

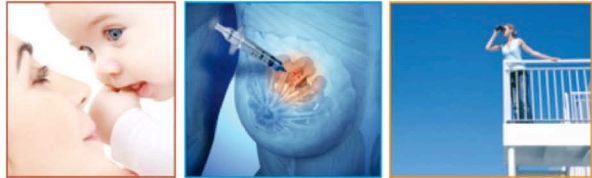


WERTE WISSEN WANDEL

PRESSEDIENST 2/09



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



WERTEWISSENWANDEL



Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie
und Geburtshilfe e. V.

INHALT 14. Dezember 2009

Editorial *Seite 3*

„Hermine-Heusler-Edenhuizen-Preis“

Ausschreibung neuer Journalistenpreis der DGGG *Seite 4*

WERTE

Väter im Kreißsaal

Väter im Kreißsaal – vor 40 Jahren eine Seltenheit *Seite 5*

Interview mit der Hebamme Martina Klenk *Seite 7*

„Der schönste Moment meines Lebens“ – zwei Väter berichten *Seite 9*

WISSEN

Mit Wissen gegen den Brustkrebs

Nutzen des Mammographie-Screening-Programms *Seite 10*

Neues aus der Krebsforschung – schon gewusst?

Studie zu kontralateralem Brustkrebsrisiko bei BRCA-Mutation *Seite 14*

Verbessert Sport das Brustkrebsrisiko? *Seite 16*

WANDEL

Psychosomatische Frauenheilkunde – taugt das was?

Interview PD Dr. Martina Rauchfuß *Seite 17*



Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie
und Geburtshilfe e. V.

Liebe Redaktion,

Väter sind bei den Geburten ihrer Kinder mit dabei. Punkt. Und wenn einer mal nicht mitkommt, ist das heutzutage eine Ausnahme. Vor 40 Jahren war das genau andersherum. Damals waren Männer noch Pioniere, wenn sie bei diesem besonderen Moment anwesend sein wollten. Ob die Anwesenheit der Väter letztlich gut oder schlecht ist, haben einige Gynäkologen nun wissenschaftlich ausge**WERTE**et und kamen dabei zu interessanten Ergebnissen, die Sie ab Seite 5 nachlesen können. Zusätzlich äußert sich die Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes in einem Interview zum Für und Wider der „Väter im Kreißaal“ (ab Seite 7).

Im Jahr 2002 führte die Bundesregierung das sogenannte „Mammographie-Screening-Programm“ in Deutschland ein. Seitdem sagen Kritiker immer wieder: „Zu teuer!“, „zu aufwändig!“ und „zu großer Aufwand für geringen Nutzen“. Im September 2009 wurde der erste Evaluationsbericht der Jahre 2005 bis 2007 veröffentlicht, um den tatsächlichen Nutzen für alle messbar zu machen. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sieht die erfreulichen Ergebnisse als Motivation, das **WISSEN** zur Früherkennung und Therapieplanung weiter voranzutreiben. Erfahren Sie mehr zum Screening-Programm ab Seite 10, und lesen Sie ab Seite 14 über neueste Forschungsergebnisse zum Thema Brustkrebs.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) zählt inzwischen rund 1.000 Mitglieder. Neben FrauenärztInnen sind auch Hebammen, PsychologInnen und SoziologInnen Mitglieder. Ein großer Erfolg der Gesellschaft: Sie konnte einen **WANDEL** in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt oder zur Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erwirken. So wurde der Erwerb der psychosomatischen Grundversorgung mit einem 80-stündigen Kurs als integraler Bestandteil festgeschrieben. Hierzu und über andere Schwerpunkte sowie die Methoden dieses Fachgebietes informiert Privatdozentin Dr. Martina Rauchfuß, Präsidentin der DGPF in einem Interview ab Seite 17.

Viel Spaß beim Lesen und eine schöne Weihnachtszeit wünscht Ihr Pressekontakt DGGG

Volker Clément

Dr. Eleonora Setiadi

Friderike Stüwert



Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie
und Geburtshilfe e. V.

„Hermine-Heusler-Edenhuizen-Preis“

Neuer Journalistenpreis der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Anlässlich des 58. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) 2010 in München wird der „Hermine-Heusler-Edenhuizen-Preis“ zum ersten Mal vergeben.

Hermine Heusler-Edenhuizen (1872 – 1955) war die erste anerkannte Frauenärztin in Deutschland, niedergelassen in Berlin. Sie war engagierte Frauenrechtlerin und trat unter anderem für die Abschaffung des Schwangerschaftsabbruchs-Paragraphen 218 ein.

Der Medienpreis wird für hervorragende journalistische Arbeiten verliehen, die dazu beigetragen haben, das Wissen der breiten Öffentlichkeit über die Bedeutung der Gynäkologie und Geburtshilfe, die Vorbeugung und die Behandlung gynäkologischer Erkrankungen in Deutschland zu erweitern und die ärztliche Versorgung von Frauen in Deutschland zu verbessern.

Dotierung: Insgesamt 6.000,- Euro

Bewerber/innen: Journalistinnen und Journalisten mit Hauptwohnsitz in Deutschland

Bewerbungsunterlagen:

- Bewerbungsformular auf der Website der DGGG (www.dggg.de)
- Beleg des Bewerbungsbeitrags (**Print:** Kopie in DIN A4, **TV & Hörfunk:** DVD-/CD-ROM mit Textmanuskript, **Online-Medien:** Screenshot in DIN A4 und/oder Druckversion des Textes)

Jury:

Die Jury setzt sich aus dem Präsidenten und dem Vizepräsidenten der DGGG sowie aus anerkannten Journalisten zusammen.

