

# RUNDBRIEF

36 Juni  
2015

Netzwerk Frauen /Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Seite 5

## Aktuelles

Sozialwahlen 2017



Seite 15

## Regionales

Beratung für Mütter  
nach Kur- und Klinik-  
aufenthalten



Seite 16

## Reproduktions- medizin und Gentechnik



Rundbrief 36 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen  
Juni 2015

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover  
Tel.: 0511 / 388 11 89 - 5  
E-Mail: [ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de)

Redaktion:

Ursula Jeß, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung  
Birgit Vahldiek, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.  
Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.  
Edith Ahmann, Dr. Angelika Voß, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.  
Dr. Ute Sonntag, Nicole Heinze, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Beiträge:

Edith Ahmann, Prof. Dr. Andreas Bernard, Dr. Markus Feufel, Ruth Holm, Ursula Jeß, Hildegard Müller, Britta Richter,  
Dr. Claudia Schumann, Dr. Ute Sonntag, Dr. Angelika Voß

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Dieser Rundbrief ist unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de) und [www.ms.niedersachsen.de](http://www.ms.niedersachsen.de) als PDF eingestellt.  
<http://tinyurl.com/l9pvn7g>

## Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

Der Vorstoß von Firmen der IT-Branche in den USA hat auch die Diskussion in Deutschland befeuert und kommt vermeintlich als positive familienpolitische Maßnahme für Frauen daher: Das Social Freezing, das Einfrieren eigener Eizellen, soll berufstätigen Frauen vollen Einsatz und eine Karriere in einem Alter ermöglichen, in dem bisher die Familienplanung stattfand und ein Kinderwunsch realisiert wurde. „In Amerika überlisten Frauen die biologische Uhr“ titelte im letzten Jahr eine überregionale Zeitung.

Was für eine Verlockung, was für eine Autonomie, unabhängig von den biologischen Möglichkeiten sich den Kinderwunsch später erfüllen zu können! Mit 48? Mit 52 Jahren? Social Freezing ist in Deutschland erlaubt, es gibt keine Regelungen, bis zu welchem Alter der Frau eine Schwangerschaft akzeptabel ist.

Fortpflanzung ohne Geschlechtsverkehr? Eizellspende? Leihmutterschaft? Die Fortpflanzungsmedizin ist heftig in Bewegung!

„Wer schön sein will, muss leiden“ ein Spruch aus der Kinder- und Jugendzeit der 1950er und 1960er Jahre. Über den (schon viel älteren) Trend zur Körperoptimierung und was es auf sich hat mit dem Wunsch von Frauen nach körperlicher Makellosigkeit, Schlankheit und Fitness möchten wir mit Ihnen im Rahmen unserer Fachtagung am 3. September 2015 in Hannover diskutieren. Einladung folgt.

---

Wir verabschieden Claudia Hasse, die seit vielen Jahren mit Sachkunde und großem Engagement die Arbeit unseres Netzwerkes begleitet hat. Ihre Fröhlichkeit und ihre Offenheit werden uns fehlen. Claudia Hasse hat ein anderes Aufgabengebiet in der Frauenabteilung des Ministeriums übernommen.

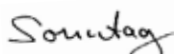
Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes



Ursula Jeß  
Nds. Ministerium für  
Soziales, Gesundheit  
und Gleichstellung



Hildegard Müller  
pro familia  
Landesverband  
Niedersachsen e. V.



Dr. Ute Sonntag  
Landesvereinigung  
für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin  
Niedersachsen e. V.



Birgit Vahldiek  
SoVD-  
Landesverband  
Niedersachsen e. V.

## **Aktuelles**

Sozialwahlen 2017 – frühzeitig aktiv werden und mitgestalten **05**

Kampagne Bauchgefühl –  
Gut informiert über die natürliche Geburt **07**

„Pille danach“ rezeptfrei erhältlich **09**

Gesundheitsregionen Niedersachsen –  
eine Chance für mehr sektorenübergreifende Kooperationen **10**

Mutter werden ist (nicht) schwer... Depressionen rund um die Geburt **13**

## **Regionales**

Raus aus alten Bahnen!  
Begleitung und Beratung für Mütter nach Kur- und Klinikaufenthalten **15**

## **Reproduktionsmedizin und Gentechnik**

Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie **16**

Social freezing – mehr Freiheit oder mehr Druck? **18**

Social freezing – Weitere Meinungen im Überblick **22**

Zur Aussagekraft von Gentests und anderen medizinischen Untersuchungen **24**

Umgang mit Statistiken: Richtige Fakten – falsche Schlüsse **26**

Mangelhafte Datenlage – Unsichere Testergebnisse: Wie kommunizieren? **29**

Das Recht auf Nichtwissen **31**

**Mediothek** **37**

**Termine** **39**

# Sozialwahlen 2017 – frühzeitig aktiv werden und mitgestalten

## Was ist die Sozialwahl?

Bei der Sozialwahl wählen Versicherte alle sechs Jahre ihre eigene Vertretung in die Parlamente der Sozialversicherung. Diese Parlamente sind die wichtigsten Gremien der Selbstverwaltung. Die vom Staat unabhängige Selbstverwaltung trifft alle Grundsatzentscheidungen bei den Sozialversicherungsträgern. Mit der Sozialwahl übernehmen Versicherte daher Verantwortung in eigener Sache (aus: [www.sozialwahl.de](http://www.sozialwahl.de)). Aktiv mitentscheiden, die eigenen Interessen vertreten sehen und an Entscheidungen beteiligt werden, das sind die Kernaspekte der Sozialwahl. Nutzen auch Sie die Möglichkeiten, die Sozialwahl und die Selbstverwaltung der Krankenkassen für sich zu entdecken.

Die nächste Wahl findet 2017 statt. Jetzt formieren sich die Listen, die sich zur Wahl stellen. Die Verwaltungsräte der Krankenversicherung und die Vertreterversammlung der Rentenversicherung sind wichtige Gremien, die zur Verbesserung der Versorgung – auch für Frauen – beitragen können. Sie tun dies allerdings nur, wenn Frauen in diesen Gremien mitarbeiten und dies einfordern.

## Aufgaben der Verwaltungsräte

Die Verwaltungsräte bestimmen die gesundheits-, sozial- und unternehmenspolitische Grundausrichtung der Krankenkassen. Sie beschließen unter anderem

die Satzungen und die Satzungsleistungen, wählen und kontrollieren die Vorstände, beschließen die Haushalte und entscheiden somit über den Einsatz der Beitragsgelder. Damit sind sie an allen Entscheidungen beteiligt, die für die Kassen grundsätzlich wichtig sind und die Versicherten direkt betreffen. Die Mitglieder der Verwaltungsräte übernehmen zudem die Aufgabe, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die Versicherten vor Ort zu sein.

## Wer darf wählen? Sind Mitversicherte wahlberechtigt?

Abgesehen von einigen Detailregelungen gilt: Jede und jeder, die oder der das 16. Lebensjahr vollendet hat und Beiträge zahlt. So dürfen bei der Krankenkasse Azubis wählen, familienversicherte Studentinnen und Studenten jedoch nicht (aus: BMAS, Fragen und Antworten zu den Sozialwahlen).

## Sind Mitversicherte wählbar, also können sie sich aufstellen lassen?

Mitversicherte haben leider auch kein passives Wahlrecht! Nach § 51 SGB IV ist bei den Wahlen der Versichertenvertreter wählbar,

- wer zur Gruppe der Versicherten gehört,
- volljährig ist,

- über das Wahlrecht zum Deutschen Bundestag verfügt oder seit mindestens sechs Jahren in Deutschland über einen Wohnsitz verfügt bzw. regelmäßig beschäftigt ist.

Wählbar sind zudem auch andere Personen, wenn sie von den Gewerkschaften und den sonstigen Arbeitnehmervereinigungen vorgeschlagen werden. Allerdings darf nur ein Drittel der Mitglieder der Gruppe der Versichertenvertreter den Status des/der ‚Beauftragten‘ haben.

### Wer tritt bei den Sozialwahlen an?

Auf der Versichertenseite sind dies vor allem Arbeitnehmerorganisationen. Es können sich aber auch Versicherte zu „freien Listen“ zusammenschließen und antreten.

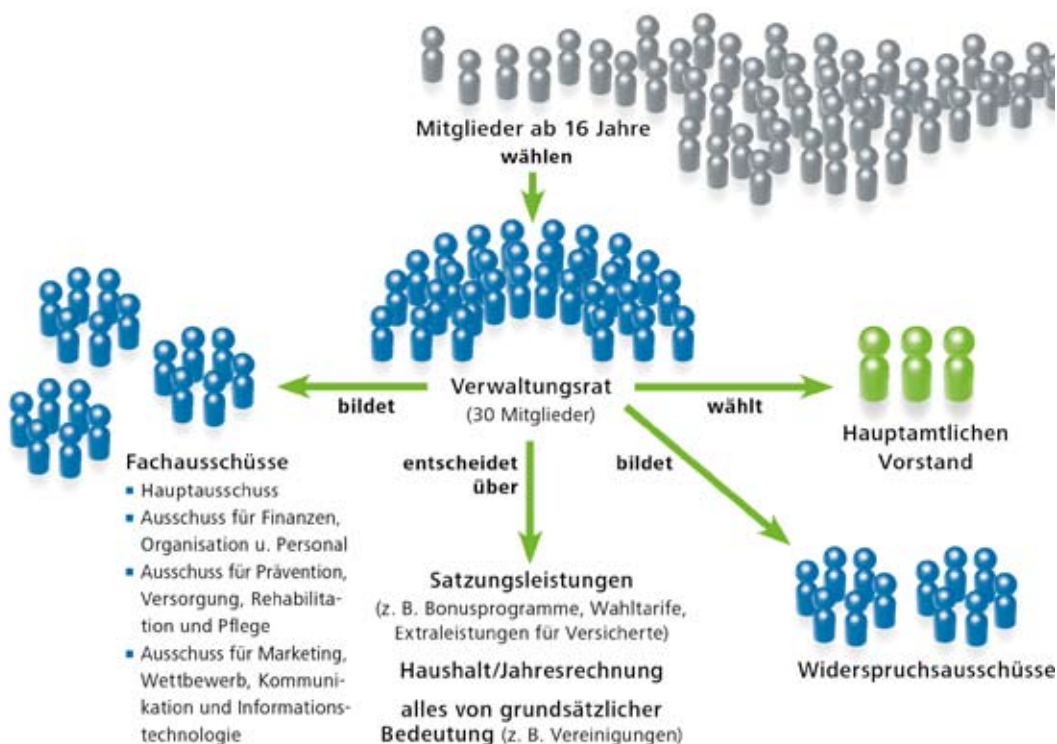
Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, welche Listen es gibt und finden Sie heraus, ob die Programme Gendersensibilität der gesundheitlichen Versorgung beinhalten.

Weitere Informationen unter: [www.selbstverwaltung.de](http://www.selbstverwaltung.de)

Die Ergebnisse der letzten Wahlen sowie grundsätzliche Informationen finden Sie unter Sozialwahlen 2011: [www.sozialwahl.de](http://www.sozialwahl.de)

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat schon einen Auftritt für die Sozialwahlen 2017: <http://tinyurl.com/sozialwahl-node>

### Beispiel einer Selbstverwaltung



Grafik: Barmer GEK

## Ergänzung zum Artikel Knie-Endoprothesen für Frauen aus dem Rundbrief Nr. 35

Im Rundbrief Nr. 35 wurde im Artikel „Der kleine Unterschied und seine Folgen bei Knie-Endoprothesen für Frauen“ vom „Gender- oder Frauenknie“ gesprochen. Dadurch konnte der Eindruck entstehen, dass es für die beiden Geschlechter jeweils andere Prothesen geben sollte.

