

FACHARZT

DERMEDIZINER
Neidhart-Verlags e. U.
Ausgabe 1/2014

Gynäkologie/Urologie



P.b.b. • 042035829 M • Verlagspostamt: 9375 Hüttenberg • 20. Jahrgang



Frauen haben die Wahl. Wir finden das gut so.

Hormonelle Kontrazeptiva von ratiopharm.

TEVA

ratiopharm

Gezielt zu gesunder Vaginalflora

**Studien-
geprüft**



Hylaktiv® Vagilact Vaginaltabletten mit Laktobazillen, Milchsäure und Isoflavonen

- Zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der natürlichen Vaginalflora
- Schützt vor wiederkehrenden Infektionen

Hylaktiv® Hydrolact Vaginalzäpfchen mit Hyaluronsäure*, Milchsäure und Vitamin A und E

- Bei vaginaler Trockenheit
- Zur Regeneration und Aufrechterhaltung des vaginalen Feuchtigkeitshaushaltes

**Keine Kühlschranks-
lagerung erforderlich!**

* hoch dosiert (10 mg/Zäpfchen)

TEVA

ratiopharm



COVERSTORY

4 Maßgeschneiderte Kontrazeption bei Jugendlichen

OA Dr. Petra Kern
 Klinische Abteilung für Gynäkologie
 Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Graz



Impressum

Verleger: Neidhart-Verlags e. U.
Herausgeber/Geschäftsführer: Neidhart Stefan
Projektleitung: Peter Abromeit
Redaktion: Elisabeth Abromeit-Wagner,
Anschrift von Verlag und Herausgeber:
 A-9375 Hüttenberg, Steirer Straße 24,
 Telefon: 04263/ 200 34, Fax: 04263/ 200 74
Druck: Prospektus Nyomda,
 H-8200 Veszprém, Tartu utca 6.
Lektorat: Gabriela Klackl
Grafik: Johanna Knappingger
E-Mail: office@mediziner.at
Homepage: www.mediziner.at
Einzelpreis: € 3,-
Erscheinungsweise: periodisch

FORTBILDUNG

Schwangerschaft bei Jugendlichen-Eisenmangel7
 Dr. Walter Sacher
 FA f. Gynäkologie u. Geburtshilfe, 1010 Wien, Babenbergerstraße 9

**Die sieben Top-Stories aus San Antonio –
 Neuigkeiten zu Therapieoptionen bei Brustkrebs 201411**
 Univ. Doz. Dr. Susanne Taucher
 Abteilung für Gynäkologie, LKH Hall in Tirol

Harninkontinenz- Fokus auf den Mann15
 Priv.Doz.in Dr. med. univ. Orietta Dalpiaz
 Universitätsklinik für Urologie, Graz

**Hard Facts – medikamentöse Therapieeffizienz
 bei Erektile Dysfunktion18**
 Dr. Alexander Friedl, Urologische Abteilung, KH Göttlicher Heiland, Wien
 Univ. Prof. Dr. Christian-Peter Schmidbauer, Praxis-Klinik Urologie, Wien

Fachkurzinformationen22, 24, 25

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz: Medieninhaber: Der Mediziner. **Richtung der Zeitschrift:** Medizinisch-pharmazeutisches Informationsjournal für österreichische Ärztinnen und Ärzte. Soweit in diesem Journal eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Ausgabe dem Wissenstand bei Fertigstellung des Journals entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebenen Empfehlungen für Dosierung oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Heft abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die mit FB (Firmenbeitrag) gekennzeichneten bzw. als Produktbeschreibung erkenntlichen Beiträge sind entgeltliche Einschaltungen und geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Es handelt sich somit um „entgeltliche Einschaltungen“ im Sinne § 26 Mediengesetz.

**Einladung
 in den
 Goldenen Club**



Wer für ein Jahres-Abo
 Euro 39,- investiert,
 wird mit Goodies
 nahezu überschüttet.

siehe
www.dinersclub.at
 und
www.mediziner.at



Maßgeschneiderte Kontrazeption bei Jugendlichen

OA Dr. Petra Kern
Klinische Abteilung für Gynäkologie
Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Häufig ist der Wunsch nach einer sicheren Kontrazeption ein Vorstellungsgrund in der jugendgynäkologischen Ambulanz. Mit dem Wissen, dass Österreich im Verhältnis zur Bevölkerungsdichte mit 12 Schwangerschaften pro 1000 weiblichen Teenagern europaweit im Spitzenfeld liegt, sollte das Ziel eine rechtzeitige, mit hoher Sicherheit verbundene, einfach anwendbare, nebenwirkungsarme und möglichst kostengünstige Verhütung sein.

Am Beginn der Beratung muss eine *sorgfältige Anamnese* erhoben werden. Einerseits spielt dabei die Familienanamnese wie Thrombosefälle vor dem 50. Lebensjahr und andererseits auch die Eigenanamnese in Bezug auf chronische Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und Nikotingenuss (Nikotin > 20 Zigaretten/Tag steigert das Thromboserisiko) eine wichtige Rolle. Immer muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass das Kondom den einzigen Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen darstellt. Die eindeutige Empfehlung sollte die *Kombination von Kondom mit hormonellen oder mechanischen Verhütungsmethoden* darstellen.

Kontrazeption bei gesunden Mädchen

Bei gesunden Mädchen sollte eine Verhütung bestehend aus beiden weiblichen Hormonen gewählt werden:

Orale hormonale Kontrazeption:

Für junge Mädchen sind Kombinationspräparate gut geeignet. Neben hoher kontrazeptiver Sicherheit bieten sie auch andere positive Nebeneffekte wie die gezielte Behandlung von Akne oder Dysmenorrhoe (gestagenbetonte Präparate), weiters die Reduktion der Blutungsstärke und eine Stabilisierung des Zyklus.

Immer wieder werden sowohl von Angehörigen als auch von Kollegen Bedenken

bezüglich des frühen Einsatzes von Kontrazeptiva geäußert. Die Stabilisierung von regelmäßigen ovulatorischen Zyklen bei Jugendlichen bedarf eines Zeitraumes von mehreren Jahren, jedoch scheinen Kombinationspräparate weder einen positiven noch einen negativen Effekt auf die Stabilisierung des Zyklus zu haben.

Kontrovers wird jedoch der Einfluss auf den Knochenstoffwechsel diskutiert. Dabei könnte eine mögliche Reduktion des Knochenumbaus eine Rolle spielen. Zum heutigen Zeitpunkt gilt ein Zusammenhang zwischen dem Menarchealter und dem Beginn mit Kombinationspräparaten (je kürzer, desto eher der Effekt auf den Knochen) als gesichert. Dabei sollte ein Östrogenanteil von 30 Mikrogramm innerhalb der ersten 3 bis 4 Jahre nach der Menarche gewählt werden.

Kombinationspräparate führen zu einer geringen Erhöhung des Thromboserisikos, wobei einerseits die Ethinylöstradioldosis andererseits die Auswahl des Gestagens eine Rolle spielen.

Lokale Kombinationspräparate

Vaginalring

Dieser wird für 3 Wochen von den Jugendlichen selbst in die Scheide eingeführt und auch wieder entfernt. Der Vorteil besteht in der einmaligen Anwendung und in der sicheren Verhütung auch bei Erbrechen und Durchfällen, als Nachteil sind der teurere Preis und die Art der Anwendung (abschreckend für manche Mädchen) zu sehen.

Pflaster

Auch das Pflaster ist für Jugendliche geeignet. Es wird einmal wöchentlich für 3 Wochen auf unbehaarte, fettfreie Haut geklebt, danach folgt eine pflasterfreie Woche, in der sich die Regelblutung einstellt. Als Vorteile sind auch hier die Unabhängigkeit von Erbrechen und Durchfällen zu nennen, nachteilig sind

der höhere Preis und die Bildung von Schmutzrändern um das Pflaster.

Andere Verhütungsmethoden

Gestagenmonopräparate (Östrogenfreie Pille, 3-Monatsspritze, Implanon am Oberarm) führen häufig zu Zwischenblutungen oder anhaltenden Schmierblutungen und Gewichtszunahme, weshalb diese Methoden nur Mädchen mit Kontraindikationen für Östrogen gegeben empfohlen werden sollten. Bei der Anwendung der 3-Monatsspritze bei jungen Mädchen gilt die deutliche Abnahme der Knochendichte als gesichert, sie kann als obsolet betrachtet werden.

Intrauterin pessare

Kupferspiralen verstärken die Regelblutung. Sie sollten nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen (stabile Partnerbeziehung). Die Größe der Spirale sollte an die Uterusgröße angepasst werden - eine kleine Ausführung der Kupferspirale ist erhältlich.

Hormonspirale: Die Blutung wird schwächer oder bleibt aus. Es ist nur eine Spirallänge verfügbar, die Insertion kann schmerzhaft sein, sie sollte nur bei strenger Indikation gelegt werden. Mit Frühjahr 2014 wird eine kleinere Hormonspirale erwartet.

Natürliche Kontrazeption und Barriere-methoden

Bei der Beratung muss von diesen Methoden bei Jugendlichen klar abgeraten werden, sie stellen ein hohes Risiko für eine Schwangerschaft dar.

Notfallkontrazeption

Die „Pille danach“ ist ein hoch dosiertes Gestagenmonopräparat, das einmalig bis 72 Stunden nach Geschlechtsverkehr ohne Rezept in der Apotheke gekauft



Frauen haben die Wahl. So findet jede die Richtige.

Hormonelle Kontrazeptiva von ratiopharm.

TEVA

ratiopharm



werden kann. Es findet seinen Einsatz bei ungeschütztem Verkehr, Pilleneinnahmefehlern und Kondomversagen. Bei der Beratung sollte auf die Existenz der Pille danach für den Notfall hingewiesen werden.

Eine zweite rezeptpflichtige Pille danach, die bis 5 Tage nach Verkehr verordnet werden kann, ist zusätzlich verfügbar.

Kontrazeption bei chronisch kranken Mädchen

Thromboembolische Erkrankungen

Am häufigsten handelt es sich hierbei um eine Faktor V Leiden Mutation. Da die heterozygote Form den Thrombosefaktor um 30, die homozygote Form um den Faktor 300 steigert, sollte von einem Kombinationspräparat Abstand genommen werden. Gestagenmonopräparate führen nicht zu einer Gerinnungsaktivierung, können aber vasokonstriktorisch wirken, sie können verordnet werden. Auch die Verhütung mit Kupfer- oder Hormonspirale wäre möglich.

Herzerkrankungen

Viele angeborene Herzfehler werden heute operativ gut behandelt, ein höheres Risiko für bakterielle Endocarditis, Rhythmusstörungen oder pulmonale Hypertonie bleibt jedoch bestehen. Aufgrund des erhöhten Thromboserisikos sollten keine Kombinationspräparate angewandt werden. Gestagenmonopräparate oder Spiralen sind hier angezeigt. Die Spiraleneinlage sollte unter antibiotischer Abdeckung erfolgen.

Willebrand-Jürgens- Syndrom

Durch einen Gerinnungsfaktorenmangel (Faktor VIII) kommt es zu verstärkten und verlängerten Regelblutungen. Hier können Kombinationspräparate, am besten im Langzyklus (d.h. Einphasenpräparate ohne einwöchige Einnahmepause verordnet) guten therapeutischen Nutzen erzielen.

Diabetes mellitus

Bei gut eingestelltem Diabetes ohne Organbeteiligung stellen Kombinationspräparate das Mittel der ersten Wahl dar.

Dabei sollte die Gestagendosis möglichst gering gewählt werden. Liegen jedoch Organschäden wie Retinopathie oder Nephropathie vor, können Spiralen oder evtl. Gestagene überlegt werden.

Epilepsie

Die Wirksamkeit von Kombinationspräparaten ist bei enzyminduzierenden Antiepileptika vermindert. Höherdosierte Pillen (30mikrogramm EE) mit Gestagenanteilen mit mindestens doppelter Ovulationshemmdosis mit zusätzlichen Barrieremethoden werden empfohlen. Auch die Spiraleneinlage ist möglich.

Kopfschmerzen und Migräne

Bei Migräne mit Aura sind Kombinationspräparate kontraindiziert, Gestagenpräparate oder Spiralen sind angezeigt. Bei Migräne ohne Aura können Kombinationspräparate versucht werden. Bei katamenialer Migräne (Hormontzugskopfschmerz) stellen Kombinationspräparate im Langzyklus verordnet Mittel der ersten Wahl dar.

Rechtliche Situation

Ab dem 16. Lebensjahr können Kontrazeptiva bedenkenlos verordnet werden. Zwischen dem 14.-16. Lebensjahr sollte man sich von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Mädchens überzeugen und diese kurz dokumentieren. Unter dem 14. Lebensjahr ist die schriftliche Zustimmung eines Elternteils sinnvoll.

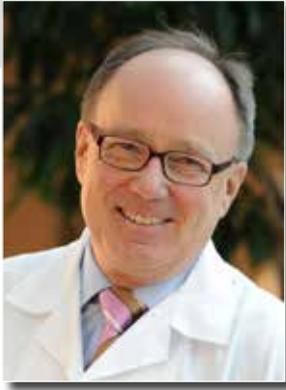
OA Dr. Petra Kern
 Klinische Abteilung für Gynäkologie
 Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Auenbruggerplatz 14
 8036 Graz
 E-mail: petra.kern@klinikum-graz.at

Ovulationshemmdosis Gestagendosis

Gestagen	Ovulationshemmdosis	Präparat
Drospirenon 3mg	2mg	Yasmin, Yasminelle
Chlormadinonacetat 2mg	1-4mg	Belara, Balanca
Cyproteronacetat 2mg	1mg	Diane mite, Midane, Minerva
Dienogest 2mg	1mg	Valette
Gestoden 0,075mg	0,03mg	Minulet, Meliane, Harmonette, Gynovin
Desogestrel 0,15	0,06mg	Marvelon, Mervilon
Levonorgestrel		
0,1mg 0,15mg	0,06mg	Loette Microgynon, Ovranette

Interaktionen von Medikamenten und der Pille

Substanzklasse	Gesicherte Enzyminduktion	Geringe bis wahrscheinliche Induktion	Keine Induktion
Antiepileptika	Carbamazepin, Phenytoin, Pheno-barbital, Primidon, Felbamit	Benzodiazepam, Ethosuximid, Topirammat (>200mg), Lanotrigam?	Valproat, Gabapentin, Levetiracetam, Vigabatrin, Topirammat (<200mg)
Schlaf-und Beruhigungsmittel	Barbiturat, Promethazin, Johanniskraut		
Chemotherapeutika, Antibiotika	Tuberkulostatika(Rifampicin) Antimykotika(Griseofulvin)	Wirkungsabschwächung wahrscheinlich durch Störung des enterohep. Kreislaufs: Penicillin und Derivate Tetrazykline Virustatika(AIDS)	Wirkungsabschwächung möglich: Cephalosporine, Erythromycin, Gyrasehemmer, Ofloacin, Clindamycin, Trimethoprim/Cotrimaxozol



Schwangerschaft bei Jugendlichen-Eisenmangel

Dr. Walter Sacher
FA f. Gynäkologie u. Geburtshilfe

Weltweit werden 15 Millionen Jugendliche schwanger (UNICEF). Die meisten davon kommen zwar in unterentwickelten Ländern zur Welt, in denen kulturelle, ethische oder konfessionelle Komponenten eine Rolle spielen, doch auch in Europa ist die Anzahl an Teenagerschwangerschaften nicht gering. Die höchste Rate an Schwangerschaften bei Jugendlichen hat England mit 22 Schwangerschaften auf 1000 Teenager, in den USA ist die Anzahl mit 55 auf 1000 weitaus höher. Österreich ist mit 13 auf 1000 im europäischen Spitzenfeld zu finden, der Trend ist aber bereits leicht rückläufig. Die Niederlande hingegen haben in Europa das niedrigste Aufkommen.

