



Endo-Info Nr. 29

Juni 2006

Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. · Bernhard-Göring-Straße 152 · 04277 Leipzig · Telefon / Fax: (03 41) 3 06 53 04



Liebe Leserinnen und Leser,

die Vorbereitungen zum 10. Jahrestag der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. nehmen konkret Gestalt an. Wir haben viel Zeit investiert, damit dieses Wochenende ein unvergesslicher Höhepunkt in unserem Vereinsleben wird. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Programmheft, das Ihnen mit gesonderter Post zugeht. Wir freuen uns auf viele TeilnehmerInnen und heißen Sie in Leipzig herzlich willkommen.

Unsere Informations- und Beratungskompetenz steht und fällt mit Ihrer Bereitschaft zur Mithilfe. Wir haben gegenwärtig bereits einen Fragebogen im Umlauf, dessen Auswertung dazu beitragen soll, dass Ihnen die Beratungsstelle mit noch größerer Kompetenz bei der Suche nach einem Arzt / einer Ärztin mit entsprechender Aus- und Fortbildung sowie ausreichender Erfahrung helfen kann. Auch bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt möchten wir Sie mit den entsprechenden Informationen versorgen können. Deshalb finden Sie in dieser Ausgabe einen Fragebogen zur Betreuung in Krankenhäusern.

Wir bitten Sie sehr herzlich, sich an dieser Befragung zu beteiligen und, wenn noch nicht geschehen, uns auch den ersten Fragebogen zurückzuschicken. Sollte der Platz nicht ausreichen, können Sie uns Ihre ganz persönlichen Erfahrungen auch auf einem gesonderten Blatt mitteilen. Diese werden wir gern in der Endo-Info oder im geschützten Mitgliederbereich auf unserer Homepage veröffentlichen, wenn Sie uns dafür Ihr Einverständnis geben.

Liebe Leserinnen und Leser, dank der Unterstützung von Prof. Dr. Schweppe, Prof. Dr. Ulrich und Prof. Dr. Keckstein sind die aktuellen wissenschaftlichen Positionen bezüglich der Behandlung der Endometriose Themenschwerpunkt dieser Ausgabe.

Gute Gesundheit, viel Spaß beim Lesen der vor Ihnen liegenden Ausgabe und einen erholsamen Jahresurlaub wünscht Ihnen

Ihre Redaktion

Die Endo-Info wird herausgegeben von der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.
Wir sind eine Selbsthilfeorganisation, die Informationen und Erfahrungen von Frauen und
Ärzten anderen Frauen, deren Familien und Freunden zur Verfügung stellt.
**Wir empfehlen ausdrücklich keine Medikamente und Therapien und übernehmen keine
Verantwortung bei der Erprobung hier vorgestellter Medikamente oder Therapien.**
Bitte lassen Sie sich von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt beraten.

Inhalt

Inhaltsverzeichnis	2
Post	3
Aus der Selbsthilfearbeit	4
Die Beratungsstelle informiert	5
Erfahrungsberichte	7
Gut zu wissen	9
Mitgliederbefragung	10
Fragebogen.....	11
Alternative Heilkunde	15
Themenschwerpunkt.....	16
Therapie der asymptomatischen Endometriose	16
Operative Therapie der Endometriose	17
Literaturhinweise und Buchtipps	21
Rezepte	22
Termine	23
Impressum	23

Post

Hallo,

gleich nach der Diagnose durch meine niedergelassenen Gynäkologinnen Frau Dr. Herz und Frau Kasten im März diesen Jahres bin ich Mitglied in der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. geworden.

Vielen Dank für die vielfältigen Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten!

Nach zwei Bauchspiegelungen und einer großen OP mit sehr guter fachlicher wie menschlicher Betreuung in der Ammerland-Klinik in Westerstede durch das Team um Prof. Dr. Schweppe werde ich als nächste Station die Anschluss-Heilbehandlung in Bad Salzuflen durchlaufen.

Hilfreich empfand ich insbesondere auch die Möglichkeit, über die Endometriose-Vereinigung wie auch in der Klinik, andere betroffene Frauen kennen zu lernen. Gerne werde ich mich selbst engagieren, so bald ich wieder „auf den Beinen“ bin!

Herzliche Grüße und macht weiter so...

Ute C.

Bereits im Mai erhielt die Geschäftsstelle der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. von Frau Klocke Post.

Unter dem Titel „Doro, Endometriose heißt Dein Schicksal ... eine wahre Geschichte, die das Leben schrieb!“ hat sie ihren Weg aufgeschrieben und damit für sich eine Form der Bewältigung der Krankheit gefunden. Ihr Hobby, Karikaturen zeichnen, hat sie gleich mit eingebunden und somit die Geschichte aufgelockert. Für den Umfang dieser Geschichte reicht unsere Rubrik „Erfahrungsberichte“ jedoch nicht aus, so dass wir sie auf unsere Internetseite gestellt haben. Wer am Lesen interessiert ist:

Im Internet www.endometriose-vereinigung.de aufrufen und sich dann im Mitgliederbereich einloggen.

Gibt es Erfahrungen?

In einem Artikel habe ich gelesen, dass es bei der vaginalen Einnahme von Danazol wesentlich geringere Nebenwirkungen gäbe.

Kann das irgendjemand bestätigen?

Kontakt bitte über:

andrea.boehler@daimlerchrysler.com

Kann jemand über Erfahrungen berichten, ob IVF auch ohne vorherige Stimulation erfolgreich durchgeführt wurde?

Vielen Dank! MRN 1259

Kontakt bitte über die Beratungsstelle,

Telefon: 0341/3065304

Ich wäre sehr erfreut über einen Austausch mit einer Endo-Frau, die sich, wie ich, auf den Weg einer ganzheitlichen Heilung (körperlich, seelisch) jenseits von Hormontherapie, gemacht hat.

Hat es jemand in der letzten Zeit geschafft, Mistel-Präparate über eine Krankenkasse abzurechnen? Für weiterführende Hinweise bin ich sehr dankbar.

Welche Frau hat Erfahrungen mit klassischer Homöopathiebehandlung?

Vielen Dank und liebe Grüße Adlin H.

Kontakt: adluna@gmx.net.

Im Buch „Heilung ist möglich“ von Hulda R. Clark habe ich gelesen, dass „Parasiten“ die Endometriose und andere chronische Krankheiten verursachen.

Ich würde gern wissen, ob jemand von euch mit der Entgiftungsmethode über längere Zeit Erfahrungen gemacht hat.

Mein Magen-Darm-Trakt hat die Mixturen leider nicht vertragen.

Mit freundlichen Grüßen Aurora B., MRN 2276

Kontakt bitte über die Beratungsstelle,

Telefon: 0341/3065304

In eigener Sache: Die in der Endo-Info veröffentlichten persönlichen Berichte und Leserbriefe geben lediglich die persönliche Meinung und Erfahrung der entsprechenden Mitglieder wieder. Diese stimmen nicht in jedem Fall mit der Meinung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. überein. Die Redaktion behält sich das Recht vor, eingesandte Beiträge abzulehnen, zu kürzen oder sie sinnvoll zu ändern. Bitte geben Sie uns mit Ihrer Post – sofern gewünscht – eine Abdruckgenehmigung.

Aus der Selbsthilfearbeit

Auf dieser Seite möchten wir Endometriose-Selbsthilfegruppen die Möglichkeit geben, sich selbst, ihre Arbeit und anstehende Termine für 2006 vorzustellen.

Vortragsveranstaltung in Alsfeld

Anfang April hat die Vortragsveranstaltung unserer SHG Neukirchen/Knüll durch Dr. Vogel in Alsfeld stattgefunden.

Die Beteiligung war für unsere ländliche Gegend gar nicht so schlecht (ca. 25 Frauen). Obwohl die Vorbereitungsphase mit ihrer Organisation recht anstrengend war, findet die Gruppe, dass es ein gelungener Abend war.

Unterstützend stand uns eine Dame der LOK Selbsthilfekontaktstelle aus Allendorf zur Seite. Da wir auf diesem Wege auch betroffene Frauen gesucht haben, welche sich unserer SHG anschließen möchten, hat sie ein wenig Information über Selbsthilfearbeit gegeben.

Im Anschluss an den Vortrag von Dr. Vogel haben wir eine kurze Pause gemacht, damit sich jede von uns ausliegendes Info-Material (auf diesem Wege recht herzlichen Dank für die verschiedenen Flyer!) anschauen und natürlich auch mitnehmen konnte.

Wer Lust und Interesse an der SHG hatte, dem wurde die Möglichkeit geboten, sich noch zu einem Gesprächskreis mit uns zusammensetzen. Zu unseren vier „festen“ SHG-Frauen gesellten sich noch fünf Frauen. Am Interessantesten war die Tatsache, dass zwei Frauen von der SHG Gießen da waren (fanden wir sehr nett). Da sie auch noch nicht so viel Erfahrung in der SHG-Arbeit haben, hat es einen interessanten Austausch gegeben. Mit dem Gedanken an gemeinsame Aktivitäten haben wir Telefon-Nummern ausgetauscht, vielleicht bekommt man die eine oder andere Sache organisiert.

