

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

LITSCHGI M

*Gründe für Noncompliance und Nonakzeptanz der HRT und
Möglichkeiten der Veränderung*

Journal für Menopause 2001; 8 (1) (Ausgabe für Schweiz), 14-19

*Journal für Menopause 2001; 8 (1) (Ausgabe für Deutschland)
12-17*

*Journal für Menopause 2001; 8 (1) (Ausgabe für Österreich)
13-18*

Homepage:

www.kup.at/menopause

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

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

GRÜNDE FÜR NONCOMPLIANCE UND NONAKZEPTANZ DER HRT UND MÖGLICHKEITEN DER VERÄNDERUNG

(auszugsweise vorgetragen am Jahreskongreß der Schweizerischen Menopausengesellschaft in Schaffhausen, März 2000)

NONCOMPLIANCE
UND
NONAKZEPTANZ
DER HRT

Reasons for non-compliance and non-acceptance of HRT and possibilities for change

Summary

There are many reasons for non-compliance and non-acceptance and text books are full of causes and explanations: lack of communication between doctor and patient, missing, false or incomplete information from the doctor, incorrect interpretations or misunderstandings from the patient are obvious ones. The warnings printed on modern instructions for use are also not exactly predestined to improve compliance.

We doctors have the responsibility to support and inform our patients. Once acceptance has been achieved, either through positive experience or appropriate support, than an improved compliance will follow automatically, especially the long-

term compliance. Compliance and, in part, acceptance are hence direct results of the communication between doctor and patient.

The "ABC" of HRT is therefore: "Acceptance, Treatment, Compliance". Acceptance is also a question of the naturalness and side-effects of the treatment, explanation and motivation, experience in the use of medication as well as preferences and prejudices. Improvements in compliance can be achieved by simple individual therapy systems as well as by discussion. The patient must, however, feel herself to be part of the process of defining a treatment.

Key words: non-compliance, hormone replacement therapy, communication, information

ZUSAMMENFASSUNG

Die Gründe für Noncompliance und Nonakzeptanz der HRT sind vielfältig, und die Literatur ist reich an Ursachen und Quellen: Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patientin, fehlende, falsche oder ungenügende Informationen seitens der Ärzte, Fehlinterpretationen und Mißverständnis von seiten der Patientinnen sind offensichtlich. Die heutigen Beipacktexte sind ebenfalls wenig geeignet, die Compliance zu verbessern.

Wir Ärzte sind gefordert und müssen die Patientin begleiten und informieren. Liegt die Akzeptanz einmal vor – durch die positive Erfahrung, durch ein entsprechendes Begleiten –, wird es zu einer verbesserten Compliance kommen, besonders was die Langzeitcompliance angeht. Die Compliance, zum Teil auch die Akzeptanz sind also Folgen der Kommunikation zwischen Patientin und Arzt.

Das ABC der HRT heißt: „Akzeptanz, Behandlung, Compliance“. Akzeptanz ist auch eine Frage der Natürlichkeit, der Nebenwirkungen, der Aufklärung, der Motivation, der Gewohnheit im Umgang mit Medikamenten, von Vorlieben und Abneigungen. Compliance-Verbesserungen lassen sich neben dem Gespräch auch durch einfache individuelle Therapieschemata erreichen. Die Patientin muß aber in den Behandlungsprozeß einbezogen werden.

EINLEITUNG

„Compliance heißt in etwa: Einwilligung, Gewährung, Zustimmung. Bei Nichtbefolgen, teilweisem Befolgen oder falschem Befolgen der ärztlichen Anweisungen wird von Noncompliance der Patientin gesprochen. Compliance ist die Bereitschaft, eine medizinische Empfehlung zu befolgen“ [1]. Aus der Definition der Compliance ergibt sich, daß es sich

um einen kommunikativen Prozeß handelt. Compliance ist daher das Resultat erfolgreicher Kommunikation zwischen Arzt und Patientin [zit. in 1–3].