Die hohe Anzahl an Teenagerschwangerschaften scheint zumindest in den westlichen Industrieländern paradox zu sein, da die heutige Jugend noch nie so früh und so gut aufgeklärt wurde wie je zuvor und der Zugang zu empfängnisverhüteten Möglichkeiten sehr einfach geworden ist. Warum trotzdem so viele ungeplante und ungewollte Schwangerschaften entstehen, welche Risiken und Probleme bei Schwangerschaften im jugendlichen Alter auftreten, soll im Folgenden aufgezeigt werden.

Obwohl Teenagerschwangerschaften in allen gesellschaftlichen Schichten auftreten, zeigt sich doch, dass die meisten schwangeren Minderjährigen

aus einer unteren sozialen Schicht kommen. Junge Mädchen aus zerrütteten Familienverhältnissen, mit schlechter Schulbildung und mangelnder Aufklärung sind weitaus mehr gefährdet, ungewollt schwanger zu werden.

Die Sexuaufklärung seit den 60er Jahren und der dadurch resultierende freizügige Umgang mit Sexualität in der westlichen Gesellschaft und in den Medien führen dazu, dass Jugendliche weitaus früher sexuelle Erfahrung sammeln. Dieser Umstand trifft auf eine Altersgruppe, die bezüglich des Wissens über ihren eigenen Körper sowie über Empfängnisverhütung noch unvorbereitet ist.

Tab. 1: Lebendgeburten bei Jugendlichen bis 20 Jahre in Österreich

Jahr	Gesamt	Alter der Mutter	
		<15 Jahre	15 – 20 Jahre
2006	77.914	18	2.874
2007	76.250	6	2.717
2008	77.752	7	2.747
2009	76.344	14	2.537
2010	78.742	17	2.470
2011	78.109	11	2.178
2012	78.952	7	2.034

Quelle: Statistik Austria

Befragungen der First Love Ambulanz in Wien haben ergeben, dass junge Mädchen im Durchschnitt ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 15,2 Jahren haben, das Emnid Institut in Deutschland berichtet über ein Durchschnittsalter von 14,9 Jahren. 27% der Mädchen haben ihren ersten Verkehr bereits mit 14 Jahren. Das frühe Erwachen des sexuellen Verlangens, die Möglichkeit, in unserer modernen Gesellschaft sexuelle Bedürfnisse leichter mit einem Partner umzusetzen sowie die frühere biologische Reife junger Mädchen haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert.

Die Begriffe Jugend, Pubertät und Adoleszenz haben eine andere Bedeutung erlangt.

Jugend war früher eine Durchgangsphase zwischen Kindheit und erwachsen sein. Sie dauerte etwa 4 Jahre. Im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung wurde das Jugendalter zu einer eigenen Lebensphase, zu einer eigenen Kategorie. Heute umfasst das Jugendalter etwa zehn Jahre. Die Pubertät ist das entscheidende Merkmal des Jugendalters. In



diese Zeit fällt nicht nur der Eintritt der Geschlechtsreife sondern einen wesentlichen Anteil hat die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung. In den letzten 50 Jahren hat sich die Menarche bei Mädchen vom 15. auf das 12. Lebensjahr vorverlegt.

Die Jugend ist nicht nur die Phase der Orientierung und Selbstfindung, sondern auch die Entwicklung der sexuellen Identität findet in dieser Zeit statt. Sie wurde früher als Sturm- und Drang-Periode bezeichnet. Die wichtigsten Instanzen dieser Entwicklung sind Eltern, Schule, Freunde und Medien. Jugendliche brauchen heute eine weitaus längere Zeitspanne um sich von den Eltern abzugrenzen. Ebenso ist es schwieriger geworden, den Anforderungen der modernen Zeit wie z.B. längere Berufsausbildung gerecht zu werden. Das Jugendalter zieht sich deshalb vom 14. Lebensjahr bis in die Mitte des 2. Lebensjahrzehnts.

Schwangerschaften bei Jugendlichen, deren Ursachen und Hintergründe sind nur unter Berücksichtigung dieser Aspekte zu verstehen.

Die sexuelle Aufklärung hat sich in Österreich in den letzten Jahren verbessert. Nach Selbsteinschätzung der Jugendlichen fühlen sich 95% gut aufgeklärt. Bei der Befragung nach biologischem und physiologischem Basiswissen oder über Empfängnisverhütung muss man aber beträchtliche Mängel feststellen. In diesem Bereich haben Eltern, Schule, Medien, Gesundheitseinrichtungen und Ärzte noch einen großen Nachholbedarf. Betrachtet man das Sexualverhalten Jugendlicher, so fällt dabei auf, dass die meisten von ihnen keine Empfängnisverhütung bei dem ersten Verkehr anwenden. In vielen Fällen wird ein Gespräch über Verhütung überhaupt erst danach geführt, wobei ein Viertel der Mädchen nicht von den Eltern aufgeklärt wird. Das „erste Mal“ findet häufig spontan und unvorbereitet statt, sodass keine empfängnisverhütenden Mittel zur Hand sind. „Es wird schon nichts passieren“, sind oft die Argumente, man traut sich nicht mit dem Partner darüber zu reden, überlässt ihm die Verantwortung oder es sind Alkohol oder Drogen im Spiel. Weiter steht fest, je unbekannter

der Sexualpartner ist, desto weniger wird für ausreichende Kontrazeption gesorgt. Bei Zufallsbekanntschaften wird in 33% nicht verhütet.

Aufklärung ist daher besonders wichtig, damit Wissenslücken über Empfängnisverhütung nicht Folgen haben, die junge Mädchen in massive Schwierigkeiten bringen und die für ihr weiteres Leben große Auswirkungen haben. Um Teenagern die nötigen Informationen zur Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft zu geben, ist eine Vertrauensperson nötig. In intakten Familien werden es die Eltern sein. Ältere Mädchen wenden sich eher an Freundinnen, Lehrer oder Frauenärzte. Schulische Aufklärung ist eine wichtige Informationsquelle, die Möglichkeiten der Aufklärung sind aber noch lange nicht ausgeschöpft. Jugendliche wurden über die Qualität der Aufklärung in der Schule befragt. Viele waren unzufrieden, da sie für manche zu früh war (peinlich) oder zu spät (langweilig) oder zu abstrakt. Daher sollte eine alters- und geschlechtsspezifische Aufklärung, bei der die Jugendlichen auch für sie wichtige Fragen stellen können, durchgeführt werden.

Tritt eine ungeplante Schwangerschaft bei Teenagern ein und der erste Schock ist überwunden, wird sie als „Unfall“ wahrgenommen. Es wird vorgebracht, dass die Pille nicht gewirkt hätte, es war kein Kondom vorhanden gewesen oder man hat sich nicht getraut mit dem Partner, den Eltern darüber zu reden oder zum Arzt zu gehen. Die Notfallskontrazeption (Pille danach) ist für die Jugendlichen oft unbekannt. Schwangerschaften werden oft auch spät erkannt, weil junge Mädchen noch einen unregelmäßigen Zyklus haben und das Ausbleiben der Regel nicht als Schwangerschaft ansehen. Umso mehr muss man auf eine profunde Aufklärung großen Wert legen.

Die Hälfte aller ungewollten Schwangerschaften bei Jugendlichen endet in einer Schwangerschaftsunterbrechung. Die Mädchen entschließen sich gegen das Kind, weil sie sich zu jung fühlen, Schule und Ausbildung nicht unterbrechen wollen oder die Verantwortung für ein Kind noch nicht übernehmen können.

Diejenigen, die sich für das Kind entscheiden, geben an, moralische Bedenken zu haben. Abtreibung ist Tötung des Kindes. Sie sehen aber in der Mutterschaft einen neuen Lebensabschnitt, der dem Leben einen Sinn gibt. Andere wiederum, besonders diejenigen, die aus schwierigen sozialen Verhältnissen kommen, nehmen die Schwangerschaft zum Anlass, einem Konflikt mit der Familie, der Schule oder schlechten Lebensbedingungen zu entfliehen. Eine Schwangerschaft, ein Kind, gibt den Mädchen als Mutter vermeintlich eine bessere soziale Stellung, Anerkennung in der Gesellschaft und Aufwertung der eigenen Person. Manche wollen mit dem Kind aber auch den Partner an sich binden.

Frühe Mutterschaft hat zur Folge, dass sich diese Zeitspanne zwischen Kindheit und erwachsen sein dramatisch verkürzt und die jungen Mädchen schnell erwachsen werden müssen, um die Schwangerschaft zu bewältigen und um später die Versorgung des Kindes gewährleisten zu können. Das hat aber auch zur Folge, dass sowohl Schule als auch Berufsausbildung sehr oft abgebrochen werden muss. Die jungen Mädchen fallen dadurch in eine untere soziale Schicht zurück, aus der sie ohnedies meistens kommen. Auch die Kinder dieser Mütter schaffen es nicht, aus dieser sozialen Ebene herauszukommen. Kinder von Teenagermüttern bekommen sogar in einem hohen Prozentsatz (83%) selbst wieder Kinder in jungen Jahren, da die eigene Mutter als Orientierungshilfe fungiert. Die Inzidenz einer weiteren Schwangerschaft im ersten Jahr sind 17%, 28-50% sind es im 2. Jahr, sodass wiederum ein Teufelskreis entsteht. Die Zukunftsaussichten sind für diese Kinder erwartungsgemäß ebenfalls schlecht.

Schwangerschaften, die in diesem Spannungsfeld zwischen Kindheit und Erwachsenenalter eintreten, treffen auf einen sowohl psychisch als auch physisch noch instabilen Menschen und stellen eine große Belastung für ein junges Mädchen dar, wird es doch plötzlich mit einer Situation konfrontiert, die alle Kräfte und alle ihre Ressourcen fordert. Junge Mädchen brauchen in so einer schwierigen Phase ihres Lebens sehr viel indivi-

Dem neuen Leben in jeder Phase alles geben!

Von Kinderwunsch bis Stillzeit!



¹ Deckt 100% des Tagesbedarfs an Folsäure lt. Ernährungsfachgesellschaft D-A-CH
* in Pregnavit Select Phase II
** in Pregnavit Select Phase I



duelle Unterstützung und Betreuung. Viele Teenager, zumeist die jüngeren, ziehen ihre Kinder bei oder mit Hilfe ihrer Mütter auf, das wiederum zu nicht unerheblichen Problemen führt: Beeinträchtigung der Entwicklung der weiblichen Adoleszenz, Abhängigkeit, verspätete Ablösung von den Eltern. Jugendliche Mütter ohne familiären Rückhalt sind auf öffentliche Mutter-Kind Institutionen angewiesen, schaffen keinen Schulabschluss und keine Berufsausbildung und fallen oft in eine soziale Notsituation.

Aus medizinischer Sicht sind Schwangerschaften bei Jugendlichen nicht unproblematisch. Obwohl die Mädchen oder junge Frauen gesünder als ältere Schwangere sind, weniger erworbene oder chronische Erkrankungen haben, ist während ihrer Schwangerschaft mit einer erhöhten Komplikationsrate gegenüber Schwangeren im Erwachsenenalter zu rechnen. Es kommt häufiger zu Frühgeburten, vorzeitigen Blasensprüngen, Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht, small for date babies und Plazentainsuffizienzen. Bei jugendlichen Zweitgebärenden ist die Anzahl an Frühgeburten sogar noch höher. Eine verkürzte Zervixlänge von < 2,5 cm ist bei jugendlichen Schwangeren in einem deutlich höheren Prozentsatz anzutreffen ebenso wie Blutungen während der Schwangerschaft oder Harnwegsinfekte. Häufig sind bei Teenagern auch Eisenmangelanämien zu beobachten. Junge Mädchen haben durch starke Regelblutungen bereits einen bestehenden Eisenmangel, der durch eine Schwangerschaft im Zusammenhang mit schlechter Ernährung noch verstärkt wird. Daher ist eine Substitution von Eisen, aber auch von Vitaminen und Spurenelementen schon am Beginn einer Schwangerschaft erforderlich.

Die für das Schwangerenalter zu kleinen Kinder hängen oft noch zusätzlich mit dem Lebensstil der werdenden Mutter zusammen, bei dem schlechte Ernährung, Rauchen oder Schlankheitskuren eine Rolle spielen. Dagegen ist die Rate an Kaiserschnitten oder vaginal operativen Entbindungen signifikant erniedrigt, teilweise bedingt durch das geringere Geburtsgewicht der Kinder oder der verminderten Anzahl an Beckenendlagen in dieser Altersgruppe.

Tab. 2: Schwangerschaftskomplikationen bei Jugendlichen <18 Jahren

Komplikationen	Frauen <18 Jahren (n = 381)	Frauen >18 Jahren
Frühgeburten < 37. Woche	15 %	9 %
Frühgeburten < 34. Woche	9 %	4 %
Beckenendlagen	3 %	6 %
Präeklampsie	0,5 %	2 %
PDA	21 %	21 %
Episiotomie	18 %	24 %
Apgar <3 nach 5 min	1 %	0,3 %
Kongenitale Malformationen	4 %	3 %

Quelle: Tempfer et al., GebFra 2007

Ungeplante und ungewollte Schwangerschaften sollten bei Jugendlichen nicht vorkommen. Nur eine fundierte, alters- und geschlechtsspezifische Aufklärung über Biologie und Empfängnisverhütung eingeschlossen der Notfallkontrazeption soll helfen Teenagerschwangerschaften zu verhindern. Eltern, Schule oder Ärzte müssen sich verstärkt dieser Aufgabe widmen, darin liegt noch ein großes Potential.

Den Jugendlichen sollte der Zugang zu empfängnisverhüteten Mitteln aber auch zu Gesundheitseinrichtungen erleichtert werden. Die First Love Ambulanz der Rudolfstiftung in Wien zum Beispiel ermöglicht den Jugendlichen, sich anonym, problemlos und unbürokratisch über Empfängnisverhütung zu informieren und beraten zu lassen, da in vielen Fällen der Weg zum Frauenarzt noch gescheut wird.

Tritt bei jugendlichen Mädchen eine ungeplante Schwangerschaft auf, und die Entscheidung fällt für das Kind aus, so ist eine individuelle Beratung und Begleitung notwendig, um Jugendliche in dieser schweren Lebensphase nicht allein zu lassen und sie nicht noch mehr in soziale Schwierigkeiten zu bringen.

Das YoungMum Team in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus „Göttlicher Heiland“ in Wien leistet dabei hervorragende Arbeit.

Dr. Walter Sacher

FA f. Gynäkologie u. Geburtshilfe
1010 Wien, Babenbergerstraße 9



Die sieben Top-Stories aus San Antonio – Neuigkeiten zu Therapieoptionen bei Brustkrebs 2014

Univ. Doz. Dr. Susanne Taucher
Abteilung für Gynäkologie

Jedes Jahr findet Anfang Dezember in San Antonio, Texas der größte und wichtigste Kongress zum Thema Brustkrebs statt. Welche Neuigkeiten hat es 2013 in San Antonio gegeben, die potentiell den klinischen Alltag beeinflussen.

Neoadjuvante Therapie bei Her2-pos Mammakarzinom

Eine Behandlung mit Trastuzumab hat in der neoadjuvanten Therapie sensationelle Ansprechraten bei Her2-neu positivem Mammakarzinom gezeigt. Durch den zusätzlichen Einsatz von Lapatinib erfolgt eine duale Blockade des Her2-neu Rezeptors, sodass die Remissionsraten weiter gesteigert werden.

Die entscheidende Frage ist, ob dieses ausgezeichnete Ansprechen zu einem klinischen Benefit für die betroffene Frau führt und das Überleben auf lange Sicht beeinflusst werden kann. Martine Piccart hat die Ergebnisse von NeoALTTO präsentiert, eine randomisierte Phase II Studie mit 455 Her2-neu positiven Patientinnen mit Tumoren größer als 2cm im Durchmesser. Das Studiendesign sehen Sie in Abbildung 1.

