

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

**Haben sich die WHI-Resultate auf die Inanspruchnahme von
Hormontherapie bei Frauen in der Schweiz niedergeschlagen? -
Eine Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung
2002**

Baschung B, Zemp Stutz E, Zwahlen M

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (1)

(Ausgabe für Österreich), 19-30

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 6-18

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

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

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz



Ab sofort in unserem Verlag

Thomas Staudinger
Maurice Kienel

ECMO

für die Kitteltasche

2. Auflage Jänner 2019
ISBN 978-3-901299-65-0
78 Seiten, div. Abbildungen
19.80 EUR

Krause & Pachernegg
GmbH

Bestellen Sie noch heute Ihr Exemplar auf
www.kup.at/cd-buch/75-bestellung.html

Haben sich die WHI-Resultate auf die Inanspruchnahme von Hormontherapie bei Frauen in der Schweiz niedergeschlagen? – Eine Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002

B. Baschung¹, E. Zemp Stutz², M. Zwahlen³

Kurzfassung: *Einleitung:* Im Juli 2002 wurden die Daten der Women's-Health-Initiative-Studie (WHI-Studie) veröffentlicht und zeigten ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Im gleichen Jahr wurde von Januar bis Dezember die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) durchgeführt. *Methoden:* Wir analysierten in der SGB 2002 (19.706 durchgeführte Interviews) die selbst berichteten Angaben zur gegenwärtigen Inanspruchnahme der Hormontherapie (HT) in der Schweiz vor und nach der Publikation der WHI-Resultate der Frauen im Alter über 45 Jahre mit einer zusätzlichen Auswertung für die Inanspruchnahme der HT aus präventiven Gründen. Wir berechneten repräsentative Prävalenzangaben durch Gewichtung entsprechend dem Design der Stichprobenziehung. In multivariablen logistischen Regressionen wurde der Zusammenhang mit möglichen Einflussvariablen untersucht. *Resultate:* Die Prävalenz der HT betrug bei Befragten im Zeitraum vor der Publikation (Januar–Juni 2002) 20,4 % und 23,2 % bei Befragten im Zeitraum danach (August–Dezember 2002). Selbst nach Bereinigung für mögliche Einflussvariablen zeigte sich kein Zeitrend (bereinigte OR = 1,12; 95 %-Vertrauensintervall: 0,93–1,35), dies auch für die Inanspruchnahme der HT aus präventiven Gründen (bereinigte OR = 1,04; 95 %-VI: 0,83–1,29). Frauen mit höherer Bildung, höherem Einkommen und gesünderem Lebensstil hatten häufiger eine HT. *Schlussfolgerungen:* Unsere Annahme, dass die

Publikation der WHI-Resultate die Prävalenz der HT von Frauen über 45 in der Schweiz kurzfristig beeinflusst hatte, bestätigte sich nicht. Eine kritische Aufnahme und Verarbeitung von medizinischen Informationen ist Voraussetzung für den verantwortungsvollen Umgang mit medizinischen Leistungen. Frauen müssen fähig sein, Risiken und Nutzen abzuwägen und sich eigenständig für oder gegen eine HT zu entscheiden.

Abstract: Did the Results of the Women's Health Initiative Lead to Reduced Use of Hormone Therapy in Swiss Women? – An Analysis of the Swiss Health Interview Survey 2002. *Introduction:* In July 2002, the findings of the Women's Health Initiative Study (WHI study) were published, reporting an increased risk of cardiovascular disease. In the same year from January to December the Swiss Health Interview Survey (SHIS) was conducted. *Methodology:* In the SHIS of 2002 with a total of 19,706 completed interviews, we analyzed the women's responses to the question on current use of hormone therapy before and after the results of the WHI trial were published. We restricted the analyses to women of age 45 or older and analyzed separately the use of hormone therapy for preventive purposes. All analyses accounted for the two-stage sampling with predefined sample sizes for each canton by using appropriate weights. Uni- and multivariable logistic regression

analyses were conducted to describe the association of current use of hormone therapy with socio-demographic and behavioral characteristics of the women as well as the time of conduct of the interview (January to June, August to September). *Results:* For subjects who were interviewed in the period before publication (January–June 2002), HT prevalence was 20.4 %, while for subjects interviewed in the period after publication (August–December 2002) it was 23.2 %. Even after adjusting for possible confounding variables, no time trend could be established (OR = 1.12; confidence interval of 95 %: 0.93–1.35); and the results were similar for the use of hormone therapy for preventive purposes. Women with higher qualifications, higher income and a healthier lifestyle were more likely to have reported the use of hormone therapy. *Conclusions:* We could not confirm our hypothesis that the publication of the WHI findings had influenced the prevalence of hormone therapy in women in Switzerland in the short term. However we observed important associations of the use of hormone therapy with socio-demographic factors. Women must be able to assess the risks and the benefits of hormone therapy and reach an informed decision on its use. To have access to accurate medical information about treatment options and to be able to process this information is a prerequisite for informed decisions. **J Gynäkol Endokrinol 2008; 18 (1): 19–30.**

■ Einleitung

Am 17. Juli 2002 sind die ersten Ergebnisse der Women's-Health-Initiative-Studie (WHI-Studie) zur fehlenden Wirksamkeit der präventiven Hormontherapie veröffentlicht worden. Sie zeigten, entgegen den Erwartungen, ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko für Hormontherapie im Vergleich zu Placebo [1]. Diese Resultate standen teilweise im Widerspruch zu den Resultaten aus Beobachtungsstudien [2], die eine Reduktion des Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erwarten ließen [3, 4]. In der WHI-Studie wurde nun eine leichte Erhöhung des Risikos festgestellt.

Die Schweizerische Menopausengesellschaft hat im Nachgang zu den WHI-Studien in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der

Schweizerischen Gesellschaft gegen Osteoporose ihre Empfehlungen im Jahr 2004 modifiziert [5–7]. Sie empfiehlt klare Indikationsstellungen und individuelle Entscheide. Zudem soll die Hormontherapie nicht zur Prävention von koronaren Herzkrankheiten eingesetzt werden.

Internationale Literatur zeigt, dass das erweiterte Wissen über Nutzen und Risiken der Hormontherapie sich durchaus auf die Einnahme der Hormontherapie ausgewirkt hat [8–10].

Aus Public-Health-Perspektive interessiert, welcher Anteil der Frauen sich in oder nach den Wechseljahren für eine Hormontherapie entscheidet, ob es Unterschiede in der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen gibt und welche soziodemographischen und kulturellen Merkmale damit verbunden sind [8–15]. Wir analysierten Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Jahres 2002 im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Hormontherapie. Insbesondere sollte die Prävalenz von Hormontherapie vor und nach der Publikation der WHI-Resultate untersucht sowie die Bedeutung von weiteren Einflussvariablen wie zum Beispiel Bildung, Nationalität, Krankenversicherungstyp, allgemeines Gesundheitsverhalten und Lebensstil-Faktoren beurteilt werden.

Aus der ¹Krebsliga Schweiz, dem ²Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel und dem ³Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Schweiz

Korrespondenzadresse: Dr. Marcel Zwahlen, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, CH-3012 Bern, Finkenhubelweg 11, E-Mail: zwahlen@ispm.unibe.ch

■ Methoden

Datenquelle

Die Analysen beruhen auf den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamtes für Statistik (BfS). Das Grobziel dieses bevölkerungsbezogenen Health Surveys ist die Erarbeitung von repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand, zu gesundheitsrelevanten Einstellungen, Verhaltensweisen und Lebensbedingungen, zu Prävention und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens sowie zu weiteren Themen von öffentlichem Interesse im Sinne des Gesundheitsbegriffs der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die SGB findet seit 1992 alle 5 Jahre statt. Die Daten der SGB stellen selbst berichtete Angaben der Befragten dar. Sie wurden über ein Jahr verteilt in 4 Wellen (entsprechend den Jahreszeiten) in ungefähr gleichem Umfang erhoben. Jede Teilstichprobe stammte aus einer nach Kantonen geschichteten zufälligen Ziehung auf zwei Ebenen. Die Privathaushalte stellten die erste Ebene dar und die in diesem Haushalt lebenden Personen (welche mindestens 15 Jahre alt waren) die zweite.

Die gesamtschweizerische Brutto-Stichprobe umfasste 32.868 Adressen (Brutto-Stichprobe der Privathaushalte). Bei 19.706 (Netto-Stichprobe der Privathaushalte) konnten mündliche Interviews realisiert werden. Dies entsprach einer Teilnahmequote von 64 %. Allen Teilnehmenden wurde im Anschluss an das Telefoninterview ein schriftlicher Fragebogen zugesandt, welcher in 16141 Fällen ausgefüllt und retourniert wurde. Die Fragen zur Hormontherapie sind Teil der telefonischen Befragung.

In der SGB wird im Bereich der Verhaltensweisen nach dem Medikamentenkonsum in den letzten sieben Tagen gefragt. Hier ist die Frage zur Inanspruchnahme von Hormontherapie integriert, die nur an Frauen ab 35 Jahren gestellt wurde (Frage 41.00 „Haben Sie gegenwärtig eine Hormonersatztherapie?“ bezieht sich auf die Behandlung mit weiblichen Hormonen während oder nach den Wechseljahren, das heißt nach der Regelblutung, meist zwischen dem 47. und 52. Lebensjahr). Eine Anschlussfrage betrifft die Gründe der Inanspruchnahme von Hormontherapie (Frage 41.01: „Was ist der Grund für die gegenwärtige Hormonersatzbehandlung?“). Die folgenden Antworten sind möglich (Mehrfachnennungen):

- a) „Weil ich an Menopausalbeschwerden leide (z. B. Hitzewallungen, Schweißausbrüche).“
- b) „Weil ich eine Osteoporose (Knochenschwund) habe.“
- c) „Zur Vorbeugung einer Osteoporose.“
- d) „Zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Krankheiten.“
- e) „Aus einem anderen Grund.“

Für die Beurteilung der Prävalenz der Hormontherapie vor und nach der Publikation der WHI-Resultate wurden die Antworten zur Frage 41.00 „Haben Sie gegenwärtig eine Hormonersatzbehandlung?“ nach dem Monat der Befragung ausgewertet. Die Auswertung wurde auf die befragte weibliche Bevölkerung über 45 Jahre eingeschränkt. Eine zusätzliche Auswertung konzentrierte sich auf die Gruppe von Frauen, die für die Hormontherapie präventive Gründe angab, das heißt, die Fragen c) und d) mit „Ja“ beantwortete.

