



Osteoporose – ein Frauenthema

Die gebeugte Frau / das gebrochene Rückgrat / der aufrechte Gang und die Rolle der Gynäkologie – Rückschau über die letzten 30 Jahre

Gespräch zwischen Ingrid Mühlhauser und Maria Beckermann

Am 25. Mai 2021, anlässlich des Satellitensymposiums „Osteoporose – Mythen und Fakten: Gute Gesundheitsinformationen als Voraussetzung für informierte Entscheidungen“ – eine Veranstaltung des Arbeitskreises Frauengesundheit (digital zwischen 11. und 18. Juni 2021)

Ingrid Mühlhauser: Maria, wir kennen uns schon viele Jahre. Du warst niedergelassene Frauenärztin in Köln und Vorsitzende des Arbeitskreises Frauengesundheit e.V. Über die letzten Jahrzehnte hast du Frauengesundheit in Deutschland sichtbar mitgestaltet. Gemeinsam mit Friederike Perl hast du schon vor 20 Jahren ein Lehrbuch zur Frauenheilkunde verfasst, welches die Zielsetzungen und Methoden der Evidenzbasierten Medizin berücksichtigt. Und du hast über viele Jahre Ärzt*innen in den Grundlagen der Evidenzbasierten Medizin weitergebildet. Du hast an verschiedenen Leitlinien mitgewirkt, so auch an der aktuellen S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen“. Mit der menopausalen Hormontherapie hast du dich kritisch über viele Jahre beschäftigt und du hast immer versucht, die Ergebnisse der Wissenschaft auch allgemein verständlich zu kommunizieren (z.B.: Maria Beckermann. Wechseljahre - Was muss ich wissen, was passt zu mir? Nach den aktuellen Leitlinien. Hogrefe Verlag Bern, 2020).

Heute geht es um das Thema Osteoporose. In den 1990er Jahren wurde diese „Frauenkrankheit“ im Rahmen des Marketings der menopausalen Hormontherapie total gehypt. Heute wird kaum noch davon geredet. Maria, wie bist Du zum Thema Hormone und zur Mitarbeit an den S3-Leitlinien gekommen?

Maria Beckermann: Ich habe 1984 eine Frauenarztpraxis in Köln übernommen. Zu diesem Zeitpunkt war es Lehrmeinung, dass Hormone nur an sehr stark leidende Frauen verschrieben werden dürfen und insbesondere nicht an Frauen mit Thromboserisiken. Ich kam aus der gynäkologischen Endokrinologie und fand die strenge Indikationsstellung sehr plausibel und durch Studien belegt. Ende der 1980er und in den 1990er Jahren änderte sich allerdings diese Lehrmeinung. Hormone sollten plötzlich alle möglichen Vorteile haben, Herz-Gefäßkrankheiten reduzieren, Demenz verhindern, Lebenserwartung erhöhen. Das stimmte mich skeptisch. Als auf einem

Gynäkolog*innenkongress Ergebnisse präsentiert wurden, die das Thrombose-Embolierisiko negierten, regte sich mein Widerstand. In diesem Moment stieß ich im Arzneimittel-Telegramm auf einen Artikel von Dir, Ingrid. (Ich habe den Artikel aufbewahrt...) Da gab es also Wissenschaftler*innen, die die Hormoneuphorie entlarvten. Diese Bestärkung hat mir Mut gemacht.

Barbara Ehret hatte 1995 gerade die Gruppe der Frauenärztinnen im AKF gegründet. Beim ersten Treffen auf der Jahrestagung waren auf Anhieb 30 Frauenärztinnen gekommen. Wir haben uns nach 6 Monaten in Münster wieder getroffen und bahnbrechende Erkenntnisse gemacht, zum einen zur Mammographie, und zum anderen haben wir angefangen, die Studienlage zur menopausalen Hormontherapie selbst zu recherchieren. Wir hatten die evidenzbasierte Medizin für uns entdeckt! Meine Kollegin Friederike Perl hatte sie in England kennengelernt, und ich habe Kurse besucht in Einsiedeln in der Schweiz, weil es die damals in Deutschland noch nicht gab.

Ich habe die Vor- und Nachteile einer Hormontherapie dann systematisch für unser Lehrbuch untersucht und die Evaluation 2001 in einem Supplement des Schwabe Verlags Basel veröffentlicht. Ein Jahr später wurde die WHI-Studie publiziert. Sie hat nahezu all meine Ergebnisse auf einem höheren Evidenzlevel bestätigt, was zu einem Umdenken und zu einem Einbruch der Hormonverordnung geführt hat. Ich habe mir damals geschworen, das Feld der Hormontherapie zumindest nicht widerspruchlos der Pharmaindustrie und ihren -vertreter*innen in der Ärzteschaft zu überlassen. Deswegen habe ich mich von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe in die S3-Leitlinie Hormontherapie delegieren lassen. Ich habe dort zwar einige hinterhältige Attacken von Kolleg*innen mit offensichtlichen Interessenkonflikten erlebt, aber letztlich konnte ich insbesondere die aktuelle Leitlinie von 2020 als Arbeitsgruppenleiterin doch aktiv mitgestalten und einiges verhindern, was mehr mit Marketing als mit Evidenz zu tun hat.

