



**Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)**

**Fehlbildungen und Erkrankungen beim ungeborenen Kind früh erkennen
– Wie sicher ist Ultraschall?**

**Dienstag, 3. Juli 2007, 11.00 bis 12.00 Uhr
Frankfurter Presseclub, Saalgasse 30; 60311 Frankfurt am Main**

Ihre Themen und Referenten:

**Ultraschall im ersten Drittel der Schwangerschaft:
Harmlose Untersuchung – sicheres Ergebnis?**

Professor Dr. med. Eberhard Merz
Präsident DEGUM; Direktor der Frauenklinik, Krankenhaus Nordwest, Frankfurt am Main

**Fruchtwasseruntersuchungen bei Schwangeren ab 35 Jahren:
Dank Ultraschall zukünftig überflüssig?**

Professor Dr. med. Bernd-Joachim Hackelöer
Beisitzer des Vorstandes der DEGUM; Leiter der Abteilung Geburtshilfe und
Pränatalmedizin, Asklepios Klinik Hamburg-Barmbek

**Risiko für angeborene Schäden des Kindes am Computer berechnen: Ist der neue
deutsche ‚Rechenweg‘ der europaweit zuverlässigste?**

Professor Dr. med. Eberhard Merz
Professor Dr. med. Bernd Eiben, Institut für klinische Genetik und Zytologie Nordrhein,
Essen

Gute Diagnostik leisten nur Experten:

**Wie sichert die DEGUM deutschlandweit qualifizierten Ultraschall für Schwangere in
der Frühgravidität (11. bis 14. Schwangerschaftswoche)?**

Professor Dr. med. Eberhard Merz
Professor Dr. med. Bernd-Joachim Hackelöer

Ergebnis ‚positiv‘ – und was jetzt?

Wo finden Eltern Rat und Hilfe, wenn ihr Ungeborenes krank ist?

Dr. med. Martina Weiß, Beratungs- und Therapiezentrum Bestärkungsstelle, Hannover

**(Nach der Geburt): Die Entscheidung nimmt mir niemand ab – würde ich mich erneut
untersuchen lassen?**

Dr. med. Christina Zulauf, Patientin, Fernwald

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DEGUM Pressestelle
Anne-Katrin Döbler/Anna Voormann
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711/ 89 31-552
Telefax: 0711/ 89 31-566/167
E-Mail: info@medizinkommunikation.org



**Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)**

**Fehlbildungen und Erkrankungen beim ungeborenen Kind früh
erkennen – Wie sicher ist Ultraschall?**

**Dienstag, 3. Juli 2007, 11.00 bis 12.00 Uhr
Frankfurter Presseclub, Saalgasse 30; 60311 Frankfurt am Main**

Inhalt Pressemappe

Pressemitteilung

Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der
Medizin: Neue Untersuchungen zu Beginn der
Schwangerschaft

Redemanuskripte der Referenten

Curriculum vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dies gerne zur Verfügung.
Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail uns unter: info@medizinkommunikation.org*



**Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin:
Neue Untersuchungen zu Beginn der Schwangerschaft**

Frankfurt, 3. Juli 2007 – Freuden und Sorgen mischen sich bei werdenden Eltern oftmals während einer Schwangerschaft. Zur häufig gestellten Frage: „Ist unser Kind gesund?“ können Ärzte noch keine Gewissheit bieten. Einen guten Anhaltspunkt liefert jedoch seit einiger Zeit das sogenannte Ersttrimester-Screening. Zwischen 11 und 14 Schwangerschaftswochen schätzen Ärzte damit das Risiko für Chromosomenstörungen wie etwa das Down-Syndrom und Fehlbildungen des Ungeborenen ein. Die Methode beruht auf einer Kombination zweier Untersuchungen: Einer Ultraschalluntersuchung, bei der die „Nackentransparenz“ des Fötus gemessen wird, und einer Blutanalyse bestimmter Schwangerschaftshormone. Möglichkeiten und Grenzen des Ersttrimester-Screenings und insbesondere die Frage nach der notwendigen Qualitätssicherung erörtert die deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) auf einer Pressekonferenz am 3. Juli 2007 in Frankfurt.

„Da es sich um ein komplexes Screeningsystem handelt, sollte dieses Verfahren nur von speziell ausgebildeten Frauenärzten und Frauenärztinnen durchgeführt werden“, betont DEGUM-Präsident Professor Dr. med. Eberhard Merz, Frankfurt. Von den rund 10.000 niedergelassenen Frauenärzten und Frauenärztinnen in Deutschland haben derzeit etwa 3.500 eine entsprechende Zusatzqualifikation. „Die behandelnden Ärzte müssen die Schwangeren ausführlich beraten und gewährleisten, dass die Patientinnen bei einem erhöhtem Risiko zur weiteren Abklärung an spezialisierte Zentren überwiesen werden“, fordert der Experte. In diesen Pränatal-Zentren arbeiten besonders qualifizierte Ärzte, die nach dem Qualifizierungskonzept der DEGUM den Stufen II und III angehören, und Experten der Ultraschalltechnik sind. Gegenwärtig gibt es in Deutschland ungefähr 600 solcher Experten.

