

# JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

BITZER J, ALDER J, GREINER-MAI E, SKOTT F  
*Endometriose - wie fühlt sich meine Patientin?*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 1999; 9 (5) (Ausgabe für  
Österreich), 27-32*

**Homepage:**

**[www.kup.at/fertilitaet](http://www.kup.at/fertilitaet)**

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

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

# 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**



# ENDOMETRIOSE – WIE FÜHLT SICH MEINE PATIENTIN?

ENDOMETRIOSE –  
WIE FÜHLT  
SICH MEINE  
PATIENTIN?

## Summary

*Endometriosis is the second most common disease in gynecology. The lack of clear course parameters and strongly divergent individual symptoms make its diagnosis difficult. As a result, it often remains undetected for a long time. Since a causal therapy is not possible to date, the only option is to treat the symptoms. Relapse and chronic progression are very common. For many patients, the disease causes major physical and psychic problems. Therefore, the relationship between doctor and patient is under considerable strain. Due to this problems, we decided to carry out an investigation that dealt specifically with the*

*problems facing the doctor and the patient in the treatment of endometriosis. A study instrument consisting of 2 questionnaires for doctors and patients was designed. 162 gynecologists and 34 patients receiving treatment with a GnRH agonist (Decapeptyl) were included in this study.*

*The results of the questionnaires for doctors and patients show that the communication needs when dealing with patients suffering from endometriosis have increased. The overall picture of the quality of life during this treatment is positive and is confirmed by high*

*percentage of patients who are satisfied with the treatment. The fact that the drug and the doctor's care are both though to have an equal healing, beneficial effect is particularly important. The patients wish for a close personal relationship with their doctor, who supports them in overcoming the disease. This clearly shows the high value of the doctor's personality, and how important a good relationship between doctor and patient is. Support from third parties (psychologists, self-help groups, patient seminars, counselors) is assessed as less important.*

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Endometriose ist die zweithäufigste benigne Erkrankung in der Gynäkologie. Das Fehlen eindeutiger Verlaufsparemeter und individuell stark divergierende Symptome machen die Diagnose schwierig. So wird sie meist lange Zeit nicht erkannt. Da bisher keine ursächliche Therapie möglich ist, bleibt nur die Behandlung der Symptome. Rezidive und Chronizität sind häufig. Vielen Patientinnen bereitet die Erkrankung sowohl grosse physische als auch psychische Probleme. Die Beziehung zwischen Arzt und Patientin ist aus diesen Gründen vielen Belastungen ausgesetzt. Diese Problematik war für uns Anlass, eine Untersuchung durchzuführen, die sich speziell mit den Schwierigkeiten für Arzt und Patientin beim Umgang mit der Endometri-

ose beschäftigt. Es wurde ein Untersuchungsinstrument aus 2 Fragebögen für Ärzte und für Patientinnen entwickelt. An der Untersuchung beteiligten sich 162 Gynäkologen und 34 Patientinnen unter Behandlung mit einem GnRH-Agonisten (Decapeptyl).

Die Ergebnisse der Ärzte- und der Patientinnenbefragung zeigen, dass die kommunikativen Anforderungen im Umgang mit Endometriosepatientinnen gewachsen sind. Insgesamt ergibt sich ein positives Gesamtbild der Lebensqualität unter der Behandlung, was durch den hohen Prozentsatz der mit der Behandlung zufriedenen Patientinnen bestätigt wird. Von besonderer Bedeutung ist das Resultat, dass dem Medikament und der ärztlichen Betreuung zu etwa gleichen Teilen eine heilende, bessernde Kraft zugeschrieben wird. Die Patientinnen wünschen

sich eine enge, persönliche Beziehung zu ihrem Arzt, die ihnen bei der Bewältigung der Erkrankung hilft. Dies führt den hohen Stellenwert der Persönlichkeit des Arztes und der Wichtigkeit einer guten Arzt-Patientin-Beziehung deutlich vor Augen. Die Unterstützung durch Dritte (Psychologen, Selbsthilfegruppen, Patientenseminare, Beratungsstellen) wird eher zurückhaltend beurteilt.

