

Tamara Citovics

Ist Osteoporose eine Frauenkrankheit?

Reader zum Vortrag
September 2001

Impressum:
Herausgeberin: **Stadt Mainz**, Frauenbüro
Klarastraße 4, 55116 Mainz
Mainz, Dezember 2001 (500)

Inhalt

	Seite
Vorwort	4
Ist Osteoporose eine Frauenkrankheit?	5
Literaturhinweise	15
Zur Autorin	16

Vorwort

Im September 2001 hielt die Kölner Heilpraktikerin Tamara Citovics im Rahmen der Veranstaltung »Wir sind so alt wie wir uns fühlen. FrauenGesundheit im Alter« einen Vortrag über tatsächliche und suggerierte Gefahren für Frauen, an Osteoporose zu erkranken. Auf vielfachen Wunsch dokumentieren wir diesen Vortrag.

Die Heilpraktikerin widerspricht der allgemeinen Ansicht, Osteoporose sei eine geschlechtsspezifische Erkrankung. Gängigen Ansichten, Hormontherapien senkten das Risiko, begegnet sie mit praktischen Empfehlungen.

Mit dieser Dokumentation setzt das Frauenbüro der Stadt Mainz die Bemühungen fort, Vorträge zum Thema FrauenGesundheit in Schriftform der Allgemeinheit zugänglich zu machen.

Frauenbüro der Stadt Mainz

Tamara Citovics

Ist Osteoporose eine Frauenkrankheit?

Oder – wie man mit Angst viel Geld verdient

Seit einigen Jahren ist eine Krankheit stark in Mode gekommen, die den Pharmaunternehmen hohe Umsätze und den gynäkologischen Praxen eine über viele Jahre kontinuierliche Patientinnenfrequenz mit profitablen gynäkologischen Untersuchungen verspricht: Osteoporose.

Mit Zahlen, die die Gefährlichkeit der Erkrankung und die Kosten für das Gemeinwohl unterstreichen sollen, wird nicht geizt:

So wird in der Zeitschrift »Naturarzt« im Januar 1999, Osteoporose als die »häufigste Knochenkrankheit des Menschen« bezeichnet, von der vor allem Frauen nach der Menopause betroffen seien. Nicht genug damit: es wird noch nachgeliefert, dass $\frac{1}{4}$ aller Osteoporoseerkrankter zum Pflegefall werde.

Indem eine altersbedingte, geschlechtsunabhängige, höhere Knochenabbautätigkeit mit sinkendem Hormonspiegel bei Frauen in Verbindung gebracht wird, werden alle Frauen ab der Menopause zu »kranken« Frauen.

Und denen kann geholfen werden: durch eine Hormontherapie. Diesen cleveren Schachzug ließen sich amerikanische Pharmaunternehmen einfallen, nachdem in den 70er Jahren die Verbindung von Östrogen und Krebs die Akzeptanz einer Hormontherapie geradezu in den Keller sinken ließ. Die Hersteller brauchten einen neuen Ansatz, um die schlechte Presse wettzumachen. Sie fanden ihn in der Theorie, dass alle Frauen ohne Östrogen zur Osteoporose verdammt seien. Vorläufige Untersuchungsergebnisse stützten die These, dass Östrogentherapie das Osteoporoserisiko senke. Der Marketingstrategie, mit einer Krankheit ein Medikament zu vermarkten, stand nichts mehr im Weg.

Und Osteoporose war dafür gut geeignet: Sie hat keine Symptome, bis die Knochen brechen. Frau kann jahrelang daran erkrankt sein, ohne es zu merken - bis es dann zu spät ist. Es ist eine Kampagne mit der Angst. Und sie ist erfolgreich. In meiner Praxis hatte ich eine dreißigjährige Klientin, die von ihrer Gynäkologin Östrogene verschrieben bekam, unter anderem mit dem Hinweis auf ihre familiäre Disposition und ihre Zyklusunregelmäßigkeiten. Von den Risiken einer jahrzehntelangen Hormontherapie, ihrem fragwürdigen Nutzen und den Alternativen dazu war hingegen nie die Rede.