Die duale Blockade von Her2-neu positiven Mammakarzinomen führt zu signifikant höheren pCR-Raten im neoadjuvanten Setting mit 61.3% in der Hormonrezeptor (HR)-negativen Gruppe und 41.6 % in der HR-positiven Gruppe (Abb.2).

Die Auswirkungen auf Überleben (OS) und Event-free Survival (EFS) wurden anhand der 3-Jahresdaten präsentiert mit einem medianen Follow-up von 3.77 Jahren.

Alle Patientinnen, die mit Trastuzumab und Lapatinib behandelt wurden hatten ein signifikant besseres EFS (Hazard Ratio von 0.38) und OS (Hazard Ratio von 0.35), in der Grup-

pe der HR-negativen Patientinnen war dieser Effekt jedoch deutlich stärker als in der Gruppe der HR-positiven Patientinnen.

Diese Studie konnte zeigen, dass das Erreichen einer kompletten pathologischen Remission durch eine neoadjuvante Therapie zu einem eindeutigen klinischen Benefit für die jeweilige Patientin führt. Zusätzlich wird deutlich, dass die Gruppe der Her2-neu positiven Mammakarzinompatientinnen kein einheitliches Patientinnenkollektiv darstellt und in Subgruppen unterteilt werden muss.

Neoadjuvante Chemotherapie bei Triple-negativem Mammakarzinom

Das triple-negative Mammakarzinom (TNBC) ist gekennzeichnet durch eine fehlende Expression von Östrogen- und Progesteronrezeptoren, sowie fehlende Überexpression/Amplifikation von Her2-neu. Etwa 10-15% aller Mammakarzinome gehören zur Gruppe der TNBC. Ein Zusammenhang mit hereditären Formen von Brustkrebs konnte gezeigt werden. Charakteristisch für TNBC ist eine signifikant schlechtere Prognose im Vergleich zu anderen Subgruppen des Mammakarzinoms.

Zwei Studien, die in San Antonio präsentiert wurden – CALGB 40603 und das I-Spy trial konnten zeigen, dass bei Patientinnen mit TNBC eine neoadjuvante Therapie unter Zusatz von Carboplatin die pCR Rate signifikant steigern konnte. pCR Raten von 60% in der Brust und Axilla konnten durch den Einsatz von Carboplatin erreicht werden. Wir wissen, dass die pCR Rate ein guter Surrogatmarker für die Langzeitergebnisse darstellt. Insofern sind diese Daten durchaus ermutigend für die Zugabe von Carboplatin bei TNBC-Patientinnen. Andererseits

ist die Toxizität dieser Therapie erhöht, sodass diese Behandlung nur bei Patientinnen in der Hochrisikogruppe mit großen Tumoren und positiven Lymphknoten in Betracht gezogen werden sollte.

Tumor-infiltrierende Lymphozyten (Abb.3)

Ein vielversprechender Bereich ist der Themenkreis der Interaktion zwischen Immunsystem und Tumor bei Brustkrebs. Es wurden einige Studien zu diesem Thema in San Antonio präsentiert, die den prognostischen und prädiktiven Wert von Tumor-infiltrierenden Lymphozyten untersuchen. Tumor-infiltrierende Lymphozyten zeigen eine positive Korrelation mit einer exzellenten Prognose und höheren Ansprechraten auf Trastuzumab (und Chemotherapie). Eine weitere Validierung der Daten ist ohne Zweifel notwendig, allerdings dürfte Trastuzumab nicht nur über den Tumor selbst wirksam werden, sondern könnte auch in den immunologischen Prozess eingreifen, der einen Anti-Tumor-Effekt erlaubt.

Bisphosphonate (Abb.4)

Die Metaanalyse der Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) zum Einsatz von Bisphosphonaten bei Mammakarzinompatientinnen umfasst Daten von knapp 23.000 Patientinnen in 36 verschiedenen Studien. Der Benefit der adjuvanten Behandlung von Bisphosphonaten konnte für postmenopausale Patientinnen (natürliche oder induzierte Menopause) eindeutig nachgewiesen werden. Das Risiko für Knochenmetastasen konnte hochsignifikant um 34% gesenkt werden, das Risiko für Brustkrebs-spezifischen Tod wurde



signifikant um 17% gesenkt. Ein geringer, nicht signifikanter Effekt zeigt sich auch in Bezug auf nicht-ossäre Metastasierung. Prämenopausale Patientinnen profitieren nicht von einer adjuvanten Bisphosphonattherapie. Eine adjuvante Behandlung mit Bisphosphonaten über 36 Monate ist gut verträglich und effektiv bei postmenopausalen Brustkrebspatientinnen.

Aromatasehemmer in der Prävention von Brustkrebs⁶

Die ersten Resultate der International Breast Cancer Intervention Study II (IBIS-II) wurden von Jack Cuzick präsentiert. In dieser Placebo-kontrollierten Studie wurden 3864 Patientinnen mit erhöhtem Risiko für fünf Jahre mit Anastrozole 1mg/Tag oder Placebo behandelt. Die präventive Behandlung mit Anastrozole führt zu einer Risikoreduktion von 53% für invasives und nicht-invasives Mammakarzinom (Hazard ratio 0.47). Das Nebenwirkungsprofil mit muskuloskelettalen und vasomotorischen Effekten war in der Anastrozolegruppe geringfügig erhöht, die Compliance in der Therapiegruppe etwas geringer als in der Placebogruppe (68 vs 72%). Damit steht mit Anastrozole ein weiteres Medikament zur Verfügung, das in der Prävention von Brustkrebs effektiv eingesetzt werden kann.

Bewegung vermindert die Nebenwirkungen von Aromataseinhibitoren

Die häufigsten und belastenden Nebenwirkungen von Aromataseinhibitoren sind Gelenksbeschwerden und Schmerzen des Bewegungsapparates, die oft zu einer verminderten Compliance der Patientinnen führen. In der HOPE (hormones and physical exercise) – Studie konnte gezeigt werden, dass ein moderates Training mit 2.5h/Woche zu einer deutlichen Reduktion der Beschwerden führt. Ein kontrolliertes Trainingsprogramm kann das Spektrum der Nebenwirkungen von Aromataseinhibitoren sehr günstig beeinflussen, sowohl in Hinblick auf die Stärke der Schmerzen als auch die Häufigkeit von Beschwerden. Insgesamt wird durch regelmäßige Bewegung die Compliance für eine

Therapie mit Aromataseinhibitoren verbessert.

Entfernung des Primärtumors bei primär metastasierten Patientinnen

Seit Jahrzehnten wird die Frage diskutiert, ob Patientinnen im Stadium IV von einer Entfernung des Primärtumors profitieren oder im Gegenteil sogar Schaden davontragen. Zwei Studien zu diesem Thema wurden präsentiert, beide randomisiert mit 350 und 280 Patientinnen im Stadium IV. Nach einer primär systemischen Therapie wurde randomisiert in eine Gruppe mit Operation des Primärtumors und eine zweite Gruppe ohne Operation. Die Ergebnisse zeigen keinen Vorteil hinsichtlich Überleben für die chirurgisch behandelte Gruppe, im Gegenteil die operierten Patientinnen hatten ein signifikant schlechteres progressionsfreies Überleben (Hazard Ratio 1.42). Obwohl beide Studien in der Methodik Kritikpunkte aufweisen ist eine Schlussfolgerung zulässig: Bei Patientinnen im metastasierten Stadium der Erkrankung muss zuerst eine systemische Therapie erfolgen. Die chirurgische Entfernung des Primärtumors sollte, wenn überhaupt, erst erfolgen, wenn die systemische Erkrankung unter Kontrolle ist.

Take home message:

1. Neoadjuvante Therapie bei Her2-pos Mammakarzinom: Die duale Blockade mit Trastuzumab und Lapatinib führt zu pCR Raten von 61%, vor allem HR-negative Patientinnen profitieren damit hinsichtlich EFS und OS.

2. Neoadjuvante Therapie bei Triple-negativem Mammakarzinom: Durch Zusatz von Carboplatin kann die pCR-Rate signifikant gesteigert werden.
3. Fragen Sie Ihren Pathologen nach Tumor-infiltrierenden Lymphozyten. Bei einem hohen Anteil von TILs ist bei triple-negativen Brustkrebs von einer exzellenten Prognose auszugehen, bei Her2-positiven Tumoren ist mit einem höheren Benefit von Trastuzumab auszugehen.
4. Postmenopausale Patientinnen mit Brustkrebs profitieren von einer Behandlung mit Bisphosphonaten über einen Zeitraum von 36 Monaten (z.B: Zoledronat 4mg iv alle 6 Monaten mit insgesamt 7 Dosen).
5. Anastrozole 1mg/d kann in der Prävention von Brustkrebs bei Frauen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko erfolgreich eingesetzt werden.
6. Gelenkschmerzen durch Aromataseinhibitoren können durch ein kontrolliertes und regelmäßiges Bewegungsprogramm gebessert werden.
7. Eine Entfernung des Primärtumors bei Patientinnen im Stadium IV der Erkrankung sollte nicht empfohlen werden.

1. Baselga J, Bradbury I, Eidtmann H, Di Cosimo S, de Azambuja E, Aura C, Gómez H, Dinh P, Fauria K, Van Dooren V, Aktan G, Goldhirsch A, Chang TW, Horváth Z, Coccia-Portugal M, Domont J, Tseng LM, Kunz G, Sohn JH, Semiglazov V, Lerzo G, Palacova M, Probsthai V, Pusztai L, Untch M, Gelber RD, Piccart-Gebhart M; NeoALTO Study Team. Lapatinib with trastuzumab for HER2-positive early-breast cancer (NeoALTO): a randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet* 2012; 379: 633-640

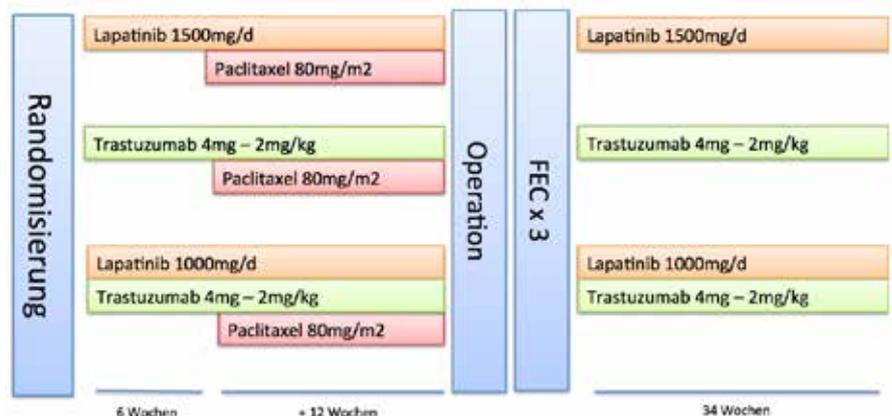


Abb.1: Studiendesign von NeoALTO¹

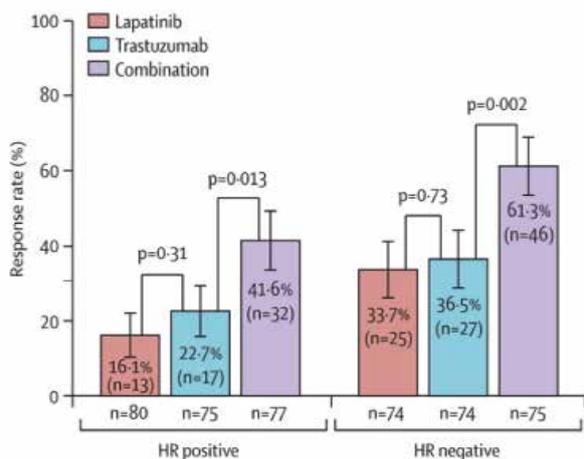


Abb.2 pCR Rate durch duale Blockade in NeoALLO¹

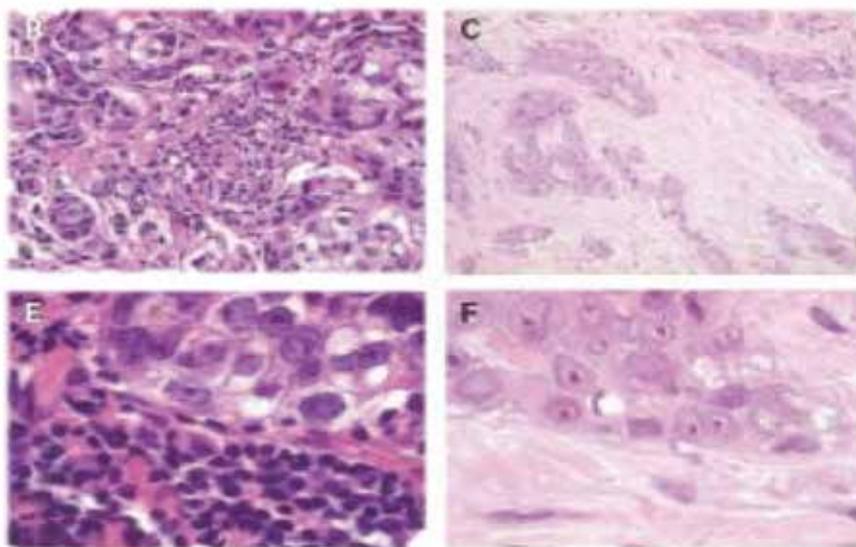


Abb.3: Tumor – infiltrierende Lymphocyten (TILs) ^{2,3}

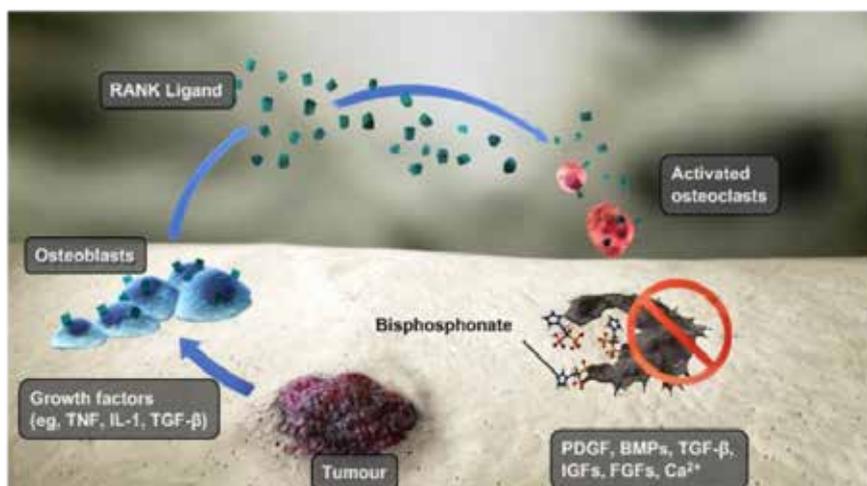


Abb. 4: Wirkungsmechanismus von Bisphosphonaten⁵

- Denkert C, Loibl S, Noske A, Roller M, Müller BM, Komor M, Budczies J, Darb-Esfahani S, Kronenwett R, Hanusch C, von Törne C, Weichert W, Engels K, Solbach C, Schrader I, Diel M, von Minckwitz G. Tumor-associated lymphocytes as an independent predictor of response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. *J Clin Oncol.* 2010 Jan 1;28(1):105-13. doi: 10.1200/JCO.2009.23.7370. Epub 2009 Nov 16. Erratum in: *J Clin Oncol.* 2010 Feb 1;28(4):708.
- Loi S, Michiels S, Salgado R, et al: Tumor-infiltrating lymphocytes indicate trastuzumab benefit in early-stage HER2-positive breast cancer. Paper presented at: 36th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium; December 10-14, 2013; San Antonio, TX. Abstract S1-05.
- Adams S, Gray R, Demaria S, et al. Prognostic value of tumor-infiltrating lymphocytes (TILs) in two phase III randomized adjuvant breast cancer trials: ECOG 2197 and ECOG 1199. Paper presented at: 36th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium; December 10-14, 2013; San Antonio, TX. Abstract S1-07.
- Coleman R, Gnani M, Paterson A, et al. Effects of bisphosphonate treatment on recurrence and cause-specific mortality in women with early breast cancer: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. Paper presented at: 36th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium; December 10-14, 2013; San Antonio, TX.
- Cuzick J, Sestak I, Forbes JF, et al. Breast cancer prevention using anastrozole in postmenopausal women at high risk, 36th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium; December 10-14, 2013; San Antonio, TX. Abstract S3-06
- Irwin ML, Cartmel B, Gross C, et al. Randomized trial of exercise vs. usual care on aromatase inhibitor-associated arthralgias in women with breast cancer: The hormones and physical exercise (HOPE) study. Paper presented at: 36th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium; December 10-14, 2013; San Antonio, TX. Abstract S3-03
- Badwe R, Parmar V, Hawaldar R: Surgical removal of primary tumor and axillary lymph nodes in women with metastatic breast cancer at first presentation: A randomized controlled trial. Paper presented at: 36th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium; December 10-14, 2013; San Antonio, TX. Abstract S2-02.
- Soran A, Ozmen V, Ozbas S: Early follow up of a randomized trial evaluating resection of the primary breast tumor in women presenting with de novo stage IV breast cancer. Paper presented at: 36th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium; December 10-14, 2013; San Antonio, TX. Abstract S2-03.