Das Screening soll den Frauen und Ärzten als Entscheidungshilfe für oder gegen eine invasive Diagnostik – etwa eine Fruchtwasseruntersuchung – dienen, mit der eine Chromosomenstörung mit Sicherheit ausgeschlossen oder diagnostiziert werden kann. Bisher galt oft allein ein fortgeschrittenes Alter der Mutter als ausschlaggebend, um eine solche Untersuchung anzubieten. Denn je älter eine Frau ist, desto höher ist das Risiko.

Diese in den Mutterschaftsrichtlinien vorgegebene „Altersindikation“ empfinden viele Ärzte heute aber als nicht mehr zeitgemäß. Mit dem Ergebnis des Ersttrimester-Screenings können Frauen unabhängig vom Alter abwägen, ob sie eine solche – mit einem gewissen Fehlgeburtsrisiko verbundene – Untersuchung wünschen.

Die DEGUM setzt sich gemeinsam mit der assoziierten „Fetal Medicine Foundation Deutschland“ für verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Ersttrimester-Screenings ein. Frauenärzte, die das Screening durchführen, nehmen an Weiterbildungsmaßnahmen und jährlichen Qualitätskontrollen teil. Zur Auswertung steht den zertifizierten Ärzten seit Februar dieses Jahres ein neues Programm zur Verfügung. Anhand von Daten aus rund 70.000 Schwangerschaften, die teils mit modernster Ultraschalltechnik erhoben wurden, haben die Forscher einen sogenannten „deutschen Algorithmus“ entwickelt. Die Erfolgsquoten sind einer aktuellen Erhebung zufolge durchaus beachtenswert: Beispielsweise liegen die Entdeckungsraten für Trisomie 21 bei 87 Prozent. Welche Untersuchungen für werdende Eltern sinnvoll sind, erläutert Professor Merz in Frankfurt.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DEGUM Pressestelle
Anne-Katrin Döbler/Anna Voormann
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711/ 89 31-552
Telefax: 0711/ 89 31-566/167
E-Mail: info@medizinkommunikation.org

Ersttrimester-Screening in Deutschland

Professor Dr. med. Eberhard Merz, Präsident DEGUM; Direktor der Frauenklinik, Krankenhaus Nordwest, Frankfurt am Main

Innerhalb der letzten 26 Jahre hat sich der prozentuale Anteil der Mütter, die bei Geburt ein Alter von ≥ 35 Jahren aufweisen, mehr als verdoppelt (1991: 9,6 %, 2003: 21,8%). Da ab einem Alter von 35 Jahren das Risiko für eine fetale Chromosomenanomalie deutlich steigt, muss bei einer Zunahme der älteren Schwangeren generell auch mit einem höheren Prozentsatz an fetalen

Chromosomenaberrationen gerechnet werden. Würde man in Deutschland nach wie vor das mütterliche Alter ≥ 35 Jahre als alleinige Indikation für eine invasive Diagnostik zur Abklärung einer Chromosomenanomalie nehmen (sog. Altersindikation), würde dies automatisch bedeuten, dass die Punktionsrate und damit auch die Abortrate deutlich steigen würden.

Mit dem sog. Ersttrimesterscreening nach den Vorgaben der DEGUM und der DEGUM assoziierten Fetal Medicine Foundation Deutschland (FMF-D) steht heute ein qualifiziertes nicht invasives Verfahren zur Verfügung, das es ermöglicht, bereits im Zeitraum 11+1 bis 14+0

Schwangerschaftswochen (SSW) das Risiko für eine Chromosomenstörung für jede Schwangere individuell zu kalkulieren. Damit kann sowohl der jüngeren Schwangeren unter 35 Jahren als auch der Schwangeren ≥ 35 Jahren ein Anhaltspunkt gegeben werden, ob eine invasive Diagnostik notwendig ist oder ob auf eine solche ggf. verzichtet werden kann.

Die Basisparameter für ein solches Ersttrimesterscreening sind das mütterliche Alter, die sonografisch ermittelte fetale Nackentransparenz und die beiden Biochemiemarker freies β -HCG (Human Chorionic Gonadotrophin) und PAPP-A (Pregnancy associated plasma protein) im mütterlichen Blut. Mittels eines speziellen Computerprogrammes wird dann anhand der jeweiligen Ergebnisse das individuelle Risiko für das Vorliegen einer Chromosomen-anomalie, wie Trisomie 21, 18 und 13, kalkuliert.

Voraussetzung für ein solches Früh-Screening ist jedoch, dass der Ultraschalluntersucher, das verwendete Ultraschallgerät, und auch die Labore entsprechende Qualifikationskriterien erfüllen und dass ein zertifiziertes Computerprogramm zur Risikoevaluation zum Einsatz kommt.

Seit Februar 2007 wird allen in Deutschland zertifizierten Gynäkologen das von der FMF-D entwickelte neue Computerprogramm PRC (= Prenatal Risk Calculation) kostenlos zur Verfügung gestellt. Das neue „deutsche“ Risikokalkulationsprogramm wurde anhand aktueller

Schwangerschaftsdaten in Deutschland entwickelt. Einbezogen wurden hierzu 70.030

Schwangerschaften mit gesundem Kind und 451 Schwangerschaften mit chromosomal krankem Kind.

