

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

Medizin für die Frau

*Journal für Menopause 2007; 14 (2) (Ausgabe für Österreich)
16-37*

Homepage:

www.kup.at/menopause

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

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Die Bedeutung des Östrogen-Rezeptors beta

Seit einer Publikation von Pike et al 1983 in „Nature“ wird davon ausgegangen, dass 17β -Östradiol und seine Metaboliten die Entwicklung von hormonabhängigen Tumoren begünstigen können. Für Kliniker und Endokrinologen ist diese Vorstellung jedoch keineswegs schlüssig.

Östrogen-Rezeptoren

Hormonabhängige Tumoren der Brust werden nämlich erst im Alter (postmenopausal) deutlich gehäuft diagnostiziert, scheinen also in einem Lebensabschnitt der Frauen klinisch manifest zu werden, in dem die Konzentration der Östrogene massiv gesunken ist. Mit der Entdeckung eines zweiten Östrogen-Rezeptors, der stark krebs- und entzündungshemmend ist, lassen sich diese Widersprüche erklären (Abb. 1). Die bisherige Vorstellung widersprach auch der Tatsache, dass Frauen in der Schwangerschaft, in der sie die höchsten Östradiol-Konzentrationen aufweisen, vor Krebs geschützt zu sein scheinen. Dass ein Mangel an Östrogenen Tumore auslösen kann, wurde bereits vom italienischen Arzt Bernardino Ramazzini im 17. Jahrhundert vermutet, dem auffiel, dass Nonnen im Kloster häufiger Brustkrebs hatten. Dies wird heute damit in Verbindung gebracht, dass Nonnen keine Kinder bekommen und damit keine hohen Östrogen-Plasma-Spiegel ausbilden. Diese Widersprüche können seit 1995 durch die Entdeckung des zweiten Östrogen-Rezeptors, des Östrogen-Rezeptors beta (ER- β), der sich hinter dem ersten Östrogen-Rezeptor quasi verborgen hatte, erklärt werden. Denn dieser zweite Rezeptor unterscheidet sich vom bis dahin bekannten Östrogen-Rezeptor alpha (heute: ER- α) sowohl strukturell als auch insbesondere funktionell.

Die beiden Östrogen-Rezeptor-Typen sind in den hormonabhängigen Geweben unterschiedlich verteilt. In der Leber und der Gebärmutter überwiegt der ER- α , in den Knochen, im Darm, den Gefäßwänden sowie in der Prostata der ER- β , wohingegen z.B. in Mammæ, Ovarien und Gehirn beide Rezeptoren etwa gleichgewichtig vorliegen.

Prophylaxe chronischer Erkrankungen

Nach bisher vorliegenden Ergebnissen aus Untersuchungen an Tieren bzw. auch aus wenigen Untersuchungen am

Menschen werden über den ER- β zum einen antiinflammatorische Effekte, zum anderen aber auch antiproliferative Wirkungen vermittelt. Diese Erkenntnisse tragen nicht nur zur Auflösung der bislang bestehenden Widersprüche bei, sondern eröffnen auch zahlreiche Möglichkeiten hinsichtlich der Prävention von Alterserkrankungen bzw. der Therapie chronisch-entzündlicher Erkrankungen wie rheumatoider Arthritis, Arteriosklerose, Osteoporose oder Colitis ulcerosa.

Generell fasst man heute alle chronischen Erkrankungen des Alters als entzündliche Prozesse auf (Abb. 2), so

dass die Entdeckung, dass der ER- β antiinflammatorisch wirkt, große Bedeutung zukommt. Chronisch-entzündliche Erkrankungen des Alters kommen deshalb nicht als Einzel-Erkrankungen vor. So haben fast alle Frauen, die unter Osteoporose leiden, eine Depression. Frauen und Männer, bei denen eine Osteoporose diagnostiziert ist, leiden zumeist auch unter Arteriosklerose, haben also Bluthochdruck.

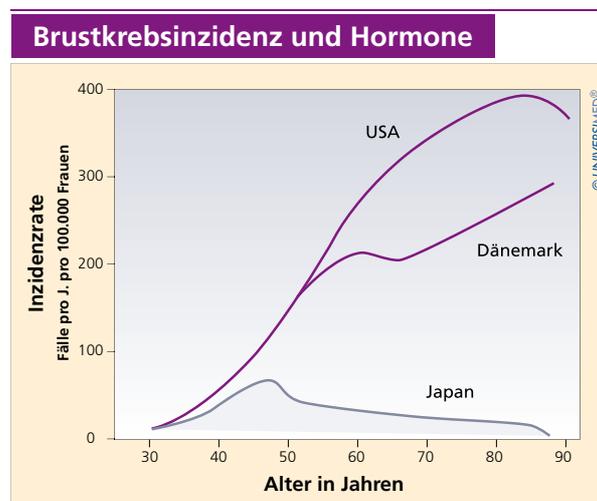


Abb. 1: In westlichen Ländern tritt ein starker Anstieg von Brustkrebs nach der Menopause auf, in Japan nicht. 80% aller westlichen Brustkrebs sind „Östrogen-Rezeptor-positiv“, was man heute als Östrogen-Rezeptor-alpha positiv bezeichnen muss (Yasui und Potter 1999)

Nicht von ungefähr sind denn auch über zehn synthetische Substanzen, so genannte Östrogen-Rezeptor- β -Agonisten, in präklinischer wie auch bereits in klinischer Entwicklung. In einem kürzlich publizierten Konsensus der deutschen gynäkologischen wissenschaftlichen Organisationen wurde die Bedeutung des ER- β zur Altersprophylaxe nun anerkannt.

Pflanzliche ER- β -Agonisten wie Isoflavone aus Soja und Rotklee scheinen bei der Vorbeugung chronischer Alters-Erkrankungen und beim Schutz vor metastasierenden Tumore eine große Rolle zu spielen. Sie können Interleukin 6 und TNF- α senken, die bei Entzündungen ansteigen und viele andere Krankheiten an anderen Orten des Körpers auslösen können (Abb. 2).

ER- β : Schutz vor hormonabhängigen Tumoren

Der ER- α vermittelt Proliferation und Wachstum und begünstigt so die Entwicklung hormonabhängiger Tumore, während der ER- β die Zelldifferenzierung begünstigt und damit einen Schutz vor Tumoren bietet. Bereits im Jahre 2003 war sich die Arbeitsgruppe um Gustafsson sicher, dass der ER- β den ER- α kontrolliert. Nach Gustafsson scheinen beide Östrogen-Rezeptoren in einer Art „Yin-Yang-Beziehung“ zueinander zu stehen (Abb. 3). Die zell-differenzierenden und wachstumsstimulierenden Effekte, die die Östrogene – überwiegend durch den Östrogen-Rezeptor- α vermittelt – auf die hormonabhängigen Zellsysteme haben, scheinen durch Wirkungen, die über den ER- β ablaufen, abgeschwächt zu werden. D.h.: Der über den ER- α induzierte Proliferationsdruck auf die hormonabhängigen Zellsysteme kann über den ER- β gemindert werden.

Seit dieser Entdeckung scheint es erlaubt, die Entwicklung hormonabhängiger Tumoren im Hinblick auf den Einfluss der Östrogene wie folgt zu beschreiben: Das relative Risiko für die Entwicklung hormonabhängiger Tumoren (Mamma-, Endometrium-, Prostata- und Lungentumoren, Morbus Hodgkin) ist erhöht, wenn längerfristig ein relativer Mangel an Östradiol besteht, da dann zwar noch der Proliferation-vermittelnde Östrogen-Rezeptor- α ausreichend aktiviert wird,

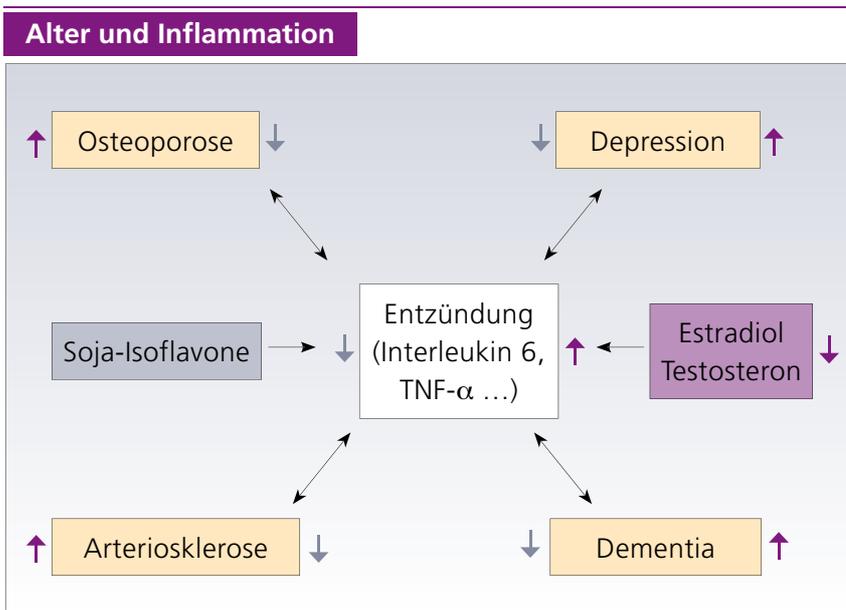


Abb. 2: Altern ist ein inflammatorischer Prozess, der mit anderen Erkrankungen im Wechselspiel steht. Der Abfall der Hormone verursacht einen Anstieg von Entzündungs-Mediatoren. Pflanzliche ER- β -Agonisten, wie die Isoflavone aus Rotklee und Soja, scheinen bei der Vorbeugung chronischer Alters-Erkrankungen eine große Rolle zu spielen

nicht jedoch der antiproliferativ wirksame und damit vor Krebs schützende ER- β . ER- α und ER- β agieren nicht unabhängig voneinander, sondern der ER- β blockiert bei ausreichender Konzentration den proliferationsfördernden ER- α . Auf genetischer Ebene konnte dies an menopausalen Frauen in Wien nachgewiesen werden (Imhof et al, 2006). Ebenso konnte gezeigt werden, dass erb-

liche zu Tumoren führende Gen-Veränderungen durch Soja-Isoflavone, selbst in Kombination mit Östrogenen, verhindert werden (Abb. 4).

Warum entwickeln Kinder keine Hyperplasien?

Es bleibt jedoch eine Erklärungslücke: Warum entwickeln vorpubertäre Mäd-

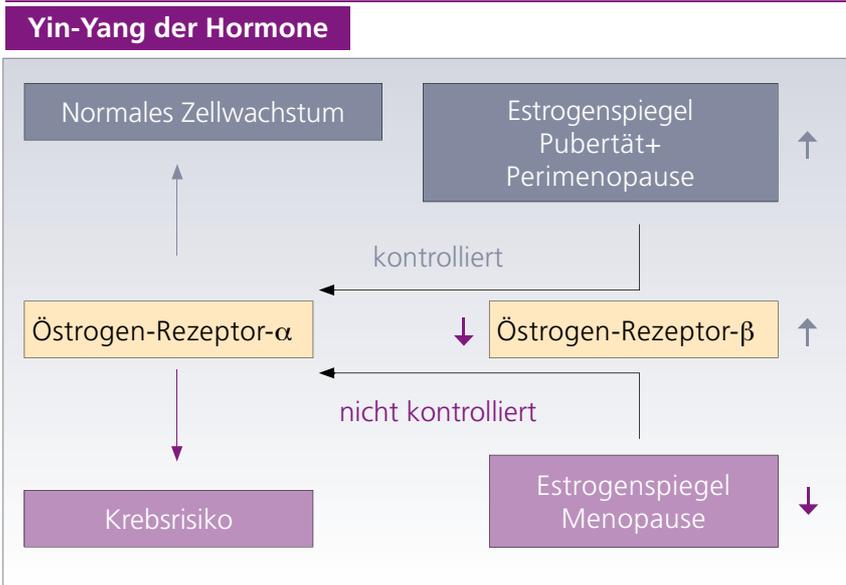


Abb. 3: Bei normalen Östradiol-Konzentrationen, in der Mitte des Lebens, kontrolliert der ER- β den ER- α und verhindert Krebs und Entzündungen (JA Gustafsson 2003)

