

# Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe Februar 2007 Nr. 4

## Inhalt

|  |    |
|--|----|
| Impressum  | 2  |
| Einleitung   | 3  |
| Schwangerenvorsorge in Deutschland   | 3  |
| Schwangerenvorsorge durch die Hebamme -<br>Eine Information des Bund Deutscher<br>Hebammen (BDH)                     | 10 |
| Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation<br>und Zukunft des Hebammenwesens in<br>Deutschland                   | 12 |
| Tagungsbericht: Kommunikation von Nutzen<br>und Risiken in der Medizin – Vom<br>Modellprojekt zur allgemeinen Praxis | 12 |
| Hinweise   |    |
| - Online-Angebot der Bundeszentrale für<br>gesundheitliche Aufklärung  | 15 |
| - Empfehlungen zur Episiotomie   | 15 |
| - Gesundheitsreform und<br>Vorsorgeuntersuchungen  | 16 |
| - Kosten der HPV-Impfung im Vergleich  | 16 |
| Buchhinweise   | 17 |
| Veranstaltungen  | 18 |

Impressum: © 2006

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: [rundbrief@profamilia.de](mailto:rundbrief@profamilia.de)

Internet: [www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief](http://www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief)

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA).

## Einleitung

Schwangerschaftsvorsorge ist nicht gleich Schwangerschaftsvorsorge. Sie wird in ihrem Umfang und ihrer Durchführung länderabhängig sehr unterschiedlich geregelt.

Welche medizinische Begleitung schwangere Frauen benötigen und welche Maßnahmen und Screening- Untersuchungen sinnvoll sind, wird weltweit kontrovers diskutiert. So wird es in den meisten Ländern nicht als notwendig erachtet, gesunde schwangere Frauen mit einem unkomplizierten Schwangerschaftsverlauf von FachärztInnen betreuen zu lassen. Dies hat zur Folge, dass in vielen Ländern die Schwangerschaftsvorsorge primär von Hebammen durchgeführt wird.

In Deutschland konkurrieren die Berufsstände der Hebammen und der FrauenärztInnen um die Durchführung der Vorsorge. Zum einen geht es hierbei um finanzielle Aspekte, zum anderen aber auch um die Frage der Qualität. Der Bund Deutscher Hebammen bezieht in seinem Beitrag in diesem Rundbrief eindeutige Stellung. Jenseits der Konkurrenz gibt es aber auch zahlreiche Beispiele für sinnvolle Vernetzungsstrukturen und Kooperationsmodelle, von denen beide Berufsgruppen und die schwangeren Frauen profitieren.

Das Angebot der zahlreichen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und der darüber hinausgehenden Zusatzangebote kann für die schwangere Frau verwirrend sein. In ihrem Wunsch, alles richtig machen zu wollen, sind Frauen geneigt, möglichst viele Untersuchungen durchführen zu lassen. Dies ist nicht in allen Fällen gut für sie und den Schwangerschaftsverlauf und muss außerdem in vielen Fällen selbst bezahlt werden.

Der vorliegende Familienplanungs-Rundbrief fasst die aktuelle Datenlage zur Schwangerschaftsvorsorge zusammen. Der Bund Deutscher Hebammen berichtet über das Konzept der Vorsorge durch Hebammen.

Weiterhin findet sich ein Bericht zu einer Tagung, die sich mit der Bedeutung und den Möglichkeiten unabhängiger und evidenzgeprüfter wissenschaftlicher Informationen sowie ihrer Kommunikation hin zu den PatientInnen befasst hat.

## Schwangerenvorsorge in Deutschland

Helga Seyler

Die Schwangerenvorsorge-Untersuchungen wurden Ende der 50er Jahre in Deutschland eingeführt. Den ersten Mutterpass gab es 1961.

Diese Untersuchungen hatten zunächst zum Ziel, die hohe Müttersterblichkeit zu senken, die überwiegend durch Präeklampsie<sup>1</sup> verursacht wurde. Inzwischen steht aufgrund der nur noch sehr geringen Müttersterblichkeit die Zahl der perinatalen kindlichen Todesfälle im Vordergrund (Perl 2004)<sup>2</sup>. Frühgeburten sind die Hauptursache der kindlichen Todesfälle. Sie zu vermeiden ist ein wesentliches Ziel der heutigen Schwangerenvorsorge.

In Deutschland findet die Betreuung der Schwangeren überwiegend bei FrauenärztInnen statt. Im Gegensatz dazu werden Schwangere in anderen europäischen Ländern mit hohem medizinischem Standard, zum Beispiel in Schweden und den Niederlanden, primär von Hebammen betreut. Nur für bestimmte Untersuchungen und bei Komplikationen werden Schwangere dort FrauenärztInnen vorgestellt. Aber auch in Deutschland können sich Frauen für eine Vorsorge bei Hebammen entscheiden (siehe Beitrag Schwangerenvorsorge durch Hebammen).

Gesunde Schwangere brauchen in erster Linie Unterstützung und Begleitung für die Veränderungen dieser besonderen Lebensphase. Dass Unterstützung zur Reduzierung von psychischen und sozialen Belastungen wesentlich zur Vermeidung von Komplikationen in der Schwanger-

<sup>1</sup> Als Präeklampsie (früher Gestose) wird eine schwangerschaftsbedingte Erkrankung mit erhöhtem Blutdruck und vermehrter Eiweißausscheidung im Urin bezeichnet. Dabei können schwere Komplikationen wie Gerinnungsstörungen oder Krampfanfälle auftreten, die zu mütterlichen Todesfällen führen können.

<sup>2</sup> Laut Robert Koch Institut war die Müttersterblichkeit in Deutschland noch nie so niedrig wie heute. Die aktuellen Zahlen: 12 Sterbefälle pro 100 000 Geburten. Die perinatale kindliche Sterblichkeit liegt bei 4,4 pro 1000 Geburten. Quelle: RKI, Epidemiologisches Bulletin, 1. April 2005

schaft beiträgt, ist inzwischen allgemein anerkannt.

Die Schwangerenvorsorge durch FachärztInnen ist jedoch oft eher an der Suche nach Risiken und Komplikationen orientiert. Sie ist sowohl bei den FrauenärztInnen als auch bei den Schwangeren sehr geprägt von Ängsten um die Gesundheit des Kindes. Eine möglichst gründliche und umfassende Überwachung soll diese Ängste mindern und Sicherheit vermitteln. Wenn viele Untersuchungen durchgeführt werden, kommt es allerdings auch bei normal verlaufenden Schwangerschaften häufiger zu auffälligen Ergebnissen. Diese müssen dann weiter abgeklärt werden und können Schwangere sehr beunruhigen.

Für viele Maßnahmen im Rahmen der Schwangerenvorsorge ist kaum belegt, ob sie wirklich nützlich sind. Auch der mögliche Schaden, zum Beispiel durch die Beunruhigung bei auffälligen Ergebnissen, ist wenig untersucht.

Eine weitere Folge der Ängste um die Gesundheit des Kindes ist, dass immer mehr pränataldiagnostische Maßnahmen im Rahmen der Schwangerenvorsorge durchgeführt werden, ohne dass über die Zielrichtung und möglichen Konsequenzen vorher ausreichend gesprochen wird. Eine eindeutige Abgrenzung von Maßnahmen der Schwangerenvorsorge, die der Gesundheit von Mutter und Kind dienen, und pränataldiagnostischen Maßnahmen, die unter Umständen zur Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch führen können, ist nicht möglich.

Eine ausführliche Bewertung der einzelnen Maßnahmen der Schwangerenvorsorge sprengt den Rahmen dieses Artikels. Das Buch von Enkin<sup>3</sup> gibt einen sehr guten Überblick über den Stand des Wissens zu diesem Thema (Enkin 2006).

### Mutterschafts-Richtlinien

Die Beratung und Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge sind Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Sie sind in den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen<sup>4</sup> festgelegt.

<sup>3</sup> Siehe auch „Buchhinweise“ in diesem Rundbrief

<sup>4</sup> Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)\*

Hier wird auch festgeschrieben, dass nur ÄrztInnen diese Untersuchungen durchführen dürfen, die dafür qualifiziert sind. Die Anerkennung als FrauenärztIn wird nicht genannt. Für die Abrechnung der Ultraschalluntersuchungen ist jedoch eine spezielle Qualifikation erforderlich.

Hebammen dürfen laut Mutterschafts-Richtlinien bei normal verlaufenden Schwangerschaften einen Teil der Untersuchungen durchführen (Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Hämoglobinbestimmung, Kontrolle des Gebärmutterstandes, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren).

### Erste Untersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft

Die ÄrztIn soll über folgende Themen beraten: Ernährung, Notwendigkeit der ausreichenden Jodzufuhr, Risiko einer HIV-Infektion (Testmöglichkeit, Infektionsrisiken, Schutzmaßnahmen). Bei entsprechenden Risiken soll auf die Möglichkeit einer humangenetischen Beratung hingewiesen werden.

