

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe April 2001 Nr. 1

Inhalt

Einleitung	3
Pille – bei Krankheiten und anderen außergewöhnlichen Situationen	4
Kongressbericht Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin	8
Forum	
– Erfahrungen aus der pro familia Männerberatung in Frankfurt am Main	15
Hinweise	
– Mifegyne Aktuell	16
– Grundsatzurteil des Bundessozial- gerichts zu ICSI	18
– MRE: Eine neue Brustkrebsdia- gnostik für die Zukunft	18
– Johanniskrauthaltige Medikamente und orale Kontrazeptiva	19
– Novialâ , eine neue Pille	19
– DHEA und Wohlbefinden älterer Menschen	19
– Neuere Studie über „Pille-danach“	19
– Internet-Forum der GebFra	21
Buchneuerscheinung	21
Veranstaltungskalender	21
Stichwortverzeichnis 2000	22

Impressum: © 2001

Herausgeber: PRO FAMILIA-Bundesverband

Redaktion: Dr. med. Ruth Eichmann, Frankfurt am Main

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Dr. med. Jutta Walter, Heidelberg

Anschrift: PRO FAMILIA-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

In gewohnter Weise bietet der erste Familienplanungs-Rundbrief des Jahres einen Blick über die für das laufende Jahr ausgewählten Schwerpunktthemen. Dafür vorgesehen sind:

1. Pille – bei Krankheiten und anderen außergewöhnlichen Situationen
Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin (Kongressbericht)
2. Familienplanung
3. Frühgeburten/Fehlgeburten
4. Hormonersatztherapie

Zu diesen Schwerpunktthemen ist Folgendes zu bemerken:

Anlässlich des 40-jährigen Jubiläums der Pillen-Einführung in Deutschland befasst sich der Familienplanungs-Rundbrief Nr. 1 als Fortsetzung der Thematik „Hormonelle Kontrazeption“ des Doppelheftes Nr. 1 und 2 aus dem vorigen Jahr mit Verschreibungen der Pille in besonderen Situationen.

Berichtet wird ferner im Heft Nr. 1 über zwei Veranstaltungen zum Thema „Lifestyle und Anti-Aging“. Unter diesem Titel wurde im Dezember 2000 von der Abteilung gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg ein Kongress ausgerichtet. Eine zweite Veranstaltung beschäftigte sich mit der Frage „Brauchen wir Lifestyle-Drugs?“ im März 2001 während eines Vorsymposiums der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie. Die auf beiden Kongressen behandelte Thematik gewinnt in der Medizin zusehends an Bedeutung. Gemeint ist dabei die Verbesserung der Lebensqualität einerseits durch Prävention von Krankheiten, die mit zunehmendem Alter gehäuft auftreten und andererseits durch Anwendung der sogenannten „Lifestyle-Drugs“.

Im Familienplanungs-Rundbrief Nr. 2 wird die innerhalb der PRO FAMILIA stattfindende Diskussion zum Thema „Familienplanung“ aufgegriffen und ihre Bedeutung für die Gegenwart und Zukunft beleuchtet, sowohl unter ärztlich-medizinischen Gesichtspunkten als auch unter bio-psycho-sozialen Gesichtspunkten.

Das Hauptthema des Heftes Nr. 3, „Frühgeburten/Fehlgeburten“ wurde ausgewählt, weil dazu immer wieder Fragen z.B. in der Schwanger-

schafts- und Kinderwunsch-Beratung gestellt werden.

Schließlich behandelt Heft Nr. 4 den aktuellen Stand der Hormonersatztherapie hinsichtlich Indikation, Nutzen und Risiko.

In der Rubrik „HINWEISE“ wird wie üblich in dem jeweiligen Familienplanungs-Rundbrief Aktuelles aus der Medizin zu finden sein, das von besonderer Bedeutung für die Beratungspraxis ist. Literaturneuerscheinungen und Ankündigungen von Veranstaltungen runden die einzelnen Familienplanungs-Rundbriefe ab.

Beibehalten wird ferner der Abschnitt, in welchem aktuelle Informationen der IPPF (International Planned Parenthood Federation) aufgenommen werden, soweit sie medizinischen Inhalts sind.

Auf die Rubrik „FORUM“ mit Informationen aus den Beratungsstellen und den Familienplanungszentren (FPZ) weist die Redaktion nachdrücklich hin. Sie ist vorgesehen für Beiträge aus dem Verband und kann durch die Vorstellung von Diskussionspapieren, Projekten oder auch Erfahrungen eine sinnvolle Möglichkeit darstellen, die innerverbandliche Diskussion und Kommunikation im Bereich Familienplanung zu verbessern.

Im „FORUM“ von Heft Nr. 1 werden die Erfahrungen mit einer in der PRO FAMILIA Frankfurt am Main neu eingerichteten Telefon-Sprechstunde zu „Sexuellen Störungen bei Männern“ beschrieben.

Am Ende von Heft Nr. 1 ist das Stichwortverzeichnis der Familienplanungs-Rundbriefe des Jahres 2000 zusammengestellt.

In eigener Sache:

Die Redaktion sucht immer wieder PRO FAMILIA-MitarbeiterInnen, die für den Familienplanungs-Rundbrief interessante bzw. relevante Buchneuerscheinungen lesen und rezensieren.

Wer Interesse hat, eine solche Aufgabe zu übernehmen, kann sich bei Ines Thonke in der Bundesgeschäftsstelle registrieren lassen.

Familienplanungs-Rundbrief im Netz

Seit Anfang des Jahres sind die Familienplanungs-Rundbriefe auch im Internet zu lesen. Sie können von der PRO FAMILIA-Internetseite <http://www.profamilia.de> in der Rubrik Publikationen als PDF-Dokumente heruntergeladen werden.

Die E-Mail-Adresse der Redaktion lautet rundbrief@profamilia.de.

Pille – bei Krankheiten und anderen außergewöhnlichen Situationen

Vor 40 Jahren wurde die „Pille“ in Deutschland eingeführt. Aus Anlass dieses Jubiläums bringen wir in Ergänzung zum bereits im Familienplanungs-Rundbrief 1 und 2/2000 behandelten Thema „hormonelle Kontrazeption“ noch einige Beiträge über die „Pille“ bei bestimmten Erkrankungen und in besonderen Situationen.

Gestörte Glukosetoleranz, Diabetes mellitus und hormonale Kontrazeption

Ovulationshemmer (OH, „Pille“) – auch niedrig-dosiert – bewirken eine leichte Insulinresistenz und eine leichte Verschlechterung der Glukosetoleranz, die normalerweise durch einen geringen Insulinanstieg kompensiert wird. Nach Absetzen des OH ist diese Veränderung bei gesunden Frauen in der Regel reversibel.

Bisher gibt es keinerlei Hinweise, dass OH einen Diabetes mellitus (Typ 1) verursachen; auch die Progression einer gestörten Glukosetoleranz bis zum manifesten Diabetes mellitus (Typ 2) ist unabhängig von der Einnahme von OH.

Allerdings steigt der Anteil der Frauen mit pathologischer Glukosetoleranz unter OH auf das Doppelte. Da Frauen mit gestörter Glukosetoleranz ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen haben, sollten sie unter Einnahme niedrig-dosierter OH sorgfältig überwacht werden.

Eine gestörte Glukosetoleranz ist häufig mit einer Hypertriglyceridaemie verbunden, die durch OH verstärkt werden kann. In diesem Fall eher die Minipille angewendet werden.

Schwangerschaftsdiabetes in der Anamnese ist keine absolute Kontraindikation, da die Einnahme von OH keinen Einfluss auf die langfristige Verschlechterung der Glukosetoleranz hat. Beim Schwangerschaftsdiabetes ist die Kompensation der Insulinresistenz durch vermehrte Insulinsekretion eingeschränkt.

Frauen mit Diabetes mellitus haben im Falle einer Schwangerschaft ein erhöhtes Abort- und Miss-

bildungsrisiko. Deshalb muss eine Schwangerschaft sorgfältig geplant werden. Zur Verhütung einer Schwangerschaft benötigen Frauen mit Diabetes mellitus eine sichere Kontrazeption. Die Anwendung von niedrig dosierten OH ist möglich. Aber auch unter niedrigdosierten OH kommt es zum Anstieg des Blutzuckerspiegels und zur Verschlechterung der Glukosetoleranz, so dass eine Neueinstellung mit Insulin erforderlich ist.

Bei sorgfältiger Überwachung und Beachtung zusätzlicher Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Bluthochdruck, Adipositas etc.) können für einen begrenzten Zeitraum niedrig-dosierte OH an Diabetikerinnen verordnet werden, immer so lange keine Angiopathien (Gefäßerkrankungen: Mikro- und Makroangiopathien) diagnostiziert werden. Diese stellen wegen des erhöhten Thromboserisikos eine Kontraindikation dar. Frauen, die älter als 35 Jahre sind und Frauen, bei denen seit über 10 Jahren ein Diabetes mellitus besteht, sollten keine Pille mehr anwenden.

Minipille, Implanon® oder Mirena® sind bei Diabetes mellitus und gestörter Glukosetoleranz der Pille vorzuziehen.

Epilepsie und hormonale Kontrazeption

Bei etwa 1 Prozent der Bevölkerung tritt Epilepsie auf. Unter 200 Schwangeren ist eine Epileptikerin. Sexualsteroiden können Einfluss auf die Anfallshäufigkeit nehmen, so dass bei einem Teil der betroffenen Frauen zyklusabhängig gehäuft Anfälle auftreten. Unter Östrogen nimmt die Anfallshäufigkeit zu. Progesteron hat dämpfende Wirkung.

Epileptikerinnen stehen unter Dauermedikation mit Antiepileptika. Das Missbildungsrisiko ist unter Antiepileptika – von Präparat zu Präparat unterschiedlich – deutlich erhöht. Deshalb ist eine sichere Kontrazeption notwendig. Da die Mehrzahl der Antiepileptika durch Enzyminduktion in der Leber die Wirksamkeit hormonaler Kontrazeptiva reduziert (Schwangerschaftsrisiko!), ist es schwierig, mit Hormonen die gewünschte kontrazeptive Sicherheit zu erreichen.

Zunächst sollte mit dem Fachneurologen überlegt werden, ob auf ein nicht-enzym-induzierendes Medikament gewechselt werden kann (z.B. Valproinsäure, Gabapentin).

Einige Autoren empfehlen, durch höher dosierte OH (Ethinylestradiol 50µg und mehr) die verstärkte Verstoffwechslung auszugleichen oder niedrig-dosierte Kombinationspräparate mit einer

starken Gestagenkomponente durchgehend zu nehmen.

Zwischenblutungen unter regelrechter „Pillen“-Einnahme können Zeichen eines nicht ausreichenden Schutzes sein. Sie müssen aber nicht auftreten trotz ungenügender kontrazeptiver Wirkung.

Das Ausmaß der Wechselwirkung zwischen OH und Antiepileptika ist von Person zu Person individuell sehr unterschiedlich. Es gibt Empfehlungen, anhand von Blutuntersuchungen, die sichere Ovulationshemmung nachzuweisen (Bestimmung der Östrogenspiegel < 50 pg/ml, LH-Konzentration unter 10 IE/l).

Auch unter Gestagen-Depot-Injektionen ist mit erniedrigten Hormonspiegeln bei gleichzeitiger Einnahme bestimmter Antiepileptika zu rechnen, so dass die ersten Injektionen im kürzeren Intervall (6 Wochen statt 12 Wochen) gesetzt werden sollen oder auch entsprechende Hormonanalysen vom Blut (siehe oben) abgewartet werden sollen.