Der Argumentation mit der Angst sind seit der Internationalen Osteoporose-Konferenz in Kopenhagen 1990 Tür und Tor geöffnet. Damals legte nämlich ein »Expertenteam«, dem auch immer Vertreter führender Pharmaunternehmen angehörten, neu fest, was unter Osteoporose zu verstehen ist. Bestand bis dahin Einigkeit darüber, dass unter Osteoporose Frakturen zu verstehen sind, die durch brüchige Kno-

chen verursacht werden, ist das jetzt anders. »Osteoporose ist eine Erkrankung«, heißt es, »die durch niedere Knochenmasse, mikroarchitektonische Zerstörung des Knochengewebes und einem daraus resultierenden Anstieg des Frakturrisikos gekennzeichnet ist.« Nicht mehr der tatsächliche Bruch ist entscheidend, sondern die erhöhte Bruchgefährdung reicht aus für die Diagnose »Osteoporose«. Das ist in etwa so, als wenn alle diejenigen mit einem hohen Cholesterinspiegel auf einmal zu HerzinfarktpatientInnen gemacht würden.

Auch wenn in der gerade genannten Definition die Mikroarchitektur (die Bälkchenstruktur) berücksichtigt wird, machen doch viele SchulmedizinerInnen Osteoporose nach wie vor nur von der geringen Knochendichte abhängig. Und dies, obwohl die anorganische Substanz in der Bälkchenstruktur für die Flexibilität der Knochen und ein vermindertes Bruchrisiko entscheidend ist. Da die derzeitigen Untersuchungsmethoden aber nur die Knochendichte messen können, rückt alleine dieser Parameter ins ärztliche Blickfeld. Egal, wie aussagefähig dieser Wert als Einzelwert auch sein mag.

Sie sehen anhand des Definitionswandels, wie eine Krankheit gemacht wird und wie wirtschaftliche Interessen zur Triebfeder werden können.

Ist Osteoporose nun eine Frauenkrankheit, wie uns die Medien, unser Gynäkologe / unsere Gynäkologin und die Pharmaindustrie immer wieder erzählen?

Ich bin ganz und gar nicht der Ansicht, dass Osteoporose eine »Frauenkrankheit« ist.

Dass uns mehr osteoproseerkrankte Frauen begegnen als Männer hat einen statistischen Grund: Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer. Im Durchschnitt werden sie sechs Jahre älter. Damit haben sie natürlich eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich im Alter einen Bruch zuzuziehen. Es gibt mehr Frauen über 70 Jahre als Männer, weil diese in den Weltkriegen gestorben sind. Männer haben - bedingt durch Testosteron und im Schnitt mehr Muskelmasse - eine größere Knochendichte, so dass physiologisch einsetzender Verlust an Knochenmasse bei gleichem Tempo des Abbaus nicht so schnell Folgen zeigen kann. Ca. 20 Prozent aller an Osteoporose erkrankter Menschen sind Männer.

In einer Kultur, in welcher der Mensch männlich gedacht wird, müssen alle Abweichungen von der »männlichen« Natur krank sein – und so werden alle Frauen zur »Krankheit Frau« (Esther Fischer-Homberger). Ihre natürlichen Lebensrhythmen und Lebensabschnitte passen nicht in das lineare Weltbild - sie werden therapiebedürftig. Anstelle von Macht und Weisheit nach einem erfüllten Frauenleben, warten nur Verfall und Hilfsbedürftigkeit. Mit dieser Gehirnwäsche werden Frauen klein und ohnmächtig gehalten – an der langen Leine männerorientierter schulmedizinischer Therapie. Wäre Osteoporose wirklich östrogenabhängig – und damit eine reine Frauenkrankheit –

müssten alle Männer im Rollstuhl sitzen – und das tun sie aber ganz offensichtlich nicht (und das liegt nicht nur an ihrer größeren Knochendichte).

