

Dr. med. Barbara Ehret  
Dr. med. Mirjam Roepke-Buncsak

# frauen körper gesundheit leben

Das große **Brigitte**-Buch  
der Frauenheilkunde



## Vorwort

Wer ein Buch schreibt, hat eine Vision: Wir wollen das Selbstbestimmungsrecht der Frauen stärken, indem wir sie teilhaben lassen an unserem Praxisalltag, an unseren Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit, mit Hoffnung und Heilung und an unserer kritischen Einstellung zu Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen.

Rund die Hälfte der Menschen sind Frauen. Sie sind Politikerinnen und Künstlerinnen, Partnerinnen und Mütter und sie sorgen sich in diversen anderen Rollen um Mann, Kind, Eltern, Staat, Moral, Kultur, Ökonomie und den Fortschritt der Wissenschaften. Am wenigsten sorgen sie sich aber um sich selbst.

Frauen sprechen mehrere Sprachen, kennen sich aus in hoher Mathematik, leiten Landeskirchen und reparieren schon mal ihr Auto eigenhändig, aber über ihren Körper wissen die meisten kaum Bescheid.

Sie lassen sich, im Gegenteil, von den medizinischen Vokabeln harmloser Diagnosen schrecken – und befürchten häufig das Schlimmste. Denn eines hat sich in den vergangenen Jahren nicht geändert: der Glaube, dass Frauen das schwächere, das kränkere Geschlecht sind.

Aber wie sieht es in der Wirklichkeit aus? Studien über die Überlebensraten extrem früh geborener Säuglinge brachten es an den Tag: Die kleinen Mädchen verkrafteten ihren schweren Start besser und mit weniger Komplikationen als die Jungen. Auch am Lebensende macht sich das bemerkbar: Frauen werden im Durchschnitt sieben Jahre älter als Männer. Das bedeutet: Das weibliche Geschlecht ist zäher als das männliche. Klar, denn wer bekommt schließlich die Kinder, verdient als Alleinerziehende den Unterhalt oder managt einen sechsköpfigen Haushalt?

Um all diesen Anforderungen des Lebens gerecht zu werden, hat die Natur die Frau mit einem komplizierten Netz aus Organen, hormonellen Kreisläufen und Reaktions- und Regulationssystemen ausgestattet. Dies alles kennenzulernen ist ein faszinierendes und Mut machendes Unter-

fangen, und wir wollen Sie mitnehmen auf eine Reise durch den eigenen Körper. Lassen Sie sich zeigen, warum Sie sind, wie Sie sind, weshalb Sie bestimmte Empfindungen haben, und aus welchem Grund Ihr Körper auf diese oder jene Weise reagiert. Lassen Sie sich aufklären darüber, dass es eine breite Vielfalt an körperlichen Veränderungen und Beschwerden gibt, die nicht Ausdruck einer Krankheit, sondern einer natürlichen Bandbreite von Reaktionen ist. Und lassen Sie sich das Zepter nicht so leicht aus der Hand nehmen, wenn es darum geht, Entscheidungen über medizinische Eingriffe zu treffen, die Sie in Ihrer körperlichen Unversehrtheit bedrohen.

Dieses Buch ist ungewöhnlich, fast revolutionär: Die Gynäkologie wird von ihrem geheimnisvollen Olymp heruntergeholt, ihre Schauplätze werden transparent. So entsteht eine neue Sichtweise auf die Frauenheilkunde – weniger bedrohlich und weniger Furcht einflößend. Das bedeutet aber auch: weniger Operationen, weniger Hightech und mehr Vertrauen in die eigenen Selbstheilungspotenziale.

Es ist geschrieben von Gynäkologinnen, die ihren Beruf lieben, mitten in der Schulmedizin – oder besser – in der Schulgynäkologie stehen und über *Fach- und Insiderwissen* verfügen. Wir Autorinnen haben uns in einem Arbeitskreis engagierter Frauenärztinnen kennengelernt und wir haben beide bereits Erfahrungen mit dem Schreiben von Fachbüchern gemacht. Doch die vielen verunsicherten Frauen, die mit ungeklärten Fragen zu uns in die Praxis kamen und denen wir immer wieder von Neuem erläutern muss-

ten, wie ihr Körper funktioniert und dass sie keine Angst vor sich selbst zu haben brauchen, zeigten uns, dass es an der Zeit war, ein Buch zu schreiben, das gynäkologisches Wissen gut verständlich an die Frau bringt.

Barbara Ehret, langjährige Chefärztin der gynäkologischen Abteilung in den Kliniken am Burggraben in Bad Salzuflen und Vorkämpferin für eine andere Frauenheilkunde – immer wieder wurde sie nach Vorträgen über gynäkologische Themen angesprochen, doch ein größeres Publikum an ihrer Erfahrung teilhaben zu lassen. Sie wurde Mitbegründerin des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) sowie Geschäftsführerin des Internationalen Zentrums für Frauengesundheit (IZFG). Im Jahr 2005 erhielt sie die Auszeichnung »Mutige Löwin« vom Deutschen Ärztinnenbund für ihre Aktivitäten gegen überflüssige Operationen. Damit nicht genug, wollte sie endlich auch die Frauen direkt ansprechen und entwickelte die Idee zu diesem Buch.

Mirjam Roepke-Buncsak, eine Generation jünger, ist ebenfalls aus der Überzeugung Gynäkologin geworden, den Frauen die Verantwortung für den eigenen Körper zurückzugeben. Nach ihrer Ausbildung zur Ärztin für Gynäkologie und Naturheilverfahren berät sie neben ihrer Praxistätigkeit Patientinnen im feministischen Frauengesundheitszentrum Frankfurt am Main.

Wir beide – alt und jung – beobachten sehr genau, wo es knirscht im Getriebe der Gynäkologie, wo der Mammon Ideale frisst, wo Borniertheit, Standesdünkel und

Verharren in paternalistischen Denkmustern herrscht. Die enge Verzahnung zwischen Medizin, Politik und Pharmaindustrie macht uns Sorgen, aber auch der Kampf der Frauenärztinnen um einen humanen Weg durch das Gestrüpp der modernen technisierten Gynäkologie, die kaum noch Raum lässt für ein Gespräch. All das fließt in unser Buch ein.

Unser Ausgangspunkt ist nicht die Krankheit, sondern die gesunde Frau mit ihren Kraftquellen und ihren vielen Möglichkeiten, sich selbst zu helfen. Aus diesem Grund tauchen Krebserkrankungen nur am Rande auf. Zahlreiche sogenannte gynäkologische Erkrankungen sind gar keine, sondern normale Entwicklungen oder Abweichungen, die vielleicht beobachtet, aber nicht behandelt werden müssen. Sie werden sehen, es ist gar nicht so schwer, sich selbst ein Urteil zu bilden und mitreden zu können, wenn in der gynäkologischen Sprechstunde wirklich einmal ein ernstes gesundheitliches Problem auftaucht.

Wir möchten, dass Sie einen Wegweiser zu Hause haben, in dem Sie nachlesen können, was eigentlich in der gynäkologischen Sprechstunde genau passiert. Wir

möchten, dass Sie wissen, wie Sie die Diagnose Ihrer Frauenärztin einzuschätzen haben: Ist sie wirklich so schlimm, wie es scheint, oder ist es vielleicht doch nur eine zu beobachtende, harmlose Bagatelle. Und schließlich möchten wir Sie vertraut machen mit den vielen Behandlungsmöglichkeiten, die es in der Gynäkologie gibt – nicht nur mit den medizinischen, sondern auch mit den naturheilkundlichen und fernöstlichen Therapien, soweit wir Erfahrung damit haben.

Wir schildern viele anschauliche Patientinnenbeispiele aus der Praxis, die sich alle so zugetragen haben. Dabei achteten wir sorgfältig darauf, Namen, Alter und Umstände derart zu verändern, dass die Beteiligten nicht erkannt werden können. Angesichts der Tatsache, dass es zwischenzeitlich mehr Frauenärztinnen als -ärzte gibt, benutzen wir zur besseren Lesbarkeit durchgehend die weibliche Form und meinen selbstverständlich immer auch den männlichen Gynäkologen.