Die dämpfende Wirkung des Medroxyprogesteronacetats im Depo-Clinovir® kann sich günstig auf die Anfallshäufigkeit auswirken.

Kommt es unter hormonaler Kontrazeption zur Verschlechterung des Anfallsleidens, sind die Hormone sofort abzusetzen.

Ist die Epileptikerin auf ein Phenytoin-haltiges Antiepileptikum eingestellt, muss bedacht werden, dass Sexualsteroid die Wirkung dieser Medikamente verstärken. Eine Neueinstellung ist erforderlich.

Die hormonhaltige Spirale Mirena® wirkt in erster Linie direkt an Ort und Stelle und wäre somit eine sichere hormonale Kontrazeption für Epileptikerinnen.

Hypertonie und hormonale Kontrazeption

Die WHO hat folgende Definition für Blutdruckwerte festgelegt:

Normbereich	systolisch bis 139 mmHg diastolisch bis 89 mmHg
Grenzbereich	systolisch 140 bis 159 mmHg diastolisch 90 bis 94 mmHg
Hypertonie	systolisch 160 und höher mmHg diastolisch 95 und höher mmHg

Ovulationshemmer rufen bei vielen Frauen einen leichten Anstieg des Blutdruckes hervor (systolisch 4 bis 7 mmHg, diastolisch 2 bis 4 mmHg), der nach Absetzen des OH innerhalb von 3 Monaten reversibel ist.

Das Risiko für das Auftreten eines echten Bluthochdruckes (Hypertonie) unter OH liegt mit 2 bis 4 Prozent doppelt so hoch wie ohne OH.

Die Entwicklung eines Bluthochdruckes kann rasch aber auch langsam erfolgen und kann mit der Einnahmedauer und dem Alter der Frau korrelieren.

Risikofaktoren für das Auftreten einer Hypertonie sind neben Alter auch Rauchen, Diabetes mellitus, Adipositas, Hyperlipidaemie, Stressbelastung und genetische Disposition. Ein Bluthochdruck in der Vorgeschichte oder schwangerschaftsbedingter Blutdruckanstieg ist keine Kontraindikation für OH. Für die Entwicklung eines Bluthochdruckes unter OH ist in erster Linie das Östrogen Ethinylestradiol im OH –dosisabhängig – verantwortlich. Die Gestagenkomponente kann diesen Effekt dosisabhängig und für verschiedene Gestagene unterschiedlich ausgeprägt verstärken. Das neue Gestagen Drospirenon hat durch seinen antimineralocortikoiden Effekt sogar eine leicht blutdrucksenkende Wirkung. Reine Gestagene wirken nur in Ausnahmefällen Blutdruck-erhöhend.

Der Bluthochdruck kann nach Absetzen der Pille über längere Zeit bestehen bleiben und eine anti-hypertensive Behandlung erfordern; unter Umständen ist eine internistische Abklärung notwendig. Eine latente essentielle Hypertonie kann unter der Pille manifest werden.

Selten entwickelt sich eine maligne Hypertonie unter OH (0,5/100000 Frauenjahre).

Bei leichter Blutdruckerhöhung können niedrigdosierte OH unter gleichzeitiger Blutdruckbehandlung eingenommen werden. Wenn es trotz antihypertensiver Therapie bei niedrigdosierten OH zu keiner Blutdruck-Normalisierung kommt, sollte ein reines Gestagenpräparat zur Kontrazeption verordnet werden. Bei Blutdruckwerten über 160/95 mmHg sollten keine östrogenhaltigen Verhütungsmittel gegeben werden. Da das natürliche Östrogen Estradiol keine Wirkung auf den Blutdruck hat, wäre die zukünftige Entwicklung eines Vaginalrings mit Estradiol und einem Gestagen eine Alternative zu den herkömmlichen Präparaten.

Steigt der Blutdruck über 200/120 mmHg, sind Hormone zur Kontrazeption kontraindiziert; bei Auftreten dieser Werte unter der Hormoneinnah-

me sind die kontrazeptiven Medikamente sofort abzusetzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei Bluthochdruck grundsätzlich nichthormonale Verhütungsmittel vorzuziehen sind. Sollten dennoch bei einer leichten Hypertonie hormonale Kontrazeptiva gewünscht werden, so ist ein Gestagenpräparat eher angezeigt. Bei einem gut eingestellten Bluthochdruck und dem Fehlen anderer Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Diabetes mellitus, Adipositas etc.) kann jedoch die Gabe eines niedrigdosierten OH versucht werden.

Da bei Hypertonie eine Schwangerschaft auch ein Risiko ist, ist eine sichere Kontrazeption notwendig.

Bluthochdruck erhöht das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall.

Essstörungen und hormonale Kontrazeption

Essstörungen, sowohl die Magersucht (Anorexia nervosa, AN) als auch die Ess-Brechsucht (Fress-Kotzsucht, Bulimia nervosa, BN) nehmen in den westlichen Industrieländern seit Jahren kontinuierlich zu.

In 90 bis 95 Prozent sind junge Frauen betroffen. Der Altersgipfel für die Anorexie liegt zwischen 14 und 18 Jahren, für die Bulimie bei 18 Jahren.

Das Auftreten von AN wird bei 0,5 bis 1 Prozent der Jugendlichen angegeben (einzelne Symptome bis 20 Prozent). Die Inzidenz für Bulimie liegt mit 1 bis 3 Prozent deutlich höher. Es wird eine hohe Dunkelziffer angenommen.

AN und BN zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Jugendalters. Als gefährdete Gruppen werden angegeben: Athletinnen, Tänzerinnen, Flugbegleiterinnen, Models.

Fließende Übergänge zwischen beiden Essstörungen werden beschrieben.

Das Ausmaß der Störung ist oft durch den äußeren Eindruck nicht leicht zu erkennen. Die jungen Frauen wissen ihren Zustand durch entsprechende Kleidung gut zu kaschieren. Essstörungen sind eine psychische Störung, die einer entsprechenden psychischen Behandlung zugeführt werden sollten.

Angaben über Zyklusstörungen bis hin zum Ausbleiben der Menstruation können Hinweise auf Essstörungen sein. Das Ausbleiben der Blutung ist ein Hinweis auf Östrogenmangel. Um die Aus-

wirkungen auf den Knochen (Knochenabbau) zu vermeiden, ist die Gabe von Östrogenen indiziert.

Mit der Pille wird nicht nur der Hormonmangel behoben, sondern auch eine sichere Kontrazeption und regelmäßige Blutungen erreicht, die auch auf die psychischen Probleme einen günstigen Einfluss haben können.

Allerdings ist bekannt, dass untergewichtige Frauen eher zu Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Brustspannen neigen. Deshalb ist – trotz des vielleicht höheren Östrogenbedarfs – zu empfehlen, niedrig-dosierte orale Pillen-Präparate zu verordnen. Depot-Injektionen würden wieder einen Östrogenmangel herbeiführen, wenn sie über längere Zeit verabreicht werden.

Bei Bulimie ist auch eine zuverlässige Empfängnisverhütung angesagt, um nicht mit einer ungewollten Schwangerschaft die psychischen Probleme zu verschärfen. Die orale Kontrazeption ist bei Bulimie oft nicht geeignet wegen des immer wiederkehrenden Erbrechens und des häufigen Missbrauchs von Abführmitteln.

Bei Wunsch nach hormonaler Kontrazeption sind Depot-Injektionen, Implantate (Implanon®) oder das Intrauterinsystem Mirena® geeignet.

Migräne und hormonale Kontrazeption

Vor der Verordnung hormoneller Verhütungsmittel gehört zur Erhebung der Anamnese die Frage nach „Migräne“, d.h. nach umschriebenen, einseitigen Kopfschmerzen, die oft mit typischen Begleitsymptomen einhergehen wie z.B. Schwindel, Erbrechen, Sehstörungen.

Migräne tritt oft familiär gehäuft auf. Es wird von einer genetischen Disposition ausgegangen. Die Ursachen für eine Migräne sind immer noch nicht ganz geklärt. Zum Teil ist eine Prädisposition zu vaskulärer (Blutgefäß) Reaktion anzunehmen, z.T. sind neurologische Störungen bei der Entstehung der Migräne beteiligt.

Der Auslöser für eine Migräne ist vielfältig, u.a. auch Veränderungen im Serumspiegel der Sexualhormone. Migräne ist keine Kontraindikation für hormonale Verhütungsmittel. Vor allen wenn zyklusabhängige Migräneattacken angegeben werden, ist mit einer Besserung oder sogar Sistieren der Migräne zu rechnen. Vor allem in den ersten Monaten der Einnahme von OH kann in der hormonfreien Pause vor und während der Blutung Migräne als Folge des Hormonabfalls beobachtet werden.

Diese Migräneattacken können auf verschiedene Weise behandelt werden, wenn die Frau weiterhin eine hormonale Kontrazeption wünscht:

1. Im Einnahme-freien Intervall kann durch Hormongabe der Hormonabfall als Auslöser der Migräne abgefangen werden entweder mit der Gabe von Östrogenen (z.B. 1 mg Estradiol oral oder als Pflaster) oder mit 20 µg. Ethinyl-estradiol (weniger effektiv Estriol 1 bis 2 mg) oder durch Verabreichung von Gestagenen in Form von der Minipille.
2. Um den Hormonabfall in den Pillenpausen zu vermeiden wird eine Einphasen-Kombinationspille durchgehend genommen.
3. Wechsel auf östrogenfreie hormonale Kontrazeptiva: Minipille, Depotpräparate (Injektion, Implantat, IUS Mirena®).

Treten Migräneanfälle unverändert, unregelmäßig wie vor Einnahme der Pille auf, ist von der Veränderung des Behandlungsschemas kein Erfolg zu erwarten.

Bei auffälliger Verstärkung und Häufung der Migräneattacken und vor allem bei erstmaligem Auftreten eines heftigen Migräneanfalles während der Einnahme der Pille ist die Pille sofort abzusetzen. Migräne kann ein Symptom einer Durchblutungsstörung sein und als Vorbote eines Schlaganfalles in Erscheinung treten.

Bleiben die Beschwerden bestehen, ist eine neurologische Abklärung erforderlich.

Leistungssport und weibliche Sexualhormone

Die Dosis der Gestagene in den hormonalen Verhütungsmitteln ist so gering, dass die anabole Wirkung der Gestagene die Leistungsfähigkeit von Sportlerinnen nicht beeinflusst.

Die Suppression der endogenen Androgene durch Ovulationshemmer können Antrieb, Aggressionsverhalten und körperliche Aktivität reduzieren.

Günstig ist die Zyklusregulierung durch OH. Die Blutung lässt sich mit der Pille planen entsprechend der vorgegebenen Wettkampftermine, denn die Leistungsfähigkeit kann bei Frauen vor und während der Blutung beeinträchtigt sein.

Bei vielen Leistungssportlerinnen die keine OH nehmen, werden Zyklusstörungen bis hin zum Ausbleiben der Menstruation (Amenorrhoe) beobachtet, ein Hinweis auf Hormonmangel.

Bei längerfristigem Bestehen einer Amenorrhoe kann es zu einem Östrogenmangel-bedingten Knochenabbau kommen (Osteoporose) und als Folge hiervon zu Knochenbrüchen. Die Verabreichung von OH wirkt sich hier günstig aus, denn mit OH lässt sich der Knochenabbau verhindern.

Auch das Auftreten von Muskelschmerzen nach körperlicher Belastung tritt unter der Einnahme der Pille deutlich seltener auf.