Manuskripte:

Eingereicht werden können Arbeiten aus Print, TV, Hörfunk und Neuen Medien, die in dem Zeitraum 1.1.2009 bis 30.6.2010 in Deutschland veröffentlicht wurden.

Einsendeschluss: 15. Juli 2010 (Datum des Poststempels)

Preisverleihung:

Die Preise werden im Rahmen des 58. Kongresses der DGGG verliehen, der vom 5. bis 8. Oktober 2010 in München stattfindet (www.dggg-kongress.de).

Kontakt:

DGGG-Pressestelle
c/o MasterMedia
Dr. Eleonora Setiadi
Schulterblatt 120
20357 Hamburg
Tel.: 040 507113-39
E-Mail: dggg@mastermedia.de



– Väter im Kreißsaal –

Väter im Kreißsaal – vor 40 Jahren eine Seltenheit

Moderne familienorientierte Geburtshilfe bedeutet heute auch: Der werdende Vater steht seiner Partnerin bei der Geburtsvorbereitung, der Geburt selbst und auch in den ersten Wochen nach der Geburt zur Seite. „Eine Entwicklung, die unaufhaltsam mit der bislang ungeprüften Gewissheit verknüpft ist, die starke Einbeziehung des Partners wirke sich uneingeschränkt positiv auf die gesamte Geburt aus“, sagt Dr. Achim Wöckel von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Gynäkologe am Universitätsklinikum Ulm. „Bis heute steht eine systematische Untersuchung zum Nachweis dieser Wirkung allerdings aus.“ Indes konnte eine Analyse aus dem Jahr 2002 bereits zeigen, dass die Begleitung einer Gebärenden positive Auswirkungen auf die Anzahl der Kaiserschnitte, die Geburtsdauer, die Häufigkeit des Einsatzes zum Beispiel einer Saugglocke und die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis haben kann.¹ Hier wurde jedoch nicht zwischen Vätern und anderen Begleitpersonen wie Schwestern oder Freundinnen unterschieden.

Gemeinsam mit Kollegen wertete Dr. Wöckel alle aktuellen Studien aus, in denen der Einfluss des Partners auf die Geburt untersucht wurde.² Zunächst ernüchternd: Positive Auswirkungen auf Geburtsdauer, Schmerzmittelverbrauch und geburtsmedizinische Interventionsrate sind nicht nachweisbar.³ Auch gab es keinen Nachweis für den Einfluss der Väterbegleitung auf die Komplikationsrate bei Geburten.⁴ „Allerdings kann der Beistand des Mannes unter bestimmten Umständen die Zufriedenheit des Paares und eine rückblickend positive Beurteilung des Geburtserlebnisses fördern“, erläutert Wöckel. „Bestimmte Umstände“ sind dann gegeben, wenn der Mann eine begleitungsspezifische Geburtsvorbereitung genossen hat und ihm eine klare Rollen- bzw. Funktionsdefinition in der Kreißsaalsituation zuteil wurde.^{5, 6} Heißt: Im Vorfeld

¹ Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews (online) 2002 (1) CD 000199

² Wöckel A, Abou-Dakn M et al. Väter im Kreißsaal – ein kritischer Überblick zum Stand der Forschung.

³ Gungor I, Beji NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. West J Nurs Res 2007; 29:213-231

⁴ Odent J. Is the participation of the father at birth dangerous? Midwifery Today Int Midwife. 1999; 51:2324.

⁵ Madson SA, Munck H. Fathers' presence at deliveries in Denmark. Sante Ment Que 2001; 26:27-38



haben die Väter nicht nur den Paar-Vorbereitungskurs gemeinsam mit ihrer Partnerin besucht, sondern einen, der nur unter Männern stattfand. Hier hatten sie die Möglichkeit, Fragen loszuwerden, die sie gemeinsam mit ihrer Partnerin vielleicht nicht gestellt hätten. „Wer erkannt hat, im Kreißsaal als Begleiter nichts steuern oder leisten zu müssen, sondern nur anwesend zu sein und auf die Kompetenz des geburtshilflichen Personals zu vertrauen, profitiert eher von einem positiven Geburtserlebnis“, erklärt der Gynäkologe.

Auch Professor Klaus Vetter, Generalsekretär der DGGG und Chefarzt der Klinik für Geburtsmedizin am Vivantes Klinikum Neukölln, ist sich sicher: „Dass Männer ihre Frauen in den Kreißsaal begleiten, ist eine positive Entwicklung der letzten dreißig Jahre. Allerdings sollten sie auch von ihrem Recht Gebrauch machen dürfen, die Begleitung abzulehnen. Einen unsicheren oder ängstlichen Partner braucht keine in den Wehen liegende Frau.“ Denn die gesellschaftlich mittlerweile als normal angesehen Begleitung durch den Partner kann diesen auch erheblich unter Druck setzen. Wöckel beschreibt in seiner Arbeit die von den Männern häufig erlebte Unfähigkeit, der Partnerin helfen zu können als ursächlich.⁷ Zusätzlich könnten Spannungen in der Beziehung des Paares es erschweren, Unterstützung unter der Geburt zu geben.⁸

