

c2909

eine vielseitige Ausbildung ermöglicht werden wird.

Und von einem bloßen Rezept- und Attestschreiber erwartet wohl niemand mehr eine ärztliche Leistung.

Dr. med. H. Herrmann, Hamelner Str. 11, 4926 Dörentrup.

Schlußwort

Groll und Resignation des Kollegen kann ich nach eigener 23jähriger Praxis verstehen, aber nicht teilen.

Zu 1: In dieser Passage wird die Richtigkeit meiner Behauptung der emotionellen Fehleinschätzung bestimmter Situationen offensichtlich: Bei einer kritischen Analyse seines Krankengutes würde der Kollege sicherlich feststellen, daß nur ein kleiner Teil seiner Klientel zu den „nur Fordernden“ gehört, daß der Großteil aber Rat und Hilfe sucht, dies allerdings vor dem Hintergrund der Sozialverhältnisse von heute.

Zu 2: Hier gilt das eben Gesagte gleichermaßen. Natürlich verführt unser perfektes soziales Netzwerk zu Mißbrauch. Andererseits ist nicht einzusehen, daß Patienten ihre gesetzlichen Rechte nicht wahrnehmen sollten. Der Kollege wird doch sicherlich auch einen Steuerberater konsultieren. Ich kann mir auch nicht vorstellen, daß ein erfahrener Hausarzt tatsächlich verkennen sollte, welcher verheerenden Einfluß der Kampf des Patienten gegen Behörden und Institutionen, Familienzwickigkeiten, soziale Notlagen auf den psychischen und somatischen Zustand ausüben können. In diesen Fällen dürfte eine Hilfestellung des Arztes mehr bewirken als eine korrekte Untersuchung und eine kunstgerechte Pharmakotherapie.

Was kann der Arzt bei einem unheilbar Kranken denn mehr an ärztlicher Hilfe bieten als unter Ausnutzung aller gegebenen Möglichkeiten, dem Patienten das Leben so erträglich wie möglich zu gestalten? Für Hauspflege, Pflegegeld, Steuererleichterung und Hilfsmittel zu sorgen, halte ich für eine ureigene Hausarzttaufgabe und nicht für eine

Ausfüllung von Versorgungslücken und Augenwischerei.

Zu 3: Es stellt sich die Frage, ob der Kollege denn wirklich in der Lage wäre, verschiedene Tumorarten nach neuesten Erkenntnissen zu behandeln. Der engagierte Hausarzt wird immer Möglichkeiten haben, mit dem Spezialisten in Kontakt zu kommen und an der Behandlung teilzuhaben.

Zu 4: Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, daß sehr viele meiner Patienten, deren Gefährdung durch Screening in der asymptomatischen Phase aufgedeckt wurde, sehr wohl die notwendigen Konsequenzen gezogen haben und danach leben. Welche Größenordnung diese Dunkelziffer hat, ist vom Kollegen sicherlich überlesen worden. Einige Uneinsichtige wird es natürlich immer geben.

Zu 5: Es war mein Anliegen, die Entwicklung optimierender Metho-

den zur Steigerung der Effektivität der Praxisarbeit anzuregen. Falsch-positive Befunde sind immer möglich – übrigens auch bei gezielt angeforderten Untersuchungen – und durch kritischen Vergleich systematisch-anamnestischer Angaben und anderer gruppenspezifischer Laborbefunde zu erkennen. Die Grenze zu Normvarianten festzulegen, ist ärztliche Aufgabe.

So verständlich die Verärgerung des Kollegen auch ist, mit Emotionen werden wir die Probleme nicht lösen. Wie sagte doch M. Pflanz: „Man muß sich vollständig von romantisierenden und idealisierenden Vorstellungen über die Tätigkeit des Arztes befreien . . .“

Prof. Dr. med. H. G. Göpel, Niedstr. 22, 1000 Berlin 41.

Die Redaktion der MMW behält sich vor, Leserzuschriften in gekürzter Form zu veröffentlichen.

Interview mit Prof. Dr. med. John Sciarra, Chicago

Kontrazeption für das Jahr 2000

Synthetische Analoga von Neuropeptiden, injizierbare Hormondepots, mechanische Tubenverschlüsse und Impfstoffe sollen bis zum Jahr 2000 die Palette der Kontrazeptiva erweitern. J. Sciarra, Chicago, rechnet damit, daß reversible Sterilisierungsmethoden als erste zur Anwendung kommen werden.

MMW: Herr Professor Sciarra, welche neuen Wege der Kontrazeption könnten bis zum Jahr 2000 Bedeutung erlangen?

Sciarra: Ich sehe drei wesentliche Ansätze: Auf der hormonellen Ebene einmal die lange wirkenden injizierbaren Steroide, die einen neuen Typ von Kontrazeption versprechen. Diese Präparate können über drei oder sechs Monate, unter Umständen auch für die Dauer eines Jahres wirken. Zum anderen die Gonadotropin-Freisetzungshormone und ihre synthetischen Agonisten, wobei diese sich überwiegend noch im Stadium der Tierversuche befinden.

Der zweite wichtige Bereich ist die Sterilisation. Hier dürfte in erster Linie jene Methode zum Einsatz kommen, bei der der Eingriff ambulant in der ärztlichen Praxis durchgeführt werden kann. Dies wird durch den Einsatz des Hysteroskops möglich, mit dessen Hilfe intratubale Pfropfen (intra-tubal devices = ITD) oder Lösungen eingebracht werden können, die eine Okklusion der Eileiter herbeiführen.

Die dritte Möglichkeit zur Empfängnisverhütung ist eine Art „immunologische Kontrazeption“, die allerdings zur Zeit noch Zukunftsmusik ist.

