

Muß es die Wechseljahre bald nicht mehr geben?

Über die Hormonbehandlung in den Wechseljahren und ihre Folgen

Lange Zeit waren die Wechseljahre in unserer Kultur ein Tabuthema, über das nicht gesprochen wurde, ein Lebensereignis, das die meisten Frauen im Verborgenen durchlebten. Seit einiger Zeit ist das anders. Nachdem Mitte der achtziger Jahre eine Artikelflut über die medizinische Problematik dieses Lebensabschnitts durch die Fachpresse ging, griff sie kurze Zeit später auch auf die Massenmedien über: Kaum eine Illustrierte oder ein Gesundheitsmagazin im Fernsehen, das nicht in schöner Regelmäßigkeit darüber berichtete. Doch das Interesse gilt nicht in erster Linie älteren Frauen und ihren möglichen Umstellungsproblemen in den Wechseljahren, sondern Medikamenten, die für diese Zielgruppe entwickelt worden sind: der sogenannten Hormonersatztherapie.¹ Tatsächlich sind in den letzten Jahren die Verschreibungszahlen für Hormone in den Wechseljahren deutlich in die Höhe gegangen.

Informationsveranstaltungen zum Thema Wechseljahre sind meist mehr als gut besucht. Und die häufigste Frage von Frauen mittleren Alters, die Information und Beratung bei uns im Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum suchen, lautet: »Soll ich die Hormone nehmen oder nicht?«

Im folgenden gehe ich darauf ein, wie die Medizin einen derartigen Einfluß auf diesen Lebensabschnitt gewinnen konnte und welches die Folgen für Körper, Psyche und die gesellschaftliche Rolle von Frauen sind.

Zur Geschichte der Hormonbehandlung in den Wechseljahren

Die Entwicklung einer »Therapie für die Wechseljahre« setzte ihre Definition als Krankheit voraus. Die Anfänge der Definition der Wechseljahre als Krankheit fallen mit dem Beginn der Entwicklung der synthetischen Hormone zusammen. (vgl. McCrea 1983) Die hormonelle Umstellung wurde als »Altersatrophie des Ovars« beschrieben, die Mangelzustände und Ausfallerscheinungen zur Folge habe. Aus Anzeichen der Wechseljahre und möglichen Begleiterscheinungen, deren Ursachen sowohl in Lebensumständen als

auch in anderen körperlichen Störungen liegen können, wurde ein »klimakterisches Syndrom«, das Hoff (1959) als »buntes Spektrum vasomotorischer, kardialer, allgemein-vegetativer und psychischer Symptome« charakterisierte. (zit.n. Overzier 1966)

Trotzdem wurde die Diskussion über die Therapiebedürftigkeit in den sechziger Jahren noch sehr kontrovers geführt. »Eine echte zyklusgerechte Substitutionstherapie entspricht weder dem Sinn noch den Möglichkeiten des Klimakteriums, obwohl sie den eigentlichen Ausfall der Ovarien ausgleichen könnte.«

»Während viele ältere Ärzte noch in den klimakterischen Umstellungsvorgängen physiologische Alternsvorgänge sehen und daher folgerichtig jede Behandlung oder Prophylaxe ablehnen, um der Natur nicht ins Handwerk zu pfuschen, steht die jüngere Generation den experimentellen Ergebnissen der Forschung aufgeschlossener gegenüber und ist bereit, die alten Theorien und Hypothesen neu zu überdenken.« (Mischel 1969)

Die ablehnende Haltung gegenüber hormoneller Behandlung ging einher mit einer paternalistischen Haltung, die dem – natürlich meist männlichen – Arzt die »psychische Führung« der Frau zur Aufgabe machte. Über Frauen mit kleineren Beschwerden während der Wechseljahre, deren Art er nicht beschreibt, urteilt Overzier folgendermaßen: »Die Frauen haben Angst, Angst vor Fehlleistungen, vor der Abkehr des Mannes. Daß sie gerade durch ihre Unbeherrschtheit oder Krankheitsbetonung auffallen, merken sie nicht. Intelligente Frauen sollten sich auch bei innerer Unausgeglichenheit unter Kontrolle halten können. Die Angst zu versagen oder das wirkliche Versagen spielt bei vielen alleinstehenden berufstätigen Frauen mit. Hier hilft ein guter Arzt, der aus innerer Berufung Psychotherapeut ist, mehr als ein Tranquilizer.« (1966, 356)

Doch auch Psychopharmaka und physikalische Methoden wurden von dieser Richtung als Behandlungsmöglichkeit angesehen und die Notwendigkeit einer »positiven Sinnfindung« in den Wechseljahren betont; ein genereller Einsatz von Hormonen für die Wechseljahre wurde abgelehnt. (Vgl. Richter 1968, 1116f.)

Es ist hervorzuheben, »daß diese Ärzte überhaupt den sozialen Zusammenhang und die seelische Befindlichkeit der sie aufsuchenden Frauen wahrnehmen« (Groth, Röring 1990), eine Haltung, die bei der darauffolgenden experimentierfreudigen Generation offensichtlich völlig ins Hintertreffen geriet.

Die Veröffentlichungen von VerfechterInnen der Hormone für die Wechseljahre beschränkten sich zu dieser Zeit auf die Diskussion

ihrer Zusammensetzung und Dosierung und ihrer möglichen Anwendungsgebiete, da für sie als Ursache »Hormonmangel« bereits feststand (Mischel 1969; Lauritzen 1968). Während in den USA die Hormone mit Versprechungen vermarktet wurden, die der Anwenderin ewige Jugend und Weiblichkeit verhießen – ein Buch, das die Hormone propagierte, hieß: »Feminine Forever« –, stand in der BRD bereits das Interesse an einem Einsatz der Hormone für ein breites Indikationsfeld von Arteriosklerose über Herzinfarkt – selbst Bluthochdruck und Diabetes wurden diskutiert – bis hin zu Osteoporose im Vordergrund. Bei der Zusammensetzung der empfohlenen Hormone handelte es sich teils um reine Östrogen- oder Testosteronpräparate, teils auch um Mischpräparate aus beidem bzw. noch abenteuerlicheren Mischungen wie dem Präparat Reginol, das aus Östrogenen, Androgenen, Trockensubstanz von Hoden und Ovarien und Barbituraten bestand oder dem Präparat Klimax Taeschner, das eine Schilddrüsentrockensubstanz und ein Abführmittel enthielt. Auch das synthetische Hormon DES² wurde gegen Wechseljahresbeschwerden verschrieben (vgl. Kyank 1966, 308).