Literaturangaben:

Kuhl, H., Jung-Hoffmann, C.
Kontrazeption, Thieme-Verlag 1999

Taubert, H.D., Kuhl, H.
Kontrazeption mit Hormonen, Thieme-Verlag 1995

Peters, F., Drexel-Fink, C.
Kontrazeption bei chronisch-kranken Jugendlichen,
GebFra 01/2001, M 5-8

Vytiska-Binstorfer, E., Lennkh, C.
Esstörungen bei Mädchen und jungen Frauen
GebFra 02/2001, M 17-19

Kongressbericht

Bericht über den Lifestyle- und Anti-Aging-Kongress in Heidelberg, Dezember 2000, und über das Symposium „Brauchen wir Lifestyle-Drugs?“ in Mainz, März 2001

Dr. med. Jutta Walter

Nicht neu ist der Wunsch, ein gesundes Alter zu erleben sowie gesund zu altern, und die Frage, mit welchen Mitteln dies erreicht werden kann. Die derzeitige Zunahme der Lebenserwartung rückt solche Überlegungen immer mehr in den Vordergrund des medizinischen aber auch des allgemeinen Interesses. In seinen einführenden Worten in Heidelberg fragte *T. Strowitzki* von der Universitäts-Frauenklinik, Heidelberg deshalb, ob die u.a. durch den Fortschritt in der Medizin, die Hygiene und die Erkenntnisse der Ernährungswissenschaften gewonnenen Jahre auch wirklich lebenswerte Jahre sind. Er lud zu einer kritischen Betrachtung der Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin ein.

Ziel der Anti-Aging-Medizin ist es, bei verlängerter Lebensdauer die Morbiditätsphase der letzten Jahre hinauszuschieben und zu verkürzen und somit die Lebensqualität zu verbessern. Mehrere Vorträge in Heidelberg widmeten sich der Prävention von im Alter gehäuft auftretenden Krankheiten. Dabei ging es einmal um Prävention durch Einfluss auf den Lebensstil, wobei Ernährung und die Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit wichtige Faktoren darstellen. Sie sollten von Jugend an beachtet werden. Zum anderen befassten sich die Referenten beider Veranstaltungen mit dem Einfluss von Medikamenten – den sogenannten Lifestyle-Medikamenten – auf Gesundheit und Gesundheitsrisiken. Was diese Substanzen ausrichten können und ob sie auf dem Gebiet der Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin Nutzen bringen, wurde unter anderem auch aus pharmakologischer Sicht betrachtet.

Die bisherigen Untersuchungen ergeben, dass die Übergänge fließend sind zwischen der Zuordnung einer Substanz zu den Lifestyle-Drugs und der Verwendung eines Präparates als Therapeutikum mit Indikation. *K. Brune* (Universität Erlangen) beantwortete in seiner Einführung die

Titelfrage des Mainzer Symposiums „Brauchen wir Lifestyle-Drugs?“ wie folgt:

„Lifestyle-Medikamente dienen primär nicht der Krankheitsverhinderung, sondern der Verbesserung der Lebensqualität. Sie sind damit keine Erfindung des 20. oder 21. Jahrhunderts, sondern sie begleiten den Menschen, seit er in der Lage ist, seine Umwelt mitzugestalten. In allen Kulturen werden Substanzen zur Erweiterung des Bewusstseins, zur Verbesserung der Körperfunktionen, insbesondere der Sexualfunktion und der sexuellen Attraktivität, eingesetzt – mit unterschiedlichem Erfolg. Nunmehr hat sich die molekularbiologisch orientierte Pharmakologie der sogenannten Lifestyle-Drugs oder besser gesagt, „Lebensverbesserer“ angenommen.

Vier verschiedene Substanzen werden heute diskutiert. Sie dienen wahrscheinlich in erster Linie dem Wohlbefinden: Weniger Fettansatz, besserer Haarwuchs, glattere Haut und höhere Potenz sind das Ziel. Wie schwankend und durchlässig die Grenzen aber sind, ergibt sich daraus, dass die gleichen Wirksubstanzen möglicherweise ihre Indikation auch bei der Vermeidung der Herz- und Gefäßkrankheiten, dem Auftreten des Prostatakarzinoms oder muskulärer Spasmen verdanken. Diese vielseitige Anwendbarkeit belegt zweierlei:

1. Dass es keine richtigen, gerechtfertigten, - im Gegensatz zu falschen, weil nur dem Wohlbefinden dienenden – Verwendungszwecke solcher Pharmaka gibt.
2. Dass gerade der „Massengebrauch“ zur Verbesserung der Lebensqualität geeignet ist, neue medizinische Indikationen aufzudecken.

Es wird die Aufgabe der forschenden und lehrenden Pharmakologie, Toxikologie und klinischen Pharmakologie sein, sich vermehrt der Anwendung von sogenannten Lifestyle-Medikamenten zu widmen und dabei aufzuzeigen, wie weit gegangen werden soll und darf, um die Lebensqualität zu verbessern und gleichzeitig auch die Gesundheit der Bevölkerung zu erhöhen“.

Derzeitig finden in Klinik und Forschung folgende Mittel unter den sogenannten Lifestyle-Medikamenten besondere Beachtung (Symposium Mainz):

- Mittel gegen die androgenetische Alopezie des Mannes.
- Mittel gegen Übergewicht und Fettsucht (Adipositas).
- Mittel gegen die erektile Dysfunktion (ED).

Mittel, die in der ästhetischen Medizin angewendet werden, z.B. Botulinumtoxin Typ A.

Mittel gegen die androgenetische Alopezie des Mannes.

Etwa jeder zweite Mann entwickelt diese erblich bedingte Haarlichtung. Entscheidend für die androgenetische Alopezie ist die Umwandlung des Testosterons in Dihydrotestosteron (DHT) im Haarfollikel. Verantwortlich für diese Umwandlung ist das Enzym 5-alpha-Reduktase. Der oral wirksame 5-alpha-Reduktasehemmer **Finasterid (Propecia®)** senkt die DHT-Aktivität auch im Haarfollikel. Wie *H. Wolff* (Dermatologe, München) nachweisen konnte, verhindert **Propecia®** bei 80 Prozent der Behandelten den weiteren Haarausfall und führt bei 66 Prozent zu einer optischen Verdichtung der Haare. 5-Jahres-Studiendaten belegen die nachhaltige Wirksamkeit von **Propecia®**. Die Wirkung der täglichen Einnahme von einer Tablette **Propecia®** (1 mg **Finasterid**) mit oder ohne einer Mahlzeit zeigt sich in Form einer Stabilisierung des Haarausfalls im Allgemeinen nach 3 bis 6 Monaten. Um die Wirkung aufrechtzuerhalten, ist eine kontinuierliche Anwendung notwendig. Unerwünschte Ereignisse wie verminderte Libido (1,9 Prozent im ersten Anwendungsjahr, 0,3 Prozent nach 5 Jahren), Ejakulationsstörung (1,4 Prozent versus 0 Prozent), erektile Dysfunktion (1,4 Prozent versus 0,3 Prozent) nahmen im Laufe von 5 Jahren ab. **Propecia®** ist kontraindiziert bei Frauen, besonders in der Schwangerschaft wegen Fehlbildungsmöglichkeiten des männlichen Feten. Kosten: ungefähr 4 DM/Tag (28 Filmtabletten 109,75 DM).

Über ein weiteres klinisch wirksames Mittel in der Therapie des anlagebedingten Haarausfalls wurde sowohl in Heidelberg wie in Mainz berichtet. Es handelt sich um eine zweimal täglich (je 1 ml) äußerlich auf die betroffene Stelle anzuwendende 5prozentige **Minoxidil-Lösung (Regaine®)**, deren Wirkungsmechanismus als Dermatikum allerdings nicht genau bekannt ist. Eine Beeinflussung der Mikrozirkulation an der Haarpapille wird diskutiert. 1 Flasche mit 60 ml 5 prozentiger Lösung kostet 99,90 DM. Als Antihypertonikum mit vasodilatatorischer Wirkung findet **Minoxidil** in anderer Dosierung schon länger Anwendung.

Propecia® und **Regaine®** sind verschreibungspflichtig und nur in Apotheken erhältlich.

Die Anwendung von **Finasterid** betrachtete *R.D. Hesch* (Endokrinologe, Konstanz) aus endokrino-

logischer Sicht. In seinen Ausführungen beschrieb er Auffassungen über das etablierte System in Klinik und Praxis, die es sich lohnt weiter zu verfolgen. Nach *R.D. Hesch* definiert sich das derzeitige Medizinsystem als Krankheitssystem. Der „Ratsuchende“ wird zum „Patienten“ gemacht, erst dann ist Diagnose, Prävention und Therapie möglich. Das Anliegen des heutigen Ratsuchenden sei jedoch die „Gesundheitspflege“, die von der „Gesundheitsmedizin“ vertreten wird. Gesundheitsmedizin definiert *R.D. Hesch* als umfassende Pflege und Erhaltung der gesunden Funktion und Struktur von Gehirn und Körper in einem als angenehm empfundenen und wenig störungsanfälligen persönlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Leben. Er spricht von „Gesundheitsmedikamenten“, die dem beschriebenen Zweck der Gesundheitsmedizin dienen. Lifestyle und Lifestyle-Drugs ordnet *R.D. Hesch* eher den nichtmedizinischen Bemühungen zu. Zu den Gesundheitsmedikamenten mit einem wissenschaftlich gesicherten Effekt gehört z.B. **Finasterid**. *R.D. Hesch* ging insbesondere auf die organspezifisch unterschiedlichen Konzentrationen von DHT im männlichen Körper ein und auf das damit verbundene erhöhte Risiko an androgenetischer Alopezie, einer frühen Koronarsklerose und an Prostatakarzinom zu erkranken. Hemmende Substanzen der 5-alpha-Reduktase und damit der DHT-Bildung, wie z.B. **Finasterid**, können nach *R.D. Hesch* sinnvoll zur Prävention dieser Krankheiten eingesetzt werden. Er vertritt die Hypothese, dass eine kontinuierliche Applikation von Testosteron in hormonsubstituierender Dosierung beim älter werdenden Mann mit einer 5-Alpha-Blockade eine sinnvolle Gesundheitsmaßnahme zur Erhaltung der hormonabhängigen Gesundheit, einschließlich der Sexualität, sein kann.

In der Diskussion wurde nochmals die Frage gestellt, ob **Finasterid** ein „Lifestyle-Drug“ oder ein „Therapeutikum“ sei, ohne eine eindeutige Antwort zu finden. **Finasterid (Propecia®)** als Lifestyle-Drug bei Haarausfall? und **Finasterid (Proscar®)** ein Medikament in der BPH-Behandlung (BPH = benigne Prostata-Hypertrophie)?

Mittel gegen Übergewicht und Fettsucht (Adipositas)

Das Thema „Übergewicht – Adipositas“ wurde auf beiden Veranstaltungen ausführlich besprochen. Studien weisen nach, dass trotz Ernährungsempfehlungen die Zahl der Übergewichti-

gen, insbesondere auch der übergewichtigen jungen Männer steigt. 20 Prozent der Bevölkerung Deutschlands ist übergewichtig, 16 Prozent leidet an Fettsucht. Besonders in den letzten 20 Jahren wird eine Zunahme der Adipositas-Prävalenz beobachtet. Die Adipositas ist inzwischen als therapiebedürftige Erkrankung anerkannt. Zurückgeführt wird die Zunahme der Adipositas auf das Zusammentreffen einer genetischen Prädisposition mit Umweltfaktoren (Essgewohnheiten, Inaktivität). Demnach ist ein Teil der Forschungen heute auf molekulargenetische Untersuchungen ausgerichtet.