Bevor Patienten überhaupt Compliance zeigen können, müssen sie verstanden haben, was sie tun sollen, was sie akzeptieren sollen, d. h., sie müssen zuerst einmal wissen, wie die verschriebenen Medikamente wirken, wie sie zu nehmen und welche Nebenwirkungen zu erwarten sind [4, 5].

Es wird geschätzt, daß zwischen 25 und 50 % aller verschriebenen Medikamente durch die Patientin inkorrekt, mangelhaft oder überhaupt nicht angewendet werden. Hauptgrund dafür ist die ungenügende Patientencompliance. Abgesehen vom beträchtlichen wirtschaftlichen Verlust durch nicht verwendete Medikamente und den zusätzlichen Behandlungskosten in Folge von Nonakzeptanz resp. Noncompliance, gilt es für den Arzt vor allem mögliche therapeutische Schäden zu vermeiden [1].

INFORMATIONSQUELLEN

„Erhöhtes Brustkrebsrisiko bestätigt. Die postmenopausale Hormonsubstitution steht vor dem Aus“ [6]. „Zur Prävention von Osteoporose und koronaren Herzerkrankungen kommt die Hormonsubstitution kaum in Betracht“ [6]. „Hormone: Ärzte warnen vor Krebs“ [7]. „Hormontherapie nach den Wechseljahren steht unter neuem Verdacht. Ärzte warnen, daß die langjährige Hormontherapie bei Frauen nach der Menopause noch andere Krebsarten außer Brustkrebs begünstigt. Diese Forschungsergebnisse seien verharmlost worden, sagen sie.“ Dies sind Titel aus verschiedenen Laien-Zeitschriften, z. T. auch in Literatur mit medizinischen Quellen [8, 9].

Ein großer Teil der Befragten bezieht die Informationen über die Möglichkeiten der Hormonsubstitution in den Wechseljahren aus den Medien (78 %), wesentlich weniger häufig wurden Frauenärzte (34 %) genannt. Fast gleichrangig ist die Information durch Freunde und Verwandte (36 %); der Hausarzt wurde nur von 10 % der Befragten angegeben [10–12].

Mit Büchern, Broschüren, Fernseh- und Radiosendungen, Internet usw. stehen noch viele andere Möglichkeiten zur Verfügung, sich über die Menopause, deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren [13].

DIE ROLLE DER PRODUKTIONFORMATIONEN

„In einem ärztlichen Gespräch sollte jede Frau ausführlich über die Auswirkungen eines Östrogenmangels und über die Möglichkeit einer Substitution aufgeklärt werden. Unsachgemäße Darstellungen in den Medien führen immer wieder zur Verunsicherung und zu Bedenken gegenüber der Anwendung von Sexualhormonen [6]. Irreführend für die Patientin sind zudem viele der in der Packungsbeilage aufgeführten, nicht zutreffenden Kontraindikationen“ [14].

Der Beipackzettel für Östrogene oder Gestagene enthält leider zahlreiche schwer verständliche und sogar fehlerhafte Informationen. Die Patientin ist nach dem Lesen verängstigt und verunsichert. Das Thema muß mit der Patientin unbedingt vorweg besprochen werden. Mehr als 30 % der Frauen, denen ein Östrogen oder Gestagen verschrieben wurde, nehmen das Präparat nach Lesen des Beipackzettels erst gar nicht ein, d. h., die Akzeptanz ist gleich Null. Man muß daher die Patientin mit besserer Information versorgen, entweder mit ausführlicher Besprechung

der korrekturbedürftigen Angaben und vielleicht auch durch Mitgabe von geeigneten Informationsschriften oder durch die konkrete Empfehlung guter Bücher für Laien oder Hinweise auf andere Informationsquellen über das Klimakterium und seine Behandlung (z. B. Internet). Sehr hilfreich ist auch ein eigener Beipackzettel [15].

