



WERTE WISSEN WANDEL

PRESSEDIENST 3/10



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Wissenschaftliche Fachgesellschaft seit 1885



Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie
und Geburtshilfe e. V.

INHALT 30. September 2010

Editorial Seite 3

Pressekonferenzen DGGG-Kongress 2010 Seite 4

WERTE

Gynäkologen-Kongress 2010

Ein Interview mit dem Präsidenten Seite 6

Die Frau als Präventionsmanagerin der Familie

Umfrage beweist das Gesundheitsbewusstsein der Frau Seite 9

WISSEN

Reproduktionsmedizin – Was ist in Deutschland möglich?

Männer und Frauen gleichsam betroffen Seite 10

Neue Methoden: Paare in Deutschland werden nicht nach
aktuellem wissenschaftlichen Stand behandelt Seite 12

Die neue Frauenleitlinie „Früherkennung von Brustkrebs“ Seite 14

WANDEL

Höchst peinlich aber häufig heilbar: Harninkontinenz Seite 15

Eigentlich logisch: Senkrecht statt waagrecht gebären? Seite 20



Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie
und Geburtshilfe e. V.

Liebe Redaktion,

der **58. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vom**

5. bis 8. Oktober 2010 in München steht unter dem Motto „**WERTE, WISSEN, WANDEL**“, welches zweifellos die derzeit bestimmenden Größen in der Weiterentwicklung der Gynäkologie beschreibt.

WERTE müssen die Grundlage des Handelns der Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie sein.

Die DGGG nimmt deshalb für ihre Patientinnen und ihre Mitglieder nachhaltig und kontinuierlich zu aktuellen und durchaus kontroversen Problemen des Faches Stellung. Dies gilt für eine Vielzahl von Teilbereichen des Faches, wie beispielsweise den schwerwiegenden ethischen Problemen am Anfang und am Ende des Lebens.

WISSEN ist die Schlüsselressource des 21. Jahrhunderts. Zahlreiche wissenschaftliche Hauptsitzungen werden im Rahmen des Kongresses relevante Aspekte und Kontroversen der Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik, Perinatalmedizin, gynäkologischen Onkologie und operativen Gynäkologie aufgreifen.

WANDEL ist in der Frauenheilkunde heute überall zu beobachten und zu erleben. So schnell und tiefgreifend wie heute hat er sich jedoch noch nie vollzogen.

Der DGGG-Kongress ist ein Kongress für alle Gynäkologinnen und Gynäkologen. Junge Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung sind in gleicher Weise angesprochen wie Niedergelassene, Fach- und Chefärzte aus den Kliniken sowie die Naturwissenschaftler aus den Forschungslabors.

Um die neuesten Informationen vom Kongress zu verbreiten, brauchen wir Sie, liebe Redakteurin, lieber Redakteur. Ein Formular für die Presse-Akkreditierung legen wir diesem Pressedienst bei.

Freuen Sie sich auf einen spannenden Kongress vom 5. bis 8. Oktober 2010 in München!

Das komplette Kongress-Programm finden Sie unter www.dggg-kongress.de

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihr Pressekontakt DGGG

Dr. Petra von der Lage

Friderike Stüwert



Pressekonferenzen DGGG-Kongress 2010

5. Oktober, 13:00 bis 14:00 Uhr, ICM München, Raum Königsee, 2. OG

Pressekonferenz; Themen:

- Die Frau als Präventionsmanagerin der Familie (Prof. Rolf Kreienberg, Präsident der DGGG, Ulm)
- Familie und Karriere (Dr. Silvana Koch-Mehrin, Vizepräsidentin des Europäischen Parlaments)
- Innovationen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Prof. Klaus Fries, München)
- Neue Strukturen am Beispiel der gynäkologischen Onkologie (Prof. Walter Jonat, Kiel)
- Mammographie-Screening rettet Leben (Prof. Rolf Kreienberg, Präsident der DGGG, Ulm)

5. Oktober, 16:00 – 17:00 Uhr, ICM München, Raum Schliersee (2. OG)

Meet The Expert zur Hauptsitzung „Warum es Männer nicht mehr gibt und Frauen nicht wollen“

Angebot für Interviews

Dr. Silvana Koch-Mehrin (Brüssel), Dr. Astrid Bühren (Murnau), Dr. Katharina Hancke (Ulm), Dr. Babett Ramsauer (Berlin), Priv.-Doz. Dr. Bettina Toth (Heidelberg), Dr. Kerstin Rhiem (Köln)

6. Oktober, 14:30 - 15:30 Uhr, ICM München, Raum Königsee (2. OG)

Pressekonferenz; Themen:

- IVF – nur für Reiche? (Prof. Klaus Diedrich, Lübeck)
- Fetale Programmierung – Ist die Mutter an allem Schuld? (Prof. Ekkehard Schleichner, Jena)
- Prävention – Früherkennung – Screening (Prof. Ingrid Schreier, Kiel)
- Mädchensprechstunde (Dr. Gisela Gille, Lüneburg)

6. Oktober, 17:00 - 18:00, ICM München, Raum Schliersee (2. OG)

Meet The Expert zum gesundheitspolitischen Gespräch „Innovationen für die Frau – unbezahlbar?“

Angebot für Interviews

Prof. Rolf Kreienberg (Präsident der DGGG, Ulm), Prof. Matthias Beckmann (Erlangen), Dr. Johannes Bruns (Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin), Prof. Bertram Häussler (IGES Institut Hannover), Prof. Walter Jonat (Kiel), Dr. Helmut Platzer (AOK Bayern, München), Dr. Marco Koriller (UK Köln)



Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie
und Geburtshilfe e. V.

