enge Verbindung des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) mit der Pharmazeutischen Industrie auch im Einklang mit seinen Zielen. Entsprechende Tendenzen lässt auch die Verbandszeitschrift <FRAUENARZT> erkennen. Nirgendwo wurde hartnäckiger an der Demontage der WHI-Studie gearbeitet, und kein anderes Blatt hat ohne Unterbrechung immer wieder die Vorteile einer vorbeugenden Hormontherapie postuliert, ungeachtet dessen, dass im gleichen Heft Leitlinien zu lesen waren, die den Pro-Hormon-Artikeln widersprachen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Die Rolle der DGGG als wissenschaftliche Fachgesellschaft und als Muttergesellschaft zahlreicher gynäkologischer Arbeitsgemeinschaften erscheint dem AKF e.V. durch ihre enge Anbindung an den Berufsverband kritikwürdig. Die DGGG nimmt im Rahmen der Zeitschrift <FRAUENARZT> etwa 10 Seiten ein für eigene wissenschaftliche Veröffentlichungen und tritt gelegentlich im Editorial auf. Sie hat sich noch nie öffentlich von den inhaltlichen Positionen des Berufsverbandes distanziert. Die LeserInnen müssen also bei dieser engen Kooperation davon ausgehen, dass die Inhalte des <FRAUENARZT> von der DGGG mitgetragen werden. Anders als vom Berufsverband wird von einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft Neutralität und Unabhängigkeit erwartet, denn Wissenschaftlichkeit orientiert sich an der bestmöglichen verfügbaren Evidenz, nicht an Partialinteressen. Diesen Ansprüchen wird die DGGG im Falle der folgenden Publikation nicht gerecht.

Im FRAUENARZT 10/2012 wurden unter Federführung von Prof. Dr. Mück, AK Hormone des BVF, zusammen mit sieben Fachgesellschaften, darunter die DGGG mit Prof. Friese als Präsident, aktualisierte Anwendungsempfehlungen(14) herausgegeben, weil die S3-Leitlinien „die praktischen Bedürfnisse nicht immer so reflektieren können, wie dies speziell für die gynäkologische Praxis erforderlich

sein kann“. Dabei definiert die Gruppe auch gleich ihr Evidenzniveau: Neben Fallkontroll- und Kohortenstudien berücksichtigt sie auch Beobachtungsstudien, und des „Weiteren sollte die Therapieentscheidung auch nach biologischer Plausibilität sowie nach klinischen Erfahrungen ...“ erfolgen.

Kohorten- und Fallkontrollstudien können keinen ursächlichen Zusammenhang beweisen. In der Fachsprache heißt das: Evidenzlevel 4. Die Evidenz-basierte Medizin wertet klinische Erfahrungen keineswegs ab, im Gegenteil: klinische Erfahrung ist notwendig, um wissenschaftliche Ergebnisse in der Praxis anwenden zu können. Klinische Erfahrung allein ist sehr anfällig für subjektive Verzerrungen und daher kaum verallgemeinerbar (Evidenzlevel 5). Wenn es keine beweiskräftigen Studien gibt, stellt sie die beste Evidenz dar. Die Verallgemeinerbarkeit klinischer Erfahrungen jedoch höher zu bewerten als den Nachweis durch bestmögliche Studien, grenzt an Hybris.

Mit ihren Schlüssen nimmt die Gruppe außerdem weder eine Präzisierung noch eine Ergänzung der S3-Leitlinie vor, sondern sie positioniert sich in einigen Aspekten diametral entgegengesetzt zur S3-Leitlinie, z.B. „Auf der Basis von Beobachtungsstudien erscheint bei frühem Beginn auch eine Prävention für M. Alzheimer möglich.“ Oder: „Nach aktueller Datenlage ist zu erwarten, dass bei früher Substitution (im Alter unter ca. 60 Jahre), unter Vermeidung langjähriger Östrogendefizite, für nicht mit speziellen Risikofaktoren oder Vorerkrankungen belastete Frauen, der Nutzen einer indizierten HRT die Risiken meist überwiegt.“

Dass die DGGG als gynäkologische Muttergesellschaft Mitverfasserin der neuen Anwendungsempfehlungen ist und damit die von ihr selbst herausgegebene S3-Leitlinie konterkariert, ist ein Politikum mit Breitenwirkung. Denn die DGGG ist nicht nur die fachliche Autorität der FrauenärztInnen, sondern sie mobilisiert auch die Laienpresse. So wird die DGGG in der ZEIT vom 18.10.2012(16) zitiert: „Die durch Östrogene ausgelöste Gefahr von Thrombosen könnte praktisch vollständig vermieden werden, wenn der Wirkstoff durch die Haut in den Körper gelange – etwa mithilfe von Hormonpflastern, heißt es bei der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).“ In der Süddeutschen Zeitung vom 31.10./1.11.2012 (15) geht Mück so weit, eine Hormontherapie als Option für Frauen mit erhöhtem Darmkrebsrisiko zu bezeichnen: „Schon nach wenigen Jahren sinkt das Risiko um etwa ein Drittel“, wird er in der SZ zitiert (Anm. AKF: in absoluten Zahlen ausgedrückt sind das 6 auf 10.000 Frauen pro Jahr(6)) , und laut Autorin der Süddeutschen: „Aber ein bisschen träumt er doch schon von der Wiederkehr der HRT als Prophylaxe.“

Auch sprachlich sind alte Strategien aus den 1990er Jahren, mit denen die Hormontherapie zur Vorbeugung jetzt wieder hoffähig gemacht werden soll, erkennbar: so ist wieder von HRT (hormone-replacement therapy) und Hormonsubstitution die Rede. Damit wird die sog. „Mangelhypothese“ wieder aktiviert, also die Annahme, dass Frauen jenseits der Wechseljahre in einem Mangelzustand leben. Diese Vorstellung hat eine ganze Frauengeneration in Angst und Schrecken versetzt und sie damit manipulierbar gemacht für diese Angebote. Der mit der S3-Leitlinie auch offiziell durchgesetzte Begriff HT (Hormontherapie) macht hingegen deutlich, dass eine Hormontherapie einer Indikation bedarf, zum Beispiel Wechseljahrsbeschwerden. Der von der Deutschen Menopausengesellschaft geprägte Begriff „Renaissance der HRT“ suggeriert, dass es neue Erkenntnisse zur Hormontherapie gäbe, die eine Positivbewertung erfordern. Die Studien, mit denen diese Annahme begründet wird, sind oben beschrieben.

