

Hexameter beruhigt Herz

Bildung in der Reha-Klinik: Herzkreislaufkranke laufen OdysseeVerse deklamierend durch die Gänge. Wozu soll das gut sein?

Der Hexameter-Rhythmus von Homers Odyssee wirkt sich positiv auf das Zusammenspiel von Herzschlag und Atmung aus, stellten Forscher der Universität Witten-Herdecke fest. Versuche an 20 gesunden Männern und Frauen zeigten, dass das Rezitieren von Hexametern langsame Atemschwingungen sowie eine harmonische und regelmässige Herzschlagfolge erzeugt. Das Versmass, in dem sechs Silben pro Zeile betont werden und bei dem in der strengsten Form der betonten Silbe zwei unbetonte folgen, hilft dem Körper »seinen eigenen, guten Rhythmus zu finden« meldet die Universität.

Ähnlich positive Wirkung habe man beim Rosenkranz-Beten und dem Mantra »Om« beobachtet.

Als Monotherapie wollen die Forscher das Hexameter-Wandeln indes nicht verstanden wissen, sondern als flankierende Massnahme zur bewährten Herzkreislauf-Therapie.

CG



Nikotinpflaster für Schwangere

Wenn eine Nikotinersatztherapie Schwangere vom Rauchen abhält, dürfte dies für Mutter und Kind günstig sein, schreibt das Team um Tim Coleman im »British Medical Journal«. Eine erste kontrollierte Studie ergab, dass Babys von Müttern, die Nikotinpflaster während der Schwangerschaft benutzt hatten, ein höheres Geburtsgewicht aufwiesen als Säuglinge, deren Mütter Plazebo-pflaster getra-

gen (und vermutlich weiter geraucht) hatten. Dies weist darauf hin, dass die intrauterine Wachstumsretardierung bei Babys von Raucherinnen wahrscheinlich nicht durch Nikotin hervorgerufen wird.

AW

Tim Coleman et al. BMJ 2004 ; 328 : 965-966

Besoffen durch Seifenlauge

Bei einem Musikfestival in Südschweden haben die jugendlichen Besucher selbst vor Seife nicht zurückgeschreckt, um sich zu betrinken: Der Renner sei ein Cocktail aus dem Aufputschgetränk Red Bull und alkoholhaltiger Flüssigseife gewesen. Die Jugendlichen hätten fast die gesamten Seifen-

vorräte aus den mobilen Toilettenhäuschen verbraucht.

Ein vierzehnjähriges Mädchen sei mit Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert worden, nachdem sie den neuen Cocktail getrunken habe. Die Flüssigseife in den Toilettenhäuschen enthielt 62 % Alkohol.

AFP

Depressive haben mehr Hirn

Depression geht mit strukturellen Veränderungen im Gehirn einher. Den endgültigen Beweis, dass diese Krankheit nicht einfach eine Charakterschwäche ist oder auf Erziehungsfehler beruht, führten jetzt texanische Forscher. Sie untersuchten die Gehirne von Verstorbenen, die entweder an einer Major Depression, einer anderen Psychose gelitten hatten oder psy-

chisch gesund waren. Bei den Depressiven, nicht aber in den anderen Gruppen, waren Neurone und Kerne im Thalamus um etwa ein Drittel vermehrt. Zudem zeigte sich dieser Hirnbereich insgesamt vergrössert.

SK

Keith A. Young et al., Am J Psychiatry 2004;161:1270-1277

Venushemdchen aus dem Regenwald

Hunderte Millionen Kondome, auch Venushemdchen genannt – werden bald in der brasilianischen Urwaldstadt Manaus hergestellt. Die Regierung will sie kostenlos verteilen, um eine weitere Ausbreitung von Aids aufzuhalten, und gleichzeitig will man damit tausenden Menschen ein Einkommen sichern, denn die Kondome werden aus in der Region gewonnenem Latex hergestellt. Damit werden es übrigens die einzigen Kondome der Welt sein, bei denen die Latexmilch von wilden Kautschukbäumen gewonnen wurde. Die Qualität des Wildlatex wurde bereits in einer Studie an 36 000 Kondomen getestet.

AFP

Nachrichten 251

Literaturservice

Diabetes und metabolisches Syndrom
Kombination verbessert Lipidprofil 254

Buchbesprechung 256

Flashlite

40. Jahreskongress der American Society of
Clinical Oncology, New Orleans
Standortbestimmung im Jahr 2004 258

Alkoholismus

Pharmakotherapie des Alkoholismus
Den individuellen Zugang wählen 262

Medizin

Im Blick:
Arzneimittel übers Internet? 263

Gender und Medizin
Derzeit mehr Fragen als Antworten 264

Gender in der Allgemeinpraxis
Unterschiede auf beiden Seiten 265

Agenda 266

Pharma-News

Kapseln ersetzen Tabletten
**Detrusitol SR: Einmal täglich –
besser verträglich 268**

Bereit für Beratungsgespräche
**Drei Jahre Gesellschaft
für Blasenschwäche 268**

Pinboard 270

Vorschau 271

Diabetes und metabolisches Syndrom

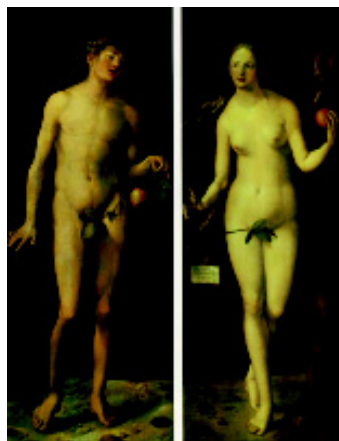
Wenn man bei Diabetikern mit einer oralen Monotherapie nicht mehr das Auslangen findet, werden häufig Antidiabetika mit unterschiedlichen Wirkmechanismen kombiniert. Ein relativ neuer Ansatz ist die Kombination von Glitazonen mit dem Sulfonylharnstoff Glimепirid. Klinische Studien zeigen, dass die gemeinsame Gabe von Glitazonen und Glimепirid bei Diabetikern mit metabolischem Syndrom zu einer signifikant verbesserten glykämischen Kontrolle führt. Doch Glitazon ist nicht gleich Glitazon: In einer direkten Vergleichsstudie beeinflusste nur die Kombination des Sulfonylharnstoffs mit Pioglitazon, nicht jedoch mit Rosiglitazon, auch die Plasmalipide positiv. **254**

Pharmakotherapie des Alkoholismus

Selbst der Volksmund unterscheidet – etwas abfällig – zwischen »Quartalssäufern«, »Spiegel-« und »Gesellschaftstrinkern«. Doch in der Therapie Alkoholkranker werden zumeist alle über einen Kamm geschoren. Mit einer auf den Trinkertypus abgestimmten Behandlung könnten allerdings bessere Erfolge erzielt werden, meint Dr. Katrin Ramskogler von der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien. Die Ärztin empfiehlt bei der Einteilung von Alkoholkranken die Typologie nach Prof. Dr. Otto M. Lesch von 1982, welche Ursachen, Verlauf und prognostische Aspekte des Alkoholismus berücksichtigt. **262**

Gender und Medizin

Noch vor 50 Jahren galt es schlichtweg als »unwissenschaftlich«, bei medizinischen Studien zwischen Männern und Frauen zu unterscheiden. Heute wird immer mehr Ärzten und Gesundheitspolitikern die Bedeutung des »Gender-Aspektes« in der Medizin bewusst. Um diese »Querschnittsmaterie« weiter voranzutreiben, haben sich zwei ausgewiesene Expertinnen, die Sozialmedizinerin Prof. Dr. Anita Rieder und die Medizinhistorikerin Prof. Dr. Brigitte Lohff zusammengetan, um das Lehrbuch »Gender Medizin« herauszugeben. **264**



Diabetes und metabolisches Syndrom

Kombination verbessert Lipidprofil

Klinische Studien zeigen, dass die gemeinsame Gabe von Glitazonen und Glimepirid bei Diabetikern mit metabolischem Syndrom zu einer signifikant verbesserten glykämischen Kontrolle führt. Doch Glitazon ist nicht gleich Glitazon: In einer direkten Vergleichsstudie beeinflusste nur die Kombination des Sulfonylharnstoffs mit Pioglitazon, nicht jedoch mit Rosiglitazon, auch die Plasmalipide positiv.