## EINLEITUNG

Die Endometriose ist die zweithäufigste benigne Erkrankung in der Gynäkologie. Schätzungsweise 7–15 % aller Frauen im reproduktionsfähigen Alter sind davon betroffen [1]. Die Erkrankung ist zwar nie lebensbedrohend, beeinträchtigt aber die betroffenen Frauen massiv aufgrund ihrer Symptome mit starken, sehr unter-

schiedlichen Schmerzen und Unfruchtbarkeit.

Der Endometriose können häufig keine eindeutigen Verlaufsparemeter zugeordnet werden. Da sie ausserdem individuell stark divergierende Symptome aufweist und in oft unberechenbaren Phasen verlaufen kann, ist sie nur schwer zu diagnostizieren. So wird sie meist lange Zeit nicht erkannt und kann letztlich nur durch ein invasives Verfahren gesichert werden. Der objektive Befund und das subjektive Leiden klaffen zum Teil weit auseinander [2].

Ätiologie und Pathogenese der Endometriose sind bislang nicht geklärt. Eine ursächliche Therapie ist deshalb nicht möglich, und dem Arzt bleibt nur die Behandlung der primären und sekundären Begleitsymptome. Rezidivierung und chronische Verläufe sind leider nicht auszuschliessen [2, 3].

Die Krankheit bereitet vielen Patientinnen enorme Probleme: Neben den zum Teil massiven Schmerzen sind sie verunsichert. Sie wissen über die Erkrankung nicht Bescheid und erhalten oft widersprüchliche Informationen. Verärgerung und Trauer sind die Folgen. Aufgrund der Chronizität der Beschwerden kann es zu andauernden Veränderungen des psychischen Befindens kommen, wie depressiven Verstimmungen, Angstzuständen, Veränderungen der Persönlichkeit. Die Krankheit hat deshalb häufig tiefgreifende Auswirkungen auf Partnerschaft, Sexualität, Beruf und soziales Umfeld [1, 4].

Die Beziehung zwischen Arzt und Patientin ist aus diesen Gründen vielen Belastungen ausgesetzt: Die Patientin fühlt sich auch vom Arzt nicht ernst genommen, un-

tersorgt oder überbehandelt. Sie wird mit der Zeit misstrauisch und stellt dann alle Bemühungen des Arztes in Frage. Der Arzt erlebt sich in solchen Fällen nicht selten als hilflos, manchmal auch verärgert, läuft Gefahr, seinen Frust auf die Patientin zu projizieren. Die Wahl sehr aggressiver Therapieverfahren oder das Abschieben der Patientin können die für beide Seiten unerwünschten Folgen sein [4].

Diese Problematik war für uns Anlass, eine Untersuchung durchzuführen, die sich speziell mit den Schwierigkeiten für Arzt und Patientin beim Umgang mit der Endometriose beschäftigt.

Folgende Fragen interessierten uns hierbei:

1. Wie sehen Ärzte die Schwierigkeiten bei der Betreuung von Endometriosepatientinnen und welche Hilfe wünschen sie sich?
2. Wie erleben Patientinnen die verschiedenen Phasen der Diagnostik und Therapie im Hinblick auf ihr Allgemeinbefinden und ihre Lebensqualität?
3. Welche Erwartungen haben Patientinnen im Hinblick auf die ärztliche Betreuung?

---

## METHODIK

---

Es wurde ein Untersuchungsinstrument aus 2 Teilen entwickelt:

1. Ein an Ärzte gerichteter Fragebogen (Abb. 1): dieser Fragebogen wurde von 162 Gynäkologen zu Beginn der Studie ausgefüllt.
2. Ein an die Patientinnen gerichteter Fragebogen (Tab. 1): Dieser Fragebogen wurde von den Ärzten an 34 Patientinnen unter Behandlung mit einem LHRH-Ago-

nisten (Decapeptyl Retard, Ferring Pharmaceuticals) gegeben. Vom Arzt erfasst wurde der Schweregrad der Endometriose, das Alter, der Konsultationsgrund.

Für die Patientin wurden drei Befragungszeitpunkte gewählt:

- nach Diagnosenstellung
- 2–3 Monate nach Beginn der Therapie
- ca. 2 Monate nach Ende der Therapie.