Damit haben wir die Geschlechtsunterschiede als Problem zu sehr betont. Tatsächlich unterscheiden sich die Menschen auch noch hinsichtlich ihres Körperbaus. Das Geschlecht ist nur eine Variable unter anderen. Zur genauen Anpassung von Knieprothesen müssen weitere Aspekte wie zum Beispiel die Länge des Oberschenkelknochens beachtet werden.

Auch die Ethnizität, also die Volkszugehörigkeit, hat Einfluss auf den Körperbau. Menschen aus dem asiatischen Raum haben zum Beispiel andere Knie als Menschen aus dem Kaukasus. Richtig bleibt die grundsätzliche Aussage, dass es mit einer Standardprothese nicht getan ist und Variationen für eine gute Versorgung notwendig sind.

Quelle: De-Gendering the Knee: Overemphasizing Sex Differences as a Problem, <http://genderinnovations.stanford.edu/case-studies/knee/html#tabs-2> (Zugriff: 01.06.2015)

## Kampagne Bauchgefühl – Gut informiert über die natürliche Geburt

Ursula Jeß

Die aus der Bertelsmann-Studie von 2012 „Faktencheck Gesundheit Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“ bekannten Daten zu Kaiserschnittgeburten haben eine Diskussion in Gang gebracht. In Niedersachsen werden zurzeit 33,2 % aller Neugeborenen per Schnittentbindung auf die Welt gebracht. Dabei gibt es über die regionalen Unterschiede hinaus noch einmal große Unterschiede von Klinik zu Klinik innerhalb einer Region.



Illustration: Silke Schmidt, Tempelin

Dies offenbart, dass die hohen Kaiserschnittraten sich nicht auf die häufig geäußerten Begründungen wie das hohe Durchschnittsalter der Mütter, den gestiegenen Anteil der besonders schweren Kinder oder auf den sogenannten Wunschkaiserschnitt der Schwangeren zurückführen lassen.

Dem Diakoniekrankenhaus Friederikenstift Hannover mit über 1500 Geburten/Jahr gelingt eine niedrige Kaiserschnittrate von 23 %. Das kommunale Klinikum Wolfsburg mit ca. 1500 Geburten und vielen Gebärenden aus anderen Kulturen ist Perinatalzentrum Level 1 und weist trotzdem eine Kaiserschnittrate von nur 18,5 % auf. Die vergleichsweise kleine Klinik in Gehrden mit rund 750 Geburten jährlich kommt auf eine Kaiserschnittrate von 26 %. Die noch kleinere Helios Wesermarsch-Klinik in privater Trägerschaft in Nordenham mit unter 300 Geburten im Jahr kommt auf eine Kaiserschnittrate von nur 16 %. Selbst eine Klinik, die als Perinatal Zentrum Level 1 ausgewiesen ist, hat also nicht zwangsläufig eine hohe Kaiserschnittrate.

### **Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus**

Vor allem scheint eine Veränderung der Risikoeinschätzung bei den relativen („weichen“) Indikationen zu dieser Entwicklung beizutragen – so die Bundesregierung in der Beantwortung auf eine Kleine Anfrage im Bundestag 2014. Von

Bedeutung sind zum Beispiel haftungsrechtliche Fragen, Klinikorganisation und abnehmende Erfahrungen in der Geburtshilfe. Diese Faktoren begünstigen eine defensiv ausgerichtete Geburtshilfe und führen bei Entscheidungsspielraum immer häufiger zu einer Schnittentbindung. Niemand zieht allerdings in Zweifel, dass in einer geburtshilflichen Notsituation der Kaiserschnitt das Leben von Mutter und Kind retten kann. Bei ungünstigen Geburtsverläufen werden vor allem kindliche Mortalität und Morbidität verhindert.

Die Frauen- und Gleichstellungsministerinnenkonferenz (GFMK) hat 2014 gefordert, die heutige Kaiserschnittpraxis vornehmlich bei relativer Indikation kritisch zu überdenken. Jüngere Studien deuten darauf hin, dass bei Neugeborenen nach einem Kaiserschnitt häufiger Atemstörungen vorliegen, dass Kaiserschnittkinder im Lebensverlauf häufiger an Asthma, Allergien und Diabetes leiden, dass es häufiger zu Still- und Rückbildungsproblemen kommt. Für Frauen liegen die Risiken neben schweren Blutungen, Thrombosen und Infektionen besonders in der Folgeschwangerschaft; hier haben sie ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.

Niedersachsens Frauen- und Sozialministerin Cornelia Rundt: „Ich bin davon überzeugt, dass eine Operation – und nichts anderes ist ein Kaiserschnitt – nur in medizinischen Notfällen erfolgen sollte. Der Dienstplan eines Kranken-



hauses oder rückläufige Geburtenzahlen dürfen den Geburtsmodus nicht bestimmen.“ Die GFMK spricht sich zum Beispiel dafür aus, mögliche monetäre Fehlanreize und die schon erwähnte Haftpflichtproblematik zu überprüfen. Die Entwicklung einer AWMF-Leitlinie S 3 soll in Angriff genommen werden.

### Niedersachsen informiert mit „Bauchgefühl“ über die natürliche Geburt

In gemeinsamer Arbeit mit dem Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen, dem Berufsverband der Frauenärzte, der AG Hebammenwissenschaft der MHH, dem Nds. Hebammenverband, den Trägern des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Nie-

dersachsen und weiteren wichtigen Institutionen ist der Leporello „Bauchgefühl“ entstanden. Frauen sollen mit neutralen Informationen ermutigt werden, das Kind auf natürlichem Wege zur Welt zu bringen. Der Leporello liefert Anhaltspunkte, welche Bedingungen hilfreich sind und wird von den niedersächsischen gynäkologischen Praxen und Hebammen an schwangere Frauen ausgehändigt. Parallel ist ein Internetangebot zur weiteren, vertieften Information entstanden, zum Teil mit Verlinkung auf fachlich kompetente und seriöse Informationsanbieter wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dieses Angebot wird schrittweise ausgebaut und aktualisiert.

Ursula Jeß, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung,  
E-Mail; [ursula.jess@ms.niedersachsen.de](mailto:ursula.jess@ms.niedersachsen.de), [www.bauchgefuehl.niedersachsen.de](http://www.bauchgefuehl.niedersachsen.de)

## „Pille danach“ rezeptfrei erhältlich

Hildegard Müller

Seit dem 15. März 2015 ist die „Pille danach“ rezeptfrei in Apotheken erhältlich. pro familia hat sich jahrelang für die rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel eingesetzt und begrüßt diese Entscheidung sehr.

Bei der „Pille danach“ handelt es sich um eine Form der Nachverhütung. Sie

verhindert eine Schwangerschaft hauptsächlich durch eine Verschiebung oder Verhinderung des Eisprungs. Die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel (PiDaNa, unofem und Postinor) wirkt bis zu 72 Stunden nach dem ungeschützten Sex, die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat (ellaOne) hingegen bis zu 120 Stunden danach.

Für beide Präparate gilt: Je früher sie nach dem ungeschützten Sex genommen werden, desto sicherer ist die Wirkung. Deshalb ist ein schneller Zugang im Notfall unbedingt erforderlich. Dieses ist nun durch die Rezeptfreiheit der „Pille danach“ eher gewährleistet. Die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel hat relativ wenige Nebenwirkungen und hat bei rechtzeitiger Einnahme eine hohe Zuverlässigkeit. pro familia empfiehlt:

„Aufgrund der wesentlich dünneren Datenlage zum Präparat mit Ulipristalacetat könnte es derzeit sinnvoll sein, dieses Präparat vornehmlich dann anzuwenden, wenn es für die Einnahme eines Levonorgestrel-Präparates schon zu spät ist (später als 72 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr).“ (Quelle: <http://www.profamilia.de/erwachsene/verhuetung/pille-danach/ellaoner.html> 07.05.2015)



Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen,  
E-Mail: [hildegard.mueller@profamilia.de](mailto:hildegard.mueller@profamilia.de)

Die Kosten für rezeptpflichtige Verhütungsmittel werden bei gesetzlich krankenversicherten Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr übernommen, so bislang auch die Kosten für die „Pille danach“. Durch den Wegfall der Rezeptpflicht muss nun eine andere Lösung für die Kostenübernahme bei jungen Frauen und Mädchen gefunden werden. Nach einem Beschluss des Bundestages sollen für Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr die Kosten weiterhin übernommen werden, wenn sie ein ärztliches Rezept vorlegen. Da junge Frauen häufig auf die Kostenübernahme angewiesen sind, bliebe für sie so der schnelle und unbürokratische Weg zur „Pille danach“ weiterhin verschlossen. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, hier eine andere Lösung zu finden, zum Beispiel durch eine direkte Abrechnung zwischen Apotheken und Krankenkassen.

## Gesundheitsregionen Niedersachsen – eine Chance für mehr sektorenübergreifende Kooperationen

Britta Richter

Mehr als die Hälfte der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städten machen sich auf den Weg, Gesundheitsregion zu werden. Hintergrund sind die

bereits jetzt schon vorherrschenden Herausforderungen, denen sich die Regionen stellen müssen:

- Nachwuchskräfte gewinnen für den pflegerischen und medizinischen Bereich insbesondere in ländlich geprägten Regionen,
- das Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungsbereichen optimieren,
- eine möglichst attraktive Region für Jung und Alt gestalten,
- neue Wohnformen konzipieren, um möglichst lange in der gewohnten Umgebung leben zu können
- und viele weitere Herausforderungen, die durch die Veränderung der Siedlungs- und Altersstrukturen aufgeworfen werden.

Diese Aufgaben können nur vor Ort und gemeinsam mit allen Akteurinnen und Akteuren bewältigt werden. Darum wird nun niedersachsenweit der Aufbau kommunaler Strukturen für mehr sektorenübergreifende Kooperationen in Anlehnung an die dreijährige Modellphase gefördert. Die Landesregierung, die AOK Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die Ersatzkassen sowie der BKK Landesverband Mitte unterstützen diesen Prozess.

## Modellphase

Von 2011 bis 2014 wurden in den Modelllandkreisen Emsland, Heidekreis und Wolfenbüttel unter Federführung

der Landkreisverwaltungen regionale Steuerungs- sowie themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet und jährlich stattfindende Gesundheitskonferenzen ausgerichtet, um die sektorenübergreifenden Kooperationen zu fördern. Die Evaluation der Modellphase konstatierte, dass mittels dieser Strukturen die Vernetzung intensiviert, die Felder der Gesundheitsversorgung und -förderung neu überdacht und in Folge dessen neue Ansätze als Antworten auf die beschriebenen Herausforderungen entwickelt werden konnten. Versorgungsthemen, die vor Beginn dieses Entwicklungsprozesses eher stiefmütterlich behandelt wurden, konnten aufgegriffen und mit Leben gefüllt werden. Der Evaluationsbericht zeigt die Entwicklungen und Ergebnisse auf und stellt zudem die förderlichen und hinderlichen Faktoren für den Entwicklungsprozess zu einer Gesundheitsregion dar. Auf der Webseite der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) steht der Bericht als Download zur Verfügung.