7. Oktober, 13:00 - 14:00, ICM München, Raum Königsee (2. OG)

Pressekonferenz; Themen

- Gynäkologische Onkologie unter internationalen Aspekten (Prof. Walter Jonat, Kiel)
- Welchen Stellenwert hat das Stillen wirklich? (Prof. Klaus Vetter, Berlin)
- Psychosomatik in der Gynäkologie (Prof. Heribert Kentenich, Berlin)
- Patientenautonomie – Was sich daraus alles ergibt, wenn man sie ernst nimmt (Prof. Peter Husslein, Wien)

7. Oktober, 16:00 - 17:00, ICM München, Raum Schliersee (2. OG)

Meet The Expert zur Hauptsitzung „Gewalt gegen Frauen / Sexuelle Gewalt“

Angebot für Interviews

Prof. Dietrich Berg (Amberg), Dr. Lydia Berendes (Modellprojekt MIGG, Düsseldorf), Marion Steffens (GESINE-Netzwerk, Schwelm)

8. Oktober, 11:00 - 12:00, ICM München, Raum Königsee (2. OG)

Pressekonferenz; Themen:

- FIGO – millenium goals (Prof. Klaus Vetter, Berlin)
- Pränataldiagnostik: Qualität, Gendiagnostikgesetz und ethische Aspekte (Prof. B.-J. Hackelöer, Hamburg)
- Komplementärmedizin (Prof. Ingrid Gerhard, Heidelberg)

8. Oktober, 13:00 - 14:00, ICM München, Saal 1 (EG)

Ehrung der Gewinner des Medienpreises der DGGG

Prof. Rolf Kreienberg, Präsident der DGGG, Ulm

Vortrag Alice Schwarzer (Verlegerin, Journalistin, Feministin)



Der DGGG-Kongress

Ein Interview mit dem Präsidenten Professor Rolf Kreienberg

„Hervorragende neue Medikamente und Techniken“

Vom 5. bis 8. Oktober 2010 findet in München der DGGG-Kongress mit rund 4.500 Teilnehmern statt. In welchen Bereichen der Gynäkologie und Geburtshilfe gibt es denn Neuigkeiten?

Wir werden hervorragende Innovationen und spannende Neuigkeiten im Bereich der Medikamente und der Technik auf dem Kongress präsentieren. Zum Beispiel existieren neue laparoskopische Methoden zur Entfernung von Myomen (gutartige Muskelgeschwulste in der Gebärmutter) und bösartigen Tumoren. Anstelle von bisher drei Schnitten reicht nunmehr ein kleiner Schnitt zum Operieren. Wir haben exzellente neue OP-Techniken und Materialien in der plastischen Brustchirurgie entwickelt. Auch im Bereich der assistierten Reproduktion und der Fertilitätserhaltung dürfen wir uns über eine Reihe von vielversprechenden Innovationen freuen. Vor allem in der Onkologie stellen wir viele erstklassige Medikamente vor. Dies sind vor allem Antikörper und hormonelle Substanzen.

Wie profitieren konkret die Frauen in Deutschland vom DGGG-Kongress in München?

Der Kongress dient ausschließlich dem Wohle unserer Patientinnen. Die Frau als Patientin ist stets Mittelpunkt unseres ärztlichen Denkens und Handelns. Er bietet Fort- und Weiterbildung für meine Kolleginnen und Kollegen auf höchstem Niveau. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen transportieren das neue Wissen über neue Medikamente und OP-Methoden in die Kliniken und Praxen. Ebenso geben sie neueste medizinische Erkenntnisse und ihre neuen Fertigkeiten direkt an die Patienten weiter. Sie werden von brandaktuell informierten Ärzten behandelt, profitieren von innovativen Methoden und dem Einsatz der neuesten Medikamente.

Macht denn im Zeitalter von Video-Konferenzen, E-Mails und sozialen Netzwerken so ein großer Kongress noch Sinn?

Ja! Das hat fachliche und politische Gründe. Kolleginnen und Kollegen können an Diskussionen mit Experten viel direkter teilnehmen. Die Barriere, sich zu äußern, ist im direkten Austausch wesentlich geringer. Der Austausch, auch der über die politischen Entwicklungen des Faches, fällt so leichter. In



keiner Video-Konferenz wird Ärztinnen und Ärzten das geboten, was sie in München in vier Tagen in konzentrierter Form zu hören und zu sehen bekommen. Jeder kann sich auf dem Kongress sein persönliches Programm zusammenstellen. Hier kann er neue Erkenntnisse gewinnen oder bereits vorhandenes Wissen vertiefen.

Sie beschäftigen sich intensiv mit den Belangen der Gynäkologinnen, speziell mit dem Thema Familie und Karriere. Denn mittlerweile ist der Großteil der Gynäkologen weiblich. Sind Frauen die besseren Frauenärzte?

Die fachliche und empathische Kompetenz ist sicher keine Frage des Geschlechts. Wir brauchen in Deutschland hervorragend ausgebildete, kompetente, sensible und kommunikative Frauenärztinnen und -ärzte. All dies ist vor allem eine Frage der Qualifikation. Indes müssen wir uns der erfreulichen Herausforderung stellen, dass der Großteil des frauenärztlichen Nachwuchses Frauen sind! Hervorragend ausgebildete Frauen! Allerdings bekommen die meisten Frauen Kinder und kehren nach der Elternzeit meistens in Teilzeit zurück in den Job – wenn überhaupt. Viele dieser Frauen werden letztlich weder Ober- noch Chefärztin. Uns droht also ein massives Nachwuchsproblem. Und hier sehe ich mich in der Verantwortung: Wir müssen für Frauen die Arbeitsbedingungen schaffen, die sie brauchen, um mit Kindern ihrem Beruf nachgehen zu können und zu wollen. Es gilt, die qualifizierten Frauen in Deutschland in den Kliniken und Praxen zu halten.

Sie sind seit 1980 Frauenarzt. Wie hat sich die Patientin in den letzten 30 Jahren verändert?