2007 waren laut einer repräsentativen Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach unter rund 1.800 Personen ab 16 Jahren 76 Prozent der Männer zwischen 30 und 44 Jahren bei der Geburt ihres Kindes anwesend. Unter den 16 bis 29-Jährigen waren es sogar 82 Prozent. Hingegen waren bei den über 60-Jährigen nur 16 Prozent dabei, als ihre Frauen deren Kinder zur Welt brachten. Denn bis zum Ende der 1950er-Jahre wurden Geburten in den westlichen Ländern nur selten von Angehörigen bzw. vom Partner begleitet. In den 1960er-Jahren fanden sich die ersten Bewegungen dieser Art, und in der 1970ern wurden Väter zunehmend in Kreißsälen akzeptiert, die sogar eigene Bedürfnisse für die Kreißsaalsituation formulierten. Seit den 1980ern kann der Mann seine Partnerin zum Geburtsvorbereitungskurs begleiten.

⁶ Capogna G, Camorcia M, Stirparo S. Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia

⁷ David M, Reich A, Kentenich H, Morack G. Väter als Geburtsbegleiter – aktuelle Aspekte Geburtshilfe Frauenheilkd 1994; 54:154-156

⁸ David M, Kentenich H. Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. Gynäkologe 2008; 41: 21-27



Interview mit der Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes Martina Klenk

Was halten Sie von Männern im Kreißsaal?

Ein Mann, der gut vorbereitet mit der Partnerin in eine Geburt geht, ist sehr hilfreich. Es kann allerdings genau so gut eine andere Vertrauensperson sein. Ebenso kann es vorteilhaft sein, wenn sich Vertrauenspersonen abwechseln. In jedem Fall brauchen Frauen eine Begleitung.

Zwar haben sie seit Jahrtausenden unter sich geboren. Irgendwann haben sie aber letztlich ihre Männer in den Kreißsaal geholt. Sicher auch, weil sich Frauen im Kreißsaal einsam fühlten und sich ihren Mann als Stütze wünschten. Vielleicht diente der Mann früher auch als Schutz vor Übergriffen. Es gab auch die Hoffnung, dass Männer durch das Wunder der Geburt weniger dazu neigen, ihre Aggressionen zu leben. Ihre Anwesenheit bei der Geburt sollte die Gesellschaft insgesamt verändern, indem es die Männer sanfter macht.

Hat denn die Anwesenheit des Mannes irgendwas verbessert?

Wir brauchen dringend mehr wissenschaftliche Studien über die Auswirkung der Anwesenheit von Männern bei der Geburt. Neben vielen positiven Wirkungen durch seine Anwesenheit gibt es sicher auch Schattenseiten. Männer können die Geburt schwieriger fühlen, oder sie sind oft überwältigt oder erschrocken. Wir nehmen auch an, dass die Technisierung der Geburt auch aufgrund der Anwesenheit der Männer so enorm zugenommen hat. Denn Technik gibt Männern Sicherheit. Dadurch wird die Geburt messbar und für ihn nachvollziehbar. Viele Männer fühlen sich hilflos und neigen dann dazu, in übertriebenen und unangebrachten Aktionismus zu verfallen. Denn Passivität ist für sie nur schwer zu ertragen.

Welche verschiedenen Männer-Typen haben Sie im Kreißsaal kennen gelernt?

Der Fürsorgliche, der mir natürlich am liebsten ist, steht aufmerksam an der Seite seiner Frau. Er atmet mit und massiert sie zum Beispiel. Der Distanzierte kommt zwar mit, setzt sich dann aber in den Sessel und liest die Zeitung oder filmt die Geburt. Der Hektiker ist ungeduldig und aufgereggt, dadurch kein besonders guter Beistand für seine Frau. Der Engagierte ist übertrieben aufmerksam, feuert an, presst mit. Der Aggressive wird laut oder sogar handgreiflich, wenn es für ihn nervlich zu viel wird. Tatsächlich aber nähern sich die meisten Männer der Geburt mit viel Respekt.



Wie kann sich Mann am besten auf die Situation „Geburt“ vorbereiten?

Er sollte kontinuierlich über einige Wochen mit seiner Frau einen Geburtsvorbereitungskurs besuchen. Leider gibt es hier keine generelle Kostenübernahme für Männer. Ein Kurs kostet rund 80 Euro. Auch sollte das Paar die Ängste des Mannes thematisieren. Der Mann braucht dringend die Erlaubnis der Frau, den Kreißsaal zu verlassen, wenn es für ihn zu viel wird. Dann können sie nämlich für den Notfall eine Ersatzbegleitung organisieren. Zudem sollte er sich mit anderen Vätern austauschen, die schon bei Geburten dabei waren. Sie sollten aber auch den Mut haben zu sagen, wenn sie nicht mit wollen. Das ist mittlerweile leider ein Tabu für Männer.

Wie sollte Mann sich im Kreißsaal verhalten? Wie kann er seiner Frau am besten helfen?

Der Mann ist ein guter Begleiter, wenn er bei der Geburt aufmerksam ist, seine Frau unterstützt, sie massiert oder zum Beispiel einen Tee kocht. Viel reden sollte er eher nicht.

Was sollte Mann im Kreißsaal unbedingt unterlassen?