Berücksichtigt werden bei der Risikokalkulation das mütterliche Alter, die Scheitel-Steiß-Länge von 54-85 mm (entspricht dem Zeitraum 11+1 bis 14 +0 SSW), die Nackentransparenz, und die

mütterlichen Serumparameter PAPP-A und freies β -hCG. Zusätzlich kann der sonografische Nachweis bzw. das Fehlen des fetalen Nasenbeins (13-15) in die Kalkulation mit aufgenommen werden.

Im Gegensatz zum bisherigen Risikokalkulationsprogramm der FMF England hat das deutsche

Programm den Vorteil, dass die Patientin das Ergebnis der Risikoberechnung nicht nur in Form von

Risikoquotienten, sondern vor allem in Form einer übersichtlichen Ampelgraphik mit den Bereichen Rot, Gelb und Grün erhält. Liegt das Kalkulationsergebnis im roten Bereich, kann die Patientin direkt erkennen, dass hier ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Chromosomenstörung vorliegt, während es im grünen Bereich sehr gering ist. Findet man das Ergebnis im dazwischen liegenden gelben Bereich, muss abgewogen werden, ob weitere sonografische Kontrolluntersuchungen oder eine invasive Diagnostik notwendig sind. Sowohl bei einem Ergebnis im roten als auch im gelben Bereich sollte die Patientin in ein Pränatalzentrum der Stufe II oder III zur weiteren Abklärung überwiesen werden. Ziel der DEGUM und der FMF Deutschland ist es, das Ersttrimester-Screening in Deutschland als standardisierte, zertifizierte Methode unter ständiger Fortbildung und Qualitätssicherung aller beteiligten Ärzte anzubieten, um somit flächendeckend für alle Patientinnen, die eine solche Risikokalkulation wünschen, eine hohe Qualität zu gewährleisten.

Bei konsequenter Umsetzung des nicht-invasiven Ersttrimester-Screenings kann davon ausgegangen werden, dass über 85% der Chromosomenanomalien bei deutlich weniger invasiven Eingriffen bereits im I. Trimenon aufgedeckt werden. Gleichzeitig könnten damit in Zukunft ca. 80% der eingriffsbedingten Aborte vermieden werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Frankfurt, Juli 2007

**Risiko für angeborene Schäden des Kindes am Computer berechnen:
Ist der neue deutsche "Rechenweg" der europaweit zuverlässigste"**

Professor Dr. med. Bernd Eiben, Institut für klinische Genetik und Zytologie Nordrhein, Essen

Während noch vor 10 Jahren nur Schwangeren ab 35 Jahre (mütterliche Altersindikation) auf die Möglichkeit einer Diagnostik von möglichen kindlichen Chromosomenstörungen hingewiesen wurde, kann heute durch Verbesserungen in der Ultraschalltechnik und Labordiagnostik grundsätzlich jeder Schwangeren eine individuelle Risikoanalyse angeboten werden. Diese Risikoanalyse beruht

- auf einer Ultraschalluntersuchung, bei der neben einer Reihe von Ultraschallparametern und dem exakten Schwangerschaftsalter speziell die sog. „fetale Nackentransparenz“ gemessen wird.
- auf der Bestimmung zweier biochemischer Parameter (freies β -hCG und PAPP-A)

Mit speziellen Softwareprogrammen kann auf Basis dieser Werte unter Berücksichtigung des mütterlichen Alters eine individuelle Risikoabschätzung für das Vorliegen der häufigsten Chromosomenveränderungen vorgenommen werden. Daneben können sich durch den Ultraschall auch Hinweise auf strukturelle Veränderungen wie Herzfehler etc. ergeben.

Die Wertigkeit der Risikoanalyse hängt entscheidend vom benutzten Rechenprogramm ab. Das bislang qualitativ hochwertigste Programm stammt aus England. Die speziell hier zugrunde liegenden Ultraschall- und Nackentransparenzdaten des englischen Programms sind allerdings schon über 10 Jahre alt und wurden mit dem damals verfügbaren aber heute veralteten Gerätestandard erhoben. Aus diesem Grunde hat die FMF-Deutschland seit Anfang diesen Jahres ein eigenes **Berechnungsprogramm PRC** (Prenatal Risk Calculation) herausgebracht. Das PRC zugrunde liegende gesamte Eichkollektiv wurde von 2004- 2006 in Deutschland mit dem aktuellen Gerätestandard erhoben und entspricht in seiner Alterszusammensetzung der gegenwärtigen demographischen Situation in Mitteleuropa! PRC beruht auf der Auswertung von 70.030 abgeschlossenen unauffälligen Schwangerschaften sowie 312 Fällen mit Trisomien 21 und 139 Trisomien 13 & 18. Anstatt wie im englischen Programm die berechnete Risikopopulation in zwei Gruppen mit hohem oder geringem Risiko einzuteilen, geschieht dieses im deutschen PRC Programm in 3 Gruppen (Abb. 1). Neben den beiden erwähnten Gruppen gibt es eine zusätzliche, in die Schwangerschaften mit einem intermediären Risiko eingeordnet werden. Wenn eine Schwangere sich in dieser Gruppe befindet, sollten weitere Ultraschall-Untersuchungen durch die behandelnden Pränataldiagnostiker erfolgen.