Wenn man bei Diabetikern mit einer oralen Monotherapie nicht mehr das Auslangen findet, werden häufig Antidiabetika mit unterschiedlichen Wirkmechanismen kombiniert. Ein relativ neuer Ansatz ist die Kombination von Glitazonen mit dem Sulfonylharnstoff Glimepirid. Während Pioglitazon und Rosiglitazon als so genannte Insulinsensitizer das Ansprechen des Körpers auf eigenes oder von aussen zugeführtes Insulin verbessern, fördern Sulfonylharnstoffe die pankreatische Insulinsekretion. Dass die Kombination dieser Wirkprinzipien Sinn macht, bestätigt auch eine doppelblinde italienische Studie, in der 91 Typ-2-Diabetiker mit metabolischem Syndrom über

zwölf Monate mit Pioglitazon plus Glimepirid (PG) bzw. Rosiglitazon plus Glimepirid (RG) behandelt wurden. Aufnahmekriterien waren eine schlechte glykämische Kontrolle (HbA1c > 7,5 %) oder Nebenwirkungen unter herkömmlicher Therapie mit oralen Antidiabetika.

Unterschied bei den Lipiden

Während der Studie erhielten die Patienten je eine Tablette Glimepirid 2 mg vor dem Frühstück und dem Abendessen, sowie 15 mg Pioglitazon bzw. 4 mg Rosiglitazon vor dem Mittagessen. Zum Studiendesign gehörten auch Empfehlungen für eine energiereduzierte Diät und entsprechende

körperliche Betätigung. Gemessen wurden der Body Mass Index, die glykämische Kontrolle und das Lipidprofil zu Studienbeginn sowie nach 3, 6, 9 und 12 Monaten.

Als wesentlichster Unterschied zwischen den beiden Insulinsensitizern erwies sich der Einfluss auf den Lipidstoffwechsel: Während die Kombination von Pioglitazon und Glimepirid zu einer Senkung der Triglyzeride (-22,4 %) und des LDL-Cholesterins (-12 %) führte, kam es unter Rosiglitazon zu einer Verschlechterung beider Werte (Triglyzeride +17,9 %, LDL +16,5 %). Auch das HDL-Cholesterin wurde durch Pioglitazon günstiger beeinflusst (+15 % vs. +2,4 %). Aus diesen Ergebnissen schliessen die Autoren der Studie, dass Pioglitazon zusätzlich zum positiven Effekt, den beide Glitazon-Glimepirid-Kombinationen auf die glykämische Kontrolle haben, durch seine günstigen Wirkungen auf die Plasmalipide auch zu einer signifikanten Reduktion des kardiovaskulären Risikos von Diabetikern beitragen kann. *HÖ*

G. Derosa et al., *Clinical Therapeutics* 2004; 226 (5): 744 – 754

Die Wurzeln der Phytotherapie

Auch Affen sind heilkundig

Möglicherweise ist die Kräuterheilkunde nicht nur eine kulturelle Errungenschaft, sondern auch ein evolutionärer Schritt, berichtet die Online-Ausgabe von Nature. Manche Tiere fressen im Krankheitsfall instinktiv bestimmte Pflanzen, welche ansonsten nicht auf ihrem Speiseplan stehen. So kauen beispielsweise Schimpansen das bittere Mark der Verouta-Pflan-

ze, um Schmerzen zu stillen. Dr. Ben Hart, Veterinär an der University of California, Davis, hat beim diesjährigen 41. Treffen der Animal Behavior Society in Oaxaca, Mexiko, dazu Überlegungen angestellt. Er führt dieses Verhalten weniger auf ein bewusstes Lernen, sondern eher auf eine natürliche Selektion zurück. Für ein Tier – und wohl auch für Menschen – wäre es kaum möglich, eine Kausalität zwischen Heilmittel und Genesung herzustellen, wenn die Erkrankungen

nur selten auftreten und die Pflanzen eine unterschiedliche pharmazeutische Wirkung haben. Es fällt allerdings auf, dass 78 % der wichtigsten Heilpflanzen in der Humanmedizin einen bitteren, adstringierenden Geschmack haben. Wem diese bitteren Pflanzen im Krankheitsfall zufällig geschmeckt haben, der hatte bessere Überlebenschancen, konnte seinen Nachwuchs erfolgreicher versorgen und diese Präferenz auch an die folgende Generation weitergeben.



Vermittlung von Basiswissen

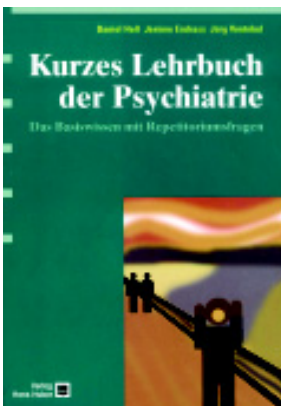
Das Hauptanliegen dieses kurzen Lehrbuches der Psychiatrie mit 187 Seiten ist die Vermittlung von Basiswissen. Es ist aus Materialien zu den Vorlesungen in klinischer Psychiatrie des Erst-Autors an der Universität Zürich entstanden. Auf der Grundlage dieser Materialien

und Veröffentlichungen aus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wurde zunächst ein Vorlesungsskript erstellt. Die Nachfrage nach diesen Unterlagen motivierte die drei Autoren, ein Kurzlehrbuch der Psychiatrie zu schreiben, das die umfangreicheren etablierten Lehrbücher ergänzen und als psychiatrische Einführung bzw. als Repetitorium dienen kann. Der Text folgt einem didaktischen Konzept, das es erlauben soll, das Basiswissen schrittweise zu erarbeiten und das Gelernte aufgrund von Repetitoriumsfragen zu überprüfen. Das Kurzlehrbuch eignet sich insbe-

sondere zur Prüfungsvorbereitung in den Studienfächern Medizin und Klinische Psychologie, dient aber auch weiteren Interessierten zur Einführung in das Fach. In zunehmendem Masse sieht sich der Arzt mit Patienten konfrontiert, die sich in Lebenskrisen befinden oder unter Depressionen, Ängsten bzw. Leistungsstörungen leiden. Oft rechtfertigen diese Beschwerden nicht die Überweisung zum Psychiater, andererseits dürfen sie nicht unbehandelt bleiben. Das Kurzlehrbuch gibt dem behandelnden Arzt Hinweise für den Umgang mit psychisch belasteten oder kranken Menschen. Die Informationen sind übersichtlich gegliedert, tabellarisch aufbereitet und schlagwortartig präzisiert. Der Leser findet deshalb einen raschen Zugang zu Diagnose, Behandlung und Prognose der wichtigsten psychischen Störungen und Krankheitsbilder. Das 2003 erschienene Buch stellt eine informative Einführung in die Psychiatrie dar. Einer Darstellung des Vor-

gehens bei der psychiatrischen Untersuchung folgt eine Beschreibung der einzelnen Krankheitsbilder und des therapeutischen Vorgehens. Das Buch vermittelt das für das Staatexamen erforderliche psychiatrische Grundwissen und stellt auch für Interessenten aus nicht – psychiatrischen Fachrichtungen eine gute Stütze dar. Von besonderem Interesse ist, dass das Buch den aktuellen diagnostischen Entwicklungen Rechnung trägt und sich vorwiegend an der internationalen Klassifikation psychiatrischer Störungen der WHO 10. Revision, Kapitel 5, orientiert. Ein gründlicheres Lektorat bzw. Korrektur zur Beseitigung einiger Fehler hätte allerdings den Lesespass erhöht.