Die Fragen wurden auf einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (trifft voll zu) beantwortet und folgendermassen gewertet: 1 + 2: nein, 3 + 4: weiss nicht, 5 + 6: ja.

Zusätzlich wurde zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach den Wünschen bezüglich Häufigkeit des Arztkontaktes, Informationsmassnahmen (Broschüren, Videos, Vorträge) und psychologischem Support (Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, behandelnder Arzt, Psychologe) gefragt.

Nach Therapieende wurde die Patientin nach ihrem subjektiven Befinden befragt. Bei erfolgreicher Behandlung sollte sie Gründe benennen, die nach ihrer Meinung zum Erfolg beigetragen haben (Medikament, psychologische Betreuung, Aufklärung, Unterstützung durch Arzt, Partner, Freunde).

Die Analyse der Fragebögen – Vergleich der Veränderungen der Zeitpunkte 1 zu 2 und 1 zu 3 – wurde statistisch mittels des nicht-parametrischen Friedman Tests vorgenommen.  $p \leq 0,05$  wurde als signifikant,  $p \leq 0,01$  als hoch signifikant gewertet.

Abbildung 1: Ärztebefragung „Sie im Dialog mit Ihrer Endometriosepatientin“

**Sind Sie einverstanden mit den folgenden Aussagen?**

Das Informationsbedürfnis Ihrer Endometriose-Patientinnen steigt zunehmend.

- ja     nein     vielleicht     \_\_\_\_\_

Endometriosepatientinnen erwarten von Ihnen – neben der medizinischen Beratung – vermehrt psychologische Unterstützung zur Bewältigung Ihrer Krankheit.

- ja     nein     vielleicht     \_\_\_\_\_

Durch den ausgeprägten Erklärungsbedarf Ihrer Patientinnen steigt Ihr zeitlicher Aufwand.

- ja     nein     vielleicht     \_\_\_\_\_

**Die Diagnose und die Therapie der Endometriose kann bei Ihrer Patientin psychische Probleme auslösen. Wie begegnen Sie dieser Situation?**

1 = trifft überhaupt nicht zu, 6 = trifft voll zu

Ich kann auf die Probleme der Patientin im persönlichen Gespräch ausreichend eingehen.	1	2	3	4	5	6
Ich brauche für die mentale Unterstützung mehr Zeit, die ich nicht habe.	1	2	3	4	5	6
Ich gebe der Patientin Literatur mit.	1	2	3	4	5	6
Ich interessiere mich für eine Weiterbildung bzgl. psychosomatischer Fragestellungen.	1	2	3	4	5	6
Die Patientin soll bei Experten wie Psychologen Hilfe suchen.	1	2	3	4	5	6

**Welche Unterstützung im täglichen Umgang mit Ihren Patientinnen wünschen Sie sich?**

- Patientinnenbroschüren zum Thema \_\_\_\_\_
- Videos zum Thema \_\_\_\_\_
- Schaubilder für die Praxis zum Thema \_\_\_\_\_
- Faltblätter zum Erklären des Krankheitsbildes während der Konsultation
- Informationsveranstaltungen für Ihre Patientinnen zum Thema \_\_\_\_\_
- Literaturservice
- Seminare für Ärzte, bzw. Therapeuten

**ERGEBNISSE**

1. Befragung der Gynäkologen

75 % der Ärzte gaben an, dass nach ihrer Einschätzung das Informationsbedürfnis der Endometriosepatientinnen zunehmend ansteigt. Nur 4 % verneinten diese Aussage. 88 % waren der Meinung, dass dadurch ihr zeitlicher Aufwand pro Konsultation zunimmt.

76 % waren der Meinung, dass die Endometriosepatientin neben der medizinischen Betreuung auch eine psychologische Unterstützung zur Bewältigung ihrer

Erkrankung benötigt. 6 % waren nicht dieser Ansicht. Die psychologische Betreuung gehört für 92 % der Ärzte in ihre Zuständigkeit. Nur 8 % der Ärzte meinten, dass die Patientinnen die Hilfe eines externen Psychologen aufsuchen sollten. 64 % interessieren sich für eine Weiterbildung bezüglich psychosomatischer Fragestellungen im Zusammenhang mit der Endometriose. Gleichzeitig gaben aber 45 % an, für psychologische Gespräche eigentlich nicht die nötige Zeit zu haben.

