

**Anti-Hormon-Rhetorik -
Beispiele aus der
Deutschen Allgemein- und
Fachpresse**

Look MP

Blickpunkt der Mann 2005; 3 (1)

23-25

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Anti-Hormon-Rhetorik – Beispiele aus der Deutschen Allgemein- und Fachpresse

M. P. Look

Verfolgt man nach Veröffentlichung der beiden letzten großen Hormonstudien bei Frauen zur Hormonersatztherapie – Womens' Health Initiative (2002) und One Million Womens Study (2003) – die Medienberichterstattung in Deutschland, so ist in der Laienpresse sowie auch in Stellungnahmen einzelner Fachleute eine auffallende Tendenz zur Skandalisierung des Themas zu beobachten. Das gleiche Phänomen läßt sich nun auch bei der Therapie hypogonadaler Männer mit Testosteron feststellen. Am Beispiel eines Artikels zur Testosterongabe in einem deutschen pharmakritischen Bulletin und eines TV-Beitrags zum Thema Testosteron in einem der Top-Level TV-Politmagazine wird die These einer überschießenden Anti-Hormon-Rhetorik in der deutschen Laien- und Fachpresse diskutiert. Es wird erläutert, warum es unzulässig ist, die Therapie hypogonadaler Männer mit genuinem Testosteron mit der Pharmakotherapie älterer Frauen durch hochdosierte Estrogen-/Progesteronmische zu vergleichen.

*The discussion of female hormone replacement in german media during the aftermath of the recent two large trials, i. e. Woman's Health Initiative (2002) and One Million Womens Study (2003), revealed a significant tendency towards oversimplification and scandalization. The same phenomenon can now be found when male hormone replacement in hypogonadism is addressed. This will be illustrated by analyzing an article about testosterone, which was published by one of the leading german pharmacritical bulletins and by a TV-feature about testosterone replacement in one of the premium polit-magazines in german television. Finally, the impossibility to compare the failed oral pharmacotherapy of older women with a high-dose formulation of conjugated human estrogens, equine estrogens and a synthetic progestin with transdermal genuine testosterone replacement of hypogonadal men is stressed. **Blickpunkt DER MANN 2005; 3 (1): 23–25.***

Anti-Hormon-Rhetorik ist „in“

Gegenwärtig ist bei jenen Autoren, die kritische Bulletins und Bücher auf dem Gesundheitsmarkt publizieren, sowie besonders in Radio- und TV-Beiträgen eine Drift zur Kritik als „raison d'être“, als Daseinsberechtigung, zu beobachten. „Disease mongering“, die unzulässige Deklaration normaler Lebensabläufe zu Krankheiten, ist die neueste Entdeckung und wird auch auf die Therapie des männlichen Hypogonadismus angewandt [1]. Angesichts der Mittelverknappung im Gesundheitswesen mag diese Tendenz der zur Rationierung gezwungenen Politik nicht unwillkommen sein.

Auch eines der seriösen pharmakritischen Bulletins in Deutschland warnte unter dem Titel „Jungbrunnen Testosteron“ „Vor der breiteren Anwendung von Androgenen bei Männern ...“ [2]. Den informierten Leser überraschte dabei die Gleichsetzung der transdermalen Gabe genuinen Testosterons an hypogonadale Männer mit einer problematischen Kombination aus Medroxyprogesteronacetat (MPA) und konjugierten humanen und Stutenestrogenen bei Frauen. Man schrieb dazu, sich selbst zitierend, „Die Nutzen-Schaden-Bilanz dieses unkontrollierten Feldversuches“ (Testosteronsubstitution) hätte sich „spätestens mit der WHI-Studie als eindeutig negativ erwiesen (a-t 2002; 33: 81–3)“ [2].

Fast gleichzeitig publizierten Mediziner der Harvard University im Journal of Urology eine Untersuchung, in der hypogonadale Männer mit intraepithelialen Neoplasien (immerhin eine Präkanzerose) und Prostatahypertrophie über ein Jahr mit Testosteron behandelt wurden, ohne sich im Verlauf des prostata-spezifischen Antigens und der Prostatakrebhäufigkeit von jenen mit rein gutartiger Prostatahypertrophie zu unterscheiden [3].

Was also gilt bis dato für die Testosteronanwendung bei symptomatischen hypogonadalen Männern, wenn die Gesamtheit der publizierten Daten berücksichtigt wird, und wie kann heute im Interesse der Patienten ein möglichst sicheres Fundament bezogen werden, von dem ausgehend individuell optimal beraten und behandelt werden kann?