Bei der überwiegenden Mehrheit der Frauen (65-70 Prozent) führt die Menopause nicht zu einem rapide beschleunigten Knochenmassenverlust. Folglich kann man den postmenopausalen Östrogenmangel nicht pauschal als Ursache eines verstärkten Knochenstoffverlustes ansehen.

Allerdings: in einer frauen- und körperfeindlichen Kultur, in welcher Frauen in ihrem Körper nicht zu Hause sind, sondern sexuelle Gewalt erleben, sich selbst entfremdet ihren Körper mit sinnlosen Diäten, Abführmitteln oder Extremsport malträtieren, viel zu schnell Psychopharmaka oder Hormonpräparate verschrieben bekommen, werden Puzzlesteine gelegt, die osteoporosefördernd wirken.

Um sich dem komplexen Bild der Osteoporose zu nähern, gehe ich im Folgenden auf Mechanismen des Knochenwachstums ein und werde kurz die Bedeutung des Hormonhaushaltes für den Knochenstoffwechsel darstellen. Danach werden Sie verstehen, warum Östrogenmangel alleine keine ausreichende Erklärung ist für den Knochenstoffverlust ist.

Wie funktioniert das Knochenwachstum?

Vereinfacht ausgedrückt bestehen Knochen aus einer Außenhülle, dem *Periost* (darüber wird der Knochen ernährt), der *Kompakta*, einer festen Hülle, und im Inneren aus einer feinen Bälckchenstruktur, der *Spongiosa*. Diese dreidimensionale Mikroarchitektur ist so optimal angeordnet, dass sie den Zug- und Druckbelastungen gewachsen ist. Sie besteht zu ca. 20 Prozent aus organischen Verbindungen (Eiweißfasern, Kollagenfibrillen, Zucker-Eiweißverbindungen), in der die anorganischen Substanzen - ca.70 Prozent - (Calcium, Phosphor, Magnesium) eingebaut sind. Auch wenn im Einzelnen die Schritte des Knochenwachstums noch ungeklärt sind, lässt sich doch sagen, dass das Wachstum mit der unverkalkten Knochengrundsubstanz (der Spongiosa) beginnt, in welche Mineralien eingelagert werden und so dem Gebilde seine Festigkeit geben.

Alles was lebt, verändert sich. Auch Knochen befinden sich so lange wir leben ständig in Um- und Abbauprozessen. Die Vorgänge sind kompliziert. Ich werde sie vereinfacht anhand der Metapher des »Knochenhauses« darstellen.

Das Knochenhaus wächst mit uns. Je größer wir werden, desto mehr Räume werden eingerichtet - vielleicht findet auch ein Anbau statt. Dazu gibt es vereinfacht gesagt die Umbaueinheiten (Osteonen), die aus drei verschiedenen Zellgruppen bestehen und unterschiedliche Aufgaben zu erledigen haben:

Osteoklasten: Sie bauen Knochensubstanz ab; der Abreißtrupp reißt Wände ein;

Osteoblasten: Sie bauen Knochensubstanz auf; sie machen den Anbau, ziehen Wände für neue Räume hoch;

Monozyten: der Aufräumtrupp. Sie räumen den Schutt weg und machen den Platz für den Aufbau sauber.