Drei der anwesenden Frauen wollen auf alle Fälle zu unserem Treffen Ende des Monats kommen.

Wir begrüßen es, dass sich neue, betroffene Frauen gefunden haben, die ihre Erfahrungen einbringen möchten. Ich bin gespannt, wie es weiter geht. Jedenfalls stärken solche Aktionen das Selbstbewusstsein unserer Gruppenmitglieder.

Sabine Menges

Weitere Informationen:

Achtung: Die SHG Bautzen-Bischofswerda trifft sich ab sofort an jedem 3. Mittwoch im Monat, 18.00 Uhr im Frauenzentrum Bautzen.

Gemeinsam etwas verändern!

Ich habe mich dazu entschlossen, im Süden von Berlin (Treptow) eine neue Selbsthilfegruppe für Frauen, die an Endometriose erkrankt sind, ins Leben zu rufen. Folgende Ziele möchte ich dabei in den Vordergrund stellen und gerne mit Euch gemeinsam erreichen:

- Geben und Nehmen - Wertvolle Hilfestellungen von betroffenen Frauen für betroffene Frauen
- Wer hilft mir? Wie? Wann? Wo? - Austausch von Tipps und Informationen
- Wecken alter und neuer Lebensgeister - wieder genießen, wieder Spaß haben

Kontakt: E-Mail an: endo-shg@gmx.de oder Tel.: 0341/ 3 06 53 05 (Beratungsstelle der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.)

Auch in dieser Ausgabe suchen wir interessierte Betroffene für Selbsthilfegruppen in:

Ansbach, Berlin-Süd, Düsseldorf, Hannover (Raum Hannover - Hameln - Braunschweig), Hoyerswerda, Kassel, Magdeburg, Osnabrück, Regensburg und Schleswig.

Die Kontakte erhalten Sie über Frau Heider in der Beratungsstelle, Tel.: 03 41/ 3 06 53 05.

Endometriose-Selbsthilfegruppen, die mit uns zusammenarbeiten:

Aachen, Arnsberg, Aschaffenburg, Baden-Baden, Bautzen-Bischofswerda, Berlin, Bielefeld, Dresden, Düren-Jülich, Erfurt, Frankfurt/Main, Freiburg, Gelnhausen, Gießen, Halle/Saale, Hamburg, Heidelberg, Heilbronn, Kiel, Kronach, Memmingen, München, Neukirchen/Knüll, Nürnberg, Paderborn, Pforzheim, Ravensburg, Saarbrücken, Ulm, Wesel, Wuppertal

Die Beratungsstelle informiert

Sie ist da – unsere Mitgliedskarte

Name	Mitglieds-Nr.
Erika Vergißmeinnicht	0000
Diese Karte weist Sie als Mitglied der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. aus. Benachrichtigen Sie uns bitte, wenn sich Ihre persönlichen Daten geändert haben. Diese Karte ist nur gültig, wenn der Mitgliedsbeitrag für das laufende Kalenderjahr bis zum 31. Januar entrichtet ist. Er ist ohne jede weitere Aufforderung zu zahlen an: Bank für Sozialwirtschaft, Konto-Nr. 3 55 88 00, BLZ 860 205 00	
Die Karte ist Eigentum der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. · Ausgestellt am 26. Juni 2006	

	
Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.	
Beratungsstelle:	Bernhard-Göring-Straße 152 · 04277 Leipzig
Telefon/Fax:	0341 - 3 06 53 04
Internet/Chat:	www.endometriose-vereinigung.de
e-Mail:	info@endometriose-vereinigung.de
Endometriose – peer-to-peer – Beratungstelefon: 01 80 3 - 98 39 83 (Mo.-Fr. 18-20 Uhr, 9 ct./min aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)	

Mit der Einladung und dem Programm für unsere Jahrestagung und Mitgliederversammlung verschicken wir auch an jedes Mitglied eine Mitgliedskarte.

Warum?

Wir möchten, dass Sie alle wichtigen Daten, die ihre Mitgliedschaft in der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. betreffen, stets zur Hand haben: Ihre Mitgliedsnummer, alle Möglichkeiten, wie Sie zu uns Kontakt aufnehmen können – ob per Brief oder Fax, per Telefon oder e-Mail. Darüber hinaus sind unsere Bankverbindung und die Zahlungsfrist des Mitgliedsbeitrags auf einen Blick ersichtlich.

Wir möchten in Zukunft den Wert dieser Karte in Ihrem Interesse und zu Ihrem Nutzen erhöhen. Einerseits geht es mit der Mitgliedskarte um die Stärkung unseres Zusammengehörigkeitsgefühls, andererseits soll sie allen Mitgliedern zukünftig auch tatsächliche (geldwerte) Vorteile bringen. Wir wollen erreichen, dass diese Karte bundesweit die notwendige Akzeptanz erfährt. Insbesondere soll sie Ihnen die Teilnahme an den verschiedensten Informations- oder Weiterbildungsveranstaltungen einschließlich der Endometriose-Kongres-

se gestatten bzw. erleichtern und bestenfalls auch kostengünstiger ermöglichen. So akzeptiert, wird sie unseren Zusammenhalt festigen. Diese Einräumung gewisser Rechte oder Vorteile als Mitgliedsfrau der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. wird derzeit regional noch sehr unterschiedlich gehandhabt. Für den Zugang von Betroffenen zu Fachveranstaltungen gibt es bundesweit kein einheitliches Vorgehen der Veranstalter. Das möchten wir in unserem Interesse perspektivisch versuchen, zu verändern.

Deshalb bitten wir Sie um Informationen, zu welchen Veranstaltungen Sie leider negative Erfahrungen, Ihre Teilnahme betreffend, sammeln mussten. Positive Regelungen möchten wir auch gern erfahren. Zur Kontaktaufnahme mit den Veranstaltern interessieren uns insbesondere der Name, der Ort und Veranstaltungstag und, wenn möglich, auch in wessen Namen die Veranstaltung durchgeführt wurde. So können wir im Gespräch mit den Veranstaltern konkret werden und Veränderungen bewegen.

Lassen Sie uns gemeinsam alles dafür tun, dass die Karte recht bald ein bundesweit anerkanntes Dokument wird.

Tag der offenen Tür

Am 22. September 2006 führen wir anlässlich unseres 10-jährigen Gründungsjubiläums erstmaligen einen „Tag der offenen Tür“ in unserer Beratungsstelle durch.

In der Zeit von 10-17 Uhr können Sie unsere Beratungsräumlichkeiten auf der Bernhard-Göring-Str. 152 in Leipzig näher kennen lernen. Nutzen Sie die Gelegenheit, sich umzuschauen und das eine oder andere Gespräch mit den Mitarbeiterinnen zu führen.

Die Anfahrtsskizze finden Sie im Programm, das Ihnen in den nächsten Wochen zugesandt wird oder rufen Sie einfach in der Beratungsstelle (0341/ 3065304) an.



Ein neues Gesicht in der Beratungsstelle

Wir freuen uns über eine personelle Erweiterung der Beratungsstelle seit dem 1. April diesen Jahres. Für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit konnten wir eine Mitarbeiterin, Frau Dr. Elke Kottas, einstellen.



len. Gerade in der „heißen Phase“ der Vorbereitung unseres 10-jährigen Bestehens und der Mitgliederversammlung können wir diese Verstärkung unter dem Aspekt der Veranstaltungskoordination und damit der Entlastung des Vorstandes von organisatorischen Aufgaben sehr gut gebrauchen.

Die Finanzierung der Stelle wird von der ARGE Leipzig im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gewährleistet und ist vorerst für ein Jahr bewilligt.

Frau Dr. Kottas wird Ihr Ansprechpartner sein, wenn es um Fragen geht wie:

- die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. präsenter in den Medien darzustellen
- die Aktualisierung des Veranstaltungskalenders
- Anregung und Kritik zu unserer Homepage aufzunehmen und einzuarbeiten
- die Herausgabe der Endo-Info und die Unterstützung aller an diesem Prozess Beteiligten
- die Überarbeitung unserer Info-Materialien
- die inhaltliche Vorbereitung anderer Druckerzeugnisse

Frau Dr. Elke Kottas ist ausgebildete Diplomsportlehrerin und hat während ihrer Tätigkeit an der Deutschen Hochschule für Körperkultur in Leipzig auf dem Gebiet der Sportgeschichte gelehrt und zur Hochschulgeschichte promoviert sowie an der Hochschulzeitung „Der Speer“ mitgewirkt. In den zurückliegenden Jahren hat sie in der Geschäftsstelle des Bundesverbandes Jugendpresse e.V. und der Jugendpresse Sachsen e. V. als Projektkoordinatorin gearbeitet. Sie bringt Erfahrungen in der praktischen Vereinsarbeit sowie in der Öffentlichkeits- und Medienarbeit mit.