Begleiten Sie uns in eine gynäkologische Sprechstunde zur Erforschung der Natur der Frau, und am Ende werden all Ihre Fragen hoffentlich beantwortet sein.

*Barbara Ehret      Mirjam Roepke-Buncsak*



I

# Den eigenen Körper im Blick

# 1 Was Frauen wissen wollen

Frauen interessieren sich brennend für alles, was mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit zu tun hat. Nur selten erhalten sie jedoch Einblicke hinter die Kulissen der Medizin, in die Flut von Vorschriften, Auseinandersetzungen und Neuerungen, mit denen Ärztinnen Tag für Tag konfrontiert werden und die nicht ohne Rückwirkung auf ihre Patientinnen bleiben.

Die Frauenheilkunde ist ein Fach in ständiger Bewegung. Auf verschlungenen Pfaden verlief die Entwicklung aus dunkler Vorzeit über die ersten blutigen Operationen bis heute, wo die Gynäkologie öffentliche Aufmerksamkeit genießt und fast zum Alltag der Frauen gehört.

## Hinter den Kulissen

Schon im Mittelalter gab es große Heilerinnen mit Kenntnissen, die uns heute in Erstaunen versetzen: Trotula von Salerno war eine solche heilkundige Frau. Sie lebte im 11. Jahrhundert (ihre genauen Geburts- und Sterbedaten sind unbekannt) und war Europas erste praktische Ärztin und Gynäkologin. Ihre wissenschaftlichen Abhandlungen klingen noch im 21. Jahrhundert zeitgemäß, wenn sie

etwa darüber schreibt, wie wichtig eine ausgewogene Ernährung und körperliche Betätigung für Frauen ist und wie ungünstig sich Stress und Unruhe auf die Gesundheit auswirken.

In ihren Arbeiten berichtet sie über den Dammschutz während der Geburt sowie Methoden der Damмнаht mit einem Seidenfaden. Auf Sauberkeit bei der Geburtshilfe legte sie großen Wert, und die fruchtbaren Tage waren ihr ebenso bekannt wie Ursachen für Unfruchtbarkeit. In der Einleitung ihrer Schrift *Passionibus Mulierum Curandorum* schreibt sie über die Hemmungen der Frauen, mit einem männlichen Arzt über Beschwerden ihrer Fortpflanzungs- und Sexualorgane zu sprechen. Lange Zeit wurden ihre Manuskripte totgeschwiegen oder ihrem Mann Johannes Platearius zugeschrieben, der ebenfalls Arzt war. Erst im 20. Jahr-

hundert wurden sie wiederentdeckt und gewürdigt.

Ihr folgte Hildegard von Bingen (um 1098–1179), und nicht ohne Grund ist ihr Name noch in aller Munde: Die Klosterfrau hat sich der Frauenheilkunde auf eine fast modern anmutende Weise zugewandt, indem sie sich intensiv mit Frauenerkrankungen auseinandersetzte, die Einheit von Körper, Geist und Seele beschwor und sich damals schon mit Umweltfragen beschäftigte. Man kann sagen, dass sie es war, die die psychosomatische Gynäkologie visionär erdachte, wenn sie über die seelischen Zusammenhänge der Krankheitsentstehung schrieb.

Nach diesen beiden außergewöhnlichen Frauen kam finsterstes Mittelalter. Bilder von unreinen Menstruierenden und sexuellen Weibern beherrschten die Vorstellung der Menschen. Den Lehren des Alten Testaments folgend, wurden die Frauen während und nach ihren Blutungen 14 Tage lang aus der Gesellschaft ausgeschlossen – niemand durfte sie berühren, niemand in ihrer Nähe sein. Und ein Mann, der mit einer menstruierenden Frau schlief, war selbst sieben Tage lang unrein. Diese Menstruationstabus wirken in ländlichen Gegenden bis heute nach.

Den Höhepunkt mittelalterlicher Frauenverfolgung bildeten die Hexenverbrennungen der Inquisition, der Tausende von Heilerinnen und Geburtshelferinnen zum Opfer fielen. Mit ihnen verbrannte ein großer Teil unserer mündlich überlieferten europäischen Heilkultur.

Erst Anfang des 19. Jahrhunderts begann sich die Medizin wieder mit den weib-

lichen Sexualorganen zu beschäftigen. Unter schrecklichen hygienischen Umständen und ohne Betäubung wurden die Unterleibsorgane der Frau operiert. Vier von fünf Frauen überlebten diese Prozedur nicht. Nun war die Geburtshilfe auch nicht mehr länger Sache der Hebammen; die Schwangeren wurden fast zwangsweise zur Entbindung in die Spitäler geholt. Zu Tausenden starben sie dort an Kindbettfieber. Dieser Massenexodus hörte erst auf, als der österreichisch-ungarische Arzt Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) in Wien entdeckte, dass die Ärzte es waren, die infektiöses Material auf die Gebärenden übertrugen. Unter massiven Widerständen seiner Kollegen setzte er Hygienevorschriften und die Händedesinfektion der Geburtshelfer durch.

### **Wege in die weibliche Unabhängigkeit**

Als ich 1973 als Fachärztin eine gynäkologische Praxis gründete, war ich unter lauter männlichen Kollegen die einzige Frau an einem lippischen Kurort, und es hieß damals noch: »Seien Sie froh, dass Sie einen gut verdienenden Mann haben, Frauen wollen sich lieber von Männern behandeln lassen. Sie haben hier wenig Chancen.«

70 Jahre zuvor klang es auch nicht viel anders, als die erste Frau darum kämpfte, das Abitur machen zu dürfen, um später Medizin zu studieren. Das Studium sollte ihr aus »ritterlichen Motiven« verweigert werden, doch die in Ostfriesland geborene Hermine Heusler-Edenhuizen (1872–1955) erstritt es sich – und wurde Gynäkologin. Sie war die erste Frau in Deutschland, der es gestattet war, andere Frauen gynäkologisch zu untersuchen. Später erkannte sie

*Hildegard von Bingen hat sich der Frauenheilkunde auf eine fast modern anmutende Weise zugewandt, indem sie sich intensiv mit Frauenerkrankungen auseinandersetzte.*

die Gefahren des Nationalsozialismus auf medizinischem Gebiet, und im Nachkriegsdeutschland kämpfte sie hartnäckig gegen den Paragraphen 218.

1951 wurde von Carl von Djerassi, Gregory Pincus und John Rock in den USA die Antibabypille erfunden, die 1961 gegen den Widerstand vieler Gynäkologen in Deutschland zugelassen wurde. Im Vergleich zur heutigen Pille hatte sie eine zweihundertfache Wirkstoffkonzentration – und damit furchtbare Nebenwirkungen. Gleichwohl war die sichere Empfängnisverhütung ein wichtiger Schritt zur sexuellen Befreiung und zur Gleichstellung der Frau.

Ein weiterer Meilenstein auf dem Weg in die weibliche Unabhängigkeit war die Diskussion um den Paragraphen 218 in den frühen Siebzigerjahren. Unter dem Motto »Mein Bauch gehört mir« setzten sich Hunderte von Abtreibungsbefürworterinnen und ihre Ärztinnen in einer beispiellosen Medienaktion durch Selbstanzeige der Gefahr aus, hinter Schloss und Riegel gesetzt zu werden. Doch schließlich bewirkten sie eine Lockerung der Gesetzgebung.

In dieser Zeit gewann auch die Frauengesundheitsbewegung an Einfluss. In den Großstädten entstanden feministische Frauengesundheitszentren, die eine Art oppositionelle Bewegung zu den noch immer sehr autoritär geführten medizinischen Einrichtungen bildeten. Hier wurden die Frauen beraten mit dem Ziel, Eigenkompetenz in gesundheitlichen Fragen zu entwickeln und das weibliche Selbstbewusstsein gegenüber der Medizin zu stärken.