## Aus drei mach 27

Seit Juni 2014 haben sich unter dem Motto „Aus Erfahrungen lernen“ 24 weitere niedersächsische Regionen entschieden, Gesundheitsregion zu werden und ähnliche Strukturen aufzubauen. Dieser Entwicklungsprozess ist nicht von heute auf morgen zu bewältigen. Er setzt Engagement, Durchhaltevermögen und die Bereitschaft aller Beteiligten voraus,

eingeschliffene Handlungsmuster zu überdenken und neue Wege zu gehen. Zu den beteiligten Landkreisen und kreisfreien Städten zählen: Braunschweig, Celle, Cloppenburg, Emsland, Gifhorn, Goslar, Hameln-Pyrmont, Heidekreis, Friesland, Wilhelmshaven, Wesermarsch im Zusammenschluss zur Jade Weser Bay, Leer, Landkreis Oldenburg, Landkreis und Stadt Osnabrück, Lüchow-Dannenberg, Lüneburg, Northeim, Landkreis und Stadt Göttingen, Osterode am Harz im Zusammenschluss zur Gesundheitsregion Göttingen, Peine, Region und Stadt Hannover, Salzgitter, Uelzen und Wolfenbüttel.

## Das Thema geht alle an

Vor Ort braucht es viele Akteurinnen und Akteure, um erfolgreich eine Gesundheitsregion aufbauen zu können. Die Beteiligungsmöglichkeiten sind dabei vielfältig: Die jährlich stattfindenden Gesundheitskonferenzen bieten eine gute Möglichkeit, das Vorhaben in den jeweiligen beteiligten Regionen kennenzulernen, Themen zu diskutieren und Impulse für den Entwicklungsprozess zu geben. Eine Übersicht zu den stattfindenden Gesundheitskonferenzen wird regelmäßig aktualisiert und ist auf der Website des Sozialministeriums einzusehen.

Darüber hinaus stehen die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in den Regionen für gezielte Informationen zur

Verfügung. Sie können Auskunft über beteiligte Akteurinnen und Akteure und nächste Schritte geben.

Zudem werden die Regionen neben den bereits genannten Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern durch die LVG & AFS unterstützt. Im Rahmen der Prozessbegleitung werden beispielsweise Schulungen sowie landesweite Fachtagungen organisiert und durchgeführt, die auch Raum für Beteiligung bieten.

Ein gendersensibles Profil hat bisher noch keine Gesundheitsregion. Vielleicht wäre es an der Zeit, auch in diese Richtung Impulse zu geben. Doch die müssen von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort kommen.

## Blick in die Zukunft

Wünschenswert ist, dass sich alle Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen beteiligen und vor Ort sich viele unterschiedliche Akteurinnen und Akteure einbringen, um die breite Themenvielfalt, die das Gesundheitswesen bietet, aufgreifen zu können. Letztlich bleibt abzuwarten, inwieweit mit den Gesundheitsregionen zu einem Bewusstseinswandel beigetragen und die Rolle der Kommune bei der Entwicklung zukunftsfester Versorgungsstrukturen gestärkt werden kann.

 Britta Richter, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., E-Mail: [britta.richter@gesundheit-nds.de](mailto:britta.richter@gesundheit-nds.de)

# Mutter werden ist (nicht) schwer... Depressionen rund um die Geburt

## Tagungsbericht

Ute Sonntag

25 bis 50 Prozent aller Frauen, die entbinden, erleben durch das Absinken des Hormonspiegels den Baby Blues, eine normale, nicht behandlungsbedürftige Verstimmung, die nach drei bis fünf Tagen, spätestens nach zehn Tagen wieder abklingt. Bei zehn bis 15 Prozent der Gebärenden kommt es allerdings zu einer postpartalen Depression. Migrantinnen, sehr junge, alleinstehende und sozial benachteiligte Frauen bilden Risikogruppen, in denen bis zu 50 Prozent der Frauen betroffen sind.

Katharina Schmidt, Oberärztin in der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik in Bad Zwischenahn, macht dafür unter anderem die fehlende Wochenbettkultur verantwortlich. Gebärende haben heute kaum noch Zeit zur Erholung, die Frauen haben vermehrt Probleme, Hilfe anzunehmen. Die Probleme werden tabuisiert. Dr. Christiane Deneke, die lange in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg gearbeitet hat, rechnet den Versorgungsbedarf für Frauen mit postpartalen Depressionen vor: Angelehnt an Bedarfszahlen aus England seien 9,6 stationäre Plätze auf eine Million

EinwohnerInnen notwendig. Das bedeute für Deutschland einen Bedarf von 750 Betten. 2005 standen jedoch nur 157 Plätze zur Verfügung. Heute dürfe ebenso von einer massiven Unterversorgung ausgegangen werden. Die Erfahrungen zeigten, dass, wenn Mutter und Kind gemeinsam stationär zur Behandlung aufgenommen werden, die notwendigen Behandlungszeiten kürzer seien.

Die Arbeitsgruppe Gender und Depression des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover und das Netzwerk Krisen rund um die Geburt Hannover luden am 09. Dezember 2014 Fachleute nach Hannover ein, um für das Thema zu sensibilisieren und Schritte hin zu einer Verbesserung der Versorgungssituation zu initiieren.

Nur 25 % der Betroffenen begeben sich in Behandlung, so Deneke. Besonders Hebammen sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen sind gefordert, eine postpartale Depression zu bemerken. Oft wird die Erkrankung nicht erkannt und deshalb nicht behandelt.

Die Sicht betroffener Frauen wurde auf der Tagung durch Ausschnitte aus dem Film „Trotz Baby depressiv“ verdeutlicht.

Der Film portraitiert drei Frauen, die rückblickend von ihrer Erkrankung berichten. Karin Helke-Krüger las Auszüge aus dem Buch „Wie kann ich Dich halten, wenn ich selbst zerbreche?“ von Ulrike Schrimpf, einer von postpartaler Depression betroffenen Frau, vor.

In Workshops wurde ganz praktisch gearbeitet. Tanja Sahib vom Projekt „Selbstbestimmte Geburt und Familie e. V.“ aus Berlin stellte einen Leitfaden zum Erkennen von postpartalen Depressionen und zum Umgang damit vor. Dr. Wiebke Baller vom St. Joseph Krankenhaus Berlin stellte die Bindung und die Mutter-Kind-Interaktion in den Mittelpunkt von Interventionen. Kerstin Eichhorn-Wehnert schilderte, wie Familien eigene Ressourcen entdecken und nutzen können. Katharina Schmidt berichtete aus ihrer ambulanten Beratungserfahrung.

Die abschließende Gesprächsrunde trug Praxiserfahrungen zusammen. So berichtete Inge Dotschkis-Hillejan aus der Frauenberatung Verden, dass Frauen auf dem Lande sich besonders schwer

damit tun, sich Hilfe zu holen. Aus Scham und aufgrund der auf dem Lande hohen sozialen Kontrolle suchen sie später Hilfe als betroffene Frauen in der Stadt. Dr. Angela Angelovski von der Elternambulanz forderte eine interdisziplinäre und interinstitutionelle Vernetzung als einen Schritt zur Verbesserung der Versorgung. Dr. Claudia Schumann betonte, wie wichtig es sei, dass die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen in solchen Netzwerken dabei seien, da sie die Frauen schon länger kennen würden und nach der Geburt zeitnah sähen. An der Gesprächsrunde nahmen außerdem Christiane Knoop für den Hebammenverband Niedersachsen und Dr. Elisabeth Siegmund-Schultze von der KKH Kaufmännischen Krankenkasse teil.

Die Tagung war mit 149 Teilnehmenden gut besucht. Laut Auswertungsbögen fühlten sich 80 Prozent zu Aktivitäten angeregt, 65 Prozent schätzten den Nutzen der Veranstaltung für ihren Arbeitsalltag als hoch oder sehr hoch ein. Die Tagung wird dokumentiert.

 Dr. Ute Sonntag, Sprecherin der AG Gender und Depression,

E-Mail: [ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de)

Edith Ahmann, Netzwerk Krisen rund um die Geburt, E-Mail: [info@fmgz-hannover.de](mailto:info@fmgz-hannover.de)

# Raus aus alten Bahnen! Begleitung und Beratung für Mütter nach Kur- und Klinikaufenthalten

Ruth Holm

Gesundheitlich gestärkt und voll positiver Anregungen – so kehren Mütter häufig von einem Kuraufenthalt zurück. Doch es fällt nicht leicht, die Ideen und Erfahrungen im Alltag umzusetzen. Einen achtsameren Umgang mit sich selbst zu finden, braucht Raum und Zeit.

Seit August 2013 unterstützt die Therapeutische Frauenberatung e.V. in Göttingen Mütter aus dem Raum Südniedersachsen auf ihrem Weg, die gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen aus Kur- und Klinikaufenthalten nachhaltiger in ihren Alltag zu integrieren und ihre Quellen von Gesundheit und Lebensfreude (wieder) zu finden. Damit es langfristig heißt: Raus aus alten Bahnen!

In einer fortlaufenden Gruppe können sich die Frauen untereinander austauschen und erhalten Impulse zu Gesundheit/Salutogenese, Achtsamkeit, Lebensbalancen, Verbundenheit und sozialen Netzwerken oder auch Entspannung, Erholung und innerer Ruhe. Der Einstieg ist jederzeit möglich und bietet so eine

Unterstützung ohne lange Wartezeiten.

Die Bandbreite der Themen, mit denen die Mütter zur Therapeutischen Frauenberatung e.V. kommen, reichen von Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit, beruflicher Neuorientierung und Wiedereinstieg, Gewalterleben/Trauma, Alltag als Alleinerziehende, Fragen zu Partnerschaft oder Trennung, Ernährung und Essverhalten bis zu Erziehungsschwierigkeiten und häufig auch zu Unterstützung und Überbrückungsmöglichkeiten bei der Therapieplatzsuche. Die Frauen können bis zu fünf Einzelberatungen in Anspruch nehmen und das Gruppenangebot nutzen, bis sie sagen können: *„Ich fühle mich nun soweit gestärkt, dass ich alleine losziehen kann.“* (Teilnehmerin)

Die vielfältigen positiven Rückmeldungen bestärken darin, konzeptionelle Überlegungen fortzuführen, wie dieses frauenspezifische Angebot in weiteren Regionen Niedersachsens initiiert und umgesetzt werden kann.

Ruth Holm, Therapeutische Frauenberatung e.V., Groner Str. 32/33, 37073 Göttingen,  
Tel.: 05 51 – 45 61 5, E-Mail [info@therapeutische-frauenberatung.de](mailto:info@therapeutische-frauenberatung.de),  
[www.therapeutische-frauenberatung.de](http://www.therapeutische-frauenberatung.de)

# Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie

Andreas Bernard

Familien, die mithilfe der Reproduktionsmedizin entstehen, gelten in Deutschland bis heute als kritisches Unterfangen. Leihmutterschaft und Eizellspende sind bekanntlich gesetzlich untersagt. Ein neues Verfahren wie das „Social Freezing“ sorgt gerade für erhitzte Debatten und auch der Personenkreis für die erlaubten Verfahren der Samenspende und der In-vitro-Befruchtung wird durch die betreffenden Richtlinien der Bundesärztekammer stark eingeschränkt. Nur heterosexuelle Paare – verheiratet oder, wie es in der aktuellen Fassung heißt, „in einer festgefügt Partnerschaft lebend“ (wie immer sich das beweisen lässt) – sind zu der Behandlung zugelassen.