Besonders kontraproduktiv ist es, wenn er seine eigene Ungeduld auf die Frau überträgt und sie damit unter Druck setzt. Es gibt wirklich Männer, die ihren Frauen sagen „Jetzt reiß dich mal zusammen!“

Kippen manche Männer wirklich im Kreißsaal um oder ist das ein Mythos?

Während der Geburt ist der Adrenalinpegel der Männer viel zu hoch, da kippen sie eher selten um. Bei der Periduralanästhesie passiert das allerdings schon häufiger.

3.704 Zeichen (mit Leerzeichen)



„Der schönste Moment meines Lebens“

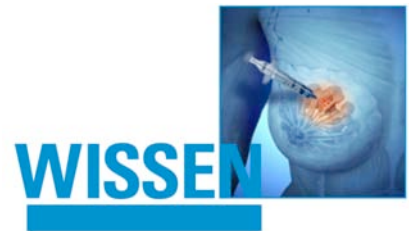
Oliver Keil (37) aus Waiblingen, Baden-Württemberg, war bei der Wassergeburt seines Sohnes Neo (*9. November 2009) dabei und hat seiner Frau 14 Stunden beigestanden.

Ich wusste von Anfang an, dass ich mit in den Kreißsaal kommen möchte. Ich war ja auch bei der Schwangerschaft immer dabei – bei jedem Arzttermin, bei jeder Akupunktur. Ich war richtig mit schwanger! An einem Geburtsvorbereitungskurs haben wir allerdings nicht teilgenommen. Meine Frau Melanie (22) fühlte sich sicher und wusste, dass sie das auch so schafft. Und damit hatte sie recht. Außerdem hatten wir im Kreißsaal eine hervorragende Betreuung durch zwei Hebammen. Meine Frau lag 14 Stunden in den Wehen. Einen Großteil der Zeit waren wir unter uns. Das war schön, denn so hatten wir genug Ruhe, um uns auf die einzelnen Phasen der Geburt zu konzentrieren. Ich habe die Musik eingelegt, die sie hören wollte, Kerzen angezündet und dafür gesorgt, dass sie genug trinkt, weil sie sehr geschwitzt hat. Das schlimmste für mich war, sie leiden zu sehen. Ich musste zuschauen, wie sie schreckliche Schmerzen ertragen hat, die ich zwar lindern konnte, aber nicht im Stande war, sie ihr abzunehmen.

Als Neo dann endlich zur Welt kam, war und bleibt das der schönste Moment in meinem Leben. Noch unter Wasser hat er die Augen geöffnet und uns angesehen. Etwas besorgt war ich, weil Neo nicht gleich schrie, als er auf der Welt war. Aber die Hebammen erklärten mir, das sei normal, weil die Nabelschnur noch genügend sauerstoffreiches Blut enthält. Und nachdem ich die Nabelschnur durchgeschnitten habe, hat er auch endlich geschrien.

Angst hatte ich vorher überhaupt nicht, denn ich habe auf die Kraft meiner Frau vertraut und wusste, dass unser Sohn gesund ist und wir im Krankenhaus gut betreut sind. Ich empfand während der Geburt auch nichts als eklig oder erschreckend, vielmehr hat es mich irrsinnig interessiert, und ich habe sehr viel gelernt. Zumal wir 2008 eine Fehlgeburt hatten, war es für uns ganz wichtig, dass wir hier ein Stück vom Glück sorgenfrei zurückbekommen haben. Ich würde jederzeit wieder mitkommen.

2.121 Zeichen (mit Leerzeichen)



– Mit Wissen gegen den Brustkrebs –

Nutzen des Mammographie-Screening-Programms

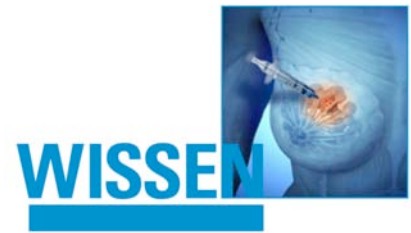
Jährlich erkranken rund 57.000 Frauen neu an Brustkrebs. Dieser ist mit einem Anteil von über einem Viertel die häufigste aller Krebserkrankungen bei Frauen. Um den Krebs – in Fachkreisen auch Mammakarzinom genannt – erfolgreich behandeln zu können, ist eine möglichst frühe Diagnose wichtig. „Ausgezeichnete Chancen haben Frauen, deren Tumor erkannt wird, bevor er eine Größe von 20 mm erreicht“, sagt Prof. Dr. Ingrid Schreer von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Radiologin am Mamma-Zentrum des Universitätsklinikums Kiel. „Ist der Knoten kleiner als 10 mm, haben Betroffene sogar zu 94 Prozent eine sogenannte 20-Jahres Überlebensrate. Und das ist im Prinzip mit einer Heilung gleichzusetzen“, erklärt Schreer. Besonders zeitig können Ärztinnen und Ärzte Karzinom-Frühhformen und Vorstufen mittels der Mammographie-Methode diagnostizieren.

Aber gilt in jedem Fall das Motto „je früher, desto besser“? Im Jahr 2002 führte die Bundesregierung das sogenannte „Mammographie-Screening-Programm“ in Deutschland ein. Bisher kritisierten viele Experten, das Screening-Programm sei zu teuer, zu aufwändig und sein Nutzen rechtfertige nicht den flächendeckenden Einsatz. Deshalb erstellt eine Kooperationsgemeinschaft regelmäßig einen Evaluationsbericht und überprüft somit, ob das bundesweit eingesetzte Früherkennungsprogramm gerechtfertigt ist.