Univ. Doz. Dr. Susanne Taucher
Abteilung für Gynäkologie
LKH Hall in Tirol



Harninkontinenz- Fokus auf den Mann

Priv.Doz.in Dr. med. univ. Orietta Dalpiaz
Universitätsklinik für Urologie, Graz

Harninkontinenz

Harninkontinenz ist ein ubiquitäres Problem. Die Anzahl der Betroffenen wird weltweit auf über 200 Millionen geschätzt. Wenn man den Altersverlauf folgt, mit steigendem Lebensalter nehmen Inzidenz und Prävalenz der Harninkontinenz deutlich zu. Infolge der demographischen Entwicklung in den kommenden Jahren ist mit einer weiteren Zunahme der Harninkontinenz in der Bevölkerung zu rechnen. Harninkontinenz bleibt ein vornehmliches Problem der Frau. Im Vergleich zur weiblichen, zeigt die männliche Harninkontinenz eine deutlich niedrigere Prävalenz (1). Beim älteren Mann wird die Inzidenz der Harninkontinenz auf etwa 9% geschätzt. Aufgrund der immer häufiger durchgeführten radikalen Prostatektomie hat die Anzahl der Männer zugenommen, die von einer Belastungsinkontinenz postoperativ betroffen sind. Auch nach Prostataoperationen bei gutartiger Vergrößerung (transurethrale Resektion oder Laser) kann postoperativ eine Belastungsinkontinenz auftreten (2).

Definition

Nach der Definition der International Continence Society (ICS) ist Inkontinenz „jeder unfreiwillige Harnverlust“ (3). Nach der Pathophysiologie wird die Harninkontinenz in Belastungsharninkontinenz (BI), Dranginkontinenz (DI) (neurogen und nicht neurogen) und Mischharninkontinenz (MI) eingeteilt. Seltene Formen sind die Harninkontinenz bei chronischer Harnretention (früher als Überlaufinkontinenz bezeichnet) und die extraurethrale Harninkontinenz gekennzeichnet durch ein kontinuierliches Harnträufeln bei z. B. Fistelbildung nach multiplen Voroperationen oder Bestrahlung.

Die *Dranginkontinenz* ist definiert als unfreiwilliger Harnverlust, der mit einem imperativen Harndrang einhergeht.

Imperativer Harndrang mit oder ohne Inkontinenz, erhöhte Miktionsfrequenz (mehr als acht Miktionen in 24 Stunden) sowie Nykturie stellen die Hauptsymptome der „Überaktiven Blase“ (gleichbedeutend mit overactive bladder – OAB) dar.

Als Differentialdiagnose sind Harnwegsinfekt, Blasenschmerzsyndrom, Strahlenblase, Fremdkörper oder Harnblasenkarzinom (cave: Carcinoma in situ) auszuschließen.

Unter dem Begriff LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) werden vielfältige Störungen der Blasenentleerung (verminderter Harnstrahl, Restharnbildung) und Harnspeicherung (Pollakisurie, Nykturie, imperativer Harndrang mit oder ohne Inkontinenz) zusammengefasst. Etwa 30% aller Männer über 50 Jahren leiden an mäßigen oder schwerwiegenden LUTS-Symptomen. Die Hälfte davon hat allerdings Symptome, die sich mit der OAB überlappen (1,2).

Die *Belastungsharninkontinenz* bezeichnet einen Harnverlust unter körperlicher Belastung ohne Harndrang. Im klinischen Alltag bewährt sich eine Einteilung in Grad I (Harnverlust bei Husten, Pressen, schwerem Heben), Grad II (Harnverlust beim Gehen, Bewegen, Aufstehen) und Grad III (Harnverlust im Liegen).

Beim Mann ist eine Belastungsharninkontinenz fast immer iatrogen bedingt als Folge einer traumatischen Schädigung des äußeren Schließmuskels oder der Schließmuskelnerven nach Prostataoperationen oder Trauma.

Diagnostik

Ziel der Diagnostik ist, die Harninkontinenz zu objektivieren, zwischen den verschiedenen Inkontinenzformen und Schweregrad zu differenzieren und die Ursachen zu erkennen.

Man unterscheidet zwischen einer Basisabklärung, welche auch durch den Hausarzt durchgeführt werden kann, und einer erweiterten bzw. fachärztliche Abklärung (Tabelle).

Als erstes sollten eine Miktions-, Trink-, Stuhl- und Medikamente- Anamnese sowie Voroperationen erfasst werden. Ein Aspekt der gezielten Inkontinenzanamnese stellt der individuelle Leidensdruck sowie die Auswirkung auf das soziale Umfeld mittels standardisierter Fragebögen dar (4). Das Miktionsprotokoll gibt Auskunft über Miktionsfrequenz, Miktionsmenge, Nykturie-Episoden. Neben einer allgemeinen körperlichen Untersuchung ist die vaginale/rektale Untersuchung obligat. Dazu sollte bei anamnestischer Belastungsinkontinenz immer ein Stresstest zum Inkontinenznachweis durchgeführt werden.

Restharnbestimmung erfolgt unmittelbar nach der Miktion üblicherweise durch Sonographie. Dabei können weitere wichtige Informationen über Blasenwanddicke, Divertikel, Prostatagröße getroffen werden.

Die erweiterten diagnostischen Maßnahmen sind erst dann erforderlich, wenn alle auf der Basisdiagnostik basierten Therapiemaßnahmen keinen Erfolg brachten oder die Basisdiagnostik Hinweise auf eine komplizierte oder neurogene Harninkontinenz gibt oder bei Therapieversager. Die urodynamische Untersuchung dient zur Klassifizierung der Blasenfunktionsstörung und sollte vor einer Harninkontinenzoperation obligat durchgeführt werden. Sie ist aber vor Einleitung einer konservativen Inkontinenztherapie nicht unbedingt erforderlich.



Therapie

Die Therapie der Harninkontinenz muss individuell (Ursache, Schweregrad, Lebensqualität) angepasst werden. Lebensstilmodifikationen, wie Gewichtsreduktion, Anpassung der Trinkgewohnheiten, Stuhlsorge und physikalische Maßnahmen gelten als erste Linie Therapie, sie stellen aber hohe Anforderungen an die Mitarbeit des Betroffenen und des Therapeuten. Bei der *Dranginkontinenz* kann in Kombination mit Blasen- und Toiletentraining eine medikamentöse Therapie mit Antimuskarinika eingeleitet werden (5). Da muskarinerge Rezeptoren auch an anderen Organen vorhanden sind, erklären sich die potenziellen Nebenwirkungen, wie Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, Obstipation, Restharnbildung oder Verschlechterung der Hirnleistung. Bei Therapieversagen oder inakzeptablen Nebenwirkungen wird die Therapie mit Botulinumtoxin A (Botox) angeboten. Durch Blockade der motorischen Endplatte und Blockierung der Afferenzen entspannt sich die Muskulatur (6). Das Botulinumtoxin A wird mittels Nadel an verschiedenen Stellen in der Blasenmuskulatur während der Zystoskopie injiziert. Nachteil der Therapie ist, dass der Therapieeffekt nach einigen Monaten (ca. 6-12 Monate) wieder nachlässt, was die Wiederholung der Botulinumtoxin-Therapie notwendig macht.

Bei der *Belastungsharninkontinenz* ist das Beckenbodentraining (BBT) eine etablierte Therapie und sollte primär eingesetzt werden. Die richtige Durchführung muss unter physiotherapeutischer Anleitung und Kontrolle erlernt werden. Bei BI nach radikaler Prostatektomie ist das BBT bis 6 Monate postoperativ erfolgversprechend, länger anhaltender ungewollter Harnverlust ist in der Regel operativ zu behandeln (7). Die in der Literatur beschriebenen Erfolgsraten erreichen je nach Schweregrad und Patientenselektion bis zu 70% (8). Dies setzt ein konsequentes Training und Kooperation des Patienten voraus. Das BBT kann durch Biofeedback unterstützt werden, das heißt, dass die Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur mit optischen oder akustischen Hilfsmitteln bewusst gemacht wird. Die Elektrostimulation macht dem Patienten bewusst, welche Muskulatur trainiert werden muss.

Spezielles zu den operativen Behandlungsmöglichkeiten der männlichen Inkontinenz

Die Indikation zur Inkontinenzchirurgie zur Behandlung der postoperative BI ist individuell zu treffen. Heute haben sich minimal-invasive Methoden mit spannungsfreien suburethralen Schlingen, ähnlich wie bei der operativen Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz, in der klinischen Routine etabliert. Das Ziel der Schlingen beim Mann ist eine Wiederherstellung der durch die Operation veränderten Anatomie, das bedeutet die Harnröhre an ihre physiologische Position zu bringen, den Blasenhalshals zu stabilisieren und das Absinken der Harnröhre bei Druckanstieg zu verhindern. Die Bänder werden wie eine Hängematte spannungsfrei unter die Harnröhre gelegt und entweder suprapubisch oder durch das Foramen Obturatorium platziert (Abb. 1). In den letzten Jahren wurden verschiedene minimal-invasive Schlingensysteme als Behandlungsoption für BI beim Mann eingeführt. Eine weitere neuere Entwicklung sind die adjustierbaren Systeme, bei denen der Druck auf die Harnröhre auch postoperativ eingestellt werden kann. Die berichteten Erfolgsraten für Bändern variieren von 50 bis 80 Prozent (9). Die Auswahl zwischen verschiedenen Systemen ermöglicht eine patientenorientierte Indikationsstellung, die auf die individuellen Gegebenheiten eingeht. Bei schwerer Inkontinenz auch nach Schlingenoperation gilt als Therapie der Wahl der artifizielle Sphinkter mit Kontinenzraten bis mehr als 90% in der Langzeit.

An unserer Universitätsklinik wird seit 2010 ein neues adjustierbares Bandsystem ATOMS® (Adjustable Transobturator Male System) zur Behandlung der Belastungsinkontinenz bei Männern angeboten. Über einen minimal-invasiven perinealen Zugang wird das System durch die zwei Fixations-Netzen transobturatorisch auf die Harnröhre implantiert. Alle Systemkomponenten arbeiten komplett hydraulisch. Das suburethrale Kissen wird über eine Port-Katheter-Verbindung gefüllt und gewährleistet einen sanften Druck auf die Harnröhre.

Durch das Nachfüllen der Flüssigkeit im Port besteht die Möglichkeit, den Druck auf die Harnröhre, auch nach der Operation, individuell zu verändern (Abb. 2).

Fazit

Ziel der hausärztlichen oder fachärztlichen Diagnostik ist es, Ursachen der Harninkontinenz zu erkennen und eine individualisierte symptomgezielte Therapie anzubieten. Dank der Vielzahl an effektiven Behandlungen und minimal-invasiven Methoden können wir heute gute Erfolge erreichen und die Lebensqualität unserer Patienten verbessern.

Literatur

1. Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Khoury and Alan Wein. Incontinence: Fifth Edition 2013. Epidemiology of UI in women and epidemiology of UI in men. S. 27-47. ISBN: 978-9953-493-21-3
2. Tikkinen KA, Agarwal A, Griebing TL. Epidemiology of male urinary incontinence. *Curr Opin Urol.* 2013; 23(6):502-8.
3. Abrams P, Andersson KE, Bircder L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29(1):213-40.
4. Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Khoury and Alan Wein. Incontinence: Fifth Edition 2013. Patient-Reported Outcome Assessment. S. 389-427. ISBN: 978-9953-493-21-3
5. Rai BP, Cody JD, Alhasso A, Stewart L. Anticholinergic drugs versus non-drugactive therapies for non-neurogenic overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 12; 12: CD003193.
6. Visco AG, Brubaker L, Richter HE, Nygaard I, Paraiso MF, Menefee SA, Schaffer J, Lowder J, Khandwala S, Sirls L, Spino C, Nolen TL, Wallace D, Meikle SF; Pelvic Floor Disorders Network. Anticholinergic therapy vs. onabotulinumtoxin A for urgency urinary incontinence. *N Engl J Med.* 2012 Nov 8; 367(19):1803-13.
7. Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, Milani AL, van der Wijk I, Smalbraak DJ, Vollebregt A, Schellart RP, Graziosi GC, van der Ploeg JM, Brouns JF, Tiersma ES, Groenendijk AG, Scholten P, Mol BW, Blokhuis EE, Adriaanse AH, Schram A, Roovers JP, Lagro-Janssen AL, van der Vaart CH. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med.* 2013 Sep 19; 369(12):1124-33.
8. Campbell SE, Glazener CM, Hunter KF, et al. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 18(1): CD001843.
9. Osman NI. Slings in the management of male stress urinary incontinence. *Curr Opin Urol.* 2013; 23(6):528-35.



Basisabklärung	Erweiterte Abklärung
• Zielgerichtete Anamnese	• Uroflowmetrie
• Miktionsanamnese	• Urodynamische Untersuchung
• Miktionsprotokoll	• Urethrozystoskopie
• Klinische Untersuchung abdominale, genitale, vaginale/rektale	• spezielle radiologische Verfahren
• Harnuntersuchung	• Ergänzende neurologische Untersuchungen
• Restharnbestimmung	• Laboruntersuchungen

Tabelle: Diagnostik der Harninkontinenz

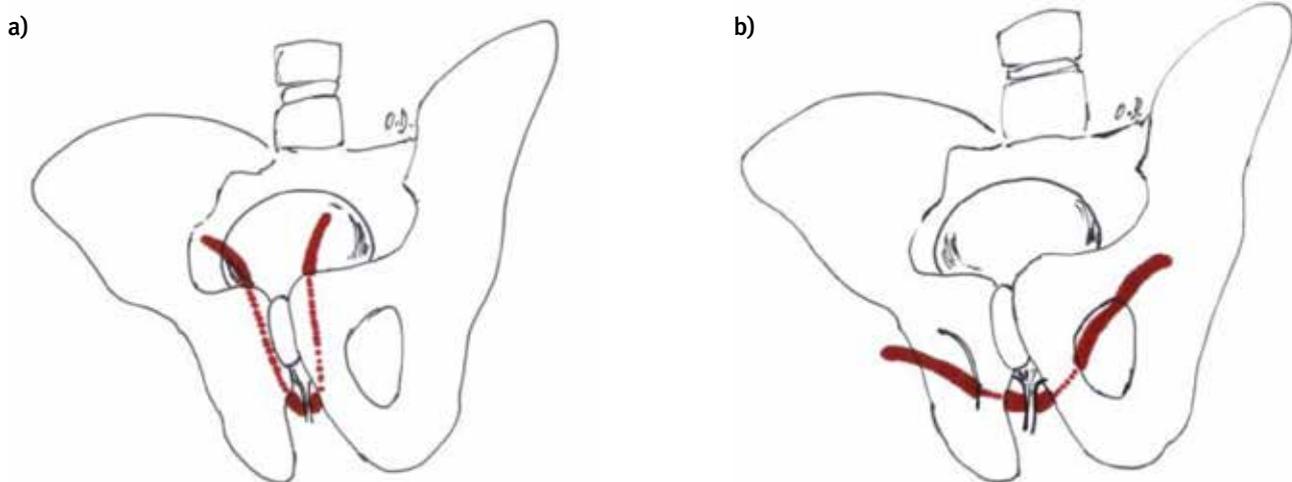


Abbildung 1: Bandlage um die Harnröhre nach suprapubische (a) oder transobturatorische (b) Implantation bei Patienten mit Belastungsharninkontinenz.

