

Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



Pharma-News

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2012; 9 (2), 184-186

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

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



ENDO FERTI FORUM

ENDOKRINOLOGIE & FERTILITÄT
FÜR KLINIK & PRAXIS

20.-21. März 2026

Universitätsmedizin Mainz

Einladung zu unserer wissenschaftlichen Veranstaltung Endo-Ferti-Forum

Brücke(n) zwischen Unikliniken und Praxen an Rhein und Main(z)

– die aus dem bisherigen Format „Ferti Forum“ ab 2026 hervorgeht –



Freuen Sie sich auf spannende Vorträge und den lebendigen Austausch mit Kolleg:innen und Expert:innen aus Klinik und Praxis. Freitagabend laden wir Sie herzlich zu einem entspannten Empfang ein – eine perfekte Gelegenheit, Kontakte zu knüpfen und den Tag genussvoll ausklingen zu lassen.

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Professorin Annette Hasenburg, Dr. Susanne Theis, Universitätsmedizin Mainz, Sanitätsrat Dr. Werner Harlfinger, BVF Rheinland-Pfalz Dr. Rüdiger Gaase, BVF Hessen Dr. Klaus J. Doubek

Schirmherrschaften: Prof. Nicole Sänger, Uniklinik Bonn, Prof. Jan-Steffen Krüssel, Uniklinik Düsseldorf, Dr. Annette Bachmann, Uniklinik Frankfurt am Main, Prof. Christine Skala, Uniklinik Köln

Weitere Informationen
& Anmeldung unter



MUSE® bei erektiler Dysfunktion – ein Nischenpräparat?

Eine erektile Dysfunktion (ED) liegt vor, wenn ein Mann während mindestens 3 Monaten keine genügend starke Erektion zustande bringen konnte, die ihm ein befriedigendes Sexualleben ermöglicht hätte [1].

Die Prävalenz in Deutschland liegt bei insgesamt 19,2 % und nimmt von 2,3 % im Alter von 30 Jahren auf 53,4 % im 80. Lebensjahr zu [2].

Die vielfältigen Ursachen, zielführende Diagnostik sowie Therapieoptionen sollen hier nicht näher angesprochen werden. Eine grobe Einteilung nach psychisch, organisch bedingter ED sowie Mischformen sei erwähnt, wobei nach derzeitigem Kenntnisstand bei 55–90 % der Patienten eine organische Störung vorliegt.

Die Therapie einer organisch bedingten ED schließt nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie Änderung der Lebensgewohnheiten, Physiotherapie, Vakuumtherapie, Penisimplantate (semirigide, hydraulische), arterielle penile Revascularisationen und Ligatur der dorsalen Penisvenen, ein.

Die gängige medikamentöse Therapie bietet in abnehmender Reihenfolge nach derzeitiger Präferenz folgende Optionen: Oral einzunehmende Phosphodiesterase-Hemmer (PDE₅-Hemmer Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil), Alprostadil (PGE₁) als Stäbchen zur Einführung in die Harnröhre mittels eines einmal zu verwendenden Applikators (MUSE® = Medikamentöses Urethrales System zur Erektion) oder alternativ als SKAT (Schwellkörper-Autoinjektionstherapie) und schließlich noch die bekannten Wirkstoffe wie Yohimbin, Apomorphin, Phentolamin, Doxazosin, Trazodon und Papaverin.

Es sind zwei biochemische Kaskaden, die mittels zellulärer Botenstoffe vom Typ

Second-Messenger über eine Dilatation der penilen Arterien und Füllung der Corpora cavernosa zur Erektion führen und medikamentös beeinflussbar sind:

Zyklisches Guanosinmonophosphat (cAMP) wird mittels der Guanylatzyklase aus Guanosintriphosphat (GTP) gebildet. Voraussetzung für die Aktivierung dieses Enzyms ist allerdings eine durch sexuelle Stimulation herbeigeführte Ausschüttung von Stickstoffmonoxid (NO). PDE₅-Hemmer vermindern den enzymatischen Abbau von cAMP und sorgen auf diesem Wege für das Zustandekommen und/oder die Aufrechterhaltung einer Erektion.