Der erste, im September 2009 veröffentlichte Evaluationsbericht der Jahre 2005 bis 2007 setzt den Spekulationen ein Ende: Der Nutzen des Screening-Programms ist sogar größer als bisher angenommen! Denn, die Ergebnisse übertreffen in nahezu allen Leistungsparametern* zur „Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität“ den geforderten Referenzbereich der EU-Leitlinien.⁹

⁹ Kooperationsgemeinschaft Mammographie (2009), Ergebnisse des Mammographie-Screenings-Programms in Deutschland, Evaluationsbericht 2005-2007: Tabelle 1.

* Parameter erfüllt: Anteile In-situ-Karzinome, invasiver Karzinome, invasiver Karzinome ohne Befall der Lymphknoten, Karzinome Stadium II+, präoperativ gesicherter Karzinome



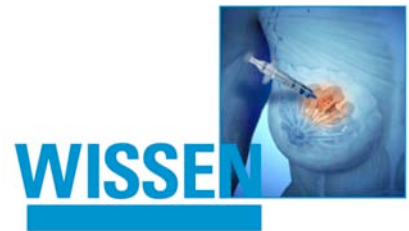
Gynäkologen befürworten Screening

Das Mammographie-Screening-Programm beinhaltet einen enormen Organisations- und Personalaufwand. Dennoch begrüßt die DGGG ihren flächendeckenden Einsatz: Kosten und Aufwand des Programms seien gerechtfertigt, denn seit der Einführung diagnostizierten Mammographie-Experten bis zu 20 Prozent mehr Krebsfrühformen und -vorstufen. „Aus medizinischer Sicht ist alles, was über zehn Prozent zusätzlich erkannter Befunde liegt, bereits ein Erfolg im Kampf gegen den Brustkrebs“, erklärt Prof. Dr. Rolf Kreienberg, DGGG-Präsident und Ärztlicher Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm. Die deutlich zunehmende Zahl diagnostizierter Frühstadien ermögliche es Gynäkologinnen und Gynäkologen, immer weniger eingreifend behandeln zu müssen oder auf schonende Operationsverfahren zurückgreifen zu können. Bei einigen Patientinnen könne sogar auf die Chemotherapie verzichtet werden – „wieder ein Stückweit mehr Lebensqualität für die Frau“, so der DGGG-Präsident. Kreienberg fordert darüber hinaus, dass die Altersbegrenzung des Programms – gesunde Frauen zwischen 50 und 69 Jahren – nach unten und nach oben zu öffnen sei.

Spezielle Schulung für bessere Aufklärung von Patientinnen gefordert

Trotz der Erfolge der letzten Jahre folgt bisher nur etwa jede zweite Frau der Aufforderung, an dem Mammographie-Programm teilzunehmen. Zu groß scheint das Unwissen über die lebensrettende Möglichkeit der Frühdiagnose oder die Angst vor dem Wissen und die Verunsicherung durch falsch-positive Befunde. Deshalb fordert Schreer eine bessere Aufklärung und Information von Frauen: „Gut informierte Frauen haben weniger Ängste, wissen, was die mammographische Untersuchung erreichen oder aber auch nicht leisten kann, und wie sie mit einem möglichen positiven Befund umgehen. Denn positiv heißt nicht gleich Krebs!“ In der weiteren ärztlichen Abklärung unklarer Diagnosen stellen Ärztinnen und Ärzte häufig fest, dass es sich um gutartige – sogenannte falsch-positive Befunde – und seltener um bösartige Veränderungen handelt.

Eine spezielle und vor allem neutrale Anlaufstelle zur Aufklärung über die Möglichkeiten der Prävention gibt es derzeit nicht. Frauen sollten sich daher an ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt wenden. „Niedergelassene Gynäkologen sind in der Lage den Patientinnen in einem persönlichen Gespräch beratend zur Seite zu stehen“, so Schreer. Die Kooperationsgemeinschaft biete zwar auf ihre Website (www.mammo-programm.de) eine sehr gute, informative Patientenbroschüre, die aber nicht das individuelle Gespräch ersetzen könne.



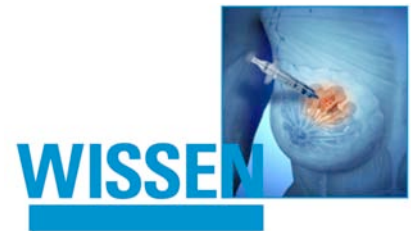
Diagnose Brustkrebs und jetzt?

Brustkrebsvorstufen sind nicht lebensbedrohlich. Doch Frauen plagt nach einer positiven Diagnose häufig die Frage, ob sie genau zu der Gruppe gehören, bei der der kleine Knoten eine Vorstufe bleibt – oder entartet er doch zum bösartigen Tumor? Ist ein Eingriff wirklich nötig? Professionelle Hilfe erhalten Betroffene vor allem in sogenannten „Brustkrebszentren“, die sich mittlerweile in Deutschland etabliert haben.