Die ÄrztIn soll die Schwangere auch auf die Möglichkeiten und ihr Recht auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz informieren. Der Hinweis auf Beratung zu Maßnahmen der pränatalen Diagnostik ist bisher in den Mutterschafts-Richtlinien nicht enthalten. Dies wird von vielen Organisationen gefordert.

Die Krankengeschichte soll erhoben werden, darunter fallen Vorerkrankungen sowie Erkrankungen in der Familie. Der Verlauf von vorgegangenen Schwangerschaften und Geburten soll erfragt werden, außerdem die soziale und berufliche Situation der Schwangeren.

Es wird eine gynäkologische Untersuchung durchgeführt, und ein Chlamydienabstrich.

Blutuntersuchungen bei der ersten Untersuchungen: Syphilistest, HIV-Test nach Beratung und auf Wunsch der Schwangeren, Kontrolle der Rötelnimmunität, Blutgruppenbestimmung und Kontrolle von Blutgruppenantikörpern, Hämoglobinbestimmung<sup>5</sup>.

### Regelmäßige Untersuchungen

Diese werden anfangs einmal monatlich, in den letzten 2 Monaten 2x pro Monat durchgeführt. Sie

<sup>5</sup> Bestimmung des roten Blutfarbstoffs

umfassen die Körpergewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Bestimmung von Eiweiß und Zucker im Urin, Urinsediment zur Feststellung eines Harnwegsinfektes, Herzton-Kontrolle des Kindes, Kontrolle des Gebärmutterwachstums, Bestimmung der Lage des Kindes. Ab dem 6. Monat soll auch eine Hämoglobinbestimmung regelmäßig durchgeführt werden.

### **Ultraschalluntersuchungen**

Drei Ultraschalluntersuchungen sollen routinemäßig durchgeführt werden, etwa in der 10., 20. und 30. Woche. Sie dienen der Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft mit dem Ziel der genauen Bestimmung des Schwangerschaftsalters und des Entbindungstermins, der frühzeitigen Erkennung von Mehrlingsschwangerschaften, und „der Kontrolle der somatischen Entwicklung des Feten“ sowie „der Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen“.

In der ersten Untersuchung soll der intrauterine Sitz der Schwangerschaft kontrolliert werden, Es wird untersucht, ob ein Embryo vorhanden ist und ob der Herzschlag gesehen werden kann, ob eine Mehrlingsschwangerschaft besteht. Der Kopfdurchmesser und/oder die Scheitelsteißlänge sollen gemessen werden.

Bei der zweiten Untersuchung werden mehrere Messungen an Kopf, Brustkorb und am Oberschenkelknochen durchgeführt. Der Körperumriss und die Organe sollen beurteilt werden sowie Kindsbewegungen und Herzaktion. Der Sitz der Plazenta in der Gebärmutter und die Fruchtwassermenge werden außerdem beurteilt.

In der dritten Untersuchung werden die Messungen der zweiten Untersuchung wiederholt, um das regelgerechte Wachstum des Kindes zu kontrollieren. Außerdem wird die Lage des Kindes geprüft, sowie der Sitz der Plazenta und die Fruchtwassermenge.

### **Zusätzliche Untersuchungen**

Zwischen der 24. und 27. Schwangerschaftswoche (SSW) wird der Test auf Blutgruppenantikörper wiederholt. Frauen mit negativem Rhesusfaktor bekommen danach eine Injektion von Anti-D, um die Bildung von Rhesus-Antikörpern in der Schwangerschaft zu vermeiden.

Nach der 32. SSW wird das HBsAg bestimmt. Bei Vorliegen einer chronischen infektiösen Hepatitis B und dem Nachweis von HBsAg kann die Übertragung auf das Kind durch eine Immunisierung des Kindes nach der Geburt vermieden werden.

Die Mutterschafts-Richtlinien sehen vor, dass sich die Schwangere in der Entbindungsklinik zur

Planung der Geburt vorstellt. Die ÄrztInnen der Klinik untersuchen die Schwangere und besprechen mit ihr den Ablauf der Geburt.

### **Nach der Geburt**

Nach einer und nach sechs Wochen wird eine gynäkologische Untersuchung und Hämoglobinbestimmung durchgeführt, nach sechs Wochen zusätzlich eine Blutdruckmessung sowie eine Urinkontrolle auf Eiweiß, Zucker und Infektion.

### **Zusätzliche Leistungen bei besonderen Risiken**

Die Mutterschafts-Richtlinien enthalten Risikokataloge, bei denen zusätzliche Untersuchungen durchgeführt werden sollen.

Dazu gehören zusätzliche Ultraschalluntersuchungen und Untersuchungen mit Dopplerultraschall<sup>6</sup>. Außerdem können eine Fruchtwasserpunktion oder Chorionzottenbiopsie oder andere Untersuchungen bei Verdacht auf Fehlbildungen durchgeführt werden.

Obwohl die meisten Praxen bei jeder Schwangeren regelmäßig eine Kardiotokografie (CTG: Darstellung der Herztöne des Kindes und des Kontraktionszustandes der Gebärmutter) durchführen, kann sie gemäß den Mutterschaftsrichtlinien nur bei bestimmten Risiken abgerechnet werden.

Regelmäßige kardiotokografische<sup>7</sup> Untersuchungen (CTG) werden bei unauffällig verlaufenden Schwangerschaften als nicht sinnvoll angesehen (AWMF-Leitlinien). Das CTG gibt nur Informationen über den aktuellen Zustand des Kindes. Sehr häufig finden sich auffällige Herztonmuster auch bei unauffälligen und gesunden Kindern. Bei Verdacht auf vorzeitige Wehen ist die Registrierung möglicher Wehen im Tokogramm sinnvoll. Bei Verdacht auf eine Mangelversorgung des Kindes kann die Beurteilung des Herztonmusters ergänzend zum Doppler-Ultraschall sinnvoll sein.

Die Untersuchung mit Doppler-Ultraschall ist bei Verdacht auf mangelnde Versorgung des Kindes über den Mutterkuchen (zum Beispiel bei zu geringem Wachstum des Kindes, Präeklampsie, Diabetes) und bei Risikofaktoren in der Vorgeschiede aussagekräftiger als das CTG. Dabei

<sup>6</sup> Mit dem Dopplerultraschall kann der Blutfluss in Blutgefäßen gemessen werden. Damit können zum Beispiel zusätzliche Informationen darüber gewonnen werden, ob das Kind ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird

<sup>7</sup> Aufzeichnung der kindlichen Herztöne und der Wehentätigkeit

wird der Blutfluss in verschiedenen Blutgefäßen der Gebärmutter, der Nabelschnur und des Kindes gemessen. Aufgrund von Strömungsmustern in verschiedenen Gefäßen kann die Sauerstoffversorgung des Kindes eingeschätzt werden.

Sinnvolle Maßnahmen zur Vermeidung von Frühgeburten sind ein Thema wissenschaftlicher Diskussion. Dass das regelmäßige Abtasten des Gebärmutterhalses bei den Vorsorgeuntersuchungen nicht zur Vermeidung von Frühgeburten beiträgt, ist Konsens. Eine wesentliche Ursache von Frühgeburten sind wahrscheinlich (neben psychosozialen Belastungen) Infektionen am Gebärmutterhals. Deshalb dreht sich die Forschung und Diskussion darum, welche Untersuchungen und Behandlungen von Infektionen sinnvoll sind. Es gibt dazu jedoch keine einheitlichen Empfehlungen.

### **Untersuchungen außerhalb der Mutterschafts Richtlinien**

Viele FrauenärztInnen halten die in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten Untersuchungen nicht für ausreichend. Meist werden zusätzliche Untersuchungen durchgeführt. Diese können bei bestehenden Krankheiten und Beschwerden mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Zum Teil werden sie aber auch als privat zu bezahlende so genannte IGeL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen) angeboten.

### **Leistungen, die meist mit den Krankenkassen abgerechnet werden**

Eine Ultraschalluntersuchung bei der ersten Vorsorgeuntersuchung wird selbstverständlich von allen Schwangeren erwartet. Meist sehen sowohl Schwangere als auch ÄrztInnen eine Schwangerschaft erst als sicher an, wenn sie im Ultraschall gesehen wurde. Der gesundheitliche Nutzen ist bei beschwerdefreien Schwangeren nicht überzeugend belegt. Bei einer frühen Ultraschalluntersuchung vor der 10. SSW kann zwar eine Eileiterschwangerschaft ausgeschlossen werden, diese ist aber sehr selten und verursacht außerdem meist Symptome und Beschwerden. Bei Mehrlingsschwangerschaften und verhaltenen Fehlgeburten würde eine Diagnose in der 10. Woche ausreichen. Auch die Bestimmung des Schwangerschaftsalters und Festlegung des errechneten Geburtstermins hat bis zur 10. Woche Zeit.