Dr. med. Sebastian Schildbach



um dienen kann. Der Text folgt einem didaktischen Konzept, das es erlauben soll, das Basiswissen schrittweise zu erarbeiten und das Gelernte aufgrund von Repetitoriumsfragen zu überprüfen. Das Kurzlehrbuch eignet sich insbe-

Daniel Hell/Jérôme Ebdrass/
Jürg Vontobel: Kurzes Lehr-
buch der Psychiatrie, Verlag
Hans Huber, Bern, 2003,
187 Seiten, ISBN 3456839820



Liebe Leserin, lieber Leser,

wir bieten Ihnen die Möglichkeit, neu erschienene Bücher oder CDs für uns zu besprechen. Die von Ihnen verfassten Besprechungen werden wir in der Rubrik »Buchbesprechung« veröffentlichen. Das Buch bleibt – gleichsam als Honorar – in Ihrem Besitz. Kreuzen Sie den entsprechenden Titel an und schicken Sie uns den Coupon zurück, wenn Sie eines der folgenden Objekte besprechen möchten:

- Ulrike Schäfer / Eckart Rüter
Demenz – Gemeinsam den Alltag bewältigen
Verlag Hogrefe
- Claudia Pantellini, Peter Stohler
Body Extensions
Verlag Anoldsche

Absender:



Bitte senden Sie diesen Coupon an:
Redaktion Sexualmedizin, Medical Tribune AG,
Urs Graf-Strasse 8, Postfach 368, 4020 Basel
oder faxen an: (0041) 061/ 312 55 60

40. Jahreskongress der American Society of Clinical Oncology, New Orleans

Standortbestimmung im Jahr 2004

Zu einer Standortbestimmung in der Krebsforschung und –therapie getaltete sich der diesjährige Jahreskongress der American Society of Clinical Oncology, der in New Orleans stattfand. Neben den neuesten Forschungsergebnissen wurden auch viele praxisrelevante Tipps vermittelt, von denen im Folgenden eine Auswahl vorgestellt werden soll.

Osteoporosetherapie senkt Mamma-Ca-Risiko

Inzwischen sind Frauen, die den selektiven Östrogenrezeptor-Modulator (SERM) Raloxifen zur Behandlung einer Osteoporose erhielten, bereits acht Jahre nachbeobachtet worden. Dr. Silvana Martino vom John Wayne Cancer Institute in Santa Monica berichtete über die Ergebnisse einer Vier-Jahres-Folgestudie, welche die positiven Befunde einer vierjährigen Raloxifen-Vorläuferstudie erhärtete. Auch nach achtjähriger Einnahme ist das Brustkrebsrisiko unter Raloxifen

gegenüber Frauen, die den SERM nicht erhalten, reduziert. Zwei Fliegen konnten also mit einer Klappe geschlagen werden.

Nach MORE kommt CORE

Die Referentin stellte die CORE-Studie (Continuing Outcomes Relevant to Evista) vor, eine Fortsetzung der MORE-Studie (Multiple Outcomes of Raloxifene). Beide doppelblind plazebo-kontrollierten Studien dauerten vier Jahre, sodass mit CORE nun

ein Zeitraum von insgesamt acht Jahren überblickt wird.

In MORE hatten die Frauen zur Behandlung der Osteoporose Raloxifen oder Plazebo erhalten. CORE verfolgte die 5213 Frauen unter den Kautelen der MORE-Therapie weiter – Probandinnen, die in MORE Plazebo erhalten hatten, bekamen das Scheinmedikament auch in CORE weiter (Raloxifen n=3510; Plazebo: n=1703). Lediglich die Dosis des Raloxifens wurde in CORE auf 60 mg begrenzt. MORE hatte die Alternativen 60 oder 120 mg/Tag angeboten.

Osteoporose-Patientinnen, die Raloxifen erhielten, gingen über die vier CORE-Jahre ein um 59 % gesenktes Risiko für Brustkrebs ein. Im Raloxifen-Arm erkrankten 0,7 % der Frauen, im Plazebo-Arm 1,6 % an einem invasiven Mammakarzinom.

46 Tumoren wurden auf ihren Rezeptorstatus hin untersucht. Die Inzidenz eines östrogenrezeptor-negativen Brustkrebs war durch die Raloxifenbehandlung nicht beeinflusst. In MORE hatte die Risikosenkung 72 % betragen, sodass im Gesamtzeitraum der acht Jahre das Risiko um 66 % gesenkt war.

Ist eine Osteoporosebehandlung notwendig, kann durch Raloxifentherapie als erwünschten »Nebeneffekt« auch das Risiko, an invasivem Brustkrebs zu erkranken, nennenswert gesenkt werden.

Auch Über-Compliance ist möglich

Über-Compliance. Professor Dr. Jim Cassidy, Universität Glasgow, streifte dieses Thema in New Orleans. Dieses Problem stellt sich nur selten bei chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Hypertonie, aber in der Onkologie sollte der Arzt damit rechnen.

Denn hört ein Patient die Diagnose Krebs, lautet eine seiner ersten Fragen: Wie lange habe ich noch zu leben? Die Motivation, in der Therapie zu kooperieren, ist hier ausgesprochen hoch. Manchmal sogar zu hoch: Erleben die Patienten die unvermeidlichen Nebenwirkungen beispielsweise einer Chemotherapie wie Durchfall, folgen laut Erfahrung von Prof. Cassidy nicht wenige Betroffene der Denkweise: »Wenn es mir spürbar schadet, nutzt es gegen die Krebszellen besonders.« Das sollten die betreuenden Ärzte vor allem bei ambulanten Behandlungen bedenken. Prof. Cassidy rät, sehr genau nach Nebenwirkungen zu fragen, um gegebenenfalls die Dosis auch einmal zu reduzieren oder eine entsprechende Begleittherapie zu veranlassen.



Ein Therapiedurchbruch beim indolenten NHL?

Das folliculäre oder so genannte indolente Non-Hodgkin-Lymphom galt bisher als unheilbar. Watchful Waiting, Radio- und Chemotherapie sowie die jüngere Immuntherapie zeigen zwar eine gewisse Wirksamkeit, sie sind jedoch weder kurativ noch beeinflussen sie das Überleben. Eine neue Therapiemodalität scheint hier aber erste Erfolge aufzuweisen, indem sie radiogene Zytotoxizität gezielt an den Ort des Übels bringt.

Non-Hodgkin-Lymphome (NHL), eine heterogene Gruppe lymphoproliferativer Erkrankungen, sind die sechsthäufigsten Malignome weltweit, ihre Inzidenz steigt mit zunehmendem Alter. Das folliculäre Non-Hodgkin-Lymphom macht dabei mit den aggressiven Subtypen zwei Drittel aller NHL aus. Es betrifft schon reifere, differenziertere B-Zell-Lymphozyten. Aufgrund seiner schleichenden Entwicklung und relativ weniger oder nur milder Symptome wird es meist erst in einem fortgeschrittenen disseminierten Stadium diagnostiziert. Je später es entdeckt wird, desto weniger spricht es aber auf eine Therapie an, da vor allem frühe Stadien chemosensitiv und lokalisiert radiosensitiv sind. Ein Durchbruch in der Behandlung des folliculären NHL sei nun durch die Radioimmuntherapie erzielt worden, wie Professor Dr. Francesco d'Amore, Aarhus University Hospital, Dänemark, an einer Presseveranstaltung von Schering anlässlich des Congress of the European Association of Nuclear Medicine in Helsinki erläuterte.

Bestrahlung vor Ort

Monoklonale Antikörper gegen tumorspezifische Antigene werden dabei genutzt, um therapeutische Radionuklide zu den disseminierten Lymphomzellen zu transportieren. So können Tumor-

zellen gezielt angepeilt und zerstört, sowie durch den so genannten »crossfire effect« benachbarte, primär schwer zu erreichende Lymphomzellen vernichtet werden. Als Antigen bietet sich hier das CD-20 als Zielobjekt an, da es auf der Oberfläche von 90 % der malignen und gesunden B-Zellen, nicht aber auf Stammzellen oder reifen Plasmazellen exprimiert wird. Als Gegenstück fungiert ein mit Yttrium-90 markierter muriner monoklonaler CD-20-Antikörper (verwandt mit Rituximab), das ⁹⁰Y-Ibritumomab-Tiuxetan. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass im Vergleich mit dem »nackten« monoklonalen Antikörper Rituximab das ⁹⁰Y-Ibritumomab-Tiuxetan eine signifikant höhere Gesamtansprechrate von 80 vs. 56 % aufweist, und das auch bei rezidierten oder therapieresistenten Fällen. Im Langzeit-Follow-up betrug die Ansprechdauer im Mittel bis zwei Jahre, bei einigen Patienten erstreckte sie sich sogar über sechs Jahre.