Isoflavone und Genaktivität

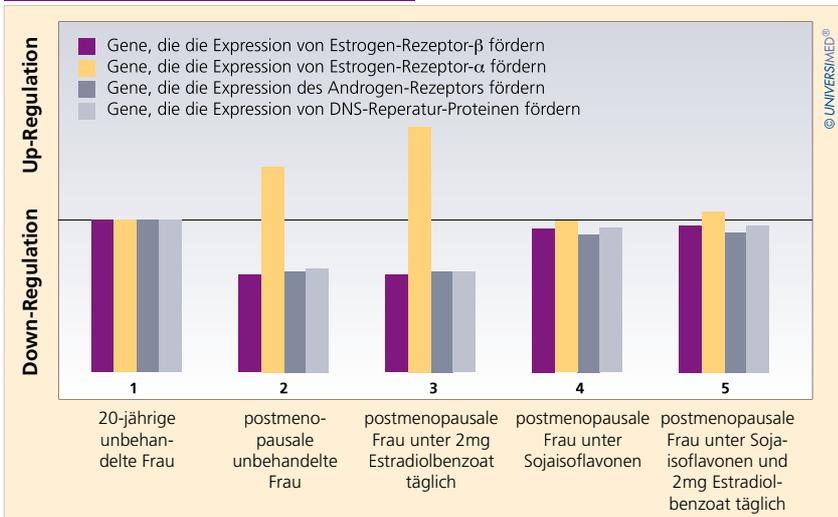


Abb. 4: Einfluss des Serums von unbehandelten bzw. mit Estradiolbenzoat oder/und mit Soja-Isoflavonen behandelten postmenopausalen Frauen auf das Genom von MCF-7-Brustkrebs-Zellen in Kultur: Vergleich zum Gen-Profil, das unter Einfluss des Serums einer jungen Frau zu beobachten ist (1). Unter Einfluss des Serums postmenopausaler Frauen (2, 3) stellt sich ein Profil ein, in dem die ER- α -exprimierenden Gene dominieren. Unter Einfluss des Serums postmenopausaler Frauen, die die Soja-Isoflavone angewandt hatten (4 und 5), ist dies nicht festzustellen.

chen und Knaben – trotz gegebener, aber eben relativ niedriger Östradiol-Spiegel – keine Endometrium- bzw. Prostatahyperplasien? Die aus Testosteron über Dihydrotestosteron (DHT) gebildete Substanz 3β -Adiol ist ein starker ER- β -Agonist, der eine sehr starke antiproliferative Wirkung auf Prostatazellen hat und besonders die Metastasenbildung unterdrückt (Abb. 5).

Wie sich in einer Untersuchung in Deutschland bei 400 Mädchen und Knaben gezeigt hat, steigt 3β -Adiol – bei Mädchen wie Knaben – bereits im Alter von zwei bis acht Jahren massiv an, also deutlich vor der Pubertät bzw. deutlich vor dem Anstieg der Östrogene. Die Bedeutung von 3β -Adiol liegt darin, mit hoher Affinität den ER- β zu besetzen, diesen zu aktivieren und die Expression weiterer β -Östrogen-Rezeptoren zu bewirken. So kann der Schluss gezogen werden, dass vorpubertäre Mädchen und Knaben durch hohe Konzentrationen körpereigener ER- β -Agonisten vor dem Östrogen-Mangel geschützt sind.

Östrogen-Rezeptor-beta vorwiegend in der Prostata

Dass der ER- β in der Prostata der wesentliche Östrogen-Rezeptor ist und dessen Aktivierung antiproliferative Schutz-

wirkungen zur Folge hat, konnte in einer Reihe von Studien belegt werden. Es stellt sich daher die Frage, wie effektiv die heutige Behandlung von Männern mit Prostatakarzinomen ist, bei denen

Abb. 5: Antiproliferative Effekte

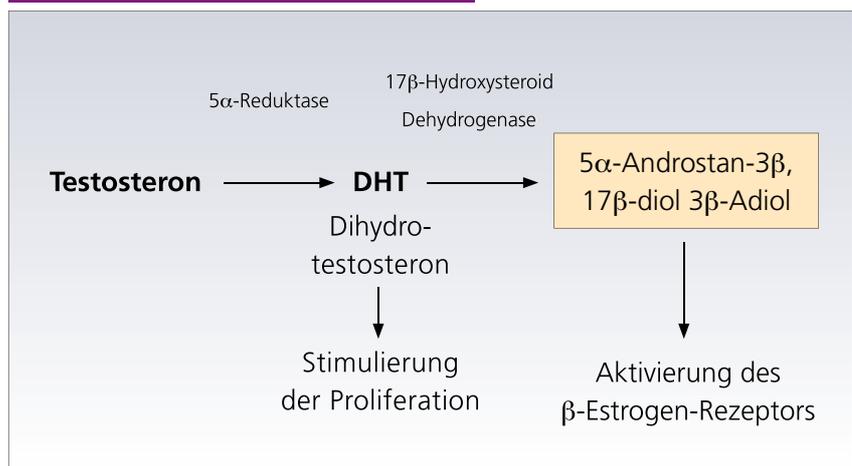


Abb. 5: Aus Testosteron bzw. Dihydrotestosteron wird im Organismus 3β -Adiol gebildet, der als starker Agonist den ER- β aktiviert, der antiproliferative Effekte vermittelt. Bei älteren Männern und bei Frauen in der Menopause ist der DHT-Spiegel deutlich vermindert, auch kann es durch 5α -Reduktasehemmer zu einem Abfall von DHT in Gewebe und Serum kommen, so dass ein Anstieg des relativen Krebsrisikos möglich ist (Gustafsson et al 2005)

mittels GnRH-Agonisten bzw. 5α -Reduktase-Hemmern die Bildung von Testosteron gesenkt bzw. die Umwandlung von Testosteron in 5α -Dihydrotestoste-

ron gedrosselt wird. Dies führt dazu, dass diese Männer durch das Fehlen von Testosteron und des Metaboliten 5α -Dihydrotestosteron nicht mehr in der Lage sind, das antiproliferative 3β -Adiol zu bilden und so der schützende ER- β in der Prostata nicht mehr aktiviert werden kann. In einer großen Studie mit Männern, die prophylaktisch einen 5α -Reduktase-Hemmer (Finasterid) anwandten, konnte denn zwar die Häufigkeit von Prostatakrebs reduziert werden, die (hormonrefraktären) Tumoren, die dennoch auftraten, waren jedoch bei der Diagnostikstellung weiter fortgeschritten und sprachen auf die Behandlung nicht mehr an. Es ist sehr interessant, dass die Substanz 3β -Adiol sowohl Kinder als auch den älteren Mann vor Hyperplasie und Krebs schützt. (Abb. 6)

Weiterer körpereigener ER- β -Agonist: DHEA

Man kennt das „Lifestyle-Hormon“ Dehydroepiandrosteron (DHEA) als „Anti-Aging-Hormon“. Es kommt in hohen Konzentrationen im Fötus, bei der Geburt sowie im Alter von etwa 30 Jahren bei Mann und Frau vor. Der Abfall dieses

Hormons korreliert mit dem Abfall der Testosteron-, Dihydrotestosteron- und Östradiolspiegel in peripheren Geweben. Eine DHEA-Substitution bei postmeno-

pausalen Frauen erhöht die Knochendichte. Dieser Effekt wird normalerweise mit den Metaboliten Testosteron und Östradiol in Verbindung gebracht. DHEA bindet an beide Östrogen-Rezeptoren. In physiologischen Konzentrationen wirkt es am ER- β als Agonist, während DHEA am ER- α als Antagonist wirkt. Obwohl die ER- β -Affinität von DHEA einige Zehnerpotenzen niedriger liegt als die von Östradiol, ist die agonistische Wirkung am ER- β etwa gleich groß, da DHEA in viel höheren Konzentrationen als Östradiol vorkommt. DHEA hat zudem eine stark anti-entzündliche Wirkung, die bei Lupus erythematoses oder Arthritis genutzt werden kann (Abb. 6).

Pflanzliche Östrogen-Rezeptor-beta-Agonisten

Europäischen Wissenschaftlern fiel in den 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts auf, dass Asiaten nicht nur weniger unter Krebserkrankungen leiden, sondern dass auch im Alter weniger chronische Erkrankungen auftreten. Eine Erklärung hierfür könnte in der Ernährung zu finden sein: Im asiatischen Raum sind Soja und Sojaprodukte ein weitaus umfangreicher Bestandteil der Nahrung als in Europa. Standen anfangs Soja-Proteine im Mittelpunkt des Interesses, so liegt das Augenmerk nun auf den in der Sojabohne enthaltenen Isoflavonen. Die Soja-Isoflavone haben eine hohe Affinität zum Östrogen-Rezeptor- β . Pflanzliche ER- β -Agonisten aus Soja haben sehr starke strukturelle Ähnlichkeiten mit dem körpereigenen β -Adiol. Sie aktivieren den ER- β und haben eine anti-proliferative Wirkung. Das Isoflavonderivat Genistein reduziert Inflammationsparameter (Interleukin 6, TNF- α), so dass sich weniger Entzündungen ausbilden (Abb. 2). Der ER- β ist besonders im Epithel der Blutkapillaren vorhanden. Beide Östrogen-Rezeptoren haben die Möglichkeit, die NO-Synthetase zu aktivieren, so dass eine vasodilatierende Wirkung eintritt.

Eine wichtige praktische Anwendung ergibt sich aus dem durchblutungsfördernden Effekt der Soja-Isoflavone: Bei älteren Menschen treten aufgrund der erniedrigten Hormonspiegel zunehmend

arteriosklerotische Veränderungen in den Gefäßen auf sowie wegen der fehlenden Östradiol-Aktivierung der NO-Synthetase eine Störung der peripheren Durchblutung. Letzteres macht sich durch Schlafstörungen bemerkbar: Die Blutkapillaren können nachts peripher nicht mehr erweitert werden und somit kann die Körpertemperatur nicht sinken. Frauen und Männer können daher zur Schlafförderung 80 bis 100mg Isoflavone abends einnehmen. Für Soja-Isoflavone sind auch positive Wirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten dokumentiert, wenn die Anwender jünger als 60 Jahre sind. Es wurde berichtet, dass Isoflavone einen moderaten Einfluss haben, menopausale Symptome wie Hitzewallungen und Ängstlichkeit zu unterdrücken.

Synthetische ER- β -Agonisten

Zurzeit befinden sich über zehn synthetische Verbindungen in der Entwicklung, die ER- β -agonistische Aktivitäten zeigen.

Entzündungshemmer

Die Substanz ERB041 ist ein potenter ER- β -Agonist mit antiinflammatorischen Eigenschaften. Sie war bei Tiermodellen mit Colitis ulcerosa und rheumatoider Arthritis wirksam. Diese Substanz wird gegenwärtig in der klinischen Entwicklungsphase II bei Frauen, die unter Endometriose leiden, getestet.

ER- β und Prostatakarzinom

Die Gabe von Östrogenen wurde seit langem als eine effektive hormonelle Therapie angesehen, um disseminierte Prostatakarzinomzellen zu unterdrücken. Dieser Anti-Tumor-Effekt wurde zunächst mit einem zentral vermittelten Abfall von Androgenen erklärt, der klinische Erfolg konnte jedoch mit dem Östrogen Diethylstilbestrol beim Prostatakarzinom nicht vollständig mit dem Abfall zirkulierender Androgene erklärt werden.

Die Firma Eli Lilly entwickelt eine Subs-

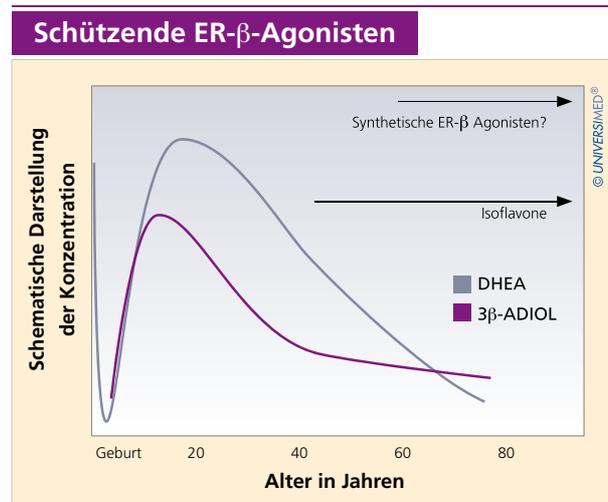


Abb. 6

tanz mit Namen Trioxifen, die sowohl ein ER- β -Agonist als auch ein ER- α -Agonist ist. Diese Substanz unterdrückte in vitro die Metastasenbildung durch Prostatakarzinome in Lymphknoten und Lunge und wird zurzeit in klinischen Phase-II-Studien bei Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom eingesetzt.