Wir wünschen ihr viel Erfolg und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Erfahrungsberichte

Liebe Endo-Vereinigung,
nach Dauerblutung und empfohlener Myom-Entfernung wurde bei der Laparoskopie „zufällig“ auch noch Endometriose entdeckt.

Danach habe ich, mit dem Wunsch, der Krankheit mit möglichst wenig „Chemie“ beizukommen, viel gelesen.

Eine schulärztliche Nachsorge in Form von künstlichen Wechseljahren, Progesteron oder Pille habe ich abgelehnt.

Was geholfen hat:

- Lesen des Buches „Histamin-Intoleranz“ (Thieme-Verlag) und strenges Eliminieren der für mich unverträglichen Nahrungsmittel (Milchprodukte, Soja, Schokolade, Alkohol, jegliche Fertiggerichte. Zur diätetischen Behandlung einer oft die Endometriose begleitenden Histaminintoleranz gibt es jetzt ein Medikament,

welches das zu wenig vorhandene Enzym Diaminooxidase ersetzt.

- Darmsanierung mit den Milchsäurebakterien „LGG“, 3 Monate lang
- Einnahme eines Antiallergikums am Vorabend meiner Regel machte mich nahezu schmerzfrei; 2 Jahre später erneut Myome mit OP; Laparoskopie zur Suche weiterer Endo-Herde habe ich abgelehnt, da sich die Schmerzen in Grenzen hielten. Nun bin ich, nachdem ich diesen Gedanken völlig aufgegeben hatte, mit 39 Jahren im sechsten Monat schwanger und sehr glücklich!

Bestens behandelt, operiert und beraten wurde ich im evangelischen Krankenhaus Weyertal in Köln, gynäkologische Abteilung Prof. Römer.

Für Ihre engagierte Arbeit danke ich sehr herzlich – es tut sehr gut, zu wissen, dass man nicht alleine ist.
Ihre Andrea L. MRN 1607

„Lieben Sie Ihren Körper, was auch passiert!“

Mit 14 Jahren ging es los: Regelblutung. Zuerst schmerzfrei, dann irgendwann Krämpfe, regelmäßig Schmerzen. Mal wurde der Blinddarm verdächtigt, mal verschrieb der Hausarzt Schmerzstäpfchen. Mir wurde beigebracht, dass es normal sei, Regelschmerzen zu haben und diese auch auszuhalten.

1991 - ich war 21 – erstmals eine Bauchspiegelung. Diagnose: Endometriose - unheilbar. Erst viel später verstehe ich, was das heißt. Ich nahm gegen die Schmerzen ein Analgeticum und kam mehr oder weniger mit der Erkrankung klar. Im November 98 (28 Jahre) wurde am Narbengewebe der Gallen-OP ein Tumor entdeckt, der sich als Endometriosegewebe herausstellt. Im Frühjahr 99 setzte ich die Pille ab; Kinderwunsch. Meine Regelblutung wurde von mal zu mal schlimmer, schmerzhafter. Während einer Bauchspiegelung im März 2000 wurden Endometriosen entfernt und die Durchgängigkeit der Eileiter geprüft, um eine GNRH-Analoga-Behandlung mit Spritzen durchführen zu können. Die Nebenwirkungen waren ertragbar. Im November setzte dann meine Regelblutung ein. Die Schulmedizin brachte mich mit Clomifen über zwei Zyklen „auf Hochtouren“, aber ich wurde nicht schwanger. Erneute Bauchspiegelung und IVF (künstl. Befruchtung) wird empfohlen. Parallel dazu eine kinesiologische, heilpraktische

Behandlung: Entgiftung mit Chlorella. Die Ausleitung wird begleitet von starken Bauchkrämpfen.

Seit Herbst 2001 habe ich auch Pigmentstörungen im Gesicht und am Hals, die sog. Weißfleckenkrankheit (Vitiligo). Hormonschwankungen werden für diese Erkrankung vermutet. Nebenwirkung der künstlichen Wechseljahre???

Im September 01 wieder starke Bauchkrämpfe und Durchfall. Mein Gynäkologe diagnostizierte etwas „großes Unbekanntes“, das nur mit einer Kontrastuntersuchung des Darms abzuklären sei. Großer Bauchschnitt, Entfernung des rechten Eierstocks, von Teilen des Dickdarms und linken Eierstocks. Schachmatt!

Ich entwickle großes Interesse an Engeln, lese Bücher von Sabrina Fox und suche den Sinn in meiner Krankheit. Dann und wann führe ich auch psychotherapeutische Gespräche: Warum will ich Kinder?

Eine Anschlussheilbehandlung in Bad Salzuflen wurde auf meinen Wunsch hin bewilligt. Dort wollte ich nur meine Ruhe haben. Die Ärzte haben mich mit Anwendungen verschont und trotzdem war ich nur erschöpft. Es kam ein neuer Fieberschub. Ratlose Ärzte – Einlieferung ins Krankenhaus Lemgo, aus Heimweh Verlegung nach Schleswig.

Ich nehme einen Nasenspray, um die Wechseljahre künstlich herbeizuführen, glaube aber, dass das gar nicht anschlägt, denn ich habe weiterhin Blutungen.

Im Januar 2002 bekleide ich einen neuen Dienstposten. Mitte Januar treten massive Nebenwirkungen des Antibiotikums auf: Durchfall, Bauchkrämpfe – Schlimm! Nach nur kurzer Arbeitsunfähigkeit arbeite ich mich weiter in mein neues Aufgabengebiet ein. Die Heilpraktikerin, die mich kinesiologisch ausgetestet hat, meinte, dass noch Endometriose in meiner Aura vorhanden sei, ich darum Fieber hätte. Ich solle es aushalten.

Im Februar 2002 Ziehen im Unterleib, Schüttelfrost und Fieber. Nicht schon wieder! Ich lande im Krankenhaus bei Prof. Mesroglu und fühle mich sofort gut aufgehoben. Die Atmosphäre ist warm und herzlich, die OP ist unvermeidbar. Ein großer Entzündungsherd wird entfernt. Zum Glück komme ich auch hier ohne künstlichen Darmausgang davon. Danach habe mich körperlich wieder richtig erholt – endlich! Die Seele braucht etwas länger, denn der Kinderwunsch kann jetzt auf natürlichem Weg nicht mehr realisiert werden.

Meinem Antrag auf Schwerbehinderung wurde stattgegeben: Grad der Behinderung = 50%.

Meine psychotherapeutischen Gespräche haben mir sehr geholfen, das alles zu verarbeiten und meinen Weg zu finden. Ich habe Selbstvertrauen aufgebaut.

Nach dieser OP-„Karriere“ lernte ich eine Geistheilerin aus Hamburg kennen, die durch Kontakt zu „ihrer Omi“ viele Tipps für mich hatte. Natürlich hatte ich auch Zweifel, aber irgendwie fesselte diese Frau mich, hat sie Dinge vorausgesehen, die tatsächlich auch eintrafen. Sie hat mir geholfen! Und nur das zählt!

Nachdem sich meine Regelblutung wieder einstellte, habe ich dann eine gestagenbetonte Verhütungspille im Langzeitzyklus eingenommen, um evtl. wieder auftretende Endometriose zurückzuhalten. Meine Besuche beim Gynäkologen waren engmaschiger, weil ich einfach erst wieder Vertrauen in meinen Körper entwickeln musste. Im Mai 2004 habe ich dann die abgebrochene Anschlussheilbehandlung als Kur in Bad Schwalbach nachgeholt. 4 Wochen psychosomatische Kur taten mir wirklich gut. Ganz raus, ganz weg von allem, noch mal zu mir kommen. Tolle Menschen habe ich kennen lernen dürfen, und ich habe mein Verständnis über die Rolle von Frau und Mutter überdenken können.

Die Frage, ob wir noch Kinder (adoptierte oder eigene) möchten, ist offen. Im Grunde geht es uns sehr gut, und ich kann mir mittlerweile eine fast (weil 6 Neffen und Nichten) kinderlose Zukunft vorstellen.

Für mich war sehr wichtig zu wissen, was während der Behandlung passieren kann. Da hat mir das Buch „Wie weit gehen wir für ein Kind?“ mit seinem umfangreichen Hintergrundwissen sehr geholfen. Meine Angst, dass durch die Stimulation der Eizellen Zysten entstehen, eine Darmverletzung notwendig werden könnte, konnte mir auch in der Kinderwunschsprechstunde von Prof. Fischer nicht genommen werden.