C2910

MMW: Mit welchen langwirkenden Steroiden liegen Erfahrungen vor, und wie wird die lange Wirkungs-dauer erzielt?

Sciarra: Ein Steroid, das wir verwendet haben, ist Norethindron in einem biologisch abbaubaren Polymer. Die Präparate werden injiziert, und beim kontinuierlichen Abbau des Polymers wird das Hormon freigesetzt. Das andere Steroid ist Levo-

tion. Demgegenüber kann das ITD wieder entfernt werden. Bisher haben wir bei drei Frauen diese ITDs wieder entfernt. Zwei davon sind nachher schwanger geworden. Die Zahlen sind jedoch noch sehr klein, weil es sich um ein Forschungsprogramm handelt.

MMW: Wie zuverlässig ist diese Methode?

Sciarra: Wir führen das Projekt gemeinsam mit einem Kollegen in Paris durch. Dort wurden bislang etwa 143 Frauen mit diesem Verfahren sterilisiert, wobei ein Teil der Frauen das ITD erst einige Monate, andere bereits seit Jahren tragen. In dieser Gruppe von Frauen hat es bisher sechs Schwangerschaften gegeben. Diese Rate ist durchaus akzeptabel.

MMW: Wogegen wird eine Frau bei

der immunologischen Kontrazeption geimpft?

Sciarra: Entweder gegen Spermien oder gegen eine Komponente des Eis oder gegen eine Komponente der frühen Schwangerschaft.

MMW: Welcher Weg scheint dabei am aussichtsreichsten zu sein?

Sciarra: Am logischsten ist sicherlich die Impfung gegen Spermien, und das wird wahrscheinlich auch der erfolgreichste Weg sein. Die Impfung gegen das humane Chorion-Gonadotropin (HCG), das erst gebildet wird, wenn eine Frau empfangen hat, läuft auf eine Art Schwangerschaftsunterbrechung hinaus. Demgegenüber wird mit der Impfung gegen Spermien die Fertilisation verhindert. Das ist sicher für die meisten Leute eher tragbar. □

Kontrazeptiva in der Entwicklung

● *Gestagene*, eingebaut in biologisch abbaubare Polymere, die injiziert werden. Das Hormon wird durch den Abbau des Kunststoffes über mehrere Monate hinweg freigesetzt.

● *Neuropeptide*, wie beispielsweise synthetische Analoga des Gonadotropin-Freisetzungshormons (GnRH = Gonadotropin-Releasing-Hormone). Sie verursachen durch ihre längere Wirkungs-dauer im weiblichen Versuchstier Störungen der Gonadotropin-Produktion in der Hypophyse. Dadurch wird die ovarielle Aktivität gehemmt. Bei männlichen Tieren unterdrückt es nach dem gleichen Mechanismus die Spermatogenese.

● *Eileiterblockade* durch Kunststoff-Pfropfen, sogenannte „intra-tubal devices“ (ITD). Der transzervikale Eingriff ist reversibel.

● *Impfstoffe* gegen Bestandteile von Eizelle, Sperma oder das humane Chorion-Gonadotropin.

nogestrel, ein sehr potentes Gestagen, das vor allem in Europa weite Verwendung gefunden hat und in vielen hormonalen Kontrazeptiva enthalten ist. Beide Steroide erscheinen also vielversprechend.

MMW: Die Sterilisation durch Tubenligatur oder Durchtrennung der Eileiter ist nicht mehr rückgängig zu machen. Wie sieht es damit bei den neuen Methoden der Sterilisation aus?

Sciarra: Auch die chemische Sterilisation ist eine permanente Sterilisa-

Orale Kontrazeptiva

Weniger ist mehr

In den vergangenen zwanzig Jahren wurde die Hormondosis oraler Kontrazeptiva immer weiter reduziert. Die Nutzen-Risiko-Abschätzung fällt, so die Expertenmeinung, insbesondere bei den niedrig dosierten Präparaten, wenn sie von jungen Frauen eingenommen werden, immer mehr zu Gunsten der „Pille“ aus.

Obwohl in den vergangenen Jahren die Hormondosis oraler Kontrazeptiva von zunächst 85 mg pro Zyklus auf 2,6 mg reduziert wurde, ist der Marktanteil der hochdosierten „Altpräparate“ noch überraschend hoch: Nahezu die Hälfte der Pillenschluckenden Frauen nimmt noch immer die „Hormonbomben“ ein, obgleich gesichert ist, daß die niedrig dosierten Präparate den gleichen Schutzeffekt haben und den Organismus weniger belasten. Medizinische Gründe für hochdosierte Pillen dürften dabei nur bei einem Bruchteil der Fälle eine Rolle spielen. Bei der Erstverordnung sind die Altpräparate zwar mittlerweile nahezu bedeutungslos geworden. Doch sollten auch ältere Frauen, die von „ihrem Präparat“ bei jahrelanger guter Erfahrung ungen abgehen, darüber in-

formiert werden, daß bei der Pille weniger oft mehr ist.

Denn es wurde nicht nur die Hormonmenge reduziert: Neu synthetisierte Gestagene und Östrogene und die Anpassung der Hormondosis an die weiblichen Zyklusschwankungen haben die neuen Präparate verträglicher gemacht.

Mit den immer wieder berichteten Zusammenhängen zwischen oralen Kontrazeptiva und thromboembolischen Erkrankungen setzte sich J. Goldzieher, Houston, kritisch auseinander. „In den letzten zwanzig Jahren wurde den Ärzten immer wieder gesagt, daß orale Kontrazeptiva an der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen, tiefer Beinvenenthrombosen, Myokardinfarkten und zerebrovaskulären Störungen ursächlich beteiligt seien.“ Aller-