Nicht primär pharmakokinetische oder pharmakodynamische Überlegungen, sondern vielmehr die Vorliebe oder die Abneigung der Patientin für oder gegen eine Hormonersatztherapie ist entscheidend. Frauen fühlen oft, daß die Verschreibung von Hormonersatztherapien nicht natürlich ist [16]. Die Vorteile und die möglichen Nebenwirkungen müssen exakt erklärt und diskutiert werden, bevor eine Therapie initialisiert wird. Nur so kann eine positive Haltung zur HRT erreicht werden [17, 18].

DIE ROLLE DES ARZTES

Die Information durch den Arzt während einer Routinekonsultation in einer überlasteten Sprechstunde ist oft zu kurz. Die Zeit für Fragen und Diskussionen ist limitiert. Mißinterpretationen und Mißverständnisse sind die Folgen davon. Mehr Zeit und wiederholte Konsultationen sind notwendig, um überhaupt eine Akzeptanz zu erreichen [19–21].

Der Arzt muß selbst völlig von der Richtigkeit seines Handelns überzeugt sein, um seine Patientinnen entsprechend motivieren, betreuen, beraten und begleiten zu können [18]. Sowohl Arzt als auch Patientin betrachten die Menopause als ein natürliches Geschehen [22]. Nur ein geringer Teil aller Patientinnen weiß um die Risikofaktoren wie Osteoporose, Herzinfarkt etc. im Rahmen der Menopause Bescheid. Mehrheitlich werden Hormonersatztherapien zur Behandlung des klimakterischen Syndroms gegeben und nicht zur

Prävention [23]. In einer holländischen Studie unter Allgemeinpraktikern zeigte sich, daß mehr als 20 % der interviewten Ärzte keine Hormonersatztherapie verschreiben. Und nur 35 % von den Verschreibern verordnen die Hormonersatztherapie länger als 5 Jahre [22].

In einer englischen Studie zeigte sich, daß nur etwa 12 bis 15 % aller Frauen, die von der Hormonersatztherapie profitieren würden, eine solche auch erhalten. Auf der anderen Seite zeigte sich klar, daß Patientinnen, die von kompetenten Ärzten über die Hormonersatztherapie beraten wurden und damit eigentlich genügend Information erhalten hatten, nämlich 71 %, aber dennoch erklärten 29 %, daß es für sie ungenügend gewesen sei. Dies äußerten vor allem asymptomatische Frauen [11].

Aus der Sicht der Patientin steht die Frage, ob die Hormonersatztherapie mit einem erhöhten Karzinomrisiko einhergeht, klar im Vordergrund. Nichts darf von ärztlicher Seite geschehen, was krebsfördernd wirkt oder die Prognose einer bekannten Krebserkrankung verschlechtern könnte. Immer noch groß ist die Angst vieler Patientinnen, aber auch von Ärzten vor solch vermutet karzinogen wirkender Hormonersatztherapien [8, 9, 15, 24, 25].

DIE INFORMIERTE PATIENTIN

Die Gesunden, die Kranken und die sich krank wahnenden – sie alle informieren sich eifrig und glauben dann, vor ihrem Arzt sitzend, eigentlich schon alles zu wissen. Im extremsten Fall sagen sie vielleicht: „Nein, das nehme ich nicht, ich habe gelesen das hilft nichts, verschreiben Sie mir lieber dies und außerdem: könnte ich vielleicht ein paar Stunden autogenes Training bekommen?“ Wohl gemerkt, es handelt sich hier

nicht um eine Querulantin, sondern um eine selbstbewußte und informierte Patientin, wie wir sie sehr viel öfters vor uns haben. Ein Fluch oder ein Segen für den Arzt, der noch viele derartige Patientinnen an diesem Tag zu versorgen hat und dem die Zeit zwischen den Fingern verrinnt. Natürlich, solche fragenden, bohrenden und fordernden Frauen kosten mehr Zeit als diejenigen, die still das Rezept ihres Arztes entgegennehmen und nach dem Motto „Der Herr Doktor wird 's schon richtig wissen“ handeln. [13]