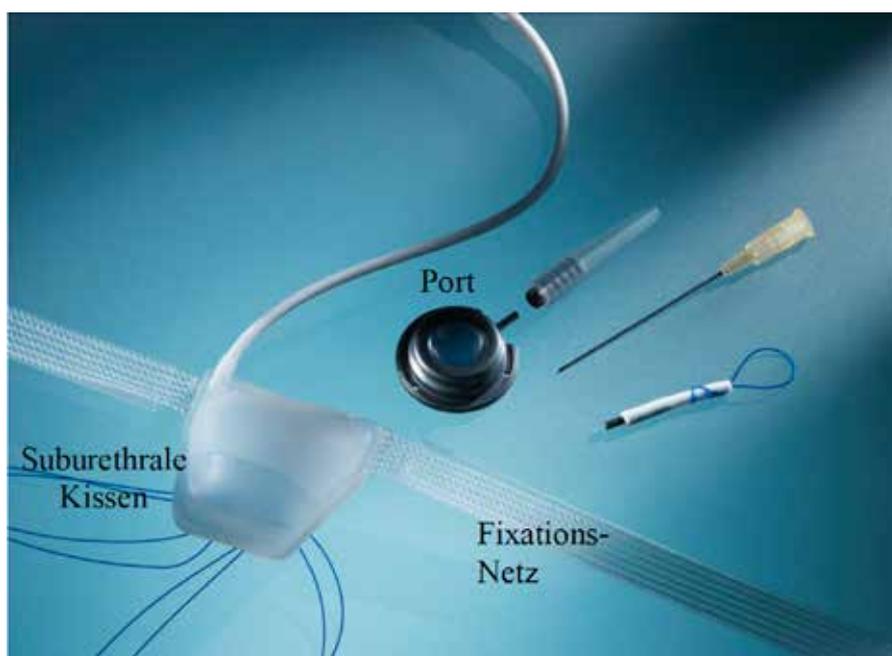


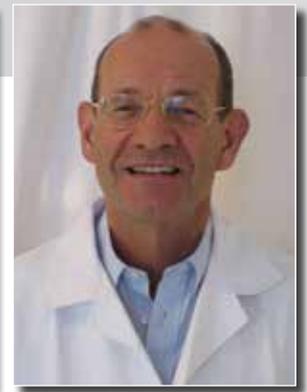
Abbildung 2: ATOMS® System (Adjustable Transobturator Hydraulic Male System) (mit freundlicher Genehmigung von der Firma AMI Austria GmbH).

*Priv.Doz.in Dr. med. univ.
Orietta Dalpiaz*

Universitätsklinik für Urologie
Auenbruggerplatz 5/6
A-8036 Graz

Hard Facts – medikamentöse Therapieeffizienz bei Erektile Dysfunktion

Dr. Alexander Friedl, Urologische Abteilung, KH Göttlicher Heiland, Wien
Univ. Prof. Dr. Christian-Peter Schmidbauer, Praxis-Klinik Urologie, Wien



Die Erektile Dysfunktion (ED), welche eine 6-monatige Erektionsstörung beschreibt, kann sowohl beim Patienten selbst, als auch beim Lebenspartner, Lebensqualität und Wohlbefinden negativ beeinflussen¹. Deshalb sollte eine passende ED-Therapie, nicht nur durch das mittlerweile breite und kostengünstige Angebot von Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE5-I), mit dem Urologen besprochen und nach Nutzen-Risiko-Abwägung eingeleitet werden. Denn ein zufriedenes Sexualleben ist für ein gesundes Altern essentiell.

Ursachen und Diagnostik

Die physiologische Erklärung von Potenz und Tumeszenz ist sehr komplex und von einer gesunden nervalen Stimulation sowie arteriellen und venösen Gefäßversorgung abhängig. Nur ein nahezu biologisch und psychisch gesunder Mann, kann ohne medikamentöse und potenzunterstützende Maßnahmen eine voll ausgeprägte Erektion bekommen. Die kleinste Störung in den rückkoppelnden Faktoren, kann die zahnradartige Abfolge zum Aufbau und Erhaltung einer Erektion aus dem Ruder bringen (Abb. 1)².

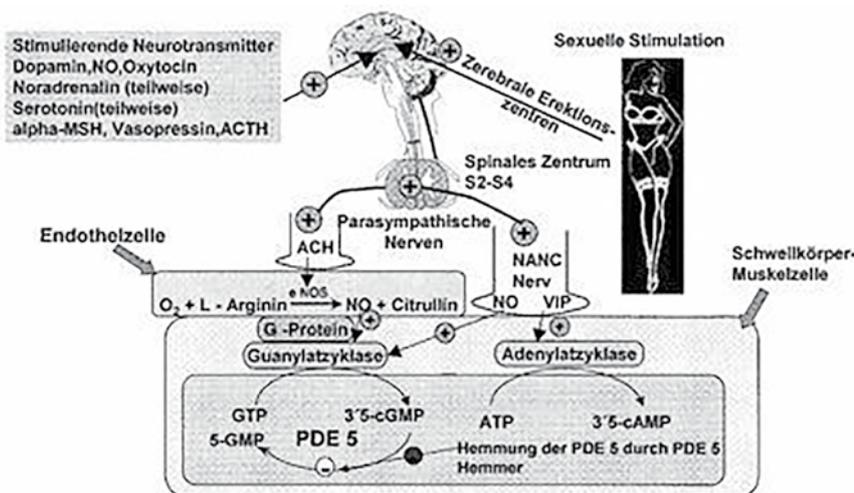
Die Ursache von Erektionsschwäche ist multifaktoriell. Das Alter spielt dabei eine große Rolle. In einer groß angelegten amerikanischen Studie (MMAS - Massachusetts male aging study), wurde die Prävalenz von Erektile Dysfunktion (ED) in Abhängigkeit von Alter untersucht und in Cluster eingeteilt. Demnach sind 8% der Männer zwischen 40 und 49 Jahre, sowie 16% zwischen 50 und 59 Jahre und 37% zwischen 60 und 69 Jahre von Erektile Dysfunktion betroffen. Diese Daten konnten auch in deutschen Studien reproduziert werden^{3,4}.

Die epidemiologischen Risikofaktoren sind kardiovaskuläre, metabolische und endokrine Erkrankungen, sowie negative Life-style Faktoren wie Nikotinabusus, übermäßiger Alkoholgenuss und Bewegungsarmut. Die dauerhafte Einnahme von Medikamenten (Beta-Blocker, Thiazide, Spironolacton, Antidepressiva, Antiandrogene, Neuroleptika) sind ebenso ED-fördernd. Periphere Nervenläsionen, Epilepsie, Schwellkörperveränderungen (z.B. Induratio penis plastica), benigne Prostatahyperplasie und schwere Systemerkrankungen (z.B. Chronische Niereninsuffizienz, Dialysepflicht) tragen ebenso zur mangelhaften oder fehlenden Erektion bei.

Intermittierende Erektionsstörungen bei jungen Erwachsenen werden meistens durch psychische Faktoren ausgelöst. Versagensängste, negative Erwartungshaltung und von Medien falsch transportierte sexuelle Vorstellungen, sind hier ursächlich beteiligt. Das Vorhandensein einer nächtlichen/morgendlichen Tumeszenz spricht gegen eine organische ED-Ursache. Erektionsstörungen nach radikaler Prostatektomie sind häufig⁵ und vom Geschick des Operateurs, vom Tumorstadium und der OP-Technik abhängig. Die Schonung der lateralen neurovaskulären Bündel (bilateral nerve sparing method) und die medikamentöse Unterstützung mit PDE5-I kann die Progression der ED verhindern⁶.

Der Altershypogonadismus, auch PADAM (partial androgen deficiency in aging men) oder LOH (late onset hypogonadism) genannt, ist mit einer Abnahme des Serumtestosterons um ca. 1% ab dem 50. Lebensalter charakterisiert und manifestiert sich klinisch als Libidoverlust, ED, Müdigkeit, Depression, Leistungsabfall, Zunahme des viszeralen Fettanteiles, Abnahme von Muskelmasse und Veränderung von Haut und Körperbehaarung. Unter diesen Umständen kann ein metabolisches Syndrom mit Insulinresistenz entstehen. Hier sollte eine kontrollierte TRT (testosterone replacement therapy) erfolgen. Durch Testosteronsubstitution kann auch ein PDE5-I Non-responder zu einem Responder werden¹⁸.

Abbildung 1: Physiologie der Erektion²



Die (Sexual-) Anamnese hat in der ED-Diagnostik einen zentralen Stellenwert, da sich rasch Ursachen und Leidensdruck herauskristallisieren. Der IIEF-5 (International Index of Erectile Function) Fragebogen, ist ein simples Tool zur Detektion einer ED. Eine ausführliche Laboruntersuchung und Hormonstatus (Prolaktin, Testosteron) sollten folgen, eine urologische Stuserhebung ist obligatorisch. Die penile Dopplersono-



graphie und der diagnostische SKAT (Schwellkörperautoinjektionstest) mit Prostaglandin sind weitere diagnostische Mittel zur Beurteilung der ED-Ursache. Abbildung 2 zeigt die Einteilung der Erektionsfähigkeit beurteilt nach Tumescenz und Rigidität. Diese Einteilung kann zum Monitoring der ED-Therapie herangezogen werden.

Abbildung 2: Einteilung der Erektionsfähigkeit nach Tumescenz und Rigidität

E0: keine Tumescenz (Volumenzunahme)
E1: geringe Tumescenz, keine Rigidität
E2: mittlere Tumescenz, keine Rigidität
E3: volle Tumescenz, keine Rigidität
E4: volle Tumescenz, mittlere Rigidität
E5: volle Tumescenz, volle Rigidität

Therapie und Ausblick

Die Änderung sämtlicher ungesunder Lebensgewohnheiten sollte noch vor dem Versuch einer medikamentösen ED-Therapie mit dem Patienten durchgeführt werden. Raucherentwöhnung, ausreichend Bewegung und Sport sowie eine ausgewogene Ernährung können die Ausbildung einer ED verhindern und wird von der EAU (European Association of Urology) empfohlen (Abb. 3).

Das gesamte Herz-Kreislaufsystem wird von dieser Umstellung profitieren, da die Ausbildung einer ED mit jener von kardiovaskulären Erkrankungen in engem Zusammenhang steht⁷. Eine Verbesserung des Erektionsvermögens kann nach Umstellung sämtlicher ungesunder Lebensgewohnheiten in bis zu 30% erzielt werden⁸. Außerdem ist eine Steigerung der Wirksamkeit potenzsteigernder Medikamente zu erwarten und die kardiale Prognose kann verbessert werden⁹.

Ein durchaus strenges Konzept sieht einen Patienten mit ED solange als kardiovaskulären Patienten bis das Gegenteil bewiesen wurde. Die Zusammenarbeit mit Internisten ist in diesem Bereich vor allem zu forcieren und sollte interdisziplinär sein. Die Serum-Hormonparameter sollten im Normalbereich sein.

Eine Vakuum-Therapie (VED – vacuum erection device) ist mit einer allgemeinen Patientenzufriedenheit bis 94% bei schweren Komorbiditäten zu empfehlen.

Abbildung 3: ED-Therapie-Empfehlungen der EAU (LE=level of evidence, GR=grade of recommendation)

Recommendations for ED treatment	LE	GR
Lifestyle changes and risk factor modification must precede or accompany ED treatment.	1a	A
Pro-erectile treatments have to be given at the earliest opportunity after radical prostatectomy.	1b	A
When a curable cause of ED is found, it must be treated first.	1b	B
PDE5Is are first-line therapy.	1a	A
Daily administration of PDE5Is may improve results and restore erectile function.	1b	A
A vacuum erection device can be used in patients with stable relationship.	4	C
Intracavernous injection is second-line therapy.	1b	B
Penile implant is third-line therapy.	4	C

PDE5-Hemmer und Alternativen

Die Erfindung der PDE5-I (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil) haben die Therapie der ED revolutioniert und vereinfacht¹⁴. Die Hemmung der Phosphodiesterase 5 verhindert den Abbau von cGMP/NO (Stickoxid), einem Signalstoff, welcher die glatte Muskulatur der Arteriolen und der Trabekel des Schwellkörpers erschlaffen lässt. Die erektionsfördernde Wirkung von Sildenafil wurde im Jahr 1990 im Zuge pharmakologischer Studien zur Behandlung kardialer Erkrankungen zufällig entdeckt, 1991 wurde das Patent eingereicht. Die Grundvoraussetzung zur Behandlung der ED ist eine sexuelle Stimulation durch visuelle/taktile Reize. Die allgemeinen Nebenwirkungen der PDE5-I sind Cephalaea, Flush-Symptomatik, Herzpalpitationen, Schwindel, Augen-, Muskelschmerzen und selten kardiale Rhythmusstörungen oder Priapismus.

Mit dem Ablauf des Patentschutzes vom ersten PDE5-I Sildenafil (Viagra), wurden viele Generica an den Markt gebracht, die mit niedrigen Preisen und unterschiedlicher Galenik werben (Direktan, Sildenafil Genericon®, Sildenafil Sandoz®, Sildenafil ratiopharm®). Für kardial instabile Patienten ist eine internistische Voruntersuchung obligatorisch. Die Startdosis von Sildenafil ist 50 mg, eine Dosiserhöhung auf 100 mg ist je nach Verträglichkeit und Nebenwirkungsspektrum möglich. Die Halbwertszeit beträgt 3-5h, die maximale Wirkkonzentration wird nach 30-60 Minuten auf nüchternem Magen erreicht und bei Einnahme mit einer Mahlzeit bis zu 30% abgeschwächt. Begleitender Alko-

holguss kann die Erektionsfähigkeit herabsetzen. Direktan® ist in den gleichen Dosierungen als weiße Kautablette mit Pfefferminzaroma erhältlich und sorgt laut Hersteller aufgrund seiner Galenik für eine angenehme Einnahme. Sildenafil Sandoz® ist hingegen als Schmelzfilmtablette und in unterschiedlichen Packungsgrößen vorhanden. Vardenafil (Levitra®, Vivanza®), das bisher kostengünstigste Präparat, wird mit einer Startdosierung von 10 mg empfohlen und ist mit der Wirksamkeit von Sildenafil vergleichbar.