69 % versuchen ihre Patientinnen bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen, indem sie ihnen

Literatur oder andere Informationsunterlagen mitgeben. Als Hilfsmittel wünschten sich 89 % Patientinnenbroschüren, 55 % Videos, 50 % Literatur, Bücher etc., 45 % Schaubilder, 40 % Faltblätter, 41 % Seminare für Ärzte und 9 % Informationsveranstaltungen für Patientinnen.

2. Befragung der Patientinnen

Die Patientinnen gehörten drei Altersgruppen an: 40 % waren zwischen 20 und 30 Jahre, die Hälfte bis 40 Jahre und knapp 10 % über 40. Der Schweregrad der Endometriose – nach Laparoskopiebefunden eingeteilt – ergab folgende Verteilung: 41 % hatten eine schwere Endometriose, rund 40 % wurden als mittlere Endometriose und 20 % als leichte Endometriose eingestuft. 70 % der Patientinnen litten an Schmerzen, 31 % an Infertilität und 5 % an Zyklusstörungen (Mehrfachnennungen möglich).

An begleitenden Massnahmen entschieden sich über 90 % der Frauen für Informationsbroschüren, 55 % für Videos, aber nur 10 % Selbsthilfegruppen und 4 % für Beratungsstellen oder Beratungstelefone. Rund 20 % der Frauen begrüßten Informationsveranstaltungen, 40 % zogen dies eventuell in Betracht; 46 % wünschten sich eine psychologische Unterstützung durch den Arzt und 30 % beurteilten diese Hilfe als vielleicht wünschenswert. Nur 2 % zögen eine Beratung durch einen Fachpsychologen vor.

Die Fragen nach der Lebensqualität waren in drei Gruppen unterteilt: globales Empfinden, kognitives Empfinden und emotionale Zustände (Abb. 2):

**a. Globales Empfinden**

„Ich fühle mich optimistisch“,  
„Ich fühle mich gut.“

Der grösste Teil der Frauen kann diesen Aussagen zu Beginn der Behandlung weder eindeutig zustimmen noch sie ablehnen. Etwa 1/3 gibt aber ein optimistisches Grundgefühl an, das im Lauf der Behandlung stetig zunimmt. Die Veränderungen sind allerdings statistisch nicht signifikant ( $p = 0,2$ ,  $p = 0,07$ ). Die Antworten auf die Frage „Ich bin emotional nicht sehr betroffen“ bestätigen dieses Bild ( $p = 0,78$ , statistisch nicht signifikant).

„Ich fühle mich erleichtert, weil ich nun weiss, woher meine Beschwerden kommen.“

Der positive Haupteffekt der Aufklärung über die Krankheit findet sich, wie erwartet, zu Beginn der Behandlung. Immerhin 20% empfinden jedoch keine Erleichterung. Der statistische Vergleich ergibt keine signifikanten Unterschiede im Verlauf der Behandlung ( $p = 0,32$ ).

**b. Kognition**

„Ich suche nach Aufklärung.“

Der grösste Teil der Frauen hat vor der Behandlung ein sehr starkes Bedürfnis nach Aufklärung. Dies nimmt statistisch hoch signifikant während und nach der Behandlung ab ( $p = 0,001$ ). Hier fällt es allerdings einem grösseren Teil der Frauen schwer, klar Stellung zu nehmen.

„Ich habe Angst, an einer bösartigen Krankheit zu leiden.“

Nur sehr wenige Frauen bejahen diese Angst am Beginn der Behandlung. Das Angstgefühl nimmt während und nach der Behand-

Abbildung 2: Patientenfragenbogen Lebensqualität (Angaben in %)

**a) Globales Empfinden**

		Ja	Nein	weiss nicht	Stat. Signifikanz <sup>1)</sup>
„Ich fühle mich optimistisch.“	vor	38	15	47	
	während	50	12	38	ns
	nach	61	6	33	ns
„Ich bin erleichtert, weil ich weiss, woher die Beschwerden kommen.“	vor	64	12	24	
	während	64	6	30	ns
	nach	76	6	18	ns
„Ich fühle mich gut.“	vor	38	21	41	
	während	38	21	41	ns
	nach	56	12	32	ns
„Ich bin emotional nicht sehr betroffen.“	vor	21	38	41	
	während	32	26	41	ns
	nach	24	36	39	ns
„Ich leide unter Libido-verlust bzw. sexuellen Schwierigkeiten.“	vor	6	73	21	
	während	18	44	38	sig
	nach	12	71	18	ns

