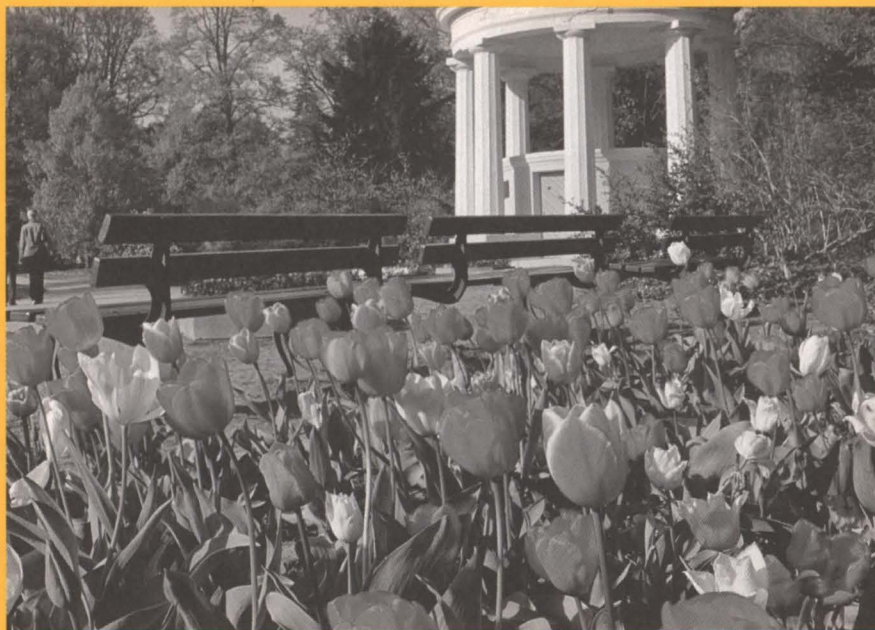




ENDO-INFO NR. 41/42

Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. · Bernhard-Göring-Str. 152 · 04277 Leipzig

Frühsommer 2009



Leopoldsprudel Kurpark Bad Salzuflen

Liebe Leserinnen und Leser,

der Frühsommer macht unser Land bunt und blühend. Viele von Ihnen bereiten sich schon auf den wohlverdienten Jahresurlaub vor. Wo Sie auch in diesem Sommer sind, ob im Aus- oder Inland, allein oder in Familie, bei Freunden oder im alltäglichen Leben nehmen Sie diese Ausgabe der „Endo-Info“ als Lektüre mit und empfehlen uns und unsere Arbeit weiter.

Wir bieten Ihnen dieses Heft als Doppelausgabe an. Veranlasst haben uns dazu die vielen interessanten Beiträge der Jahrestagung 2009 in Bad Salzuflen, welche den Themenschwerpunkt ausmachen und die Daheimgebliebenen umfassend informieren soll.

Aufgrund der Veränderung im Redaktionsteam (siehe „Die Beratungsstelle informiert“) suchen wir dringend Unterstützerinnen für das Team. Wenn Sie in Zukunft unseren Verein aktiv mitgestalten möchten, z. B. als Redakteurin oder Online-Beraterin, melden Sie sich bitte in der Beratungsstelle.

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe sowie einen wunderbaren Sommer!

*Doreen Jackisch und Anja Lampe
Geschäftsführung der
Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.*

Impressum

Herausgeber	Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. Bernhard-Göring-Str. 152, 04277 Leipzig Tel.: (0341) 30 65 304 Fax: (0341) 30 65 303
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 Maren Schlüter 1. stellv. Vorsitzende Petra Müller 2. stellv. Vorsitzende Marion Hager Schatzmeisterin Marion Friedel Schriftführerin
Redaktion	Doreen Jackisch, Anja Lampe, Dr. Elke Kottas
Fotos	© PIXELIO; Tourist-Information Bad Salzuflen; DIAMETRIC VERLAG
Druck	Lausitzer Druck- und Verlagsgesellschaft Bautzen
Auflage	2.000 Exemplare
Erscheinungstermin	quartalsweise
Nächster Redaktionsschluss	30. September 2009
Kopieren oder Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers gestattet.	

INHALTSVERZEICHNIS

Post	4
Die Beratungsstelle informiert	7
Themenschwerpunkt 13. Jahrestagung unserer Vereinigung – Fachvorträge, Workshops und Eindrücke	10
Aus der Selbsthilfearbeit	33
Erfahrungsberichte Lydia Gärtner (Fortsetzung aus Nr. 40)	37
Partnerforum	40
Alternative Heilkunde Wärme-Kältetherapie	42
Gut zu wissen	43
Buchtipps / Literaturhinweise	47
Rezepte Bärlauch-Spargel-Risotto Gebratener Spargel mit Bärlauch	49
Termine	50



POST

Liebes Team der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.,

unsere kirchliche Trauung im Oktober 2008 hat uns dazu bewegt, nach nicht langen Überlegungen, die Kollekte für die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. zu spenden.

Wir mussten mit dieser Krankheit erst einmal alleine zurechtkommen, da für Familie und Freunde dieses ein Fremdwort gewesen ist. Mein Mann hat mich immer wieder aufgebaut, aber auch für den Partner ist es nicht einfach.

Als ich im Mai 2008 eine sechswöchige psycho-



Foto: Dornbusch

Nach einer Zystenoperation im Jahr 2002 wurde bei mir die Diagnose Endometriose festgestellt. Für mich bis zu diesem Zeitpunkt eine unbekannte Krankheit. Darauf folgten fast jedes Jahr erneute operative Eingriffe, wobei mir beim letzten Eingriff ein Eierstock entfernt werden musste. Es ist verdammt schwer, vor allem bei festem Kinderwunsch, gesagt zu bekommen, dass eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg so gut wie aussichtslos ist, da dieses Stadium bei mir schon weit fortgeschritten ist. Eine negative IVF-Behandlung liegt auch schon hinter uns.

somatische Reha machen musste, wurde mir klar, es muss sich etwas ändern. Man beschäftigt sich mit vielen Dingen, die im Alltag nach hinten geschoben werden, berufliches sowie privates und ein Punkt war diese Krankheit.

Also forschte ich im Internet nach und kam auf die Seite der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. Ich habe mich viel intensiver mit diesem Thema beschäftigt und habe bemerkt, dass man nicht alleine mit diesem Problem ist.

Ich entschloss mich in die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. einzutreten. Es ist schön,



POST

sich mit Mitgliedern austauschen zu können, vor allen Dingen, wenn diese in der gleichen Situation sind oder waren.

Durch das gute Informationsmaterial der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. konnte ich auch einen speziellen Arzt finden, an dem man sich auch vor Ort wenden kann.

Ein besonderer Dank gilt auch Euch (ehrenamtlichen) Mitarbeitern für die gute Zusammenarbeit, es ist immer eine Ansprechpartnerin da, die sich für einen Zeit nimmt. DANKE!!

Wir wünschen dem Team weiterhin viel Erfolg!!!

Tanja und Marc Dornbusch

Auszeit nehmen und die eigenen Bedürfnisse beachten

Liebes Redaktionsteam,

ich möchte auf den Erfahrungsbericht „Den eigenen Weg finden...“ aus der Endo-Info Nr. 39 vom November 2008 antworten, auch wenn es kein Forum dafür gibt. Dabei will ich mich auf das Resümee des Beitrages beziehen.

Die Autorin schreibt, dass sie gemerkt hat, wie bedeutsam der Kontakt zur inneren Stimme ist und wie dieser hergestellt werden kann. Das Rezept lautet: durch Auszeiten und dadurch, dass man seine Bedürfnisse genauso achtet, wie die der anderen, den Weg zu sich selbst zu finden. Diesen Ratschlag lese ich nicht zum ersten Mal in frauenbewegter Literatur und im Rahmen von Selbsthilfegruppen. Ich möchte gerne wissen, **WIE** man das macht – eine Auszeit nehmen und die eigenen Bedürfnisse beachten.

Wenn ich eine Auszeit nehme, heißt das, dass ich Urlaub benötige oder krank bin. An meinem Arbeitsplatz mit sehr hoher Aufgabendichte und minimaler Personalausstattung fällt es mir außerordentlich schwer, Urlaub zu beantragen, geschweige denn Überstunden abzubauen. Meistens läuft es darauf hinaus, dass ich so lange warte, bis ich krank werde. Nach langjähriger Erfahrung mit der Krankheit habe ich psychosomatische oder auch nicht psychisch bedingte Schmerzen.

Ich wünsche mir Beiträge dazu, wie man sich einen Freiraum schaffen kann, um dann vielleicht mit der inneren Stimme Kontakt aufnehmen zu

können. Ich würde mich sehr über Erfahrungsberichte an die Beratungsstelle oder in einer der nächsten „Endo-Infos“ freuen.

M.W., MNR 2902

Wer kann mir Erfahrungen übermitteln?

Meine Endometriose wurde im Zusammenhang mit einer anderen OP rein zufällig festgestellt. Bis dahin hat sie mir so gut wie keine Schmerzen bereitet.

Eine Behandlung mit der Hormonersatztherapie sowie der Einsatz der Laparoskopie sind bei mir wegen medizinischen Indikationen (überstandene beidseitige fulminante Lungenembolie und ein vorhandenes erhöhtes Blutungsrisiko während und nach Operationen) nicht möglich.

Gibt es Frauen, die ebenfalls nicht alle Möglichkeiten der Therapieformen ausnutzen können und sich mit mir über ihre Erfahrungen mit den so genannte „alternativen Behandlungsmöglichkeiten“ austauschen würden? Welche Erkenntnisse liegen den Leserinnen über die Stellung der Krankenkassen zu dieser Problematik vor? Wie kontrollieren andere Frauen ihre Endometriose? Gibt es einigermaßen verlässliche, wenn auch subjektive Anzeichen?

Wer mir Informationen zukommen lassen möchte, kann das auf elektronischem Wege unter Zia.Barbelina@gmx.de tun.

Falls mir nur auf dem postalischen Wege geantwortet werden kann, haben sich die Frauen in der Beratungsstelle bereit erklärt, die Post weiter zu leiten (Danke, liebe Mitarbeiterinnen).

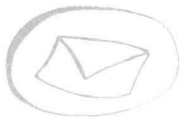
Über Antworten freut sich

B. T., MNR 2897

Gerüche, Düfte und Atemnot

Suche Kontakt zu Frauen, die chemische Gerüche und starke Pflanzendüfte (z. B. Kastanie) stärker wahrnehmen als andere oder darauf mit Atemnot reagieren/ten. Kontakt bitte über die Beratungsstelle erfragen.

Heidi H.



POST

Lindera 15

Nach 20-jähriger Erfahrung mit Endometriose, verbunden mit einigen Bauchspiegelungen, Darm-, Gebärmutter- und Eierstockentfernung sowie x-mal Trenatone ist mein Vertrauen in die Schulmedizin gesunken. Ich wollte nicht wieder körperlich und seelisch in ein Loch fallen und entschied mich deshalb für die Konsultation eines Heilpraktikers. Er hat mir das Mittel Lindera 15 aus der Chinesischen Medizin verschrieben.

Gibt es Mitgliedsfrauen, die damit schon Erfahrungen gesammelt haben und zu denen ich Kontakt aufnehmen darf? Zuschriften bitte über die Beratungsstelle.

Elisabeth

„Ältere Semester“ gefragt

Neben vielen Operationen, u.a. Entfernung der Gebärmutter, Eierstöcke und wiederholt Darmwandresektion, habe ich eigentlich auch alle hormonelle und alternativen Behandlungen durch. Trotz Aromatasehemmer habe ich wieder einen Endometrioseherd. Also kann ich davon ausgehen, die Form der Endometriose zu haben, die nach den Wechseljahren anscheinend nicht so einfach aufhört.

Medizinisch fühle ich mich in Hamburg gut versorgt. Aber das ist ja nur die eine Seite. Ich möchte gern mit gleichermaßen betroffenen Frauen in den Erfahrungsaustausch treten. Unter Laloohh@gmx.de kann Kontakt zu mir aufgenommen werden.

J. Pries

Abschluss einer Krankenzusatzversicherung

Ich möchte eine Krankenzusatzversicherung abschließen, die Behandlungen der Homöopathie, Osteopathie und wenn möglich TCM abdeckt.

Kennt jemand eine Krankenversicherung, die einen nicht dazu zwingt, bei Abschluss einer solchen Zusatzversicherung, Informationen über Vorerkrankungen (Endometriose – die aber generell in der Leistungsabdeckung bereits ausgeschlossen wurde) zu übermitteln? Oder die Leistungen auch für eine bestehende Erkrankung übernimmt? In dem Fall wäre ich natürlich bereit, diese Versicherung mit allen Infos über meine Krankheit zu versorgen.

Über Hinweise wäre ich sehr dankbar. Zuschriften bitte über die Beratungsstelle.

Maike P.

Die Endo-Info wird von der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. herausgegeben. Wir sind eine Selbsthilfeorganisation, die Informationen und Erfahrungen von Frauen und Ärztinnen 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!

Die Beratungsstelle informiert

Wir sagen „Danke“

Zuallererst möchten wir uns bei den MEDIAN Kliniken Bad Salzuflen und der Chefärztin für Gynäkologie, Frau Dr. Christiane Niehues, sowie bei allen, die uns bei der Organisation und Durchführung der 13. Jahrestagung geholfen haben, bedanken. Wie schon so oft, stellten auch in diesem Jahr die Referenten ihr Fachwissen honorarfrei zur Verfügung. Für diese Form der Unterstützung unserer Arbeit bedanken wir uns recht herzlich.

Danken möchten wir auch unseren Mitgliedern Jürgen Bade und Andreas Schilde für die intensive Unterstützung zur Jahrestagung beim Fahr-, Einlass- und Einschenkdienst!

Rückblickend können wir sagen, die „13“ ist für uns eine Glückszahl. Mit großer Freude haben wir im Nachhinein feststellen können, dass sich in Bad Salzuflen unser Schweinchen „Spendo“ großer Beliebtheit erfreute und liebevoll gefüttert wurde. Das Masterergebnis kann sich sehen lassen: In seinem Bauch befanden sich 186,90 €!

Personelle Veränderungen

Im April und Mai diesen Jahres gab es einige personelle Veränderungen in unserer Beratungsstelle, die Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation haben.

Zum 31.03.2009 lief die ABM von Frau Dr. Elke Kottas „Koordination der Öffentlichkeitsarbeit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.“ aus, ohne dass eine Verlängerung möglich war. Die Koordination der Öffentlichkeitsarbeit liegt seither wieder alleine in den Händen von Doreen Jackisch. Wir bedanken uns bei Frau Dr. Kottas insbesondere für die redaktionelle Betreuung der Ausgaben-Nr. 29 bis 40 der Endo-Info.

Am 30.04.2009 haben wir unsere langjährige Mitarbeiterin im Beratungsteam, Frau Sigrid Kubig, in den Ruhestand verabschiedet. Glücklicherweise wollte Frau Kubig uns nicht ganz verlassen und steht uns noch im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung für die Beratung zur Verfügung.

Das Beratungsteam in der Beratungsstelle unterstützt seit dem 01.04.2009 Frau Ursula Birkelbach ebenfalls im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung.

Am 01.05.2009 haben wir mit Frau Manuela Preißler unsere „gute Seele“ für die Beratungs- und Geschäftsstelle gefunden.



Frau Preißler nimmt von Montag bis Freitag in der Zeit von 08.30 – 15.00 Uhr alle Anrufe entgegen, verbindet an die zuständigen Bearbeiterinnen, vereinbart (Beratungs-) Termine, verschickt Informationsmaterial und erledigt alle anfallenden Sekretariatsarbeiten.

Wir begrüßen Manuela Preißler sehr herzlich in unserer Mitte und freuen uns über die neue Mitstreiterin.

Dank für Spenden

Völlig überraschend haben wir zu Beginn des Jahres Geld erhalten: So wurden uns vom Kirchenkreisamt Ronnenberg 120,82 € und von der Evangelischen Kirchgemeinde Hoerstgen 108,32 € überwiesen. Im Nachgang haben wir erfahren, dass zwei Mitgliedsfrauen kirchlich geheiratet haben. Beide Ehepaare haben ihre Kollekte unserer Vereinigung zur Verfügung gestellt.

Unser herzlicher Dank geht nicht nur an die beiden Frauen mit ihrer Idee, sondern natürlich auch an die „frischgebackenen“ Ehemänner.

Wünschen wir beiden Paaren, dass ihre Ehe immer **ein Hafen im Sturm ist und es nie ein Sturm im Hafen wird!**



Die Beratungsstelle informiert

Das Redaktionsteam der „Endo-Info“ sucht engagierte Mitstreiterinnen!

Wenn Sie

- sich für Endometriose-Betroffene einsetzen wollen,
- teamfähig sind,
- insbesondere kurzfristig, dann aber zeitlich eng begrenzt tätig werden können (vor dem Erscheinen der jeweiligen Ausgabe),
- einen Internet-Anschluss besitzen,
- die deutsche Sprache orthographisch und grammatikalisch beherrschen und über einen ebenso sicheren Umgang mit COREL DRAW verfügen und idealerweise schon
- redaktionell gearbeitet haben,

dann bieten wir Ihnen die sofortige ehrenamtliche Telearbeit, die wir Ihnen auf Wunsch auch sehr gern bescheinigen werden.

Ihre Mitarbeit wird gebraucht

- für die Redaktion der Endo-Info
- beim Fotografieren (wenn möglich digital)
- bei der Erstellung von Satz und Grafik für die Druckvorbereitung

**Schriftliche Bewerbungen und/oder Anfragen bitte an
Doreen Jackisch
Leiterin der Beratungsstelle**

**Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.
Bernhard-Göring-Str. 152
04277 Leipzig**

**Tel. 0341/3065304
Fax: 0341 / 30 65 303**

EMail: oeffentlichkeitsarbeit@endometriose-vereinigung.de



Die Beratungsstelle informiert

WIR SUCHEN **engagierte Frauen** **als** **ehrenamtliche Online-Beraterinnen**

SIE sollten

- sich für andere Endometriose-Betroffene einsetzen wollen
- kontaktfreudig und kommunikativ sein
- teamfähig sein
- bereit sein, an Schulungen oder Supervisionen und an Online-Präsenzveranstaltungen teilzunehmen
- über einen internetfähigen Computer verfügen
- zeitlich in der Lage sein, eine Online-Beratung im Umfang von mindestens zwei Stunden in der Woche, vorwiegend in den Abendstunden und alternierend, durchführen zu können
- Beratungserfahrung und/oder in einer Selbsthilfegruppe mitgearbeitet haben

WIR bieten

- eine nebenberufliche, ehrenamtliche Tätigkeit ab Januar 2010 für mindestens ein Jahr
- eine Ausbildung zur peer-to-peer-Beraterin
- regelmäßige Supervisionen und Weiterbildungen
- Arbeit im engagierten und netten Beraterinnenteam
- Chancen zur Selbstverwirklichung und zur Persönlichkeitsentwicklung
- eine Bescheinigung über diese ehrenamtliche Tätigkeit

Schriftliche Bewerbungen oder Anfragen bitte an:
Doreen Jackisch
Leiterin der Beratungsstelle

Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.
Bernhard-Göring-Str. 152
04277 Leipzig

Tel. 0341/3065304
Fax: 0341 / 30 65 303
E-Mail: info@endometriose-vereinigung.de



THEMENSCHWERPUNKT

13. Jahrestagung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. „Endometriose & (un)erfüllter Kinderwunsch“

Vorbemerkung:

Seit einigen Jahren baten Mitgliedsfrauen um das Tagungsthema „Unerfüllter Kinderwunsch bei Endometriose“. Schweres Thema – fanden meine Kollegin Anja Lampe und ich. Und so gar nicht unseres, da wir relativ problemlos Kinder bekamen.

In der Beratungsstelle konfrontiert uns das Thema natürlich unaufhörlich. Die Gespräche mit Betroffenen und Partnern sind stets sehr intensiv und mit Tränen erfüllt. Gerade deshalb wollte ich mich in der Organisation der Jahrestagung 2009 unbedingt dem Thema stellen. Im Ohr hatte ich aber stets auch die Probleme von Frauen, die an Endometriose erkrankt sind und Kinder haben. Auch diesen Frauen wollten wir eine Plattform bieten. Und so wurde unser Jahrestagungsthema „Endometriose & (un)erfüllter Kinderwunsch“ geboren.

Mit sehr viel Respekt ging ich vor gut einem Jahr in die Planung und Organisation, „buchte“ Referenten, bei Kongressen oder Fortbildungen, nach guter und intensiver Recherche oder auf Empfehlung.

Nachfolgend finden Sie die Referate der Vortragenden, welche uns kostenfrei zur Verfügung gestellt wurden. Ich danke allen Referenten, dass Sie im Nachgang aus Powerpoint-Präsentationen auch noch Referate für unsere Mitgliederzeitung werden ließen.

Dank aber auch den Mitgliedsfrauen und Mitgliedern, die ihre Eindrücke zu Papier brachten.

Gleichzeitig ein Dankeschön an die Kliniken am Burggraben mit ihrer Verwaltungsleitung, die uns wieder ein herzlicher Gastgeber waren. Vor allem Frau Dr. Christiane Niehues mit ihrem Team vielen Dank für die grandiose Vorbereitung der Tagung, beim Essen und in allen Räumen fühlten wir uns „Willkommen bei Freunden“.

Nun möchte ich Sie einladen, in nachlesender Form an der 13. Jahrestagung 2009 in Bad Salz-

uflen teil zu haben. Nutzen Sie für die Übersetzung der Fachwörter auch das Fachwortglossar aus Ihrer Begrüßungspost oder auf unserer Homepage.

Begleitet werden die Referate und Zusammenfassungen von Berichten von Anke Brune aus Paderborn und Melanie Schwitkowski aus Konstanz.

Doreen Jackisch

Melanie Schwitkowski:

„Es gibt viele Tage, an denen man feststellt, dass schon wieder ein Jahr vergangen ist – Weihnachten, Ostern, Geburtstage (ganz schlimm!) ... oder eben unsere Mitgliederversammlung. Als das Thema „(Un)erfüllter Kinderwunsch“ für die diesjährige Versammlung bekannt wurde, stieß das bei mir zugegebenermaßen nicht auf großes Interesse: ich wollte bisher noch kein Kind (weiß somit also auch nicht, ob ich überhaupt könnte, wenn ich wollte ;-)) und außerdem habe ich meine langjährige Beziehung vor kurzem beendet und habe nun erst mal andere Sorgen.

Aber eines stand trotzdem fest: ich bin wieder mit dabei! Es ist für mich immer wieder eine gute Gelegenheit, mich „neu zu erden“ und mir über ein paar Dinge etwas mehr Gedanken zu machen, als man dies im hektischen Berufsleben sonst tut. Und abgesehen davon freue ich mich immer riesig darauf, die anderen „Mädels“ wiederzusehen und sich gegenseitig auszutauschen, was das letzte Jahr so gebracht hat.“

Anke Brune:

„.....Langsam nahte die Abendveranstaltung und alle Teilnehmenden ließen die Gläser fröhlich erklingen. Ich blickte in hoffnungsvolle Gesichter, und begrüßte bereits bekannte Mitgliedsfrauen, aber freute mich auch darauf, einige Neue auf der Tagung kennenzulernen. Über die Resonanz der Partner war ich sehr erfreut. Schließlich gilt es, alles zusammen durchzustehen, zu verstehen und sich gegenseitig zu helfen. Beim Tagungs-



THEMENSCHWERPUNKT

thema „Kinderwunsch ...“ ist gerade der Partner nicht unbeteiligt und ist obendrein eine wichtige Stütze im Therapieprozess. Im weiteren Verlauf des Abends begannen die einzelnen Gesprächsrunden. Ich hatte die Gesprächsrunde für die Selbsthilfegruppen gewählt. Gleich zu Anfang kam noch ein männlicher Gast aus Österreich in unsere Runde. Er sei Notarzt und bilde sich in der Gynäkologie weiter. Die Endometriose weckte bei ihm großes Interesse. Er erklärte, dass in Bezug auf SHG's und Netzwerke Österreich noch weit zurück liegt. Er möchte den Aufbau der Selbsthilfe in Österreich aktiv fördern. So wurden Problematiken in den SHG's diskutiert, Anregungen/Verbesserungsvorschläge gegeben, aber es wurde auch kritisch diskutiert, z. B. dass es hier in Deutschland weiterhin mit dem Aufbau von Netzwerken und der Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Krankenhäusern und SHG's vielerorts noch erhebliche Defizite/Desinteresse gibt. Vom Thema Nachsorge ganz zu schweigen ...“.

