

Aus dem Medizinischen Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung  
der Philipps-Universität Marburg  
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. Schäfer

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin  
Leiterin: Fr. Prof. Dr. Erika Baum

**Der Umgang mit dem Thema ‚Wechseljahre‘ in hausärztlichen Praxen sowie  
Zusammenhänge zwischen psychosozialen Einflußfaktoren und  
Wechseljahrsbeschwerden**

INAUGURAL-DISSERTATION  
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin  
der Philipps-Universität Marburg  
vorgelegt von

Olivia Süß  
aus Riedenburg  
Marburg 2000

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin  
der Philipps-Universität Marburg am: 29.Juni 2000  
Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan:	Prof. Dr. Kern
Referentin:	Prof. Dr. Baum
Coreferent:	Prof. Dr. Dr. Mueller

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 VORWORT</b>	<b>1</b>
<b>2 EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
2.1 Wechseljahre aus naturwissenschaftlicher Sicht	3
2.2 Wechseljahre aus psychosomatischer Sicht	7
2.3 Wechseljahre aus kulturübergreifender Sicht	10
2.4 Wechseljahre aus Sicht der Frauengesundheitsforschung	13
2.5 Fragestellung	16
2.5.1 Zum Umgang mit dem Thema ‚Wechseljahre‘	16
2.5.2 Zusammenhänge zwischen psychosozialen Merkmalen und Erschöpfungsneigung, dem Menopausenzeitpunkt, Hitzewallungen und einem Menopausalen Symptomenkomplex	19
2.5.3 Belastung und menopausale Beschwerden	21
<b>3 METHODIK</b>	<b>23</b>
3.1 Zielgruppe	23
3.2 Praxen	23
3.3 Fragebogen	24
3.4 Vorlaufphase	25
3.5 Durchführung der Verteilung	25
3.6 Statistische Auswertung	26
3.6.1 Hypothese 1	27
3.6.2 Hypothese 2	28
3.6.3 Hypothese 3 und 4	31
3.6.4 Hypothese 5	32

<b>4 ERGEBNISSE</b>	<b>33</b>
4.1 Rücklauf	33
4.2 Beschreibung der Zielgruppe	33
4.3 Häufigkeitsverteilung von menopausalen Symptomen	36
4.4 Häufigkeitsverteilung der Skala „Erschöpfungsneigung“	40
4.5 Häufigkeitsverteilung der Psychosozialen Merkmale: Skala „Soziale Resonanz“ und „Selbstkontrolle“ aus dem Gießen-Test	43
4.6 Häufigkeitsverteilung des subjektiven Belastungsempfindens	46
4.7 Vertrauenspersonen in der Zeit der Wechseljahre	47
4.8 Behandlungsformen	49
4.9 Hypothese 1: Zum Umgang mit dem Thema ‚Wechseljahre‘ in hausärztlichen Praxen	51
4.10 Hypothese 2: Psychosoziale Merkmale und Menopausen- zeitpunkt	55
4.10.1 Korrelationsprüfung (Spearman-Test)	55
4.10.2 Faktorenanalyse	56
4.10.3 Clusteranalyse der Psychosozialen Merkmale	57
4.11 Hypothese 3: Psychosoziale Merkmale und Erschöpfungs- neigung	58
4.12 Hypothese 4: Psychosoziale Merkmale und Hitzewallungen bzw. Menopausaler Symptomenkomplex	60
4.13 Hypothese 5: Subjektive Belastung und menopausale Beschwerden	63

<b>5 DISKUSSION</b>	<b>64</b>
5.1 Methode	65
5.2 Soziodemographische Daten	66
5.3 Menopausale Symptome	67
5.3.1 Hitzewallungen	69
5.3.2 Depressionen	74
5.3.3 Sexualität	77
5.4 Erschöpfungsneigung und psychosoziale Merkmale	80
5.5 Therapie	81
5.6 Hypothese 1	95
5.7 Hypothese 2	102
5.8 Hypothese 3	106
5.9 Hypothese 4	109
5.10 Hypothese 5	113
<b>6 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>117</b>
<b>7 LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>120</b>
<b>ANHANG</b>	
Fragebogen	

# 1 Vorwort

In dieser Arbeit wird untersucht, wie Hausärztinnen und Hausärzte das Thema 'Wechseljahre der Frau' behandeln und welche Bedeutung psychosozialen Faktoren im Erleben der Menopause zukommt. Es ist weit verbreitet, die Wechseljahre als Einschnitt im Leben von Frauen zu betrachten, aber nicht alle Kulturen begreifen sie als Problempotential. Wie dieser Lebensabschnitt verstanden wird und welche Faktoren mit ihm in Zusammenhang gebracht werden, ist vielschichtig. Die Sichtweisen und Zielrichtungen verschiedener Wissenschaftsbereiche divergieren und beleuchten folglich unterschiedliche Aspekte. Wie M. Flint und R. Samil<sup>1</sup> schreiben, nimmt jede Disziplin eine andere Perspektive ein. So sehen KlinikerInnen die Wechseljahre als medizinisches Problem, PsychologInnen untersuchen psychische Faktoren und AnthropologInnen fragen nach kulturellen Bedingungen. Widmet sich jede Disziplin isoliert einer Fragestellung, so bleibt die Betrachtung begrenzt. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit dagegen ermöglicht einen Austausch von Informationen und erweitert somit das Wissen und Verständnis um Einflüsse, die sich auf die Wechseljahre auswirken.

Ein adäquater Umgang mit dem Thema 'Wechseljahre' fordert, sich mit der Vielschichtigkeit von Einflußfaktoren auseinanderzusetzen. Gerade die hausärztliche Tätigkeit schließt neben der medizinischen Versorgung auch psychosoziale Beratung und Unterstützung mit ein. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, eine knappe Übersicht über Ansätze aus verschiedenen Disziplinen zu geben. Daher wird im Einleitungsteil kurz auf einzelne Betrachtungsweisen eingegangen. Anschließend wird die Fragestellung dieser Arbeit erläutert. Es folgen die Beschreibung der methodischen Mittel, die Darstellung der Ergebnisse sowie die Diskussion derselben. Abschließend werden die wichtigsten Punkte dieser Arbeit zusammengefaßt.

---

<sup>1</sup> Flint/ Samil 1990, 134

## Vorwort

Eine Schwierigkeit bei der Erfragung von Wechseljahrsbeschwerden ist die Tatsache, daß schon die Aufstellung der Beschwerdeskala eine Zuordnung zu den Wechseljahren impliziert. Darin liegt die Gefahr, daß unter die sogenannte Wechseljahrssymptomatik Beschwerden subsumiert werden, die auch oder ausschließlich andere Hintergründe haben. Andererseits ist es jedoch unumgänglich, diese in gezielter Weise zu erfragen, wenn Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren und Beschwerden, die bei Frauen in den Wechseljahren auftreten, untersucht werden sollen. Bezüglich einiger „Symptome„ bleibt letztlich die Frage, ob ihre Zuordnung zu den Wechseljahren zutreffend ist oder nicht.

Hingewiesen werden soll an dieser Stelle noch darauf, daß in dieser Arbeit eine feministische Schreibweise verwendet wird, um Frauen in der Sprache sichtbar zu machen. Wenn ich bei der Nennung von Personengruppen das große „I„ verwende, meine ich somit Frauen und Männer.

## 2 Einleitung

### 2.1 Wechseljahre aus naturwissenschaftlicher Sicht

Die Wechseljahre werden als Zeit begriffen, in der verschiedene körperliche sowie psychische Symptome auftauchen können. Zurückgeführt wird dies auf ein Absinken des Östrogenspiegels. Ab einem Wert unterhalb von 10 µg/ 24 h scheinen die monatlichen Menstruationen nicht mehr einzutreten. Die Menopause ist die letzte Menstruationsblutung und wird rückblickend definiert als Zeitpunkt, nach dem eine mindestens 12-monatige Amenorrhoe besteht.<sup>2</sup> Physiologisch betrachtet wird das Absinken des Östrogenspiegels dadurch erklärt, daß in den Wechseljahren seltener und schließlich keine Follikel mehr heranreifen, in denen Östrogene produziert werden. Begründet wird dies mit der steten Verringerung der Anzahl weiblicher Eizellen, deren Stammzellen ab der Geburt nicht mehr teilungsfähig sind. Nachweislich liegt der Östrogenspiegel in der postmenopausalen Lebensperiode niedriger als in der prämenopausalen. Die Änderung der Funktionalität der Ovarien wird dafür verantwortlich gemacht. Allerdings scheint auch das Altern allgemein eine Wirkung auf den Hormonhaushalt auszuüben.<sup>3</sup>

Eine Reihe von Symptomen wird den Wechseljahren zugeordnet. Dazu zählen Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Flushs (= Hautrötungen mit Hitzegefühl), Schwindel, Herzrasen, Blutdruckanstieg, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Reizbarkeit, allgemeine Leistungsminderung, Libidoverlust, Harnwegsbeschwerden, Gelenk- und Muskelbeschwerden, Vaginalschleimhautatrophie,

---

<sup>2</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 6-7

Begriffserklärungen:

Neben der Menopause gibt es noch den Begriff der Prämenopause (Zeit vor der Menopause), Perimenopause (Zeitspanne um die Menopause herum) und Postmenopause (Zeit, die sich an die 12-monatige Amenorrhoe anschließt und laut Kuhl/ Taubert bis zu 15 Jahre dauern kann). Die Begriffe „Wechseljahre,“ und „Klimakterium,“ beziehen sich auf die Übergangsphase, die Zeit, in der die Menstruation unregelmäßiger wird und Symptome auftauchen können, obwohl die Menstruation zunächst noch stattfindet.

<sup>3</sup> Longcope 1990, 21



## Einleitung

Vulva-Dystrophie, Hautatrophie, Turgorverlust und Osteoporose. Die Knochenmasse reduziert sich, wobei bei einem Teil der Frauen Phasen mit sehr raschem Knochenabbau auftreten. Weiterhin kann es zu Gewichtszunahme, Hirsutismus und einer Zunahme des Atherosklerose-Risikos kommen.

In physiologischen Studien wurden verschiedene Zusammenhänge zwischen körperlichen Symptomen und Vorgängen im Hormonhaushalt untersucht.

Ovulationen finden in den Wechseljahren vermutlich nicht mehr gleichmäßig, sondern unregelmäßig statt.<sup>4</sup> Hitzewallungen und nachfolgendes Frieren werden im Zusammenhang mit plötzlichen, schubweisen Östrogenausschüttungen gesehen. Östrogenen wird eine gefäßdilatare Wirkung zugeschrieben. Abrupte Spiegel-Erhöhungen gelten als Erklärung für plötzliche Hitzewallungen und Rötungen. Der anschließende Hormon-Abfall wird für Gefäßkonstriktion und Frieren verantwortlich gemacht.<sup>5</sup>

Diese vegetativen Reaktionen können als Antwort des Körpers auf eine plötzliche, vorübergehende und zentralgesteuerte Herabsetzung des Sollwertes der Körpertemperatur verstanden werden, die im Hypothalamus stattfindet.<sup>6</sup>

Meist geht Hitzewallungen eine Aura voraus, die sich bei Frauen durch Angst, Hautrötung, Herzklopfen, Hitzegefühl bemerkbar machen kann oder als nicht klar definierbares Vorgefühl, indem Frauen „einfach wissen, daß es gleich losgeht,,“<sup>7</sup>

Zu Beginn der Hitzewallung fällt der Hautwiderstand, Herzfrequenz und Fingertemperatur steigen und das Schwitzen setzt ein. Durch Vasodilatation und Schwitzen sinkt die Körpertemperatur auf den herabgesetzten Sollwert. Anschließend kann es zu Schüttelfrost und Vasokonstriktion kommen, um Wärme zu bilden und die ursprüngliche Körpertemperatur möglichst schnell wieder zu erreichen.<sup>8</sup> Ungeklärt ist dennoch die Frage, wodurch diese plötzlichen Hitzeschübe ausgelöst werden.

---

<sup>4</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 19

<sup>5</sup> Kronenberg 1990, 62

<sup>6</sup> Kronenberg 1990, 63

<sup>7</sup> Kronenberg 1990, 78

<sup>8</sup> Kronenberg 1990, 62

## Einleitung

Der abrupte Beginn von Hitzewallungen nach bilateraler Ovariectomie, die Besserungen von Hitzewallungen durch Östrogeneinnahme oder die Feststellung, daß bei Frauen mit Hitzewallungen niedrigere Östron- und Östradiol-Spiegel nachgewiesen wurden als bei Frauen ohne Hitzewallungen, legt einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Absinken des Östrogenspiegels in den Wechseljahren und dem Auftreten von Hitzewallungen nahe. Dem widerspricht, daß Hitzewallungen in der Schwangerschaft auftreten können, während der die Östrogenspiegel außerordentlich hoch liegen, oder die Tatsache, daß postmenopausale Frauen generell niedrigere Östrogenspiegel haben, aber nicht bei allen Frauen Hitzewallungen auftreten. Eine Erklärung wäre, daß nicht unbedingt die Höhe des Östrogenspiegels, sondern vielmehr eine mehr oder minder plötzliche Umstellung des Hormonhaushaltes auf ein deutlich unterschiedliches Niveau zu vegetativen Reaktionen führt. Bei Kronenberg wird eine Studie von Casper et al. zitiert, nach der Frauen mit gonadaler Dysgenese keine Hitzewallungen aufwiesen, außer sie wurden mit Östrogenen substituiert, die ihnen später wieder entzogen wurden.<sup>9</sup> Unter der Annahme, daß Hitzewallungen eine Reaktion auf eine deutlich veränderte Hormonsituation - egal ob Spiegel absinken oder ansteigen - sind, wäre auch deren Auftreten in einer Schwangerschaft kein Widerspruch mehr.

Bei der Überlegung, welche Trigger plötzliche Östrogenschübe auslösen, wurde der Regulationsmechanismus für die Östrogenausschüttung betrachtet. Nachgewiesen wurde ein enger Zusammenhang zwischen dem Sekretionsrhythmus des luteinisierenden Hormon LH und Hitzewallungen. Andererseits kann die LH-Sekretion nicht alleiniger Trigger sein, da auch Frauen ohne LH-Ausschüttung, wie z.B. nach Hypophysektomie oder LH-Unterdrückung durch Gabe von Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH)-Analoga, Hitzewallungen haben.

Dem LH-Puls voraus geht die GnRH-Sekretion, die ebenfalls mit dem Auftreten von Hitzewallungen assoziiert wird. Dennoch kommen auch bei Defekten der GnRH-Synthese mit isoliertem Gonadotropin-Mangel und darauf begründeter Östrogen-Substitution nach dem Absetzen der Hormone Hitzewallungen vor. Bei der Behandlung von Frauen mit Rezeptor-blockierenden GnRH-Antagonisten, deren LH-Puls somit unterdrückt wurde, tauchten zudem Hitzewallungen zum ersten Mal

---

<sup>9</sup> vgl. Kronenberg 1990, 67

## Einleitung

auf. Letzendlich kann GnRH nicht als Auslöser für Hitzewallungen gesehen werden, auch wenn es an regulierenden Mechanismen beteiligt ist.<sup>10</sup>

Eindeutigere Auslöser für Hitzewallungen scheinen Streß und emotionale Belastungen zu sein. Auch äußere Hitze, Aufenthalt in beengtem Raum sowie Koffein und Alkohol können Hitzewallungen initiieren.<sup>11</sup> Eine Reduktion der Häufigkeit sowie der Intensität von Hitzewallungen wurde zudem bei kühleren Umgebungstemperaturen gegenüber einem warmen (Mikro)-Klima festgestellt.<sup>12</sup>

Unabhängig von dem Auftreten von Hitzewallungen ist die Wahrnehmung derselben unterschiedlich. Wie in der von Kronenberg zitierten Studie von Molnar festgestellt wurde<sup>13</sup>, kann zum Beispiel die Eingebundenheit in Alltagsaktivitäten dazu führen, daß Hitzewallungen nicht bemerkt werden.

---

<sup>10</sup> vgl. Kronenberg 1990, 67-8

<sup>11</sup> Kronenberg 1990, 80

<sup>12</sup> Kronenberg/ Barnard 1990, 482

<sup>13</sup> vgl. Kronenberg 1990, 64

## 2.2 Wechseljahre aus psychosomatischer Sicht

Die Psychosomatik betrachtet den Zusammenhang von Körper und Seele, setzt also psychische Ereignisse in Verbindung mit körperlichen Reaktionen.<sup>14</sup> Bekanntermaßen gibt der Körper physiologische Antworten auf äußere Reize, die mit den Sinnen wahrgenommen werden. Die allgemeine Streßreaktion ist nur ein Beispiel für eine auch psychogen bedingte somatische Auswirkung. Emotionen wie Wut, Aufregung oder Angst, die Streß bedeuten können, rufen eine Anpassungsreaktion des Körpers mit vegetativen und hormonellen Erscheinungen hervor. Biogene Amine wie Noradrenalin, Dopamin und Serotonin, die in akuten Streßsituationen erhöht sind, spielen eine Rolle bei der Sekretion von Releasing Hormonen im Hypothalamus und nehmen Einfluß auf zentralnervöse Vorgänge. Somit kann ihnen eine Wirkung auf emotionale Geschehnisse zugeschrieben werden.<sup>15</sup> Ebenso spielen die hypophysäre Sekretion von ACTH und  $\beta$ -Endorphinen sowie die adrenale Kortisol-Produktion eine Rolle.<sup>16</sup>

Psychische oder auch starke körperliche Belastungen können sich zudem auf den Regelkreis von Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden auswirken und umgekehrt können hormonelle Veränderungen oder Störungen des Regelsystems zu Stimmungsveränderungen führen. Als Beispiele hierfür seien die hypothalamische Amenorrhoe, das polyzystische Ovar sowie die durch Anorexie oder Hochleistungssport bedingte Amenorrhoe genannt.<sup>17 18</sup>

In die Zeit der Wechseljahre fallen oft psychische Belastungssituationen, wie beispielsweise die Trennung von Kindern, Eltern oder Partnern.<sup>19</sup> Treten zeitgleich körperliche oder psychische Veränderungen auf, so müssen diese nicht miteinander in kausalem Zusammenhang stehen. Psychische Beschwerden entwickeln sich häufig schon vor oder auch lange nach der hormonellen Veränderung im Klimakterium. Zudem muß das Ausmaß an Belastung nicht mit dem Ausmaß der

---

<sup>14</sup> Pschyrembel 1990, 1378

<sup>15</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 153

<sup>16</sup> Uexküll 1990, 192

<sup>17</sup> Uexküll 1996, 139

<sup>18</sup> Bale et al. 1996, 52

<sup>19</sup> Hertz/ Molinski 1986, 156

## Einleitung

Beschwerden korrelieren. Vielmehr spielen individuelle Handlungsmöglichkeiten und -fähigkeiten, mit schwierigen Situationen umzugehen, eine Rolle.<sup>20</sup> Hertz und Molinski haben ein Schema erstellt, worin sie verschiedene Faktoren aufführen, die auf die Entwicklung von menopausalen Symptomen Einfluß nehmen. Biologische und endokrine Einwirkungen sowie psychologische und umweltbedingte Streßfaktoren nehmen Einfluß auf die Persönlichkeitsstruktur einer Frau. Sie können die Ich-Stärke und Abwehrfähigkeit beeinträchtigen und auf diese Weise zu Symptombildung führen.<sup>21</sup> Sozialisatorische Einflüsse spielen zudem eine nicht unbedeutende Rolle. Frauen scheinen insgesamt häufiger körperliche Beschwerden aufzuweisen als Männer. Dies wird in Zusammenhang mit der geschlechtsspezifischen Expressivität gesehen. Sozialisationsbedingt entwickelt sich diese bei Frauen und Männern schon ab der Pubertät unterschiedlich. Die Entwicklung von körperlichen Symptomen wird - psychosomatisch betrachtet - mit einer unzureichenden Fähigkeit, Gefühle auszudrücken, verknüpft.<sup>22</sup>

In dem hiesigen kulturellen Zusammenhang wiederum werden körperliche Befindlichkeiten sowie Gefühle oftmals versteckt. Gerade Hitzewallungen sind Frauen oftmals peinlich und bedeuten einen Kontrollverlust über den eigenen Körper, der häufig schwer ertragen wird.<sup>23</sup> Abhängig davon, wie stark sich eine Frau über ihre „weibliche Rolle,“ definiert oder welches Verhältnis sie zum Älterwerden hat, kann die Zeit der Wechseljahre auch mit Ängsten verknüpft sein.<sup>24</sup> Wie Springer-Kremser schreibt, „machen sich die Inhalte von Erwartungsängsten häufig in Symptombildungen bemerkbar und sind mit der persönlichen Lebenslerngeschichte einerseits und ihrer Stellung in der Gesellschaft andererseits verbunden.“<sup>25</sup> Gerade emotionale Befindlichkeiten, wie beispielsweise Angst, wurden oft als Auslöser für Hitzewallungen beobachtet.<sup>26</sup> Abgesehen von realistischen Befürchtungen produzieren Sozialisationsbedingungen und Rollenzuschreibungen auch Mythen über die Wechseljahre. Die psychopathologische Etikettierung der Menopause trägt

---

<sup>20</sup> Hertz/ Molinski 1986, 157

<sup>21</sup> Hertz/ Molinski 1986, 158

<sup>22</sup> Herbeck 1992, 103

<sup>23</sup> Hertz/ Molinski 1986, 156

<sup>24</sup> Hertz/ Molinski 1986, 154, 156

<sup>25</sup> Springer-Kremser 1991, 81

<sup>26</sup> Kronenberg 1990, 80

## Einleitung

weiteres dazu bei, Ängsten Vorschub zu leisten.<sup>27</sup> Negative stereotype Vorstellungen können wiederum die Entwicklung postmenopausaler depressiver Verstimmungen beeinflussen, wie M. Hunter in einer prospektiven Untersuchung nachwies.<sup>28</sup> Nicht zuletzt spielt die Frage der Selbstverwirklichung eine Rolle. Ein Rückblick auf das bisherige Leben kann im Klimakterium mit einem Gefühl der Zufriedenheit oder auch mit Selbstzweifeln verbunden sein, wenn eine Frau ihre Wünsche und Pläne nicht verwirklichen konnte. Je nach Persönlichkeitsstruktur und Verarbeitungsmöglichkeiten können neue Ziele gesteckt werden, sich depressive Verstimmungen entwickeln oder eine Betäubung mit Suchtmitteln gewählt werden.<sup>29</sup> Es ist jedoch genauso problematisch, alle Beschwerden auf psychische Ursachen zurückzuführen, wie sie auf biologische Funktionen zu reduzieren. „Jeder Reduktionismus stellt einen Kunstfehler dar,“ wie Springer-Kremser schreibt. Die ärztliche Aufgabe wird darin gesehen, Frauen zu unterstützen, daß sie ihre Schwierigkeiten zu bewältigen, sowie über körperliche Veränderungen und Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Hilfreich ist es vor allem, mittels eines nicht-direktiven Beratungsstils („non-directive-counselling,“) Frauen in ihrer Autonomie zu bestärken, so daß sie selbst herausfinden, über welche Bewältigungsstrategien sie verfügen, und ob bzw. welche Therapie sie wählen wollen.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Springer-Kremser 1991, 81

<sup>28</sup> Hunter 1992, 122

<sup>29</sup> Herzt/ Molinski 1986, 159

<sup>30</sup> Springer-Kremser 1991, 87

## 2.3 Wechseljahre aus kulturübergreifender Sicht

Verschiedene Quellen verweisen darauf, daß Beschwerden in den Wechseljahren in einem kulturellen Kontext stehen.<sup>31 32</sup> Die These, daß Wechseljahrsbeschwerden vorwiegend in westlichen Industriestaaten, d.h. in Europa und Nordamerika, vorkommen, wird mit kulturellen Zuschreibungen und Werten begründet. So diskutiert M. Flint in ihrem Artikel „The Menopause. Reward or Punishment, die Frage, was Frauen in verschiedenen Kulturen in den Wechseljahren erwartet. Verschiedene Beispiele, die sie erwähnt, zeigen, daß in nicht westlichen Ländern der Eintritt in die Wechseljahre oftmals mit einer Belohnung einhergeht. Frauen steigen in ihrem sozialen Status auf, indem beispielsweise Verhaltensweisen erlaubt sind, die zuvor verboten waren. In Indien (Rajasthan) erweitert sich der Zugang von Frauen zum gesellschaftlichen Leben. Hier fand M. Flint in einer früheren Untersuchung, daß sehr wenige Frauen Beschwerden in den Wechseljahren hatten. Dies trifft auch in Kulturen zu, in denen dem Alter generell große Achtung geschenkt wird.<sup>33</sup>

Dagegen sind Frauen in westlichen Kulturen mit den gesellschaftlichen Vorurteilen konfrontiert, daß die Wechseljahre das Ende des sexuellen Begehrens sowie der Weiblichkeit bedeuten. Für einige mag die Angst hinzukommen, daß Männer nun nach jüngeren Frauen Ausschau halten, um ihre Männlichkeit zu beweisen.<sup>34</sup> Interessanterweise berichtet R. Röring in einem Artikel, daß lesbische Frauen, die eher kein Interesse daran haben, für Männer attraktiv zu sein, weniger Beschwerden hatten als heterosexuelle.<sup>35</sup>

Verankerte Schönheitsnormen können gerade in den Wechseljahren verstärkt die Frage aufwerfen, ob und wie Frauen ihre Attraktivität erhalten oder verbessern können. Die Angebote, die Jugendlichkeit zu erhalten - sei es durch Kosmetika, plastische Chirurgie, Kleidung oder Hormone -, sind hierzulande überaus

---

<sup>31</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 8ff.

<sup>32</sup> Flint 1990, 162

<sup>33</sup> Elschenbroich 1995, 6

<sup>34</sup> Flint 1990, 163

<sup>35</sup> Röring 1995, 62

## Einleitung

zahlreich.<sup>36</sup> Es liegt nahe, daß Frauen nicht unberührt davon bleiben und ihr dem gesellschaftlichen Bild angepaßtes Selbstbild möglicherweise nicht hinterfragen.

„Kulturen entscheiden, woran sie die „Schwellen,, zwischen den Phasen des Lebenszyklus erkennen und welche sie mit Ängsten belegen,,“ schreibt D. Elschenbroich.<sup>37</sup> Gefragt werden kann, inwieweit die Wechseljahre und damit verbundene Beschwerden ein soziales Konstrukt sind. Die „typischen,, Wechseljahrssymptome wie zum Beispiel Hitzewallungen kommen nicht in allen Kulturen vor. In Japan treten diese nur vereinzelt auf. Japanische Frauen verbinden mit den Wechseljahren vorwiegend unspezifische Schmerzen, Schulterverspannungen oder Grauerwerden der Haare. Von daher verwundert es nicht, daß es keinen eindeutigen Begriff für diese Beschwerden gibt, sondern nur eine Umschreibung dessen. Osteoporose oder kardiovaskuläre Erkrankungen sind weitaus seltener als in westlichen Ländern. Dies dürfte unter anderem auch mit der Ernährungsweise zusammenhängen.

Körperliche Beschwerden werden zudem in der traditionellen japanischen Medizin als Störungen von Energieflüssen begriffen. Das Nachlassen der Energien im Alter bedeutet eine Schwächung des Körpers und wird für die Entwicklung von Symptomen verantwortlich gemacht. Diese Aspekte zeigen, wie unterschiedlich die Wechseljahre verstanden und erlebt werden können.<sup>38 39</sup>

In einer interdisziplinären Studie bei indonesischen Frauen untersuchten M. Flint und R. Samil die Frage, inwiefern die westliche Lebensweise das Auftreten von „typischen,, klimakterischen Beschwerden hervorruft. Daten zu Menopausenalter und Beschwerden wurden bei unterschiedlichen Gruppen von Frauen erhoben. Unter den befragten zentral-javanischen Frauen lag der Mittelwert des Menopausenalters bei gebildeten Stadtbewohnerinnen um 4 Jahre höher als bei den in Städte migrierten Frauen und Landbewohnerinnen. Der Wert von 50,2 Jahren

---

<sup>36</sup> s. z.B. Anzeigen zu plastischer Chirurgie, Brigitte 12/ 95: 84, 86, Brigitte 19/ 95: 68. Die Angebote versprechen Ganzkörper-Verschönerungen durch Lifting, Fettabsaugung oder Brustauf- oder abbau.

<sup>37</sup> Elschenbroich 1995, 6

<sup>38</sup> Elschenbroich 1995, 6

<sup>39</sup> Röring 1994, 61



## Einleitung

ähnelt demjenigen in den U.S.A. oder Europa. Erklärt wird dies damit, daß die Städterinnen eher aus höheren sozialen Schichten kamen, materiell besser gestellt und viel gereist waren sowie einem eher europäisierten Lebens- und Ernährungsstil anhängen. Ihre Lebensbedingungen in der Metropole Jakarta, die über eine industrialisierte Infrastruktur mit Elektrizität, Klimaanlage, öffentlichen Transportmöglichkeiten und anderem verfügt, gleicht eher westlichen Lebensverhältnissen. Unter den erfragten Veränderungen in den Wechseljahren wurden am häufigsten Müdigkeit (62-90,48%), Gewichtszunahme (20-68,52%), atrophische Vaginitis (14-71,43%) sowie Hitzewallungen (7,32-31,48%) angegeben. Im Vergleich zu Prävalenzen von Hitzewallungen in westlichen Ländern, die bis zu 90% und mehr betragen<sup>40</sup>, lagen diese bei der Mehrheit der befragten indonesischen Frauen nicht vor. So hatten 68,52% der Frauen aus Minangkabau (West Sumatra) und 78% der Frauen aus Zentral-Java keine Hitzewallungen.<sup>41</sup> Interessanterweise gaben zudem zwischen 40 und 100% der Frauen positive Gefühle in den Wechseljahren wie Wohlbefinden, Zärtlichkeitsgefühle, Energie, Zufriedenheit oder Aufgeregtheit an. Außerdem ist der Umgang mit Beschwerden in den Wechseljahren ein anderer. In der Studie von M. Flint und R. Samil unterzogen sich von den 603 befragten Frauen nur 7 einer Hormonsubstitution. Üblicherweise wird bei frauenspezifischen Beschwerden wie unter anderem Hitzewallungen oder atrophischer Vaginitis ein einheimisches pflanzliches Getränk („jamu,“) eingenommen. Hinsichtlich der Tatsache, daß Östrogen-abhängige Symptome bei indonesischen Frauen seltener vorkommen, hat weiterhin der hohe Konsum von Papaya - einer Frucht mit östrogenen Wirkung - Relevanz.<sup>42</sup> Kulturspezifische Unterschiede in der Bedeutung der Wechseljahre, des Alterns generell sowie des Umgangs mit Beschwerden sind vielschichtig. Offensichtlich gibt es einen Zusammenhang mit dem Erleben der Wechseljahre. Diese Tatsache miteinzubedenken, kann zu einem breiteren Verständnis der Empfindungen von Frauen in den Wechseljahren beitragen.

---

<sup>40</sup> Kronenberg 1990, 54

<sup>41</sup> Flint/ Samil 1990, 142-3

<sup>42</sup> Flint/ Samil 1990, 144-5

## 2.4 Wechseljahre aus Sicht der Frauengesundheitsforschung

Ebenso wie andere Disziplinen hat sich auch die Frauengesundheitsforschung in den letzten Jahren vermehrt dem Thema Wechseljahre zugewandt. Ihre Veröffentlichungen haben das Ziel, über frauenspezifische Fragen zu informieren und damit Entscheidungshilfen zu geben. Es wird dabei hervorgehoben, daß Frauen selbst Expertinnen sind über Vorgänge, die ihre eigenen Körper betreffen.<sup>43</sup> Die Wissensvermittlung aus anderen Forschungsbereichen wird dabei einer kritischen Analyse unterzogen. Im Hinblick auf die Wechseljahre wird immer wieder auf die Abwertung von Frauen und die Problematisierung der Wechseljahre durch die Medizin hingewiesen.<sup>44 45 46</sup> Wenn Frauen vielfach vermittelt wird, daß mit den Wechseljahren ein (Hormon-) Mangelzustand eingeleitet wird, der beglichen werden sollte, verwundert es nicht, daß diese Zeit mit Schwierigkeiten assoziiert wird. Egal ob von Weiblichkeitsverlust, Verlust der Reproduktionsfähigkeit, Turgor- und Elastizitätsverlust, Knochenabbau oder Leistungsminderung die Rede ist, alles wird auf einen veränderten Östrogenspiegel zurückgeführt. Damit wird der Wert und die Identität einer Frau auf die Funktion der weiblichen Genitalorgane reduziert.<sup>47</sup> Gleichzeitig wird eine Hormonersatztherapie zur „Bekämpfung„ der genannten Symptome offeriert. Die Wiederherstellung des prämenopausalen „Zustandes„ scheint zu implizieren, daß natürliche Altersvorgänge hinausgeschoben werden könnten und sollten, um möglichst die Jugendlichkeit zu erhalten.<sup>48</sup> Nicht nur die Negativzeichnung der menopausalen Befindlichkeit, sondern des Alters generell produziert Befürchtungen. Das Älterwerden, das in der hiesigen Gesellschaft mit abwertenden Stereotypen assoziiert wird, die insbesondere Frauen betreffen, kann als belastend empfunden werden und auf die körperliche und psychische Befindlichkeit in den Wechseljahren Einfluß nehmen.<sup>49</sup> Oftmals führt die herrschende Altersfeindlichkeit zu dem Glauben, daß ältere Menschen deprimiert,

---

<sup>43</sup> Feministisches FrauenGesundheitszentrum Berlin 1994, 8

<sup>44</sup> Feministisches FrauenGesundheitszentrum Berlin 1994, 7

<sup>45</sup> Northrup 1996, 436

<sup>46</sup> Olbricht 1993, 224

<sup>47</sup> Olbricht 1993, 226

<sup>48</sup> Olbricht 1993, 223

<sup>49</sup> Schultz-Zehden 1998: 22, 51

## Einleitung

kraftlos, inkontinent, vergeßlich und senil und damit weniger wert seien.<sup>50 51</sup> Solche negativen Einstellungen können sich auf seelische Vorgänge auswirken und die Lebensqualität mindern.<sup>52</sup> Frauengesundheitsliteratur bezieht ebenso wie psychosomatische Ansätze dagegen die Wichtigkeit ein, daß Frauen sich selbst - mit oder ohne Probleme - annehmen. Schriften zu den Wechseljahren, beispielsweise von Frauengesundheitszentren, versuchen, durch detaillierte Aufklärung, Vorschläge zur Selbsthilfe sowie Erfahrungsberichte von Frauen den Umgang mit Schwierigkeiten und Ängsten bezüglich der Wechseljahre zu erleichtern. In ihrem Beitrag schreibt Ursula Karg von der unzureichenden ärztlichen Beratung im Zusammenhang mit einer Hormonersatzbehandlung. Die Konsultationskontakte reduzierten sich auf regelmäßige Hormonkontrollen und die Übergabe der Rezepte. Unverträglichkeitsreaktionen wie Migräne, Blutdruckveränderungen oder Schmerzen in den Beinen wurden nicht ernst genommen, auch nach verschiedenen ÄrztInnen- und Präparatwechslern nicht.<sup>53</sup> Daß dies zu einem Vertrauensverlust führt, ist nachvollziehbar. In einem anderen Erfahrungsbericht schreibt eine Frau über die hilfreichen Gespräche in einer Frauengruppe. Dabei wurden Probleme wie Depressionen oder Trockenheit der Schleimhäute und mögliche Maßnahmen dagegen besprochen. Ein Austausch über Erfahrungen half nicht nur, aus dem Gefühl der Isoliertheit herauszutreten, sondern auch Entscheidungen zu finden, welche Maßnahme für welche Frau die passende war.<sup>54</sup>

Die Frauengesundheitsbewegung versucht, Frauen darin zu bestärken, ärztliche Informationen einzufordern und Entscheidungen selbstbestimmter zu fällen.<sup>55</sup>

Ein breites und ständig wachsendes Angebot an Frauengesundheitsliteratur beinhaltet meist vielfältige Vorschläge zur Selbsthilfe. Neben naturheilkundlichen

---

<sup>50</sup> Northrup 1996, 437

<sup>51</sup> Auch die Alzheimer'sche Erkrankung wird neuerdings mit einem reduzierten Östrogenspiegel in Verbindung gebracht. Zur Vorbeugung oder Verzögerung des Beginns soll nach einer Untersuchung von A. Paganini-Hill und V. Henderson eine Substitution mit Östrogenen von Nutzen sein.