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patientin hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Die Patientin ist wesentlich aufgeklärter, informierter und selbstbewusster und wird dadurch zur Partnerin im Dialog mit dem Arzt oder der Ärztin. Das hat zur Folge, dass Ärzte heute jede nur mögliche seriöse Information brauchen. Denn sie sind anders gefordert als noch vor 40 Jahren. Im Rahmen des sogenannten „shared decision making“ (gemeinsame Entscheidungsfindung) geht es darum, nach eingehender Aufklärung, gemeinsam mit der Frau und nicht mehr für sie zu entscheiden. Deshalb ist der Kongress für Frauenärztinnen und -ärzte so wichtig, damit sie ihre Patientinnen noch selbstsicherer und auf höchstem Niveau informieren können. Ich bin mir sicher, dass unsere Aus-, Fort- und Weiterbildung die Frauenärztinnen und -ärzte bestens auf ihre anspruchsvollen Patientinnen vorbereitet.



Sind Frauen heute in Deutschland gut versorgt?

5.000 Gynäkologinnen und Gynäkologen arbeiten in den Kliniken und 10.000 in den niedergelassenen Praxen. Wir haben eine klare Weiterbildungsstruktur, die ständig verbessert wird und deren Erfolge kontrolliert werden. Im internationalen Vergleich können wir hervorragende Zahlen aufweisen. Das gilt für die geringe Säuglingssterblichkeit genau wie für die beeindruckenden Ergebnisse in der Onkologie und auf anderen Gebieten. Insgesamt sind Frauen bei uns sehr gut versorgt. Dabei gebe ich aber zu bedenken, dass die gute Versorgung nicht ganz allein in unserer Hand liegt. Wir wünschen uns, dass Frauen noch mehr an Früherkennungsangeboten teilnehmen. Hier appelliere ich an die Selbstverantwortung der Frauen.

Jetzt dürfen Sie einmal träumen – Was hat die Gynäkologie und Geburtshilfe 2050 erreicht?

Meine Träume beinhalten die Verminderung von Erkrankungen, die Verbesserung der Ergebnisqualität und die finanzielle Realisation der optimalen Versorgung. So leben 2050 alle Frauen gesund. Sie rauchen und trinken nicht, bewegen sich viel und haben kein Übergewicht. Sie nehmen sämtliche Vorsorgeangebote wahr. Darüber hinaus orientieren sich alle Ärztinnen und Ärzte an den Leitlinien. Diese werden auch von den Patientinnen akzeptiert. Außerdem ist 2050 die Finanzierung des Gesundheitssystems gelungen und der Zugang zu innovativen Techniken und Medikamenten jederzeit gegeben.

...und? Wird das klappen?

Eine starke DGGG wird das gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften und Institutionen im Gesundheitssystem bewerkstelligen. Die Medien können helfen, diese Träume zu verwirklichen. Meines Erachtens sollte jede Redaktion einen bestimmten Prozentsatz Gesundheitsaufklärung leisten. Das geschieht derzeit immer nur phasenweise. Aber wir Menschen vergessen leider so schnell...



+++ FOLGENDER ARTIKEL UNTERLIEGT EINER SPERRFRIST BIS ZUM 30. SEPTEMBER 2010 +++

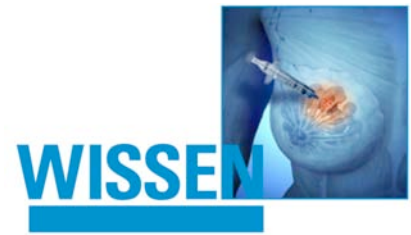
Die Frau ist Präventionsmanagerin der Familie

Umfrage belegt das Gesundheitsbewusstsein der Frauen

„Es lässt sich nur erahnen, welche Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden, weil die Frau weitestgehend die Verantwortung nicht nur für ihre, sondern auch für die Gesundheit ihrer Lieben übernimmt“, sagt DGGG-Präsident Professor Rolf Kreienberg, Ulm, der die aktuelle repräsentative GfK-Umfrage der *Apotheken Umschau* zur Gesundheitsprävention in Deutschland bewertet hat. „Die Zahlen zeigen deutlich, wie wichtig die Frau für die Gesundheit unserer Gesellschaft ist. Sie ist informiert und gibt ihr Wissen weiter. Sie kümmert sich um Familie und Freunde und, nicht zuletzt, um sich selbst.“

Fast 2.000 Menschen ab 14 Jahre wurden befragt. Hierbei bekundeten 64 Prozent der Frauen (sehr) starkes Interesse am Thema Gesundheit. Es sind auch vor allem Frauen, die sehr auf die Gesundheit ihrer Familie, Freunde und Bekannte achten – nämlich rund 75 Prozent. Hingegen kümmern sich derart nur rund 53 Prozent der Männer. Es sind auch überwiegend die Frauen, die sehr viel Wert darauf legen, dass ihr Partner Angebote der Gesundheitsprävention wahrnimmt (ca. 73 Prozent). Immerhin achten darauf aber auch rund 60 Prozent der Männer! Geht es um die eigene Gesundheit, geht die Schere mächtig auseinander: Fast 80 Prozent der Frauen nehmen die jährliche Routineuntersuchung beim Gynäkologen wahr. Rund 48 Prozent gehen zur Mammographie, ca. 67 Prozent tasten sich zu Hause die Brust ab. Es überrascht dagegen das Präventionsverhalten der Männer: Nur etwa 32 Prozent tasten ihre Hoden zu Hause ab und nur weniger als die Hälfte nimmt die jährliche Routine-Untersuchung beim Hausarzt oder Urologen wahr (49 Prozent). Und obgleich der weit überwiegende Teil aller Befragten seine Gesundheitsinformationen vom Arzt bezieht (89 Prozent), schätzen immerhin rund 16 Prozent der Männer ihre Frau bzw. Partnerin als wichtige Informationsquelle. Hingegen gaben nur rund fünf Prozent der Frauen ihren Mann/Partner als Gesundheitsratgeber an. Kreienberg: „Dank dieser Umfrage wurde mir, als Präsident der DGGG, bewusst, dass wir exzellente Arbeit machen. Wir erreichen viele Frauen und der Großteil nimmt unsere Vorsorge-Angebote wahr. Darüber freue ich mich sehr. Diese Zahlen helfen uns aber auch zu erkennen, wo wir noch besser werden können – nämlich indem wir die Frauen auch weiterhin in ihrem Verantwortungsbewusstsein unterstützen. Der direkte Draht, den Gynäkologinnen und Gynäkologen zu den Frauen haben, ermöglicht dies wunderbar.“

Mehr Spannendes zum Thema „Prävention“ erfahren Sie in der Auftakt-Pressekonferenz zum Kongress am 5. Oktober 2010, 13 bis 14 Uhr.