Melanie Schwitkowski

„...Am Samstag stand als erster Programmpunkt die Mitgliederversammlung auf dem Plan. Hier erfuhren wir alles Wichtige in Zahlen über die Einnahmen und Ausgaben der Vereinigung sowie über die Projekte für 2009. Für folgende Projekte sind die Fördergelder bereits bewilligt worden: Faltblatt für Partner, Plakate für die SHGen, das Endometriose – peer-to-peer – Beratungstelefon sowie ein Faltblatt über die Beratungsstelle. Für folgende Projekte sind Fördergelder beantragt, aber noch nicht bewilligt worden: Neuauflage des Faltblattes „Wie finde ich einen guten Arzt“, Informationsaufsteller, Informationsmappen.

In der Versammlung wurde auch noch mal auf die „Studie zur Lebensqualität bei Endometriose“ des Universitätsspitals Zürich aufmerksam gemacht. Hier sollte man sich unbedingt beteiligen, um die Aussagekraft der Studie zu stärken. Hilfreich wäre es auch, wenn man Freundinnen motivieren könnte, sich hier ebenfalls zu beteiligen, um somit auch Daten einer Kontrollgruppe zu sammeln.“

Tagungseröffnung:

Nach den sehr herzlichen Grußworten von Herrn Tasche, stellvertretender Verwaltungsleiter der

Median Kliniken am Burggraben Bad Salzuflen wurde die Jahrestagung mit dem Vortrag von Frau Dr. Gülden Halis aus Berlin eröffnet.

Vorträge:

Vortrag Nr. 1

„Frau Dr. Gülden Halis äußerte, dass Endometriose immer noch verkannt wird, auch was die Fruchtbarkeit betreffe. Frauen ohne Endometriose und mit verschlossenen Tuben werden eher schwanger, als Frauen mit Endometriose. Fakt sei aber auch, dass es bisher keine „Pille“ und kein Medikament gibt, was sich auf die Fruchtbarkeit auswirkt. Medikamente stehen noch in der Forschung. Dr. Halis stellte Details zur Kinderwunschbehandlung vor und machte deutlich, dass bei milder Endometriose ohne anatomische Veränderungen ruhig mal ein Abwarten von 3–4 Monaten vertretbar sei, ohne sich gleich einer weiteren Behandlung zu unterziehen.“ (AB)

„Endometriose und Kinderwunsch – Erfahrungen, Leitlinien & sinnvolle Abweichungen und Ergänzungen“ Dr. Gülden Halis, Kinderwunsch- und Endometriosezentrum Berlin

Endometriose, das so genannte „verkannte Frauenleiden“, ist eine östrogenabhängige (junge Frauen sind betroffen), gutartige Erkrankung, die aber tumoröse Eigenschaften zeigt. Schätzungsweise 2 Millionen Frauen sind in Deutschland betroffen. Die Pathogenese ist weitgehend ungeklärt, wir kennen keine kausalen Therapieansätze und die verfügbaren Therapien sind rein symptomatisch. Trotz aller therapeutischen Bemühungen sehen wir eine hohe Rezidivrate.

Endometriose ist definiert als „Vorkommen von endometrialem Gewebe (Drüsen und Stroma) außerhalb seiner physiologischen Lokalisation, der Gebärmutter.“

Die Diagnosestellung erfolgt durch Operation (Laparoskopie) und repräsentative Gewebeentnahme zur histologischen Verifizierung, aber wichtig ist es anzumerken, dass die histologische Definition bzw. Diagnose einer Endometriose bei symptomfreien Frauen keine Aussage über den Krankheitswert hat.



THEMENSCHWERPUNKT

Wir sehen häufig folgende 3 Leit-Symptome:

1. Schmerzen (Dysmenorrhoe, chronische Unterbauchschmerzen, Dyspareunie, Dysurie, Darmbeschwerden)
2. Blutungsstörungen (zumeist verstärkte Blutungen)
3. Infertilität

Diese können von einer Anzahl unspezifischer Symptome begleitet werden, wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Kopf- und Rückenschmerzen, Blähbauch, ischia-diforme Schmerzen, Durchfall oder Verstopfung. Die Inzidenz der Endometriose wird mit 0,5 – 5 % bei fertilen Frauen, aber mit 25 – 40 % bei Frauen mit Infertilität beziffert.

Mögliche Gründe für die Infertilität bei Frauen mit Endometriose

Ein nicht zu vernachlässigender Grund sind **sexuelle Störungen** (Dyspareunie, Libidoverlust, niedrige Kohabitationsfrequenz aufgrund der Schmerzen), aber auch mechanische Störung (veränderter Tubenfaktor bei ausgedehnten Adhäsionen, Organverlagerungen) und funktionelle und hormonelle Faktoren (z. B. fehlende Ovulation, mindere Qualität der Eizellen). Des weiteren immunologische Faktoren (entzündlich verändertes Peritonealmilieu, Defekte der zellulären Immunität, erhöhte Zahl und Aktivität der Makrophagen im Peritonealsekret, aufgrund dessen reduzierte Qualität der Spermatozoen) und anatomische Veränderungen (Organverlagerungen).

Kinderwunschbehandlung bei Endometriose

Diverse Autoren konnten zeigen, dass die Fertilität (Fruchtbarkeit) bei Frauen mit Endometriose im Vergleich zu gesunden Frauen reduziert ist (u. a. BERUBE, 1998).

Bei Anfangsstadien stellen die Patientinnen häufig die Frage, ob man nicht einfach „abwarten könne“? Aber die Endometriose ist fortschreitend: 20 % der Frauen mit ungeklärter Sterilität und unauffälligem Befund zeigten nach 2 Jahren bei einer erneuten Bauchspiegelung mit dem Auge sichtbare Herde einer Endometriose.

Trotzdem ist meines Erachtens bei einer milden Endometriose ohne anatomische Veränderungen ein „beobachtendes Warten“ über 3 – 4 Monate vertretbar.

Medikamentöse Therapie der Endometriose bei Kinderwunsch

Das Ziel der hormonellen Therapie ist die Manipulation des menstruellen Zyklus. Gewünscht ist eine antigonadotrope Wirkung mit Unterdrückung der Östrogenproduktion, somit ein so genannter „hypoöstrogener, hypergestagener Zustand“. Ziel ist die „Blutungsfreiheit“ über eine möglichst lange Zeitspanne.

Bei Kinderwunsch jedoch verbessert KEINE der derzeit verwendeten medikamentösen Therapien wie GnRH-Analoga, Gestagene, kombinierte Pille die Schwangerschaftsraten bei Endometriosepatientinnen (im Stadium I und II) im Vergleich zu Placebo oder expektativem Vorgehen (Hughes et al. 2007, Cochrane Database).

MERKE:

Die hormonelle Suppression bei Kinderwunsch ist ineffektiv, sie ist kontrazeptiv und verzögert die Fertilität!

Zur chirurgischen Therapie bei Endometriose & Kinderwunsch

Die Operationsziele bei Kinderwunsch-Patientinnen mit Endometriose sind:

- histologische Sicherung und Staging
- komplette Entfernung aller Endometrioseherde
- Rekonstruktion der Anatomie
- Verbesserung der Symptomatik & der Lebensqualität
- Optimierung der Kinderwunschbehandlung

Die Übersichtsstudien belegen, dass bei Endometriose-Patientinnen im Stadium I und II die operative Ablation/Exzision der Herde die Fertilität verbessere (Jacobson, Cochrane Review, 2005).

Auch die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (ESHRE) empfehlen bei Anfangsstadien (rASRM I–II) die operative Sanierung, ist die Erkrankung hingegen fortgeschritten (rASRM III–IV) gibt es keine ausreichende Evidenz, dass die Operation effizient dazu beiträgt, die Fertilität zu verbessern,



THEMENSCHWERPUNKT

weil dann andere Faktoren auch wesentlich zur Einbuße der Fertilität beitragen. (Evidenzlevel 1a; Hum Reprod, 2005).

Autoren wie Keckstein und Chapron berichten nach kompletter Resektion einer tiefen, infiltrierenden Endometriose bei intakten tuboovariellen Strukturen von einer erhöhten Rate an spontanen Schwangerschaften (Chapron, Hum Reprod, 1999, Keckstein, Zentr.Gyn. 2003).

MERKE:

Die sorgfältige operative Sanierung ist wichtig und effektiv. Die präoperative oder postoperative medikamentöse Therapie verbessert die Ergebnisse nicht.

(Donnez, Hum Reprod, 1996), (Hart, Cochrane Database 2005), (Hughes, Cochrane Review 2005)

Die Ausnahme scheint in der postoperativen medikamentösen Therapie mit GnRH-Analoga nur dann zu liegen, wenn eine IVF-Therapie geplant ist. Wobei die Zahlen hier noch widersprüchlich sind (Sallam, Cochrane Database, 2006).

Nach den ESHRE-Leitlinien wird die Fertilität in Stadien der Endometriose rASRM I–II durch eine Insemination nach ovarieller Stimulation verbessert. Der Effekt der unstimulierten Insemination ist nicht klar (Evidenzlevel 1b; Hum Reprod, 2005).

Von allzu häufigen Versuchen einer ovariellen Stimulation bei Endometriose wird hingegen gewarnt, da dies zum Fortschreiten der Erkrankung führen könnte. Empfohlen wird daher nach 3 – 4 Versuchen der Insemination auf die IVF überzugehen.

...und weitere Ergänzungen zu der „klassischen schulmedizinischen“ Therapie sind ...

- Traditionelle Chinesische Medizin
- Pflanzenheilkunde
- Entspannungstechniken und Körpertherapien
- Reflexzonentherapie
- Psychologische Unterstützung
- Homöopathie

Zur Ernährung bei Endometriose

Bisher existieren mehr Mythen als Fakten!

Eine Übersichtsarbeit aus dem Juni 2007 fasst vier Studien zusammen – davon zwei Tierstudien. Das Ergebnis ist:

„Es können keine klaren Empfehlungen ausgesprochen werden, wie die **Symptome** der Endometriose verbessert werden können.“ (Fjerbaek A; Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; 2007; 132(2):140 – 7)

Auch Empfehlungen für die **Prävention** der Endometriose durch Ernährung können nicht gegeben werden. Insbesondere konnte bislang keine Korrelationen für die Ernährung mit Milch, Käse, Fisch, Alkohol oder Kaffee ausgesprochen werden. (Parazzini F, et al.; Human Reproduction; 2004; 19:8, pp 1755).

Zusammenfassung

- Die chirurgische Sanierung scheint für alle Stadien hilfreich zu sein.
- Abwartendes Verhalten kann sinnvoll bei jüngeren Patientinnen mit einem Anfangsstadium und kurzer Infertilitätsanamnese sein.
- Die medikamentöse Therapie ist nicht effizient, sondern verzögert die Konzeption.
- Die ovarielle Stimulation mit Insemination wird für frühe Stadien empfohlen sowie nach chirurgischer Sanierung, wenn das kleine Becken sonst eine unauffällige Anatomie bietet.
- Bei fortgeschrittenen Stadien (rASRM III–IV) ist die IVF das Mittel der Wahl, dann wohl im long-protocol.
- Es können keine klaren Empfehlungen ausgesprochen werden, für die Prävention der Endometriose oder um die Symptome der Endometriose zu verbessern.
- Das optimale Therapiemanagement bleibt obskur und eine individuelle Entscheidung für jede Patientin.
- Auch der Partner ist wichtig!



THEMENSCHWERPUNKT

Vortrag Nr. 2

„Prof. Robert Greb stellte in seinem Vortrag kritisch in Frage, ob bei Patientinnen, die bereits mehrere OP's zur Sanierung der Endometriose hinter sich hatten, eine weitere OP die Fruchtbarkeit verbessern würde. Die Datenlage ist noch unklar. Zudem machte Dr. Greb die Erfahrung, dass viele Frauen als größte Belastung in der Kinderwunschbehandlung den täglichen Gang zur Arztpraxis sehen, wo sie ihre Spritze (FSH) erhalten. Mittlerweile bietet er den Frauen die Spritze für Zuhause an. Ähnlich wie bei den Diabetikern, die sich die Insulinspritze täglich selbst spritzen. Es sei einfach zu handhaben, kostet allerdings erstmal Überwindung.“ (AB)

2. „Kinderwunschbehandlung bei Endometriose: Was ist zu beachten?“ Prof. Dr. Robert Greb, Kinderwunschzentrum Dortmund

Frauen mit Endometriose leiden neben chronischen Unterbauchschmerzen auch häufig unter unerfülltem Kinderwunsch. Beides geht mit erheblichen seelischen Belastungen für die Betroffenen einher.

Fruchtbarkeitsstörungen durch Endometriose

Die genauen Gründe für eine Einschränkung der Fruchtbarkeit bei Endometriose sind nur zum Teil bekannt. Zweifelsohne führen Verwachsungen oder Verklebungen im Bereich der Eileiter zu Einschränkungen der Eileiterfunktion mit daraus resultierender Unfruchtbarkeit. Die Eileiterfunktion wird durch Endometrioseherde im Unterbauch häufig so schwer beeinträchtigt, dass eine normale Befruchtung und der Transport der Eizelle im Eileiter nicht mehr möglich sind.

Viele weitere mögliche Mechanismen, die zu einer Störung der Fruchtbarkeit im Zusammenhang mit der Endometriose beitragen, werden diskutiert und sind noch Gegenstand aktueller Forschung. Zweifelsohne haben es aber Frauen mit einer Endometrioseerkrankung schwerer als nicht betroffene Frauen schwanger zu werden. Dies gilt vermutlich auch für Frauen mit niedrigem Endometriosestadium (z.B. Stadium I bis II nach der häufig gebrauchten Klassifikation der

amerikanischen Fertilitätsgesellschaft). Deswegen ist bei Patientinnen mit Endometriose auch bei nachgewiesener Durchgängigkeit der Eileiter (z.B. durch eine Bauchspiegelung mit so genannter positiver Blauprobe) oft eine Kinderwunschbehandlung erforderlich. So leiden über 18% der am Kinderwunschzentrum Dortmund behandelten Patientinnen an einer Endometriose. Dieser Anteil liegt sehr viel höher als es bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter in der „normalen Bevölkerung“ zu erwarten wäre.

Therapiemöglichkeiten

Operative Entfernung von Endometrioseherden

In der Regel ist es sinnvoll, allein schon zur Beseitigung und Linderung von Unterbauchschmerzen, die bei einer Bauchspiegelung sichtbaren und bei einer gynäkologischen Untersuchung tastbaren Endometrioseherde operativ zu entfernen. Manchmal kann dies auch zu einer Verbesserung der Fruchtbarkeit der Patientin führen. Ein operativer Eingriff allein aus dem Grund der Verbesserung der Fruchtbarkeit ist meistens nicht erfolgversprechend, vor allem wenn bereits operative Eingriffe wegen Endometriose vorausgegangen sind. Dies muss aber bei jeder Patientin individuell geprüft werden.

Hormonelle Therapieverfahren (z.B. GnRH-Analoga, Gestagene, Antibabypille etc.)

Bei Frauen mit Kinderwunsch und Endometriose ist eine hormonelle Therapie der Endometriose nicht sinnvoll, da alle Behandlungsmöglichkeiten gleichzeitig verhütend wirken, und damit den möglichen Eintritt einer Schwangerschaft nur unnötig hinauszögern. Eine Verbesserung der Fruchtbarkeit im Anschluss an Hormontherapien wie z.B. GnRH-Analoga („künstliche Wechseljahre“) ist nie nachgewiesen worden.

Sinnvolle Kinderwunschbehandlungen

- Eisprung verbessern (z.B. durch Stimulation der Eierstöcke mit FSH)
- Samenübertragung (Insemination mit und ohne Eierstockstimulation)
- Reagenzglasbefruchtung (In-vitro-Fertilisation, IVF mit oder ohne ICSI)



THEMENSCHWERPUNKT

Alle aufgelisteten Kinderwunschbehandlungen führen nachgewiesenermaßen zu einer Verbesserung der Fruchtbarkeit bei Patientinnen mit Endometriose. Die täglichen subkutanen Injektionen von follikelstimulierendem Hormon (FSH), die von der Patientin selbst durchgeführt werden können, führen neben der Verbesserung der Eireifung auch zu einer vermehrten Schleimproduktion im Gebärmutterhals, was das Eindringen der Spermien in die Gebärmutter erleichtert. Weiterhin erleichtert diese Behandlung die Einnistungsfähigkeit des Embryos durch den optimalen Aufbau der Schleimhaut (=Endometrium) in der Gebärmutter. Falls die Spermien des Partners nicht gut in den Gebärmutterhalsschleim eindringen können, ist eine Samenübertragung (Insemination) mit einem dünnen Schlauch in die Gebärmutter möglich. Empfehlenswert ist eine vorbereitende, milde Eierstockstimulation. Allerdings liegen die Schwangerschaftsraten bei einer Inseminationsbehandlung durchschnittlich nur bei ca. 10 % pro Behandlungszyklus, bei besonders günstigen Ausgangsbedingungen bis zu 15 % bis 20 %.

In-vitro-Fertilisation

(IVF, Reagenzglasbefruchtung)

Die effektivste Behandlung bezogen auf die Schwangerschaftsrate pro Behandlungszyklus bei Frauen mit Endometriose und Kinderwunsch ist die In-vitro-Fertilisationsbehandlung. Allerdings müssen bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen die Hälfte der Behandlungskosten selbst übernommen werden (Eigenanteil insgesamt ca. 1.200 € bis 1.400 € pro Behandlungsversuch). Die Krankenkassen bezuschussen drei Versuche einer Reagenzglasbefruchtung, falls das Paar verheiratet ist, die Ehefrau mindestens 25 Jahre aber jünger als 40 Jahre alt ist, und der Ehemann mindestens 25 Jahre und jünger als 50 Jahre alt ist. Vor einer In-vitro-Fertilisationsbehandlung findet ein ausführliches Beratungsgespräch des Paares mit dem behandelnden Arzt statt, wobei Chancen und Risiken der Behandlung genau erläutert werden. Eine In-vitro-Fertilisationsbehandlung ist meistens unter den folgenden Umständen notwendig:

- Kinderwunschdauer länger als drei Jahre
- Alter der Frau über 35 Jahre

- ausgeprägtes Endometriosestadium mit Beeinträchtigung der Eileiterfunktion
- Endometriose und beim Partner ebenfalls eingeschränkte Fruchtbarkeit

Bei der In-vitro-Fertilisationsbehandlung werden die Eizellen unter Ultraschallsicht und Betäubung durch die Scheide abgesaugt, und am gleichen Tag im Labor mit den Samenzellen des Partners vereinigt. Nach der Befruchtung werden meistens zwei bis drei der befruchteten Eizellen im Brutschrank weiter aufbewahrt. In der Regel erfolgt der Embryotransfer am zweiten bis dritten Tag nach der Befruchtung. Auch der Blastozystentransfer fünf bis sechs Tage nach der Befruchtung ist in Deutschland möglich und erlaubt. Überzählige befruchtete Eizellen können eingefroren werden, um der Patientin einen erneuten Behandlungsversuch medizinisch und finanziell zu erleichtern.

Die Ergebnisse künstlicher Befruchtungen unterliegen in Deutschland einer strikten Qualitätskontrolle, z.B. in Form der Datenerfassung im Deutschen IVF-Register (DIR), das öffentlich zugänglich ist (www.deutsches-ivf-register.de). Bis zum 35. Lebensjahr der Frau liegen die Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer zwischen 30 und 35 %. Wie bei einer natürlichen Zeugung auch, kommt es allerdings bei jeder fünften Schwangerschaft zu einer frühen Fehlgeburt. Es führen also ca. 20 bis 25 % aller Behandlungszyklen tatsächlich zur Geburt eines Kindes. Wenn alle Kinderwunschbehandlungen mit einbezogen werden, können ca. 70 % aller Paare, die sich in einem Kinderwunschzentrum vorstellen, mit der Geburt eines Kindes rechnen.

Belastungen des Paares bei künstlicher Befruchtung

Von den meisten Paaren wird die psychische Anspannung und Belastungssituation als größtes Problem der Kinderwunschbehandlung angesehen. Zusätzlich werden mit den Paaren im Vorfeld einer Behandlung die folgenden Risiken ausführlich besprochen:

- Mehrlingsrisiko, (Zwillinge ca. 20 %, Drillinge ca. 0,9 % aller Schwangerschaften),
- Überstimulationsreaktion der Eierstöcke (1 % bis 3 %),



THEMENSCHWERPUNKT

- Eileiterschwangerschaften (ca. 2 % bis 3 %),
- Verletzungen oder Entzündungen bei der Eizellentnahme (extrem selten),
- Häufigere Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf (z.B. vorzeitige Wehentätigkeit oder Schwangerschaftsbluthochdruck),
- Die Fehlbildungsrate bei den Kindern scheint (geringfügig) erhöht zu sein, wahrscheinlich durch genetische Faktoren, die auch zur Unfruchtbarkeit führen.

Zusätzlich beschäftigt Frauen mit Endometriose natürlich auch die Frage, ob ein Wiederauftreten der Erkrankung durch eine In-vitro-Fertilisationsbehandlung begünstigt wird. Wissenschaftliche Daten zeigen aber, dass diese Sorge unbegründet ist. Nur in wenigen Einzelfällen wird eine Zunahme der Beschwerden unter der Eierstockstimulation beobachtet.

Zusammenfassung

Endometriose wird im Rahmen der Diagnostik bei unerfülltem Kinderwunsch meist durch eine Bauchspiegelung erstmals erkannt und diagnostiziert. Dabei werden in der Regel Endometrioseherde entfernt, was zu einer Erhöhung der Fruchtbarkeit beitragen kann. Die alleinige Hormonbehandlung oder eine Hormonbehandlung vor oder nach einer Endometrioseoperation erhöht die Fruchtbarkeit der betroffenen Frauen **NICHT**.

Sinnvolle Maßnahmen zur Erhöhung der Fruchtbarkeit bei Frauen mit Kinderwunsch und Endometriose beinhalten die hormonelle Stimulation der Eierstöcke ggf. in Verbindung mit einer Samenübertragung (Insemination). Die Schwangerschaftsraten bei einer Inseminationsbehandlung sind allerdings vergleichsweise niedrig. Das effektivste Verfahren zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches ist die In-vitro-Fertilisation (IVF, „künstliche Befruchtung“, „Reagenzglasbefruchtung“).

Vortrag Nr. 3

„Dr. Tewes Wischmann räumte mit einigen Mythen auf, die als Ursache für die Endometriose gerne zitiert werden.“ (MS)

„Viele Frauen würden sehr unter der psychischen Belastung des unerfüllten Kinderwunsches leiden, dabei sind es nur 5 % der Paare, die eine psychogene Sterilität aufweisen. Die wenigsten Frauen seien psychisch auffällig. Durch all die Belastungen sei es ganz normal, dass sie leicht depressiv und ängstlich werden und zudem körperliche Beschwerden haben. Bei 60 % der Paare ist das Sexualleben eingeschränkt. Eine Psychotherapie kann in vielen Situationen positiv unterstützen und die Paarkommunikation verbessern. Außerdem solle man Alternativen zum Kinderwunsch erarbeiten, denn nicht immer geht der Wunsch in Erfüllung. Besser vorbereitet, als unverhofft in ein langes Tief und Resignation zu verfallen. Belastend sei auch öfters die Zeit nach dem Embryotransfer. Währenddessen drehe sich alles in der Beziehung und bei der Frau selbst nur um's Kind. Dr. Wischmann regte an, sich bewusst mit schönen Dingen abzulenken, sich Schönes zu gönnen. Seriöse Internetseiten wie www.klein-putz.net und www.wunschkind.net, halten weitere Infos bereit.“ (AB)

Psychologische Aspekte bei Endometriose und Kinderwunsch – einige kritische Anmerkungen¹. Dipl.-Psych. PD Dr. Tewes Wischmann, Zentrum für psychosoziale Medizin, Heidelberg

Einleitung

Die Prävalenz der Endometriose liegt in Deutschland bei ca. 4 – 12 %, maximale Angaben liegen bei 25 %, bei unerfülltem Kinderwunsch spielt die Endometriose in 20 – 74 % der Fälle eine Rolle. Die Zahl der Neuerkrankungen werden für Deutschland auf ca. 40.000 pro Jahr geschätzt, das Intervall vom ersten Auftreten der Symptome (meist Unterbauchschmerzen) bis zur korrekten Diagnosestellung Endometriose dauert hier im Durchschnitt 6 Jahre. Noch werden hier Fehldiagnosen häufiger gestellt als die richtige [alle Angaben aus 1]. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff „Erkrankung ohne Lobby“ geprägt [2]. Zur weiteren Illustration der Komplexität dieser Erkrankung einige Klarstellungen:

¹ Gekürzte Version des gleichnamigen Aufsatzes des Autors in Geburtsh Frauenheilk 68 (2008), S. 231 – 235. Wir danken dem Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, für die freundliche Nachdruckgenehmigung.