Haben ER- β -Agonisten Nebenwirkungen?

Werden Isoflavone allein durch die Nahrung aufgenommen, so sind sie nur im niedrigen nanomolaren Bereich im Blut nachweisbar: In diesem Konzentrationsbereich ist die Affinität der Isoflavone zum schützenden ER- β 10- bis 100-fach höher als die Affinität zum proliferationsfördernden ER- α . Die These, dass physiologische Effekte der Isoflavone in der Klinik über den ER- β ausgeübt werden, scheint heute gesichert. Hepatozyten haben keinen ER- β , was erklärt, warum ER- β -Agonisten wie Soja-Isoflavone weder Serum-Lipide verändern noch prothrombotische Effekte provozieren, die ein erhöhtes Risiko für thromboembolische Erkrankungen darstellen. Natürliche Östrogene, wie sie auch bei Kontrazeptiva und klassischer Hormonersatztherapie benutzt werden, die an den ER- α gehen, können eine Hepato-Toxizität verursachen, z.B. einen intrahepatischen Gallenstau bei Frauen während der Schwangerschaft. Dies kann nach Einnahme oraler Kontrazeptiva zu spontanen Frühgeburten führen. Ein intrahe-

patischer Gallenstau kann aber auch durch Hormongabe in der Postmenopause ausgelöst werden. Es konnte gezeigt werden, dass über den ER- α eine Unterdrückung hepatischer Transportvorgänge ausgeübt wird, ja sogar die Biosynthese der Gallenflüssigkeit verändert wird. Für Soja-Isoflavone liegen bisher keine Berichte über eine Hepatotoxizität vor. Eine Erhöhung der Endometri-

werden als in Europa – seltener chronische Erkrankungen des Alters und weniger metastasierende Tumore im Alter auftreten.

Eine Substitution mit pflanzlichen ER- β -Agonisten aus Soja oder Rotklee kann wahrscheinlich zu einem langfristigen Schutz vor Tumoren und chronischen Erkrankungen beitragen. Diese Substanzen könnten prophylaktisch bei Frauen ab

auch höhere Raten irregulärer Blutungen und andere Störungen. Wie Dr. med. H. Verhoeven aus Düsseldorf an Models gezeigt hat, die für Mode geworben haben, konnte man bei ihnen durch Gaben von etwa 120mg Soja-Isoflavonen die Entzündungen der Gebärmutter häufig unterdrücken, auch wenn schwere Entzündungen vorlagen.

Dass ältere Männer durch eine tägliche

Pharmakologische Wirkungen

ER- β -Agonisten	Substanz	antiproliferativ, antimetastatisch	antiinflammatorisch	kardioprotektiv	anxiolytisch antidepressiv
körpereigen	3 β -Adiol, DHEA	Brust- und Prostatakrebs antimetastatisch bei Prostatakrebs	Arthritis Lupus eryth. ZNS schützend	Red. kardiologische Spasmen	anxiolytisch (Unterdrückung der Cortisol-Ausschüttung)
pflanzlich	Genistein Daidzein	antiproliferativ antimetastatisch bei Prostatakrebs	antiarteriosklerotisch antiosteoporotisch ZNS schützend		antidepressiv Kognition
synthetisch	Trioxifen (Lilly) ERB041 (Wyeth) Merck (?)	antimetastatisch bei Prostatakrebs	(+) Entzündungshemmung Endometriose		(+) antidepressiv

Tab.

umdicke der Gebärmutter kann für alle ER- β -Agonisten ausgeschlossen werden, da eine Proliferation dieser Gewebe nur durch ER- α -Agonisten erfolgt.

Zusammenfassung

Die Entdeckung des Östrogen-Rezeptors-beta (ER- β) führt dazu, dass viele klinische Widersprüche aufgelöst werden konnten. Tumore treten in der ersten Hälfte des Lebens seltener auf, weil körpereigene ER- β -Agonisten Entzündung und Krebs verhindern. In der zweiten Lebenshälfte dagegen werden diese körpereigenen ER- β -Agonisten in geringerem Ausmaß gebildet, so dass viele chronische Erkrankungen und Krebs ausbrechen können.

Die antientzündlichen und antiproliferativen Eigenschaften pflanzlicher ER- β -Agonisten wie die Soja-Isoflavone können erklären, warum in Asien – wo diese Inhaltsstoffe in wesentlich größeren Mengen mit der Nahrung aufgenommen

40 Jahren und Männern etwa um die 50 Jahre eingesetzt werden.

Aber auch junge Mädchen profitieren, weil man zeigen konnte, dass Isoflavone in jungen Jahren die Menarche hinaufsetzen und später im Leben das Brustkrebs-Risiko senkten.

Wie man in Studien zeigen konnte, senken Kontrazeptiva Östradiol in der Brust, was aufgrund des allgemeinen Schemas zu einer Erhöhung der Entzündungsparameter (IL-6) in der Brust führt. Die Höhe des Entzündungsparameter IL-6 erreicht fast die von postmenopausalen Frauen, die auch eine Erhöhung des Entzündungsparameters in der Brust aufgrund fallender Östradiol-Spiegel zeigen. Deswegen bietet sich eine Kombination von Kontrazeptiva und Soja-Isoflavonen bei jungen Mädchen in der Pubertät geradezu an, um die junge Brust vor Entzündungen zu schützen.

Dass Tänzerinnen und Sportlerinnen aufgrund fehlender Fettgewebe erniedrigte Östradiol-Spiegel haben, ist bekannt. Sie zeigen höhere Osteoporose-Raten, aber

Aufnahme ihr Prostatakrebsrisiko reduzieren, wird kein Wissenschaftler auf der Welt heute mehr anzweifeln. Interessant ist aber auch, dass Männer aus den Familien, in denen ein Prostatakrebsrisiko in jungen Jahren vorliegt, also von einem genetischen Risiko gesprochen werden muss, durch Soja-Konsum das Prostatakrebsrisiko eliminieren können. Männer aus solchen Familien sollten also auch in jungen Jahren regelmäßig Soja-Isoflavone einnehmen.

Wieweit sich synthetische ER- β -Agonisten durchsetzen werden, muss abgewartet werden. Diese dürften vorwiegend zur Behandlung chronischer Erkrankungen eingesetzt werden.

Literatur beim Verfasser

●
Autor:

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dr. med. Uwe Rohr
 Ärztezentrum Med 19
 Armbrustergasse 1, 1190 Wien
 E-Mail: uwe.rohr@chello.at
 fau070216



S. Elnekheli, Wien

Neues aus der Sexualtherapie

Was ist Sexualtherapie eigentlich wirklich?

Laut Definition ist Sexualtherapie die Bezeichnung für verschiedene psychotherapeutische Verfahren, die zur Behandlung von psychisch bedingten sexuellen Funktionsstörungen wie zum Beispiel Lustlosigkeit, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Impotenz, Orgasmusstörungen u.a. eingesetzt werden. Sexualtherapie verfolgt das Ziel, die frustrierenden, Erfahrungen zu unterbrechen und neue sinnliche Erfahrungen ohne Leistungsdruck in das Sexualeben zu integrieren.

Kompetenz durch Ausbildung und Selbstreflexion

Als Sexualmedizinerin sehe ich mich verantwortlich für das sehr komplexe Thema Sexualität. Nahezu alle Kollegen der verschiedenen Fachrichtungen können diesen Bereich tangieren, fühlen sich aber dann in letzter Konsequenz eben nicht zuständig. Gerade Gynäkologen/innen sind besonders gefordert, da die Patienten gerade hier professionelle Ansprechpartner für ihr sexuelles Problem erwarten. Eine spezielle Auseinandersetzung mit dem Thema in Form einer eigenständigen Zusatzausbildung ist aber notwendig, damit die eigenen Grenzthemen beleuchtet und bearbeitet werden können.

Als kompetenter Berater kann man erst dann hilfreich agieren, wenn man unterscheidet, welcher Anteil des Themas zum Patienten bzw. welcher Anteil zu einem selbst gehört. Meine Kompetenz als Sexualmedizinerin setzt sich aus dem Studium der Allgemeinmedizin, einer 3-jährigen Ausbildung in Akupunktur und

asiatischer Philosophie, einer 3-jährigen Ausbildung in Sexualberatung und -pädagogik und einer 3-jährigen Ausbildung in Selbstheilungsberatung nach der Methode Wildwuchs zusammen. Mein persönlicher Zugang zur Sexualtherapie ist deshalb ein ganzheitlicher. Ich stehe den Rat Suchenden mit ihren Problemen neutral gegenüber und nehme sie als Menschen mit all ihren Facetten wahr.



Eine gute Erstberatung folgt dem Motto: „Fühle ich mich kompetent, berate ich gerne, fühle ich mich nicht kompetent, schicke ich weiter“

Alle Aspekte eines Menschen haben einen Platz und sind wichtig für die Prägung der Persönlichkeit. Es gibt kein „Gut“ und „Böse“. So können alle Anteile in der Therapie angstfrei an die Oberfläche gelangen und bearbeitet werden.

Mein therapeutisches Konzept besteht aus 3 großen Bereichen:

- Analyse
- Entspannungstechniken
- körperorientierte Visualisierungstechnik

„Ich bin ok, du bist ok“

Die ausführliche Anamnese, eine Analyse von ein bis zwei Sitzungen zu einer Stunde, steht an erster Stelle, denn gerade in dieser ersten Phase werden meist bereits alle Themen angesprochen, die auch im weiteren Verlauf der Beratung wichtig sein werden und bearbeitet werden sollten. Die Sexualanamnese wird meist erst in der zweiten Sitzung angesprochen, da dabei ein vertrauensvoller Zugang notwendig ist. Das Modell der Transaktionsanalyse von Thomas Harris nach dem Buchklassiker „Ich bin ok, du bist ok“ gehört für mich zum Standard, um mit den Klienten und Patienten auch ein Stück weit die gleiche psychologische Sprache zu sprechen und rasch zu den ersten ersehnten „Aha-Erlebnisse“ zu kommen.

Weiters hilft es in sehr unüberschaubaren Fällen, das personelle Umfeld und das Problem auf einem Schachbrett aufzustellen, um die Situation auch für den Rat Suchenden zu distanzieren und dann Lösungsmodelle direkt „anschaulich“ umzustrukturieren.

„Sexualität als gemeinsame Meditation“

Alte Glaubenssätze aus Urgroßmutterzeiten erweisen sich als hartnäckige Lustkiller für unsere heutigen angeblich sexuell befreiten Patienten. Der katholische lustfeindliche Zugang zum Thema Sexualität hat sich tief in unsere Verhaltensmuster eingepreßt. Die Erforschung und Bearbeitung laufen immer parallel zum gesamten Therapieverlauf. Sexuell abwegig erscheinende Phantasien belasten gerade die Frauen, die sich aufgrund ihrer restriktiven Sexualerziehung gezwungen sehen, Sexualität nur unter phantasierter Gewalteinwirkung über sich ergehen zu lassen, damit sie für sich selbst die „Erlaubnis“ haben, Sexualität überhaupt leben und „genießen“ zu dürfen.

Das Ziel in dieser Phase ist, grundsätzlich von dieser „Spannung im Kopf“ zur „Entspannung im Körper“ zu gelangen. Effiziente Entspannungstechniken können dabei in einer Sitzung zu eineinhalb Stunden erlernt werden. Die Atmung zählt hier zu den wichtigsten Elementen, um relativ einfach Kontakt zu seinem Körper knüpfen zu können und eigenständig den inneren „Energimagneten“ wieder aufzuladen. Auch mit Hilfe der sexualitätsfreundlichen fernöstlichen Lebensphilosophie, die Sexualität als pure Lebensenergie sieht, können Modelle zum positiven Einsatz von Atem- und Entspannungstechniken für den Patienten erarbeitet werden. Hier kann man mit den Themen Orgasmusprobleme und Lustlosigkeit gut therapeutisch umgehen, nach dem Motto „Sexualität als gemeinsame Meditation“ und nicht als „zielorientierte Leistungsshow“.