J. Hebebrand aus der klinischen Forschergruppe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Marburg berichtete in Mainz z.B., dass mittlerweile sechs verschiedene Gene bekannt sind, die in mutierter Form zu Übergewicht führen. Eine besondere Rolle für das Auftreten von Übergewicht scheinen Mutationen im Melanocortin-4-Rezeptorgen zu spielen. Nach Frau *H.A. Wieland* (Boehringer Ingelheim Pharma KG, Biberach) richtet sich die Adipositas-Forschung u.a. auf den Hypothalamus als zentrale Schaltstelle für die Regulation der Nahrungsaufnahme. Dabei hat sich das Interesse in letzter Zeit besonders auf den Melanocortin-Pathway als wichtigen Signalweg gerichtet.

Schließlich informierte *W. Rascher* (Klinik für Kinder und Jugendliche, Erlangen) in Mainz über die Wirkung des 1994 entdeckten **Leptins**, ein Anti-Adipositas-Hormon, das bisher jedoch die ursprünglich in diesen Stoff gesetzten therapeutischen Erwartungen nicht erfüllt hat. Mit der Entdeckung des **Leptins** begann auch die Suche nach einer genetischen Ursache der Adipositas. Das Protein **Leptin** wird von den Fettgewebszellen (Adipozyten) freigesetzt und reguliert über eine negative Rückkoppelungsschleife u.a. den Appetit. Außerdem stimuliert **Leptin** die reproduktive Achse. Bei kongenitalem Leptinmangel führt die subkutane Gabe von **Leptin** zu einer deutlichen Gewichtsabnahme, dagegen nahmen Erwachsene mit intaktem Leptin-System unter Leptingabe nur wenig an Gewicht ab.

Die Bedeutung des Übergewichts als Risikofaktor für die Gesundheit wurde in Heidelberg aus klinischer und ernährungswissenschaftlicher Sicht behandelt (*A. Hamann*, Heidelberg; *C. Leitmann*, Gießen; *A. von Eckardstein*, Münster). Von allen Referenten wurde stets betont, dass die therapeutische Gewichtsabnahme langsam und langfristig angelegt sein muss. Sie geschieht durch Verringerung der Kalorienaufnahme und Ände-

rung der Essgewohnheiten (Verhaltenstherapie), durch Erhöhung der Kalorienverbrennung, d.h. körperliche Aktivität und, wenn angezeigt, zusätzlich durch Medikamente.

Auskunft über das Körpergewicht gibt der Body Mass Index (BMI).

BMI = Körpergewicht (kg) geteilt durch Quadrat der Körpergröße (m)
(z.B. 65 kg : (1,65m x 1,65m) = 65:2,7=24).

BMI = 18 bis 25 Normalgewicht,
25 bis 30 Übergewicht,
über 30 Adipositas.

Die Entwicklung von gewichtsreduzierenden Medikamenten zur Behandlung des Übergewichts bzw. der Adipositas wird als unbedingt notwendig erachtet, um den häufigen Folgeerkrankungen des Übergewichts, wie z.B. Bluthochdruck und Diabetes mellitus, entgegenzuwirken. Allerdings wurde auch eingeräumt, dass ein gewichtsreduzierendes Medikament als „Lifestyle-Drug“ für das bloße Erreichen von Schönheitsidealen missbraucht werden kann.

Die derzeitig auf dem Markt befindlichen Präparate zur Gewichtsreduktion bei Adipositas sind:

1. **Orlistat (Xenical[®])**. Es handelt sich um einen Enzyminhibitor, der die Pankreas-Lipase im gastrointestinalen Trakt hemmt, die Verdauung der Triglyceride vermindert und somit zum Gewichtsverlust führt. Es handelt sich um keinen Appetit-Zügler.
2. **Sibutramin (Reductil[®])** wirkt zentral durch Stärkung des Sättigungsgefühls. Die Wirkung wird erklärt durch die Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin.

Mittel gegen erektile Dysfunktion (ED)

Die Berichte über die erektile Dysfunktion und ihre Behandlung nahmen auf beiden Veranstaltungen breiten Raum ein. Das Thema wurde in Heidelberg unter dem Titel „Sexuelle Lebenswelten – Wunsch oder Wirklichkeit“, in Mainz im „Symposium **Sildenafil (Viagra[®])**“ besprochen und aus urologischer, internistischer, psychologischer und toxikologischer Sicht beleuchtet. Nur einige der dargestellten umfangreichen Daten sollen im Folgenden wiedergegeben werden:

- Die ED ist definiert als die Unfähigkeit, eine Erektion des Penis zu erreichen und/oder aufrechtzuerhalten, die ausreichend ist, um einen befriedigenden Geschlechtsverkehr zu vollziehen. Als eingrenzende Definition sollten 70

- Prozent der Versuche, einen Geschlechtsverkehr auszuüben, in den letzten 6 Monaten frustriert verlaufen sein (*H. Sperling*, Urologe, Universität Essen).
- Die Häufigkeit der ED nimmt mit dem Alter zu. Die Prävalenz der ED liegt nach Untersuchungen der „Massachusetts Male Aging Study“ bei 39 Prozent der 40jährigen und bei 67 Prozent der 70jährigen Männer. Eine deutsche Arbeitsgruppe zeigte bei ca. 20 Prozent der Männer mit einem mittleren Alter von 50 Jahren eine ED, aber nur ein Drittel dieser Betroffenen wünschte eine Therapie.
 - „Goldstandard“ in der Behandlung ist weiterhin die intracavernöse Injektion von **Alprostadil (Prostaglandin E₁**, z.B. **Caverject**) (SKAT = Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie). Effektivität und Sicherheit sind im Vergleich zu den oral wirksamen Substanzen (**Viagra**, **Apomorphin**, **Yohimbim**) sehr hoch. Trotzdem sind die oralen Präparate bei den Patienten zunehmend die Präparate der ersten Wahl. – Die Ansprechraten bei den oral wirksamen Pharmaka liegen bei 50 bis 60 Prozent (*Sperling*).
 - Beim Thema „kardiovaskuläre Verträglichkeit von **Sildenafil**“ wies M. Böhm (Internist, Hamburg/Saar; Symposium Mainz) darauf hin, dass ED und koronare Herzerkrankung mit ihren häufig gemeinsam auftretenden Risikofaktoren oft gemeinsam vorliegen und das Ausmaß der erektilen Impotenz mit der Anzahl der von einer Arteriosklerose betroffenen Koronargefäßen korreliert. Aus der Tatsache, dass es bei der Kombination von **Sildenafil** und Nitraten zu schwerem Blutdruckabfall kommen kann, wurde gefolgert, dass die Kombination **Sildenafil** mit Nitraten ein hohes Risiko für vorbelastete Patienten birgt und somit bei Risikopatienten kontraindiziert ist. M. Böhm unterstreicht, dass bei Notfallpatienten z.B. mit Angina pectoris und vorheriger sexueller Aktivität nach der Einnahme von **Sildenafil** gefragt werden muss. Ist **Viagra** eingenommen worden oder besteht Unklarheit über die Einnahme, darf kein Nitro-Präparat im Notfall verabreicht werden.
 - M. J. Müller (Psychiatrische Klinik, Universität Mainz) stellte in Mainz die Ergebnisse einer Studie über Partnerschaftsqualität bei Patienten mit ED unterschiedlicher Ursache nach erfolgreicher Behandlung mit **Sildenafil** im Vergleich zu unbehandelten Patienten vor. Die Fragebogenaktion bezog auch die Partnerinnen mit ein. Grundlage der Studie war der Partnerschafts-

fragebogen nach Hahlweg, der die drei Beziehungsaspekte „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“ und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“ systematisch erfasst. Das Ergebnis zeigte, dass mit **Sildenafil** behandelte Patienten die Teilaspekte „Streitverhalten“ um 16 Prozent, „Zärtlichkeit“ um 27 Prozent und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“ um 17 Prozent positiver als unbehandelte Patienten bewerteten (P 0.05). Die Partnerinnen von erfolgreich behandelten Patienten beurteilten die Beziehungsaspekte „Zärtlichkeit“ (+20 Prozent) und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“ (+17 Prozent) ebenfalls positiver (P 0.05) als Partnerinnen von nicht behandelten Patienten.

Unbeantwortet blieb in der Diskussion die Frage, ob die Häufigkeit der Verwendung ein Kriterium ist für die Zuordnung des **Sildenafil** zu den Lifestyle-Drugs oder zu den Therapeutika.

- Neue Präparate für die Behandlung der ED werden z.Zt. geprüft, wie H. Porst (Urologe, Hamburg) in seinem Übersichtsreferat zur ED in Heidelberg berichtete. Dazu gehören u.a. **Invicorp** zur intracavernösen Injektionstherapie. Es enthält die Wirkstoffe Phentolamin und VIP (vasoaktives intestinales Polypeptid) und zeichnet sich durch hohe Wirksamkeit und geringe Nebenwirkungsrate bei allerdings hohem Preis aus. Neue Substanzen, die auf den Kalium-Kanal einwirken, erwiesen sich als vielversprechend. Auch auf dem Gebiet der oralen Pharmakotherapie der ED werden weiterentwickelte Präparate geprüft, die in geringeren Dosen angewendet weniger Nebenwirkungen z.B. auf die Augen haben sollen.

Mittel, die in der ästhetischen Medizin angewendet werden

Zu den auf dem Mainzer Symposium diskutierten Substanzen gehörte auch das **Botulinumtoxin**. In der Bevölkerung wird der hochgiftige Stoff mit Lebensmittelvergiftungen oder mit Presseberichten über den Einsatz von biologischen Waffen in Verbindung gebracht. Sicher nicht so allgemein bekannt ist der seit einigen Jahren praktizierte Einsatz des **Botulinumtoxins** in der Neurologie und der ästhetischen Chirurgie. Auch hier stellt sich die Frage, wann von einem Therapeutikum bzw. von einem sogenannten Lifestyle-Medikament gesprochen werden kann. In Mainz berichteten H. Bigalke (MHH Hannover), M. Naumann (Neurologische Universitätsklinik Würzburg), B. Sommer (Rosenpark Klinik, Darmstadt) über dieses von Clostridia-Bakterien synthetisierte

Protein. Das hochaktive Neurotoxin hemmt die Freisetzung des Azetylcholins. Es wird zur Behandlung von Erkrankungen eingesetzt, die mit umschriebenen cholinergischen Überaktivitäten einhergehen. Es handelt sich dabei insbesondere um Dystonien (krankhafte und sehr schmerzhaft Muskelverspannungen wie z.B. Tortikolis, Blepharospasmus), fokale Hyperhydrose (z.B. Schweißhände), Gesichtsfalten (z.B. Korrektur von mimischen Falten). Die gemeinsame Ursache dieser Beschwerden ist die erhöhte Nervenaktivität in einem umschriebenen Gebiet. In Folge der lokalen Injektion von **Botulinumtoxin** verschwinden die Symptome innerhalb weniger Tage und die Patienten sind für viele Wochen beschwerdefrei.

In Heidelberg informierte *F. Bien* (Facharzt für Chirurgie aus dem Laserzentrum Bietigheim) über injizierbare Materialien zur Faltentherapie und *H. J. Strittmatter* von der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg über das Thema „Was kostet die Schönheit – Möglichkeiten und Grenzen der plastischen Chirurgie“.