Seit Oktober 2004 bin ich in Behandlung bei einer homöopathisch arbeitenden Heilpraktikerin. Damit mache ich sehr gute Erfahrungen. Sie schlug vor, langfristig auf die Pilleneinnahme zu verzichten. Mit der Pille fühlte ich mich geschützt, aber es plagten mich ca. 1x monatlich Kopfschmerzen, insbesondere in den Einnahmepausen. Dafür wurden die Bauchschmerzen weniger. Besonders der „Druckschmerz“, der immer dann auftrat, wenn ich mich z.B. nicht wohl fühlte, unter Druck gesetzt fühlte, mich ärgerte, unzufrieden war. Die Stärkung durch die Psychotherapeutin, Geistheilerin und Homöopathin bewirkten für mich eine große Entlastung, weil ich mich besser kennen lernte, mich besser zu behaupten begann. Ich habe über das Weglassen der Pille lange nachgedacht. Mein Gynäkologe war strikt dagegen. Unterstützt bei meiner Überlegung hat mich u. a. die Dame am Beratungstelefon der Endometriose-Vereinigung. Ich hatte nach dem Telefonat den Mut, neue Wege zu gehen. Als mündige Patientin möchte ich mit meinen Wünschen ernst genommen werden. Ich habe mir noch die Meinung von Dr. Koblitz und Prof. Mesroglu eingeholt. Beide respektieren meinen Wunsch und unterstützen mich. Am 22.07.2005 habe ich die letzte Pille eingenommen. Alles funktioniert, mein halber Eierstock arbeitet, die Regelblutung setzte im Oktober 2005 wieder ein und das schmerzfrei! Auch die Kopfschmerzen bin ich seit November 05 los.

Wie Recht sie doch hatte, die Ärztin in Lemgo: „Lieben Sie Ihren Körper, was auch passiert!“

MNR 1259

Gut zu wissen

Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel

nach dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)

Unter den Bedingungen, dass

- es für das jeweilige Arzneimittel einen Festbetrag gibt,
 - es besonders preisgünstig ist, und
 - die Spitzenverbände der Krankenkassen nach Abwägung der wirtschaftlichen Folgen eine Zuzahlungsbefreiung ab einer bestimmten Preisuntergrenze beschließen,
- können bestimmte Arzneimittel gänzlich von der Zuzahlung befreit werden.

Die Patienten müssen bei Ärzten und Apotheken darauf dringen genau diese Präparate zu erhalten. Welche Präparate das sind, ist im Internet unter www.g-k-v.com nachzulesen. Diese Übersicht wird 14-tägig aktualisiert.

Da die Regelung ab dem 1.7.2006 in Kraft tritt, sind die bereits beschlossenen Befreiungen ebenfalls im Internet veröffentlicht. www.bkk.arzneimittelzuzahlungsbefreiung ist die entsprechende Adresse.

Quelle: Verbandsdienst Nr. 54/06 vom 12.06.06 der BAG SELBSTHILFE, Referat Gesundheitspolitik und Selbsthilfeförderung

Private Rentenversicherungen als ergänzende Altersvorsorge

Die Lücken zwischen Activeinkommen und der gesetzlichen Altersrente sind deutlich größer geworden und mit weiteren Verschlechterungen ist zu rechnen. Eine private Zusatzvorsorge wird immer wichtiger.

Die BAG Selbsthilfe (vormals BAGH), in der die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. Mitglied ist, hat mit der Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG einen Kollektivvertrag Private Rentenversicherung unterzeichnet.

Die ausgehandelten Konditionen führen zu einer Rentenhöhe, die deutlich über dem Normaltarif liegt. Der Renteneintritt kann mit 60 bzw. 65 Jahren erfolgen. Die Monatsbeiträge sind zwischen 40, 80 120 und 160 € frei wählbar. Auch PartnerInnen und Kinder ab dem 16. Lebensjahr können mitversichert werden. Sie können eine lebenslange Monatsrente oder eine einmalige Kapitalabfindung erhalten. Es gibt eine garantierte Mindestlaufzeit von 12 bis 17 Jahren. Der Vertrag ist einsehbar im Internet unter <http://verbaende.bbv.de/verbaende/kollektivrente.php>

Auf dieser Seite gibt es auch die Möglichkeit persönliche Fragen schriftlich zu stellen. Sie können

sich aber auch telefonisch vom Referenten der BAG Selbsthilfe, Herrn Willi Neumann, Tel.: 0211 3100642 noch umfassender informieren lassen.

Der Kollektivvertrag kommt ausschließlich den Mitgliedern der BAG Selbsthilfe und den Mitgliedern in deren Mitgliedsorganisationen zu Gute. Weder die BAG Selbsthilfe noch die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. erhalten für die Vermittlung der Versicherungen Provisionen, Sponsoring oder sonstige Vorteile. Die Weitergabe der Vorteile des Kollektivvertrages ist eine Serviceleistung für unsere Mitglieder. Die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. bestätigt auf einem Formular lediglich die Mitgliedschaft des jeweiligen Versicherungsnehmers in der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V., damit die Vorteile des Kollektivvertrages von den VersicherungsnehmerInnen in Anspruch genommen werden können. Wir haften nicht für die Vermittlung und übernehmen auch keine Gewähr für die Versicherung.

Mitgliederbefragungen über die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung

Die häufigsten an uns als Selbsthilfeorganisation gestellten Fragen sind die nach einem(r) kompetenten Arzt/Ärztin sowie nach einem Krankenhaus, das wir empfehlen können. Das ist auch ganz natürlich, denn Frauen, die an Endometriose erkrankt sind (oder dies vermuten) benötigen professionelle Hilfe von kompetenten und spezialisierten Fachärzten.

Leider ist die Versorgung von Patientinnen mit Endometriose noch nicht gut: es wird oft zu spät diagnostiziert (im Schnitt vergehen 7 Jahre bis zur Diagnose) oder falsch behandelt (Durchführung überflüssiger Untersuchungen oder Therapien, Unterlassen notwendiger Behandlungen). Gesundheit ist aber unser höchstes Gut. Ein schlechter Gesundheitszustand kann Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und daraus resultierend möglicherweise finanzielle Einbußen zur Folge haben. Darum muss sich jede von uns um einen guten Gesundheitszustand bemühen. Dazu können wir selbst beitragen mit gesunder Ernährung, ausreichender Bewegung, Entwicklung von Stressbewältigungskompetenzen und dem Streben nach einem sinnerfüllten Leben.

Im Krankheitsfall muss professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Die Suche nach einem guten Arzt/einer guten Ärztin bzw. nach einem guten Krankenhaus ist nicht einfach. Informationen darüber sind nicht ohne weiteres verfügbar. Gerade bei einem so komplizierten Krankheitsbild wie der Endometriose ist es wichtig, einen Arzt/ eine Ärztin (oder ein Krankenhaus) mit entsprechender Aus- und Fortbildung sowie ausreichender Erfahrung zu finden.

Es ist naheliegend, diese Informationen von einer Selbsthilfeorganisation einzuholen, denn eine unserer vordringlichsten Aufgaben ist die Beratung der betroffenen Frauen bei der Suche nach guter Versorgung. Das setzt jedoch voraus, dass wir diese Informationen **auch** haben.

Durch Ihre Mithilfe, Ihre Erfahrungen mit Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern und Ihren positiven und/oder negativen Rückmeldungen stärken Sie unsere Informations- und Beratungskompetenz.

Der Vorstand, die Geschäftsführung und die Selbsthilfegruppen haben zahlreiche Kontakte und Erfahrungen, diese reichen jedoch für einen umfassenden deutschlandweiten Überblick nicht aus.

Darum unsere dringende Bitte an Sie: Teilen Sie uns Ihre Erfahrungen unbedingt mit!

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Betreuung bei niedergelassenen Gynäkologen

Die Befragung nach der Zufriedenheit mit der Betreuung bei den niedergelassenen Gynäkologen in der Endo-Info Nr. 28 hat bisher einen Rücklauf von 82 Fragebögen erbracht. Uns liegen damit Informationen zu Ärzten/Ärztinnen in 164 Städten vor. Auf Nachfrage geben Ihnen die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle gerne weitere Auskünfte.

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung

In dieser Ausgabe befindet sich ein Fragebogen zur Erhebung von Erfahrungen mit der Krankenhausversorgung.

Wir bitten Sie, uns Ihre persönlichen Erfahrungen mit der Behandlung in der stationären Versorgung mitzuteilen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte geben Sie **nicht** Ihren Absender an. Die Informationen dienen ausschließlich dazu, Ihre Erfahrungen an andere betroffene Frauen weiterzugeben. Weder Ihr behandelnder Arzt/Ihre Ärztin/das Krankenhaus noch andere Nicht-Mitglieder erhalten diese Informationen.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen ausgefüllt zurück, sofern Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus stationär behandelt wurden.

Bitte füllen Sie die Fragen vollständig aus und machen Sie, wenn zutreffend, ein Kreuz in den Kästchen. Für weitere Anmerkungen ist am Ende des Fragebogens noch Platz.

Der Fragebogen dient der Erfassung Ihrer Erfahrungen mit dem(n) von Ihnen besuchten Krankenhaus(häusern) in dem Zeitraum ab Januar 2001. Die Krankenhausbehandlung sollte mit der Erkrankung Endometriose im Zusammenhang stehen. Sollten Sie vor und/oder nach dem stationären Aufenthalt in diesem Krankenhaus auch ambulant behandelt worden sein, tragen Sie dies bitte ebenfalls ein. Falls Sie in mehr als einem Krankenhaus stationär behandelt wurden, füllen Sie bitte für jedes Krankenhaus einen separaten Fragebogen aus.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Alternative Heilkunde

Ganzheitlich die eigene Lebensenergie stärken

Von Sybille Wilcken, Diplom-Pädagogin und Heilpraktikerin

Sich zu heilen fordert heraus: sich der jeweiligen Botschaft, den eigenen Krisen, Erkrankungen, Süchten, zu öffnen, hinzuspüren, ihren Sinn zu begreifen und dem entsprechend achtsame Wege zu gehen.