„Methode Wildwuchs“

Die „Methode Wildwuchs“ ist eine Essenz aus verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen, die nur dann angewendet wird, wenn sich die Patientin bewusst ist, dass diese Form von Arbeit auch mit lebensverändernden Schritten enden soll/kann, die nicht ohne Verlust von alten Mustern einhergehen und deshalb gut überlegt sein müssen. Dies geht so weit, dass die Patientin selbst mich als Therapeuten davon überzeugen muss, dass sie diesen Weg wirklich gehen will.

Der wissenschaftliche Background findet sich in der „Psycho-Neuro-Immunologie“, bei der in der Arbeit mit onkologischen Patienten herausgefunden wurde, wie wirklichkeitsnahe innere Bilder sein können und wie wirkungsvoll erarbeitete heilsame Bilder für das Immunsystem und damit für die Selbstheilungstendenz der Menschen sein können.

Dieses therapeutische Konzept verläuft in strukturierten Schritten, die vom Training der Entspannung und der Sicherheit seiner selbst über die Er- und Überarbeitung alter Glaubensmuster bis zum Anfreunden mit seinen Symptomen auf körperlicher Ebene führen. Selbst erarbeitete Heilungsschritte werden in der Folge für 4 Wochen im Alltag umgesetzt, um alte krank machende Lebensmuster durch neue, gesundheitsfördernde Schritte zu er-

len durchaus hilfreich sein, sollten aber nur dann geboten werden, wenn es ein intuitives Verständnis zwischen Arzt und Patientin gibt. „Erzwungene Kommunikation“ dagegen kann rasch in Grenzüberschreitungen münden, die mehr kaputt machen als helfen.

Ich möchte auf die Wichtigkeit des Wahrnehmens möglicherweise chronischer psychosomatischer Leiden und Sexualstörungen durch Ärzte aller Fachrichtungen hinweisen, damit diese die Patientin weiterleiten können. Es ist jedoch extrem schwierig, in der Routineordination meist unter Zeitdruck ein Gespräch über Sexualität in Gang zu bringen, um es dann zu früh abbrechen zu müssen, weil die nächsten Patientinnen schon warten. Nichtsdestotrotz gibt es natürlich Naturtalente unter den Ärzten, die

buchtipps

Ein geprüfter Buchtipps zur richtigen Zeit hilft auch oft einen großen Schritt weiter.

Für alle, die Menschen aus einer Beziehungsfalle helfen wollen:

Thomas Harris, „Ich bin ok – du bist ok“

Für alle die Menschen beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch schonend an das Thema heranführen wollen: Ellen Bass, „Trotz allem“

Für alle, die Menschen auf einen entspannten Weg ihrer Sexualität leiten wollen:

Diana Richardson, „Zeit für Weiblichkeit“

Für alle, die sich über die Arbeit mit inneren Bildern informieren wollen:

Angelika Koppe, „Mut zur Selbstheilung“

Für alle, die sich im „Alternativheildschungel“ zurechtfinden möchten:

„Wohlfühlen in Wien/Kärnten/Linz“, Freya-Verlag

setzen, damit Heilung möglich wird. Die körperorientierte Visualisierung benötigt fünf Sitzungen zu eineinhalb Stunden.

Diese Methode ist in Deutschland seit 20 Jahren unter „Methode Wildwuchs“ bekannt und erzielt gerade bei chronischen Frauenleiden wie Myomen, Zysten, Endometriose sehr gute Erfolge. Genauso kann der Fokus aber auch auf Sexualstörungen oder Lebenskrisen gelegt werden und so als Coaching zum Beispiel bei Blockaden, aber auch bei beruflichen Herausforderungen eingesetzt werden.

Sexualstörungen sitzen meist sehr tief

Eine Patientin, die ein Problem zur Sprache bringt, gibt nur eine kleine Facette ihrer Persönlichkeit preis. Spontane Tipps und Lösungen können in manchen Fäl-

zum richtigen Zeitpunkt auch extrem wichtige Botschaften überbringen können, die definitiv heilen können. Prinzipiell sollten wir uns aber alle auf unsere Intuition verlassen. „Fühle ich mich kompetent, berate ich gerne, fühle ich mich nicht kompetent, schicke ich weiter.“

Beratung wird von den Patientinnen gerne in Anspruch genommen und die Ausbildung zum Dipl. Lebens- und Sexualberater befugt, mit der Patientin erste Schritte einzuleiten, um sie dann, wenn notwendig individuell weiterzuleiten.

Autorin:

Dr. Sandra Elnekheli

Sexualmedizinerin, Wien

www.patchworkfamily.at

fau070222

Einfluss CMA-haltiger Kontrazeptiva (CMA/EE, Belara®) auf die Psyche der Frau

Ebenso wie die natürlichen Sexualhormone üben auch die Hormone oraler Kontrazeptiva vielfältige Einflüsse auf die psychische Verfassung der Frau aus. Leider fehlen häufig tiefergehende Erklärungen bzw. Untersuchungen zu den Wirkmechanismen der verschiedenen Gestagene, und meist bleiben die publizierten Informationen auf der Ebene der Phänomenbeschreibung stehen. Die beobachteten Phänomene sind je nach z.B. individueller Disposition der Frauen, der Menge Ethinylestradiol und der Art des Gestagens, des Gestagen-Estrogen-Verhältnisses und des Einnahmeschemas eines oralen Kontrazeptivums sehr unterschiedlich. Eindeutige Vorhersagen lassen sich nicht machen. Depressive Ver-

an leichter, mittelstarker oder starker depressiver Verstimmung litten (n=4.352), nach vier Behandlungszyklen mit CMA/EE symptomfrei. Die Rate unerwünschter Ereignisse hinsichtlich depressiver Verstimmung lag bei 1,9%.

Das Teilkollektiv der Frauen mit mittelstarker oder starker depressiver Verstimmung profitierte besonders von der Umstellung oder Neueinstellung auf CMA/EE. Hier waren 87% der betroffenen Frauen nach vier Zyklen beschwerdefrei.

Die positiven Resultate bei Frauen mit depressiver Verstimmung nach vier Behandlungszyklen mit CMA/EE wurden in einer AWB, die über 12 Zyklen durchgeführt wurde, (n=2.620), noch übertroffen. Nach 12 Behandlungszyklen berichteten 92 von 103 Frauen (fast 90%) mit leichten, mittelstarken oder starken depressiven Verstimmungen von einem Abklingen der Beschwerden (Abb.).

Frauen mit depressiven Verstimmungen

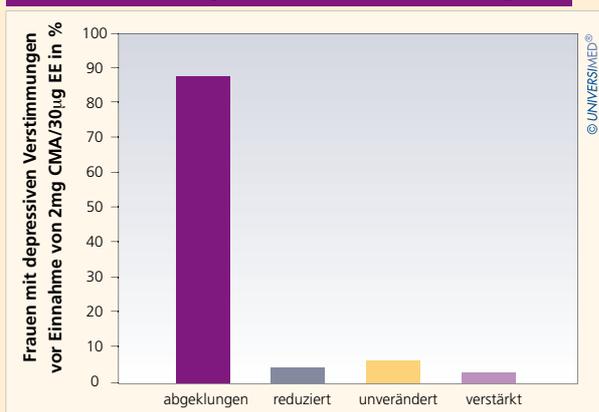


Abb.

stimmungen können generell unter allen Kontrazeptiva neu auftreten oder sich verschlechtern. Dennoch gibt es viele Frauen mit depressiven Verstimmungen, die von der Einnahme bestimmter oraler Kombinationspräparate profitieren. An dieser Stelle sei erwähnt, dass eine diagnostizierte schwere Depression eine Kontraindikation für hormonale Kontrazeption darstellt.

Bei Frauen, die 2mg Chlormadinonacetat und 30µg Ethinylestradiol erhielten, wurde im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen dokumentiert, dass bei einem Großteil der Frauen, die vor Studienbeginn depressive Verstimmung angaben, diese im Laufe der Behandlung verschwand, während die Rate der Frauen, bei denen depressive Verstimmung neu auftrat oder sich verschlechterte, sehr niedrig war. In der KUSS-Studie mit insgesamt 20.897 Frauen beispielsweise waren über 60% der Frauen, die vor Einnahme von CMA/EE

Das CMA-GABA_A-Modell

Eine Erklärung für den positiven Effekt von Belara® bei Frauen mit depressiver Verstimmung könnte darin bestehen, dass Belara® neben 30µg Ethinylestradiol das Progesteronderivat Chlormadinonacetat (CMA) als Gestagenkomponente enthält. Für CMA ist ein Metabolit beschrieben, der dem Epipregnanolon, das aus Progesteron gebildet wird, sehr ähnlich ist. Die Pregnanolone (Allopregnanolon, Epipregnanolon) sind in der Lage, den GABA_A-Rezeptor zu aktivieren und damit anxiolytisch zu wirken. Ein ähnlicher Effekt kann auch für den CMA-Metaboliten postuliert werden. Weitere Untersuchungen zum CMA-Metaboliten sind erforderlich.

Zusammenfassung

Sexualsteroiden üben einen großen Einfluss auf die Psyche der Frau aus. Dieses gilt auch für die in oralen Kontrazeptiva enthaltenen Hormone.

Die Hormonkombination 2mg CMA/30µg EE (z.B. Belara®) zeigte im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen sehr gute Resultate bei Frauen mit Kontrazeptionswunsch, die unter depressiver Verstimmung litten. CMA, ein Progesteronderivat, bildet ebenso wie das natürliche Progesteron ein Pregnanolon. Aufgrund der hohen Strukturverwandtschaft dieser Pregnanolone kann geschlossen werden, dass der CMA-Metabolit den GABA_A-Rezeptor ebenfalls aktiviert. In diesem Mechanismus könnte die Erklärung für die beobachtete psychisch ausgleichende Wirkung von CMA liegen.



C. Fiala, Wien

Verhütung: Gewohnheit fördert Nachlässigkeit

Vor 100 Jahren eine Vision, sollte die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung nach Sigmund Freud ein „Triumph der Menschheit“ werden. Mit der erstmaligen Beschreibung der fruchtbaren Tage durch Hermann Knaus und Kyusaku Ogino in den 1930er Jahren war dies zumindest theoretisch möglich. Ab der Einführung der Pille in den 1960er Jahren war die Trennung auch praktisch und sehr zuverlässig umsetzbar.

Und seit den gesellschaftlichen Umwälzungen in der Folge der 68er Jahre ist die Vision Freuds in den meisten Industrieländern selbstverständliche Realität. Die Fremdbestimmung des Lebens durch die unkontrollierbare Fruchtbarkeit hatte nicht selten Leben zerstört, die Gesundheit von Frauen ruiniert und oft sogar zu deren Tod geführt. Einst für Generationen von Frauen und Männern eine naturgegebene Selbstverständlichkeit, war all das plötzlich Vergangenheit. Heute erscheint dieser Rückblick beinahe unrealistisch und ebenso unvorstellbar wie

die Vision Freuds für seine Zeitgenossen vor 100 Jahren.

Was Menschen über Jahrhunderte so sehnlichst herbeigewünscht hatten, wurde plötzlich leicht verfügbar und selbstverständlich. Parallel dazu veränderte sich auch die Bewertung in der Medizin. Nach der zeit- und geldaufwändigen Lösung des Problems wurde es zu einem Low-Interest-Thema, fast sogar zu einem No-Interest-Thema. Die Anzahl an Forschungen zu neuen Methoden ist sehr gering. Und neu entwickelte Kontrazeptiva können nur mit

dem allergrößten Marketingaufwand an die Ärzteschaft bzw. an die Frauen kommuniziert werden. Die Anwenderinnen nicht mehr „Patientinnen“, sondern „Konsumentinnen“ zu nennen entspricht nicht nur dem gewandelten Blick der Medizin auf Krankheits- und Gesundheitsgeschehen, sondern auch dem tatsächlichen Anwendungsverhalten. Der medizinische Terminus „Compliance“ wurde schon längst abgelöst durch den neutralen Begriff „Adherence“, und eben diese ist lückenhafter, je weniger bedrohlich die Konsequenzen sind.