Patientenfreundlich

Die Therapie mit ⁹⁰Y-Ibritumomab-Tiuxetan ist nach Prof. d'Amore gut verträglich, das Nebenwirkungsprofil vergleichbar mit demjenigen anderer monoklonaler Antikörper. Die Applikation ist denkbar angenehm für die Patienten, da sie zweimal im Abstand von einer Woche erfolgt und der Patient dann jeweils nach Hause gehen kann. Da die Reichweite von Yttrium-90 nur 5 mm beträgt, ist auch eine Abschirmung von Kontaktpersonen nicht erforderlich.

In der Schweiz ist ⁹⁰Y-Ibritumomab-Tiuxetan seit Frühling diesen Jahres zugelassen für die Therapie rezidivierender oder therapieresistenter (inkl. auf Rituximab) CD-20-positiver folliculärer B-Zell-NHL, die Kassenzulassung wird derzeit noch abgeklärt. *Amg/emo/Uno*



Schmerzbehandlung einfach und effizient

Opiate und Opioide sind zur Schmerzbehandlung bei Karzinompatienten oft unumgänglich. Unterschiedliche Verabreichungsformen erlauben eine möglichst massgeschneiderte Therapie, die den Patienten nicht zusätzlich belastet.

Mehrere Studien zur Schmerztherapie

Verschiedene Studien zur Schmerztherapie wurden am 40. Jahreskongress der American Society of Clinical Oncology präsentiert. Aus San Diego, USA, wurden die Resultate einer Behandlung mit retardiertem Morphinsulfat präsentiert. Mit einer einzigen Tagesdosis konnte trotz Tumorprogression eine gute Schmerzkontrolle erzielt werden. Patienten, die länger als sechs Monate in der Studie blieben, benötigten ein- bis zweimal täglich »rescue-drugs«. 29 % der Patienten erhielten während des einjährigen Studienverlaufs keine zusätzliche Schmerzmedikation.

Auch zweimal tägliche Gaben einer Retardform von Oxymorphon vermochten über Monate hinweg ohne übermässige Dosissteigerung eine gute Schmerzfreiheit zu erzielen. Über 90 % der Patienten bewerteten in einer kalifornischen Studie die Behandlung als gut, sehr gut oder exzellent.

Eine Untersuchung aus Italien wies für transdermales Fentanyl eine gute Effizienz und Sicherheit nach. Der Patch wurde alle 72 Stunden erneuert. Die Dosis kann je nach individueller Schmerzwahrnehmung adaptiert werden. Schon während der ersten Therapiwoche wurden markant niedrigere Werte auf einer Schmerzskaala angegeben. Bei 20 % der Patienten wurde das Applikationsintervall auf 48 Stunden reduziert. Nur vier von 62 Patienten unterbrachen die Behandlung. Zwei wegen Nebenwirkungen, und zwei wegen ungenügender Schmerzkontrolle.

Pharmakotherapie des Alkoholismus

Den individuellen Zugang wählen

Selbst der Volksmund unterscheidet – etwas abfällig – zwischen »Quartalssäufern«, »Spiegel-« und »Gesellschaftstrinkern«. Doch in der Therapie Alkoholkranker werden zumeist alle über einen Kamm geschoren. Mit einer auf den Trinkertypus abgestimmten Behandlung könnten allerdings bessere Erfolge erzielt werden, meint Dr. Katrin Ramskogler von der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien.

Dr. Katrin Ramskogler empfiehlt bei der Einteilung von Alkoholkranken die Typologie nach Prof. Dr. Otto M. Lesch von 1982, welche Ursachen, Verlauf und prognostische Aspekte des Alkoholismus berücksichtigt. Die Grundzüge der Therapie sind bei Prof. Lesch in vier Stufen gegliedert: Entgiftung, Motivation und Therapieplanung in jeweils 14 Tagen sowie die Langzeitbehandlung, welche sich über ein bis zwei Jahre erstreckt.

Stärke der vegetativen Syndrome

Die Entzugsbehandlung muss frühzeitig und ausreichend hoch dosiert beginnen. Leberschäden oder Herzrhythmusstörungen, eine Wernicke Enzephalopathie oder cerebellare Atrophie müssen bedacht werden. »Eine zu lange Sedierung wiederum wirkt der Motivation der Patienten entgegen.«, berichtet Dr. Ramskogler aus der klinischen Erfahrung.

Werden Patienten im Entzug vorstellig, so können sie zwei Zustandsbilder bieten. Die einen – Typ I nach Lesch – weisen vorwiegend vegetative Symptome mit schwerem Tremor, Schwitzen und starker motorischer Unruhe auf.

Sie neigen zu Durchgangssyndrom und Krämpfen, die in Grand Mal Anfälle und ein Delirium tremens übergehen können. Diese Gruppe ist mit Benzodiazepinen (Oxazepam) zu behandeln. An-



ders die Patienten, die mit einem stabilen Vegetativum zu leichtem Tremor und Angstzuständen neigen – Typ II, III und IV nach Prof. Lesch. Diese sollten mit Tiaprid, GHB (Gammahydroxybuttersäure) oder Carbamazepin entzogen werden.

Gefahr der Suchtverschiebung

Typ I profitiert ausserdem von Acamprosat im – möglichst stationären – Entzug, welches als Glutamat-Antagonist das »Craving« lindert, die neuronale Erregung dämpft und neuroprotektiv wirkt. In der Rückfallsprophylaxe wird die Gabe von Acamprosat über 15 Monate und die von Disulfiram (bzw. Cyanamid) über zwei Jahre fortgesetzt. Diese emotional im Grunde recht stabilen Patienten profitieren besonders von Selbsthilfegruppen. Im Rückfall wird Disulfiram (bzw. Cyanamid) bis zur neuerlichen Abstinenz abgesetzt.

Die Einnahme von Acamprosat wird fortgesetzt sowie 10 Tage lang mit Naltrexon kombiniert.

Beim Typ II steht bereits im Entzug die Anxiolyse im Vordergrund. Zur Wahl stehen Tiaprid, Trazodon oder Doxepin. Mit Benzodiazepinen und GHB bestünde die Gefahr einer Suchtverschiebung. Psychotherapeutische Verfahren zur Stärkung des »Ichs« stehen im Vordergrund der Rückfallsprophylaxe. »Alkoholthematische Selbsthilfegruppen sind zu meiden«, warnt Dr. Ramskogler. Ergänzend wird Acamprosat sowie Moclobemid (bzw. Trazodon, Doxepin) verschrieben. Kleinere Rückfälle (Slips) müssen in Kauf genommen werden und bedürfen keiner besonderen Behandlung.

Alkohol als Selbsttherapie

Der Typ III, der häufig Alkohol als »Therapie« für psychiatrische Zustandsbilder missbraucht, wird mit GHB entzogen. Ist die Wirkung des GHB unzureichend, so ist ein Missbrauch von Tranquilizern wahrscheinlich. Eine Harnkontrolle verschafft Klarheit. Auch hier ist eine Psychotherapie als Rückfallsprophylaxe indiziert – allerdings im Sinne eines »Loslassen-Könnens« und der Wahrnehmung von Gefühlen. Pharmakologisch wird mit Antidepressiva (Mirtazapin, Milnacipran), Phasenprophylaktika (Carbamazepin, Topiramate, Valproinsäure, Lithium) sowie Naltrexon therapiert. Da eine grundlegende Änderung der Persönlichkeit viel Zeit beansprucht, ist zwischenzeitlich mit teils schweren Rückfällen zu rechnen. Diese müssen mit eingehenden Gesprächen sowie GHB und Naltrexon aufgefangen werden.