Einige Wochen vor der Geburt wird oft ein Abstrich aus der Vagina auf Streptokokken der

Gruppe B untersucht. Dieser Keim findet sich häufig in der normalen Bakterienflora der Vagina, und hat für die Frau selbst keine gesundheitliche Bedeutung. Bei kompliziert verlaufenden Geburten und Frühgeburten können Streptokokken der Gruppe B jedoch zu einer schweren Infektion beim Neugeborenen führen. Deshalb wird in diesen Fällen unter der Geburt eine Antibiotikatherapie durchgeführt, wenn diese Streptokokken nachgewiesen wurden.

### **Überwiegend als IGeL-Leistungen angebotene Untersuchungen**

Gerade in der Schwangerschaft sind viele Frauen bereit, aus Sorge um die Gesundheit des Kindes zusätzliche Untersuchungen selbst zu bezahlen. Sie werden aber meist nicht ausreichend über den tatsächlichen Nutzen dieser Untersuchungen aufgeklärt.

### **Jodid und Folsäure**

Es wird empfohlen, in der Schwangerschaft Jodid als Nahrungsmittelergänzung einzunehmen. Der Bedarf ist in der Schwangerschaft erhöht, weil das Kind mitversorgt werden muss. Wenn Frauen nicht regelmäßig Seefisch essen, reicht das Jod in den Nahrungsmitteln wahrscheinlich nicht aus, diesen Bedarf zu decken.

Dass mit der Einnahme von Folsäure vor und in den ersten Monaten der Schwangerschaft das Risiko für Missbildungen im Bereich von Rückenmark und Gehirn verringert werden kann, ist gut belegt. Die Einnahme sollte jedoch spätestens 2 Monate vor der Schwangerschaft begonnen werden, um voll wirksam zu sein.

Jodid und Folsäure müssen von den Schwangeren selbst bezahlt werden. Sie sind in allen Vitaminpräparaten für Schwangere enthalten.

### **Blutuntersuchung auf eine Toxoplasmoseinfektion**

Eine Untersuchung auf Antikörper im Blut gegen Toxoplasmose gehört in einigen anderen Ländern auch zur Schwangerenvorsorge. Dabei können Antikörper von einer früheren Infektion vor der Schwangerschaft festgestellt werden, die vor einer neuen Infektion schützen. Auch Antikörper, die Anzeichen einer frischen Infektion sind, können nachgewiesen werden.

Falls kein Antikörper-Schutz besteht, wird empfohlen, den Test im Verlauf der Schwangerschaft zu wiederholen. Dies dient dem Nachweis einer frischen Infektion. In diesem Fall kann das Kind über den Mutterkuchen infiziert werden und möglicherweise mit bleibenden Folgen erkranken. Wie hoch das Risiko für eine Erkrankung des Kindes ist, und wie schwer die Erkrankung und die bleibenden Folgen sind, hängt auch vom Schwangerschaftsalter ab.

Es gibt Medikamente zur Behandlung der Infektion, aber es ist nicht geklärt, ob diese eine Erkrankung des Kindes oder bleibende Folgen sicher verhindern können.

Aus diesem Grund erscheint es wichtiger, sich vor einer Infektion zu schützen. Die Infektion wird über nicht durchgegartes Fleisch übertragen, außerdem über Katzenkot und Erdreste an Salat und Gemüse, die mitgegessen werden. Schutzmaßnahmen sind: nur völlig durchgegartes Fleisch essen, roh gegessenes Gemüse gut waschen, bei Gartenarbeit Handschuhe tragen, keine Katzentoilette reinigen.

### **Untersuchung auf Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken**

Manche Praxen empfehlen diese Untersuchungen vorsorglich zu Beginn oder vor der Schwangerschaft. In diesen Fällen müssen sie privat bezahlt werden. Bei Verdacht auf eine Infektion während der Schwangerschaft zahlt die Krankenkasse den Test.

Eine Infektion mit Ringelröteln während der Schwangerschaft kann zu einer Schädigung des Kindes führen. Es gibt keine aktive oder passive Impfung dagegen. Bei einer Erkrankung in der Schwangerschaft muss das Kind mit Ultraschall überwacht werden. Durch die Infektion ist eine Beeinträchtigung der kindlichen Blutbildung möglich. Sollten Anzeichen dafür festgestellt werden, kann eine Blutübertragung durchgeführt werden.

Frauen, die mit Kindern arbeiten, kann eine vorbeugende Bestimmung von Antikörpern zu Beginn der Schwangerschaft möglicherweise entlasten, wenn ein Schutz durch eine bestehende Immunität festgestellt wird.

Eine Infektion mit Windpocken wenige Tage vor der Geburt kann zu einer schweren, oft tödlich verlaufenden Erkrankung des Neugeborenen führen. In der übrigen Schwangerschaft ist eine Erkrankung des Kindes selten.

Etwa 95% der deutschen Frauen haben einen Antikörperschutz gegen Windpocken. Haben Frauen ohne Antikörperschutz Kontakt mit an Windpocken erkrankten Kindern, so kann bei ihnen eine passive Immunisierung durchgeführt werden.

### **Ultraschalluntersuchungen auf Wunsch der Schwangeren**

Die meisten FrauenärztInnen bieten privat bezahlte zusätzliche Ultraschalluntersuchungen auf Wunsch der Schwangeren an. Bei Risiken und Verdacht auf eine Störung im Verlauf der Schwangerschaft sind diese Untersuchungen jedoch Kassenleistung.

### **Zuckerbelastungstest**

Eine Beeinträchtigung der Zuckerverwertung ist aufgrund hormoneller Einflüsse in der Schwangerschaft nicht selten (geschätztes Vorkommen: zwischen 3-6%). Dieser Schwangerschaftsdiabetes wird mit Komplikationen wie erhöhtem Geburtsgewicht, Schulterdystokie<sup>8</sup> oder Präeklampsie in Verbindung gebracht.

Es gibt bisher keine eindeutigen Grenzwerte, um zwischen einer normalen Zuckerverwertung und einer gestörten Verwertung zu unterscheiden. Auch kommt es manchmal vor, dass bei einer Wiederholung des Tests nach auffälligem Ergebnis die Werte normal sind. Ein auffälliges Ergebnis führt oft zu großer Beunruhigung und zu Ängsten der Schwangeren.

Als Konsequenz eines positiven Testergebnisses wird meist eine Ernährungsumstellung sowie vermehrte körperliche Aktivität empfohlen, zusätzlich muss die Frau regelmäßig mehrmals täglich den Blutzucker selbst kontrollieren. Bei weiterhin erhöhten Zuckerwerten wird manchmal eine Insulinbehandlung eingeleitet.

Die routinemäßige Durchführung eines Zuckerbelastungstests zur Erkennung eines schwangerschaftsbedingten Diabetes (Gestationsdiabetes) bei allen Schwangeren wird von ärztlichen Fachgesellschaften gefordert (AWMF-Leitlinien 2001). Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat jedoch 2003 beschlossen, vor der Aufnahme eines allgemeinen Screenings in die Mutterschafts-Richtlinien die Ergebnisse von

<sup>8</sup> Schwierige Geburt der Schultern des Kindes mit der Gefahr von Sauerstoffmangel für das Kind und Armlähmung durch Verletzung von Nerven

aktuellen Studien abzuwarten. Diese sollen 2007 vorliegen. Die Begründung ist, dass es bisher keine eindeutigen Grenzwerte zur Unterscheidung zwischen normaler Zuckerverwertung und einem Schwangerschaftsdiabetes gibt. Außerdem sei der Zusammenhang zwischen gestörter Zuckerverwertung und den Risiken für das Kind sowie der Nutzen der therapeutischen Maßnahmen noch nicht ausreichend belegt (Tuffnell D 2003).

Zwei 2005 veröffentlichte Studien zeigen jedoch bei unbehandeltem Schwangerschaftsdiabetes ein höheres Risiko für ein hohes Geburtsgewicht, eine Schulterdystokie, und perinatalen Kindstod. Durch eine Behandlung konnte das Risiko gesenkt werden (Crowther C 2005, Langer O 2005).

Welche Grenzwerte für den Zuckerbelastungstest sinnvoll sind und ob ein Screening bei allen Schwangeren nützlich ist, sollen aber erst die Studienergebnisse 2007 zeigen.

Viele FrauenärztInnen führen den Test bei Frauen mit besonderen Risiken (Übergewicht der Schwangeren, Diabetes mellitus in der Familie, im Ultraschall festgestelltes großes Kind, Geburtsgewicht über 4500 Gramm bei einer früheren Geburt, oder vorangegangene Totgeburt) durch. In diesen Fällen kann er als Kassenleistung abgerechnet werden.