Um die Verlässlichkeit des deutschen Programms zu evaluieren, wurden in einer ersten Studie 153 Ersttrimester Fälle mit Trisomien 21 mit dem englischen und deutschen Programm berechnet (siehe auch GYNE Juni 2007, Juni 117- 125). Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 aufgelistet. Schon in der Hochrisikogruppe konnten mehr Trisomie 21 Schwangerschaften durch das PRC Programm als Risikogruppe beschrieben werden. Während im englischen Programm für 14,4 % der Schwangerschaften mit Trisomie 21 ein unauffälliges Ergebnis berechnet worden ist, war dieses im

deutschen Programm nur noch in 3,9% der Fall. Durch die neu eingeführte Gruppe mit intermediärem Risiko können jetzt gezielt weiterführende Ultraschallmarker durch besonders qualifizierte DEGUM 2 und 3 Ultraschallspezialisten erfolgen. Es bieten sich also weitere Möglichkeiten, Veränderungen zu erkennen.

Fazit: Das PRC Programm bietet die momentan beste Risikoabschätzung zur Entdeckung bestimmter Chromosomenveränderungen (z.B. Trisomie 21) bei Verwendung der fetalen Nackentransparenz und biochemischer Parameter.

Abbildung 1: Risikodarstellung im deutschen PRC Programm. Der rote Pfeil zeigt die Risikoentwicklung vom aktuell mütterlichen Altersrisiko einer Schwangeren zum individuell Risiko nach Ersttrimesterscreening an.

Roter Bereich: Bereich 1: 2- 1: 230 → Hochrisikogruppe → Empfehlung: invasive Diagnostik

Gelber Bereich: Bereich 1: 231- 1: 1105 → Intermediäre Gruppe (Mittleres Risiko) → Empfehlung: weitere Ultraschall-Kontrolle

Grüner Bereich: Bereich ab 1: 1106 → geringes Risiko → Empfehlung: keine weiteren diagnostischen Spezialuntersuchungen

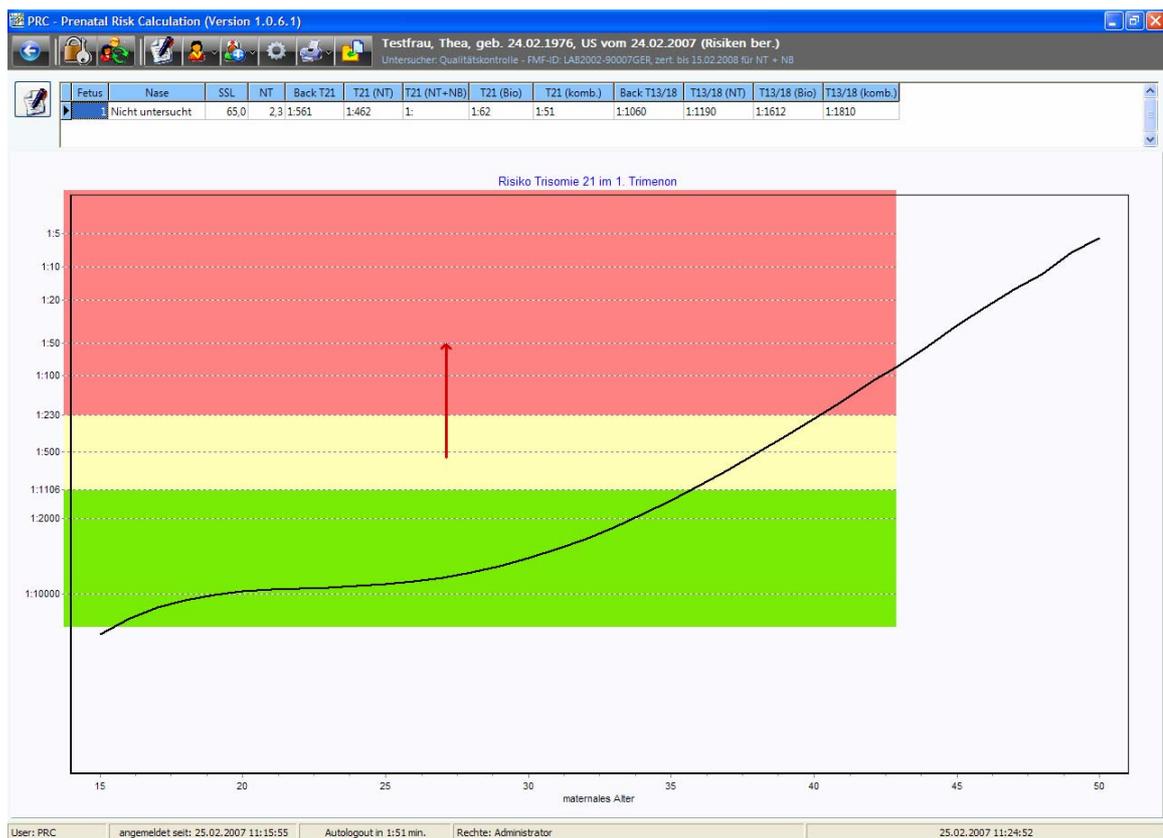


Tabelle 1: Ergebnisse vom deutschen PRC Programm und englischem Programm in den Entdeckungsraten von 153 Trisomie 21 Fällen