Beim Typ IV geht es vorwiegend um Schadensbegrenzung. ▶ 263

Im Blick:

Arzneimittel übers Internet?

Die Internet-Versandapotheke DocMorris zählt zu den seriösen ihrer Art. Dennoch werden hier auf legale Weise Gesetze umgangen. Wenn in Deutschland der Versandhandel mit Medikamenten verboten ist, weicht man eben nach Holland aus. Wenn es auch heute noch nicht erlaubt ist, dass Venture-Capital-Gesellschaften in Deutschland Apotheken betreiben, dann bleibt man eben in Holland. Und wenn das »Doc« im Firmennamen suggeriert, dass ein Arzt dahinter steht, dann stimmt das zwar nicht, ist aber ebenfalls legal. Daher stellt sich die Frage, für wen diese Art der Arzneimittelbestellung interessant ist. Wenn man davon ausgeht, dass die typischen Kunden chronisch kranke Grossstädter sind, die zum Grossteil per Telefon oder Post bestellen, dann sind das noch gar nicht die Internet-Kunden. Wenn es um die bequemere Bestellung geht,

dann trifft das vielleicht auf OTC-Produkte zu, für verschreibungspflichtige Medikamente ist das Rezept einzusenden. Und was daran bequem sein soll, statt in die nächste Apotheke auf die Post zu gehen, die Bestellung aufzugeben und dann zwei, vier oder auch zehn Tage zu warten, bleibt dahingestellt. In der Apotheke hätte ich es gleich mitnehmen können.

Diskrete Bedienung

Die diskrete Bedienung vor allem im Fall von so genannten Lifestyle-Medikamenten ist zwar ein Argument, man muss keinem Apotheker und keiner Apothekerin gegenüberstehen, um es in Empfang zu nehmen. Man muss dafür allerdings alle möglichen Daten inklusive Kontonummer bekannt geben, was die Diskretion schon wieder empfindlich einschränkt.

So bleibt eigentlich nurmehr der Preis, der Kunden/Patienten

wirklich anzieht. Wer informiert ist und weiss, was er/sie will, oder wer als chronischer Patient bereits auf ein Medikament eingestellt ist, mag sich dieses auch zusenden lassen, wenn es dafür billiger ist. Dabei sollte man aber zumindest darauf vertrauen können, dass auch das drin ist, was draufsteht. Alle Unsicherheiten wird man aber kaum ausschalten können. Das wird den Billigkäufer-Typ trotzdem nicht abschrecken. Wer aber das Risiko scheut oder Beratung braucht, ist kein Kunde für die Versandapotheke. Persönliche Beratung ist nicht ins Internet übertragbar und daher das Hauptargument für die traditionelle Apotheke. So kann man bei diesem Ideologien-Streit gespannt sein, ob und bei welchen Patienten sich in Zukunft der »Gesundheitslotse« im Internet oder der »Gesundheitsdienstleister« hinter dem pharmazeutischen Ladentisch durchsetzen wird.

Fortsetzung von Seite 262

zung. Häufig steht die Pflege im Vordergrund. Neben einer Aktivierung mittels Lichttherapie und Nootropika (Memantin, Piracetam) ist Carbamezepin hilfreich. Die Prognose gilt allgemein als schlecht. Dennoch profitieren die Patienten von stark strukturierenden verhaltenstherapeutischen Massnahmen sowie Kombinationen aus Naltrexon, GHB, atypischen Neuroleptika (Olanzepin) und Carbamazepin. Aufdeckende Verfahren sind kontraindiziert. Rückfälle werden mit GHB und Naltrexon verkürzt und gemildert. Dr. Ramskogler mahnt eine realistische Haltung ein: „Hier geht es ums Überleben.“ Manchmal wird man auch ärztlicherseits Erwartungen stark zurückschrauben müssen. Doch auch wenn man den Anspruch auf absolute Absti-

nenz aufgibt, sind mit der richtigen Therapie ermutigende Resultate möglich.

MAG

Fortbildungsveranstaltung der Fa. Merck „Alkohol – Freund und Feind“, Juni 2004

Alkoholsucht: Typologie nach Lesch (1982)

Typ I – Alkoholeinnahme auf Grund von biologischem Verlangen: Toleranzentwicklung und schwere Entzugssymptome (Delir), keine wesentlichen Auffälligkeiten der Persönlichkeit, unauffällige Kindheit, starkes Verlangen nach Alkohol auch nach langen Phasen der Abstinenz, Psychotherapie und Selbsthilfegruppen sind erfolversprechend.

Typ II – Alkoholeinnahme auf Grund von psychologischem Verlangen: Alkohol als Bewältigungsstrategie und Angsttherapie, Störungen in der frühkindlichen Entwicklung. Einnahme von Psychopharmaka kann zu einer Verschiebung der Sucht führen, Therapieziel ist Verbesserung der Lebensbedingungen: absolute Abstinenz nicht immer notwendig.

Typ III – Alkoholeinnahme zur Behandlung von psychiatrischen Zustandsbildern: Alkohol als Selbstmedikation bei Befindlichkeitsstörungen und Schlafproblemen. Therapie: Antidepressiva und phasenprophylaktische Medikamente, Psychotherapie

Typ VI – Alkoholeinnahme infolge frühkindlicher Vorschädigung und Entwicklungsstörungen: Alkohol als Selbstmedikation; stützende Gespräche, Förderung der Eigenkontrolle und evtl. niederpotente Neuroleptika und Nootropika sind angezeigt

Gender und Medizin

Derzeit mehr Fragen als Antworten

Noch vor 50 Jahren galt es schlichtweg als »unwissenschaftlich«, bei medizinischen Studien zwischen Männern und Frauen zu unterscheiden. Heute wird immer mehr Ärzten und Gesundheitspolitikern die Bedeutung des »Gender-Aspektes« in der Medizin bewusst. Um diese »Querschnittsmaterie« weiter voranzutreiben, haben sich zwei ausgewiesene Expertinnen, die Sozialmedizinerin Prof. Dr. Anita Rieder und die Medizinhistorikerin Prof. Dr. Brigitte Lohff zusammengetan, um das Lehrbuch »Gender Medizin« herauszugeben. Anders als bisher erschienene Publikationen beschäftigt sich dieses Buch primär mit den klinischen Aspekten der Gender-Medizin.

»Dieses Buch sticht in ein Wespennest«, gibt Prof. Dr. Ernst Pilger, Leiter der Klinischen Abteilung für Angiologie, Med. Univ. Klinik Graz, unumwunden zu. Der Angiologe wurde ebenso wie zahlreiche andere Experten der verschiedenen Fächer von den beiden Herausgeberinnen des Buches »Gender Medizin«, Prof. Dr. Anita Rieder und Prof. Dr. Brigitte Lohff, gebeten, ein Kapitel im neuen Lehrbuch zu

schreiben. »Bei der Recherche bin ich auf mehr Fragen als Antworten gestossen«, so Prof. Pilger weiter. Ähnlich ging es anderen Autoren.