### **Irrungen, Wirrungen und der Fortschritt**

Auch in der jüngeren Geschichte der Gynäkologie ist es ziemlich turbulent zugegangen. Zweifellos hat die Wissenschaft Entscheidendes zur Gesundheit der Frauen beigetragen. Es gab aber auch zahlreiche Fehlentwicklungen, die lange als Fortschritt gefeiert wurden, dann aber klammheimlich wieder zurückgenommen wurden. Beispiele dafür existieren genug: Die zeitlich geplante, sogenannte getimte Geburt in den Siebzigerjahren erwies sich als ein solcher Fehlschlag. Es war in dieser Zeit üblich, Entbindungen zum Geburtstermin mit Medikamenten einzuleiten. Dies stellte sich jedoch als gefährliche Vorgehensweise heraus, durch die Mutter und Kind zu Schaden kamen. Heute ist die getimte Geburt in neuem Gewand wieder aufgetaucht – als Wunschkaiserschnitt, der, wie später noch erläutert wird, ebenso wenig der Gesundheit von Mutter und Kind dienlich ist und mehr dem Wunsch der Geburtshelfer als dem der Frauen entspricht.

Auch andere Behandlungsmethoden, die in den Sechziger- und Anfang der Siebzigerjahre zum gynäkologischen Therapiestandard gehörten, sind heute nicht mehr gebräuchlich. So wurde bei fast jeder zweiten Frau aufgrund einer harmlosen Veränderung des Gebärmuttermunds ein aus heutiger Sicht unnötiger Kegelschnitt durchgeführt. Dieser erhöhte die Gefahr, eine Fehlgeburt zu erleiden, und musste im Falle einer Schwangerschaft durch eine andere Operation, dem Zusammenraffen des Gebärmutterhalses (Cerclage), wieder korrigiert werden. Bei zahlreichen Frauen wurde damals auch die zurückverlagerte Gebärmutter (Retroflexio uteri) operativ

*Behandlungsmethoden, die in den Sechziger- und Anfang der Siebzigerjahre zum gynäkologischen Therapiestandard gehörten, haben sich oft als schädlich erwiesen.*

nach vorn gelegt, ein chirurgischer Eingriff, der vielen große gesundheitliche Probleme machte. Heute gehört diese Korrektur, Antefixation genannt, der Vergangenheit an, weil klar ist, dass die Rückwärtslage des Uterus keinerlei Krankheitswert besitzt. Ende der Siebzigerjahre hieß es dann plötzlich, dass sich eine Frau im Alter von 40 Jahren die Gebärmutter vorsorglich durch einen Bauchschnitt oder durch die Scheide entfernen lassen sollte. Hätten sich die Frauen nicht gewehrt, gäbe es heute kaum noch eine ältere Frau mit intakten Unterleibsorganen.

Die Operationsmethoden und diagnostischen Techniken der modernen Gynäkologie wurden in den vergangenen Jahrzehnten ständig verfeinert. Die früher als Knopflochchirurgie bezeichnete Bauchspiegelungsoperation (für die Gynäkologie entwickelt von Professor Kurt Semm, Kiel) ist heute Standard bei zahlreichen Eingriffen. Eine ebenso große Pionierleistung, die Erfindung der künstlichen Befruchtung (In-vitro-Fertilisation, IVF) durch die englischen Ärzte Patrick Steptoe und Robert Edwards, hat sich breit etabliert.

Die fortschreitenden technischen Errungenschaften brachten aber auch die ethisch-moralischen Grundlagen der Frauenheilkunde ins Wanken. Die Grenzen des Lebens verwischen sich, und die Möglichkeiten und Folgen der vorgeburtlichen Diagnostik stürzen Ärzte wie Frauen oft in schwere Konflikte.

### **Medizinischer Fortschritt und mündige Patientin**

Verschieben wir die Kulissen und wagen wir einen Blick in die Zukunft. Inzwischen sind Frauenärztinnen an der Tages-

ordnung. Mehr als die Hälfte aller Praxen wird von Gynäkologinnen geführt, und die Patientinnen können fast überall wählen, ob sie sich von einer Frau oder einem Mann behandeln lassen wollen. Es wird weiterhin wissenschaftliche Fortschritte, aber auch Irrtümer geben. Über so aktuelle Fragen wie die Hormonersatztherapie, das Mammografiescreening oder die HPV-Impfung, eine Reihenimpfung junger Mädchen zur Verhütung von Gebärmutterhalskrebs, herrschen, wie wir noch zeigen werden, durchaus Uneinigkeit und heftige Diskussion. Womöglich wird sich erst in 20 Jahren herausstellen, welche Vorsorgeprogramme greifen und ob die Krebssterblichkeit durch sie tatsächlich gesenkt werden kann.

Wir können davon ausgehen, dass die Medizin in Zukunft komplizierter wird und noch mehr Einfluss auf das Alltagsleben der Menschen haben wird. Hinzu kommt, dass das Patientin-Ärztin-Verhältnis zunehmend von privatwirtschaftlichen Interessen bestimmt wird und die Handlungsspielräume der Ärztinnen kleiner werden. Beratende Betreuung wird vom Gesundheitssystem geringer honoriert als technische Leistungen. Folglich haben auch engagierte und wohlmeinende Gynäkologinnen immer weniger Zeit, über Wirkungen und Nebenwirkungen einer Behandlung ausführlich Auskunft zu geben. Diese Entwicklung ist für die Patientinnen spürbar, aber noch schwer zu durchschauen.

Vor diesem Hintergrund sind die Frauen aufgefordert, sich selbst Gedanken zu machen über das Für und Wider neu entwickelter medizinischer Methoden. Bereits heute gibt es einen deutlichen Trend,

*Die fortschreitenden technischen Errungenschaften brachten die ethisch-moralischen Grundlagen der Frauenheilkunde ins Wanken.*

sich dort behandeln lassen, wo die Patientin sich gut aufgehoben fühlt, und nicht an dem Ort, wo die meiste Technik angeboten wird. Die Entwicklung zur mündigen Patientin wird sich beschleunigen, ebenso wird die Informationsbereitschaft der Frauen zunehmen. So werden sie noch besser lernen, ihren eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen zu vertrauen und ihre inneren Kräfte zu mobilisieren. Sie werden sich nicht mehr reglementieren lassen, sondern in der gynäkologischen Sprechstunde als gleichberechtigte Partnerin auftreten.

### Achtung, gynäkologische Untersuchung!

Die meisten Frauen suchen ziemlich regelmäßig ihre Gynäkologin auf, aber eine Routineangelegenheit ist dieser Besuch nur selten. Je näher der Termin rückt, desto unruhiger werden viele, und die Angst, dass etwas entdeckt wird, verursacht manchmal sogar schlaflose Nächte. Auch sehr selbstbewusste Frauen fühlen sich oft nicht ganz wohl in ihrer Haut, wenn eine gynäkologische Untersuchung ansteht.

Dieses Unbehagen verstehe ich gut: Schließlich weiß fast jede Patientin von einer Bekannten oder Freundin zu berichten, bei der bei einer solchen Untersuchung eine Krankheit festgestellt wurde. Außerdem kostet es Überwindung, auf den gynäkologischen Stuhl zu steigen. Das Vorzeigen des Intimbereichs und das Betasten und Behandeln durch einen fremden Menschen passt nicht in unsere Gefühlswelt. Diese Position ist in unserer Tradition dem vertrauten Sexualpartner

vorbehalten. Alles andere löst Fluchreflexe aus, die bei der Gynäkologin unterdrückt werden müssen. Für viele Frauen ist das ein schwieriges Unterfangen.