Soll an einem bestimmten Bereich des Knochenhauses ein Um- oder Anbau stattfinden, senden Osteozyten Signale aus. Sehr vereinfacht ausgedrückt finden sich dort dann Osteoklasten ein und bauen Knochensubstanz ab. Danach kommen die Monozyten und reinigen die Oberfläche, um sie für die Knochenneubildung vorzubereiten. Jetzt können die Osteoblasten kommen. Sie füllen das Areal mit neuer organischer Matrix (Osteoid - weiche, noch unverkalkte Knochengrundsubstanz) auf. Nach 25 bis 35 Tagen wird das Osteoid mineralisiert - es verwandelt sich in festen Knochen. So ein Erneuerungsprozess umfasst mehrere Monate. Und: er findet nicht plan- und regellos statt, sondern auf Grund fein aufeinander abgestimmter Regelmechanismen, die ineinander greifen, sich bedingen und unterstützen. Daher lässt sich auch ein Ungleichgewicht im Knochenstoffwechsel nicht einfach durch Substitution oder Suppression beheben. Was man aber auf jeden Fall sagen kann ist, dass der Belastungsreiz, das heißt die Bedarfsmeldung, ein wichtiger Impuls für Wachstumsprozesse und Knochenneubildung ist.

In den ersten 20 bis 30 Jahren überwiegen die Aufbauprozesse. Etwa mit 35 Jahren hat der Körper seine gesamte Knochenmasse erreicht, über die er jemals verfügen wird. Diese Knochenmasse wird auch Spitzenknochenmasse (peak bone mass) genannt.

Die Spitzenknochenmasse hängt im wesentlichen von vier Faktoren ab:

- der genetischen Veranlagung

bei unserer Metapher des Hauses vergleichbar der Geldmenge, die zum Hausbau zur Verfügung steht;

- der Ernährung in den Jahren vermehrten Knochenwachstums

(Calcium und Vitamin D, basische Ernährung) - vergleichbar den Geldanlagen;

- der körperlichen Betätigung

je mehr Sport (mäßig bis mittlerer Leistungsbereich), um so mehr Knochenmasse wird aufgebaut - vergleichbar den Überstunden beim Hausbau;

- den medikamentösen Langzeittherapien.

Ab dem 50. Lebensjahr nimmt die Knochenmasse beständig ab; allerdings stabilisiert sie sich später wieder. Beim Mineralienabbau herrscht Chancengleichheit. Auch Männer erkranken an Osteoporose. Die gute Nachricht: Eine Remineralisierung ist möglich.

Wie werden die Ab- und Aufbauprozesse gesteuert?

Alle Stufen des Knochenstoffwechsels werden von Hormonen gesteuert. Allerdings sind Frauen für knochenabbauende Prozesse in der Bälkchenstruktur durch hormonelle Schwankungen anfälliger als Männer. Durch ihren monatlich höheren Blutbildungsbedarf haben Frauen mehr Spongiosa, weil diese auch Ort des blutbildenden Knochenmarks ist.

Auch wenn nach wie vor ein Großteil des Knochenstoffwechsels im Detail nicht geklärt ist, fällt auf, dass die beteiligten Hormone eher den Calciumstoffwechsel regulieren als den eigentlichen Knochenumbau. Calcium ist ein wichtiges Mineral, das außer für stabile Zähne und Knochen auch fürs Herz (Muskeltätigkeit), den Eisenstoffwechsel, die Nerven (Reizübermittlung) und die Blutgerinnung wichtig ist.

Die wichtigsten, am Calciumstoffwechsel beteiligten Hormone sind:

Parathormon (Nebenschilddrüse)

Calcitonin (Schilddrüse)

Vitamin D, das Calcitriol (Haut, Leber, Niere)

Weniger direkt wird Calcium beeinflusst von:

Schilddrüsenhormonen (T3/T4)

Nebennierenhormonen (Adrenalin, Noradrenalin - Stresshormone)

Östrogen (Ovarien, Gebärmutter)

Progesteron (Ovarien, Schwangerschaft: Plazenta)

Testosteron und andere **Androgene** (Nebennierenmark, Ovarien)

Die Hormonausschüttung erfolgt über einen Regelkreis, hängt von der Höhe des Calciumspiegels im Blut ab und wird auch von anderen Parametern im Körper beeinflusst.

Sinkt der Blut-Calciumspiegel unter eine gewisse Grenze, dann schütten die Nebenschilddrüsen Parathormon aus mit dem Ziel, den Calciumspiegel wieder zu heben. Die Nieren spielen dabei auch eine Rolle. Und im Knochen werden die Osteoklasten aktiv. Wir können also sagen, dass Parathormon demineralisierend wirkt.