## Wuchernde Familien

Die Leih- oder Tragemutter, die Eizellspenderin, der Samenspender (den der SPD-Entwurf eines Fortpflanzungsmedizin-Gesetzes im Jahr 1989 ebenfalls kriminalisieren wollte): Sie alle gelten weiterhin als Fremdkörper, deren Vordringen in die Familieneinheit verhindert oder, wie es die meisten Reproduktionsmediziner empfehlen, zumindest mit aller Konsequenz verschleiert werden muss. In der deutschen Rechtsprechung und auch in der öffentlichen Debatte, die sich in Fernseh-Talkshows oder Zeitungsplädoyers weitgehend auf den Modus

von Pro und Contra beschränkt, werden die meisten dieser Technologien immer noch als Bedrohung der Familie empfunden. In den Jahren meiner Recherchen, nach vielen Besuchen in Samenbanken, Leihmutter-Agenturen und IVF-Zentren (In Vitro Fertilisations-Zentren) zwischen Kalifornien, Deutschland und Osteuropa, den Begegnungen mit Ärztinnen und Ärzten, Vermittelnden, betroffenen Eltern und Kindern, hat sich allerdings der entgegengesetzte Eindruck verfestigt. Anfang des 21. Jahrhunderts, so die immer wieder bestätigte Wahrnehmung, sind es gerade die wuchernden, „unreinen“ und durch Unterstützung von Dritten und Vierten entstandenen Familien, die ein seit Jahrzehnten brüchig gewordenes, symbolisch ausgezehrt Lebensmodell wieder mit neuer Repräsentationskraft versorgt haben. Eine auffällige historische Überschneidung veranschaulicht diese These. Die entscheidenden Durchbrüche in der Geschichte der Reproduktionsmedizin fallen genau in jenes Jahrzehnt, in dem das traditionelle Konzept der Familie infolge der Umbrüche von 1968 in seine tiefste Krise geraten ist. Die Inflation der Scheidungsraten, der Rückgang der Kinderzahl, die emanzipatorische Selbstbestimmung der Frauen, die sich nicht mehr mit der bloßen Rolle als Mutter begnügen wollen, die Verheißungen einer freien, verhüteten Sexualität und



der grundsätzliche Überdruß an bürgerlichen Existenzweisen: In den Siebzigerjahren des 20. Jahrhunderts zerfasert eine Lebensform, die lange Zeit als maßgebliches soziales Modell, als vielbeschworene „Keimzelle der Gesellschaft“ gedient hat.

### Modell der Bürgerlichkeit

Die neuen Optionen, durch extrakorporale Befruchtung oder die Hinzunahme fremder Gameten (Geschlechtszellen) Kinder zu zeugen und Familien zu gründen, fallen also genau in diese Phase hoher sozialer Labilität. Was seit dem Ende der Siebzigerjahre geschieht, die reproduktionsmedizinisch hergestellte Elternschaft von Menschen, die als unfruchtbar galten, später auch von älteren Frauen, Alleinstehenden und gleichgeschlechtlichen Paaren, mag zwar politisch oder religiös überlieferte Vorstellungen des Gebildes „Familie“ verletzen. In erster Linie eröffnet sie aber einem Personenkreis Zugang zu diesem Lebensmodell, der zuvor aus gesundheitlichen oder biologischen Gründen ausgeschlossen war und ihm daher umso emphatischer begegnet. Ein Kind zu bekommen ist in diesen Fällen keine Selbstverständlichkeit mehr, kein zufälliger oder zwangsläufiger Effekt sexueller Aktivität, sondern das Ziel eines langgehegten Wunsches. In einem 1986 erschienenen Spiegel-Artikel zur assistierten Empfängnis schrieb die Grünen-Politikerin Waltraud Schoppe noch: „Die Reproduktionstechnologien führen das Modell der bürgerlichen Kleinfamilie

ad absurdum.“ Vermutlich ist genau das Gegenteil richtig: Die Reproduktionstechnologien haben das Modell der bürgerlichen Kleinfamilie aufrechterhalten und in seiner Logik bestätigt.

Fachleute aus Psychologie und Sozialwissenschaften, die den Verfahren der Reproduktionsmedizin prinzipiell wohlwollend gegenüberstehen, haben schon früh den empirischen Nachweis zu bringen gesucht, dass diese Familien – vorausgesetzt, sie gehen offen mit ihrer Entstehungsweise um – überdurchschnittlich glückliche Kinder hervorbringen. Der Hauptgrund für diese Diagnose liegt den Autoren zufolge darin, dass Kinder, deren Zeugung mit jahrelangem emotionalen, körperlichen und finanziellen Aufwand verbunden war, immer sogenannte Wunschkinder sein müssen, denen mehr Zuneigung entgegengebracht wird als jenen, die häufig das Resultat einer Fahrlässigkeit oder der bloßen ehelichen Pflicht sind.

### Psychoanalytisches Heilmittel

Ich denke, dass der Erkenntniswert empirischer Untersuchungen über die emotionale Verfassung von Familien immer ein wenig unzulänglich bleibt, weil sich eine Kategorie wie „Glück“ nur schwer mit den Mitteln der quantitativen Sozialforschung messen lässt. Was sich gleichwohl sagen lässt, ist, dass einige der Kardinalprobleme, die Psychoanalytiker von Freud und Otto Rank bis zu David Cooper im Beziehungsgeflecht der Familie zu identi-

fizieren geglaubt haben, immer auch an die biologische Verbindung der Generationen geknüpft waren. Die fatale Struktur des Ödipus-Komplexes etwa gilt bei Freud nur für blutsverwandte Familien. Er hat sich nirgendwo darüber geäußert, ob seine Neurosenlehren in ebensolcher Weise auf Eltern mit Adoptivkindern zuträfen. Zudem gibt es vereinzelte Stellen in Freuds Werk, in denen er über die utopische Entkoppelung der Kinderzeugung von der Sexualität als Therapierform seiner Patientinnen und Patienten spricht. „Theoretisch“, sagt er erstmals in der „Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen“ von 1898, „wäre es einer der größten Triumphe der Menschheit, eine der fühlbarsten Befreiungen vom Naturzwange,

dem das Geschlecht unterworfen ist, wenn es gelänge, den verantwortlichen Akt der Kinderzeugung zu einer willkürlichen und beabsichtigten Handlung zu erheben, und ihn von der Verquickung mit der notwendigen Befriedigung eines natürlichen Bedürfnisses loszulösen.“ In diesem Sinne könnten die neuen Reproduktionstechnologien fast als psychoanalytisches Heilmittel bezeichnet werden. Denn sie heben den Widerstreit der Sexualität zwischen Fortpflanzungsmittel und Triebbefriedigung auf.

Vom Autor ist 2014 im Fischer-Verlag das Buch „Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie“ erschienen.



Prof. Dr. Andreas Bernard, Leuphana Universität Lüneburg, Centre for Digital Cultures,  
Am Sande 5, 21335 Lüneburg, E-Mail: [bernard@leuphana.de](mailto:bernard@leuphana.de)

## Social freezing – mehr Freiheit oder mehr Druck?

Zur Diskussion über die „aufgeschobene Fruchtbarkeit“

Claudia Schumann

Die Nachricht machte im Oktober 2014 Schlagzeilen: Amerikanische Firmen bieten ihren Mitarbeiterinnen an, die Kosten für Einfrieren und Einlagern ihrer Eizellen zu übernehmen, um es ihnen so zu ermöglichen, den Kinderwunsch aufzuschieben und erst später zu verwirklichen. „Egg freezing“ heißt die wissenschaftliche Bezeichnung dafür, in

Deutschland mehr bekannt unter „Social Freezing“: So wird beim „Social Freezing“ das Einfrieren nur auf Wunsch der Frau (das heißt aus gesellschaftlichen/sozialen Gründen) vorgenommen in Abgrenzung zum „Therapeutical Freezing“; letzteres wird schon seit Jahren aus medizinischen Gründen angewandt, um Eizellen zu konservieren bei jungen schwer er-

kranken Frauen, die Gefahr laufen, dass ihre Fruchtbarkeit durch eine aggressive Krebs-Behandlung irreversibel geschädigt wird.

Während sich bei uns gemäß Umfrageergebnissen, die im Oktober 2014 in der ZEIT publiziert wurden, eine Mehrheit (53 %) der 14-29-Jährigen für die Option „Social freezing“ ausspricht, herrschen in der Diskussion die kritischen Stimmen vor. Auch die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Geburtshilfe und Frauenheilkunde (DGPF) hat in einer Pressemitteilung vom Dezember 2014 gewarnt „vor einer unüberlegten Zustimmung zu einer „arbeitgeberfreundlichen“ Familienplanung, die das Selbstbestimmungsrecht von Frauen aushöhlt“.

### **Medizinischer Hintergrund: Vorgehen, Erfolgsquote, Risiken**

Um möglichst viele Eizellen in einem Zyklus zu erhalten, muss die Frau zunächst mit Hormonen stimuliert werden. Dann werden die Eizellen in einer Kurz-Narkose durch eine Punktion von der Scheide her entnommen, schockgefrostet und bei minus 190 Grad eingelagert. Wenn die Frau ihren Kinderwunsch realisieren will, werden die Eizellen aufgetaut, mit dem männlichen Sperma befruchtet und danach in die Gebärmutter eingesetzt. Die Erfolgsquote, dass dann tatsächlich ein Kind geboren wird, liegt pro Eizelle bei 8-10 % (Fertiprotekt), ist also doch sehr gering.

Aus der Kinderwunsch-Behandlung sind die Risiken bekannt, vor allem die hormonelle Überstimulation. Außerdem gibt es kaum Wissen darüber, ob das lange Einfrieren die kindliche Entwicklung tatsächlich nicht beeinträchtigt: zu klein ist die Zahl der Kinder, die aus jahrelang eingefrorenen Eizellen entstanden sind, um darüber gesichert etwas zu sagen.

Die Kosten für die Zell-Entnahme liegen bei ca. 2500 bis 3500 Euro, für die Lagerung bei jährlich 200-400 Euro, für die künstliche Befruchtung am Ende ca. 2000 Euro

### **Verlockendes Angebot: „Egg freezing“**

Die meisten Frauen wissen inzwischen, dass sie am besten mit Mitte 20 ihre Kinder bekommen sollten: Da ist die Chance, schwanger zu werden, optimal und gleichzeitig sind die Risiken für Komplikationen in der Schwangerschaft geringer als später. Allerdings hat nicht jede Frau dann den richtigen Partner. Und vor allem stehen viele noch in der Ausbildung oder am Anfang der Karriere, und trauen sich nicht zu, Beruf und Kind unter einen Hut zu bekommen. Das Angebot des „Egg Freezing“ ist verlockend, es verspricht, die Selbst-Bestimmung zu erweitern: Eine Frau konserviert ihre Eizellen und wartet in Ruhe ab, wann es „passt“, ohne Sorge, dass ihre biologische Uhr abläuft und sie vielleicht keinen Eisprung mehr hat. So wird das Angebot auch promotet: „Wir erweitern Ihre Möglichkeiten für Kind und Karriere“ (proFERTILITÄT.de).

Und so ist es verständlich, dass vor allem berufstätige Frauen zu 40 % das Angebot prinzipiell gut finden, im Gegensatz zu nur 33 % der Nicht-Berufstätigen. „Bemerkenswert ist auch, dass Männer der Idee eher positiv gegenüber stehen (40 %) als Frauen (34 %).“ (ZEIT 2014-10/social-freezing-Umfrage).