#### Ein guter Rat

- *Ein Besuch in der gynäkologischen Praxis ist ein sehr spezielles Ereignis. Gefühle wie Angst und Scham sind in dieser Ausnahmesituation normal. Machen Sie sich darüber also keine Gedanken. Es gilt eher, achtsam zu sein und die Begegnung mit der Frauenärztin genau zu beobachten.*

#### Der kritische Blick in die Praxis

Nehmen Sie die von Ihnen regelmäßig besuchte gynäkologische Praxis kritisch unter die Lupe und lassen Sie die Atmosphäre auf sich wirken: Handelt es sich um eine moderne Praxis mit bequemen Stühlen, mit einer Kinderspielecke und freundlichen Bildern an den Wänden oder ist das Mobiliar lieblos ausgesucht, zu kühl oder zu altmodisch? Achten Sie darauf, was Ihnen begegnet:

- Schaut eine Arzthelferin auf, wenn Sie eintreten, erwidert sie Ihren Gruß? Kommt sie freundlich auf Sie zu oder verschanzte sie sich hinter ihrem PC und signalisiert Abwehr?
- Werden die Fragen nach Alter und Wünschen diskret und nur für Sie hörbar gestellt oder bekommt die ganze Praxis mit, welche Medikamente Sie einnehmen?
- Pannen wie längere Wartezeiten, vergessene Rezepte oder Telefonate zur Unzeit können passieren. Wie geht die Arzthelferin damit um? Entschuldigt sie sich

und erklärt die Situation? Oder reagiert sie gereizt und womöglich mit Schuldzuweisungen?

- Wie sieht es im Wartezimmer aus? Gibt es interessante Zeitschriften oder nur schick aufgemachte Broschüren von Pharmafirmen beziehungsweise Kataloge mit privat zu zahlenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen), Lifestyleprodukten und kosmetischen Eingriffen?
- Werden Sie über selbst zu zahlende IGeL-Leistungen gut informiert, wenn Sie daran interessiert sind? Oder haben Sie das Gefühl, mehr oder weniger sanft unter Druck gesetzt zu werden, damit Sie einen Behandlungsvertrag unterschreiben?

Falls Sie entsprechende Beanstandungen haben, sagen Sie das der Arzthelferin oder der Ärztin. Treffen Sie auf Unverständnis, sind Sie nicht am richtigen Ort.

### Das Gespräch mit der Frauenärztin

Nun ist es so weit, Sie werden aufgerufen: Die Arzthelferin bringt Sie ins Sprechzimmer und bittet Sie, auf dem Stuhl vor dem Schreibtisch Platz zu nehmen. Die »Machen Sie sich schon mal frei«- oder »Nehmen Sie auf dem Gynstuhl Platz der Doktor kommt gleich«-Versionen sind heute eher selten anzutreffen. Wenn doch, sollten Sie sich dagegen verwahren. Schauen Sie sich nach einer Kabine oder einem Paravent um. Das Ausziehen vor den Augen der Gynäkologin ist nicht gerade angenehm.

Nach der Begrüßung wird die Ärztin zunächst nach Ihrem Befinden und Ihrem Anliegen fragen. Wenn Sie zum ersten Mal in der Praxis sind, macht sie danach eine Anamnese, eine gesundheitliche Er-

hebung: Sie fragt nach Krankheiten in der Familie, nach Ihren früheren Erkrankungen, nach der ersten und letzten Regel, nach Geburten und Fehlgeburten, nach Medikamenten und vielleicht auch nach besonderen Lebensereignissen, Ihrer jetzigen Lebenssituation und – wenn erforderlich – nach der Sexualität.

### Ein guter Rat

- *Für die meisten Patientinnen ist es schwer, sich in der kurzen Zeit, die während der Sprechstunde zur Verfügung steht, an alle wichtigen Fakten ihrer Krankheitsgeschichte zu erinnern. Viele sind aufgeregt und stellen anschließend fest, dass sie auch vergessen haben, Wichtiges zu fragen. Schreiben Sie vor dem Besuch in der Praxis Ihre medizinische Vorgeschichte und die Namen der Medikamente auf, die Sie regelmäßig einnehmen. Notieren Sie stichwortartig Ihr Anliegen an die Ärztin. Wenn Sie Fragen haben, stellen Sie diese deutlich und ausdrücklich zu Beginn der Sprechstunde. Achten Sie darauf, dass sie erschöpfend beantwortet werden. Diese Vorbereitung macht Sie sicher, und das Gespräch wird dadurch effektiver.*

Dann wird sich das Augenmerk der Ärztin auf Ihr aktuelles Anliegen richten. Sie wird beispielsweise über Blutungsunregelmäßigkeiten, Schmerzen, Ausfluss, Blasenschwäche oder Wechseljahresbeschwerden Bescheid wissen wollen. Ein solches Gespräch muss nicht länger als fünf bis zehn Minuten dauern, in dieser Zeit hat die Ärztin die wichtigsten Infor-

mationen für die nachfolgende Untersuchung zusammen.

Viele Frauen haben ein großes Bedürfnis, ihre Probleme mitzuteilen, und sie fühlen sich schon erleichtert, wenn ihnen jemand zuhört. Sie sind unzufrieden, wenn Sie nur untersucht und Laborwerte bestimmt werden. Zu Recht: Besonders gynäkologische Beschwerden sind oft eng verwoben mit den speziellen Lebensbelastungen von Frauen.

### Die Untersuchung beginnt

Es gibt schwarze, weiße oder farbige gynäkologische Stühle, ausgestattet mit modernem Design und Hebemechanik oder mit einem eher martialisch anmutenden Äußeren. Unabhängig davon: Für Frauen ist dieser Stuhl immer etwas sehr Fremdes. Man kann es drehen und wenden, wie man will, und es mag medizinisch noch so sinnvoll sein, Frauen haben ein mulmiges Gefühl, wenn sie sich auf diesen Stuhl setzen.

#### Ein guter Rat

- *Vielleicht gehören Sie zu den Patientinnen, die mit ängstlicher Verspannung auf den gynäkologischen Stuhl steigen. Sagen Sie das der Ärztin, und teilen Sie ihr auch mit, falls Sie das letzte Mal Schmerzen bei der Untersuchung hatten. Dann wird sie besonders vorsichtig sein und vielleicht ein kleineres Untersuchungsgerät benutzen.*

Eine junge Patientin von mir hat das einmal so ausgedrückt: »Der Stuhl kommt mir vor wie ein mittelalterliches Folter-

instrument. Ich liege wie ein Käfer auf dem Rücken und lasse mich befummeln.« Eine Sichtweise, die ausdrückt, dass diese Position auch sexuelle Assoziationen weckt. Aus diesem Grund sind Frauenärzte verpflichtet, nicht allein zu untersuchen, sondern eine Arzthelferin in das Behandlungszimmer zu bitten.

#### Ein guter Rat

- *Versuchen Sie zur Entspannung Folgendes: Nehmen Sie gedanklich Ihr Herz in beide Hände und setzen Sie sich schwungvoll und laut aufseufzend (das beruhigt) auf den Stuhl. Wenn Sie liegen, bitten Sie die Ärztin, noch einen Moment zu warten. Sie drücken den Po fest auf die Unterlage und rutschen etwas nach vorn. Hüsteln Sie einmal, damit betätigen Sie kurz die Bauchpresse und öffnen auf diese Weise aktiv die Scheide. Wenn Sie in der richtigen Position sind, geben Sie das zu erkennen. Die Untersuchung kann nun beginnen.*

Zur Untersuchung sitzt die Ärztin zunächst auf einem Hocker vor Ihnen und prüft Schamhügel, die großen Schamlippen, die kleinen Schamlippen, den Kitzler (Klitoris) mit Umgebung und den After auf Veränderungen wie kleine Geschwüre, Verhornungen oder Entzündungen.