Nachdem Mitte der siebziger Jahre eine Reihe von Studien, die in den USA erschienen waren, einen Zusammenhang zwischen der Östrogeneinnahme und dem gehäuften Auftreten von Gebärmutter-schleimhautkrebs nahelegten, kam es zu einem starken Rückgang der Verschreibungs- und Verkaufszahlen (vgl. Kaufert, McKinley 1985, 122). Obwohl die Studien nicht unumstritten waren, führten sie zu einer Verunsicherung der MedizinerInnen und zur heute noch gültigen Empfehlung, reine Östrogenpräparate nur noch Frauen zu verordnen, die keine Gebärmutter mehr haben.

Es ist auffällig, wie in dieser Situation, in der alte Therapieformen obsolet geworden und neue nicht überprüft verfügbar waren, wissenschaftliche Meinungen wieder stärker in den Vordergrund traten, die die Natürlichkeit der körperlichen Veränderungen bzw. die soziale Komponente von auftretenden Befindlichkeitsstörungen in den Wechseljahren betonten. So machten sich einzelne AutorInnen die Mühe, die natürlichen körperlichen Veränderungen der Wechseljahre auf der Ebene von biochemischen Vorgängen genauer zu untersuchen, ein Untersuchungsgegenstand, der trotz immer noch fehlenden Wissens später kaum noch auf Interesse stieß.

So bemerkte Plotz in einem Vortrag 1981, daß es in den Wechseljahren »nur selten zu einem völligen Östrogenmangel« komme. Er verweist auf andere Produktionsquellen von Östrogenen nach der Menopause neben den auch weiterhin produzierenden Eierstöcken.

Mall-Haefeli und Werner-Zodrow untersuchten die Umbildungsrate von Androgenen in Östrogene und kamen zu der Erkenntnis, daß sie sich im Laufe der Wechseljahre mehr als verdreifacht (1980, 179). Zur gleichen Zeit ging Döring als unangefochtener Befürworter der Hormongabe für Frauen in den Wechseljahren davon aus, daß »nach der Menopause ... die Hormonproduktion in den Ovarien völlig (erlischt); es werden keine nennenswerten Mengen an Östrogenen mehr produziert« (1978, 146).

Andere Autoren wiesen zu jener Zeit auf die mögliche soziale Bedingtheit von Wechseljahresbeschwerden hin und relativierten damit deren Therapiebedürftigkeit. So warnte Schwartz (1984, 855) vor der »bequeme(n) Flucht in die Rezeptemedizin«; Stauber widmete der Frage der sozialen und psychischen Situation von Frauen in den Wechseljahren sogar einen ganzen Artikel und plädierte dafür, Verhältnisse zu schaffen, »die der älteren Frau Möglichkeiten und Raum geben, sich ihrer Persönlichkeit entsprechend zu verwirklichen« (1978, 228).

Gegenüber der inzwischen als Alternative propagierten kombinierten Östrogen/Gestagen-Gabe herrschte insgesamt Skepsis vor. »Die meisten AutorInnen beschränkten ihre Empfehlung auf die therapeutische Behandlung von Beschwerden, von einer prophylaktischen Behandlung wird auf Grund des zu geringen Wissensstandes über die langfristigen Auswirkungen der kombinierten Hormongabe eher abgeraten, der Aspekt der Risiko-Nutzen-Abwägung steht im Vordergrund. So schränkt selbst Döring den Anwendungsbereich der Hormone von vorneherein mit dem Hinweis ein, 'daß nur bei 20 bis 30 % aller Frauen behandlungsbedürftige Wechseljahresbeschwerden auftreten' (1978, 146).« (Groth, Röring 1990)

Eine weitere Einschränkung war durch ein relativ weit gefaßtes Feld von Kontraindikationen gegeben. Die Situation veränderte sich, als die Pharmakonzerne begannen, in einer breit angelegten Kampagne, für die die Firma Ayerst Laboratories 1982 eigens eine Public Relations Firma beauftragte, ihre Hormonpräparate als Osteoporoseprophylaxe aggressiv zu vermarkten (vgl. Dejanikus 1985; MacPherson 1985, 11ff.; Kaufert, McKinlay 1985, 113ff.). Diesem Beispiel eiferten deutsche Pharmakonzerne nach, wie zum Beispiel das von der Firma Kali-Chemie gesponserte Menopause-Symposium 1986 in Salzburg oder die ausführlichen, von zahllosen Werbeanzeigen begleiteten Artikelserien in medizinischen Fachblättern zeigen.

Diese Kampagne sollte nicht ohne Wirkung bleiben. »Etwa Mitte der achtziger Jahre tritt ein Wandel in der Trendmeinung insofern

ein, als die VerfechterInnen der Hormonersatztherapie als Prophylaxe und Dauerbehandlung zunehmend an Einfluß gewinnen. Wortführend in dieser Hinsicht sind in der Bundesrepublik die Professoren Hesch und Lauritzen. Kennzeichnend für sie und andere BefürworterInnen der Hormone ist, daß sie der Analyse des natürlichen Umstellungsprozesses und der damit zusammenhängenden ungeklärten Fragen kaum noch Beachtung schenken. Das Hauptaugenmerk liegt statt dessen auf möglichen pathologischen Erscheinungen wie Demineralisierung der Knochen, für die als zentrale Ursache der Östrogenmangel angesehen wird. Umstandslos gehen sie nun davon aus, daß die »Menopause ein zur Krankheit führender natürlicher Prozeß« (Hesch 1987, 8) sei. Noch weitergehend ist folgende Aussage: »Seit undenklichen Zeiten, und gegenwärtig noch in weitverbreiteten Kreisen akzeptiert, ist laut Definition die Menopause ein physiologischer Vorgang mit natürlichen Folgen. Die moderne Medizin kann dem nicht mehr folgen.« (Hesch 1985, 486) Er beschreibt die Menopause als einen Schutzmechanismus der Natur zur »Reduktion des genetischen Risikos für die Nachkommenschaft«, der heute nicht mehr sinnvoll sei ... Parallel zur Ausweitung der Indikation auf alle Frauen wird die Zahl der Kontraindikationen eingeschränkt. Es wird die Forderung erhoben, die Beipackzettel entsprechend zu verändern, eine Forderung, der das Bundesgesundheitsamt 1990 nachgekommen ist.« (Groth, Röring 1990, 12f.)