Tadalafil (Cialis®) hat eine Halbwertszeit von etwa 18h, kann ohne Einfluss auf die Wirkkonzentration und Resorption mit der Mahlzeit eingenommen werden und hat als PDE5-I aufgrund seiner dualen Therapiemöglichkeit (ED und BPH)¹⁰ einen eigenen Stellenwert. Das Präparat eignet sich zur Behandlung der ED aufgrund der längeren Wirkdauer (12-36h) zur Einnahmen vor Wochenenden und in Urlauben. Die anfängliche Dosierung wird mit 10 mg empfohlen und kann bei unzufriedenem Ergebnis auf 20 mg gesteigert werden. Da sämtliche glatte Muskelzellen der Prostata und der Harnblase auch Typ 4 und Typ 5 Phosphodiesterase exprimieren, wurde ein BPH-Therapieansatz neu entdeckt. In der Behandlung von BPH konnten zuletzt mehrere Studien die Wirksamkeit von Tadalafil 5 mg ein Mal täglich mit Verbesserung der ED und LUTS (lower urinary tract symptoms), in Monotherapie und in Kombination mit einem 5-alpha reductase inhibitor (5-ARI) bestätigen¹¹. Der Kostenfaktor wird hier entscheidend sein um diese Therapieform auch dauerhaft anwenden zu können.



Abbildung 4: Unterschiede der PDE5-I¹⁴

Drug	Dosage	Timing Relative to Intercourse	Onset	Duration	Made of Metabolization
Sildenafil	20-100 mg	1 h	14-60 min	~4 h	Hepatic
Tadalafil	10-20 g	1-12 h	16-45 min	~36 h	Hepatic
Vardenafil	10-20 mg	1 h	25 min	~4 h	Hepatic
Avanafil	50-200 mg	30 min	30-45 min	~6 h	Hepatic

In einer rezenten Metaanalyse wurden sämtliche PDE5-I, darunter auch neue Präparate wie Avanafil und Udanafil, welche in Europa noch nicht hergestellt werden, auf ihre Effektivität und Sicherheit zur ED-Therapie untersucht.

Tadalafil konnte sich als das effektivste und nebenwirkungsärmste Mittel herauskristalisieren¹², Vardenafil dürfte auch auf Ejaculatio praecox in Kombination mit ED einen günstigen Effekt haben¹³. Zudem sind etwa 11% - 44% der Patienten Non-Responder auf eine PDE5-I Monotherapie.

ur second-line Therapie empfiehlt sich eine Vakuum-therapie, SKAT (Schwellkörper Autoinjektionstherapie), MUSE (Medicated urethral system for erection) oder, soweit es der Gesundheitszustand des Patienten erlaubt, eine Kombinationstherapie.

Durch die Effektivität aller PDE5-I haben viele Präparate mit aphrodisierender Wirkung an Bedeutung verloren. Yohimbin (Yocon-Glenwood 5 mg[®]) ist ein hochpotenter Alpha-2-Adrenorezeptoren-Blocker und bewirkt eine Vasodilatation in der glatten Muskulatur. Eine Interaktion mit Serotonin-Rezeptoren im Gehirn wird auch beschrieben.

Vereinzelte umfasst das Nebenwirkungsspektrum Angstzustände, Insomnia, Cephalaea, Hypertonie und Unruhe. Die individuell stark schwankende Bioverfügbarkeit (7 % bis 87 %) haben Yohimbin im Vergleich zu den PDE5-I zu einem unzuverlässigen Präparat gemacht. Das Therapieschema schlägt eine Einnahme von 1-2 Tabletten 3x tgl. bis zu 8 Wochen vor. Dies ist für viele Patienten oft kompliziert. Wegen des sehr begrenzten Wirkungspotentials soll Yohimbin im Zeitalter der hochpotenten PDE5-I lediglich bei einfachen psychogenen ED-Ursachen, die oft im Jugendalter auftreten und Versagensängste beinhalten, eingesetzt werden¹⁵.

SKAT

Die SKAT (Caverject[®]) ist als second-line Therapie der ED zugelassen. Ausschließlich der Urologe bestimmt die notwendige Dosis für eine Erektion, welche meist zwischen 5 bis 40 µg Alprostadil (Prostaglandin PGE1) liegt. Eine Erektion wird je nach Dosierung nach ca. 5-15 Minuten erreicht.¹⁶

Nach Patienteneinschulung in die Schwellkörper-Injektionstechnik sind over-all Erfolgsraten bis 94% möglich. Die häufigsten Nebenwirkungen sind

penile Spannungsschmerzen (50%) und Hämatombildung (8%) die aufgrund nicht ordnungsgemäß durchgeführter Injektion, Priapismus in 1 % der Fälle und Schwellkörperfibrose, die in 2 % der Patienten auftreten kann. Eine intracavernöse Kombinationstherapie mit Alprostadil/Papaverin/Phentolamin kann die Wirkung erhöhen, sollte aber nur unter strikter Kontrolle geschehen.

MUSE

Die transurethrale Applikation von Alprostadil (=Prostaglandin E1) -haltigen Pellets (meist zwischen 125-1000 µg) bewirkt rasch eine Vasodilatation in den cavernösen Gefäßen und kann nach frustanem Therapieversuch mit PDE5-I verabreicht werden¹⁶. Die Effektivität und Beliebtheit bei den Patienten wird unterschiedlich beurteilt. Eine suffiziente Erektion für Geschlechtsverkehr kann in 30% bis 66% der Patienten erzielt werden. Die Effektivität gegenüber der SKAT ist geringer, die Applikation jedoch rascher und patientenfreundlicher.

Die häufigsten Nebenwirkungen sind lokaler Schmerz (29-41%) und Schwindel mit möglichen hypotonen Blutdruckreaktionen (1.9-14%). Penile Fibrose und Priapismus treten sehr selten (< 1%) auf.



TRT

Eine Testosteronersatztherapie beim LOH sollte bei gesichertem Serumtestosteronmangel ($<3,4-3,5 \text{ ng/ml}^{19}$) erfolgen sowie unter Berücksichtigung der Kontraindikationen (Prostatakarzinom, Hämatokrit $>50\%$, PSA $>4 \text{ ng/ml}$, schwere LUTS) und unter genauer Kontrolle von PSA, Serum-Testosteron, Blutbild, Prostatastufbefund und ev. Knochendichte und Herz-Kreislaufsystem geschehen. Auch die männliche Brust sollte im Intervall untersucht werden, da die Prävalenz von Mammakarzinom beim Mann unter TRT höher ist.

Eine Nutzen-Risiko-Beurteilung ist hier mit Einbeziehung des Patientenalters entscheidend. Die Bestimmung des Serum-Testosterons ist obligatorisch und sollte an 2 Vormittagen abgenommen werden. Es ist zu erwarten, dass das Serumtestosteron erniedrigt und das SHBG (Sexualhormon bindendes Globulin) kompensatorisch erhöht ist. Zurzeit stehen 4 TRT-Darreichungsformen zur Verfügung.

Dazu zählen die orale Therapie mit Andriol-Testocaps[®], die topische Anwendung von Testogel[®], die intramuskuläre Verabreichung von Nebido[®] und die subkutane Platzierung von Testimplant[®]. Anfangs sollte ein kurz wirksames Testosteronpräparat bevorzugt werden um einen Therapieabbruch bei Nebenwirkungen jederzeit einleiten zu können. Langfristig wird die Depotimplantation des Testosterons von Patienten am besten angenommen.

Fazit für die Praxis

Der Lebensstil spielt in Ausbildung und Progression der ED eine wichtige Rolle. Die medikamentöse Therapie der ED ist gut etabliert und sollte nach Evaluierung der Ursache ausschließlich über den Urologen eingeleitet werden. PDE5-I sind first line-Präparate und unterscheiden sich in Dauer der Wirksamkeit, Dosierung und Galenik.

Tadalafil dürfte nach jüngsten Studien in Effektivität, Nebenwirkungsspektrum und Beliebtheit die Nase gering vorne haben und kann auch in der BPH-Therapie neben der Standardtherapie eingesetzt werden. Die Androgensubstitution beim LOH sollte unter strenger Kontrolle aus-

schließlich beim Urologen/Andrologen erfolgen und kann als „Booster-Präparat“ die Libido verbessern und sämtliche Auswirkungen des Testosteronmangels verhindern.

- 1) Jiann BP et al. Is female sexual function related to the male partners' erectile function? *J Sex Med.* 2013 Feb;10(2):420-9.
- 2) *Der Urologe*; September 2006, Volume 45; 157-162
- 3) Johannes et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Urol.* 163 (2000), Nr. 2, S. 460-3
- 4) Braun et al. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the Cologne Male Survey. *Int J Impot Res.* 12 (2000), Nr. 6, S. 305-11
- 5) Resnick MJ et al., Long-term functional outcomes after treatment for localized prostate cancer. *N Engl J Med.* 2013 Jan 31;368(5):436-45.
- 6) Montorsi F et al., Effects of Tadalafil Treatment on Erectile Function Recovery Following Bilateral Nerve-sparing Radical Prostatectomy: A Randomised Placebo-controlled Study (REACTT). *Eur Urol.* 2013 Oct 13.
- 7) Thompson IM et al. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA.* 2005 Dec 21;294(23):2996-3002.
- 8) Esposito K et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004 Jun 23;291(24):2978-84.
- 9) Meldrum DR et al. The link between erectile and cardiovascular health: the canary in the coal mine. *Am J Cardiol.* 2011 Aug 15;108(4):599-606.
- 10) Dong Y et al. Efficacy and safety of tadalafil monotherapy for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: a meta-analysis. *Urol Int.* 2013;91(1):10-8.
- 11) Casabé A et al. Efficacy and safety of the co-administration of tadalafil once daily with finasteride for 6 months: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in men with lower urinary tract symptoms and prostatic enlargement secondary to benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2013 Oct;
- 12) Yuan J et al. Comparative effectiveness

and safety of oral phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction: a systematic review and network meta-analysis. *Eur Urol.* 2013 May;63(5):902

- 13) Bruzziches R et al. An update on pharmacological treatment of erectile dysfunction with phosphodiesterase type 5 inhibitors. *Expert Opin Pharmacother.* 2013 Jul;14(10):1333-44.
- 14) Briganti A et al. Clinical update on phosphodiesterase type-5 inhibitors for erectile dysfunction. *World J Urol.* 2005 Dec;23(6):374-84.
- 15) Schultheiss D et al. Drug therapy of erectile dysfunction—the current status. *Urologe A.* 2003 Oct;42(10):1322-9.
- 16) Leungwattanakij S et al. Intracavernosal injection and intraurethral therapy for erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 2001 May;28(2):343-54
- 17) Isidori AM et al. A Critical Analysis of the Role of Testosterone in Erectile Function: From Pathophysiology to Treatment-A Systematic Review. *Eur Urol.* 2013 Aug 29.
- 18) Khera M et al. Improved sexual function with testosterone replacement therapy in hypogonadal men: real-world data from the Testim Registry in the United States (TRiUS). *J Sex Med.* 2011 Nov;8(11):3204-13.
- 19) Kang S, Park HJ, Park NC. Serum total testosterone level and identification of late-onset hypogonadism: a community-based study. *Korean J Urol.* 2013 Sep;54(9):619-23.

Dr. Alexander Friedl

Urologische Abteilung,
KH Göttlicher Heiland, Wien 1170
E-mail: alexander.friedl@khhg.at

Univ. Prof. Dr. Christian-Peter Schmidbauer

Praxis-Klinik Urologie, Wien 1090
E-mail:
schmidbauer@urologie-wien.com

FACHKURZINFORMATION

Balancette 0,02 mg/3 mg Filmtabletten; Zusammensetzung: 24 rosafarbene Filmtabletten (wirkstoffhaltige Tabletten): Jede Filmtablette enthält 0,02 mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 44 mg Lactose-Monohydrat, 4 weiße Filmtabletten (Placebo-Tabletten, nicht wirksam): Diese Tabletten enthalten keine Wirkstoffe. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 89,5 mg wasserfreie Lactose. Anwendungsgebiete: Orale Kontrazeption. Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOKs) dürfen nicht bei Vorliegen einer der unten aufgeführten Bedingungen angewendet werden. Sollte eine dieser Bedingungen zum ersten Mal während der Anwendung von KOK auftreten, muss das Präparat unverzüglich abgesetzt werden. Venenthrombose in der Gegenwart oder Vergangenheit (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), Arterienthrombose in der Gegenwart oder Vergangenheit (z. B. Myokardinfarkt) oder prodromale Leiden (z. B. Angina pectoris oder transitorische ischämische Attacke), Schlaganfall in der Gegenwart oder Vergangenheit. Vorliegen eines schweren oder mehrerer Risikofaktors/en für Arterienthrombose. Diabetes mellitus mit Gefäßsymptomen. Schwere Hypotonie, Schwere Dyslipoproteinämie. Hereditäre oder erworbene Prädisposition für Venen- oder Arterienthrombose, wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Defizienz, Protein-C-Defizienz, Protein-S-Defizienz, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulans). Pankreatitis in der Gegenwart oder Vergangenheit, wenn assoziiert mit schwerer Hypertriglyceridämie. Schwere hepatische Erkrankung in der Gegenwart oder Vergangenheit, sofern die normalen Leberfunktionswerte nicht wiederhergestellt sind. Schwere Niereninsuffizienz oder akutes Nierenversagen, Lebertumore in der Gegenwart oder Vergangenheit (gut- oder bösartig), Vorliegen von oder Verdacht auf, durch Geschlechtssteroid beeinflusste Malignome (z. B. der Zeugungsorgane oder Brüste), Vaginalblutung ohne Diagnose, Migräne in der Anamnese mit fokalen neurologischen Symptomen, Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile von Balancette. Pharmakotherapeutische Gruppe: Gestagene und Estrogene, fixe Kombination, ATC-Code: G03AA12. Liste der sonstigen Bestandteile: Wirkstoffhaltige Tabletten (rosafarbene Tabletten): Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, vorverkleisterte (Mais-)Stärke, Povidon K-30 (E1201), Croscarmellose-Natrium, Polysorbat 80, Magnesiumstearat (E572). Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol 3350, Talkum, Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172), Eisenoxid schwarz (E172). Placebo-Tabletten (weiße Tabletten): Tablettenkern: wasserfreie Lactose, Povidon (E1201), Magnesiumstearat (E572). Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol 3350, Talkum. Art und Inhalt des Behältnisses: Klare bis leicht undurchsichtige transparente Blister aus PVC-/PVDC-Aluminium. Jeder Blister enthält 24 rosafarbene wirkstoffhaltige Tabletten und 4 weiße Placebo-Tabletten. Packungsgrößen: 1 x 28 Filmtabletten, 3 x 28 Filmtabletten, 6 x 28 Filmtabletten, 13 x 28 Filmtabletten. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Inhaber der Zulassung: ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Albert-Schweitzer-Gasse 3, A-1140 Wien, Tel.-Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: 07/2012

Cycle ratiopharm 75 Mikrogramm Filmtabletten; Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 75 Mikrogramm Desogestrel. Sonstiger Bestandteil: Jede Filmtablette enthält 54,35 Lactose-Monohydrat. Anwendungsgebiete: Orale Kontrazeption. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Bekannte oder vermutete Schwangerschaft. Aktive venöse thromboembolische Erkrankungen. Bestehende oder Anamnese einer schweren Lebererkrankung, solange die Leberfunktionswerte noch nicht im Normbereich liegen. Bekannte oder vermutete sexualsteroidsensitive bösartige Tumore. Nicht abgeklärte vaginale Blutungen. Pharmakotherapeutische Gruppe: Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung, ATC-Code: G03AC09. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon, Stearinsäure, All-rac-alpha-Tocopherol, Hochdisperses Siliciumdioxid, wasserfrei. Filmüberzug: Hypromellose, Macrogol 400, Talkum, Titandioxid. Art und Inhalt des Behältnisses: PVC/Al-Blisterpäckungen mit 28 Filmtabletten. Kalenderpackungen mit 1x28, 3x28 und 6x28 Filmtabletten. Blister können im Sachet verpackt werden. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Inhaber der Zulassung: ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Albert-Schweitzer Gasse 3, A-1140 Wien, Tel.-Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: 07/2012