Alternativ bzw. parallel bewirkt mittels der Adenylatzyklase aus Adenosintriphosphat gebildetes zyklisches Adenosinmonophosphat (cAMP) eine Erektion. Erforderlich als Auslöser ist natürlich vorkommendes Prostaglandin E₁ (PGE₁), das in Form des damit identischen, synthetisch hergestellten Wirkstoffs Alprostadil gegeben werden und die Defizite einer ED kompensieren kann.

MUSE® eignet sich und ist als Arzneimittel in den Dosierungen 250, 500 und 1.000 µg für die Behandlung der primär organisch bedingten erektilen Dysfunktion zugelassen. Die Erektion tritt innerhalb von 5–10 Minuten nach der Verabreichung ein und dauert ca. 30–60 Minuten an [3].

In Abgrenzung von MUSE® zu anderen Wirkstoffen steht der Einsatz bei jenen Betroffenen, bei denen PDE₅-Hemmer nicht wirken oder nicht indiziert sind, im Vordergrund. Hierbei kommen Patienten mit Nervenläsionen – beispielsweise nach radikaler Prostatektomie [4] – in den Fällen in Frage, wo der cAMP-vermittelte Mechanismus der Erektion auch ohne die entsprechenden intakten Nervenbahnen aus ZNS und/oder Peripherie funktioniert. Auch ist für die Wirksamkeit von Alprostadil eine sexuelle Stimulation nicht zwingend notwendig.

Studien zeigen, dass, sofern mit jeweils einer der beiden Alternativen zwar eine teilweise, aber nicht ausreichende Erektion zu erzielen ist, auch die Kombination von MUSE® mit einem PDE₅-Hemmer möglich ist [5, 6].

Im Vergleich zur intrakavernosalen Injektion zeigt sich eine deutliche Bevorzugung der transurethralen Anwendung (MUSE®) seitens der Patienten mit 13,1 % pro Schwellkörper-Autoinjektion gegenüber 82,1 % pro Harnröhren-Applikator.

Fazit

Der therapeutische Stellenwert des MUSE® ist sicherlich dem der PDE₅-Hemmer nachgeordnet, zumal die einfache orale Anwendung seitens des Patienten als vorteilhaft beurteilt wird. Angesichts der Quote totaler oder partieller Versager und/oder des Anteils von Betroffenen, für die diese Substanzgruppe wegen der individuellen Risikolage ausscheidet, ist die therapeutische „Nische“ für Alprostadil zwar gegeben, aber größer als allgemein angenommen. Dabei wird die intraurethrale Anwendung generell gegenüber der SKAT-Methode bevorzugt – gute Gründe für den Einsatz von MUSE®.

Literatur:

1. NIH Consensus Conference 1993.
2. Braun M, Wassmer G et al. Int J Impot Res 2000; 12: 305–11.
3. Fachinformation MUSE®
4. Costabile RA et al. J Urol 1998; 160: 1325–8.
5. Mydlo JH et al. Eur Urol 2000; 38: 30–4.
6. Nehra A et al. Int J Impot Res 2002; Suppl 1: 38–42.

Weitere Informationen und verantwortlich für den Inhalt:

MEDA

Meda Pharma GmbH & Co.KG

Dr. Günther Knoke

D-61352 Bad Homburg, Benzstraße 1

E-Mail:

guenther.knoke@medapharma.de

www.meda.se

Bald staatliche Hilfe für ungewollt kinderlose Paare?

Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen

Die seit Anfang 2004 geltende Begrenzung des Kassenzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Kinderwunschbehandlung hat zu einem dramatischen Rückgang der Behandlungszahlen geführt. Um diese Entwicklung zu stoppen und damit auch eine Verschärfung der demographischen Krise abzumildern, ist die staatliche finanzielle Hilfe zur assistierten Reproduktion für ungewollt kinderlose Paare ein familienpolitisches Gebot der Stunde.

Seit 2004 müssen gesetzlich versicherte Kinderwunscha Paare die Hälfte der Kosten für die Behandlung, also z. B. ca. EUR 1600 pro IVF-Zyklus, selbst tragen. Da erfahrungsgemäß die Frauen nicht gleich nach dem ersten Behandlungszyklus schwanger werden, steigt die finanzielle Belastung schnell auf mehrere Tausend Euro. Aufgrund des hohen Eigenanteils beginnen viele Paare eine ärztliche Behandlung gar nicht oder geben nach dem ersten Versuch auf, weil sie weitere Kosten scheuen.