**b) Kognition**

		Ja	Nein	weiss nicht	Stat. Signifikanz
„Ich benötige mentalen Support.“	vor	30	36	33	
	während	15	41	44	ns
	nach	9	44	47	ns
„Ich suche nach Aufklärung.“	vor	44	32	24	
	während	12	53	53	sig
	nach	3	62	53	sig
„Ich habe Angst, an einer bösartigen Krankheit zu leiden.“	vor	18	76	6	
	während	0	82	18	sig
	nach	0	94	6	sig

**c) Emotionale Zustände**

		Ja	Nein	weiss nicht	Stat. Signifikanz
„Ich habe Angstgefühle.“	vor	32	32	35	
	während	3	56	41	sig
	nach	9	76	15	sig
„Ich fühle mich verunsichert.“	vor	26	35	38	
	während	6	68	26	sig
	nach	0	79	21	sig
„Ich fühle mich nervös und unausgeglichen.“	vor	26	27	26	
	während	26	26	47	ns
	nach	9	47	44	sig
„Ich fühle mich deprimiert, hoffnungslos.“	vor	18	56	26	
	während	9	53	38	ns
	nach	9	71	21	sig

<sup>1)</sup> Statistische Signifikanz, Friedman-Test, sig = signifikant, ns = nicht signifikant

lung weiter statistisch signifikant ab. Eine leichte Verunsicherung besteht während der Therapie ( $p \leq 0,05$ ).

„Ich brauche seelische Unterstützung (mentalen Support).“

Wiederum ist der Anteil der Frauen, die keine eindeutige Aussage machen können, sehr hoch. Am Anfang finden rund 20% der Frauen, dass sie eine solche Unterstützung brauchen. Dieser

Anteil nimmt im Lauf der Behandlung ab und wird am Ende statistisch signifikant ( $p \leq 0,05$ ).

**c. Emotionale Zustände**

„Ich habe Angstgefühle“,  
„Ich fühle mich verunsichert.“

Eindeutig zu beobachten ist, dass Angstgefühle und Verunsicherung während der Behandlung abnehmen. Die Veränderungen zwischen „vor“ und „während“ ( $p \leq 0,01$ ), sowie zwischen „während“

und „nach“ der Behandlung sind statistisch hoch signifikant ( $p \leq 0,01$ ). Auch hier fällt der grosse Anteil der Frauen auf, die ihre Angstgefühle schwer einschätzen können.

Bezüglich „Nervosität und Unausgeglichenheit“ können  $\frac{1}{4}$  bis die Hälfte der Frauen keine eindeutigen Aussagen machen. Nach der Behandlung findet man trotzdem eine statistisch signifikante Abnahme der Nervosität unter das Niveau vor der Behandlung ( $p = 0,046$ ).

„Ich fühle mich deprimiert, hoffnungslos.“

Interessant ist auch hierbei der relativ grosse Anteil von Frauen, die keine eindeutige Aussage machen können, insbesondere während der Behandlung. Nach der Behandlung ist eine statistisch signifikante Abnahme der Depression unter das Niveau vor der Behandlung zu sehen ( $p \leq 0,05$ ).

Bezüglich der Sexualität und sexueller Schwierigkeiten werden eher niedrige Ausgangswerte angegeben. Man findet eine statistisch hoch signifikante Verminderung der Libido während der Behandlung ( $p = 0,0001$ ). Nach der Behandlung bleibt eine tendenzielle, statistisch nicht signifikante Verminderung bestehen ( $p = 0,07$ ).

Im Gesamtbefinden gaben 69% der Frauen eine Besserung am Ende der Behandlung an. Knapp 60% führten diese Besserung auf das Medikament zurück. Ebenfalls 60% sahen in der Aufklärung durch den Arzt einen wichtigen Faktor für die Besserung. Rund 40% fühlten sich durch den Arzt emotional unterstützt, 20% sahen in der Unterstützung durch den Partner, 10% in der Unterstützung

durch Freunde einen wichtigen Faktor der Besserung.