### **Untersuchungen zur pränatalen Diagnostik**

Die Schwangerenvorsorge-Untersuchungen dienen in erster Linie der Gesunderhaltung der Schwangeren und des Kindes.

Die Mutterschafts-Richtlinien enthalten jedoch auch Untersuchungen zur pränatalen Diagnostik von Fehlbildungen des Kindes. Diese sind meist nicht behandelbar, stattdessen kann die schwangere Frau vor die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch gestellt werden.

Untersuchungen wie die Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie, Ultraschalluntersuchungen zur Fehlbildungsdiagnostik in spezialisierten Praxen und weitere invasive Untersuchungen wie zum Beispiel eine Nabelschnurpunktion können bei Verdacht auf Fehlbildungen oder bei genetischen Erkrankungen in der Familie als Leistungen der Krankenkassen entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien durchgeführt werden.

Als IGeL-Leistung wird die Messung der Nackentransparenz mit Ultraschall angeboten (siehe auch FPR Nr.2, August 2002). Ergänzend kön-

nen verschiedene Blutuntersuchungen durchgeführt werden. Aus der Breite der Nackentransparenz wird allein oder in Kombination mit verschiedenen Bluttests ein individuelles Risiko für bestimmte Chromosomenveränderungen oder bestimmte Fehlbildungen errechnet. Wird ein erhöhtes Risiko errechnet, müssen weitere Untersuchungen – eine Fruchtwasseruntersuchung und Ultraschalluntersuchung – durchgeführt werden, um festzustellen, ob tatsächlich eine Veränderung oder Fehlbildung besteht. Diese Untersuchungen sind dann Leistungen der Krankenkassen.

In den Richtlinien zur Pränatalen Diagnostik der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 1998) ist festgelegt, dass die Schwangeren vor diesen Untersuchungen über das Ziel der Untersuchung, die Möglichkeiten und Grenzen aufgeklärt werden müssen. Außerdem muss über die Aussagekraft des Untersuchungsergebnisses und mögliche Folgen wie zusätzliche Untersuchungen gesprochen werden. Auch über das „psychologische oder ethische Konfliktpotential bei Vorliegen eines pathologischen Befundes“, das heißt die mögliche Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch, muss die Frau beraten werden.

Untersuchungen der Schwangerenvorsorge und der pränatalen Diagnostik können nicht scharf getrennt werden. Auch bei den Routine-Ultraschall-Untersuchungen soll auf Abweichungen und Fehlbildungen geachtet werden. Vor diesen Untersuchungen wird wohl nur selten über das Ziel und mögliche Konsequenzen aufgeklärt, obwohl dies in den Richtlinien zur Pränatalen Diagnostik festgelegt ist.

### **Veränderung der pränatalen Diagnostik durch die Risikoermittlung**

Untersuchungen, bei denen eine Chromosomenveränderung nicht direkt festgestellt oder ausgeschlossen wird, sondern ein individuelles Risiko errechnet wird, wurden in den 80er Jahren eingeführt. Sie sind im Gegensatz zur Fruchtwasseruntersuchung und der Chorionzottenbiopsie nicht mit Risiken verbunden, und sie können früher durchgeführt werden als die Fruchtwasseruntersuchung und die Ultraschalluntersuchung zur Fehlbildungsdiagnostik.

Diese Möglichkeiten haben die Praxis der Pränataldiagnostik stark verändert.

Auffällig ist, dass die Zahl der Fruchtwasseruntersuchungen in den letzten 5 Jahren stark rück-



läufig ist. Das liegt wahrscheinlich daran, dass viele Frauen zunächst eine Risikoermittlung mit Nackentransparenz-Messung und Blutuntersuchung durchführen lassen und bei niedrigem Risiko auf die Fruchtwasseruntersuchung verzichten.

Insgesamt werden jedoch deutlich mehr Untersuchungen zur pränatalen Diagnostik durchgeführt, da die risikolosen neuen Untersuchungen Frauen jeder Altersgruppe angeboten werden, während die Fruchtwasseruntersuchung wegen des damit verbundenen Risikos für eine Fehlgeburt meist nur Frauen ab 35 Jahren empfohlen wurde.

Die Verlagerung der pränatalen Diagnostik hin zur vorgeschalteten Risikoermittlung hat auch dazu geführt, dass die Rate an gefundenen Chromosomenveränderungen bei den Fruchtwasseruntersuchungen stark zugenommen hat und insgesamt mehr Fehlbildungen in der Schwangerschaft erkannt werden. Die überwiegende Mehrzahl der Frauen entscheidet sich bei festgestellten Fehlbildungen für einen Schwangerschaftsabbruch.

Die neue Entwicklung bedeutet eine Ausweitung der pränatalen Diagnostik auf alle Schwangeren. Außerdem wird meist vor der Nackenfaltenmessung deutlich weniger über das Ziel und mögliche Konsequenzen dieser Untersuchungen aufgeklärt, als vor risikobehafteten Untersuchungen (zur Problematik der Beratung vor pränataler Diagnostik siehe auch FPR, Nr.2, August 2002). Viele Schwangeren lassen diese Untersuchungen durchführen, ohne sich darüber im Klaren zu sein, worum es dabei geht. Viele gehen auch davon aus, dass diese Untersuchungen zur allgemeinen Schwangerenvorsorge gehören (BzGA 2006).

Es gab in den letzten Jahren wiederholt politische Initiativen, die rechtliche Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund von Fehlbildungen zu verändern. Eine Beratungspflicht und eine zeitliche Befristung werden von einigen politischen Gruppierungen gefordert. Außerdem wird eine Pflichtberatung vor der Durchführung von Untersuchungen zur Pränatalen Diagnostik gefordert. Pro familia hält stattdessen die Schaffung von ausreichenden Beratungsangeboten und die Förderung der freiwilligen Nutzung für notwendig.

Während die Richtlinien der Bundesärztekammer eine Beratung durch die Anbieter von pränataler Diagnostik vorsehen, halten pro familia und anderen Verbänden eine psychosoziale Beratung unabhängig von der Durchführung der Untersuchungen für sinnvoller. Hier kann die Schwange-

re bzw. das Paar ohne Zeitdruck Nutzen und Risiken der Untersuchungen abwägen und die möglichen Konsequenzen überdenken. Die FrauenärztInnen sollen im Rahmen ihrer Aufklärungspflicht vor der Diagnostik auf dieses Beratungsangebot hinweisen.

### Literatur

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 057/008. 2001. Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG), Arbeitsgemeinschaft für materno-fetale Medizin (AGMFM) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin. Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie des Gestationsdiabetes (GDM). 2001

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 015/036; 07/2004 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin, AG für Materno-Fetale Medizin. Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt. [www.awmf-leitlinien.de](http://www.awmf-leitlinien.de)

Bundesärztekammer. Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. Deutsches Ärzteblatt 1998; 95:A3236-42

BzGA. Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer. 2006. <http://www.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=904>

Crowther C, Hiller J, et al. Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcomes. N Engl J Med 2005; 353:2477-86

Enkin M, Keirse MJ, et al. Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen. Verlag Hans Huber, Bern 2006

Langer O, Yogev Y, et al. Gestational diabetes: The consequences of not treating. 2005; 192:989-97

Perl FM. Effektivität in der Schwangerenvorsorge. In: Beckermann MJ, Perl FM. Frauen-Heilkunde und Geburtshilfe. Schwabe-Verlag Basel, 2004

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)\* in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 24. März 2003,

veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 126 vom 11. Juli 2003, in Kraft getreten am 12. Juli 2003

Tuffnell D, West J, et al. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2003; 3:CD003395

# Schwangerenvorsorge durch die Hebamme

## Eine Information des Bund Deutscher Hebammen (BDH)

Laut Hebammengesetz gehört die Schwangerenvorsorge ebenso wie die Geburtsvorbereitung, die Geburtshilfe, die Wochenbettbetreuung und die Stillberatung zum Aufgabenbereich der Hebammen.

Eine kontinuierliche Hebammenbetreuung ist vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit möglich.

Weil die Hebammenbetreuung „von Anfang an“ wenig bekannt ist, hatte der Bund Deutscher Hebammen im Frühsommer 2004 eine Offensive „Schwangerenvorsorge durch die Hebamme“ gestartet. Der BDH sieht sich dabei durch die Weltgesundheitsorganisation WHO unterstützt. Die Verantwortlichen der WHO betrachten die Schwangerenvorsorge durch die Hebamme als optimale und Risiko mindernde Betreuung von gesunden Schwangeren (WHO 1996).

Diese „etwas anderen Vorsorge“, die von Hebammen angeboten wird, setzt an den Lebensbedingungen der schwangeren Frauen und ihrer Familien an, indem deren vielfältige Bedürfnisse erfragt und berücksichtigt werden. Dieser bedürfnisorientierte Ansatz hat aber auch immer den Blick auf die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung. Das heißt, die Schwangerenvorsorge durch Hebammen versucht Einfluss auf ein gesundheitsrelevantes Verhalten und eine Lebensführung zu nehmen, die hilft, Krankheiten und Komplikationen zu vermeiden (BDH 2005, Hrsg.: Sayn-Wittgenstein, 2006).