Die zahlreichen zu berücksichtigenden Gesichtspunkte bei der Thematik Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin machten deutlich, wie wichtig ein interdisziplinäres Vorgehen in Prävention, Diagnostik und Behandlung ist. So einleuchtend dieses interdisziplinäre Vorgehen erscheint, so kontrovers wiederum wurde es in Heidelberg diskutiert, als es um die Einrichtung von Männer-sprechstunden ging.

Männersprechstunden

Über Erfahrungen mit Männersprechstunden berichteten *M. Metka* (Gynäkologin, Endokrinologin, Universitäts-Frauenklinik, Wien) und *H. Schulte* (Internist, Endokrinologin, Hamburg). Während die Männersprechstunde ANDROX in Wien schon seit einigen Jahren etabliert und anerkannt ist und Männer aus aller Welt sie aufsuchen, wird in Hamburg um die Akzeptanz dieses neuen Angebots noch gekämpft. Der Hamburger Verein HOMMAGE e.V. setzt sich für die Etablierung eines interdisziplinären Berufsbildes „Männerarzt“ in Deutschland ein und diskutiert die Möglichkeiten einer Zusatzbezeichnung, Ausbildung, Weiterbildung, Zertifizierung „Männerarzt“. Dies erscheint notwendig, denn die Fragen, die auf den „Männerarzt“ zukommen sind mannigfaltig und betreffen z.B. die Potenz, Spermienproduktion, das Körperbild (Fettansatz, Akne), Sexualität und Partnerschaft, Haarprobleme, Prostataprobleme, Herz-Kreislaufsymp-

tome, Beschwerden im Knochen- und Muskelsystem. Bei 150 Patienten, die in Hamburg die Männerambulanz aufsuchten, beobachtete *H. Schulte* als häufigste Symptome Nachtschweiß, Abgeschlagenheit, Libidoverlust, Adipositas und Knochenschmerzen. Die häufigsten Diagnosen waren Androgenmangel (85 Prozent), Dehydroepiandrosteron (DHEA)-Mangel (35 Prozent), Osteoporose, Prostatakarzinom, endogene Depression, KHK. Konsultiert wurden folgende Fachärzte: Urologe, Kardiologe, Ophthalmologe, Internist mit Schwerpunkt Gastroenterologie. Der Bericht von *H. Schulte* zeigt, dass der Männerarzt ein breites Themenspektrum abdecken muss, wenn er die Forderung von *H. Porst* (Urologe, Hamburg) erfüllen will: „Nur derjenige Arzt soll den Mann behandeln, der die fachliche Kompetenz dafür hat.“ Ein anderes denkbare Modell, das angesprochen wurde, ist das der interdisziplinären Kooperation, das es jedoch im derzeitigen medizinischen System nicht gibt. Nach *H. Schulte* muss ferner geklärt werden, wie kompatibel Lifestyle-Medizin mit der etablierten Medizin und Endokrinologie ist und was „allgemeines Wohlbefinden“ für den Mann heißt.

Die Entwicklung hinsichtlich der ärztlichen Betreuung des Mannes ist in Wien weiter fortgeschritten. *M. Metka* berichtete von einem Männer-Gesundheitsbericht und einem Männer-Gesundheitstag, zu dem 1300 Männer kamen. Er schilderte die Vorgehensweise in der Männersprechstunde bei ANDROX. So dauert z.B. das Erstgespräch (Anamneseerhebung) eine halbe Stunde. Hier werden durch entsprechende Fragestellung schon Weichen für die spätere Therapie gestellt. Fragen nach dem testosteronabhängigen sexuellen Denken, dem räumlichen Vorstellungsvermögen oder nach einer gesunden Aggressivität lassen Rückschlüsse zu. Viele Männer sagten nach dem Gespräch, dass sie zum ersten Mal so lange über Befindlichkeit nachgedacht hätten. Die Mehrzahl der therapeutischen Empfehlungen betrifft zunächst Veränderungen des Lebensstils wie z.B. bei Übergewicht, täglich 1 Stunde flottes Gehen. Hormonbehandlung wirkte auch als Motivation, die oben genannten Empfehlungen zu befolgen.

Lifestyle und Anti-Aging außerhalb der Medizin

Bei „Lifestyle“ und „Anti-Aging“ handelt es sich nicht nur um eine Thematik in der Medizin. Das zeigen die vielen paramedizinischen Bemühungen um Gesundheit, die den **Wellness**-Bereich betreffen. Alle Angebote dazu beinhalten Aktivitä-

ten, die Wohlbefinden ((**Well**being) als auch **Fit-ness** verbessern sollen. Nicht von ungefähr kamen die Veranstalter beider Tagungen dem derzeitigen Trend nach, indem sie Referenten aus dem außermedizinischen und nicht wissenschaftlichen Umfeld einluden:

Frau G. *Bergmann* vom Verband der Beauty-Farmen und Wellness-Hotels sprach in Heidelberg über die Geschichte der Beauty-Farmen. Die ersten entstanden in den USA und wurden von Frauen besucht. Inzwischen interessieren sich in Deutschland außer Frauen auch Männer dafür. Die Erwartungen von Männern und Frauen an diese Einrichtungen sind unterschiedlich. Nach Frau G. *Bergmann* suchen Frauen die Beauty-Farm auf, „um die Seele baumeln zu lassen“, Männer dagegen „tanken den Akku auf“. Die Kosten für eine Woche Beauty-Farm liegen zwischen 1300,00 und 3000,00 DM.

In Mainz stellte W. *Melcher*, Journalist bei der Zeitschrift „men's health“, Hamburg, die Ergebnisse einer Umfrage zu dem Thema „Wie viel Lifestyle-Medikament braucht der Mann? **Propecia**“ aus der Sicht des Konsumenten.“:

1. Männer achten verstärkt auf ihren Körper und benutzen heute ganz selbstverständlich Pflegeprodukte. Nur 2 Prozent sagen, „das eigene Äußere ist mir egal“.
2. Haare spielen für die Attraktivität keine Hauptrolle. 3/4 der Männer halten ein sympatisches Gesicht als den entscheidenden Faktor für die Attraktivität. 18 Prozent der Männer mit Haarausfall glauben, dass dieser sie für Frauen weniger attraktiv macht.
3. Viele Männer mit Haarausfall setzen auf fragwürdige Shampoos, Lotionen und pflanzliche Arzneimittel. Weniger als 5 Prozent lassen sich **Propecia** verschreiben. 72 Prozent glauben, Haarausfall sei ein natürlicher Prozess und Widerstand sei zwecklos.
4. Die Anwendung von **Finasterid** wird z. Zt. durch den hohen Preis und die Unkenntnis der Männer verhindert.

Die hypothetische Frage, bei welchen „Gebrechen“ der Mann Lifestyle-Medikamente einsetzen würde, wurde folgendermaßen beantwortet: Weniger als 3 von 10 Männern würden als Betroffene Haarausfall mit einem Lifestyle-Medikament behandeln. Die Akzeptanz von Präparaten gegen Impotenz (87 Prozent) und Übergewicht (38 Pro-

zent) lag dagegen in der männlichen Bevölkerung deutlich höher.

Alter und Altern

Weitere Vorträge über Alter und Altern, befassten sich u.a. mit der Hormonersatztherapie bei der Frau (*Th. von Holst*, Universitäts-Frauenklinik, Heidelberg) und den molekularbiologischen Aspekten des Alterns (*J. Huber*, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Wien). Er verwies auf seine Publikation „Aging and Antiaging“ in der Novemberausgabe von *Nature*, dem fraglichen Nutzen von DHEA (Dehydroepiandrosteron) und seines Sulfatesters DHEAS (*B. Alolio*, Medizinische Klinik und Poliklinik, Universität Würzburg), sowie mit dem Wachstumshormon (Growth Hormon = GH) (*Ch. Wüster*, Novo Nordisk Pharma GmbH, Mainz). Besonders diskutiert wurde die Anwendung von DHEA in den USA, wo diese Substanz als Nahrungssupplement zugelassen ist. Der dort übliche Verkauf im Supermarkt wurde abgelehnt. Viele ältere Menschen in den USA sehen in DHEA eine Wunderdroge und nehmen sie als sogenannte „Jungbrunnen-Pille“ ein, um dem im Alter absinkenden DHEA-Spiegel entgegenzuwirken. In einigen Untersuchungen wurde bei bestimmten Personen eine anxiolytische (angstlösende), antidepressive, die Libido und Belastbarkeit steigernde Wirkung von DHEA festgestellt, doch werden vor der Zulassung als Medikament weitere Studien über Nutzen und Risiken gefordert.

Auch für das Wachstumshormon, in der Anti-Aging-Werbung als Wunderdroge angepriesen, sind noch weitere Studien notwendig. Bekannt ist, dass es zu einer generellen Steigerung des Knochenstoffwechsels, sowie zu einem Anstieg der fettfreien Körpermasse und einer Reduktion der Fettmasse führt.

Ein umfassender Bericht über das „Altern aus der Sicht der WHO“ von A. *Kruse* (Gerontologe, Universität Heidelberg) stand am Anfang des Kongresses in Heidelberg. Darin wurden Erkenntnisse dargestellt, die A. *Kruse* als Mitglied bzw. Vorsitzender verschiedener Gremien gewonnen hat (Kollaborationszentrum mit der WHO, Altenberichts-kommission der BRD, UNO-Kommission „Alter in verschiedenen Kulturen“). A. *Kruse* betonte, dass Altern ein mehrdimensionales, nicht homogenes Geschehen ist, in dem nebeneinander unterschiedliche Prozesse stattfinden. Die Definition des Alterns beschrieb er aus der Perspektive der Biologie, Psychologie und Soziologie.

Aus der Sicht der Biologie handelt es sich um eine irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit, wie bereits *Max Bürger* 1920 festgestellt hatte. Aktuelle Bemühungen sind dahingehend ausgerichtet, diese irreversiblen Veränderungen mittels präventiver Maßnahmen zu vermindern und zu verzögern. Der Befund, wonach 70jährige heute um 5 Jahre gesünder sind als vor 30 Jahren, weist auf die Bedeutung der Prävention hin. Diese sollte bereits im Kindesalter beginnen.

Aus der Sicht der Psychologie ist Altern ein Prozess, der einerseits mit Gewinnen auf dem Gebiet schon bekannter Fähigkeiten und Fertigkeiten einhergeht, und andererseits mit Verlusten der Fähigkeit zum Erwerb neuen Wissens. Letzterer hängt mit neuronalen Prozessen zusammen, die sich im Alter verlangsamen. In Beantwortung der Frage, was zu tun ist, um geistige Fähigkeiten zu erhalten, werden Trainingsmaßnahmen empfohlen.

Aus der Sicht der Soziologie ergeben sich im Alter Veränderungen von sozialen Rollen und Funktionen. Insbesondere die „UNO“ setzt sich auf diesem Gebiet mit der Frage auseinander, in wieweit alte Menschen produktiv sein können.

Die WHO nennt sechs Aufgaben der Prävention:

1. Förderung des gesundheitlichen Verhaltens.
2. Rechtzeitige Erkennung von Krankheiten, die zu Folgekrankheiten im Alter führen.
3. Lebenslanges, kontinuierliches körperliches Training.
4. Geistiges Training, um kognitive Fähigkeiten zu erhalten.
5. Rechtzeitige Vorbereitung des Einzelnen auf das Alter (z.B. „Wie gehe ich mit Verlusten um?“).
6. Aufklärung über Möglichkeiten, ein selbstbewusstes, gutes Alter zu leben.