Dann nimmt sie ein (hoffentlich) angewärmtes Spekulum (übersetzt: »Spiegel«), ein Gerät aus Kunststoff oder Metall, feuchtet es an, damit es gleitfähig wird, öffnet die Schamlippen und führt es vorsichtig in die Scheide ein. Nun können die Scheide und der Muttermund betrach-

tet werden. Besteht der Verdacht auf eine Entzündung, wird ein Abstrich von der Scheidenflüssigkeit entnommen, der später unter dem Mikroskop auf Bakterien und Pilze hin ausgewertet wird. Wenn ein Krebsabstrich ansteht, wird dieser vom Muttermund und aus dem Gebärmutterhalskanal mit einem Spatel, einem Bürstchen oder Watteträger entnommen.

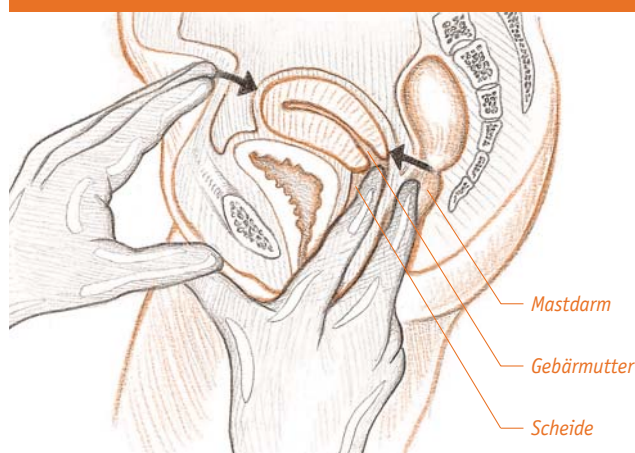
Wenn nötig, sieht die Ärztin den Muttermund mit einem Kolposkop an, eine Art Mikroskop für gynäkologische Untersuchungen. Bei Verdacht auf eine Gebärmutterensenkung kann sie die Patientin bitten, einmal kurz durch einen Hustenstoß die Bauchpresse zu betätigen. Dann sieht sie, ob die Gebärmutter nach unten drängt und sich Blase und Darm in Richtung Scheide vorwölben. Manchmal geht dabei ein wenig Urin ab, das ist ein Zeichen für eine Blasenschwäche.

Bei der anschließenden Tastuntersuchung steht die Ärztin auf. Sie legt die eine Hand auf den Unterbauch der Patientin und fühlt ihn auf Veränderungen ab. Auch die Beschaffenheit und eine eventuelle Abwehrspannung der Bauchdecke ist von Interesse. Ist zum Beispiel die Gebärmutter vergrößert, wie bei einer Schwangerschaft oder einem Myom, ist das durch die Bauchdecke zu ertasten.

Um ganz genau zu sein, muss die Ärztin jedoch »bimanuell«, also mit beiden Händen, untersuchen. Sie lässt die eine Hand auf dem Bauch liegen und öffnet zumeist mit Daumen und Ringfinger der zweiten Hand die äußere Scheide und fühlt vorsichtig zunächst mit einem, dann, wenn möglich, zwei Fingern die Beschaffenheit der Scheide: ihre Enge oder Weite und

vielleicht auch ihre Verkrampfung. Die Ärztin tastet sich vor bis zum Muttermund, das ist der untere kirschförmige Teil der birnenförmigen Gebärmutter, der in die Scheide hineinreicht. Manchmal ist es erforderlich, mit dem Zeigefinger in der Scheide und gleichzeitig mit dem Mittelfinger durch den Enddarm zu untersuchen.

### Die frauenärztliche Tastuntersuchung der Unterleibsorgane mit beiden Händen



### Ein guter Rat

- Wenn es Sie interessiert, nehmen Sie einen Handspiegel, setzen sich auf Ihr Bett und schauen sich Ihren äußeren Geschlechtsbereich an. Ziehen Sie die Schamlippen etwas auseinander, dann können Sie auch den Scheideneingang erkennen. Möchten Sie wissen, was eine Ärztin bei der Tastuntersuchung fühlt, packen Sie eine kleine Birne oder einen kleinen Apfel in eine Bettdecke

*und versuchen Sie dessen Form und Beschaffenheit möglichst genau zwischen Ihren beiden Händen zu beurteilen.*

Um die inneren Unterleibsorgane zu untersuchen, nimmt die Gynäkologin die Gebärmutter zwischen die innere und äußere Hand und schiebt sie vorsichtig hin und her. Damit kann sie die Lage und Größe, die Beschaffenheit und die Beweglichkeit des Uterus beurteilen.

Anschließend tastet sie mit der inneren Hand den Organbereich rechts und links neben der Gebärmutter ab, dort liegen sehr geschützt Eileiter und Eierstöcke. Die Eierstöcke sind nur zu fühlen, wenn sie stark vergrößert sind; eine schmerzhaft veränderte Eierstockumgebung oder geschwollene Eileiter sind auf diese Weise schnell zu erkennen. Wenn Sie alles genau wissen möchten, bitten Sie die Ärztin, während der Untersuchung zu beschreiben, was sie sieht oder tastet.

Durch eine Darmuntersuchung erhält sie Informationen über den Zustand des Enddarmes und kann durch die Darmwand hindurch auch die Gebärmutter beurteilen. Danach wird die Ärztin Ihre Brust untersuchen. Eine eingehende Brustuntersuchung gehört zur Krebsfrüherkennung, sollte aber auch bei anderen gynäkologischen Terminen mindestens einmal jährlich mit großer Sorgfalt durchgeführt werden. Es ist wichtig, dass sich die Ärztin dafür ausreichend Zeit lässt. Geprüft werden Symmetrie, Beschaffenheit und Farbe der Brustwarze, die Glätte und Verschiebbarkeit der Haut und die Form der

Brüste. Schließlich werden alle Schichten der Brust und die Achselregion auf Verhärtungen abgetastet.

Auch für eine erfahrene Gynäkologin ist es nicht leicht, kleine Knoten zu tasten. Es ist hilfreich, wenn Sie kurz vor dem Besuch bei Ihrer Frauenärztin Ihre Brust selbst untersuchen (s.S. 326 u. 327) und ihr mitteilen, wenn Sie etwas Auffälliges gefunden haben. So lernen Sie auch die Beschaffenheit und die zyklischen Veränderungen Ihrer Brust kennen.

Sehr wichtig: Falls Sie selbst eine Veränderung bemerkt haben, die nicht verschwindet, bestehen Sie auf eine genaue Abklärung. Fast zwei Drittel der Brusttumore werden eigenhändig bemerkt, obwohl diese Frauen regelmäßig zur Untersuchung waren, manchmal auch trotz Mammografie oder Ultraschall.

### **Mit welchen Instrumenten wird untersucht?**

Zur gynäkologischen Untersuchung benutzt die Frauenärztin folgende technische Geräte:

*Spekulum:* Mithilfe dieses medizinischen Instruments, das zumeist aus Metall, seltener aus Kunststoff besteht, wird die Scheide geöffnet, um den Blick bis zum Muttermund freizugeben. Es existieren unterschiedlich geformte Spiegel. Sehr gebräuchlich ist der Löffelspiegel, ein zweigeteiltes Spekulum mit einem vorderen und einem hinteren Blatt, das mit zwei Händen gehalten werden muss. Das Entenschnabelspekulum wiederum wird mit einer Hand bedient, man dreht es sanft in die Scheide hinein, erst innen wird es geöffnet.

*Auch für eine erfahrene Gynäkologin ist es nicht leicht, kleine Knoten in der Brust zu tasten.*

*Kolposkop:* Dies ist ein optisches Gerät, das stark vergrößert. Es ist am gynäkologischen Stuhl befestigt, die Ärztin kann damit auch kleine Veränderungen in der Scheide und am Muttermund erkennen. Auf diese Weise lässt sich der Krebsabstrich gezielter entnehmen. Die Kolposkopie gehört nicht zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung.