Auch Stresshormone aus der Nebenniere regen die Stoffwechsellätigkeit an (vergleichbar, wenn beim Autofahren viel Gas gegeben wird). Alle Prozesse – auch die Abbauprozesse im Knochen – laufen auf Hochtouren. Dabei fallen vermehrt saure Stoffwechselvalenzen an, die nur mittels Mineralien - wie zum Beispiel Calcium - ausscheidbar gemacht werden können. Das beschleunigt die Entmineralisierung des Knochens.

Diesem Demineralisierungsprozess steuern Calcitonin, Östrogen, Progesteron und Androgene entgegen. Dabei wird die Bedeutung des Östrogens weit über- und die Risiken durch jahrelange Östrogen-therapie weit unterschätzt. Obwohl nach neueren Erkenntnissen der US-amerikanischen Forschung der Anteil des Östrogens am Knochenstoffwechsel gerade mal bei 20 bis 30 Prozent liegt, werden Frauen ab 40 Jahren auch mit dem Argument der Osteoporoseprophylaxe Östrogene verordnet.

In den vergangenen 15 Jahren hat sich die Zahl der Frauen, die eine Hormontherapie macht, mehr als verzehnfacht. Rund 4,5 Millionen Frauen im Alter zwischen 40 und 79 Jahren nehmen einer Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK aus dem Jahr 2000 zufolge Hormonpräparate ein. Besonders bei einer Therapiedauer von mehr als fünf Jahren sei die Gefahr von Krebserkrankungen an Brust und Gebärmutter deutlich erhöht, stellt die Studie fest.

Natürlich ist die Studie bei Frauenärzten und dem Bundesgesundheitsministerium heftig umstritten und löste Widerspruch aus. Aber wer wirklich ohne Nebenwirkungen profitiert sind die Pharmakonzerne und die Gynäkologenschaft.

Werden Hormone prophylaktisch gegen Osteoporose und gegen Wechseljahrsbeschwerden verordnet, wird der Frau die Chance genommen, ihr neues Gleichgewicht zu finden und ihren neuen physiologischen Lebensabschnitt selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gehen. Statt dessen manchen Hormonbehandlungen Frauen über viele Jahre zu abhängigen Dauerpatientinnen und halten sie an der langen Leine eines schulmedizinischen Gesundheitssystems, das ihnen suggeriert, sie seien unvollständig und »krank«.

Wenn sich Frau also einer nebenwirkungsreichen Östrogentherapie nicht unterziehen möchte, ist es ratsam, so gut es geht Risikofaktoren auszuschalten, die verhindern, dass der Körper seine ihm eigene Knochendichte erreicht und auch halten kann. Denn: Je mehr Knochenmasse zur Verfügung steht, umso langsamer sinkt die Dichte durch vermehrte Knochenabbauprozesse unter ihre kritische Marke.

Welche Risikofaktoren verhindern, dass der Körper seine ihm eigene, maximale Knochendichte erreichen bzw. halten kann?

- Schlankheit und zierlicher Körperbau

Androgene werden im Körperfett in Östrogene umgewandelt, verringerte Zugkraft auf Knochen;

- Fortgeschrittenes Alter

physiologischer Abbau;

- Osteoporose in der Familie

genetische Disposition;

- Frühe Menopause

früh erniedrigter Östrogenspiegel;

- Pathologisches Fehlen oder Ausbleiben der Menstruation

zum Beispiel durch Leistungssport, anhaltenden Stress;

- Frühzeitige Gebärmutterentfernung

fehlende Hormone. (Gebärmutterentfernung ist nach wie vor ein gesellschaftliches Tabuthema. Ca. 50 Prozent werden wegen Myomen entfernt. Aber es gilt weiterhin: Es wird so häufig operiert – und auch sinnlos operiert – dass rund ein Drittel aller Frauen im Laufe ihres Lebens mit einer Hysterektomie rechnen muss. Die körperlichen und psychischen Folgen sind nach wie vor nicht erforscht.);

- Magersucht

Mangelernährung / Mineralienmangel;

- Bulimie

Mineralienmangel;

- Säureüberschüssige Zivilisationskost

zu viel Kohlenhydrate, Zucker, tierische Eiweiße.