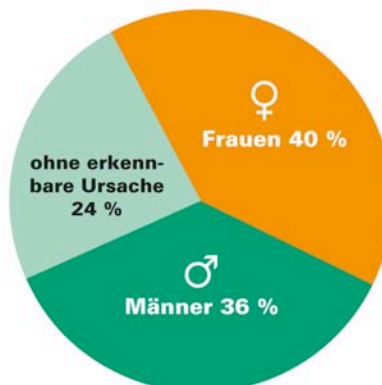


Reproduktionsmedizin – Was ist in Deutschland möglich?

Mit der Geburt eines Kindes ist für die meisten Paare das private Glück vollkommen. Und tatsächlich ist es für viele auch gänzlich unkompliziert, ein Kind zu zeugen – schön ist es außerdem! Bei vielen Paaren klappt es erstaunlich schnell, und sie dürfen sich bereits nach wenigen Monaten über einen positiven Schwangerschaftstest freuen. Bei 15 bis 20 Prozent aller Paare in Deutschland funktioniert das so einfach jedoch nicht. Sie sind ungewollt kinderlos, ihr Sexualleben wird nicht selten Mittel zum Zweck, weil sie sich häufig stark unter Druck setzen. Viele dieser 1,6 Millionen Paare (etwa 300.000) begeben sich deswegen jedes Jahr in ärztliche Behandlung. „Die Dunkelziffer ist ungleich größer“, schätzt Professor Klaus Diedrich von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Direktor der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Lübeck. „Die Zahlen werden wahrscheinlich auch weiterhin steigen, da der Kinderwunsch heute durch die Berufsausbildung und andere soziale Gegebenheiten eher in eine spätere Lebensphase der Frau gelegt wird.“ Und die Chance schwanger zu werden ist in erster Linie vom Alter der Frau abhängig. Sie sinkt ab dem 35. Lebensjahr deutlich. Professor Diedrich: „Ungewollte Kinderlosigkeit in Deutschland ist nicht sicher zu quantifizieren. Aber sie stellt ein großes Problem dar.“ Denn die Folgen ungewollter Kinderlosigkeit sind vielfältig: Männer und Frauen leiden unter Selbstzweifeln bis hin zu Depressionen, Ehen werden geschieden, Paare trennen sich.

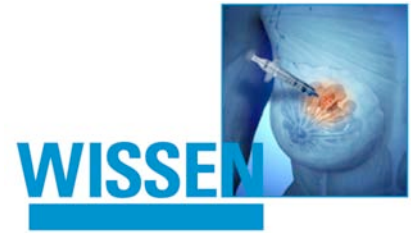
UNFRUCHTBARKEIT Männer und Frauen gleichsam betroffen

Verteilung der Infertilität nach Geschlecht



Quelle: Gynäkologie und Geburtshilfe, Diedrich et al.

Grafik: DGGG



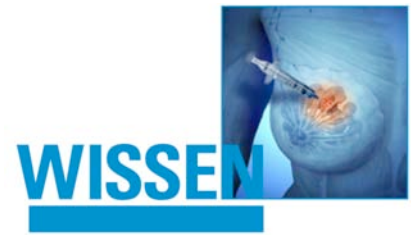
Männer und Frauen gleichsam betroffen

Die Ursachen liegen fast gleichmäßig verteilt bei Mann und Frau. In 40 Prozent der Fälle liegt die Ursache bei der Frau mit Störungen der Eierstocksfunktion (30 Prozent) und Störungen der Eileiterfunktion (40 Prozent). Daneben können hormonelle Störungen, Endometriose sowie Funktionsstörungen der Gebärmutter die Fruchtbarkeit der Frau herabsetzen. Eine eingeschränkte Samenzellqualität des Mannes ist in etwa 36 Prozent der Fälle der Grund für die Unfruchtbarkeit. Die restlichen 24 Prozent müssen als idiopathisch angesehen werden, das heißt, hier ist keine eindeutige Ursache für die Kinderlosigkeit des Paares bei einem der Partner erkennbar. „Natürlich wirken sich darüber hinaus die Lebensgewohnheiten von Männern und Frauen auf deren Fruchtbarkeit aus. So sind eine gesunde und ausgeglichene Psyche, ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung sowie die Aufgabe des Rauchens sicher förderlich“, erklärt der Gynäkologe.

Standard-Verfahren ICSI und IVF – Baby-Take-Home-Rate: 21 Prozent

Die sogenannte assistierte Reproduktion wird in Deutschland eingesetzt, wenn die herkömmlichen Verfahren der Kinderwunschbehandlung nicht zu einer Schwangerschaft geführt haben. Dies ist zum einen die *In-vitro-Fertilisation (IVF)*, die in erster Linie helfen kann, wenn die Eileiterfunktion bei der Frau gestört ist. Weltweit gibt es 4,2 Millionen Kinder, die nach einer In-vitro-Fertilisation geboren wurden. In Deutschland sind es 198.000 Kinder. Pro Jahr kommen in Deutschland derzeit rund 13.000 Kinder auf diesem Wege zur Welt.