Gender und Public Health

Eines ist allen klar: Es gibt zahlreiche Unterschiede zwischen Männern und Frauen – auch wenn diese noch viel zu wenig untersucht sind. So kann Prof. Pilger durchaus Handfestes zum Thema liefern: In 25 Jahren angiologischer Praxis stellte er deutliche Unterschiede im Manifestationsalter und auch der Lokalisation von peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten (pAVK) bei Männern und Frauen fest. Diese betrifft bis zur sechsten Lebensdekade Männer ungefähr dreimal häufiger als Frauen. Das ändert sich aber mit zunehmendem Alter, ab der siebten Dekade gibt es zwischen den Geschlechtern keinen Unterschied mehr, was die Krankheitshäufigkeit betrifft. Soviel zur Empirie – doch in den klinischen Studien besteht ein eklatanter Mangel an geschlechtsspezifischen Untersuchungsergebnissen. »Daher können wir heute auch noch keine Differenzierung in der Prophylaxe bzw. Therapie etwa bei

Frau ist nicht gleich Mann

- Frauen geben stärkere, häufigere und ausgedehntere Schmerzen an als Männer. Chronische muskuloskeletale Schmerzen in mehreren Körperregionen treten bei Frauen häufiger auf. Gleichzeitig lassen sich Frauen deshalb seltener krank schreiben als Männer.
- Doppelt so viele Frauen wie Männer erleiden während ihrer reproduktiven Lebensphase eine behandlungsbedürftige Depression.
- Invasive Diagnose- und Therapieverfahren werden bei Frauen seltener angewandt als bei Männern. Weibliche Patienten zeigen nach koronaren Bypass-Operationen einen schlechteren Outcome.
- Frauen erwachen schneller aus einer Allgemeinnarkose, leiden aber dafür häufiger an postoperativer Übelkeit und Erbrechen.
- Zwei Drittel aller Patienten mit Sepsis und Multiorganversagen sind Männer. Testosteron wird eine immunschwächende Wirkung zugeschrieben.
- Essstörungen betreffen 10- bis 20-mal mehr Frauen als Männer.

Thromboembolien empfehlen«, so Prof. Pilger abschliessend.

Der Gender-Medizin-Ansatz greift weit. »Ganz entscheidend für die Entwicklung einer Gender-Perspektive in der Medizin ist nicht nur die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen ▶ 265



Fortsetzung von Seite 264

Unterschiede und Gemeinsamkeiten, sondern die Fusion der Gender-Forschung mit dem Public-Health-Gedanken. Dieser integriert die soziale Verantwortung und geht davon aus, dass Krankheiten und Gesundheitsprobleme durch physische und psychosoziale Faktoren sowie durch das soziale und gesundheitspolitische Umfeld beeinflusst sind«, so Prof. Rieder.

Demographie, Studien und Ausbildung

Der Rektor der Medizinischen Universität Wien, Prof. Dr. Wolfgang Schütz, sieht den Trend Gender-Medizin auch als eine Konsequenz der sich verändernden Demographie. So wird der Anteil der weiblichen Bevölkerung zunehmen, gleichzeitig sind gerade ältere Frauen von Armut, Vereinsamung und chronischen Krankheiten stärker bedroht als ältere Männer. Weiteren Handlungsbedarf sieht Rektor Schütz auch im Bereich der klinischen Prüfungen. Bei Studien sollen in Zukunft Frauen (und auch Kinder) verstärkt berücksichtigt

werden; das müsse sich auch auf die Förderungsrichtlinien auswirken.

In der Ausbildung stellt die Gender-Medizin, so Rektor Schütz, ein weiteres integratives Fach dar, wie etwa bereits die Geriatrie oder die Palliativmedizin. »Angehende Ärzte sollen in Zukunft schon während des Studiums auf die ‚Gender-sensitive‘ Diagnose, Therapie, Prognose und Prävention vorbereitet werden«, wünscht sich Prof. Lohff – die ihr Buch als Lehrbuch, aber auch als Reflexionsgrundlage und als Anstoss für vermehrte Forschungsaktivitäten verstanden sehen will.

SJ



Foto: Pfluegl

Prof. Dr. Anita Rieder und Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lohff mit ihrem Buch „Gender Medizin“ (SpringerMedizin, 2004, XIV, 443 Seiten, broschiert, ISBN 3-211-00766-0, Euro 59,80)

Was bedeutet Gender?

Während sich der Begriff Geschlecht (englisch »Sex«) auf die biologische Ausrichtung eines Menschen bezieht und es als männlich oder weiblich definiert, greift der Begriff »Gender« weiter. Gender berücksichtigt zwar auch die biologischen Funktionen, sieht jedoch die Prägung von »Mann« und »Frau« beeinflusst durch Umwelt, soziales Umfeld und Erfahrungen und beinhaltet, wie der Einzelne durch die Gesellschaft repräsentiert wird. Gender-Mainstreaming wiederum ist die Einführung des Prinzips der Geschlechtergerechtigkeit in alle Politikfelder und alle Handlungsfelder des öffentlichen Lebens – also auch in die Medizin und Gesundheitsvorsorge.

Gender in der Allgemeinpraxis

Unterschiede auf beiden Seiten

Der Arzt/die Ärztin für Allgemeinmedizin ist definitionsgemäss für alle da. Trotzdem sollten nicht alle gleich behandelt werden. Gender ist gerade in der Hausarztpraxis ein nicht zu unterschätzendes Thema. Auch das Geschlecht des Praktikers spielt eine nicht unwesentliche Rolle.

Frauen suchen häufiger einen Hausarzt auf als Männer, das bestätigt etwa eine Statistik der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Auch bei der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen liegt das weibliche Geschlecht klar voran. »Gerade der Hausarzt hat aber die

Möglichkeit, seine Kenntnisse über den Patienten und seine Lebensumstände zu nutzen, um etwa bei Routinekonsultationen positiv auf Männer einzuwirken«, meint Dr. Susanne Rabady, Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM). Für Hausärzte wichtig ist das Wissen darüber, dass Männer und Frauen ihre Symptome unterschiedlich präsentieren (z.B. Depressionen und KHK) sowie mit Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen anders umgehen. Werden diese Unterschiede nicht berücksichtigt, kann es zu Unter- oder Überversorgung kommen.

Auch bei der Schmerzwahrnehmung und -therapie gibt es genderspezifische Aspekte zu beachten. »Frauen sind schmerzempfindlicher als Männer, eine Unkenntnis dieser Tatsache kann zu einer Unterversorgung von Schmerzpatientinnen führen. Hingegen berichten Männer seltener über Schmerzen, hier lohnt es sich nachzufragen«, mahnt Dr. Rabady. Häufig unterbewertet bzw. in der Ärzteschaft nicht oder zu wenig reflektiert wird der Einfluss des Geschlechts des Arztes auf die Arzt-Patienten-Beziehung. »Sicher ist, dass auch wir als professionell Agierende nicht abstinente sind in Bezug auf unsere Geschlechterrollen«, so Dr. Rabady.



Agenda

10. Münchner AIDS-Tage 2004
26. – 28. 11.2004-10-26, München
 Information:
 Tel.: +49 (0)8191/125-627
 Fax: +49 (0)8191/1125-600
 @ E-Mail: g.schwaiger@m-i-c.de

Symposium – Perspektiven der Psychiatrischen Therapie 2004/2005
2.12.2004, Zürich
 Information:
 Tel.: +41/41/7487600
 Fax: +41/41/74/7487611
 @ E-Mail: p.rickenbach@schlegelpharma.ch

Menopause 2004 – Andropause/ Anti Aging 2004
2.12. – 4.12.2004, Wien
 Information:
 Tel.: +43/1/58800-518
 Fax: +43/1/58800-520
 @ E-Mail: Gabriele.koehrl@interconvention.at

1st International Meeting on Advances on Sexual Health – From Evidence to Practice
23.1. – 28.1.2005, Mauritius
 Information:
 Tel.: +33/142663386
 Fax: +33/142664545
 @ E-Mail: rp@nha.fr

7th Congress of European Society for Sexual Medicine (ESSM)
5. – 8. Dezember 2004, London
 Kontakt: 7th ESSM Congress, CPO HANSER SERVICE GmbH, Postfach 1221, D-22882, Barsbüttel
 Tel.: +49-40-670 88 20
 Fax: +49-40-670 32 83
 @ E-Mail: essm@cpo-hanser.de
<http://www.essir2004.org>

14th European Urological Winter Forum
5.2. – 9.2.2005, Davos
 Information:
 Tel.: +41/81/415-2121
 Fax: +41/81/415-2100
 @ E-Mail: info@davos.ch

Hormonersatztherapie – Fluch oder Segen ?
28.2.2005, Wien
 Information:
 Tel.: +43/1/4021922
 Fax: +43/1/4082241
 @ E-Mail: bernhard.glawogger@klinikum-graz.at