### Wo sind die Probleme?

Zunächst ist das medizinische Risiko zu nennen: Eine (mit Unsicherheiten behaftete, nicht ungefährliche) Behandlung bei einer gesunden Frau, die Ungewissheit, ob sich der Einsatz mit Blick auf die geringen Erfolgsaussichten lohnt, und letztlich die Unsicherheit, was dieses Eingreifen für die Entwicklung des späteren Kindes ausmacht und wie sich die „junge“ Eizelle dann verträgt mit dem „alten“ mütterlichen Körper, ob sie sich überhaupt einnistet. Martina Lenzen-Schulte, Medizinjournalistin der FAZ, nennt das Ganze „aus medizinischer Sicht ein ganz und gar unmoralisches Angebot“. Sie betont außerdem die möglichen mütterlichen und kindlichen Probleme bei der späten Schwangerschaft und die bekannt erhöhte Fehlbildungsrate bei der Zeugung in der Petrischale. Und sie verweist auf neue Ergebnisse aus der Neurobiologie über die positiven Kräfte, die Geburt und Versorgung von Kindern bei einer Frau freisetzen, „eine solche Schubkraft für das weiblich Gehirn..., dass jede Stimulation mit Medikamenten dagegen verblasst“. Ähnlich argumentiert auch der Gynäkologe Wolf Lütje, Chefarzt einer Frauenklinik

und Präsident der DGPF: „Gerade die Kompetenz und Erfahrung von Müttern, die zielgerichtet Schwerpunkte setzen und ihre Kraft gut einteilen können, möchte ich nicht missen“. Aus psychosomatischer und frauenärztlicher Sicht gibt die DGPF weiter zu bedenken: „Dieses Angebot verstärkt den Machbarkeitswahn, dass gesunde Kinder einfach organisierbar sind. Mit dieser Aussicht werden in Zukunft die Anstrengungen eher reduziert werden, gemeinsam die Chancen für eine Vereinbarung von Beruf und Kindern zu verbessern. Dies gilt für Frauen wie für Männer. „Social freezing“ setzt Frauen noch mehr unter Druck, ihre weiblichen Seiten zu verdrängen und zu funktionieren.“

Auch aus gesellschaftspolitischer und feministischer Sicht ist Kritik anzumelden: Social freezing hebt die Gleichberechtigung geradezu aus, weil es das Timing für Kinder erneut auf die Frauen verschiebt. Als „Selbstoptimierung bis zur Erschöpfung“ bezeichnet es die Sozialwissenschaftlerin Erika Feyerabend und kritisiert: „Die viel diskutierte Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Frauen braucht nicht mehr über veränderte Arbeitsbedingungen und geschlechtliche Arbeitsteilung erreicht zu werden. Frauen werden eingeladen, diesen Konflikt ganz individuell zu lösen, indem sie erst ihre berufliche Karriere planen und später ihrer Reproduktionspflicht nachkommen“.

„Lässt sich die Zeit wirklich einfrieren?“ fragt der Medizinethiker Giovanni Maio.

## Aufklärung entlarvt die Lösungsstrategie


„Diese Methode suggeriert, man könne die Zeit anhalten und man könne es sich leisten, sich mit dem Kinderkriegen Zeit zu lassen“. Diese gefährliche „suggestive Kraft“ der neuen Technik verführe dazu, sich alle Optionen offenhalten zu wollen – mit der Gefahr, am Ende ganz leer auszugehen. Der Anspruch, alles optimal gestalten zu können, führe zur Entscheidungsunfähigkeit. G. Maio verweist auf das auch Positive des Zeitdrucks, er sei „wie eine Lupe, die auf das Wesentliche fokussiert“. „Es stellt sich also die große Frage, ob das Social Freezing tatsächlich einen Zeitgewinn bedeutet oder ob es nicht vielmehr dazu verleitet, vor einer Festlegung zu flüchten, einer Entscheidung über Lebensprioritäten weiter auszuweichen“. Auch G. Maio verweist auf den Druck auf die Frauen: „Kaum jemand bemerkt, dass man die strukturell-sozialen Gegebenheiten so belassen möchte, um das Problem stattdessen auf dem Rücken der Frauen zu „lösen“. Man tastet lieber die körperliche Integrität der Frau an anstatt die strukturell-sozialen Verhältnisse zu verändern. Das scheint mir in einem massiven Widerspruch zu der Rhetorik der Freiheit zu stehen, die bei der Implementierung des Social Freezing angewendet wird“.

Die „neue Freiheit“ ist verlockend, zumindest auf den ersten Blick – das spiegeln die Umfrageergebnisse. Erst bei genauerem Hinsehen und Überlegen wird die Problematik erkennbar: Social freezing ist keine Fruchtbarkeits-Versicherung, das Angebot setzt den medizinischen Machbarkeitswahn fort. Die neue Freiheit entpuppt sich als Verstärkung des Drucks zur „Selbstoptimierung“ auf eigene Kosten der Frau – und konterkariert dabei gesellschaftlich notwendige Entwicklungen.

Natürlich kann man weder die – für viele Frauen ja auch Segen bringende medizinische Entwicklung noch das Angebot verbieten. Für „Risiken und Nebenwirkungen“ sollten Frauen aber nicht nur ihren Arzt befragen können. Eine kritische öffentliche Diskussion muss diese Entwicklung weiter begleiten, denn nur eine gute Aufklärung hilf Frauen, den eigenen Weg zu gehen.

Und vielleicht zu erkennen: Für's Kinderkriegen gibt es keinen „passenden“ Zeitpunkt. Dafür zu sorgen, dass es doch ins Leben „passt“, müssen sich alle engagieren und die gesellschaftlichen Voraussetzungen dafür verbessern. Die Medizin kann jedenfalls das Problem nicht lösen!

Literatur bei der Verfasserin.

 Dr. med. Claudia Schumann, Frauenärztin/ Psychotherapie, Vizepräsidentin der DGPF (Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe),  
E-Mail: [claudiaschumann@t-online.de](mailto:claudiaschumann@t-online.de)

# Social freezing – Weitere Meinungen im Überblick

Ursula Jeß

Was sagen andere Institutionen / Verbände, die sich für die Interessen von Frauen im Gesundheitswesen einsetzen?

Das **Feministische Frauen Gesundheits Zentrum e. V.** in Berlin bezweifelt, dass dieses von innovativen Unternehmen (in den USA) ihren Angestellten angebotene Social Freezing als Frauenförderung zu bezeichnen ist. Vordergründig erscheint diese Maßnahme als Beitrag zu einem selbstbestimmten Leben – kann jedoch schnell das Gegenteil bewirken.

Social Freezing dient eher den Interessen der Wirtschaft als der Selbstbestimmung von Frauen. Es entsteht Handlungs- und Erwartungsdruck „Wenn Sie Karriere machen wollen...“

Social Freezing bedeutet Medikalisierung gesunder Frauen; denn Frauen, die auf natürlichem Weg schwanger werden könnten, werden zu Patientinnen der Reproduktionsmedizin gemacht.

Unter dem Deckmantel der Selbstbestimmung werden derzeitige Strukturen, die die Vereinbarkeit von Familienaufgaben und Erwerbsarbeit erschweren, nicht

angekratzt. Politik und Wirtschaft sind gefordert, gesellschaftlich Lösungen für eine familienfreundliche Berufswelt zu schaffen.

[www.facebook.com/ffgzberlin](http://www.facebook.com/ffgzberlin)

**pro familia** widmet sich mit einem Schwerpunkt in „der familienplanungsrundbrief“ Nr.3 / August 2014 sehr ausführlich dem Thema Kryokonservierung von Eizellen aus sozialen Gründen, dem sog. „Social Freezing“. Ausführlich und verständlich wird das Verfahren erläutert und darauf hingewiesen, dass die Hormonbehandlung mit Nebenwirkungen und Komplikationen verbunden sein kann, dies umso mehr, wenn es um die Gewinnung möglichst vieler Eizellen geht. Daten zur Häufigkeit von Nebenwirkungen fehlen. Hinzu kommen weitere gesundheitliche Risiken, die insbesondere ältere Frauen im Falle einer Schwangerschaft betreffen. Bei Frauen über 50 im Vergleich zu Schwangeren zwischen 20 und 30 Jahren wird zum Beispiel von einem sechsmal höheren Risiko für Schwangerschaftsdiabetes ausgegangen.

Die Erfolgchancen für eine Schwangerschaft werden als gering bezeichnet. Der wesentliche Faktor für die Erfolgsrate ist das Alter der Eizellen.

pro familia thematisiert in seinem lesenswerten Artikel die Gesundheit und Entwicklung von Kindern alter Eltern, stellt Befragungsergebnisse von Frauen zum Social Freezing vor und beschreibt den Stand der Diskussion. Abschließend wird die Frage aufgeworfen, ob das Social Freezing zumindest die Fremdeizellspende ersetzen wird – und ob dies positiv zu bewerten wäre.

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

Der **Deutsche Ethikrat** hat sich auf seiner Jahrestagung „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“ im Mai 2014 mit der zeitverschobenen Elternschaft befasst.

**Jörg Puchta** vom Kinderwunschzentrum an der Oper, München, erwartet, dass die Möglichkeiten des Social Freezing sich als die zweite Revolution nach der Anti-Baby-Pille in der Selbstbestimmung der Frau erweist. Das Anhalten der bio-

logischen Uhr und die Möglichkeit der Eigenezellspende wird positiv bewertet. Langfristig werden positive demografische Effekte erwartet.

**Almut Dorn**, Psychologische Psychotherapeutin mit eigener Praxis in Hamburg, betont, dass mit dem Social Freezing Erwartungen aufgebaut werden, die nicht immer erfüllbar sind. Sie hält eine von der Behandlung unabhängige psychosoziale Beratung für notwendig.

Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch e. V. Deutschland (BKID) hält eine Altersbegrenzung von 50 Jahren für sinnvoll und plädiert dafür, Social Freezing nur als Selbstzahlerleistung zuzulassen.

[www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/fortpflanzungsmedizin-in-deutschland](http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/fortpflanzungsmedizin-in-deutschland)

Zu den Auswirkungen der zeitverschobenen Elternschaft auf die Gesellschaft hat auch **Andreas Bernard** Stellung genommen (vgl. Artikel in diesem Rundbrief Seite 16).



# Zur Aussagekraft von Gentests und anderen medizinischen Untersuchungen

Markus Feufel

Gentests geben vermeintlich Gewissheit. Die Prävalenz (Häufigkeit) von Genmutationen in der allgemeinen Bevölkerung ist jedoch meist gering. Je geringer die Prävalenz, desto kleiner ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein positives Ergebnis tatsächlich eine Genmutation anzeigt. So ist die Wahrscheinlichkeit einer Mutation des sogenannten Brustkrebsgens (BRCA1) nach positivem Gentest 99 Prozent, für Frauen mit mehreren Brustkrebsfällen in der Familie (Prävalenz von BRCA1-Mutation  $\geq 10\%$ ; vgl. Kast et al., 2010) aber nur 75 Prozent für Frauen aus der allgemeinen Bevölkerung (Prävalenz von BRCA1-Mutationen  $\approx 0,03\%$ ). Gentests sind also meist nur sinnvoll, wenn frau, zum Beispiel bedingt durch das eigene Alter oder familiäre Vorerkrankungen, einer Gruppe mit erhöhtem Risiko für Genmutationen angehört.

Die meisten Gentests teilen Menschen lediglich in Risikogruppen ein. Das heißt, sie geben Auskunft darüber, ob und inwiefern das eigene genetische Profil ein bestimmtes Krankheitsrisiko erhöht. Sie können keine Hinweise darüber geben, ob und wann eine Krankheit tatsächlich eintritt. Selbst wenn die Wahrscheinlichkeit einer Krankheit aufgrund von Genmutationen hoch ist, sind weitere Tests notwendig. Auch diese sind nicht perfekt und können zu falsch-positiven Ergebnissen und unnötigen Ängsten führen.