Die Folge ist ein dramatischer Einbruch der Kinderwunschbehandlungen: Im Jahr 2005 wurden insgesamt nur noch 56.232 Behandlungen* (plausible Zyklen) durchgeführt, im Jahr 2003 waren es dagegen 105.854 Behandlungen; das entspricht einem Rückgang der Zahlen um ca. 47 % [1]. Damit liegt Deutschland im europäischen Vergleich bei Kinderwunschbehandlungen im unteren Drittel, und so sind laut einer Studie der Techniker Krankenkasse im Vergleich 2002 zu 2005 in Deutschland ca. 6400 Kinder weniger geboren worden [2] – das ist in etwa die jährliche Geburtenrate einer Stadt wie Düsseldorf.

Wunsch nach Kindern muss auch Familienpolitik sein

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist seit der Wiedervereinigung

die Zahl der Neugeborenen in Deutschland von 830.000 im Jahr 1991 auf 683.000 im Jahr 2008 um 18 % gesunken [3]. Auch in den kommenden Jahrzehnten ist mit einem Rückgang zu rechnen: Bis zum Jahr 2030 dürfte die Geburtenzahl um weitere 15 % auf 580.000 Geburten abnehmen [3]. Durch dieses ständig zunehmende Geburtendefizit wird die deutsche Bevölkerung von 82,2 Millionen (2008) bis zum Jahr 2030 voraussichtlich auf 77,4 Millionen zurückgehen [3]. Zugleich sinkt die Anzahl der Erwerbsfähigen bis zum Jahr 2030 um 7 % bzw. 7,5 Millionen Menschen [3]. Wirtschaftlich und sozial zeichnen sich bedrohliche Konsequenzen für die Zukunft der Gesellschaft ab: Eine stagnierende Wirtschaft und eine Verschlechterung der Infrastruktur sowie entvölkerte Gegenden in ganz Deutschland können die Folgen sein. Angesichts dieses Szenarios wird deutlich, dass die Steigerung der Geburtenzahlen ein familienpolitisches Ziel sein muss, und sich wieder mehr ungewollt kinderlose Paare für eine reproduktionsmedizinische Behandlung entscheiden können.

Initiative „Wunsch Kinder – Zukunft für Deutschland“ brachte Bewegung in die Kostenfrage

Die Initiative „Wunsch Kinder – Zukunft für Deutschland“ (siehe Kastentext) hat im Juni 2008 ein neues, partnerschaftliches Modell zu Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen in die politische Diskussion eingebracht. Das Modell sieht eine 25%ige Mitfinanzierung von Kinderwunschbehandlungen aus familienpolitischen Mitteln vor [4]. So könnte bundesweit der durchschnittliche Eigenanteil für Kinderwunscha Paare auf z. B. ca. EUR 800 pro IVF-Behandlung in den ersten drei Behandlungszyklen reduziert werden. Das würde vermutlich die Zahl der Kinderwunschbehandlungen deutlich steigen lassen. Die Kosten dafür sind vergleichsweise gering: Der Anteil, den die Gesellschaft im Rahmen des Partnerschaftsmodells aus öffentlichen Mitteln beitragen würde, läge bei 64 Millionen Euro/Jahr. Legt man die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit für den Erfolg von Kinderwunschbehandlungen (IVF und ICSI) in Deutschland zugrunde, so würden bei 80.000 unterstützten Behandlungszyklen jährlich bis zu 16.000 Wunsch Kinder geboren werden [4].

Erfolgsbeispiele Sachsen und Sachsen-Anhalt

Der Freistaat Sachsen war das erste Bundesland, das Behandlungen zur assistierten Reproduktion finanziell unterstützt. Nach Vorlage einer Meldebescheinigung und eines Behandlungsplans erhalten Ehepaare seit 2009 für die zweite und dritte Behandlung IVF oder ICSI staatliche Zuschüsse aus dem Etat des Sozialministeriums in Höhe von jeweils EUR 800 bzw. EUR 900, für die vierte Behandlung wird eine Pauschale von EUR 1600 bzw. EUR 1800 gezahlt [5]. Dem Beispiel Sachsen folgte im Jahr 2010 Sachsen-Anhalt, das ebenfalls für den jeweils zweiten und dritten Behandlungszyklus einer IVF-Behandlung einen Zuschuss bis zu EUR 800 und einer ICSI-Behandlung bis zu EUR 900 bereitstellt [6]. Für den vierten Behandlungszyklus gelten die Höchstbeträge von EUR 1600 bzw. EUR 1800. Sachsen-Anhalt ist zudem das erste Bundesland, in dem diese Zuwendungen auch nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften von Mann und Frau gewährt werden.