Die getrennte Analyse dieser beiden Populationen wurde gemacht, da je nach Beweggründen für die Einnahme von Hormonen unterschiedliche Reaktionen auf die Publikation der WHI-Resultate zu erwarten waren.

Für die zusätzliche Analyse und Beschreibung von soziodemographischen, kulturellen und regionalen Unterschieden in der Prävalenz der Hormontherapie wurden weitere Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung verwendet. Dabei wurden, wenn möglich, die zum Teil aus mehreren Fragen zusammengestellten Indizes vom Bundesamt für Statistik verwendet. Für die multivariablen Analysen wurde in der Regel die größte Gruppe oder die Gruppe mit normalen Werten als Referenzgruppe gewählt.

Soziodemographische und sozioökonomische Variablen

Für den Zivilstand galten fünf verschiedene Statusbereiche: ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, getrennt (Referenzgruppe: verheiratet). Die Nationalität wurde analysiert nach Schweizerinnen, Italienerinnen und anderen Ausländerinnen. Die Angaben zur Wohnregion und zur Sprachregion wurden vom Bundesamt für Statistik übernommen. Die Auswertung wurde auf die befragte weibliche Bevölkerung älter als 45 Jahre eingeschränkt. Für die Analyse wurden vier Altersgruppen gebildet: 45–54; 55–64; 65–74; 75+ (Referenzgruppe: 45–54). Die Analyse basierte auf vier Bildungsgruppen: ohne Ausbildung, obligatorische Schule, Sekundarstufe II, Tertiärstufe (Referenzgruppe: Sekundarstufe II).

Die Erwerbstätigkeit wurde analysiert nach Vollzeit, Teilzeit, nicht erwerbstätig (Referenzgruppe: Vollzeit erwerbstätig). Die Einkommenssituation wurde nach dem Netto-Haushaltseinkommen pro Monat beurteilt. Aufgrund der Quartilenverteilung wurden vier Gruppen gebildet: Haushaltseinkommen unter 6000 SFr. pro Monat (1. Quartile), über 6000 SFr. pro Monat (2. Quartile), Haushaltseinkommen unter 9000 SFr. pro Monat (3. Quartile) und über 9000 SFr. pro Monat (4. Quartile). Als Referenzgruppe wurde die größte Gruppe mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 6000 SFr. pro Monat angenommen.

Bei der Krankenversicherung wurde nach allgemein, halb privat oder privat unterschieden (Referenzgruppe: allgemein versichert).

Variablen zu Verhaltensweisen

Bei der Frage zur Fitness ging es um alle Bewegungsformen, bei denen man ein bisschen außer Atem kommt (also auch zügiges Laufen, Wandern, Gartenarbeit). Es ging darum, wie oft pro Woche eine solche Aktivität ausgeübt wurde: keine Aktivität, 1–2 Aktivitäten, 3 oder mehr Aktivitäten (Referenzgruppe: keine Aktivität). Beim Alkoholkonsum ging es darum, wie häufig normalerweise alkoholische Getränke konsumiert wurden: nie, selten, 1- bis 2-mal oder öfter pro Woche, 1- bis 3-mal oder öfter pro Tag (Referenzgruppe: 1- bis 2-mal oder öfter pro Woche). Die Mehrheit der Befragten waren Nichtraucherinnen und galten gegenüber den Raucherinnen und Exraucherinnen als Referenzgruppe. Körpergewicht und Kör-

pergröße waren selbst berichtet und wurden als Body-Mass-Index (BMI) verwendet und gruppiert: untergewichtig (BMI < 20), normalgewichtig (BMI < 25), übergewichtig (BMI < 30), stark übergewichtig (BMI > 30). Als Referenzgruppe galt die Gruppe der Normalgewichtigen.

Die Anzahl der Arztbesuche bezogen sich auf das letzte Jahr. Für die Analyse wurden die folgenden Häufigkeiten angenommen: nie, 1-mal, 2- bis 5-mal, 6-mal und öfter pro Jahr (Referenzgruppe: 2- bis 5-mal pro Jahr). In der Auswertung wurde der Frage nachgegangen, wie sich die Prävalenz der Hormontherapie bezüglich des Status mit oder ohne Gebärmutteroperation auswirkte. Die Gruppe der Frauen ohne Gebärmutteroperation bildete die Referenzgruppe.

Schließlich wurden die Interviewten danach gefragt, wie es ihnen zurzeit gesundheitlich gehe. Für die Auswertung wurden die Antwortenden in zwei Gruppen zusammengefasst. Die Referenzgruppe (sehr gut/gut) wurde gegenüber der Gruppe „mäßig/schlecht/sehr schlecht“ unterschieden.

Zeitpunkt der Befragung

Die Daten der SGB wurden kontinuierlich durchs Jahr erhoben. Das Datum (der Monat) der Durchführung des Interviews lag im Datensatz vor. Am 17. Juli 2002 wurden die Hauptergebnisse der WHI-Studie publiziert. In der Analyse wurde der Zeitraum in drei Jahresperioden unterteilt (Januar–Juni, Juli, August–Dezember), um die Zeit vor der Publikation der WHI-Resultate mit dem Zeitraum nach der Publikation der WHI-Resultate zu vergleichen. Da die Frage nach der „gegenwärtigen“ Einnahme von Hormontherapie lautete, erlaubte die Angabe zum Interviewmonat eine Analyse nach der Zeitperiode vor und nach Bekanntwerden der Resultate der WHI-Studie.

Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Statistiksoftware Stata (Version 8.2). Dieses Statistikprogramm erlaubte es, das komplexe Sampling-Design in der Auswertung korrekt zu berücksichtigen, damit die Resultate und Prävalenzschätzungen für die Schweiz repräsentativ waren.

Die Prävalenz der Hormontherapie wurde mittels Proportionen der Inanspruchnahme (in %) beschrieben. In einem ersten Schritt wurde die Prävalenz einer univariablen Auswertung (Tabulierung) unterzogen und der Zusammenhang zwischen Hormontherapie und soziodemographischen Variablen mittels Berechnung von Odds Ratios (Crude) und 95-Prozent-Konfidenzintervallen beschrieben.

In einem zweiten Schritt wurden multivariable Auswertungsansätze mittels logistischer Regression durchgeführt, um den Einfluss von Verzerrungsvariablen zu beschreiben und für Verzerrungsvariablen kontrollierte Resultate zu erhalten (Adjusted Odds Ratios).

In die multivariablen Modelle wurden jeweils alle beschriebenen Einflussvariablen mit einbezogen.

Bei Variablen mit mehr als zwei Kategorien wurden die Analysen in einem ersten Schritt mittels der oben beschriebenen

Indikatorvariablen durchgeführt. Um in den logistischen Regressionen einen linearen Trend zu prüfen, wurden in einem zweiten Schritt die kontinuierlichen Variablen verwendet („p“ für Trend).

■ Resultate

Im Jahr 2002 nahm in der Schweiz etwa jede fünfte Frau (21,6 %) ab 45 Jahren eine Hormontherapie ein (Tab. 1). Der Anteil war bei den 55- bis 64-jährigen Frauen mit 38,2 % am höchsten; bei den 45- bis 54-jährigen waren es 20,1 % und bei den 65- bis 74-jährigen 17,2 %.

Der Prozentsatz der Frauen ab 45 Jahren, welche als Grund für die gegenwärtige Hormontherapie die Vorbeugung einer Osteoporose oder von Herz-Kreislauf-Krankheiten (Beweggrund: Prävention) angaben (Tab. 2), betrug 13,4 % und war bei den 55- bis 64-jährigen mit 26,1 % ebenfalls am höchsten.

Charakteristik der Frauen mit Hormontherapie bezüglich soziodemographischer und sozioökonomischer Faktoren

Die Einnahme von Hormontherapie korrelierte deutlich mit der Sozialschicht der Frauen. Bei 45-jährigen und älteren Frauen mit niedriger Schulbildung nahm nur jede zehnte Frau Hormone ein, bei hoher Schulbildung waren es doppelt so viele (23,3 %). Diese niedrigen Werte bei niedriger Schulbildung (OR = 0,34; 95 %-VI: 0,19–0,62) schwächten sich nach Bereinigung für die Verzerrungsvariablen im Vergleich zur hohen Schulbildung klar ab (bereinigte OR = 0,76; 95 %-VI: 0,32–1,77). Es zeigten sich kaum Unterschiede bezüglich Nationalität. Die Erwerbstätigkeit stand in positivem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Hormontherapie. Der Anteil war bei den Erwerbstätigen (Vollzeit oder Teilzeit) mit 26,4 % höher als bei den nicht Erwerbstätigen (18,5 %). Nach Bereinigung verlor dieser Unterschied allerdings die statistische Bedeutung (bereinigte OR = 1,03; 95 %-VI: 0,76–1,40).

Erwartungsgemäß zeigte sich ein klarer Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Haushaltseinkommen und der Inanspruchnahme der Hormontherapie. Bei 45-jährigen und älteren Frauen mit hohem Haushaltseinkommen nahmen dreimal so viele Frauen Hormone ein (30,9 %). Auch bezüglich Wohn- und Sprachregion zeigten sich Unterschiede. In der französischsprachigen Landesregion war der Anteil mit 26,7 % der Frauen älter als 45 höher als in der deutschsprachigen Landesregion mit einem Anteil von 20,3 % (bereinigte OR = 1,78; 95 %-VI: 1,46–2,19).

Bei Frauen ab 45 Jahren, welche als Beweggrund für die gegenwärtige Hormontherapie die Prävention anführten, zeigten sich vergleichbare Zusammenhänge.

Noch prägnanter zeigten sich die Unterschiede bezüglich Wohn- und Sprachregion. In der französischsprachigen Landesregion war der Anteil mit 19,5 % der Frauen älter als 45 deutlich höher als in der deutschsprachigen Landesregion mit einem Anteil von 11,8 % (bereinigte OR = 2,14; 95 %-VI: 1,70–2,69) und der italienischsprachigen Region mit 9,4 %.