Paganini-Hill/ Henderson 1996, 2213

<sup>52</sup> Olbricht 1993, 223

<sup>53</sup> Karg 1991, 18

<sup>54</sup> Nissim 1995, 49-50

<sup>55</sup> Feministisches FrauenGesundheitszentrum Berlin 1994, 84

## Einleitung

Möglichkeiten wie die Einnahme von Teemischungen oder Wasseranwendungen werden auch gymnastische Übungen, Hinweise zur Ernährung und schulmedizinische Vorgehensweisen genannt.<sup>56 57 58</sup> Bei der kritischen Darstellung der verschiedenen Behandlungsformen geht es letztendlich darum, Frauen darin zu unterstützen, die Methode ihrer Wahl zu finden.<sup>59</sup> Ziel ist es in jedem Fall, das Zutrauen von Frauen zu sich selbst zu fördern und damit Frauen zu stärken.<sup>60</sup> Durch Bewußtmachung dessen, wie negativ die Wechseljahre dargestellt werden, können Frauen ihre eigenen Vorurteile reflektieren und neue Bewältigungsstrategien suchen. Indem aufgezeigt wird, daß die Wechseljahre auch positiv gesehen werden können und eine Chance für neue Entscheidungen bieten, werden Frauen ermutigt und unterstützt.

---

<sup>56</sup> Feministisches FrauenGesundheitszentrum Berlin 1994, 37ff.

<sup>57</sup> Nissim 1995, 66ff.

<sup>58</sup> Northrup 1996, 448ff.

<sup>59</sup> Feministisches FrauenGesundheitszentrum Berlin 1994, 84

<sup>60</sup> Feministisches FrauenGesundheitszentrum Berlin 1994, 8

## 2.5 Fragestellung

### 2.5.1 Zum Umgang mit dem Thema 'Wechseljahre'

Bei Untersuchungen zu der Frage, welche Einflüsse auf das Erleben von Veränderungen in den Wechseljahren einwirken, wird unter anderem beschrieben, daß Frauen Gespräche mit ihren HausärztInnen als sehr hilfreich ansehen<sup>61</sup>. Informationen darüber, woher einzelne Beschwerden herrühren und welche Veränderungen die Wechseljahre natürlicherweise mit sich bringen, helfen dabei, unklare Ängste abzubauen. Frauen empfinden Gespräche mit ihren HausärztInnen als maßgeblichen Faktor dafür, wie stark sie körperliche und psychische Schwierigkeiten erleben.

Liao et al.<sup>62</sup> haben in ihrer Studie „Menopause beliefs“, Patientinnen sowie AllgemeinärztInnen nach Faktoren gefragt, die ihrer Meinung nach das Menopausenerleben mitbestimmen. Patientinnen gaben doppelt so häufig wie AllgemeinärztInnen an, daß zuhörende ÄrztInnen oder Partner eine Unterstützung bedeuten. Ebenso nannten sie den allgemeinen Lebensstil (Berufstätigkeit, Aktivitäten außer Haus) doppelt so häufig als Einflußfaktor wie die AllgemeinärztInnen.

Vielfach bestehen große Unsicherheiten gegenüber dem Risiko der Osteoporose und dem Nutzen versus Risiken einer Hormontherapie. Deutlich wird dies beispielsweise in einer Studie zum Konsultationsverhalten von Frauen in den Wechseljahren. Nach einer Befragung von AllgemeinärztInnen über die Gründe von Konsultationen waren die Anliegen bei 27% (156 von insgesamt 416 befragten Frauen) Diskussionsbedarf und Wunsch nach Beratung. Bei 214 Frauen wurde eine Behandlung eingeleitet und bei 24 wurde eine Behandlung abgebrochen oder geändert.<sup>63</sup> Auffällig ist, daß unter den Frauen nach Hysterektomie, bei welchen die Entscheidung für oder gegen eine Hormonersatztherapie noch dringlicher ist, ein größerer Prozentsatz mehr als einmal im untersuchten Zeitraum von ½ Jahr eine

---

<sup>61</sup> Liao et al. 1994, 410

<sup>62</sup> Liao et al. 1994, 410

<sup>63</sup> Barlow et al. 1991, 275

## Einleitung

Praxis aufsuchte als Frauen ohne Hysterektomie. Insgesamt zeigten 77% der Frauen Interesse an einer Hormonersatztherapie, jedoch hielten 74% weitere Informationen für nötig.<sup>64</sup>

Anzunehmen ist, daß der offensichtliche Informationsbedarf aus Unsicherheiten gegenüber den Risiken einer Hormonbehandlung herrührt. In den Studien von O'Connor et al. sowie Liao et al. wurden AllgemeinärztInnen gefragt, welche Bedenken von Frauen die Verschreibung einer Hormonsubstitution beeinflussen. An erster Stelle rangierte dabei die Angst vor Brustkrebs. Wiederkehrende Blutungen, thromboembolische Geschehen, die Medikamenteneinnahme per se sowie andere unspezifische Nebeneffekte wurden als weitere Hemmfaktoren eingeschätzt.<sup>65 66</sup> Angesichts dieses Wissens ist evident, daß eine umfassende Beratung und Aufklärung von Frauen besonders wichtig ist.

Wie AllgemeinärztInnen mit Frauen in den Wechseljahren und der Verschreibung von Hormonersatztherapien umgehen, wurde von O'Connor et al. untersucht. Die Befragung von AllgemeinärztInnen lieferte interessante Ergebnisse hinsichtlich der Umgangsweisen und Einstellungen gegenüber Frauen in der Menopause. Zu erkennen waren geschlechtsspezifische Unterschiede in der Haltung sowie dem Einsatz von Hormonersatztherapien. Laut Selbsteinschätzung nahmen Ärzte es beispielsweise lieber selbst in die Hand, Frauen über Hormontherapien aufzuklären, währenddessen Ärztinnen verstärkt Selbsthilfegruppen unterstützten, in denen Frauen sich selbst Informationen über Behandlungsarten erarbeiten und sich austauschen. Ärzte halten zudem den Einfluß ihrer persönlichen Haltung zu Hormontherapien für maßgeblich entscheidend, ob Frauen Hormone einnehmen oder nicht. Ärztinnen dagegen schätzen ihre persönliche Haltung als weniger bedeutsam ein. Interessanterweise berichteten Ärzte andererseits über mehr Schwierigkeiten, die Hormonbehandlung individuell einzustellen und mit Nebeneffekten umzugehen als Ärztinnen.<sup>67</sup> Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, daß Frauenärztinnen in den Wechseljahren selbst weitaus häufiger Hormone

---

<sup>64</sup> Barlow et al. 1991, 275-6

<sup>65</sup> O'Connor et al. 1996, 424

<sup>66</sup> Liao et al. 1994, 409-10

<sup>67</sup> O'Connor et al. 1996, 423-4

## Einleitung

einnehmen als die durchschnittliche weibliche Bevölkerung, wie eine Studie aus Großbritannien berichtet.<sup>68</sup>

Die Tatsache, daß Ärztinnen durch ihr Frau-sein selbst viel näher mit dem Thema Wechseljahre verbunden sind, wirft die Frage auf, ob sie von daher auch bei ihren Patientinnen stärker auf das Thema eingehen, häufiger nachfragen und ausführlicher aufklären als ihre Kollegen.

Diese Frage wurde bislang noch nicht beleuchtet und wird in dieser Studie anhand der Hypothese 1 „Ärztinnen gehen mit dem Thema Wechseljahre engagierter um und reden häufiger mit ihren Patientinnen darüber als Ärzte,, untersucht.

---

<sup>68</sup> Isaacs et al. 1995, 1399

### **2.5.2 Zusammenhänge zwischen psychosozialen Merkmalen und Erschöpfungsneigung, dem Menopausenzeitpunkt, Hitzewallungen und einem Menopausalem Symptomenkomplex**

In ihrer Teilstudie „Beschwerden im weiblichen Klimakterium - Ergebnis einer praxisbezogenen Studie sowie Überprüfung psychosozialer Einflüsse auf den Menopausenzeitpunkt, spezifische und unspezifische Beschwerden,“ untersuchte E. Baum unter anderem Zusammenhänge zwischen psychosozialen Faktoren und dem Menopausenzeitpunkt, allgemeiner Erschöpfungsneigung, der Stärke der Hitzewallungen und menopausalen Symptomen.<sup>69</sup>

Im Trend ergab sich in dieser Studie eine positive Korrelation zwischen psychosozialen Faktoren und dem Menopausenalter. Eine weitere Korrelation fand sich zwischen denselben Faktoren und allgemeiner Erschöpfungsneigung. Dagegen wurde kein Zusammenhang zu der Stärke der Hitzewallungen nachgewiesen, die somit unabhängig von den geprüften Parametern zu sein schienen. Die Untersuchung von E. Baum erfolgte an 45 bis 60 jährigen Frauen. Dies führte zu Verzerrungen, da diese Gruppe zuvor homogen in der frühen Postmenopause, aber altersdifferent eingestuft werden mußte. Desweiteren wurde eine Selektion von Frauen vorgenommen. Frauen nach Hysterektomie sowie Frauen, die Hormone einnahmen, wurden nicht einbezogen.

In der vorliegenden Studie wird nun an einer eindeutig postmenopausalen und altershomogenen Gruppe von Frauen nochmals überprüft werden, ob sich diese Thesen bestätigen. Die Fragen nach einem Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und allgemeiner Erschöpfungsneigung sowie menopausalen Beschwerden werden dabei zu zwei Zeitpunkten untersucht. Die Beschwerden werden zum einen rückblickend zu dem Zeitpunkt (1), als die Wechseljahre am stärksten empfunden wurden, zum anderen zu dem Zeitpunkt der Befragung (2) erfaßt. Eine Selektion wie in der Studie von E. Baum soll nicht stattfinden. Frauen, die Hormone einnehmen oder früher eingenommen haben, sowie Frauen nach Uterusexstirpation werden somit in diese Untersuchung einbezogen.

---

<sup>69</sup> Baum 1989, 76-157



## Einleitung

Als Hypothese 2 wird formuliert, daß „es einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem Menopausenzeitpunkt gibt„. Hierbei werden nur Frauen mit einem natürlichen Menopausenzeitpunkt einbezogen, d.h. Frauen, die nicht hysterektomiert wurden bzw. bei welchen die Hysterektomie erst nach Eintritt der Menopause durchgeführt wurde.

Als Hypothese 3 wird aufgestellt, daß „es einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und allgemeiner Erschöpfungsneigung gibt„, und Hypothese 4, daß „kein Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und Hitzewallungen sowie einem menopausalen Symptomenkomplex besteht„.

Die Hypothesen 3 und 4 werden jeweils zum Zeitpunkt (1), als Veränderungen im Zusammenhang mit den Wechseljahren am stärksten wahrgenommen wurden, sowie zum Zeitpunkt (2), dem Befragungszeitpunkt, überprüft.

### 2.5.3 Belastung und menopausale Beschwerden

Wie schon zuvor erwähnt, können psychische oder körperliche Belastungssituationen Auswirkungen auf hormonelle Regelkreissysteme haben. Verschiedene Symptome können durch Streß ausgelöst werden. Die dabei erhöhte Freisetzung von  $\beta$ -Endorphinen sowie ACTH kann zu einer Hemmung der Gonadotropinsekretion und damit Amenorrhoe führen.<sup>70</sup> An anderer Stelle wird hingegen beschrieben, daß unter Streß auch eine erhöhte endogene Östrogenproduktion vorliegen kann.<sup>71</sup>

Die Entstehung emotionaler Dysphorien, wie Depressionen, ist bekanntlich unter anderem von der Konzentration adrenerger Hormone abhängig. Pharmakotherapie, die mit einer Abnahme des Noradrenalinsgehalts im ZNS einhergeht, kann depressive Verstimmungen herbeiführen. Katecholamine sind zudem an der Freisetzung von LH beteiligt. Bei depressiven Verstimmungen sind somit sowohl Katecholamine als auch LH-Konzentrationen, die wiederum für die Östrogenproduktion verantwortlich sind, reduziert.<sup>72</sup> Gleichzeitig ist bekannt, daß eine Östrogentherapie über die Hemmung der Monoaminoxidase (MAO) den Abbau von Katecholaminen senkt und sich positiv auf depressive Verstimmungen auswirkt.<sup>73</sup> Die Verstoffwechslung von Katecholaminen ist also von dem Einfluß der Sexualsteroiden abhängig und umgekehrt unterliegt die Produktion von Sexualsteroiden dem Einfluß von Katecholaminen.<sup>74</sup> In Anbetracht dieser Wechselwirkungen kann somit angenommen werden, daß unter Streß verschiedene Symptome entwickelt werden können.

Wie bei E. Baum zitiert, wurden von Greene und Cooke<sup>75</sup> Zusammenhänge zwischen menopausalen Beschwerden und äußeren belastenden Ereignissen, die als „Exit-Streß“, bezeichnet werden, aufgezeigt. Dies konnte in ihrer Studie jedoch nicht bestätigt werden. Allerdings schien eine Auswirkung auf allgemeine

---

<sup>70</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 157

<sup>71</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 212

<sup>72</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 153

<sup>73</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 156

<sup>74</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 153

<sup>75</sup> Greene/ Cooke 1981, zitiert in: Baum 1990, 205

## Einleitung

Beschwerden vorhanden zu sein.<sup>76</sup> Angesichts dieser kontroversen Forschungsergebnisse reicht es nicht aus, einen Zusammenhang zwischen klimakterischen Beschwerden und äußeren Ereignissen auf diese allein zu beschränken. Ob Frauen sogenannte Exit-Ereignisse wie zum Beispiel die Tatsache, daß Kinder das Haus verlassen, als seelisch belastend oder entlastend empfinden, hängt von den individuellen Lebensumständen sowie der Persönlichkeit ab. Sinnvoll ist es daher, das subjektive Empfinden als Kriterium zu wählen.

Aus diesem Grund wird als Hypothese 5 die Annahme aufgestellt, daß „subjektive Belastungen sich auf die Entwicklung menopausaler Beschwerden auswirken,,.

---

<sup>76</sup> Baum 1989, 127

## **3 Methodik**

### **3.1 Zielgruppe**

Zielgruppe waren Frauen im Alter von 60 bis 64 Jahren, die als Patientinnen in hausärztlichen Praxen von ihren HausärztInnen angesprochen werden sollten, ob sie bereit wären, an einer Befragung zum Thema 'Wechseljahre teilzunehmen. Dabei sollte keine Selektion von Frauen stattfinden, die wegen Wechseljahrsbeschwerden in die Praxen kamen. Das Alter wurde deswegen so hoch gewählt, um sicherzugehen, daß sich alle Befragten in der Postmenopause befanden und nur geringfügige Altersdifferenzen aufwiesen. Außerdem sollten auf diese Weise Beschwerden im nachhinein besser zugeordnet werden als in der frühen Postmenopause.

### **3.2 Praxen**

Es wurden jeweils 10 Praxen von Hausärztinnen und 10 Praxen von Hausärzten ausgewählt, hauptsächlich aus dem Einzugsbereich Marburg, 1 Praxis aus Hamburg und 1 Gemeinschaftspraxis aus Kassel, in denen jeweils 10 Fragebögen verteilt werden sollten. Insgesamt sollten 200 Bögen an Frauen ausgegeben werden. Die Auswahl der Praxen erfolgte anhand einer Liste von Praxen, die schon an früheren Studien des Instituts für Allgemeinmedizin Marburg mitgewirkt hatten, bzw. durch persönliche Empfehlungen von HausärztInnen, die Studien gegenüber als aufgeschlossen eingeschätzt wurden. Die HausärztInnen wurden zunächst telefonisch gefragt, ob sie bereit wären, 10 Fragebögen an Patientinnen zu verteilen. Die Vorgehensweise dabei sollte konsekutiv sein: Patientinnen, die in die Praxen kamen, sollten - wenn sie zu der vorgesehenen Altersgruppe gehörten - gefragt werden, ob sie bereit wären, den Fragebogen auszufüllen. Zu den Fragebögen erhielten sie bereits frankierte und adressierte Rückumschläge, so daß die Fragen zu Hause beantwortet und die Umschläge im nachhinein eingeworfen

werden konnten. Somit konnte die Anonymität der eingegangenen Fragebögen gewährleistet werden.

### 3.3 Fragebogen

Die eingangs beschriebenen Hypothesen sollten mittels eines Fragebogens getestet werden, der an 200 Frauen ausgeteilt werden sollte.

Dieser enthielt Fragen nach soziodemographischen Parametern, gynäkologischen Operationen, Menopausenalter, menopausalen Beschwerden und Behandlungsformen. Um ein umfassendes Bild darüber zu bekommen, wie Frauen ihre Wechseljahre erleben, wurden auch Fragen nach allgemeinen Beschwerden aufgenommen. Darüberhinaus wurden Fragen zur Beziehung zwischen Hausärztin/ Hausarzt-Patientin, ob Frauen bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, zu Belastungen während der Wechseljahrszeit, Einstellung zu den Wechseljahren, nach Vertrauenspersonen und zu psychosozialen Merkmalen gestellt. Um die Antworten zur Beziehung zwischen Hausärztin/ Hausarzt und Patientin beurteilen zu können, sollten Frauen auch angeben, ob die Ärztin/ der Arzt innerhalb der letzten 10 Jahre gewechselt wurde und welche Beweggründe für den Wechsel ausschlaggebend waren. Gefragt wurde dabei auch, ob das Geschlecht der Ärztin/ des Arztes bei dem Wechsel eine Rolle spielte.

Darüberhinaus konnten Frauen frei angeben, ob sie gezielte Wünsche oder Erwartungen an ihre HausärztInnen hatten. Dies sollte Aufschluß darüber geben, welche Funktion HausärztInnen für Frauen haben.

Am Ende des Fragebogens hatten Frauen noch die Möglichkeit, zusätzlich frei zu formulieren, was sie in Bezug auf die Wechseljahre noch mitteilen wollten.

Teils wurden bereits erprobte Instrumentarien wie z.B. der Menopausen-Index nach Hauser, die Skalen „Erschöpfungsneigung,“ und „Gliederschmerzen,“ aus dem Gießener Beschwerdebogen oder die Skalen „Soziale Resonanz,“ und „Selbstkontrolle,“ aus dem Gießen-Test, einem Persönlichkeitstest verwendet; teils wurden Skalen für einzelne Parameter - wie die Beziehung zwischen Hausärztin/ Hausarzt-Patientin - neu entwickelt.

### **3.4 Vorlaufphase**

Ein Entwurf des Fragebogens wurde zunächst bei 10 Frauen in Form von Kurzinterviews vorgetestet. Klar wurde dabei insbesondere, in welcher Reihenfolge Themen und Fragen am sinnvollsten gestaltet werden konnten und welche Formulierungen schwer zu verstehen waren und somit geändert werden mußten. Der daraus resultierende für die Hauptstudie verwendete Fragebogen ist im Anhang abgedruckt. Für die Interviews standen Frauen der vorgesehenen Altersgruppe, die nicht nach früheren oder noch fortdauernden Beschwerden ausgewählt waren, zur Verfügung.

### **3.5 Durchführung der Verteilung**

Nach telefonischer Zusage der HausärztInnen wurden die Fragebögen persönlich ausgehändigt. Insgesamt 200 Fragebögen wurden im September 1996 an HausärztInnen ausgegeben. Anfang November 1996 wurde telefonisch nochmal an die Verteilung der Fragebögen erinnert bzw. nachgefragt, inwieweit die Verteilung durchgeführt worden war. Die telefonische Rückfrage ergab, daß ca. 1/3 der HausärztInnen die meisten Fragebögen verteilt hatte, die anderen 2/3 jedoch kaum dazugekommen waren. Nach Auskunft der HausärztInnen war wohl die Verteilung im Praxisalltag vergessen worden oder es seien zu wenig Patientinnen der vorgesehenen Altersgruppe erschienen. In einer Praxis wurde nicht verteilt, da der Hausarzt selbst für einige Wochen erkrankt war.

Nachdem bis Dezember 1996 erst 48 Fragebögen zurückgekommen waren, wurden nochmals 90 Fragebögen - wiederum je 10 Bögen pro Praxis - an weitere 9 Praxen verteilt. Dabei handelte es sich um 5 Praxen von Hausärztinnen und 4 von Hausärzten. Die Phase der Fragebögenverteilung wurde noch über die Monate Januar sowie Februar 1997 fortgesetzt und Anfang März 1997 schließlich beendet.

### **3.6 Statistische Auswertung**

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm SPSS durchgeführt. Nach Definierung der Variablen, fiel bei der Dateneingabe auf, daß in den Skalen „Menopausale Beschwerden,“ häufig nur die Variablen angekreuzt wurden, bei denen Beschwerden empfunden wurden. Es wurde geschlußfolgert, daß somit bei allen freigelassenen Variablen keine Beschwerden vorhanden waren. Demzufolge wurden bei diesen eindeutigen Fällen die Freilassungen durch den Wert „keine Beschwerden,“ gefüllt. Bei Frauen, die nicht eindeutig nur die für sie zutreffenden Beschwerden ankreuzten, sondern teilweise „keine Beschwerden,“ ankreuzten, teilweise keine Angabe vornahmen, wurden die fehlenden Werte als Unsicherheit, fehlende Erinnerung, Unverständnis oder schlichte Verweigerung der Antwort interpretiert und als fehlende Information belassen.

Desweiteren gab es fehlende Werte bei menopausalen Symptomen zum Zeitpunkt „früher,“, aber definitive Angaben zum Zeitpunkt „jetzt,“. Dies wurde wiederum als Erinnerungslücke bewertet.

Die Frage nach dem Menopausenalter wurde unterschiedlich beantwortet. Teilweise setzten Frauen eine Altersangabe an die Stelle „Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Monatsblutung,“. Teilweise gaben Frauen nur bei dem Zeitpunkt „als die Wechseljahrsbeschwerden am stärksten waren,“ ein Alter oder eine Spanne von mehreren Jahren an. Diese Angabe wurde nicht als Menopausenalter betrachtet, da die stärkste Beschwerdezeit vor oder auch nach der Menopause liegen kann.

Bei Frauen, die den Zeitpunkt der Hysterektomie angaben, jedoch kein Menopausenalter, wurde ersterer an der Stelle eingesetzt. Diese Vorgehensweise wurde aus der Vermutung durchgeführt, daß Frauen unsicher waren, ob die Verhinderung der Regelblutung nach einer Uterusexstirpation als Menopausenzeitpunkt gesehen werden kann. Angenommen wurde dies aufgrund der Beobachtung, daß andere Frauen den Zeitpunkt der Uterusexstirpation sehr wohl als Menopausenzeitpunkt eingesetzt hatten.

Zu Beginn der statistischen Auswertung wurde eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen.

Um in Korrelationsprüfungen möglichst viele Antworten einbeziehen zu können, wurden in den Skalen, in denen maximal 2 Items fehlten, die fehlenden Werte durch den jeweils errechneten Item-Mittelwert substituiert. Dabei handelte es sich um die

Skalen „Menopausale Symptome,, zum Zeitpunkt (1) und (2), „Erschöpfungsneigung,, zum Zeitpunkt (1) und (2), „Soziale Resonanz,, und „Selbstkontrolle,, aus dem Gießen-Test und Umgang mit dem Thema Wechseljahre. Die Mittelwertsubstitution ist durchaus als diskussionswürdig zu sehen, wurde jedoch aus genanntem Grund in Kauf genommen.

### 3.6.1 Hypothese 1

Die Frage, ob Ärztinnen mit dem Thema Wechseljahre engagierter umgehen als Ärzte (Hypothese 1), wurde anhand einer Skala untersucht, die sich aus 12 gleichgewichteten Items bzw. Fragen zusammensetzt. Diese Skala erhielt die Bezeichnung „Umgang,,. Gefragt wurde nach der Häufigkeit, in der HausärztInnen das Thema Wechseljahre angesprochen haben, nach der Möglichkeit, bei Wunsch das Thema anschneiden zu können, der Informiertheit über die Wechseljahre. Gefragt wurde außerdem, ob Gespräche bei Schwierigkeiten bezüglich der Wechseljahre geholfen haben, inwieweit eine genaue Aufklärung zu Hormonbehandlung erfolgte, ob die allgemeine Situation Thema war, ob über Familienprobleme gesprochen werden konnte, ob Frauen sich im Gespräch angenommen fühlten, wie offen Gespräche waren, wie gut Frauen sich allgemein beraten fühlten, ob HausärztInnen sich ausreichend Zeit genommen haben und wie sehr Frauen Verständnis für sich empfunden haben.

Das Skalenniveau war ordinalverteilt, d.h. es gab für die Antworten 5 Abstufungen von „stimmt nicht,, bis „stimmt,,.

Zunächst wurde ein Summen-score der Skala gebildet, d.h. die Werte der einzelnen Items, die zwischen 1 und 5 liegen konnten, wurden aufsummiert. Jedoch hatten viele Frauen die Skala nur unvollständig beantwortet, so daß sich die erhaltenen Summen-score-Werte auf eine unterschiedliche Anzahl von Items bezogen. Um die Werte in sinnvolle Relationen setzen zu können, wurde der Summen-score durch die Anzahl der beantworteten Items dividiert, und auf diese Weise ein Mittelwert berechnet. Zur Überprüfung der Hypothese 1 wurden die Mittelwerte dieser Summen-scores für die Gruppen „Patientinnen von Hausärztinnen,, und „Patientinnen von Hausärzten,, gebildet und verglichen.



Um einen Einfluß durch soziodemographische Größen auszuschließen, wurden beide Gruppen daraufhin überprüft, ob sie hinsichtlich dieser Werte übereinstimmten.

### 3.6.2 Hypothese 2

Zur Überprüfung der Hypothese 2 „Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem natürlichen Menopausenzeitpunkt,“ wurde der Spearman-Test für ordinalverteilte, nicht-parametrische Korrelationen durchgeführt. Die psychosozialen Merkmale wurden ebenso wie in der Untersuchung von E. Baum anhand der Skalen „Soziale Resonanz“ sowie „Selbstkontrolle“ aus dem Gießen-Test gemessen. Für die Überprüfung der Hypothese wurden alle Frauen einbezogen, die einen natürlichen Menopausenzeitpunkt angegeben hatten, d.h. alle Frauen ohne Hysterektomie bzw. alle Frauen, die erst nach ihrer Menopause hysterektomiert wurden.

Weiterhin wurde die rotierte Faktorenmatrix nach der Varimaxmethode auf die psychosozialen Merkmale und das Menopausenalter angewandt. Bei der Faktorenanalyse handelte es sich um die Hauptkomponentenanalyse, bei der das Kaiser-Kriterium gewählt wurde. Mit Hilfe dieser Methode sollte untersucht werden, ob sich eine Reihe von Items, die ein Merkmal überprüfen, zu einigen wenigen Faktoren zusammenfassen lassen, mittels derer sich dasselbe Merkmal abfragen läßt. Dabei findet sich meist ein Zusammenhang zwischen den Items, die auf demselben Faktor rotieren.

In der Studie von E. Baum wurde über sämtliche Skalen des Gießen-Tests eine Faktorenanalyse erstellt. In einer anschließenden Korrelationsprüfung ergab sich ein Zusammenhang zwischen dem Faktor 1 (Soziale Resonanz und Selbstkontrolle) und dem Menopausenalter.

In dieser Studie sollte nun überprüft werden, ob sich die Items des von E. Baum extrahierten Faktors 1 und des Menopausenalters nochmals in Unterfaktoren gliedern lassen und sich somit ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem Menopausenalter ergibt. Es ging also um die Frage, ob sich

die Items „Psychosoziale Merkmale,, sinnvoll zu Faktoren bündeln lassen und das Menopausenalter auf einem Faktor mit-rotiert, d.h. eine hohe Faktorladung aufweist. Dazu wurden ebenfalls nur diejenigen Frauen ausgewählt, die einen natürlichen Menopausenzeitpunkt angegeben hatten.

Zuletzt wurde eine Clusteranalyse vorgenommen. Bei diesem Verfahren werden Gruppen gebildet, die so zusammengesetzt werden, daß Personen derselben Clustergruppe hinsichtlich der analysierten Merkmale sich möglichst ähneln, Personen unterschiedlicher Clustergruppen möglichst gut voneinander separiert werden können.

Die Intention war hierbei die Frage, ob sich hinsichtlich psychosozialer Merkmale unter den Frauen, die an der Befragung teilgenommen hatten, verschiedene Clustergruppen bilden lassen, die sich auch in ihrem Menopausenalter unterscheiden. Untersucht werden sollte mit anderen Worten also, ob bei der Bildung von Clustergruppen diese hinsichtlich der Mittelwerte des psychosozialen Scores sowie der Menopausenalter-Mittelwerte divergierten. Zur statistischen Überprüfung eines Unterschiedes wurde der Mann Whitney U - Wilcoxon Rank Test angewendet. Ließe sich eine Typologie der Persönlichkeit laut Selbsteinschätzung herauskristallisieren, so würde sich die Frage stellen, ob diese auf das Menopausenalter Einfluß nimmt.

Die Möglichkeiten für eine Clusteranalyse sind vielfältig. Ausgewählt werden können sowohl die Art und Methode der Clusteranalyse als auch die Anzahl von Clustergruppen, in welche die Stichprobengruppe aufgeteilt werden soll. Abhängig von der Wahl der Methode sowie der Anzahl der Clustergruppen wird die Stichprobe unterschiedlich aufgeteilt.

Gibt es aus früheren Studien Anhaltspunkte für Untersuchungen von Clustergruppen hinsichtlich eines bestimmten Merkmals, z.B. Angaben über die Anzahl von Clustergruppen, so mag die Methode der Quick-Cluster-Analyse, bei der die Anzahl der Clustergruppen vorher bestimmt werden kann, sinnvoll sein. Dies ist im Falle dieser Studie nicht gegeben. Die Quick-Cluster-Analyse wurde nicht in Erwägung gezogen, da es für die Entscheidung, die Bildung von z.B. 2 oder 3 Clustergruppen vorzugeben, keine ausreichenden Kriterien gab.

Gibt es, wie im Falle dieser Studie keine ausreichenden Kriterien für eine bestimmte Anzahl von Clustergruppen, so ist es sinnvoll, eine hierarchische Clusteranalyse durchzuführen. Bei dieser werden stufenweise Cluster gebildet. Die Merkmale, anhand derer Cluster gebildet werden sollen, spannen dabei je nach Anzahl einen multidimensionalen Raum auf. Jede Person der Stichprobe erhält abhängig von ihrer Ausprägung der Merkmale einen genau definierten Platz in diesem Raum. Zu Beginn stellt jede Person ein Cluster dar. In welcher Art und Weise nun die Fusionierungsprozesse stattfinden, hängt von der jeweiligen Methode ab. Unter den vielfältigen Methoden für eine hierarchische Clusteranalyse wurde die Ward-Methode (auch Minimum Varianz-Methode, Fehlerquadratsummen-Methode oder HGROUP-Methode genannt) gewählt. Dieses Verfahren geht nach dem Prinzip vor, jeweils Personen mit den geringsten Distanzen hinsichtlich der zu analysierenden Merkmale zusammenzufassen. Jede Person bildet zunächst ein Cluster. Schrittweise werden sodann diejenigen Cluster zusammengefügt, deren Fusionierung mit der geringsten Erhöhung der Fehlerquadratsumme einhergeht. Wie oben bereits erwähnt, sollen auf diese Weise Personen, die sich in bestimmten Merkmalen ähneln in dieselbe Clustergruppe gefaßt werden und andererseits Personen, die sich in dieser Hinsicht stark unterscheiden, in unterschiedliche Cluster.

Die Fusionierungsschritte können rechnerisch sowie grafisch - in Form eines Dendrogramms - betrachtet und nachvollzogen werden. In beiden Darstellungen kann nun die größte Distanz zwischen 2 Clustern innerhalb der Gruppeneinstellung ermittelt werden. Diese dient als Trennlinie des Gruppenbaumes. Wieviele Clustergruppen sich in der Aufstellung ergeben, läßt sich anhand der Verbindungslinien im Dendrogramm exakt nachzeichnen. Nach Bestimmung der Clusterzahl wird sodann die Analyse fortgesetzt.<sup>77</sup>

### 3.6.3 Hypothesen 3 und 4

---

<sup>77</sup> Weitere Details zu den statistischen Methoden der Faktorenanalyse sowie der hierarchischen Clusteranalyse können in Bortz 1989: Statistik für Sozialwissenschaftler, 162-3, 621-82, 684-702, 830-31 nachgesehen werden.

Zur Untersuchung von Korrelationen zwischen psychosozialen Merkmalen, bestehend aus 12 Items, und der Erschöpfungsneigung, bestehend aus 6 Items, Hitzewallungen sowie dem Menopausalen Symptomenkomplex insgesamt, bestehend aus 10 Items, wurden die jeweiligen Skalenwerte ebenfalls aufsummiert und neue Summenvariablen gebildet. Die Erschöpfungsneigung wurde durch die Skala „allgemeine Erschöpfung“ aus dem Gießener Beschwerdebogen erfaßt, die menopausalen Symptome über den Menopausen-Index von Hauser<sup>78</sup>. Die Hypothesen 3 („Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und Erschöpfungsneigung,“) sowie 4 („Es gibt keine Zusammenhänge zwischen psychosozialen Merkmalen und Hitzewallungen bzw. einem menopausalen Symptomenkomplex,“) wurden durch Anwendung des Spearman-Test auf die jeweiligen Summenvariablen überprüft. In die Testung gingen nur diejenigen Antworten ein, deren Skalen nach Mittelwertsubstitution vollständig waren.

Jede der genannten Skalen war ordinalverteilt. In der Skala „Psychosoziale Merkmale,“ gab es pro Item 7 Antwortmöglichkeiten, die Werte konnten also zwischen 1 und 7 liegen. Diese Skalierung findet sich auch in den Originalskalen im Gießen-Test. Somit konnten die von mir erhobenen Daten und Werte direkt mit denjenigen der Eichstichprobe aus dem Gießen-Test verglichen werden.