Inzwischen wird der Nutzen der kombinierten Hormone sowohl für die Behandlung von Wechseljahresbeschwerden als auch zur Vorbeugung von Osteoporose und Herz-Kreislaufkrankungen allgemein als wissenschaftlich gesichert angesehen, wobei medizinische Bedenken gegenüber möglichen unerwünschten Wirkungen und Langzeitriskien zumindest im praktischen Verschreibungsverhalten keine Auswirkung mehr zu haben scheinen. Unseren Erfahrungen zufolge ist die zwar steigende, aber trotzdem immer noch relativ geringe Zahl von Frauen, die in den Wechseljahren Hormone nehmen, weniger der Vorsicht der niedergelassenen ÄrztInnen als vielmehr der gesunden Skepsis der betroffenen Frauen geschuldet, die nach dreißig Jahren Pille vorsichtig gegenüber den Errungenschaften der Chemieindustrie geworden sind.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß das wissenschaftliche Verständnis von den körperlichen und psychischen Vorgängen der Wechseljahre offenbar immer stark geprägt war von der Verfügbarkeit und Akzeptanz bestimmter zur Therapie eingeführter Präparate und von den dahinterstehenden Verkaufsinteressen.

Vom Umgang mit den Risiken der Hormonbehandlung

Die Hormone haben inzwischen ihren Siegeszug angetreten als beinahe unumstrittene »Therapie der Wechseljahre«, die Frauen bei kleineren und größeren Beschwerden, aber auch immer häufiger ohne jede Indikation als angebliche Prophylaxe verordnet wird, ohne daß ein individuelles Risiko ermittelt worden wäre. Diese Tatsache und entsprechende Darstellungen in den Massenmedien suggerieren, daß es sich um eine erprobte und unbedenkliche Behandlungsmethode handelt.

Dies ist nicht der Fall.

Je höher die wissenschaftliche Ebene, desto kontroverser und unübersichtlicher wird das Bild. Wie bereits erwähnt, werden grundlegende Untersuchungen über physiologische Veränderungen in den Wechseljahren und ihre Ursachen heute kaum noch durchgeführt. Heutige Studien und Veröffentlichungen befassen sich statt dessen beinahe ausschließlich mit dem Nachweis positiver oder negativer gesundheitlicher Effekte der künstlich hergestellten Hormone.

AutorInnen, die sich die Mühe gemacht haben, diese Studien auf ihre Aussagekraft und Anfechtbarkeit hin zu untersuchen und die Ergebnisse miteinander zu vergleichen, kommen meist zu dem Ergebnis, daß definitive Aussagen auf Grund der Unterschiedlichkeit in der Anlage der Studien nicht getroffen werden können. So gibt es in diesem Zusammenhang wohl keine einzige Grundthese der Schulmedizin, die unwidersprochen blieb; dennoch basiert die Behandlung von Millionen von Frauen hierauf. US-amerikanische Studien (Mack u.a. 1976; Ziel, Finkle 1975), denen zufolge das Risiko für Gebärmutterkrebs unter der ausschließlichen Östrogeneinnahme um das Fünf- bis Neunfache erhöht sei, wurde von anderen wegen angeblicher statistischer Ungenauigkeiten stark in Zweifel gezogen (Döring 1978; Mall-Haefeli, Werner-Zodrow 1980).

Die Fragwürdigkeit derartiger Studien bringt Plotz auf einen Nenner, wenn er anmerkt, daß ein kausaler Zusammenhang zwischen Östrogeneinnahme und Entstehung eines Korpuskarzinoms auf Grund dieser Untersuchungen zwar nicht bewiesen werden konnte, »daß aber genügend klinische und experimentelle Hinweise vorhanden sind, die für eine solche Korrelation sprechen (presumptive evidence)« (1982, 6).

Die daraus abgeleitete, allgemein akzeptierte Schlußfolgerung, Frauen ohne Gebärmutterentfernung nur kombinierte Hormone zu

verschreiben, wird wiederum von anderen Forschungsergebnissen stark in Frage gestellt. Sie geben Hinweise darauf, daß Gestagene negative Auswirkungen auf den Fettstoffwechsel und damit auch auf das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben können (vgl. Wilson 1985; Riis, Christiansen 1987). Dies ist um so wahrscheinlicher, als der angeblich schützende Effekt des Östrogen auf Herz und Kreislauf ebenfalls in Zweifel gezogen wird (Vandenbroucke 1991). Der Framingham-Studie zufolge bringt die Östrogeneinnahme älteren Frauen sogar ein signifikant erhöhtes Risiko (vgl. Ettlinger 1988). Auf dem Hintergrund der Tatsache, daß diese Erkrankungen die häufigste Todesursache bei Frauen darstellen, kommen einige AutorInnen zu der Empfehlung, den negativen Effekt der Gestagene gegenüber dem statistisch gesehen geringeren Risiko des Gebärmutterkrebses abzuwägen (vgl. Ross u.a. 1988; Ernster u.a. 1988).

Völlig kontrovers dazu steht wiederum die Meinung, allen Frauen, die Hormone nehmen wollen, also auch denen ohne Gebärmutter, Östrogen/Gestagen zu verschreiben, da nur die kombinierte Gabe einen schützenden Effekt gegen Brustkrebs haben soll (vgl. Gambrell 1988). Dem liegen Erkenntnisse zugrunde, daß sich die Brustkrebsrate, die sowieso relativ hoch ist, nach Einnahme von isolierten Östrogenen erhöht (vgl. Ross u.a. 1980; Berkowitz 1985; Steinberg u.a. 1991). Andere Studien kommen allerdings zu dem Ergebnis eines erhöhten Brustkrebsrisikos auch bei der Einnahme von kombinierten Hormonen (vgl. Steinberg 1991).