Maria Beckermann: Und Du, Ingrid, Du warst damals klinisch tätige Diabetologin und gleichzeitig in der Forschung tätig. Was hatte die menopausale Hormontherapie mit Deiner Tätigkeit zu tun? Hast Du den Hype der menopausalen Hormontherapie auch gespürt?

Ingrid Mühlhauser: Ich habe damals an der Universitätsklinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung in Düsseldorf gearbeitet. Wir waren Zentrum der WHO für Diabetes. Ich hatte mich damals gewundert, dass leitende Frauenärzte (es waren ältere Männer) immer vehementer die präventive Behandlung aller Frauen ab der Menopause mit Sexualhormonen forderten. Gerade auch Frauen mit einem hohen Risiko für Herzinfarkte, also auch Frauen mit Diabetes, sollten mit Hormonen behandelt werden. Das Risiko für Herzinfarkte sollte so um bis zu 50% verringert werden. Das hat mich mehr als stutzig gemacht. Ich hatte als Diabetologin noch niemals einer Frau mit Diabetes empfohlen, Hormone zur Vorbeugung von Herz-Kreislaufkrankungen einzunehmen. Im Gegenteil, wir hatten schon im Studium und später in der Facharztausbildung für Innerer Medizin gelernt, dass Frauen mit Diabetes möglichst keine Sexualhormone einnehmen sollten, da sie dadurch noch mehr gefährdet würden für Herz-Kreislaufkomplikationen. Zudem hat mich verwundert, dass die Frauenärzte die Menopause mit Typ 1 Diabetes verglichen. Frauen hätten ein Defizit an Östrogen so wie Patient*innen mit Typ 1 Diabetes einen Mangel an Insulin haben. Der Vergleich hinkt jedoch an allen Ecken und Enden. Ohne Insulinersatz sterben Patient*innen mit Typ 1 Diabetes. Ohne Insulin können wir nicht überleben. Ohne Östrogenbehandlung lässt es sich hingegen trefflich leben. All diese Behauptungen und Forderungen der Frauenärzte waren für mich Anlass, mich mit diesem Thema wissenschaftlich zu befassen. Zudem hatte ich mich damals schon mit der Frage beschäftigt, wie Ergebnisse aus Studien so aufbereitet und kommuniziert werden können, dass Patient*innen bzw. Bürger*innen diese auch verstehen können. Ich habe also die Literatur zur Hormonbehandlung

in den Wechseljahren aufgearbeitet. Das Ergebnis war ein umfangreicher Artikel, der 1995 als Sonderbeilage im pharmaanabhängigen arznei-telegramm veröffentlicht wurde.

Maria, wozu war es in den 1990er Jahren nützlich, die Osteoporose als Schreckgespenst für Frauen in der Postmenopause aufzubauen? Was sollten all diese Bilder von gebeugten Frauen mit Buckel, Frauen, die sich nicht mehr aufrichten können, denen das Rückgrat gebrochen ist?

Maria Beckermann: Es sollte bei Frauen Angst vor dem Altwerden und dem Rückgang der Östrogenproduktion aufgebaut werden. Frauen und ihre Knochengesundheit wurden sozusagen auf hohe Östrogenspiegel reduziert. Gleichzeitig wurde die Hormontherapie als Mittel angeboten, diese beklagenswerten Zustände zu vermeiden. Die Strategie ist Angstmachen, um Frauen manipulierbar und gefügig zu machen.

Ingrid, Du hast das Buch geschrieben „Unsinn Vorsorgemedizin – Wem sie nützt, wann sie schadet“. Was hast Du im Zusammenhang mit der Hormontherapie zur Vorbeugung von Krankheiten beobachtet?

Ingrid Mühlhauser: Ich habe in dem Buch aus meiner wissenschaftlichen Perspektive den Hype um die präventive Hormonbehandlung nachgezeichnet. Wie konnte es soweit kommen, dass Millionen von gesunden Frauen mit unzureichend untersuchten Medikamenten jahrelang behandelt wurden? Wie konnte es sein, dass den Frauen nicht haltbare Versprechungen ohne wissenschaftliche Belege gemacht wurden? Warum konnten in Deutschland „alte weiße Männer“ Frauen soviel Angst einjagen, dass schließlich an die 40 Prozent der Frauen in den Wechseljahren Sexualhormone schluckten, allen voran die Frauenärztinnen selbst, mit dem falschen Versprechen, Krankheiten verhüten und das Leben verlängern zu können? Und das zu einer Zeit, als in den USA bereits junge Wissenschaftlerinnen die großen Frauengesundheitsstudien (WHI) auf die Wege brachten, die schließlich die notwendigen Daten lieferten und den Mythos des Anti-Aging mit Sexualhormonen entlarvten. Warum wurde in Deutschland die Hormontherapie propagiert, ohne solche Studien zu organisieren?