Interessant war, dass fast die Hälfte der befragten Frauen gerne einen häufigeren Kontakt – möglichst monatlich – mit dem Arzt hätte, als dies in der Regel geschieht.

## DISKUSSION

Die Ergebnisse der Ärzte- und der Patientinnenbefragung zeigen, dass die kommunikativen Anforderungen im Umgang mit Endometriosepatientinnen gewachsen sind. Dies entspricht den Erfahrungen in der Literatur [4] und der allgemeinen Entwicklung der höheren Kompetenz und Eigenverantwortung von Patientinnen. Diese verlangen mehr Informationen und Erklärungen und erwarten Beratung und psychologische Kompetenz durch den Arzt. Die meisten Ärzte fühlen sich zwar ausreichend ausgebildet, es erscheint ihnen aber schwierig, diesen veränderten Anforderungen im zeitlichen Rahmen einer Sprechstunde gerecht zu werden. Viele Ärzte wünschen sich deshalb zusätzliche Hilfen durch Informationsmaterial und Fortbildungsmöglichkeiten.

Wenig hilfreich finden Ärzte und Patientinnen die Überweisung zu einer psychologischen Fachperson. Allerdings ist keine grundsätzliche Ablehnung der Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen, wie Psychologen zu erkennen. Dies scheint jedoch speziellen Fragestellungen vorbehalten zu sein.

Bei den zusätzlichen Hilfsmassnahmen sind die Patientinnen jedoch unschlüssig bezüglich Informationsveranstaltungen. Eher erstaunlich im internationalen

Vergleich ist der geringe Anteil von Frauen, die Beratungsstellen, Beratungstelefone oder Selbsthilfegruppen als hilfreich betrachten. Dies bleibt eine interessante interkulturelle Fragestellung. Hier könnten neue Entwicklungen einsetzen.

Bei der Erfassung der Lebensqualität vor, während und nach der Behandlung mit einem LHRH-Agonisten finden wir mehrere interessante Befunde:

1. Die Grundeinstellung der von uns befragten Frauen ist insgesamt optimistisch und dies bleibt über die Behandlung hinweg unverändert. Die Frauen fühlen sich durch die Diagnose und Erklärung ihrer Beschwerden erleichtert und haben positive Erwartungen im Hinblick auf die Behandlung.
2. Zu Beginn der Behandlung besteht ein sehr hohes Informations- und Aufklärungsbedürfnis, dem bisher für die Patientinnen nur teilweise befriedigend entsprochen wird. Die kognitiven Verarbeitungsprozesse scheinen mit der Zeit leichter zu fallen. Dies hat wahrscheinlich damit zu tun, dass durch mehrfache Kontakte und Gespräche mit dem Arzt/der Ärztin Einsichten und mehr Sicherheit gewonnen werden. Die Frage stellt sich, ob die Ärzte am Beginn der Behandlung mehrere Konsultationen durchführen sollten, um auf Fragen und Unsicherheiten intensiver eingehen zu können.
3. Viele Patientinnen scheinen bezüglich ihres emotionalen Befindens Hemmungen und Schwierigkeiten zu haben, Selbsteinschätzungen vorzunehmen. Es ist in unserem Kulturkreis wohl immer noch so, dass emotionale Beschwerden eher verschwiegen

werden bzw. beim Verbalisieren Mühe machen [1, 5]. Vielleicht besteht auch die Angst der Frauen, als psychisch gestört und nicht „lebenstüchtig“ betrachtet zu werden. Dies erschwert Aussagen über Veränderungen erheblich. Bei der Beurteilung muss berücksichtigt werden, dass eine Verzerrung zum „besseren“ Befinden hin erfolgt sein kann. Trotzdem zeigt das statistisch hoch signifikante Ergebnis der Antworten, dass Gefühle von Angst und Unsicherheit bereits während der Behandlung abnehmen.