THEMENSCHWERPUNKT

Endometriose ist nicht gleich Endometriose: Es ist bekannt, dass Patientinnen mit erheblichem Endometriosebefall kaum oder über nur wenig Beschwerden klagen, während andererseits Patientinnen mit minimalen Endometrioseherden von starken Beeinträchtigungen berichten [3].

Endometriose ist nicht gleich einer behandlungsbedürftigen Krankheit: In vermutlich der Hälfte der Fälle verläuft sie asymptomatisch, die Patientinnen verspüren von dieser Erkrankung also nichts [4].

Endometriosepatientinnen sind keine Simulantinnen: Es sollte inzwischen klar sein, dass diese Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle mit starken bis sehr starken Schmerzen einhergeht, die auch schmerztherapeutisch behandelt werden müssen [5]. Fast jede Frau mit symptomatischer Endometriose leidet unter Dysmenorrhoe [6].

Endometriose ist nicht überwiegend psychisch bedingt: Der Mythos der „Psychogenese der Endometriose“ durchzieht die psychosomatische Literatur weiterhin (zumindest im deutschsprachigen Raum). In dieser Pauschalität hat er keineswegs Bestand, was allein schon dadurch gezeigt werden kann, dass Endometriose auch bei Affen und bei Nagetieren vorkommt [7].

Die psychosozialen Folgen einer Endometriose-Erkrankung sind in der Regel gravierend: In einer Internetumfrage gaben zwei Drittel der Teilnehmenden an, dass die körperliche Aktivität stark eingeschränkt sei. Ebenso häufig lag eine Dyspareunie vor, die Sexualität war bei 80 % der Antwortenden beeinträchtigt, die berufliche Aktivität bei über der Hälfte [8].

In dieser Übersichtsarbeit sollen verbreitete Aussagen zu den psychologischen und psychosomatischen Aspekten von Endometriose und speziell zur Endometriosepatientin mit Kinderwunsch insbesondere aus methodenkritischer Sicht kritisch reflektiert werden.

Forschung zu Endometriose und Psychosomatik
Bis in die 90er Jahre galt Endometriose überwiegend als „Airline stewardess disease“, im Deut-

schen fiel der polemische Begriff „Krebs der Karrierefrau“. Dass Endometriose vorwiegend Karrierefrauen betrifft, ist inzwischen eindeutig widerlegt.

Es gibt zwar in einem Teil der Studien einen Trend zur höheren sozialen Schicht. Dies ist aber in erster Linie auf das Herausschieben der ersten Schwangerschaft zurückzuführen, d. h. dass die Patientinnen in den höheren sozialen Schichten allein durch die Mehrzahl an Menstruationszyklen eine höhere Chance auf das Auftreten einer Endometrioseerkrankung haben [9, 10]. Fatalerweise hat dieser Mythos des „Krebses der Karrierefrau“ zur Folge, dass Endometriose bei sehr jungen Patientinnen häufig erst sehr spät von niedergelassenen Ärzten erkannt wird [8, 11]. Dieses wird in dem beeindruckenden Aufsatz Clinical waste von Hilary Mantel erschreckend deutlich [12]. Auch aus den 80er bzw. 90er Jahren stammt die pauschale Feststellung, dass Endometriosepatientinnen meistens „untergewichtig, überängstlich, intelligent, egozentrisch und perfektionistisch“ seien [13] oder dass Endometriosepatientinnen im Durchschnitt ängstlicher als andere Frauen seien und dies die Ursache der Endometriose darstelle [14].

Nahezu alle Publikationen zur Psychosomatik von Endometriose beziehen sich auf die Dissertation von Collins aus dem Jahr 1975 [15]. Diese untersuchte 20 Endometriosepatientinnen, 20 aus anderen Gründen infertile Frauen und 20 fertile Patientinnen mittels des MMPI, des Rohrschacht-Tests und halbstrukturierten Interviews. Von dem Verdienst einer ersten systematischen Untersuchung dieser Patientinnengruppe (mit Vergleichsgruppen) einmal abgesehen, erscheinen die Aussagen über Endometriosepatientinnen doch in erheblichem Maße psychopathologisierend. Als Beispiel sei zitiert, dass die Endometriosepatientin sich „voller Groll und Aggressivität“ erlebe. „Diese Aggressivität drückt sie indirekt gegenüber Männern aus, zum Beispiel durch die Vermeidung sexuellen Verkehrs und des damit assoziierten Schmerzes“ [nach 16, S. 244]. Auch in neueren Studien werden sehr vereinfachende psychosomatische Zusammenhänge postuliert. So finden sich in einer Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2003 folgende Problembereiche: „Ablehnung der Mutterschaft und der Geschlechterrolle“, „unbewäl-



THEMENSCHWERPUNKT

tigte Konflikte in Bezug auf die Menstruation“, „gestörte Sexualität und Partnerschaftsprobleme“, „hohes autoaggressives Potenzial („schmerzliche Probleme in sich hineinpumpen“) sowie „höhere Angstlevel“ und „sehr sensible Körperwahrnehmung“ [17]. Jedem in der Beratung von Endometriosepatientinnen Tätigen dürfte eigentlich klar sein, dass diese höheren Angstlevel in der Regel auch durch Angst vor schwerwiegenderen Erkrankungen im Unterbauch (zum Beispiel vor einer Krebserkrankung) bedingt ist, und dass damit natürlicherweise meist eine sensible Körperwahrnehmung einhergeht. Ähnlich pauschal simplifizierend und unbewiesen ist die Behauptung, Endometriosepatientinnen hätten einen ungelösten Mutterkomplex in der Familie [18, S. 34]. Psychopathologisierung der Endometriosepatientin.

Die Patientinnen sind in die Klinik gekommen, um Hilfe bei der Linderung ihrer Beschwerden zu erhalten und sollten dann nicht aus psychologischer Sicht weiter pathologisiert werden, wie hier exemplarisch aufgezeigt werden soll: Eine Aussage aus der bereits erwähnten Dissertation von Collins: „die andauernde Dysmenorrhoe kann [...] als Ausdruck von Aggressivität gegenüber Männern gelten“ [nach 16, S. 244], noch 2001 unkritisch zitiert [19, S. 303]. Lewis et al. [20] diagnostizierten bei 12 von 16 Endometriosepatientinnen eine affektive Störung nach DSM-III (bipolare Störung bzw. endogene Depression), nur zwei der Patientinnen wurden als unauffällig beurteilt. Diese Ergebnisse wurden von Walker et al. bereits zwei Jahre später mit Hinzunahme einer Kontrollgruppe widerlegt [21]. Aber auch noch in jüngerer Zeit lassen sich wenig ressourcenorientierte Beschreibungen der Endometriosepatientin finden: So beschrieben Bodden-Heidrich et al. „deutliche Störungen der Symbolisierungsfähigkeit bei den Patientinnen“ [22, S. 386]. Zu Recht übertitelte die Präsidentin der „endometriosis association“ Mary Lou Ballweg deshalb ihre Übersichtsarbeit zur „psychologizing of endometriosis“ mit „Blaming the victim“ [11].

Psychosomatik der Endometriose – ein Fazit

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, wie auch die aktuelle und differenzierte Übersichtsarbeit von Leeners und Imthurn [23] zeigt, dass keines der bisherigen psychosomatischen

Modelle zu Endometriose bisher durch eine systematisch durchgeführte prospektive Studie mit Kontrollgruppe verifiziert worden ist. Am ehesten gleichen Endometriosepatientinnen vom psychologischen Profil her chronischen Schmerzpatientinnen [24]. Bei effektiver Schmerzbehandlung verschwinden die gegenüber der Norm etwas auffälligen psychologischen Symptome der Endometriosepatientinnen (Depressivität, Ängstlichkeit, Feindseligkeit, körperliche Sensibilität) vollständig [25, 26]. Das in der psychosomatischen Literatur häufig erwähnte Symptom der Reizbarkeit bzw. Feindseligkeit der Endometriosepatientin lässt sich ohne weiteres zum einen auf die Schmerzbedingtheit zurückführen. Zweitens beruhen die Schwierigkeiten in der Arzt-Patientin-Beziehung in der Regel auf den häufigen vorherigen Fehldiagnosen, einer eventuellen Bagatellisierung der Beschwerden durch vorher behandelnde Ärzte, oder ihrer vorherigen Psychopathologisierung. Eine möglicherweise jahrelange Fehldiagnostik fördert nicht unbedingt das Vertrauen in die ärztliche Kompetenz [9].

Endometriose und Kinderwunsch

Endometriosepatientinnen mit Kinderwunsch leiden besonders, da die ersehnte Schwangerschaft voraussichtlich auch die Endometriose bedingten Beschwerden lindern würde, da eine medikamentöse Suppressionsbehandlung der Endometriose eine Schwangerschaft weiter hinauszögert, da die Hormonstimulation in der Kinderwunschtherapie eventuell die Endometriosesymptomatik verstärkt, da zwei Drittel der Patientinnen Schmerzen beim Geschlechtsverkehr haben [9], und da Endometriosepatientinnen (bei Befall der Ovarien oder der Tuben) häufig auf Verfahren der Reproduktionsmedizin angewiesen sind. Wie auch andere Kinderwunschpatientinnen erleben Endometriosepatientinnen Infertilität häufig als die schlimmste emotionale Krise ihres Lebens, die ggf. dann eingeleitete reproduktionsmedizinische Behandlung stellt für viele dieser Patientinnen eine zusätzlich psychische Belastung dar, die mit der Zahl erfolgloser Zyklen in den ersten Jahren noch ansteigt. Der psychische Stress in der Wartezeit nach einem Embryotransfer in einer In-vitro-Fertilisationsbehandlung ist für sehr viele Frauen belastender als alle medizinischen Maßnahmen dieser Therapie, also auch belas-



THEMENSCHWERPUNKT

tender als die Bauchspiegelung. Auch wenn alle Behandlungszyklen von der Krankenversicherung voll übernommen werden, nehmen über die Hälfte der Paare trotz Misserfolges nicht alle angebotenen Zyklen in Anspruch. In erster Linie wird dies auf die emotionalen Belastungen der reproduktionsmedizinischen Verfahren zurückgeführt [zum Überblick: 27]. Aufgrund der niedrigen Erfolgsquoten der Reproduktionsmedizin (bis Ende 2004 waren in Deutschland ca. 470.000 reproduktionsmedizinische Behandlungen durchgeführt wurden, die zu ca. 70.000 Geburten führten, was einer Geburtenrate von 14,9 % pro Behandlungszyklus entspricht [28]) müssen sich Paare mit Kinderwunsch auch frühzeitig mit dem „Plan B“ auseinandersetzen.

Vortrag Nr. 4

„Der „Exkurs einer Ehefrau und Mutter“ von Doreen brachte den ganzen Saal zum Verstummen. Man spürte förmlich die Ergriffenheit und jedem wurde erneut bewusst, welche Konsequenzen unsere Erkrankung haben kann – nicht nur für jede Einzelne, sondern auch für den Partner und für die Kinder.“ (MS)

„... Einen richtigen Weg hat sie auf jeden Fall beschritten: Den Weg zur Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. in Leipzig. Einen Dank ... für die vielen motivierenden Worte. Ein Sprichwort besagt: „Alles was man über das Leben lernen kann, ist in 3 Worte zu fassen – ES GEHT WEITER.“ (AB)

„Leben mit einer chronischen Erkrankung“ – Exkurs einer Ehefrau und Mutter. Doreen Jackisch, Leiterin der Beratungsstelle.

Das Thema Endometriose und unerfüllter Kinderwunsch wurde der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. Jahr für Jahr aus der Mitgliedschaft als Wunschthema für eine der nächsten Tagungen mitgegeben. Wie Ihr dem Titel entnehmen könnt, haben wir das (un) in Klammern gesetzt. Wir wollten Frauen und ihre Partner mit und ohne Kinderwunsch gleichermaßen ansprechen.

Nehmen wir einmal folgende Situation an:
Ein junges Mädchen, nennen wir sie Josephine, erlebt ihre Regel mit monatlichen Ohnmachtsan-

fällen, mit starken Unterleibskrämpfen. Ihre Mutter sagt ihr, leider ist dies nun so, das gehört zum Frausein dazu.

Josephine geht irgendwann das erste Mal zum Frauenarzt, der keinerlei Veränderungen feststellt. Die monatlichen Krämpfe spricht sie am Anfang nicht an, schämt sich. Später, als sie sich traut, sagt der Arzt ihr, es gibt Mädchen, die haben eben mehr Probleme, das verwächst sich. Als zu den Schmerzen regelmäßige Entzündungen der Eierstöcke oder des Unterleibs hinzukommen, nimmt sie jedes halbe Jahr ein anderes Antibiotikum und der Arzt verordnet ihr die Pille, weil, junge Mädchen, mit 17/18 Jahren sollten die einfach nehmen. Die Pillen werden Vierteljahrweise gewechselt, weil Josephine keine recht verträgt. Irgendwann gibt es dann eine Pille, mit der sie gut klarkommt, die auch die monatlichen Krämpfe erträglicher machen. Ihre Blutung ist sehr stark, aber alle sagen ihr, da kann man nichts machen. Josephine wird älter, der erste Freund bringt zärtliche Kontakte, aus denen mehr wird, beide sind unerfahren und wen soll Josephine nur fragen, muss die schönste Sache der Welt denn so weh tun?????

Die junge Liebe zerbricht, ein neuer Freund – vielleicht wird es ja jetzt anders. Aber eigentlich sind die Unterleibsentzündungen nun wieder ständiger Begleiter sowie das ganze Sortiment einer Apotheke an Antibiotika.

Josephine wird schwanger, nicht geplant, aber die Freude auf das Kind ist groß, auch wenn es den Lebensablauf gänzlich neu gestaltet. Die Schwangerschaft über keinerlei Probleme im Unterleib, dafür genügend Ärger mit dem Freund.

Das Kind wird geboren, allein im Kreißsaal, was gebe Josephine doch darum, es wäre jemand mit dabei. Die Wehen heftigst, die Blutungen kurz nach der Geburt noch mehr, besonders als der ganze Kreißsaal voller Hektik.

Nach 8 Monaten vollem Stillen hat sich der Vater des Kindes verabschiedet, Josephine steht mit 22 Jahren allein da.

Je weniger gestillt wird, umso mehr zieht es im rechten Unterbauch. Beim Frauenarzt der Rat – nimm wieder die Pille! Aber warum denn, ich bin doch allein. Der Sohn wird älter und die



THEMENSCHWERPUNKT

Schmerzen monatlich unerträglich, der Arzt stellt Veränderungen im Unterleib fest und rät zur Operation.

Nein, der Sohn ist so klein. Was wird da mit dem Kind? Wenn nur die Schmerzen nicht wären. Sie erklärt sich bereit, hineinschauen zu lassen. Den Sohn nimmt die Großmutter und zur Besuchszeit stolpert ein kleiner Junge mit seinen ersten Schritten über den Krankenhausgang zu Josephine. Sie hat jetzt Varizen, also Krampfadern an den Eileitern. Die machen die Schmerzen. Ändern kann man daran nix, die Regel daher äußerst schmerzhaft.

Die erste eigene Wohnung – doch viele Tage im Leben von Mutter und Sohn, an denen die Großmutter den Jungen in die Kinderkrippe bringt oder mit ihm spazieren geht, weil Josephine vor Schmerzen gar nicht aus dem Bett kommt.

Die „erste Liebe“ findet den Weg zurück zu Josephine und ihrem Sohn. Sie führen eine Wochenendbeziehung, da der Freund mittlerweile 600 km entfernt lebt. Das Wochenende möchte Josephine durch ihre Schmerzen nicht zerstören und sie hält aus und leidet still.

Der Junge wird größer, der Freund lebt noch immer nicht bei Josephine. Spielplätze sieht eher die Oma mit dem Jungen, da Josephine sich ausruhen muss, das Arbeiten mit den Schmerzen strengt wahnsinnig an.

Der Freund zieht zu Josephine und dem Jungen, den er als seinen Sohn annimmt und liebt als wäre es seiner.

Es gibt auch eine neue Pille, unter der sich Josephine aber nicht wohl fühlt und die Schmerzen nur gelegentlich nimmt. Die wöchentlichen Besuche bei seinen Eltern muss der Freund immer häufiger allein vornehmen. „Sie will uns wohl nicht besuchen?“ Der Haushalt leidet.

Auf Arbeit funktioniert Josephine nur mit vielen Tabletten, um dann regelmäßig zu Hause zusammenzubrechen und die letzten Stufen zur Wohnung auf allen Vieren zu nehmen. Der erste Satz nach einem langen Arbeitstag: „Ich muss mich mal hinlegen.“ Nur kann Josephine kaum wieder aufstehen.

Die Stimmung in der Beziehung wird aufgrund der Schmerzen aggressiv. Was ist eigentlich Sex??? Die Mutter rät, wenn du alle nur anschreiest, wäre es vielleicht besser, dein Sohn bleibt über Nacht mal bei mir. Ja gut, dann muss Josephine nicht in der Nacht raus. Nur Entspannung brachte das allen Seiten nicht.

Beim nächsten Frauenarzt-Termin rät dieser noch mal hineinzuschauen. Ergebnis: nichts gefunden – du bist gesund. Super, toll und meine Schmerzen?

Mittlerweile geht Josephine jeden Monat einmal zum Frauenarzt, dem es wahrlich leid tut und sich redlich bemüht und nach vier Monaten wieder vorschlägt: „Wir schauen noch mal rein.“ Ergebnis: Nichts! OOOOkay, also bilde ich mir alles ein. Ich habe die Schmerzen gar nicht.

Nun reagiert selbst der große Bruder, die wichtigste Bezugsperson in Josephines Leben, mit solchen Sätzen, wie: „Du warst doch gerade zur „Lap“ und gefunden wurde nichts, da muss doch alles gut sein.“ Also muss sich Josephine einfach mehr zusammenreißen. Sie weiß aber eigentlich nicht mehr, wie sehr noch. Ihr schmerzt ja schon der ganze Körper, auch der Rücken und die Schulterpartie. Vielleicht von der ganzen „Zusammenreißerei“ – damit niemand etwas merkt – von dem Schmerz, den sie sich ja nur einbildet.

Und bereits nach vier Monaten sitzt Josephine wieder beim Frauenarzt. Er leicht gereizt, lässt einen Kollegen mit „ran“, der soll es einfach mal einschätzen. Dieser kann bei der Untersuchung gar nichts finden, aber wenn Josephine sich mal operieren lassen will, soll sie dies unbedingt bei ihm und seinem neuen Laser vornehmen lassen. Auch schön, nur was, wenn er nichts sieht?

Vollkommen aufgelöst, fährt ihr Freund Josephine sofort zu ihrem Gynäkologen, der auch enttäuscht von der Aussage seines Kollegen ist. Er schlägt Josephine vor: „Dann schauen wir eben noch mal hinein.“ Zum dritten Mal in einem Jahr. Auf der Rückfahrt vom Arzt können Josephine und ihr Freund kein Wort sprechen.

Warum nimmt er mich nicht einmal in den Arm und tröstet mich? Keinen Schimmer, dass auch



THEMENSCHWERPUNKT

er leidet, da er seiner Josephine nicht helfen kann und sich ja auch mit Mitte Zwanzig etwas anderes vorgestellt hat.

Ja und eigentlich hat Josephine doch auch noch einen Sohn? Wo bleibt der eigentlich bei den ganzen Unklarheiten? Wieder bei der Oma. So hat sich Josephine Muttersein nicht vorgestellt.

Die Laparoskopie in der Tagesklinik unerwartet heftig, ein Aufstehen danach kaum möglich. Am Abend die Aussage des Arztes: „Ja, da war was, ich hab es weggemacht und eingeschickt, wir sehen uns nächste Woche.“ Der nächste Gyn-Besuch brachte ein Wort und eine Aussage. „Wir haben den Grund für deine Schmerzen, du hast Endometriose und sei froh, dass du deinen Sohn hast.“ Ja und an der Tür noch der Satz hinterher „dies hast du nun bis zu deinen Wechseljahren, lerne damit zu leben.“ In der Kabine, die Gedanken kreisen, was ist Endo- mmm? Bis zu den Wechseljahren – dies sind doch noch Jahrhunderte? Josephine ist gerade mal 26 Jahre alt.

Die Erholungsphase nach der letzten Bauchspiegelung dauert ein halbes Jahr. Der Arbeitgeber nervt, die Kolleginnen auch. „Ach, die mit ihrem Unterleib. Unterleib hab ich auch, jeden Monat. Und jetzt soll sie auch noch so eine Erkrankung haben, die so exklusiv klingt, das man sie weder aussprechen kann, noch je etwas von ihr gehört hat.“ Nun die Suche nach einem neuen Frauenarzt, denn der bisherige will Josephine ja bis zu den Wechseljahren so leben lassen. Kuriositäten, die man so erlebt, nur das Josephine erst Jahre später darüber lachen konnte. „Endometriose? – ach, das gibt es erst so häufig, seitdem die Grenzen offen sind.“

Endlich eine Frauenärztin, die ohne Untersuchung sagt, ich kann ihnen helfen! „Wir“ gehen mal in die künstlichen Wechseljahre. Wir? Wie machen wir das gemeinsam. Die Ärztin hat Josephine nie wieder gesehen, die Spritzen gab die Schwester. Aber, die Schmerzen waren nicht mehr da. Dafür andere Dinge, damit konnte Josephine einigermaßen leben und die Jungs nahmen es mit Humor, wenn die Mutter rief: „Fenster auf, die Hitzewelle kommt, Fenster zu, es ist vorbei – ich friere.“

Nur die Spannung in der Beziehung wurde immer unerträglicher und auch der Sohn merkte, wie die Luft zum Zerreißen gespannt war.

Anderthalb Jahre nach der Wechseljahresbehandlung traten die ersten Symptome wieder auf. Aber die Ärztin hatte doch gesagt, danach ist alles vorbei. Die Beziehung stabilisierte sich doch gerade. Der Sohn wuchs heran und gemeinsam genossen sie seine Kindheit.

Jetzt soll dies alles von vorn losgehen? Keiner hat Josephine darauf vorbereitet. Der Druck von den Kolleginnen so groß, „laufend auf Toilette gehen?“ – geht nicht, 150 % Arbeitsleistung – schaffst du ja mit links. Frau sein, Mutter sein, Freundin sein, alles schön, wenn nicht die Schmerzen wären, die immer heftiger wurden, schlimmer als vorher. Und das Unverständnis noch größer. Schmerztabletten sind eh immer im Haus und wenn Josephine richtig viel davon nimmt, sind vielleicht die Schmerzen weg und das ganze Theater drumherum auch.

Nur das Aufwachen im Krankenhaus am nächsten Tag war weniger schön. Entlassen wurde Josephine mit einer Überweisung zum Psychologen und dem Verdacht einer handfesten Depression. Nur gut, dass Josephine noch entlassen wurde. Es war eine Kurzschlussreaktion, ohne nachzudenken, dass sie Verantwortung trägt.