| Risikogruppe | PRC | Engl. Programm |
|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Hohes Risiko | 133/ 153 (86,9%) 1:2- 1: 230 | 131/ 153 (85,6%) 1:2- 1: 300 |
| Intermediäres Risiko | 14/ 153 (9,2%) 1: 231- 1: 1100 | |
| geringes Risiko | 6/ 153 (3,9%) > 1: 1100 | 22/ 153 (14,4%) >1: 1000 |

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Frankfurt, Juli 2007

**Beratungs- und Therapiezentrum:
Konzept psychosoziale Beratung zur Pränataldiagnostik**

Dr. Martina Weiß, Beratungs- und Therapiezentrum Bestärkungsstelle, Hannover

Dem Thema Pränataldiagnostik (PND) kann sich heutzutage keine schwangere Frau entziehen. Einige pränataldiagnostische Untersuchungen sind Teil der gültigen Mutterschaftsrichtlinien, werden also routinemäßig durchgeführt, weitere werden den Frauen entweder durch ihre behandelnden FrauenärztInnen angeboten oder von Freundinnen oder in den Medien empfohlen oder sie werden durch auffällige Befunde vorangegangener Untersuchungen erforderlich: Es ist nicht möglich und auch nicht sinnvoll, so zu tun, als ob es das alles nicht gäbe. Selbst die Nicht-Durchführung von Pränataldiagnostik setzt eine bewusste Entscheidung voraus.

Die neuen medizinischen Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik gehen mit neuen Konflikten für die davon betroffenen werdenden Eltern einher: Sowohl das Warten auf die medizinischen Untersuchungsergebnisse als auch die Mitteilung von nicht vorhersehbaren Befunden und die daraus möglicherweise resultierende Entscheidungssituation beeinflussen das Schwangerschaftserleben und die Beziehung der Mutter zu ihrem ungeborenen Kind. Spätestens im Falle eines auffälligen Befundes sind die Schwangere und ihr Partner mit der Frage eines möglichen Schwangerschaftsabbruches und damit einem ethischen Dilemma konfrontiert, das ihnen eine sehr hohe Entscheidungskompetenz abverlangt.

Pränataldiagnostik wird nicht nur von den behandelnden Ärzten unter medizinischen Gesichtspunkten durchgeführt, sondern zum Teil auch von den Schwangeren oder deren Partnern eingefordert, um „Sicherheit“ zu erlangen. Hintergrund sind hier häufig ein allgemeines Gefühl der Verunsicherung oder konkretere Ängste in Bezug auf eine mögliche Behinderung des Kindes, ein unbewusst ambivalentes Verhältnis zur Schwangerschaft an sich oder die Schwangerschaft belastende Partnerschaftskonflikte. Psychosoziale Beweggründe spielen also bei elternseitig motivierter PND eine große Rolle.

Bezogen auf mögliche Ergebnisse und deren Konsequenzen können zwei Formen von PND unterschieden werden: Die **Therapie bezogene** Pränataldiagnostik dient der frühzeitigen Kenntnis (behandelbarer) Erkrankungen oder Fehlbildungen des Ungeborenen, um entweder (seltener) eine intrauterine Behandlung durchführen oder im Hinblick auf die Geburt entsprechende Maßnahmen treffen zu können, damit das Neugeborene direkt nach der Entbindung eine optimale medizinische Versorgung erhalten kann. Die **Existenz bezogene** Pränataldiagnostik läuft bei der Feststellung nicht behandelbarer Fehlbildungen je nach Befund auf eine Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft hinaus, wobei das Leben des Ungeborenen und die gesundheitliche Unversehrtheit der Mutter als gleichrangige Güter angesehen werden und somit ein Abbruch der Schwangerschaft

unter bestimmten Bedingungen als ethisch vertretbar gilt. Ein Abbruch der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen ist dabei grundsätzlich jederzeit, d.h. theoretisch bis kurz vor der natürlichen Geburt möglich. Eine psychosoziale Beratung ist hier – im Unterschied zum Abbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche nach § 219 StGB – nicht vorgeschrieben.