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, Kommission Hormontoxikologie und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft kamen von daher 1988 zu dem vorsichtigen Ergebnis: »Zur Zeit lassen sich keine verbindlichen Aussagen darüber machen, ob sich eine längerfristige Substitutionstherapie positiv oder negativ auf die Entstehung einer Mammakarzinoms auswirkt.« Weitere schwerwiegende Einwände, die gegen die vorliegenden Daten und Untersuchungsergebnisse generell vorgebracht werden, richten sich gegen das Fehlen von Langzeitstudien (Ernster u.a. 1988; Hemminki 1988) und das methodische Herangehen vieler Studien. So ist die Vergleichbarkeit ihrer Ergebnisse stark eingeschränkt durch die kaum überschaubare Vielfalt von Hormonarten, Dosierungen und Darreichungsformen: verschiedene Östrogene und Gestagene in unterschiedlichen Kombinationen und Dosierungen, zyklisch oder kontinuierlich verordnet in den verschiedensten Darreichungsformen als Tablette, Spritze oder Pflaster (vgl. Feministisches Frauen

Gesundheits Zentrum 1990, 65f.). Zusätzlich beeinträchtigt wird die Aussagekraft der Forschungsergebnisse durch den weitgehenden Verzicht, Faktoren wie Schichtenzugehörigkeit und Gesundheitszustand mit in die Untersuchung einzubeziehen. So werden nach Meinung von F. Stewart Untersuchungen häufig an weißen Mittelschichtfrauen durchgeführt, deren Gesundheitsrisiken für bestimmte Erkrankungen – wie Herz-Kreislauf – geringer sind als die von Unterschichtfrauen. Ein weiteres Moment der Verfälschung besteht ihrer Ansicht nach darin, daß nur die Ergebnisse der Frauen in Untersuchungen einfließen, deren compliance (Akzeptanz der Medikamenteneinnahme) sehr groß ist. Andere Frauen, die die Hormonbehandlung abbrechen – häufig weil sie starke unerwünschte Wirkungen feststellen oder die Hormone ihnen nicht helfen –, werden nicht berücksichtigt. – Außerdem bemängelte Stewart, daß die Studien häufig an einer lächerlich geringen Zahl von Frauen durchgeführt werden. So basiere die Empfehlung an die amerikanische ÄrztInnenschaft, den 35 Millionen amerikanischer Frauen, die in den Wechseljahren sind, eine kontinuierliche statt eine zyklische Hormoneinnahme zu empfehlen, um die unerwünschten Blutungen zu vermeiden – ein Haupteinwand vieler Frauen gegen die Hormone –, lediglich auf sechs Studien und sieben Reports an zusammen nicht mehr als 158 Frauen. Nur bei 60 dieser Frauen gingen die Studien über einen Zeitraum von länger als zwei Jahren; zwei dieser Frauen, die die Hormone länger als sechs bis acht Jahre nahmen, entwickelten Gebärmuttereschleimhautkrebs (Stewart 1992).

Kennzeichen der meisten vorliegenden Untersuchungen ist, daß sie sich fast ausschließlich auf die Erforschung der gesundheitlichen Risiken beschränken, die in der Meinung der Öffentlichkeit eine besondere Rolle spielen: Gebärmutter- und Brustkrebs sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen; andere, weniger spektakuläre Risiken wie Thrombosen, Leber-Galle-Erkrankungen und sonstige Auswirkungen auf den Stoffwechselprozeß finden kaum Beachtung. Selbst wenn Studien durchgeführt werden, die wahrscheinlich machen, daß Gallenerkrankungen unter der Hormoneinnahme zunehmen (Prentice 1988, Pettiti 1988), spielen sie in der wissenschaftlichen Diskussion keine Rolle. NaturheilkundlerInnen weisen aber gerade darauf hin, daß Störungen und Belastungen bestimmter Organe – und besonders eines so wichtigen Entgiftungsorgans wie der Leber – bereits im Vorfeld manifester Erkrankungen die Ursache für schwere Befindlichkeitsstörungen und für die Entwicklung chronischer und degenerativer Erkrankungen sein können.

In der Zusammenfassung dieser Ergebnisse läßt sich sagen, daß bei dem heutigen Wissensstand ÄrztInnen im besten Fall die Wahl haben, welchen der bekannten Risiken sie ihre Patientinnen aussetzen wollen. Viele von ihnen dürften über diese Risiken allerdings kaum ausreichend informiert sein, um diese Entscheidung bewußt treffen zu können, geschweige denn die betroffenen Frauen. Arbeitsüberlastung bei ÄrztInnen, die kaum die ausreichende Lektüre von Fachliteratur zuläßt, die pharmafreundliche Aufbereitung von Forschungsergebnissen in vielen Fachblättern und Massenmedien und nicht zuletzt die Verdienstinteressen v.a. der niedergelassenen GynäkologInnen verhindern eine umfassende Information. Diese Faktoren führen dazu, daß Millionen von Frauen einem unverantwortlichen Experiment ausgesetzt werden, von dem sie zudem selber nichts wissen, bei dem sie aber sehr viel verlieren können, nämlich ihre Gesundheit und ihr Leben, während andere davon ausschließlich profitieren.

Die »Hormonersatztherapie« als Fiktion

Die Verschreibung von Hormonen in den Wechseljahren erfolgt in der Regel unter dem Anspruch der individuellen Hilfeleistung für die einzelne Frau. Der allgemein gebräuchliche Begriff »Hormonersatztherapie« suggeriert, daß es darum geht, bestimmte Hormone zu »ersetzen« und damit aktuelle oder potentielle Beschwerden zu »therapieren«. Tatsächlich aber ist dieser Begriff irreführend und widerspricht den Tatsachen, da zum einen nur ersetzt werden kann, was natürlicherweise vorhanden sein sollte. Ein höherer Östrogen/Gestagen-Spiegel ist aber für die Wechseljahre keineswegs natürlich, so daß es allenfalls gerechtfertigt wäre, bei jüngeren Frauen, die ihre Eierstöcke verloren haben, von einem »Hormonersatz« zu reden. Zum anderen stellen die Hormonverschreibungen keine »Therapie« dar, da sie weder »heilen« noch die wirklichen Ursachen bestehender Beschwerden beseitigen. Sie verzögern lediglich den Umstellungsprozeß, da im Fall des Absetzens sowohl die Beschwerden meist wieder da sind – oft stärker als zuvor – als auch der beschleunigte Knochendichteverlust einsetzen kann, der durch die Hormone verhindert werden sollte. Auch handelt es sich – entgegen dem expliziten Anspruch der Schulmedizin – nicht um eine ursächliche Behandlung, da bei vielen der auftretenden Beschwerden andere Ursachen in Betracht zu ziehen sind, die durch den instabilen Zustand in den Wechseljahren lediglich verstärkt werden können.