Eine im Juli 2009 veröffentlichte Studie zeigt, dass im vergangenen Jahr bereits 175 der Zentren an einem freiwilligen Zertifizierungsprogramm (2002 bis 2008) teilgenommen haben, um ihren hohen Qualitätsstandard zu belegen.¹⁰ „Bereits 77 Prozent der behandelten Neuerkrankungen im vergangenen Jahr gehen auf das Konto der Brustkrebszentren. Der Vorteil eines Zentrums ist, dass hier geballt Kompetenzen existieren und das interdisziplinäre Fachpersonal im steten Austausch steht – das macht Qualität aus“, erklärt Kreienberg. Gerade deshalb bedauert er, dass Frauen erst in die Brustkrebszentren geschickt werden, wenn eine Brustkrebsdiagnose bereits feststeht. Denn bisher läuft das Mammographie-Screening-Programm an den Zentren vorbei. „Ich würde es sehr begrüßen, wenn die Brustkrebszentren zukünftig früher in den Ablauf des Screening-Programms eingebunden werden“, so der DGGG-Präsident. Die erforderlichen, besonders schonenden Diagnoseverfahren, wie Vakuum- und Stanzbiopsien, können auch in diesen Zentren durchgeführt werden. So könnte ein Kompetenzteam vor Ort der Patientin – von der Diagnose bis hin zur Therapie – beratend zur Seite stehen.

5.950 Zeichen (mit Leerzeichen)

¹⁰ Brucker SY, et al.: Certification of breast centres in Germany: proof of concept for a prototypical example of quality assurance in multidisciplinary cancer care. BMC Cancer 2009 Jul 14; 9:228.



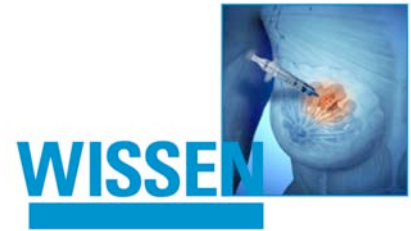
Kurze Hintergrundinformation

Ablauf des Mammographie-Screening-Programms

Jede Frau im Alter zwischen 50 und 69 Jahren erhält eine Einladung, an dem bundesweiten Mammographie-Screening-Programm teilzunehmen, um frühzeitig eine Brustkrebserkrankung zu erkennen. Gleichzeitig bekommen sie umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt, welches, laut der DGGG, nicht das persönliche Gespräch mit der eigenen Frauenärztin oder dem eigenen Frauenarzt ersetzt.

Zurzeit stehen an mehreren Standorten „Screening-Einheiten“ (speziell eingerichtete Zentren) bereit, die die Frauen aufsuchen können. Da nicht jede die Orte erreichen kann, stehen zusätzlich Fahrzeuge zur Verfügung, sogenannte „Mammobile“, in denen ebenfalls Untersuchungen stattfinden können.

Mehrere Ärztinnen und Ärzte begutachten auffällige Ergebnisse und klären diese ab, bevor eine positive Diagnose feststeht und die Patientin zum Beispiel in ein qualifiziertes Brustkrebszentrum überwiesen wird.



Neues aus der Krebsforschung – schon gewusst?

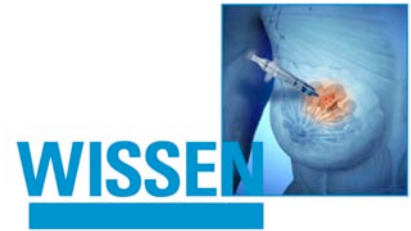
Weltweit größte Studie zeigt: kontralaterales Brustkrebsrisiko abhängig vom Alter und „Brustkrebsgen“ BRCA

Unermüdlich wird an der häufigsten Krebserkrankung bei Frauen – dem Brustkrebs – weitergeforscht, um Risiken besser abschätzen zu können und neue Therapiemöglichkeiten zu finden. „Das Risiko zu kennen, möglicherweise an Brustkrebs zu erkranken, hat große Vorteile. Denn dieses Wissen kann dann entscheidend in die individuelle Beratung und gemeinsame Vorsorge- und Therapieplanung einfließen“, sagt Prof. Dr. Rita Schmutzler von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Leiterin des Schwerpunktes Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Uniklinik Köln. Eine Überdiagnostik und Übertherapie beispielsweise derjenigen Frauen, die nicht zu einer Hochrisikogruppe gehören, könne so verhindert werden.

Eine im Oktober 2009 veröffentlichte, großangelegte Kohortenstudie (1996-2008) zeigt nun, dass das Risiko eines kontralateralen Brustkrebses – die Erkrankung der zweiten Brust – bei Trägerinnen einer BRCA1 oder BRCA2 Mutation sowohl vom Alter, als auch vom betroffenen Risikogen abhängt.¹¹ Über 2.000 brustkrebserkrankte Frauen aus rund 1.000 Familien mit nachgewiesener BRCA1- oder BRCA2-Mutation nahmen an dieser Studie teil.

Bei Frauen mit einer genetischen Veränderung in einem der Brustkrebsgene liegt das Risiko eines kontralateralen Mammakarzinoms, 25 Jahre nach der Ersterkrankung, bei rund 47 Prozent. Dabei haben Betroffene mit einer BRCA1-Mutation ein 1,6-fach höheres Risiko im Vergleich zu Frauen mit einer Mutation im BRCA2-Gen. Zusätzlich spielt das Alter der Ersterkrankung eine entscheidende Rolle: Waren BRCA1-Mutationsträgerinnen bei der ersten Brustkrebsdiagnose jünger als 40 Jahre, liegt das Risiko eines kontralateralen Krebses nach 25 Jahren bei 63 Prozent. Trat hingegen ein Karzinom erstmals nach dem 50. Lebensjahr auf, so sinkt das Risiko bereits auf etwa 20 Prozent. „Diese neuen Erkenntnisse aus der Wissenschaft

¹¹ Gräser MK, et al.: Contralateral Breast Cancer Risk in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. J Clin Oncol. 2009 Oct 26, (Epub ahead of print; DOI: 10.1200/JCO 2008.19.9430).