Im Gegensatz zur Symptombehandlung verlangt Heilung unsere Eigeninitiative, unser Engagement, Einstellungen, Verhaltensweisen, Lebensstile zu ändern und Selbstheilungskräfte zu aktivieren.

Heilung ist ein ganzheitlicher Prozess und beinhaltet das Wissen von der Einheit unserer Seele, unseres Körpers, und unseres Geistes und deren ständige Kommunikation.

Alles, was auf uns einwirkt und alles, was wir fühlen, denken und tun, verändert uns und kann unsere Lebensenergie stärken oder auch schwächen.

Wie genau Körper und Seele miteinander kommunizieren, damit befassen sich seit langem alte Heiltraditionen wie Ayurveda, Chinesische Medizin, Homöopathie, Yoga usw., seit über 25 Jahren die Psycho-Neuroimmunologie. Deren Forschungsergebnisse besagen, dass alle Gefühle und Gedanken über das Immunsystem, das endokrine System und das zentrale Nervensystem mit dem Körper verbunden sind. Jedes Gefühl, ob bewusst oder verdrängt, wird von biochemischen Reaktionen begleitet und hat somit eine physische Auswirkung.

So wird unser Immunsystem durch Angstgefühle, traumatische Erlebnisse, destruktive Einstellungen usw. geschwächt. Gestärkt fühlen wir uns, wenn wir das tun, was uns erfüllt und uns Freude macht, denn Gefühle von Freude fördern die Ausschüttung von Glücksbotschaften wie Serotonin oder Endorphinen, welche die körpereigene Abwehr stärken. Wie sehr spüren wir unsere Freude und Kraft, wenn wir verliebt sind, nach einer durchtanzten Nacht, an einem sonnigen Urlaubstag,

wenn wir etwas Wichtiges für uns bewältigt haben und, und, und...?!

Ebenso bewirken meditative Entspannungsübungen Gehirnveränderungen, die das Immunsystem positiv beeinflussen. Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurde entdeckt, dass der linke präfrontale Cortex, ein kleiner Teil der Hirnrinde direkt hinter der Stirn, bei meditierenden Versuchspersonen deutlich aktiver war, als bei nicht meditierenden Personen. Dieser Frontallappen der linken Hirnhälfte steht im Zusammenhang mit positiven Gefühlen, Begeisterung und guter Laune. Die Meditierer hatten außerdem eine 5 bis 25% höhere Zahl von Antikörpern im Blut.

Mit dem Wissen um die Ganzheitlichkeit von Körper, Seele und Geist haben wir die Möglichkeit, unsere Lebensenergie zu stärken und unser inneres Potential voll auszuschöpfen.

Wenn wir uns unserer individuellen Lebensgeschichte, dem sozialen Umfeld, unseren Prägungen, Einstellungen, Gedanken und Gefühlen bewusst werden, dann können wir auch wiederholende begrenzende Muster wandeln und uns positiv neu orientieren.

Unterstützen können wir diesen Prozess mit unserem Atem, der große Energien freisetzt und auf körperlicher und seelischer Ebene Heilendes bewirkt. Zum ganzheitlichen Heilungsprozess gehört auch, den eigenen Körper wertzuschätzen und ihm die Aufmerksamkeit zu geben, die er braucht, um sich wohl zu fühlen.

Mit Bewegung, gesunder Ernährung und ausreichender Entspannung beugen wir vielen Erkrankungen vor oder genesen von ihnen. Wir können uns heilen, wenn wir uns unserer persönlichen Ganzheit bewusst werden, achtsame Wege gehen, die eigene Spiritualität entfalten und das tun, was das Leben erfüllt und uns wachsen lässt.

Themenschwerpunkt: Therapie der Endometriose

Wir danken den Autoren und dem Verlag Urban & Vogel recht herzlich für ihr Einverständnis nachfolgende Artikel abdrucken zu dürfen

Das Für und Wider der Therapie der asymptomatischen Endometriose

Prof. Dr. med. Karl-Werner Schweppe

Während der Reproduktionsphase bekommen 4 – 17 % der Frauen Endometriose, bei Kinderwunschpatientinnen beträgt der Anteil sogar 20 – 25 % (Olive DL et al 2002).

Aber die Endometriose ist kein einheitliches Krankheitsbild. Die Variabilität der Endometriose zeigt sich primär an den unterschiedlichen Wachstumstypen. Wir unterscheiden die kleinherdige diffuse (undurchsichtige) Peritonealendometriose (Bauchfellendometriose) von der zystischen Ovarialendometriose (Eierstocksendometriose) und den tief infiltrierenden (eindringenden), retroperitonealen (hinter dem Bauchfell gelegen) Formen (Donnez J et al. 1996).

Ferner variiert das makroskopische Bild der Herde. Bei endoskopischer Betrachtung lassen sich noduläre, (knötchen-) vesikuläre (bläschen-), polypöse (polypen-) und plaqueartige (platten-) Formen unterscheiden. Die verschiedenen Erscheinungsbilder sollen auf unterschiedliche proliferative (Wachstums-) Aktivität und endokrine (hormonelle) Modulation (Beeinflussung) hinweisen (Brossens IA et al. 1987).

Deshalb muss die Indikation zur Therapie auch individuell gestellt werden.

Behandlung bedeutet Operation oder suffiziente (hinreichende) medikamentöse Therapie – also GnRH-Antagonist (Substanzklasse aus der Hormontherapie) oder Gestagen (Stoffklasse synthetischer Hormone), nicht aber nur die Gabe eines oralen Kontrazeptivums. Kombinierte orale Kontrazeptiva verlangsamen bestenfalls die Progressionsgeschwindigkeit. Zudem steigen nach ihrem Absetzen die Prävalenzraten (Anzahl der Erkrankungsfälle) (Balasch J et al. 1996).

Folgende Situationen und Argumente sprechen für eine Behandlung der asymptomatischen Endometriose:

Die Erkrankung ist ohne Behandlung in zwei Drittel der Fälle progredient (fortschreitend) (Winkel CA 2003). Deshalb muss therapiert werden, auch wenn keine Symptome auftreten. Fortgeschrittene Endometriosen können die Genitalorgane zerstören, befallen Blase, Darm und Ureter und führen zur mechanischen Sterilität.

Ein weiteres Argument, auch asymptomatische Fälle zu behandeln, ist die Beobachtung, dass bei fortgeschrittenen Stadien selbst nach effektiver Therapie die Rezidivraten (Rückfallraten) sehr hoch und die rezidivfreien Intervalle sehr kurz sind (Hippach M et al. 2003). Die Therapieergebnisse lassen sich also nur durch frühzeitige Diagnose und Behandlung verbessern. Ein Fortschreiten der Erkrankung muss also verhindert werden – auch wenn sie zunächst asymptomatisch verläuft.

Die Zusammenhänge zwischen Endometriose und Sterilität werden zwar kontrovers diskutiert, jedoch herrscht in der Literatur Übereinstimmung darüber, dass die Endometriose im fortgeschrittenen Stadium ein mechanischer Sterilitätsfaktor ist. Dies spricht zusätzlich für eine effektive Therapie auch bei Beschwerdefreiheit, zumindest bei jungen Frauen.

Da Endometrioseherde auch maligne (bösartig) entarten können, stellt sich die Frage, ob die Karzinomprävention ein weiteres Argument für die Therapie auch asymptomatischer Formen ist. Dies gilt zumindest für die Endometriose des Ovars (Eierstock), deren relatives Entartungsrisiko nach umfangreichen Daten 4,2 beträgt (Brinton LA et al. 1997), und vielleicht auch für die zweithäufigste Lokalisation im Rektum (Mastdarm) und Sigma (Teil des Dickdarms) (Ulrich et al. 2003). Endometriosezysten sind aufgrund der darin zu findenden Genmutationen als Vorstufen von endometrioiden Ovarialkarzinomen und Klarzellkarzinomen anzusehen (Sato N et al. 2000).

Unklar ist nach aktueller Datenlage jedoch, ob auch das statistische Risiko, an anderen Karzinomen zu erkranken, für Endometriosepatientinnen erhöht ist. Es gibt Studien, die eine solche Risikoerhöhung für Non-Hodgkin-Lymphome, Melanome und Mammakarzinome beschreiben (Swierz LM 2002). Völlig offen ist aber, ob sich mit einer Behandlung der Endometriose diese Risiken wieder normalisieren.

Anmerkung der Redaktion:

In Absprache mit Prof. Dr. Schweppe haben wir für die lateinischen Fachbegriffe deutsche Wörter in Klammern eingefügt.