Das US „Institute of Medicine (IOM)“ legt eine Monographie zur Testosteron-Substitution vor

Zur Beantwortung dieser Frage reicht es allerdings nicht aus, bekannte Vorurteile zu wiederholen [2] und dabei lückenhaft eine Anfang 2004 vom US „Institute of Medicine (IOM)“ veröffentlichte 217seitige Monographie [4] zum Thema „Testosterone and Aging“ wiederzugeben. Insbesondere eignet sich der Referenzpunkt Womens Health Initiative (WHI) [5] nicht zum Vergleich zwischen Hormongaben bei Männern und Frauen. Es scheint, als unterläge die pharmakritische und medizinjournalistische Seite einem Pawlow'schem Reflex, der es erschwert, zu ausreichender Objektivität zu finden. Dies mag seelenkundlich verständlich sein, da jahrelanges (hyper-?) kritisches Begleiten des Pharmamarktes ein entsprechendes psychologisches Momentum erzeugt. Aussichtsreich erscheinende, aber im Sinne der evidenzbasierten Medizin noch nicht vollends bewiesene Ansätze, wie die transdermale Testosteronanwendung, werden jedoch so vorschnell mit einer überschießenden Anti-Rhetorik begleitet.

Man warnt u.a. vor der „... Auslösung oder Wachstumsbeschleunigung von Prostatakarzinomen ...“ durch Testosteron [2]. Richtig ist: Wachstumsbeschleunigung ja, die Behauptung „Auslösung“ hat jedoch keine wissenschaftliche Basis. Es ist z. Z. wissenschaftlicher Konsens, daß Testosteron kein Prostatakarzinom auslöst und im Originaltext der Monographie des IOM [4] heißt es sogar dazu auf S. 88: „... the findings do raise intriguing hypotheses regarding the influence of testosterone on inhibiting prostate carcinogenesis“. Diese Feststellung, i. e. Inhibierung der Prostatakarzinogenese durch Testosteron, der IOM-Autoren bezieht sich auf

Korrespondenzadresse: Dr. med. Markus P. Look, Clemens-August-Str. 39; D-53115 Bonn; E-Mail: drlook@drlook.de

das bekannte Faktum, daß Prostatakrebs in epidemiologischen Untersuchungen eher mit einem niedrigen prä-diagnostischen Testosteronstatus der Betroffenen assoziiert war und auch malignere Verläufe bei niedrigen Androgenspiegeln häufiger vorkamen.

Daß die Laienpresse bei der Behandlung medizinischer Themen noch leichter zur Skandalisierung findet, überrascht nicht, da so stets Quote gemacht werden kann und überdies die Befürchtung besteht, reine, faktengestützte Berichte seien angesichts der Medienkrise zu langweilig.

TV-Beitrag im Magazin Frontal 21 vom 18.11.2003 zu Testosteron-Gel

Ein interessantes Beispiel des Zusammenwirkens zwischen Laien- und Fachpresse ist ein Beitrag, der Ende 2003 im Rahmen des TV-Politmagazins Frontal 21 (ZDF) ausgestrahlt wurde. Darin wurde suggeriert, daß die transdermale Testosterongabe der mißbräuchlichen Einnahme synthetischer oraler Steroide durch Bodybuilder entspricht. Als „Zeuge der Anklage“ wurde ein junger Mann interviewt, der offensichtlich durch den „Mißbrauch“ oraler Androgenpräparationen Nebenwirkungen wie Nasenbluten und schmerzhaftes Brustwachstum erlitt. Es wurden ältere Fotos eingeblendet, die offensichtlich aus seiner Bodybuilderzeit stammen und eine Gynäkomastie zeigten. Der Mann äußerte dazu: „... also ich halte von diesen Gelen nichts“. Auf der ZDF-Webseite heißt es nach wie vor in der schriftlichen Zusammenfassung des Berichtes: „Zum Muskelaufbau hat er jahrelang Tabletten mit Testosteron oder vergleichbare Substanzen genommen“ [6].

Nota bene, die Gleichsetzung der Versionen – junger Mann mit anzunehmenderweise normalen Testosteronspiegeln nimmt überdosiert orale Androgene und Anabolika – mit dem korrekten Vorgehen – älterer Mann mit Testosteronmangel wendet unter ärztlicher Kontrolle genuines Testosteron transdermal an, inkl. Kontrolle der Hormonspiegel –, war aus der Perspektive des informierten Zuschauers frappierend. Sie wurde auch nicht richtiger, als Prof. P. S. Schönhöfer im gleichen TV-Beitrag aus der Berliner Zentrale des Arzneitelegramms vor Prostataerkrankungen durch Testosteron, und Jörg Blech, Autor des Buches „Die Krankheitserfinder“, gleich danach vor „disease mongering“ warnte. Die feststellbare Wirklichkeit stimmt nicht mit dem Inhalt dieses TV-Berichtes überein. Er diente lediglich der Skandalisierung des Themas und verbreitete wissenschaftlich falsche Aussagen.