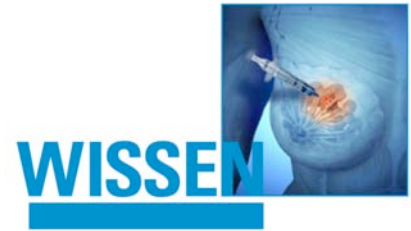


ermöglichen jetzt eine viel genauere Risikoabschätzung und damit eine bessere Beratung“, so Schmutzler zum Studienergebnis. Vielen Frauen könne dann eine beidseitige Brustdrüsenentfernung erspart bleiben.

2.180 Zeichen (mit Leerzeichen)

Kurze Hintergrundinformation

In Deutschland erkranken jedes Jahr über 57.000 Bundesbürgerinnen neu an Brustkrebs – die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Etwa fünf bis zehn Prozent aller Brustkrebsfälle sind erblich bedingt. Das heißt, bestimmte Gene weisen eine Veränderung auf, welche an die Nachkommen über die Keimzellen (Ei- und Samenzelle) weitergegeben werden. Die Gene, die am häufigsten Brust- oder Eierstockkrebs auslösen können, sind die veränderten Gene BRCA1 und BRCA2 (BRCAst-CAnker-Gene). Ist eine Frau Trägerin solch einer Mutation, ist ihr lebenslanges Brustkrebsrisiko auf 80 bis 85 Prozent erhöht.



Neues aus der Krebsforschung – schon gewusst?

Verbessert Sport die Brustkrebsprognose?

„Es ist eindeutig erwiesen, dass Sport einen sehr positiven Effekt bei Brustkrebskranken Frauen hat“, sagt Prof. Dr. Rolf Kreienberg, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Ärztlicher Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm. Jetzt haben Wissenschaftler mit dem „Adipocyte fatty acid binding-protein“ (**A-FABP**) ein neues Protein (Eiweißmolekül) entdeckt, das vermehrt bei fettleibigen Frauen, aber auch bei Frauen mit Brustkrebs vorkommt¹². Ob jedoch Sport den A-FABP-Blutspiegel senke und so die Brustkrebsprognose bei gesunden Frauen begünstige, konnten Forscher noch nicht beweisen.

An der im Oktober 2009 veröffentlichten Studie nahmen rund 200 Frauen teil. Als übergewichtig galten die Teilnehmerinnen mit einem Body-Mass-Index (BMI) ≥ 25 . Die Forscher beobachteten, dass der Blutspiegel des A-FAB-Proteins, ein Adipocytokin, bei übergewichtigen Frauen signifikant erhöht war. Gleichzeitig stellten sie im Serum von Brustkrebskranken Studienteilnehmerinnen auch einen signifikant erhöhten A-FABP-Spiegel fest, der zudem in direkter Beziehung zur Tumorgroße und zum Nodalstatus (Verbreitung in Lymphknoten) stand. Kein direkter Zusammenhang bestand hingegen zwischen dem „Adiponectin“-Spiegel – ein anderes, bereits bekanntes Adipocytokin – und einer Brustkrebskrankung. Das Fazit dieser Studienergebnisse: Der Proteinspiegel von A-FABP im Blut könnte in Zukunft möglicherweise bei adipösen Frauen als Prognosefaktor für das Brustkrebsrisiko genutzt werden.

1.542 Zeichen (mit Leerzeichen)

¹² Hancke K, et al.: Adipocyte fatty acid-binding protein as a novel prognostic factor in breast cancer patients. Breast Cancer Res Treat. 2009 Oct 16 (Epub ahead of print).



– Psychosomatische Frauenheilkunde – Taugt das was?

Interview mit Privatdozentin Dr. Martina Rauchfuß

Die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPFPG e. V.), Dr. Martina Rauchfuß, ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und für Psychosomatische Medizin.

Seit wann gibt es die psychosomatische Frauenheilkunde?

Eine internationale Gesellschaft für Psychosomatic Obstetrics and Gynecology (ISPOG) gibt es seit 1962. In beiden Teilen Deutschlands begannen psychosomatische Aktivitäten in der Geburtshilfe und Gynäkologie etwa gleichzeitig in den 70er Jahren. In der DDR entstand 1979 die Arbeitsgemeinschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe **OGPGG**. In der BRD wurde 1981 die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie **DGPGG e. V.** gegründet. Ihr Ziel war es, die Praxis der Frauenheilkunde durch eine angewandte Psychosomatik zu erweitern und zu bereichern. Der Erfolg gab ihnen recht: Schon bald wuchs die DGPGG zu einer der stärksten frauenärztlichen Vereinigungen heran. Aus dem Zusammenschluss beider Gesellschaften ging im Februar 2000 die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe **DGPFPG e. V.** hervor.

Werden unsere Ärztinnen und Ärzte darin ausgebildet?