Kontrazeption in Europa

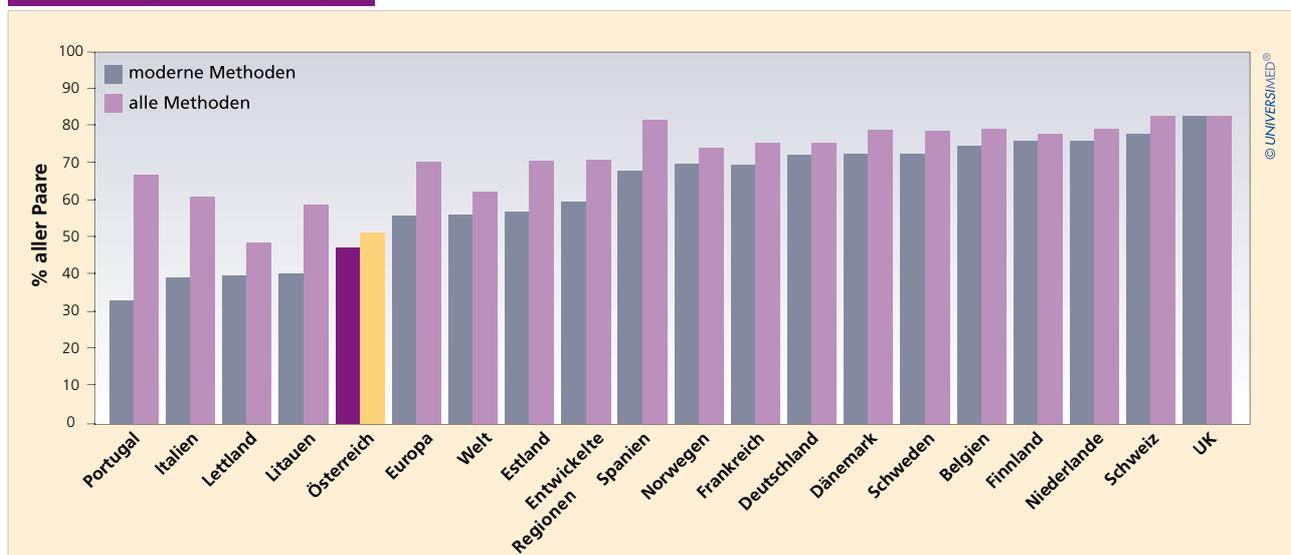


Abb. nach: World Contraceptive Use 2001, UN, Population Division, Department of Economic and Social Affairs

Dieses Verhalten ist nicht auf den Gebrauch oder Nicht-Gebrauch von Kontrazeptiva beschränkt. Die zunehmende Impfmüdigkeit unterliegt ähnlichen Mechanismen. Seit die meisten dieser Krankheiten selten geworden und gut behandelbar sind, ist der Schrecken davor – und damit die Motivation zur schützenden Impfung – geringer geworden. Ähnlich verhält es sich mit dem Anlegen des Sicherheitsgurtes beim Autofahren: Je größer die Erfolge der Unfallchirurgie sind, je mehr Unfallopfer nachweislich gut überleben, desto größer ist die Tendenz, aus Bequemlichkeit keinen Gurt anzulegen. Auch hier wird die unbewusste Verhaltensweise gerne mit einem intellektuellen Argument gestützt, etwa dass im einen oder anderen Fall der schwere Autounfall nur durch das Nicht-Anlegen des Gurts überlebt werden hätte können.

Aber im Gegensatz zu diesen Beispielen, in denen die Gesellschaft bzw. der Staat die Prävention unterstützt, gelegentlich sogar kontrolliert und auch finanziert, werden die Menschen in Österreich sich selbst überlassen, wenn es um den Schutz in ihrer Sexualität geht. Häufig wird sogar der Eindruck vermittelt dies sei normal, wohingegen es im übrigen Westeuropa ein selbstverständlicher Standard ist, die Menschen auch diesbezüglich zu unterstützen, was u.a. dazu geführt hat, dass in Holland geborene Frauen die weltweit niedrigste Rate an Schwangerschaftsabbrüchen haben. Ein eindrückliches Beispiel erfolgreicher Prävention, von dem wir hierzulande nur träumen können.

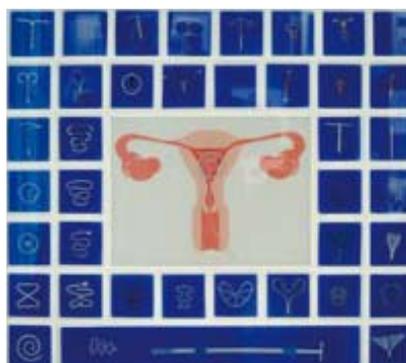
Viele Frauen noch immer ungewollt schwanger

Eine noch nie dagewesene Anzahl an wirksamen Verhütungsmethoden steht heute zur Verfügung und trotzdem gibt es so viele ungewollte Schwangerschaften. Wie ist dieser scheinbare Widerspruch zu erklären?

Häufig fehlt das Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in seiner Fruchtbarkeit zu schützen. Weit verbreitet ist ein emotionaler Wunsch, „natürlich und sicher“ zu verhüten. Künstliche Hormone werden ebenso abgelehnt wie ein Fremdkörper im Uterus oder Barriere-Methoden. Hingegen wird selbstver-

ständig erwartet, dass Sexualität spontan sein soll und lediglich zu 1–2 Schwangerschaften führt. Offensichtlich sind dies unvereinbare und „unnatürliche“ Erwartungen. Sie führen jedoch häufig zu einer ungenügenden Anwendung wirksamer Verhütungsmethoden und damit zu ungewollten Schwangerschaften und Abbrüchen.

Hier setzt das neu eröffnete Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch an, indem es den mühsamen und langen Kampf um die Kontrolle der Fruchtbarkeit aufzeigt. Die eigene Fruchtbarkeit wird dem Besucher dadurch nachvollziehbar, und damit die Notwendigkeit, sich wirksam zu schützen.



Neben diesem fehlenden Bewusstsein für eine wirksame Verhütung sind jedoch auch banale Fehler in der Anwendung für das häufige Scheitern der Prävention verantwortlich.

So ist z.B. die regelmäßige und fehlerfreie Einnahme einer Tablette für die meisten Menschen schwierig. Vor allem dann, wenn die Konsequenzen des Vergessens nicht mehr drastisch sind. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass viele Frauen die Pille vergessen und in der Folge ungewollt schwanger werden. Die drei häufigsten Gründe dafür sind: „Ich war nicht zu Hause“, „Ich hab auf die Einnahme vergessen“ und „Die Pille ist mir ausgegangen“. Diese Angaben stammen aus einer amerikanischen Untersuchung unter Frauen, die ein Monatstagebuch geführt hatten.¹

Seltener Gründe waren: „Zu spät genommen“, „War auf Reisen“, „Arbeitsstress“ und „Schulstress“. Nur 2,4% der versäumten Pilleneinnahmen beruhten auf gesundheitlichen Problemen (wie

Übelkeit oder Erbrechen); Nebenwirkungen waren gar nur für 1,3% verantwortlich.

Hinsichtlich des Wochentages mit den meisten Einnahmefehlern gab es keine Häufung.

Die Autoren der Studie berechneten, dass jede vierte versäumte Pilleneinnahme tatsächlich zu einem erhöhten Schwangerschaftsrisiko geführt hatte.

Es ist deshalb bei der Beratung der Patientin wichtig, vor Einnahme der ersten Pille nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch praktische Details zu klären, z.B. wo die Packung aufbewahrt wird. Günstig hat sich der Platz neben der Zahnbürste erwiesen, sofern die Einnahme mit Wissen der anderen in der Wohnung geschieht, kleine Kinder keinen Zugriff haben und die Frau immer in derselben Wohnung schläft. Nicht bewahrt haben sich hingegen Schubladen oder Nachtkästchen, weil die Pille dort häufig vergessen wird. Hier ist zu fordern, dass Ärzten eine Beratung zur richtigen Anwendung wirksamer Verhütungsmittel auch honoriert wird. Auch wirksame Verhütungsmittel sind nur dann wirksam, wenn sie richtig angewendet werden. Dafür ist eine gute Beratung eine Voraussetzung.

Aus Gründen der Compliance/Adherence werden Kontrazeptiva immer beliebter, die nicht täglich angewendet oder eingenommen werden müssen. Doch auch hier ist an die Notwendigkeit der Anschlussmedikation zu denken. Aus unseren Beobachtungen scheint das Erinnerungstool SMS das bestakzeptierte und unauffälligste zu sein.

Die Aufgabe der Gesellschaft

Gerade hinsichtlich der Sexualität (anderer) wird immer noch gerne moralisiert. Ein Urteil darüber, ab wann und wie Sexualität zu leben ist, ist meist jedoch nicht ‚evidence based‘ und somit von ärztlicher Seite kaum sinnvoll möglich. Willkürliche Bedingungen für den Zugang zu Verhütungsmitteln, etwa das Bestehen einer Ehe mit mindestens drei Kindern, wie bei der Einführung der Pille in den 1960ern gehandhabt, sind wenig sinnvoll. Sie sind vielmehr kontraproduktiv, da sie dazu führen, dass die Abgewiesenen umso eher ungewollt schwanger

werden und oftmals einen Abbruch durchführen lassen.

Obwohl sich in den letzten Jahrzehnten viel verbessert hat, ist die Verhütung ungewollter Schwangerschaften in Österreich immer noch geprägt von Hürden, fehlender finanzieller Unterstützung (s. Tab.) und einer gesellschaftlichen Moral, nach welcher Jugendliche nicht zu früh bzw. nicht so genau informiert werden sollten, da sie dadurch erst zu sexueller Aktivität animiert würden.

Konsequenterweise ist das Verhütungsverhalten in Österreich schlecht im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (s. Abb.).³ Dies wiederum hat eine unnötig hohe Zahl an ungewollten Schwangerschaften und damit an Schwangerschaftsabbrüchen zur Folge. Schätzungen zufolge liegt Österreich diesbezüglich mit den USA an letzter Stelle der Industrieländer.

Die Analyse von Frauen, die zu einem Schwangerschaftsabbruch kommen, zeigt ferner, dass nicht nur junge Frauen eine bessere Verhütung benötigen, sondern häufig auch Frauen, die bereits Kinder haben (Gynmed Ambulatorium Wien und Salzburg). Aus den vielfach publizierten Erfahrungen im europäischen

Kostenübernahme

Land	Kontrazeptiva	Abbruch
Frankreich	größtenteils	größtenteils
Bosnien und Herzegowina	größtenteils	gar nicht
Albanien, Belgien	teilweise	größtenteils
Deutschland, Italien, Niederlande, Spanien, Schweden, Türkei, Usbekistan	teilweise	größtenteils
UK	teilweise	teilweise
Finnland, Schweiz	gar nicht	größtenteils
Österreich, Zypern, Tschechische Rep., Ungarn, Israel, Litauen, Russland, Slowakei	gar nicht	gar nicht

Tab.: Kostenübernahme für Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch⁴

Ausland lassen sich folgende Maßnahmen für Österreich als dringend notwendig ableiten, um das Verhütungsverhalten zu verbessern und damit die Zahl an ungewollten Schwangerschaften und Abbrüchen zu verringern:

- Professionalisierung der Sexualerziehung
- Verbesserung des Zugangs zu Verhütungsmitteln

- Kostenübernahme von Verhütungsmitteln, zumindest für Jugendliche und sozial Schwache
- rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“ (reines Gestagenpräparat), wie dies im Großteil der westeuropäischen Länder bereits seit vielen Jahren der Fall ist

Diese Interventionen würden zu einem verantwortungsvollen Umgang in der Sexualität führen, d.h. zu weniger ungewollten Schwangerschaften und damit einer niedrigen Rate an Abbrüchen. In keiner Weise wurden Befürchtungen bestätigt, wonach die genannten Maßnahmen zu einer früheren oder größeren sexuellen Aktivität führen würden.

Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch öffnet seine Pforten

Der Kampf um die Kontrolle der Fruchtbarkeit ist in dem neu eröffneten Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch dokumentiert. Gezeigt wird eine ausführliche Sammlung der medizinischen sowie der gesellschaftlichen Aspekte. Sie macht die Kraft der Fruchtbarkeit ebenso begreiflich wie ihre Unbarmherzigkeit. Erst die Möglichkeit, die Fruchtbarkeit den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten unterzuordnen, hat den hohen Stand der Gesundheit der Menschen wie auch den Lebensstandard unserer Gesellschaft ermöglicht.



Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch
 Mariahilfer Gürtel 37/1. Stock, 1150 Wien
 Öffnungszeiten: Mi. bis So. 14:00–18:00 Uhr
 Homepage: www.muvs.org

Literatur:

- ¹ Janice D. Smith, Deborah Oakley, *Why Do Women Miss Oral Contraceptive Pills? An Analysis of Women's Self-Described Reasons for Missed Pills* *J Midwifery & Womens Health*. 2005; 50(5): 380-385
- ² Andreas Rothkegel, *Psychotherapeut, Erhebung zum Verhütungsverhalten bei ungewollten Schwangerschaften*, www.profamilia.de/getpic/3046
- ³ *World Contraceptive Use 2001*, UN, Population Division, Department of Economic and Social Affairs
- ⁴ C Fiala et al, *Abortion costs in Europe*, FIAPAC Kongress, Wien, 10.11. 9. 2004, www.fiapac.org

Autor:
 Dr. Christian Fiala
 Gynmed Ambulatorium Wien und Salzburg
christian.fiala@aon.at
www.gynmed.at
 fau070226

produktinformation

NuvaRing®

Neue Applikationssysteme wie der Verhütungsring (NuvaRing®) lösen das Problem der täglichen Anwendung, stoßen aber immer wieder auf Vorbehalte hinsichtlich Akzeptanz bzw. Zufriedenheit der Anwenderinnen. Eine kürzlich veröffentlichte Studie¹ konnte diese Vorbehalte nachhaltig entkräften. In der randomisierten Studie wendeten 201 Frauen, die davor mindestens zwei Monate lang nicht hormonell verhütet hatten, über drei Monate entweder den NuvaRing® (15µg EE und 120µg Etonogestrel pro Tag) oder ein triphasisches orales Kontrazeptivum (25µg EE und 18, 21,5 oder 25µg Norgestimat pro Tag) an. Die Zufriedenheit mit der jeweiligen Verhütungsmethode war sehr hoch. Frauen, die den Ring verwendet hatten, gaben dreimal häufiger an, sehr zufrieden zu sein, als Frauen, die die Pille eingenommen hatten. Weiters wollten die Ring-Anwenderinnen achtmal häufiger diesen weiterhin zur Verhütung anwenden als Pillen-Anwen-



derinnen. Die Resultate deuten darauf hin, dass Frauen, die NuvaRing® probieren, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit damit zufrieden sind und dabei bleiben. Die Akzeptanz einer Verhütungsmethode lässt sich auch an der Zahl der Rückfragen beim Arzt messen. Eine Studie² verglich dazu 200 Anwenderinnen von Pille, Hormonpflaster oder Ring – mit dem Resultat, dass die Zahl der Rückfragen bei den einzelnen Methoden signifikant unterschiedlich war. Die meisten Rückfragen gab es bei Anwendung des Pflasters (20 Rückfragen bei 40 Anwenderinnen), gefolgt von der Pille (30 bei 96 Anwenderinnen). Am wenigsten Rückfragen gab es bei Verwendung von NuvaRing® (11 bei 72 Anwenderinnen).



derinnen. Die Resultate deuten darauf hin, dass Frauen, die NuvaRing® probieren, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit damit zufrieden sind und dabei bleiben.

Die Akzeptanz einer Verhütungsmethode lässt sich auch an der Zahl der Rückfragen beim Arzt messen. Eine Studie² verglich dazu 200 Anwenderinnen von Pille, Hormonpflaster oder Ring – mit dem Resultat, dass die Zahl der Rückfragen bei den einzelnen Methoden signifikant unterschiedlich war. Die meisten Rückfragen gab es bei Anwendung des Pflasters (20 Rückfragen bei 40 Anwenderinnen), gefolgt von der Pille (30 bei 96 Anwenderinnen). Am wenigsten Rückfragen gab es bei Verwendung von NuvaRing® (11 bei 72 Anwenderinnen).

¹Schafer J. et al: Contraception 2006; 73: 488–92

²Nappi R, Eur J Contraception Reprod Health Care 2006; 11 (suppl 1): 201

Oncology Europe

www.oncology-europe.com

NEU:
Austrian Corner

Leading Portal for Oncologists



Neu: mit **AUSTRIAN CORNER**



Verlags- und Service GmbH, Markgraf-Rüdiger-Straße 8, 1150 Wien, www.universimed.com

Ist Knochenschutz auch nierenverträglich?

Was tun bei Osteoporose und Niereninsuffizienz?

Osteoporose ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch auch die Inzidenz renaler Funktionseinschränkungen. Damit stellt sich die Frage nach der Sicherheit und der Effektivität der für die Langzeittherapie zugelassenen Osteoporosetherapeutika beim niereninsuffizienten Patienten.

Auf der Basis von NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey)-Daten wurden Häufigkeit und Ausmaß der Niereninsuffizienz bei Patienten mit Osteoporose und Osteopenie ab einem Alter von 20 Jahren ermittelt. Demnach wurde bei Frauen mit Osteoporose in 85% der Fälle eine leichte bis moderate Niereninsuffizienz (GFR <60 ml/min) und in 24% eine schwere Niereninsuffizienz (GFR <35 ml/min) ermittelt. Die altersspezifische Prävalenz der schweren Niereninsuffizienz steigt bei Frauen mit Osteoporose ab dem 60. Lebensjahr bis auf 54%, bei Frauen mit Osteopenie auf 37% an.

Bisphosphonate: Licht und Schatten

In einer Übersichtsarbeit¹ beschreiben Lehmann et al (Friedrich-Schiller-Universität, Jena) die aktuelle Datenlage zu Substanzen, die in der Osteoporosetherapie häufig eingesetzt werden. Sie betonen, dass das nephrotoxische Potenzial der Bisphosphonate substanz- und dosisabhängig ist, und verweisen auf Untersuchungen von Patienten mit tumorinduzierter Hyperkalzämie, multiplem Myelom oder ossär metastasierenden soliden Tumoren, die zeigen, dass die Bisphosphonat-induzierte Nephrotoxizität vor allem bei Zoledronat 4mg alle 3–4 Wochen per infusionem ein bekanntes Problem darstellt. Allerdings wird nach der für 2007 zu erwartenden Zulassung von Zoledronat in der Osteoporosethe-

rapie die Dosis mit 5mg/Jahr weit unterhalb der in der Tumorthherapie eingesetzten Dosen liegen. Alendronat, das seit Jahren erfolgreich zur Frakturprävention eingesetzt wird, wird vom Körper beinahe ausschließlich renal eliminiert. Bislang liegen keine systematischen Untersuchungen zum Einsatz bei Patienten mit fortgeschrittener Nierenfunktionseinschränkung (GFR <35 ml/min) vor. Die Autoren raten daher vom Einsatz von Alendronat bei diesen Patienten ab. Bei leichter bis mäßiger Niereninsuffizienz (GFR 35–60 ml/min) ist keine Dosisreduktion erforderlich. Für Risedronat zeigte hingegen eine retrospektive Analyse von 9 Phase-III-Studien, dass der Einsatz auch bei schwerer Niereninsuffizienz sicher ist.² Ebenso scheint Ibandronat nach aktueller Datenlage hinsichtlich der Nierenfunktion unbedenklich zu sein, wenn hier auch nur eine Phase-III-Studie zur Verfügung steht.

Gute Daten für Raloxifen

Im Falle des selektiven Östrogen-Rezeptor-Modulators Raloxifen steht die renale Sicherheit nicht zur Diskussion, da dieser, so die Autoren, nur zu 6% renal eliminiert wird. In einer prospektiven Studie an 50 Frauen unter Hämodialysetherapie konnte gezeigt werden, dass Raloxifen bei einer Einnahmedauer von 12 Monaten im Vergleich zu Placebo zu einer signifikanten Zunahme der Knochenmineraldichte und zu einer Abnahme des LDL-Cholesterols führt.³ Weisinger und

Bellorin-Font betonen die Bedeutung dieses Effekts, da kardiovaskuläre Erkrankung der beste einzelne Prädiktor für die Mortalität von Dialyse-Patienten ist.⁴ Der Einfluss von Strontiumranelat auf die Niere wurde an Ratten getestet, wobei ein Einfluss auf die GFR ausgeschlossen werden konnte. In der Fachinformation von September 2004 wird empfohlen, Strontiumranelat bei Patientinnen mit einer GFR <30 ml/min nicht einzusetzen, für höhere GFR wird die Substanz ohne Dosisanpassung als sicher eingeschätzt. Auch in der Fachinformation für Teriparatid (Stand Juni 2003) wird die schwere Niereninsuffizienz als Kontraindikation aufgeführt und bei mittelschwerer Niereninsuffizienz (ohne Quantifizierung) Vorsicht empfohlen.

Literatur:

1 Lehmann et al, *Der niereninsuffiziente Osteoporosepatient: Was ist bei der osteoprotektiven Medikation zu beachten?* *Rheumatol* 2006; 65: 378–82

2 Miller PD et al, *Safety and efficacy of Risedronat in patients with age-related reduced renal function as estimated by the Cockcroft and Gault method: a pooled analysis of nine clinical trials.* *J Bone Miner Res* 2005, 20: 2105–15

3 Hernandez E et al, *Effects of raloxifene on bone metabolism and serum lipids in postmenopausal women on chronic hemodialysis.* *Kidney Int.* 2003 63: 2269–74

4 Jose R et al, *Postmenopausal osteoporosis in the dialysis patient;* *Curr Opin Nephrol Hypotens* 12: 381–86

Bericht: Reno Barth
fau070231

Osteoporose und Osteopenie

Studie zeigt Osteoporoserisiko in Innsbruck

Altersbedingte Osteoporose tritt bei Frauen und Männern auf, wobei Frauen durch den stärkeren Knochenstoffabbau vor und nach der Menopause öfter an Knochenschwund erkranken. In Österreich liegt das Verhältnis der osteoporotischen Frauen zu den osteoporotischen Männern bei 3:1. Nun wurde eine Risikoabschätzung für Innsbruck anhand von Daten aus der Vorsorgeuntersuchung Neu und anderen Untersuchungen in einem Zeitraum von drei Monaten in einer Studie an 1.350 Probanden erstellt.

Osteoporose: europaweite Problematik

In Österreich ist mehr als ein Fünftel der Bevölkerung über 60 Jahre alt und 45% aller Frauen über 50 Jahre haben reduzierte Knochendichtewerte. Das Lebenszeitfrakturrisiko bei Frauen ist mit 40% ungleich höher als jenes bei Männern mit nur 13%. Eine von drei Frauen und einer von fünf Männern erleiden im Verlauf ihres Lebens eine osteoporosebedingte Fraktur. Die Inzidenz von Schenkelhalsfrakturen innerhalb der EU steigt um fast 3% pro Jahr. In österreichischen Krankenhäusern werden pro Jahr über 14.000 Schenkelhalsfrakturen behandelt. Eine in Innsbruck über die Monate September, Oktober und November durchgeführte Studie liefert nun neue Erkenntnisse zur Entwicklung von Osteoporose und deren Behandlungsmöglichkeiten.

Vorstufe zu Osteoporose weit verbreitet

Daten des Monats September 2006 zeigen, dass bei einer untersuchten Gruppe von 544 Personen, sowohl von Frauen als auch Männern im Alter zwischen 26 und 96 Jahren, 142 Personen normale Werte aufwiesen. Bei weiteren 260 Personen wurden bereits Anzeichen der Osteopenie verzeichnet und weitere 142 Personen

wiesen bereits eine Osteoporose auf. Damit liegt also lediglich bei 26% der Untersuchten kein Osteoporoserisiko vor, während bereits 48% mit der Diagnose Osteopenie, der Vorstufe zu Osteoporose, entlassen wurden. Immerhin mussten 26% der Patienten aufgrund von Osteoporose behandelt werden.

Die Oktober-Daten zeigen ein ähnliches Bild. Hier wurden 612 Personen mittels Knochendichtemessung in die Kategorien „normal“, „Osteopenie“ und „Osteoporose“ eingeteilt. Ein Viertel der Untersuchten durfte sich über das Ergebnis „normal“ beziehungsweise über keine Hinweise auf eine mögliche Osteopenie oder Osteoporose freuen. Bei bereits 361 Personen, also zirka 59%, war Osteopenie zu erkennen und bei etwa 16% der Patienten musste bereits Osteoporose diagnostiziert werden.

Verschreibungsgewohnheiten weitgehend schwer zu erheben

Als Therapie in der Osteoporoseprävention und in der Behandlung der Osteoporose werden heute neben Kalzium und Vitamin-D-Präparaten immer mehr Bisphosphonate eingesetzt. Bisphosphonate senken den Knochenumbau und erhöhen die Knochenfestigkeit. Sie sind durch eine Verabreichung einmal täglich oder

einmal wöchentlich auch sehr patientenfreundlich, da sie die Lebensqualität nur gering beeinflussen und somit auch die Compliance der Patienten unterstützen.