Darüber hinaus hilft Paaren die sogenannte *intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)*. ICSI wird eingesetzt, wenn die Samenzellqualität beim Mann nicht ausreichend ist, und es nicht zu erwarten ist, dass die Samenzellen die Eizelle auf normalem Wege befruchten können. Es wird dabei unter dem Mikroskop die Samenzelle direkt in die Eizelle gespritzt und somit die Eizelle befruchtet. Die Verfahren IVF und ICSI werden in Deutschland jährlich etwa 60.000 Mal durchgeführt. Die Chance, durch eine assistierte Reproduktion schwanger zu werden und auch ein Kind zu bekommen, beträgt dabei 21 Prozent im Rahmen eines Behandlungszyklus. Zum Vergleich: bei einem gesunden Paar mit normalen Voraussetzungen beträgt die Chance für eine Schwangerschaft nach dem Eisprung der Frau 24 Prozent.

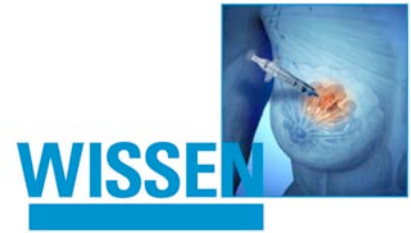


Neue Methoden: Paare in Deutschland werden nicht nach aktuellem wissenschaftlichen Stand behandelt

Die sogenannte *Vitrifikation* ist ein neues Verfahren der Kryokonservierung (Einfrierung und Lagerung) von Eizellen. Sie ist sinnvoll, wenn mehr Eizellen gewonnen wurden als pro Zyklus verwendet werden, wenn Frauen sich einer Chemotherapie unterziehen müssen oder eine späte Schwangerschaft erwägen. Dabei werden Eizellen in einem ultraschnellen Verfahren eingefroren. Durch Zugabe bestimmter Lösungen wird ihnen das intrazelluläre Wasser entzogen. Die Bildung von zellzerstörenden Eiskristallen wird so verhindert. Dank dieser Technologie ist es möglich geworden, die Behandlungsergebnisse deutlich zu verbessern. Die Schwangerschaftsrate ist ähnlich gut wie nach der IVF, also dem Embryotransfer mit frischen Eizellen (30 Prozent).

Mit dem sogenannten *selektiven Embryotransfer* ist es heute möglich, von mehreren Embryonen denjenigen auszuwählen, der sich am ehesten in die Gebärmutter einpflanzen kann. Der selektive Embryonentransfer bietet die Möglichkeit, die Schwangerschaftsrate deutlich zu verbessern (35 bis 40 Prozent) und gleichzeitig die Mehrlingsrate zu reduzieren. Dies wird im Ausland bereits praktiziert. Das Embryonenschutzgesetz lässt jedoch diese Auswahl in Deutschland nicht zu. „Das Embryonenschutzgesetz muss geändert werden, damit auch in Deutschland die Paare nach dem neuesten internationalen Wissensstand behandelt werden können. Hierzu gehört der selektive Embryotransfer, wodurch zum einen die Chance einer Schwangerschaft erhöht und zum anderen die Mehrlingsrate deutlich reduziert werden kann“, erklärt der ehemalige DGGG-Präsident Professor Diedrich. Die Mehrlingsschwangerschaft ist ein unerwünschtes Risiko nach assistierter Reproduktion. „Darüber hinaus sollten andere Verfahren wie zum Beispiel die Eizellspende in Deutschland erlaubt werden“, so Diedrich. In Deutschland ist sie gesetzlich verboten, in den meisten anderen europäischen Ländern, wie Spanien, Polen oder der Slowakei, gibt es dazu keine gesetzlichen Regelungen, und meist wird sie einfach geduldet. Dies fördert den sogenannten Fruchtbarkeitstourismus.

Die *Präimplantationsdiagnostik* ist nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes in Deutschland möglich geworden und kann jetzt zum Ausschluss von schweren genetischen und nicht behandelbaren Erbkrankheiten eingesetzt werden. Mittels Präimplantationsdiagnostik kann bereits vor einer Schwangerschaft eine Erbkrankheit wie Mukoviszidose oder die Bluterkrankheit Hämophilie A durch Untersuchung des Embryos ausgeschlossen werden. Das sogenannte *Aneuploidiescreening* zum Ausschluss von chromosomalen Störungen sollte die Chance für eine Schwangerschaft bei älteren Patientinnen verbessern. Hier werden einzelne Zellen des Embryos auf Chromosomenfehler untersucht, bevor sie in die Gebärmutter eingebracht werden. Es hat sich jedoch in großen Studien gezeigt, dass dies



entgegen den Erwartungen nicht möglich ist. Vermutlich verläuft die Entwicklung des Embryos durch Zellentnahme ungünstiger als ohne diese Zellentnahme.

Auch der sogenannte *Blastozystentransfer* wurde in der Vergangenheit als ein gutes Verfahren angesehen, die Schwangerschaftsrate zu verbessern. Hier werden die Embryonen fünf Tage lang kultiviert, um das sogenannte Blastozystenstadium der embryonalen Entwicklung zu erreichen. Auch im Rahmen der natürlichen Empfängnis nisten sich die Embryonen etwa am fünften Tag im Blastozystenstadium in die Gebärmutter ein. Es zeigte sich jedoch auch hier nach großen Studien, dass der Transfer des Embryos im Blastozystenstadium am fünften Tag keine Vorteile hat.

Reproduktionsmedizin auf dem DGGG-Kongress

6. Oktober 2010, 12:00 - 13 Uhr

Keynote lecture, Prof. Paul Devroey, Brüssel.