So lassen sich beispielsweise bei Frauen, die über Schlafstörungen klagen, auf Nachfrage sehr häufig belastende Lebensumstände feststellen, die ihnen aus ersichtlichen Gründen den Schlaf rauben. Auch organische Ursachen, die wiederum Einfluß auf den Hormonstoffwechsel haben können, können der Hintergrund für vegetative Beschwerden sein. Die vorschnelle Diagnose »Wechseljahresbeschwerden« enthebt viele ÄrztInnen der Notwendigkeit weitergehender Abklärung.

Hinsichtlich des Osteoporose-Risikos spielen ebenfalls so viele Faktoren eine Rolle, daß es mehr als willkürlich erscheint, ausgerechnet dem Östrogenmangel die Hauptverantwortung zu geben. Gute, vitamin- und mineralstoffreiche Ernährung sowie ausreichende Bewegung sind erwiesenermaßen nicht nur als Osteoporose-Prophylaxe und -Therapie wirksam, sondern haben auch den unbestreitbaren Vorteil, daß sie – im Gegensatz zu den Hormonen – einen eindeutig positiven Effekt auf das Gesamtbefinden haben.

Da die Gynäkologie diesen Bereich der Lebensweise weder im Blick hat noch ihre Patientinnen für mündig genug ansieht, sich dafür bewußt zu entscheiden, setzt sich hier statt dessen immer stärker der Trend durch, alle Frauen ab den Wechseljahren möglichst lebenslang mit künstlich hergestellten Hormonen zu versorgen. Diese Empfehlung – so behaupten Kritikerinnen – ist vergleichbar mit einer, allen älteren Menschen vorbeugend ein Mittel gegen Bluthochdruck zu verabreichen, nur weil ein nennenswerter Teil alter Menschen einmal einen Hochdruck bekommt (vgl. Brown Doress, Laskan Siegal 1987).

Angesichts dieses Sachverhalts drängt sich der Verdacht auf, daß es gar nicht vorrangig um eine Behandlung einzelner Beschwerden der Wechseljahre geht, und daß auch die schon erwähnten finanziellen Interessen nicht ausreichen zur Erklärung des bisherigen Erfolgs der Kampagne. Es scheint vielmehr, daß es um eine Therapie gegen die Wechseljahre als solche geht, um damit einen ganzen Lebensabschnitt quasi ungeschehen zu machen.

Die Hormonbehandlung und ihre sozialen Folgen

Die rein negative Darstellung der Wechseljahre durch die Gynäkologie wird von den meisten Frauen keineswegs geteilt. Während die medizinische Literatur von »ovarieller Erschöpfung«, »Verkümmerung«, »Schrumpfung«, »Störung« und »Mangel« spricht (vgl. Martin 1987) bis hin zu dem skandalösen Sprachgebrauch der MedizinerInnen

untereinander, Frauen nach den Wechseljahren als »kastriert« zu bezeichnen – so auf dem Deutschen Ärztekongreß im Juni 1992 in Berlin –, sehen Frauen selbst oft auch die positiven Aspekte dieser Zeit: weniger Wert auf Äußeres und Äußerlichkeiten zu legen, mehr an sich selbst denken zu können, unabhängiger von der Meinung anderer zu sein und – bei heterosexuellen Frauen – keine Angst mehr vor ungewollten Schwangerschaften haben zu müssen.

Frauen können diese Zeit der Unruhe und des Umbruchs auch als Anlaß betrachten, um Bilanz zu ziehen über ihr bisheriges Leben und eine Neuorientierung vorzunehmen (Greer 1992, Groth 1992). Sicher kann dies zu der bitteren Erkenntnis führen, daß die gegenwärtige Lebenssituation nicht mit den Wünschen und Bedürfnissen übereinstimmt, doch bleiben Frauen in der Lebensmitte nicht nur noch genügend Energien und Jahre, um notwendige Veränderungen durchzusetzen, sondern scheinen die Wechseljahre selber bei manchen Frauen Energien freizusetzen, die aus der Überwindung der Krise entstehen. Frauen berichten, daß sie nach den Wechseljahren ein erfüllteres, glücklicheres Leben führen als zuvor (vgl. Brown Doress, Laskin Siegal 1987). So betrachtet, können die Wechseljahre eine sehr produktive Zeit sein, die viele kreative und rebellische Potentiale in sich birgt.

Diese Chance zur – oft auch schmerzhaften – Veränderung wird Frauen genommen, wenn bereits die ersten Signale des Wandels »wegtherapiert« werden, wie es heute häufig geschieht. Und die Hormone, die verordnet werden, wirken keineswegs nur auf die körperlichen Anzeichen, sondern auch auf die Seele. In einer ständigen Wechselwirkung zwischen innen und außen beeinflussen Hormone unser Wohlbefinden und unsere Stimmungen genauso wie umgekehrt körperliche Vorgänge und psychische Reaktionen unseren Hormonspiegel beeinflussen. Fasziniert von den neuesten Ergebnissen der Hormonforschung beschreibt dies ein Mediziner in den sechziger Jahren folgendermaßen überschwenglich:

»Ein ganzes Orchester klingt in zahllosen Tonabstufungen zusammen und läßt unsere Lebenssymphonie aufklingen, nicht nur aus den sieben Tönen einer Tonleiter, sondern aus viel mehr als sieben verschiedenen Hormonen, nicht in ganzen, viertel, achtel, sechzehntel oder zweiunddreißigstel Noten, sondern in tausendfach, in zehntausendfach, in zahllos abgestimmten Werten chemischer Substanzmengen. Ihr Mischungsverhältnis ändert sich bei jedem Atemzug, bei jedem Herzschlag, bei jedem Gedanken, jeder Hoffnung, jeder Erfüllung, jeder Angst, jedem Versagen, jeder Laune. Es wechselt

mit Tag und Nacht, mit Regen und Sonnenschein, im Erfolg und Mißerfolg, bei Gesundheit und Krankheit, bei Liebe, Enttäuschung, Verzicht, Haß. Immer ist es anders.« (Böttcher 1963, 553)

Wenn wir auf diese Weise unsere Hormone auch als Ausdruck unserer Persönlichkeit sehen, so stellt die Verordnung von künstlich hergestellten Hormonen »eine persönlichkeitsverändernde und -verletzende Maßnahme dar. Und das, was aussieht als wäre es die ganz private Sache zwischen hilfeschuchender Patientin und helfendem Arzt, hat – massenhaft durchgeführt – durchaus eine soziale Dimension« (Röring 1991).