Da viele dieser Daten ohne die Angaben der Gynäkologen ausgewertet wurden, ist es ungewiss, welche Präparate den Patienten größtenteils verordnet werden. Dr. Peter Hintermüller vom Institut Balance Innsbruck schätzt, dass die meisten der Osteoporosepatienten mit Bisphosphonaten behandelt werden. Seiner Meinung nach liegt die Erschwernis darin, dass viele Patienten vor der Zuweisung keine Therapieempfehlungen erhalten: „Wir können davon ausgehen, dass der Großteil der Osteoporose-Patienten mit dem Goldstandard therapiert wird. Meist fehlen vor Überweisung des Patienten an ein Institut die Therapieempfehlungen, daher ist eine Analyse der Verschreibungsgewohnheit fast nicht durchführbar“, so Hintermüller.

Bericht: Redaktion

Quelle:

Initiative „Der Österreichische Patient“,
Rückfragen: Jutta Kaufmann,
Mag. Manuela-Claire Warscher,
Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien,
Tel.: +43/1/402 13 41-40 bzw. -24
fau070232

Kalzium/Vitamin-D-Substitution Osteopenie: Risikofaktoren frühzeitig erkennen

In Österreich leiden ca. 700.000 Frauen und Männer an Osteoporose, rund 15.000 Österreicher erleiden jährlich eine Oberschenkelhalsfraktur. 20% der betroffenen Patienten versterben noch im selben Jahr. Betrachtet man diese Zahlen, gewinnt die frühzeitige Prävention zunehmend an Bedeutung. Osteopenie als Systemerkrankung des Skeletts zeigt sich in einer Verminderung der Knochenmasse bei einem T-Wert von -1 bis -2.5 sowie einer Qualitätsverschlechterung der Mikroarchitektur des Knochengewebes. Osteopenie kann mit einem erhöhten Frakturrisiko einhergehen. Daher ist es wichtig, entsprechende Risikofaktoren (z.B. familiäre Vorbelastung, kalziumarme Ernährung) frühzeitig zu erkennen, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Bei unzureichender Kalzium/Vitamin-D-Zufuhr bis zum 30. Lebensjahr besteht die Gefahr, dass die Peak Bone Mass nicht erreicht wird bzw. die Knochenmasse frühzeitig abnimmt. Eine adäquate Kalzium/Vitamin-D-Substitution vermindert nicht nur das erhöhte Frakturrisiko (Chapuy et al) signifikant, sondern auch das mit zunehmendem Alter erhöhte Sturzrisiko (Pfeifer et al). Die neuromuskuläre Koordination und die Beweglichkeit

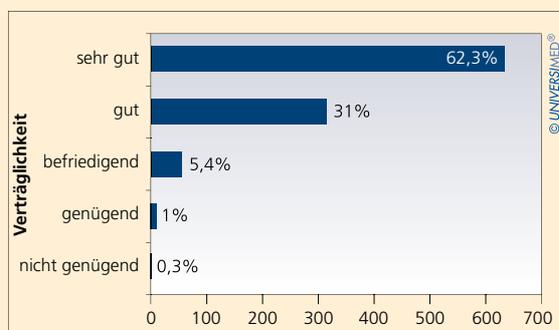


Abb.: Verträglichkeitsbewertung von Cal-D-Vita®

können deutlich verbessert werden. Experten fordern daher verstärkt eine bessere Versorgung der betroffenen Bevölkerung mit dieser Substitutionstherapie. Mit Cal-D-Vita® steht eine patientenfreundliche Formulierung als Kautablette zur Verfügung. Die empfohlene tägliche Dosierung von 1.200mg Kalzium und 800IE Vitamin D (= 2 Tabletten) entspricht exakt der in der Chapuy-Studie nach EBM-Kriterien geprüften Substitution. Patienten schätzen Cal-D-Vita® gerade wegen der besonders guten Verträglichkeit (Abb.), der einfachen Einnahme und des guten Geschmacks.

Je Rezept können 2 OP 60 kassenfrei verordnet werden.

Weitere Infos: Bayer Austria GmbH, Tel. 01/711 46-0

Leitlinie der ÖGGG

Abklärung des Endometriums bei asymptomatischen Patientinnen*

Sonographie des Endometriums

Der **Standard** der Messung der Endometriumhöhe besteht in einer Messung im medianen Sagittalschnitt an der breitesten Stelle des Endometriums (außen-außen).

Die häufigste Fehlinterpretation für ein „verbreitertes Endometrium“ stellen verkalkte Myome dar.

I) Abklärung des Endometriums bei prämenopausalen Patientinnen

Mit Ausnahme von Sterilitätspatientinnen werden prämenopausale Patientinnen **keiner** Endometriumabklärung unterzogen. Bei einer prämenopausalen Patientin mit einer Endometriumdicke >14mm besteht der Hinweis auf eine mögliche Schwangerschaft.

Ein erhöhtes Endometriumkarzinomrisiko weisen folgende prämenopausalen Patientinnen auf:

- Unbehandeltes PCO-Syndrom >35. Lebensjahr mit Oligo-/Amenorrhoe
- BMI >30 nach dem 35. Lebensjahr
- Bei einer postmenstruellen Endometriumdicke >12mm wird bei diesen Risikopatientinnen eine histologische Abklärung empfohlen.

II) Abklärung des Endometriums bei postmenopausalen Patientinnen

Auf der Basis der bisherigen Literatur stellt die Vaginosonographie **keine Screening-Methode** zur Erkennung des Endometriumkarzinoms bei **asymptomatischen** Frauen in der Postmenopause dar.

IIa) „Verbreitertes“ Endometrium

Wenn die Vaginalsonographie im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung eingesetzt wird und dabei (inzidentell) in der Postmenopause bei asymptomatischen Frauen ein hohes Endometrium gefunden wird, so ergibt sich aus der Literatur derzeit **kein allgemein gültiger Cut-off-Wert** für eine Intervention zur histologischen Abklärung. Da jedoch mit zunehmender Endometriumdicke die Pathologie in jeder Form (Polypen, Hyperplasie, Karzinom) zunimmt, liegt die Wahrscheinlichkeit, bei einer Dicke >11mm ein Endometriumkarzinom zu finden, bei etwa 7%. Es ist anzunehmen, dass bei diesem Cut-off-Wert etwa 87% aller Endometriumkarzinome bei asymptomatischen Patientinnen gefunden werden. Es würden dabei jedoch nur 0,25% der postmenopausalen asymptomatischen Patientinnen mit einer Messung des Endometriums einer invasiven Diagnostik zugeführt werden.

Aufgrund dieser Datenlage kann eine Intervention bei asymptomatischen Patientinnen ab einer **Endometriumhöhe von ≥12mm** empfohlen werden, wenngleich es **keine generelle Empfehlung** gibt, das Endometrium bei **postmenopausalen asymptomatischen Patientinnen zu messen**.

IIb) Endometriumpolypen

Asymptomatische Patientinnen weisen in ca. 3 bis 7% Endometriumpolypen auf. Die Häufigkeit von Endometriummalignomen liegt dabei in den meisten Studien zwischen 2 und 3%, wobei sich die Mehrzahl der Polypen durch eine Blutungssymptomatik klinisch manifestiert (Cohen et al 2001, Goldstein et al 2002, Maja et al 1997, Tjarks et al 2000, Van den Bosch et al 2003). Bei **asymptomatischen Patientinnen** mit sonographisch nachgewiesenem Endometriumpolyp ist **keine** histologische Abklärung indiziert.

IIc) Sonohysterographie

Am gebräuchlichsten sind die Flüssigkeitssonographie mit NaCl 0,9% und die Sonographie mit Echovist®-Kontrastmittel. Die Kontrastmittelsonographie stellt bei der Abklärung der **Sterilität** in der gynäkologischen Endokrinologie eine sinnvolle Ergänzung zur Sonographie dar.

Bei der asymptomatischen Patientin existiert **keine** allgemein gültige Indikation für die Sonohysterographie. Es ergibt sich durch die Flüssigkeitshysterographie keine Verbesserung der Ergebnisse der transvaginalen Sonographie bei einem Endometrium >12mm, sondern nur eine signifikante Steigerung der Sensitivität bei herdförmigen Läsionen des Endometriums wie Polypen, Myome oder Adenomyose.

IIId) Histologische Abklärung des auffälligen Endometriums

Nach wie vor stellt die Hysteroskopie/Kürettage in der Abklärung des auffälligen Endometriums den „Goldstandard“ dar. Die histologische Abklärung mittels Pipelle, Pistolet, Abradul, Strichkürettage u.Ä. stellt lediglich eine **punktueller Biopsie** dar und ist nur bei positivem Befund (=Karzinom) beweisend.

IIe) Abklärung des Endometriums bei Zervikalkanalstenose

Sonographisch kann zwischen Muco-, Pyo-, Hämato- und Serometra nicht unterschieden werden. Es besteht **keine** Korrelation zwischen dem Volumen bzw. der Ausdehnung der Flüssigkeitsansammlung im Cavum uteri und der Rate an Endometriumkarzinomen.

Empfehlung bei Patientinnen ohne Vorbestehen eines Genital-Malignoms:

Keine Indikation zur primär invasiven Abklärung bei unauffälligem Cavum uteri und einseitiger Endometriumsdicke $<3\text{mm}$ (Schmidt et al 2004).

Empfehlung nach (Radio-)therapie eines Genitalmalignoms:

Der Befund einer Flüssigkeitsansammlung im Cavum uteri ist relativ häufig.

Eine weiterführende invasive Abklärung ist bei **Befunddynamik** nach 3-monatiger Kontrolle (Zunahme des Flüssigkeitsvolumens um $>50\%$) indiziert.

IIe) Abklärung des Endometriums bei Hochrisikopopulationen

HNPCC (Hereditary Non-polyposis Colorectal Cancer Syndrome):

Es handelt sich um eine seltene familiäre Häufung von Kolorektal- und u.a. Endometriumkarzinom. An dieses Syndrom sollte gedacht werden, wenn in einer Familie >3 Verwandte einer Verwandtschaftslinie an einem Kolorektalkarzinom erkrankt sind **und** 2 aufeinanderfolgende Generationen betroffen sind **und** ein Betroffener jünger als 50 Jahre ist (Amsterdam-Kriterien). Bei HNPCC-Patientinnen beträgt die Wahrscheinlichkeit, ein Endometriumkarzinom zu entwickeln, ca. 20–30%. Zur Wertigkeit eines **Screenings** auf Endometriumkarzinom bei **asymptomatischen** Patientinnen mit HNPCC fehlen wissenschaftliche Daten.

Adipositas, Diabetes mellitus, Hypertonie:

Die Adipositas stellt allein und insbesondere in Kombination mit Diabetes mellitus Typ II einen wesentlichen Risikofaktor für die Entstehung eines Endometriumkarzinoms dar. Ein Diabetes mellitus Typ I allein stellt keinen Risikofaktor für die Entstehung eines Endometriumkarzinoms dar. Eine Hypertonie erhöht das Risiko für ein Endometriumkarzinom nur bei gleichzeitig bestehender Adipositas. Auch für die Hochrisikopatientin besteht **keine** effektive Methode der Früherkennung (Grönroos et al 1993). Ein **Screening** asymptomatischer Patientinnen kann deshalb **nicht** empfohlen werden.

IIIf) Endometriumveränderungen unter bzw. nach Tamoxifentherapie

Das typische sonographische Bild zeigt eine hyperreflexive vakuolige Struktur unterschiedlicher Breite, die NICHT notwendigerweise dem Endometrium entspricht.

Endometriumpolypen treten unter Tamoxifentherapie gehäuft auf (Inzidenz ca. 15 bis 20%). Bei Patientinnen unter Tamoxifentherapie beträgt die Wahrscheinlichkeit, ein Endometri-

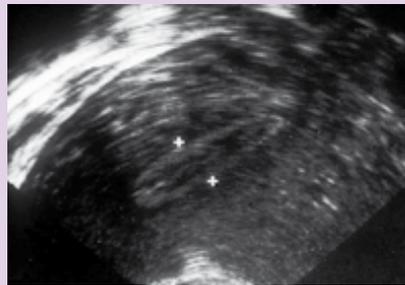


Abb.: Sonographie des Endometriums

umkarzinom zu entwickeln, zwischen 0,5% und 1% (Cohen 2004, Petru et al 2000). Eine regelmäßige vaginalsonographische Kontrolle ist bei **asymptomatischen** Patientinnen **nicht** erforderlich.