Lange Zeit Gesprächs- sowie Verhaltenstherapie folgten, erst nach langsamer seelischer Stabilisierung wurde ein Gynäkologe, natürlich ein neuer, hinzugezogen. Der gemeinsam mit Hausarzt und Psychologen als erstes eine Reha vorschlägt. Langsam wurde Josephine klar, sie muss etwas für sich tun und sich mit der Erkrankung beschäftigen. Wie durch ein Fingerzeig kam ein Zettel des großen Bruders. „Ruf dort mal an, da gibt es eine Selbsthilfe-Vereinigung mit deiner Erkrankung.“

Weinend rief Josephine häufig in der Beratungsstelle der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. an, von dort bekam sie viele Tipps. Die Endo-Infos wurden alle gekauft und „verschlungen“. Und Reha – wo fährt Josephine da hin? Am besten, wo Erfahrung mit Endometriose vorliegt – nach Bad Salzuflen! Josephine – das erste Mal im Westen und was wird mit der Familie? Das muss irgendwie gehen, es gibt ja die Oma.



THEMENSCHWERPUNKT

Bad Salzuflen war der Glücksgriff schlechthin, hier lernte Josephine bereits am ersten Tag unbewusst den ersten Schritt in ihr neues Leben. Angewiesen, schaute sie sich auf dem Weg in die Klinik erst mal den Ort an und kam gleich zu spät. Die Schwestern waren aufgeregt, da Josephine den Plan durcheinander gebracht hat. Die Ärztin fand's sympathisch, „sie lassen sich nicht verbiegen – das gefällt mir. Jetzt gehen sie essen und wir sehen uns morgen. Ach hier, die Dame hat auch Endometriose und sitzt an ihrem Tisch.“ Mit Sabine hat Josephine vom ersten bis zum letzten Tag gelacht, endlich wieder gelacht, was sie doch so gerne macht. Und viele andere tolle Dinge gelernt, wie z. B. Aquarobic und Entspannung.

Das Lachen verging Josephine gelegentlich, nämlich als der Freund anrief und mitteilte. „Wir haben hier ein Problem“, welches Josephine aber 600 km entfernt, gar nicht lösen konnte. „Kümmere Dich selbst“ – und Hörer aufgelegt. Oh Gott, ging es ihr nach der Ansage schlecht – aber er hat sich gekümmert und es ging auch ohne Josephine!

Das nächste Mal verging Josephine das Lachen, als ihr während der Reha, die Kündigung vom Arbeitgeber ausgesprochen wurde. Aber auch da wurde sie von Frau Dr. Geib mit dem Satz aufgefangen: „So jetzt wissen wir, woran sie sind, wenn sie nach Hause kommen. Wir helfen ihnen bei den nächsten Schritten.“ Dies geschah auch, stärkte Josephine sehr. Und erholt – trotz chronischer Erkrankung – konnte sie wieder positiv ins Leben blicken.

Aus dem kleinen Sohn wurde ein Teenie und irgendwann kamen die Vorwürfe: „Du warst ja nie da. Du warst mit mir nie auf dem Fußballfeld und und und“. – Ja, er hat recht. Aber dieser Satz tat so weh. Doch es stimmte, wo war die Zeit nur geblieben?

Aber die Beziehung zum Sohn wurde besser. Josephine hatte gelernt mit der Erkrankung zu leben. Das Verständnis des Sohnes für die Erkrankung wuchs, immer wieder kam er aus der Schule mit den Worten: „Bei mir fällt in der Klasse jeden Monat ein Mädchen um oder ein anderes nimmt vor Schmerzen nie am Sportunterricht teil. Hast Du mal einen Mädchenflyer?“

Auch das Verhältnis zum Partner entspannte sich nach vielen langen Gesprächen und dem Nachfragen, wie es ihm eigentlich ging. Sexualität schon lange kein Fremdwort mehr, auch wenn sie gelegentlich etwas anders ablief, aber es ging ihnen beiden sehr gut damit.

Und er heiratete Josephine. Vielleicht hätten dies die beiden schon viel früher tun sollen, denn die Liebe wurde auch dadurch immer größer.

Josephine wollte auch ihm ein Kind schenken, aber die Angst, dass es jetzt vielleicht nicht so einfach klappt, war riesengroß.

Die Sehnsucht nach einem Kind auch. Wie beruhigend war es, als der zukünftige Ehemann fest verkündete: „Ich habe einen Sohn und dies ist gut so. Ich muss mich nicht über ein eigenes Kind identifizieren – ich liebe Dich und Dir soll es gut gehen.“

Die am Anfang „einfache“ Scheidenendometriose ist nun mittlerweile eine Adenomyose, aber auch dazu steht Josephine, denn sie selbst hat entschieden, wie die Behandlung weiter aussieht. Lange Jahre waren Enzyme, Hypnose zur Schmerzreduzierung, Magnesium oder Teufelskrallen Josephines Begleiter. Und sie halfen gut. Aber auch, das verstärkt auf sich achten, nicht mehr jedem alles recht machen müssen und lernen, nein zu sagen.

An dieser Stelle können wir aus Josephine Doreen werden lassen, deren Geschichte ich hier erzählt habe. Ich lerne immer besser, mich nicht ausnutzen zu lassen, auch mit gelegentlichen Rückschlägen. Und denke immer bewusster, auch wenn es manchmal schwer fällt, es ist mein Leben, es ist meine Gesundheit, zu der mir niemand etwas dazugibt.

Ja zur Zeit werden die Endometriose-Probleme immer heftiger, aber ich kann entscheiden, wann ich etwas machen lasse und vor allem von wem und wie. Das ist u. a. der Vorteil einer Mitgliedsfrau in der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. – ich bin informiert und habe Kontakte.

Im Moment kann ich noch immer gut leben mit ihr, auch wenn mich die Endometriose erdet, jeden Monat.



THEMENSCHWERPUNKT

Der Sohn ist nun volljährig und natürlich ist es sehr schmerzhaft, wenn gerade jetzt wieder die Sätze kommen: „Ach Du mit Deiner Erkrankung. Immer mussten wir Rücksicht nehmen und manchmal hast Du Dich dahinter auch versteckt.“ Auch da hat er Recht.

Ich weiß, auch wenn ich häufig nicht für ihn da sein konnte, obwohl ich da war, ich habe ihm gute Wurzeln gelegt und vielleicht ist es auch das Privileg der Jugend schonungslos zu sein (ich war es auch). Ich weiß, er wird mir die Vorwürfe einmal nicht mehr machen. Und ich weiß, auch dass sein Frauenbild hätte ein anderes werden können, nachdem er die Mutter nur leidend erlebt hat. Seit einem Vierteljahr hat er eine Freundin, die immer mal Probleme mit ihrer Regel hat und er ist verständnis- und liebevoll ohne Ende. Er wird vielleicht ein „Frauerversteher“ 😊

Vortrag Nr. 5

„Nach einer kurzen Bewegungspause sprach Dr. Petra Thom über die Bedeutungen für Paare, wenn der Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht. Sie erläuterte die Unterschiede zwischen Mann und Frau in der Bewältigungsstrategie. Männer gehen meist rationaler und distanzierter an das Problem heran und richten ihre Lösung des Problems pragmatischer und zielorientierter aus. Frauen hingegen haben meist größere Probleme mit dem nichterfüllten Kinderwunsch, da sie sich als sozial zuständig für das Kind sehen und auch biologisch eher unter Zeitdruck stehen als Männer.“ (MS)

„1+1 = ? – Was bedeutet es für Paare, wenn ihr Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht?“ Dr. Petra Thorn, Praxis für Paar- und Familientherapie, Mörfelden

Der folgende Beitrag beruht auf dem Vortrag während der Jahrestagung 2009 der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. und dem Workshop für Paare. Im ersten Teil wird beschrieben, wie Paare die Krise des unerfüllten Kinderwunsches erleben, im zweiten Teil werden Ideen und Anregungen wiedergegeben, die während des Vortrags und des Workshops diskutiert wurden.

Ungewollte Kinderlosigkeit ist für viele Paare ein massiver Einschnitt in ihre Lebensplanung und wird nicht selten als eine existentielle Lebenskrise wahrgenommen. Für die Meisten ist es die erste Krise eines solchen Ausmaßes, sie haben wenig Erfahrung mit Schicksalsschlägen oder Tod, sondern haben bislang eher erfahren, dass Vieles im Leben erreichbar ist – wenn man hart dafür arbeitet oder sich ansonsten anstrengt. Der unerfüllte Kinderwunsch kann jedoch Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit auslösen, die bislang unbekannt waren. Paare reagieren unterschiedlich auf diese Krise und ihre Reaktionen sind abhängig von der Qualität ihrer Beziehung, ihrer sozialen Einbettung und nicht zuletzt davon, ob es zusätzlich zum Kinderwunsch andere Schwierigkeiten im Leben zu meistern gilt.

Obgleich über reproduktionsmedizinische Behandlungsmöglichkeit mittlerweile regelmäßig in den Medien berichtet wird, empfinden Paare, dass das Thema nach wie vor mit einem Tabu und Stigma behaftet ist. Daher ist es nicht erstaunlich, dass sie eher zurückhaltend sind, wenn es darum geht, mit Freunden und Bekannten über ihren Kinderwunsch zu sprechen. Frauen befürchten bemitleidet zu werden und Männer haben Angst vor entwertenden Reaktionen. Auch fühlen sie sich häufig einer Welt, in der andere Paare unproblematisch schwanger, nicht mehr zugehörig. Dies kann dazu führen, dass sich Paare zurückziehen.

Die Unsicherheit kann sich fortsetzen, wenn die Frage ansteht, ob eine medizinische Behandlung sinnvoll sein könnte. Vor allem zu Beginn einer Behandlung ist es kaum vorhersehbar, wie der eigene Körper und die eigene Psyche – und die des Partners – darauf reagiert. Auch werden häufig andere Möglichkeiten, beispielsweise die Adoption eines Kindes, hinten angestellt, wenn die medizinische Behandlung erfolversprechend scheint, unabhängig davon, wie hoch tatsächlich die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit ist. Die Behandlung selbst kann mit einer weiteren Ohnmacht und mit einem Gefühl des Kontrollverlusts einhergehen: immerhin delegiert man seine Fortpflanzungsfähigkeit an die Medizin. Verständlich sind die hohen Erwartungen, die man zunächst hat. Allerdings beschreiben die meisten Paare



THEMENSCHWERPUNKT

eine reproduktionsmedizinische Behandlung als „emotionale Achterbahn“: man wird zunächst von der Hoffnung getragen, dass die Medizin es richtet, muss dann aber die Erfahrung machen, dass auch Techniken wie IVF oder ICSI versagen können und nicht zu einer Schwangerschaft führen. Häufig berichten Paare zudem, dass in den Praxen großer Zeitmangel herrscht und ausführliche Gespräche nach Fehlversuchen daher kaum möglich sind. Zudem fühlen sich Männer in der Behandlung nicht immer ausreichend wahrgenommen und als passive Beobachter. Schließlich wird die Behandlung am Körper der Frau durchgeführt und sie können kaum etwas dazu beitragen, dies erträglicher zu gestalten.

Wenn eine Behandlung ohne Erfolg abgeschlossen werden muss, sind depressive Reaktionen nicht außergewöhnlich: man trauert um einen Lebensinhalt, der nicht in Erfüllung gegangen ist. Die Trauer nach außen zu tragen fällt vielen Paaren schwer, denn viele Außenstehende können das Ausmaß der Trauer nicht nachvollziehen. Umso wichtiger kann es sein, dass Paare selbst diesen Gefühlen Ausdruck verleihen. Die innere Anpassung an ein Leben kann bis zu zwei Jahre dauern, und es ist nicht ungewöhnlich, so lange auch Gefühle von Verlust und Trauer zu empfinden.

Schwangerschaften nach reproduktionsmedizinischer Behandlung werden oft als besonders wertvolle Schwangerschaften empfunden; immerhin hat man als Paar viel investiert: Zeit, körperliche und emotionale Energie und nicht zuletzt auch Geld. Daher ist es verständlich, dass man besonders ängstlich ist, vor allem hinsichtlich einer Fehlgeburt.

Paare haben in der Regel unterschiedliche Bewältigungsmechanismen, was sich auch in dieser Krise zeigt. Männer neigen dazu, zu rationalisieren, eher pragmatisch und zielorientiert vorzugehen, können sich leichter von einem Problem distanzieren und machen es mit sich selbst aus. Frauen hingegen tut es gut, viel und oft über den Kinderwunsch zu sprechen, sind aus gesellschaftlicher Sicht „zuständig“ für den Kinderwunsch und müssen mit den biologischen Fakten leben: ihre Menstruation, die sie jeden Monat an den Kinderwunsch erinnert und die Menopause, die das Ende der fruchtbaren Lebensphase be-

deutet. Darüber hinaus befinden sich Paare nicht immer in der gleichen Phase, was die Bewältigung der Krise betrifft. So ist es möglich, dass der Partner zu einem bestimmten Zeitpunkt relativ gut mit dem Kinderwunsch zurecht kommt, die Partnerin aber zur gleichen Zeit sehr darunter leidet und sich diese Gefühle und Reaktionen einige Monate später umgekehrt haben. Auch müssen Paare mit Schuldgefühlen umgehen lernen. Häufig empfindet sich der Diagnoseträger als der Schuldige, auch wenn dieser Begriff in diesem Zusammenhang nicht angemessen erscheint. Selbstverständlich ist der Grund, der zur ungewollten Kinderlosigkeit geführt hat, nicht selbst verschuldet. Sexuelle Unlust stellt sich bei vielen Paaren zumindest vorübergehend ein. Auch dies ist nicht erstaunlich, denn man macht die Erfahrung, dass Geschlechtsverkehr nicht zum Ziel führt. Daher wird Sexualität manchmal funktionalisiert, also nur noch als Mittel zum Zweck erachtet, und erotische und lustvolle Sexualität wird vernachlässigt.

Wie können Paare in dieser Krise miteinander konstruktiv umgehen? Während des Vortrags und des Workshops wurden folgenden Anregungen gegeben:

- Alle Möglichkeiten der Erfüllung des Kinderwunsches bedenken, sich umfassend informieren und gut reflektieren, damit die Gefahr späterer Selbstvorwürfe gering ist.
- Rechtzeitig einen „Plan B“ entwerfen: Alternativen diskutieren, wie ein Leben auch ohne Kind sinn- und lustvoll gestaltet werden kann.
- Zumindest mit einer kleinen Gruppe enger Freunde über den Kinderwunsch sprechen, damit man sich auch bei Außenstehenden entlasten kann und damit auch den Partner/die Partnerin entlastet.
- In der medizinischen Behandlung selbstbewusst auftreten, konstruktiv Kritik üben und sich nicht nur als Patient, sondern auch als Kunde erachten – immerhin trägt man mittlerweile einen großen Teil der Behandlungskosten selbst.
- Darauf achten, dass medizinische Diagnosen im persönlichen Gespräch, nicht am Telefon, möglichst beiden Partnern mitgeteilt werden.



THEMENSCHWERPUNKT

- Grenzen der medizinischen Behandlung diskutieren, rechtzeitig Pausen einlegen und überlegen, ob man sich noch selbst treu bleibt.
- Grenzen gemeinsam diskutieren und festlegen. Wenn ein Partner für die Grenzziehung zuständig ist, ist dies nicht nur Entscheidungsmacht, sondern auch Entscheidungsverantwortung.
- Reflektieren, was das Frau- und Mannsein noch ausmacht, außer dass man fruchtbar sein und Kinder zeugen kann.
- Den Kinderwunsch nicht alles dominieren lassen, sondern eingrenzen. Falls er zu dominieren droht, feste Zeiten vereinbaren, wann über den Kinderwunsch gesprochen werden kann und Auszeiten vom Kinderwunsch vereinbaren.
- Die Beziehung der Partnerschaft und mit Freunden bewusst pflegen und gestalten und keinesfalls sich selbst, den Partner oder enge Freunde vernachlässigen.
- Trauer zulassen und, wenn passend, Trauerri-tuale entwickeln, damit es einfacher wird, ein Kapitel im Leben zu beenden und ein neues zu beginnen.

Vortrag Nr. 6

„In der Behandlung von Frauenleiden setzt man bei Blutungen und auch bei Endometriose chinesische Arzneimittel ein, Schmerzen werden mit Akupunktur behandelt. Generell sei es bei Endometriose wichtig, die „Mitte“ (sprich den gesamten Bauchraum von Magen/Darm bis Gebärmutter) zu stärken. Kurz zu erwähnen sei, dass es unzählige Bücher gibt über die 5 Elemente Ernährung mit Tests zur Selbsteinstufung in Energietypen (wichtig bei der Auswahl von Lebensmitteln). Dennoch sollte eine grundlegende Anamnese besser vom Fachmann erfolgen. Wenn man sich nämlich nur so ungefähr in einem Energietypen wieder findet, kann die „falsche“ Ernährung das eigentliche Ziel auch verfehlen.“ (AB)

TCM bei Infertilität und Endometriose

Dr. Christine Gabriel, Aachen

Die TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) ist eine jahrtausendealte therapeutische Methode.

Akupunktur und Kräutertherapie sind neben Tuina, Qi Gong, Tai Chi und Diätetik (Ernährungslehre nach den fünf Elementen) Teilbereiche innerhalb der TCM.

Die TCM lehrt uns, wie der ganze Mensch als Einheit (Körpergeistseele) zu verstehen ist, wie man das Zustandekommen von Gesundheit und Krankheit erkennt und wie man im Einzelfall die Wiederherstellung der verlorengegangenen Gesundheit in Angriff nimmt. Dabei spielt das Eindringen von inneren pathogenen (krankmachenden) Faktoren (z.B. Emotionen) oder äußeren Faktoren (z.B. falsche Ernährung) eine große Rolle.

Der wesentliche Unterschied zwischen der westlichen und der östlichen Heilkunde besteht in dem grundlegenden Konzept der Chinesen von der Lebensenergie **Qi**, die ausgeglichen in uns fließen soll. Diese Ausgeglichenheit ist Gesundheit. Wenn Qi nicht in der richtigen Weise fließt, entstehen Disharmonien und Unausgeglichenheit.

Wichtigster Unterschied zur Schulmedizin ist die Krankheitsprophylaxe, denn durch diagnostische Methoden wie Anamnese, Puls- und Zungendiagnostik kann ein energetisches Ungleichgewicht in einem Menschen gefunden und therapiert werden, bevor es zur Entstehung einer Erkrankung kommt.

TCM bei Infertilität und künstlicher Befruchtung

Voraussetzung für jede Behandlung ist die Diagnostik, dies gilt für die konventionelle Medizin wie die Naturheilverfahren. Dennoch ist es im Vorfeld möglich bei bestehendem Kinderwunsch z.B. durch ausgewogene Ernährung oder durch Aufgeben von schädigenden Verhaltensweisen wie dem Rauchen die Fertilität zu erhöhen. Bestehen schulmedizinisch Diagnosen, die ein aktives reproduktivmedizinisches Handeln erfordern, ist es ebenfalls möglich die Patientinnen und Patienten unterstützend, meist mit Akupunktur und Kräutertherapie zu begleiten. Dabei sollte ein individuelles Energiemuster der Patientin mit Hilfe von Anamnese, Puls- und Zungendiagnose erhoben werden.

Entsprechend der Diagnose werden passende Punktekonzepte genadelt und/oder Kräuterzusammenstellungen ausgewählt und ggf. zyklisch verabreicht.



THEMENSCHWERPUNKT

Typische Muster im Sinne der chinesischen Medizin für weibliche Infertilität sind unter anderem: Leber-Qi-Stagnation, Nieren-Yang-Mangel, Blut-Mangel, Nieren-Yin-Mangel, Blut-Stagnation oder Milz-Qi-Schwäche.

Welche Methode gewählt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab.

Akupunktur ist zeitaufwendiger und kann auch unangenehm sein, sie sollte allerdings nicht als schmerzhaft empfunden werden. Kräuter schmecken häufig nicht gut und können z.B. Verdauungsbeschwerden machen. Die Wahl richtet sich nach der Musterdiagnose, so wird eine Leber-Qi-Stagnation eher mit Akupunktur behandelt, ein Blut-Mangel vorwiegend mit Kräutern. Häufig zeigen die Patientinnen mehrere Muster gleichzeitig, so dass die Methoden kombiniert werden.

Werden Verfahren der assistierten Reproduktion angewendet, kann die Therapie mit Kräutern und Akupunktur fortgeführt werden, Akupunktur um den Zeitpunkt des Embryotransfers kann die Schwangerschaftsrate erhöhen.

Abendveranstaltungen:

„Am Abend nahm ich an der Lesung von Dr. Barbara Ehret-Wagener teil, die Auszüge aus ihrem Buch „Frauen-Körper-Gesundheit-Leben“ vorlas. Ein großes Kapitel ist der Endometriose gewidmet, aber auch das Kapitel „chronische Unterleibsschmerzen“ nimmt einen großen Teil ein. Weiterhin werden in einer übersichtlichen Form sämtliche Lebensphasen der Frau beschrieben. Die Auszüge waren für mich so interessant, dass ich das Buch sogleich kaufte.

Auch das neue Buch von Prof. Keckstein wurde kurz vorgestellt. Es ist wesentlich umfangreicher als die vorige Auflage und enthält nun auch u. a. Kapitel zur Homöopathie, TCM, Rehabilitation und über die Selbsthilfearbeit (hier mit einem eigenen Kapitel der Endometriose-Vereinigung!).“ (MS)

Die Lesung mit Frau Birgit Zart musste leider aufgrund plötzlichem Krankenhausaufenthalt der Autorin ausfallen.

Workshops:

Am Sonntag wurden in kleineren Arbeitsgruppen verschiedene Themen behandelt.

„Ich nahm bei Dr. Christiane Niehues an der Gruppe „Leben mit Endometriose“ teil und wir machten uns anhand einer Zeichnung bewusst, wie viel Platz die Endometriose in unserem Leben in Anspruch nimmt. Nach einem regen Austausch gingen wir zur Abschlussrunde der Versammlung.“ (MS)

„Leben mit Endometriose – eine chronische Erkrankung im Frauenleben“ mit Dr. Christiane Niehues

Wie lebt es sich im Alltag mit der chronischen Frauenkrankheit Endometriose?

Welchen Problemen müssen sich betroffene Frauen immer wieder stellen und wie geht man mit Ihnen um?

Was tun, damit die Krankheit nicht das Leben bestimmt sondern ein selbstbestimmtes Leben mit der Endometriose möglich ist?

Diese und damit einhergehende Fragen stellten wir uns in der Arbeitsgruppe unter der Moderation von Frau Dr. Christiane Niehues zum Thema „Endometriose – eine chronische Erkrankung im Frauenleben“.

Nach einer ausführlichen Vorstellungsrunde war uns allen schnell klar, dass die Endometriose in unser aller Alltag einen festen Platz hat. Der Stellenwert allerdings ist abhängig davon, wie akut und schmerzhaft die Endometriose von jeder Einzelnen erlebt wird. Genauso einmalig wie jede von uns ist, werden auch die Behandlungsmöglichkeiten individuell wahrgenommen. Die verschiedenen hormonellen oder/und operativen Therapien sollten daher unbedingt auf die persönliche Lebenssituation, die persönliche Einstellung, das Lebensalter und das Schmerzempfinden einer jeden Frau abgestimmt werden.

Diesbezüglich ist es besonders wichtig, dass wir uns mit unserer Krankheit auseinandersetzen (auch wenn uns Verdrängung manchmal einfacher erscheint) und uns über sie informieren. Wir werden dadurch nicht nur sicherer im Umgang mit ihr bzw. uns sondern sicherlich auch „sprachfähiger“ gegenüber unseren Ärzten. Dies ist letztlich Voraussetzung, um selbstbestimmte Entscheidungen über den weiteren Behandlungsverlauf treffen und evtl. auch besser mit der Endometriose leben zu können.