Wie stark die Medizin als Instrument sozialer Konditionierung bei Frauen in den Wechseljahren wirkt, zeigt sich an folgenden Beispielen:

- Frauen in den Wechseljahren werden von ihrer Umgebung häufig als unmotiviert, launisch und aggressiv wahrgenommen – und sehen sich oft selber so. Sie vergessen, daß sie mit ihrer plötzlich auflodernde Wut wahrscheinlich nur deshalb auffallen, weil sie all die Jahre viel zu viel geduldet und heruntergeschluckt haben. Aus dieser Sicht ist also nicht die Launenhaftigkeit das Problem, sondern die vorherige übergroße Duldsamkeit. Die Hormone aber sollen helfen, genau diesen Zustand wiederherzustellen, keine Veränderung zuzulassen. G. Greer nannte in diesem Zusammenhang auch Östrogen »das Hormon der Fügsamkeit« (Greer 1992, 145).
- Viele Frauen klagen über Leistungsminderung in den Wechseljahren. Wenn wir genauer nachfragen, erfahren wir oft, daß diese Frauen sich Leistungen abfordern – oder sie von ihnen gefordert werden –, zu denen Jüngere vielfach nicht in der Lage wären. Anstatt von einer realistischen Einschätzung der eigenen Kräfte auszugehen und übertriebene Anforderungen zurückzuweisen, benutzen viele dieser Frauen Hormone als Peitsche, um sich selber anzutreiben. Die Medizin hilft mit, diese überhöhten Leistungsstandards in Wirtschaft, Gesellschaft und Familie aufrechtzuerhalten.
- Das Dünnerwerden der Vaginawände kann eine natürliche Folge des Alterns und des Östrogenrückgangs sein. Es kann Frauen Beschwerden verursachen und Auswirkungen auf die Sexualität haben, indem es die Penetration beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr erschwert. Frauen und ihre Partner können dies zwar als Problem erleben, sie können darin aber auch eine Chance zur Veränderung bisheriger sexueller Gewohnheiten sehen. Gerade

Frauen erleben die penetrationsfixierte Sexualität häufig als unbefriedigend und könnten deshalb besonders davon profitieren, wenn die gemeinsame Sexualität mehr an *ihren* körperlichen Bedürfnissen ausgerichtet wäre statt an denen ihrer Partner. Die Verschreibung von Hormonpillen oder -salben gegen die Trockenheit der Vagina bewirkt lediglich, daß Frauen weiter reibungslos funktionieren – eine Erhöhung der sexuellen Lust bewirken sie nicht (vgl. auch Greer a.a.O.).

- Die Alterskrankheit Osteoporose ist in besonderer Weise ein Synonym für Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit. Es ist deutlich, daß in der Angstkampagne gegen die Knochenbrüchigkeit die Angst vor dem Altern schlechthin mitschwingt. Diese Angst ist berechtigt angesichts fehlender familiärer und sozialer Strukturen für alte Menschen, menschenunwürdiger Versorgung von Pflegebedürftigen und der besonders bei Frauen zu beobachtenden Altersarmut. Statt diese Situation zu verändern, wird versucht, unter Hinweis auf Kosten-Nutzen-Rechnungen und Inkaufnahme anderer gesundheitlicher Risiken diese Krankheit zu beseitigen; dies in der irrigen Hoffnung, damit einen Hauptgrund für die Hilfsbedürftigkeit im Alter zu beseitigen. Diese Position negiert, daß auch Frauen mit Osteoporose selbständig und aktiv sein können, während andere ohne Osteoporose Knochenbrüche erleiden – abhängig von der jeweiligen Beweglichkeit – und daß es noch zahlreiche andere Ursachen gibt, warum Menschen von der Hilfe anderer abhängig werden. Es ist allerdings wahrscheinlich, daß es bei den dahinterstehenden volkswirtschaftlichen Überlegungen nicht nur darum geht zu verhindern, daß osteoporosekranke Frauen Pflegekosten verursachen, sondern auch darum, sie in ihrer unersetzbaren Funktion als Pflegende für ihre kranken Männer oder sonstigen Angehörigen zu erhalten.

Die Verfügbarkeit der Hormone kann leicht dazu führen, denjenigen, die an Osteoporose erkranken, individuell die Schuld anzulasten, eine Tendenz, die auch bei anderen medizinischen Entwicklungen wie der Pränataldiagnostik zu beobachten ist. Damit könnte sich die Hormoneinnahme unversehens von einem freiwilligen Hilfsangebot zu einer sozialen Verpflichtung entwickeln.

Die verstärkten Anstrengungen, die Osteoporose zu verhindern, lassen sich aber auch noch unter einem besonderen sozialpsychologischen Aspekt betrachten: Mit einem Prototyp der osteoporosekranken Frau wurden wir alle bereits in unserer Kindheit konfrontiert: der buckligen alten Hexe. Sie symbolisiert nicht nur das Böse

schlechthin, sondern auch eine Form von Macht, die alte Frauen in unserer Kultur schon lange nicht mehr haben. Nicht zufällig stand an der Schwelle der Neuzeit die Hexenverfolgung und damit die Vernichtung des Wissens und der Macht gerade der alten Frauen. Ich wurde auf diesen Aspekt durch ein modernes Jugendbuch aufmerksam, in dem der Autor seinen Abscheu und seine Angst vor der alten Frau in die Beschreibung einer »buckligen Alten« einfließen läßt:

»Die Alte stieß ihm die Spitze ihres Stockes gegen die Brust und keifte ihn mit heiserer Stimme an. Sie war wild und böse wie eine Furie, und es schien, daß sich nicht nur Brian vor ihr fürchtete. Als sie nämlich plötzlich herumfuhr und ihren Stock schwang, wichen einige der Männer ängstlich zurück.« (Egli 1988)

Greer (1992) hat diese »irrationale Angst vor alten Frauen« als »Anophobie« bezeichnet (von lat. anus, alte Frau).