XXth Congress of the European Association of Urology
16. – 19. März 2005, Istanbul
 Kontakt: Congress Consultants BV
 Tel.: +31 26 3890 680
 Fax: +31 26 3890 686
 @ E-Mail: congress.consultants@uroweb.nl
<http://www.istanbul2005.org>

Weiterbildungsveranstaltung der Abteilung für Sexualforschung und Forensik der Universität Hamburg, von Juli 2003 bis Januar 2005
Weiterbildungsgang gemäss den Kriterien des Curriculum II

- »Diagnostik, Beratung und Psychotherapie bei sexuellen Störungen«
 Das 200-Stunden Curriculum umfasst:
- Einen dreiwöchigen Intensivkurs Paartherapie
 - Sechs praktisch-therapeutisch ausgerichtete Wochenendseminare
 - Regionale Supervisionsgruppen

Information:
Universitätsklinikum Eppendorf,
Frau Dr. H. Richter-Appelt,
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel.: +49/ 40 42803 2225,
Fax: +49/ 40 42803 6406

Psyche und Soma Sexualmedizin

26. Jahrgang, Nr. 11, November 2004

Verlag und Herausgeber:
 Medical Tribune AG

Adresse:
 Medical Tribune AG
 Urs Graf-Strasse 8, Postfach 368
 CH-4020 Basel
 Telefon (0041) 61 - 312 55 66
 Telefax (0041) 61 - 312 55 60

Internet: www.medical-tribune.ch
E-Mail: sexualmedizin@medical-tribune.de

Redaktion: Dr. phil. Alexander Schulz
 (Verantwortlich für die Ausgabe)

Redaktionsassistent:
 Silvia Isliker

Layout und Herstellung:
 Hannelore Schell (Leitung)
 Layout: Susanne Rahn, Christoph Detmer,
 Richard Kosowski

Titelbild: B. D. Schmerl

Wissenschaftliche Beratung:
 Prof. Dr. med. Johannes Bitzer, Basel
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Siegf. Borelli, Davos
 Prof. Dr. med. Wolf Eicher, Mannheim
 PD Dr. rer. nat. et jur. habil.
 Hans-H. Fröhlich, Berlin
 Prof. Dr. med. Georges André Hauser, Luzern
 Prof. Dr. med. Mario Litschgi, Schaffhausen
 Prof. Dr. rer. nat.
 Elisabeth Müller-Luckmann, Braunschweig
 Prof. Dr. med. Willy Pasini, Genf

Abonnementdienst: Peter Müller
 Tel (0041) 61 - 317 96 19
 Fax (0041) 61 - 317 96 29

Verkaufsleitung: Brigitte Niederberger
 (0041) 61 - 317 96 23

Anzeigenmarketing: Antonino Diaco
 (0041) 61 - 317 96 17

Anzeigenverwaltung: Patricia Hunziker
 (0041) 61 - 317 96 02
 Anzeigenpreisliste vom 1. 1. 2004

Verlagsleitung: Inge Schmidt
 (0041) 61 - 317 96 14

Geschäftsleitung: Oliver Kramer

Druck: Dierichs Druck + Media GmbH,
 Frankfurter Straße 168,
 D-34121 Kassel

Erscheinungsweise: monatlich

Abonnementspreise:
 Schweiz: Einzelheft: Fr. 12,-
 jährlich: Fr. 96,-
 Medizinstudenten: Fr. 67,-
 Deutschland: € 6,-, jährlich: € 51,-
 Medizinstudenten: € 35,-
 Österreich: siehe Deutschland

Bankverbindung:
 Postcheck Basel, Kto.-Nr. 40-27 104-5
 Deutschland:
 Postbank Frankfurt, BLZ 500 100 60
 Kto.-Nr. 6179 67-607

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Ausgaben und Sonderproduktionen der Medical Tribune International B.V. veröffentlicht werden kann. Eine Überarbeitung behält sich die Redaktion vor.

ISSN 0170-1908

Kapseln ersetzen Tabletten

Detrusitol SR: Einmal täglich – besser verträglich

Dank der besseren Wirksamkeit und Verträglichkeit sowie dem überzeugenden Sicherheitsprofil hat sich die neuere Slow-Release (SR)-Formulierung von Detrusitol bei Patienten mit hyperaktiver Blase über die letzten Jahre als Therapie erster Wahl etabliert.^{1,2)}

Detrusitol SR dämpft nicht nur die Erregbarkeit der Harnblase, sondern reduziert auch den lästigen Harndrang und die Häufigkeit des Wasserlassens. Dadurch normali-

siert sich das Füllvolumen der Blase und die Inkontinenzhäufigkeit nimmt gleichzeitig ab. Eine randomisierte, plazebokontrollierte Doppelblindstudie bestätigte sodann, dass eine 12 Monate dauernde Behandlung mit Detrusitol SR den Patienten zu einer deutlich besseren Lebensqualität verhelfen kann.³⁾

Die neuere, einmal tägliche SR-Formulierung von Detrusitol 4 mg gewährleistet eine anhaltende Freisetzung des Wirkstoffes Tolterodin während 24 Stunden. Dank geringerer Plasmaspiegel-Schwankungen ist die SR-Formulierung wirksamer und verträglicher als die ältere, zweimal täglich einzuneh-

mende IR-Formulierung. Die Einmalabgabe führt zudem zu einer verbesserten Compliance¹⁾. Angesichts dieser Vorteile haben bereits in der Vergangenheit immer mehr Patienten mit hyperaktiver Blase zu Detrusitol SR gewechselt.

Deshalb ist die Nachfrage nach der Immediate-Release (IR)-Formulierung stark zurückgegangen. Aufgrund dieser Entwicklung hat sich das Unternehmen Pfizer entschieden, die IR-Tabletten per Ende 2004 vom Markt zu nehmen. Patienten mit Detrusitol IR können – unter Beibehalten des Therapiewirkstoffes Tolterodin – bei einem Wechsel von den Vorteilen der SR-Formulierung profitieren.

1. Van Kerrebroeck P et al. Urology. 2001; 57:414-417.
2. Wefer J et al. World J Urol. 2001; 19: 312-318.
3. Kelleher CJ et al. Am J Manag Care, 2002; 8: 616-630.

Hyperaktive Blase

In der Schweiz sind rund 560 000 Männer und Frauen von einer hyperaktiven Blase betroffen. Insgesamt leiden etwa 17 Prozent der Bevölkerung über 40 Jahren unter den charakteristischen Symptomen. Mit der neueren SR-Formulierung, die den Wirkstoff über 24 Stunden kontinuierlich freisetzt, konnte die Wirkung und die Verträglichkeit von Detrusitol nochmals verbessert werden:

Bereit für Beratungsgespräche

Drei Jahre Gesellschaft für Blasenschwäche

Nach drei Jahren zieht die Schweizerische Gesellschaft für Blasenschwäche eine positive Bilanz: Immer mehr Erwachsene, die von Inkontinenz betroffen sind, informieren sich über mögliche Behandlungen und sprechen mit ihrem Arzt darüber.

Heute wird Inkontinenz nicht mehr ausschliesslich belächelt oder totgeschwiegen. Betroffene fassen vermehrt Mut und sprechen mit dem Arzt über ihre Inkontinenz. Seit dem Bestehen hat die Gesellschaft für Blasenschwäche mehr als 1500 kostenlose Beratungsgespräche mit Betroffenen geführt; ein Beratungsgespräch dauert durchschnittlich 30 bis 45

Minuten. Die Homepage www.inkontinex.ch, die seit ihrem Bestehen rund 45 000 Mal angewählt wurde, bietet u.a. einen Selbsttest

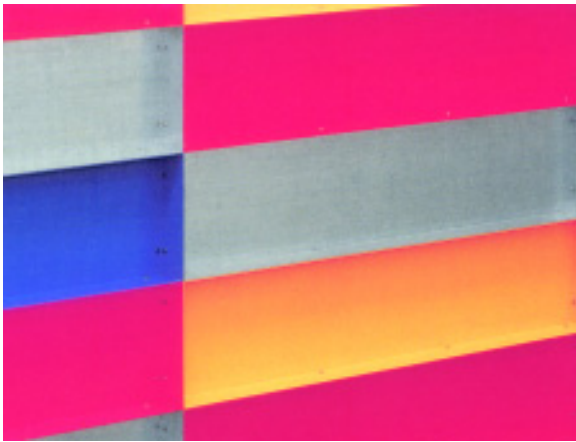
für Betroffene, informiert über die verschiedenen Arten der Inkontinenz und zeigt mögliche Behandlungen auf.