Während die pharmakritische Seite vor Versprechungen wie „... bessere Leistungsfähigkeit, gesteigertes sexuelles Verlangen, zunehmende Muskelmasse und abnehmendes Körperfett sowie Abnahme der unvermittelten Schweißausbrüche“ warnt und die Leser darüber belehrt, daß „eine Abgrenzung von normalen Alterserscheinungen“ jedoch kaum möglich sei [2], zeigt das IOM auf S. 99 seiner Monographie [4], wie eine balancierte Äußerung lauten kann: „For several health outcomes, results of these trials suggest a potential benefit from testosterone therapy. These areas – including beneficial effects on body composition, strength, bone density, frailty, cognitive function, mood, sexual func-

tion, and quality of life – deserve further exploration, particularly those areas for which safe and effective pharmacologic treatments are not already available.“ Genau jene hierzulande als Versprechungen klassifizierten Effekte [2] waren offensichtlich nach Auffassung der Autoren des IOM in den bisher vorliegenden Studien zur Testosteronsubstitution sehr wohl sichtbar, und wer vor „nicht absehbaren Folgen der Indikationsausweitung“ für die Testosteronsubstitution warnt, weiß offensichtlich schon genau, was normale Alterserscheinungen sind, während Heerscharen von Biogerontologen in Labors und auf Kongressen versuchen, das Kontinuum des Alterns in normale und behandlungswürdige Phänomene (Hypogonadismus ?) zu unterteilen.

Wer die aktuelle Datenlage zur Testosterongabe im Hinblick auf die Zahl studierter Patienten-/Kontroll-Subsets und die Dauer der Studien kritisiert [2], hat zweifelsohne recht. Laut IOM-Monographie lagen zur Drucklegung acht placebokontrollierte Studien an insgesamt 254 Männern im Alter von über 55 Jahren mit sechs Monaten Dauer vor. Die Gesamtzahl untersuchter Patienten aller Altersgruppen betrug 983. Die Zahl untersuchter Patienten in nicht placebokontrollierten Studien liegt höher und aus dem Kollektiv der hypophysektomierten männlichen Patienten weiß man, daß bislang auch über längere Zeiträume hinweg kein erhöhtes Prostatakrebsrisiko sichtbar wurde, wenn lediglich physiologische Testosteronspiegel kriert werden. Wegen der Verschiedenheit beider Kollektive, i. e., hypophysektomierte Männer müssen außer Testosteron weitere Hormone (Schilddrüse, Nebennieren u. v. a.) erhalten, kann diese Beobachtung die Langzeitsicherheit einer Testosteronsubstitution bei älteren Männern mit intakter Hypophyse jedoch nicht beweisen.

Die Zahl der Patienten, die für eine prospektive placebokontrollierte Studie zur Abschätzung des Prostatakarzinomrisikos benötigt wird, wird mit 6.000, die Studiendauer mit sechs Jahren angegeben [7].

Der Referenzpunkt WHI-Studie ist für den Vergleich mit transdermale Testosteron ungeeignet

Wer die transdermale Testosterongabe mit der WHI-Studie gleichsetzt [2], offenbart einen bemerkenswerten Hang zur unzulässigen Vereinfachung komplexer wissenschaftlicher Fakten und physiologischer Abläufe. Die Unfähigkeit, essentielle Unterschiede zwischen der transdermalen Testosteronanwendung und der oralen Pharmakotherapie durch hochdosierte Gemische aus konjugierten Estrogenen, artfremden Stutenestrogenen und einem problematischen synthetischen Progestin (MPA) zu erkennen, paßt zur Eingangsthese dieses Beitrags, i. e. der vorsätzlich (?) übertriebenen Kritik durch „Berufskritiker“. Denn wie sonst ist zu erklären, daß aus Studien an Frauen unter oraler Therapie mit einem Estrogen/Progestin-Gemisch Rückschlüsse auf die transdermale Testosteron-Therapie bei hypogonadalen Männern gezogen werden?