Die alte Frau in Gestalt der Hexe symbolisiert auch die Abkehr von den Normen der Gesellschaft und eine Unabhängigkeit in der Denk- und Lebensweise – übrigens trotz ihrer Krankheit.

Das Bild einer Hexe in einer Artikelserie der Medical Tribune über Wechseljahre trug die bezeichnende Bildunterschrift: »Diese Erscheinung muß es bald nicht mehr geben«. Es ist zu vermuten, daß damit nicht nur die Krankheit, sondern auch ihre Trägerin gemeint war.

Die Anforderungen an Frauen, den unterschiedlichsten Rollen- anforderungen gerecht zu werden, waren noch nie so groß wie heute. Die Pharmawerbung für Hormone in den Wechseljahren trägt ihren Teil dazu bei, die schon bestehenden Klischees zu verfestigen und neue zu kreieren. Die ältere Frau von heute sollte aktiv und attraktiv, leistungsfähig und verständnisvoll, erfolgreich, ausgeglichen und freundlich sein und als Ehefrau, Geliebte, Hausfrau, Mutter, Großmutter und Berufstätige alle an sie gerichteten Erwartungen erfüllen. Nicht akzeptiert ist die unzufriedene, nörgelnde, aufbegehrende, lustlose oder ruhebedürftige Frau, die es satt hat, es allen recht zu machen.

Wie die hohe Medikamentenabhängigkeit von Frauen zeigt, waren Pillen schon immer ein probates Mittel, Frauen sozial in Schach zu halten (vgl. Burgert 1990). Die neue Qualität in der Entwicklung der Hormone für die Wechseljahre besteht darin, daß sich die Medikalisierung nicht mehr nur auf einzelne Frauen erstreckt, deren Funkzionieren damit sichergestellt werden soll, sondern auf einen ganzen Lebensabschnitt.

Ich halte es für dringend erforderlich, daß MedizinerInnen ein Bewußtsein davon bekommen, wie stark sie in den persönlichen

Lebensbereich von Frauen eindringen und unterdrückerische gesellschaftlich Strukturen verfestigen, wenn sie Hormone verschreiben. Die Diskriminierung des Alters, die sexuelle Verfügbarkeit von Frauen und ihre Festlegung auf die Rolle der Dienenden und Versorgenden sind wichtige Strukturen in der Aufrechterhaltung der patriarchalen Gesellschaft. Die Hormone tragen ihren Anteil dazu bei – nicht selten auf den ausdrücklichen Wunsch der betroffenen Frau hin, die sich anders nicht zu helfen weiß.

Sicher befindet sie die Medizin hier in einem Dilemma, das sie selbst kaum lösen kann. Angesichts der hohen Heilserwartung, die an sie gerichtet ist, und der Tatsache, daß sie häufig das einzige Hilfsangebot für Frauen darstellt, ist der Druck einerseits erheblich, Lösungen bieten zu müssen. Außer der chemischen Variante bleibt aber andererseits nur die der »Lebensberatung«, die häufig in dem Stil verläuft »Das ist alles psychisch« oder »Sie sollten aber ...«, eine Art, die zu recht von vielen Frauen als Bevormundung und unzulässige Einmischung abgelehnt wird. Die eigene Unzuständigkeit und Überforderung einzugestehen und v.a. keinen Druck auf Frauen auszuüben, die Hormone zu nehmen, könnte von seiten der ÄrztInnen ein erster Schritt sein. Ansonsten können nur Frauen selber die Macht der Medizin über diesen Lebensabschnitt zurückdrängen, indem sie sich eigene Hilfsmöglichkeiten schaffen, um den Wechsel für sich zu erleichtern und dem medizinischen Bild der Wechseljahre das eigene Erleben entgegenzusetzen. Vielleicht müssen wir den Pharmakonzernen sogar dankbar sein, daß sie den Blick auf diese Zeit gelenkt haben, weil es uns die Chance gibt, daß Tabu, das immer noch darüber liegt, zu durchbrechen und uns offen mit anderen darüber auseinanderzusetzen.

Ein Pharmakonzern wirbt für sein Wechseljahreshormonpräparat in einer ganzseitigen Anzeige, die eine mit einer Spritze bewaffnete Hand in zigfacher Wiederholung zusammen mit der Aufforderung zeigt: »Die Therapie in der Hand behalten.«

Es ist zu hoffen, daß Frauen diesen Anspruch nicht an ÄrztInnen abtreten, sondern daß sie in dem Prozeß der Auseinandersetzung mit anderen Frauen lernen, wie sie selber die Kontrolle über ihr Leben behalten können.

Korrespondenzadresse:

Regina Röring

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin

Bamberger Straße 51

1000 Berlin 30

Anmerkungen

- 1 Diesen normalerweise gebräuchlichen Begriff werde ich im folgenden nicht benutzen aus Gründen, auf die ich später noch eingehe.
- 2 DES (Diäthylstilböstrol), ein synthetisches Hormon, wurde seit den fünfziger Jahren weltweit v.a. schwangeren Frauen verordnet, vermeintlich, um Fehlgeburten zu verhindern. Obwohl es seit Beginn der fünfziger Jahre Hinweise auf ein erhöhtes Krebsrisiko gab, wurde das Mittel erst in den siebziger Jahren vom Markt genommen. Heute gibt es weltweit 4 bis 6 Millionen Frauen, die von den Langzeitfolgen des DES betroffen sind, v.a. einer erhöhten Brustkrebsrate bei den Müttern und vaginalen Veränderungen bei den Töchtern bis hin zu Krebs und Unfruchtbarkeit.