Neben der medizinischen Ungewissheit, die nach einem Gentest bleibt, werfen diese Tests ethische Fragen auf. Selbst bei einer Falsch-Positiv Rate von nur 0,1 Prozent, denkt etwa eine von 1.000 Frauen fälschlicherweise, dass sie bei ihr eine BRCA1-Mutation vorliegt und lässt weitere Maßnahmen – wie regelmäßige Mammographien – vornehmen, die wiederum zu falsch-positiven Ergebnissen führen können. Eventuell denken diese Frauen – unnötigerweise – sogar über präventive Brustamputationen nach.

Gentests sind medizinisch meist nicht unumgänglich, sondern erfordern die Einwilligung der Patientinnen und Patienten. Selbst in professionellen Beratungszentren erhalten Frauen jedoch oft nicht alle Informationen, die sie benötigen, um sich für oder gegen einen medizinischen Test entscheiden zu können [Prinz et al., in press]. Wie lassen sich trotz medizinischer und ethischer Ungewissheit informierte Entscheidungen für oder gegen einen Gentest treffen? Hilfreich ist eine fachkundige Beratung. Für viele Gentests ist eine Beratung sogar vorgeschrieben. Folgende Fragen sind Voraussetzung für informierte Entscheidungen und können als Leitfaden für Aufklärungsgespräche dienen:



- (1) Wie wahrscheinlich ist eine Genmutation in meiner Risikogruppe?
- (2) Wie viele Genmutationen werden mit dem Test entdeckt?
- (3) Wie viele Menschen ohne Genmutation testen dennoch positiv?
- (4) Wie wahrscheinlich ist eine Genmutation nach positivem Test?
- (5) Welche Handlungsoptionen stehen mir nach einem positiven Test zur Verfügung?

### Was bedeutet ein positives Testergebnis? Beispiel Mammographie-Screening

Wenn wir uns entscheiden, einen medizinischen Test durchführen zu lassen, hoffen wir, danach mehr zu wissen als zuvor. Leider sind medizinische Tests nicht perfekt. Sie können falsch-positive Testergebnisse und damit unnötige Ängste auslösen. Um unnötige Ängste zu vermeiden, müssen Frauen wissen, wie wahrscheinlich es ist, dass sie nach einem positiven Mammogramm tatsächlich Brustkrebs haben. Können Gynäkologen ihren Patientinnen diese Information geben? Um das zu testen, erhielten 160 Gynäkologinnen und Gynäkologen alle Daten, die zur Berechnung dieser Wahrscheinlichkeit notwendig sind sowie vier Antwortkategorien: die Wahrscheinlichkeit von Krebs nach positiver Mammographie ist 1%, 10%, 81% oder 91% [siehe

Gigerenzer et al. 2007]. Die Daten, aus denen die Wahrscheinlichkeit errechnet werden sollte, waren wie folgt:

- Die Prävalenz der zu testenden Krankheit (in einer definierten Patientengruppe): Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau zwischen 50 und 69 Jahren Brustkrebs hat, ist 1 Prozent.
- Die Sensitivität des Testes: Wenn eine Frau Brustkrebs hat, ist die Wahrscheinlichkeit, dass ihr Mammogramm positiv testet, 90 Prozent.
- Die Falsch-positiv Rate des Testes: Wenn eine Frau keinen Brustkrebs hat, ist die Wahrscheinlichkeit, dass ihr Mammogramm dennoch positiv testet, 9 Prozent.

Die beste Antwort ist, dass von 10 Frauen mit einem positiven Mammogramm durchschnittlich etwa eine Frau tatsächlich Brustkrebs hat. Die Wahrscheinlichkeit von Brustkrebs nach positiver Mammographie ist also ca. 10 Prozent. Über die Hälfte der Gynäkologen (96 von 160) überschätzten jedoch die Aussagekraft der Mammographie. Nur 34 der 160 Gynäkologen (21 Prozent) gaben die richtige Antwort. Bedeutet das, dass Ärzte medizinische Testergebnisse nicht verstehen? Nein. Wenn man dieselbe Information in einem verständlichen Format – sogenannten „Natürlichen Häufigkeiten“ statt Prozentangaben – vermittelt,

wird die richtige Antwort unmittelbar transparent:

1. Die Prävalenz der Krankheit: 10 von 1.000 Frauen (1 Prozent) haben Brustkrebs.
2. Die Sensitivität des Testes: Von den 10 Frauen mit Brustkrebs testen 9 (90 Prozent) positiv.
3. Die Falsch-positiv Rate des Testes: Von den 990 Frauen ohne Brustkrebs testen dennoch 89 (9 Prozent) positiv.

Nachdem die Daten in absoluten Zahlen mit einer klar spezifizierten Bezugsgruppe (1.000 Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren) dargestellt wurden, haben 87

Prozent der Gynäkologen richtig erkannt, dass von 98 Frauen, die positiv testen, nur 9 oder zwischen 9 und 10 Prozent tatsächlich Brustkrebs haben. Prozentangaben erschweren das Verständnis von bedingten Wahrscheinlichkeiten, da sie keine Bezugsgruppe spezifizieren und zur Berechnung Multiplikation, Bruchrechnung und Addition erfordern. Mit Häufigkeitsbäumen in Form von absoluten Zahlen mit klar spezifizierten Bezugsgruppen kann die Wahrscheinlichkeit einer Krankheit nach einem positiven Testergebnis in wenigen Schritten berechnet und damit unnötige Ängste vermieden werden.

Literatur beim Verfasser



Dr. Markus Feufel, Charité-Universitätsmedizin, Berlin und  
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, E-Mail: [Markus.Feufel@charite.de](mailto:Markus.Feufel@charite.de)

## Umgang mit Statistiken: Richtige Fakten – falsche Schlüsse

### Beispiel Anti-Baby-Pille

Markus Feufel

In unserer Gesellschaft wird versucht, Risiken mit Hilfe von Statistiken so weit möglich zu quantifizieren und, wo das nicht möglich ist, Unsicherheit zu verringern oder ganz zu vermeiden. Sicherheit ist jedoch eine Illusion. Risiken und nicht quantifizierbare Unsicherheit sind meist unvermeidbar, auch im Bereich Gesund-

heit und Medizin. Bisher lernen jedoch weder Schulkinder statistisches Denken, noch angehende Ärztinnen und Ärzte den akkuraten Umgang mit medizinischen Statistiken. Damit nicht genug: Die Statistiken, die verwendet werden, um Risiken zu kommunizieren, sind oft mehrdeutig oder irreführend. Bewusst

oder unbewusst werden sie dazu verwendet, Ärzte und Patientinnen von bestimmten medizinischen Maßnahmen zu überzeugen, anstatt sie über deren Nutzen und Schaden transparent zu informieren. Irreführende und unvollständige Berichterstattung in den Medien, in medizinischen Fachzeitschriften und Patientenbroschüren macht es allen am Gesundheitssystem Beteiligten – Patientinnen, Ärzten und politischen Entscheidungsträgern – schwer, die verfügbare und fehlende Evidenz zu verstehen und letztlich gute Entscheidungen zu treffen.

Die Forschungsergebnisse des Harding Zentrums für Risikokompetenz zeigen, dass ein grundlegendes (Un-) Verständnis für die Bedeutung von Statistiken nicht angeboren ist, sondern vor allem durch die Wahl bestimmter Statistikformate beeinflusst wird [Gigerenzer et al. 2007]. Anhand von Beispielen werde ich im Folgenden zeigen, welche Statistikformate verwirren und welche Formate transparent über dieselben Risiken informieren.

### **Wie sollten medizinische Studienergebnisse verständlich dargestellt werden?**

Im Jahr 1995 warnte die britische Behörde für Arzneimittelsicherheit vor der dritten Generation der Anti-Baby Pille: Die neue „Pille“ würde das Risiko von Blutgerinnseln in Lunge und Beinen verdoppeln, also um 100 Prozent erhöhen. Von den Medien aufgebauscht löste diese Meldung Ängste aus, sodass viele Frauen

die Pille absetzten. Aber was bedeuteten diese 100 Prozent? Die zugrunde liegende Studie fand, dass von 7.000 Frauen, die eine Pille der zweiten Generation einnahmen, durchschnittlich eine Frau an einem Blutgerinnsel litt. In der Gruppe, die Pillen der dritten Generation einnahm, waren es zwei Frauen von 7.000. Das heißt, das relative Risiko erhöhte sich um 100 Prozent, das absolute Risiko jedoch nur um 1 in 7.000. Die 100-Prozent-Warnung führte in den folgenden Jahren geschätzt zu etwa 26.000 zusätzlichen Schwangerschaften in Wales und England, 13.000 zusätzlichen Schwangerschaftsabbrüchen und zusätzlichen Kosten für das britische Gesundheitssystem in Höhe von vier bis sechs Millionen englischen Pfund [Furedi, 1999]. Hätte die Behörde für Arzneimittelsicherheit die absolute Risikoänderung kommuniziert (1 in 7.000), hätten unnötige Ängste, Abtreibungen, medizinische Risiken und Kosten, zumindest in den meisten Fällen, vermieden werden können.

### **Wie können solche Missverständnisse vermieden werden?**

Der potenzielle Nutzen und Schaden einer Maßnahme muss in absoluten Zahlen für eine jeweils gleich große Anzahl von Betroffenen in der untersuchten Interventions- und Vergleichs-Gruppe gegenüber gestellt werden. Sehr gut eignet sich dazu das Format der sogenannten Faktenbox [Schwartz et al. 2007]. Ein Beispiel: Abb. 1 vergleicht basierend auf der aktuellen Evidenz zum Mammographie-

Screening [Gøtzsche & Nielsen, 2011] die wichtigsten Daten über dessen Nutzen und Schaden für Patientinnen ab 50 Jahren. Dabei ermöglicht die Faktenbox den Vergleich zwischen 2.000 Frauen, die 10 Jahre lang am Mammographie-Screening teilgenommen haben (Interventions-Gruppe) und einer gleich großen Gruppe, die über den selben Zeitraum nicht am Screening teilgenommen hat (Vergleichs-Gruppe).

Trotz ihrer Einfachheit ist die Faktenbox vielseitig einsetzbar. Sie wurde entwickelt, nicht nur um Evidenz für Screening-Programme, sondern auch für Medikamente und andere medizinische Behandlungsmaßnahmen kompakt und für Patienten und Ärzte leicht verständlich darzustellen [Schwartz et al. 2007]. Alternativ zu numerischen Repräsentationen können Nutzen und Schaden für Interventions- und Vergleichs-Gruppen

auch grafisch als eine gleich große Menge an Grafikelementen oder sogenannten Icons (ein Icon steht dabei für jeweils eine Person) dargestellt werden (siehe Abb. 2). Trotz ihrer visuellen Attraktivität sind grafische Darstellungsformate nicht generell besser als Zahlen geeignet, um Risiken verständlich zu kommunizieren [Gaismaier et al. 2012]. Aus pragmatischer Sicht scheinen grafische Formate vor allem dann sinnvoll, wenn sich die Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe visuell deutlich voneinander abgrenzen lassen (zum Beispiel die Menge an blauen und gelben Icons in Abb. 2). Wenn der Unterschied visuell schwer zu „entziffern“ ist (zum Beispiel die Menge an roten Icons in Abb. 2) sind numerische Darstellungen besser geeignet, um den Nutzen und Schaden einer Maßnahme schnell und akkurat zu kommunizieren.