Auf der anderen Seite sparen Sie Zeit, weil Sie mit Ihren Erklärungen nicht mehr bei „Adam und Eva“ beginnen müssen. Die Grundinformation ist vorhanden. Beim ersten Sprechstundenbesuch der Frau werden bereits die Weichen für Erfolg oder Mißerfolg gestellt. Im einleitenden Dialog zwischen Arzt und Patientin wird eine wichtige soziale Beziehung hergestellt. Das Gespräch beinhaltet eine einmalige Möglichkeit, durch freundliche und konzentrierte Zuwendung ein Milieu von Sympathie und Verständnis zu schaffen. Gleichzeitig gibt dieses Gespräch die Gelegenheit, Sensibilität und Kompetenz zu demonstrieren. Nichts, kein Fragebogen, kein Computer, kann das Gespräch zwischen Arzt und Patientin ersetzen [13, 21].

GRÜNDE FÜR ABLEHNUNG UND BEFÜRWORDUNG DER HRT

Notwendigkeit und Nutzen der Hormonsubstitutionstherapie sind heute mehrheitlich unbestritten, dies ist die Voraussetzung für Akzeptanz und Compliance [13–16, 19, 24, 26–29]. Die Logik einer individuell angepaßten Langzeittherapie mit Östrogenen begründet sich einerseits aus der Erhaltung des allgemeinen körperlichen, seelischen und geistigen Wohlbefindens, andererseits

auch aus der Verminderung des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen und aus der Prävention der Osteoporose [16].

Die geringe Akzeptanz ist zum einen durch ungenügende Aufklärung und Motivation bedingt, zum anderen jedoch Folge einer unsachgemäßen Therapie, welche zu Nebenerscheinungen und irregulären Blutungen, den wohl wichtigsten Grund eines Behandlungsabbruchs, führen [30]. Eine differenzierte, individuelle Verordnung, die ihrerseits genaue Kenntnisse der verfügbaren Präparate und Anwendungsmöglichkeiten voraussetzt, ist deshalb unerlässlich [18]. Der Wissensstand der Patientin und der Ärzte ist also entscheidend [18]. In der intensiven Betreuung der Patientin liegt der Schlüssel für Akzeptanz und damit für die Langzeitsubstitutionstherapie. Positiv wirkt sich Gewohnheit im Umgang mit Medikamenten aus, beispielsweise die langjährige Einnahme von Ovulationshemmern [18].

In einer Übersichtsarbeit aus England zeigte sich, daß bei 1981 Ärzten nur 220 Frauen oder 9 % zwischen 40 und 64 Jahren eine Hormonersatztherapie durchführten, obwohl über 50 % aller Ärzte eine HRT verschreiben wollten. – „Hormone – nein danke.“

Eine Untersuchung gab Aufschluß über die Beweggründe der Frauen, lieber mit Hormondefizit als mit Hormonsubstitution zu leben. 21 % hatten Bedenken gegenüber Hormonen, 12 % lehnten die Blutung ab, 9 % waren behandlungsmüde, je 4 % gaben Gewichtszunahme und Mastodynie an. Abdominale Schmerzen hielten 3 % der Frauen ab und bei 2 % waren es Varikosis und Migräne [20].

Wenn sich diese Situation maßgeblich ändern soll, müssen wir besser aufklären, besser motivieren und besser betreuen [14].

Frauen, die eine HRT befürworteten, unterscheiden sich gemäß einer australischen Studie hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens deutlich von denen, die einer Substitutionstherapie gleichgültig oder ablehnend gegenüberstehen oder unaufgeklärt sind. Wesentlich mehr Frauen des Kollektivs die unter HRT standen, nahmen regelmäßig an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil, verglichen der Kontrollgruppe: Untersuchungen mit Portiozytologie: 92 % versus 84,4 %; mit Mammographie: 82,5 % versus 57 %. Zudem trieben 75,2 % der Therapiegruppe regelmäßig Sport im Gegensatz zu 67 % des Vergleichskollektivs [17].

Frauen mit einer Knochendichtemessung unter dem Normwert waren wesentlich häufiger bereit, eine Hormonersatztherapie zu starten als Patientinnen ohne diesen Risikofaktor [31].