*Mikroskop:* Es gehört an jeden Untersuchungsplatz. Bei Anzeichen einer Scheidenentzündung wird eine kleine Menge Scheidenflüssigkeit auf einen Objektträger gestrichen, eventuell gefärbt, mit einem Deckgläschen zugedeckt und unter dem Mikroskop auf Bakterien und Pilze untersucht. Durch Zusatz von speziellen Flüssigkeiten kann auch die Art bestimmter Bakterien festgestellt werden.

*Ultraschallgerät (Sonografie):* Das Ultraschallgerät ist aus der gynäkologischen Praxis nicht mehr wegzudenken. Nicht hörbare Schallwellen zwischen 1 bis 10 Megahertz werden in den Körper geschickt und brechen sich an jedem Gewebe, das sie durchdringen, auf andere Weise. So werden die einzelnen Organe nahezu »durchsichtig« und sind mit ihren unterschiedlichen Gewebeschichten wie ein Bilderbuch auf dem Monitor zu erkennen. Die Sonografie hat keinerlei schädigenden Einfluss auf den Körper. Vor jeder Untersuchung wird ein Gel auf den Schallkopf gegeben, um einen sicheren Kontakt zu gewährleisten.

Ein gynäkologisches Ultraschallgerät hat üblicherweise drei Schallköpfe: einen Bauchschallkopf (abdominale Sonografie) zur Beurteilung der Bauchorgane

durch die Bauchdecke; durch ihn erhält man zum Beispiel Auskunft über gröbere Veränderungen oder eine fortgeschrittene Schwangerschaft. Weiterhin gibt es den Scheidenschallkopf (vaginale Sonografie), dieser wird wie ein nach oben abgerundeter Stab in die Scheide eingeführt. Er vermittelt ein sehr genaues Bild der Gebärmutter, der Gebärmutterhöhle und der Eierstöcke, auch Schwangerschaften sind dadurch früh zu erkennen. Eileiter und Veränderungen des Bauchfells (Peritoneum) wie etwa Endometrioseherde (Absiedelungen von Gebärmutter Schleimhaut) lassen sich dagegen mit diesem Gerät nicht gut darstellen.

Der Brustschallkopf (Mammasonografie) dient der Brustuntersuchung und ist vor allem dazu geeignet, tastbare Veränderungen zu beurteilen. Es lassen sich damit etwa gutartige, mit Flüssigkeit gefüllte Zysten von festen Tumoren unterscheiden. Der Brustultraschall ergänzt die Tastuntersuchung der Brust und die Mammografie. Ultraschalluntersuchungen gehören nicht zur Krebsfrüherkennung und werden oft als Selbstzahlerleistungen (IGeL, s.S. 28, 29, 30) angeboten.

### Ein guter Rat

- *Die Ultraschalluntersuchung ist ohne Zweifel ein wichtiges Verfahren, mit dem man auch kleine Veränderungen erkennen kann. Es werden jedoch auch unbedeutende und ungefährliche Befunde wie beispielsweise kleine Myome oder Zysten am Eierstock entdeckt, die vor der Ära des Ultraschalls verborgen blieben. Diese Technik, die eigentlich zur Sicherheit*

*beitragen soll, kann auf diese Weise verunsichern und eventuell sogar zu überflüssigen und voreiligen Therapien Anlass geben.*

### **Aus eigener Tasche: Selbstzahlerleistungen**

»Aber warum muss ich denn die Kosten für die Mammografie plötzlich selbst bezahlen? Früher schickte mich mein Frauenarzt jedes Jahr zum Bruströntgen«, schimpft eine Frau, die ihre Brust regelmäßig untersuchen lässt, weil ihre Mutter an Brustkrebs gestorben ist. Eine andere Patientin, die zum dritten Mal schwanger ist, versteht die Welt nicht mehr: »Die Ultraschalluntersuchung zur Überwachung meines Babys ist beim ersten Kind alle vier Wochen durchgeführt worden – und jetzt sollen nur drei Untersuchungen während der ganzen Schwangerschaft genügen, und alle weiteren Sonografien kosten Geld? Das kann doch nicht wahr sein!« So oder so ähnlich beklagen sich Frauen angesichts der ständig wachsenden Flut an Selbstzahlerangeboten in der gynäkologischen Praxis. Sie möchten wissen, welche Leistungen etwas für die Gesundheit bringen und auf welche sie verzichten können. Und sie fragen sich zu Recht, weshalb eine medizinische Behandlung heutzutage aus eigener Tasche bezahlt werden muss, die früher zu den Selbstverständlichkeiten einer Praxis gehörte.

Schon immer galt die Vorschrift, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für ärztliche Untersuchungen und Behandlungen nur übernehmen, wenn diese notwendig, medizinisch sinnvoll und

wirtschaftlich sind. In Zeiten, in denen die Krankenkassenbeiträge kräftig sprudelten, konnte diese Bestimmung großzügig ausgelegt werden. Es wurden viele Untersuchungen und Therapien verordnet, die, streng genommen, diesem Maßstab nicht entsprachen. Bei schwindenden Krankeneinnahmen und höher werdenden Ausgaben verengten sich die Handlungsspielräume jedoch: Im März 1998 erschien schließlich ein Empfehlungskatalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit zunächst 79 ärztlichen Leistungen, die entweder nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehörten oder nur noch unter bestimmten Voraussetzungen von den Kassen bezahlt werden. Es war die Geburtsstunde der IGeL-Leistungen, eine Abkürzung für individuelle Gesundheitsleistungen, also ärztlichen Tätigkeiten, die Patienten von nun an selbst zu bezahlen hatten – wenn sie sie denn haben wollten. Diese Selbstzahlerangebote eroberten die Praxen im Sturm. Inzwischen gibt es mehr als 300 IGeL-Angebote.

Für die Mediziner war die Kommerzialisierung der ärztlichen Tätigkeit in dieser Form etwas völlig Neues, und die Unterteilung der ärztlichen Tätigkeit in Leistungen, die von der Kasse bezahlt werden oder nur privat berechnet werden können, macht vielen Ärzten zu schaffen. Sie sehen mit Sorge, dass der ärztliche Stand mehr und mehr von wirtschaftlichen Interessen beherrscht wird, die dazu verleiten, das Vertrauen der Patienten zu missbrauchen, indem überflüssige, manchmal sogar schädliche Leistungen sowie arztfremde Wellness- und Lifestyleangebote vermarktet werden. Wer aber nicht mitmacht – so

scheint es –, wird den Existenzkampf nur schwer überstehen.

Die anfängliche Unruhe über diesen Weg, »die Patienten an der Misere der Ärzte teilhaben zu lassen« – wie es in einem gynäkologischen Fachblatt hieß –, hat sich inzwischen gelegt. Manche Praxen sind nach einschlägiger Marketingschulung – oft durch die Pharmaindustrie («Wie mache ich meine Patientin neugierig») – zu Verkaufszentren geworden, und es führt kein Weg an einer freundlichen Arzthelferin vorbei, die einen Vertrag über eine Zusatzleistung zur Unterschrift bereithält.

So manche finanziell gut gestellte Patientin mag zufrieden sein mit dieser Rundumversorgung. Anderen fällt es schwer, das Geld aus eigener Tasche zu zahlen. Sie trauen sich aber nicht, diese Zusatzleistungen abzulehnen, weil sie befürchten, eine für ihre Gesundheit wichtige Untersuchung zu verpassen oder sich vielleicht das Wohlwollen ihrer Ärztin zu verscherzen.

Folgende Orientierungshilfe für die wichtigsten Selbstzahlerleistungen wurde gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe von Gynäkologinnen aus dem Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) zusammengestellt und veröffentlicht:

*Scheidenultraschall (vaginale Sonografie):* Es ist nicht erwiesen, dass diese Zusatzuntersuchung – auch »Krebsvorsorge plus« genannt – zur Früherkennung schwerer Erkrankungen wie etwa dem Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom) beiträgt. Haben Sie jedoch Beschwerden oder einen auf-

fälligen Tastbefund, bezahlen die Krankenkassen eine Ultraschalluntersuchung zur Abklärung der Ursachen. Eine Sonografie zur Spiralenkontrolle wird von den Kassen nicht bezahlt. Sie sollte etwa jährlich durchgeführt werden.