Im Grunde beginnt bereits mit der **ersten** pränataldiagnostischen Untersuchung – und zwar völlig **unabhängig** von ihrem Ergebnis – ein Prozess mit erheblicher Eigendynamik für die schwangere Frau und ihren Partner. Unsicherheit, Angst, Zweifel und Überforderungsgefühle werden ausgelöst, nicht wenige Frauen erleben sich in dieser Situation selbst als „schwanger auf Probe“ – bis das erhoffte entlastende Ergebnis da ist. Im Fall eines auffälligen Befundes nehmen Angst und Verunsicherung weiter zu, zumal in der Regel weitere Untersuchungen erforderlich werden, das Endergebnis also zunächst weiter offen bleibt. Darüber hinaus ist es für die meisten Betroffenen schwierig, die Bedeutung und Aussagekraft der vorliegenden Befunde realistisch einzuschätzen. Viele Frauen erleben sich in einem „Ausnahmestand“. Die Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft im Falle der Bestätigung einer schweren Fehlbildung des Ungeborenen ist in jedem Fall mit einer außerordentlich starken emotionalen Belastung für die Schwangere und ihren Partner verbunden und kann zu einer starken Überforderungssituation führen. Vor allem der in der Regel mit einem Fetozid verbundene Spätabbruch führt zu einem weiteren ethischen Dilemma und stellt immer eine psychologische Extremsituation für **alle** Beteiligten (auch Ärzte und Hebammen) dar.

In diesen kurz skizzierten, äußerst vielfältigen und unterschiedlichen Situationen soll den schwangeren Frauen und ihren Partnern durch eine den Prozess der PND begleitende psychosoziale Beratung eine wesentliche Hilfe gegeben werden, um sowohl in Bezug auf die Pränataldiagnostik selbst als auch auf daraus resultierende Entscheidungssituationen eine verantwortungsbewusste und tragfähige Entscheidung treffen zu können.

- Träger: Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, nach § 219 StGB anerkannt

- Zielgruppe: schwangere Frauen und deren Partner
 - vor und während PND
 - nach Information über einen pathologischen Befund
 - nach Entscheidung für ein voraussichtlich behindertes Kind
 - nach der Entscheidung zu einem späten Schwangerschaftsabbruch
 - nach Schwangerschaftsabbruch

- Angebot / Setting:

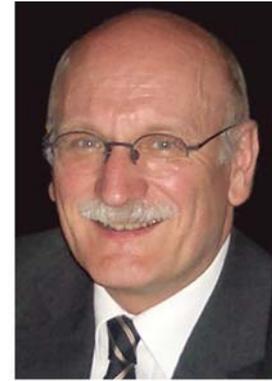
- Einzel- oder Paargespräche
 - Termine nach Vereinbarung
 - externe „proaktive“ Sprechstunden in Kliniken oder Arztpraxen denkbar,
 - Beratung kostenlos im Rahmen der Schwangerenberatung nach § 2 SchKG
 - freiwillig
 - niedrigschwellig
 - zugänglich für jede Person unabhängig von Nationalität und Konfession
 - Dauer pro Beratungsgespräch 30 bis 50 Minuten
 - Anzahl der Gespräche nach Bedarf
 - kontinuierliche Ansprechpartnerin
 - Frauen beraten Frauen
- Qualifikation der Beraterinnen:
- Ärztin und Sozialpädagoginnen mit psychotherapeutischer Ausbildung
 - Berufserfahrung im Feld der Schwangerenberatung / Schwangerschaftskonfliktberatung sowie Psychotherapie
 - zusätzliche Qualifikation im Bereich Pränataldiagnostik
 - regelmäßige themenspezifische Fortbildung
- Beratungshaltung / -Hintergrund:
- Erfahrungsorientierte Beratung, die das subjektive Erleben der Ratsuchenden einbezieht, auf der Basis einer psychotherapeutischen Grundhaltung
 - aktive Förderung von individueller Autonomie und Entscheidungsfreiheit
 - Respektierung des Selbstbestimmungsrechtes und des Rechtes auf Nicht-Wissen
 - Schwangerschaft wird als eine Schwellensituation im Leben einer Frau / eines Paares gesehen (Übergangsprozess), die auf Neues vorbereitet
 - psychosoziale Beratung bietet einen Rahmen, in dem die Ratsuchenden ihre *eigene* Bewertung von Risiken und Konsequenzen der Inanspruchnahme von PND vornehmen können
 - Schwangerenberatung als ein Ort, wo weibliche Erfahrungen in der Schwangerschaft als spezifisch weibliches Potential, als Ressource und Kompetenz betrachtet wird
 - Beratungsauftrag wird individuell ausgehandelt
- Zugang: über GynäkologInnen, PränatalmedizinerInnen, HumangenetikerInnen, Hebammen, andere Beratungsstellen,
- Beratungsinhalte/Ziele:

- Raum und Zeit geben für die Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit PND
 - Hilfestellung beim Finden einer Entscheidung
 - Stärkung der Entscheidungskompetenz
 - Finden der individuellen Bedeutung der medizinischen Informationen für die Ratsuchenden
 - fehlende Informationen identifizieren und Fragen (z.B. an den Arzt) formulieren
 - Ermunterung zu einer kritischen Hinterfragung der Objektstellung in der medizinischen Schwangerenvorsorge
 - unterschiedliches Erleben von schwangerer Frau und Partner und evtl. daraus entstehende Konflikte thematisieren bzw. bearbeiten (Paarberatung!)
 - Unterstützung im Prozess der Bewältigung einer getroffenen Entscheidung mit ihren Konsequenzen
- Beratungskriterien:
- Entscheidungskompetenz stärken (Fähigkeit zur Selbstbestimmung, Entscheidungsfreiheit, Wahrnehmung von Handlungsalternativen, Entwickeln von Zukunftsvisionen)
 - das Umfeld systematisch einbeziehen
 - frauenspezifische Sichtweise
 - Raum und Zeit haben (Ruhe gewinnen in einer Frist und unter Zeitdruck)
 - für individuelles Erleben ein Reflexionsangebot geben
 - Bewusstmachen von Ängsten und Phantasien,
 - Ambivalenzen aufnehmen und aushalten
 - Sprache und Raum für Gefühle geben
 - Annehmen von Realitäten
 - Zeit für Trauer, Scham und Schuld
- Kooperationen: ÄrztInnen, Kliniken, Hebammen, andere Beratungsstellen, KIBIS/KISS,
- Öffentlichkeitsarbeit: Flyer, Arbeitskreis und/oder Runder Tisch und/oder Qualitätszirkel, Fortbildungsveranstaltungen für ÄrztInnen und psychosoziale BeraterInnen