Die Items der Skalen „Erschöpfungsneigung,“ aus dem Gießener Beschwerdebogen und „Menopausale Beschwerden,“ konnten zwischen 1 und 5 bewertet werden. Im Gießener Beschwerdebogen wurden die Antwortmöglichkeiten für die Erschöpfungsneigung von „keine Beschwerden,“ bis „sehr starke Beschwerden,“ mit Werten von 0 bis 4 belegt. Dieser Unterschied wurde beim Vergleich der Ergebnisse mit den Werten der Eichstichprobe aus dem Gießener Beschwerdebogen einberechnet.

### **3.6.4 Hypothese 5**

Anschließend wurde zur Beschreibung des subjektiven Belastungsgefühls zur Zeit der Wechseljahre ein Summen-score der zur Skala „Belastung,“ zugehörigen Variablen gebildet sowie der Skalen-Mittelwert pro Frau berechnet. Die Skala

---

<sup>78</sup> Hauser 1994, 16 ff.

## Methodik

„Belastung„ war ordinalverteilt. Es konnten Werte zwischen 1 und 5 angekreuzt werden. Zwei Items waren den übrigen entgegengesetzt gepolt, was bei der Score-Bildung berücksichtigt wurde. Inwiefern das Ausmaß an subjektiver Belastung einen Einfluß auf Wechseljahrsbeschwerden haben könnte (Hypothese 5), wurde durch eine Korrelationsprüfung mit dem Spearman-Test zwischen den beiden Skalen untersucht.

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Rücklauf**

Von 290 an Praxen ausgegebenen Fragebögen waren 200 Bögen von HausärztInnen an Patientinnen verteilt worden. 90 Fragebögen waren somit bei Beendigung der Verteilungsphase noch übrig. Die Rücklaufquote lag mit 101 zurückgesandten Antworten bei 50,5%. Sieben Fragebögen konnten für die Auswertung nicht verwendet werden, da die Frauen nicht der vorgesehenen Altersgruppe entsprachen. Somit blieben 94 verwertbare Fragebögen.

### **4.2 Beschreibung der Zielgruppe**

Die ursprünglich festgelegte Altersspanne von 60-64-jährigen Frauen veränderte sich durch die Verlängerung des Verteilungszeitraumes von 3 auf 6 Monate. Die Stichprobe besteht somit vereinzelt auch aus Frauen, die im erweiterten Zeitraum erst 60 Jahre bzw. die darin 65 Jahre wurden. Der Medianwert des Lebensalters lag bei 62 Jahren.

Von den 94 Frauen, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, gaben 73% an, in einer Partnerschaft zu leben. Der Familienstand war zu 75% verheiratet. Der Großteil der Frauen hatte einen Hauptschulabschluß (63%); 23% hatten einen Realschulabschluß. Neben der Hausarbeit waren in den vorausgegangenen 10 Jahren 63% berufstätig oder einer zusätzlichen bezahlten oder nicht bezahlten Beschäftigung nachgegangen.

42% (39 Frauen) waren hysterektomiert worden, bei 11% (10 Frauen) war ein Ovar und bei 10% (9 Frauen) waren beide Ovarien entnommen worden. Die Hysterektomie erfolgte bei 6 Frauen, nachdem die Menopause bereits eingetreten war.

Die Zeitspanne, in der Frauen ihre Wechseljahre am stärksten bemerkten, lag unter denjenigen, die Angaben machten, zum größten Teil (bei 22%) im Alter von 50 Jahren. Der Medianwert des Menopausenzeitpunktes lag ebenfalls bei 50 Jahren.

## Ergebnisse

Von den 94 Frauen hatten 61 Hausärztinnen, 30 Hausärzte, zwei waren teils bei einer Hausärztin, teils bei einem Hausarzt und einmal fehlte die Angabe. 20%, also 19 Frauen, hatten in den letzten 10 Jahren ihre/n Hausärztin/ Hausarzt gewechselt. Der Grund lag bei neun Frauen am eigenen Umzug, bei sechs Frauen am Umzug oder der Praxisaufgabe der/s Hausärztin/ Hausarztes. Drei Frauen gaben andere Gründe an, wie Unzufriedenheit oder Wechsel zu einer/m neuen Hausärztin/ Hausarzt, deren Praxis näher am Wohnort lag. Der Vergleich soziodemographischer Kenngrößen der befragten Frauen mit Hausärztin bzw. Hausarzt ist in Abschnitt 4.8. dargestellt.

Aus Tabelle 1 sind weitere soziodemographische Angaben zu entnehmen.

## Ergebnisse

**Tab. 1:** Soziodemographische und medizinische Daten

Partnerschaft	ja	73%
	nein	23%
	keine Angabe	3%
Familienstand	ledig	1%
	verheiratet	75%
	geschieden	6%
	verwitwet	17%
	keine Angabe	1%
Bildungsabschluß	keinen Abschluß	5%
	Hauptschulabschluß	63%
	mittlere Reife	23%
	Abitur	3%
	Hochschulabschluß	4%
	keine Angabe	1%
neben der Hausarbeit beschäftigt	ja	63%
	nein	36%
	keine Angabe	1%
hysterektomiert	ja	42%
	nein	55%
	keine Angabe	3%
Hausärztin/ Hausarzt	Hausärztin	65%
	Hausarzt	32%

**Medianwert des Lebensalters:** 62 Jahre

**Medianwert des Menopausenzeitpunktes:** 50 Jahre

**Medianwert der Zeitspanne, in der Frauen**

**ihre Wechseljahre am stärksten bemerkten:** 50 Jahre

Aufgrund von Rundungsfehlern ergeben die Summen der Prozentwerte teilweise nicht 100%.



### 4.3 Häufigkeitsverteilung von menopausalen Symptomen

Die häufigsten Beschwerden in den Wechseljahren waren Hitzewallungen (83,3%), Reizbarkeit (79,1%), Schlafstörungen (78,2%) sowie Gelenkbeschwerden (70,1%). Diese wie auch die nachfolgenden Angaben sind die Prozentverteilungen der ursprünglichen Häufigkeitsauszählung, also vor der Mittelwert-Substitution. Die Angaben der Frauen bleiben somit authentisch.

Eine Übersicht über die Häufigkeiten der gesamten menopausalen Symptome wird in den nachfolgenden Tabellen gegeben. Aufgeführt ist die valide Prozentverteilung (Ausschluß der missing-Werte) und die absoluten Nennungen.

**Tab. 2:** Menopausale Beschwerden 1

<b>Beschwerden</b> Zeitpunkt 1	<b>Häufigkeit</b> <small>gesamt</small> valid percent (n)	<b>Häufigkeit</b> <small>stark/sehr stark</small> valid percent (n)
Hitzewallungen	83,3 (75)	41,1 (37)
Herzbeschwerden	62,7 (52)	13,2 (11)
depressive Verstimmungen	66,7 (56)	27,4 (33)
Schlafstörungen	78,2 (68)	37,9 (33)
Reizbarkeit	79,1 (68)	30,2 (26)
Leistungsminderung	51,9 (42)	9,9 (8)
Libidoabnahme	64,6 (51)	16,5 (13)
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	35,1 (26)	7,8 (6)
Harnwegsbeschwerden	41,5 (34)	10,9 (9)
Gelenkbeschwerden	70,1 (61)	33,3 (29)

## Ergebnisse

**Tab. 3:** Menopausale Beschwerden 2

<b>Beschwerden</b>	<b>Häufigkeit<sub>gesamt</sub></b>	<b>Häufigkeit<sub>stark/sehr stark</sub></b>
Zeitpunkt 2	valid percent (n)	valid percent (n)
Hitzewallungen	49,4 (43)	10,3 (9)
Herzbeschwerden	61,4 (51)	4,8 (4)
depressive Verstimmungen	58,1 (50)	12,8 (11)
Schlafstörungen	82,4 (70)	25,8 (22)
Reizbarkeit	74,1 (62)	20,0 (17)
Leistungsminderung	72,8 (59)	16,0 (13)
Libidoabnahme	72,2 (57)	32,9 (26)
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	35,1 (27)	16,9 (13)
Harnwegsbeschwerden	44,7 (38)	16,5 (14)
Gelenkbeschwerden	80,5 (70)	35,6 (31)

## Ergebnisse

Zum Zeitpunkt (1), der Phase, als die Wechseljahre am stärksten wahrgenommen wurden, wurden unter denjenigen, die Beschwerden ankreuzten (valid percent), die häufigsten Symptome mit folgenden Werten angegeben: Hitzewallungen (13,3% sehr stark, 27,8% stark), Reizbarkeit (9,3% sehr stark, 20,9% stark), Schlafstörungen (13,8% sehr stark, 24,1% stark) und Gelenkbeschwerden (14,9% sehr stark, 18,4% stark).

Zum Zeitpunkt (2), dem Befragungs-Zeitpunkt, wurden Hitzewallungen nur noch von 5,7% als sehr stark, von 4,6% als stark bewertet, Reizbarkeit von 3,5% als sehr stark, von 16,5% als stark, Schlafstörungen von 8,2% als sehr stark und 17,6% als stark angesehen. Dagegen stiegen Gelenkbeschwerden auf 18,4% (sehr stark) und 17,2% (stark).

Auffällig ist, daß die Anzahl der fehlenden Angaben bei den Fragen nach sexuellem Lustempfinden und Beschwerden beim Geschlechtsverkehr am größten. Diese wurden oftmals offensichtlich selektiv nicht beantwortet.

**Tab. 4:** Häufigkeiten (valid percent) der am meisten empfundenen Beschwerden

	Zeitpunkt 1		Zeitpunkt 2	
	sehr stark	stark	sehr stark	stark
Hitzewallungen	13,3%	27,8%	5,7%	4,6%
Reizbarkeit	9,3%	20,9%	3,5%	16,5%
Schlafstörungen	13,8%	24,1%	8,2%	17,6%
Gelenkbeschwerden	14,9%	18,4%	18,4%	17,2%

Innerhalb der Stichprobe fanden sich hinsichtlich der Hitzewallungen unterschiedliche Werte bei Frauen mit Hormoneinnahme sowie ohne. Frauen, die Hormone einnahmen, wiesen zum Zeitpunkt (1) einen Mittelwert der Hitzewallungen von 3,22 auf. Bei Frauen ohne Hormoneinnahme lag dieser Wert mit 2,56 deutlich niedriger. Zum Zeitpunkt (2) lag der Mittelwert für Hitzewallungen bei Frauen mit Hormoneinnahme bei 1,96, bei Frauen ohne Hormoneinnahme bei 1,89. Im Mittel zeigten sich hier also bei Frauen, die keine Hormone nahmen, geringere

## Ergebnisse

Hitzewallungen als bei Frauen, die Hormone nahmen, wobei sich die Werte in der stärksten Phase der Wechseljahre deutlich unterschieden, zum Zeitpunkt „jetzt“, jedoch kaum noch. Zu der Gruppe von Frauen mit Hormoneinnahme wurden sowohl diejenigen gezählt, die früher Hormone einnahmen, als auch diejenigen, die zum Befragungszeitpunkt die Einnahme fortführten.

**Tab. 5:** Mittelwertvergleich von Hitzewallungen bei Frauen mit gegenüber Frauen ohne Hormonsubstitution

---

	Hormone	keine Hormone
Hitzewallungen 1 Mittelwert	3,22	2,56
n	49	43
Hitzewallungen 2 Mittelwert	1,96	1,89
n	46	44

#### 4.4 Häufigkeitsverteilung der Skala „Erschöpfungsneigung„

Die Summen der Werte für die Erschöpfungsneigung verteilen sich wie in den Tabellen 6 und 7 angegeben. Für jedes der 6 Items konnte ein Wert zwischen 1 und 6 angegeben werden. Das Minimum lag bei 6, das Maximum bei 36.

**Tab. 6:** Erschöpfungsneigung - Zeitpunkt 1

<u>Wert</u>	<u>Häufigkeit</u>	<u>Valide Prozenze</u>	<u>Kumulative Prozenze</u>	<u>Prozent-Summierung</u>
6	20	21,3	21,7	21,7
7	6	6,4	6,5	28,3
8	9	9,6	9,8	38,0
9	5	5,3	5,4	43,5
10	5	5,3	5,4	53,3
11	4	4,3	4,3	53,3
12	6	6,4	6,5	59,8
13	6	6,4	6,5	66,3
14	5	5,3	5,4	71,7
15	4	4,3	4,3	76,1
16	2	2,1	2,2	78,3
16,3	1	1,1	1,1	79,3
18	2	2,1	2,2	81,5
19	2	2,1	2,2	83,7
20	4	4,3	4,3	88,0
21	4	4,3	4,3	92,4
23	2	2,1	2,2	94,6
24	1	1,1	1,1	95,7
25	1	1,1	1,1	96,7
30	3	3,2	3,3	100,0
	2	2,1	missing	
total	94	100,0	100,0	

Mittelwert 12,22      Median 11      Std.abw. 6,173  
 Minimum 6      Maximum 30

## Ergebnisse

**Tab. 7:** Erschöpfungsneigung - Zeitpunkt 2

<u>Wert</u>	<u>Häufigkeit</u>	<u>Valide Prozente</u>	<u>Kumulative Prozente</u>	<u>Prozent- Summierung</u>
6	18	19,1	20,0	20,0
7	6	6,4	6,7	26,7
8	6	6,4	6,7	33,3
9	4	4,3	4,4	37,8
10	12	12,8	13,3	51,1
11	2	2,1	2,2	53,3
12	5	5,3	5,6	58,9
13	7	7,4	7,8	66,7
14	4	4,3	4,4	71,1
15	5	5,3	5,6	76,7
16	4	4,3	4,4	81,1
16,9	1	1,1	1,1	82,2
18	2	2,1	2,2	84,4
19	3	3,2	3,3	87,8
20	2	2,1	2,2	90,0
22	4	4,3	4,4	94,4
23	1	1,1	1,1	95,6
25	1	1,1	1,1	96,7
26	1	1,1	1,1	97,8
29	1	1,1	1,1	98,9
30	1	1,1	1,1	100,0
	4	4,3	missing	
total	94	100,0	100,0	

Mittelwert      12,143                  Median            10            Std.abw.      5,787  
 Minimum        6                                  Maximum        30

Der Mittelwert der Skala „Erschöpfungsneigung,“ lag zum Zeitpunkt (1) bei 12,22, zum Zeitpunkt (2) bei 12,14. Die Standardabweichung belief sich zum Zeitpunkt (1) auf 6,17, zum Zeitpunkt (2) auf 5,79. Beim Vergleich der Mittelwerte mit den Standardwerten wurden von den Mittelwerten jeweils 6 Punkte abgezogen, da bei

## Ergebnisse

der Skalierung im Gießener Beschwerdebogen maximal 24 Punkte angegeben werden konnten, nach der in dieser Studie verwendeten Skalierung jedoch maximal 30 Punkte. Somit ergab sich für Zeitpunkt (1) der Mittelwert von 6,22, für Zeitpunkt (2) von 6,14.

Um feststellen zu können, ob sich die in dieser Studie berechneten Mittelwerte von den Eichstichprobenwerten signifikant unterschieden, wurde die z-Verteilung herangezogen. Z ergibt sich aus der Differenz  $d$  des aus den vorliegenden Daten errechneten Mittelwertes und des Eichstichprobenmittelwertes aus dem Gießener Beschwerdebogen dividiert durch die Standardabweichung des Eichstichprobenmittelwertes. Für die Gruppe Frauen im Alter von 51-60 Jahren liegt der Eichstichprobenmittelwert bei 6,09, die Standardabweichung bei 4,45.<sup>79</sup> Für den Zeitpunkt (1) ergibt sich somit ein z-Wert von 0,03, für den Zeitpunkt (2) von 0,01.

Als Signifikanzniveau wurde ein  $\alpha$  von 5% gewählt. Bei einem 2-seitigen Test, der vorliegt, da unklar ist, in welche Richtung der Mittelwert dieser Stichprobe abweichen könnte, entspricht ein  $\alpha$  von 5% einem z-Wert von 1,96.<sup>80</sup>

Die errechneten z-Werte liegen weit unter dem z-Wert des vorausgesetzten Signifikanzniveaus bzw. der Irrtumswahrscheinlichkeit  $\alpha$ . Somit folgt daraus, daß die Frauen aus dieser Befragung keine von der Eichstichprobe des Gießener Beschwerdebogens divergierende Erschöpfungsneigung aufwiesen.

---

<sup>79</sup> Brähler/ Scheer 1983, 140, Tabelle 88

<sup>80</sup> Bortz 1989, 831

#### **4.5 Häufigkeitsverteilung der Psychosozialen Merkmale: Skala „Soziale Resonanz,, und „Selbstkontrolle,, aus dem Gießen-Test**

Bezüglich der psychosozialen Werte wurde ebenso diese Stichprobe mit der Eichstichprobe aus dem Gießen-Test verglichen. Als Signifikanzniveau wurde wiederum ein  $\alpha$  von 5% gewählt, das einem z-Wert von 1,96 entspricht.

Bei einem Stichproben-Mittelwert von 29,3, einem Eichstichproben-Mittelwert von 29,36 und dessen Standardabweichung von 5,24 ergibt sich für die Skala „Soziale Resonanz,, ein z von 0,01. Für die Skala „Selbstkontrolle,, beträgt der Stichproben-Mittelwert 29,5, der Eichstichproben-Mittelwert 25,84 und dessen Standardabweichung 4,84. Daraus errechnet sich ein z-Wert von 0,75.

Die Frauen aus dieser Befragung unterschieden sich also hinsichtlich „Sozialer Resonanz,, sowie „Selbstkontrolle,, nicht von der Eichstichprobe des Gießen-Tests.

Die Häufigkeitsverteilung der psychosozialen Merkmale wird in den folgenden Tabellen dargestellt.



## Ergebnisse

**Tab. 8:** Soziale Resonanz

<u>Wert</u>	<u>Häufigkeit</u>	<u>Valide Prozente</u>	<u>Kumulative Prozente</u>	<u>Prozent-Summierung</u>
14	1	1,1	1,2	1,1
18	1	1,1	2,4	2,4
19	2	2,1	2,4	4,9
20	2	2,1	2,4	7,3
21	1	1,1	1,2	8,5
22	1	1,1	1,2	8,9
23	1	1,1	1,2	11,0
24	17	18,1	20,7	31,7
26	3	3,2	3,7	35,4
27	2	2,1	2,4	37,8
28	5	5,3	6,1	43,9
29	5	5,3	6,1	50,0
30	10	10,6	12,2	62,2
31	1	1,1	1,2	63,4
32	3	3,2	3,7	67,1
33	3	3,2	3,7	70,7
34	5	5,3	6,1	76,8
35	5	5,3	6,1	82,9
36	3	3,2	3,7	86,6
37	5	5,3	6,1	92,7
38	1	1,1	1,2	93,9
39	3	3,2	3,7	97,6
41	1	1,1	1,2	98,8
42	1	1,1	1,2	100,0
	12	12,8	missing	
total	94	100,0	100,0	

Mittelwert      29,3                      Median              29,5                      Std.abw.          5,952  
 Minimum        14                              Maximum          42

## Ergebnisse

**Tab. 9:** Selbstkontrolle

<b>Wert</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Valide Prozente</b>	<b>Kumulative Prozente</b>	<b>Prozent-Summierung</b>
13	1	1,1	1,2	1,2
20	2	2,1	2,4	3,6
21	2	2,1	2,4	6,0
22	7	7,4	8,4	14,5
24	9	9,6	10,8	25,3
26	7	7,4	8,4	34,9
27	3	3,2	3,6	38,6
28	5	5,3	6,0	44,6
29	4	4,3	4,8	49,4
30	7	7,4	8,4	57,8
31	3	3,2	3,6	61,4
32	4	4,3	4,8	66,3
34	6	6,4	7,2	73,5
35	10	10,6	12,0	85,5
36	3	3,2	3,6	89,2
37	3	3,2	3,6	92,8
38	3	3,2	3,6	96,4
40	1	1,1	1,2	97,6
41	2	2,1	2,4	100,0
	11	11,7	missing	
total	94	100,0	100,0	

Mittelwert	29,5	Median	30	Std.abw.	5,786
Minimum	13	Maximum	41		

## 4.6 Häufigkeitsverteilung des subjektiven Belastungsempfindens

Tab. 10: Subjektives Belastungsempfinden

	Häufigkeit insgesamt: Valide Prozente (n)	Häufigkeit der Angaben „stimmt,, und „stimmt sehr,,: Valide Prozente (n)
Überforderung durch Verpflichtungen	74,1 (63)	44,7 (38)
Arbeitsbelastung	78,2 (61)	47,1 (41)
Entspannungsfähigkeit	60,7 (41)	29,7 (25)
Verantwortungsbelastung	67,1 (48)	38,8 (33)
Überforderung durch Hilfeleistung für andere	58,8 (41)	30,5 (26)
Zeit für sich selbst	60,2 (39)	37,3 (31)
Belastung durch Pflege von anderen Personen	53 (33)	35 (29)
allgemeine Überforderung	75,3 (55)	49,4 (42)
Belastung durch Auseinandersetzungen im Umfeld	55,4 (35)	32,5 (27)
Belastung durch eigene Konflikte	64,7 (46)	40 (34)
Alleinsein mit Problemen	43,5 (28)	18,9 (16)

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß die Probandinnen sich in der Zeit der Wechseljahre sehr belastet fühlten. Bei weitem mehr als die Hälfte der Frauen gaben an, allgemein, durch Arbeit, Verpflichtungen, die Last von Verantwortungen sowie Konflikte überfordert gewesen zu sein.

## 4.7 Vertrauenspersonen in der Zeit der Wechseljahre

An erster Stelle standen als Vertrauensperson zu 28% die Partner, zu 20% die FrauenärztInnen, zu 18% die HausärztInnen und jeweils zwischen 1 und 4% Kinder, FreundInnen, andere ÄrztInnen und Bekannte. 24% der Probandinnen vergaben keinen 1. Platz in der Liste der möglichen Vertrauenspersonen.

Als zweitwichtigste Person galten zu 22% die HausärztInnen, zu 14% die Kinder und zu 11% die FrauenärztInnen. 31% vergaben keinen 2. Platz.

An dritter Stelle standen zu 9% Bekannte, zu 7% die HausärztInnen und zu jeweils 6% die Kinder, FreundInnen und Verwandte. 51% machten keine Angabe zu einer drittwichtigsten Person.

In folgender Tabelle sind keine Prozentränge, sondern die Anzahl der Nennungen aufgeführt. Bei jeder Vertrauensperson wurde nochmals aufgeschlüsselt, wie häufig sie von Frauen mit Ärztin und Frauen mit Arzt genannt wurde. Dabei fällt z.B. auf, daß unter den 16 Frauen, die ihre/n Hausärztin/ Hausarzt als allerwichtigste Vertrauensperson genannt haben, 14 eine Hausärztin haben, jedoch nur zwei einen Hausarzt. N gibt an, wieviele Frauen mit Ärztin bzw. Arzt überhaupt einen 1. Rang vergeben haben. Dies berücksichtigend bedeutet das: 14 von 45 Frauen, die einen 1. Rang vergaben, nannten ihre Hausärztin an erster Stelle; zwei von 23 Frauen, die einen 1. Rang vergaben, nannten ihren Hausarzt.

## Ergebnisse

**Tab. 11:** Häufigkeiten der Nennungen von Vertrauenspersonen

1. Rang		2. Rang		3. Rang	
Partner 25		Hausärztin/ Hausarzt 21		Bekannte 8	
bei Ärztin	bei Arzt	bei Ärztin	bei Arzt	bei Ärztin	bei Arzt
14	11	13	8	7	1
FrauenärztIn 18		Kinder 13		Hausärztin/ Hausarzt 7	
bei Ärztin	bei Arzt	bei Ärztin	bei Arzt	bei Ärztin	bei Arzt
9	8	9	4	3	4
Hausärztin/ Hausarzt 16		FrauenärztIn 10		Kinder 6	
				FreundInnen 6	
				Verwandte 6	
bei Ärztin	bei Arzt	bei Ärztin	bei Arzt	bei Ärztin	bei Arzt
14	2	8	2	5	1
				4	2
				5	1
n=45	n=23	n=44	n=20	n=31	n=14

Einige Frauen verteilten bei dieser Frage nach erst-, zweit- und drittwichtigsten Vertrauenspersonen keine Rangplätze, sondern kreuzten lediglich die Personengruppen an. Bei Berücksichtigung dieser Antworten wurden Partner insgesamt, also bei rangloser oder Nennung an erster, zweiter oder dritter Stelle, 45 mal (48%) genannt, Kinder 23 mal (25%), FreundInnen 22 mal (23%). HausärztInnen wurden 54 mal (57 %) angegeben, FrauenärztInnen 37 mal (39%), andere ÄrztInnen 10 mal (11%), Bekannte 14 mal (15%), Verwandte 8 mal (9%) und andere Personen einmal (1%).

**Nennungen insgesamt:**

Partner	45
Kinder	23
FreundInnen	22
HausärztInnen	54
FrauenärztInnen	37
andere ÄrztInnen	10
Bekannte	14
Verwandte	8

## 4.8 Behandlungsformen

Eine Hormontherapie wurde von 52% der befragten Frauen angewendet. Laut subjektivem Empfinden hat diese Behandlung bei 45% geholfen. Dagegen gaben 14% Nebenwirkungen an, wie z.B. Mattigkeit, Nervosität, Gewichtszunahme sowie die wieder eingetretene Blutung. Die Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die Gesamtheit der ausgewerteten Fragebögen. Die Initiative für eine Hormontherapie ging zu 34% von FrauenärztInnen aus, zu 13% von HausärztInnen und zu 6% von den Frauen selbst. Einige Frauen gaben bei der Frage nach der Initiative mehr als eine Person an. Daher liegt die Summe dieser Prozentsätze höher als der Prozentsatz der Frauen, die überhaupt eine Hormontherapie angewendet haben.

Neben einer Hormontherapie war die zweithäufigste Maßnahme (bei 48%), mehr Bewegung und Sport in den Alltag einzubauen. 39% empfanden dadurch eine Verbesserung. Die Selbstinitiative war hierbei am größten (40%). Zu 6% ging die Initiative von HausärztInnen aus und zu 3% von anderen Personen.

Vitamine nahmen 39%, geholfen haben sie bei 30%. Die Initiative ging hierbei zu 25% von den Frauen selbst aus und zu 14% von HausärztInnen.

39% der Frauen wendeten Beruhigungsmittel an, die bei insgesamt 35% halfen. Nebenwirkungen beschrieben 6%. Vorgeschlagen wurde diese Behandlung zu 30% von HausärztInnen, zu 6% selbst, zu 2% von anderen Personen und zu 1% von FrauenärztInnen.

18% der Frauen stellten ihre Ernährungsgewohnheiten um. 16% fühlten sich damit besser. Die Anregung dazu ging zu 9% von Frauen selbst aus, zu 7% von HausärztInnen und zu 2% von anderen Personen.

Eine Gesprächsbehandlung nahmen 15% Frauen wahr. Als hilfreich empfanden sie 12%. Der Vorschlag ging zu 12% von HausärztInnen aus, zu 3% von Frauen selbst und zu 1% von FrauenärztInnen.

30% der Frauen wandten Entspannungstechniken an, die 25% als hilfreich ansahen. Die Idee dazu kam zu 16% von den Frauen selbst, zu 6% von HausärztInnen und zu 4% von anderen Personen.

Weiterhin wurde von 10% der Frauen eine Akupunkturbehandlung in Anspruch genommen. Angeregt wurde diese zu jeweils 3% von HausärztInnen sowie anderen Personen, zu 2% von Frauen selbst und zu 1% von FrauenärztInnen. Bei 6% half diese Behandlungsform.

## Ergebnisse

Eine homöopathische Behandlung nahmen 21% Frauen wahr, wobei die Initiative zu jeweils 9% von den Frauen selbst oder von HausärztInnen ausging. Bei 17% Frauen half die Homöopathie.

Andere naturheilkundliche Behandlungen, wie z.B. Wasseranwendungen, führten 20% Frauen durch. Diese halfen bei 16% der Frauen. 15% der Teilnehmerinnen kamen selbst auf diese Idee, 4% durch ihre HausärztInnen, 2% durch andere Personen und 1% durch ihre FrauenärztInnen.

**Tab. 12:** Häufigkeiten von Behandlungsmaßnahmen

	n	gehoffen	U.W.	Initiative			
				S	H	F	A
<b>Hormonbehandlung</b>	49	42	13	6	12	36	
<b>Bewegung/ Sport</b>	45	37		38	6		3
<b>Vitamine</b>	37	28		23	13		
<b>Beruhigungsmittel</b>	37	33	6	6	28	1	2
<b>Ernährung</b>	17	15		8	7		2
<b>Gesprächstherapie</b>	14	11	1	3	11	1	
<b>Entspannungsübungen</b>	28	23		15	6		4
<b>Akupunktur</b>	9	5		2	3	1	3
<b>Homöopathie/ Phytotherapie</b>	20	16		8	8		5
<b>Naturheilkundl. Ther.</b>	19	15		14	4	1	2

n = Anzahl der Nennungen

U.W. = Unerwünschte Wirkungen

S = selbst      H = Hausarzt/ arzt      F = Frauenärztin/ arzt      A = andere Person

Bei der Nennung der Person, die eine bestimmte Behandlungsform vorgeschlagen hatte (Initiative), wurden teilweise 2 Personen angegeben. Da jede Nennung gezählt wurde, übersteigt daher die Zahl der Nennungen teilweise die Anzahl der Anwenderinnen.

#### 4.9 Hypothese 1: Zum Umgang mit dem Thema ‘Wechseljahre’ in hausärztlichen Praxen

Als Hypothese 1 wurde angenommen, daß Hausärztinnen mit dem Thema ‘Wechseljahre’ engagierter umgehen und häufiger mit ihren Patientinnen darüber reden als Hausärzte.

Insgesamt betrachtet wurden die Items der Skala „Umgang mit dem Thema ‚Wechseljahre‘“, überwiegend sehr positiv bewertet. Die einzelnen Fragen konnten zwischen 1 und 5 (von „stimmt nicht,“ bis „stimmt sehr,“) beantwortet werden. In der folgenden Tabelle werden die Prozentwerte für Beantwortungen zwischen „mittel,“ bis „stimmt sehr,“ aufgelistet.

**Tab. 13:** Der Umgang mit dem Thema ‘Wechseljahre’ - Prozentwerte für die Bewertung „mittel,“ bis „sehr gut,“ der einzelnen Items

Wechseljahre angesprochen	35,6
Gesprächsmöglichkeit über die Wechseljahre	70,1
Information über Wechseljahre	66,3
Gespräch mit Hausärztin/Hausarzt hat geholfen	61,4
Aufklärung über Hormonbehandlung	55,3
Gespräch über allgemeine Situation	40,5
Gesprächsmöglichkeit über familiäre Probleme	78,6
Geborgenheit im Gespräch	78,6
Gesprächsoffenheit	81,2
Beratung	83,9
Genügend Zeit vorhanden	90,9
Verständigung	94,3

Beim Vergleich der Gruppen „Frauen mit Hausärztinnen,“ und „Frauen mit Hausärzten,“ hinsichtlich soziodemographischer Merkmale ergab sich kein auffälliger Unterschied. In beiden Gruppen lebten die Frauen überwiegend in

Beziehungen (75% in der Gruppe „mit Hausärztin,“, 70% in der Gruppe „mit Hausarzt,“) und waren überwiegend verheiratet (79%, 67%). Prozentual waren mehr



## Ergebnisse

verwitwete Frauen bei Hausärzten (23%) als bei Hausärztinnen (15%). Die Mehrzahl besaß einen Hauptschulabschluß (59%, 70%) und war in den vergangenen 10 Jahren neben der Hausarbeit einer zusätzlichen Arbeitstätigkeit (59%, 73%) nachgegangen. Hysterektomiert waren 41% bzw. 43%.

In die Auswertung der Skala „Umgang,“ gingen 61 Frauen mit Hausärztinnen und 30 Frauen mit Hausarzt ein.

**Tab. 14:** Soziodemographische und medizinische Daten im Vergleich

	bei Hausärztin n=61	bei Hausarzt n=30
Beziehung	75%	70%
verheiratet	79%	67%
verwitwet	15%	23%
Hauptschulabschluß	59%	70%
arbeitstätig	59%	73%
hysterektomiert	41%	43%

Ohne Berücksichtigung der Anzahl der beantworteten Items der Skala „Umgang,“ lag der Summen-score-Mittelwert bei den Frauen mit Hausärztin bei 39,21, mit einem Minimalwert von 1 und einem Maximalwert von 60. Bei den Frauen mit Hausarzt lag er bei 37,7 mit einem Minimalwert von 13 und einem Maximalwert von 60.

Der Mittelwert des Summen-score pro Item betrug bei den Frauen mit Hausärztin 3,57, bei den Frauen mit Hausarzt 3,32. Ein auffälliger Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des Umgangs mit dem Thema Wechseljahre war somit durch diese Skala nicht nachzuweisen. Aufgrund dieses Ergebnisses wurden zu dieser Frage keine weiteren statistischen Tests vorgenommen.

## Ergebnisse

**Tab. 15:** Mittelwertvergleich hinsichtlich der hausärztlichen Betreuung

Hausärztliche Betreuung	Gruppe mit Hausärztin n=61	Gruppe mit Hausarzt n=30
Summen-score	39,21	37,7
Standardabweichung	15,63	12,06
Mittelwert	3,57	3,33
Standardabweichung	1,15	1,04

Hat nun der Vergleich der Gesamtskalen-Mittelwerte keine nennenswerten Unterschiede gezeigt, so bringt die Betrachtung der Verteilungen einzelner Items aus der Skala jedoch andere Ergebnisse. Auffällig sind unterschiedliche Prozentverteilungen in den äußeren Abstufungen, d.h. bei Wert 5 (stimmt sehr) und Wert 1 (stimmt nicht). Diese Aussagen sind jedoch rein deskriptiv zu werten und dienen damit keiner Hypothesen-Bestätigung. Die Daten sind statistisch nicht abgesichert.

Die Frage nach der Häufigkeit, in der HausärztInnen das Thema Wechseljahre angesprochen haben, wurde zum Beispiel von 26,3% der Frauen mit Hausärztinnen (Gruppe 1) mit dem Wert 5 (stimmt sehr) belegt, von Frauen mit Hausärzten (Gruppe 2) jedoch nur zu 10,7%. Zugleich wurde dieselbe Frage von Gruppe 1 zu 56,2% mit den Werten 1 oder 2 (stimmt nicht/ kaum) belegt und von Gruppe 2 zu 78,6%. Mit anderen Worten heißt dies, daß Hausärztinnen öfter das Thema Wechseljahre aktiv angeschnitten haben.

Andere Items wurden bei Einzelbetrachtung ebenso unterschiedlich von beiden Gruppen beantwortet. In Gruppe 1 fanden 42,9% der Probandinnen, daß Gespräche über Wechseljahrsveränderungen sehr gut möglich waren, in Gruppe 2 waren es 37,9%. Sehr informiert fühlten sich 41,5% in Gruppe 1 und 35,7% in Gruppe 2. Auch Gespräche über die allgemeine Situation waren bei einer größeren Zahl Frauen in Gruppe 1 (27,3%) sehr gut möglich als in Gruppe 2 (3,6%). Über familiäre Probleme sprechen zu können, beantworteten 52,7% aus Gruppe 1 mit „stimmt sehr,“ und 32,1% aus Gruppe 2.