Das Für und Wider der Therapie der asymptomatischen Endometriose

Prof. Dr. med. Uwe Ulrich

Aus meiner Sicht kann es zur Frage, ob man eine Endometriose therapieren – im Speziellen operieren – muss, weder ein klares „Für“ noch „Wider“ geben. Es geht wohl eher um einen überzeugenden Grund für eine Operation oder eben das Fehlen eines solchen. Im Folgenden versuche ich darzustellen, wann bei Endometriose-Patientinnen auf eine Operation wahrscheinlich verzichtet werden kann.

Kommen wir zum Grund für eine Operation zurück. Abgesehen davon, dass wir ihre Ursache noch nicht aufgeklärt haben, verwirrt uns die Endometriose doch vor allem deshalb, weil sie manchmal bei erheblichem Befund keine oder wenig Beschwerden hervorruft – und umgekehrt. Also, was sind gute Gründe für eine Operation? Lassen Sie es mich vereinfachen: Erstens, wenn die Endometriose Schmerzen verursacht (schmerzhafte Regelblutung, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, schmerzhafter Stuhlgang usw.), zweitens, wenn die Endometriose ein Organ zerstört (Eileiter, Eierstöcke, End- und Dickdarm, Blase, Harnleiter) und drittens, wenn unerfüllter Kinderwunsch besteht. Oft werden sich die Probleme kombiniert präsentieren.

Zu den absoluten Anzeigen für einen chirurgischen Eingriff würde ich den Harnaufstau in der Niere auf dem Boden einer endometriosebedingten Harnleiterverengung zählen sowie vielleicht eine Darmverengung mit deutlichen Symptomen – von Seltenheiten wie Darmverschluss oder spontaner Verletzung der Darmwand einmal abgesehen [1]. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass man eine Endometriose nicht zwingend operieren muss, wenn erstens keine Beschwerden bestehen, zweitens kein Organ in seiner Funktion gefährdet ist und drittens die Patientin keinen Kinderwunsch hat. Aber bitte: Jeder Verdacht auf Endometriose sollte durch Gewebeuntersuchung unter dem Mikroskop abgeklärt werden. Vergessen wir nicht andere Krankheiten und die – wenngleich äußerst seltene – bösartige Umwandlung der Endometriose [2].

Möglicherweise spielt auch das Alter eine Rolle. Je älter die Patientin ist, umso eher verzichtet man unter Umständen auf eine Behandlung der Endometriose ohne Beschwerden. Ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen: Eine 42-jährige Frau mit drei Kindern wünscht die Sterilisation. Sie ist

beschwerdefrei. Bei der Laparoskopie finden wir eine Endometriose des Bauchfells, vielleicht auch eine Auflagerung auf dem Dickdarm. Ich glaube, diese Frau braucht weder eine chirurgische noch eine medikamentöse Endometriosebehandlung.

Aber was ist mit dem Argument, dass die Endometriose eine fortschreitende Erkrankung ist, die besser zu einem frühen Zeitpunkt operiert werden sollte, wenn man schwerwiegende Spätfolgen abwenden möchte? Wir wissen einfach nicht, ob es zum Beispiel für eine Patientin, die erst später – sagen wir in drei Jahren – einen Kinderwunsch realisieren möchte, von Vorteil ist, wenn Herde einer nicht-symptomatischen Endometriose jetzt entfernt werden. Kann man „vorausschauend“ – egal ob chirurgisch oder medikamentös – die Fruchtbarkeit verbessern, abgesehen davon, dass überhaupt nicht klar ist, ob später eine Sterilitätsproblematik (trotz der Endometriose) bestehen wird? Letztlich gibt es hierzu keine guten wissenschaftlichen Erkenntnisse. Für die tiefe infiltrierende (d.h., zwischen Scheide und Enddarm bzw. im Darm vorkommende) Endometriose hat eine italienische Arbeitsgruppe über einen Zeitraum von sechs Jahren ein Fortschreiten der Erkrankung in 10 % beobachtet [3]. Natürlich ist das nur eine Studie, und man wird sich nicht darauf verlassen können.

Übrigens: Jeder Operateur, dem sich eine Patientin vorstellt, die bereits 19-mal operiert wurde (eigene Beobachtung des Autors), möge sich ehrlich fragen, ob er nun das Problem mit dem zwanzigsten Eingriff lösen wird.

Ich glaube, wir sollten uns bei allen Patientinnen mit Endometriose darum bemühen, sie nur so oft wie wirklich nötig zu operieren – dann aber so gut wie nur irgend möglich – und nicht halbherzig wie leider oft, so dass der nächste Eingriff eigentlich schon programmiert ist.

Für beide Artikel ist die genannte Literatur beim jeweiligen Verfasser bei Bedarf zu erfragen.

Das Übel an der Wurzel packen

Prof. Dr. med. Jörg Keckstein, Prof. Dr. med. Uwe Ulrich

Die Erscheinungsform der Endometriose ist sehr vielseitig. In den meisten Fällen ist das Becken**peritoneum** betroffen, vor allem die **Fossa ovarica**, die **Ligamenta sacrouterina** und das **Peritoneum** des Douglas'schen Raums. Herde in dieser Lokalisation sind meist im Rahmen einer diagnostischen Laparoskopie gut zu erkennen. Im Becken lassen sich drei verschiedene Endometrioseformen unterscheiden:

- peritoneale Herde (rote oder schwarze)
- ovariäre Endometriose (Herde im Septum recto-vaginale und Herde im Extragenitalbereich, wie Blase, Darm, Harnleiter, etc.)
- Endometriosis genitalis interna (Adenomyosis)

Die Ätiologie der Endometriose ist bislang nicht völlig geklärt, weshalb es auch keine echte kausale Therapie geben kann. In vielen Fällen kann die Endometriose konservativ ausreichend therapiert werden.

Mit Ovulationshemmern, Gestagenen, GnRH-Analoga und der intravaginalen Applikation von Hormonsuppositorien lassen sich bei einem großen Teil der Patientinnen die Symptome zufriedenstellend behandeln. Auch komplementäre Therapiemethoden, wie Homöopathie, TCM und Akupunktur, können helfen, Beschwerden zu lindern. Bislang konnte aber nicht bewiesen werden, dass mit einer der konservativen Therapieoptionen die Endometriose beseitigt bzw. kausal therapiert werden kann. Daher gilt die operative Entfernung der Herde derzeit als Goldstandard bei der Therapie der symptomatischen Endometriose. Die Operation bietet zum einen die Möglichkeit, die Endometriose diagnostisch abzuklären, und zum anderen sie langfristig zu therapieren.

Indikationen zur Operation

Die klassischen Symptome der Endometriose stellen eine wichtige Indikation zur Operation. Hauptsymptom ist der Schmerz, der meist menstruationsabhängig bzw. zyklisch auftritt. Da Endometrioseherde sehr diffus verteilt sein und sich auch extragenital absiedeln können, sind zyklische Symptome nicht genitaler Organe ebenfalls ein Hinweis auf diese Erkrankung.

Aber auch ein nicht erfüllter Kinderwunsch rechtfertigt den operativen Eingriff. Endometrioseherde können die Anatomie von Scheide, Uterus und Adnexe verändern und Verwachsungen verursachen. Mechanische, aber auch funktionelle Störungen dieser Organe sind Ursache der Sterilität.

Präoperative Diagnostik

Vor jeder Operation muss grundsätzlich eine ausführliche Anamnese erhoben werden, wobei die typischen Endometriose bedingten Krankheitssymptome zu berücksichtigen sind.

Neben der Inspektion des inneren und äußeren Genitales ist auch die Palpation des gesamten Beckens im Sinne eines Schmerz-Mappings (Aufsuchen der Schmerzpunkte) – am besten durch den Operateur – zu empfehlen.

Liegen die Endometrioseherde extragenital, intramural (Adenomyosis) oder/und intraovariell, lassen sie sich mit Hilfe einer transvaginalen, gegebenenfalls transrektalen sonografischen Untersuchung (letzte durch die Vaginalsonde) genau darstellen,

Sind die Befunde nicht eindeutig, kann eine magnetresonanztomografische Untersuchung Klarheit schaffen (bei Adenomyosis und Darmendometriose oder anderen extragenitalen Herden).

Verschiedene Operationsverfahren

Folgende Operationsmethoden kommen bei Endometriose-Patientinnen je nach Fragestellung zum Einsatz:

- Diagnostische Laparoskopie zum histologischen Nachweis der Endometriose
- Operative Laparoskopie
- Laparotomie
- Vaginale Operationen.

Um die Diagnose Endometriose histologisch abzuklären, wird in der Regel eine Laparoskopie durchgeführt. Ob die operative Therapie schließlich ebenfalls endoskopisch erfolgt, hängt von der Präferenz des Operateurs (Ausbildung, Instrumentarium etc.) ab, wird aber auch durch das Ausmaß und die Lage der Herde bestimmt. In Kompetenzzentren können die Operationsmethoden individuell gewählt oder kombiniert werden.