Die Redaktion eines ZDF-Politmagazins darf nicht so naiv sein, die Wirkung unterschiedlicher Hormone, die an verschiedene Personengruppen über unter-

schiedliche Applikationsrouten verabreicht wurden, gleichzusetzen. Die Autoren des Arzneitelegramms sollten zudem wissen, daß weder Männer noch Frauen Sexualhormone direkt in die Pfortader sezernieren. Jede orale Estrogengabe, wie in der WHI-Studie, zwingt wegen des hepatischen First-pass-Effektes zu einer 20–40-fachen Überdosierung, verglichen mit der gonadalen Sekretion oder auch der transdermalen Route.

Resümée

Die „Wir-die-Verbraucherschutz-Robin-Hoods-Einstellung“ vieler medienschaffender Medizinkritiker hat aktuell zu einer Schiefelage in der öffentlichen Berichterstattung über Gesundheitsthemen geführt. Beim Thema Hormone wird dies besonders deutlich. Bis auf wenige Ausnahmen [8] findet sich in der Allgemein- presse auch nichts über gutbegründete Kritik an vor- schnellen Reaktionen zur Hormondiskussion zur Me- nopause der Frau [9, 10]. Selbstverständlich sind zur Testosteronanwendung dringend längere Studien an großen Kollektiven zu fordern. Dabei sind alle, die mit Testosteron Geld verdienen, in der Pflicht (Pharma- zeutische Industrie, Leistungserbringer), darüber hin- aus aber auch Krankenkassen, staatliche Stellen und Hochschulen. Zumindest sollten möglichst viele ge- genwärtige Testosteronanwender als Signalkohorte Jahr für Jahr wissenschaftlich begleitet werden, um die Langzeitwirkungen zu dokumentieren. Dies ersetzt je- doch nicht die dringend zu fordernden prospektiven, randomisierten Langzeitstudien.

Was für hypogonadale Männer bis zur Klärung der Nutzen-/Risikobilanz getan werden kann, erläutert eine aktuelle Übersicht, deren Titel bereits alles aus- sagt „Hypogonadism in elderly men – what to do until the evidence comes“ und handhabbare Prinzipien enthält [7]. Es wird darin u. a. empfohlen, die Grenze der Serumkonzentration, ab der ein Testosteronmangel angenommen wird, noch einmal strenger anzusetzen,

als es z. B. in den Begleitbroschüren der Hersteller zu lesen ist, und unter transdermaler Testosterongabe Se- rumspiegel im unteren Referenzbereich normogo- nadaler Männer anzustreben. Redaktionen von TV- Magazinen müssen sich ebenso an Fakten halten wie Ärzte, Wissenschaftler und Pharmaindustrie. Wo wissen- schaftliche und epidemiologische Daten interpretiert werden müssen, darf trotz des Werbens um Leserschaft und Quote nicht einseitig berichtet werden. Diesen Anspruch haben insbesondere öffentlich subventio- nierte Fernsehsender und pharmakritische Bulletins zu erfüllen.

Anmerkung

Der Autor steht in keinerlei geschäftlichen Beziehung zu Herstellern von transdermalen Testosteron-Formu- lationen.

Literatur:

1. Blech J. Die Krankheitserfinder: Wie wir zu Patienten gemacht werden. S. Fischer Verlag, Frankfurt, 2003.
2. Anonymus. Im Blickpunkt: Jungbrunnen Testosteron? Arznei-Telegramm 2004; 35: 17.
3. Rhoden EL, Morgentaler A. Testosterone replacement therapy in hypogonadal men at high risk for prostate cancer: results of 1 year of treatment in men with prostatic intraepithelial neoplasia. J Urol 2003; 170: 2348–51.
4. Liverman CT, Blazer DG (eds). Committee on Assessing the Need for Clinical Trials of Testosterone Replacement Therapy, Testosterone and Aging. The National Academies Press, Wash- ington D.C., 2004.
5. Rossouw JE, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288: 321–33.
6. Esser C, Randerath A. Neue Leiden alter Männer. Fragwürdiger Geschäftssinn der Pharmaindustrie. <http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/3/0,1872,2083107,00.html>, created 18.11.2003.
7. Snyder PJ. Hypogonadism in elderly men – what to do until the evidence comes. N Engl J Med 2004; 350: 440–2.
8. Kaulen H. Gutes von den Hormonen. Frankfurter Allgemeine Zeitung 2004; 126: N1.
9. Turgeon JL, et al. Hormone therapy: physiological complexity belies therapeutic simplicity. Science 2004; 304: 1269–73.
10. Huber J. Wie gefährlich ist die Hormonersatztherapie in der Me- nopause? Wien Klin Wochenschr 2004; 116: 155–8.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)