Literaturverzeichnis

- Böttcher, Helmut M., 1963: Hormone. Die Geschichte der Hormonforschung, Köln
- Berkowitz, G.S., 1985: Estrogen Replacement Therapy and Fibrocystic Breast Disease in Postmenopausal Women, in: *American Journal of Epidemiology*, 121, 238-245
- Brown Doress, Paula, und Diana Laskin Siegal, 1987: *Ourselves, Growing Older. Women Aging with Knowledge and Power*, New York
- Burgert, Conny, 1990: Gezähmtes Leben, in: *CLIO – Eine Feministische Zeitschrift zur gesundheitlichen Selbsthilfe*, 31, 22-26
- Dejanikus, Tacie, 1985: Major Drug Manufacturer Funds Osteoporosis Public Education Campaign, in: *The Network News (Publication of the National Womens's Health Network)*, May/June, 1
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, 1991: Mammakarzinom und Substitutionstherapie, in: *Deutsches Ärzteblatt* 88, 11, v. 14.3.
- Döring, G.K., 1978: Kritische Betrachtung der Langzeitbehandlung der klimakterischen Beschwerden mit Östrogenen, in: *Lebensversicherungsmedizin* 30, 6, 145-148
- Ernster, Virginia, u.a., 1988: Benefits and Risks of Menopausal Estrogen and/or Progestin Hormonal Use, in: *Preventive Medicine*, 17, 201-223
- Ettinger, Bruce, 1988: Postmenopausal Hormone Replacement, in: *Obstetrics and Gynecology* 72, 5, November, 31-36
- Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. (Hrsg.), 1990: *Wechseljahre – eine Broschüre zu Selbsthilfe*, Berlin
- Gambrell, R. Donald Jr., 1988: Cancer in the older woman: Diagnosis and prevention, in: *Geriatrics* 43, 9, 27-36
- Greer, Germaine, 1991: *Wechseljahre*, Düsseldorf, Wien, New York, Moskau
- Groth, Sylvia, und Regina Röring, 1990: *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, Sylvia, 1992: Hitze ... und Wut. Die Medikalisierung der Wechseljahre, in: *Beiträge zur Feministischen Theorie und Praxis* 33 (in Druck)
- Hemminki, Elena, 1988: The Use of Combined Estrogen Progestin Replacement Therapy, in: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 4, 511-519
- Hesch, R.D. u.a., 1985: Prävention der Osteoporose, in: *Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe C*, 82, 8 v. 22.2., 485-498

- Hesch, R.D., und E.F. Rittinghaus, 1987: Östrogensubstitution bei Frauen nach der Menopause, in: *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 60, 17 v.5.9., 5-10
- Kaufert, Patricia, und Sonja McKinlay, 1985: Estrogen Replacement Therapy. The Production of Medical Knowledge and the Emergence of Policy in: E. Levin, V. Oleson (Hrsg.), *Women, Health and Healing. Toward an New Perspektive*, Travistock, New York, London, 113-137
- Kyank, H., 1966: Die hormonelle Umstellung im Klimakterium und die Frage der Hormontherapie in der Postmenopause, in: *Zeitschrift für Altersforschung* 19, 305-316
- Lauritzen, Christian, 1968: Pathogenese und Therapie der Osteoporose, in: *Gynäkologische Rundschau* 5, 151-174
- Mack, T.M., M.C. Pike, B.E. Henderson u.a., 1976: Estrogens and Endometrial Carcinoma in a Retirement Community, in: *New England Journal of Medicine* 294, 1262
- MacPherson, Kathleen I., 1985: Osteoporosis and Menopause. A Feminist Analysis of the Social Construction of a Syndrome, in: *Advances in Nursing Science*, 7, July, 11-22
- Mall-Haefeli, M., und I. Werner-Zodrow, 1980: Das Klimakterium der Frau, in *Gynäkologie* 13, 177-186
- Martin, Emily, 1988: Die Frau im Körper, Frankfurt/M.
- McCrea, Frances B., 1983: The Politics of Menopause. The »Discovery« of a Deficiency Disease, in: *Social Problems* 31, 11, 111-123
- Mischel, W., 1969: Die Therapie mit Sexualhormonen im Klimakterium, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 45,7, 308-315
- Overzier, C., 1966: Die medikamentöse und physikalische Behandlung klimakterischer Frauen, in: *Internist* 7, 356-359
- Pettiti, D.B., u.a., 1988: Increased Risk of Cholecystectomy in Users of Supplemental Estrogen, in: *Gastroenterology* 94, 91-95
- Plotz, E.J., 1982: Die Hormonbehandlung in der Menopause. Eine Nutzen-Risiko-Abwägung, in: *Gynäkologie* 15, 2-10
- Prentice, R.L., 1987: On the Epidemiology of Oral Contraceptives and Disease, in: *Advances of Cancer Research* 49, 285-301
- Richter, F., 1968: Das klimakterische Syndrom und seine Therapie in der gynäkologischen Praxis, in: *Medizinische Klinik*, 63, 28, 1116-1118
- Riis, B., und C. Christiansen, 1987: Verhütung der postmenopausalen Osteoporose durch eine Östrogen/Gestagen Substitutionstherapie, in: *Medizinische Klinik* 82, 238-241
- Röring, Regina, 1991: Frauen sind nicht ersetzbar. Soziale Auswirkungen der Hormonbehandlung, in: *CLIO – Eine feministische Zeitschrift zur gesundheitlichen Selbsthilfe* 33, 4-5
- Ross R.K., u.a., 1980: A Case Control Study of Menopausal Estrogen Therapy and Breast Cancer, in: *Journal of the American Medical Association*, 243, 1635-1639
- Schwartz, U., 1984: Differenzierte Anwendung von Sexualhormonen in der Perimenopause, in: *Fortschritte der Medizin* 102, 35, 853-855
- Stauber, Manfred, 1978: Psychosoziale Aspekte des Klimakteriums, in: *DBAe* 4, 225-228
- Steinberg, Karen, u.a., 1991: A Meta Analysis of the Effect of Estrogen Replacement Therapy on the Risk of Breast Cancer, in: *Journal of the American Medical Association*, 265, 15, April 17, 1990-1995
- Stewart, Felicia, 1992: The Miracle of Non-ovulation, Vortrag gehalten auf der Contraceptive Technology Conference, Washington D.C.
- Vandenbroucke, J.P., 1991: Postmenopausal Estrogen and Cardioprotection, in: *The Lancet*, April 6, 833-834
- Wilson, Peter W.F., 1985: Postmenopausal Estrogen Use, Cigarette Smoking and Cardiovascular Morbidity in Women over 50. The Framingham Study, in: *New England Journal of Medicine*, 313, 1038-1043
- Ziel, H.K., und W.D. Finkle, 1975: Increased Risk of Endometrial Carcinoma among Users of Conjugated Estrogens, in: *New England Journal of Medicine*, 293, 1167