Für die ärztliche Betreuung ergibt sich hieraus ein wichtiger Ansatzpunkt: Den Frauen kann das Signalisieren, dass ihre Emotionen von Bedeutung sind, helfen, über Veränderungen zu sprechen. Direktes Nachfragen nach ihrem Befinden können sie ermutigen, selbstverantwortlich ihre Behandlung mitzugestalten [1]. In diesem Sinne wäre es hilfreich, für die Frauen eine Möglichkeit der Selbstevaluierung zu schaffen. Ein kurzer Fragebogen zur Lebensqualität, zugeschnitten auf die Probleme der Endometriosepatientin kann hier sehr nützlich sein. Wir sind gerade dabei, einen solchen Fragebogen zu entwickeln. Wichtig scheint uns, dass neben dem Rating (Beurteilen) auch genügend Fragen zum Reporting (Berichte über das Verhalten) eingeschlossen sind.

4. Nervosität und Unausgeglichenheit sowie depressive Verstimmungen steigen, wie zu erwarten, zunächst während der Behandlung an, sinken aber am Ende statistisch signifikant unter das Ausgangsniveau. Sexuelle Schwierigkeiten nehmen während der Behandlung statistisch signifikant zu und dauern nach der



**Prof. Dr. med. Johannes Bitzer**

Geboren 1950 in Taiflingen, Deutschland. 1985 Abschluß der Ausbildung und Anerkennung als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher: Prof. H. Ludwig). 1993 Habilitation für gynäkologische und geburtshilfliche Psychosomatik. Seit 1994 Abteilungsleiter „Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik“ der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher a.i. Prof. A. C. Almendral, seit 1995 Prof. W. Holzgreve). Die Abteilung der Sozialmedizin/Psychosomatik umfaßt Familienplanung, Infertilitätsbehandlung, Sexualmedizin und Psychosomatik. Seit 1997 Titularprofessur in psychosomatischer Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 1998 Präsident der Internationalen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe ISPOG.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer  
Universitäts-Frauenklinik Basel, Abt. Sozialmedizin/Psychosomatik  
CH-4031 Basel, Schanzenstrasse 46

Behandlung tendenziell noch an. Alle Symptome erklären sich aus den hormonellen Veränderungen infolge der Therapie. Hier können häufigere Arztkontakte und eine Hormonsubstitution (Add back-Therapie) [6] sicher noch eine Verbesserung bringen. Wir glauben, dass ausserdem ein Involvieren des Partners in die Behandlung sinnvoll wäre. Den Paar-dynamischen und Familien-dynamischen Aspekten der Endometriose sollte sicher stärkere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Insgesamt ergibt sich ein positives Gesamtbild der Lebensqualität unter der Behandlung, was durch den hohen Prozentsatz der mit der Behandlung zufriedener Patientinnen bestätigt wird. Von besonderer Bedeutung ist das Resultat, dass dem Medikament und der ärztlichen Betreuung zu etwa gleichen Teilen eine heilende, bessernde Kraft zugeschrieben wird. Die Patientinnen wünschen sich eine enge, persönliche Beziehung zu ihrem Arzt, die ihnen bei der Bewältigung der Erkrankung hilft. Dies führt den hohen

Stellenwert der Persönlichkeit des Arztes und der Wichtigkeit einer guten Arzt-Patientin Beziehung deutlich vor Augen.

**Literatur:**

1. Keckstein J. Endometriose – Die verkannte Frauenkrankheit!? Diagnostik und Therapie aus ganzheitsmedizinischer Sicht. DIAMETRIC Verlag, Würzburg, 1998.
2. Litschgi M. Endometriose: Rätsel und Lösungen. Gynäkologie 1997; 4: 4–9.
3. Sillem M. Wirksame Hilfe bei Endometriose: Ein Ratgeber für Frauen: wie Ihr Arzt Sie behandelt. TRIAS, Stuttgart, 1998.
4. Bollweg ML. Endometriosis Sourcebook. Endometriosis Association Inc., Milwaukee, 1999.
5. Colwell HH, Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: A validation study. Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 47–55.
6. Lindsay PC, Shaw RW, Coelingh Bennink HJ, Kicovic P. The effect of add-back treatment with tibolone (Livial) on patients treated with the gonadotropin-releasing hormone agonist triptorelin (Decapeptyl). Fertil Steril 1996; 65: 324–8.



# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)