<b>Brustkrebs-Früherkennung</b>		HARDING CENTER FOR <b>RISK LITERACY</b>	
durch Mammographie-Screening			
Evidenz für Frauen ab 50 Jahren, die über 10 Jahre am Screening teilgenommen haben			
	<b>2,000 Frauen OHNE Screening</b>	<b>2,000 Frauen MIT Screening</b>	
<b>Nutzen</b>			
Wie viele Frauen sind an Brustkrebs gestorben?	8	7*	
Wie viele Frauen sind insgesamt an Krebs gestorben?	43	43	
<b>Schaden</b>			
Wie viele Frauen hatten Fehldiagnosen?	–	200	
Wie viele Frauen sind zusätzlich mit Brustkrebs diagnostiziert und operiert** worden?	–	10	

\* Das bedeutet: von 2.000 Frauen ab 50 Jahren sind mit Screening über 10 Jahre etwa 7 am Brustkrebs gestorben. In der Gruppe ohne Screening war eine mehr.  
 \*\* Vollständige oder teilweise Entfernung der Brust

Datenquelle: Gøtzsche, PC, Nielsen, M (2011). *Cochrane database of systematic reviews* (1): CD001877.  
 Wo keine Evidenz für Frauen ab 50 Jahren verfügbar war, beziehen sich die Zahlen auf Frauen ab 40 Jahren.

Abb. 1: Faktenbox mit der aktuellen Evidenz zum Nutzen und Schaden der Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening über 10 Jahre und für Frauen ab 50 Jahren.

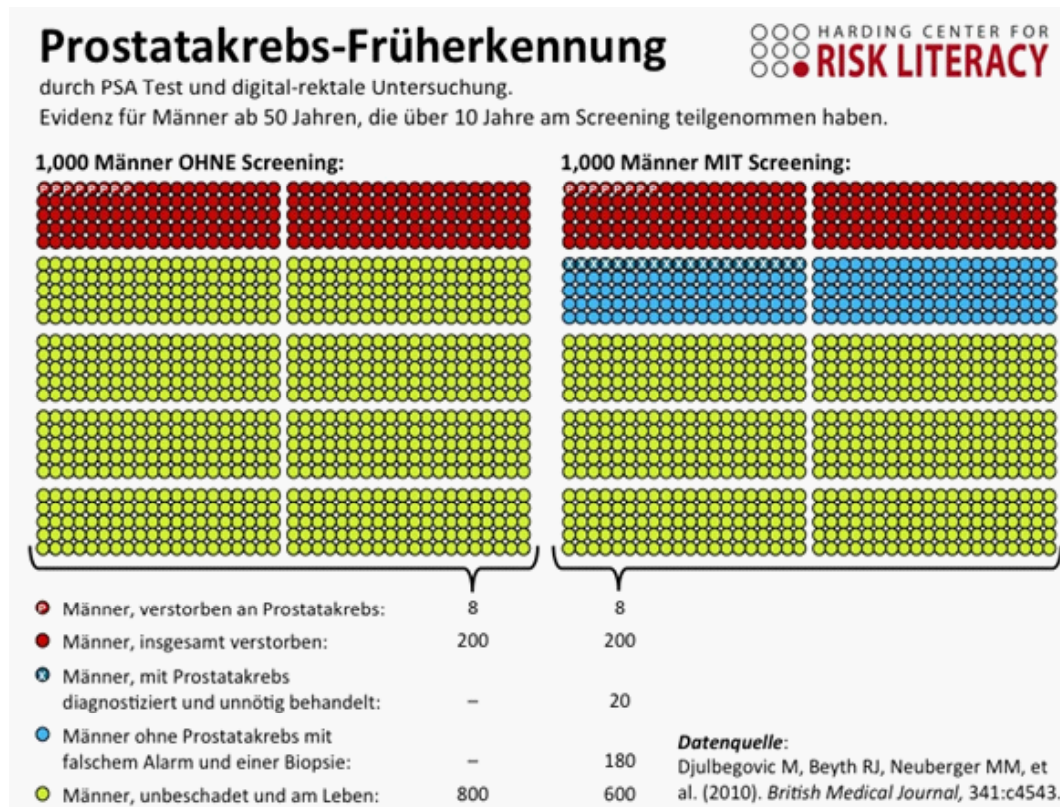


Abb. 2: Icon-basierte Faktenbox mit der aktuellen Evidenz zum Nutzen und Schaden der Früherkennung von Prostatakrebs durch den Prostata-spezifischen Antigen (PSA) Test und digital-rektale Untersuchungen für Männer ab 50 Jahren.

Literatur beim Verfasser



Dr. Markus Feufel, Charité-Universitätsmedizin, Berlin und  
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, E-Mail: [Markus.Feufel@charite.de](mailto:Markus.Feufel@charite.de)

## Mangelhafte Datenlage

### Unsichere Testergebnisse: Wie kommunizieren?

Markus Feufel

Unsicherheit liegt vor, wenn Risiken nicht quantifizierbar sind bzw. nicht oder nur eingeschränkt vorhergesagt werden können. Wie in unsicheren Situationen (nicht) kommuniziert werden sollte, können wir am Beispiel der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 sehen. Trotz mangelnder Datenlage – oder gerade aus diesem Grund – war die öffentliche Dis-

kussion von abweichenden Meinungen über das Risiko des H1N1Virus und der anstehenden Impfung geprägt [Feufel et al. 2010]. Nachdem das Robert Koch Institut (RKI) bereits am 6. Juli 2009 erkannt hatte, „dass derzeit nur ein kleiner Anteil der infizierten Personen schwer erkranken“ [Robert-Koch-Institut, 2009], behauptete im Oktober 2009 ein Vertre-

ter der Niedersächsischen Gesellschaft für Impfwesen und Infektionsschutz (NGI), dass „Auch bei einem eher milden Verlauf [...] im kommenden Herbst und Winter mit 25.000 bis 35.000 Toten in Deutschland zu rechnen“ sei [Kulke, 2009]. Im April 2010 äußerte der Vertreter der NGI rückblickend, dass „frühe und dramatische Warnungen erforderlich [waren], gerade in einer Situation wie der damals anrollenden Pandemie, als auf einmal viele selbsternannte Experten unberechtigterweise vor allen möglichen vermuteten Gefahren durch die Impfung zu Felde zogen“ [ebd.].

Letztlich hatten die dramatischen Zahlen und ProunContra Diskussionen nicht den beabsichtigten Effekt, nämlich von der Notwendigkeit der Impfung zu überzeugen. Laut Paul Ehrlich Institut (PEI) und RKI haben sich nur geschätzte 7,5 Prozent der Deutschen gegen das H1N1-Virus impfen lassen [Paul-Ehrlich-Institut, 2009 und Krause et al, 2010]. Schlimmer noch,

die Kommunikationspraktiken haben laut Gerd Antes, dem Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums, wahrscheinlich das Gegenteil von dem bewirkt, was sie bewirken sollten, und dem Ansehen der Impfung, der vielleicht wirksamsten Präventionsmaßnahme der letzten 100 Jahre, Schaden zugefügt [Antes, 2009]. Ein Fachgespräch der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen kam zu dem Schluss, dass „die unzureichende Kommunikation auch über Nebenwirkungen des Impfstoffes [...] das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Empfehlungen staatlicher Stellen beschädigt“ habe [Bündnis 90/ Die Grünen, 2009].

Wie kann die Kommunikation verbessert werden? Um ähnliche Probleme im Umgang mit Unsicherheit in Zukunft zu vermeiden, sollten alle verfügbaren Daten kommuniziert und gleichzeitig die Unsicherheiten und Lücken in der Datengrundlage offen gelegt werden (für ein Beispiel siehe Tab. 1).

Was sollte kommuniziert werden?	Beispiel: Pandemische Influenza (H1N1) 2009
Transparente Beschreibung der Lage statt Schlagwörter wie „Pandemie“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Virus hat sich in mehreren Regionen der Welt ausgebreitet.</li> <li>• Die weitere Ausbreitung des Virus kann nicht kontrolliert werden</li> <li>• Eine Infektion führte bisher nur in wenigen Fällen zu schweren oder tödlichen Krankheitsverläufen</li> </ul>
Transparente Kommunikation von Wissen und Nicht-Wissen statt dramatischer Schätzungen	<p>Wissen über H1N1-Viren in Australien (Stand 8/2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infektionsrate: 1-2 / 1000 Menschen</li> <li>• Sterberate: 40 / 10.000 Infizierten</li> <li>• Saisonale Grippe: 1-2 / 10.000 Infizierten</li> </ul> <p>Wissen über H1N1-Viren in Deutschland (Stand 8/2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infektionsrate: 3-4 / 10.000 Menschen</li> <li>• Sterberate: 1 / 10.000 Infizierten</li> <li>• Saisonale Grippe: 22-41 / 10.000 Infizierten</li> </ul> <p>Nicht-Wissen (Stand 8/2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist unbekannt, wie sich das Virus ausbreiten und entwickeln wird</li> <li>• Nebenwirkungen des Impfstoffs können bisher nicht durch Studien belegt werden</li> </ul>
Offenlegung politischer Entscheidungsprozesse / Interessenkonflikte	<p>Offenlegung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhandlungen und Vertragskonditionen mit Pharma-Unternehmen</li> <li>• Interessenkonflikten der beteiligten Verhandlungspartner</li> <li>• Entscheidungen der involvierten Gesundheits- und Regierungsorganisationen</li> </ul>

Tabelle 1: Strategie für die Kommunikation von Unsicherheit [vgl. Feufel et al. 2010]

Literatur beim Verfasser



Dr. Markus Feufel, Charité-Universitätsmedizin, Berlin und  
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, E-Mail: [Markus.Feufel@charite.de](mailto:Markus.Feufel@charite.de)

## Das Recht auf Nichtwissen

Angelika Voß

Bioethiker und Bioethikerinnen sowie Genetiker und Genetikerinnen sind heute in der Lage, das gesamte Erbgut eines Menschen zu entschlüsseln. Viele Menschen knüpfen daran die Hoffnung, dass Aussagen über die persönlichen Lebensumstände, die gesundheitliche Situation, zu erwartende Krankheiten und die

Lebenserwartung möglich werden; Aufgaben, die früher eine Wahrsagerin oder eine Nachbarin beim Lesen im Kaffeesatz übernahmen.

In den Gentechnik-Labors werden heute nicht mehr einzelne Gene untersucht, vielmehr kann das ganze Genom analy-

siert werden. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse ermöglichen präzise Eingriffe also Manipulationen – am menschlichen Erbgut.

Gleichzeitig werden Gentests immer billiger, zahlreiche Untersuchungen sind schon über das Internet zu beziehen. Im Blut einer Schwangeren kann das gesamte Genom eines Ungeborenen erfasst und daraufhin ausgewertet werden, welche Erkrankungen in Zukunft möglicherweise auf das Kind zukommen. Droht der Mensch, sich als gentechnologisches Selbst, abhängig von seiner DNA-Beschaffenheit, neu definieren zu müssen?

Große Erwartungen liegen in der „personalisierten Medizin“, nämlich dass für jeden Einzelnen / jede Einzelne maßgeschneiderte Therapien entwickelt werden können, die den Ausbruch einer prognostizierten Krankheit unterbinden oder deren Verlauf abmildern.