Der steigende Anteil der Alten in der Bevölkerung, insbesondere auch in den Entwicklungsländern, macht es notwendig eine Diskriminierung auf Grund des Alters abzubauen, Gesundheitsdienste für ältere Menschen einzurichten und die Solidarität zwischen den Generationen zu fördern. Gewisse Mythen über das Alter sollten aufgegeben werden. Laut WHO handelt es sich dabei u.a. um folgende Mythen:

- „All people are the same“. Diese Aussage stimmt nicht, denn ältere Menschen sind ganz unterschiedlich.
- „Männer und Frauen altern ähnlich“. Auch dies stimmt nicht, weil z.B. Frauen länger leben, weil

die ungleichmäßige Verteilung der Arbeit oder die Diskriminierung von Frauen Einfluss auf das Alter hat.

- „Ältere Menschen sind hilfsbedürftig“. Diese Aussage trifft erst zu für das 4. Lebensalter (über 85 Jahre).
- „Ältere leisten keinen Beitrag für die Gesellschaft“.
- „Ältere sind eine ökonomische Bürde“.

A. Kruse wies darauf hin, dass hohes Alter ein noch junges kulturelles Phänomen ist. Dies verpflichtet zur Auseinandersetzung mit dem Verhältnis zwischen Kultur und Biologie. Abschließend meinte *A. Kruse*, „Altern ist zu verstehen als das Werden des Menschen zu sich selbst“.

Bemerkungen der Redaktion

Der Bericht über die beiden Veranstaltungen zur Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin vermag vielleicht Anregungen zur Auseinandersetzung mit diesem zukünftig gewichtiger werdenden Gebiet der Medizin zu geben. Schon jetzt werden bei PRO FAMILIA in Wechseljahrguppen, in Alters- und in Männer-Telefon-Sprechstunden Fragen über Wirkung und Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken dieser „Substanzen zur Lebensverbesserung“, den sogenannten „Lifestyle-Drugs“ gestellt.

Zu dem hier behandelten Themenkreis kann in dem kürzlich bei der wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, erschienenen Buch „Lifestyle-Arzneimittel. Was ist Mache, was ist dran?“ mehr nachgelesen werden (Klose u.a. Hrsg.; ISBN 3-8047-1765-9, 48,00 DM).

FORUM

„Darüber“ zu reden ist oft das Wichtigste Erfahrungen aus der Pro Familia Männerberatung „Wenn Mann nicht kann“ in Frankfurt am Main

Dipl.-Päd. Werner Szeimis

Am 17. Oktober 2000 wurde in der Pro Familia in Frankfurt am Main ein Beratungstelefon für Männer mit Erektionsstörungen eingerichtet. Dieses Beratungstelefon ist jeden Dienstag zwischen 16.00 und 19.00 Uhr besetzt. Ein Flyer mit dem Titel „Wenn Mann nicht kann“ wurde erstellt und verbreitet. Wichtig war auch, dass eine Werbeagentur die Start-Werbung mit Anzeigen in verschiedenen regionalen Zeitungen übernommen hatte, worauf sich die anrufenden Männer auch bezogen. Am Telefon sitzen zwei Diplompädagogen mit entsprechender Ausbildung, bei Bedarf auch eine Ärztin. Auf der Grundlage einer Befragung von Ärzten und Psychotherapeuten, ob sie sich mit dem Thema der erektilen Dysfunktion (ED) beschäftigten und den Männern Hilfe anboten, wurde eine Adressendatei erstellt. Diese Adressendatei ist z.Zt. nur auf das Rhein/Main-Gebiet begrenzt. Sie wird jedoch ständig um neue Adressen, auch aus anderen Teilen Deutschlands, ergänzt.

Seit Oktober 2000 wurde das Beratungstelefon von mehr als zweihundert Männern im Alter von 19 bis 85 Jahren in Anspruch genommen. Das Durchschnittsalter liegt bei 55 Jahren. Der Bedarf an einem solchen Beratungstelefon ist sehr hoch. Die Konkurrenz unter Männern ist der Grund dafür, dass Männer insbesondere aus der oben erwähnten Altersgruppe nicht mit anderen Männern über Sexualität und schon gar nicht über das Thema Erektionsstörungen reden.

Die Anonymität des Telefons kommt diesen Männern sehr entgegen über das Tabuthema Impotenz zu reden. Wie sensibel das Thema für Männer ist, lässt sich daran ersehen, dass einige Partnerinnen für ihre Männer anrufen und sich erkundigen.

Männer nehmen es lange hin, teilweise oder vollständig impotent zu sein. Ein halbes Jahr wird mindestens gewartet, auch bis zu 20 Jahren wird die Erektionsstörung hingenommen, ehe diese

Männer sich dem Problem stellen und einen Arzt aufsuchen.

Wenn Männer einen Arzt besucht haben, haben sie oft schlechte Erfahrungen gemacht. Bei näherem Hinschauen fällt auf, dass die ärztliche Beratung, die die Männer in Anspruch genommen haben, für sie häufig abschreckend war.

Einem Mann wurde empfohlen „Er solle die Partnerin wechseln“. Abgesehen von der Tragweite einer solchen Empfehlung, gibt sie nur sehr verkürzt die Einschätzung einer notwendigen Psychotherapie wieder. So eine Aussage ist ungeeignet für die Lösung eines sexuellen Problems. Dieser ratsuchende Mann hat nach ca. 10 Jahren, als er eine neue Partnerin hatte, die gleiche Antwort erhalten, ohne eine weitere medizinische Erklärung zu bekommen.

Atmosphärisch deutlich beschreibt ein Mann die Beratungssituation bei seinem Urologen. Diese Anfrage ging bei unserer Beratungsstelle per e-Mail ein. Grundsätzlich werden alle hier erscheinenden Zitate anonym wiedergegeben.

Vielen Dank, für ihre nette Beratung, ich hatte schon mal angefragt wegen Potenzproblemen. Und bin jetzt zu einem Urologen zur Durchcheckung gegangen.

Der Arzt war sehr unfreundlich, ich musste ihm alles aus der Nase ziehen, ich konnte in meinem Behandlungszimmer hören, wie er mit dem Patienten im Nebenzimmer geredet hat, was ich alles nicht sehr angenehm fand. Aber da er ja quasi ein Fachmann ist und ich auch nicht tausend Ärzte aufsuchen kann, sage ich mir was soll's, obwohl mein Vertrauen gleich null ist. Er hat die Prostata abgefühlt, die Hoden mit Ultraschall begutachtet, Blutbild gemacht und nächstes Mal will er eine Injektion in den Penis vornehmen und eine Erregung simulieren. Jetzt wollte ich wissen, ist das eine gängige Methode oder ist das Schwachsinn und welche Erkenntnisse bringt das.

Tut mir leid, dass ich das alles frage, aber der Arzt hatte kurz vor der Mittagspause für solche Plaudereien wohl keine Zeit.

Vielen Dank

So deutlich hat es kaum einer der Ratsuchenden gesagt, aber es wurde immer wieder klar, dass die ärztliche Beratung oft sehr knapp ausfiel; sie war für die Patienten unzureichend, da sie mit keinen oder unzureichenden Erklärungen verbunden war. Medizinisch ist den Ärzten nichts vorzuwerfen, aber es wäre für Patienten wünschenswert, die Ärzte würden die Dinge, die sie unternehmen, auch erklären oder mit ihren Patienten besprechen.

Das ist die Stelle an der wir gefragt sind. Wir beraten und die Männer nehmen es dankbar auf.

Ein Beratungsverlauf sieht folgendermaßen aus. Wir erkundigen uns nach Wahrnehmung der ED, nach Alter und medizinischen Vorgeschichten, wie Medikation, Erkrankungen und Operationen. Vielen Männern ist nicht bekannt, welche Veränderungen mit zunehmendem Alter normalerweise auf sie zukommen. Auch sind sie nicht oder nur unzureichend über die Folgen von Erkrankungen, Operationen und die Nebenwirkungen von Medikamenten informiert.

Des weiteren wird die Frage nach besonderen Belastungen, beruflicher oder privater Art gestellt. Ist ein Mann bisher noch bei keinem Arzt wegen seines Problems gewesen, empfehlen wir den Besuch eines Urologen oder Andrologen, um zuerst abklären zu lassen, ob eine organisch bedingte erektile Dysfunktion vorliegt. Bei diesem Teil der Beratung ist es für die Männer eine Beruhigung, wenn sie erfahren, welche Untersuchungen möglicherweise durchgeführt werden, was mit diesen festgestellt werden kann und welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Einige Männer vermuten selbst, dass es sich bei ihnen nicht um eine somatische Erkrankung sondern um eine psychische Ursache ihrer ED handelt, sind aber gerne bereit, sich medizinisch untersuchen zu lassen und dann als Folgeschritt eine psychologische Beratung oder eine Psychotherapie anzugehen.

Wir achten darauf, dass die Beratungsdauer von 20 Minuten nicht überschritten wird, was für eine Telefonberatung sowieso eine sehr intensive Zeit darstellt. Die meisten Beratungen sind jedoch kürzer.

Bisweilen sind die aktuellen Fragen geklärt und die Männer bleiben immer noch in der Leitung und bringen andere, ganz persönliche Probleme zur Sprache. Wenn gleich das Beratungstelefon unter dem Thema ED angekündigt ist, wurden, zwar seltener, auch Fragen zu anderen sexuellen Problemen gestellt, wie z.B. Beziehungsprobleme, Sexualität im Alter, vorzeitiger Samenerguss. Oft bedanken sich die Männer sehr für die umfassende Beratung.

Eine Rückmeldung von anderer Seite haben wir von einem Urologen, mit dem wir in Kontakt stehen. Die Patienten, die sich auf unsere Empfehlung einen Urologen aufzusuchen, in seine Behandlung begaben, waren sehr viel informierter und besser in der Lage, über ihr Problem zu sprechen als sonst die Patienten mit erektiler Dysfunktion. Ein Hinweis darauf, dass das Gespräch mit uns ein Türöffner ist, der es den Män-

nern erleichtert, offen und verantwortungsvoll über ihr Problem zu reden.

Hinweise

Mifegyne Aktuell

Neubewertung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durch den Bewertungsausschuss

Der Bewertungsausschuss (Vertreter der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen legen hier die Vergütung ärztlicher Leistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen fest) ist in seiner Sitzung vom 28.2.2001 zu einer Neubewertung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches gekommen.

Diese im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegte Vergütung stellt die Vorgabe für die Vergütung bei der Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen bei bedürftigen Frauen dar. Die bisherige Unterbewertung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches behinderte eine flächendeckende Versorgung, da ohne eine angemessene Vergütung diese Leistung von der Ärzteschaft nicht in ausreichendem Maße angeboten wird.

Der Bewertungsausschuss trägt dem Argument Rechnung, dass der Betreuungsaufwand bei der Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruch nicht hinreichend berücksichtigt wurde und änderte die Leistungspositionen dahingehend, dass sowohl ärztliche Betreuung während der Durchführung als auch in der Beobachtungsphase gesondert berechnet werden können.

Dennoch ist das vorläufige Fazit der Neuregelung:

Die Neuregelung entspricht einem Schritt in die richtige Richtung, gleichwohl bleibt das Ergebnis weit hinter den finanziellen Erfordernissen zurück. Eine von PRO FAMILIA geforderte notwendige Gleichstellung mit dem instrumentellen Schwangerschaftsabbruch unter Lokalanästhesie ist nicht erfolgt. Die Honorierung der ärztlichen Leistung beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch beträgt ca. die Hälfte der beim instrumentellen Abbruch mit Lokalanästhesie abrechenbaren Leistungen und bildet weiterhin keine Grundlage für ein flächendeckendes Ange-

bot und damit für die unverzichtbare Wahlfreiheit der betroffenen Frauen.