Forderung

Der AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.) distanziert sich entschieden von den Bestrebungen der gynäkologischen Fachgesellschaften und des Berufsverbandes, die Hormontherapie wieder als Präventions- und Life-style-Medikament zu etablieren.

Der AKF e.V. fordert von der DGGG eine Kurskorrektur und eine verbindliche wissenschaftliche Stellungnahme zur Hormontherapie aus vorbeugenden Gründen, zumal die Gültigkeit der Leitlinie begrenzt ist bis zum 31.12.2012. Viele der mehr als 100 Gynäkologinnen im AKF e.V. sind Mitglied in der DGGG, sind aktiv in Arbeitsgruppen und arbeiten mit an Leitlinien. Sie teilen die Besorgnis der DGGG

um die zunehmende Ökonomisierung in der Medizin, um die hohe Kaiserschnitttrate und um die Probleme der Vereinbarung von Beruf und Familie. Sie möchten sich ihrer wissenschaftlichen Fachgesellschaft verbunden fühlen und wünschen sich Neutralität und Unabhängigkeit der Fachgesellschaft von Interessenkonflikten, eine eigene Fachzeitschrift und eine evidenzbasierte Ausrichtung, die gleichwohl niemals die Grundlagen der ärztlichen Kunst – die persönliche Beratung und die körperliche Untersuchung – außer Acht lässt. Von der Positionierung der DGGG zur Hormontherapie hängt auch ihre Glaubwürdigkeit für die FrauenärztInnen in Klinik und Praxis ab.

Denn die Ära der „Hormonsubstitution“ vor der WHI-Studie mag noch durch die Hoffnung auf einen Nutzen für die Frauen entschuldbar sein. Eine „Renaissance“ wider besseres Wissen ist bewusster Betrug an den Frauen!

Literatur

1. Mück AO, Seeger H, Korte K, Lippert TH. Cardiovascular protection by menopausal estrogen replacement therapy: possible mechanisms of the estrogen action. *Clin Exp Obst Gyn.* 1994;21(3).
2. Grady D, Rubin S, Petitti D, Fox C, Black D, Ettinger B, et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med.* 1992;117(12):1016-37.
3. Writing Group for the Womens's Health Initiative Randomized Controlled Trial W. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. *JAMA.* 2002;288(3):321-33.
4. The Women's HISC. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Womens's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2004;291:1701-12.
5. Rossouw J, Prentice R, Manson J, Wu L, Barad D, Barnabei V, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA.* 2007;297(13):1465-77.
6. DGGG DGfGuG. Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause. S3-Leitlinie. 2009:64-6.
7. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet.* 2003;362:419-27.
8. Colditz G, Hankinsen S, Hunter A, Willett W, Manson J, Stampfer M. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med.* 1995;332:1589-93.
9. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized trial of estrogen and progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA.* 1998;280:605.
10. Beckermann MJ. Postmenopausale Therapie mit und ohne Hormone - Was in der Praxis heute zählt. *Deutsches Ärzteblatt.* 2012;109(33-34):1700-3.
11. Huber J, Harlfinger W, Teichmann AT. Wenn die Absicht die Einsicht bestimmt - zehn Jahre nach der WHI. *Frauenarzt.* 2012;53(7):635-7.
12. Anderson G, Chlebowski R, Aragaki A, Kuller L, Manson J, Gass M, et al. Conjugated equine oestrogen and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women with hysterectomy: extended follow-up of the women's Health Initiative randomised placebo-controlled trial. www.thelancet.com/oncology. 2012;13(May 2012):476-86.
13. Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, Stilgren L, Eiken P, Mosekilde L, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ (bmjcom).* 2012;345(e6409):1-8.
14. Mueck AO. Anwendungsempfehlungen für die gynäkologische Praxis zur Hormonsubstitution im Klimakterium und in der Postmenopause. *Frauenarzt.* 2012;53(10):916-9.
15. Berndt C. Hormonpillen für die Wechseljahre neu bewertet - Zaghafte Entlastung. *Süddeutsche Zeitung.* 2012;252(31.10./1.11.2012):16.
16. Bahnsen U. Nehmen oder nicht nehmen? . *ZEIT.* 2012;43(18.10.2012):40.
17. Majoribanks J, Farquhar C., Roberts H., Lethaby A. Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;Jul 11;7(CD004143).
18. Chlebowski R, Anderson G, Gass M. Estrogen plus Progestin and Breast Cancer Incidence and Mortality in Postmenopausal Women. *JAMA.* 2010;304(15):1684-92.
19. A.T.I. Wechseljahre: Sind transdermale Hormonzubereitungen sicherer? *Arznei-telegramm.* 2012;43(10):82-4.
20. A.T.I. Wechseljahre: Hormone bei jüngeren Frauen doch kardioprotektiv? *Arznei-telegramm.* 2012;43(11):92-3.
21. Donner-Banzhoff N. Arzt und Patient, Archäologie einer Beziehung. *Deutsches Ärzteblatt.* 2012;109(42):1662-5.