Thema: „Are infertile couples treated in a better way in Belgium than in Germany?“ („Werden infertile Paare in Belgien besser behandelt als in Deutschland?“)

6. Oktober 2010, 14:30 - 15:30 Uhr

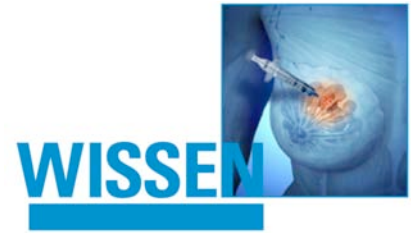
Pressekonferenz u. a. mit dem Thema:

- IVF – nur für Reiche? (Prof. Klaus Diedrich, Lübeck)
-

6. Oktober 2010, 15:00 - 16:30 Uhr

Hauptsitzung „Reproduktionsmedizin“

- Brauchen wir ein neues Fortpflanzungsmedizingesetz?
- Deutsches IVF-Register
- Ovarialinsuffizienz: Von der Diagnostik zur Therapie
- Ovarielle Stimulation zur assistierten Reproduktion: Neue Entwicklungen
- Fertilitätserhalt unter onkologischer Therapie



Ratgeber für Frauen jeden Alters: die neue Frauenleitlinie „Früherkennung von Brustkrebs“

Wenn sich beim Heben der Arme eine Brust anders verformt als die andere, sollten Frauen einen Arzt aufsuchen. Gleiches gilt, wenn sich Haut oder Brustwarze an einer Stelle einziehen oder sich die Brustwarze auf andere Weise verändert. Ratschläge wie diese finden Frauen im neuen Ratgeber „Früherkennung von Brustkrebs – eine Entscheidungshilfe für Frauen“.¹ Die ca. 70 Seiten starke Frauenleitlinie informiert zudem über den aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft in puncto Brustkrebs. Die Vor- und Nachteile der bei der Brustkrebsfrüherkennung verwendeten Untersuchungsmethoden werden ebenfalls allgemeinverständlich erklärt. Informationen zu Patientenrechten und eine umfangreiche Adressenliste komplettieren den Inhalt. Die Frauenleitlinie ist wie andere Patientinnenleitlinien Bestandteil des „Leitlinienprogramms Onkologie“ der Deutschen Krebsgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Deutschen Krebshilfe. Für die Erstellung dieser Frauenleitlinie wurden alle derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Forschungsergebnisse zum Thema Brustkrebs-Früherkennung zusammengetragen, ausgewertet und allgemeinverständlich dargestellt.

Internet: Die Broschüre „Früherkennung von Brustkrebs – eine Entscheidungshilfe für Frauen“ kann unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de/OL/patientenleitlinien.html als PDF-Datei heruntergeladen werden.

¹ Albert, Alt, Kreienberg, Naß-Griegoleit, Schulte, Wöckel. *Früherkennung von Brustkrebs - Eine Entscheidungshilfe für Frauen*. Hrsg.: Leitlinienprogramm Onkologie. Berlin, 2010



Höchst peinlich aber häufig heilbar: Harninkontinenz

Neue Therapien machen Betroffene wieder „gesellschaftsfähig“

Anfangs sind es nur ein paar Tropfen, die unmerklich in die Hose träufeln. Später werden es vielleicht mehr: bei körperlicher Anstrengung oder dann, wenn man sich vor Lachen den Bauch halten muss. Solange es niemand mitbekommt, ist Harninkontinenz nur ein sehr intimes Problem. Aber in Gesellschaft, bei Familienfeiern oder beruflichen Veranstaltungen, wenn Uringeruch in die Nasen steigt oder sich dunkle Flecken auf der Hose bilden? Dann ist es sehr peinlich und für Betroffene ein guter Grund, nur noch selten unter Menschen zu gehen. Denn gesellschaftlich toleriert wird das In-die-Hose-Machen nur bei Kleinkindern. Erwachsene sollten sich doch zusammenreißen können, so die landläufige Meinung. Jedoch: Harninkontinenz ist keine Charakterschwäche, sondern eine körperliche Erkrankung. Dank besserer Diagnoseverfahren und neuer Therapiemethoden ist sie heutzutage häufiger heilbar denn je.

Keine Einzelfälle: Volkskrankheit Inkontinenz

„Harninkontinenz ist in den Köpfen vieler Menschen eine unabänderliche Begleiterscheinung des Älterwerdens, die sie aus Scham lieber verschweigen, anstatt mit ihrem Arzt darüber zu reden“, erklärt Professor Dr. Thomas Dimpfl, Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Direktor der Frauenklinik des Klinikums Kassel. „Dabei ist in rund 70 bis 80 Prozent aller Fälle eine Heilung oder zumindest eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität möglich.“ Allein sind die Betroffenen jedenfalls nicht: Schätzungen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft (DKG) zufolge leiden in Deutschland zwischen sechs und neun Millionen Frauen und Männer an einer Stuhl- oder Harninkontinenz, das heißt am Verlust der Fähigkeit, Urin oder Stuhlgang willkürlich zurückzuhalten. Von Harninkontinenz sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. „Jede fünfte Frau in Deutschland leidet derzeit darunter, jede dritte hat in ihrem Leben irgendwann einmal mit Problemen des Harntraktes zu tun“, sagt Professor Dr. Dr. h.c. Heinz Kölbl, Direktor der Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz und zweiter Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft (DKG).

Genaue Diagnose entscheidend: Belastungs-, Drang- oder Mischinkontinenz

Entscheidend für die Wahl der Therapiemethode ist die exakte Diagnose der Ursachen. Urogynäkologen wie Thomas Dimpfl und Heinz Kölbl unterscheiden vornehmlich zwischen Belastungs- und Dranginkontinenz sowie Mischformen dazwischen (Tabelle 1). Wenn beispielsweise Lachen, Husten, Niesen, das Tragen eines Einkaufskorbes, Sport oder Aufstehen plötzlichen Harnverlust zur Folge hat,