Von Ärzten gegründet

Die Schweizerische Gesellschaft für Blasenschwäche wurde 2001 von Ärztinnen und Ärzten der medizinischen Fachgebiete Urologie, Gynäkologie und Geriatrie gegründet. Ihr Ziel ist es, Betroffene und Familienangehörige sowie andere interessierte Personen über Vorbeugung, Abklärung und Behandlungsmöglichkeiten in allen die Blasenschwäche betreffenden Fragen zu informieren und zu beraten. Mit nationalen Informationsveranstaltungen, Publikumsvorträgen, Auftritten an Gesundheitsmessen und durch Medienarbeit sensibilisiert und informiert sie die Öffentlichkeit zum Thema Blasenschwäche.

Informationen sind für jedermann erhältlich bei der Schweizerischen Gesellschaft für Blasenschwäche, Gewerbestrasse 12, 8132 Egg, Telefon 01 994 74 30, E-Mail: info@inkontinex.ch und auf der Website der Gesellschaft: www.inkontinex.ch.

Zweimal Donald Judd



Die künstlerischen Wurzeln des 1928 in Excelsior Springs, Missouri, geborenen Künstlers liegen in der Malerei. Die Ausstellung beginnt im Basler Kunstmuseum mit Bildern aus den frühen sechziger Jahren, in die teilweise dreidimensionale Objekte integriert sind, um eine nicht illusionistische räumliche Tiefe zu erreichen. Im zweiten Teil der Ausstellung im Museum für Gegenwartskunst schaffen wichtige Boden- und Wandstücke der 80er und frühen

90er Jahre faszinierende Zusammenhänge zwischen plastischem Volumen und Architektur, Material, Farbe und Licht.

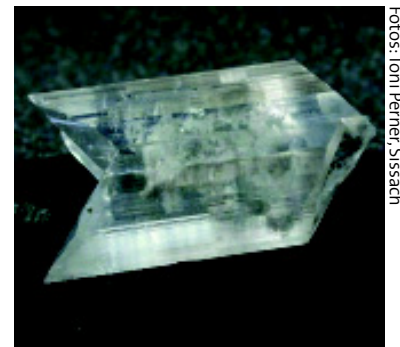
Kunstmuseum Basel
St. Alban-Graben 16
Di, Do–So 10–17
Museum für Gegenwartskunst
Basel
St. Alban-Rheinweg 60
2. Oktober 2004
bis 9. Januar 2005
@ www.kunstmuseumbasel.ch

Schätze aus dem Schweizer Jura

Mit der diesjährigen Sonderschau während der 35. Internationalen Basler Mineralien- und Fossilienbörse soll ein Einblick in die gefundenen Schätze von Sammlern aus dem Schweizer Jura geboten werden. Sie wurden in jahrelanger Arbeit mühsam zusammengetragen und präpariert. Auch werden schöne Stücke aus der Sammlung des naturhistorischen Museums

sowie aus dem Museum Frick präsentiert. Am Stand des Naturhistorischen Museum bestimmen Experten mitgebrachte Mineralien und neu auch Fossilien mit Hilfe ihres fundierten Wissens.

Messe Basel Halle 4.1
Samstag, 4.12.04, 10–18 Uhr
Sonntag, 5.12.04, 10–18 Uhr
@ www.mineralien-basel.ch



Fotos: Toni Perner, Sissach

Unter Pinguinen im Eis der Antarktis

Im Mittelpunkt der Ausstellung stehen die Fotos von Bruno Pinguin Zehnder, der 1945 in bad Ragaz geboren wurde. Auf seiner ersten Antarktisreise 1975 begann er mit dem Fotografieren von Pinguinen. Bald erschienen seine Bilder in den bekanntesten Zeitschriften und brachten ihm zahl-

reiche Auszeichnungen ein. 22 Mal besuchte der Fotograf die Antarktis. Sein letzter Aufenthalt wurde ihm zum Verhängnis. Am 8. Juli 1997 kam er in einem Schneesturm um. Persönliche Ausrüstungsgegenstände und ein Dokumentarfilm über sein Leben sind in der Ausstellung zu sehen.

Naturhistorisches Museum
Basel
Augustinergasse 2, Basel
Oktober 2004 bis
17. April 2005
Di bis So 10 – 17 Uhr
@ www.unterpinguinen.com



Lesen Sie in *Psyche und Soma* 12 / 2004

3Länderkongress'04 – »Der Mann als Patient«

Die Zeit ist reif für eine geschlechtsspezifische Betrachtung nicht nur in Wissenschaft und Forschung, sondern auch in der täglichen Praxis. Beim 3Länderkongress'04 in Wien stand deshalb das Neueste zum Thema Männergesundheit aus den Gebieten Allgemeinmedizin, Urologie, Innere

Medizin sowie anderen Fachbereichen auf dem Programm – adaptiert für die tägliche Praxis. Im Mittelpunkt dieser geschlechtsspezifischen Medizin stehen nämlich nicht nur jene Krankheiten, die Männern oder Frauen speziell zuzuordnen sind, beispielsweise Prostata- oder Brustkrebs, sondern es wird der gesamte Mensch, Mann oder Frau, beleuchtet. Dabei geht es letztlich auch um das Umfeld wie Erziehung, sozioökonomische Faktoren und ähnlich wichtige Parameter, die in Vorsorge, Therapie, Rehabilitation einfließen sollen.



Bei Depression Sexualstörungen mitbehandeln

Sexuelle Funktionsstörungen, so Dr. med. Simon A. Cohen, Düsseldorf, werden bei Patienten mit depressiven Erkrankungen häufig beobachtet. Sie sind ein ernst zu nehmendes Problem, weil sie die Lebensqualität mindern, den emotionalen und sozialen Rückzug verstärken, Probleme mit dem Partner hervorrufen und schliesslich die Compliance bezüglich der weiteren Behandlung beeinträchtigen. Gerade depressive Patienten vermeiden es aber häufig, von sich aus über sexuelle Probleme oder über Nebenwirkungen zu sprechen. Auch viele Ärzte vermeiden dieses Thema, weil sie es als peinlich empfinden. Fragebögen wie der Essener Fragebogen zu Sexualstörungen können ein wichtiges Instrument sein, um sexuelle Funktionsstörungen zu erkennen.



MS-Kongress: Hoffnungsvolle Fortschritte

In der Therapie der MS waren in den letzten Jahren deutliche Fortschritte zu vermelden, so dass die Erkrankung einiges von dem schicksalhaften Charakter, der ihr früher zugesprochen wurde, verloren hat. Untersucht werden gegenwärtig höhere Dosierungen der Interferone sowie diverse Kombinationstherapien. Ebenfalls unter-

sucht wird die Wirksamkeit des monoklonalen Antikörpers Natalizumab. Ergebnisse einer großen Studie werden gegenwärtig erwartet. Natalizumab wurde ursprünglich für die Behandlung des Morbus Crohn entwickelt und ist ein Antikörper gegen ein Adhäsionsmolekül, das eine wichtige Rolle im Rahmen der Entzündung spielt.

26. Jahrgang November 2004

Psyche und Soma

Sexualmedizin

Diabetes und
metabolisches Syndrom
**Kombination
verbessert Lipidprofil**

American Society of Clinical
Oncology
**Standortbestimmung
im Jahr 2004**

Therapie des Alkoholismus
**Den individuellen
Zugang wählen**

Gender und Medizin
**Derzeit mehr
Fragen als Antworten**

11