## Ergebnisse

Darüberhinaus schienen Hausärztinnen Frauen eher Geborgenheit („stimmt sehr,, bei 48,1% gegenüber 34,5%), Offenheit (57,1% gegenüber 35,7%) und Verständnis (70,2% versus 55,2%) entgegenzubringen als Hausärzte.

**Tab. 16:** Vergleich der einzelnen Items der hausärztlichen Betreuung

	Gruppe 1 (bei Hausärztinnen)		Gruppe 2 (bei Hausärzten)	
	stimmt sehr	stimmt nicht; stimmt kaum	stimmt sehr	stimmt nicht; stimmt kaum
Thema angesprochen	26%	56%	11%	79%
Gesprächsmöglichkeit	43%	30%	38%	31%
Informiertheit	42%	30%	36%	48%
Allgemeine Situation	27%	53%	4%	75%
Familiäre Probleme	53%	22%	32%	21%
Geborgenheit	48%	19%	35%	28%
Offenheit	57%	14%	36%	29%
Verständnis	70%	5%	55%	7%

## 4.10 Hypothese 2: Psychosoziale Merkmale und Menopausenzeitpunkt

Die Anzahl der Frauen, die einen natürlichen Menopausenzeitpunkt angegeben hatten, betrug 58. In die unterschiedlichen Berechnungen wurden dennoch nicht alle 58 Frauen einbezogen, da nur Frauen mit vollständiger psychosozialer Skala ausgewählt wurden.

### 4.10.1 Korrelationsprüfung (Spearman-Test)

**Tab. 17:** Korrelation zwischen psychosozialen Merkmalen und Menopausenalter

		Menopausenalter	Psychosoziale Merkmale
Korrelationskoeffizient	Menopausenalter		0,008
	Psychosoziale Merkmale	0,008	
Sig.	Menopausenalter		0,961
	Psychosoziale Merkmale	0,961	
n=40			

Die Korrelationsprüfung mittels des Spearman Test ergab einen Korrelationskoeffizienten von 0,008 und eine Signifikanz von  $p=0,961$ , wobei in die Berechnung 40 Frauen einbezogen wurden. Ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem natürlichen Menopausenzeitpunkt ließ sich somit nicht nachweisen.

#### 4.10.2 Faktorenanalyse

**Tab. 18:** Faktorenanalyse über die Psychosozialen Merkmale

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Durchsetzung	,76257	,06888	,33259	-,20839
Beliebtheit	,84125	,03515	-,02848	-,11025
Wertschätzung durch andere	,81717	,100	,16642	,13302
Anziehung auf andere	,66245	-,15015	,44102	,20991
Anerkennung der Arbeitsleistung	,68653	,28134	-,00885	,24898
Umgang mit Geld	,57705	,26022	,10490	,10420
Ehrlichkeit	,13134	,88130	-,12066	,01778
Konzentration	,36490	,73518	-,14119	-,11671
Ordentlichkeit	,01116	,84184	,16817	,02057
Unausgelassenheit	-,20924	,35802	-,69528	,15271
Eitelkeit	,17776	,28650	,84114	,11250
Bemühtheit	-,16416	,52519	,17015	,66619
Menopausenalter	-,11507	,20187	,11772	-,76687
n=41				

Bei der Anwendung der rotierten Faktorenmatrix auf die Skala „Psychosoziale Merkmale,“ und den natürlichen Menopausenzeitpunkt resultierten in der Anfangs-Statistik 4 Eigenwerte, die größer als 1 waren. Die Items mit diesen Eigenwerten erklärten 70,1% der Gesamtvarianz, d.h. die untersuchten Faktoren nahmen in der Analyse, inwieweit psychosoziale Merkmale und der Menopausenzeitpunkt zusammenhängen, einen Anteil von 70,1% ein. Demnach wurden in der weiteren Analyse 4 Faktoren extrahiert. Durch den Ausschluß von Frauen, die keinen natürlichen Menopausenzeitpunkt angegeben hatten, wurden in die Analyse 41 Fälle einbezogen. Die in der rotierten Faktorenmatrix erhaltenen Faktorenladungen der einzelnen Variablen konnten eindeutig den jeweiligen Faktoren zugeordnet werden. Auf Faktor 1 luden Anziehung auf andere, Beliebtheit, Wert-schätzung durch andere, Anerkennung der Arbeitsleistung, Durchsetzungsvermögen und

## Ergebnisse

Umgang mit Geld. Faktor 2 umfaßte Ehrlichkeit, Ordentlichkeit und Konzentrationsfähigkeit. Faktor 3 wird die Eitelkeit und die Fähigkeit, ausgelassen zu sein, zugeordnet. Menopausenzeit sowie die Bemühtheit ergeben einen 4. Faktor.

### 4.10.3 Clusteranalyse der psychosozialen Merkmale

**Tab. 19:** Mittelwertvergleich der Psychosozialen Merkmale:

Ergebnisse des Mann Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test

---

	Anzahl	Rang-Summe	Mittlerer Rang	Mittelwert
Cluster1	9	173,0	19,22	49,6
Cluster2	31	647,0	20,87	50,0
total	40			
2-teilig p=0,7068				

Die Anwendung der hierarchischen Clusteranalyse nach der Ward Methode ergab eine Aufteilung in 2 Clustergruppen, wobei in Cluster (1) 9 und in Cluster (2) 31 Frauen aufgenommen wurden.

Beim Vergleich der beiden Clustergruppen hinsichtlich der mittleren Ränge des Menopausenalters mittels des Mann Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Tests gab es statistisch gesehen keinen signifikanten Unterschied.

Auch deskriptiv divergierten die Menopausen-Mittelwerte der Clustergruppen mit einem Alter von 49,6 für Cluster (1) und 50,0 für Cluster (2) unwesentlich.

## 4.11 Hypothese 3: Psychosoziale Merkmale und Erschöpfungsneigung

## Ergebnisse

Die Anwendung des Spearman-Test für nichtparametrische Korrelationen auf die Skala „Psychosoziale Merkmale„ und „Erschöpfungsneigung„ zum Zeitpunkt (1) ergab einen Korrelationskoeffizienten von -0,146. Die Signifikanz lag bei  $p=0,201$ . In die Berechnung ging eine Anzahl von  $n=78$  ein. Unter der Voraussetzung eines Signifikanzniveaus von  $\alpha=0,05$  ließ sich somit kein Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem Ausmaß der Erschöpfungsneigung feststellen. Auch zum Zeitpunkt (2) ergab sich kein Zusammenhang zwischen psychosozialen Werten und dem jetzigen Ausmaß der Erschöpfungsneigung. Der Korrelationskoeffizient lag bei -0,286 bei einem  $p=0,12$  auf und erfüllte damit die Voraussetzung von  $\alpha=0,05$  nicht. Die Anzahl der einbezogenen Frauen war  $n=77$ .

**Tab. 20:** Korrelation zwischen Psychosozialen Merkmalen und Erschöpfungsneigung zum Zeitpunkt 1

		Erschöpfungsneigung 1	Psychosoziale Merkmale
Korrelationskoeffizient	Erschöpfungsneigung 1		-0,146
	Psychosoziale Merkmale	-0,146	
Sig.	Erschöpfungsneigung 1		0,201
	Psychosoziale Merkmale	0,201	
n=78			

## Ergebnisse

**Tab. 21:** Korrelation zwischen Psychosozialen Merkmalen und Erschöpfungsneigung zum Zeitpunkt 2

		Erschöpfungsneigung 2	Psychosoziale Merkmale
Korrelationskoeffizient	Erschöpfungsneigung 2		-0,286
	Psychosoziale Merkmale	-0,286	
Sig.	Erschöpfungsneigung 2		0,12
	Psychosoziale Merkmale	0,12	
n=78			



#### **4.12 Hypothese 4: Psychosoziale Merkmale und Hitzewallungen bzw. menopausaler Symptomenkomplex**

Für eine Korrelationsprüfung zwischen psychosozialen Merkmalen und Hitzewallungen zum Zeitpunkt (1) wurde wiederum der Spearman-Test für nicht-parametrische Korrelationen angewandt. Der Korrelationskoeffizient lag bei -0,032, die Signifikanz bei einem  $p=0,777$ . Die Anzahl  $n$  betrug 80.

Zum Zeitpunkt (2) ergab der Korrelationskoeffizient einen Wert von 0,003 und eine Signifikanz von  $p=0,977$ . Die Anzahl  $n$  betrug 78.

Die Anwendung des Spearman-Tests hinsichtlich Korrelationen zwischen psychosozialen Merkmalen und dem menopausalen Symptomenkomplex ergab zum Zeitpunkt (1) einen Korrelationskoeffizienten von -0,034 und eine Signifikanz von  $p=0,785$ . Einberechnet wurden die Angaben von 66 Frauen.

Zum Zeitpunkt (2) lag der Korrelationskoeffizient bei -0,095, die Signifikanz bei  $p=0,429$ . Die Anzahl der einbezogenen Frauen lag bei 71.

Angesichts der erhaltenen Werte läßt sich feststellen, daß weder zum Zeitpunkt (1) noch zum Zeitpunkt (2) Zusammenhänge zwischen psychosozialen Merkmalen und Hitzewallungen bzw. einem menopausalen Symptomenkomplex nachgewiesen werden können. Die Hypothese, daß es keine Zusammenhänge zwischen psychosozialen Merkmalen und Hitzewallungen bzw. einem menopausalen Symptomenkomplex gibt, konnte somit bestätigt werden.

## Ergebnisse

**Tab. 22:** Psychosoziale Merkmale und Hitzewallungen zum Zeitpunkt 1

		Hitzewallungen 1	Psychosoziale Merkmale
Korrelationskoeffizient	Hitzewallungen 1		-0,032
	Psychosoziale Merkmale	-0,032	
Sig.	Hitzewallungen 1		0,777
	Psychosoziale Merkmale	0,777	
n=80			

**Tab. 23:** Psychosoziale Merkmale und Hitzewallungen zum Zeitpunkt 2

		Hitzewallungen 2	Psychosoziale Merkmale
Korrelationskoeffizient	Hitzewallungen 2		-0,003
	Psychosoziale Merkmale	-0,003	
Sig.	Hitzewallungen 2		0,977
	Psychosoziale Merkmale	0,977	
n=78			

**Tab. 24:** Psychosoziale Merkmale und Menopausenkomplex zum Zeitpunkt 1

		Menopausenkomplex 1	Psychosoziale Merkmale
Korrelationskoeffizient	Menopausenkomplex 1		-0,034
	Psychosoziale Merkmale	-0,034	
Sig.	Menopausenkomplex 1		0,785
	Psychosoziale Merkmale	0,785	
n=66			

## Ergebnisse

**Tab. 25:** Psychosoziale Merkmale und Menopausenkomplex zum Zeitpunkt 2

		Menopausenkomplex 2	Psychosoziale Merkmale
Korrelationskoeffizient	Menopausenkomplex 2		-0,095
	Psychosoziale Merkmale	-0,095	
Sig.	Menopausenkomplex 2		0,429
	Psychosoziale Merkmale	0,429	
n=71			

### 4.13 Hypothese 5: Subjektive Belastung und menopausale Beschwerden

Die subjektive Belastung wurde mit einem Mittelwert von 2,92 als mittelmäßig empfunden. Die Standardabweichung lag hier bei 1,07.

Bei der Prüfung auf einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Belastung und den menopausalen Beschwerden ergab sich sowohl für den Zeitpunkt (1), als die Wechseljahre am stärksten wahrgenommen wurden, als auch zum Zeitpunkt (2) der Befragung ein hochsignifikanter Zusammenhang. Die Signifikanz lag bei einem  $p < 0,01$ , der Korrelationskoeffizient bei einem Wert von 0,6.

**Tab. 26:** Subjektive Belastung und Menopausenkomplex zum Zeitpunkt 1

		Menopausenkomplex 1	Belastung
Korrelationskoeffizient	Menopausenkomplex 1		0,6238
	Belastung	0,6238	
Sig.	Menopausenkomplex 1		<0,01
	Belastung	<0,01	
n=87			

**Tab. 27:** Subjektive Belastung und Menopausenkomplex zum Zeitpunkt 2

		Menopausenkomplex 2	Belastung
Korrelationskoeffizient	Menopausenkomplex 2		0,5583
	Belastung	0,5583	
Sig.	Menopausenkomplex 2		<0,01
	Belastung	<0,01	
n=87			

## 5 Diskussion

Die aufgestellten Hypothesen konnten weitgehend nicht bestätigt werden.

Die Überprüfung der Hypothese 1 „Ärztinnen gehen mit dem Thema Wechseljahre engagierter um und reden häufiger mit ihren Patientinnen darüber als Ärzte,“ ergab keine Unterschiede beim Mittelwertvergleich. Bei der Betrachtung einzelner Variablen schnitten Ärztinnen jedoch bezüglich der Häufigkeit der Nachfrage, der Möglichkeit über die Wechseljahre zu sprechen und der Informierung über Wechseljahre laut Angaben der Frauen tendenziell besser ab als Ärzte.

Die Hypothesen 2 „Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem Menopausenalter,“ und 3 „Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und allgemeiner Erschöpfungsneigung,“ (zu den Zeitpunkten (1), als die Wechseljahre am stärksten empfunden wurden und (2), dem Zeitpunkt der Befragung) ergaben keine signifikanten Korrelationen. Der in einer früheren Studie von E. Baum festgestellte Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem Menopausenalter hat sich vermutlich durch den Kofaktor „Lebensalter,“ ergeben und fiel nun durch die Wahl einer homogenen postmenopausalen Altersgruppe weg.

Die Hypothese 4 „Es gibt keinen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und Hitzewallungen bzw. einem menopausalen Symptomenkomplex,“ (zu den Zeitpunkten (1) und (2)) konnte dagegen bestätigt werden; ebenso wie Hypothese 5 „Es gibt eine Korrelation zwischen subjektiver Belastung und menopausalen Beschwerden (zu den Zeitpunkten (1) und (2)),“.

## 5.1 Methode

An der Rücklaufquote, die für eine Befragung, in welcher die Verteilung von Fragebögen über dritte Personen - in diesem Fall HausärztInnen - erfolgte, als befriedigend eingeschätzt werden kann, zeigt sich, daß Frauen das Thema Wechseljahre für sehr wichtig erachten. Dies bestätigt sich zudem durch die Tatsache, daß einige Frauen zusätzliche Möglichkeiten für Kommentare genutzt haben und teilweise sehr ausführlich mit eigenen Worten beschrieben, was ihnen zum Thema Wechseljahre wichtig war.

Daß sich die Phase der Verteilung und Rücksendung sich dennoch sehr lange hinzog, liegt aller Wahrscheinlichkeit daran, daß HausärztInnen im Praxisalltag oft nicht an die Fragebögen dachten oder keine Zeit für die Verteilung fanden.

Auffällig ist, daß die Rücklaufquote von Frauen mit Hausärztinnen doppelt so hoch lag wie die von Frauen mit Hausärzten. Möglicherweise war Ärztinnen das Thema Wechseljahre wichtiger als Ärzten und möglicherweise haben sie sich von daher stärker engagiert.

Einzuräumen ist, daß bei der 2. Verteilungsphase die Anzahl der Praxen von Hausärztinnen um eine Praxis überwog, d.h. es wurden 10 Fragebögen mehr an Hausärztinnen ausgegeben. Bei einer Anzahl von insgesamt 290 ausgegebenen Fragebögen dürfte diese Ungleichheit jedoch als geringfügig eingeschätzt werden. Als bezeichnend könnte man zudem anführen, daß - was die von mir durchgeführte Studie betrifft - offenbar leichter Hausärztinnen zu finden waren, die sich an der Studie beteiligen wollten als Hausärzte. Bei den telefonischen Rückfragen nach dem Verlauf und dem Stand der Verteilung verhielten sich zudem die Hausärztinnen bei weitem kooperativer als die Hausärzte. Durchschnittlich waren sie meist leichter telefonisch zu sprechen, gaben klarere Aussagen zu dem Stand der Verteilung und hatten die Fragebögen in einem kürzeren Zeitintervall verteilt. Die Auskunft der Hausärzte war dagegen durchschnittlich eher zäh und die Einschätzung, alle Fragebögen verteilen zu können, war teils schon im vorhinein eher negativ.

## 5.2 Soziodemographische Daten

## Diskussion

Bei der Befragung lag keine repräsentative Bevölkerungsstichprobe vor. Die Anzahl der befragten Frauen war insgesamt gering, insbesondere bezüglich der Hypothese 2, die nur bei Frauen mit natürlicher Menopause ausgewertet wurde. Daß eine Selektion von Frauen stattfand, die zuvor wegen Wechseljahrsbeschwerden die HausärztInnen aufgesucht hatten, kann nicht ausgeschlossen werden, auch wenn vorgegeben wurde, konsekutiv jede Frau, die die Praxis konsultierte und der vorgesehenen Altersgruppe angehörte, zu befragen. Obwohl die Anweisung lautete, daß die Patientinnen nur nach dem Alter selektiert werden sollten, sind möglicherweise Frauen mit besonders vertrauensvoller Beziehung zur/m Hausärztin/ Hausarzt überrepräsentiert. Dieser Selektionsbias kann durch die Ausfälle beim Rücklauf verstärkt worden sein. Die Ablehnerinnenquote konnte nicht ermittelt werden, da in den Praxen nicht festgehalten wurde, wie viele Frauen die Annahme des Fragebogens ablehnten. Teilweise gab es auch Verständnisschwierigkeiten, da nicht alle Frauen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, die deutsche Sprache als Muttersprache hatten.

Bezüglich des Alters sollte die Befragung ursprünglich bei 60 bis 64-jährigen Frauen durchgeführt werden. Da sich der Befragungszeitraum (Sept.1996 - Febr.1997) jedoch über ein halbes Jahr hinzog, wurden auch Frauen einbezogen, die erst innerhalb dieser Zeit 60 Jahre alt wurden oder die in dieser Zeit den 65. Geburtstag hatten.

Bei den Angaben fällt auf, daß der Familienstand „verheiratet“, öfter angekreuzt wurde als die Frage, ob Frauen in einer Partnerschaft leben. Möglicherweise sind einige Frauen verheiratet, leben jedoch getrennt oder eine Partnerschaft wurde vereinzelt im Widerspruch zur Ehe gesehen und als eine nicht-eheliche Partnerschaft begriffen.

### 5.3 Menopausale Symptome

Eine Reihe körperlicher sowie psychischer Erscheinungen wird mittlerweile in der westlichen Medizin den Wechseljahren zugeordnet. Wie im Kapitel „kulturelle Aspekte“, dargestellt ist dies nicht in allen Kulturen gleich.

Die Meinungen über die Zuweisung bestimmter Symptome zu den Wechseljahren sind strittig. Einerseits ist es wichtig, bestimmte Beschwerden im Zusammenhang mit den Wechseljahren zu sehen, andererseits muß nicht alles von den Wechseljahren herrühren. In jedem Fall ist unabdinglich, die Beschwerden ernst zu nehmen.

Mit Wechseljahrsbeschwerden werden in erster Linie die Hitzewallungen in Verbindung gebracht. Der plötzliche Beginn von Hitzewallungen nach bilateraler Ovarektomie und deren Besserung durch Östrogeneinnahme lassen auf einen Zusammenhang zwischen Östrogenentzug und Hitzewallungen schließen.<sup>81</sup> Manche Frauen klagen zudem über plötzliche Depressivität in den Wechseljahren, die sie zuvor nicht in diesem Maß kannten, oder über eine weinerliche Verfassung, und wissen nicht, woher dies kommt. Diese Tatsache unterstützt ebenso die Annahme, daß die Hormonumstellung auf das körperliche und psychische Befinden Einfluß nehmen kann, und mahnt davor, depressiven Verstimmungen zwangsläufig psychische Ursachen zu unterstellen. Darüberhinaus führt die Einnahme von Östrogenen zu einer Besserung depressiver Verstimmungen, wenngleich auch Placebo-Wirkungen nachgewiesen wurden<sup>82</sup>.

Hormone können sich auf die Stimmung auswirken, dennoch gibt es keine überzeugenden Beweise, daß Depressionen mit der Menopause per se verknüpft sind.<sup>83</sup> Zahlreiche emotionale und körperliche Probleme auf die Wechseljahren geschoben, ohne daß evidente psychologische und psychophysiologische Studien vorliegen.<sup>84</sup> „Dies mag die weit verbreitete traditionelle Meinung widerspiegeln, die

---

<sup>81</sup> Kronenberg 1990, 66

<sup>82</sup> Franke 1992, 102

<sup>83</sup> Bewley, S/ Bewley, TH 1992, 290

<sup>84</sup> Vgl. Hunter 1992, 125



weibliche Reproduktion mit emotionaler Instabilität verknüpft,, wie Liao et al. so treffend schreiben.<sup>85</sup>

Zu bedenken gilt dennoch, daß seelische Konflikte jahrzehnte lang erstaunlich erfolgreich verdrängt werden können und zum Beispiel in Zeiten, in denen sich Werte verschieben und seelische Veränderungen einsetzen sich auch Verdrängungsschranken lockern können und alte Traumata plötzlich wieder auftauchen.<sup>86</sup> In diesem Zusammenhang werden Beschwerden aus psychosomatischer Sicht nicht unbedingt organische Ursachen zugrunde gelegt, sondern auch psychische Verarbeitungsprozesse in Betracht gezogen.<sup>87</sup>

Allgemein werden nach Kuhl/ Taubert und Schmidt-Matthiesen bei 50-80% aller Frauen im Klimakterium spezifische Symptome festgestellt. Im Lehrbuch „Gynäkologie und Geburtshilfe,, von Martius/ Breckwoldt/ Pfeleiderer ist die Rede von 1/3 Frauen ohne Beschwerden, 1/3 mit subjektiv-vegetativen Beschwerden und 1/3 mit starken Beschwerden, denen ein Krankheitswert beigemessen wird.

Getrennt von der Prävalenz stellt sich die Frage nach der Behandlungsbedürftigkeit von Symptomen. Kuhl/ Taubert und Schmidt-Matthiesen halten 10-25% aller Frauen in den Wechseljahren für behandlungsbedürftig, Martius/ Breckwoldt/ Pfeleiderer 1/3 der Frauen.<sup>88 89 90</sup>

Eine Auflistung der Häufigkeiten von menopausalen Beschwerden der Probandinnen findet sich im Ergebnisteil (siehe S. 36). Alle Beschwerden zusammenbetrachtet liegen die Prozentsätze sehr hoch. Nicht differenziert wird in dieser Tabelle jedoch, ob sich Frauen durch die Beschwerden im Lebensalltag beeinträchtigt fühlen.

---

<sup>85</sup> Liao et al. 1994, 408

<sup>86</sup> Sies 1995, 73

<sup>87</sup> Sies 1995, 75

<sup>88</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 14

<sup>89</sup> Schmidt-Matthiesen 1992, 104

<sup>90</sup> Martius/ Breckwoldt/ Pfeleiderer 1996, 367

### 5.3.1 Hitzewallungen

Hitzewallungen, die als typischste körperliche Erscheinung der Wechseljahre angesehen werden, sowie auch andere körperliche und psychische Erscheinungen werden von Frauen sehr unterschiedlich erlebt. Teilweise kommen sie überhaupt nicht vor.

Die Angaben über die Prävalenz von Hitzewallungen variieren ebenso. Kuhl/Taubert geben die Häufigkeit mit 60-95%<sup>91</sup> an, andere sprechen von 70%<sup>92</sup> oder von 60-100%<sup>93</sup>.

F. Kronenberg hat in einer übergeordneten Studie zu Epidemiologie und Physiologie von Hitzewallungen eine Reihe von epidemiologischen Studien analysiert. Die vorgefundenen Prävalenzen von Hitzewallungen reichten dabei von 24-93%.<sup>94</sup> Eine Einschränkung für die Beurteilung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird darin gesehen, daß bei Befragungen oft unterschiedliche Begriffe verwendet wurden. So wurde zum Teil ausschließlich nach Hitzewallungen gefragt, teils zusätzlich nach Rötungen und anderen vasomotorischen Begleiterscheinungen. Gleiche Empfindungen wurden somit teils unter verschiedene Variablen gefaßt, teils nur unter eine.

Zu Ungenauigkeiten führen ebenso unterschiedliche Definitionen von prä-, peri- und postmenopausal oder die Erfassung des Menopausenalters, das teilweise durch die Frage nach dem Alter bei der letzten Menstruation oder durch Selbsteinschätzung definiert wurde.<sup>95</sup>

---

<sup>91</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 15

<sup>92</sup> Valet/ Goerke/ Steller 1992, 441

<sup>93</sup> Schmidt-Matthiesen 1992, 104

<sup>94</sup> Kronenberg 1990, 54

<sup>95</sup> Kronenberg 1990, 53

## Diskussion

Ein Auszug aus F. Kronenbergs chronologischen Tabelle zu Studien über Prävalenzen und Menopausenstatus soll an dieser Stelle wegen ihrer ausführlichen und gut gegliederten Übersicht dargestellt werden (Tab. 28)<sup>96</sup>.

---

<sup>96</sup> vgl. Kronenberg 1990, 55-8

## Diskussion

**Tab. 28:** Survey Studies that include Hot Flash Prevalence Data for pre-, peri-, and naturally postmenopausal Women (Kronenberg 1990)

Year	Author	Study Group (total n)	Location	Investigator's Definition of Menopausal Status	Menopausal Status (number)	Age group (range or mean)	% with Hot Flashes
1933	Medical Women's Federation	Volunteers (1197)	England & Scotland	Age menses stopped	>5yr post (1197)	29-91	62%
1964	Newton Odom	Hospital patients (80)	U.S.A., Mississippi	Age menses stopped	post (61)	54.6	72%
1965	Neugarten Kraines	Volunteers (460)	U.S.A., Chicago	Evaluated by subject	pre (50) pre/post (60) post (40) post (60)	30-44 45-54 45-54 55-64	24% 28% 68% 40%
1973	Thompson Hart Durno	General population (269)	Scotland, Aberdeen	<b>Pre</b> =menses in last 3 months <b>Meno</b> =menses in past yr, not in last 3 months <b>Post</b> =no menses 1 yr	pre (98) peri (16) <2yr post (14) 2-4yr post (18) 4-9 yr post (50) >10yr post (23)	40-60 " " " " "	11% 44% 93% 67% 26% 4%
1981	Sharma Saxena	Volunteers (406)	India, Varnasi City	<b>Pre</b> =normal menses 1 yr prior <b>Peri</b> =change in menstrual pattern in past year <b>Post</b> =no menses for at least 1 yr	pre (135) peri (135) post (135)	40-55 " "	59% 61% 61%
1984	James et al.	General population (79)	England, Kent	Date of last menstrual period	0-2 yr post 3-5 yr post 6-10 yr post >10 yr post	54-56 " " "	60% 67% 68% 33%
1984	Agoistina van Keep	Volunteers (1025)	Indonesia, Java	<b>Pre</b> =regular menses <b>Peri</b> =at least 1 menses past yr <b>Post</b> =no menses 1 yr	pre peri post	40-45 41-54 41-54	9% 13% 12%
1985	Feldmann Voda Gronseth	General population (594)	U.S.A., Midwest	<b>Post</b> =no menses 1 yr	pre (163) post (252)	15-58 "	89% 82%
1988	Kaufert (personal communication)	General population (2500)	Kanada, Manitoba	<b>Pre</b> =regular menses for past 12 months <b>Peri</b> =some change in menstrual pattern in past yr <b>Post</b> =no menses for at least 1 yr	pre (918) peri (351) post (722)	40-59 " "	38% 14% 30%

## Diskussion

Gerade bei der Betrachtung der Prävalenzen von Hitzewallungen in der letzten Studie ist zu sehen, daß das Vorkommen am häufigsten perimenopausal auftritt. Dies unterstützt einmal mehr die Annahme, daß Beschwerden nicht aufgrund eines niedrigeren Östrogenspiegels, sondern durch die Spiegelverschiebung und hypothalamisch-hypophysäre Gegenregulationen zu Tage treten. Unklar bleibt bei der isolierten Betrachtung der Prävalenzen natürlich, inwieweit Hormonersatztherapien auf die Hormonumstellung des Körpers Einfluß hatten.

Die Prävalenz von Hitzewallungen in der vorliegenden Studie liegt bei 83,3% zum Zeitpunkt der stärksten Beschwerden und bei 49,4% (Valide Prozente) zum Zeitpunkt der Befragung, also ca. 10 Jahre nach der Menopause. Davon empfinden 41,1% (Zeitpunkt 1) bzw. 10,3% (Zeitpunkt 2) diese als sehr stark oder stark. Die im Vergleich zu den Tabellenwerten sehr hohe Prävalenz dieser Beschwerden könnte sich durch den hohen Prozentsatz von Frauen nach Uterusexstirpation erklären. Bei dieser Gruppe von Frauen scheinen klimakterische Beschwerden verstärkt aufzutreten.

Ein weiterer Grund könnte sein, daß sich an dieser Studie möglicherweise vor allem Frauen beteiligt haben, die vermehrt Beschwerden in den Wechseljahren hatten bzw. noch haben.

Nicht differenziert wurde nach der postmenopausalen Zeitspanne. Desweiteren wurde nicht explizit nach der Häufigkeit des Auftretens von Hitzewallungen, der Intensität oder der Dauer gefragt. Dennoch ist anzunehmen, daß durch die sehr allgemein gehaltene Formulierung „Wie stark empfanden Sie Hitzewallungen?“, die Intensität, die Häufigkeit und das Ausmaß der Beschwerden integriert wurden.

Insbesondere im ersten postoperativen Jahr wurden höhere Prävalenzen von Hitzewallungen bei Frauen nach Uterusexstirpationen bzw. bilateraler Ovariectomie festgestellt<sup>97</sup>. Ähnlich hohe Zahlen finden sich bei Frauen mit natürlicher Menopause nur in der Studie von Thompson et al. (1973), wobei die Anzahl der Probandinnen (n=14) jedoch gering war, sowie der Studie von Feldmann et al. (1985), bei welcher die Altersspanne sehr weit gefaßt war (15-58 Jahre).

Die Häufigkeit der Hysterektomie lag in dieser Untersuchung bei 42%. Die Indikationsstellungen für Hysterektomien haben sich in den vergangenen Jahrzehnten

---

<sup>97</sup> Kronenberg 1990, 54

## Diskussion

deutlich verändert. Die Häufigkeit hat mitunter durch die Verbesserung operativer Techniken rapide zugenommen. Zusätzlich ist die Anzahl relativer bzw. „weicher„ Indikationen wie zum Beispiel Dysmenorrhoe oder Karzinomprophylaxe stark angestiegen - eine Tatsache, die kontrovers diskutiert wird.<sup>98</sup>

Obwohl etliche Frauen die Gebärmutterentnahme nicht als Verlust empfinden und froh sind, lästige Schmier- und Zwischenblutungen loszusein, ist für andere der Verlust der Gebärmutter bewußt oder unbewußt dennoch schwierig zu verarbeiten, dies umso stärker, je mehr sich Frauen über ihre Weiblichkeit oder Muttersein identifizieren.<sup>99</sup> Daß Hysterektomien einen Einfluß auf das Erleben der Menopause zu haben scheint, zeigt sich auch daran, daß z.B. in der Studie von Kronenberg Frauen nach Hysterektomie zu 47,4% über schwerwiegende Hitzewallungen klagten, Frauen mit natürlicher Menopause jedoch nur zu 26%.<sup>100</sup>

---

<sup>98</sup> Hartmann 1989, 6-8

<sup>99</sup> Hartmann 1989, 14-5

<sup>100</sup> Kronenberg 1990, 77

### 5.3.2 Depressionen

Die Inzidenz depressiver Verstimmungen lag in dieser Befragung zum Zeitpunkt (1) bei 66,7%, zum Zeitpunkt (2) bei 58,1%. Im Vergleich zu anderen Angaben liegt der Prozentsatz sehr hoch. Laut Schmidt-Matthiesen liegt beispielsweise die Häufigkeit von depressiven Verstimmungen bei 50%.<sup>101</sup> Wie im Falle der Hitzewallungen mag das häufige Auftreten dieser Beschwerden damit zusammenhängen, daß HausärztInnen selektiv Fragebögen an Frauen ausgaben, die wegen Beschwerden in den Wechseljahren in die Praxis kamen. Umgekehrt kann es sein, daß gerade bei Frauen mit Wechseljahrsbeschwerden die Rücklaufquote höher war, als bei Frauen ohne Beschwerden.