Nur sehr selten, zumeist bei älteren Frauen, können Zysten der Eierstöcke bösartig werden. Eine solche Entwicklung kann im Ultraschall erkennbar sein. Auch wenn die Wahrscheinlichkeit statistisch nur äußerst gering ist, wird bei einer solchen Untersuchung gelegentlich ein bösartiger Tumor rechtzeitig erkannt. Das ist dann wie ein Sechser im Lotto.  
Kosten: 30–80 Euro

*Tumormarkerbestimmung:* Tumormarker sind verschiedene Eiweißstoffe oder andere biologische Substanzen, die auf einen bösartigen Tumor hinweisen können. Ihre Bestimmung im Blut eignet sich nicht zur Krebsfrüherkennung und nicht zur -diagnostik. Zur Verlaufsbeurteilung einer Krebserkrankung können Tumormarker im Einzelfall sinnvoll sein.  
Kosten: circa 110 Euro

*Dünnschichtzytologie (Thin-Prep-Test):* Diese Methode, die es ermöglicht, den Krebsabstrich flüssigkeitsgestützt zu fixieren, soll die Beurteilbarkeit einer möglichen Krebserkrankung etwas verbessern, weil Zellüberlagerungen vermieden werden. Ein eindeutiger Vorteil liegt nach wissenschaftlichen Untersuchungen nicht vor. Die Dünnschichtzytologie kann auch zur Testung auf HPV-Viren (Humanpathogene-Papilloma-Viren, sie können Gebärmutterhalskrebs auslösen) herangezogen werden.  
Kosten: 50–70 Euro

*Die Frauen trauen sich nicht, die Zusatzleistungen abzulehnen, weil sie befürchten, sich vielleicht das Wohlwollen ihrer Ärztin zu verscherzen.*

*Die Bestimmung der Östrogene und Gestagene ist nicht sehr sinnvoll, da sich diese Hormone täglich ändern.*

**HPV-Abstrich:** Dieser Abstrich wird als Zusatz zum Pap-Abstrich (Zellabstrich vom Gebärmuttermund) angeboten, da bekannt ist, dass der Gebärmutterhalskrebs durch Humanpathogene-Papilloma-Viren verursacht wird. Weil das Virus bei den fünfzehn- bis fünfundzwanzigjährigen Frauen bis zu 80 Prozent vorhanden ist und nur im Ausnahmefall nach 10 bis 20 Jahren eine Krebserkrankung entsteht, ist ein HPV-Test – wenn überhaupt – erst ab dem dreißigsten Lebensjahr sinnvoll. Ein wissenschaftlicher Nachweis, dass dadurch die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs sinkt, ist bisher nicht geführt worden.

Kosten: 50–70 Euro

**Mammografie:** Eine routinemäßige Röntgenaufnahme der Brust ohne verdächtigen Befund gehörte auch vor Einführung des Brustkrebscreenings (Reihenuntersuchung) nicht zu den Krankenkassenleistungen. Die Kassen bezahlen die Mammografie jedoch, wenn eine krankhafte Veränderung der Brust zu bemerken ist, beispielsweise ein verhärteter Bezirk, Brustzysten zu tasten oder eingezogene Brustwarzen zu erkennen sind (s. auch S. 338).

Kosten: 60–90 Euro

**Brustultraschall:** Es ist nicht ausreichend erwiesen, dass der Brustultraschall zur Früherkennung eines Brustkrebses beiträgt. Die untersuchende Ärztin muss über eine spezielle Ausbildung, ausreichende Erfahrung und über ein besonderes Gerät verfügen. Liegen Brustzysten oder Verhärtungen vor, übernehmen die Krankenkassen die Kosten für die Abklärung.

Kosten: 30–40 Euro

**Hormonuntersuchungen:** Die Bestimmung des follikelstimulierenden Hormons (FSH) der Hirnanhangsdrüse kann in den Wechseljahren sinnvoll sein, um anhand der steigenden Werte zu erfahren, ob die Menopause bald eintritt. Dies gilt besonders für Frauen, die keine Blutungen mehr haben, weil die Gebärmutter entfernt wurde. Der FSH-Wert kann dann Auskunft darüber geben, ob und wie stark die Eierstöcke noch aktiv sind.

Die Bestimmung der Östrogene und Gestagene ist nicht sehr sinnvoll, da sich diese Hormone täglich ändern, und die Behandlung von Wechseljahresbeschwerden nicht vom Hormonspiegel, sondern vom Ausmaß der Störungen abhängt. Auch in der Menopause sind Hormonuntersuchungen überflüssig, weil die Eierstöcke ihre Hormonproduktion eingestellt haben und folglich kaum noch Östrogene im Blut zu messen sind. Bei krankhaften Hormonstörungen werden Hormonuntersuchungen von den Krankenkassen bezahlt.

Kosten: circa 100 Euro

**Haarausfall, hormonelle Abklärung:** Dünnnes Haar gilt als kosmetisches Problem. Bei mäßigem Haarausfall ist die Laboruntersuchung keine Kassenleistung und hilft auch selten weiter. Bei älteren Frauen ist ein dünnes Haarkleid zumeist genetisch bedingt. Auch hier ist der Nutzen einer Hormonuntersuchung sehr fraglich. Bei krankhaftem Haarausfall bezahlen die Kassen die Untersuchung.

Kosten: circa 80 Euro

**Knochendichtemessung (KDM):** Die Knochendichtemessung in der gynäkologischen Praxis erfolgt meist durch Ultraschall. Sie ergibt nur einen ungefähren

Anhaltspunkt der derzeitigen Knochendichte und sagt wenig über das Bestehen einer Osteoporose (Knochenschwund) oder über die Knochenbrüchigkeit aus. Der Dachverband Osteologie (DVO) hat klar geurteilt: Es stehen zurzeit keine Geräte zur Verfügung, die den Anforderungen an ein Knochen screening gerecht werden. Nach einem Knochenbruch wird die Knochendichtemessung von den Krankenkassen bezahlt.

Kosten: 30–50 Euro

Bei der Schwangerenvorsorge gibt es folgende Selbstzahlerleistungen:

*Ultraschalluntersuchungen (durch die Scheide oder die Bauchdecke):* In den Mutterschaftsrichtlinien sind drei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen. Mehr sind zur Beurteilung des Kindes medizinisch auch nicht erforderlich. Bei der zweiten Ultraschalluntersuchung, dem sogenannten Organultraschall, wird speziell auf Fehlbildungen geachtet. Manche Praxen verfügen über ein 3-D-Ultraschallgerät (sogenanntes Baby-Fernsehen), einen medizinischen Vorteil hat dieses dreidimensionale Bild auf dem Monitor jedoch nicht. Finden sich Auffälligkeiten bei der Ultraschalluntersuchung, bezahlt die Krankenkasse zusätzliche Spezialultraschalluntersuchungen.

Kosten: 30–50 Euro; Organultraschall: circa 100 Euro

### Ein guter Rat

- *Wir leben in einer visuellen Gesellschaft: Wenn Sie Freude daran haben, Ihr Baby im Mutterleib heranwachsen zu sehen, leisten Sie sich doch hin und wieder einen*

*Ultraschall, auch wenn er keine Vorteile für das Kind bringt. Nur lassen Sie sich nicht einreden, zusätzliche Sonografien seien zur Überwachung des Kindes notwendig.*

*Erstsemesterscreening:* Diese relativ stör anfällige Kombimethode zur Pränataldiagnostik (vorgeburtliche Diagnostik des Kindes) liefert Risikoberechnungen für das Downsyndrom (spezielle Genommutation, die neben einer körperlichen Beeinträchtigung auch eine geistige verursacht) und einige andere Behinderungen, aber keine exakten Aussagen. Die Berechnungen setzen sich zusammen aus verschiedenen Blutuntersuchungen und der Nackenfaltenmessung des Embryos. Für Frauen über 35 Jahren kann eine solche Untersuchung gelegentlich die Entscheidung für oder gegen eine Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie (s. S. 170, 171) erleichtern.