Charakteristik der Frauen mit Hormontherapie bezüglich Lebensstil-Faktoren

Auffällig war der Zusammenhang zwischen der Hormontherapie und den Lebensstil-Faktoren. Alkoholkonsum, 1- bis 2-mal oder öfter pro Woche, stand ebenfalls in positivem Zusammenhang mit der Hormontherapie (26,0 %). Im Weiteren zeigte sich ein erhöhter Anteil mit Hormontherapie bei körperlich Aktiven (26 %) und bei Frauen mit niedrigerem BMI (27,1 %), was auf das Phänomen der „gesunden Nutzerinnen“ („healthy users“) hinwies. Diese Assoziationen blieben auch nach Bereinigung für die Verzerrungsvariablen bestehen.

Bei Frauen ab 45 Jahren, welche als Beweggrund für die gegenwärtige Hormontherapie die Prävention anführten, zeigten sich vergleichbare Zusammenhänge.

Bei körperlich Aktiven betrug der Anteil der Frauen mit Hormontherapie 17 % und bei schlankeren Frauen 16,9 %.

Charakteristik der Frauen mit Hormontherapie bezüglich aktueller subjektiver Gesundheit und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

Bei der Inanspruchnahme von Hormontherapie zeigte sich kein Unterschied bezüglich der aktuellen subjektiven Einschätzung der Gesundheit. Interessant war allerdings der Zusammenhang von Krankenversicherungsstatus und Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr mit der Einnahme von Hormonen. Der doppelt so hohe Anteil bei Frauen mit einer privaten Krankenversicherung (31,6 %) blieb auch nach Bereinigung mit möglichen Verzerrungsvariablen erhalten. Die bereinigte Odds Ratio betrug 1,53 (95 %-VI: 1,17–2,01; $p = 0,0072$). Frauen, die in den letzten 12 Monaten einmal (22,1 %) oder nie (13,4 %) zum Arzt gegangen waren, nahmen deutlich weniger Hormontherapie in Anspruch als andere, die zwei bis fünf oder mehr Arztbesuche (24 %) pro Jahr machten.

Bei Frauen ab 45 Jahren, welche als Beweggrund für die gegenwärtige Hormontherapie die Prävention anführten, war ebenfalls der Zusammenhang von Krankenversicherungsstatus und Einnahme von Hormonen interessant. Der Anteil bei Frauen mit einer privaten Krankenversicherung (22,1 %) war ebenfalls doppelt so hoch wie der Prozentsatz der Frauen mit einer allgemeinen Krankenversicherung (11 %). Ein weniger deutlicher Unterschied zeigte sich beim Zusammenhang der Anzahl der Arztbesuche und der Einnahme von Hormonen.

Charakteristik der Frauen mit Hormontherapie bezüglich Status mit oder ohne Gebärmutteroperation

Erwartungsgemäß zeigte sich ein klarer Zusammenhang mit Gebärmutteroperationen. Frauen ab 45 Jahren, bei denen die Gebärmutter entfernt wurde, nahmen zu 32,1 % eine Hormontherapie ein, bei Frauen ohne Operation waren es halb so viele (17,4 %). Die entsprechende, mit sämtlichen Indikatoren bereinigte Odds Ratio betrug 2,46 (95 %-VI: 2,03–2,98).

Bei Frauen ab 45 Jahren, welche als Beweggrund für die gegenwärtige Hormontherapie die Prävention anführten, zeigten sich vergleichbare Zusammenhänge.

Frauen, denen die Gebärmutter entfernt wurde, nahmen zu 19,8 % eine Hormontherapie ein, Frauen ohne Operation zu 11,8 %.

Zeitpunkt der Befragung

Die Daten der SGB wurden kontinuierlich durchs Jahr erhoben. Das Datum (der Monat) der Durchführung des Interviews lag im Datensatz vor. Am 17. Juli 2002 wurden die Hauptergebnisse der WHI-Studie publiziert. In der Analyse wurde der Zeitraum vor der Publikation der WHI-Resultate (Januar–Juni 2002; total: 3007, Anteil mit HT: 20,4 %) mit dem Zeitraum nach der Publikation der WHI-Resultate (August–Dezember 2002; total: 2582, Anteil mit HT: 23,2 %) verglichen. Selbst nach Bereinigung zeigte sich kein Unterschied (bereinigte OR = 1,12; 95 %-VI: 0,93–1,35).

Bei Frauen ab 45 Jahren, welche als Beweggrund für die gegenwärtige Hormontherapie die Prävention anführten, zeigte sich im Vergleich des Zeitraums vor der Publikation der WHI-Resultate (Januar–Juni 2002; total: 3007, Anteil mit HT: 12,9 %) mit dem Zeitraum nach der Publikation der WHI-Resultate (August–Dezember 2002; total: 2582, Anteil mit HT: 14,2 %) kein Unterschied (bereinigte OR = 1,04; 95 %-VI: 0,83–1,29).

Ein Hinweis auf eine Veränderung in der Inanspruchnahme der Hormontherapie zeigte sich in unserer Auswertung nur in der französischsprachigen Landesregion in der Zeitspanne vor Publikation der WHI-Resultate (21,6 %) gegenüber der Zeitspanne nach der Veröffentlichung der Ergebnisse (16,9 %) – allerdings nur bei Frauen über 45 mit hoher Schulbildung und ohne Gebärmutteroperation und nur bei denjenigen Frauen, welche als Beweggrund für die gegenwärtige Hormonersatztherapie die Prävention anführten (Tab. 3).

In Sensitivitätsanalysen wurde die Untersuchung nur auf Schweizerinnen über 45, auf Frauen mit hoher Schulbildung und auf Frauen ohne Gebärmutteroperation eingeschränkt. Dabei haben sich die beschriebenen Zusammenhänge nicht substanziell verändert und die insgesamt beobachteten Assoziationen blieben stabil (Tab. 4).

■ Diskussion

Unsere Annahme, dass die Publikation der WHI-Resultate die Prävalenz der Hormontherapie von Frauen über 45 in der Schweiz unmittelbar hätte beeinflussen können, hat sich in der Analyse nicht bestätigt. Wir fanden jedoch deutliche Zusammenhänge mit Sozialschichtparametern und eine deutlich höhere Inanspruchnahme der Hormontherapie in der französischsprachigen Landesregion. Der erhöhte Anteil der Hormontherapie bei gebildeten, normalgewichtigen und aktiven Frauen weist zudem auf das Phänomen der „gesunden Nutzerinnen“ („healthy users“) hin.

Im Juli 2002 wurden die Daten der Women's-Health-Initiative-Studie (WHI-Studie) zur fehlenden Wirksamkeit der präventiven Hormontherapie veröffentlicht und zeigten, entgegen den Erwartungen, ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko für Hormontherapie im Vergleich zu Placebo [1]. Haas et al. stell-

ten im Rahmen einer Langzeitbeobachtung von Berichten in Zeitungen, welche zu den Resultaten der WHI-Studie in den USA publiziert wurden, fest, dass der monatliche Durchschnitt von publizierten Artikeln zum Thema im Juli 2002 mindestens 8-mal höher war als je zuvor (Beobachtungsperiode 1998–2003) [16]. Sie zeigten zudem auf, dass sich sowohl das Volumen der Abdeckung (Anzahl der Artikel) wie auch die inhaltliche Aufbereitung der Information geändert hatten. Während vor 2002 die Berichterstattung vorwiegend den Nutzen der Hormontherapie thematisierte, kam nun der Information zu den Risiken und Nebenwirkungen mehr Bedeutung zu. Es kann vermutet werden, dass die Berichterstattung in den schweizerischen Medien ähnlich verlief. Obschon sich die Publikation der WHI-Resultate in der SBG 2002 insgesamt nicht erkennen ließ, zeigten Morabia et al. auf, dass eine zwischen 1994 und 2001 anhaltende jährlich steigende Inanspruchnahme der Hormontherapie von in Genf lebenden postmenopausalen Frauen von 35 bis 74 Jahren unmittelbar nach der Publikation der WHI-Resultate (im Juli 2002) dramatisch gesunken ist [17]. Diese Veränderung zeigte sich allerdings nur bei Frauen mit natürlicher Menopause, also bei Frauen mit intakter Gebärmutter. Ein schwacher Hinweis auf eine Veränderung in der Inanspruchnahme der Hormontherapie stellte sich auch in unserer Auswertung, aber nur in der französischsprachigen Landesregion dar – allerdings ebenfalls nur bei Frauen über 45 mit hoher Schulbildung und ohne Gebärmutteroperation und nur bei denjenigen Frauen, welche als Beweggrund für die gegenwärtige Hormonersatztherapie die Prävention anführten.