lautet die Diagnose Belastungsinkontinenz (ältere Bezeichnung: Stressinkontinenz). „Der Verschluss der Harnröhre öffnet sich dabei unkontrolliert. Die Ursache ist meist eine Erschlaffung der Beckenboden-Muskulatur, zum Beispiel durch eine schwere Geburt, durch Operationen, äußere Verletzungen, durch eine zunehmende Gewebeschwäche im Alter oder auch durch ein zu hohes Körpergewicht“, erklärt Thomas Dimpfl. Belastungsinkontinenz ist mit einem Anteil von 50 Prozent die am häufigsten diagnostizierte Form der Inkontinenz. Stellt sich dagegen überfallartig Harndrang ein verbunden mit dem Gefühl, den Urin nicht mehr halten zu können, ist eine überaktive Blasenmuskulatur am Werk und die Patienten leiden an der so genannten Dranginkontinenz. „Die Muskeln ziehen sich dabei zusammen und signalisieren eine volle Blase, auch wenn diese leer ist“, so Dimpfl. Ursache dafür könnten neurologische Erkrankungen sein, beispielsweise Multiple Sklerose, Bandscheibenvorfälle, ein Schlaganfall oder Querschnittslähmungen, aber auch eine Blasenentzündung oder ein instabiler Blasenmuskel. Häufige Ursachen sind außerdem seelische Belastungen. Bei der Mischinkontinenz ist eine der beiden Formen besonders stark ausgeprägt.

Einteilung weiblicher Inkontinenzformen nach ICS (International Continence Society)

Art der Inkontinenz	Definition/Symptome
Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz)	Unwillkürlicher Urinverlust bei körperlicher Anstrengung (z. B. Husten, Niesen, Sport) ohne Harndrang
Dranginkontinenz bzw. Urgeinkontinenz	Unwillkürlicher Urinverlust in Kombination mit plötzlichem Drangempfinden: – mit Detrusorinstabilitäten (früher motorische Dranginkontinenz) – ohne Detrusorinstabilitäten (früher sensorische Dranginkontinenz)
Mischinkontinenz	Unwillkürlicher Urinverlust assoziiert mit Harndrang, aber auch mit körperlicher Anstrengung
Sonderformen	u.a. neurogene Inkontinenz, extraurethrale Inkontinenz (z. B. bei Fisteln), Überlaufinkontinenz, Giggle-Inkontinenz

(aus: Deutsches Ärzteblatt (Dtsch Arztebl Int 2010; 107(24): 420–6, DOI: 10.3238/arztebl.2010.0420), nach: Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR: The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 10–17.)

Tabelle: DGGG



Mit Training, Strom und Spritze: die Behandlungsmöglichkeiten

„Die Behandlungsmöglichkeiten hängen von dem Typ der Harninkontinenz ab. Sie reichen von physiotherapeutischen Maßnahmen über die Einnahme von Medikamenten bis hin zu operativen Verfahren“, sagt Heinz Kölbl. Bei Dranginkontinenz verordnen Ärzte in der Regel als erstes ein Blasentraining. Die Patientinnen sollen dabei lernen, dem Harndrang zu widerstehen, um das Fassungsvermögen ihrer Blase allmählich wieder erhöhen zu können. Vielversprechend ist häufig auch der Einsatz von Medikamenten (Anticholinergika), welche die Überaktivität der Blasenmuskulatur dämpfen. Erfolgreich sind außerdem Elektrostimulationsverfahren, mit denen die überaktive Blasenmuskulatur durch leichte Stromimpulse „desensibilisiert“ werden kann. „Bei dieser Therapie kann die Patientin selbst daheim in der vertrauten Umgebung zweimal pro Tag mit einer kleinen Sonde, die in die Scheide eingeführt wird, leichte elektrische Impulse auslösen“, erklärt Thomas Dimpfl. Bei schweren Formen der Dranginkontinenz helfe es auch, den Blasenmuskel durch Injektion des „Anti-Falten-Mittels“ Botulinum-Toxin zu beruhigen. Bei der Belastungsinkontinenz versuchen es Ärzte, vor allem bei jüngeren Frauen, zunächst ebenfalls mit einem Training: dem Beckenboden-Training. Ziel ist es, durch gymnastische Übungen die Muskulatur des Beckenbodens und auch den Blasenschließmuskel zu stärken. Frauen in und nach den Wechseljahren hilft dagegen oft eine hormonelle Therapie mit Östrogenen, die für eine Kräftigung der Muskeln im Bereich der Harnröhre sorgen sollen. Bei übergewichtigen Frauen führt zudem Abnehmen oft zu einer Verbesserung. Ein weiteres Verfahren ist auch bei Belastungsinkontinenz die Elektrostimulation. Sie kann mit dem Beckenboden-Training kombiniert werden. Schwache Stromimpulse lassen dabei die Beckenbodenmuskulatur zusammenzucken und trainieren diese sozusagen auf passive Weise. Auch mechanische Hilfsmittel kommen zum Einsatz: als Pessare, die in die Scheide eingeführt werden und durch Druck von unten die Harnröhre bzw. Blase stützen. Mit Medikamenten kann zudem die Blasenmuskulatur beeinflusst und der Harndrang reduziert oder die Kraft des Schließmuskels verbessert werden.

Hängematte für die Blase: Minimal-invasive Operationsverfahren

Führen alle bisher beschriebenen Therapien nicht zum Erfolg, kann noch eine Operation helfen. Zur Therapie der Belastungsinkontinenz werden heutzutage überwiegend minimal-invasive Operationsverfahren eingesetzt: Bei örtlicher Betäubung wird dabei beispielsweise durch die Scheide in einem rund halbstündigen Eingriff ein „Blasen-Bändchen“ aus Kunststoff (TVT: Tension free Vaginal Tape) eingesetzt, das wie eine Art Hängematte für Blase und Harnröhre wirkt. „Der Eingriff kann unter Lokalanästhesie durchgeführt werden, er erfordert nur einen minimalen Schnitt in der Scheide, durch den das Kunststoffband mittels spezieller Nadeln durch die Bauchwand geführt wird“, erklärt Thomas Dimpfl



das Vorgehen. Für die Behandlung der Belastungsinkontinenz sei die Einlage eines TVT die am wenigsten belastende Operation. Die Erfolgsrate ist dem Experten zufolge ebenso gut wie bei der Standardoperation, der offenen abdominalen Kolposuspension (Scheidenhebung). Weiterer Vorteil: Die betroffenen Frauen können bereits nach wenigen Tagen die Klinik verlassen und auch sehr viel früher wieder arbeiten.