Depressive Verstimmungen treten nicht spezifisch in den Wechseljahren auf. Die Häufigkeit scheint nicht größer zu sein als in anderen Lebensabschnitten.<sup>102 103</sup> Gegen eine ausschließlich hormonelle Begründung von depressiven Beschwerden spricht auch die Tatsache, daß Depressivität in den Wechseljahren häufig bei Frauen auftritt, die bereits in früheren Lebensabschnitten depressive Phasen erlebten.<sup>104</sup> Darüberhinaus wird generell über eine Zunahme depressiver Syndrome im Alter berichtet.<sup>105</sup>

In einer longitudinalen Studie zum Klimakterium und der Postmenopause von M. Hunter erklärten prämenopausale depressive Phasen, negative stereotype Einstellung, Erwerbslosigkeit und sozioökonomischer Status, Streß sowie geringe körperliche Aktivität den Großteil der Varianz für depressive Verstimmungen bei peri- oder postmenopausalen Frauen.<sup>106</sup> Auch wenn die Entwicklung depressiver Verstimmungen gehäuft bei Frauen nach dem 45. Lebensjahr auftritt<sup>107</sup>, kommt L. Nicol-Smith nach einer kritischen Analyse von Studien aus den Jahren 1966 bis 1996 zu Klimakterium und Depression zu dem Schluß, daß die Menopause nicht als

---

<sup>101</sup> Schmidt-Matthiesen 1992, 104

<sup>102</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 17

<sup>103</sup> Liao et al. 1994, 408

<sup>104</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 30

<sup>105</sup> Fritzsche et al. 1991, 135

<sup>106</sup> Hunter 1992, 122

<sup>107</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 30

Ursache für Depressionen gesehen werden kann. In Untersuchungen werde häufig nicht differenziert zwischen affektiven Symptomen und Symptomen einer Depression. Darüberhinaus werden Befragungen oftmals an einer klinischen - und damit selektiven - Stichprobe vorgenommen. Außerdem müßte nach ausreichenden theoretischen Kriterien vorgegangen werden, um eine Kausalität zwischen einem Faktor und einem Syndrom herstellen zu können, was in den meisten Studien nicht der Fall ist. Ein wichtiges Kriterium wäre zum Beispiel die Spezifität. Keine der psychischen Auswirkungen, die der Menopause zugeordnet werden, tritt speziell nur im sogenannten mittleren Lebensalter auf. Somit kann eine Untersuchung nicht spezifisch sein. Ein weiteres Kriterium wäre das der Konsistenz, d.h. die wiederholte Beobachtung eines Zusammenhangs in unterschiedlichen Bevölkerungsstichproben unter unterschiedlichen Bedingungen. In einer Übersicht über die verschiedenen Studien stellt Nicol-Smith dar, daß „eher,, depressive Gruppen nicht durchgängig denselben Menopausen-Status aufweisen. Eine stabile Konsistenz läßt sich bei den verschiedenen Messungen und Ergebnissen also nicht feststellen.<sup>108</sup>

Kaufert et al. untersuchten nach einer Querschnittsstudie in einer anschließenden longitudinalen Studie an einer allgemeinen Population Zusammenhänge zwischen Depression und Menopausen-Status sowie multifaktoriellen Einflüssen. Anhand der CES-D(Centre for Epidemiologic Studies Depression)-Skala wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Depressionen und der Veränderung des Menopausen-Status festgestellt. Die Wahrscheinlichkeit, daß Frauen beim Übergang von einem prämenopausalen in den perimenopausalen Status oder von einem perimenopausalen in den postmenopausalen Status<sup>109</sup> depressiv wurden, war jedoch höher, wenn Frauen hysterektomiert waren.<sup>110</sup> Bei gesundheitlichen Problemen, Streß, Beziehungsproblemen mit Ehemännern oder Kindern waren Frauen ebenso häufiger depressiv als die Vergleichsgruppe ohne diese Probleme. Verlust der Kinder, die aus dem Elternhaus gehen, oder Tod von Angehörigen, wobei es sich fast ausschließlich um den Tod von Eltern handelte,

---

<sup>108</sup> Nicol-Smith 1996, 1229-1231

<sup>109</sup> Definiert wurde hier folgendermaßen:

prämenopausal = regelmäßige Menstruation

postmenopausal = Amenorrhoe seit mindestens 12 Monaten

perimenopausal = alles dazwischen

<sup>110</sup> Kaufert et al. 1992, 154



erhöhten das relative Risiko einer Depression nicht.<sup>111</sup> Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, daß die Menopause nicht als Ursache für die Entwicklung einer Depression betrachtet werden kann. Ihre Subsumierung unter „Probleme der Wechseljahre,, von Seiten der Ärzteschaft oder auch von Frauen selbst mag ein Zeichen sozialer Bequemlichkeit und Auseinandersetzungsunwilligkeit sein.<sup>112</sup>

Anders verhält es sich bei Frauen nach Hysterektomie. Festgestellt wurde beispielsweise, daß nach Hysterektomien doppelt so viele Frauen psychiatrische Hilfen in Anspruch nahmen wie nach anderen Operationen. Insbesondere dann, wenn Uterusexstirpationen vor dem 40. Lebensjahr oder ohne eindeutige pathologische Befunde durchgeführt wurden, reagierten Frauen depressiv. Häufig waren jedoch auch hier schon früher „depressive Phasen,, aufgetreten.<sup>113</sup> Auch bei Kaufert et al. wird die Wahrscheinlichkeit von Depression im Zusammenhang mit Hysterektomien gesehen. Als Erklärung dafür wird dennoch nicht die Hysterektomie per se vermutet, sondern die Feststellung, daß Frauen mit klinischer Depression eher einer Operation unterzogen werden.<sup>114</sup>

Die Ansichten über Zusammenhänge zwischen psychischen Beschwerden und den Wechseljahren sind strittig. Die Frage ist, welche Faktoren in welchem Maße Einfluß haben. Inwieweit der allgemeine Alterungsprozeß, die hormonellen Umstellungen oder Änderungen im psychosozialen Umfeld zu Beeinträchtigungen führen, ist unklar und individuell sehr unterschiedlich.<sup>115</sup> Berücksichtigt werden muß in jedem Fall, ob depressive Verstimmungen subjektiv erfragt oder anhand von validen Depressions-Skalen untersucht wurden. Letztendlich sind in die Beurteilung psychischer Beschwerden, wie depressiver Verstimmungen, multifaktorielle Gesichtspunkte einzubeziehen.

### 5.3.3 Sexualität

---

<sup>111</sup> Kaufert et al. 1992, 151

<sup>112</sup> Kaufert et al. 1992, 154

<sup>113</sup> Hartmann 1989, 20-21

<sup>114</sup> Kaufert et al. 1992, 154

<sup>115</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 28

In den Wechseljahren verändert sich häufig die Sexualität.<sup>116</sup> Bei einer Befragung von E. Baum berichteten beispielsweise von 57 Probandinnen 27 über eine geringe, 4 über eine starke Abnahme des Geschlechtsverkehrs. Unverändert war das Sexualverhalten bei 21 Frauen und nur bei einer Frau erhielt die Sexualität eine höheren Stellenwert.<sup>117</sup> Keine signifikanten postmenopausalen Veränderungen im Sexualverhalten ergaben sich in einer longitudinalen Studie bei M. Hunter, wobei jedoch eingeräumt wird, daß nur sexuell aktive Frauen (58%) die Skala zur Sexualität vollständig beantworteten.<sup>118</sup> Berichtet wurde, daß 44% prämenopausal (im Alter von 47-52 Jahren) und 47% postmenopausal (50-55 Jahre) das Interesse an Sexualität verloren. Ein Zusammenhang mit der Menopause ergab sich hier nicht.<sup>119</sup>

Dennoch ist die biologistische Sichtweise, daß das Absinken des Östrogenspiegels zu einer Abnahme der Libido und Trockenheit der Vagina, was wiederum Probleme beim Geschlechtsverkehr bewirken könnte, weit verbreitet.<sup>120</sup> Je nach Blickwinkel werden Symptome unterschiedlich erklärt. Eine trockene Scheide wird zum Beispiel von den Gynäkologinnen Jürgensen und Langlotz als „uneingeschränkt östrogenmangelbedingtes Symptom„ beschrieben.<sup>121 122</sup>

Psychosomatische Untersuchungen weisen darauf hin, daß eine Abnahme der Libido möglicherweise Ergebnis einer Verdrängungsstrategie sein kann. Austrocknen der Vaginalschleimhaut kann als Austrocknen der Lust betrachtet werden und muß nicht mit dem Alter und Hormonspiegel zusammenhängen, denn genügend Frauen erleben ihre Sexualität auch im Alter lustvoll.<sup>123</sup> Ein stark tabuisiertes Thema ist die Erfahrung sexueller Gewalt - Mißbrauch in der Familie, Vergewaltigungen im Krieg. Die oft verdrängten Verletzungen und die Schande darüber können im Alter wieder auftauchen oder sich unbewußt in körperlichen Symptomen Ausdruck verschaffen.<sup>124</sup> Zum anderen wird Sexualität oft als

---

<sup>116</sup> Hunter 1992, 117

<sup>117</sup> Baum 1990, 203

<sup>118</sup> Hunter 1992, 120

<sup>119</sup> Hunter 1992, 121

<sup>120</sup> Hunter 1992, 117

<sup>121</sup> Jürgensen/ Langlotz 1995, 98

<sup>122</sup> Bachmann 1990, 87

<sup>123</sup> Sies 1995, 75

<sup>124</sup> Sies 1995, 74-75

Tauschobjekt für materielle Sicherheit und emotionale Geborgenheit eingesetzt. Aus Verlust- und Existenzängsten richten sich Frauen nach den Bedürfnissen der Männer, was die eigene Empfindungsfähigkeit untergraben kann.<sup>125</sup>

Sexuelle Probleme älterer Frauen werden meist in Zusammenhang mit körperlichen Veränderungen, die in den Wechseljahren auftreten können, wie Trockenheit der Vaginalschleimhaut, gesehen. Ausgeblendet wird dabei, daß Probleme oft durch Impotenz oder Krankheit des Mannes, Konflikte in der Partnerschaft, fehlende Partnerschaft oder gesundheitliche Probleme der Frau entstehen können.<sup>126 127</sup>

In der vorliegenden Befragung wurden auffälligerweise gerade die Variablen zu Sexualität am häufigsten ausgelassen - möglicherweise ein Hinweis darauf, daß Sexualität ein heikles Thema ist. Die Anzahl der fehlenden Werte lag zum Zeitpunkt (1) bei 15 (Libidoabnahme) und 20 (Beschwerden beim Geschlechtsverkehr), zum Zeitpunkt (2) bei 15 und 17. Aufgrund der Tatsache, daß der Großteil der befragten Frauen verheiratet ist, kann dieses Antwortverhalten nicht auf eine fehlende Partnerschaft zurückgeführt werden. Das Fehlen von Antworten könnte ein Ausdruck von Konflikten innerhalb der Partnerschaft sein, die möglicherweise im Zusammenhang mit den Wechseljahren stehen und mit denen Frauen sich nicht auseinandersetzen oder die sie nicht angeben wollen. Wie bereits oben erwähnt, trägt zudem die Erfahrung sexueller Gewalt, von der jede 3. bis 4. Frau betroffen ist, zu einer starken Tabuisierung der Sexualität allgemein bei. Das Tabu ist insbesondere deswegen so stark, da die meisten Täter aus dem Familienkreis stammen und das Familienideal nicht zerrüttet werden darf.<sup>128</sup>

Kaum ein Bereich aus dem Lebensalltag wird somit so stark als Intimzone angesehen wie das Sexualleben. Die Rückmeldung von Frauen an ihre HausärztInnen, daß die Fragen doch teilweise sehr persönlich gewesen seien, unterstreicht die Vermutung, daß Fragen zur Sexualität die Intimitätsgrenze

---

<sup>125</sup> Sies 1995, 76-77

<sup>126</sup> von Sydow 1995, 84

<sup>127</sup> Bachmann 1990, 87

<sup>128</sup> Die Aufdeckung sexueller bzw. sexualisierter Gewalttaten wurde von Selbsthilfeorganisationen in den 80er Jahren zunehmend an die Öffentlichkeit getragen. In Untersuchungen von D. Russel und N. Draijer wurde die überaus große Häufigkeit sexualisierter Gewalttaten sowohl für den US-amerikanischen, als auch für den europäischen Raum nachgewiesen. Vgl. Enders 1990, 13-5

## Diskussion

erreichen und möglicherweise scham- und angstbesetzt sind. Dies wurde auch in einer früheren Studie zu Zusammenhängen von Menopausenbeschwerden und psychosozialen Faktoren von E. Baum diskutiert.<sup>129</sup> Wie G. Hartmann schreibt, werden in Fragebögen die Fragen zu Sexualität oft nicht beantwortet und in Gesprächen wird das Thema als etwas „Schmutziges,, abgetan.<sup>130</sup>

Zusätzlich stellt sich - wie zuvor bereits beschrieben - die Frage nach der Attraktivität und dem Wertsein im Alter.

---

<sup>129</sup> Baum 1990, 204

<sup>130</sup> Hartmann 1989, 101

## **5.4 Erschöpfungsneigung und psychosoziale Merkmale**

Beim Vergleich der in dieser Studie befragten Gruppe von Frauen mit der alters- und geschlechtsäquivalenten Gruppe der Eichstichprobe hinsichtlich allgemeiner Erschöpfungsneigung ergab sich kein Unterschied.

Hinsichtlich der psychosozialen Merkmale „Soziale Resonanz„ und „Selbstkontrolle„ ergab der Mittelwertvergleich ebenso keine signifikante Abweichung zur Eichstichprobe des Gießen-Tests.

Die Teilnehmerinnen dieser Befragung weisen somit weder eine besondere allgemeine Erschöpfungsneigung noch auffällige psychosoziale Merkmale auf.

## 5.5 Therapie

Eine gängige Behandlungsform für Wechseljahrsbeschwerden ist die Hormonersatztherapie. Vielfältig wird eine Besserung von Symptomen angegeben. So beschreibt F. Kronenberg eine Besserung von Hitzewallungen.<sup>131</sup> Eine Reduktion von vasomotorischen Symptomen - Verringerung der Anzahl und/ oder Stärke von Hitzewallungen und Schweißausbrüchen - sowie von psychischen Beschwerden stellten auch Gambacciani et al. fest.<sup>132</sup> Die Wahl des Hormonschemas kann dabei eine entscheidende Rolle spielen, da auch Therapie-Resistenzen bekannt sind. In einer klinischen Studie von F. Husmann ergab die Anwendung von Östrogenvalerat/ Cyproteronazetat über 12 und mehr Monate bei therapieresistenten, stark beeinträchtigten Frauen eine deutliche Besserung vasomotorischer sowie psychovegetativer Beschwerden wie Reizbarkeit, depressiver Verstimmungen, Schlafstörungen oder Ängsten. Auch Androgenisierungserscheinungen gingen unter der Behandlung zurück.<sup>133</sup> Möglicherweise lassen sich diese Ergebnisse nicht verallgemeinern, da die Fallzahl (n=42) gering war und ausgewählte Frauen (mit starken Beschwerden sowie Androgenisierungserscheinungen) an der Untersuchung teilnahmen. Dennoch bleibt festzuhalten, daß die Wahl dieses Hormonschemas im Vergleich zu den zuvor eingenommenen Präparaten signifikante Unterschiede erbrachte.<sup>134</sup>

Die häufigste Behandlungsmaßnahme war auch bei den von mir befragten Frauen eine Hormonersatztherapie, die nach subjektiver Einschätzung für die meisten eine Besserung von Beschwerden bewirkte. Allerdings gaben mehr als ¼ dieser Frauen unerwünschte Begleiterscheinungen an.

Eine Hormonersatztherapie wird zunehmend propagiert, nicht nur zur Behandlung von Hitzewallungen oder Depressionen, sondern vor allen Dingen zur Prävention von Osteoporose- und Atherosklerose-Risiken.<sup>135</sup> Gerade im Zusammenhang mit

---

<sup>131</sup> Kronenberg 1990, 44

<sup>132</sup> Gambacciani et al. 1995, 117

<sup>133</sup> Husmann 1997, 124

<sup>134</sup> Husmann 1997, 126

<sup>135</sup> Wenger 1997, 1085

der Gesundheitsreform rückt die Kostenfrage bei der Beurteilung des Nutzens präventiver Maßnahmen verstärkt in den Vordergrund. Die Gesamtkosten für die Behandlung der Osteoporose beispielsweise beläuft sich jährlich auf mindestens 5 Milliarden DM.<sup>136</sup> Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Osteoporose in interdisziplinärer Zusammenarbeit, die Kostenträger miteinschloß, Leitlinien zur Osteoporoseprävention und -behandlung erstellt.<sup>137</sup> Diskutiert wird in diesem Zusammenhang auch, ob osteodensitometrische Untersuchungen obligatorisch mit in den Check-up im 35. Lebensjahr sowie zusätzlich im Klimakterium aufgenommen werden sollte.<sup>138</sup>

Der Stellenwert einer Hormonersatztherapie im Hinblick auf die Fragen nach Nutzen und Risiken hat für die Beratung von Frauen durch HausärztInnen große Relevanz. Daher ist es sinnvoll, aktuelle Forschungsergebnisse eingehend zu beleuchten.

Üblicherweise werden unter Frakturen aufgrund postmenopausal gesunkenen Östrogenspiegels Wirbelkörperfrakturen gefaßt, wogegen Brüche im Bereich der Extremitäten - Oberschenkelhals- und distale Radiusfrakturen - eher einer generellen Altersosteoporose zugeschrieben werden<sup>139</sup>, wobei diese Einteilung zunehmend verlassen wird. Im Hinblick auf diagnostisches und therapeutisches Vorgehen sind die zu beachtenden Faktoren ohnehin vielfältig, so daß die Frage nach dem Zusammenhang von Osteoporose bzw. Frakturen und der Menopause nicht isoliert betrachtet werden kann. Laut Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Osteoporose (DAGO) kann das Osteoporose-Risiko meistens durch wenige Fragen und klinische Untersuchungen erkannt werden. Die wichtigsten Aspekte zur Präventionsfrage sind anamnestische Angaben wie beispielsweise familiäres Osteoporoserisiko, Frakturen ohne adäquates Trauma, Körpergrößenabnahme oder Schmerzen.<sup>140</sup>

---

<sup>136</sup> Pientka 1997, 1375

<sup>137</sup> DAGO 1997: Osteoporose-Leitlinien Medizin. Verlag im Kilian, Marburg. zitiert in: DAGO 1997, 1386

<sup>138</sup> Lascher 1991, 30-31

<sup>139</sup> Minne 1991, 10

<sup>140</sup> DAGO 1997: Osteoporose-Leitlinien Medizin. Verlag im Kilian, Marburg. zitiert in: DAGO 1997, 1386

## Diskussion

Bei Knochendichtemessungen mittels Dual-Photonen-Absorptiometrie ergab sich, daß es sich bei Osteoporose nach dem 60. Lebensjahr zu 85-90% um Frauen handelt. Hierbei wurde jedoch lediglich die Knochendichte untersucht, die ab einem Wert unter  $0,8\text{g/cm}^2$  mit einem erhöhten Frakturrisiko assoziiert wird.<sup>141</sup> Nicht in Zusammenhang gebracht wurde diese Untersuchung mit tatsächlichem Vorkommen von Frakturen und um welche Frakturen es sich dabei handelte.

Östrogene haben nachweislich einen positiven Effekt auf Knochendichte und -dicke sowie das Vorkommen von Wirbelkörperfrakturen. Unabhängig von der Frage, in welchem Zusammenhang Frakturen standen fanden Hutchinson et al. bei einer retrospektiven Untersuchung zum Einfluß postmenopausaler Östrogeneinnahme auf Hüft- und distale Radiusfrakturen bei der „non-fracture“-Gruppe eine höhere Prävalenz von Östrogen-Exposition als bei der Gruppe mit Hüft- oder Radiusfrakturen.<sup>142</sup> Ein protektiver Effekt gegen Frakturen auch nach dem Absetzen von Hormonen wird auf die Vermutung gestützt, daß durch den Hormoneinsatz der Beginn eines osteoporotischen Prozesses verzögert wird.<sup>143</sup> Auswirkungen einer Hormonbehandlung auf die Knochendichte untersuchten Komulainen et al.. Unter kombinierter Östrogenvalerat/ Cyproteronazetat Behandlung fanden sie bei lumbaren Knochendichtemessungen nach 2,5 Jahren einen signifikanten Anstieg um 1,7%, dagegen eine Abnahme von 3,7% in der Plazebo-Gruppe.<sup>144</sup> Ebenso berichten Gambacciani et al. über mäßige, aber signifikante Erhöhungen von vertebrale Knochendichte- (Bone Mineral Density) und Gesamtknochendichte-Werten (Total Body Bone Mineral) bei demselben Hormonschema.<sup>145</sup>

Bemerkenswert ist zudem die Feststellung, daß nach Uterusexstirpation mit beidseitiger Adnexentfernung, die zu einem abrupten Hormonentzug führt, häufiger pathologische Knochendichte-Werte gemessen wurden als bei Frauen nach

---

<sup>141</sup> Wenderlein et al. 1995, 581

<sup>142</sup> Hutchinson et al., 1979, 705

<sup>143</sup> Hutchinson et al., 1979, 708

<sup>144</sup> Komulainen et al. 1995, Abstract

<sup>145</sup> Gambacciani et al. 1995, 118



## Diskussion

Uterusexstirpation ohne Adnexentfernung.<sup>146</sup> Ein Zusammenhang ist hier offensichtlich und legt eine Hormonsubstitution nahe.

In einer Untersuchung zu Östrogensatz und Knochendichte von Schneider et al. wurden die höchsten Bone Mineral Density-levels (Knochendichte-Werte) bei Frauen mit laufender Hormonsubstitution festgestellt, egal ob die Hormoneinnahme zum Menopausenzeitpunkt begonnen wurde oder erst nach dem 60. Lebensjahr. Die Dauer der Hormoneinnahme lag dabei zwischen 9 und 20 Jahren.<sup>147</sup> Im PEPI-Trial (Postmenopausal Estrogen/ Progestin Interventions) wurde ebenfalls - vor allem bei älteren Frauen, Frauen mit anfänglich geringer Knochendichte sowie Frauen ohne frühere Hormonanwendung - ein Anstieg der Knochendichte in der Wirbelsäule und Hüfte unter Hormontherapie gemessen. Der höchste Anstieg wurde bei Anwendung des Schemas „konjugierte equine Östrogene (0,625mg/d) plus kontinuierlich Medroxyprogesteronazetat (2,5mg/d)“, verzeichnet.<sup>148</sup>

Empfohlen wird eine längerfristige Östrogensubstitution über mehrere Jahre, da sich das Frakturrisiko erst ab einer Einnahmezeit von 8 Jahren reduziert.<sup>149</sup> Hinzukommt, daß sich der positive Effekt nach Absetzen der Hormone wieder verringert oder wegfällt.<sup>150 151</sup>

Abgesehen davon wird eine Erhöhung der Knochendichte nicht als ausreichendes Kriterium angesehen, da diese nicht unbedingt eine Zunahme der mechanischen Stabilität bedeutet. Empfohlen wird daher, nur Medikamente anzuwenden, deren fraktursenkende Wirkung in prospektiven kontrollierten Studien nachgewiesen wurde.<sup>152</sup>

In der folgende Tabelle sind die neuesten Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Osteoporose (DAGO) aufgeführt.

---

<sup>146</sup> Wenderlein et al., 1995, 582

<sup>147</sup> Schneider et al. 1997, 543

<sup>148</sup> Writing Group for the PEPI Trial 1996, 1389

<sup>149</sup> Wenderlein et al., 1995, 583

<sup>150</sup> Hutchinson et al., 1979, 705

<sup>151</sup> Scharla 1997, 1394

<sup>152</sup> Scharla 1997, 1390

## Diskussion

**Tab. 28:** Osteoporose-Therapie mit Östrogenen (DAGO 1997).<sup>153</sup>

<b>Mindestdosis (täglich)</b>	Östradiol Östradiolvalerat konjugierte Östrogene	oral transdermal oral oral	(1)-2 mg 50 microgramm (1)-2 mg 0,625 mg
<b>Gestagenanwendung bei vorhandenem Uterus</b> <b>Mindestdosis (täglich)</b> für 10-14 Tage sequentiell	<u>17-OH-Progesteronderivate:</u> Medroxyprogesteronazetat Medrogeston Dydrogesteron Chlormadinonazetat Cyproteronazetat <u>19-Nortestosteronderivate:</u> Norethisteronazetat  Lynestrenol Levonorgestrel		5 mg 5 mg 10 mg 2 mg 10 mg  0,35 mg bzw. 1 mg, da kleinere Tagesdosis nicht verfügbar 5 mg 75 microgramm bzw. 0,25 mg, da kleinere Tagesdosis nicht verfügbar
<b>Wichtigste Kontraindikationen</b>	Idiopathischer Ikterus in der Anamnese, Endometriose, hormonabhängige Tumoren (z.B. Mammakarzinom); relativ: Z.n. tiefer Beinvenenthrombose oder Schlaganfall		
<b>Therapieabbruch</b>	bei Unverträglichkeit, wenn Präparatwechsel keine Besserung bringt; bei Auftreten von Kontraindikationen (s.o.)		

Neben der Anwendung von Sexualhormonen gehören Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr zur Prävention und Basisbehandlung einer Osteoporose. Die enterale Kalziumresorption verschlechtert sich postmenopausal durch das Absinken des Östrogenspiegels, und der Tagesbedarf liegt mit 1500 mg somit bei Frauen nach der Menopause etwas höher als prämenopausal. Die Empfehlungen der DAGO liegen bei 1000 mg elementarem Kalzium pro Tag (zusätzlich zur Nahrung) sowie 500-1000 IE Vitamin D<sub>3</sub> täglich, um die Kalziumresorption im Darm und die Knochenmineralisierung zu steigern.<sup>154</sup> Bezüglich der ausreichenden Kalziumzufuhr hat auch die Art der Ernährung Relevanz. Phosphat- und Phytin-reiche Nahrungsmittel, Süßwaren sowie hoher Coffein- oder Alkoholkonsum

<sup>153</sup> Scharla 1997, 1394

<sup>154</sup> Scharla 1997, 1393

beeinträchtigen die Bioverfügbarkeit von Kalzium und sollten daher gemieden werden.<sup>155 156</sup>

Sowohl zur Prävention, als auch zur Rehabilitation von Osteoporose-Erkrankungen sollte zudem für ausreichende Bewegung gesorgt werden.<sup>157</sup>

Letztendlich sind die Faktoren, die Frakturen verursachen können, vielfältig und es stellt sich die Frage, welchen Stellenwert die Hormonsituation im Vergleich zu anderen Ursachen wie z.B. beeinträchtigte Koordination, Sehstörungen oder Bewußtseinstrübung durch Schlafmitteleinnahme, die eine beträchtliche Rolle spielen<sup>158 159</sup>, hat. Die Stoffwechselfvorgänge im Knochen hängen zudem von dem Ausmaß körperlicher Belastung ab. Zwischen Knochendichte und physischer Aktivität wurde bereits bei jugendlichen Mädchen und Jungen eine signifikante positive Korrelation gemessen.<sup>160</sup> Der Aufbau des Knochens und damit die Möglichkeit, eine Osteoporose zu entwickeln, fängt somit schon im Kindes- und Jugendalter an.<sup>161</sup> Jungen werden sozialisationsbedingt heute noch immer stärker dazu angehalten, Sport zu treiben, als Mädchen. Diesen Gedankengängen folgend ist es nicht verwunderlich, wenn Frauen im Alter stärker von osteoporotischen Beschwerden betroffen sind als Männer.

Bei der Frage nach Prävention und der damit verbundenen Kostenfrage sind diese Fakten zu berücksichtigen.

Kardiovaskuläre Morbiditäts- und Mortalitätsraten steigen nach der Menopause stark an.<sup>162</sup> Lipidstoffwechselstörungen vom Typ 2 kommen häufiger vor, ebenso wie eine Atherosklerose der Aorta - dies insbesondere bei Frauen nach bilateraler Ovariectomie.<sup>163</sup>

---

<sup>155</sup> Semler 1991, 21

<sup>156</sup> Renkawitz 1997, 1380

<sup>157</sup> Renkawitz 1997, 1376-1378 sowie Franck 1997, 1400-1403.

<sup>158</sup> Gehrke, 1991, 27

<sup>159</sup> Minne 1991, 25

<sup>160</sup> Boot et al. 1997, 57

<sup>161</sup> Olbricht 1993, 231

<sup>162</sup> Kim et al. 1996, 1693

<sup>163</sup> Kuhl 1996, 1117

Östrogensubstitution scheint das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen zu senken. Bei H. Kuhl<sup>164</sup> sowie bei N. Wenger<sup>165</sup> wird eine Verringerung des kardiovaskulären Risikos um 30-50% angegeben. Eine Abnahme von kardiovaskulären Erkrankungen wurde auch in einer Studie von Grodstein und Stampfer nachgewiesen.<sup>166</sup> Sowohl Östrogen alleine, als auch Östrogen/ Progesteron kombiniert wirken sich positiv auf das kardiovaskuläre Risiko aus, wie das groß angelegte PEPI Trial zeigte.<sup>167</sup>

Zum einen wird dies auf die positive Wirkung von Östrogenen auf den Lipidstoffwechsel zurückgeführt.<sup>168 169 170</sup> Besonders die Gabe von konjugiertem Östrogen erhöht HDL-Cholesterin, das einen schützenden Effekt auf die Entstehung von Atherosklerose hat. Apolipoprotein A, das überschüssiges, sich in Gefäßwänden ablagerndes Cholesterin zurücktransportiert, steigt ebenso an. Zusätzlich sinken Gesamt-Cholesterin und LDL-Cholesterin, die für abnorme vasokonstriktorische Reaktionen an atherosklerotischen Gefäßabschnitten verantwortlich gemacht werden. Der Abbau von VLDL zu LDL-Cholesterin wird beschleunigt, so daß das Übergangselement IDL sowie LDL kürzer im Blutkreislauf verweilen und die Ablagerungsmöglichkeit dieser Lipide an Arterienwänden vermindert wird.<sup>171 172 173</sup> Günstige Effekte auf Plasma-Lipid-Spiegel wurden auch in einer Studie von Darling et al. bei postmenopausalen Frauen nachgewiesen. Alleinige Östrogentherapie oder in Kombination mit Gestagenen führte zu einer Erhöhung von HDL-Cholesterin (um 7%), Senkung des Gesamtcholesterins (um 14%), LDL-Cholesterins (um 24%) und Lipoprotein a (um 27%), welches es eine Subfraktion von LDL-Cholesterin darstellt.<sup>174</sup> Lipoprotein a wurde postmenopausal in

---

<sup>164</sup> Kuhl 1996, 1116

<sup>165</sup> Wenger 1997, 1086-7

<sup>166</sup> Grodstein/ Stampfer 1995, 199

<sup>167</sup> Writing Group for the PEPI Trial 1995, 1589

<sup>168</sup> Samaan/ Crawford 1995, 1403

<sup>169</sup> Gambacciani et al. 1995, 118

<sup>170</sup> Husmann 1997, 124

<sup>171</sup> Rackley 1995, 117

<sup>172</sup> Kuhl 1996, 1117

<sup>173</sup> Kim et al. 1996, 1693

<sup>174</sup> Rackley 1995, 117

## Diskussion

höheren Konzentrationen vorgefunden als prämenopausal<sup>175</sup> und wird assoziiert mit kardiovaskulären Erkrankungen.<sup>176</sup>

Im Gegenzug wurde jedoch auch eine Erhöhung von Triglyzeriden (um 29%) unter Hormonersatztherapie festgestellt.<sup>177</sup>

Die sich durchsetzende Theorie zur Entstehung atherosklerotischer Läsionen betrachtet die Einwirkung von oxidiertem LDL auf Gefäßwände als initiale abnorme metabolische Reaktion. Schaumzellbildung, fibromuskuläre Hyperplasie sowie die Aufnahme von Lipiden werden durch oxidiertes LDL beschleunigt. Ebenso wird eine endotheliale Dysfunktion - d.h. eine abnorme Vasokonstriktion - mit der hemmenden Wirkung von oxidiertem LDL auf die Produktion von endothelial-derived relaxant factor in Verbindung gebracht.

Die Oxidation von LDL wird insbesondere durch orale Gabe von Östrogenen gehemmt.<sup>178 179</sup>

Zum anderen wirken Östrogenen vasodilatatorisch, senken also den Gefäßwiderstand und erhöhen den Blutfluß, und besitzen einen günstigen Einfluß auf die Fibrinogen-Konzentration<sup>180</sup>. Wie Kwang Kon Koh et al. nachwiesen, reduzierte sich bei oral angewandten konjugierten Östrogenen mit oder ohne Kombination von Gestagenen der Plasma-Spiegel des anti-fibrinolytisch wirkenden Plasminogen-aktivierenden-Inhibitor's PAI-1. Zusätzlich wurde die systemische Fibrinolyse gefördert.<sup>181</sup> Auch eine Förderung der inotropen Wirkung des Herzens wurde beobachtet.<sup>182 183</sup> Im Hinblick auf eine kardiovaskuläre Protektion wird die orale Anwendung von natürlichen Östrogenen wie Östradiol, Östradiolvalerat (jeweils 1-2mg pro Tag) oder konjugierten Östrogenen (0,6-1,25mg pro Tag) empfohlen, wobei bei Frauen mit „intaktem,, Uterus Gestagene (z.B. Chormadinonazetat 2mg, Medrogeston bis 5mg, Medrosyprogesteronazetat bis

---

<sup>175</sup> Nabulsi et al. 1993, 1069

<sup>176</sup> Hoefler et al. 1988, 398

<sup>177</sup> Darling et al. 1997, 595

<sup>178</sup> Rackley 1995, 118

<sup>179</sup> Kuhl 1996, 1117

<sup>180</sup> Samaan/ Crawford 1995, 1403

<sup>181</sup> Kon Koh et al. 1997, 683

<sup>182</sup> Volterrani et al. 1995, 119ff.

<sup>183</sup> Rackley, 1995, 117

5mg, Norethisteronazetat bis 1mg oder Progesterone) zugefügt werden sollten, um eine Endometriumshyperplasie zu vermeiden. Bei Frauen mit bestehenden kardiovaskulären Erkrankungen kann zunächst eine niedrigdosierte transdermale Östradiolbehandlung - für beispielsweise 6 Monate - erfolgen und anschließend eine orale Hormoneinnahme.<sup>184</sup>

Nicht geeignet ist das synthetische Östrogen Äthinylöstradiol, das sich ungünstig auf die Hämostase sowie das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System auswirkt.<sup>185 186</sup>

Die Einschätzung von Nutzen und Risiko postmenopausaler Östrogentherapie auf kardiovaskuläre Erkrankungen ist kontrovers.

Die Frage nach unerwünschten Begleitwirkungen wie eine Erhöhung des Risikos von venösen Thromboembolien wird unterschiedlich beantwortet. Während die einen das Risiko thromboembolischer Ereignisse von der Höhe der Dosis abhängig und niedrig dosierte Östrogene nicht als thrombogen ansehen<sup>187</sup>, halten andere die Art der Östrogene für entscheidend. Nach Kuhl erhöhen natürliche Östrogene vermutlich nicht das Thrombose-Risiko, risikoreich sei dagegen das synthetische Ethinylöstradiol<sup>188 189</sup>.

Fall-Kontroll-Studien, die retrospektiv das relatives Risiko bei Exposition bereits bekannter Risikofaktoren überprüfen, ergaben bei Frauen mit aktuell laufender Hormonersatztherapie eine Erhöhung des relativen Risikos für tiefe Venenthrombose um das 3-fache, jedoch keine Erhöhung bei früherer Hormonersatztherapie. Dies war - nach Adjustierung - unabhängig von Einflußfaktoren wie erhöhtem Body-mass-index und früherer Anamnese von Varikose oder oberflächlicher Thrombophlebitis. Unterschiedliche Dosierungen, Applikationsformen oder Hormonzusammensetzungen veränderten hierbei die odds ratio nicht signifikant.<sup>190 191</sup>

---

<sup>184</sup> Kuhl 1996, 1119

<sup>185</sup> Lippert 1991, 19

<sup>186</sup> Kuhl 1996, 1116

<sup>187</sup> Rackley 1995, 117

<sup>188</sup> Kuhl 1996, 1116

<sup>189</sup> Lippert 1991, 19

<sup>190</sup> Daly et al. 1996, 979

<sup>191</sup> Jick et al. 1996, 982

## Diskussion

Laufende Hormonersatztherapie, nicht jedoch vergangene postmenopausale Hormoneinnahme oder vergangene hormonelle Kontrazeption, scheint zudem das Risiko einer pulmonalen Embolie zu erhöhen. Hinsichtlich einer primären Lungenembolie - d.h. Ausschluß einer Carcinom-Anamnese, Traumata, Immobilisation, Operationen - ergab sich in einer prospektiven Kohortenstudie nach Adjustierung von Alter und Rauchen ein relatives Risiko von 1,8. Die Höhe des Risikos wird hierbei mit der Höhe der Dosierung assoziiert.<sup>192</sup>

Die Indikation für eine Hormonersatztherapie sowie das Vorhandensein von verschiedenen Risikofaktoren sind maßgeblich dafür entscheidend, welche Art, Dosis und Applikationsform gewählt werden sollte.<sup>193</sup> Adipositas, Varikosis, Thrombophlebitis oder eine Mutation des Koagulationsfaktors 5 (Leiden-Faktor) nehmen Einfluß auf die Entstehung venöser Thromboembolien.<sup>194</sup> Gerade bei Vorliegen von letzterer Erkrankung sollte mit Vorsicht substituiert werden.<sup>195</sup> Dennoch ist die Mortalität venöser Komplikationen gering<sup>196</sup> und der protektive kardiovaskuläre Effekt kann bei Vorhandensein zusätzlicher kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Thrombose oder Koronarinsuffizienz als Hoch-Risiko-Strategie der Prävention gesehen werden.<sup>197</sup> So berichten beispielsweise Grodstein et al. über eine Verringerung der Mortalität bei Frauen mit mindestens einem bedeutenden kardiovaskulären Risikofaktor (Rauchen, hohe Cholesterinwerte, Bluthochdruck, Diabetes, vorzeitigem Herzinfarkt in der Familienanamnese, Body-mass-index von mehr als 29 und laufender Hormoneinnahme), währenddessen bei Frauen mit geringem kardiovaskulären Risiko der Nutzen von Hormonen gering war.<sup>198</sup>

---

<sup>192</sup> Grodstein et al. 1996, 984ff.