Endometrioseherde erkennen und entfernen

Ein Ziel der Operation ist es unter anderem, das Ausmaß der Endometrioseherde zu identifizieren. Dies kann gelegentlich bei tief sitzender Endometriose bzw. einer Endometriose extraperitonealen Typs Schwierigkeiten bereiten. In diesem Fall kann bereits die diagnostische Laparoskopie zu einer ausgedehnten Operation werden.

Grundsätzlich sollte man versuchen, alle Endometrioseherde zu entfernen. Bei Patientinnen mit Kinderwunsch bzw. wenn das Organ erhalten werden soll, ist eine rekonstruktive Chirurgie notwendig. Die Eigenschaft der Endometriose, genitale Organe zu überschreiten, erfordert bei entsprechender präoperativer Diagnostik eine differenzierte, interdisziplinäre Planung und Durchführung der Operation. Denn bei jeder Operation ist, wenn möglich eine R-0-Situation anzustreben.

Radikalität der Operation

Bei entsprechender Symptomabklärung lassen sich in über 80% der Fälle mit differenzierten chirurgischen Maßnahmen die Symptome zufriedenstellend beheben. Eine sofortige radikale Entfernung der Organe ist nur bei ausgedehnten Befunden indiziert, z.B. wenn Uterus bzw. extragenitale Strukturen beteiligt sind (tief infiltrierende Endometriose). Auch bei Frauen, die sich noch Kinder wünschen, sollte man wenn möglich organerhaltend operieren, denn für diese Frauen besteht durchaus die Möglichkeit, schwanger zu werden, sei es spontan oder nach IVF bzw. ICSI. Bei mehrfachen Rezidiven oder bei totaler Zerstörung der Organstrukturen aber ist eine radikale Operation vorzuziehen.

Peritoneale Endometrioseherde

Endometrioseherde, die diffus und oberflächlich am Peritoneum verteilt sind, sind laparoskopisch einfach nachzuweisen und lassen sich gut durch thermische Koagulation denaturieren und beseitigen. Dabei herrscht jedoch das Risiko, nicht sichtbarer Läsionen im darunter liegenden gesunden Gewebe zu setzen bzw. Organstrukturen (Harnleiter, Darmwand etc.) zu schädigen. Je nach Lage der Herde kann somit die Exzision unter mikrochirurgischen Operationskauteleten der Koagulation überlegen sein.

Ovarialendometriose

Diese sonografisch gut darstellbaren Herde im Ovar werden ebenfalls meist laparoskopisch entfernt. Aufgrund der häufig retrovariellen Adhäsio-

nen ist eine komplette Resektion aber chirurgisch anspruchsvoll. Besteht ein Kinderwunsch, sollte das generative Stroma mit den Primärfollikeln weitgehend erhalten werden. Ausgedehnte thermische Läsionen sollten ebenso vermieden werden, wie großzügig gesundes Gewebe zu exzidieren. Mikrochirurgische Operationstechniken (Rekonstruktion des Ovars) und entsprechende Adhäsionsbarrieremethoden helfen, Adhäsionen zu verhindern. Auch eine passagere Ovaropexie erweist sich als vorteilhaft.

Adenomyosis

Die Adenomyosis uteri – auch innere Endometriose genannt – wurde bisher sehr häufig erst anhand der histologischen Untersuchung eines intraoperativ gewonnenen Uteruspräparates diagnostiziert. Diese Form der Endometriose dürfte jedoch in vielen Fällen für die ausgeprägte Symptomatik verantwortlich gemacht werden. Anatomische Veränderungen in der Uteruswand bzw. in dessen Schichtung können für entsprechende Symptome (wehenartiger Schmerz), Blutungsstörungen sowie Funktionsstörungen, wie mangelhafter oder fehlender Spermientransport und beeinträchtigte Nidation, verantwortlich gemacht werden. Fokale und diffuse Adenomyoseherde lassen sich mit Hilfe der MRT und der Sonografie darstellen und können in ausgesuchten Fällen sogar organerhaltend entfernt werden.

Tief infiltrierende bzw. extragenitale Endometriose

Bei ausgedehnten Endometrioseherden im Douglas'schen Raum und an der Beckenwand sind meist auch die Nachbarorgane wie Darm, Harnleiter und Harnblase betroffen.

Durch eine exakte Exploration und gynäkologische Untersuchung (Palpation sowie Vaginalsonografie) lässt sich dies aber in den meisten Fällen gut diagnostizieren. Sind die Nachbarorgane betroffen und ist deren Funktion dadurch beeinträchtigt (Darmfunktionsstörungen bei Stenosen) oder liegt eine Dyschezie, Harnstauungsnieren oder Hämaturie vor, müssen diese Herde radikal entfernt werden. Bei tief infiltrierender Endometriose (TIE) im Septum rectovaginale ist häufig eine ausgiebige Operation erforderlich, wobei das hintere Scheidengewölbe, Darmsegmente und auch die Ligamenta sacrouterina mit entfernt werden müssen. Ein oberflächliches Shaving des Darmes ist bei entsprechender Ausdehnung der Erkrankung nicht sinnvoll. Darmuntersuchungen an über 350 En-

ometriose-Patientinnen zeigen, dass in mehr als 25% der Fälle eine multifokale extragenitale Endometriose im Darm zu erwarten ist (eigene Daten).

Werden Harnleiter komprimiert, ist immer auch die Nierenfunktion gefährdet. Allerdings liegt bei nur 3% der Patientinnen mit Harnleiterkompression eine intrinsische (in die Ureterwand wachsende) Endometriose vor. Somit reicht in der Regel eine einfache Dekompression (meist im Bereich des Parametriums) aus, um Beschwerdefreiheit zu erreichen.

Ausgedehnte Befunde im Bandapparat des Uterus bzw. der Scheide machen gelegentlich eine Präparation bis hin zur Beckenwand unumgänglich. Das erfordert ein sehr differenziertes Vorgehen und vom Operateur eine entsprechende Erfahrung auf dem Gebiet der Beckenchirurgie.

In ausgewählten Zentren wird diese teils sehr radikale Operation auch endoskopisch durchgeführt. In unserem Zentrum z.B. sind seit 1996 ca. 97 % dieser Eingriffe laparoskopisch bzw. laparoskopisch-assistiert vorgenommen worden.

Die Vorteile des laparoskopischen Vorgehens sind:

- minimal invasiver Zugang zur Bauchdecke
- fehlender Austrocknungseffekt, wie er bei der Laparotomie zu erwarten ist
- mikrochirurgische Operationstechniken vermeiden größere Blutverluste
- bessere Einsicht in die Tiefe des Beckens
- schnellere Rekonvaleszenz der Patientin
- geringeres Wiederholungstrauma bei Progression bzw. Rezidiv der Erkrankung.

Präoperative und postoperative Behandlung

Die präoperative Behandlung im Sinne einer hormonellen Downregulation mit GnRH-Analoga etc. ist eher abzulehnen. Denn die hormonelle Therapie kann Endometrioseherde verschleiern bzw. aktivieren, was das Operationsergebnis unter Umständen verschlechtert. Außerdem fördert sie die Fibrosierung der Organstrukturen, was bei der Präparation entsprechende Schwierigkeiten bereitet. Um den Erfolg einer Operation tatsächlich beurteilen und entsprechend die Therapie weiter planen zu können, sollte postoperativ der Symptomenkomplex erneut evaluiert und mit jenem präoperativ verglichen werden. In vielen Fällen kann meist auf eine weitere ausgedehnte Hormontherapie verzichtet werden. Sollten die Beschwerden postoperativ bestehen bleiben oder sogar neu auftreten, kann die weitere Therapie symptomorientiert und stu-

fenweise gewählt werden. Besteht der Verdacht auf eine Adenomyosis uteri oder wünscht sich die Patientin ein Kind, sollte man gezielt GnRH-Analoga einsetzen.

Erfolgsaussicht der Operation

Dass sich nach Exzision der Endometriose die Schmerzsymptomatik deutlich reduziert, wurde von verschiedenen Autoren nachgewiesen. Vor allem wenn die Ligamenta sacrouterina und das Septum rectovaginale von der Endometriose betroffen waren, konnte mit dieser Operation die Lebensqualität der Patientinnen deutlich verbessert werden. Auch eigene Daten bestätigen dies: Bei 250 Patientinnen mit tief infiltrierender Endometriose mit Darmbeteiligung profitieren mehr als 85 % deutlich von dem Eingriff, sie hatten weniger Schmerzen und gewannen an Lebensqualität. Man muss einräumen, dass auch ausgedehnte Operationen ein Rezidiv nicht ausschließen. Den Einfluss der Operation auf die Fertilität zeigt die Schwangerschaftsrate. Diese liegt bei über 50 % (unter Einbeziehung der reproduktionstechnischen Maßnahmen).

Fazit

Die operative Therapie der Endometriose ist aufgrund der minimal-invasiven Technik bei entsprechender Ausbildung des Operateurs und Ausrüstung des Zentrums einer hormonellen Therapie primär vorzuziehen. Trotz radikaler Operationen lässt sich bei bestehendem Kinderwunsch ein Organerhalt durchführen. Die operative Maßnahme sollte nur bei entsprechender Symptomatik und Organveränderung vorgenommen werden.