THEMENSCHWERPUNKT

Als Informationsquelle, da waren wir uns einig, dient vor allem der Austausch mit anderen betroffenen Frauen aus dem persönlichen Bekanntenkreis oder über das peer-to-peer-Telefon der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.. Zudem ist es wichtig, den Partner oder die Familie mit einzubeziehen, um Verständnis und Mithilfe zu bitten, wenn es an der Zeit ist, eigene Bedürfnisse durchzusetzen und eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen. Letztlich profitieren auch sie davon, wenn es uns Frauen danach wieder besser geht! Wenn es die persönliche Situation erlaubt, kann es nützen, seine Endometriose im privaten Freundes- bzw. Bekanntenkreis oder je nach Vertrauensbasis auch in der Firma „öffentlich“ zu machen, um Verständnis und Unterstützung zu erhalten. Denn, so Zitat Frau Dr. Niehues: „Unterstützung erhält nur, wer sich meldet!“

Zum Thema Schmerzbewältigung gab es gleich zahlreiche Wortmeldungen. Sport, ganz gleich welchen Ausmaßes und welcher Art, ist oft noch die beste Medizin und ein Ausgleich im Alltag. Vorgestellt wurden Square Dance, Aquacycling, Bauchtanz, Nordic Walking und Joggen. Letztlich geht es nicht darum, sportliche Höchstleistungen zu erzielen sondern das persönliche Wohlbefinden zu steigern. Da ist natürlich auch die Entspannung ein wichtiger Faktor – Yoga, Progressive Muskelentspannung und die Feldenkrais-Methode sind nur einige von zahlreichen Möglichkeiten. Einigen Frauen hilft es auch, sich künstlerisch kreativ auszudrücken.

Als Fazit unserer Arbeitsgruppe fasse ich zusammen: jede von uns sollte ihre eigenen Bedürfnisse erspüren und versuchen, diese in ihren Alltag zu integrieren und zu leben. Zeiten positiven Erlebens können über Durststrecken mit schlimmer Endometriose hinweg helfen!

Vielen Dank an Frau Dr. Niehues für die Anleitung und Moderation unserer Arbeitsgruppe und allen Teilnehmerinnen für ihre offenen Beiträge! Ich habe für mich wieder sehr viel Informatives und jeweils eine große Portion Mut und Zuversicht zum einen aus der Arbeitsgruppe aber auch generell aus der der Jahrestagung mit nach Hause genommen und kann nur alle Mitgliedsfrauen ermutigen, an der nächsten Jahrestagung teilzunehmen.

Denn: Gemeinsam sind wir stark und können viele bewegen!!!

Katrin Mundt

„1 + 1 = ?“ mit Dr. Petra Thorn

Der Workshop „1 + 1 = ?“ befasste sich mit dem Thema unerfüllter Kinderwunsch. Dies aber nicht aus Sicht der medizinischen Behandlung, sondern aus Sicht der psychologischen Betreuung des Paares.

Es haben sich zu diesem Workshop sowohl einige Paare, als auch einzelne Personen zusammen gefunden, die alle zu Beginn den „Stand der Dinge“ ihres Kinderwunschprojektes wiedergegeben haben.

In diesen Zuge wurde auch sofort darüber diskutiert, wie weit jeder Einzelne/jedes Paar gehen würde. Wie viele Behandlungszyklen, wie weit kann man seelisch gehen und wo ist definitiv die Grenze erreicht? Dabei ist aufgefallen, dass sogar bei vielen Paaren eine unterschiedliche Definition des Schlusstriches besteht.

Eine sehr belastende Situation beginnt häufig mit der Diagnose-Stellung bei unerfülltem Kinderwunsch. Den Schuldgefühlen! Das Gefühl kein vollständiger Mensch mehr zu sein. Keinen eigenen Beitrag, dem Kinderwunschprojekt beisteuern zu können. „Ich bin derjenige/diejenige, warum es nicht klappt! Wie wird mein Partner damit umgehen? Wird er/ sie zu mir stehen? usw....“. Mit solchen Aussagen und Fragen wird Mann oder Frau auf einmal konfrontiert und weiß nicht, damit umzugehen. Man wünscht sich doch nur ein Kind!

Und somit waren wir direkt beim nächsten Thema. Nämlich die häufig schlechte ärztliche und psychologische Betreuung in der gesamten Kinderwunschbehandlung. Sei es schon nach der ersten Diagnose durch den Facharzt, die ggf. auch mal mehrere Jahre dauern kann oder später in der Kinderwunschlinik-/praxis. Es wurde ganz klar bemängelt, dass es bis heute keinerlei oder nur unzureichende gesetzliche Grundlagen, Regeln oder Leitlinien im Umgang mit unerfülltem Kinderwunsch gibt, die auch die psychologische Situation der Paare ausreichend mitbetrachtet. Als Ergebnis hieraus haben wir mitgenommen, dass wir als Betroffene den Anspruch auf Erfüllung der vom Arzt angebotenen Dienstleistungen erwarten und auch einfordern können. Schließlich müssen wir auch die Hälfte der Kosten selber zahlen.



THEMENSCHWERPUNKT

Das mitunter emotionalste Thema beim Kinderwunsch ist die Nichterfüllung oder wie der Fachmann sagt „ein Nicht Ereignis“ dieses Lebensabschnittes/ Lebenstraumes. Hier haben wir darüber gesprochen, mit welchen Möglichkeiten diese Situation am besten bewältigt werden kann. Ein Plan B, Abschiedsrituale oder Selbsthilfegruppen können Möglichkeiten bieten, diese Situation erträglicher zu machen. Bewältigen muss sie jeder letztendlich alleine!

Persönlich bin ich sehr dankbar, dass ich an diesem Workshop teilnehmen konnte. Für mich habe ich sehr viel aus dieser Runde mitgenommen.

Burkhard Warnsing

„TCM bei Infertilität und Endometriose“ mit Dr. Christine Gabriel

Der Workshop wurde von Frau Dr. med. Christine Gabriel (Aachen) geleitet und profitierte sehr von der zupackenden, mitreißenden Art und der positiven Ausstrahlung der Dozentin.

Einleitend gab Frau Dr. Gabriel einen Überblick über die Grundlagen der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Das geistig-spirituelle Fundament der TCM stellt der Daoismus dar, eine religiös-philosophische Schule, die in China etwa während des 4. und 3. Jahrhunderts v. Chr. entstand. Ein zentrales Anliegen des Daoismus ist die Suche nach der Unsterblichkeit, und zu diesem Zweck wurden zahlreiche Praktiken, z. B. Diäten, Atemübungen und Gymnastik, entwickelt, die sämtlich dazu dienten, das „Lebensprinzip zu nähren“. Diese Praktiken bilden einen wesentlichen Bestandteil dessen, was heute als traditionelle chinesische Medizin bezeichnet wird.

Die TCM vereint fünf verschiedene Therapietechniken in sich: die Kräutertherapie oder Phytotherapie als „innere Medizin“ oder „Medikamententherapie“ (einige berühmte Abhandlungen zur chinesischen Arzneimittellehre stammen von Anhängern des Daoismus); die Akupunktur und Moxibustion (Erwärmung von Akupunkturpunkten durch das Abbrennen von Beifußkraut); die manuelle Therapie Tuina (tui = schieben, na = ziehen); Qigong und Taijiquan als „Bewegungstherapien“ sowie die Diätetik. Wichtig war es der Dozentin darauf hinzuweisen, dass diese verschiedenen

Elemente der TCM immer als eine Einheit zu betrachten und – jeweils abgestimmt auf die individuelle Problematik des Patienten – kombiniert anzuwenden sind.

Im Workshop konzentrierte sich Frau Dr. Gabriel auf die Vorstellung der Diätetik der TCM, da Hinweise zur Ernährung als „tägliches Medikament“ für jede der Teilnehmerinnen unmittelbar anwendbar sind und somit die Anregungen aus der Veranstaltung auch direkt im Alltag zur Anwendung kommen können.

Generell geht es bei Frauen mit Endometriose und Kinderwunsch darum, die „Mitte“ zu tonisieren, d. h. zu stärken. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass die „Mitte“, in diesem Fall der Uterus, in enger Wechselbeziehung zu anderen Organen steht und sich daher aus Störungen im Bereich des Uterus auch andere Pathologien ergeben können bzw. eine erfolgreiche Tonisierung der „Mitte“ sich insgesamt positiv auf den Organismus auswirkt. Zum anderen soll eine Stärkung der „Mitte“ auch zu einer verbesserten Fertilität führen.

Im Hinblick auf die Endometriose im Speziellen soll die Ernährung dazu beitragen, Blutstauungen oder -stasen – ein wesentliches Merkmal der Endometriose – zu lösen.

Dann erläuterte Frau Dr. Gabriel exemplarisch, wie eine die „Mitte“ tonisierende Ernährung aussehen könne. Dazu gehört unbedingt ein warmes Frühstück am Morgen, z. B. ein warmes Hirsemüsli (125 gr. Hirse mit 250 ml Wasser kochen; 1 Apfel klein schneiden und kurz in Butter dünsten, eine Portion der Hirse zugeben, mit Zimt und braunem Zucker würzen). Auch Hühnerkraft-Brühen sind sehr empfehlenswert (1 Suppenhuhn [nicht tiefgefroren!] mit Möhren, Sellerie, Lauch, Tomaten in Wasser aufsetzen, 4 bis 5 Stunden kochen, mit Petersilie abschmecken). Für den Abend werden Erd-Gemüse, Rindfleisch, Hühnchen, Getreide, Reis empfohlen. Weitere die „Mitte“ tonisierende Lebensmittel sind: Kürbis, Karotten, Kartoffeln, Mais, Curry, Kurkuma, getrocknete Aprikosen, Datteln, Feigen, Hirse, Dinkel, rote Linsen.

Insgesamt, so betonte Frau Dr. Gabriel, wird in der TCM das Gewicht nicht auf den jeweiligen Gehalt an Kalorien, Vitaminen, Spurenelementen etc. einzelner Nahrungsmittel gelegt, sondern auf deren energetischen Gehalt. Da sich verschiedene



THEMENSCHWERPUNKT

Pathologien, die die TCM diagnostiziert und die in der westlichen Medizin unter dem Sammelbegriff „Endometriose“ zusammengefasst werden – z. B. Kälte im Uterus, Blut-Hitze – an verschiedenen energetischen Zuständen festmachen lassen, ist es dementsprechend von großer Bedeutung, dies bei der Auswahl der Nahrungsmittel zu berücksichtigen.

Es wird jedoch an dieser Stelle bereits deutlich, dass die Diätetik der TCM ein außerordentlich komplexes Feld darstellt, so dass Frau Dr. Gabriel darauf hinwies, dass Ernährungsempfehlungen jeweils genau auf die einzelne Patientin, nach vorhergehender exakter Anamnese mit Hilfe der TCM-Instrumentarien durch die Therapeutin, abgestimmt werden müssen. Die Vorstellung bei einem entsprechenden Therapeuten ist daher unerlässlich, und eine „selbstgemachte“ Ernährungsstrategie, z. B. auf Grundlage der Lektüre von Büchern über TCM und Ernährung, dürfte kaum zum Erfolg führen.

Daher betonte Frau Dr. Gabriel auch, dass die von ihr gegebenen Empfehlungen und Ernährungsvorschläge nur als grobe Orientierungen anzusehen seien und eine umfassende, individuelle Ernährungsberatung im Rahmen eines TCM-Behandlungsplanes auf keinen Fall ersetzen können. Interessanterweise wies Frau Dr. Gabriel auf Nachfrage einer Teilnehmerin darauf hin, dass die TCM eine rein vegetarische Ernährung nicht befürwortet, diese vielmehr nur für „buddhistische Mönche und diejenigen, die nicht arbeiten“ als angezeigt betrachtet. Aus ihrer eigenen klinischen Erfahrung berichtet Frau Dr. Gabriel, dass alle ihre Patientinnen, die sich vegetarisch ernähren und dabei nicht konsequent jeden Tag eine entsprechende Portion Hülsenfrüchte verzehren, einen Vitamin-B-Mangel aufweisen.

Im Hinblick auf die Endometriose im Speziellen erläuterte Frau Dr. Gabriel, dass diese in der Hauptsache durch eine Stagnation oder Stase des Blutes (Xue) charakterisiert ist, sodass das Ziel der TCM-Behandlung, wozu dann auch die Ernährung zählt, eine Aktivierung bzw. Bewegung des „Qi“ (vereinfacht „Lebensenergie“) ist, welches wiederum für die Bewegung des Blutes verantwortlich ist.

Aus Sicht der TCM kann alles, was zu einer Qi-Stagnation führt, auch die (Mit-)Ursache für eine

Blutstagnation und damit für das, was in der westlichen Medizin als „Endometriose“ diagnostiziert wird, sein. Hier sind insbesondere zu nennen: Emotionen (v.a. Wut, Zorn, Stress, Frustration, unerfüllte Wünsche, Sorgen), mangelnde Bewegung, falsche Haltung (v.a. zu langes Sitzen), Kälte, falsche Ernährung (v.a. feuchte, Schleim verursachende Nahrungsmittel, kalte/rohe Nahrungsmittel, fette Speisen, Süßgetränke).

Die Bewegung des Qi kann sowohl durch bestimmte Aktivitäten (insbesondere Sport, aber auch Geschlechtsverkehr!) erzielt werden sowie durch den Verzehr bestimmter Nahrungsmittel: Erdnüsse, schwarze Sojabohnen, Esskastanien, Pfirsiche, Essig, Auberginen. Auch hier wies Frau Dr. Gabriel darauf hin, dass die individuellen Befindlichkeiten der jeweiligen Patientin berücksichtigt werden müssen, sodass diese Empfehlungen auch nur als solche zu betrachten sind und jede Frau selbst ausprobieren muss, was ihr gut tut und was nicht. Starre Vorgaben und Schemata lehnt Frau Dr. Gabriel ab: „Die Patientin ist die letzte Instanz“!

Abschließend kann ich festhalten, dass der Workshop für mich sehr informativ war und spannende Eindrücke in die TCM insgesamt wie auch in die Diätetik im Besonderen vermittelt hat. Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass die TCM extrem vielschichtig ist und der Workshop natürlich nur an der Oberfläche dieser Therapierichtung kratzen konnte.

Aufgrund dieser Vielschichtigkeit und Komplexität der TCM sehe ich nun alle Versuche, sich „in Eigenregie“ mit der TCM zu befassen und eventuell sogar auf Grundlage von Büchern etc. Therapieversuche zu starten, sehr skeptisch und kann die Empfehlung, einen erfahrenen Therapeuten aufzusuchen, nur unterstützen. Meine Neugier auf die TCM und deren Herangehensweise an die Behandlung der Erkrankung Endometriose wurde durch den Workshop in jedem Fall geweckt, sodass ich für mich die Anregung, dies als Ergänzung oder Alternative zu konventionellen, westlichen Therapieansätzen ins Auge zu fassen, mitnehmen konnte.

Nicole Schulte-Kulkmann



THEMENSCHWERPUNKT

Fragen an die Endometriose- und IVF-Expertin mit Dr. Gülden Halis

In einer Runde mit etwa 8 Personen trafen wir uns zu dem Workshop mit Frau Dr. Halis, mit Fragen an die IVF-Expertin, die Gruppe war sehr gemischt, neben Paaren, waren auch einzelne Frauen und Männer da, aber auch Personen mit und ohne eigene Erfahrungen mit dem Thema IVF. Die Gruppe war sehr lebendig und im intensiven Gespräch mit Frau Dr. Halis.

Die Referentin stellte sich zunächst vor, sie arbeitet in eigener Kinderwunschpraxis und hat sich speziell dem Thema Endometriose und IVF gewidmet, da bei Endometriosepatientinnen doch bestimmte Dinge zu berücksichtigen sind.

Zunächst wurden in der Runde die Fragen gesammelt. Folgende Fragen wurden dann auch angesprochen und beantwortet:

1. Welche Problematiken bestehen beim unerfüllten Kinderwunsch bei Endometriose?
 - Lebensalter der Frau schon weiter fortgeschritten,
 - bei einer bestehenden Adenomyose der Gebärmutter, dadurch ist die Funktion der Gebärmutter verändert,
 - das entzündliche Milieu der Endometriose stört die Empfängnis, auch bei einem geringen Ausprägungsgrad der Endometriose,
 - bei Endometriose sind die Eizellen häufig von schlechter Qualität, sie gehen schlecht in die Teilung und sind schwierig zu befruchten,
 - schlechter Tubentransport, wegen eingeschränkter Beweglichkeit der Eileiter, paradoxe Bewegungen der Gebärmutter, Abwärtsbewegung statt Aufwärtsbewegung,
 - immunologische Komponente bei Endometriose,
2. Welche gesetzlichen Grundlagen sind einzuhalten?
 - es ist keine Selektion der Embryonen gestattet,
 - es dürfen nur soviel befruchtete Eizellen weiterlaufen, wie später eingesetzt werden,
 - am 1. Tag der IVF, werden die Eizellen, die mehr als 2 – 3 sind, eingefroren,

3. Wie läuft eine IVF ab und welche Kosten kommen auf das Paar zu?
 - ein IVF-Zyklus sind etwa 5 Termine,
 - es findet zunächst ein Vorgespräch statt, möglichst mit Partner, bei dem alle Befunde die vorhanden sind, mitgebracht werden sollen (einschließlich Spermogramm),
 - Endometriosepatientinnen mit Kinderwunsch bekommen gleich einen Doppeltermin,
 - es erfolgt eine Abklärung des Anliegens, die Aufklärung über die IVF, aber auch schon der Hinweis, dass es auch eine Lebensqualität gibt, wenn der Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht,
 - gynäkologische Untersuchung mit Ultraschall, Erfassung der Hormonsituation, Blutuntersuchung,
 - üblicherweise wird eine IVF im Long-protocol durchgeführt, d. h. ab dem 21. Zyklustag erfolgt eine Downregulierung der Hormone, um dann den Eisprung zu stimulieren, mit natürlichem FSH aus postmenopausalem Frauenurin oder biochemisch hergestelltem FSH,
 - In Kurznarkose werden die Follikel entnommen, 2 Tage später erfolgt der Embryotransfer bei erfolgreicher Befruchtung,

Kosten:

- Diagnose und erstes Gespräch zahlt immer die Krankenkasse.
 - Eigenanteil liegt bei 1500 bis 1900 Euro, je nachdem welche Medikamente zum Einsatz kommen, Gesamtkosten pro IVF liegen bei 3500 bis 4000 Euro.
 - Bei auffälligem Spermogramm kommt eine ICSI in Frage, pro ICSI fallen zusätzlich 900 Euro Kosten an.
 - Bei Problemen mit der Kostenerstattung durch die Krankenkassen, kann es durchaus nützlich sein, auch bei Bedarf, einen Rechtsanwalt einzusetzen, der entsprechende Grundsatzurteile anführt, häufig werden dann die Kosten recht schnell erstattet.
4. Sind Komplikationen zu erwarten und wenn ja welche?
 - Komplikationen sind grundsätzlich sehr selten
 - Bei der Follikelentnahme kann es zu leichten Blutungen aus dem Eierstock durch kleine Gefäßzerreißen kommen.



THEMENSCHWERPUNKT

- Eine Überstimulation kommt nur noch sehr selten vor, da in der Regel sehr kontrolliert stimuliert wird. Zeichen einer Überstimulation sind Flüssigkeit im Bauchraum, Übelkeit, Thromboseneigung. Bei Verdacht auf eine Überstimulation, sollte die Patientin gut beobachtet werden, gegebenenfalls in klinischer Behandlung.

5. Was ist noch wichtig und welche Methoden können den Kinderwunsch unterstützen?

- durch alternative Methoden, wie TCM, Klassische Homöopathie, Osteopathie, etc. erhofft man sich eine verbesserte Durchblutung der Gebärmutter, so dass eine Einnistung besser erfolgen kann.
- Die Zuwendung in der Zeit der Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches ist ein entscheidender Faktor, sei es durch den IVF-Experten, den Partner oder andere Menschen im Lebensumfeld. Manchmal macht es Sinn, sich eine professionelle Begleitung durch die Zeit des Kinderwunsches zu suchen, in Form eines Psychotherapeuten.
- Auch das Thema Sexualität hat eine große Bedeutung. Schwierigkeiten mit dem Thema Sexualität und der Umgang damit verstärken sich häufig in der Zeit der Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches und fordert einen guten Umgang mit sich und der Partnerschaft.

6. Welche Bedeutung haben GnRh-Analoga bei Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches?

- Grundsätzlich sind GnRh-Analoga nicht angebracht, da sie eine Schwangerschaft primär verhindern.
- Eine Ausnahme ist eine erfolgreiche OP vor dem Kinderwunsch und eine direkt anschließende Behandlung mit GnRh-Analoga, in dem Zusammenhang hat sich die Zunahme der Schwangerschaften gezeigt, aber immer mit Addback-Therapie.

Ergänzend ist zu sagen: Frauen und Männer gehen verschieden mit dem Thema unerfüllten Kinderwunsch um. Wichtig ist immer in dieser Zeit, die Bereitschaft voneinander zu lernen, dass jeder auf seine eigene Weise damit umgeht. Auch wenn der Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht,

sollte das Paar gemeinsam entdecken, was bedeutet es für uns und wie geht es dann in unserem Leben weiter? Es sollte gemeinsam ein Plan B entwickelt werden, wenn Plan A nicht in Erfüllung geht.

So wurden in dieser aktiven Runde, diese Fragen nach und nach beantwortet. Dafür möchte ich mich bei Frau Dr. Halis noch mal herzlich bedanken. Mit der Frische und Empathie sowie ihrem Fachwissen hat sie diesen Workshop begleitet. Dank auch an die Teilnehmer, die diese Fragerunde ebenso lebendig gemacht haben.

Bianca Bierschneider

„Wir machen uns stark“ – Partnergruppe Endometriose-Betroffener

Von früheren Jahrestagungen sowie Erfahrungen in Endometriose-Sprechstunden war uns bekannt, dass Partner von Endometriose-Betroffenen Informationen über das Erkrankungsbild Endometriose in einer anderen Form wünschen.

Auf dieser Grundlage beschlossen wir bereits im letzten Jahr, hier muss was passieren!

Bei der Geschäftsführung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. sind wir damit auf offene Ohren gestoßen, unterstützen sie ja schon seit drei Jahren unser Engagement. Und Doreen Jackisch hat bei Gesprächen im IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) bereits auf die Einbeziehung der Partner von Endometriose-Betroffenen hingewiesen, so dass zumindest in elektronischer Form ein Merkblatt „Endometriose-Informationen für Partner“ existiert.

Bei unserer Arbeit als Partnergruppe haben wir schnell lernen müssen, es geht wenig ohne Geld. Umso mehr freute es uns, dass die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. Ende des vergangenen Jahres Fördergelder für ein Faltblatt für Partner von Endometriose-Betroffenen beantragte und zwischenzeitlich die Fördermittelzusage durch die Krankenkasse TTK vorliegt.

Wir sahen uns daher in der Pflicht und haben die Chance aufgegriffen, unser Treffen zur diesjährigen Jahrestagung für die Erstellung eines Faltblattes zu nutzen.



THEMENSCHWERPUNKT

Leider hat sich unsere so zahlreiche Runde von Freitag und Samstag am Sonntag auf uns drei Gründungspartner reduziert. In den uns zur Verfügung stehenden zwei Stunden konnten wir unsere Ideen sammeln und ein Konzept erstellen. Wir wissen, dass DER Mann an sich, nicht so nach Informationsblättern drängt. Das Faltblatt soll auffallen, ansprechen, provozieren und informieren. Es soll Aufmerksamkeit wecken und zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung der Partnerin animieren.

In den nächsten Wochen werden wir, gemeinsam mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V., am Konzept feilen und möchten anlässlich des Endometriose-Kongresses im September in Münster das Faltblatt der breiten Öffentlichkeit als neues Infomaterial der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. präsentieren.

Thomas Pöfilsen, Jürgen Bade, Andreas Schilde

Nachlese:

„In emotionaler Atmosphäre fand die Jahrestagung ihren Abschluss. Himmelslaternen wurden an die noch Anwesenden überreicht, denn das Wetter in Bad Salzuflen ließ einen Freiflug der Laternen leider nicht zu.