Bei bester medizinischer Versorgung, die sich eigentlich nicht von der ärztlichen Schwangerenvorsorge unterscheidet, nehmen sich die Hebammen in der Regel mehr Zeit für die Frauen.

Durch ausführliche Vorsorgegespräche, die immer auch Informationsweitergabe und Beratung zu den vorhandenen Risikofaktoren beinhalten, können die Frauen mögliche Risiken besser einordnen und bewerten.

Ein weiteres Ziel der Schwangerenvorsorge durch Hebammen besteht darin, das Selbstvertrauen der Schwangeren und Gebärenden in ihre

eigene Kraft zu stärken. Gleichzeitig soll ihnen die Verantwortung für sich und ihre Entscheidungen zurückgegeben werden, damit sie in der Weise gebären können, die ihren eigenen Wünschen am nächsten kommt.

Die Schwangerenvorsorge entspricht – in Abgrenzung zur Risikoschwangerenvorsorge – einer Primärversorgung, die durch individuelle Zuwendung und Informationsvermittlung die Schwangere optimal begleitet und auf die Geburt und die Zeit danach vorbereitet.

Wenn im Laufe der Schwangerschaft Risiken und Komplikationen auftreten, werden die Frauen zur Durchführung spezieller Untersuchungen an FachärztInnen weitergeleitet.

Damit nimmt die Hebamme eine Lotsenfunktion ein, die ein Zuviel an technischen Untersuchungen bei gesunden Schwangeren vermeidet und „Risiko-Frauen“ einer ärztlichen Behandlung zuführt.

Neben der medizinischen Versorgung durch GynäkologInnen können Frauen mit Risiko behafteten Schwangerschaften gleichzeitig und auch von Anfang an, von einer Hebamme betreut werden.

Diese Vorgehensweise garantiert Gesundheitsförderung und verhindert eine Überversorgung von gesunden Schwangeren und fördert eine aufmerksame Begleitung von Risikoschwangeren - längerfristig führt dies zu einer Kostensenkung im Gesundheitssystem.

Die Pränataldiagnostik gehört nicht zur normalen Schwangerenvorsorge.

Die Frauen werden jedoch durch die Hebammen auf der Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und vor dem Hintergrund der eigenen professionellen Erfahrung über die Möglichkeiten und Folgen der vorgeburtlichen Untersuchungsmethoden wie Ultraschall, Triple-Test oder Amniocentese informiert und bei Bedarf an FachärztInnen weitergeleitet.

Laut den geltenden Mutterschafts-Richtlinien können alle Vorsorgeuntersuchungen bis auf den Ultraschall in der Schwangerschaft von einer Hebamme durchgeführt werden.

Die Schwangere kann selbst wählen, ob sie die Vorsorge durch eine Hebamme oder durch einen Arzt durchführen lassen will. Die Frau ist bei dieser Entscheidung auch nicht von einer ärztlichen Überweisung abhängig.

Zahlreiche Hebammen bieten in eigener Praxis Schwangerenvorsorge an. Es existieren aber auch verschiedene Kooperationsformen der Zusammenarbeit von Hebammen und ÄrztInnen (1).

Bei der Betreuung von Schwangerschaftsbeschwerden bieten Hebammen eine wichtige Ergänzung, indem sie Frauen zu Hause aufsuchen und betreuen.

In den Arbeitsbereich von Hebammen fallen auch die Betreuung physiologischer Geburten und die Begleitung der Frauen während des Wochenbetts bis zum Ende der Stillzeit.

Alle Hebammenleistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (Ausnahmen: Partnerbeteiligung an Geburtsvorbereitungskursen, Bereitschaftsdienstpauschale einer Hebamme vor einer Hausgeburt. Einige Kassen übernehmen nicht die Betriebskostenpauschale bei einer Geburt im Geburtshaus).

Zunehmend sind auch „Familienhebammen“ im Einsatz, die auf Grund ihrer Weiterbildung in der Lage sind, nicht nur medizinische, sondern auch soziale Auffälligkeiten in den Familien mit Neugeborenen und Kleinkindern zu erkennen, und falls nötig, Kontakt zu Behörden, Sozialämtern und Kinderärzten etc. zu suchen.

### **Grundlegende Prinzipien der Hebammenvorsorge:**

Zu einer effektiven Schwangerenbetreuung gehört eine auf gegenseitiger Achtung und Respekt basierende interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die Ziele einer effektiven Schwangerenvorsorge sind vom salutogenetischen Ansatz geprägt und fördern die Gesundheit von Mutter und Kind von Anfang an.

Im Einzelnen heißt das:

- die Schwangerenvorsorge orientiert sich an den Kriterien evidenzbasierter Betreuung
- die Hebamme sollte die erste Ansprechpartnerin für jede Schwangere sein und primäre Begleiterin durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden
- die Frauen und Kinder werden als ExpertInnen ihrer eigenen Gesundheit betrachtet.
- in der Schwangerenvorsorge durch Hebammen wird die Autonomie und die Selbstbestimmung der Frauen gestärkt und die Bindung von Mutter und Kind gefördert

- Schwangerenvorsorge durch Hebammen ermöglicht einen frühen Zugang zu gefährdeten Frauen mit sozialen und/oder medizinischen Risiken
- Pränataldiagnostik und Schwangerenvorsorge werden getrennt,

Hebammenadressen gibt es über die Krankenkassen, das Branchenbuch und über die Homepage des Bund Deutscher Hebammen [www.bdh.de](http://www.bdh.de) und über [www.babyclub.de](http://www.babyclub.de).

### **Literatur**

Bund Deutscher Hebammen : Schwangerenvorsorge durch die Hebammen, Hippokrates Verlag 2005

Sayn-Wittgenstein Hrsg.: Geburtshilfe neu denken. Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung, Verlag Hans Huber, 2006

WHO: Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group, 1996, dt. 2001

### **Anmerkung**

#### **Modelle der Schwangerenvorsorge durch Hebammen**

- Schwangerenvorsorge durch eine einzelne Hebamme
- Schwangerenvorsorge im Team einer Hebammenpraxis
- Schwangerenvorsorge im Team einer Frauenarztpraxis
- in gemeinsamen Räumlichkeiten, wobei die Hebamme freiberuflich (mit eigener Konzeption) oder angestellt (meist als Hebammenvorsorge, parallel zur ärztlichen Vorsorge) arbeiten kann.

Dr. Edith Wolber,  
Pressereferentin beim Bund Deutscher Hebammen  
74909 Meckesheim, Bergstr. 3

# Geburtshilfe neu denken

## Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland

Der „Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland“ ist eine für Deutschland erstmalige umfassende wissenschaftliche Analyse der Potentiale und Herausforderungen der Hebammenarbeit im klinischen und außerklinischen Bereich in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sowie in der Hebammenausbildung. Durch die Erstellung einer Ist-Analyse sowie ExpertInnengespräche wurde hebammenrelevantes Wissen gebündelt und ausgewertet. Der Handlungsbedarf für Reformen im Hebammenwesen wird aufgezeigt, um eine wissenschaftliche Fundierung dieses Berufsstandes zu etablieren. Der Bericht schafft die Grundlagen für den erforderlichen interdisziplinären Dialog mit ExpertInnen verschiedener Berufsgruppen und für Zukunftsstrategien für das Hebammenwesen und die Ausbildung in diesem Beruf.

In der gesundheitlichen Versorgung werden Prozesse der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit, die miteinander verbunden sind, meist in viele Einzelteile zerlegt. Eine gesunde Mutter eines gesunden Kindes hat vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit im ungünstigen Fall Kontakt zu sechs oder mehr Betreuungspersonen. Das sind der niedergelassene Gynäkologe, die Geburtsvorbereiterin, die Hebamme und der Gynäkologe in der Klinik, die Hebamme im Wochenbett, hinzu kommt der Rückbildungskurs und die Stillberaterin. Das Problem dabei ist, dass die Frauen oft mit teilweise widersprüchlichen Informationen konfrontiert werden. Die unterschiedlichen betreuenden Professionen sind in der Regel gar nicht oder nur unzureichend untereinander vernetzt. Die gängige Versorgungsstruktur hat nicht selten eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung zur Folge. Ein aktives Management der Schnittstellen kann dazu beitragen, die daraus entstehenden Probleme zu lösen oder zumindest zu mildern: Hebammen könnten die Frauen durch diese Lebensphase lotsen und dafür sorgen, dass die Versorgungsleistungen aufeinander abgestimmt sind. Ideal ist eine Begleitung durch Hebammen bis zum Ende des ersten Lebensjahres, wie es

einige europäische Nachbarn erfolgreich praktizieren.