Die Ausbreitung der Hauptresultate der WHI-Studie verlief sowohl in der breiten Bevölkerung wie auch in Fachkreisen rasch. Insbesondere in den USA wurde beobachtet, dass der Alarm die schädigenden Nebenwirkungen der Hormontherapie betreffend einen unmittelbar großen Einfluss auf die Verschreibungspraxis der Ärzte hatte [18]. Hersh et al. hatten Zugang zu Information über die Verschreibungspraxis von Apotheken und Ärzten und zeigten auf, dass, im Vergleich zum Zeitraum Januar bis Juni 2002, die Verschreibung von oralen kombinierten Hormontherapiepräparaten (Wyeth Pharmaceuticals, Zug, Schweiz) im Zeitraum Januar bis Juni 2003 erheblich eingebrochen war. Leider hatten wir im Rahmen dieser Arbeiten keinen Zugang zu Daten zur Verschreibungspraxis der Ärzteschaft oder zu Absatzangaben der Pharmaindustrie in der Schweiz. Hingegen gaben die befragten Frauen am häufigsten „Menopausebeschwerden“ (36 %) und „Osteoporoseprävention“ (32 %) als Grund für die Hormontherapie an. Deutlich seltener wurden eine bestehende Osteoporose (11 %) oder die Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Krankheiten (10 %) als Grund angefügt. In Deutschland zeigten Heitmann et al. im Rahmen einer Befragung von in Deutschland lebenden postmenopausalen Frauen zwischen 45 und 60 Jahren, welche im Juli 2003 befragt wurden, dass sich die WHI-Resultate 1 Jahr nach deren Publikation auf die Inanspruchnahme von Hormontherapie auswirkten [19]. Aus der Befragung ging hervor, dass für die Frauen sowohl die Information über die Medien wie auch der Rat des Arztes für den Entscheid wichtig gewesen waren. Birkhäuser und Mitautoren fassten 2003 die Schlussfolgerungen der HERS-II- sowie der WHI-Studie in einem Expertenbrief zusammen [5]. In diesem Expertenbrief wurden kritische Aspekte beider Studien diskutiert und auf

der Basis der neuen Datenlage praktische Empfehlungen zur Indikationsstellung zur postmenopausalen Hormontherapie formuliert. De Geyter beschrieb den Einfluss der kritischen Auseinandersetzung mit der hormonellen Substitutionsbehandlung auf die ärztliche Verschreibungspraxis sowie auf die Therapietreue postmenopausaler Frauen in der Schweiz dahingehend, dass die langfristige Sicherheit der Hormontherapie durch mehrere Veröffentlichungen kritischer Studien erschüttert und sowohl die Ärzteschaft als auch die postmenopausalen Frauen verunsichert wurden [20]. Inzwischen, so de Geyter, zeigte sich bei allen Beteiligten eine differenziertere Meinung über die Indikation einer Hormonbehandlung. Eine Befragung einer repräsentativen Stichprobe von 120 Gynäkologinnen und Gynäkologen mit eigener Praxistätigkeit (80 aus der deutschsprachigen Landesregion, 40 aus der französischsprachigen Landesregion) vom August 2002 hätte gezeigt, dass die meisten Gynäkologinnen und Gynäkologen die Indikationsstellung für eine Substitutionsbehandlung auf die Symptomatik des klimakterischen Syndroms beschränkten. Noch 1999 zeigte sich in einer bei 176 teilnehmenden Ärzten durchgeführten Studie, dass von 3500 Frauen, welche in einer zweiwöchigen Monitoring-Periode eine Praxis aufsuchten, 40 % eine Hormontherapie befolgten. Als Verschreibungsgrund wurden am häufigsten die Menopausalsymptome angegeben (84 %). Präventive Gründe wurden von 60 % geltend gemacht, allerdings nur in 10 % als ausschließlicher Grund (in 50 % Mischindikation). Damals wurde noch keine Verschiebung zu einer ausschließlich präventiven Hormontherapie-Verschreibung beobachtet [21].

Das in den vergangenen Jahren stetig gestiegene Angebot von Gesundheitsdienstleistungen kommt den mehr als sieben Millionen Krankenversicherten in der Schweiz zugute. Es erlaubt ihnen, selbstbewusst und autonom eine Auswahl zu treffen und – unterstützt durch den ärztlichen Rat – über eine Therapie mitzuentcheiden. Interessant war in unserer Untersuchung der Zusammenhang von Krankenversicherungsstatus und Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr mit der Einnahme von Hormonen. Die in den Modellen gefundene Assoziation zwischen privater Krankenversicherung und einer höheren Inanspruchnahme der Hormontherapie ist ein deutliches Indiz für bestehende gesellschaftliche Unterschiede. Es ist anzunehmen, dass Frauen mit einem besseren Versicherungsstatus (privat oder halb privat) generell mehr Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen als allgemein Versicherte. Es darf zudem vermutet werden, dass sich auch die Verschreibungsbereitschaft der Ärzte je nach Status der Versicherten unterscheidet. Auf der anderen Seite führt die Einnahme eines rezeptpflichtigen Medikamentes über längere Zeiträume zu regelmäßigeren und häufigeren Arztbesuchen.

Einen starken Zusammenhang fanden wir bezüglich Bildungsniveau, Erwerbstätigkeit und der Inanspruchnahme von Hormontherapie. Der Zusammenhang der sozialen Schichtzugehörigkeit und der Hormontherapie zeigte sich bereits in den von Duetz et al. untersuchten SGB-Daten 1997 [22, 23].

Der erhöhte Anteil der Hormontherapie bei gebildeten, normalgewichtigen und aktiven Frauen weist auf das Phänomen der „gesunden Selektion“ hin, welches in Studien zu den Effekten von Hormontherapie wegen dem günstigeren Gesundheitsverhalten der Teilnehmerinnen mit Hormontherapie zu Ver-

Inanspruchnahme von Hormontherapie bei Frauen in der Schweiz nach WHI

Tabelle 1: Prävalenz (in Prozenten und 95 %-VI) der Hormontherapie (HT) von Frauen über 45 in der Schweiz; selbst berichtete Angaben auf der Basis der SGB 2002. Alle Prozente und anderen Resultate sind entsprechend der Stichprobenziehung gewichtet.

Charakteristika	N	Prozentuale Verteilung (Kolonnenprozente)	Anteil mit HT	Univariable Odds Ratio und 95%-VI	Multivariable Odds Ratio und 95%-VI
Total	6149		21,6 (20,3–22,9)		
Alter					
45–54	1726	31,2 (29,8–32,8)	20,1 (17,8–22,6)	1,0	1,0
55–64	1835	26,7 (25,4–28,1)	38,2 (35,5–40,9)	2,53 (2,10–3,06)	2,25 (1,80–2,82)
65–74	1473	23,3 (22,0–24,7)	17,2 (14,9–19,8)	0,85 (0,67–1,06)	0,85 (0,62–1,16)
75+	1115	18,7 (17,5–20,0)	4,2 (2,9–6,1)	0,17 (0,11–0,25)	0,17 (0,10–0,29)
					p = 0,0000
Bildung					
Ohne Ausbildung	162	2,7 (2,2–3,3)	10,9 (6,4–17,9)	0,34 (0,19–0,62)	0,76 (0,32–1,77)
Obligatorische Schule	1786	28,1 (26,7–29,6)	18,0 (15,8–20,5)	0,68 (0,56–0,82)	1,04 (0,81–1,32)
Sekundarstufe II	3728	61,4 (59,9–62,9)	23,3 (21,7–25,0)	1,0	1,0
Tertiärstufe	464	7,8 (7,0–8,7)	22,9 (18,6–28,0)	0,98 (0,74–1,30)	0,81 (0,58–1,13)
Fehlende Werte	9	–	–	–	–
					p = 0,5482
Zivilstand					
Ledig	737	8,8 (8,0–9,6)	19,4 (16,2–23,0)	0,79 (0,62–1,00)	0,86 (0,65–1,14)
Verheiratet	3107	63,4 (61,9–64,8)	23,8 (22,1–25,7)	1,0	1,0
Verwitwet	1427	17,7 (16,6–18,8)	13,0 (11,0–15,2)	0,46 (0,37–0,57)	0,89 (0,67–1,17)
Geschieden	804	9,4 (8,7–10,3)	23,5 (20,2–27,1)	1,01 (0,81–1,25)	1,05 (0,81–1,38)
Getrennt	71	0,7 (0,5–1,0)	30,7 (19,8–44,3)	1,49 (0,83–2,71)	1,76 (0,82–3,79)
Fehlende Werte	3	–	–	–	–
					p = 0,3380
Nationalität					
Schweizerinnen	5667	87,8 (86,6–89,0)	21,7 (20,4–23,1)	1,0	1,0
Italienerinnen	168	4,0 (3,3–4,8)	26,5 (18,2–36,9)	1,27 (0,78–2,07)	1,23 (0,64–2,36)
Andere Ausländerinnen	314	8,2 (7,2–9,3)	17,4 (12,9–23,1)	0,67 (0,47–0,95)	0,70 (0,46–1,06)
Erwerbstätigkeit					
Vollzeit	781	11,3 (10,4–12,4)	26,4 (22,7–30,5)	1,0	1,0
Teilzeit	1406	24,6 (23,2–26,0)	26,4 (23,6–29,4)	1,02 (0,80–1,31)	0,99 (0,74–1,31)
Nicht erwerbstätig	3835	64,1 (62,6–65,7)	18,5 (17,0–20,1)	0,62 (0,49–0,77)	1,03 (0,76–1,40)
Fehlende Werte	127	–	–	–	–
Einkommen					
1. Quartile	1597	29,8 (28,3–31,3)	12,3 (10,4–14,4)	1,0	1,0
2. Quartile	1593	28,7 (27,2–30,2)	23,5 (21,1–26,2)	2,25 (1,79–2,83)	1,62 (1,25–2,10)
3. Quartile	1303	22,7 (21,3–24,0)	25,3 (22,5–28,3)	2,53 (1,99–3,20)	1,64 (1,24–2,17)
4. Quartile	1143	18,9 (17,7–20,2)	30,9 (27,6–34,5)	3,29 (2,59–4,19)	1,99 (1,48–2,66)
Fehlende Werte	513	–	–	–	–
					p = 0,0004
Krankenversicherung					
Allgemein	3498	57,7 (56,1–59,3)	17,7 (16,2–19,4)	1,0	1,0
Halb privat	1751	28,9 (27,5–30,3)	24,7 (22,3–27,3)	1,56 (1,31–1,85)	1,20 (0,98–1,48)
Privat	813	13,4 (12,4–14,6)	31,6 (27,7–35,8)	2,16 (1,74–2,68)	1,53 (1,17–2,01)
Fehlende Werte	87	–	–	–	–
					p = 0,0072
Anzahl Arztbesuche im letzten Jahr					
Nie	1033	17,3 (16,1–18,5)	13,4 (10,9–16,3)	0,51 (0,39–0,66)	0,45 (0,33–0,60)
1-mal	1257	21,6 (20,3–22,9)	22,1 (19,4–25,0)	0,93 (0,76–1,14)	0,73 (0,58–0,91)
2- bis 5-mal	2350	39,9 (38,3–41,4)	23,9 (21,8–26,1)	1,0	1,0
6-mal und öfter	1353	21,3 (20,0–22,6)	24,0 (21,2–27,0)	0,97 (0,80–1,18)	1,18 (0,92–1,51)
Fehlende Werte	156	–	–	–	–
					p = 0,0000 p für Trend = 0,000
Fitness/Aktivität pro Woche					
Keine Aktivität	2998	48,6 (47,0–50,2)	17,6 (16,0–19,3)	1,0	1,0
1–2 Aktivitäten	1669	29,3 (27,8–30,8)	26,0 (23,4–28,7)	1,65 (1,38–1,98)	1,33 (1,07–1,64)
3 oder mehr Aktivitäten	1265	22,1 (20,8–23,5)	25,0 (22,2–28,0)	1,56 (1,29–1,90)	1,19 (0,94–1,51)
Fehlende Werte	217	–	–	–	–
					p = 0,0294 p für Trend = 0,091
Alkoholkonsum					
Nie	1925	30,3 (28,9–31,8)	15,5 (13,7–17,6)	0,48 (0,40–0,59)	0,71 (0,55–0,91)
Selten	1507	24,2 (22,9–25,6)	19,8 (17,3–22,5)	0,69 (0,56–0,86)	0,86 (0,68–1,10)
1- bis 2-mal oder öfter pro Woche	1694	29,3 (27,9–30,8)	26,0 (23,5–28,6)	1,0	1,0
1- bis 3-mal oder öfter pro Tag	1016	16,2 (15,1–17,4)	26,8 (23,5–30,3)	1,03 (0,83–1,28)	1,06 (0,81–1,38)
Fehlende Werte	7	–	–	–	–
					p = 0,0204 p für Trend = 0,002