Aus der Sicht der Azidose-therapie liegt die Hauptursache für eine erhöhte Knochenbrüchigkeit in der Negativbilanz zwischen basischen und sauren Verbindungen. Das ist verhängnisvoll, da letztendlich die Basen fehlen, über die saure Stoffwechselprodukte ausgeschieden werden können. Die Säure wird im Körper zwischengelagert – in Sehnen, Bändern, im Zwischenzellbindegewebe. Zur Abpufferung saurer Valenzen greift der Körper auch auf eigene Mineraliendepots zurück: auf Zähne, Knochen, Haare.

Förderlich für den Zustand einer »latenten« Azidose ist vor allem unsere Zivilisationskost mit ihrem hohen Eiweißüberschuss.

Es ist eine Tatsache: Wir essen zu viel Fisch, Fleisch, Milch, Käse, Quark oder Joghurt.

»Die Milch macht's« – oder etwa doch nicht?

Schulmediziner, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) und die Medien werden nicht müde, Milch und Milchprodukte als wertvolle Calciumlieferanten anzupreisen. Dabei wird aber verschwiegen, dass das Kasein (Milcheiweiß) der Milch einen hohen Phosphatanteil hat. Um diesen abzuf puffern und ausscheidbar zu machen, wird Calcium benötigt. So verlässt ein Großteil des Calciums, noch ehe es den Knochen erreicht hat, über die Nieren wieder den Körper.

Interessant ist, dass unter den Bantufrauen Osteoporose nicht bekannt ist - obwohl diese nur 350 mg Calcium zu sich nehmen (das ist weniger als die Hälfte dessen, was die DGE als Mindestmenge empfiehlt). Sie haben aber auf Grund ihrer Ernährung keine Eiweißüberschüsse, so dass das aufgenommene Calcium ganz aufgebraucht werden kann (sicherlich spielen auch ethnische Gründe eine Rolle).

Asiatinnen, die traditionellerweise keine oder äußerst wenig Milchprodukte essen, haben zwar eine geringere Knochendichte als US-Amerikanerinnen, aber weit weniger Oberschenkelhalsbrüche diese;

- Medikamentöse Langzeittherapien

wie zum Beispiel Cortisongaben etwa bei Asthma, Rheuma;

- **Schmerzmittel**
zum Beispiel Paracetamol; salicylhaltige Medikamente;
- **Antibiotika und Zytostatika**
sie schädigen Niere und Leber; blutbildende Zellen des Knochenmarks werden gehemmt und die Spongiosa ausgedünnt;
- **Abführmittel und Antazida**
das Calcium wird rasch mit dem Nahrungsbrei abgeführt und kann nicht ins Blut rückresorbiert werden;
- **Schilddrüsenhormone**
(In diesem Zusammenhang möchte ich auf die längere Zufuhr künstlicher Schilddrüsenhormone als Osteoporoserisiko ersten Ranges hinweisen. Wegen der langen Halbwertszeit der Schilddrüsenhormone, aber auch wegen der peripheren Eigenregulation der Schilddrüsenhormone kann es unter einer Thyroxin-Substitution zu einer medikamentös induzierten Schilddrüsenüberfunktion und einem besorgniserregenden Knochenmasseverlust kommen. Gerade bei Frauen in der Prämenopause, denen so oft Thyroxin-Präparate zur Rückbildung von Strumagewebe verordnet werden oder um die Entstehung abnormen Schilddrüsengewebes zu verhindern, kann dies zu einer rasanten Beschleunigung des Knochenverlustes führen.);
- **Bewegungsarme Lebensweise**
aber auch übermäßige körperliche Bewegung. (Bewegung schleust Calcium in den Knochen; unter Zug und Druck deutliche Belastungsimpulse für Knochenaufbauprozesse; Schwerkraft verhindert Knochenwachstum);
- **Zigarettenrauchen**
Nikotinsäure - säuernd;
- **Alkohol-/Kaffeegenuss**
Karbonsäure;
- **Angst und Stress**
- **weiße Hautfarbe**
ethnologischer Aspekt.