<sup>193</sup> Krauß/ Rossmannith 1997, 15

<sup>194</sup> Krauß/ Rossmannith 1997, 18

<sup>195</sup> Krauß/ Rossmannith 1997, 19

<sup>196</sup> Krauß/ Rossmannith 1997, 19

<sup>197</sup> Krauß/ Rossmannith 1997, 16

<sup>198</sup> Grodstein et al. 1997, 1772-3

## Diskussion

Als Kontraindikationen gelten bis dato ausschließlich schwere Lebererkrankungen, eine akute Thromboembolie sowie das Vorliegen eines rezeptorpositiven Mamma- bzw. Uteruskarzinoms.<sup>199</sup>

Das relative Erkrankungsrisiko für Hormon-abhängige Tumoren, wie zum Beispiel des Adenokarzinoms des Endometriums, steigt unter Östrogenbehandlung an. Bezüglich des Endometriumkarzinoms wird dieses Risiko jedoch durch eine kombinierte Therapie mit Östrogenen und Gestagenen hinfällig.<sup>200</sup>

Insbesondere langfristige Hormonersatztherapien scheinen eine geringe Erhöhung des Brustkrebsrisikos zu bewirken.<sup>201 202 203</sup> Bei vorhandenem Mammkarzinom besteht das Risiko, durch Hormonsubstitution eine Progredienz der Erkrankung voranzutreiben.<sup>204</sup>

Die Relevanz dieser Aussagen sowohl zum Risiko Hormon-abhängiger Tumoren als auch zu venösen Thromboembolien wurde von Hemminki/ McPherson in einer detaillierten Analyse „gepoolter,, Daten erwogen. Kritisiert wird dabei, daß Effektivitätsstudien meist nur mit kleinen Fallzahlen arbeiten, daß die Gründe für „drop outs,, nicht klar benannt werden, meist nur Kurzzeiteffekte untersucht wurden, Analysen nur bei gesunden Frauen unternommen wurden und aus den Ergebnissen unreflektiert Empfehlungen für Frauen mit Risikofaktoren/ Vorerkrankungen ausgesprochen werden. Einen bedeutenden Selektionsbias stellt zudem die Teilnahme von substitutionswilligen Studienteilnehmerinnen dar.<sup>205</sup>

Vor dem Hintergrund dieser Kritik an Methoden ist es sinnvoll die Ergebnisse von prospektiven randomisierten Langzeitstudien zu Nutzen und Risiko einer Hormonsubstitution zu betrachten. Diese stehen an einem großen und langfristig beobachteten Kollektiv noch aus.

In einer prospektiven kontrollierten Studie zur Beurteilung von Nutzen und Risiko einer Hormonsubstitution haben Grodstein et al. Mortalitätsraten untersucht. Um

---

<sup>199</sup> Krauß/ Rossmannith 1997, 15

<sup>200</sup> Krauß/ Rossmannith 1997, 19

<sup>201</sup> Grady et al. 1992, 1016

<sup>202</sup> Colditz et al. 1995, 1589

<sup>203</sup> Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1997, 1052ff.

<sup>204</sup> Krauß/ Rossmannith 1997, 15ff.

<sup>205</sup> Hemminki/ McPherson 1997, 149ff.



methodische Mängel wie zum Beispiel die Befragung von vorwiegend gesunden Frauen oder die falsche Zuordnung des Menopausen-Status von Frauen, die unter laufender Hormonsubstitution verstarben oder wegen einer aufgetretenen Erkrankung die Einnahme beendeten, auszuschließen, wurde bei der Diagnose schwerwiegender Erkrankungen oder bei Todesfällen der Menopausen-Status anhand des letzten (der zweijährlich) ausgefüllten Fragebogens dieser Frauen ausgewertet.<sup>206</sup> Um Störfaktoren wie unterschiedlichen sozioökonomischen Status oder Gesundheitszustand zu verringern wurde die Befragung bei Krankenschwestern durchgeführt.<sup>207</sup> Bei laufender Hormoneinnahme ergab sich eine geringere Mortalität, besonders hinsichtlich des Todes durch koronare Herzerkrankungen, als bei niemals angewendeter Hormonersatztherapie. Die stärkste Reduktion der Mortalität wurde bei Frauen mit kardiovaskulären Risikofaktoren nachgewiesen. Bei Anwendung von Östrogen und Progesteron sank das relative Risiko, zu sterben stärker als bei alleiniger Östrogeneinnahme.<sup>208</sup> Dieser Nutzen verschwand innerhalb von 5 Jahren nach Beendigung der Hormoneinnahme. Eine längere Anwendung führte nicht zu einer Steigerung des Nutzens und nach 10 Jahren oder mehr kam es zu einer Abschwächung des Effektes. Zusätzlich erhöhte sich nach 10 Jahren das Risiko der Mortalität von Brustkrebs um 43%.<sup>209</sup>

Eine entscheidende Frage bei der Nutzen-Risiko-Rechnung ist zudem die Frage nach Kofaktoren.

Alkoholkonsum scheint in Bezug auf das Risiko für Brustkrebs eine Rolle zu spielen. So zitiert B. Zumoff AutorInnen, die bei Alkohol-konsumierenden Frauen ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs fanden. Eine Erklärung dafür scheint der Anstieg des Plasma-Östradiolspiegels bei Alkoholkonsum um 300% zu sein.<sup>210</sup>

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Aspekt ist die Gefahr der Toleranzentwicklung. Östrogene wirken psychoaktiv, wobei auch Placebo-Effekte festgestellt wurden. Bleibende menopausale Symptome trotz supraphysiologischer

---

<sup>206</sup> Grodstein et al. 1997, 1769

<sup>207</sup> Grodstein et al. 1997, 1774

<sup>208</sup> Grodstein et al. 1997, 1772

<sup>209</sup> Grodstein et al. 1997, 1773

<sup>210</sup> Zumoff 1997, 1656

Östrogenspiegel, kürzere Administrationsintervalle oder die Wiederkehr von Symptomen bei fallenden Östrogenspiegeln deuten auf Abhängigkeitsentwicklung hin. Dabei kann das Absetzen der Hormonbehandlung dennoch problemlos sein. Insbesondere eine verwaschene Indikationsstellung und eine Hormonsubstitution über eine lange Zeit scheinen eine Abhängigkeit zu fördern. Dem kann durch eine klar begründete sowie zeitlich begrenzte Behandlung entgegengewirkt werden.<sup>211</sup>

Die Häufigkeit der Hormonersatztherapie lag in dieser Studie bei 52,7% (valid percent). In einer Untersuchung von Griffiths und Jones aus dem Jahr 1995 in Großbritannien wird die Häufigkeit der Hormoneinnahme bei Frauen im Alter von 45-65 Jahren mit 20% angegeben. Bei Frauen, die früher Ovulationshemmer nahmen, lag die Rate durchschnittlich höher, hingegen bei Frauen mit Osteoporose, kardiovaskulären Erkrankungen oder Familienanamnese dieser Erkrankungen niedriger. Im Zuge des steigenden Gebrauchs von Ovulationshemmern, aber auch der zunehmenden Propagierung von Hormonersatztherapien ist die Vermutung naheliegend, daß auch die Anwendung einer Hormonersatztherapie ansteigt.<sup>212</sup> Sexualhormone sind diejenigen Medikamente, die trotz der Restriktionen durch das Gesundheitsstrukturgesetzes überproportional ansteigen. Im Arzneiverordnungsreport 1994 lagen Sexualhormone unter den 2000 meistverordneten Präparaten. Angestiegen war vor allem die Zahl der Verordnungen von Östrogenen. Die Zuwachsrate lag 1993 bei 14,5%. Verordnet wurden insgesamt 17348,3 Östrogenpräparate. Dies entsprach einem Umsatz von 799,0 Mio. DM. Mit 849 Mio. Tagesdosen umfaßten Östrogene fast 70% aller Verordnungen. Dabei war der größte Zuwachs bei den Kontrazeptiva zu verzeichnen.<sup>213</sup>

Im Zuge der allgemeinen Sparmaßnahmen im Gesundheitssektor werden verstärkt Kosten-Nutzen-Analysen herangezogen, um die Anwendung einer Hormonsubstitution zu beurteilen. M. Weinstein und A. Tosteson stellten in den U.S.A. angesichts der zunehmenden Anzahl von älteren Frauen Kostenrechnungen für Hormonbehandlungen auf. Diese wurden für verschiedene Hormonschemata gegen eine Erhöhung der Lebenserwartung, die durch eine veränderte

---

<sup>211</sup> Bewley, S/ Bewley, TH 1992, 290f.

<sup>212</sup> Griffiths/ Jones 1995, 163

<sup>213</sup> Schwabe/ Paffrath 1994, 390-1

Lebensqualität adjustiert wurde, abgewogen.<sup>214</sup> Unter der Voraussetzung, daß durch eine Hormonbehandlung die Mortalität für Hüftfrakturen um 60% sinkt, ergab die Einnahme von Östrogenen über 5 Jahre einen Gewinn an Lebenserwartung und Lebensqualität von 55 Tagen. Eine kombinierte Östrogen-Gestagen-Behandlung führte bei 5-jähriger Anwendung zu einem Gewinn von 70 Tagen, bei 15-jähriger zu einer Verlängerung um 195 Tage.<sup>215</sup> Verglichen mit anderen anerkannten klinischen Therapiemaßnahmen wurden die Kosten per „Quality-Adjusted Life Year,, (\$26,100 für ein 5-Jahres-Programm, \$22,650 für ein 15-Jahres-Programm) als akzeptierbar gesehen. Die Effektivität eines Behandlungsplans sollte die Bewertung einer Frau, was Lebensqualität ausmacht, einbeziehen. Hinsichtlich eines kombinierten Hormonschemas müßte beispielsweise die individuelle Haltung einer Frau zu der wiedereinsetzenden Blutung eruiert werden.<sup>216</sup>

Die Kosten-Nutzen-Frage einer Hormonersatztherapie erfordert zusätzlich, die Compliance von Frauen zu berücksichtigen. Auf dem 4. Europäischen Kongreß zu Menopause im Oktober 1997 wies A. Graziottin darauf hin, daß nur 30-40% Frauen länger als 1 Jahr mit der Hormoneinnahme fortfahren. Ängste vor Brustkrebs sowie Unwohlsein mit den Nebeneffekten wie Gewichtszunahme oder Mastodynie sind die Hauptgründe für die sogenannten drop-outs. A. Graziottin fordert bessere Aufklärung und Eingehen auf die individuelle Situation von Frauen. Damit Patientinnen sich besser verstanden und ernst genommen fühlen, ist es notwendig, daß ÄrztInnen mehr zuhören, Fragen adäquat beantworten und auf Ängste, Zweifel, Vorurteile und Bedürfnisse eingehen. Einen Patientinnen-zentrierten Blickwinkel einzunehmen bedeutet zudem, von medizinischer Fachsprache abzurücken. Der Begriff der Osteoporose-Prophylaxe kann beispielsweise für manche Frauen nichtssagend sein. In diesem Fall würde es mehr Sinn machen, auf die konkreten Beschwerden und Bedenken wie Rückenprobleme oder Frakturen bei Verwandten einzugehen.<sup>217</sup> Diese Ausführungen zeigen, daß eine rein gynäkologische Sichtweise den komplexen Problemen bei der Indikationsstellung und Durchführung einer Hormonsubstitution in der Postmenopause nicht gerecht wird. Hausärztliche Kompetenz und Beratung kann hier hilfreich sein.

---

<sup>214</sup> Weinstein/ Tosteson 1990, 163

<sup>215</sup> Weinstein/ Tosteson 1990, 167-8

<sup>216</sup> Weinstein/ Tosteson 1990, 170

<sup>217</sup> Graziottin 1997, Abstract

## 5.6 Hypothese 1

Hitzewallungen, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Trockenheit der Vagina oder vaginale Blutungen in den Wechseljahren sind häufige Konsultationsgründe. In einer Befragung von Kronenberg konsultierten 78% der Frauen mit früheren oder aktuellen Hitzewallungen eine/n Ärztin/ Arzt, von den Frauen ohne Hitzewallungen dagegen nur 24%. Allerdings suchten von den 506 Studienteilnehmerinnen 100 Frauen mit menopausalen Symptomen keine/n Ärztin/ Arzt auf.<sup>218</sup> Dennoch geht es - wie schon eingangs zitiert - Frauen auch häufig um Ratschläge und Diskussionen, wenn sie ihre HausärztInnen wegen der Wechseljahre konsultieren.<sup>219</sup> Unsicherheiten und Ängste können im Gespräch mit ÄrztInnen zerstreut werden. Indem Frauen von ÄrztInnen Antworten auf ihre Fragen erhalten, erwerben sie mehr Wissen über Veränderungen in den Wechseljahren. Somit werden körperliche oder psychische Befindlichkeiten erklärbarer. Was mit den Wechseljahren zusammenhängt und was nicht, kann eher unterschieden werden. Darüberhinaus können so Bewältigungsformen für beeinträchtigende Empfindungen erarbeitet werden.<sup>220</sup>

In der Untersuchung von Barlow et al. in Großbritannien wurden von den 416 Frauen, die HausärztInnen aufsuchten nur 4 an spezielle Ambulanzen für Wechseljahrsprobleme weiterverwiesen. Die meisten Frauen wurden somit von ihren HausärztInnen gesehen und behandelt.<sup>221</sup> In der von mir durchgeführten Studie gaben Frauen unter anderem als Kommentare zu Wünschen oder Erwartungen an, daß in der Praxis zu wenig Fragen ärztlicherseits gestellt wurden oder daß sie sich mehr Zeit und richtiges Zuhören wünschen. Dies zeigt, wie wichtig der Umgang mit dem Thema 'Wechseljahre' in hausärztlichen Praxen ist. Die Wichtigkeit eines guten Vertrauensverhältnisses zwischen Patientin und Ärztin/ Arzt hat auch für die Compliance Bedeutung, die vor dem Hintergrund der Kosten-

---

<sup>218</sup> Kronenberg 1990, 80-81

<sup>219</sup> Barlow et al. 1991, 275

<sup>220</sup> Springer-Kremser 1991, 87

<sup>221</sup> Barlow et al. 1991, 276

Nutzen-Frage präventiver Maßnahmen wie zum Beispiel der Hormonsubstitution zunehmend Beachtung erfährt.<sup>222</sup> Diese wiederum ist Voraussetzung dafür, daß eine Behandlungsmaßnahme sinnvoll eingesetzt werden kann.

Hohe Konsultationsraten lassen vermuten, daß Frauen sich oft versichern und informieren wollen. Unterstützung durch Zuhören von ärztlicher Seite sehen Frauen als wesentlichen Faktor dafür an, wie gut oder schlecht sie die Wechseljahrszeit erleben.<sup>223</sup> HausärztInnen kommt somit eine bedeutende Rolle für Frauen in den Wechseljahren zu. Ihre Haltungen zu den Wechseljahren und der Notwendigkeit einer Behandlung beeinflußt die Entscheidungen von Frauen für oder gegen eine Therapieform wie die Hormonsubstitution mit.<sup>224</sup> Wie in einem Beitrag von Felder und Scheer dargestellt wird, sehen Frauen die Menopause unterschiedlich, als Krankheit oder als normale Entwicklungsphase. Dementsprechend werden auch ihre Auffassungen von der Funktion der ÄrztInnen variieren. Je nach Bedürfnislage einer Frau spielt somit der Kontakt mit ÄrztInnen eine größere oder kleinere Rolle. Während sich in der Ärzteschaft vorwiegend die Defizittheorie etabliert hat und eine „Behandlung,, oftmals auf eine Hormonsubstitution und den Erhalt der sexuellen Funktionsfähigkeit der Frau ausgerichtet ist, suchen Frauen selbst nach einer Stärkung ihres Selbstvertrauens und ihrer Selbstakzeptanz. Der Kontakt und Austausch mit gleichaltrigen Frauen ist dabei sehr hilfreich.<sup>225</sup> Dies zu bedenken scheint m.E. für einen Patientinnen-gerechten Umgang notwendig.

A.J. Isaacs diskutierte in einer Studie von 1995, daß in Anbetracht der großen Unsicherheiten von Frauen - insbesondere der Angst vor zunehmendem Brustkrebsrisiko - und der Suche nach Unterstützung die Aufklärung über das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer Hormonersatztherapie ungenügend ist und weitere Langzeitstudien nötig sind.<sup>226</sup> Vor dem Hintergrund der Ökonomisierung der Medizin hat die Entwicklung von Leitlinien und Behandlungsstandards gesundheitspolitische Bedeutung. Vor allem in Großbritannien, Kanada und den USA wurden Forschungsansätze für eine stärkere Rationierung medizinischer Versorgung entwickelt. „Unter Rationierung kann eine unfreiwillige und systematische

---

<sup>222</sup> Hertz/ Molinski 1986, 160

<sup>223</sup> Liao et al. 1994, 410-411

<sup>224</sup> Isaacs et al. 1995, 1399

<sup>225</sup> Felder/ Scheer 1992, 100

<sup>226</sup> Isaacs 1995, 1400

## Diskussion

Verweigerung von bestimmten Dienstleistungen wegen ihres Preises verstanden werden, die auch dann vorgenommen wird, wenn bekannt ist, daß sie nützlich sind.<sup>227</sup> Diese Rationierung birgt beträchtliche Gefahren in sich, zum Beispiel die Nichtbehandlung älterer, „risikobeladener„ Menschen. Sie setzt an dem Punkt des geringsten Nutzens an und orientiert sich an klinisch-epidemiologischer Forschung. Entscheidungen im Gesundheitswesen sind auf Optimierung ausgerichtet und für die „Verwendung der zur Verfügung stehenden Ressourcen„ wurden ökonomisch relevante Kriterien entwickelt. Klinische Epidemiologie, Entwicklung von Leitlinien, Qualitätssicherung, Konsensuskonferenzen, evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Outcomes-Research und Technology-Assessment sind die Schlagwörter, die den gegenwärtigen Forschungstrend verdeutlichen.<sup>228</sup>

Allgemein werden die Wechseljahre zunehmend als medizinisches Problem gesehen.<sup>229</sup> In ihrem Artikel „Sociological Perspectives on the Medicalization of Menopause„ stellt Susan Bell dar, wie auf dem Boden soziologischer Forschung eine Medizinisierung zunehmend etabliert wurde. Die „medicalization„, d.h. die Entwicklung, menschliche Erfahrungen als medizinisches Problem zu betrachten, begann in den USA vor etwa 20 Jahren. Auffällig ist dabei, daß Erfahrungen von Frauen scheinbar eher „medizinisiert„ werden als die von Männern. Die konzeptionelle und institutionelle Medizinisierung menschlicher Erfahrungen wird durchgeführt, indem - in diesem Fall - die Wechseljahre mit medizinischem Vokabular besetzt und somit als medizinisches Problem definiert werden. Auf diese Weise wird suggeriert, daß eine Problemlösung durch die Medizin notwendig ist. Einige WissenschaftlerInnen warnen davor, daß die Medizin zu einer wesentlichen Institution sozialer Kontrolle geworden ist, wenngleich angenommen werden kann, daß humanitäre Ziele zugrunde lagen. In jedem Fall wirkt sich dieser Prozess auf subjektive Erfahrungen von Frauen sowie auf die Beziehung zwischen Patientinnen und ÄrztInnen aus.<sup>230</sup>

---

<sup>227</sup> Pientka 1996, 541

<sup>228</sup> Pientka 1996, 541-42

<sup>229</sup> Isaacs 1995, 1399

<sup>230</sup> Bell 19, 173-75

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, wenn Frauen eine gesteigerte Erwartungshaltung an ÄrztInnen zeigen. So können die Empfehlungen einer Hormonsubstitution zu teils unrealistischen Vorstellungen führen, daß sich das Wohlbefinden sofort verbessert. Dies kann wiederum die Abhängigkeitsproblematik verstärken.<sup>231</sup>

Hinsichtlich des Einflusses von HausärztInnen ist es nun interessant ihre Einstellung zu den Wechseljahren und den Umgang damit zu betrachten. Dabei scheint es geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang zu geben. So zeigten Hausärztinnen eine größere Bereitschaft, Östrogene zu verschreiben als ihre männlichen Kollegen. Zudem waren sie besser über Kontraindikationen informiert.<sup>232</sup> Dies erklärt sich möglicherweise dadurch, daß Ärztinnen selbst häufiger Hormone einnehmen als andere Frauen und sich eher gynäkologischen Interventionen unterziehen.<sup>233</sup> Ein anderes Beispiel ist der geschlechtsspezifische Unterschied bei der Indikationsstellung für Hysterektomien. Hartmann zitiert in seiner Untersuchung eine Statistik über Prävalenzen von Hysterektomien. Gynäkologen ordneten dabei doppelt so häufig Uterusexstirpationen an wie Gynäkologinnen. Als Erklärungen dafür werden zwei Möglichkeiten in Betracht gezogen: zum einen eine restriktivere Indikationsstellung bei Ärztinnen aufgrund einer Identifikation mit Patientinnen; zum anderen eine Patientinnenselektion, d.h. ein Unterschied zwischen Patientinnen, die zu Ärztinnen gehen und denjenigen, die Ärzte wählen.<sup>234</sup> Da in dieser Studie schwer festzustellen war, ob Frauen gezielt eine Ärztin oder eher einen Arzt wählten und die Gründe für einen Wechsel vorwiegend pragmatische waren, ist anzunehmen, daß eine Patientinnenselektion bezüglich der Frage Ärztinnen- oder Ärztwahl nicht stattgefunden hat. In Anbetracht des Wunsches nach Unterstützung durch ÄrztInnen und der Bedeutung der Compliance sollte in jedem Fall ein möglichst genaue Aufklärung von Patientinnen erfolgen.<sup>235</sup>

---

<sup>231</sup> Liao et al 1994, 411

<sup>232</sup> Hunskar et al. 1994, Abstract

<sup>233</sup> Isaacs et al. 1995, 1400

<sup>234</sup> Hartmann 1989, 10

<sup>235</sup> Isaacs 1995, 1400

## Diskussion

Beim Vergleich der Summen-score-Mittelwerte der Gruppen „Frauen mit Hausarzt,“ sowie „Frauen mit Hausärztin,“ gab es hinsichtlich der Skala „Umgang mit den Wechseljahren,“ keinen bedeutsamen Unterschied. Aufgrund des geringfügigen Unterschiedes wurde keine statistische Überprüfung vorgenommen. Bei der Betrachtung der einzelnen Items - aufgespalten in die Gruppen „Frauen mit Hausärztin“ und „Frauen mit Hausarzt“ zeigten sich jedoch Unterschiede in den Ergebnissen.

Die Beantwortung dieser Skalen war teilweise sehr unvollständig. Die Gründe hierfür können unterschiedliche sein. Zum einen war der Fragebogen insgesamt sehr umfangreich. Zum anderen kann es sein, daß Frauen keine Beschwerden hatten, durch die sie sich beeinträchtigt fühlten, oder daß sie Fragen bezüglich der Wechseljahre eher mit ihren FrauenärztInnen besprachen. Eine weitere Erklärung wäre, daß Frauen sich von ihren HausärztInnen unzureichend versorgt fühlen. Für den Fall, daß Konflikte in der Partnerschaft bestehen, könnte eine Befangenheit aus der Situation resultieren, daß Angehörige bei derselben/ demselben Hausärztin/ Hausarzt sind.

Für einige mögen die Wechseljahre aber auch schlichtweg kein Thema sein. Dagegen spricht, daß HausärztInnen insgesamt sehr häufig als AnsprechpartnerInnen angegeben wurden.

Erwähnenswert finde ich in diesem Zusammenhang die Rückmeldung von ÄrztInnen, daß Frauen gerade den Fragenkomplex zur Beziehung zwischen Patientin und Ärztin/ Arzt mit ihnen nochmals besprechen wollten. Die daraus ersichtliche Unsicherheit von Frauen läßt vermuten, daß die Fragen als sehr heikel gesehen wurden. Grundsätzlich läßt sich sagen, daß durch die Wahl der Ärztin/ des Arztes in einem Land mit hoher ÄrztInnendichte wie der BRD schon eine Selektion vorhanden ist. Anzunehmen ist, daß durch diese Tatsache ein Grund-Vertrauensverhältnis und -Zufriedenheit besteht. Deutlich wird dies beispielsweise an einem Kommentar zu der Frage nach Wünschen oder Erwartungen an die HausärztInnen, in dem versichert wird „Nein, ich vertraue meinem Hausarzt,“. Diejenigen, die unzufrieden waren, haben möglicherweise schon vor längerer Zeit gewechselt.

Die Unsicherheit der Teilnehmerinnen bei diesen Fragen könnte auch daher rühren, daß die Angst bestand, ein negatives Licht auf die/ den Hausärztin/ Hausarzt zu werfen. Andere Frauen haben möglicherweise aus den genannten Gründen kaum



## Diskussion

oder nur sehr halbherzig und inkonsequent beantwortet. Durch die Anonymität des Fragebogens und die direkte Rücksendung an die Professur für Allgemeinmedizin in Marburg mittels Freiumschlag war jedoch objektiv gesehen diese Angst unbegründet.

Für die Interpretation des Summen-score-Mittelwertes spielt es eine Rolle, ob nun Frauen viele Items relevant fanden oder sich nur zu einer einzigen Frage geäußert haben. Es macht natürlich einen Unterschied, ob z.B. nur die Frage, ob sich die/ der Hausärztin/ Hausarzt genug Zeit nahm, mit dem Wert „sehr stark,“ beantwortet wurde, sonst aber keine Angaben gemacht wurden oder alle Items der Skala zusammen im Mittel sehr positiv beantwortet wurden. So kann z.B. die Zeit als ausreichend beurteilt werden und unangenehme Tatsachen, wie das Gefühl, nicht richtig verstanden zu werden oder die fehlende Möglichkeiten, über belastenden Familiensituationen reden zu können, verschwiegen werden. Viele Items unbeantwortet zu lassen und dafür wenige sehr gut zu bewerten, würde in diesem Fall zu einer falschen Aufwertung des Verhältnisses führen. Diese Fehlerquelle könnte bei einer ausreichenden Zahl von Studien-Teilnehmerinnen umgangen werden, indem nur vollständige Daten in die Berechnung einbezogen würden.

Diskussionswürdig ist des weiteren die Frage, ob der Mittelwert der gesamten Skala für die Frage, ob Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich mit dem Thema 'Wechseljahre' umgehen, ausreichend valide ist.

Bei der Überlegung der Fragestellung ging es darum, die Ärztin/ Arzt-Patientin-Beziehung zu erfassen, speziell im Hinblick auf die Wechseljahre, aber auch das Verhältnis allgemein sollte mitaufgenommen werden. Anhand der Ergebnisse aus dem Vergleich der einzelnen Items stellt sich die Frage, ob nicht die Zusammensetzung der Fragen und Auswertung der Gesamt-Skala zu Verwischung von Informationen führt. Möglicherweise ergäbe eine Trennung zwischen spezifischen Fragen, die ausdrücklich die Wechseljahre betreffen, und allgemeinen Fragen klarere Informationen. Durch die Vermischung der Fragen zur Ärztin/ Arzt-Patientin-Beziehung bezüglich des Themas 'Wechseljahre' sowie allgemeinen hat sich eventuell auch der Bezug der Skala verwischt. Daß sich die Fragen auf die Zeit der Wechseljahre bezogen, hätte deutlicher gemacht werden müssen. Desweiteren wurde nach einem ÄrztInnen-Wechsel innerhalb der vergangenen 10 Jahre gefragt. Dies wurde von 19 Frauen bejaht. Indem der Wechsel in die Wechseljahrszeit fiel,

## Diskussion

mag für einige nicht klar gewesen sein, hinsichtlich welcher Ärztin/ welchen Arztes sie die Fragen beantworten sollten. Auch hierfür hätte angegeben werden müssen, ob Frauen die Angaben auf die/ den frühere/n oder derzeitige/n Ärztin/ Arzt beziehen sollten.

Dies könnte in einer weiteren Studie berücksichtigt und detaillierter ausgearbeitet werden.

Wie im Ergebnisteil dargestellt, zeigen sich hinsichtlich einzelner Items teils beträchtliche Unterschiede zwischen der Gruppe „Frauen mit Hausärztin,, und „Frauen mit Hausarzt,. Das Thema ‘Wechseljahre’ wurde häufiger von Ärztinnen angesprochen, die Möglichkeit, über die Wechseljahre zu sprechen, sowie die Information über die Wechseljahre durch ÄrztInnen wurde häufiger von der Gruppe „Frauen mit Hausärztin,, mit dem höchsten Wert angegeben.

Der Vergleich der Summen-scores der Skala „Umgang mit dem Thema ‘Wechseljahre’“ sowie die Unterschiede bei einzelnen Items dieser Skala sind insgesamt rein deskriptiv zu werten und wurden nicht statistisch überprüft. Dennoch können die Prozentwerte auf eine Tendenz hinweisen. Die Fallzahl ist gering und die Gruppen der „Frauen mit Hausärztin,, bzw. „Frauen mit Hausarzt,, sind nicht gleich groß. Um die Ergebnisse genauer zu betrachten und statistisch zu prüfen wäre eine Untersuchung an einer größeren Probandinnenzahl mit einem kürzeren Fragebogen lohnenswert.

Interessant wäre es sicherlich auch, den Umgang mit dem Thema Wechseljahre bei Hausärztinnen und Hausärzten in einer Stichprobe zu vergleichen, in der Frauen bewußt eine Ärztin gewählt haben. Dies könnte beinhalten, daß Frauen Ärztinnen größere Erwartungen, Offenheit und Vertrauensvorschuß entgegenbringen.

Die Frage, inwieweit das Erleben der Wechseljahre in hausärztlichen Praxen thematisiert wird, hängt neben der Art des Vertrauensverhältnisses sicherlich auch mit der Einstellung einer Frau zusammen. Wie einzelne Kommentare zeigen, sind die Wechseljahre für die einen beispielsweise „kein Thema,; für andere gehören familiäre Probleme nicht in ein Gespräch mit der/ dem Ärztin/ Arzt. Darüberhinaus haben offenbar dennoch viele Frauen in den Wechseljahren einen großen Redebedarf und sehen ihre HausärztInnen als wichtige AnsprechpartnerInnen bezüglich von Problemen an.

## 5.7 Hypothese 2

Die Menopause liegt bei den meisten Frauen zwischen dem 48. und dem 52. Lebensjahr, wobei das durchschnittliche Menopausenalter mit 49 bzw. 50 Jahren angegeben wird.<sup>236 237 238</sup>

„Vermutet wurde, daß sich das Menopausenalter seit dem Altertum bis heute um etwa 10 Jahre nach oben verschoben hat. Inzwischen wird dies angezweifelt, da es Hinweise gibt, daß schon die Frauen des klassischen Rom im Durchschnitt mit etwa 50 Jahren in das Stadium der Postmenopause kamen.“<sup>239</sup> Unterschiede bezüglich des Menopausenalters können unter anderem familiär bedingt sein oder auch durch regionale, z.B. klimatische oder geographische, Bedingungen beeinflußt werden. Desweiteren werden „kardiovaskuläre Erkrankungen, Tuberkulose, Typhus, Syphilis, Hernien, Ovarial- und Vulvakarzinom mit einer früher eintretenden Menopause in Verbindung gebracht, während Frauen mit Adipositas, Diabetes, Uterus myomatosus, Polypen, Fibroiden, Korpus-, Brust- und Zervikalkarzinom die Postmenopause etwas später erreichen sollen.“<sup>240</sup>

Bei der Diskussion um die Auswirkungen der Menopause auf körperliches und psychisches Befinden wird auch der Einfluß des Menopausenalters diskutiert.

Frauen leiden teilweise bis zu 20 Jahren unter Hitzewallungen, wie bei Kronenberg beschrieben wird. In seiner Untersuchung reichte die gesamte Zeit, in der Frauen Wechseljahrsbeschwerden hatten, von wenigen Monaten bis zu 44 Jahren, wobei die Mehrheit (70%) bis zu 7 Jahren über Hitzewallungen berichtete. Hitzewallungen über einen langen Zeitraum schienen hierbei mit einem frühen Menopausenalter assoziiert zu sein.<sup>241</sup>

---

<sup>236</sup> Pschyrembel 1990, 856

<sup>237</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 135

<sup>238</sup> Kronenberg 1990, 75

<sup>239</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 135

<sup>240</sup> Kuhl/ Taubert, 1987, 136

<sup>241</sup> Kronenberg 1990, 76f.

In Anlehnung an oben beschriebene Studien besitzen Östrogene eine protektive Wirkung auf die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen. Ein frühes Menopausenalter scheint somit das Risiko kardiovaskulärer Mortalität zu erhöhen, wie Schouw et al. in einer Untersuchung nachwiesen. Der Einfluß von Kofaktoren wie z.B. Parität wurde dabei ausgeschlossen.

Die Studie von Schouw et al. oder auch die bei E. Baum<sup>242</sup> zitierte Studie von Jick et al. (Lancet 1977, 1354) zeigten, daß die Menopause bei Raucherinnen verfrüht einsetzt. Auch wenn ein frühes Menopausenalter das kardiovaskuläre Risiko mit erhöht, ist dennoch das Rauchen ein bei weitem stärkerer Faktor.<sup>243</sup>

Ein anderer Einflußfaktor auf das Menopausenalter ist der Alkoholkonsum, der mit einer Verzögerung der Menopause assoziiert wird. Ein spätes Menopausenalter bedeutet eine verlängerte Exposition endogener Östrogene und kann somit eine kardioprotektive Wirkung aufweisen.<sup>244</sup>

Der bei E. Baum beschriebene Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem Menopausenalter hat sich in dieser Studie nicht bestätigt. In der Korrelationsprüfung wurde getestet, ob bestimmte psychosoziale Faktoren das Menopausenalter beeinflussen. Dabei ergab sich keine signifikante Korrelation. Die weitere Überprüfung dieser Hypothese mittels einer Faktorenanalyse zielte auf die Frage ab, ob sich die Gesamtheit der psychosozialen Merkmale nochmals in Untergruppen aufteilen läßt und das Menopausenalter mit einer Faktorengruppe in Zusammenhang steht. Als Ergebnis dieser Analyse rotiert das Menopausenalter mit der Variablen „Bemühtheit“, in einer Gruppe. Dies würde vermuten lassen, daß die Variablen Menopausenalter und Bemühtheit in engem Zusammenhang stehen. Dennoch konnte im Spearman-Korrelationstest kein signifikantes Ergebnis nachgewiesen werden. Anlaß für die Faktorenanalyse war die Überlegung, den bei E. Baum nachgewiesenen Zusammenhang weiterzuuntersuchen. Ihre Analyse der gesamten psychosozialen Skalen aus dem Gießen-Test, bei der die Skalen „Soziale Resonanz“, und „Selbstkontrolle“, mit dem Menopausenalter korrelierten, sollte fortgeführt werden mit dem Ziel, die Faktoren weiter zu bündeln. Somit sollte

---

<sup>242</sup> Baum 1990, 201

<sup>243</sup> Schouw et al. 1996, 716f.