Tabelle 1 – Fortsetzung: Prävalenz (in Prozenten und 95 %-VI) der Hormontherapie (HT) von Frauen über 45 in der Schweiz; selbst berichtete Angaben auf der Basis der SGB 2002. Alle Prozente und anderen Resultate sind entsprechend der Stichprobenziehung gewichtet.

Charakteristika	N	Prozentuale Verteilung (Kolonnenprozente)	Anteil mit HT	Univariable Odds Ratio und 95 %-VI	Multivariable Odds Ratio und 95 %-VI
Tabakkonsum					
Nichtraucherinnen	3692	62,1 (60,6–63,6)	20,0 (18,4–21,7)	1,0	1,0
Exraucherinnen	1178	19,4 (18,2–20,7)	23,1 (20,3–26,0)	1,23 (1,02–1,49)	0,90 (0,72–1,13)
Raucherinnen	1277	18,5 (17,4–19,7)	25,3 (22,4–28,4)	1,37 (1,13–1,65)	1,01 (0,80–1,26)
Fehlende Werte	2	–	–	–	–
					p = 0,6442 p für Trend = 0,873
Körpergewicht/BMI					
Untergewichtig	734	12,1 (11,2–13,2)	27,1 (23,2–31,3)	1,24 (0,99–1,56)	1,36 (1,03–1,80)
Normalgewicht	2914	47,9 (46,4–49,5)	22,7 (20,9–24,6)	1,0	1,0
Übergewichtig	1758	29,6 (28,2–31,1)	20,3 (18,1–22,8)	0,87 (0,73–1,04)	0,85 (0,68–1,05)
Stark übergewichtig	613	10,3 (9,3–11,3)	16,5 (12,9–21,0)	0,67 (0,49–0,91)	0,62 (0,45–0,86)
Fehlende Werte	130	–	–	–	–
					p = 0,0007 p für Trend = 0,000
Wohnregion					
Genferseeregion	956	17,9 (16,9–19,0)	26,4 (23,3–29,8)	1,26 (1,01–1,57)	–
Espace Mittelland	1535	23,2 (22,1–24,4)	22,5 (19,9–25,2)	1,0	–
Nordwestschweiz	1014	14,2 (13,3–15,0)	18,9 (16,2–21,9)	0,81 (0,64–1,02)	–
Zürich	539	18,0 (16,8–19,3)	24,2 (20,5–28,3)	1,13 (0,87–1,47)	–
Ostschweiz	782	13,8 (12,9–14,8)	17,0 (14,2–20,2)	0,70 (0,54–0,91)	–
Zentralschweiz	816	8,3 (7,7–9,0)	18,2 (15,3–21,6)	0,76 (0,59–0,99)	–
Tessin	507	4,5 (4,2–4,9)	15,3 (11,9–19,3)	0,62 (0,45–0,86)	–
Sprachregion					
Deutschsprachig	4086	71,9 (70,7–73,1)	20,3 (18,9–21,9)	1,0	1,0
Französischsprachig	1545	23,2 (22,1–24,3)	26,7 (24,1–29,5)	1,43 (1,21–1,69)	1,78 (1,46–2,19)
Italienischsprachig	518	4,9 (4,5–5,4)	15,3 (11,6–19,8)	0,71 (0,51–0,98)	0,85 (0,57–1,25)
					p = 0,0000
Interviewmonat					
Januar–Juni	3007	49,4 (47,8–50,9)	20,4 (18,7–22,2)	1,0	1,0
Juli	560	8,7 (7,8–9,6)	19,8 (16,1–24,1)	0,93 (0,71–1,22)	1,10 (0,79–1,52)
August–Dezember	2582	42,0 (40,5–43,6)	23,2 (21,2–25,4)	1,20 (1,02–1,41)	1,12 (0,93–1,35)
					p = 0,4495 p für Trend = 0,214
Gebärmutteroperation					
Keine Gebärmutter	1719	28,1 (26,7–29,5)	32,1 (29,4–34,9)	2,23 (1,91–2,62)	2,46 (2,03–2,98)
Mit Gebärmutter	4252	71,9 (70,5–73,3)	17,4 (16,1–18,9)	1,0	1,0
Fehlende Werte	178	–	–	–	–
Aktuelle subjektive Gesundheit					
Sehr gut/gut	4767	78,1 (76,7–79,4)	21,9 (20,5–23,4)	1,0	1,0
Mäßig/schlecht/ sehr schlecht	1380	21,9 (20,7–23,3)	20,2 (17,6–23,0)	0,82 (0,68–0,98)	1,05 (0,82–1,35)
Fehlende Werte	2	–	–	–	–

zerrungen führen kann. Ein weiterer Aspekt, der zur Erklärung der Wirksamkeitsschätzungen der Hormontherapie in beobachteten Kohortenstudien beitragen dürfte, ist der so genannte „healthy user effect“. Hier wird davon ausgegangen, dass Frauen, welche sich mit einer bestimmten Methode der Substitution wohl fühlen, viel eher bereit sind, diese weiterzuführen als andere Frauen, welche bedeutend unangenehmere Effekte der Therapie erleben und diese abbrechen. Was zur Folge haben kann, dass ältere, gut etablierte Verschreibungsmethoden im Vergleich mit neuen Methoden sicherer erscheinen als diese in Wirklichkeit sind, weil Frauen mit größeren Komplikationen die Therapie bereits abgebrochen haben [24].

Erwartungsgemäß zeigte sich ein klarer Zusammenhang der Inanspruchnahme von Hormontherapie und Gebärmutteroperationen. Bei Frauen ab 45 Jahren, bei denen die Gebärmutter entfernt wurde, nahmen doppelt so viele eine Hormontherapie

ein wie bei Frauen ohne Operation. Nach erfolgter Gebärmutteroperation kann die Vorverschiebung der Menopause bis zu vier Jahre betragen. Dies lässt vermuten, dass sich Frauen nach einer Gebärmutteroperation bereits vor 45 für eine Hormontherapie entschließen könnten.

■ Limitationen der Studie

Diese Auswertung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ist mit einigen methodischen Einschränkungen behaftet. Erstens handelte es sich hier um Selbstangaben, die im Rahmen eines Telefoninterviews erhoben worden waren. Zweitens bestehen bei solchen Befragungen immer Zweifel, ob alle Beteiligten sämtliche Fragen richtig verstanden haben. Wenn das klare Verständnis der Frage nach soziodemographischen oder Sozialschichtfaktoren variiert, kann das zu verzerrten Assoziationen führen. Interessant ist, dass von

Inanspruchnahme von Hormontherapie bei Frauen in der Schweiz nach WHI

Tabelle 2: Prävalenz (in Prozenten und 95 %-VI) der Hormontherapie (HT) von Frauen über 45 in der Schweiz mit Beweggrund Prävention; selbst berichtete Angaben auf der Basis der SGB 2002. Alle Prozente und anderen Resultate sind entsprechend der Stichprobenziehung gewichtet.