Aktueller politischer Stand

Bundesfamilienministerin Christina Schröder will die finanzielle Entlastung von ungewollt kinderlosen Paaren forcieren. Der Haushaltsausschuss des Bundestages hat 7 Millionen Euro für die Unterstützung ungewollt kinderloser Paare freigegeben [7]. Das Geld, das im Bundeshaushalt bisher mit einem Sperrvermerk eingestellt war, soll ab Mai an die Bundesländer ausgezahlt werden.

Bedingung: Die Länder beteiligen sich mit gleichem Anteil an der IVF. Die betroffenen Paare müssten dann nur noch ein Viertel der Kosten zahlen, bislang trugen sie die Hälfte der Kosten. Über das Projekt wird derzeit mit den Ländern verhandelt.

(Der Text spiegelt den Stand vom 30.04.2012 wider.)

Die Initiative „Wunsch Kinder – Zukunft für Deutschland“ wurde von Wunsch Kind e.V., dem Verein der Selbsthilfegruppen für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit, gegründet. Ziel der Initiative ist es, die Öffentlichkeit über die Problematik ungewollter Kinderlosigkeit zu informieren, die gesellschaftliche Unterstützung für Kinderwunscha Paare zu fördern sowie den Zugang zu medizini-

* Unter Behandlung werden hier IVF, ICSI, IVF/ICSI, GIFT und Kryokonservierung zusammengefasst.

schers Behandlung für betroffene Paare nachhaltig zu verbessern. Unterstützt wird die Initiative durch Vertreter aus Politik, Medizin und Wissenschaft, durch die Unternehmen MSD SHARP & DOHME GmbH und Ferring Arzneimittel GmbH sowie durch Betroffene.

Literatur:

1. Deutsches IVF-Register (DIR): Jahrbuch 2010. J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8: 253–80.
2. Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen WINEG: Auswirkun-

gen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auf die Versorgungslage der Versicherten und die Ausgangssituation der Techniker Krankenkasse (TK) bzw. gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 2007

3. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Heft 1; Ausgabe 2011

4. Verein Wunschkind e.V. „Das Partnerschaftsmodell – mehr Gerechtigkeit bei der Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen“. Pressemitteilung und Hintergrund der Pressemitteilung, 19.6.2008

5. <http://www.familie.sachsen.de/10744.html> (Zuletzt gesehen am 22.3.2012)

6. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion durch das Land Sachsen-Anhalt. RdErl. des MS vom 16.6.2010

7. www.cducs.de, Pressemitteilung vom 28.3.2012 (Zuletzt gesehen am 24.4.2012)

Verantwortlich für den Inhalt:
MSD SHARP & DOHME GMBH

Weitere Informationen unter:



MSD SHARP & DOHME GMBH
Tel: 0800 673 673 673
Fax: 0800 673 673 329
E-Mail: infocenter@msd.de
Internet: www.msd.de

WOMIN-1034001-0000 04/12

1. Seminar Interdisziplinäre Endokrinologie “Meet the Experts unter Palmen” Madeira – Hotel Calheta Beach 10.–17. November 2012

Wissenschaftliche Leitung

Franz Fischl
Claudia Fischl-Lubinger

Referenten

Martin Birkhäuser (Basel)
Emanuel Christ (Bern)
Christian Dadak (Wien)
Franz Fischl (Wien)
Claudia Fischl-Lubinger (Wien)

Katharina Laubner (Freiburg)
Heinrich Resch (Wien)
Winfried Rossmanith (Baden-Baden)
Katharina Schiessl (Zürich)

Organisation

CE-Management, Yasmin B. Haunold
1180 Wien, Scheibenbergstraße 39, Top 2
Tel.: 0043/699/10 430 038 • Fax: 0043/1/47 84 559
e-mail: office@ce-management.com • www.ce-management.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D 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