<sup>244</sup> Torgerson et al. 1997, 188

herausgefunden werden, ob sich diese Merkmale zu weiteren wenigen Variablen zusammenfassen lassen, die ein schlüssiges Persönlichkeitsbild darstellen und mit dem Menopausenalter in Zusammenhang stehen. Offensichtlich war das nicht möglich.

Mittels der Clusteranalyse wurde zudem überprüft, ob sich hinsichtlich der psychosozialen Merkmale Cluster<sup>245</sup> bilden lassen, deren Mittelwerte des Menopausenalters sich signifikant unterscheiden. Beim Clustervergleich bestätigten sich die oben angeführten Ergebnisse. Die Menopausenalter-Mittelwerte unterschieden sich für Cluster (1) und (2) deskriptiv kaum. Der statistische Vergleich mittels des Mann Whitney U - Wilcoxon Rank Test war ebenso nicht signifikant. Die kleine Gruppengröße und die aus der Analyse resultierende ungleiche Verteilung der Frauen auf Cluster (1) und (2) mag das Verfahren beeinträchtigt haben. Dies hing damit zusammen, daß sich die Clusteranalyse auf Frauen mit natürlicher Menopause beschränkte. Zudem wurden Frauen aus der Rechnung ausgeschlossen, deren psychosoziale Skala nach Mittelwertsubstitution unvollständig war. Insgesamt kann zusätzlich eine Fehlerquelle darin liegen, daß das Menopausenalter nicht genau erinnert wurde.

Dennoch bleibt festzuhalten, daß in allen drei Verfahren kein Anhaltspunkt für einen Einfluß der hier gewählten psychosozialen Merkmale aus dem Gießen-Test auf das Menopausenalter zu finden war. Die Korrelation, die sich in E. Baums Studie ergab, ist somit nicht auf das unterschiedliche Menopausenalter zurückzuführen. Der bei ihr nachgewiesene Zusammenhang, daß höhere psychosoziale Werte mit höherem Menopausenalter korrelierten, lag vermutlich an der Kovarianz des Lebensalters. Mit anderen Worten war ein höheres Menopausenalter auch mit einem höheren Lebensalter zum Befragungszeitpunkt verknüpft. Die Erklärung der Kovarianz des Lebensalters macht zudem Sinn vor dem Hintergrund, daß bei Beckmann et al. hinsichtlich des Alters und Geschlechtes eine Varianzanalyse durchgeführt wurde. Dabei ergab sich, daß eine Reihe von Items, die mit sozialer Kompetenz umschrieben wurden, bei alten Menschen gehäuft vorzufinden sind. Zu diesen Items zählen unter anderem Ordentlichkeit, Kontrolliertheit, Sparsamkeit, Aufmerksamkeit und Unterwürfigkeit - Items, die gerade in den Skalen „Soziale

---

<sup>245</sup> d.h. Untergruppen der Probandinnen, die sich hinsichtlich der psychosozialen Merkmale innerhalb desselben Clusters - also gruppenintern - sehr stark ähneln, gruppenextern jedoch stark divergieren.

Resonanz,, und „Selbstkontrolle,, vorliegen. Beckmann et al. sprechen hier von „bürgerlichen Tugenden mühevoller Arbeit bei gelungener Affektkontrolle,, die alte Menschen häufig aufweisen.<sup>246</sup>

Die Frage, welchen Stellenwert das Menopausenalter hinsichtlich der Erfahrung von Beschwerden in den Wechseljahren hat, sollte im Zusammenhang mit anderen Einflußfaktoren genauer beleuchtet werden. Wenn sich andere Parameter - wie z.B. das Rauchen - auf einzelne Erscheinungen - z.B. kardiovaskuläre Beschwerden - stärker auswirken als das Menopausenalter, sollte gezielter dazu geforscht werden. Psychosoziale Bedingungen werden weitaus weniger einbezogen als biologische. Um der Verschiedenartigkeit des Erlebens gerecht zu werden und sinnvolle Maßnahmen anbieten zu können, müssen einflußnehmende Faktoren und deren Gewicht genauer betrachtet werden.

Letztendlich ist die Gedankenkette, wie psychosoziale Merkmale das Menopausenalter beeinflussen und ob ein frühes oder spätes Menopausenalter wiederum mehr oder weniger zu Beschwerden führen kann, schwierig zu evaluieren. Es stellt sich daher die Frage, ob es nicht sinnvoller ist, in Untersuchungen direkt gezielt nach Einflußfaktoren auf Beschwerden in den Wechseljahren zu forschen.

Die Vielfalt an psychosozialen Faktoren - die Frage nach sozialer Eingebundenheit oder Selbstbewußtsein zum Beispiel - ist groß, so daß Studien dazu fortgesetzt werden könnten.

### **5.8 Hypothese 3**

Bezugnehmend auf die Studie von E. Baum wurde untersucht, ob sich Frauen mit unterschiedlichen psychosozialen Merkmalen auch hinsichtlich allgemeiner Erschöpfungsneigung unterscheiden. Bei E. Baum gaben Frauen mit hohen Werten in den psychosozialen Skalen „Soziale Resonanz,, und „Selbstkontrolle,, eine

---

<sup>246</sup> Beckmann et al. 1983, 29

vermehrte allgemeine Erschöpfung an. Zwischen den genannten Parametern wurde eine signifikante Korrelation nachgewiesen.<sup>247</sup>

Wie Brähler und Scheer eingangs schreiben will der Gießener Beschwerdebogen körperliche Beschwerden erfassen, die psychosomatisch mitbedingt sind.<sup>248</sup> Das Empfinden von Beschwerden ist der Anlaß dafür, daß PatientInnen ÄrztInnen aufsuchen. Oftmals werden PatientInnen als „klagsam„ eingeschätzt, wenn sie über viele körperliche Beschwerden berichten. Um PatientInnen nicht zu unterstellen, daß sie übertreiben, und damit eine Wertung vorzunehmen, wird der Begriff des „Beschwerdedrucks„ - als Gesamtheit aller Beschwerden - eingeführt. Mit dem Gießener Beschwerdebogen wurden Werte einer repräsentativen Bevölkerung sowie verschiedener anderer Stichproben (zum Beispiel PatientInnen aus einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz) erstellt, anhand derer in der Praxis das Ausmaß der Beschwerden von PatientInnen eingeschätzt und verglichen werden kann.<sup>249</sup>

Im Gegensatz zu den oben genannten Ergebnissen bei E. Baum fand sich in dieser Untersuchung keine Korrelation zwischen psychosozialen Merkmalen und allgemeiner Erschöpfungsneigung - weder zum Zeitpunkt (1), als die Wechseljahre am stärksten waren, noch zum Zeitpunkt (2), dem Zeitpunkt der Befragung. Bei E. Baum waren hinsichtlich dieser Fragestellung Frauen nach Uterusexstirpation sowie mit aktueller Psychopharmakaeinnahme ausgeschlossen worden. Auffälligerweise wurde in der Voruntersuchung bei der Teilgruppe mit Uterusexstirpation eine „erhöhte Klagsamkeit über vegetative Beschwerden„ vorgefunden.<sup>250</sup> Trotz der Einbeziehung dieser Frauen in meine Untersuchung wurde keine erhöhte Erschöpfungsneigung festgestellt. Die Werte der Erschöpfungsneigung, die 6 Items umfaßt, lagen insgesamt zwischen 6 und 30. Am häufigsten (20% zum Zeitpunkt (1), 21,7% zum Zeitpunkt (2)) wurde der Wert 6 ermittelt, der keine Beschwerden in allen 6 Items der Skala bedeutet.

Insgesamt verhält sich in dieser Untersuchung also die Erschöpfungsneigung anders als bei den Probandinnen in der Studie von E. Baum. Somit verwundert es

---

<sup>247</sup> Baum 1990, 204

<sup>248</sup> Brähler/ Scheer 1983, 14

<sup>249</sup> Brähler/ Scheer 1983, 15

<sup>250</sup> Baum 1989, 131

nicht, daß sich die Fragestellung nach einem Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und allgemeiner Erschöpfungsneigung unterschiedlich beantwortet. Einerseits kann dies an dem Antwortverhalten der befragten Frauen liegen. Andererseits unterscheiden sich die Stichproben bei E. Baum und in dieser Studie hinsichtlich des Lebensalters und des Abstandes zur Menopause. Die Korrelation zwischen psychosozialen Merkmalen und allgemeiner Erschöpfungsneigung wurde bei E. Baum an Probandinnen nachgewiesen, deren spontane Menopause 6 bis 36 Monate zurücklag. „Frauen mit einer hohen Erschöpfungsneigung wiesen dabei überzufällig häufig diejenigen Merkmale auf, die bei Frauen mit hohem Menopausenalter beschrieben wurden,“<sup>251</sup>

Darüberhinaus ist die Gruppenzusammensetzung der vorliegenden Studie unterschiedlich, insofern, als im Gegensatz zu der Studie von E. Baum auch Frauen mit laufender oder vergangener Hormonsubstitution, Psychopharmakaeinnahme sowie Frauen nach Uterusexstirpation eingeschlossen wurden.

Zusammenhänge zwischen Körperbeschwerden und Persönlichkeitstestwerten wurden früher auch bei Brähler und Scheer überprüft. Dabei ergaben sich deutliche Korrelationen zwischen der GT-Skala 4 (Grundstimmung) und den GBB-Skalen 4 (Herz-Kreislaufbeschwerden) und 5 (Beschwerdedruck).<sup>252</sup> Bei Personen mit depressiver Grundstimmung lag mit anderen Worten ein erhöhter körperlicher Beschwerdedruck, insbesondere hinsichtlich Erschöpfungsneigung, Gliederschmerzen und Herz-Kreislaufbeschwerden vor. Zudem wurde bei Extremankreuzungen unter anderem tendenziell eine erhöhte Erschöpfungsneigung festgestellt.<sup>253</sup>

In dieser Studie wurden keine auffällig häufigen Extremankreuzungen festgestellt. Ebenso gab es keine Häufung extrem beliebter oder selbstkontrollierter Frauen. Die Werte der psychosozialen Merkmale wurden im Ergebnisteil bereits dargestellt.

Erwähnenswert ist, daß die fehlenden Werte in den Gießen-Test-Skalen höher lagen als in anderen, wie zum Beispiel den Beschwerde- oder Belastungs-Skalen. Möglicherweise lag dies daran, daß diese Skalen am Ende des Fragebogens aufgeführt waren und sich hier eine Antwortmüdigkeit breit machte. Andererseits

---

<sup>251</sup> Baum 1990, 201, 204

<sup>252</sup> GT = Gießen-Test; GBB = Gießener Beschwerdebogen

<sup>253</sup> Brähler/ Scheer 1983, 71



läßt die Rückmeldung von Frauen an ihre HausärztInnen, daß die Fragen doch teilweise sehr persönlich gewesen seien, darauf schließen, daß die Fragen zur Persönlichkeit teilweise unangenehm schienen. Dennoch kann dies dem Ergebnis, daß die psychosozialen Merkmale „Soziale Resonanz,, und „Selbstkontrolle,, keinen Einfluß auf die allgemeine Erschöpfungsneigung haben, keinen Abbruch verleihen. Die Feststellung bei E. Baum, daß Probandinnen mit erhöhter Erschöpfungsneigung überzufällig häufig dieselben psychosozialen Merkmale wie diejenigen mit hohem Menopausenalter aufwiesen<sup>254</sup>, kann somit nicht bestätigt werden. Ihre Ergebnisse wurden offenbar durch den confounder „Lebensalter,, beeinflusst.

### 5.9 Hypothese 4

Die Hormonumstellungen in den Wechseljahren gehen häufig mit psychosozialen Veränderungen einher. Häufig wird Frauen bewußt, daß die Reproduktionsfähigkeit zu Ende ist und sie älter werden. Kinderlose Frauen erleben möglicherweise nochmals eine Trauerphase, Frauen mit Kindern trauern teilweise darüber, daß die Kinder das Elternhaus verlassen haben und häufig ziehen Frauen Bilanz darüber, was sie aus ihrem Leben gemacht haben.<sup>255</sup>

In der Studie von E. Baum fand sich kein Zusammenhang zwischen sogenannten einschneidenden Veränderungen von Lebenssituationen, wie zum Beispiel dem Verlust nahestehender Personen, und menopausalen Beschwerden.<sup>256</sup> Von 57 befragten Frauen verneinten 51 eine zeitliche Verknüpfung wichtiger Ereignisse mit der Menopause.<sup>257</sup>

Dennoch kann die psychische Befindlichkeit und Einstellung zu den Wechseljahren körperliche Beschwerden beeinflussen, wie sich beispielsweise bei Avis/ Mc Kinlay oder den von Jakoby zitierten neueren Untersuchungen von B. Schultz-Zehden zeigte. Größtenteils sahen Frauen in den Wechseljahren die Menopause als

---

<sup>254</sup> Baum 1990, 204

<sup>255</sup> Jakoby 1996, 75

<sup>256</sup> Baum 1990, 200

<sup>257</sup> Baum 1990, 202

Erleichterung oder hatten eine neutrale Haltung. Die Menstruation fällt weg - und damit ein eventuell vorher erlebtes Prämenstruelles Syndrom -, die Angst vor ungewollter Schwangerschaft fällt weg und möglicherweise gibt es neue Freiräume für eigene Interessen.<sup>258</sup> <sup>259</sup> Widersprüchlich scheint dagegen, daß ein hoher Prozentsatz von Frauen die Einschätzung hatte, daß viele Frauen in den Wechseljahren depressiv oder gereizt sind. Dies mag an dem stereotypen Bild von Frauen in den Wechseljahren liegen.<sup>260</sup> Die Ergebnisse bei der Befragung von Avis/ Mc Kinlay zeigen, daß die Einstellung zu den Wechseljahren einen Einfluß auf das Erleben körperlicher Beschwerden hat. Frauen, die der Aussage zustimmten, daß bei vielfältigen Interessen im Leben die Wechseljahre kaum wahrgenommen werden, berichteten nur zu 37% von Hitzewallungen. Dagegen waren es 57% von den Frauen, die dieser Aussage nicht zustimmten.<sup>261</sup> Des weiteren berichteten Frauen mit negativer Haltung über mehr Symptome insgesamt.<sup>262</sup>

Über Zusammenhänge zwischen klimakterischen Beschwerden und psychosozialen Einflüssen wird auch in einem Beitrag von P.R. Franke berichtet. Mittels psychometrischer Tests wurden verschiedene Persönlichkeitsmerkmale, unter anderem vegetative Labilität, gemessen. Einige Items der vegetativen Labilität stimmen mit Beschwerden überein, die in dem dort verwendeten Index des klimakterischen Syndroms ebenso vorkamen. In der kontrollierten Doppelblindstudie resultierte bei Hormoneinnahme - auch in der Placebo-Gruppe - eine Verminderung des klimakterischen Beschwerde-scores um ca. 85%. Keine signifikante Veränderung fand sich dagegen hinsichtlich der vegetativen Labilität. Auffälligerweise korrelierte das Ausmaß an vegetativer Labilität mit der Häufigkeit aktueller Konflikte. Dieser Zusammenhang und die Wirkungslosigkeit der Hormonanwendung auf vegetative Labilität begründen somit, daß Beschwerden im Klimakterium psychosozial mitbedingt werden, wobei der Hormonabfall sicherlich einen fördernden Einfluß hat. Notwendig ist also, sowohl somatische als auch

---

<sup>258</sup> Jakoby 1996, 75

<sup>259</sup> Avis/ Mc Kinlay 1991, 77

<sup>260</sup> Avis/ Mc Kinlay 1991, 77

<sup>261</sup> Avis/ Mc Kinlay 1991, 76

<sup>262</sup> Avis/ Mc Kinlay 1991, 78

psychische Faktoren bei der Beratung und Behandlung von Patientinnen in dieser Lebensphase zu berücksichtigen.<sup>263</sup>

Üblicherweise werden die Wechseljahre als einschneidende Wende im Leben einer Frau gesehen. Die gesellschaftliche und damit auch individuell verinnerlichte Wertung der Wechseljahre spielt eine Rolle für die psychische Befindlichkeit. Sexualität und Reproduktion stehen allgemein für persönlichen Erfolg und Selbsterfüllung. Die Menopause gilt als drohender „biologischer Marker für einen Alterungsprozess in Kulturen, die die Jugendlichkeit rühmen„. PsychoanalytikerInnen, wie z.B. Helene Deutsch, gehen sogar soweit, den „Verlust des reproduktiven Lebens als partiellen Tod„ zu bezeichnen.<sup>264</sup> Es verwundert somit nicht, wenn „Frauen sich im Klimakterium von der Gesellschaft nicht als vollwertig anerkannt fühlen„. In den Untersuchungen von Schultz-Zehden sahen sich Frauen im Klimakterium als weniger attraktiv und weniger als 10% fühlten sich von der Gesellschaft vollwertig anerkannt. Frauen mit geringem Selbstwertgefühl und Selbstbewußtsein zeigten stärkere körperliche Beschwerden, sowohl hinsichtlich der Häufigkeit, als auch der Intensität, gegenüber Frauen mit ausgeprägtem Selbstbewußtsein. Typische Wechseljahrsbeschwerden waren zudem abhängig von weiblichem Rollenverhalten sowie der Qualität der Partnerschaft. Je „fraulicher„ das Rollenverhalten war, desto stärkere körperliche Beschwerden lagen vor.<sup>265</sup>

Neben psychosozialen Einflüssen können auch soziodemographische Aspekte mit körperlichen Beschwerden in den Wechseljahren verknüpft sein. So fanden beispielsweise McKnight und Steele in einer Befragung von Frauen im Alter von 48-52 Jahren heraus, daß Frauen aus unteren sozialen Schichten, Frauen ohne Erwerbstätigkeit sowie verheiratete Frauen mit signifikant größerer Wahrscheinlichkeit über Symptome berichteten als solche die alleine lebten, erwerbstätig waren oder höheren sozialen Schichten zugerechnet wurden.<sup>266</sup> Wie Sarrel et al. feststellten, korreliert Erwerbstätigkeit bei vielen Frauen mit stärkerer Selbstwertschätzung, besserem Gesundheitszustand und weniger psychischem

---

<sup>263</sup> Franke 1992, 102

<sup>264</sup> Avis/ Mc Kinlay 1991, 65

<sup>265</sup> Jakoby 1996, 76 sowie Schultz-Zehden 1998, 22ff., 51ff.

<sup>266</sup> McKnight/ Steele 1997, 19

Streß, weniger Angst und depressiven Stimmungen. Andererseits wurde die Arbeitsfähigkeit oftmals durch Hitzewallungen und Schlafstörungen beeinträchtigt. Erwerbstätigkeit beeinflusst also das Befinden in den Wechseljahren und umgekehrt können Wechseljahrsbeschwerden auch die Arbeitsfähigkeit einschränken. Dies sollte beim Umgang mit Frauen in den Wechseljahren von ärztlicher Seite berücksichtigt werden.<sup>267</sup>

Gerade bei Arbeitslosigkeit, die auch oft mit Armut verknüpft ist, nehmen depressive Stimmungen und Streß zu.<sup>268</sup> Da dies nicht die Fragestellung dieser Studie war, wurden diese Faktoren nicht berücksichtigt. Hierzu war auch meine Probandinnenzahl zu gering.

Wie in der Studie von E. Baum ergab sich aus der von mir durchgeführten Befragung kein Zusammenhang zwischen den psychosozialen Merkmalen und Hitzewallungen bzw. dem menopausalen Symptomenkomplex - weder zum Zeitpunkt (1), als die Wechseljahre am stärksten empfunden wurden, noch zum Zeitpunkt (2), dem Zeitpunkt der Befragung. Menopausale Beschwerden scheinen somit unabhängig zu sein von psychosozialen Merkmalen wie „Soziale Resonanz,, oder „Selbstkontrolle,,. Dies scheint widersprüchlich zu der oben zitierten Studie, in der das Selbstwertgefühl einer Frau in Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden stand. Einzuwenden ist jedoch, daß die soziale Resonanz, also die Beliebtheit und Wertschätzung von außen, nicht unbedingt mit der Selbst-Wertschätzung übereinstimmen muß. Abgesehen davon wurden beide Skalen des Gießen-Tests (Soziale Resonanz und Selbstkontrolle) zusammengefaßt mit menopausalen Symptomen korreliert und stellen somit kein Meßinstrument für Wertschätzung dar.

Bei der Interpretation des Ergebnisses sollte auch beachtet werden, daß die Skalen des Gießen-Tests innerhalb des Fragebogens diejenigen waren, die am meisten fehlende Werte aufwiesen bzw. komplett ausgelassen wurden.

Die von Jakoby zitierten umfangreichen Studien von B. Schultz-Zehden weisen darauf hin, daß soziales Rollenverhalten, Selbstwertgefühl und die Qualität der

---

<sup>267</sup> Sarrel et al. 1990, 160

<sup>268</sup> Baum, KH 1997, 5

Partnerschaft das Empfinden körperlicher Beschwerden beeinflussen.<sup>269</sup> Auch die Einschätzung, daß bei vielfältigen Interessen im Leben die Wechseljahre nicht so stark wahrgenommen werden, deutet darauf hin, daß psychosoziale Faktoren sehr wohl körperliche Beschwerden mitbestimmen.<sup>270</sup> Somit ergibt sich die Vermutung, daß bezüglich des Rollenverhaltens die Skalen des Gießen-Tests nicht das geeignete Instrumentarium waren und daher keine aufschlußreichen Ergebnisse gewonnen werden konnten. Um psychosoziale Faktoren detailliert zu untersuchen, sollten umfangreichere Methoden gründlich ausgearbeitet werden. Zudem scheint es angemessen, diese Fragestellung nicht als Teilfrage in eine Untersuchung aufzunehmen, sondern sich in einer auf diesen Komplex fokussierten Studie ausführlich damit zu befassen.

### 5.10 Hypothese 5

In die Zeit der Wechseljahre fallen oft anstrengende Umwälzungen.

Wie schon vorher berichtet sind vielfach emotionale Konflikte vorhanden, die mit subjektivem Belastungs- und Streßgefühl einhergehen können. Bekanntermaßen ruft akuter oder chronischer Streß verschiedenste hormonelle Reaktionen hervor. Streß erhöht die Freisetzung von  $\beta$ -Endorphinen sowie ACTH. Im Menstruationszyklus zeigen das Auftreten von Stimmungs- oder Appetitschwankungen sowie Reaktionen auf das Verdauungssystem, daß die Aktivitäten von  $\beta$ -Endorphinen im Zusammenhang mit den Wirkungsweisen der Sexualhormone stehen.<sup>271</sup> Die bei chronischem Streß erhöhte Aktivität von  $\beta$ -Endorphinen kann über eine Wechselwirkung mit dem hormonellen Regelkreis zu einer Hemmung der Gonadotropinsekretion und daraus resultierender Amenorrhoe führen.<sup>272</sup> Deutlich wird hierdurch, daß Streßsituationen sich auf den hormonellen Regulationskreis und das Menstruationsverhalten auswirken können. Streßfaktoren wie seelische oder körperliche Belastung können zudem über vegetative sowie

---

<sup>269</sup> Jakoby 1996, 76

<sup>270</sup> Avis/ Mc Kinlay 1991, 77

<sup>271</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 157

<sup>272</sup> Kuhl/ Taubert 1987, 157

hormonelle Reaktionen zu einem allgemeinen Anpassungssyndrom oder auch Erscheinungen wie Streßthrombosen oder Streßulcera führen.<sup>273</sup>

In der Hypothese 5 wurde der Zusammenhang zwischen subjektiver Belastung und Wechseljahrsbeschwerden untersucht. Nach Anwendung des Spearman-Tests ergaben sich hoch signifikante Korrelationen zwischen den Skalen; dies galt für beide geprüften Zeitpunkte. Wie aus dem Fragebogen ersehen werden kann, handelt es sich bei den Items der Belastungsskala sowohl um physische als auch psychisch-emotionale Belastungsfaktoren. Aus der Formulierung der Items geht hervor, daß es sich vorwiegend um eine längerdauernde Belastungssituation handelt. Streßbelastung führt akut bekanntlich zu einer vermehrten Ausschüttung von Katecholaminen sowie des Streßhormons Kortisol. Hält dieser Zustand länger an, so bewirkt Kortisol eine Mesenchymhemmung und damit eine Verringerung der Abwehrkräfte.<sup>274</sup> Wenn Belastungssituationen nun allgemein den Körper schwächen und zu verschiedenen Symptomen führen können, werden möglicherweise auch Östrogen-abhängige Beschwerden in den Wechseljahren verstärkt wahrgenommen. Andererseits ist nicht auszuschließen, daß starke menopausale Beschwerden auch die Wahrnehmung von psychisch-emotionalen Belastungsfaktoren erhöhen. Prinzipiell läßt eine Korrelation nie den Schluß auf Ursache und Wirkung zu.

Ein anderes in diesem Zusammenhang bekanntes Phänomen ist beispielsweise die durch Hochleistungssport ausgelöste Amenorrhoe. Faktoren wie Stress, geringe Kalorienzufuhr, erhöhte Körpertemperatur, niedrige Östrogenspiegel sowie erhöhte  $\beta$ -Endorphinspiegel werden für eine verspätete Menarche und/ oder eine sekundäre Amenorrhoe verantwortlich gemacht.<sup>275</sup>

Wie S. Ballinger schreibt, gibt es bezüglich der Ätiologie von Wechseljahrsbeschwerden gespaltene Ansichten zwischen medizinischer und Verhaltensforschung. Auf der einen Seite steht die endokrine Theorie, auf der anderen die auf Erfahrungen und Erleben basierende.<sup>276</sup> Betrachtet man die Symptome, die den Wechseljahren zugeordnet werden, so läßt sich feststellen, daß diese auch mit anderen Beschwerdezuständen in Verbindung gebracht werden

---

<sup>273</sup> Pschyrembel 1990, 1607-8

<sup>274</sup> Pschyrembel 1990, 1606

<sup>275</sup> Bale 1996, 52

<sup>276</sup> Ballinger 1990, 95

können. Reaktionen wie Herzrasen, Erröten, Schwitzen oder Libidoverlust sind auch Streß-Symptome. Diese gehen oft einher mit dysphorischen Empfindungen wie Angst, Depression, Angespanntheit oder Lethargie.<sup>277</sup> Ballingers Untersuchungen zu der Auswirkung von psychosozialen Streß auf den Östrogenspiegel ergaben, daß die Häufigkeit von Streßsituationen signifikant assoziiert ist mit niedrigen Östrogenwerten. Ebenso wurden bei unterschiedlichen psychosozialen Meßwerten von Ängstlichkeit/ Besorgnis, Streß/ Streßbewältigung und Depression unterschiedliche biochemische Reaktionen nachgewiesen.<sup>278</sup> Depressive Frauen hatten niedrigere Östrogenwerte in Plasma und Urin als nicht depressive Probandinnen, während dies bei den Angstpatientinnen nur für Messungen im Urin zutraf. Nach Ballingers These bestätigen diese Ergebnisse die Theorie, daß der Körper in Alarmzuständen - wie z.B. Angst - Plasmaspiegel erhalten kann, indem die Ausscheidung reduziert wird. Im dekompenzierten Zustand der Depression jedoch sinken sowohl die Produktion als auch der Metabolismus von Östrogenen.<sup>279</sup> Beim Vergleich von Frauen mit klimakterischen Beschwerden (Stichprobe aus Kliniken für Menopausenbeschwerden) mit Frauen ohne Beschwerden (Kontrollgruppe) gab es bei letzteren weniger und geringere Beziehungen zwischen Depression, Angst und niedrigen Östrogenspiegeln. Dies könnte damit zusammenhängen, daß die Kontrollgruppe weniger ängstlich oder depressiv war. Eine weitere Erklärung könnte eine bessere Fähigkeit der Kontrollgruppe sein, mit Streßerlebnissen umzugehen.<sup>280</sup> Bei Messungen von Katecholöstrogenen im Urin fanden sich höhere Werte in der Patientinnengruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Die Aufteilung der gesamten Stichprobe nach hohem und niedrigem Streß-score ergab jedoch niedrigere Katecholöstrogenwerte im Urin bei hohem Streß-score. Unter der Annahme, daß die Patientinnen aus den Kliniken für Menopausenbeschwerden höheren Streß empfinden, verwundert dieses Ergebnis. Die niedrigen Katecholöstrogen-Werte im Urin korrelierten jedoch nicht nur mit hohem Streß, sondern auch mit geringen Streßbewältigungs-Fähigkeiten. Die Vermutung, daß Patientinnen während des Klinikaufenthalts Unterstützung bekamen und Streßbewältigungsstrategien erlernten, und die Tatsache, daß die

---

<sup>277</sup> Ballinger 1990, 99

<sup>278</sup> Ballinger 1990, 106

<sup>279</sup> Ballinger 1990, 107

<sup>280</sup> Ballinger 1990, 108

## Diskussion

Urinsammlung erst am Ende des Klinikaufenthalts erfolgte, können die höheren Katecholöstrogenwerte in der Patientinnengruppe erklären. Insgesamt differierte die Patientinnengruppe hinsichtlich biochemischer und psychosozialer Faktoren von der Kontrollgruppe. Vermutlich ist erstere stärker mit umweltbedingten Streßfaktoren konfrontiert und kann schlechter damit umgehen. Postmenopausale Östrogenspiegel reagieren sensibel auf emotionale Veränderungen. Psychosozialer Streß kann somit ein Abfallen von Östrogenspiegeln bewirken und klimakterische Beschwerden mitbedingen.<sup>281</sup> Die Bestätigung der Hypothese, daß subjektive Belastung mit menopausalen Beschwerden korreliert, scheint hierdurch plausibel.

---

<sup>281</sup> Ballinger 1990, 110-111



## 6 Zusammenfassung

Ausgehend von der Überlegung, daß Ärztinnen von dem Thema Wechseljahre selbst betroffen sind und die Beziehung zwischen Ärztin/ Arzt-Patientin vom Geschlechterverhältnis abhängen könnte, wurde die *Hypothese 1* aufgestellt, daß Ärztinnen häufiger nach den Wechseljahren fragen und engagierter damit umgehen als Ärzte. Weiterhin wurden unter Bezugnahme auf Ergebnisse aus einer Studie von E. Baum psychosoziale Auswirkungen auf den Menopausenzeitpunkt, allgemeine Erschöpfungsneigung und Hitzewallungen sowie einen gesamten menopausalen Symptomenkomplex überprüft. Bezogen auf den Zeitpunkt (1), als die Wechseljahre am stärksten empfunden wurden, sowie den Zeitpunkt (2), den Zeitpunkt der Befragung, wurde untersucht, ob sich folgende Hypothesen bestätigen lassen:

*Hypothese 2:* Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem Menopausenzeitpunkt.

*Hypothese 3:* Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und allgemeiner Erschöpfungsneigung.

*Hypothese 4:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und Hitzewallungen bzw. einem gesamten menopausalen Symptomenkomplex.

Bezüglich der Frage, inwiefern die allgemeine Lebenssituation während der Wechseljahrszeit eine Rolle im Empfinden von Beschwerden spielt, wurde die Einschätzung der Belastung herausgegriffen. Als *Hypothese 5* wurde formuliert, daß es einen Zusammenhang zwischen subjektiver Belastung und menopausalen Symptomen gibt.

Im Zeitraum September 1996 bis Februar 1997 wurden Fragebögen an Frauen im Alter von 59 bis 65 Jahren über 15 Hausärztinnen und 14 Hausärzte verteilt. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS.

Die Rücklaufquote betrug mit 101 von 200 ausgeteilten Fragebögen 50,5%, wobei 7 Fragebögen wegen falscher Alterszugehörigkeit nicht ausgewertet werden konnten. Unvollständig wurden insbesondere die Skalen zur Beziehung zwischen Ärztin/ Arzt-Patientin sowie zu psychosozialen Merkmalen ausgefüllt. Aus den

## Zusammenfassung

Rückmeldungen von Seiten der ÄrztInnen läßt sich schließen, daß diese Fragen als sehr persönlich empfunden wurden.

Von den aufgestellten Hypothesen konnten nur die 4. und 5. bestätigt werden. Reproduziert wurde somit die Feststellung bei E. Baum, daß psychosoziale Merkmale keinen Einfluß auf das Auftreten von Hitzewallungen oder anderen menopausalen Beschwerden haben. Andererseits hat sich eine Korrelation zwischen dem Ausmaß subjektiver Belastung und menopausalen Beschwerden gezeigt.

Bezüglich der Hypothese 1 ergab der Vergleich der Skalenmittelwerte, daß Hausärztinnen nicht engagierter mit dem Thema Wechseljahre umgehen als Hausärzte. Bei der Betrachtung einzelner Items konnten jedoch teilweise deutliche Unterschiede festgestellt werden. Beispielsweise schienen Hausärztinnen häufiger nach den Wechseljahren zu fragen, besser zu informieren und eher die Möglichkeit zu Gesprächen zu geben als Hausärzte. Die Divergenz zwischen den Summenscore-Werten und den Einzelwerten liegt möglicherweise an der häufig unvollständigen Beantwortung der Skala. Die Zusammenfassung und Mittelung der Skalenwerte könnte hierbei zu einer Verwischung von Unterschieden geführt haben. Nichtsdestotrotz sind diese Ergebnisse rein deskriptiv zu werten und statistisch nicht gesichert.

Die Überprüfung von Hypothese 2 mittels des Spearman-Tests für ordinalverteilte, nicht-parametrische Korrelationen widerlegt den von E. Baum nachgewiesenen Zusammenhang zwischen psychosozialen Merkmalen und dem Menopausenzeitpunkt. Anzunehmen ist, daß jener infolge der breit gestreuten Altersspanne durch die Kovarianz des Lebensalters zustande gekommen war und in dieser Studie durch die Wahl einer homogenen postmenopausalen Altersgruppe wegfiel. Auch die Faktoren- sowie Clusteranalyse ergaben keinen Anhalt für einen Zusammenhang zwischen den genannten Variablen. Eingeräumt werden muß jedoch, daß diese Verfahren eher einem explorativen Ziel dienen und somit statistisch nicht aussagekräftig sind. Ebenso wurde Hypothese 3 widerlegt. Psychosoziale Merkmale scheinen somit keinen Einfluß auf allgemeine Erschöpfungsneigung zu haben. Dieses zu den Aussagen von E. Baum gegenteilige Ergebnis könnte in der unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichprobe begründet liegen. Im Gegensatz zu der Studie von E. Baum wurden

## Zusammenfassung

Frauen nach Uterusexstirpation oder mit Hormonsubstitution in dieser Studie nicht ausgeschlossen.