Studien zur Mifegyne Anwendung in Deutschland

Ergebnisse der Befragungen im Rahmen des Projektes „Begleitende Maßnahmen zur Einführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit Mifegyne (RU 486)“

Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend führte der Bundesverband im Jahr 2000 das Projekt „Begleitende Maßnahmen zur Einführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit Mifegyne (RU 486)“ durch. Neben zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen und einer Fachtagung zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch erfolgte eine Befragung von Klientinnen, von medizinischen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen und von anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Die Fragebogenentwicklung, die Erfassung der Rückläufe sowie die statistische Auswertung und Darstellung der Ergebnisse erfolgte unter Mitwirkung der Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin (GESOMED) in Freiburg. Die Ergebnisse der Fragebogenaktion liefern wichtige Hinweise auf zukünftige Entwicklungsnotwendigkeiten und Entscheidungen. Zusammenfassend lassen die Ergebnisse folgende Aussagen zu:

Die befragten medizinischen Einrichtungen und Beratungsstellen bewerten die neu zugelassene Methode des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs prinzipiell positiv. Hauptargument für die Methode ist die Wahlfreiheit der Frauen. Hauptgegenargument bleibt die unzureichende Kostenerstattung. Diese Ergebnisse stützen die PRO FAMILIA Einschätzung, dass ein wesentlicher Grund für die bisher nicht zufriedenstellende Versorgungslage zum medikamentösen Abbruch die Kostenregelung darstellt. 60 Prozent der befragten Beratungsstellen stufen die Versorgungslage zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in ihrem Umfeld als nicht ausreichend ein: ländliche Regionen sind hierbei stärker betroffen als städtische. In Beratungsstellen besteht weiterhin ein hoher Informationsbedarf zum medikamentösen Abbruch. Ein Viertel der Beratungsstellen geben an, nicht zu Mifegyne zu beraten.

Die befragten Frauen zeigen eine große Akzeptanz und Zufriedenheit mit allen Beratungs- und Behandlungsprozessen bei beiden Methoden. Befürchtungen der nicht zumutbaren körperlichen

und psychischen Belastung betroffener Frauen können entkräftet werden. Die wichtigste Motivation für den medikamentösen Abbruch ist die Möglichkeit, den Schwangerschaftsabbruch zu einem frühen Zeitpunkt durchführen zu können. Die Möglichkeit beim medikamentösen Abbruch die Kontrolle zu behalten und die Bedenken gegen den instrumentellen Eingriff sind weitere wichtige Aspekte bei der Entscheidung. Weitere gezielte Befragungen sollten folgen.

Emotionale Verarbeitung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches mit Mifegyne

Die Studie von *Anke Hemmerling* et al aus der DRK-Frauenklinik Westend in Berlin hat die emotionale Verarbeitung von 137 Frauen vor und vier Wochen nach dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch untersucht. Die Vergleichsgruppe mit chirurgischem Abbruch bestand aus 52 Frauen. In dem Fragebogen wurde - neben demographischen Daten, Beweggründen und medizinischen Einzelheiten - eine deutsche Fassung der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) integriert. Die Ergebnisse in Zusammenfassung: Zwischen den Anwenderinnen beider Methoden gibt es keine Unterschiede bei demographischen (z.B. Alter, Familienstand, Bildungsstatus, Religion) und sozialen Parametern (z.B. Entscheidungsfindung, Gründe für den Schwangerschaftsabbruch). Mifegyne Anwenderinnen ist die bewusste Übernahme von Verantwortung, die körperliche Autonomie sowie die Selbstbestimmung von großer Bedeutung. Die Wahlfreiheit zwischen mehreren Abbruchmethoden wird von den Frauen aus beiden Gruppen als sehr wichtig erachtet. Eine Verbesserung der Aufklärung über Ablauf und (Neben) Wirkung ist notwendig: Im Vorfeld wird die Blutungsstärke und -Dauer von Mifegyne unterschätzt. Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch gibt es signifikant mehr Nebenwirkungen, die jedoch gut toleriert werden. Die unmittelbare psychologische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches ist gut. Langzeitaussagen können bis jetzt nicht getroffen werden. Die Zufriedenheit der Frauen mit dem Ablauf und der Betreuung war in beiden Gruppen hoch. Bei einem eventuellen erneuten Schwangerschaftsabbruch würden Frauen überwiegend die jetzt angewandte Methode wieder verwenden. Diese „Methodentreue“ ist bei Mifegyne Anwenderinnen ausgeprägter als bei Frauen mit einem chirurgischen Abbruch.

Ein Zitat von *A. Hemmerling* zu den Ergebnissen: „Bei zahllosen Gesprächen mit vielen Teilnehmerinnen wurde deutlich, dass viele Frauen im Vor-

feld sehr genau für sich entscheiden können, welche Methode für sie die geeignetere sein kann. Die im Nachhinein angegebenen überaus hohen Zufriedenheitswerte in beiden Gruppen belegen dies sehr eindrücklich. Deshalb ist es uns wichtig zu betonen, dass Frauen, die sich selbst für eine von ihnen favorisierte Art des Schwangerschaftsabbruches entscheiden können, eine bessere Ausgangssituation haben, dieses Ereignis auf ihre persönliche Art und Weise in ihrem weiteren Lebensweg zu integrieren“.

Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts zu ICSI

Nach Urteilen des Bundessozialgericht (BSG) in Kassel vom 03.04.2001 müssen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für die ICSI-Methode im Rahmen der künstlichen Befruchtung übernehmen. Dieses Urteil liegt noch nicht schriftlich vor und ist somit noch nicht rechtskräftig.

Bisher war ICSI (Intracytoplasmatische Spermieninjektion) aufgrund der Richtlinien von Oktober 1997 des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen keine anerkannte Methode und somit nicht in dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen verblieben. (Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt in seinen „Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ fest, welche Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung von den Krankenkassen übernommen werden. Grund für die Herausnahme der ICSI-Methode aus der vertragsrechtlichen Versorgung war damals die noch nicht mögliche abschließende Beurteilung der Methode, insbesondere im Hinblick auf ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko).

ICSI ist eine Methode der künstlichen Befruchtung, die in Kombination mit IVF (In vitro Fertilisation) angewendet wird. Mittels einer Nadel wird ein einzelnes Spermium in die Eizelle eingebracht. Es ist eine Behandlungsmöglichkeit für Männer mit Fertilitätsstörungen, die laut Statistik höhere Erfolgsraten als die herkömmliche IVF-Behandlung aufweist. In Deutschland wurden schätzungsweise schon 10.000 Kinder nach ICSI geboren. (siehe auch FPR 3/2000)

Das Bundessozialgericht hat die noch nicht abschließend beurteilbare Frage nach einem erhöhten Missbildungsrisiko der Methode außer Acht gelassen und formuliert, dass der 1997 vom Bundesausschuss verfügte Ausschluss der ICSI

aus der vertragsrechtlichen Versorgung „mit höherrangigem Recht unvereinbar und daher unwirksam“ ist.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch zu ICSI ist die Beratung über die mit der Behandlung verbundene Methode. Die Entscheidung jedoch ob die Paare ein solches Risiko eingehen wollen, bleibt ihnen überlassen.

Weiter formuliert das BSG:

Solange sich nicht belegen lässt, dass die Spermieninjektion als solche eine ganz erheblich höhere Gefährdung für den gewünschten Nachwuchs mit sich bringt, als sie bei anderen Techniken der künstlichen Befruchtung vom Gesetz in Kauf genommen wird, lässt sich eine unterschiedliche rechtliche Behandlung der beiden Befruchtungsmethoden nicht begründen.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Pressemitteilung vom 15. Mai 2001 auf die Urteile des Bundessozialgericht reagiert. Er stellt fest, dass es sich um Einzelfallentscheidungen mit beschränkter Rechtswirkung auf die Parteien der Gerichtsverfahren handelt. Sie vermögen nicht die Richtlinien-Entscheidung des Bundesausschusses zu ändern. Daraus folgt eine unveränderte Fortgeltung der Richtlinien. Der Bundesausschuss teilt weiter mit, dass er nach Eingang der schriftlichen Urteilsbegründung und nach Vorlage des Ergebnisberichts der Lübecker Multi-Center-Studie erneut seine Beratungen darüber aufnehmen wird, ob die Entscheidung zu ändern ist. (Die Ergebnisse der Lübecker Multi-Center-Studie werden im Herbst diesen Jahres erwartet.) Nach aktuellen Aussagen des Bundesverband der Reproduktionsmedizinischen Zentren (BRZ) gibt es dennoch völlig unterschiedliche Handhabungen der Krankenkassen, -einige Krankenkassen erstatten die Kosten bereits- und es muss Paaren unbedingt dazu geraten werden, einen Antrag auf Kostenersatzung bei den Krankenkassen zu stellen bzw. nach Ablehnung des Antrages Widerspruch einzulegen. Dies ist noch innerhalb eines Jahres nach Ablehnung möglich.

MRE: Eine neue Brustkrebsdiagnostik für die Zukunft

Es wird noch einige Zeit dauern bis die Magnet-Resonanz-Elastographie (MRE) als Ergänzung zu anderen bildgebenden Verfahren in der Brustkrebsdiagnostik eingesetzt werden kann.

Bösartige Tumoren unterscheiden sich von gutartigen Tumoren u.a. in ihrer Härte (Konsistenz) und Elastizität. Mit mechanischen Wellen ist eine bessere Differenzierung zwischen gutartigen und bösartigen Veränderungen in der Brust zu erreichen. Vielen Frauen könnte mit einer MRE eine überflüssige Operation mit Gewebeentnahme (Biopsie) erspart werden. Mit den heute zur Verfügung stehenden Diagnostik-Methoden zeigt nur jede 5. Biopsie tatsächlich Brustkrebs.

Johanniskrauthaltige Medikamente und orale Kontrazeptiva

Die Einnahme von Johanniskraut-haltigen Präparaten durch Verordnung oder Selbstmedikation bei leichten depressiven Störungen ist weitverbreitet.

Inzwischen ist nachgewiesen, dass Johanniskraut auf die Wirksamkeit zahlreicher andere Arzneimittel Einfluss nehmen kann.

Unter anderem können Medikamente die Johanniskraut enthalten, orale Kontrazeptiva („Pille“) in ihrer Wirkung abschwächen; d.h. es können Zwischenblutungen und ungewollte Schwangerschaften auftreten. Als Ursache dieser Folgen wird eine Enzyminduktion angesehen, die die Sexualsteroiden der Pille beschleunigt verstoffwechselt.

Novial[®], eine neue Pille

Mit Novial[®] ist eine weitere Mikropille verfügbar, Hersteller Organon. Novial[®] ist ein 3-Stufenpräparat mit Desogestrel als Gestagen, das von Stufe zu Stufe zunehmend dosiert ist. Insgesamt enthält Novial[®] weniger Desogestrel als alle anderen Desogestrel-haltigen OH. Der Einfluss auf das Körpergewicht sei „vernachlässigbar“, so Organon.

Desogestrel hat eine sehr geringe androgene Wirkung. Laut Aussage des Herstellers ist Novial[®] für Frauen geeignet, die „zu öligem Beschaffenheit der Gesichtshaut“ neigen. „Die Pille, mit der man sich sehen lassen kann“, wie die Werbung verspricht.