Kosten: 80–120 Euro

*Antikörpertest auf Ringelröteln und Windpocken:* Eine vorsorgliche Bestimmung in der Schwangerschaft ist nicht sinnvoll, da sie keine Konsequenzen hat. Bei Kontakt mit erkrankten Personen werden entsprechende Untersuchungen und eventuelle Behandlungen als Kassenleistung durchgeführt. Vor der Schwangerschaft kann eine Impfung gegen Windpocken sinnvoll sein, falls Sie diese Krankheit nicht als Kind schon durchgemacht haben oder bereits geimpft sind.

Kosten: 20–30 Euro

*Antikörpertest auf Toxoplasmose:* Toxoplasmoseerreger werden hauptsächlich durch den Genuss von rohem Fleisch und

seltener durch den Kot infizierter Katzen auf den Menschen übertragen. Der Toxoplasmostest in der Schwangerschaft ist sinnvoll, denn Frauen, die bereits Antikörper gegen diese Infektionskrankheit haben, können sich nicht mehr anstecken. Andernfalls können grippeähnliche Symptome auf eine Ansteckung hinweisen, die durch neu auftretende Antikörper gegen Toxoplasrose nachzuweisen und mit speziellen Medikamenten zu behandeln ist. Bei Verdacht auf eine akute Ansteckung bezahlt die Krankenkasse den Test.

Kosten: 30–50 Euro

### Ein guter Rat

- *Wenn Sie kein Geld für individuelle Gesundheitsleistungen übrig haben, beachten Sie Folgendes: Lassen Sie sich nicht verunsichern. Die meisten Selbstzahlerleistungen sind nach wissenschaftlichem Standard medizinisch nicht erforderlich. Versuchen Sie Ihre jeweilige Position als Patientin und als Kundin scharf abzugrenzen. Wenn Sie IGeL-Leistungen in Anspruch nehmen, verhalten Sie sich wie eine kritische Kundin, die sich die Ware genau anschaut und Preisvergleiche anstellt. Sie haben Zeit dazu.*

## Warum es wichtig ist, eine gute Frauenärztin zu haben

Vor Kurzem rief mich eine Bekannte an, die vor Jahren nach Süddeutschland gezogen war. Wir hatten uns aus den Augen verloren. Sie sagte mir, sie sei in großer Not, und bat mich um meinen Rat. Vor einigen Monaten sei sie an Brustkrebs er-

krank, Operation und Bestrahlung hätte sie bereits hinter sich. Jahrelang sei sie bei einer Frauenärztin in Behandlung gewesen und habe bei ihr die Früherkennungsuntersuchungen und die Schwangervorsorge machen lassen. Jetzt, nach der Krebsbehandlung, sei es problematisch geworden. Zwar habe sie schon immer bemerkt, dass die Gynäkologin nicht viel redete und wenig auf ihre bis dahin kleinen Schwierigkeiten eingegangen sei, das habe sie aber nicht weiter schlimm gefunden, sie sei auch so zu recht gekommen. Nun aber fühle sie sich von ihr nicht mehr verstanden, eher abgeschoben, sogar gedemütigt. Die Ärztin hätte fast gar nicht auf ihre Erkrankung reagiert, habe ihr gesagt, Brustkrebs könne ausheilen oder zum Tod führen, sie wisse es auch nicht. Sie habe ihr unmissverständlich zu verstehen gegeben, dass sie sie mit ihren Wehwechen in Ruhe lassen solle. Korrekt, aber stumm führe sie seitdem die medizinischen Untersuchungen durch, verlasse danach aber wortlos das Behandlungszimmer.

Meine Bekannte war unglücklich über dieses Verhalten und dachte darüber nach, die Gynäkologin zu wechseln. Sie fürchtete jedoch, dass das wegen der Unterlagen schwierig werden könnte. Ich hörte mir ihre Geschichte an und riet ihr, sich unbedingt eine neue Frauenärztin zu suchen.

Wenig später rief sie mich erneut an und sagte, dass sie all ihren Mut zusammengenommen und sich eine andere Gynäkologin gesucht habe. Sie habe jetzt eine gefunden, von der sie sich verstanden fühle. Seitdem gehe es ihr viel besser.

Umfragen haben ergeben, dass mehr als 80 Prozent der Patientinnen mit ihren Ärzten zufrieden sind. Das gilt auch für Frauenärzte und -ärztinnen, zu deren Facharztausbildung ein Kurs gehört, in dem sie lernen, auf die psychischen Probleme der Patientinnen einzugehen und diese bei der Entstehung und Bewältigung gynäkologischer Störungen zu berücksichtigen. Dennoch, jede Patientin hat ihre eigene Vorstellung davon, wie ein guter Arzt zu sein hat: Die eine mag es eher salopp-freundschaftlich, die andere sachlich kompetent, und die dritte möchte all ihre Probleme mit ihrer Gynäkologin besprechen können.

Den Ärztinnen ergeht es nicht anders. Auch sie sind individuell sehr unterschiedlich, haben ihre eigene Lebensgeschichte, ihre Ängste und Sorgen sowie ihre guten und schlechten Erfahrungen, die sie mit den Menschen gemacht haben, die ihnen nahestehen. Es ist unmöglich, all das vor der Sprechzimmertür zu lassen. So ist es nicht verwunderlich, dass sie mit der einen Patientin besser und mit der anderen weniger gut zurecht-

kommen – ein Umstand, der sich unweigerlich auf die Patientin-Ärztin-Beziehung und auf den Erfolg der Behandlung überträgt.

Die Stressforschung hat dies auch bewiesen: Hoffnung ist eine wichtige Kraftquelle, die zur Heilung beiträgt. Das Immunsystem wird unterstützt, wenn sich die Patientin von ihrer Ärztin gut verstanden fühlt.

Das oben beschriebene Beispiel meiner Bekannten ist mit Sicherheit kein Sonderfall. Bestimmt gibt es Patientinnen, die sich bei ihrer Gynäkologin nicht wirklich aufgehoben fühlen. Das kann gutgehen, solange die Patientin gesund ist. Wenn sie jedoch erkrankt, braucht sie zur Heilung mehr als nur das medizinische Wissen der Ärztin, jetzt benötigt sie auch deren Beziehungsfähigkeit, Menschlichkeit und ihren Trost. Das gilt nicht nur im Fall einer Krebserkrankung.

Wird die Hoffnung auf Heilung durch die Ärztin nicht unterstützt, fehlt ein wichtiges Potenzial, um gesund zu werden, und



### Testen Sie Ihre Ärztin:

Ist sie Ihnen sympathisch?

Ist sie freundlich?

Wie geht sie mit dem Personal um?

Begegnet sie Ihnen auf Augenhöhe?

Spricht sie mit Ihnen oder nur mit dem Computer?

Geht sie auf Ihre Fragen und auf Ihre Einwände ein?

Wie sensibel führt sie die Untersuchung durch?

Lässt sie sich Zeit?

die Patientin spürt, dass sie die Verantwortung für die Krankheit ungeteilt, also allein tragen muss. Es kann sogar sein – wie im Beispiel meiner Bekannten –, dass die Behandlung zu einem Teil ihres Leidens wird.

Was können Sie tun? Überlegen Sie bei der nächsten Früherkennungsuntersuchung,

ob Sie mit Ihrer Gynäkologin auch menschlich einen guten Kontakt haben. Entsteht der Eindruck, dass sie sich nicht persönlich für Sie interessiert und wenig auf Sie eingeht, dann denken Sie darüber nach, was das im Krankheitsfall bedeuten kann. Übrigens: Die Frauenärztin ist verpflichtet, sämtliche Unterlagen an andere behandelnde Ärzte weiterzugeben.