Vorsorge und Verhaltensänderung: Risiko für Knochenbrüche mindern

Das Risiko einer Fraktur lässt sich durch entsprechende Vorsorge beziehungsweise Verhaltensänderung vermindern.

- Auf guten Gesundheitszustand achten. Keine Unterversorgung unter anderem mit Mineralien und Vitaminen, auf Darmstörung und Resorptionsstörung achten.
- Keine Einnahme von dämpfenden Medikamenten
- Keine Einnahme von Antikonvulsiva
- Kein Kaffee / Cola trinken und nicht rauchen
- Für ausreichend Bewegung und Muskelbetätigung sorgen
- Brillenschärfe kontrollieren – auf gute optische Tiefenwahrnehmung achten
- Kontrastempfindlichkeit beobachten
- Festes Schuhwerk zu Hause
- Stolperfallen in der Wohnung entfernen (Teppich, Kabel)
- Ecken und scharfe Kanten »entschärfen« (Polster)
- Gelenke polstern

Grundsätzlich lässt sich sagen: Frauen mit einer niedrigen Knochendichte sollten besser aufs Rauchen, Alkohol- und Colatrinken sowie die Einnahme von Schmerzmitteln verzichten, ihre Augen überprüfen lassen, eventuell eine Brille tragen, ein Kraustraining zum Muskelaufbau machen und ihre Ernährung auf eine basenreiche Vollwertkost umstellen. Doch Profit lässt sich aus keiner dieser Methoden schlagen. Vielleicht werden sie auch deswegen nicht so propagiert wie das Milchtrinken und die Hormonsubstitution.

Bei der Diskussion über Osteoporose fällt auf, dass das Hauptaugenmerk auf dem Wert der Knochendichte liegt. Dieser wurde ziemlich hoch angesetzt mit dem Ergebnis, dass die meisten älteren Frauen in die Kategorie »erkrankt« fallen.

Dr. Susan Love kommentiert diesen Umstand knapp: »Und das ist sehr vorteilhaft für diejenigen, die an der Behandlung von Krankheiten verdienen«.

Osteoporose - oder die Angst, als Kriegerin einen eigenen Standpunkt einzunehmen

Zum Schluss möchte ich Ihnen von der weißen Schamanin Lynn Andrews erzählen, die ihre innere Kriegerin traf und was diese ihr riet, damit sie mit ihrer Angst vor zerbrechenden Knochen konstruktiv umgehen kann. Unter Anleitung ihrer schamanischen Lehrerin Agnes trifft Lynn ihre innere Kriegerin und erhält eine Botschaft. »Der Körper zwingt einen, sich mit dem, was man geworden ist, zu konfrontieren, und wenn man schwach ist, wird der Körper schwach. So wie man geistig lebt, lebt man auch physisch. Wenn man sich nicht mit mir, der Töterin, dieser Kriegerin im Inneren, beschäftigt hat, wird der Schattenkrieger geboren. Der Schattenkrieger ist der tötende Krieger im Innern, der sich nicht manifestiert, wenn er gebraucht wird. Dies ist schließlich in den späteren Jahren der wichtigste Aspekt der Ganzheit. Wenn die Knochen anfangen, auseinanderzubrechen liegt das daran, dass man keinen Standpunkt einnimmt, man fühlt keine Unterstützung, und das Leben fällt strukturell auseinander, vielleicht, weil man denkt, dass man in der Gesellschaft nicht länger gebraucht wird. Aber wenn man nicht länger gebraucht wird, schafft man sich einen Platz, an dem man gebraucht wird. Es gibt viele Dinge, die wir im Alter tun können. Wir werden gebraucht. Die alten Weisen werden mehr denn je gebraucht. Das muss der Gesellschaft wieder beigebracht werden. Man verfügt dann über die Weisheit, die man gelebt hat, man ist den Weg entlanggegangen, und man kann den Weg für jüngere Frauen und Männer aufzeigen«.