Seit 2004 ist ein 80-stündiger Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ für angehende Frauenärztinnen und -ärzte im Rahmen der Weiterbildung verpflichtend vorgeschrieben. Dafür entwickelte die DGPFPG das offizielle Curriculum der psychosomatischen Frauenheilkunde, das inzwischen in vielen Bundesländern nach den Qualitätskriterien der Gesellschaft angeboten wird. Somit ist die psychosomatische Grundversorgung in allen Facharztweiterbildungen als Bestandteil integriert. Das reicht, um ein Verständnis dafür zu bekommen, bei welchen Erkrankungen psychosomatische Ursachen eine Rolle spielen.

Wo setzt die psychosomatische Frauenheilkunde an?

Sie will verstehen, bei welchen Erkrankungen psychosoziale Ursachen eine wesentliche Rolle in der Krankheitsentstehung spielen. Jeder Frauenarzt und jede Frauenärztin sollte im Rahmen



der Behandlung auch die psychosoziale Situation der Patientin mit erfragen und psychosomatische Aspekte integrieren.

Geschieht das denn bereits in der Praxis?

Ein integriertes psychosomatisches Denken und Handeln ist in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe deutschlandweit nicht generell der Fall. Es gibt immer noch viele Kollegen und Kolleginnen, die nur der körperlichen Symptomatik Beachtung schenken und so ihren Patientinnen nicht gerecht werden. Bei Engagement und Qualifikation der Ärztin oder des Arztes können allerdings auch in einem kurzen Gespräch wichtige Themen ausreichend besprochen werden. Die DGPF, die inzwischen nahezu 1.000 Mitglieder zählt, bietet seit vielen Jahren Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung an. Hier werden entsprechende Kompetenzen vermittelt und Fertigkeiten, zum Beispiel in Rollenspielen, trainiert. Ein Eingehen auf die psychosoziale Situation der Patientin verbessert die Arzt-/Ärztin-Patientin-Beziehung. Dadurch wird die Kommunikation einfacher, partnerschaftlicher und klarer und in der Regel auch die Bereitschaft der Patientin, Hinweise und Verordnungen des Arztes zu befolgen, besser.

Gibt es typische psychosomatische Krankheitsbilder?

Typisch ist zum Beispiel der chronische Unterbauchschmerz. Hier sind psychosoziale Ursachen ganz wesentlich. In der Geburtshilfe sind es beispielsweise vorzeitige Wehen. Hier gibt es oft Stressauslöser, bei denen man mit Entspannungsverfahren oder entlastenden Gesprächen viel erreichen kann.

Wie funktioniert eine typische psychosomatische Behandlung?

Es gibt ein gestuftes Behandlungskonzept. Zunächst ist eine psychosomatische Diagnose wichtig. Hierbei muss die Symptomatik in den Lebenskontext gestellt werden. Man erforscht hier zum Beispiel, zu welchem Zeitpunkt das Symptom entstanden ist. Denn eine Stresssituation kann Auslöser für die Symptomatik sein. Den Zusammenhang sollte die Patientin für sich erkennen. Das allein ist schon ein sehr großer Erfolg. Danach schaut man, was passieren muss, um die belastende Situation zu ändern. Hier kann man auch mit Entspannungsverfahren viel erreichen. Merkt die Gynäkologin oder der Gynäkologe dann, dass die Grundversorgung nicht ausreichend ist, kann er die Patientin zu einer Kollegin oder einem Kollegen mit



psychotherapeutischer Zusatzqualifikation überweisen. Die letzte Stufe ist dann der Facharzt für psychosomatische Medizin, der meist in Kliniken tätig ist, in denen es psychosomatische Stationen gibt. Alle Behandlungen werden von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Wo ist die psychosomatische Therapie besonders erfolgreich?

Immer dann, wenn das Leiden noch nicht chronisch geworden ist. Und auch dann, wenn die Patientin selbst ein psychosomatisches Verständnis entwickelt. Also wenn sie die Einsicht hat, dass ihre Lebensumstände einen Einfluss auf ihre Symptome haben. Bei vorzeitigen Wehen beispielsweise kann man relativ zügig etwas bewirken.

Kann die Psychosomatik eine Geburt beeinflussen?

Natürlich. Wenn beispielsweise eine Schwangere sehr ängstlich ist und man mit ihr psychosomatisch arbeitet, kann die Geburt leichter vonstatten gehen. Allerdings fehlt in vielen Kliniken noch qualifiziertes Personal.

Mit welchen Beschwerden sollte man sich an einen auf psychosomatische Behandlung spezialisierten Arzt wenden?

Zum Beispiel mit einem chronischen Unterbauchschmerz, bei unerfülltem Kinderwunsch oder bei Zyklusstörungen, aber auch nach einer Krebserkrankung oder bei Komplikationen in der Schwangerschaft.

Wie finde ich einen Arzt, der sich mit psychosomatischer Frauenheilkunde auskennt?

Über die Website der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (<http://www.dgpgf.de/>). Dort kann man Postleitzahlen eingeben und den nächstgelegenen Arzt suchen. Oder man informiert sich bei den einzelnen Landesärztekammern oder über die kassenärztlichen Vereinigungen der Länder.

Wie überprüfen Sie Behandlungserfolge?

Es gibt bereits viele Studien, die unsere Behandlungserfolge messbar machen. Und natürlich orientieren wir uns an der Besserung der Symptomatik.

6.137 Zeichen (mit Leerzeichen)