Die konsequente ärztliche Betreuung mit Aufbau eines Vertrauensverhältnisses Arzt/Ärztin-Patientin und des Wissensaustausches spielt die entscheidende Rolle für die Compliance [4, 32]. Neben einer ungenügenden Aufklärung über die HRT-Wirkung tragen weitere Faktoren zur Noncompliance bei, wie eine dänische Studie bei Frauen offenlegte, welche zum Zeitpunkt der Befragung eine HRT abgebrochen hatten: In den meisten Fällen wurden „unerträgliche Nebenwirkungen“ als Ursache des Therapieabbruches angegeben (35 %), aber auch „nicht gelinderte klimakterische Beschwerden“ (26 %), Angst vor Krebs und Thrombose als Folge der Medikation (25 %), „lästige Blutungen“ (19 %), aber auch „Vergessen der Medikation“ (32 %). Therapie-Nebenwirkungen wurden von Anwenderinnen als weniger stark empfunden als von den Frauen, die früher eine HRT hatten [17].

Daten zur tatsächlichen Anwendung definierter, oraler, transdermaler und lokaler Substitutionstherapien sind spärlich. Im Vergleich zum europäi-

schen Ausland werden immerhin 25 % der deutschen postmenopausalen Frauen zumindest kurzfristig substituiert, in Frankreich 12 %, in Großbritannien 7 %, in Italien 3 % [16]. Unterschiede zwischen hysterektomierten und nichthysterektomierten Frauen sind evident. Der Wiedereintritt regelmäßiger Entzugsblutungen stellt eines der größten Akzeptanzprobleme seitens der Patientin dar [16].

Orale Substitutionspräparate mit simultan einzunehmenden Östrogen- und Gestagenkomponenten zeigen im allgemeinen eine wesentlich bessere Akzeptanz, da sie die postmenopausale Amenorrhoe bei etwa 90 % aller Anwenderinnen erreichen [16]. Der Informationsstand der postmenopausalen Frauen über das Problem Osteoporose trägt entscheidend zum Einnahmeverhalten bei wie die Arbeitsgruppe um Ferguson [zit. in 16] zeigen konnte. Nur 27 % aller Frauen die keine Hormone einnahmen, waren über die Beziehung zwischen Östrogenmangel und Osteoporose informiert. Die Anwenderinnen einer Östrogen-Substitution waren zu 89 % informiert [10,17]. Hier zeigt sich, daß eine mehrheitliche Akzeptanz von Östrogenen in der Postmenopause nur durch wiederholte und umfassende Informationsvermittlung von seiten des Arztes zu erzielen ist [16].

DER SCHLÜSSEL: AUFKLÄRUNG UND INFORMATION DURCH DEN ARZT

Wichtig ist es, den Patientinnen das Gefühl zu geben, ihr Arzt/ihre Ärztin ist während allen Phasen der Postmenopause für sie da. Das ärztliche Engagement bestimmt die Mitarbeit der Patientin wesentlich. Der Patientin sollten Therapie- und Präventionsziele genau erläutert und zwischen diesen im individuellen Fall unter-

schieden werden. Therapiebedarf besteht bei subjektivem Krankheitsempfinden, wobei zum Erreichen einer optimalen Akzeptanz symptomorientiert vorzugehen und bei objektiven Befunden die optimale Therapiewirkung anzustreben ist. Die Aufklärung muß eindeutig auf mögliche Interaktionen zwischen Hormonersatz und dem Einfluß auf die Gesundheit und vor allem auf das individuelle Risikoprofil der Frau ausgerichtet sein. Im Auge zu behalten ist, daß die HRT-Compliance nur so lange ein Therapie- oder auch Präventionsziel ist, wie für Patientin und Arzt eine klare Indikation besteht.