Danselle 0,02 mg/3 mg 21 Filmtabletten; Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 0,02 mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon. Sonstiger Bestandteil: 44 mg Lactose-Monohydrat. Anwendungsgebiete: Orale Kontrazeption. Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOKs) dürfen nicht bei Vorliegen einer der unten aufgeführten Bedingungen angewendet werden. Sollte eine dieser Bedingungen zum ersten Mal während der Anwendung von KOK auftreten, muss das Präparat unverzüglich abgesetzt werden. Venenthrombose in der Gegenwart oder Vergangenheit (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), Arterienthrombose in der Gegenwart oder Vergangenheit (z. B. Myokardinfarkt) oder prodromale Leiden (z. B. Angina pectoris oder transitorische ischämische Attacke), Schlaganfall in der Gegenwart oder Vergangenheit, Vorliegen eines schweren oder mehrerer Risikofaktors/en für Arterienthrombose, Diabetes mellitus mit Gefäßsymptomen, Schwere Hypotonie, Schwere Dyslipoproteinämie, Hereditäre oder erworbene Prädisposition für Venen- oder Arterienthrombose, wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Defizienz, Protein-C-Defizienz, Protein-S-Defizienz, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulans). Pankreatitis in der Gegenwart oder Vergangenheit, wenn assoziiert mit schwerer Hypertriglyceridämie. Schwere hepatische Erkrankung in der Gegenwart oder Vergangenheit, sofern die normalen Leberfunktionswerte nicht wiederhergestellt sind. Schwere Niereninsuffizienz oder akutes Nierenversagen, Lebertumore in der Gegenwart oder Vergangenheit (gut- oder bösartig), Vorliegen von oder Verdacht auf, durch Geschlechtssteroid beeinflusste Malignome (z. B. der Zeugungsorgane oder Brüste), Vaginalblutung ohne Diagnose, Migräne in der Anamnese mit fokalen neurologischen Symptomen, Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile von Danselle. Pharmakotherapeutische Gruppe: Gestagene und Estrogene, fixe Kombination, ATC-Code: G03AA12. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, vorverkleisterte (Mais-)Stärke, Povidon, Croscarmellose-Natrium, Polysorbat 80, Magnesiumstearat. Filmüberzug: teilhydrolysiertes Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, gelbes Eisenoxid, rotes Eisenoxid, schwarzes Eisenoxid. Art und Inhalt des Behältnisses: Blister aus Aluminiumdurchdrückfolie und PVC-/PVDC-Film. Packungsgrößen: 1 x 21 Filmtabletten, 2 x 21 Filmtabletten, 3 x 21 Filmtabletten, 6 x 21 Filmtabletten, 13 x 21 Filmtabletten. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Inhaber der Zulassung: ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Albert-Schweitzer-Gasse 3, A-1140 Wien, Tel.-Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: 12/2012

Danseo 0,03 mg/3 mg 21 Filmtabletten; Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 0,03 mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon. Sonstiger Bestandteil: 62 mg Lactose-Monohydrat. Anwendungsgebiete: Orale Kontrazeption. Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOKs) dürfen nicht bei Vorliegen einer der unten aufgeführten Bedingungen angewendet werden. Sollte eine dieser Bedingungen zum ersten Mal während der Anwendung von KOK auftreten, muss das Präparat unverzüglich abgesetzt werden. Venenthrombose in der Gegenwart oder Vergangenheit (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), Arterienthrombose in der Gegenwart oder Vergangenheit (z. B. Myokardinfarkt) oder prodromale Leiden (z. B. Angina pectoris oder transitorische ischämische Attacke), Schlaganfall in der Gegenwart oder Vergangenheit. Vorliegen eines schweren oder mehrerer Risikofaktors/en für Arterienthrombose. Diabetes mellitus mit Gefäßsymptomen, Schwere Hypotonie, Schwere Dyslipoproteinämie, Hereditäre oder erworbene Prädisposition für Venen- oder Arterienthrombose, wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Defizienz, Protein-C-Defizienz, Protein-S-



UNTERER
RÜCKEN

BECKENBODEN

OBERSCHENKEL
INNEN

VERHELFFEN SIE PATIENTEN ZU EINEM GESUNDEN BECKENBODEN.

Funktionsstörungen des Beckenbodens beruhen häufig auf einem Kraftdefizit seiner Muskulatur. Kieser Training hat speziell zur gezielten und isolierten Stärkung der Beckenbodenmuskulatur die Trainingsmaschine A5 entwickelt. Informieren Sie sich über Möglichkeiten einer Zusammenarbeit im Studio in Ihrer Nähe: kieser-training.at/studios



A5: BECKENBODEN

Das gezielte und isolierte Training des Beckenbodens verbessert seine Muskelstruktur und -funktion.



LE/F3: UNTERER RÜCKEN

Die tiefen Rückenstrecker stabilisieren die Wirbelsäule und somit die Haltung.



A4: OBERSCHENKEL INNEN

Adduktoren und Beckenbodenmuskeln arbeiten synergistisch.

**KIESER
TRAINING**

JA ZU EINEM STARKEN KÖRPER

Defizienz, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulans). Pankreatitis in der Gegenwart oder Vergangenheit, wenn assoziiert mit schwerer Hypertriglyceridämie. Schwere hepatische Erkrankung in der Gegenwart oder Vergangenheit, sofern die normalen Leberfunktionswerte nicht wiederhergestellt sind. Schwere Niereninsuffizienz oder akutes Nierenversagen, Lebertumore in der Gegenwart oder Vergangenheit (gut- oder bösartig). Vorliegen von oder Verdacht auf, durch Geschlechtssteroid beeinflusste Malignome (z. B. der Zeugungsorgane oder Brüste), Vaginalblutung ohne Diagnose, Migräne in der Anamnese mit fokalen neurologischen Symptomen. Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile von Danseo. Pharmakotherapeutische Gruppe: Gestagene und Estrogene, fixe Kombination, ATC-Code: G03AA12. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte (Mais-) Stärke, Crospovidon, Povidon, Polysorbat 80, Magnesiumstearat. Filmüberzug: teilhydrolysiertes Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, gelbes Eisenoxid. Art und Inhalt des Behältnisses: Blister aus Aluminiumdurchdrückfolie und PVC-/PVDC-Film. Packungsgrößen: 1 x 21 Filmtabletten, 2 x 21 Filmtabletten, 3 x 21 Filmtabletten, 6 x 21 Filmtabletten, 13 x 21 Filmtabletten. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Inhaber der Zulassung: ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Albert-Schweitzer-Gasse 3 16/16, A-1140 Wien, Tel.-Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: 12/2012

Flow 15 Mikrogramm /60 Mikrogramm Filmtabletten; Zusammensetzung: Jede gelbe Filmtablette (wirkstoffhältig) enthält 15 Mikrogramm Ethinylestradiol und 60 Mikrogramm Gestoden. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 46,725 mg Lactose-Monohydrat. Die weißen Filmtabletten sind wirkstofffrei (Placebo). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 46,67 mg Lactose-Monohydrat. Anwendungsgebiete: Orale hormonale Kontrazeption. Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) dürfen nicht bei Vorliegen einer der unten angeführten Bedingungen angewandt werden. Sollte eine der aufgelisteten Bedingungen zum ersten Mal während der Einnahme eines KOK auftreten, muss die Einnahme sofort beendet werden. Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder der sonstigen Bestandteile. Bestehenden oder vorausgegangenen arteriellen Thromboembolien; bestehenden oder vorausgegangenen venösen Thromboembolien wie tiefe Venenthrombose, Lungenembolie; erbter oder erworbener Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose, wie z.B. APC-Resistenz, Antithrombin III-Mangel, Protein C-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid Antikörper (Anticardiolipin Antikörper, Lupus Antikoagulantien); zerebrovaskulären oder koronaren Arterienerkrankungen, unkontrollierter Hypertonie, Herzklappenerkrankungen, thrombogenen Herzrhythmusstörungen, Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen wie Aura in der Anamnese, Diabetes mellitus mit Mikro- oder Makroangiopathie; bestehendem oder vermutetem Mammakarzinom, Endometriumkarzinom oder anderen bestehenden oder vermuteten estrogenabhängigen, Neoplasien, Leber-Adenomen oder -Karzinomen oder bestehenden Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben. Genitalblutungen unklarer Genese. Pankreatitis in Zusammenhang mit schwerer Hypertriglyceridämie. Pharmakotherapeutische Gruppe: Gestagene und Estrogene, fixe Kombination, ATC-Code: G03AA10. Liste der sonstigen Bestandteile: Wirkstoffhältige Filmtabletten: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Polacrillin-Kalium, Glycerindistearat. Filmüberzug: gereinigtes Wasser AquaPolish (yellow 024.15 MS) bestehend aus: Hypromellose, Hydroxypropylcellulose, Talkum, Baumwollöl (gehärtet), Titandioxid (E 171), Eisenoxid, gelb (E 172), Eisenoxid, rot (E 172). Wirkstofffreie Filmtablette: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Polacrillin-Kalium, Glycerindistearat. Filmüberzug: gereinigtes Wasser AquaPolish (white 018.03 MS) bestehend aus: Hypromellose, Macrogol, Baumwollöl (gehärtet), modifizierte Stärke, Titandioxid (E 171). Art und Inhalt des Behältnisses: PVC/Aluminium Blisterpackung Kalenderpackungen mit 1 x 28, 3 x 28 und 6 x 28 Stück. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Inhaber der Zulassung: ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Albert-Schweitzer-Gasse 3, A-1140 Wien, Tel. Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: 01/2012

Mellow ratiopharm 0,03 mg/2 mg Filmtabletten; Zusammensetzung: Eine Filmtablette enthält 0,03 mg Ethinylestradiol und 2 mg Chlormadinonacetat. Sonstige Bestandteile: Eine Filmtablette enthält 75,27 mg Lactose-Monohydrat. Anwendungsgebiete: Hormonale Kontrazeption. Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) dürfen nicht eingenommen werden, wenn die im Folgenden beschriebenen Erkrankungen bestehen. Die Einnahme von Mellow ratiopharm muss unverzüglich beendet werden, wenn eine dieser Erkrankungen während der Einnahme auftritt: Bestehende oder vorausgegangene arterielle oder venöse Thrombosen, z. B. Thrombose der tiefen Venen, Lungenembolie, Myokardinfarkt, Schlaganfall erbter oder erworbener Prädisposition für eine venöse oder arterielle Thrombose wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie, und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulant). Vorstadien oder erste Anzeichen einer Thrombose, Thrombophlebitis oder Symptome einer Embolie, zum Beispiel eine transitorisch ischämische Attacke, Angina pectoris. Geplante Operationen (mindestens 4 Wochen vorher) und während des Zeitraums einer Ruhigstellung, zum Beispiel nach Unfällen (z.B. bei Gipsverband), Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, Entgleister Diabetes mellitus, Unkontrollierte Hypertonie oder eine signifikante Blutzuckererhöhung (ständige Werte über 140/90 mm Hg), Hepatitis, Ikterus, Leberfunktionsstörungen, solange sich die Leberfunktionswerte nicht normalisiert haben generalisierter Pruritus und Cholestase insbesondere während einer vorangegangenen, Schwangerschaft oder Estrogen-therapie, Dubin-Johnson Syndrom, Rotor-Syndrom, Störungen der Gallesekretion, Vorangegangene oder bestehende gut- oder bösartige Lebertumoren, Starke Oberbauchschmerzen, Lebervergrößerung oder Symptome für intraabdominale Blutungen. Erstes oder erneutes Auftreten von Porphyrie (alle 3 Formen, insbesondere die erworbene Porphyrie), Bestehende oder vorausgegangene hormonempfindliche bösartige Tumoren, z.B. Brust- oder Gebärmuttertumoren, Schwere Fettstoffwechselstörungen. Bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis, falls diese mit schwerer Hypertriglyceridämie assoziiert ist Erstmaliges Auftreten migräneartiger oder gehäuftes Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte (sog. Migraine accompagnée), Akute sensorische Ausfälle, z.B. Seh- oder Hörstörungen, Motorische Störungen (insbesondere Paresen), Zunahme epileptischer Anfälle, Schwere Depressionen, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften, Ungeklärte Amenorrhoe, Endometriumhyperplasie, Ungeklärte Genitalblutungen, Überempfindlichkeit gegen Chlormadinonacetat, Ethinylestradiol oder einen der sonstigen Bestandteile. Ein schwerwiegender Risikofaktor oder mehrere Risikofaktoren für eine venöse oder arterielle Thrombose können eine Gegenanzeige darstellen. Pharmakotherapeutische Gruppe: Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung, Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen, ATC Code: G03AA16. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K30, Magnesiumstearat. Überzug: Hypromellose, Macrogol 6000, Talkum, Titandioxid, rotes Eisenoxid. Art und Inhalt des Behältnisses: PVC/PVDC/Aluminium-Blisterpackung, Kalenderpackungen mit 1, 3, 4 und 6 Blisterpackungen, mit jeweils 21 Filmtabletten. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Inhaber der Zulassung: TEVA Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Niederlande. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: 03/2011

Motion ratiopharm 2 mg/0,03 mg Filmtabletten; Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 2 mg Dienogest und 0,03 mg Ethinylestradiol. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Lactose (51,9 mg), Glucose (0,085 mg) und Sojalecithin (0,031 mg). Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, Povidon 30, Talkum. Film-Überzug: Opaglos 2 Glanz, enthält: Croscarmellose-Natrium, Glucose, Maltodextrin, Natriumcitrat-Dihydrat, Sojalecithin. Anwendungsgebiete: Hormonale Kontrazeption. Für die Be-



handlung einer leichten oder mäßigen Akne, die für die lokale Behandlung unempfindlich ist, nur bei denjenigen Frauen, die ein orales Kontrazeptivum zur Geburtenkontrolle möchten und die keine Gegenanzeigen auf kombinierte orale Kontrazeptiva (KOKs) zeigen. Gegenanzeigen: Kombinierte orale Kontrazeptiva dürfen nicht bei Vorliegen einer der unten angeführten Erkrankungen angewendet werden. Sollte eine der aufgelisteten Erkrankungen zum ersten Mal während der Einnahme auftreten, muss die Einnahme sofort beendet werden. Die Anwendung von Motion ratiopharm ist kontraindiziert: • Überempfindlichkeit gegen einen der Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile • Bestehende oder vorausgegangene venöse Thrombose (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie) • Bestehende oder vorausgegangene arterielle Thrombose (z.B. zerebrovaskulärer Insult, Myokardinfarkt) oder Prodromalerscheinungen (z.B. Angina pectoris und transitorische ischämische Attacke) • Vorliegen eines schwerwiegenden Risikofaktors oder multipler Risikofaktoren für eine arterielle Thrombose: Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen; schwere Hypertonie; schwere Dyslipidämie; biochemische Faktoren, die auf eine angeborene oder erworbene Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombosen schließen lassen, wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipidantikörper (Antikardiolipinantikörper, Lupusantikoagulans) • Bestehende oder vorausgegangene schwere Lebererkrankung, solange sich die Leberfunktionswerte nicht normalisiert haben • Bestehende oder vorausgegangene (benigne oder maligne) Lebertumore • Bekannte oder vermutete steroid-abhängige Tumoren der Genitalorgane oder der Mammae • Diagnostisch nicht abgeklärte vaginale Blutungen • Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Anamnese • bestehende Pankreatitis oder in der Anamnese, falls diese in Verbindung mit schwerer Hypertriglyceridämie steht • ernsthafte renale Insuffizienz oder akutes renales Versagen. Pharmakotherapeutische Gruppe: Gestagene und Estrogene, fixe Kombination, ATC-Code: G03AA. Art und Inhalt des Behältnisses: PVC/PVDC/Aluminium Blisterpackung, Packungsgrößen: 21, 3x21 und 6x21 Filmtabletten. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Inhaber der Zulassung: ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Albert-Schweitzer-Gasse 3, A-1140 Wien, Tel.Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig Stand der Information: 11/2010