Zusammensetzung:
21 Filmtabletten:

7 gelbe 0,050 mg Desogestrel und 0,035 mg Ethinylestradiol

7 rote 0,100 mg Desogestrel und 0,030 mg Ethinylestradiol

7 weiße 0,150 mg Desogestrel und 0,030 mg Ethinylestradiol

Kosten: 12,95 DM 21 Filmtabletten (N1)
34,95 DM 3 x 21 Filmtabletten (N3)

DHEA und Wohlbefinden älterer Menschen

In der GebFra vom Dezember 2000 wurde eine Mitteilung aus dem Lancet 2000; 355: 1433 über eine französische DHEA-Studie (*Etienne-Emile Baulieu et al.*, PNAS 2000; 97:4279-84) besprochen. Danach erhielten 280 gesunde Männer und Frauen zwischen 60 und 79 Jahren ein Jahr lang täglich oral 50 mg DHEA (Dehydroepiandrosteron) oder ein Placebo. Nach einem halben Jahr entsprach der DHEA-Serumspiegel bei den mit DHEA behandelten Frauen und Männern dem von jungen Erwachsenen. Eine positive Wirkung zeigte sich jedoch nur bei Frauen über 70 Jahren. Es wurden verbesserte Knochenstoffwechsellparameter festgestellt, die mit einem anti-osteoklastischen Effekt assoziiert waren. Ferner wurde eine Besserung des Hautstatus und der Libido beobachtet. Bei Männern traten weder positive noch negative Wirkungen auf. Mit ihrer Studie hoffen die Autoren „einen Beitrag zum Wohlbefinden älterer Menschen zu leisten; das Ziel ist jedoch nicht der Super-Mann oder die Super-Frau via doping“.

Neuere Studie über die Kombinationsmethode der „Pille-danach“

Ziel einer neueren kanadischen Studie war es, die Wirksamkeit der „Pille-danach“ (Yuzpe-Methode, Tetracyclin[®]) zu untersuchen, wenn sie 72 bis 120 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr verabreicht wird. Laut der Autoren handelt es sich um die erste prospektive

Studie zur Evaluation dieses wichtigen Gesichtspunktes postkoitaler Kontrazeption.

An der Studie nahmen 26 Kliniken teil. 425 Frauen, die um die „Pille-danach“ ersuchten, wurden eingeladen an der Studie teilzunehmen. Folgende Auswahlkriterien wurden angewandt: ungeschützter Verkehr bis zu 120 Stunden vor der Einnahme der „Pille-danach“; Alter zwischen 14 und 45 Jahren. Ausgeschlossen von der Studie wurden Frauen, die nach einer Geburt oder nach einem Schwangerschaftsabbruch noch keine normale Regel bekommen hatten; stillende Mütter; Frauen, bei denen Hormone kontraindiziert waren; Frauen, die seit der letzten Regel orale Kontrazeptiva oder postkoitale Pillen eingenommen hatten; Frauen mit unregelmäßigen Zyklen (Unregelmäßigkeiten von mehr als 15 Tagen); Frauen, die mehr als 3 mal ungeschützten Verkehr in der vorgegebenen Zeit hatten. Es verblieben 300 Frauen, von denen 131 die „Pille-danach“ innerhalb von 72 Stunden (Gruppe 1) und 169 Frauen, die sie innerhalb von 72 bis 120 Stunden (Gruppe 2) einnahmen. 87 der Frauen der Gruppe 1 bzw. 92 Frauen der Gruppe 2 hatten einen regelmäßigen Zyklus von 28 ± 5 Tagen und gaben einen einmaligen ungeschützten Verkehr an. Beim ersten Gespräch wurde ein Schwangerschaftstest gemacht und den Frauen empfohlen bis zur Wiedereinbestellung nach 3 Wochen keinen ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben. An diesem Termin wurde erneut ein Schwangerschaftstest gemacht. Weiter wurde erfragt, ob eine Blutung eingetreten war, ob Nebenwirkungen der „Pille-danach“ (z.B. Erbrechen) beobachtet wurden und ob erneut ein ungeschützter Geschlechtsverkehr stattgefunden hatte.

Das mittlere Alter der Frauen lag in beiden Gruppen bei 18 Jahren. 80 Prozent hatten regelmäßige Zyklen und mehr als 90 Prozent waren Nulliparae. In beiden Gruppen trat jeweils eine Schwangerschaft auf. Die Schwangerschaftsrate lag in beiden Gruppen unter der nach Wilcox et al. ohne Behandlung zu erwartenden Schwangerschaftsrate. Die Wirksamkeit entsprach in beiden Gruppen 87 Prozent. Demnach war die „Pille-danach“ auch über 72 Stunden hinaus nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr noch wirksam. Bei den Frauen, die zwischen 72 und 120 Minuten nach dem ungeschützten Verkehr die „Pille-danach“ eingenommen hatten, lag die Wirksamkeit zwischen 70 und 90 Prozent. In beiden behandelten Gruppen beobachteten die Autoren ein Nachlassen der Wirksamkeit je größer das Intervall zwischen ungeschütztem Ge-

schlechtsverkehr und „Pille-danach“-Einnahme war.

Als Schwachstellen ihrer Studie bezeichnen die Autoren Folgendes: Fehlen einer Placebo-Gruppe; dass die Information auf Nachfragen gewonnen wurde; dass kein sicherer Nachweis der Fruchtbarkeit bestand (90 Prozent waren Nulliparae); die Möglichkeit, dass mehr als ein ungeschützter Verkehr während des vorgegebenen Zeitintervalls stattgefunden hatte.

Zusammenfassend sind sich die Autoren einig, dass Frauen ermutigt werden sollten, nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr sobald wie möglich nach postkoitaler Kontrazeption zu fragen. Da die „Pille-danach“ auch 72 Stunden und mehr nach dem ungeschützten Verkehr noch wirksam ist, sollte sie auch dann noch gegeben werden, wenn die „Spirale danach“ nicht gelegt werden kann.

Für zukünftige Studien über die Wirksamkeit der postkoitalen Verhütung empfehlen die Autoren Ultraschalluntersuchungen vor der Behandlung in die Studien aufzunehmen. Da ihre Aussagen sich nur auf die Kombinationsmethode der „Pille danach“ (Tetragynon®) beziehen, regen sie gleichartige Untersuchungen für die Gestagenmethode und andere als „Pille danach“ anzuwendende Pharmaka an.

Quelle: American J. of Obst. & Gyn., 2001, Vol. 184, No. 4

Anmerkung der Redaktion. Die abnehmende Wirksamkeit der „Pille-danach“ in Relation zum Intervall zwischen ungeschütztem Geschlechtsverkehr und Einnahme der „Pille-danach“ wurde bereits in dem Erfahrungsbericht der PRO FAMILIA für Tetragynon® in den 80iger Jahren dokumentiert. Da die meisten Versager der „Pille-danach“ (Tetragynon®) damals bei einer Einnahme nach mehr als 48 Stunden nach dem ungeschützten Verkehr beobachtet wurden, empfahl PRO FAMILIA die „Pille-danach“ (Tetragynon®) in den ersten 48 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr einzunehmen.

Eine neuere Dokumentation über erfolgreiche und erfolglose Anwendung der „Pille-danach“, insbesondere eine Vergleichsstudie zwischen der Gestagenmethode (duofem®) und der Kombinationsmethode (Tetragynon®) wäre wünschenswert.

Internet-Forum der GebFra

Seit Ende Januar besteht ein Internet-Forum der GebFra: <http://www.thieme.de/gebfra>. Es kann genutzt werden, um sich über die neuesten Entwicklungen in dem Fachgebiet Geburtshilfe und Frauenheilkunde zu informieren. Derzeitiger Schwerpunkt liegt im Bereich der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin.

GebFra Januar 2001; 61:1

Die Veröffentlichung einer Zusammenstellung weiterer nationaler und internationaler Internetadressen sowie medizinischer Informations- und Online-Dienste für die eigenen Recherche ist für den folgenden Familienplanungs-Rundbrief geplant

Buchneuerscheinung

„Globalisierung der Unfruchtbarkeit“
Menschen- und Tierrechtsverletzung
Bevölkerungsexplosionsdialektik
Jürgen Heinrichs mit Fachbeiträgen von Yang Dawei, Johannes Gründel, Norman Paech
Eberhard Verlag, München, ISBN 3-926777-62-1
DM 36,00

Veranstaltungskalender

Akupunktur-Jubiläumskongress
Internationales ICMART-Symposium
14.-17. Juni 2001, Berlin
Information: ICMART 2001
Congress Organisation
Haus am Köllnischen Park
10179 Berlin
Tel.: 030/23 80 68 38
Fax: 030/23 80 68 36

5. Tagung der Deutschen Menopause Gesellschaft
21.-22. September 2001, Dresden
Information: Sekretariat Prof. Dr. med. W. Distler
Universitätsklinikum
Fetschnerstr. 74
01307 Dresden
Tel.: 0351/458-34 20
Fax: 0351/458-43 29

Menopause 2001
Andropause
Europas Menopausenkongress
11.-13. Oktober 2001, Wien
Information: Ärztezentrale Med. Info
Helferstorferstr. 4
A-1010 Wien
Tel.: 0043/1/531 16-31
Fax: 0043/1/531 16-61

13. Deutscher Kongress Gesellschaft für
Inkontinenzhilfe e.V.
9.-10. November 2001, Bamberg
Information: GIH Geschäftsstelle
Friedrich-Ebert-Str. 124
34119 Kassel
Tel.: 0561/78 06 04
Fax: 0561/77 67 70

Stichwortverzeichnis 2000

	<u>Heft</u>	Anhang bzw.Seite
Apomorphin, Konkurrenz zu Viagra?	4	21
Behinderung, körperliche	3	17
Brustkrebs, Hormonsubstitutionstherapie	3	23
Dysmenorrhoe	4	8
Estradiol-Dosiergel im Spender	3	23
Fortbildungszertifizierung für Ärzte	4	24
FemCap	3	19
Fortpflanzungsmedizin, Symposium	3	15
Gebärmutterhalskrebs, Früherkennung	4	20
Gestagen-Implantate	1 / 2	27
Harninkontinenz, „TVT“ operative Behandlung	3	21
Hormonale Kontrazeption	1 / 2	A2, 4
Hormonsubstitutionstherapie und Brustkrebs	3	23
ICSI in Deutschland	3	6
Jod in Schwangerschaft und Stillzeit	3	20
Keimzellspende	3	8
Körperliche Behinderung	3	17
Kolpitiden, rezidivierende	3	21
Kongressbericht, Europ. Soc. Contraception	4	14
Kontrazeption des Mannes	3	22
Künstliche Befruchtung		
- Beratung	3	13
- ICSI in Deutschland	3	6
- Keimzellspende	3	8
- Präimplantationsdiagnostik	3	11
- Richtlinien	3	6
- Stand der Reproduktionsmedizin	3	4
Menstruation	4	3
- Störungen	4	8
Mifegyne	4	17
	3	18
Mirena®	4	20
Pille	1 / 2	4
- und Medikamente	1 / 2	A1
- Petibelle	4	22
- Yasmin	4	22
„Pille-danach“, Gestagenmethode	3	19

PMS	4	11
Präimplantationsdiagnostik	3	11
Pränatale Diagnostik	4	23
Schwangerschaft, Jod	3	20
Sterilisation der Frau	4	17
Stillzeit, Jod	3	20
„TVT“, operative Behandlung der Harninkontinenz	2	21
Verhütung bei geistig Behinderten Frauen	3	22
Vorgeburtliche Untersuchungen	1/ 2	29