Als überaus vorteilhaft für die Therapieakzeptanz hat es sich erwiesen, den Partner der Patientin von Zeit zu Zeit in die Beratungsgespräche miteinzubeziehen. Die Menopausen-Sprechstunden sprechen für sich: In einer US-amerikanischen Studie wurde mit diesem Modell eine Therapie-Compliance von 85 % erreicht [20]. In einem kleinen Kollektiv, das zwischen 1992 und 1997 am CHUV betreut wurde, ist die Rate von 15 auf 50 % gestiegen [17]. Ähnliche Resultate sehen wir in unserer eigenen Klinik.

Anzustreben ist eine bedürfnisgerechte und problemorientierte Kommunikation, bei der die individuelle Situation der Patientin im Ganzen reflektiert wird. Dabei sind das individuelle Erleben der Partnerschaft, die Familiensituation, der Fertilitätsverlust, das Alter sowie die Erwartungshaltung gegenüber Krankheiten und schließlich Verlustängste einzubeziehen.

Das ABC der HRT heißt demnach Akzeptanz, Behandlung und Compliance

Literatur:

1. Steiner A, Vetter W. Patienten-Compliance, Begriffsbestimmung, Messmethoden. Praxis 1994; 31: 4–8.

2. Brown S. Compliance in der Praxis. Orgyn: Das Organon Magazin; 10: 2–3.

3. Steiner W, Vetter. Patienten-Compliance – Möglichkeiten zur Verbesserung. Schweiz Rundschau Med, Praxis 1995; 84: 15–9.

4. Keller PJ. Hormonsubstitution in der Postmenopause. Applikationsweise, Therapieformen und Compliance. Zentralbl Gynäkol 1997; 119: 260–4.

5. Steiner W, Vetter W. Patienten-Compliance, Non-Compliance, bestimmende Faktoren, Arzt-Patient-Interaktion. Praxis 1994; 83: 9–14.

6. B.U. Erhöhtes Brustkrebsrisiko bestätigt. Die postmenopausale Hormonsubstitution steht vor dem Aus. Ars medici 2000; 7: 401.

7. Baumgartner A. Hormone: Ärzte warnen vor Krebs. Pulstip 1999.

8. Fröhlich F. Die Menopause im Wandel, eine kritische Standortbestimmung aus Frauensicht. Sonderheft zum Zürcher Menopause-Symposium, 17.–18. September 1999, SAEM Verlag.

9. Rudolf K. Epidemiologie des Mammakarzinoms unter Substitution mit konjugierten Östrogenen. In: Schindler E, Ebert C (Hrsg). Menopause aktuell. Aesopus, Basel, 1996.

10. Dören M. Östrogensubstitution in der Postmenopause – Wirkung und Compliance. Therapeutische Umschau 1994; 51: 767–72.

11. Okon MA, Lee S, Li TC. A study examine womens knowledge, perception and acceptability of hormone replacement therapy. Eur Menopause J 1996; 3: 47–52.

12. Vihtamäki T, Savilathi R, Tuimala R. Why do postmenopausal women discontinue hormone replacement therapy? Maturitas 1999; 33: 99–105.

13. Litschgi M. Akzeptanz und Compliance der Hormonersatztherapie. Gründe für die Noncompliance. Jahrestagung der Schweizerischen Menopausengesellschaft, Schaffhausen, 04. März 2000 (Vortrag).

14. Birkhäuser M, Braendle W, Breckwoldt M, Keller PJ, Kuhl H, Runnebaum B. 23. Arbeitstreffen des Zürcher Gesprächskreises, Dezember 1999, Empfehlung zur Substitution mit Östrogenen und Gestagenen im Klimakterium und in der Postmenopause. Frauenarzt 2000; 41: 599–602.

15. Birkhäuser M. Zur Frage der Östrogen-Gestagen-Substitution bei östrogenabhängigen Karzinomen. In: Keller PJ (ed). Menopause. Bähler, Bern, 1995; 233–58.

16. Dören M, Schneider HPG. The impact of different HRT regimens on Compliance. Int J Fertil 1996; 41: 362–71.

17. Renteria SC. Compliance und Noncompliance in der Hormonsubstitutionstherapie. Was kann der Arzt/Ärztin in der Praxis tun? Gynäkologie 2000; 3: 6–9.