Wave ratiopharm 75 Mikrogramm/20 Mikrogramm überzogene Tabletten; Zusammensetzung: Eine überzogene Tablette enthält 75 Mikrogramm Gestoden und 20 Mikrogramm Ethinylestradiol. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat (36,865 mg), Saccharose (19,631 mg). Anwendungsgebiete: Orale hormonale Kontrazeption. Gegenanzeigen: Gestoden-Ethinylestradiol darf bei Frauen die unter einer der folgenden Erkrankungen leiden nicht angewendet werden. Wenn eine der Erkrankungen zum ersten Mal während der Behandlung mit einem kombinierten oralen Kontrazeptiva auftritt, muss die Behandlung sofort abgebrochen werden. Überempfindlichkeit gegen einen der Wirkstoffe oder einen der anderen Bestandteile von Gestoden-Ethinylestradiol, Thromboembolie oder vorausgegangene arterielle Thrombosen, zum Beispiel Myokardinfarkt, zerebrovaskuläre Zwischenfälle oder prodromale Beschwerden (z.B. Angina pectoris oder transiente ischämische Attacke (TIA)), Venenthrombose oder vorangegangene Venenthrombosen (wie tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), Schlaganfall oder vorangegangener Schlaganfall, angeborene oder erworbene Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose, wie z.B. APC-Resistenz, Antithrombin III-Mangel, Protein C-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Anti-phospholipid Antikörper (Antikardiolipin Antikörper, Lupus Antikoagulantien). Bestehen eines schwerwiegenden Risikofaktors oder mehrerer Risikofaktoren für Arterienthrombose wie zum Beispiel: Diabetes mellitus mit vaskulären Symptomen, schwere arterielle Hypertonie, schwere Dyslipoproteinämie, bestehende oder vermutete Sexualhormon-beeinflusste Malignome (z.B. der Geschlechtsorgane oder der Brust), bestehende oder vorangegangene Lebertumoren (benigne oder maligne), Endometriumkarzinom oder andere bestehende oder vermutete Östrogen-abhängige Tumoren, schwere Lebererkrankungen, solange die Leberfunktionswerte nicht auf ein normales Niveau zurückgegangen sind Genitalblutungen unklarer Genese, bestehende oder vorangegangene Pankreatitis in Verbindung mit einer schweren Hypertriglyceridämie schwere Niereninsuffizienz oder akutes Nierenversagen, vorangegangene Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen, Gestoden-Ethinylestradiol ist kontraindiziert in Kombination mit Johanniskraut. Pharmakotherapeutische Gruppe: Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung – Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen, Gestoden und Estrogen, ATC-Code: G03AA10. Liste der sonstigen Bestandteile: Kern: Natriumcalciumedetat, Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Magnesiumstearat, Povidon. Überzug: Saccharose, Povidon 90 F, Calciumcarbonat, Macrogol 6000, Talkum, Montanglycolwachs. Art und Inhalt des Behältnisses: PVC/Aluminium Blister, Kalenderpackung mit 1x21, 3x21 oder 6x21 überzogenen Tabletten. Es werden möglicherweise nicht alle Packungsgrößen in den Verkehr gebracht. Inhaber der Zulassung: ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Albert-Schweitzer Gasse 3, A-1140 Wien, Tel.Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: 10/2012 Weitere Hinweise zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und zutreffendenfalls Angaben über die Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: CIALIS 2,5 (5) [10] {20} mg Filmtabletten. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Jede Tablette enthält 2,5 (5) [10] {20} mg Tadalafil. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 87 (121) [170] {233} mg Lactose (als Monohydrat). Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile: Siehe Abschnitt 6.1. 4.1. Anwendungsgebiete: Cialis 2,5 [10] {20} mg: Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Tadalafil kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. Cialis (5) mg: Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Tadalafil zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. Zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei erwachsenen Männern. CIALIS ist nicht angezeigt zur Anwendung bei Frauen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. In klinischen Studien wurde gezeigt, dass Tadalafil die blutdrucksenkende Wirkung von Nitraten verstärkt. Dies wird auf eine gemeinsame Wirkung von Nitraten und Tadalafil auf den Stickstoffmonoxid/cGMP-Stoffwechsel zurückgeführt. Daher ist die Anwendung von CIALIS bei Patienten kontraindiziert, die organische Nitrate in jeglicher Form einnehmen (siehe Abschnitt 4.5). Männer mit kardialen Erkrankungen, denen von sexueller Aktivität abgeraten wird, dürfen CIALIS nicht verwenden. Ärzte müssen das potentielle kardiale Risiko einer sexuellen Aktivität bei Patienten mit einer vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankung berücksichtigen. Die folgenden Patientengruppen mit Herz-Kreislauf-Erkrankung waren in klinische Studien nicht eingeschlossen und daher ist die Anwendung von Tadalafil kontraindiziert: Patienten mit Herzinfarkt während der vorangegangenen 90 Tage, Patienten mit instabiler Angina pectoris oder einer Angina pectoris, die während einer sexuellen Aktivität auftrat, Patienten mit Herzinsuffizienz Schweregrad II oder höher nach New York Heart Association (NYHA) während der letzten 6 Monate, Patienten mit unkontrollierten Arrhythmien, Hypotonie ($\leq 90/50\text{ mm Hg}$) oder unkontrollierter Hypertonie, Patienten mit einem Schlaganfall während der vorangegangenen 6 Monate. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist CIALIS kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht (siehe Abschnitt 4.4). Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologika, Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, ATC-Code G04BE08. 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Hyprolose, mikrokristalline Cellulose, Natriumdo-decylsulfat, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Titandioxid (E171), Talkum. Filmüberzug 2,5 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen (III)-oxid (E172). Filmüberzug 5, 10 & 20 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). INHABER DER ZULASSUNG: Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. NR, Apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Kurzfachinformation: Oktober 2012.



Abonnement

- Ich bestelle den **facharzt Gynäkologie/Urologie** zusammen mit **DER MEDIZINER** zum 1-Jahres-Abonnement-Preis von € 39,- inkl. Porto.
- Ich bestelle den **facharzt Gynäkologie/Urologie** zusammen mit **DER MEDIZINER** zum 2-Jahres-Abonnement-Preis von € 76,- inkl. Porto.

Falls ich mein Abonnement nicht verlängern will, werde ich dies bis spätestens sechs Wochen vor Auslaufen des Abos per Einschreiben oder E-Mail mitteilen. Erhalten Sie keine Nachricht von mir, verlängert sich mein Abonnement automatisch um ein Jahr.

Um die DINERS CLUB GOLD CARD zu erhalten, ist es erforderlich, dem MEDIZINER-Club (s.u.) beizutreten (Beitritt und Mitgliedschaft sind kostenlos).

Titel, Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift und Stempel (falls vorhanden)

Clubanmeldung

- Ja, ich möchte dem **MEDIZINER-Club** beitreten. Es entstehen für mich dabei keine Kosten.

Als Abonnent des **FACHARZT** und des **MEDIZINERs** erhalte ich nach Einsendung dieser Karte ein spezielles Antragsformular auf Ausstellung einer DINERS CLUB GOLD CARD von DC Bank AG, Rainerstraße 1, A-1040 Wien.

- Ich möchte für die Dauer meines Abonnements kostenlos die Diners Club Gold Card beziehen.

Mir ist klar, dass mein Antrag den üblichen Kriterien für Privatkarten entsprechen muss und gegebenenfalls auch abgelehnt werden kann.

Datum: _____

Unterschrift

FACHARZT

Gynäkologie/Urologie 1/2014

Durch Ankreuzen des gewünschten Produktes können Sie bequem Literatur bzw. ein Informationsgespräch bestellen. Das ausgefüllte und unterschriebene Blatt schicken oder faxen Sie einfach an die untenstehende Adresse.

Wir leiten Ihre Anfrage sofort weiter.

Anzeige +	Literatur	Informationsgespräch
Balancette®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cialis®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cycle®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Danselle®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Danseo®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flow®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hylaktiv® Hydrolact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hylaktiv® Vagilact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellow®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motion®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregnavit®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wave®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig!

Bei Literaturanforderung bitte unbedingt hier (Absender) signieren!

Titel, Name, Vorname

Straße, PLZ/Ort

Datum

DERMEDIZINER
Steierstraße 24/1 • 9375 Hüttenberg
FAX: 0 4263 / 200 74

Ich beauftrage die Ausstellung einer Diners Club Gold Card um € 80,- Jahresgebühr

Optionen (bitte ausfüllen):

Mit Foto: um 70 Cent mehr pro Monat (Gebühr für Ersatzkartenausstellung bei Defekt, Verlust, Diebstahl, Namensänderung, neuem Foto: € 15,-)
 Ja Nein

Zustellung des Kontoauszuges

Kostenlose Benachrichtigung an die bekannt gegebene E-Mail Adresse über die Verfügbarkeit des Kontoauszuges auf www.dinersclub.at unter E-Konto oder
 per Post – € 2,- je Kontoauszug

Zustelladresse

Zustellung der Karte, der PIN und des Kontoauszuges an die
 Privatadresse Geschäftsadresse

Persönliche Daten Frau Herr

Nachname _____

Vorname _____ Titel _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Telefon tagsüber _____

Angestellter Arbeiter selbstständig Beamter Pensionist

Beschäftigt bei (bitte auch ausfüllen, wenn selbstständig): _____

Geschäftsadresse

Firmenname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Beschäftigt seit _____ Position _____

Netto-Monatseinkommen _____ Telefon _____

Ich beauftrage die Ausstellung einer Diners Club Gold Zusatz Card um € 40,- Jahresgebühr

Mit Foto: um 70 Cent mehr pro Monat (Gebühr für Ersatzkartenausstellung bei Defekt, Verlust, Diebstahl, Namensänderung, neuem Foto: € 15,-)
 Ja Nein

für meine(n) Partner(in) Tochter Sohn sonstige

Nachname _____

Vorname _____ Titel _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon tagsüber _____

E-Mail _____

Institutsvermerk (von Ihrer Bank auszufüllen):

Volljährigkeit ja nein Girokonto seit _____

Girokontoverbindung einwandfrei ja nein

Mahnungen wegen Überziehung ja nein

Politisch exponierte Person(en) gemäß § 2 Z 72 iVm § 40b Abs. 1 Z 3 BWG ja nein

Durchschnittliche monatliche Einnahmen in Höhe von € _____

Interne Vermerke

Abonnenten der Ausgabe des Verlages der Mediziner erhalten die Diners Club Gold Card für die gesamte Dauer des Abonnements ohne Jahresgebühr (statt EUR 80). Die Zusatzkarte kostet € 40,-/Jahr.

SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: Wird von DC Bank AG generiert und im Kontoauszug angeführt.

Zahlungsempfänger: DC Bank AG, Rainergasse 1, 1040 Wien

Creditor-ID: AT03DCB00000010455

Ich ermächtige die DC Bank AG, die Monatsabrechnungen (lt. Kontoauszug) von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DC Bank AG auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers _____

Anschrift _____

IBAN _____
(finden Sie auf Ihrer Bankomatkarte)

BIC _____

Für eine rasche Bearbeitung Ihres Kartenauftrages, ersuchen wir um Übermittlung von:

- unterschriebenem Auftrag
- Gehaltsbestätigung
- Foto (bei Foto Card)

in einem verschlossenen Kuvert an: **Verlag der Mediziner**
Steirer Straße 24, 9375 Hüttenberg

oder per Fax an: **04263/200 74**
Führen Sie bitte zusätzlich auch Ihren vollständigen Namen und Ihre Telefonnummer für eventuelle Rückfragen an. Vielen Dank.

Ich ermächtige mein kontoführendes Kreditinstitut, Daten und Unterlagen zur Feststellung und Überprüfung meiner Identität der DC Bank AG zur Verfügung zu stellen und befreie mein Kreditinstitut diesbezüglich gemäß § 38 Abs. 2 Z 5 BWG vom Bankgeheimnis. Ich nehme zur Kenntnis, dass die DC Bank AG meine Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses automationsunterstützt verarbeitet und an mein kontoführendes Kreditinstitut, an die Gesellschafter der Diners Club Kreditkartenorganisation und an ihre Partnerunternehmen übermittelt. Die DC Bank AG sichert die Einhaltung aller Datenschutzvorschriften zu. Im Sinne von § 38 Abs. 2 Z 5 BWG und § 8 Abs. 1 Z 2 DSG 2000 stimme ich zu, dass die DC Bank AG meinem kontoführenden Kreditinstitut, der beim Kreditkartenzverband von 1870 eingerichteten Kleinkreditevidenz und Warnliste sowie der CRIF GmbH alle Daten übermittelt, die für die Erteilung von Auskünften über meine Bonität erforderlich sind. Sofern die Datenübermittlung nicht auch ohne meine Zustimmung zulässig ist, kann ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Diners Club Kreditkarten der DC Bank AG stellen Sie mir vor Vertragsabschluss zur Verfügung. Gemäß § 8 FernFinG besteht eine Rücktrittsfrist vom Vertrag von 14 Tagen. Ich erteile die ausdrückliche Zustimmung zur Erfüllung des Vertrages bereits innerhalb der Rücktrittsfrist gem. § 8 Abs. 5 FernFinG. Ich erkläre ausdrücklich, im eigenen Namen und auf eigene Rechnung zu handeln. Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich über Fernkommunikationsmittel wie z. B. Telefon, Fax, E-Mail, SMS zu Werbezwecken gegen jederzeitigen Widerruf kontaktieren. Ich stimme zu, dass allgemeine Informationen der DC Bank AG an mich an die im Kartenauftrag genannte E-Mail-Adresse übermittelt werden. Bei Nichtvorhandensein einer E-Mail-Adresse an die für die Zustellung der Karte und PIN genannte Adresse.

Foto Card: Ich versichere die Richtigkeit meiner obigen Angaben und dass dies das Foto meiner Person ist. Ich willige ein, dass mein Foto und die Daten an Dritte übermittelt und dort zur Erstellung der Foto Card verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Eine Rückweisung der Foto Card aufgrund einer Reklamation der Qualität des abgebildeten Fotos schließen wir ausdrücklich aus! Das Retournieren des zugesandten Fotos ist nicht möglich.

Mit der Unterschrift am Kartenauftrag bestätigt der Auftraggeber, die AGB gelesen zu haben und diese anzuerkennen.

Datum _____ Unterschrift des Auftraggebers Zusatzkarte

Datum _____ Unterschrift des Auftraggebers Hauptkarte

Die Identität des Auftraggebers (Hauptkarte) wurde von uns gemäß § 40 BWG festgestellt und auf Ersuchen stellen wir der DC Bank AG unverzüglich die Identitätsunterlagen/Ausweisdaten zur Verfügung.

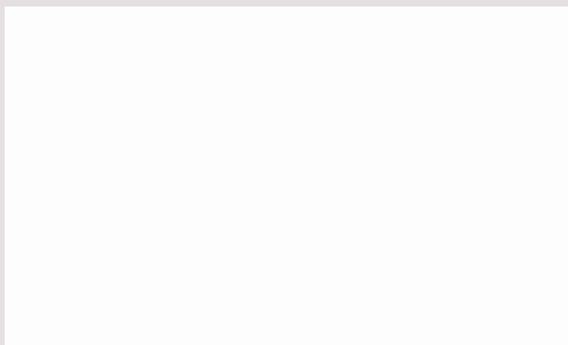
Name des Sachbearbeiters und Telefonnummer bei Bonitätsrückfragen

Ort und Datum/bankmäßige Fertigung (Stempel & 2 Unterschriften)

Weil für ED-Patienten die genussvollsten Momente auch die kostbarsten sind.



Für ED-Patienten ist Cialis® etwas Besonderes: Ein Head-to-Head-Vergleich¹ zwischen den drei verfügbaren PDE-5-Inhibitoren hat gezeigt: **Mehr als die Hälfte der Patienten gibt Cialis® den Vorzug!**



1. Tolrà JR et al., J Sex Med 2006; 3:901-909. ATCLS00308 September 2013