Wie schade, das wäre ein tolles Highlight gewesen. Die Lichter gen Himmel ziehen zu sehen und Glück und Gesundheit in alle Windrichtungen zu verteilen. Aber das sollen wir ja alle Zuhause noch nachholen und die Bilder der Steigung nach Leipzig senden...“

Anke Brune

Nach der Jahrestagung erreichten die Beratungsstelle viele positive Reaktionen.
Hier eine Auswahl:

„Das Wochenende war für mich sehr interessant und spannend (ich war zum ersten Mal dabei). Vielen Dank dafür.“

Ina Leerhoff

„Wir haben noch viel über die Tagung gesprochen, war echt super interessant und viele nette Leute. Wir haben sogar schon einen Termin bei Dr. Gabriel gemacht. TCM, mal sehen ob's hilft.“

Christoph Grothe

„Liebes Büroteam, liebe Doreen, vier Wochen sind seit der Jahrestagung schon vergangen und ich wollte mich schon längst gemeldet haben. Erstmal möchte ich ein dickes Lob für die Organisation und die Durchführung loswerden! Vielen Dank, es war wieder ein Wochenende mit vielen anregenden Begegnungen und Informationen und das, obwohl das Thema so gar nicht mein Thema war und ich vorher gezögert habe, mich zur Tagung anzumelden.

Bei den Referenten hat mir ganz besonders Frau Dr. Gabriel gefallen. Ich fand sie sehr mitreißend und die Energie, die sie ausstrahlte, war wirklich ansteckend. Schön, dass es Euch gelungen ist, so gute Referentinnen zu gewinnen.

Auch die Abschluss-Idee mit den Sky-Ballons war wirklich ganz klasse, schade, dass das Wetter nicht mitgespielt hat. Das wäre sicher ein tolles Bild gewesen, wenn auf einmal viele der Ballons in den Salzufler Himmel gestiegen wären.....“

Helga Kießling

Durch die vielfältigen Angebote ist es gelungen, eine sehr informative und zugleich auch herzliche Jahrestagung auszurichten.

Und mittlerweile laufen natürlich schon die Vorbereitungen für unsere kommende Tagung.

Einladung

Wir möchten Sie zur 14. Jahrestagung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. mit Vorstandswahl vom 5. – 7. März 2010 nach Bad Schmiedeberg einladen.

Die Tagung trägt folgenden Arbeitstitel:

„Endometriose – Einfluss auf Körper, Geist und Seele“



AUS DER SELBSTHILFEARBEIT

Liebe Endometriose-Selbsthilfegruppen-Leiterinnen und Ansprechfrauen und solche, die es werden wollen.

Neben einigen personellen Umstrukturierungen in der Geschäftsstelle in Leipzig ändert sich auch etwas in der Betreuung des Projektes der Selbsthilfegruppen: Ich lege aus persönlichen Gründen zum 30.06.2009 mein Ehrenamt im Rahmen der Datenpflege der Selbsthilfegruppen nieder und werde nur noch in meiner Funktion als Ansprechfrau für den Großraum Chemnitz-Erzgebirge ehrenamtlich zur Verfügung stehen.

Es ist mir daher ein persönliches Anliegen, mich bei Ihnen auf diesem Wege für Ihre bisherige Unterstützung zu bedanken. Ich bitte Sie, Heike Schmidt und meiner möglichen Nachfolgerin auch künftig helfend unter die Arme zu greifen, wenn es darum geht, das System der Selbsthilfe zum Thema Endometriose in Deutschland aufrechtzuerhalten und weiter auszubauen. Bitte bearbeiten Sie auch weiterhin Ihre Selbsthilfegruppen-Rückmeldebögen schnell und vollständig. Die Arbeit der Selbsthilfegruppen ist enorm wichtig und kann nur funktionieren, wenn Betroffene auch Kontakt aufnehmen können.

Sicher sieht man sich mal wieder auf einer Jahrestagung. Bis dahin wünsche ich natürlich jede Menge Gesundheit und persönliches Wohlergehen.

Viele herzliche Grüße von Anja Schmidt aus dem Erzgebirge!

Eindrücke von Workshop-Angeboten für SHG-Ansprechfrauen zur Jahrestagung 2009

Anke Brune, Ansprechfrau der Endometriose-SHG Paderborn berichtet von ihren Erfahrungen:

„Da, wo die Fahnen wehen, dorthin will ich geh'n ... Nur, mein Fähnchen zeigte Wind und Regen und war auf 14.30 Uhr zum Workshop „Wie sag' ich's weiter?“ eingestellt. Das war gerade das Wetter, um Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, d. h. nicht Draußen im Kurwald, sondern reine Theorie. Die SHG-Koordinatorin Frau Heike Schmidt leitete diese Runde, und jede Teilnehmerin berichtete über ihre Erfahrungen im Umgang mit der Presse und welche Wege die SHG's nutzten, um auf ihre Gruppe aufmerksam zu machen. Der Gruppenzu- und -ablauf ist dabei in den einzelnen Städten sehr unterschiedlich. Wo manche SHG's sehr viel Aufwand betreiben, um überhaupt betroffene Frauen zum Erfahrungsaustausch zu gewinnen, läuft es z. B. bei der SHG in Hamburg sehr locker ab, wobei dort, trotz wenig Öffentlichkeitsarbeit, zu jedem Treffen neue Frauen erscheinen. Beeindruckend war auch der Bericht der neu gegründeten SHG

in Salzgitter, die schon vor ihrer ersten Infoveranstaltung eine eigene Homepage erstellt hat. Wie viel Vorarbeit darin steckt, möchte ich erst gar nicht wissen. Richtig in Szene gesetzt ist dieses wichtige Medium auch eine Art Öffentlichkeitsarbeit. Oder das Beispiel anhand der neuen SHG in Norden, die zu einer örtlichen Krankenkasse Kontakt aufnahm und erwähnte, dass sie noch eigene SHG-Flyer erstellen wollten. Die Krankenkasse bot der SHG an, die Flyer kostenlos zu designen und zu drucken. So war innerhalb eines Tages der Flyer fertig. Na, da hatte aber jemand bei der Krankenkasse sehr viel freie Zeit übrig ... Wir Frauen in der Runde sahen uns alle nur erstaunt in die Augen, denn so einen „Kundenservice“ hatten wir selbst noch nicht erlebt. Diese Ausführungen zeigten, wie sich jede SHG individuell in der Öffentlichkeit präsentieren kann. Individualität stand dann im späteren Verlauf im Mittelpunkt, als die Entwürfe für das neue Plakat zur Verwendung für die SHG's vorgestellt wurden. Mit oder ohne Vereinslogo, weniger oder mehr Blätter im Design



AUS DER SELBSTHILFEARBEIT



SHG-Workshop „Wie sag ich's weiter?“ zur Jahrestagung 2009

usw. – Ja, wir kamen fast alle auf einen gemeinsamen Nenner (... 30 Min. später) Das Ergebnis werden wir SHG'en in diesem Jahr noch in den Händen halten.

Melanie Schwitkowski, Endometriose-SHG-Leiterin in Konstanz berichtet über ihre Erlebnisse:

„Angefangen hat es für mich am Freitag mit dem **Workshop für Leiterinnen/Ansprechfrauen von SHG's**. Da ich vor ca. 2 ½ Jahren die Konstanz Gruppe gegründet habe, ist dieser Informationsaustausch immer sehr hilfreich. Dieses Mal stand das Thema „Öffentlichkeitsarbeit“ im Vordergrund. Hier konnten alle von äußerst positiven Erfahrungen mit der örtlichen Presse berichten. Zum Glück ist das Interesse der örtlichen Zeitungen an unserem sozialen Engagement so groß, dass Berichte grundsätzlich gerne abgedruckt werden.

Doreen Jackisch hat uns nützliche Tipps mit auf den Weg gegeben, die man bei einem guten Presseartikel beachten sollte. Zum Beispiel sollten die Fragen „Wer, Wo, Was, Wann, Wie, Warum?“ beantwortet werden. Gut sind auch Zitate von Betroffenen, die räumliche Nähe, eine gute Verständlichkeit (d. h. Fremd-/Fachwörter vermeiden), keine Abkürzungen und nicht zu lange Sätze. Außerdem ist ein bestimmter aktueller Anlass immer gut, um die Chance der Veröffentlichung zu erhöhen.

Am Freitag Abend war ich in der **Gesprächsrunde SHG**. Dort konnten wir in kleiner Runde über die Erfahrungen in unseren Gruppen diskutieren und uns austauschen, wie andere mit Problemen umgehen. Bei der Vorstellungsrunde waren wir zunächst ein bisschen irritiert, dass ein Mann in unserem Kreis saß.

Als wir dann erfuhren, dass es sich hier um einen österreichischen Arzt handelt, der an seiner Klinik eventuell auch eine Gruppe aufbauen möchte, waren wir sehr erfreut und es ergab sich ein informativer Austausch. Ich denke, wir haben ihn davon überzeugen können, wie wichtig die Selbsthilfearbeit für die Betroffenen ist. Allerdings darf die Gefahr nicht unterschätzt werden, dass die Gruppendynamik auch leicht ins Negative umschlagen kann.

Hier sollte man aufmerksam sein und gegebenenfalls entgegenwirken – wir wollen ja keine Jammergruppen.

Einige wünschten sich von Ärzten und Kliniken mehr Unterstützung für ihre Gruppen. Da konnte ich voll Lob von unserem Klinikum in Konstanz berichten, von dessen Gyn-Chefarzt wir eine vorbildliche Unterstützung bekommen. Abgesehen davon, dass wir dort schöne Räumlichkeiten für unsere Treffen bekommen, informiert er seine Patientinnen über unsere Gruppe und er ist auch ein engagierter und geduldiger Ratgeber für unsere Fragen.

Mein Schlusssatz in meinen Notizen für dieses Treffen lautet: „die SHG motiviert auch dazu, selbst aktiv zu werden und Verantwortung zu übernehmen“. Das finde ich persönlich sehr wichtig – wir haben es in der Hand, trotz oder gerade wegen unserer Krankheit unser Leben so zu gestalten, wie wir es möchten – wir müssen uns nur trauen.“

SHG Kronach lädt zum Vortrag

Am Freitag, 30.10.2009 lädt die SHG Kronach um 20.00 Uhr zu einem Vortragsabend mit anschließender Fragestunde in die Räume der Caritas, Adolf-Kolping-Str. 18 in 96317 Kronach ein.

Referieren wird der leitende Oberarzt der Universitätsfrauenklinik und zertifiziertem Endometriosezentrum Erlangen, Dr. Renner.

Interessierte sind herzlich eingeladen.



AUS DER SELBSTHILFEARBEIT

Erste Endo-Selbsthilfegruppe im Land Brandenburg!

Ich bin seit 2005 Mitgliedsfrau und leide seit 20 Jahren unter Endometriose. Seit 14 Jahren habe ich die Diagnose und seither vieles ausprobiert und viele schlechte aber auch schon viele gute Erfahrungen mit Ärzten, Krankenhäusern, Reha und und und gemacht.

Aus meinem unmittelbaren Umfeld, dienstlich, wie privat habe ich jedoch in den letzten Monaten mehrfach die Erfahrung machen müssen, dass noch immer viele Frauen schlecht beraten, schlecht behandelt werden, sich allein und hilflos fühlen. Gerade im Land Brandenburg gab es bisher weder ein zertifiziertes Endometriosezentrum noch eine Selbsthilfegruppe.

Aber seit 27.03.2009 haben wir beides! In Königs Wusterhausen wurde das 1. Brandenburger Endometriosezentrum zertifiziert und ich habe eine Selbsthilfegruppe gegründet. Zwei Mitgliedsfrauen habe ich schon als Mitstreiterinnen gewonnen. Wir wollen zunächst Ansprechpartnerinnen für den Landkreis Dahme-Spreewald sein und würden uns sehr über weiteren Zuwachs freuen. Wir treffen uns zunächst jeden letzten Samstag im Monat und je nach Bedarf entweder in Lübben oder Königs Wusterhausen.

Ihr erreicht uns unter der Telefonnummer 0160/96793321 oder per Mail : endo-shg-lds@t-online.de.

Andrea Schulz

Ansprechfrau SHG Dahme-Spreewald

Erstes Treffen der SHG „EndoSaurier“ in Salzgitter-Lebenstedt

Als ich während meines Rehabilitations-Aufenthaltes in Bad Salzuflen den Entschluss fasste, eine Selbsthilfegruppe zu gründen, ging mir der Gedanke durch den Kopf „hoffentlich wird das keine Ein-Frau-Selbsthilfe“.

Ich selbst habe 1994 die Diagnose „Endometriose“ gestellt bekommen und möchte in der Selbsthilfe unter anderem dort ansetzen, wo Ärzte und Therapeuten aufhören, wie z. B. bei der Bewältigung der psycho-sozialen Belastungen.

Dafür war so einiges zu tun! Die Öffentlichkeit sollte informiert werden und geeignete Räumlichkeiten gesucht und gefunden werden. Ich entschied mich auch für den Aufbau und die Einstellung einer eigenen Homepage.

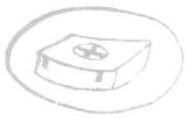
Mitstreiterinnen gesucht –

nutzen Sie den Kontakt vor Ort – gemeinsam lässt sich mehr bewegen!!!!!!

In Freiburg im Breisgau, Nürnberg und Hannover möchten engagierte Mitgliedsfrauen, eine Endometriose-Selbsthilfegruppe in ihrer Umgebung gründen. Dazu werden interessierte Mitstreiterinnen bzw. Teilnehmerinnen gesucht.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen und den Kontakt suchen, melden Sie sich bitte unter selbsthilfegruppen@endometriose-vereinigung.de oder rufen unsere Beratungsstelle unter 0341/3065304 an. Ihre Anfragen werden dann an die jeweiligen Engagierten weitergeleitet.

Heike Schmidt



AUS DER SELBSTHILFEARBEIT

Meiner Therapeutin erzählte ich von meinem Vorhaben. Sie fand die Idee sehr gut und gab mir die Telefonnummer der Evangelischen Familien-Bildungsstätte in Salzgitter Lebenstedt. Ich rief dort an und bekam umgehend einen Gesprächstermin mit Frau Breymann-Faudt, der stellvertretenden Leiterin. Sie empfing mich sehr herzlich. Ich erzählte von meinem „Lebensweg“ mit Endometriose und wir sprachen über die Erkrankung und deren weitreichenden Auswirkungen im Leben der betroffenen Frauen und deren Angehörige. Die Evangelische Familien-Bildungsstätte unterstützt Selbsthilfegruppen im Allgemeinen und über Frau Breymann-Faudt bekomme ich für die Selbsthilfegruppentreffen kostenlos Räume zur Verfügung gestellt. An dieser Stelle ein „herzliches Dankeschön“, auch im Namen der Teilnehmerinnen.

Vom Leiter der Familien-Bildungsstätte, Herrn Jenders bekam ich die Telefonnummern der Salzgitter Zeitung, denn „ein Artikel kann sehr viel bewirken“, bemerkte Frau Breymann-Faudt zuvor. Ich rief dort an, vereinbarte einen Termin für ein Interview. So kam es halt zu dem Artikel, der am 05. Mai 2009 in der „Salzgitter Zeitung“ erschienen ist und auf den sich drei Frauen bei mir meldeten. Schließlich kamen wir vier einen Tag später in Salzgitter zusammen.

Während unserer Gespräche wurde mir wieder einmal klar, wie überfordert Betroffene und deren Umfeld mit den vielen Informationen bezüg-

lich Diagnostik, Verlauf und Auswirkungen der Erkrankung sind. Es fielen Bemerkungen wie „ich weiß gar nicht, wie ich mit der ganzen Sache umgehen soll“, „es gibt niemanden, der mich versteht“ oder „ich kann mit niemanden offen darüber sprechen“. Im Vordergrund standen Themen wie Schmerz- und Krankheitsbewältigung, Ernährung, der Umgang mit Ärzten, die Arbeit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.

„Wie kommt man denn zu soviel Informationen“ fragte mich eine Teilnehmerin.

Inwieweit sich die Gruppe festigen wird, kann ich zum heutigen Zeitpunkt noch nicht sagen, aber der Bedarf an Gesprächen und Hilfestellungen betroffener Frauen und deren Angehörige ist auf jeden Fall vorhanden.

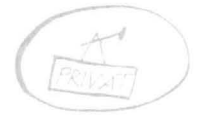
Für das nächste Treffen haben sich bereits neun Personen angemeldet. Personen deswegen, weil auch Angehörige und Partner betroffener Frauen das nächste Mal dabei sein werden.

Ich sehe unserem nächsten Treffen sehr positiv entgegen.

*Petra Brandes
Ansprechfrau EndoSaurier, Salzgitter
www.endosaurier.de*

Endometriose-Selbsthilfegruppen, die mit uns zusammenarbeiten, bestehen in:

Aachen, Aschaffenburg, Baden-Baden, Berlin, Bielefeld, Dahme-Spreewald,
Düsseldorf, Düren-Jülich, Erfurt, Hamburg, Hamm,
Konstanz, Kronach, München, Norden, Paderborn,
Pforzheim, Ravensburg, Salzgitter, Schleswig, Stuttgart,
Ulm und Memmingen, Wesel, Würzburg
sowie die bundesweite Partnergruppe.



ERFAHRUNGSBERICHTE

Endometriose – eine unheilbare Krankheit?

(Fortsetzung aus dem Heft 40, S. 15)

In ihrem Buch „Frauen-Heil-Kunde“ schreiben die Autoren Dahlke/Zahn über Endometriose: *„Betroffen sind oft Frauen, die an vielen Fronten kämpfen (müssen) und bei diesen grundsätzlichen Auseinandersetzungen ihr weibliches Seelengewand gleichsam abgelegt haben, um nicht mehr so verwundbar zu sein“*. Im gleichen Kapitel ist auch noch etwas über Probleme mit der „Regelmäßigkeit“ zu lesen.

Was mich angeht, so kann ich beiden Punkten voll und ganz zustimmen. Regelmäßigkeit, egal in welchem Bereich, war mir schon immer ein Greul und über mein weibliches Seelengewand musste ich schon sehr früh im Leben ein männliches streifen um überleben zu können.

Jetzt, wo mir das und noch einige andere Dinge bewusst geworden sind, hat meine Seele und somit mein Körper die Chance zu gesunden. Denn ein kranker Körper ist nichts anderes als der Hilfeschrei einer leidenden Seele, die sich um jeden Preis Gehör verschaffen will. Kränkung macht krank!

Für mich hat Krankheit auch nichts mit Kampf zu tun, obwohl gerade in diesem Zusammenhang ein sehr häufig gebrauchter Begriff (z.B.: „Sie wird den Kampf gegen den Krebs aufnehmen!“).

Es gibt den schönen Spruch: „Wer kämpft hat schon verloren.“ Das gilt für mich auch in gesundheitlicher Hinsicht. Nur wer seine Krankheit akzeptiert, sie hinterfragt und schließlich versteht (das meine ich nicht medizinisch), kann auch den Weg zur Heilung finden.

Da es davon ganz schön viele gibt, muss Frau aktiv werden. Es ist nicht damit getan, die Eigenverantwortung im Wartezimmer abzugeben und dann auf ein Wunder zu hoffen. Jedes Problem trägt die Lösung in sich, aber die zeigt sich oft nicht so schnell wie gewünscht.

Ich persönlich habe mich deshalb gegen „Kampf“ und gegen „unheilbare Krankheit“ entschieden und bin mit Hilfe von klassischer Homöopathie,

Traditioneller Chinesischer Medizin und lösungsorientierter Hypnose nach verhältnismäßig kurzer aber heftiger Endometriose-Leidenszeit beschwerdefrei geworden.

Der Weg war nicht vorgezeichnet und mein Ziel habe ich nur auf einigen Umwegen erreicht. Aber ich habe meinem Körper bzw. meinem Unterbewusstsein vertraut und für mich selber entschieden: ich bin geheilt! Soll mir doch erst einmal jemand das Gegenteil beweisen!

Somit empfinde ich vollen Respekt und Bewunderung für alle Betroffenen, die aus dem engen Netz der Schulmedizin ausgebrochen sind und ihren ganz persönlichen Weg der Heilung gefunden haben. Allen anderen wünsche ich, dass sie es auch schaffen. Es geht!

Zum Schluss noch etwas zum Nachdenken: Ein alter Indianer erzählt seinem Enkel: „In meiner Brust wohnen zwei Wölfe. Einer ist der Wolf der Dunkelheit, der Angst, des Misstrauens, der Verzweiflung und des Neides. Der andere ist der Wolf des Lichtes, der Liebe, der Lust und der Lebensfreude“. Fragt der Enkel: „Und welcher der beiden wird gewinnen?“ Der alte Indianer antwortet: „Der, den ich füttere!“

Wer sich mit mir austauschen möchte ist, herzlich dazu eingeladen: info@lydia-gaertner.de.

Ich würde es auch sehr begrüßen, mehr Erfahrungsberichte, am liebsten natürlich positive, in der Endo-Info zu lesen.

Schließlich ist es doch der Sinn der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V., dass man nicht mit sich und seinem Leiden allein ist, sondern sich gegenseitig unterstützt.

Gerne bin ich auch bereit, die Geschichten zu sammeln und zu koordinieren bzw. auch zu schreiben, wenn die Betroffene dazu keine Lust hat.

Lydia Gärtner



ERFAHRUNGSBERICHTE

Die vergessene Diagnose

Als ich irgendwann im Jahre 1994 mit ganz üblen Unterbauchkrämpfen in die Klinik kam, eine Bauchspiegelung gemacht wurde und die Diagnose gestellt war, da dachte ich, „dieselben Symptome hattest du doch 1991 schon mal“. Es wurden mir Zysten am rechten Eierstock entfernt und Verwachsungen gelöst. Und falls ich einen Kinderwunsch hätte, solle ich noch einmal wieder kommen, denn dann müssten die Eileiter durchgespült werden. Außerdem sollte ich für ein Jahr die Pille einnehmen.

Ich war 25 Jahre alt und es bestand bei mir kein Kinderwunsch. Zwei Freundinnen begleitete ich bei schwereren Geburten in den Kreißsaal und wahrscheinlich hatte mich das doch so traumatisiert, dass ich einen Kinderwunsch erst mal an die Seite gelegt habe.

Die Pille habe ich ein Jahr lang eingenommen, nur die regelmäßigen Untersuchungen wurden im Laufe der Jahre nicht mehr so ganz regelmäßig – es ging mir ja gut! Die Menstruation kam ziemlich pünktlich und regelmäßig, ohne viel Blut vergießen. Nur die Schmerzen – meistens die ersten zwei Tage – die waren teilweise doch ziemlich heftig. Aber Frau hat halt so was während der Menstruation – dachte ich so!

Bis zum Jahr 2003 – da war vielleicht was los! Blasenentzündung abgeklungen – Durchfälle! Durchfälle normalisiert – Blasenentzündung! Aber die Menstruation verlief 1 A – bis halt auf die doch etwas heftigeren Schmerzen und zunehmende Übelkeit. Die nächste Blasenentzündung hat mich dann doch mal dazu gebracht einen Urologen aufzusuchen. Von dem Tage an wurde ich zum „Becherpinkler“. „Sie haben Blut im Urin, ich gucke mir das mal im Ultraschall an.“ Er sagte, dass mir da irgendwas auf der rechten Seite wohl von hinten auf die Blase rückt. Ich solle mal zum Gynäkologen gehen und verschrieb mir Antibiotika.

Das habe ich auch getan und der Gynäkologe meinte, ich hätte eine Zyste auf der Gebärmutter, aber die wäre harmlos und da bräuchte man nichts machen! Ich dachte, „so was ähnliches hattest du doch 1994 schon mal“, nur ich hatte den Namen der damaligen Diagnose vergessen! Des-

halb fragte ich noch mal nach und schrieb mir den Namen auf. Die Blasenentzündung war dann auch wieder durchgestanden, aber so langsam hatte ich auch von den Durchfällen die Faxen dicke!

So kam es, dass ich mich selbst schon als Hypochonder bezeichnet hatte. Im November 2005 bekam ich von einem Moment auf den anderen so heftige Schmerzen und Krämpfe, dass eine Freundin mich ins Auto packte und mich direkt in der Notfallaufnahme der Klinik ablieferte. Die Schmerzen beschrieb ich, rechtsseitig in der Leistengegend und über all unten. Die Ärztin drückte mir auf dem Bauch herum, meinte es wäre nicht der Blindarm und „sie sind ein Fall für die Gyn“.