Charakteristika	N	Prozentuale Verteilung (Kolonnenprozente)	Anteil mit HT zur Prävention	Univariable Odds Ratio und 95%-VI	Multivariable Odds Ratio und 95%-VI
Total	6149		13,4 (12,4–14,5)		
Alter					
45–54	1726	31,2 (29,8–32,8)	12,1 (10,3–14,2)	1,0	1,0
55–64	1835	26,7 (25,4–28,1)	26,1 (23,7–28,6)	2,56 (2,05–3,21)	2,27 (1,74–2,96)
65–74	1473	23,3 (22,0–24,7)	10,0 (8,3–12,1)	0,81 (0,61–1,07)	0,73 (0,50–1,08)
75+	1115	18,7 (17,5–20,0)	1,9 (1,1–3,1)	0,14 (0,08–0,24)	0,12 (0,06–0,24)
					p = 0,0000
Bildung					
Ohne Ausbildung	162	2,7 (2,2–3,3)	4,0 (1,9–8,4)	0,24 (0,11–0,54)	0,51 (0,19–1,38)
Obligatorische Schule	1786	28,1 (26,7–29,6)	10,8 (9,1–12,8)	0,71 (0,57–0,89)	1,03 (0,78–1,34)
Sekundarstufe II	3728	61,4 (59,9–62,9)	14,6 (13,3–16,1)	1,0	1,0
Tertiärstufe	464	7,8 (7,0–8,7)	16,7 (13,0–21,2)	1,17 (0,86–1,60)	0,93 (0,64–1,35)
Fehlende Werte	9	–	–	–	–
					p = 0,5700
Zivilstand					
Ledig	737	8,8 (8,0–9,6)	12,3 (9,8–15,5)	0,80 (0,60–1,07)	0,79 (0,57–1,11)
Verheiratet	3107	63,4 (61,9–64,8)	14,9 (13,5–16,5)	1,0	1,0
Verwitwet	1427	17,7 (16,6–18,8)	8,1 (6,6–9,9)	0,50 (0,39–0,65)	1,00 (0,72–1,38)
Geschieden	804	9,4 (8,7–10,3)	13,9 (11,5–16,8)	0,92 (0,72–1,18)	0,88 (0,65–1,20)
Getrennt	71	0,7 (0,5–1,0)	18,4 (10,0–31,4)	1,29 (0,63–2,64)	1,58 (0,68–3,69)
Fehlende Werte	3	–	–	–	–
					p = 0,4496
Nationalität					
Schweizerinnen	5667	87,8 (86,6–89,0)	13,6 (12,6–14,8)	1,0	1,0
Italienerinnen	168	4,0 (3,3–4,8)	15,8 (9,2–25,8)	1,19 (0,63–2,22)	0,97 (0,43–2,19)
andere Ausländerinnen	314	8,2 (7,2–9,3)	10,2 (7,1–14,5)	0,72 (0,48–1,08)	0,74 (0,46–1,20)
Erwerbstätigkeit					
Vollzeit	781	11,3 (10,4–12,4)	16,6 (13,7–20,1)	1,0	1,0
Teilzeit	1406	24,6 (23,2–26,0)	17,2 (14,8–19,8)	1,04 (0,78–1,39)	0,97 (0,69–1,36)
Nicht erwerbstätig	3835	64,1 (62,6–65,7)	11,3 (10,2–12,6)	0,64 (0,49–0,83)	1,10 (0,76–1,59)
Fehlende Werte	127	–	–	–	–
Einkommen					
1. Quartile	1597	29,8 (28,3–31,3)	7,3 (5,9–8,9)	1,0	1,0
2. Quartile	1593	28,7 (27,2–30,2)	15,3 (13,3–17,5)	2,30 (1,74–3,05)	1,64 (1,20–2,25)
3. Quartile	1303	22,7 (21,3–24,0)	13,7 (11,6–16,1)	2,02 (1,51–2,72)	1,26 (0,90–1,77)
4. Quartile	1143	18,9 (17,7–20,2)	21,6 (18,7–24,7)	3,51 (2,63–4,68)	2,04 (1,46–2,91)
Fehlende Werte	513	–	–	–	–
					p = 0,0062
Krankenversicherung					
Allgemein	3498	57,7 (56,1–59,3)	11,0 (9,8–12,4)	1,0	1,0
Halb privat	1751	28,9 (27,5–30,3)	14,4 (12,6–16,5)	1,36 (1,10–1,67)	0,99 (0,77–1,27)
Privat	813	13,4 (12,4–14,6)	22,1 (18,7–25,9)	2,28 (1,78–2,92)	1,52 (1,12–2,07)
Fehlende Werte	87	–	–	–	–
					p = 0,0128
Anzahl Arztbesuche im letzten Jahr					
Nie	1033	17,3 (16,1–18,5)	7,6 (5,8–10,0)	0,47 (0,34–0,65)	0,41 (0,28–0,59)
1-mal	1257	21,6 (20,3–22,9)	14,3 (12,2–16,8)	0,95 (0,75–1,20)	0,74 (0,57–0,97)
2- bis 5-mal	2350	39,9 (38,3–41,4)	15,0 (13,3–16,9)	1,0	1,0
6-mal und öfter	1353	21,3 (20,0–22,6)	14,4 (12,2–16,9)	0,95 (0,75–1,21)	1,25 (0,94–1,65)
Fehlende Werte	156	–	–	–	–
					p = 0,0000 p für Trend = 0,000
Fitness/Aktivität pro Woche					
Keine Aktivität	2998	48,6 (47,0–50,2)	11,8 (10,4–13,2)	1,0	1,0
1–2 Aktivitäten	1669	29,3 (27,8–30,8)	17,0 (14,8–19,4)	1,54 (1,24–1,90)	1,20 (0,93–1,55)
3 oder mehr Aktivitäten	1265	22,1 (20,8–23,5)	15,3 (13,1–17,8)	1,35 (1,08–1,70)	0,99 (0,75–1,31)
Fehlende Werte	217	–	–	–	–
					p = 0,2648 p für Trend = 0,918
Alkoholkonsum					
Nie	1925	30,3 (28,9–31,8)	8,6 (7,3–10,2)	0,47 (0,37–0,60)	0,68 (0,51–0,92)
Selten	1507	24,2 (22,9–25,6)	12,2 (10,2–14,5)	0,69 (0,54–0,89)	0,91 (0,68–1,21)
1- bis 2-mal oder öfter pro Woche	1694	29,3 (27,9–30,8)	16,7 (14,7–19,0)	1,0	1,0
1- bis 3-mal oder öfter pro Tag	1016	16,2 (15,1–17,4)	18,2 (15,4–21,4)	1,11 (0,86–1,42)	1,04 (0,77–1,40)
Fehlende Werte	7	–	–	–	–
					p = 0,0487 p für Trend = 0,010

Tabelle 2 – Fortsetzung: Prävalenz (in Prozenten und 95 %-VI) der Hormontherapie (HT) von Frauen über 45 in der Schweiz mit Beweggrund Prävention; selbst berichtete Angaben auf der Basis der SGB 2002. Alle Prozente und anderen Resultate sind entsprechend der Stichprobenziehung gewichtet.

Charakteristika	N	Prozentuale Verteilung (Kolonnenprozente)	Anteil mit HT zur Prävention	Univariable Odds Ratio und 95 %-VI	Multivariable Odds Ratio und 95 %-VI
Tabakkonsum					
Nichtraucherinnen	3692	62,1 (60,6–63,6)	12,1 (10,8–13,5)	1,0	1,0
Exraucherinnen	1178	19,4 (18,2–20,7)	15,3 (13,1–17,8)	1,31 (1,05–1,64)	1,04 (0,80–1,34)
Raucherinnen	1277	18,5 (17,4–19,7)	16,0 (13,7–18,7)	1,39 (1,11–1,73)	1,09 (0,83–1,42)
Fehlende Werte	2	–	–	–	–
					p = 0,8342 p für Trend = 0,548
Körpergewicht/BMI					
Untergewichtig	734	12,1 (11,2–13,2)	16,9 (13,9–20,4)	1,17 (0,90–1,52)	1,22 (0,90–1,66)
Normalgewicht	2914	47,9 (46,4–49,5)	14,8 (13,3–16,5)	1,0	1,0
Übergewichtig	1758	29,6 (28,2–31,1)	11,9 (10,2–13,9)	0,78 (0,63–0,97)	0,79 (0,61–1,02)
Stark übergewichtig	613	10,3 (9,3–11,3)	8,7 (6,0–12,5)	0,55 (0,36–0,83)	0,44 (0,29–0,66)
Fehlende Werte	130	–	–	–	–
					p = 0,0001 p für Trend = 0,000
Wohnregion					
Genferseeregion	956	17,9 (16,9–19,0)	19,2 (16,6–22,1)	1,51 (1,17–1,95)	–
Espace Mittelland	1535	23,2 (22,1–24,4)	13,6 (11,6–15,8)	1,0	–
Nordwestschweiz	1014	14,2 (13,3–15,0)	11,3 (9,2–13,8)	0,81 (0,61–1,08)	–
Zürich	539	18,0 (16,8–19,3)	15,9 (12,8–19,5)	1,20 (0,88–1,63)	–
Ostschweiz	782	13,8 (12,9–14,8)	8,7 (6,8–11,1)	0,61 (0,44–0,84)	–
Zentralschweiz	816	8,3 (7,7–9,0)	9,4 (7,4–11,9)	0,66 (0,48–0,91)	–
Tessin	507	4,5 (4,2–4,9)	8,9 (6,4–12,2)	0,62 (0,42–0,92)	–
Sprachregion					
Deutschsprachig	4086	71,9 (70,7–73,1)	11,8 (10,6–13,1)	1,0	1,0
Französischsprachig	1545	23,2 (22,1–24,3)	19,5 (17,2–21,9)	1,81 (1,50–2,19)	2,14 (1,70–2,69)
Italienischsprachig	518	4,9 (4,5–5,4)	9,4 (6,4–13,5)	0,78 (0,51–1,18)	0,89 (0,55–1,43)
					p = 0,0000
Interviewmonat					
Januar–Juni	3007	49,4 (47,8–50,9)	12,9 (11,6–14,4)	1,0	1,0
Juli	560	8,7 (7,8–9,6)	12,6 (9,7–16,2)	0,97 (0,71–1,34)	1,28 (0,88–1,86)
August–Dezember	2582	42,0 (40,5–43,6)	14,2 (12,6–16,1)	1,12 (0,92–1,35)	1,04 (0,83–1,29)
					p = 0,4297 p für Trend = 0,739
Gebärmutteroperation					
Keine Gebärmutter	1719	28,1 (26,7–29,5)	19,8 (17,6–22,2)	1,85 (1,54–2,24)	2,05 (1,65–2,56)
Mit Gebärmutter	4252	71,9 (70,5–73,3)	11,8 (10,6–13,0)	1,0	1,0
Fehlende Werte	178	–	–	–	–
Aktuelle subjektive Gesundheit					
Sehr gut/gut	4767	78,1 (76,7–79,4)	14,0 (12,8–15,2)	1,0	1,0
Mässig/schlecht/ sehr schlecht	1380	21,9 (20,7–23,3)	11,5 (9,6–13,7)	0,80 (0,64–1,00)	0,95 (0,72–1,26)
Fehlende Werte	2	–	–	–	–

Tabelle 3: Prävalenz (in Prozenten und 95 %-VI) der Hormontherapie (HT) von Frauen über 45 in der Schweiz; nach Sprachregion, vor und nach Veröffentlichung der WHI-Resultate, eingeschränkt auf nur hohe Bildung und ohne Gebärmutteroperation; selbst berichtete Angaben auf der Basis der SGB 2002. Alle Prozente und anderen Resultate sind entsprechend der Stichprobenziehung gewichtet.