Die amerikanischen Frauengesundheitsstudien mussten schließlich vorzeitig abgebrochen werden, da der Schaden der Hormontherapie größer war als ein möglicher Nutzen. Es gab mehr statt weniger Herz-Kreislaufkomplikationen und es gab eine deutliche Zunahme an Brustkrebs und anderer Komplikationen. Tatsächlich gehört die Reduzierung von Knochenbrüchen zu den wenigen positiven Effekten einer Langzeitbehandlung mit Hormonen. Da die Risiken der Hormonbehandlung aber insgesamt überwiegen, soll die Hormonbehandlung heute nicht mehr zur Vorbeugung von Osteoporose eingesetzt werden und selbst bei bereits erfolgten Osteoporose-bedingten Knochenbrüchen nur dann, wenn andere Behandlungen nicht zur Anwendung kommen können.

Maria, welche Rolle habt Ihr Frauenärzt*innen damals in der Osteoporose-Aufklärung übernommen?

Maria Beckermann: Ja, das war in den 1980er/1990er Jahren eine ganz schleichende Entwicklung. Zuerst gab es Studien, die zeigten, dass Hormone die Knochendichte verbessern, ob sie auch das Frakturrisiko senken, war damals noch gar nicht bekannt. Das griffen die „Hormonpäpste“ auf, uns Frauenärzt*innen auf die Früherkennung von Risikopersonen einzuschwören. Wir fügten unserer Anamnese also Fragen zu familiärem Risiko, Phasen von Untergewicht und Essstörungen, langfristige Einnahme von Heparin und Cortison etc. hinzu. Risikopatientinnen überwiesen wir zu Orthopäd*innen oder Internist*innen zu einer Knochendichtemessung. Es wurden Ultraschallgeräte entwickelt, die die Knochendichte feststellen können sollten. An Stammtischen kamen Frauenärz*innen dann auf die Idee, sich auch solche Geräte in die Praxis zu stellen und die Messung als IGE-Leistung abzurechnen. Mehrere Praxen kauften sich gemeinschaftlich ein Gerät und nutzten

es dann an unterschiedlichen Wochentagen in verschiedenen Praxen. Auch Apotheken hatten solche Geräte, so dass nach kurzem eine ganze Bevölkerungsgruppe durchgescreent wurde, obwohl es weder valide Daten zur Validität der Methode noch zur Falsch-positiv und Falsch-negativ-Rate gab. Der Berufsverband befeuerte die Aktivitäten der Frauenärzt*innen. Uns wurde geraten, die ersten klimakterischen Beschwerden zum Anlass zu nehmen, Frauen eine Hormontherapie anzuraten, speziell zur Osteoporoseprophylaxe. Am besten sollten die Frauen die Hormone nicht mehr absetzen, denn dann ging die Knochendichte wieder zurück. Wir wurden richtiggehend unter Druck gesetzt: „Wenn Sie einer Frau keine Hormone empfehlen, ist das unterlassene Hilfeleistung!“ beschwor uns Prof. Lauritzen. Es dauerte nicht lange, da kamen die Frauen in die Praxis und verlangten von sich aus eine Knochendichtemessung, dann Hormontherapie und jährliche Kontrolle der Knochendichte. Als einzelne Frauenärztin konnte man sich nicht gegen diese Manipulation wehren. Deswegen war das genau 1995 der richtige Zeitpunkt, der Skepsis nachzugehen und das eigene Hirn zu gebrauchen, sprich, selbst zu recherchieren.

Ingrid, Du hast das Kapitel ‚Osteoporose‘ in der S3-Leitlinie ‚Peri- und Postmenopause, Diagnostik und Interventionen‘ kritisiert. Was stört Dich an dem Kapitel?

Ingrid Mühlhauser: Das Kapitel vermittelt den Eindruck als sollten Östrogene mit und ohne Kombination mit Gestagenen doch bei der Prävention und Behandlung von Knochenbrüchen berücksichtigt werden. Zwar wird eine solche Behandlung nicht ausdrücklich empfohlen, dennoch wird angeregt, Frauen mit einem vermeintlich hohen Risiko für Osteoporose gezielt zu suchen, was einem Screening auf Osteoporose gleichkommt. Für ein generelles Screening, auch mit Messung der Knochendichte, gibt es jedoch keine wissenschaftliche Grundlage. Zum Screening wird der DVO-Risikotest empfohlen. Für diesen liegen aktuell keine Validierungsstudien vor. Auch wenn der Test valide wäre, müsste in einer randomisiert-kontrollierten Studie gezeigt werden, dass das Screening mit dem Test einen langfristigen Nutzen für die Frauen hat. Die Offenlegung der Unsicherheiten zu den wissenschaftlichen Daten und der Konsequenzen, die sich daraus für die Behandlung der Frauen ergeben, müssten in der Leitlinie deutlich gemacht werden.