Literatur:

Cohen I: Endometrial pathologies associated with postmenopausal tamoxifen treatment. *Gynecol Oncol* 2004; 94: 256–266

Cohen I, Azaria R, Bernheim J et al: Risk factors of endometrial polyps resected from postmeno-

pausal patients with breast carcinoma treated with tamoxifen. *Cancer* 2001; 92: 1151–1155

Goldstein S, Monteagudo A, Popiolek D et al: Evaluation of endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 669–674

Grönroos M, Salmi T, Vuento M et al.: Mass screening for endometrial cancer directed in risk groups of patients with diabetes and patients with hypertension. *Cancer* 1993; 71: 1279–1282

Maia H, Calmon L, Marques D et al: Polypectomy and endometrial resection in postmenopausal patients. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4: 577–582

Petru E, Kurschel S, Walsberger K: Screening asymptomatischer Frauen auf Endometriumkarzinom mit besonderer Berücksichtigung des Screenings unter Tamoxifen-Behandlung. *Geburtsh Frauenheilk* 2000; 60: 297–301

Schmidt T, Nawroth F, Breidenbach M et al: Differential indication for histological evaluation of endometrial fluid in postmenopause. *Maturitas* 2005; 50: 177–181

Smith-Bindman R, Weiss E, Feldstein V: How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24: 558–565

Tjarks M, Van Voorhis B: Treatment of endometrial polyps. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 886–889

Van den Bosch T, Van Schoubroeck D, Ameye L et al: Ultrasound assessment of endometrial thickness and endometrial polyps in women on hormone replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1249–1253

*Endfassung der Leitlinie Okt. 2006

Autoren:

Für die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG)/Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AGO):

Univ.-Prof. Dr. P. Sevelda, Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des Krankenhauses Hietzing, Wien

Univ.-Prof. Dr. E. Petru, Univ.-Frauenklinik der Med. Univ. Graz

Univ.-Prof. Dr. A. Reinthaller,

Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Med. Univ. Wien

OA Dr. U. Denison, Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung

des Krankenhauses Hietzing, Wien

Univ.-Prof. Dr. L. Wildt, Univ.-Frauenklinik der Med. Univ. Innsbruck

Univ.-Prof. Dr. M. Lahousen, Univ.-Frauenklinik der Med. Univ. Graz

Univ.-Prof. Dr. A. Staudach, Frauenklinik der Med. Univ. Salzburg

Korrespondenz:

Univ.-Prof. Dr. Edgar Petru,

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

Medizinische Universität Graz,

Auenbruggerplatz 14, 8036 Graz

Tel.: 0316/385/81-0-82, Fax: 0316/385/30 61

E-Mail: edgar.petru@klinikum-graz.at

fau070234

Kommunikation und Fortbildung entscheidend Tragödien in der Geburtshilfe vermeiden

Univ.-Prof. Dr. James Woods ist Entwickler und Leiter des führenden Fortbildungsprogramms in den USA in der Geburtshilfe. Er stellte dieses im Mai in Vorträgen an der Medizinischen Universität Wien und bei der Gesellschaft der Ärzte (Billrothhaus) vor. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über dieses Programm.



Die enormen Entwicklungen im Bereich der Diagnostik und der Prognosemöglichkeiten im Verlauf von Schwangerschaften führen zu einer höchst anspruchsvollen Situation – Arzt und Patient(in)/Eltern nehmen beide aktiv an der Entscheidung über das Ergebnis einer Schwangerschaft teil. Unter der Voraussetzung der vollen Information und einer klaren Übersicht haben die Eltern die Verantwortung, die Vorgangsweise zu bestimmen.

Damit hat die Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine bislang noch nie erreichte Bedeutung erlangt. Es ist ganz entscheidend, dass wir eine Vertrauensebene mit den Patienten aufbauen und erhalten und Missverständnisse und Fehlkommunikation vermeiden.

Bedauerlicherweise besteht immer eine hohe Wahrscheinlichkeit für Missver-

ständnisse. Daher stellt eine gute und richtige Kommunikation die größte Herausforderung dar.

Definitiv erschreckend ist die Tatsache, wie leicht Aussagen fehlinterpretiert werden können, insbesondere in emotionsgeladenen Situationen, wenn Probleme auftauchen.

Weshalb manches nicht so funktioniert, wie es soll

Verschiedene Gründe behindern Ärzte und Pflegepersonal beim effektiven Umgang mit Patienten in Problemsituationen. Dies ist meist auf fehlendes Know-how, mangelnde spezifische Ausbildung und persönliche Ängste zurückzuführen. Ängste bestehen vor den Reaktionen der Patienten und wie wir damit umgehen sollen und auch vor unserer eigenen Verantwortung – alles nachvollziehbare Phänomene. Jedoch nur eine proaktive Verhaltensweise in Problemsituationen wird das Ergebnis sowohl für Patienten als auch für uns verbessern und nicht noch weiter verschlechtern. Am Strong Memorial Hospital haben wir eine strukturierte Methode zu unserer eigenen Unterstützung und Absicherung entwickelt, die uns hilft,

Probleme unter best geeigneten Rahmenbedingungen mitzuteilen. Die konsequente Anwendung der einzelnen Schritte zwingt uns quasi dazu, ausreichend Zeit zu widmen und sicherzustellen, dass die Kommunikation mit unseren Patienten für alle Beteiligten funktioniert.

Die einzelnen Schritte bzw. Anforderungen umfassen:

- Kenne alle Fakten
- Zeige Mitgefühl und erkläre
- Suche nach Gründen für Wut oder Zorn
- Lasse den Patienten deine Erklärung wiederholen
- Schätze die Reaktion der Familie ab
- Dokumentiere das Gespräch und die nächsten Schritte

Neben der Fähigkeit, optimal zu kommunizieren, erwartet man von uns Ärzten und unserem Pflegepersonal ein Höchstmaß an fachlichem Wissen. Daher haben wir im Strong Memorial Hospital ein wöchentliches Fortbildungsprogramm mit dem Namen Strong Peri-FACTS entwickelt, das fortlaufend qualitativ hochwertige Fortbildung gewährleistet. Das Projekt befindet sich aktuell im 16. Jahrgang und hat sich mittlerweile in den gesamten USA etabliert.

Heute nimmt bereits jede sechste US-Klinik an dem Programm teil – das sind mehr als 580 Spitäler oder Geburtszentren. Die Teilnehmerzahlen selbst sind noch beeindruckender, denn mehr als

12.000 Personen in 49 US-Bundesstaaten bilden sich mit Peri-FACTS fort – zum Teil kommen die Interessenten aber auch von außerhalb der USA.

Reichhaltiges Angebot

Das Angebot im Peri-FACTS-Programm ist sowohl didaktisch als auch thematisch breit gefächert und reicht von Informationen zu geburtshilflich relevanten Themen über Fallstudien bis hin zu Lehrvideos. Dabei werden neueste Informationen zu häufig auftretenden Problemen in der Geburtshilfe, aus der Pflege sowie sozioökonomische Themen berücksichtigt.

Ein wichtiges Thema der Fortbildung ist etwa das Herzschlag-Monitoring beim Fötus. Ein weiteres Kernstück des Programms ist es, eine einheitliche Terminologie aller Beteiligten zu fördern, die der Terminologie des National Institute of Health (NIH) entnommen ist – dies stärkt Kernkompetenzen und ermöglicht eine verbesserte Kommunikation. Kollegiales und kooperatives Lernen steht im Vordergrund, was zu verbesserten Resultaten führt.

Klar strukturierter Ablauf in Fortbildungswochen

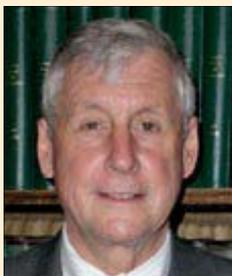
Das Programm arbeitet in vierwöchigen Zyklen, wobei jeder Zyklus ein spezielles Thema der Geburtshilfe behandelt. So kann man sich innerhalb eines Jahres in

Die Hauptthemen 2007

Reanimation bei Neugeborenen
Intrauterine Wachstumsprobleme
HIV-Update 2007
Transfusion bei Zwillingen
Gesundheitsfürsorge bei Behinderten
Maligne Hyperthermie
ABO-Inkompatibilität
Postpartum Depression
Screening im ersten Trimester
Rolle der interventionellen Radiologie bei Blutungen in der Geburtshilfe
Richtige Ernährung in der Schwangerschaft und beim Stillen (Guidelines)
Frühgeburt

Tab.

Biographie Univ.-Prof. Dr. James Woods



J. Woods, Rochester NY

Univ.-Prof. Dr. James Woods absolvierte sein Medizinstudium an der Bowman Gray School of Medicine, Wake Forest University, danach seine Ausbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe am Tripler Army Medical Center auf Hawaii und in Perinatalmedizin an der University of California, Los Angeles School of Medicine.

Dr. Woods ist leitender Herausgeber von Peri-FACTS, einem wöchentlichen Online-eJournal, das Fortbildung im Bereich Geburtshilfe und der Interpretation von fötalem Herzschlag-Monitoring anbietet. Dr. Woods ist Autor und Koautor von über 140 Artikeln zu maternofötaler Medizin. Zu den von ihm erschienenen Büchern zählen „What Do I Say? Communicating Intended or Unanticipated Outcomes in Obstetrics“ (mit Fay A. Rozovsky, JD, MPH); „Pregnancy Loss, Medical Therapeutics and Practical Considerations“, „Loss in Pregnancy or in the Newborn Period“ sowie „The Patient Safety Compliance Handbook“ (Ko-Herausgeberin: Fay A. Rozovsky).

1996 wurde ein Lehrstuhl zu Ehren von Dr. Woods an der University of Rochester eingerichtet. Viele Jahre lang wurde er in „Best Doctors in America“ genannt, zuletzt im Jahr 2006. Dr. Woods hat auf dem Gebiet der Kommunikation mit Patienten Pionierarbeit geleistet. So entwickelte er Strategien, um die Kommunikation zwischen Ärzten, Patienten und Familienmitgliedern in schwierigen Ausnahmesituationen zu verbessern und als Chance zu nützen.

zahlreichen Themengebieten fortbilden. (Tab.)

Woche 1: Thema: Eine fünf- bis achtseitige Zusammenfassung aktueller Literatur zum gewählten Thema.

Woche 2: Eine aktuelle klinische Fallstudie zum Thema, die eine Sequenz eines Herz-Monitorings enthält, sowie Fragen zur Fallstudie und zur Literatur umfasst.

Woche 3: Literaturstudium zum Thema, in dem spezifische Aspekte behandelt werden.

Woche 4: Eine zweite klinische Fallstudie mit Herzschlag-Monitoring und Fragen zum Fall sowie zur Literatur der vergangenen Woche.

Um den Kurs zu absolvieren, muss die Herzschlagsequenz interpretiert sowie die Fragen zu den Fällen beantwortet und diese für den Review eingesandt werden. Die Antworten zu den Fällen können in der zweiten Woche danach eingesehen werden.

Zielsetzung von Peri-FACTS

Das Peri-FACTS-Programm hat sich als flexible und kostengünstige Fortbildungsmöglichkeit in der Geburtshilfe erwie-

sen, mit dem großen Vorteil, die Fortbildung ortsunabhängig zu ermöglichen. Die Ausbildungsziele werden durch Kurzfilme, Online-Zugang und Testmaterialien erreicht. Einen Zusatznutzen bringen das so entstehende Netzwerk mit anderen Usern, der dokumentierte Lernfortschritt und der Kompetenzgewinn. Das Peri-FACTS-Programm verbessert die Qualität täglichen Handelns, darüber hinaus eignet es sich als Risikomanagement-Tool. Genaues einschätzen und Erkennen einer Sachlage und eine schnelle Reaktion können den Unterschied zwischen einem guten Ergebnis für den Patienten und einer Tragödie ausmachen.

Das Strong Peri-FACTS-Programm finden Sie im Internet unter:

<http://www.urmc.rochester.edu/obgyn/peri-facts/>

Autor:

Univ.-Prof. Dr. James Woods
Vorstand des Department of Obstetrics and
Gynecology, University of Rochester,
Strong Memorial Hospital, Rochester NY, USA
fau070236

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](#)