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Frankfurt, Juli 2007

Curriculum vitae

Prof. Dr. med. Eberhard Merz



| | |
|-----------------|---|
| 1985 | Anerkennung als Frauenarzt |
| 1988 | Habilitation |
| 1988-30.6.2000 | Oberarzt und Leiter des Zentrums für Ultraschall und Pränatale Therapie, Universitäts-Frauenklinik Mainz |
| Seit 1989 | DEGUM-Stufe III (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin) |
| Seit 1995 | Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Seit 1995 | Leiter der Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) |
| 5-6.9.1997 | Präsident des “1 st World Congress on 3D Ultrasound in Obstetrics and Gynecology”, Mainz Germany |
| Seit 1998 | Mitherausgeber der Zeitschrift Ultraschall in der Medizin, Thieme Verlag Stuttgart |
| 1999-2003 | ISUOG-Board Member und Chairman der “ISUOG 3D Focus Group” |
| Seit 1.7.2000 | Direktor der Frauenklinik, Krankenhaus Nordwest, Frankfurt/Main (Lehrkrankenhaus der Universität Frankfurt) |
| Seit 2001 | “World Association of Perinatal Medicine” und der Gesellschaft “The Fetus as a Patient” |
| Seit 1.3.2002 | Vorsitzender der „Fetal Medicine Foundation (FMF) Deutschland“ |
| Seit 20.10.2006 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin |
| 1988-2007 | Publikation von 5 Ultraschall-Lehrbüchern (Gynäkologie und Geburtshilfe), über 150 Publikationen and mehr als 220 Vorträge. Organisation von 19 nationalen and internationalen Kongressen |

Curriculum vitae

Prof. Dr. med. Bernhard - Joachim Hackelöer



Geboren am 23. Februar 1945

Grundschule in Schweinsberg / Krs. Marburg

Gymnasium Philippinum in Marburg - Abitur 1965

Humanmedizinstudium an der Universität Marburg 1965 - 1971

Promotion 1972 über Kontrazeption mit Hormonen

Auslandsaufenthalte

Habilitation 1978 über die weltweit erste Darstellung der Ovulation mittels Ultraschall

Professur Universität Marburg für Gynäkologie und Geburtshilfe 1981

ca. 200 wissenschaftliche Publikationen über funktionelle Ovarveränderungen
Pränatalmedizin und Brustkrebsvorsorge

ca. 500 Vorträge, Lehrbuchbeiträge

2 Lehrbücher über Ultraschalldiagnostik in der Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie Mammsonographie

1 Lehrbuch über Schwangerschaft und Krankheit

Mitglied und Vorsitzender in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften und editorial boards:

Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin DEGUM Vorstandsmitglied

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG Vorstandsmitglied

Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin DGPG Vorstandsmitglied

Fetal-Medicine-Foundation Deutschland FMF-Deutschland Vorstandsmitglied

Polish society of ultrasound in medicine and biology Ehrenmitglied

American society of ultrasound in medicine and biology Ehrenmitglied

Berufsverband der Frauenärzte

Deutsche Gesellschaft für Senologie

Board für Pränatal- und Geburtsmedizin

Arbeitsgruppe leitender Fetomaternal Mediziner in Deutschland

Seit 1972 leitenden Arzt der Abteilung für Pränatale Diagnostik und Therapie am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek in Hamburg

Lehrauftrag und Professur der Universität - Hamburg seit 1986

Chefarzt ASKLEPIOS Klinik Barmbek - Geburtshilfe und Pränatalmedizin 2006

Curriculum vitae

Prof. Dr. Bernd Eiben



| | |
|----------------------|-----------------------|
| <u>Geburtsort</u> | Wilhelmshaven |
| <u>Geburtsdatum</u> | 26. Juni 1954 |
| <u>Nationalität</u> | deutsch |
| <u>Familienstand</u> | verheiratet, 3 Kinder |

Ausbildung

| | |
|------------|--|
| 1974 | Abitur am Gymnasium Westerstede |
| WS 1977 | Studium an der Georg August-Universität Göttingen |
| 1984 | Promotion |
| 1984- 1987 | wiss. Angestellter im Institut für Humangenetik an der Georg August-Universität Göttingen |
| ab 5/ 1987 | wiss. Angestellter und Leiter der genetischen Labors des Instituts für klinische Genetik am Evangelischen Krankenhaus Oberhausen |
| 1990 | Abschluss der Weiterbildung zum Fachhumangenetiker |
| 12.2.1997 | Habilitation und Verleihung der Venia legendi für das Fach „Humangenetik“ an Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum |
| seit 1998 | Leiter des Instituts für klinische Genetik und Zytologie Nordrhein |

Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik
DEGUM
FMF- Deutschland
Berufsverband Medizinische Genetik
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin
Fetal Medicine Foundation Deutschland
International Society for Prenatal Diagnosis
American Society of Human Genetics

weitere Tätigkeiten

Mitglied der zytogenetischen Qualitätskontrollkommission der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
Ringversuchsleiter der Sektion Pränatale Zytogenetik des Berufsverbands Medizinische Genetik
Mitglied der ständigen Zytogenetikkommission der GfH
Mitglied der Statuskommission der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik
Mitglied im Vorstand der Fetal Medicine Foundation Deutschland

Curriculum vitae

Dr. Martina Weiß



- 1959 Geboren in Ankara/Türkei
- 1978-1985 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover
- 1986 Approbation
- 1985-1992 Lehrtätigkeit in medizinischen Grundlagenfächern in der schulischen Berufsausbildung von Physiotherapeuten und Sozialarbeitern
- 1987 Promotion zum Dr. med.
- 1988 Weiterbildungsassistentin in einer Hausarztpraxis
- 1992-1994 Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (Prof. Dr. Gisela Fischer) im Arbeitsschwerpunkt Qualitätssicherung/Qualitätszirkel in der hausärztlichen Versorgung
- 1993-1994 Weiterbildung Psychotherapie an der Abteilung Klinische Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover
- 1993-1996 Gruppenleitung in der Moderatorenschulung für „Ärztliche Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung“
- 1994-2003 Kursleitung und Moderation von Kursen der Weiterbildung Allgemeinmedizin Hannover im Auftrag der Ärztekammer Nds.
- 1998 Zusatzbezeichnung Psychotherapie
- 1998-1999 Fortbildung „Tiefenpsychologisch fundierte Traumatherapie“ bei Dr. Luise Reddemann und Prof. U. Sachsse in Bielfeld und Göttingen
- 1998-1999 Psychosoziale Beraterin/Psychotherapeutin im Beratungs- und Therapiezentrum Hannover (Träger: Verein zur Förderung der psychosozialen Versorgung Hannover)
- 1999-2000 Fortbildung „Sexualmedizin/Sexualtherapie“ bei SFAN (Sexualwissenschaftliches Fort- und Ausbildungsinstitut Niedersachsen) e.V.
- seit 2000 fachliche und geschäftsführende Leitung des Beratungs- und Therapiezentrums Hannover
- seit 2000 Gründungsmitglied und Prokuristin des ZPsG (Zentrum für Partnerschaft und sexuelle Gesundheit) GmbH Hannover

- 2000-2007 Leitung der Moderatorenlehrgänge im Rahmen der BZgA-Modellprojekte „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ und „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“
- seit 2003 Mitbegründerin und Beirätin des Frauen- und Mädchen-Gesundheitszentrums Hannover
- seit 2004 Vorstand der GeMeKo (Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation) e.V.
- 2005 Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen „Frauengesundheit – zwischen Möglichkeit und Machbarkeit“ am 23.11.
- 2006 Tagung für Fachkräfte in der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung am 29.11: Moderation des Workshops „Grenzen überwinden: Zusammenarbeit von ÄrztInnen und Beratungskräften bei pränataler Diagnostik“
- 2007 Tagung des Zentrums für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum „Spätabbrüche – praktische, ethische und rechtliche Herausforderungen im Schwangerschaftskonflikt“ am 30./31.5.: Moderation einer Arbeitsgruppe zu Werthaltungen in der psychosozialen und medizinischen Beratung



Bestellformular Fotos:

**Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)**

**Fehlbildungen und Erkrankungen beim ungeborenen Kind früh erkennen – Wie
sicher ist Ultraschall?**

**Dienstag, 3. Juli 2007, 11.00 bis 12.00 Uhr
Frankfurter Presseclub, Saalgasse 30; 60311 Frankfurt am Main**

Bitte schicken Sie mir folgendes Foto oder folgende Abbildung per E-Mail:

- Dr. Martina Weiß
- Prof. Dr. Bernd Eiben
- Prof. Dr. med. Bernhard-Joachim Hackelöer
- Prof. Dr. med. Eberhard Merz

**Wenn Sie weitere Dokumente in elektronischer Form benötigen, wenden
Sie sich bitte direkt an uns!**

| | |
|-----------------|---------------|
| Vorname: | Name: |
| Redaktion: | Ressort: |
| Anschrift: | PLZ/Ort: |
| Telefon: | Fax: |
| E-Mail-Adresse: | Unterschrift: |

IHR ANSPRECHPARTNER:

Anne-Katrin Döbler, Anna Voormann
Pressestelle DEGUM
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel: 0711 8931 552, Fax: 0711 8931 167
E-Mail: info@medizinkommunikation.org

zurückfaxen bitte an 0711 / 8931 – 167