Ein ganz lieber Arzt nahm mich dort in Empfang, machte Ultraschall und sagte „oh ha, sie haben freie Flüssigkeit im Bauch und mehrere Zysten am Eierstock, rechts“. Er blätterte schnell meine Akte durch und sagte „ach – Endometriose, sie waren bereits 1994 hier!“ Ich sagte so zu mir und ihm „ich glaube, so was ähnliches hatte ich 1991, 1994 und 2003 schon mal!“ Ich kam an den Tropf, bekam Schmerzmittel und Antibiosen und wurde gleich den nächsten Morgen operiert – wieder Laparoskopie!

Und seit diesem Eingriff habe ich die Diagnose nicht mehr vergessen. Verwachsungen vom Darm zur Bauchdecke und von Gebärmutter zur Blase. Ein apfelsinengroßer Endometrioseherd saß rechts zwischen Eileiter und Beckenwand und war auch dort verwachsen. Mehrere bereits rupturierte Zysten saßen um den Eierstock herum, so dass man Eierstock, Eileiter samt Endoherd auf der rechten Seite komplett entfernt hat und die Verwachsungen löste. Ich war ziemlich schockiert, denn es hieß doch „da ist eine Zyste auf der Gebärmutter und die ist harmlos“ und plötzlich waren da ganz komische Sachen. Ich war sauer auf meinen Frauenarzt. Auf mich natürlich nicht, weil ich war ja immer im Stress und hatte kaum Zeit für Untersuchungen!

Ich wechselte den Frauenarzt und ging zu einer Ärztin. Sie hat versucht, mir Endometriose zu erklären – nur verstanden hab ich nicht viel! Sie erzählte was von GnRH-Analoga und schickte mich für ein halbes Jahr in die Wechseljahre und danach bekam ich ein Hormonpräparat, welches ich so gar nicht vertragen habe.

ERFAHRUNGSBERICHTE

Ende Juni 2006 habe ich dann leider meinen Arbeitsplatz wegen Rationalisierung des Betriebes verloren und hatte auf einmal mehr Zeit. Ich surfte im Internet, um mehr über Endometriose zu erfahren, aber was ich dort las, machte mich zunehmend unglücklich, ich wurde sehr depressiv und habe mich richtig isoliert.

Keine Arbeit mehr, chronisch krank, keine Gesprächspartner. Ich habe eine Psychologin aufgesucht, weil ich mir nicht mehr zu helfen wusste. Sie konnte mich soweit wieder aufbauen, bis Mitte 2007 die alten bekannten Symptome auftauchten, da mein Hormonpräparat zu Ende ging, welches ich ja eh nicht vertrug, stand ich ohne hormonelle Behandlung da. Davon abgesehen, wollte ich mich schon überhaupt nicht mehr behandeln lassen – nie mehr! Und wieder einmal wollte ich von Endometriose gar nichts wissen.

Die Therapeutin hat es dann doch geschafft, meine Mauer zu durchbrechen und ich habe meiner Frauenärztin davon erzählt. Sie sagte, ich müsse das Präparat aber nehmen und falls nicht, dann solle ich alle drei Monate zum Ultraschall kommen. Ich hab mich für die Ultraschalluntersuchungen entschieden und bin dort wahrlich alle drei Monate hingegangen.

Im März 2008 war ich immer noch ohne Hormonbehandlung und mir fiel auf, dass mir immer dann übel wurde, wenn ich etwas aß – egal was. Mir war nach dem Essen ständig „gammelig“. Und diese Blähungen immer mit Durchfällen – und Blasenentzündungen sowie Krämpfe im Unterbauch.

Im Mai 2008 hab ich mich ergeben! Ich ging zum Ultraschall, bekam eine Einweisung zur Bauchspiegelung und ließ mich in die Klinik bringen. Nur aus der Spiegelung wurde nichts, denn es musste ein Bauchschnitt gemacht werden. Ich hatte so derbe Verwachsungen, dass sich meine Gebärmutter mit der Blase vereinte, der Darm an der Bauchdecke fest hing und diverse Zysten am linken noch verbliebenen Eierstock auch bereits eingeblutet waren. Die Gebärmutter wurde rundherum herausgelöst und den Rest brauche ich ja nicht näher beschreiben. Nur das ich durch das Trennen von Gebärmutter und Blase nun Blasenfunktionsstörungen mitgekriegt habe – als Quittung für Leichtsinnigkeit!

Nach dieser Operation hatte ich auch wieder Zeit. In der Therapie lernte ich unter anderem, was „Selbstfürsorge“ und „Krankheitsbewältigung“ bedeuten. Ich musste dieses Wissen nur umsetzen. Ich hab mich dann intensiver und auch viel sachlicher mit Endometriose beschäftigt und begann im Internet zu recherchieren. Dabei habe ich erfahren, dass im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie eine Patientenschulung durchgeführt werden sollte – das war im September 2008. Meine Psychologin hatte einige Bedenken und auch Angst, dass mich die Sache wieder runterziehen könnte. Aber es geschah genau das Gegenteil.

Ich hatte mich zu der Schulung angemeldet und fuhr auch dort hin. Das war meine erste Begegnung mit Frauen, die dieselbe Krankheit hatten wie ich. Ich habe mich dort wiedergefunden, verstand wovon die Frauen sprachen. Und ich weiß jetzt vor allem, welchen Verlauf eine nicht behandelte bzw. unbeobachtete Endometriose nehmen kann und was bei Endometriose helfen kann. Dort habe ich wirklich sehr viel gelernt.

Ich nahm mir Informationsmaterial über Rehabilitation bei Endometriose mit und fuhr eine Woche nach der Veranstaltung damit zu meiner Gynäkologin. Vor dem Ultraschall war sie nicht so der Meinung, dass bei mir eine Rehabilitation notwendig sei, aber nach der Untersuchung dann doch. Und so kam ich Ende 2008 für fünf Wochen in die Reha nach Bad Salzuflen, habe dort auch sehr viel gelernt, sehr liebe Menschen kennen gelernt und zehre davon heute noch. Dort fiel auch mein Entschluss, eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Die letzten Hinweise zur Gruppengründung erhielt ich während der Jahrestagung der Endometriose Vereinigung Deutschland e.V. im März 2009 in Bad Salzuflen.

Ich bin auf ein anderes Hormonpräparat umgestiegen, das ich sehr gut vertrage, bin relativ schmerzfrei und regelmäßig in gynäkologischer Behandlung und Kontrolle.

Für meinen Weg mit Endometriose habe ich mir „Selbstmanagement“ und „Selbstdisziplin“ auf die Fahne geschrieben und bin damit sicher auf dem Richtigen!

Petra Brandes



PARTNERFORUM

Jahrestagung aus Partner-Sicht

Unsere Fahrt zur Tagung von Erding nach Bad Salzuflen ist sehr lang, zwischen Abfahrt und Zielort lagen 635 km, das sind ca. 6,5 Stunden Fahrt, als Alleinfahrer schon ein immenser Ritt. Bereits ab Nürnberg regnete es, aber dies hielt mich nicht von unserem Vorhaben ab, zur Jahrestagung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. zu fahren.

Als Partner bin ich für meine Frau da und stehe an ihrer Seite. Ich will damit zum Ausdruck bringen, dass die Endometriose zu unserer Beziehung gehört und wir MIT ihr leben müssen. Meine Frau und die Erkrankung stehen im Vordergrund, ich unterstütze sie, da ich ihr anders nicht helfen kann. Die Teilnahme an der Tagung gehört dazu. Mir ist dafür kein Weg zu weit.

Wie doch die Zeit vergeht, was bleibt von einem Jahr? Es war mir wie vor kurzem, als wir uns in 2008 in Bad Schmiedeberg trafen.

Und bereits vor drei Jahren haben sich interessierte Partner entschlossen, eine Partnergruppe innerhalb der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. zu gründen.

Nach der feierlichen Eröffnung der 13. Jahrestagung mit einem Gläschen Sekt traf sich die Partnergruppe zum ersten Erfahrungsaustausch. 2006 waren wir bei Gründung der Partnergruppe fünf Männer, und heute, drei Jahre später, nahmen schon 15 Männer an der Gesprächsrunde teil.

Nach einer allgemeinen Vorstellungsrunde kamen wir ins Gespräch. Dass jeder zu Wort kam, ist auch ein großer Verdienst von Herrn Niehues (Dipl.-Psychologe). Seit Gründung der Partnergruppe moderiert er fast in jedem Jahr unsere Gesprächsrunden und verhilft uns so zu partnerschaftlicher Kommunikation. Herr Dr. Oppelt, der als Gynäkologe lange Jahre an der Uniklinik in Erlangen tätig war und nun in Linz in Österreich Chefarzt ist, besuchte als außerordentliches Mitglied der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. die Jahrestagung und signalisierte so, seine Unterstützung.

Herr Dr. Oppelt erklärte uns verständlich und aufschlussreich, vor allem aber sehr bildhaft und an-

schaulich, was Endometriose ist und wie sie sich darstellt. Er zeigte in Ausschnitten, Livebilder einer OP. Er beschrieb uns Zysten und veranschaulichte ihre Wirkung und ihr „Eigenleben“. Er machte uns sehr eindrucksvoll deutlich, dass es sich nicht um ein „Ach hab Dich nicht so-Gefühl“ bei unseren „Mädels“ handelt, wenn sie wieder eine Schmerzattacke erleben/durchleben müssen.

An dieser Stelle und auf diesem Wege möchte ich mich nochmals im Namen aller Partner bei Herrn Dr. Oppelt und Herrn Niehues bedanken!

Die Zeit verging auch hier rasend schnell und als es klopfte, hatten wir nicht bemerkt, dass wir die eingeplante Zeit schon fast eine Stunde überschritten hatten. Ich hörte noch die eine oder andere Frage der Frauen: „Was haben unsere Männer da nur so viel zu diskutieren?“ und „Eigentlich ungewöhnlich.“ Tja, auch wir können Mal lange quatschen und haben kein schlechtes Gewissen dabei. ☺

Es zeigt doch aber, dass der Bedarf an Austausch unter den Partnern sehr groß ist.

Daher trafen sich am Samstag spontan noch einmal insgesamt 11 Partner zu einer Gesprächsrunde. Andere blieben in den Fachvorträgen, um sich gemeinsam mit ihren Frauen zu informieren bzw. ihre Frauen mit ihrer Anwesenheit zu unterstützen.

Da bei unserem zweiten Treffen wieder neue Partner hinzugekommen waren, stellten wir uns noch einmal kurz vor. Dann legten wir einen Themenpool fest, um alle Probleme gleich zu behandeln. Wir einigten uns auf fünf Themen, die uns für alle am Wichtigsten erschienen:

- Kinderwunsch,
- Umgang mit Schmerzen,
- Sexualität,
- Psyche,
- Adoption,

wobei der meiste Redebedarf bei den Themen „Unerfüllter Kinderwunsch“ und „Adoption“ bestand. Hier haben wir auch rechtliche Fragen aufgegriffen. Aber auch über das „Dass Du das überhaupt mit mir aushältst-Gefühl“ haben wir gesprochen. Hier sehe ich persönlich die Grund-



PARTNERFORUM

idee der Partnergruppe. Es geht um die Partnerbeziehung und deren Erhalt. Wir sprachen über mögliche Lösungen und ich denke, jeder Einzelne nahm einige Denkanstöße mit nach Hause. Auch an diesem Nachmittag war die Zeit wieder viel zu schnell vergangen. Erneut mussten unsere „Mädels“ die Diskussion vorläufig beenden.

Am Sonntag hieß es nicht nur Abschied nehmen. Wir wollten im Workshop unsere Ideen bündeln und eine Infoblatt für Partner entwerfen. Über das Ergebnis könnt Ihr Euch im Themenschwerpunkt informieren.

Ein paar abschließende persönliche Gedanken dürfen mir hier an dieser Stelle erlaubt sein.

Ich bin, seit ich meine Frau kenne, mit Endometriose bekannt und – gewachsen. In Bezug auf die Krankheit habe ich Freunde gewonnen und vor allem viel Neues gelernt. Ich weiß nun, dass es nicht immer einfach ist, diese Krankheit zu haben und dann als Frau, „ihren Mann“ im Job, in der Freizeit, in der Beziehung zu stehen. Vor allem in der Beziehung, wenn man sich fallen lassen, beachtet, geliebt und getröstet werden will, ist es wichtig einen verständnisvollen Partner an seiner Seite zu haben. Einen, der die Krankheit und die Gefühle und Bedürfnisse kennt – während der schmerzhaften und der schmerzfreien Tage.

Mädels der Geschäftsführung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. – meinen Dank an Euch für diese gelungene Veranstaltung. Ich hab mich sehr gefreut, mit Euch zu sprechen bzw. Euch zu helfen, wenn es nötig war. Und – ich hab mich wieder sehr wohl in Eurem Kreis gefühlt.

Allgemein auch meine Hochachtung an die Frauen, die täglich eine hervorragende Vereinsarbeit leisten, trotz ihrer Erkrankung. Das Durchhaltevermögen und den nötigen „Biss“ bei der Bewältigung der Aufgaben ist beispielhaft.

Ich freue mich schon jetzt auf die nächste Veranstaltung in Bad Schmiedeberg im Jahr 2010.

Jürgen Bade (Gründungsmitglied der Partnergruppe)

Kontaktmöglichkeit zur Gruppe „Partner von Endometriose- betroffenen“

Die Gruppe trifft sich regelmäßig zur Jahrestagung der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.

Schriftlich können auch Sie Kontakt erhalten oder sich miteinander austauschen unter der Mailadresse:

partner@endometriose-vereinigung.de.



ALTERNATIVE HEILKUNDE

Wärme- und Kältetherapie

Bei den nachfolgend vorgestellten Methoden handelt es sich um von der Wissenschaft und den Krankenkassen anerkannte Therapieverfahren.

Die **Wärmetherapie** beruht auf der Grundlage, dass sich Blutgefäße bei Wärmezufuhr weiten und somit die Durchblutung gefördert wird. Auf diese Weise entspannen sich die Muskeln und die Nervenbahnen werden entlastet. Die temperaturempfindlichen Nervenenden leiten die positiven Wärmereize an das Schmerzzentrum weiter.

Chemische Prozesse dämpfen das Schmerzempfinden zusätzlich. Durch Wärmezufuhr (Wärmestrahlen oder Wärmeleitung) wird außerdem die Produktion von Stresshormonen reguliert und der Zellstoffwechsel angeregt.

Die Wärmetherapie wird zur Behandlung von Schmerzen und bei nichtentzündlichen Erkrankungen eingesetzt.

Eine verbreitete Form sind *heiße Bäder* (Voll- und Teilbäder). Diese dienen dazu, dem Körper mehr Wärme zuzuführen, als er selbst erzeugen kann. Dadurch wird das Immunsystem angeregt und die Körpertemperatur steigt an. Diese Temperaturänderung soll den Körper dabei unterstützen, Krankheitserreger abzutöten.

Weil Pelioide (organische und mineralische Substanzen wie Moor, Lehm und Erde) die Wärme besonders lange speichern, werden die Bäder oft mit ihnen versetzt.

Pelioide kommen auch zum Einsatz bei:

- Warmpackungen (zur Verstärkung der Wirkung sollte man nach der Behandlung 30 Minuten zugedeckt ruhen),
- Paraffinbad der Hände (Eintauchen der Hände in flüssiges Paraffin für einige Minuten, danach Einschlagen der Hände in Tücher).

Weitere Formen der Wärmetherapie sind:

- Heißluft
- Heiße Rolle (mit heißem Wasser getränkte aufgerollte Frotteetücher)

- Ultraschall (durch mechanische Wellen wird ein Vibrations- und Wärmeeffekt im Behandlungsgebiet erzeugt)
- Infrarot (durch Einstrahlen von optischer Energie wird das Gewebe erwärmt).

Die Wärmetherapie wird bei Erkältungen, Unterleibsschmerzen, Ischiasbeschwerden, Muskelverspannungen, Nervenentzündungen, Gelenkschmerzen sowie Nieren- und Blasenleiden angewendet.

Die **Kältetherapie** nutzt die Tatsache, dass sich Blutgefäße bei Kältereizen zusammenziehen und die Muskeln angespannt werden. Sobald der Kältereiz nicht mehr vorhanden ist, entspannt sich die Muskulatur und ein warmes Gefühl entsteht für einige Minuten. Da die kälteempfindlichen Nerven ihre Informationen schneller an das Gehirn leiten als die schmerzleitenden Nervenbahnen, wirkt Kälte oft schmerzlindernd. Sie wird bei Schwellungen, Blutergüssen und akuten, schmerzhaften Erkrankungen durchgeführt.

Bei der Kältetherapie werden Güsse, Wechselbäder und Wechselduschen im Temperaturbereich von 12°C bis 15°C angewendet. Weitere Therapiemöglichkeiten sind u.a. der Barfußlauf durch Tau oder Schnee. Die Anwendung von Eispackungen und Gelkompressen erfolgt meist nur minutenweise durch Auflegen auf eine mit einem Tuch bedeckte Körperstelle. Nach einer kurzen Aufwärmphase der Haut wiederholt man die Behandlung mit Kompressen mehrmals.

Die **Wechselanwendung** von Wärme und Kälte, dient dazu, das Gewebe zu reinigen, den Körper abzu härten und Kreislauf, Muskulatur und das vegetative Nervensystem zu trainieren. Die uns bekannteste Form ist die Sauna.

Risiken und Komplikationen

Auf Grund der individuellen Reaktionen sollte vor Beginn der Wärme- oder/und Kältetherapie der Arzt/die Ärztin konsultiert werden.

Die Redaktion (Recherche auf den Seiten von tk-online.de)



GUT ZU WISSEN

Umfrage: Paare sollen weniger für künstliche Befruchtung zahlen

Bochum – Die gesetzlichen Krankenkassen sollten kinderlosen Ehepaaren künstliche Befruchtungen weiterhin bezahlen. Aber auch die Ehepaare sollten sich an den Kosten beteiligen – allerdings in geringerem Maße als bisher. Zu diesem Ergebnis kommt eine Umfrage der Bochumer Nachwuchsgruppe „Gerechtigkeit in der modernen Medizin“ des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum <<http://www.rub.de/malakow>> (RUB).

Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen (CDU) sprach sich unterdessen für eine Beteiligung des Bundes an den Kosten aus. „Ich möchte zunächst einmal, dass die Paare mehr Versuche frei haben, also ein vierter Versuch auch möglich ist, mit einer deutlichen Reduzierung der Selbstbeteiligung“, sagte sie dem ARD-Magazin „Report Mainz“. Damit das bundesweit möglich sei, sollte sich der Bund an den Kosten beteiligen. Sie kündigte an, sich in den Haushaltsverhandlungen für eine entsprechende Finanzierung aus Bundesmitteln einzusetzen.

Hintergrund: Seit 2004 müssen Paare einen Eigenanteil von rund 1.500 bis 1.800 Euro pro Versuch einer künstlichen Befruchtung bezahlen. Sie müssen außerdem verheiratet und zwischen 25 und 40 (Frauen) beziehungsweise 50 Jahre (Männer) alt sein. Seit 2004 ist mit dieser Entscheidung die Zahl der künstlichen Befruchtungen deutlich zurückgegangen, ebenso die Zahl der mit ihrer Hilfe geborenen Kinder.

Der Bundesrat hat im Sommer 2008 die Bundesregierung aufgefordert, wieder zur vollen Kostenübernahme zurückzukehren. Die Bundesregierung hingegen argumentiert, künstliche Befruchtungen seien versicherungsfremde Leistungen.

„Die Paare empfinden die Eigenbeteiligung als hohe bis sehr hohe finanzielle Belastung“, berichtet Oliver Rauprich, der Leiter der RUB-Nachwuchsgruppe. Zwar finde die Mehrzahl der Experten und der Bevölkerung und ein Drittel aller Paare eine Eigenbeteiligung grundsätzlich angemessen, aber ihre Höhe sollte nach Ansicht der Befragten deutlich niedriger sein.

© kna/hil/aerzteblatt.de vom 16.3.2009

Finanzielle Unterstützung bei der Kinderwunschbehandlung

Sachsens Ministerin für Soziales, Helma Orosz, hofft, dass sich auch andere Bundesländer dem Beispiel „Finanzielle Unterstützung bei der Kinderwunschbehandlung“ anschließen werden.

„...Eine Kinderwunschbehandlung ist mit einigen Kosten verbunden. Es ist uns ein wichtiges Anliegen, dass Ihr Wunsch nach einem eigenen Kind nicht an finanziellen Hürden scheitert.

Deshalb wollen wir Sie mit einem Zuschuss zu den Behandlungen unterstützen...

Der Freistaat Sachsen ist damit das erste und einzige Bundesland, das Behandlungen zur assistierten Reproduktion finanziell unterstützt. Für uns ist jedes Kind ein Geschenk – deshalb bieten wir Ihnen unsere Hilfe an.“¹

Was wird gefördert?

Der Freistaat Sachsen gewährt Zuwendungen zu den Kosten der zweiten bis vierten In-vitro-Fertilisations (IVF)- und Intrazytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI)- Behandlungen.

Wer wird gefördert?

Zuwendungen können nur gewährt werden, wenn:

- die Maßnahmen der assistierten Reproduktion in einer im Freistaat Sachsen befindlichen Einrichtung durchgeführt werden,
- das jeweils betroffene Paar miteinander verheiratet ist und seit mindestens einem Jahr seinen Hauptwohnsitz im Freistaat Sachsen hat,
- das Alter der Frau zwischen dem vollendeten 25. und dem vollendeten 40. Lebensjahr liegt,
- das Alter des Mannes zwischen dem vollendeten 25. und dem vollendeten 50. Lebensjahr liegt,
- keinem der Ehepartner ein Leistungsanspruch gegen eine private Krankenversicherung zusteht.

Wie hoch ist die Förderung?

Die Höhe der Zuwendung beträgt für die zweite und dritte Behandlung:

¹ [Vorwort von Christine Clauß, Sächsische Staatsministerin für Soziales, zum Flyer Förderung von Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (assistierte Reproduktion)]



GUT ZU WISSEN

- IVF-Behandlung:
max. je 800 Euro des Eigenanteils, der den Patientinnen und Patienten von den Reproduktionseinrichtungen in Rechnung gestellt wird;
- ICSI-Behandlung:
max. je 900 Euro des Eigenanteils, der den Patientinnen und Patienten von den Reproduktionseinrichtungen in Rechnung gestellt wird;

für die vierte Behandlung:

- IVF-Behandlung: je 1.600 Euro
- ICSI-Behandlung: je 1.800 Euro

Wie erhalten Sie die Zuwendung?

Legen Sie bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt bitte folgende Nachweise vor:

- Meldebescheinigung
- genehmigter Behandlungsplan

Ein gesonderter Antrag ist nicht erforderlich. Die Paare erklären, dass sie die Förderung wünschen. Die Rechnung für den Patienteneigenanteil wird vom Arzt um den Zuwendungsbetrag gekürzt.

Zuwendungen können gewährt werden für Behandlungen ab dem 1. März 2009. Als Behandlungsbeginn wird die Punktion angesehen.“

Quelle: Flyer Förderung von Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung (assistierte Reproduktion) des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales

Anmerkung der Redaktion: Die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Hessen prüfen, ob sie dem Beispiel folgen.

Altersgrenze bei künstlicher Befruchtung bleibt bestehen

Die seit dem Jahr 2004 für den Anspruch auf Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft) gemäß § 27a SGB V („Künstliche Befruchtung“) geltende Einschränkung, dass die Ehefrau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben darf, ist rechtmäßig und verstößt nicht gegen das Gleichheitsgebot. Das hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 3. März 2009 entschieden.

Die ungleiche Behandlung von Ehefrauen vor und nach der Vollendung ihres 40. Lebensjahres

ist sachlich gerechtfertigt. Der Gesetzgeber hat seinen weiten Gestaltungsspielraum nicht überschritten.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat in der gesetzlichen Krankenversicherung die Altersgrenze des 50. Lebensjahres für Männer (Urteil vom 24. Mai 2007) sowie die Begrenzung des Anspruchs für Leistungen der künstlichen Befruchtung auf 50 % der Behandlungskosten (Urteil vom 19. September 2007) als verfassungsgemäß angesehen.