Insgesamt liegt bei der Bewertung der Untersuchung eine Schwierigkeit darin, daß eine selektive Probandinnengruppe vorlag. Es muß damit gerechnet werden, daß die Teilnehmerinnen eher zufrieden mit der hausärztlichen Betreuung waren, daß sie möglicherweise mehr Beschwerden mit den Wechseljahren hatten und deswegen an der Studie eher interessiert waren. Frauen, die nicht zu HausärztInnen gehen, wurden zudem nicht berücksichtigt.

Weiterhin ist die Non-Responderrate bezüglich einiger Variablen relativ hoch. Die Ursache dafür mag an den teilweise sehr persönlichen und schwierigen Fragen, wie zum Beispiel zur Sexualität oder zum ÄrztInnen-Patientinnen-Verhältnis, liegen. Dies führt jedoch generell in Untersuchungen zu einer großen Anzahl fehlender oder zu unehrlichen Antworten.

Im Hinblick auf diese Störfaktoren müssen die Ergebnisse dieser Studie kritisch bewertet werden.

Dennoch läßt sich trotz dieser Einschränkungen feststellen, daß Hausärztinnen und Hausärzte für Frauen eine wichtige Rolle als AnsprechpartnerInnen bezüglich der Wechseljahre spielen. Tendenziell lassen sich auch Unterschiede im Umgang mit dem Thema 'Wechseljahre' bei Hausärztinnen und Hausärzten feststellen. Die Ergebnisse dieser Studie können somit als kenntnisreiche Exploration betrachtet werden, die vielfältige Ansätze aufzeigen, und in weiterführenden Untersuchungen gezielt statistisch überprüft werden könnten.

## 7 Literaturverzeichnis

Avis, NE, Mc Kinlay, SM (1991): A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 13: 65-79.

Bachmann, GA (1990): Sexual Issues at Menopause. *Ann N Y Acad Sci* 592: 87-94.

Bale, P, Doust, J, Dawson, D (1996): Gymnasts, distance runners, and anorexics body composition and menstrual status. *J Sports Med Phys Fitness* 36: 49-53.

Ballinger, S (1990): Stress as a Factor in Lowered Estrogen Levels in the Early Postmenopause. *Ann N Y Acad Sci* 592: 95-113.

Barlow, DH, Brockie, JA, Rees, CMP, Oxford General Practitioners Menopause Study Group (1991): Study of general practice consultations and menopausal problems. *BMJ* 302: 274-6.

Baum, E (1989): Das Klimakterium unter allgemeinmedizinischem Aspekt. Ergebnisse zweier praxisbezogener Studien und eines Bewegungsprogramms. Haag und Herchen, Frankfurt am Main.

Baum, E (1990): Psychosoziale Einflüsse auf den Menopausenzeitpunkt und Beschwerden in der frühen Postmenopause. *PPmP* 40 (6): 200-206.

Baum, KH (1997): Ärzte bewerten Arbeitslosigkeit als Gesundheitsrisiko. *Frankfurter Rundschau* 6. Dezember : 5.

Beckmann, D, Brähler, E, Richter, HE (1983): Gießen-Test. Verlag H. Huber, Bern- Stuttgart-Wien, 3. Auflage.

Bell, S (1990): Sociological Perspectives on the Medicalization of Menopause. *Ann N Y Acad Sci* 592: 173-8.

Bewley, S, Bewley, TH (1992): Drug dependence with oestrogen replacement therapy. *Lancet* 339: 290-1.

Boot, AM, de Ridder, MAJ, Pols, HAP, Krenning, EP, de Muinck Keizer-Schrama, SMPF (1997): Bone Mineral Density in Children and Adolescents: Relation to Puberty, Calcium Intake, and Physical Activity. *JCE & M* 82 (1): 57-62.

Bortz, J (1989): Statistik für Sozialwissenschaftler. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg- New York-London-Paris-Tokyo, 3. Auflage.

Brähler, E, Scheer, J (1983): Der Gießener Beschwerdebogen. Verlag H. Huber, Bern-Stuttgart-Wien.

Brigitte 1995: Anzeigen. 12: 84-6.

Brigitte 1995: Anzeigen. 19: 68.

Casper, RF et al. (1979): Menopausal flushes: A neuroendocrine link with pulsatile luteinizing hormone secretion. *Science* 205: 823-5.

Chatel, A, Fugère, P, Bissonnette, F, Bérubé, S (1996): Psychological Distress and Sexuality in a Group of Woman Attending a Menopause Clinic: Effect of Hormonal Replacement Therapy. *Journal of The North American Menopause Society* 3 (3): 165-71.

Colditz, GA, Hankinson, SE, Hunter, DJ, Willett, WC, Manson, JE, Stampfer, MJ, et al. (1995): The use of estrogen and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 332: 1589-93.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (1997): Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer. *Lancet* 350: 1047-59.

Darling, G, Johns, J, Mc Cloud, P, Davis, S (1997): ESTROGEN AND PROGESTIN COMPARED WITH SIMVASTATIN FOR HYPERCHOLESTEROLEMIA IN POSTMENOPAUSAL WOMEN. *N Engl J Med* 337 (9): 595-601.

Daly, E, Vessey, M, Hawkins, M, Carson, J, Gough, p, Marsh, S (1996): Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet* 348: 977-80.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Osteoporose (DAGO) (1997): Es muß nicht immer High-Tech sein! Die aktuellen Empfehlungen der DAGO zur Osteoporose-Diagnostik. *Der Allgemeinarzt* 15: 1386-9.

Elschenbroich, D (1995): Wie es ist, ist es gut. Die Menopause als leeres Zeichen: Weibliche Lebensmitte in asiatischen Gesellschaften. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 28. Juni, 147: N 6.

Enders, U (Hg.) (1990): Zart war ich, bitter war's. Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. *Volksblatt Verlag, Köln*.

Felder, H, Scheer, JW (1992): Die Bedeutung des Frauenarztes für die ältere Frau. In: *Psychologie der Medizin*. Huppmann, G, Fischbeck, S (Hg.), Königshausen & Neumann, Würzburg: 100.

Feministisches Frauengesundheitszentrum Berlin e.V. (Hg.) (1994): *Wechseljahre*. Oktoberdruck, Berlin, 4. Auflage.

Flint, M (1975): The Menopause: Reward or Punishment? *Psychosomatics* 16: 161-3.

Flint, M, Samil, R (1990): Cultural and Subcultural Meanings of the Menopause. *Ann N Y Acad Sci* 592: 134-48.

Franck, H (1997): Heimtrainingsprogramm für Osteoporose-Patienten. *Allgemeinarzt* 15: 1400-3.

Franke, P (1992): Zusammenhänge von klimakterischem Syndrom und Neurotizismus - psychometrische Ergebnisse einer Hormon- und Plazebostudie. In: *Psychologie der Medizin*. Huppmann, G, Fischbeck, S (Hg.), Königshausen & Neumann, Würzburg: 102.

Fritzsche, K, Stein, B, Herzog, T, Dornberg, M, Heiß, HW, Teilnehmer der Dutschen Verbundstudie der European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) (1995): Krankheiten im Alter aus Sicht des psychosomatischen Konsildienstes. In: *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik*. Heuft, G, Kruse, A, Nehen, HG, Radebold, H (Hg.), *Medizin Verlag, München*: 135-49.

Gambacciani, M, Spinetti, A, Orlandi, R, Piaggese, L, Cappagli, B, Weiss, C, Ciaponi, M, Genazzani, AR (1995): Effects of a new estrogen/ progestin combination in the treatment of postmenopausal syndrome. *Maturitas* 22:115-20.

Gehrke, A (1991): Physiotherapie. In: *Pyrmonter Gespräche*: 27.

Grady, D, Rubin, SM, Petitti, DB, et al. (1992): Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 117: 1016-37.

Graziottin, A, Aloysio, D de (1997): A new therapeutic approach to HRT with low dose estrogens. IV. European Congress on Menopause, Wien, Hofburg, 8.-12.10.1997, Abstract.

Griffith, F, Jones, K (1995): The use of hormone replacement therapy; results of a community survey. *Fam Pract* 12 (2): 163-5.

Grodstein, F, Stampfer, MJ, Colditz, GA, Willett, WC, Manson, JE, Joffe, M, Rosner, B, Fuchs, C, Hankinson, SE, Hunter, DJ, Hennekens, CH, Speizer, FE (1997): POSTMENOPAUSAL HORMONE THERAPY AND MORTALITY. *N Engl J Med* 336 (25): 1769-75.

Grodstein, F, Stampfer, MJ, Goldhaber, SZ, Manson JE, Colditz, GA, Speizer, FE, Willett, WC, Hennekens, CH (1996): Prospective study of exogenous hormones and risk of pulmonary embolism in women. *Lancet* 348: 983-7.

Grodstein, F/ Stampfer, MJ (1995): The epidemiology of coronary heart disease and estrogen replacement in postmenopausal women. *Prog Cardiovasc Dis* 38: 199-210.

Hartmann, G (1989): Die Hysterektomie und ihr körperlich-seelischer Stellenwert. Marburg, Dissertation.

Hauser, GA, Huber, IC, Keller, PJ, Lauritzen, C, Schneider, HPG (1994): Evaluation der klimakterischen Beschwerden (Menopause Rating Scale - MRS). *Zentralbl Gynäkol* 116: 16-23.

Hemminki, E, Mc Pherson, K (1997): Impact of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular events and cancer: pooled data from clinical trials. *BMJ* 315: 149-53.

Hertz, D, Molinski, H (1986): *Psychosomatik der Frau*. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo, 3. Auflage.

Hoefler, G, Harnoncourt, F, Paschke, E, Mitrl, W, Pfeiffer, KH, Kostner, GM (1988): Lipoprotein(a): a risk factor for myocardial infarction. *Arteriosclerosis* 8: 398-401.

Hunskar, S, Hannestad, YS, Backe, B, Matheson, I (1994): Attitudes of Norwegian general practitioners to prescription of estrogens. Abstract, *Tidsskr Nor Laegeforen* 114 (18): 2095-8.

Hunter, M (1992): The South-East England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. *Maturitas* 14: 117-26. In: *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik*. Heuft, G, Kruse, A, Nehen, HG, Radebold, H (Hg.), Medizin Verlag, München: 73-80.

Husmann, F (1997): Klinische Erfahrungen mit Climen bei peri- und postmenopausalen Frauen. *Zentralbl Gynäkol* 119 (3): 123-7.

Hutchinson, TA, Polansky, SM, Feinstein, AR (1979): POST-MENOPAUSAL OESTROGENS PROTECT AGAINST FRACTURES OF HIP AND DISTAL RADIUS. *Lancet* (Oct 6): 705-9.

Isaacs, AJ, Britton, AR, Mc Pherson, K (1995): Utilisation of hormone replacement therapy by women doctors. *BMJ* 311: 1399-1401.

Jakoby, R (1996): Die Frau in der Menopause. Wechsel in ein neues Lebensgefühl. Der Kassenarzt 39: 75-6.

Jick, H, Derby, L, Myers, M, Vasilakis, C, Newton, K (1996): Risk of hospital admission for idiopathic thromboembolism among users of postmenopausal oestrogens. Lancet 348: 981-3.

Jürgensen, O, Langlotz, H (1995): Klagen von Patientinnen im Senium im Vergleich mit Klagen menopausaler Frauen im Rahmen einer gynäkologischen Sprechstunde. In: Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik. Heuft, G, Kruse, A, Nehen, HG, Radebold, H (Hg.), Medizin Verlag, München: 95-106.

Karg, U (1991): Hormonpillen - nein danke! Erfahrungsbericht. CLIO 33: 18-9.

Kaufert, PA, Gilbert, P, Tate, R (1992): The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. Maturitas 14: 143-55.

Kim CJ, Min, YK, Ryu, WS, Kwak, JW, Ryoo, UH (1996): Effect of Hormone Replacement Therapy on Lipoprotein(a) and Lipid Levels in Postmenopausal Women. Arch Intern Med 156 (26): 1693-1700.

Komulainen, M, Heikkinen, AM, Tuppurainen, M, Kröger, H, Alhava, E, Honkanen, R, Saarikoski, S (1996): VITAMIN D IS INEFFECTIVE IN PREVENTION OF OSTEOPOROSIS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN. World Congress on Osteoporosis, Amsterdam, 18.-23.5.1996, Abstract.

Kon Koh, K, Mincemoyer, R, Bui, M, Csako, G, Pucino, F, Guetta, V, Waclawiw, M, Cannon, R (1997): EFFECTS OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY ON FIBRINOLYSIS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN. N Engl J Med 336 (10): 683-90.

Krauß, K, Rossmanith, WG (1997): Hormonsubstitution bei Risikopatientinnen. Osteologie 6 (1): 15-21.

Kronenberg, F(1990): Hot flashes: Epidemiology and physiology. Ann NY Acad of Sci 592: 52-85.

Kronenberg, F, Barnard, RM (1990): Influence of Ambient Temperature on Frequency and Intensity of Menopausal Hot Flashes. Ann N Y Acad Sci 592: 481-5.

Kuhl, H (1996): Kardiovaskuläre Protektion durch Östrogen/ Gestagen-Substitution. Dt Ärztebl 93 (17): A-1116-9.

Kuhl, H, Taubert, HD (1987): Das Klimakterium. Thieme, Stuttgart-New York.

Laschet, H (1991): Mit der Gesundheitsreform hat Prävention einen neuen Stellenwert. In: Pyrmonter Gespräche: 30-1.

Liao, K, Hunter, MS, White, P (1994): Beliefs about Menopause of General Practitioners and Mid-aged Woman. Fam Pract 11 (4): 408-12.

Longcope, C (1990): Hormone Dynamics at the Menopause. Ann N Y Acad Sci 592: 21-30.

Lippert, TH (1991): Pharmakologie der Östrogenpräparate. In: Pyrmonter Gespräche: 18-9.

McKnight, A, Steele, K (1997): Influence of sociodemographic factors and hormone replacement on climacteric symptoms. Eur J Gen Pract 3: 19-22.

- Martius, G, Breckwoldt, M, Pfeleiderer, A, (Hg.) (1996): Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 2. Auflage.
- Minne, H (1991): Häufigkeit der Osteoporose: Symptome-Limitationen, Sozialmedizinische Folgen. In: Pyrmonter Gespräche: 10.
- Minne, H (1991): Pharmakotherapie bei „üblicher,, Osteoporose. In: Pyrmonter Gespräche: 24-5.
- Molnar, GW (1979): Investigation of hot flashes by ambulatory monitoring. Am J Physiol 6: R306-10.
- Nabulsi, AA, Folsom AR, White, A et al. (1993): Association of hormone-replacement therapy with various cardiovascular risk factors in postmenopausal women. N Engl J Med 328: 1069-75.
- Nicol-Smith, N (1996): Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature. BMJ 313: 1229-32.
- Nissim, R (1995): Wechseljahre Wechselzeit. Oranda Frauenverlag, Berlin, 2. Auflage.
- Northrup, C (1996): Frauenkörper Frauenweisheit. Verlag Zabert Sandmann, München, 3. Auflage.
- O'Connor, V, del Mar, C, Sheehan, M, Fox-Young, S, Cragg, C, Siskind, V (1996): The menopause and hormone replacement therapy: Australian general practitioners' self-reported opinions, attitudes and behaviour. Fam Pract 13 (5): 421-6.
- Olbricht, I (1993): Was Frauen krank macht. Kösel Verlag, München.
- Paganini-Hill, A, Henderson, VW (1996): Estrogen Replacement Therapy and Risk of Alzheimer Disease. Arch Intern Med 156: 2213-7.
- Pientka, L (1996): Medizinische Ökonomie. Die Bedeutung evidenzbasierter Entscheidungen für die Gesundheitspolitik. Med Klin 91 (8): 541-6.
- Pientka, L (1997): Osteoporose-Leitlinien. Der Allgemeinarzt 15: 1374-5.
- Pschyrembel (1990): Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter, Berlin-New York, 256. Auflage.
- Rackley, C (1995): Estrogen and Coronary Artery Disease in Postmenopausal Women. Am J Med 99: 117-8.
- Renkawitz, A (1997): Aufrecht ins Alter. Bewegung und Ernährung als wichtigste Säulen der Osteoporose-Vorbeugung. Der Allgemeinarzt 15: 1376-8.
- Renkawitz, A (1997): Bioverfügbarkeit von Kalzium. Der Allgemeinarzt 15: 1380-5.
- Röring, R (1994): Gedichte und Berichte aus fünf Kontinenten. Tageszeitung-Journal zur Weltfrauenkonferenz 1. Dezember: 60-62
- Samaan, SA, Crawford, MH (1995): Estrogen and cardiovascular function after menopause. J Am Coll Cardiol 26: 1403-10.



- Sarrel, P, Rousseau, M, Mazure, C, Glazer, W (1990): Ovarian Steroids and the Capacity to Function at Home and in the Workplace. *Ann N Y Acad Sci* 592: 156-61.
- Scharla, SH (1997): Medikamente gegen Knochenschwund. *Der Allgemeinarzt* 15: 1390-8.
- Schmidt-Matthiesen (1992): Gynäkologie und Geburtshilfe. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York, 8. Auflage.
- Schneider, D, Barrett-Connor, E, Morton, D (1997): Timing of Postmenopausal Estrogen for Optimal Bone Mineral Density. *JAMA* 277 (7): 543-7.
- Schouw, YT van der, Graaf, Y van der, Steyerberg, EW, Eijkemans, MJE, Banga, JD (1996): Age at menopause as a risk factor for cardiovascular mortality. *Lancet* 347: 714-8.
- Schultz-Zehden, B (1998): FrauenGesundheit in und nach den Wechseljahren. Verlag Kempkes, Gladenbach.
- Schwabe, U, Paffrath, D (Hg.) (1994): Arzneiverordnungsreport ` 94. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Bd. 10.
- Semler, J (1991): Prävention der Osteoporose: Weitere Möglichkeiten. In: Pyrmonter Gespräche: 21.
- Sies, C (1995): Aspekte der weiblichen Sexualität im Alter. In: Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik. Heuft, G, Kruse, A, Nehen, HG, Radebold, H (Hg.), Medizin Verlag, München: 73-80.
- Springer-Kremser, M, Ringler, M, Eder, A (Hg.) (1991): Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus. Springer Verlag, Wien-New York.
- Sydow, K von (1995): Sexuelle Probleme älterer Frauen. In: Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik. Heuft, G, Kruse, A, Nehen, HG, Radebold, H (Hg.), Medizin Verlag, München: 81-94.
- Torgerson, DJ, Campbell, M, Reid, D (1997): Alcohol consumption may influence onset of the menopause. *BMJ letters* 315: 188.
- Uexküll, T von (1990): Psychosomatische Medizin. Adler, R, Herrmann, JM, Köhle, K, Schonecke, OW, Uexküll, T von, Wesiack, W (Hg.), Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 4. Auflage.
- Uexküll, T von (1996): Psychosomatische Medizin. Adler, R, Herrmann, JM, Köhle, K, Schonecke, OW, Uexküll, T von, Wesiack, W (Hg.), Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 5. Auflage.
- Vandenbroucke, JP, Helmerhorst, FM (1996): Risk of venous thrombosis with hormone-replacement therapy. *Lancet* 348: 972.
- Valet, A, Goerke, K, Steller, S (1991): Klinik Leitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe. Jungjohann Verlag, Neckarsulm-Stuttgart, 2. Auflage.
- Volterarani, M, Rosano, G, Coats, A, Beale, C, Collins, P (1995): Estrogen Acutely Increases Peripheral Blood Flow in Postmenopausal Women. *Am J Med* 99: 119-22.
- Weinstein, M, Tosteson, A (1990): Cost-Effectiveness of Hormone Replacement. *Ann N Y Acad Sci* 592: 162-72.

Wenderlein, JM, Eissfeldt, K, Heber, F, Dannert, E (1995): Osteoporose-Prophylaxe: Gezielte Beratung zur Östrogen-Substitution. *Der Frauenarzt* 36 (5): 581-4.

Wenger, N (1997): Coronary heart disease: an older woman's major health risk. *BMJ* 315: 1085-90.

Writing Group for the PEPI Trial (1995): Effects of estrogen or estrogen/ progestin regimes on heart disease risk factors in postmenopausal women. The postmenopausal estrogen/ progestin interventions (PEPI) Trial. *JAMA* 273: 199-208.

Writing Group for the PEPI Trial (1996): Effects of Hormone Therapy on Bone Mineral Density. *JAMA* 276 (17): 1389-96.

Zumoff, B (1997): Editorial: The critical role of alcohol consumption in determining the risk of breast cancer with postmenopausal estrogen administration. *JCE & M* 82 (6): 1656-8.

# Anhang

## Fragebogen

### Sehr geehrte Patientin,

Die Wechseljahre sind für viele Frauen eine kritische Phase.

Wir wissen noch viel zu wenig darüber, warum manche Frauen starke und andere überhaupt keine Beschwerden haben und wie die optimale Behandlung aussehen soll.

Dehalb bitten wir Sie, im Rahmen eines Forschungsprojektes der Professur für Allgemeinmedizin der Universität Marburg (Leiterin: Fr. Prof. Baum; Doktorandin: cand. med. Olivia Süß), den folgenden Fragebogen auszufüllen und in dem beiliegenden, bereits frankierten Umschlag zurückzusenden.

Sie brauchen Ihren Namen nicht anzugeben. Die Untersuchung ist anonym! Ein Rückschluß auf Ihre Person ist nicht möglich.

**Um Ihre Angaben verwenden zu können, ist es wichtig, daß Sie den Fragebogen vollständig ausfüllen.**

Sollten Sie eine Frage aus Versehen falsch angekreuzt haben, so streichen Sie bitte das Kästchen **deutlich** durch und kreuzen Sie das richtige an!

Kommentare und Kritik sind gerne gesehen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

## Fragebogen zur Untersuchung von Wechseljahrsbeschwerden

### Wie alt sind Sie?

\_\_\_\_\_

### Leben Sie in einer Partnerschaft?

- ja
- nein

### Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- geschieden seit \_\_\_\_\_
- verwitwet seit \_\_\_\_\_

### Welchen Bildungsabschluß haben Sie?

Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den höchsten.

- keinen
- Hauptschulabschluß
- Mittlere Reife (Realschulabschluß)
- Fachabitur/ allgemeines Abitur
- Fachhochschulabschluß/ Hochschulabschluß

### Waren Sie in den letzten 10 Jahren berufstätig oder haben Sie neben der Hausarbeit gearbeitet? (egal ob bezahlt oder unbezahlt; z.B. Mitarbeit im Familienbetrieb, Buchführung, Mithilfe bei Erntearbeiten,...)

- ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- nein

## Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Monatsblutung?

\_\_\_\_\_

## Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Meine Monatsblutung.....

- ....hörte plötzlich auf
- ....wurde langsam seltener

## Ist Ihre Gebärmutter entfernt worden?

- ja      wann? \_\_\_\_\_
- nein

## Ist/ sind bei Ihnen ein/ beide Eierstöcke entfernt worden?

- nein
- ja, ein Eierstock (die Monatsblutung bleibt dabei normalerweise erhalten)
- ja, beide Eierstöcke (die Monatsblutung hört danach gänzlich auf)      wann? \_\_\_\_\_

## Nur für Frauen, bei denen beide Eierstöcke oder die Gebärmutter entfernt wurden:

Haben Sie nach der Operation sofort eine Hormonbehandlung angefangen?     ja     nein

Haben Sie die Hormone mittlerweile wieder abgesetzt?     ja,    wann? \_\_\_\_\_  
 nein

**Geben Sie bitte an, wie Sie folgende Beschwerden empfunden haben, zum Zeitpunkt, als die Wechseljahrsbeschwerden am stärksten waren.**

Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt? \_\_\_\_\_

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	keine	leichte	mittlere	starke	sehr starke
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Leistungs-/ Gedächtnisminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnahme des sexuellen Lustempfindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnwegsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- und Muskelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Geben Sie bitte an, wie Sie zum Zeitpunkt, als die Wechseljahrsbeschwerden am stärksten waren, folgende allgemeine Beschwerden empfunden haben**

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	keine	leichte	mittlere	starke	sehr starke
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl der Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Bitte geben Sie an, wie Sie folgende Beschwerden jetzt empfinden

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	keine	leichte	mittlere	starke	sehr starke
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmungen/starker Drang zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Leistungs-/ Gedächtnisminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnahme des sexuellen Lustempfindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnwegsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- und Muskelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl der Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**hier sind einige Behandlungsformen aufgelistet. Geben Sie bitte zu jeder an, ob diese von Ihnen während der Zeit ler Wechseljahre angewendet wurde.**

Wenn Sie „nein“ angekreuzt haben, dann gehen Sie bitte zur nächsten Zeile; wenn „ja“, dann füllen Sie **bitte unbedingt den Rest der Zeile vollständig** aus!

	angewendet?	wenn angewendet, hat es geholfen?	wenn angewendet, gab es Nebenwirkungen?	wenn angewendet, wer hat die Behandlung angeregt?
Hormone für die Wechseljahre	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person
Vitamine	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person
Beruhigungsmittel oder ähnliches	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person
Ernährungsumstellung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person
Gesprächsbehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person
Bewegung/Sport	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person



	angewendet?	wenn angewendet, hat es geholfen?	wenn angewendet, gab es Nebenwirkungen?	wenn angewendet, wer hat die Behandlung angeregt?
Entspannungsübungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person
Akupunktur	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person
Homöopathische/pflanzl Mittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person
andere naturheilkundliche Behandlungen, wie z.B. Wasseranwendungen, Kneipp, usw.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Frauenärztin/Frauenarzt <input type="checkbox"/> andere Person

**Bitte kreuzen Sie hier nur 1 Kästchen an, je nachdem ob Sie bei einer Frau oder einem Mann in der Praxis sind!**

Meine hausärztliche Betreuung erhalte ich durch:

- eine Ärztin
- einen Arzt

**Haben Sie während der letzten 10 Jahre Ihre Hausärztin/ Ihren Hausarzt gewechselt?**

- ja
- nein

Wenn ja, geben Sie bitte an, ob Sie davor bei einer Ärztin oder einem Arzt waren und warum Sie gewechselt haben

---

---

---

**Bitte geben Sie maximal 3 wichtige Personen(-gruppen) an, denen Sie sich anvertrauen konnten, wenn Sie Fragen zu oder Beschwerden mit den Wechseljahren hatten.**

Geben Sie diese Personen bitte in einer Rangfolge an und setzen Sie eine **1** hinter die Ihnen **allerwichtigste Person**, eine **2** hinter die **2.wichtigste Person**, eine **3** hinter die **3.wichtigste**.

- Partner \_\_\_\_\_
- Kinder \_\_\_\_\_
- Freundinnen/Freunde \_\_\_\_\_
- Hausärztin/ Hausarzt \_\_\_\_\_
- Frauenärztin/ Frauenarzt \_\_\_\_\_
- andere Ärztin/ Arzt \_\_\_\_\_
- Bekannte \_\_\_\_\_
- andere Verwandete \_\_\_\_\_
- sonstige, und zwar: \_\_\_\_\_

## In den folgenden Zeilen sind Behauptungen aufgestellt.

Beurteilen Sie bitte, inwieweit diese auf Sie zutreffen.

1 = „stimmt nicht“; 2 = „stimmt etwas mehr“; ... bis zu 5 = „stimmt ganz genau“.

	stimmt nicht	1	2	3	4	5	stimmt
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt hat das Thema Wechseljahre häufig von sich aus angesprochen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ich wollte (bzw. gewollt hätte), konnte ich häufig über aufgetretene Veränderungen oder Beschwerden durch die Wechseljahre reden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich fühlte mich gut informiert darüber, wie ich mit Veränderungen in den Wechseljahren oder Beschwerden umgehen könnte.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es half mir, mit meiner Hausärztin/ meinem Hausarzt über Schwierigkeiten bezüglich der Wechseljahre zu sprechen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt klärte mich genau über Sinn und Nutzen einer Hormontherapie für die Wechseljahre auf.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine allgemeine Situation während der Wechseljahre war oft Thema im Gespräch mit meiner Hausärztin/ meinem Hausarzt.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ich Schwierigkeiten in meiner Familie hatte, konnte ich (vorausgesetzt ich wollte das) darüber reden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich fühlte mich im Gespräch allgemein oft sicher und geborgen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte das Gefühl alles fragen und sagen zu können, was ich wollte.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich fühlte mich im allgemeinen gut beraten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt nahm sich immer ausreichend Zeit für mich.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich fühlte mich meistens gut verstanden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Haben Sie Wünsche oder Erwartungen an Ihre Hausärztin/Hausarzt, z.B. in Bezug auf den Umgang mit Ihnen, Ihren Fragen oder Problemen im allgemeinen sowie im Hinblick auf die Wechseljahre?**

---

---

## Wenn Sie an die gesamte Zeit der Wechseljahre denken, wie haben Sie sich in diesem Lebensabschnitt gefühlt?

Bitte überprüfen Sie folgende Aussagen auf ihre Richtigkeit.

	stimmt nicht	1	2	3	4	5	stimmt
Ich fühlte mich oft überfordert durch Verpflichtungen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich fühlte mich oft durch die Hausarbeit/ den Beruf belastet.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich konnte mich gut entspannen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oft hätte ich gerne die Verantwortung abgegeben.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ich um Hilfe gebeten wurde, war mir das oft zuviel.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte auch viel Zeit für mich.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich fühlte mich durch pflegebedürftige Familienangehörige/andere Personen belastet.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oft war mir alles zu viel.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Während dieser Zeit gab es viele Auseinandersetzungen in meinem Umfeld.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Während dieser Zeit konnte ich selbst schlecht mit meinen Sorgen umgehen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Während dieser Zeit hatte ich kaum eine Person, der ich mich anvertrauen konnte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Wie haben Sie über folgende Aussagen gedacht?

	stimmt nicht	1	2	3	4	5	stimmt
Ich bin froh, daß meine Monatsblutung vorbei ist.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jetzt brauchte ich keine Angst mehr vor einer unerwünschten Schwangerschaft mehr haben.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seit den Wechseljahren habe ich das Gefühl, alt zu sein.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Aufhören der monatlichen Blutung bedeutete für mich einen Verlust an Weiblichkeit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte schon vor den Wechseljahren Angst, daß ich während der Zeit Beschwerden haben würde.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Platz für zusätzliche Kommentare oder Beschreibungen Ihrer Gefühle und Gedanken:**

---

---

---

**Hier geht es um Ihre Selbsteinschätzung. Auf der Skala können Sie**

**jeweils angeben, ob für Sie eher die linke Seite zutrifft oder die rechte.  
Bei „0“ liegen Sie in der Mitte.**

Bsp.: 0 = Sie haben den Eindruck, daß Sie im Vergleich zu anderen in der Mitte liegen.

1,2,3 = Je nach Ausmaß 1,2 oder 3 haben Sie den Eindruck, im Vergleich zu anderen z.B. eher leicht oder schwer anziehend zu wirken.

Ich habe den Eindruck, ich habe es eher sehr <b>schwer</b> , auf andere anziehend zu wirken.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich habe den Eindruck, ich habe es eher sehr <b>leicht</b> , auf andere anziehend zu wirken
Ich schätze, es gelingt mir eher <b>schwer</b> , mich beliebt zu machen.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich schätze, es gelingt mir eher <b>leicht</b> , mich beliebt zu machen.
Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für <b>minderwertig</b> hält.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für <b>wertvoll</b> hält.
Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher <b>unzufrieden</b> sind.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders <b>zufrieden</b> sind.
Ich habe den Eindruck, es gelingt mit eher <b>schlecht</b> , meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher <b>gut</b> , meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
Ich glaube, ich lege <b>kaum</b> Wert darauf, schön auszusehen.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich glaube, ich lege <b>sehr viel</b> Wert darauf, schön auszusehen.
Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher <b>schlecht</b> mit Geld umgehen.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher <b>gut</b> mit Geld umgehen.
Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr <b>wenig ordentlich</b> .	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich habe den Eindruck, ich bin eher <b>überordentlich</b> .
Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher <b>Bequemlichkeit</b> .	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders <b>viel Mühe</b> .
Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher <b>großzügig</b> .	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich glaube ich bin mit der Wahrheit eher <b>übergenu</b> .
Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher <b>schwer, bei einer Sache</b> zu bleiben.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher <b>leicht, bei einer Sache</b> zu bleiben.
Ich glaube, ich kann sehr <b>leicht</b> ausgelassen sein.	3 2 1 0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich glaube, ich kann sehr <b>schwer</b> ausgelassen sein.



## **Akademische Lehrerinnen und Lehrer**

Prof. Amon, Prof. Arnold, Prof. Aumüller, Prof. Basler, Prof. Bauer, Prof. Baum,  
Prof. Berger, Prof. Egbring, PD Dr. Ehlenz, Prof. Emons, Prof. Eschenbach, Prof.  
Ganz, Prof. Geus, Prof. Golenhofen, Prof. Gotzen, Prof. Gressner, Prof. Happle,  
Prof. Havemann, Prof. Hildebrandt, Prof. Huffmann, Prof. Joseph, Prof. Kaffarnik,  
Prof. Kern, Prof. Klenk, Prof. Kleinsasser, Prof. Klose, Prof. Krause, Prof. Küster,  
Prof. Lange, Prof. Lennartz, Prof. Maisch, Prof. Mannheim, Prof. Müller, Dr. Prinz,  
Dr. Rausch, Prof. Riedmiller, Prof. Rothmund, Prof. Schmidt-Rhode, Prof.  
Schneider, Prof. Schüffel, Prof. Schwerk, Prof. Seitz, Prof. Seyberth, Prof.  
Slenczka, Prof. Stempel, Prof. Thomas, Prof. Wagner, Prof. v. Wichert, Prof.  
Wiegandt.

## Danksagung

Fr. Prof. Dr. Erika Baum möchte ich danken für die Überlassung des Themas, für die Möglichkeit, jederzeit Fragen zu besprechen, für die schnellen und zuverlässigen Korrekturen von einzelnen Abschnitten sowie meiner gesamten Promotionsarbeit und für das großzügige Angebot, das Institut für Allgemeinmedizin - auch als Arbeitsraum - zu nutzen. PD Dr. Donner-Banzhoff danke ich für die Unterstützung bei Fragen jeglicher Art. Fr. Triemer möchte ich für die organisatorische Unterstützung danken, der Kempkes-Stiftung für die finanzielle Unterstützung.

Herzlichen Dank auch an Fr. Dr. Bastian für das Lesen meiner Arbeit und die inhaltlichen Anregungen.

Weiterhin bedanke ich mich bei Melina und Britta von der EDV-Beratung des Fachbereiches Psychologie für die engagierte Beratung und Hilfe bei der statistischen Auswertung, ebenso den Mitarbeitern der medizinischen Biometrie. Allen meinen Freundinnen und Freunden herzlichen Dank für Hilfen jeglicher Art, für inhaltliches feedback, für das Korrekturlesen und vieles mehr, besonders Tanja, Klaus, Anja, Kat, Jens, Britta und Renate!