Die Berufsgruppe der Hebammen kommt früh in Kontakt zu Paaren und Familien mit sozialen oder medizinischen Risiken. Neben der Erhaltung der Gesundheit von Mutter und Kind bekommt so auch die kontinuierliche Begleitung der jungen Familie in die Elternschaft eine wichtige Bedeutung. Auch auf politischer Ebene wird dieser Aspekt unterstrichen und als sehr wichtig erachtet.

Der überarbeitete Bericht wurde Mitte November 2006 veröffentlicht: Friederike zu Sayn-Wittgenstein (Hrsg.). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Verlag Hans Huber. Bern 2006

# Kommunikation von Nutzen und Risiken in der Medizin

## Vom Modellprojekt zur allgemeinen Praxis

### Tagungsbericht

Am 4. und 5. Dezember 2006 fand eine gemeinsame Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin, des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft IMEW und des Max Planck Instituts für Bildungsforschung statt.

Wie kommen ÄrztInnen an gesicherte medizinische Informationen? Welche Qualität haben medizinische Informationen in Deutschland? Welche Defizite bestehen in der Kommunikation von Nutzen und Risiken und wie kann diese Kommunikation verbessert werden?

Die Fachtagung informierte über Hintergründe und Interessen der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen. An verschiedenen Beispielen wurde die Bedeutung kritischer Bewertung, insbesondere bei der Abwägung von Nutzen und Risiken von Therapien und Früherkennungsuntersuchungen gezeigt.

### Überschätzung des Nutzens von Screening-Untersuchungen

Dass der Nutzen von Therapien und Diagnostik häufig zu positiv dargestellt wird, zeigt W. Gaissmaier vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin am Beispiel des Screenings auf Prostatakrebs, eine der häufigsten Krebsarten bei Männern. Die Früherkennung von Prostatakrebs unter anderem durch die Bestimmung des Prostate-spezifischen Antigens PSA im Blut muss von Männern als individuelle Gesundheitsleistung selbst bezahlt werden. Die exemplarischen Informationen in Broschüren verschiedener Organisationen (Deutsche Krebshilfe, Krebsgesellschaft, Selbsthilfe für Prostatakrebs) suggerieren einen Nutzen der Screening-Untersuchung, in dem sie auf gute Heilungschancen und sinkende Sterberaten durch die verbesserte Früherkennung verweisen. Tatsächlich kann bis heute nicht belegt werden, dass die Mortalität durch das Screening reduziert wird<sup>9</sup>.

Eine Untersuchung der Stiftung Warentest unter Berliner ÄrztInnen zeigte, dass von 20 UrologInnen nur 1/3 mit evidenzbasierter Medizin vertraut war und 2/3 keine Kenntnisse über Nutzen und Risiken des PSA-Screenings hatte. 14 von 20 erreichten in ihrer Beratung nicht die Standards der eigenen Fachgesellschaft.

Dass ÄrztInnen in der Aufklärung von Patienten über Screening-Untersuchungen einseitig den Nutzen betonen, wird mit der Sorge, eine Erkrankung übersehen zu können, erklärt. Ein falscher Alarm (falsch positives Ergebnis) wird dagegen als weniger gravierend eingestuft.

Diese einseitige Kommunikation führt jedoch auch zu einer Überbehandlung<sup>10</sup>, die mit gravierenden medizinischen Risiken wie Impotenz und Inkontinenz verbunden sein kann.

### Einfluss der Pharmaindustrie auf Arzneimittelinformationen

Wie valide<sup>11</sup> sind Arzneimittel-Informationen? T. Kaiser vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG nannte drei

wesentliche Wege der Vermittlung von Arzneimittelinformationen: Ärztliche Fortbildung, Werbung und Arzneimittelstudien.

Auch an unabhängig erscheinenden ärztlichen Fortbildungen ist oft die Pharmaindustrie beteiligt. Neben der Finanzierung von Veranstaltungen (auch von Sonderdrucken medizinischer Veröffentlichungen oder Internetfortbildungen) macht die Industrie ihren Einfluss auch durch die Einbindung von Meinungsbildnern<sup>12</sup> geltend.

Die in ärztlichen Fortbildungen vermittelten Informationen stehen zum Teil im Widerspruch zu systematischen Bewertungen und den Empfehlungen des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA).

Internationale Untersuchungen zeigen, dass Pharmawerbung, auch durch Pharmareferenten, einer der wichtigsten Einflussfaktoren für das Verschreibungsverhalten von ÄrztInnen ist. Diese unterschätzen diesen Einfluss jedoch.

Die Informationen in Werbeprospekten sind in der Regel wenig transparent. Außerdem werden Nebenwirkungen verharmlost. Arzneimittelstudien zeigen oft Mängel in der Methodik und eine Auswahl der Ergebnisse. Auch in international hoch angesehenen Zeitschriften werden zum Teil Studien mit schlechter Qualität veröffentlicht

### Konsumentenwerbung für Arzneimittel

Als wichtiger Fokus für effektive Marketingstrategien der Pharmaindustrie gilt auch „Direct To Consumer Advertisment“ (DTCA= Laienwerbung). Patienten und Patientenselbsthilfegruppen (Patienten-Empowerment) werden von der Pharmaindustrie als wertvolle Unterstützung zur Veränderung gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Arzneimittelverschreibung eingestuft.

Patientenorganisationen sind auch deshalb interessant, da sie als unabhängig und kritisch gelten. Deshalb werden sie häufig und gerne von Pharmafirmen finanziell unterstützt<sup>13</sup>.

Jedoch, resümiert Kaiser, die Werbung selbst ist nicht das Problem, sondern dass ÄrztInnen und Selbsthilfegruppen sich auf diese Werbeinformationen verlassen.

<sup>9</sup> The Cochrane Collaboration, 2006; arzneitelegramm 12/2006; Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Prostataerkrankungen, Heft 36, Jan.2007

<sup>10</sup> Einige Krebserkrankungen schreiten so langsam fort, dass sie im Laufe des Lebens der Betroffenen ohne Screeninguntersuchungen nicht entdeckt werden. Wenn sie dabei entdeckt werden, werden jedoch eingreifende Behandlungen durchgeführt. Sie werden in diesen Fällen als Überbehandlung bezeichnet.

<sup>11</sup> Die Validität bezieht sich auf die Angemessenheit, Relevanz und Nützlichkeit, hier im Sinn von Genauigkeit/Gültigkeit

<sup>12</sup> Als Meinungsbildner werden in der Ärzteschaft anerkannte und bekannte Fachleute bezeichnet

<sup>13</sup> Die Zeit, Wirtschaft: 14.12.2006, Nr. 51, „Patient gesucht“ von Martina Keller

Weitere Informationen zum Thema Pharmawerbung finden sich auf der englischsprachigen Internetseite [www.drugpromo.info](http://www.drugpromo.info). Diese wird vom WHO Department of Essential Drugs & Medicines Policy and Health Action International Europe koordiniert. ("Es besteht weiterhin ein Ungleichgewicht zwischen kommerziell produzierter Arzneimittelinformation und unabhängiger, vergleichender, wissenschaftlich valider und aktueller Informationen für diejenigen, die Arzneimittel verschreiben, verteilen und konsumieren").

### Risikokommunikation in der Arztpraxis

W. Ollenschläger vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – dem gemeinsamen Institut von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung befasste sich in seinem Beitrag mit systematischen und individuellen Defiziten der Risikokommunikation in der Klinik und Praxis.

Während ÄrztInnen sich für die Kommunikation mit den PatientInnen mehr Vertrauen, Verständnis und/oder Compliance wünschen und eine fordernde Haltung von PatientInnen beklagen, wünschen sich PatientInnen von den ÄrztInnen mehr Zeit. ÄrztInnen hören (aus der Sicht von PatientInnen) schlecht zu, sie klären unverständlich oder unzureichend auf oder drängen zu einer bestimmten Behandlungsmethode. Außerdem machen sie ihre Interessen oder Informationsquellen zu wenig transparent.

Ollenschläger stellt das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung vor. Dies beinhaltet u.a.

1. Das Angebot einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Rollen werden geklärt und die Gleichberechtigung der Partner formuliert)
2. Aussagen über verschiedene Wahlmöglichkeiten
3. Ärztliche Informationen über die Vor- und Nachteile verschiedener Optionen
4. Rückversicherung des Arztes/der Ärztin über Verständnis der Optionen und Erörterung möglicher weiterer Optionen aus Sicht der PatientIn
5. Präferenzen ermitteln
6. Aushandeln
7. Gemeinsame (partizipative) Entscheidung
8. Vertrag/Selbstverpflichtung (Plan zur Umsetzung der Entscheidung)

Grundlage der gemeinsamen Entscheidungsfindung können Leitlinien sein, deren Ziel es ist, wissenschaftliche Evidenz in die Praxis zu transferieren. Aber nur unter bestimmten Bedingungen kann eine Leitlinie diese Erwartungen erfüllen.