Beweggrund und Sprachregion	N	Anteil mit HT (eingeschränkte Analyse)	Anteil mit HT	Anteil mit HT Januar–Juni 2002	Anteil mit HT August–Dezember 2002
Alle Beweggründe					
Total	6149	21,6 (20,3–22,9)		20,4 (18,7–22,2)	23,2 (21,2–25,4)
Deutschsprachige Landesregion	4086	20,3 (18,9–21,9)	16,6 (14,7–18,7)	15,5 (13,0–18,4)	17,5 (14,5–20,8)
Französischsprachige Landesregion	1545	26,7 (24,1–29,5)	25,0 (21,5–28,9)	24,9 (20,0–30,7)	24,0 (14,3–37,5)
Italienischsprachige Landesregion	518	15,3 (11,6–19,8)	16,1 (11,5–22,1)	16,4 (10,2–25,2)	15,6 (9,3–25,1)
Präventionsgrund					
Total	6149	13,4 (12,4–14,5)		12,9 (11,6–14,4)	14,2 (12,6–16,1)
Deutschsprachige Landesregion	4086	11,8 (10,6–13,1)	10,5 (9,0–12,3)	10,4 (8,3–13,0)	10,2 (8,0–13,0)
Französischsprachige Landesregion	1514	19,5 (17,2–21,9)	19,4 (16,3–22,9)	21,6 (16,9–27,1)	16,9 (12,7–22,2)
Italienischsprachige Landesregion	518	9,4 (6,4–13,5)	8,7 (5,5–13,6)	6,6 (3,3–13,1)	10,7 (5,5–19,7)

Inanspruchnahme von Hormontherapie bei Frauen in der Schweiz nach WHI

Tabelle 4: Multivariable Odds Ratio und 95 %-VI der Hormontherapie (HT) von Frauen über 45 in der Schweiz; nach verschiedenen Subgruppen: nur Frauen mit hoher Bildung, nur Schweizerinnen, nur Frauen ohne Gebärmutteroperation; selbst berichtete Angaben auf der Basis der SGB 2002. Alle Resultate sind entsprechend der Stichprobenziehung gewichtet.

Charakteristika	N	Multivariable Odds Ratio von Frauen über 45	Multivariable Odds Ratio nur mit hoher Bildung	Multivariable Odds Ratio nur Schweizerinnen	Multivariable Odds Ratio nur ohne GM-Operation
Total	6149	6149	4192	5667	4252
Alter					
45–54	1726	1,0	1,0	1,0	1,0
55–64	1835	2,25 (1,80–2,82)	2,27 (1,79–2,89)	2,29 (1,82–2,87)	2,61 (1,97–3,45)
65–74	1473	0,85 (0,62–1,16)	0,84 (0,59–1,21)	0,85 (0,62–1,17)	1,02 (0,68–1,53)
75+	1115	0,17 (0,10–0,29)	0,20 (0,11–0,36)	0,17 (0,10–0,29)	0,25 (0,13–0,49)
Bildung					
Ohne Ausbildung	162	0,78 (0,32–1,77)	–	0,86 (0,35–2,02)	0,60 (0,15–2,39)
Obligatorische Schule	1786	1,04 (0,81–1,32)	–	1,03 (0,80–1,31)	1,14 (0,84–1,54)
Sekundarstufe II	3728	1,0	1,0	1,0	1,0
Tertiärstufe	464	0,81 (0,58–1,13)	0,82 (0,59–1,15)	0,76 (0,54–1,08)	0,83 (0,58–1,18)
Fehlende Werte	9	–	–	–	–
Zivilstand					
Ledig	737	0,86 (0,65–1,14)	0,87 (0,64–1,18)	0,85 (0,63–1,15)	0,68 (0,48–0,96)
Verheiratet	3107	1,0	1,0	1,0	1,0
Verwitwet	1427	0,89 (0,67–1,17)	0,97 (0,70–1,35)	0,95 (0,72–1,26)	0,85 (0,59–1,23)
Geschieden	804	1,05 (0,81–1,38)	1,11 (0,82–1,49)	1,05 (0,79–1,38)	1,08 (0,78–1,50)
Getrennt	71	1,76 (0,82–3,79)	1,72 (0,71–4,19)	2,03 (0,90–4,54)	1,61 (0,60–4,35)
Fehlende Werte	3	–	–	–	–
Nationalität					
Schweizerinnen	5667	1,0	1,0	–	1,0
Italienerinnen	168	1,23 (0,64–2,36)	1,70 (0,62–4,67)	–	1,13 (0,52–2,45)
Andere					
Ausländerinnen	314	0,70 (0,46–1,06)	0,66 (0,41–1,04)	–	0,96 (0,60–1,51)
Erwerbstätigkeit					
Vollzeit	781	1,0	1,0	1,0	1,0
Teilzeit	1406	0,99 (0,74–1,31)	1,03 (0,76–1,41)	1,01 (0,74–1,35)	0,89 (0,63–1,26)
Nicht erwerbstätig	3835	1,03 (0,76–1,40)	1,09 (0,78–1,54)	1,03 (0,74–1,42)	0,88 (0,60–1,28)
Fehlende Werte	127	–	–	–	–
Einkommen					
1. Quartile	1597	1,0	1,0	1,0	1,0
2. Quartile	1593	1,62 (1,25–2,10)	1,71 (1,25–2,35)	1,61 (1,23–2,12)	1,56 (1,11–2,17)
3. Quartile	1303	1,64 (1,24–2,17)	1,61 (1,17–2,23)	1,52 (1,14–2,02)	1,91 (1,35–2,68)
4. Quartile	1143	1,99 (1,48–2,66)	2,07 (1,49–2,88)	1,97 (1,46–2,67)	1,84 (1,28–2,64)
Fehlende Werte	513	–	–	–	–
Krankenversicherung					
Allgemein	3498	1,0	1,0	1,0	1,0
Halb privat	1751	1,20 (0,98–1,48)	1,24 (0,99–1,56)	1,25 (1,01–1,54)	1,21 (0,93–1,57)
Privat	813	1,53 (1,17–2,01)	1,57 (1,18–2,08)	1,61 (1,22–2,13)	1,53 (1,10–2,14)
Fehlende Werte	87	–	–	–	–
Anzahl Arztbesuche im letzten Jahr					
Nie	1033	0,45 (0,33–0,60)	0,46 (0,33–0,63)	0,46 (0,34–0,62)	0,39 (0,26–0,56)
1-mal	1257	0,73 (0,58–0,91)	0,75 (0,58–0,97)	0,75 (0,60–0,96)	0,71 (0,53–0,95)
2- bis 5-mal	2350	1,0	1,0	1,0	1,0
6-mal und öfter	1353	1,18 (0,92–1,51)	1,18 (0,89–1,55)	1,13 (0,88–1,44)	1,22 (0,90–1,67)
Fehlende Werte	156	–	–	–	–
Fitness/Aktivität pro Woche					
Keine Aktivität	2998	1,0	1,0	1,0	1,0
1–2 Aktivitäten	1669	1,33 (1,07–1,64)	1,32 (1,05–1,67)	1,32 (1,06–1,63)	1,41 (1,09–1,83)
3 oder mehr Aktivitäten	1265	1,19 (0,94–1,51)	1,11 (0,86–1,45)	1,13 (0,89–1,44)	1,35 (1,01–1,81)
Fehlende Werte	217	–	–	–	–
Alkoholkonsum					
Nie	1925	0,71 (0,55–0,91)	0,79 (0,60–1,05)	0,67 (0,52–0,87)	0,81 (0,60–1,10)
Selten	1507	0,86 (0,68–1,10)	0,85 (0,65–1,11)	0,92 (0,72–1,17)	0,92 (0,68–1,26)
1- bis 2-mal oder öfter pro Woche	1694	1,0	1,0	1,0	1,0
1- bis 3-mal oder öfter pro Tag	1016	1,06 (0,81–1,38)	1,07 (0,80–1,42)	1,02 (0,78–1,33)	1,19 (0,86–1,64)
Fehlende Werte	7	–	–	–	–
Tabakkonsum					
Nichtraucherinnen	3692	1,0	1,0	1,0	1,0
Exraucherinnen	1178	0,90 (0,72–1,13)	0,96 (0,75–1,23)	0,94 (0,75–1,18)	0,99 (0,75–1,31)
Raucherinnen	1277	1,01 (0,80–1,26)	1,11 (0,86–1,43)	1,02 (0,80–1,29)	1,14 (0,87–1,51)
Fehlende Werte	2	–	–	–	–

Tabelle 4 – Fortsetzung: Multivariable Odds Ratio und 95 %-VI der Hormontherapie (HT) von Frauen über 45 in der Schweiz; nach verschiedenen Subgruppen: nur Frauen mit hoher Bildung, nur Schweizerinnen, nur Frauen ohne Gebärmutteroperation; selbst berichtete Angaben auf der Basis der SGB 2002. Alle Resultate sind entsprechend der Stichprobenziehung gewichtet.