Auch wird in dem Kapitel die schlechte Compliance der Frauen zur Langzeitbehandlung mit Hormonen beklagt. Es könnte doch auch eine gute Entscheidung der Frauen sein, die Behandlung mit Hormonen zu beenden. Adhärenz der Patient*innen wird als Qualitätsindikator angesehen. Ich denke jedoch, es sollte vielmehr ein Qualitätsmerkmal einer guten ärztlichen Behandlung sein, wenn Frauen eine informierte Entscheidung für oder gegen die empfohlene Behandlung treffen können. Die Qualität der Aufklärung der Patient*innen wird nicht thematisiert.

Was mich vor allem stört, ist dass der Autor des Kapitels, Prof. Dr. Peyman Hadji, zahlreiche Interessenkonflikte hat. Wie er selbst in einem [Video](#) mit dem irritierenden Titel „Hormonelle Vorbeugung von Osteoporose“ auf der Website des Osteoporose-Netzwerks mitteilt, erhält er von zahlreichen Pharmafirmen Geld, unter anderem für Vorträge.

Maria Beckermann: Ingrid, Du hast Dich in den letzten Jahren auf die Erstellung von Entscheidungshilfen für Nutzer*innen und Patient*innen spezialisiert. Du würdest gerne erreichen, dass S4-Leitlinien entwickelt werden, d.h. eine Kombination von S3-Leitlinien mit Entscheidungshilfen. Welche Vorteile hätte das, und woran scheiterten Deine Pläne bisher?

Ingrid Mühlhauser: Patient*innen bzw. Bürger*innen haben den Anspruch und das Recht auf informierte Entscheidungen. Die Frauen wollen verstehen, welche Vor- und Nachteile medizinische Angebote zur Vorbeugung und Behandlung von Beschwerden und Krankheiten haben. Dazu braucht es wissenschaftsbasierte Informationen wie Entscheidungshilfen, die den Nutzen und Schaden alternativer Verfahren verständlich und vollständig kommunizieren. Immer muss auch erklärt

werden, was passiert, wenn die medizinischen Angebote nicht in Anspruch genommen werden. Also wie ist der sogenannte natürliche Verlauf der Erkrankung? Was passiert, wenn ich abwarte? Solche Informationen liegen aktuell nur für wenige Maßnahmen vor. Auch aus den Leitlinien lassen sich solche Informationen nicht einfach ableiten. Es braucht viel zusätzliche Arbeit, um auf Basis der Leitlinien Entscheidungshilfen zu erstellen. Hauptproblem ist, dass wichtige Fragen aus Perspektive der betroffenen Patient*innen gar nicht behandelt werden und dass Informationen oft nur zu den von den Expert*innen favorisierten Behandlungen präsentiert werden. Auch gibt es kaum finanzielle Unterstützung für die Entwicklung von Entscheidungshilfen. Auch die Motivation der Ärzteschaft ist gering, solche Materialien für die Nutzung von Patient*innen zu erstellen.

Der Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. und auch das Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin setzen sich daher schon seit Jahren für die Weiterentwicklung der S3-Leitlinien zu sogenannten S4-Leitlinien ein. Die Leitlinien sollen die Perspektive und Bedarfe der betroffenen Patient*innen von Beginn an berücksichtigen. Und es sollen Entscheidungshilfen mit entwickelt werden. Diese müssen wissenschaftsbasiert sein, also von unabhängigen Expert*innen erstellt werden und die Kriterien für evidenzbasierte Patient*inneninformationen berücksichtigen. Die Informationen müssen barrierefrei, digital, aktualisiert, verständlich und umfassend sein, also auch Wissenslücken offenlegen.

Konzepte dazu werden schon lange erprobt, beispielsweise das MAGIC Ecosystem, ein norwegisch-kanadisches Projekt.

Spezifisch zur Patient*inneninformation zu Osteoporose wünsche ich mir Entscheidungshilfen zu den doch zahlreichen und komplexen Behandlungsangeboten, Unabhängigkeit der Verfasser*innen sowie die Offenlegung der Unsicherheiten zu den wissenschaftlichen Daten und den ärztlichen Empfehlungen.

Gut, dass es unabhängige Institutionen wie den Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. gibt, die nicht aufhören, sich einzumischen!