Die präoperative Therapie bringt keinen wirklichen Vorteil. Die postoperative Therapie sollte erst bei Weiterbestehen der Symptome festgelegt werden. Das endoskopische Vorgehen ist dem offenen Eingriff vorzuziehen. Sollte jedoch durch den endoskopischen Zugang eine radikale Entfernung der Endometriose nicht möglich sein, sollte eine Laparotomie durchgeführt werden. Eine ausführliche präoperative Planung (interdisziplinär) ist notwendig, um Mehrfacheingriffe zu verhindern.

Literaturhinweise und Buchtipps

Endometriose

Endometriose verstehen – Meinen Weg gehen

Eine Informationsbroschüre

Autorin: Martina Schröder

„Endometriose verstehen – Meinen Weg gehen“, ist die Nachfolgebroschüre von „Endometriose verstehen und verändern“, die in der ersten Auflage 1995 erschienen ist und ein erstes „Standardwerk“ für uns Patientinnen in verständlicher Sprache und umfassender Betrachtung war.

Gegenüber den vorhergehenden Auflagen wird hier der Einstieg ins Thema durch ein Interview mit einer Betroffenen gefunden.

Danach wird die Erkrankung unter verschiedenen Aspekten, wie z.B. denen der Umwelt, Fruchtbarkeit oder Wechseljahre, aber auch des Immunsystems oder des Krebsrisikos betrachtet.

Einen großen Raum nehmen in der Broschüre die unterschiedlichen Möglichkeiten einer Begleitung neben der Schulmedizin ein. Frau Schröder greift auf die Unterstützung weiterer Autorinnen, die sich in den Bereichen Imaginationsverfahren, systematische Autoregulationstherapie und Traditionelle Chinesische Medizin gut auskennen, zurück. Es werden grundlegende Aussagen zu den Therapien vorangestellt, danach wird die Behandlung und der Verlauf beschrieben. Aufmerksamkeit oder Anstoß zu weitergehender Beschäftigung erfahren die Problemkreise Homöopathie, Schüsslersche Salze, Ernährungsumstellung und Pflanzenheilkunde. Wissend, dass sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann und will, verweist Frau Schröder am Ende dieses Kapitels darauf, dass sich jede Frau auf den eigenen Weg begeben muss.

Teil 3 „Empfehlungen zur schulmedizinischen Diagnose und Behandlung“ ist sehr stark überarbeitet. Bei den Handreichungen sind die Literaturhinweise, weiterführende Adressen und die Zusammenstellung der Fachwörter positiv hervorzuheben.

Insgesamt eine solide Arbeit zum Thema Endometriose für diejenigen, die plötzlich mit dieser Diagnose konfrontiert werden und mehr darüber wissen wollen. Für schon länger Betroffene nicht wesentlich neue Erkenntnisse, sondern eine andere Herangehensweise.

Herausgeber: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin, März 2006

Bezug über den Buchhandel (ISBN-Nr.: 3-930 766-07-8) oder über das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Bamberger Str. 51 10777 Berlin

A5-Format; 80 Seiten

Preis der Broschüre: 6 € + 1,20 € Versandkosten

Das Heft 62 von „clio - die Zeitschrift für Frauengesundheit“ ist erschienen

Die clio 62 widmet sich den weiblichen Rhythmen: Menstruation, Zyklus, Schwangerschaft und Geburt, vor dem Hintergrund einer technisierten Medizin und deren Auswirkungen auf Frauen. Das Thema überflüssige Operationen in der Gynäkologie verfolgen wir seit langem kritisch, eine neue Variante hat sich in den letzten Jahren entwickelt: Der Kaiserschnitt. Inzwischen wird er bei jeder vierten Geburt angewendet und im Vorfeld schon eifrig propagiert. Welche Möglichkeiten und Potenziale in Schwangerschaft und Geburt liegen, beschreibt eine Hebamme aus einem Berliner Geburtshaus. Immer häufiger werden Frauen mit ungewollter Kinderlosigkeit konfrontiert. Ursachen und Handlungsmöglichkeiten sowie die aktuellen Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin werden aufgezeigt. Das Thema Menstruation wird erneut zum Tabu: Es wird überhaupt nicht mehr über sie gesprochen. Die Medizin andererseits ist auf dem Weg, sie als ein zu verhinderndes Übel, das nicht mehr zeitgemäß ist, zu definieren. Kritisch zu diesen Entwicklungen äußert sich in einem Interview die US-amerikanische, ganzheitlich arbeitende Gynäkologin Christiane Northrup, die im deutschsprachigen Raum bekannt ist durch ihre Bücher 'Frauenkörper, Frauenweisheit' und 'Wechseljahre, Wechselzeit'. Darüber hinaus haben wir eine bislang kaum beachtete Erkrankung aufgegriffen, die Adenomyose, eine Form der Endometriose im Gebärmuttermuskel.

clio - die Zeitschrift für Frauengesundheit“, Nr. 62, ist für 3,90 Euro zu beziehen über den Buchhandel mit der ISSN - Nummer 0933-0747 oder direkt über das Feministische FrauenGesundheits-Zentrum e.V., Bamberger Str. 51, 10777 Berlin, Tel 030 - 2139597, Fax: 030 - 2141927, email: ffgzberlin@snafu.de, (zzgl. Versandkosten 1,20€).

Rezepte

Dinkel-Möhrenauflauf

Zutaten:

200 g Dinkel
750 g Möhren
200 g Creme Fraiche
20 g Butter
400 ml Wasser
2 Eier
3 EL Petersilie (frisch gehackt)
1–2 EL Sesamsamen oder Sonnenblumenkerne

1 gestr. TL Streuwürze
Salz
Pfeffer
Kräutersalz

Den Dinkel im Wasser mindestens 3 Stunden oder über Nacht einweichen (Quellzeit beachten!)

Im Einweichwasser mit ½ Teelöffel Salz bei schwacher Hitze in einem zugedeckten Topf den Dinkel weich kochen lassen (ca. 30 – 40 min.)

In der Zwischenzeit die Möhren gründlich waschen, abbürsten oder dünn schälen. Dicke Möhren längs halbieren, in wenig Wasser halbweich garen. Die Möhren mit dem Mixstab fein zerkleinern oder mit einer Gabel zerdrücken und mit dem Dinkel mischen.

Den Backofen auf 200 Grad vorheizen und eine flache Auflaufform fetten.

Creme Fraiche mit Salz, Streuwürze und Pfeffer, Eigelb und Petersilie verrühren und mit Dinkel-Möhren mischen.

Eiweiß mit 1 Prise Salz steif schlagen und vorsichtig unterheben. Die Masse sofort in die Form füllen. Die Sesamsamen oder Sonnenblumenkerne darüber streuen und die Butter in Stückchen darauf verteilen.

Den Auflauf im Backofen 25 – 30 Minuten backen. Mit der Petersilie bestreut servieren.

Guten Appetit

Termine

18. - 23. 9. 2006	56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin im ICC
22. - 24. 9.2006	10. Jahrestag und Mitgliederversammlung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. in Leipzig
29.9.2006	3. bundesweiter Tag der Endometriose
24.11.2006	8. Berliner Endometriose-Symposium
26.9.- 29.09.2006	7. Deutscher Endometriose-Kongress in Berlin

Unsere moderierten Sommer-Chat-Termine im Juli-August unter www.endometriose-vereinigung.de

04.7.2006	20.00 - 21.00 Uhr
18.7.2006	20.00 - 21.00 Uhr
01.8.2006	20.00 - 21.30 Uhr
15.8.2006	20.00 - 21.30 Uhr
29.8.2006	20.00 - 21.30 Uhr

Hinweis: Der Chat ist auch ohne Moderation jederzeit, rund um die Uhr, geöffnet. Im Chat-Forum können Sie sich individuell, ohne feste Beratungstermine, verabreden und austauschen.

Impressum

Herausgeber	Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. Bernhard-Görling-Str. 152, 04277 Leipzig Tel./Fax: (03 41) 3 06 53 04
Bankverbindung	Bank für Sozialwirtschaft, BLZ 860 205 00, Konto 3 558 800
Homepage	www.endometriose-vereinigung.de
E-Mail	info@endometriose-vereinigung.de
Vorstand	Katharina Jurk, Vorstandsvorsitzende Iris Brandes, 1. stellv. Vorsitzende Maren Schlüter, 2. stellv. Vorsitzende Judith Rüdert, Schriftführerin Marion Hager, Schatzmeisterin
Redaktion	Iris Brandes, Anja Lampe, Dr. Elke Kottas
Zeichnungen/Fotos	Nina K. Jurk
Druck	Druckerei Schwarze und Körner GbR, Leipzig
Auflage	erste Auflage 1.700 Exemplare
Erscheinungstermin	quartalsweise
Nächster Redaktionsschluss	15. August 2006

Kopieren oder Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers gestattet.

www.endometriose-vereinigung.de