18. Keller PJ. Plädoyer für den Hormonersatz. Gynäkologie 2000; 3: 1–3.

19. Litschgi M. Ist die Hormonersatztherapie bei jeder Frau gerechtfertigt? Update in Gynäkologie 1999, Wien, 14.–16. Oktober 1999 (Vortrag).

20. Pitkin J. HRT: Are we achieving compliance? Eur Menopause J 1995; 3 (Suppl): 36–40.

21. Stadberg E, Mattsson LA, Milsom I. Womens attitudes and knowledge about the climacteric period and its treatment, a Swedish population-based-study. Maturitas 1997; 109–16.

22. Rozenberg S, Vandromme J, Kroll M, Pastijn A, Liebens F. Compliance to hormone replacement therapy. *Int J Fertil* 1996; 41 (Suppl 1): 352–61.

23. Hesch R-D. Der Anspruch auf eine Hormonsubstitutionstherapie ist das Grundrecht jeder Frau in unserer Gesellschaft. *Hormone Fachzeitung für Gynäko-Endokrinologie und Reproduktionsmedizin* 1993; 3: 7.

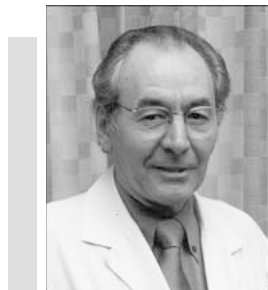
24. Litschgi M. Nutzen, Kosten und Risiken der Hormonsubstitution. *Frau und Herz, diagnostische und therapeutische Probleme in Klinik und Praxis*, Zürich, 26. November 1998 (Vortrag).

25. Ravnikar VA. Barriers for taking long-term hormone replacement therapy: Why do women not adhere to therapy? *Eur Menopause J* 1996; 3 (Suppl): 90–4.

26. Braendle W, Birkhäuser M, Breckwoldt M, Huber J, Keller PJ, Kuhl H, Metka M, Runnebaum B, Schneider HPG. Aktuelle Fragen zur Hormonsubstitution. *Geburtsh Frauenheilkd* 1999; 59: M29–M32.

27. Litschgi M. Menopause Hormonsubstitution heute (Neue Ergebnisse, Schlußfolgerungen, Empfehlungen). *Nachfolgesymposium Internationaler Menopausenkongress Sydney* 1996, Zürich, 03. Mai 1997.

28. Karakoc B, Erenus M. Compliance considerations with hormone replacement therapy. *Menopause* 1998; 5: 102–6.



Prof. Dr. med. Mario Litschgi

Geboren 1942. Ausbildung in Zürich, medizinische Weiterbildung in Frauenfeld, Winterthur und Basel sowie im Rahmen einiger Auslandsaufenthalte. Habilitation in Basel. Seit 1981 Chefarzt im Kantonsspital Schaffhausen; außerordentliche Professur in Basel.

Generalsekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Treasurer der EAGO und Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Gesellschaften und Gremien.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Mario Litschgi, Chefarzt
Kantonsspital Schaffhausen, Frauenklinik, CH-8208 Schaffhausen*

29. Ryan PJ, Harrison R, Blake GM, Fogelman I. Compliance with hormone replacement therapy (HRT) after screening for post menopausal osteoporosis. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 399–400.

30. Tonkelaar I, Björn J, Oddens MD. Determinants of long-term hormone, replacement

therapy and reasons for early discontinuation. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 507–12.

31. Rizzoli R, Bourgon Ph. Hormones and bones. *Lancet* 1997; 349: 120–3.

32. Thommen A. Die Frau um und über 50, Gynäkologie für Hausärzte. *Ars medici* 1996; 1–2.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

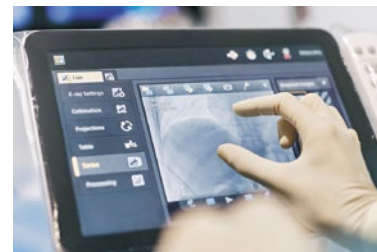
[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

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](#)