Charakteristika	N	Multivariable Odds Ratio von Frauen über 45	Multivariable Odds Ratio nur mit hoher Bildung	Multivariable Odds Ratio nur Schweizerinnen	Multivariable Odds Ratio nur ohne GM-Operation
Körpergewicht/BMI					
Untergewichtig	734	1,36 (1,03–1,80)	1,37 (1,01–1,85)	1,40 (1,04–1,87)	1,63 (1,19–2,24)
Normalgewicht	2914	1,0	1,0	1,0	1,0
Übergewichtig	1758	0,85 (0,68–1,05)	0,85 (0,67–1,09)	0,87 (0,70–1,08)	0,80 (0,61–1,06)
Stark übergewichtig	613	0,62 (0,45–0,86)	0,63 (0,43–0,93)	0,63 (0,45–0,89)	0,62 (0,40–0,95)
Fehlende Werte	130	–	–	–	–
Sprachregion					
Deutschsprachig	4086	1,0	1,0	1,0	1,0
Französischsprachig	1545	1,78 (1,46–2,19)	1,75 (1,39–2,19)	1,72 (1,40–2,12)	1,91 (1,50–2,43)
Italienischsprachig	518	0,85 (0,57–1,25)	0,81 (0,53–1,26)	0,81 (0,53–1,23)	1,11 (0,73–1,70)
Interviewmonat					
Januar–Juni	3007	1,0	1,0	1,0	1,0
Juli	560	1,10 (0,79–1,52)	0,99 (0,67–1,45)	1,02 (0,73–1,43)	1,24 (0,83–1,86)
August–Dezember	2582	1,12 (0,93–1,35)	1,08 (0,88–1,33)	1,11 (0,92–1,34)	1,17 (0,93–1,48)
Gebärmutteroperation					
Keine Gebärmutter	1719	2,46 (2,03–2,98)	2,55 (2,06–3,17)	2,62 (2,15–3,18)	–
Mit Gebärmutter	4252	1,0	1,0	1,0	–
Fehlende Werte	178	–	–	–	–
Aktuelle subjektive Gesundheit					
Sehr gut/gut	4767	1,0	1,0	1,0	–
Mäßig/schlecht/ sehr schlecht	1380	1,05 (0,82–1,35)	0,99 (0,74–1,32)	1,07 (0,84–1,38)	1,03 (0,75–1,40)
Fehlende Werte	2	–	–	–	–

der Gesundheitsbefragung 1997 auf die Gesundheitsbefragung 2002 die Fragelogik im Fragebogen geändert worden war: 1997 wurde einleitend mit einer Filterfrage nach dem Medikamentengebrauch gefragt („Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen?“) und bei einem „Nein“ war implizit die Hormontherapie auch mit „Nein“ beantwortet. Im Jahr 2002 wurde nach dem ganzen Frageblock zu Medikamenten allen befragten Frauen separat die Frage nach der Hormontherapie gestellt, selbst wenn sie auf die Filterfrage nach Medikamenten mit „Nein“ geantwortet hatten. In der Tat verneinten 32 % derjenigen, die Hormonersatztherapie bejahten, in den letzten 7 Tagen ein Medikament genommen zu haben. Zweitens besteht die etwas paradoxe Möglichkeit, dass die breite Diskussion der WHI-Resultate die betroffenen Frauen in der Schweiz sensibilisierte und sich möglicherweise – insbesondere in der Zeitspanne nach der Veröffentlichung – auf das Erinnerungsvermögen auswirkte. Dies könnte zur Folge haben, dass durch ein positiv beeinflusstes Erinnerungsvermögen in der zweiten Jahreshälfte mehr Frauen die Frage nach der Inanspruchnahme der Hormontherapie mit „Ja“ beantworteten als in der ersten Zeitspanne der Befragung (Recall-Bias). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein möglicher Abwärtstrend in der Inanspruchnahme der Hormontherapie vom Phänomen des positiv beeinflussten Erinnerungsvermögens überdeckt wird. Andererseits wurde in der Sentinella-Hormontherapie-Studie von 1999, die auf Angaben der verschreibenden Ärzte beruht, ebenfalls eine Assoziation zwischen präventiver Hormontherapie-Verschreibung und privater Krankenversicherung gefunden [23].

■ Schlussfolgerungen und Dank

Die Berichterstattung zu den Ergebnissen der WHI in den Medien hatte sich kurzfristig nicht in den Angaben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Jahres 2002 niederschlagen, mit Ausnahme möglicherweise einer Untergruppe von Frauen in der französischsprachigen Landesregion. Der Unterschied in der Inanspruchnahme von Hormontherapie nach soziodemographischen Charakteristiken weist auf bedeutende bestehende Unterschiede hin. Dem verantwortungsvollen Umgang mit medizinischen Leistungen vorausgesetzt ist eine kritische Aufnahme und Verarbeitung von Informationen über Neuerungen und Ratschläge zu gesundheitsbewusstem Verhalten. Daher wird das, was man im Deutschen mit „Gesundheitskompetenz“, „Befähigung zur Gesundheit“ oder „Gesundheitsbildung“ umschreibt und was die angelsächsische Tradition unter dem Begriff der „health literacy“ [25, 26] versteht, auch für Frauen, die sich in oder nach den Wechseljahren für eine Hormontherapie entscheiden, zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Die Autoren danken dem Schweizerischen Bundesamt für Statistik in Neuchâtel, das die Originaldaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 für diese Auswertungen zur Verfügung gestellt hat.

Literatur:

1. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. 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.

2. Lawlor DA, Davey Smith G, Ebrahim S. Commentary: The hormone replacement coronary heart disease conundrum: is this the death of observational epidemiology? *Int J Epidemiol* 2004; 33: 464–7.

3. Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Manson JE, Joffe M, Rosner B, Fuchs C, Hankinson SE, Hunter DJ, Hennekens CH, Speizer FE. Postmenopausal hormone therapy and mortality. *N Engl J Med* 1997; 336: 1769–75.

4. Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The menopause. *Lancet* 1999; 353: 571–80.

5. Birkhäuser M, de Geyter C, Keller PJ, Luzuy F. Empfehlungen der Schweizerischen Menopausengesellschaft. Stellungnahme zur postmenopausalen Hormontherapie nach WHI und HERS. *J Menopause* 2003; 10 (1): 7–10.

6. Burger H, Archer D, Barlow D, Birkhäuser M, Calaf-Alsina J, Gambacciani M, Genazzani A, Hadji P, Iversen OE, Kuhl H, Lobo RA, Maudelonde T, Neves e Castro M, Notelovitz M, Palacios S, Paszkowski T, Peer E, Pines A, Samsioe G, Skouby S, Stevenson J. Praktische Empfehlungen zur Hormonersatztherapie in der Peri- und Postmenopause. *J Menopause* 2004; 11 (Sonderheft 1): 3–7.

7. Burger H, Archer D, Barlow D, Birkhäuser M, Calaf-Alsina J, Gambacciani M, Genazzani A, Hadji P, Iversen OE, Kuhl H, Lobo RA, Maudelonde T, e Castro MN, Notelovitz M, Palacios S, Paszkowski T, Peer E, Pines A, Samsioe G, Skouby S, Sturdee D, de Villiers T, Whitehead M, Ylikorkala O; Expert Workshop. Practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri- and postmenopause. *Climacteric* 2004; 7: 210–6.

8. Lawton B, Rose S, McLeod D, Dowell A. Changes in use of hormone replacement

therapy after the report from the Women's Health Initiative: cross sectional survey of users. *BMJ* 2003; 327: 845–6.

9. Ettinger B, Grady D, Tosteson AN, Pressman A, Macer JL. Effect of the Women's Health Initiative on women's decisions to discontinue postmenopausal hormone therapy. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1225–32.

10. Grady D, Ettinger B, Tosteson AN, Pressman A, Macer JL. Predictors of difficulty when discontinuing postmenopausal hormone therapy. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1233–9.

11. Hammar M, Brynhildsen J, Dabrosin L, Frisk J, Lindgren R, Nedstrand E, Wyon Y. Hormone replacement therapy and Swedish use of oral contraceptives among Swedish women. *Maturitas* 1996; 25: 193–9.

12. Brett KM, Madans JH. Use of postmenopausal hormone replacement therapy: estimates from a nationally representative cohort study. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 536–45.

13. Haas JS, Kaplan CP, Gerstenberger EP, Kerlikowske K. Changes in the use of postmenopausal hormone therapy after the publication of clinical trial results. *Ann Intern Med* 2004; 140: 184–8.

14. Keating NL, Cleary PD, Rossi AS, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Use of hormone replacement therapy by postmenopausal women in the United States. *Ann Intern Med* 1999; 130: 545–53.

15. Ekstrom H, Esseveld J, Hovell B. Associations between attitudes toward hormone therapy and current use of it in middle-aged women. *Maturitas* 2003; 46: 45–57.

16. Haas JS, Geller B, Miglioretti DL, Buist DS, Nelson DE, Kerlikowske K, Carney PA, Breslau ES, Dash S, Canales MK, Ballard-Barbash R. Changes in newspaper coverage about hormone therapy with the release of new medical evidence. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 304–9.

17. Morabia A, Costanza MC. Recent reversal of trends in hormone therapy use in

a European population. *Menopause* 2006; 13: 111–5.

18. Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. *JAMA* 2004; 291: 47–53.

19. Heitmann C, Greiser E, Doren M. The impact of the Women's Health Initiative randomized controlled trial 2002 on perceived risk communication and use of postmenopausal hormone therapy in Germany. *Menopause* 2005; 12: 405–11.

20. De Geyter C. Einfluss der kritischen Auseinandersetzung mit der hormonellen Substitutionsbehandlung auf die ärztliche Verschreibungspraxis sowie auf die Therapietreue postmenopausaler Frauen in der Schweiz. *J Menopause* 2004; 11 (Sonderheft 1): 5–8.

21. Zemp Stutz E. Frauengesundheit und Hormontherapie. Habilitationsschrift, Universität Basel, 2001.

22. Duetz M, Bisig B. Hormonersatztherapie nach sozio-demographischen, kulturellen und regionalen Indikatoren. Schlussbericht im Rahmen des NFP 45 „Sozialstaat“ (Nr. 4045–059698). Bern, 2003; 1–11.

23. Coda P. Caractérisation des femmes en traitement hormonal de substitution en Suisse en 1997. 1–35. Swiss German MPH Programme, 1999.

24. Williams JK. Understanding evidence-based medicine: a primer. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 275–8.

25. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15: 259–67.

26. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15: 183–4.

Dr. Marcel Zwahlen

Geboren 1959 in der Schweiz. 1988 Lizentiat in theoretischer Physik, Universität Bern, Schweiz. 1999 PhD in Epidemiologie, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA. 1997–2000 Sektionsleiter, Sektion Virale Erkrankungen und Sentinella-Systeme, Bundesamt für Gesundheit, Bern. 2000–2002 Leiter Wissenschaftliches Sekretariat der Krebsliga Schweiz. Seither Epidemiologe am Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern.



Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie im Bereich Public Health mit Schwergewicht auf Methodik der Analysen von Surveillance- und Register-Daten; weitere Schwerpunkte sind die HIV-Infektion und Krebs (u. a. Screening, hier v. a. Mammographie). Dr. Zwahlen hat Projektförderungen des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) und der Krebsliga Schweiz und lehrt an der Universität Bern und im Rahmen des Deutschschweizer MPH-Programms (Biostatistik, Epidemiologie).

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](#)