Mit diesen Worten möchte ich schließen und auch Sie ermuntern, Ihre innere Kriegerin zu Ihrer Verbündeten zu machen, damit man Sie nicht für dumm verkaufen kann und damit Sie, sollten Sie Stellung beziehen müssen, eine gute Kriegerin sein werden.

Literaturliste

Andrews, Lynn:

Aufbruch in ein neues Leben. Ein spiritueller Wegweiser für die Wechseljahre, 1994

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:

Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (=Schriftreihe Band 209), 2001

Der Naturarzt

1/1999, Editorial

Der Spiegel

Die große Hormonblamage, Nr. 30, 2001, S. 140-142

Ehret-Wagener, Barbara / Stratenwerth, Irene / Richter, Karin (Hg.):

Gebärmutter – das überflüssige Organ? Sinn und Unsinn von Unterleibsoperationen, 1994

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin:

Wechseljahre. Eine Broschüre zur Selbsthilfe, 1994

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e. V., Berlin:

„Älterwerden ist keine Krankheit“. Informationsmappe zum Thema Osteoporose, o. J.

Hubner, Bernhard J.:

Osteoporose – wenn die Knochen nicht mehr halten, was sie versprechen, aus: Naturheilpraxis 3/1999, S. 334-341 (Sonderdruck)

Jörgensen, Hans-Heinrich:

Arthrose und Osteoporose – unabdingbares Altersschicksal?in: Der Heilpraktiker und Volksheilkunde 9/2000, S. 6-13

Love, Dr. Susan:

Das Hormonbuch. Was Frauen wissen sollten, 1997

Mielke, Dr. Klaus Jürgen:

Droge Wohlstandskost. Chronisch krank durch Fehlernährung, 2000

Nebmaier, Wolfgang/Portmann, Elisabeth:

Osteoporose. Zusammenhänge, Diagnose und naturheilkundliche Therapie, 2000

Schäfer, Dr. Markus:

Die latente Übersäuerung – ein Faktor für Osteoporose, in: Der Heilpraktiker und Volksheilkunde 9/2000, S. 14

Wissenschaftliches Institut der AOK und Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (Hrsg.):

Weibliche Hormone – ein Leben lang. Mehr Schaden als Nutzen?, Bonn 2000

Zemp, Maria

Ein leidenschaftliches Plädoyer für unseren Körper, in: Lachesis 06/2001, S. 38-40

Zur Autorin

Tamara Citovics, geb. 1956.

Die Wahlkölnnerin legte 1995 die Prüfung zur Heilpraktikerin ab und arbeitet seit 1997 in eigener Praxis. Das Besondere ihrer Arbeit ist, dass sie manuelle Therapien und energetische Methoden zu einem sinnvollen Gesamtkonzept verbindet. So bietet sie individuelle Möglichkeiten, um Frauen auf ihrem Weg zu Gesundheit zu begleiten und sie in ihrem Eigenausdruck zu bestärken.

In der Naturheilpraxis für Frauen werden vor allem Shiatsu, Ohrakupunktur, Akupunktmassage, Kinesiologie, Dornwirbelsäulenthherapie und Massage angeboten. Naturheilkundliche Ausleitungsverfahren, Eigenbluttherapie und Ernährungsberatung runden das Konzept ab.

Tamara Citovics ist darüber hinaus Referentin im Bildungsbereich. Sie hält Vorträge und gibt Kurse.