Prävention heute: ohne Zange und prophylaktischen Dammschnitt

Insgesamt haben aber nicht nur die neuen Therapieverfahren dazu beigetragen, dass viele betroffene Frauen heutzutage wieder ruhiger schlafen können. Es laufen inzwischen auch sehr viel weniger Frauen Gefahr, durch eventuelle Geburtskomplikationen in späteren Jahren inkontinent zu werden. Geburtshilfliche Verfahren wie die Zangenentbindung oder der prophylaktische Einsatz des Dammschnittes werden Heinz Kölbl zufolge kaum noch gemacht: „Dammschnitte werden heute nur mehr restriktiv eingesetzt, da kein protektiver Effekt, sondern ganz im Gegenteil, ein fördernder Effekt für die Entstehung von Beckenbodenschwäche und Harninkontinenz nachgewiesen werden konnte.“



Natürliche Verbindung: Urologie + Gynäkologie = Urogynäkologie

Wenn Männer beim Wasserlassen Probleme haben, gehen sie zum Urologen. Schließlich ist die Urologie das Teilgebiet der Medizin, bei dem die harnbildenden und harnableitenden Organe – Niere, Harnblase, Harnleiter und Harnröhre – im Mittelpunkt stehen. Frauen sollten in solchen Fällen einen Urogynäkologen aufsuchen. Als Experten der weiblichen Anatomie sind so spezialisierte Gynäkologen – Gynäkologie ist laut Definition eigentlich die Lehre von den Erkrankungen des weiblichen Sexual- und Fortpflanzungstraktes – die Ansprechpartner für Frauen, wenn diese an den harnbildenden und harnableitenden Organen erkrankt sind.

Als Urogynäkologen behandeln Frauenärzte typischerweise Harnwegsinfektionen, Harninkontinenz und Senkungen des Genitaltraktes. Harnwegsinfekte bei Frauen werden in den meisten Fällen von Darmbakterien ausgelöst, die zur äußeren Harnröhrenöffnung gelangt sind. Wandern die Bakterien die Harnröhre bis in die Harnblase herauf, können sie eine Blasenentzündung (Zystitis) auslösen. Gelangen sie bei einem weiteren Aufstieg in die Nieren, kann eine Nierenbeckenentzündung (Pyelonephritis) die Folge sein. Harnwegsinfekte werden in der Regel erfolgreich mit Antibiotika behandelt. Bei den verschiedenen Formen der Harninkontinenz kommen unterschiedliche Therapien zum Einsatz. Das Spektrum reicht von der Psychotherapie über den Einsatz von Medikamenten bis hin zu OP-Verfahren.

Urogynäkologie auf dem DGGG-Kongress

5. Oktober 2010, 11.00 - 12:30 Uhr

Hauptsitzung „Wann braucht der Gynäkologe die Nachbardisziplinen?“

- Aus der Sicht des Urologen
- u. a.

6. Oktober 2010, 15.00 - 16:30 Uhr

Hauptsitzung „Die postpartale Beckenfunktionsstörung“

- Harninkontinenz
- Deszensus
- Stuhlinkontinenz
- Kaiserschnitt: Die Lösung für alle urogynäkologischen Probleme?

6. Oktober 2010, 17.00 - 18:30 Uhr

Freie Vorträge „Urogynäkologie“



Eigentlich logisch: Senkrecht statt waagerecht gebären?

Aufrechte Gebärhaltung: Nicht immer die Steinschnittlage!

Eine aufrechte Gebärhaltung erscheint allein aufgrund der natürlichen Hilfe durch die Schwerkraft als logisch. Dennoch liegen die meisten Frauen auf dem Rücken, in der sogenannten Steinschnittlage, wenn sie ihr Baby auf die Welt bringen. Seit jeher haben Frauen in der Senkrechten geboren – im Sitzen, im Hocken, meist während sie sich irgendwo festhielten. Erst Anfang des 18. Jahrhunderts, beim Wechsel von der Hebammen-Geburtshilfe auf die ärztliche Geburtshilfe, vollzog sich eine entscheidende Wende. Während sich die Frauen ursprünglich nur bei pathologischen Geburtsverläufen hinlegten, wurden nun immer häufiger auch normale Geburten in Rückenlage durchgeführt.

Jetzt erst kehrt die vertikale Gebärhaltung wieder vermehrt zurück in die Kreißsäle. Dafür spricht einiges: Viele wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen den günstigen Einfluss auf Geburtsparameter und Geburtsschmerz sowie auf das Wohlbefinden von Mutter und Kind². Unter anderem eine bessere Sauerstoffsättigung bei Mutter und Baby³, weniger Wehen- und Schmerzmittel⁴ und weniger Dammschnitte⁵ sprechen für das Gebären in aufrechter Position.

Auf dem DGGG-Kongress, am Donnerstag, 7. Oktober 2010 von 15:00 bis 16:30 Uhr, werden Professor Regine Ahner, Wien, und Professor Peter Husslein, Wien, in der Hauptsitzung „Geburtshilfe oder Geburtsmedizin“ in ihrem Beitrag „Aufrechte Gebärhaltung: Nicht immer die Steinschnittlage!“ ausführlich über die Vorteile der vertikalen Gebärhaltung referieren.

² Kuntner L (1994) *Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht*, 4. Aufl. Hans Marseille, München

³ Schmidt S (2000) *Perinatalmedizinische Aspekte der Gebärhaltung*. In: Metz-Becker M, Schmidt (Hrsg) *Gebärahaltungen im Wandel; Kulturhistorische Perspektiven und neue Zielsetzungen*. Jonas Verlag, Marburg

⁴ Bodner-Adler B et al. (2003) *Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome*. *Wien Klein Wochenschr* 115 (1920): 720-723

⁵ Gupta JK et al. (2004) *Position for women during second stage of labour*. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD002006