(AZ: B 1 KR 12/08 R).

Urteil zur Kostenübernahme

Karlsruhe – Krankenkassen müssen für künstliche Befruchtung nur die Hälfte der Kosten tragen. Sterile Paare haben keinen Anspruch auf einen höheren Zuschuss, entschied das Bundesverfassungsgericht in einem am 12.3.2009 in Karlsruhe veröffentlichten Beschluss. Zur Begründung erklärte das Gericht, Sterilität sei keine Krankheit (AZ: 1 BvR 2982/07).

In der Begründung heißt es: Die künstliche Befruchtung beseitige „keinen regelwidrigen körperlichen Zustand, sondern umgeht ihn mit Hilfe medizinischer Technik, ohne auf dessen Heilung zu zielen.“ Da insoweit keine Krankheit vorliege, sei die gesetzliche Krankenversicherung auch nicht zur vollen Kostenübernahme verpflichtet. Auch die demografischen Argumente der Kläger verwarfen die Verfassungshüter. Es bestehe keine staatliche Pflicht, die Entstehung einer Familie mit den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern. Solch eine Unterstützung sei vielmehr eine im Ermessen des Staates stehende Leistung, die medizinisch nicht notwendig sei, sondern nur „die Wünsche eines Versicherten für seine individuellen Lebensgestaltung betrifft“, erklärten die Richter und bestätigten damit die Ansicht des Bundessozialgerichts.

Quelle: afp/aerzteblatt.de vom 19.3.2009

Ratgeber „Selbst zahlen?“

Für gesetzlich versicherte Patienten übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Untersuchungen und Behandlungen. Es gibt aber auch medizinische Leistungen, die von der Kasse nicht bezahlt werden. Diese werden in Fachkreisen



GUT ZU WISSEN

„Individuelle Gesundheits-Leistungen“ (IGeL) genannt. Die Patienten müssen für diese Leistungen grundsätzlich selbst zahlen. Dabei ist es gleichgültig, ob der Arzt sie vorschlägt oder der Patient sie selber wünscht.

Ehe Sie bereit sind, für eine Leistung Geld auszugeben, sollten Sie sich darüber informieren, ob diese Leistung sinnvoll und nützlich ist.

Der Ratgeber „Selbst zahlen?“, herausgegeben von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erklärt, was IGeL sind, warum Patienten dafür selbst zahlen müssen oder worauf jeder achten sollte, der vom Arzt eine solche Leistung angeboten bekommt, oder sie von sich aus wünscht. Dieser Ratgeber hilft Ihnen außerdem, Ihrem Arzt die „richtigen Fragen“ über IGeL zu stellen. Der Link zur Broschüre: www.aezq.de/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe37.pdf

Medikamente mit Johanniskraut teilweise rezeptpflichtig

Berlin – Ab dem 1. April 2009 werden Medikamente gegen Depressionen, die Johanniskraut-Extrakte enthalten, teilweise rezeptpflichtig. Das betrifft aber nur Präparate gegen mittelschwere Depressionen. Ob ein Präparat verschreibungspflichtig wird, hängt vom Anwendungsgebiet, aber nicht von der Einzeldosis oder der Packungsgröße ab. Darüber informiert die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK). Der Hintergrund für diese Änderung sind grundsätzliche Überlegungen, dass Depressionen ärztlich diagnostiziert und behandelt werden sollten.

Aus: Pressemitteilung aus Ärzteblatt.de vom 31.3.2009

Schmerz- und Fiebermittel Paracetamol verschreibungspflichtig

Berlin – Das Schmerz- und Fiebermittel Paracetamol ist ab 1. April 2009 teilweise verschreibungspflichtig. Betroffen sind Packungen, die mehr als zehn Gramm des Wirkstoffes beinhalten, ausgenommen Zäpfchen.

Berichten der ABDA – Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände zufolge liegt die zuläs-

sige Dosis von Paracetamol für einen Erwachsenen bei vier Gramm pro Tag. Wer einmalig mehr als sechs Gramm zu sich nimmt, riskiert einen Leberschaden. Bei Kindern sind die Grenzwerte geringer.

Beim Einhalten der Höchstdosis ist jedoch Vorsicht geboten, da Paracetamol auch in vielen Kombinationsmedikamenten enthalten ist und es so zu einer unbeabsichtigten Überdosis kommen kann. Generell sollten Schmerzmittel nicht länger als drei Tage hintereinander oder an mehr als zehn Tage im Monat eingenommen werden, ohne einen Arzt zu konsultieren.

Aus: Pressemitteilung Focus März 2009

Was hilft beim Fibromyalgie-Syndrom?

Patienten, die am Fibromyalgie-Syndrom leiden, einer chronischen Schmerz-Muskelerkrankung, haben meist eine jahrelange Arztodyssee und nicht selten falsche Therapien hinter sich. Ein bis zwei Millionen Menschen, zumeist Frauen, sind in Deutschland betroffen.

In diesem Jahr wurde erstmals auf der Grundlage weltweit verfügbarer Studien und Experteneinschätzungen eine wissenschaftliche Leitlinie für Therapeuten erarbeitet. Sie gibt Auskunft darüber, was gute Diagnostik und Erfolg versprechende Therapie ausmachen. Auf der Grundlage dieser Experten-Leitlinie hat die Deutsche Rheuma-Liga allgemein verständliche Patienteninformationen erarbeitet. Das Projekt wurde im Rahmen der Selbsthilfeförderung von der DAK finanziell unterstützt.

Informationen zur neuen Patientenleitlinie sowie ein Merkblatt sind im Internet verfügbar unter: www.rheuma-liga.de. Die 56 Seiten umfassende Broschüre „Fibromyalgie – jeden Tag neu beginnen“ kann gegen Einsendung von 1,45 € in Briefmarken bei den Verbänden der Rheuma-Liga bestellt werden.

Kontakt: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Maximilianstr. 14, 53111 Bonn
Tel.: 01804 - 600 000

Aus: Pressemitteilung vom Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. am 9.12.2008



GUT ZU WISSEN

Spirale Mirena®

In Beratungsgesprächen schildern Frauen immer wieder Probleme mit Mirena®, die von Gynäkologen häufig als „Endometriose-Therapie“ empfohlen wird. Die nachfolgende Mitteilung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zeigt, dass es sich bei den uns bekannten Fällen, nicht um Einzelfälle handelt. Jede Frau sollte sich gründlich über die Vor- und Nachteile beraten lassen, bevor sie sich zu einem Einsetzen der Mirena® entscheidet.

Psychiatrische Erkrankungen als unerwünschte Arzneimittelwirkung von Mirena®

Mirena® ist ein Intrauterinpessar (IUP) mit einem Gestagenreservoir (Wirkstoff: Levonorgestrel), das zur Kontrazeption und zur Behandlung von Hypermenorrhö zugelassen ist (1).

In der Fachinformation wird darauf hingewiesen, dass die Patientin vor der Einlage über Risiken bei der Anwendung aufgeklärt werden muss. Dafür hält der Hersteller ein Formular bereit (2), in dem wesentliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) wie Veränderungen der Monatsblutung (neben leichteren und selteneren auch häufigere, verlängerte oder verstärkte Blutungen), vergrößerte Follikel (Eierstockzysten), Infektionen des kleinen Beckens und ein leicht erhöhtes Brustkrebsrisiko dargestellt werden.

Die Gefahr der Uterusperforation und Expulsion, auf die auch die AkdÄ bereits hingewiesen hat (3), wird ebenfalls beschrieben.

Dagegen fehlt ein Hinweis auf psychiatrische Erkrankungen. Im deutschen Spontanmeldesystem (gemeinsame Datenbank von BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) und AkdÄ (Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft), Stand 15. 1. 2009) sind 2 129 Verdachtsfälle von UAW zu Mirena® erfasst, davon betreffen die meisten eine Uterusperforation (n = 455) oder Migration des IUP (n = 170).

Daneben liegen auch Meldungen zu psychiatrischen UAW vor, wie z. B. Depression und depressive Verstimmungen (n = 52), Panikattacken und Angst (n = 35), Schlafstörungen (n = 14) und Unruhe (n = 15).

Auffällig ist, dass viele Patientinnen ihre Beschwerden unter Mirena® an die AkdÄ melden. Bei insgesamt 88 Patientenmeldungen an die AkdÄ betreffen 11 Meldungen Mirena®, und davon wiederum neun psychiatrische UAW wie Angst oder Stimmungsschwankungen.

Eine Betroffene fragt, warum die Frauen vor dem Einsatz nicht hinsichtlich dieser UAW aufgeklärt werden. Sie entwickelte nach Einlage von Mirena® u. a. Panikattacken und Angstgefühle. Es vergingen Monate, bis ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden und Mirena® hergestellt wurde. Nach Entfernung des IUP trat eine deutliche Besserung des Befindens ein.

Im Aufklärungsgespräch sollte auch auf mögliche psychiatrische UAW wie depressive Stimmungen, Nervosität, verminderte Libido und Stimmungsschwankungen hingewiesen werden, die laut Fachinformation häufig bzw. gelegentlich auftreten (4).

Bei Depressionen sollte andererseits im Rahmen der Arzneimittelanamnese auch nach Mirena® gefragt werden.

LITERATUR:

1. Bayer-Vital GmbH: Fachinformation „Mirena®“. Stand: August 2007.
 2. Bayer-Vital GmbH: Verhütung mit Mirena® (Intrauterinpessar mit Hormonabgabe). Dokumentation über Patientenaufklärungsgespräch und Einverständnisbogen. Stand: Januar 2007.
 3. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Risiken der Uterusperforation und Expulsion von Mirena®, einem Levonorgestrel-haltigen Intrauterinpessar. Dtsch Arztebl 2002; 99: A 3286–7.
 4. Bayer-Vital GmbH: Fachinformation „Mirena®“. Stand: August 2007.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Postfach 12 08 64, 10598 Berlin, Telefon: 0 30/40 04 56-5 00, Fax: 0 30/40 04 56-5 55, E-Mail: info@akdae.de, Internet: www.akdae.de



BUCHTIPP / LITERATURHINWEISE

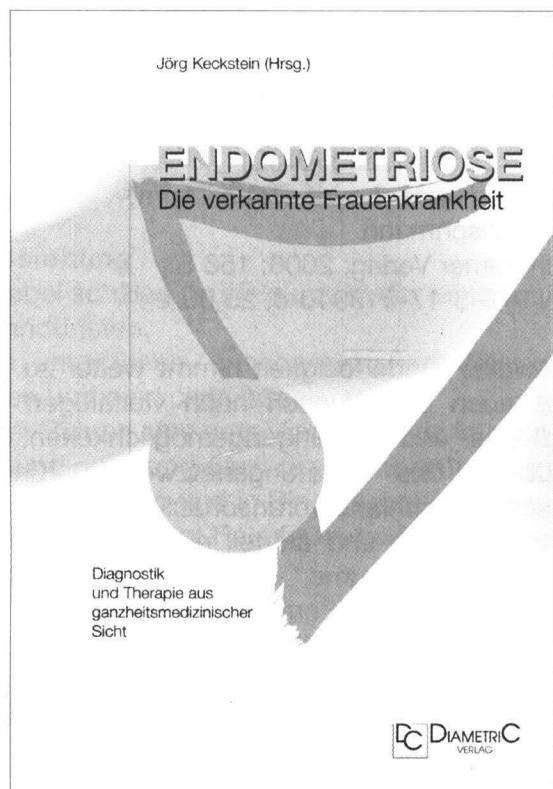
Endometriose

Die verkannte Frauenkrankheit!?

Jörg Keckstein (Hrsg.)

DIAMETRIC Verlag; 5. vollst. überarb. Auflage, 2008; 156 S.

ISBN: 978-3-938580-17-2; 21,90 €



Im Frühjahr ist die komplett überarbeitete Neuauflage des Buches von Prof. Dr. Keckstein und weiteren namhaften Mitautoren erschienen.

„Im Umgang mit der Komplexerkrankung Endometriose mit ihrem oft chronisch schmerzhaften Verlauf und den weitreichenden psychosozialen Folgen auf das Leben der betroffenen Frauen ist eine ganzheitliche Sicht notwendig, die die Lebensqualität und nicht nur das „Funktionieren“ berücksichtigt. Durch Wissen und Eigenkompetenz können Frauen lernen, mit einer chronischen Endometriose gut zu leben und sich eine optimale Behandlung zu sichern.

Welche diagnostischen und therapeutischen Verfahren heute zur Verfügung stehen und wie alternative Heilmethoden der TCM, der Homöopathie und eine moderne Rehabilitation bei der Schmerzbewältigung helfen können, wird in die-

sem Buch von Endometriose-Spezialistinnen und -Spezialisten patientinnenorientiert beschrieben. Ergänzend werden Fruchtbarkeitsstörungen und ihre Behandlung thematisiert und Aspekte der Selbsthilfe aufgezeigt.

Mit praktischen Tipps und Informationen der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.“

Aus: Cover des Buches „Endometriose-Die verkannte Frauenkrankheit!“

Wir danken Frau Wilcke vom Diametric-Verlag für den langjährigen Einsatz für patientenfreundliche Literatur zum Thema Endometriose, Frauen sowie Frauengesundheit.

Das Kinderwunsch-Buch

Michael Teut, Beate Maul, Thomas Rampp, Franciscus Sulistyo

KVC Verlag, Karl und Veronica Carstens Stiftung; 2. Aufl.; 2008; 247 S.

ISBN: 978-3-933351-78-4; 14,90 €

„In-vitro-Fertilisation (Befruchtung außerhalb des Körpers im Reagenzglas), ICSI (Einspritzung einer Samenzelle in eine Eizelle unter dem Mikroskop), Gameten-Transfer sind schwierige Fachbegriffe der modernen Medizin, hinter denen sich komplizierte Vorgänge verbergen. Für viele Paare sind sie aber die letzte Hoffnung auf eine Schwangerschaft. Dafür müssen vielfach Belastungen, Einschränkungen der Lebensqualität und gesundheitliche Risiken in Kauf genommen werden.

Zur Anregung der Selbstheilungskräfte, aber auch zur Unterstützung der Reproduktionsmedizin werden heute erfolgreich Homöopathie, Naturheilkunde und chinesische Medizin eingesetzt.

In der zweiten Auflage des Ratgebers „Das Kinderwunsch-Buch“ werden nicht nur die meisten derzeit praktizierten und einige weniger bekannte Verfahren zusammengefasst, die ein Paar auf seinem Weg zum Wunschkind begleiten, sondern es wird auch erklärt, warum und zu welchem Zeitpunkt ein Versuch mit komplementären Therapien sinnvoll ist.“

Mit freundlicher Genehmigung der Redaktion der Zeitschrift „Natur und Heilen“, Heft 3/2009



BUCHTIPP / LITERATURHINWEISE

Ich bin eine Frau ohne Kinder

Begleitung beim Abschied vom Kinderwunsch
Susanne Zehetbauer

Kösel-Verlag; o. J.; 188 S.;

ISBN 978-3-466-36757-3, 14,95 €

Jede zehnte Frau bleibt heute ungewollt kinderlos. Anders als viele so genannte „Ratgeber“, nimmt dieses Buch betroffene Frauen in ihren Gefühlen ernst. Ein einzigartiges Begleitbuch mit berührenden Interviews, unterstützenden Abschiedsritualen und Selbsthilfeedressen. Denn wenn Abschied und Schmerz einen Raum bekommen, wird ein erfülltes Leben wieder möglich.

„Es gibt viele Wege, mit dem Abschied vom Kinderwunsch umzugehen. Wie man Kinder bekommt, was man machen kann, die verschiedenen Verfahren der künstlichen Befruchtung, darüber gibt es unzählige Bücher. Doch wie man sich von diesem Wunsch verabschiedet, darüber gibt es sehr wenige Bücher in den Katalogen der Verlage.

Endlich hat es eine Autorin gewagt, sich diesem schwierigen und traurigen Thema zu widmen. „Kinder kriegen doch alle“ – das ist das Normale, das Natürliche, das ist im Einklang mit den Kreisläufen des Lebens.

Nein, Kinder zu bekommen ist ein Wunder, ist ein Herzenswunsch.

Als Selbstbetroffene habe ich mich beim Lesen dieses Buch sofort verstanden gefühlt, kam mir nicht so allein vor. Ich denke, viele der kinderlos gebliebenen Frauen würden gern einmal über diesen unerfüllten Wunsch, diesen Schmerz sprechen. Aber mit wem spricht man darüber? Wer versteht einen?

Meine Erfahrung, dass diesen Schmerz nur Betroffene fühlen können, die sich in der gleichen Lage befinden, finde ich durch die Aussagen von betroffenen Frauen, die im Buch zitiert werden, bestätigt.

Kinder zu bekommen, kann zur Krise für die Liebe werden – kinderlos zu bleiben auch!

„Nichts in meinem Leben hat mich so geschmerzt wie meine Kinderlosigkeit“, wird in dem Buch eine Frau zitiert. Viele der Menschen, die in diesem Buch zu Wort kommen, erzählten, dass es eine Zeit gab, in der ihre Ehe auf der Kippe stand. Vor allem, wenn die Kinderlosigkeit ungewollt ist.

Dieses Buch ist eine Bereicherung für jedes Bücherregal. Nicht nur für die betroffene Frau, auch für den Partner. Es ermutigt zu einem bewussten Neuanfang, vermittelt den Leserinnen: „ICH BIN EINE VON EUCH“.

Mitgliedsfrau Christin-Marie Beith

Kinderwunsch und professionelle Beratung

Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)

Dorothee Kleinschmidt, Petra Thorn,
Tewes Wischmann

Kohlhammer Verlag; 2008; 156 S.;

ISBN 978-3-17-019940-8, 25,00 €

Ungewollte Kinderlosigkeit nimmt weiter zu und damit auch der Wunsch nach vielfältigen Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland veranschaulicht kompetent, gut verständlich und aktuell einen Großteil des gesamten Spektrums, einschließlich alternativer Perspektiven. Es enthält Erfahrungsberichte, Fallbeispiele, Beschreibungen unterschiedlicher Konzepte sowie wissenschaftliche Grundlagen-darstellungen und bietet damit eine Übersicht über aktuelle psychosoziale Ansätze.

Dargestellt werden u.a.:

- Überlegungen zu sozialen und gesellschaftlichen Ursachen von Kinderlosigkeit
- Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin
- Psychologische Aspekte des unerfüllten Kinderwunsches aus wissenschaftlicher Sicht
- Zum Umgang mit Risiken und Gefahren im Rahmen der Reproduktionsmedizin
- Mehrlingsschwangerschaften – Das große Risiko der Reproduktionsmedizin
- Sanfte Wege zur Schwangerschaft für Mann und Frau
- Ganzheitliche Kinderwunschbehandlung Kinderwunschpaare und Sexualität
- Adoption und Auslandsadoption
- Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“

Mit freundlicher Genehmigung des Kohlhammer-Verlages.



REZEPTE

Bärlauch¹ – Spargel – Risotto

Zutaten (für 4 Personen)

800 ml	Brühe (keine Instantbrühe)
160 g	Risottoreis
150 g	grüner Spargel
30 g	Butterkäse
30 g	Ziegenkäse
30 g	Parmesankäse
½ Bund	Bärlauch
80 ml	Weißwein
1 große	Zwiebel
	Salz, Pfeffer

Zubereitung

Zwiebel schälen, würfeln und in der erhitzten Butter andünsten.

Reis unterrühren, anschwitzen, mit Wein ablöschen und eindicken lassen.

Unter Rühren eine gute viertel Stunde kochen lassen und nach und nach die Brühe unterrühren.

Spargel schälen und in Ringe schneiden. Ca. fünf Minuten bevor der Reis fertig gegart ist dazu geben und mit kochen.

Nochmals abschmecken, Bärlauch klein schneiden und unterrühren.

Auf Tellern anrichten und mit Butterflöckchen, Ziegenkäse und Parmesan bestreuen.



pixelio.de

Gebratener Spargel mit Bärlauch¹

Zutaten (für 4 Personen):

500 g	Spargel, weiß
500 g	Spargel, grün
300 g	Bandnudeln (z. B. Tagliatelle)
110 g	Butter
100 ml	süße Sahne
4 Blätter	Bärlauch
Öl	(Walnussöl)
	Zitronensaft
½ TL	Zucker
	Salz, Pfeffer

Zubereitung

Den weißen Spargel schälen und die unteren Enden abschneiden, beim grünen Spargel nur die unteren Enden abschneiden. Die beiden Spargelsorten längs halbieren, in ca. 3 cm lange Stücke schneiden.

Bärlauch in feine Streifen hacken.

Die Nudeln al dente kochen.

Die Butter in einer Pfanne heiß werden lassen, dann den Zucker hinzugeben und kurz leicht karamellisieren lassen. Dann einen Schuss Walnussöl und den Spargel zugeben. Bei mittlerer Hitze ca. 10 min. dünsten lassen (Der Spargel sollte noch Biss haben.). Dabei hin und wieder umrühren, zwischendurch salzen und pfeffern.

Die Sahne zugeben und alles aufkochen bis die Sahne etwas eindickt und cremig wird. Mit Zitronensaft abschmecken. Die frisch gekochten Nudeln in die Pfanne geben und mit dem Spargel vermischen.



pixelio.de

¹ Bärlauch kann auch gegen Ihr Lieblingskraut ausgetauscht werden.



TERMINE

Medizinische Fachtagung:

8. Deutscher Endometriose-Kongress

„Probleme der jungen und reifen Frau
in ihrem Lebenszyklus“
9. – 12. September 2009
Münster (Nordrhein-Westfalen)

Veranstaltet wird dieser medizinische Fachkongress von der Stiftung Endometriose-Forschung (SEF) in Zusammenarbeit mit der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. und der Europäischen Endometriose-Liga, der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie e.V., dem Berufsverband Frauenärzte e.V. sowie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e.V. (DGGEF).

Als Kooperationspartner lädt die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. alle betroffenen und interessierten Mitgliedsfrauen und Mitglieder zur Teilnahme an diesem Ärztekongress ein.

Unter dem Motto „Probleme der jungen und reifen Frau in ihrem Lebenszyklus“ werden wissenschaftliche Vorträge zu folgenden Themen gehalten:

- Menstruation
- Sexualität
- Antikonzeption
- Unterbauchschmerzen
- Sterilität
- Beckenbodenschwäche
- Klimakterium

Detaillierte Informationen erhalten Sie unter www.endometriose2009.de.

Die reguläre Teilnahmegebühr für interessierte Betroffene beträgt bis 31.7.2009 50,00 Euro und ab 1.8.2009 70,00 Euro.

Die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. erhält als Kooperationspartner ein begrenztes Kontingent für eine kostenfreie Teilnahme am gesamten Fachkongress für Mitgliedsfrauen und Mitglieder.

Die kostenfreie Teilnahme wird vorrangig den ehrenamtlich tätigen „Endometriose – peer-to-peer – Beraterinnen“ und den Ansprechfrauen der Selbsthilfegruppen eingeräumt. Selbstverständlich kann sich jede Mitgliedsfrau, jedes Mitglied bei uns anmelden.

Anmeldungen nehmen Sie bitte formlos in der Woche vom 8. – 12. Juli 2009 **nur über die** Beratungsstelle der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V., Bernhard-Göring-Str. 152, 04277 Leipzig, Tel. 0341/3065304 oder Fax: 0341/3065303 oder Mail: info@endometriose-vereinigung.de vor.

Sie erhalten im Anschluss zeitnah eine Information, ob wir Ihnen die kostenfreie Teilnahme ermöglichen können. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Rechtsanspruch, weder gegenüber dem Veranstalter noch gegenüber der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. auf eine kostenfreie Teilnahme besteht. Die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. wird dem Veranstalter eine Liste mit Namen und Adressen der im Rahmen dieses Kontingentes angemeldeten Teilnehmerinnen/Teilnehmer vorlegen.

Die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. ist auf dem Kongress mit einem Informationsstand vertreten – gern können Sie dort mit uns in Kontakt treten sowie ins Gespräch kommen.

WWW.ENDOMETRIOSE-VEREINIGUNG.DE