1. Sie berücksichtigt die aktuelle Datenlage
2. Sie wird vom Patienten verstanden (durch begleitende Informationen)
3. Sie enthält Schlüsselfragen aus ÄrztInnen- und PatientInnensicht
4. Ihre statistischen Angaben können auf die spezifische Situation des Patienten übertragen werden
5. Sie wird von Patienten und Ärzten akzeptiert und erfolgreich umgesetzt.

### Mammographie-Screening- Vom Modellprojekt zur flächendeckenden Reihenuntersuchung

Eva Schindele stellte die Broschüren des Nationalen Netzwerks für Frauengesundheit zum Mammographie-Screening als Beispiele für „good practice“ vor. (FPR 4/2004).

Von 2001-2004 wurden in Bremen, Wiesbaden und dem Weser-Ems Kreis das Mammographie-Screening (Flächendeckende Röntgen-Reihenuntersuchung für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren) im Modellprojekt erprobt. Noch ehe das Projekt abgeschlossen und ausgewertet war, wurde bereits 2002 aus politischen Gründen beschlossen, das Mammographie-Screening als Kassenleistung in Deutschland einzuführen. (dieser Prozess ist bis heute nicht abgeschlossen). In die vorgestellten Broschüren fließen die in den Projektstandorten gemachten Erfahrungen ein. Aufgrund der Erfahrungen in diesen Modellregionen wurden folgende Kriterien als wichtige Standards für die Durchführung definiert:

- fundierte Aufklärung zur informierten Entscheidungsfindung
- unabhängige Beratung
- Einrichtung einer Beschwerdestelle
- Transparenz
- Datenschutz

Schindele sieht diese Aspekte in der jetzigen Umsetzung und Durchführung des Screenings zu wenig beachtet. So wird in aktuellen Informationen das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, häufig als zu hoch angegeben. Auch der Nutzen der Untersuchung wird häufig höher angegeben als er durch evidenzbasierte Untersuchungen belegbar ist („Politik mit Zahlen“). Schindele bezeichnet dies als „Angststrategie“ und plädiert statt dessen für eine Aufklärung, die neben fundierten und verständlichen Informationen auch die individuellen persönlichen Lebensumstände berücksichtigt und Frauen befähigt, eine informierte Entscheidung für oder gegen die Untersuchung zu treffen.

## Risikokommunikation - Was wünschen PatientInnen?

In einer Arbeitsgruppe mit diesem Titel wurden folgende Kriterien für eine effektive gesundheitliche Versorgung herausgearbeitet: Zugewandte und frühzeitige Kommunikation, ausreichende und fundierte Informationsweitergabe, Darlegung der Grenzen medizinischer Methoden, Darlegung der eigenen Grenzen, Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit der Information, verständliche Darstellung der Nutzen und Risiken, Abwägung von Nutzen und Risiko, Wahlfreiheit für den Patienten (keine Bevormundung) und Stärkung der Eigenkräfte des/der PatientIn.

In der Abschlussrunde wurden Punkte erörtert, die geeignet scheinen, „best practice“ in die allgemeine Praxis zu überführen. Das Schaffen von Bewusstsein für qualitativ hochwertige Information und Kommunikation wird als wichtig angesehen. Medizinische Fachkräfte müssen besser fortgebildet werden. Die Qualität der Leistungsanbieter, auch der Selbsthilfegruppen, muss transparenter werden. Institutionen, die mit der Qualitätssicherung und Evidenz in der Medizin befasst sind wie die Cochrane Collaboration oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG brauchen bessere finanzielle Rahmenbedingungen.

Weitere Informationen:  
über Leitlinien:

- deutsche Leitlinien im Leitlinien-Informationssdienst des ÄZQ ([www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)) sowie in der Leitlinien-Datenbank der AWMF ([www.awmf-leitlinien.de](http://www.awmf-leitlinien.de))
- internationale Leitlinien beim Internationalen Leitliniennetzwerk G-I-N ([www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net)).

über Brustkrebs/Mammografie:

- Mammografie Screening: Was MultiplikatorInnen vor Ort wissen sollten
- Brustkrebs Früherkennung, Informationen zur Mammografie, Eine Entscheidungshilfe

Broschüren als download unter  
[www.gek.de/Service/Infopool/Gesundheit](http://www.gek.de/Service/Infopool/Gesundheit)

## Hinweise

### Online-Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die BZgA hat ein umfassendes Online-Angebot rund um die Themen Verhütung, Familienplanung, unerfüllter oder ambivalenter Kinderwunsch, Teenagerschwangerschaft, Schwangerschaft und die erste Zeit zu Dritt.

In verschiedenen Kanälen wurden Basisinformationen, Hintergrundwissen und Aktuelles aufbereitet. Es gibt Antworten auf häufig gestellte Fragen sowie Ratschläge und Tipps. Weiterhin bieten Erfahrungsberichte, Experteninterviews und statistisches Material zu ausgewählten Themen umfassende Informationen.

Der Bereich Schwangerschaft bietet Informationen zu den Themen Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit dem Kind. Dabei geht es sowohl um medizinische Aspekte als auch um das Erleben von Schwangerschaft und Geburt. Die Informationen reichen von der Darstellung der embryonalen Entwicklung bis zu sozialrechtlichen Themen. Viele Tipps helfen Schwangeren, sich auf die Geburt und das Leben mit dem Kind vorzubereiten.

<http://www.schwanger-info.de/>

### Empfehlungen zur Episiotomie

Im Frauenarzt 1/2007 werden die Risiken und der Nutzen der Episiotomie auf der Basis der aktuellen Datenlage und den Richtlinien des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) gegenübergestellt. Die Episiotomie (Dammschnitt) ist eine der häufigsten durchgeführten Maßnahmen in der Geburtshilfe. Die Datenlage lässt mit wissenschaftlich hoher Evidenz folgende Empfehlungen zu:

- Eine restriktive Vorgehensweise ist einer routinemäßigen Episiotomie vorzuziehen.

Weder bei mütterlichen Indikationen (Schutz vor Sphinkterverletzungen, Effekt auf Stuhl- oder Harninkontinenz nach der Geburt) noch bei kindlichen Indikationen (z.B. Frühgeburtlichkeit, vaginal operative Entbindung) ist die routinemäßige Anwendung gerechtfertigt.

- Die mediane Episiotomie<sup>14</sup> ist gegenüber der mediolateralen Schnitttechnik mit hö-

<sup>14</sup> Mediane Episiotomie erfolgt in der Mittellinie in Richtung After. Der mediolaterale Dammschnitt wird von der Mittellinie ausgehend ca. 45 Grad nach rechts oder links vorgenommen.

heren Raten an Verletzungen am rektalen Schließmuskel und Enddarm verbunden.

Quelle: Frauenarzt, 48. Jahrgang, Januar 2007

## Gesundheitsreform und Vorsorgeuntersuchungen

Der aktuelle Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform verlangt von den Versicherten künftig mehr Eigenvorsorge. So müssen sie regelmäßig an Check-Ups teilnehmen, um etwa Bluthochdruck, Diabetes und andere chronische Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Auch die Krebsvorsorge gehört dazu.

Vor allem Männer nehmen bislang nur in geringem Umfang an Vorsorgeuntersuchungen teil. Künftig soll es dafür Bonushefte wie bereits heute beim Zahnarzt geben. Nehmen Versicherte an den Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen nicht teil, müssen sie im Krankheitsfall höhere Zuzahlungen leisten.

Das arznei-telegramm 12/2006 kommentiert diesen geplanten „Vorsorgezwang“ kritisch. „Die Einführung einer systematischen, flächendeckenden Untersuchung Gesunder (Screening) erfordert einen wissenschaftlich nachgewiesenen kausalen Zusammenhang zwischen der Teilnahme am Screening und der Verminderung der Sterblichkeit bei akzeptabler Lebensqualität und Kosteneffektivität<sup>15</sup>“. Das arznei-telegramm weist darauf hin, dass Prävention nicht immer billiger ist als Therapie und Screening häufig keine Vorsorge sondern eine Früherkennung darstellt.

Eine aktuelle Cochrane-Übersicht bewertet anhand von sieben randomisierten kontrollierten Studien Nutzen und Risiken des Mammografie-Screenings. Regelmäßiges Screening bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren führt demnach zu einer Abnahme der Brustkrebs-Sterblichkeit um relativ ca. 15 Prozent. Von 2000 Frauen dieser Altersgruppe, die am Screening teilnehmen, stirbt in 10 Jahren eine Frau weniger an Brustkrebs. Bei zehn weiteren Frauen wird jedoch eine Brustkrebserkrankung festgestellt, die so langsam fortschreitet, dass sie ohne Screening zu Lebzeiten der Frau nie bemerkt worden wäre. Diese so genannten Überdiagnosen führen zu einer Zunahme an chirurgischen Eingriffen, Strahlen- und

Chemotherapien. Jede fünfte Frau erhält innerhalb von 10 Jahren mindestens einen falsch-positiven Befund mit der Folge einer hohen psychischen Belastung. Dieser Schaden, der durch das Screening verursacht wird, sollte in der Bewertung mehr berücksichtigt werden.

Als weitere Beispiele für Screening-Untersuchungen, für die der Nutzen nicht durch randomisierte kontrollierte Studien belegt ist, nennt das arznei-telegramm die Koloskopie zum Screening auf Darmkrebs und der bisher nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommenen Test zum Screening auf Prostatakrebs, die Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens, PSA. Auch für den allgemeinen Gesundheitscheck, die rektale Untersuchung, das Abtasten der Brust durch den Arzt/die Ärztin oder das Screening auf Diabetes mellitus ist der Nutzen nicht belegbar.

Auf Grund dieser Datenlage hält das arznei-telegramm das gesetzliche Vorhaben für nicht akzeptabel, Versicherte im Krankheitsfall finanziell zu benachteiligen, wenn sie an diesen Vorsorgeuntersuchungen nicht teilnehmen. Voraussetzung einer solchen gesetzlichen Regelung sollte eine sorgfältige Überprüfung der vorgesehenen Maßnahmen auf Nutzen und Schaden sein. Die Programme müssten evidenzbasiert und das Angebot qualitätsgesichert verfügbar sein. Die Versicherten müssten die Möglichkeit einer objektiven und verständlichen Information nach aktuellen wissenschaftlichen Kriterien haben um eine informierte Entscheidung treffen zu können.

Als Beispiel einer erfolgreichen Screening-Untersuchung gilt der Pap-Test zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. Seit der Einführung dieser Krebsvorsorgeuntersuchung im Jahr 1971 ist die Rate an durch Zervixkarzinom-bedingten Sterbefällen von 11 pro 100 000 auf 3 pro 100 000 im Jahr 1996 gefallen. Obwohl auch hier randomisierte, kontrollierte Studien fehlen, ist das Screening die wahrscheinlichste Ursache für den Rückgang von Erkrankung und Todesfällen.

## Kosten der HPV-Impfung im Vergleich

Mit der Einführung des HPV-Impfstoffs Gardasil im Herbst 2006 (siehe FPR 3/2006) verspricht man sich einen Rückgang der mit den HP-Viren assoziierten Vulva- und Zervixkarzinome sowie deren Vorstufen.

<sup>15</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 36, 1/2007, S.12; Prostataerkrankungen



Kritisiert wird der Preis von 465 € für die abgeschlossene Grundimmunisierung (155€ pro Einzelspritze). Die Preise variieren in einzelnen Ländern beträchtlich. So kostet die Grundimmunisierung in Österreich über 600 € (Einzelspritze 208 €), in den USA dagegen nur 275 €. In Australien wurde die Aufnahme des Impfstoffes in das nationale Impfprogramm unter anderem wegen des hohen Preises zunächst abgelehnt. Inzwischen hat die australische Vertriebsfirma die Kosten gesenkt. Jede Injektion kostet umgerechnet 96 €. Weiterhin hat die Firma eine deutliche Beteiligung an den Kosten zugesagt, falls sich in den nächsten 20 Jahren zeigt, dass Auffrischimpfungen notwendig werden. Inzwischen wird die Impfung in Australien befürwortet.

In Deutschland wird eine Einschätzung der Ständigen Impfkommission STIKO für Februar 2007 erwartet. Mehrere gesetzliche Krankenkassen in Deutschland haben bereits eine Kostenübernahme für die Impfung angekündigt.

Ausführliche Informationen zur HPV-Infektion, zum Gebärmutterhalskrebs und zu der aktuellen Datenlage bezüglich der HPV-Impfung finden sich ca. ab Mitte Februar 2007 auf den Internetseiten von pro familia.

## Buchhinweise

Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse:  
**Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt**

Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen  
Deutschsprachige Ausgabe bearbeitet von Jutta Posch. Herausgegeben von Dr. Mechthild Groß und Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen.  
2., vollst. überarb. Aufl. 2006. ISBN: 3-456-84167-1

«Enkin/Keirse» gilt als die «Hebammen- und Geburtshelferbibel» im englischsprachigen Raum. Es ist anerkanntermaßen eine wegweisende Veröffentlichung, die all jenen, die gut lesbare, evidenz-basierte Informationen über die Auswirkungen der Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett benötigen, diese leicht zugänglich macht. Über 9000 Studien und Interventionen zur effektiven, auf Forschungsergebnissen basierenden Geburtshilfe wurden für dieses Werk ausgewertet, aufbereitet

und in einer verständlichen Form dargestellt. Die zweite deutsche Auflage wurde vollständig neu übersetzt, überarbeitet und aktualisiert.

### Psychosoziale Aspekte der Ultraschall-Untersuchung in der Schwangerschaft.

Studie des Zentrums für Technologiefolgen-Abschätzung,  
TA-40/2001 d,  
C. Buddeberg, L. Götzmann, R. Klaghoger, S.M. Schönholzer, R. Huch, R. Zimmermann, N. Köble, Bern, 2001  
Download [http://www.ta-swiss.ch/a/biot\\_ultr/2001\\_40A\\_KF\\_ultraschall\\_dfe.pdf](http://www.ta-swiss.ch/a/biot_ultr/2001_40A_KF_ultraschall_dfe.pdf)

### Information zu Prostataerkrankungen

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist im Januar 2007 das Themenheft zu Prostataerkrankungen erschienen. Das Heft bietet allgemeine Informationen zu Prostataerkrankungen, zu Risikofaktoren, Prävention und Früherkennung sowie Diagnostik und Therapie. Text Rückseite des Buches: „Neben dem Prostatakrebs sind die gutartige Prostatavergrößerung (Benignes Prostata Syndrom, BPS), das Prostatissyndrom sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigsten Krankheiten bei älteren Männern. An einem BPS erkranken ca. 50 % der über 60-jährigen und 90 % der über 80-jährigen Männer. Am Prostatissyndrom einmal im Leben zu erkranken liegt bei einer Wahrscheinlichkeit von ca. 15 %.

Prostatakrebs ist in Deutschland zurzeit das häufigste Karzinom beim Mann. Jährlich wird bei fast 50.000 Männern ein Prostatakarzinom festgestellt und mehr als 10.000 Männer sterben daran. Dabei sind etwa 90 % der Erkrankten und 96 % der Verstorbenen über 60 Jahre alt. Ab einem Alter von 45 Jahren hat jeder gesetzlich krankenversicherte Mann einen jährlichen Anspruch auf die Teilnahme am Krebsfrüherkennungsprogramm, welches auch eine Tastuntersuchung der Prostata beinhaltet. Es beteiligen sich allerdings nur gut 18 % der anspruchsberechtigten Männer. Besonders älteren Männern sollten Informationen sowohl zur Früherkennung als auch zu Therapiemöglichkeiten und den Folgen für die Lebensqualität besser zugänglich gemacht werden“.

*Bestellung des kostenlosen GBE-Heftes: Robert Koch-Institut, GBE, Seestraße 10, 13353 Berlin, Stichwort "Prostataerkrankungen", E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de), Fax: 0 30 / 1 87 54-35 13. ISBN 978-3-89606-177-5*

# Veranstaltungen

## **Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung – quo vadis?**

am 14. Februar 2007 in Bonn (Hörsaal des Zentrums für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn)

gemeinsame Veranstaltung von Universitätsklinikum Bonn und Universität zu Köln

in Kooperation mit: DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)

Organisation: Dipl.-Psych. M. Wollenschein  
melanie.wollenschein@ukb.uni-bonn.de

Anmeldung: per FAX (0228-287-14738 oder E-Mail (siehe oben))

## **3. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress „anders denken“**

vom 27.-30.06.2007 im Congress Center Messe Frankfurt

Weitere Informationen: [www.doeak2007.com](http://www.doeak2007.com)

Anmeldung: Die Anmeldung zum Kongress muss schriftlich (per Fax oder Post) oder online unter [www.doeak2007.com](http://www.doeak2007.com) erfolgen. Anmeldungen per E-Mail können leider nicht akzeptiert werden.

Veranstalter: Deutsche Aids-Gesellschaft e.V.,  
Österreichische Aids-Gesellschaft und  
Kompetenznetz HIV/AIDS

Symposium

## **„Geschlechterforschung zwischen Theorie und Praxis“**

16.2.2007

Leibnizhaus Hannover, Holzmarkt 4-6, 30159 Hannover

Weitere Informationen unter

Medizinische Hochschule Hannover

Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Tel: 0511-5328076

eMail: [busch.elke@mh-hannover.de](mailto:busch.elke@mh-hannover.de)