Gerade ist die prominente Schauspielerin Angelina Jolie ein zweites Mal durch einen radikalen medizinischen Eingriff in den Schlagzeilen präsent. Sie gilt vielen, die in ihrer Familie die Genvarianten BRCA1 und BRCA2 aufweisen, als Vorbild. Nach der Risikoberechnung wurde ihr erbliches Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, mit 80 % beziffert, das Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken, mit noch 50 %. Vor zwei Jahren ließ sie sich beide Brüste entfernen. Aktuell wurden nun Eierstöcke und Gebärmutter als Vorsorgemaßnah-

me gegen Krebs ebenfalls wegoperiert. Abgesehen davon, dass das Erkrankungsrisiko insgesamt zu hoch angesetzt ist, liegt nach Aussagen anderer Expertinnen die Erkrankungswahrscheinlichkeit aufgrund des Lebensalters bei 40 % und 30 %. Wahrscheinlichkeitsrechnungen über Krankheitsrisiken funktionieren nach dem Vorbild von Versicherungen. Weder kann gesagt werden, ob die Krankheit eintritt oder nicht, noch welchen Verlauf eine Erkrankung nimmt. Und in aller Regel fehlen präventive Möglichkeiten, um einen Ausbruch der Krankheit zu verhindern. Oder es bietet sich – wie in diesem Fall – die Radikallösung.

Die Weiterentwicklung der Biowissenschaften führt innerhalb der prädiktiven Medizin zu Ansprüchen auf das Wissen über die genetische Konstitution des Einzelnen sowie ganzer Familien. Weil bislang mit nicht-invasiven Methoden nur wenig getan werden kann, um Krankheitsausbrüche abzuwenden oder hinauszuzögern, kann Nicht-Wissen einen gewissen Schutz bieten. Denn die Voraussage einer zu erwartenden schweren Erkrankung ohne Interventionsmöglichkeit bedeutet Angst, Stress und Ratlosigkeit und ist insofern mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität verbunden.

### **Das Gendiagnostikgesetz**

Das Recht auf Nicht-Wissen ist Teil der Patientenautonomie [sic!] und festgeschrieben im Gendiagnostikgesetz (GenDG).



Darin heißt es, dass „eine genetische Untersuchung oder Analyse nur vorgenommen und eine dafür erforderliche genetische Probe nur gewonnen werden [darf], wenn die betroffene Person in die Untersuchung und die Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe ausdrücklich und schriftlich gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person eingewilligt hat“ (§ 8 Abs.1). In § 9 Abs. 2 ist geregelt, dass „jede Person das Recht auf Nichtwissen einschließlich des Rechts [hat], das Untersuchungsergebnis oder Teile davon nicht zur Kenntnis zu nehmen, sondern vernichten zu lassen.“

Allerdings: Nach Auffassung vieler Klinikerinnen und Kliniker, Forscherinnen und Forscher besteht rechtlich wie ethisch in dem Recht auf Nichtwissen ein eklatanter Widerspruch zur Informations- und Aufklärungspflicht von Ärztinnen und Ärzten gegenüber dem/der Getesteten sowie betroffenen Angehörigen. Sie fordern eine grundsätzliche Aufklärung bei Vorliegen relevanter medizinischer Ergebnisse. Die Universität Würzburg weist in ihrer Patientenerklärung zum Beispiel darauf hin, dass eine Vernichtung der Ergebnisse nur dann erfolgt, wenn von diesen noch keine Kenntnis erlangt wurde. Es gibt also de facto keinen Schritt zurück ins Unwissen.

Darüber hinaus wird teilweise auch die Öffnungsklausel für die Forschung im GenDG kritisiert. So können einmal erhobene Daten auch ohne Zustimmung der Patientinnen und Patienten für For-

schungszwecke genutzt werden. Kritisch zu bewerten ist zudem die den Versicherungen eingeräumte Stellung im GenDG: Sie können Einsicht in bereits erhobene Gen-Daten verlangen, wenn die Auszahlungssumme einen Betrag von 300.000 Euro übersteigt.

Zwar ist vorstellbar, dass mit Hilfe der Gentechnik in naher Zukunft Menschen vor bestimmten Krankheiten geschützt werden, jedoch verfolgen nicht alle verfügbaren genetischen Tests medizinische Zwecke. So kann zum Beispiel auf Geruchssinn, Intelligenz, Haardichte, Augenfarbe getestet werden. Dabei können dann allerdings auch Erbanlagen entdeckt werden, die das Potenzial zu einer schweren Erkrankung und Behinderung beinhalten. Weder besteht für die Firmen, die diese Tests anbieten, eine vorherige noch eine nachgängige Aufklärungspflicht gegenüber ihren Kundinnen und Kunden, was da an Verunsicherungen auf sie zukommen könnte. Da niemand wissen kann, auf was die Suche im Erbgut stößt, kann auch keine Ausschließlichkeitsformel definieren, was die oder der Einzelne wissen will und was nicht.

In einem durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekt mit dem Titel „Normatives Fundament und anwendungspraktische Geltungskraft des sogenannten Rechts auf Nichtwissen“ wird die Hypothese formuliert, dass das Recht auf Nichtwissen in denjenigen medizinischen Bereichen von Bedeutung ist, in

denen die gewonnenen Erkenntnisse keinen klar erkennbaren Wert oder Nutzen für die Betroffenen und/oder die Medizin besitzen.

### **Präimplantationsdiagnostik und erweiterte Schwangerschaftsuntersuchungen**

Der gesellschaftliche Druck auf schwangere Frauen und werdende Eltern erhöht sich mit jeder neuen Untersuchungsmethode. Die vielen Tests suggerieren eine Sicherheit, die es nicht gibt. Anspruch und Erwartung sind immens: „Gesundheit“ und „Normalität“ werden als Ergebnis der zahlreichen vorgeburtlichen Untersuchungen vorausgesetzt. Dieser auf Risikominimierung ausgerichtete Kurs geht einher mit erhöhten Leistungserwartungen und ästhetischen Anforderungen an das noch ungeborene Kind.

Was soll erlaubt sein, was ist nicht vertretbar? Die Entscheidungsgewalt liegt bei der Schwangeren und Mutter beziehungsweise den Eltern. So kritisiert Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethik-Rates, dass Erwachsene untereinander sich niemals zubilligen würden, einen anderen ohne dessen Einwilligung genetisch testen zu lassen. Genau das passiert jedoch, wenn schon vor der Geburt oder im Kindesalter eine Genanalyse erstellt wird. Ob sich dadurch ein Nutzen für das künftige Leben ergibt, ist mehr als fragwürdig. Es ist eine Frage der Zeit und der gesellschaftlichen Entwicklung, ob und wie lange sich

Frauen noch für oder gegen das Wissen um genetische Abweichungen bei sich selbst oder ihren Kindern entscheiden können, denn die Gentests unterliegen in doppelter Weise ökonomischen Aspekten: sie sind eine sprudelnde Einnahmequelle von Anbietern dieser Tests und sollen Versicherungen nach deren Willen zukünftig die Möglichkeit eröffnen, Menschen aufgrund ihrer vermuteten oder bekannten genetischen Disposition von Leistungen auszuschließen.

### **Cui bono – wem nützt es?**

Es ist hinlänglich bekannt, dass permanente Angst vor einer ungewissen Bedrohung zu erheblichen psychischen wie zu somatischen Beschwerden führen kann. Welcher Belastung werden Menschen ausgesetzt, bei denen die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs einer erblich bedingten schweren psychischen Erkrankung diagnostiziert wurde? Dabei spielen nicht nur medizinische, ethische und rechtliche Aspekte eine Rolle, sondern auch soziale: Berechtigte Sorgen vor einer Welle von Diskriminierung und Stigmatisierung sind nicht von der Hand zu weisen.

Gegen das Postulat vom Recht auf Nichtwissen sprechen die Praktiken der Humangenetischen Institute und der entsprechenden Beratungsstellen. Sie empfehlen, nahe Verwandte aus Sorgfaltspflicht über die Ergebnisse zu informieren. Auch dadurch wird das Recht auf Nichtwissen Dritten gegenüber ausge-

hebelt. Vor allem Versicherungen und bestimmte Firmenbranchen drängen auf Gentests als Voraussetzung für einen Vertragsabschluss. Bislang sind diese Angaben noch freiwillig. Wer zustimmt, hat keinen Anspruch mehr auf Nichtwissen.

### Ungleiche Betroffenheit der Geschlechter

Alle Radikallösungen betreffen zurzeit Frauen: ob Mastektomie (Brustentfernung) oder Eierstock- und Gebärmutterentfernung als „Schutz“ vor Krebserkrankungen der betreffenden Organe. Gleiches gilt für die Entscheidung pro und contra Abtreibung bei entsprechenden Befunden durch Schwangerschaftsuntersuchungen.

Niemand weiß, ob eine Frau mit positiv getestetem BRCA1- und BRCA2-Gen tatsächlich einen gynäkologischen Krebs entwickelt oder nicht. Möglicherweise erkrankt sie an einem Lungenkrebs, denn gerade steigen die Neuerkrankungen unter Frauen stark an. Oder sie erleidet einen Herzinfarkt – immerhin ist die Wahrscheinlichkeit, daran zu versterben, größer als bei Brustkrebs.

Das Wissen über eine Genabweichung zwingt insbesondere Frauen zu zahlreichen Entscheidungen für das eigene Leben und das ihrer Kinder. Ist es moralisch verwerflich, wenn das Wissen um einen vererbten Gendefekt anderen möglicherweise betroffenen Familienangehörigen nicht mitgeteilt wird?

Kann Schweigen besser sein, weil die eigene Erfahrung zeigt, wie schwer mit dem Wissen umzugehen ist? Nicht jede möchte der zur Heldin hochstilisierten Angelina Jolie aus vorgeblicher Rücksicht auf ihre Angehörigen nacheifern. Wie geht ein heranwachsendes Mädchen damit um, wenn es erfährt, dass ihre Mutter sich radikalen Vorsorgemaßnahmen unterzogen hat, sie selbst aber ebenso betroffen sein könnte? Vor über zwei Jahrzehnten hatte es bereits den Vorschlag eines Mediziners gegeben, Mädchen ab 12 Jahren vorsorglich die Brustdrüsen entfernen zu lassen, um einem späteren Brustkrebs vorzubeugen. Wäre das die nächste Lösung, nur reduziert auf Töchter von Frauen, bei denen genetische Abweichungen festgestellt wurden?

Es gibt bisher keine Meldungen, nach denen sich Männer radikalen Operationen unterziehen, weil bei ihnen ein familiär vererbter Darmkrebs oder eine bösartige Schilddrüsenerkrankung auftreten könnte. Oder gar, dass sie sich auf familiär vererbten Brustkrebs testen und die Brüste entfernen lassen.


Es kann für Jungen und deren Familie von Vorteil sein zu wissen, dass sie möglicherweise unter der Bluterkrankheit leiden, um entsprechende Vorsorge zu treffen. Einen Vorteil, im Vorfeld zu wissen, dass Mädchen mit nur einem X-Chromosom geboren werden, gibt es nicht. Behandelt werden symptomatisch der Minderwuchs und der Infantilismus

mit Anabolika und Östrogenen, sofern sich die Mutter zur Austragung der Schwangerschaft entschieden hat.

Diese geschlechtsspezifische Ungleichheit sollte bei den Diskussionen um das Recht auf Wissen und Nichtwissen beachtet werden, denn eugenische Maßnahmen betreffen wie Totaloperationen immer auch die Reproduktionsautonomie von Frauen.

Dr. Werner Steinkellner, ehemaliger Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Onkologie, formulierte einst: Jeder Patient hat das Recht auf die Wahrheit über seine Erkrankung. Dem ist hinzuzufügen: Jede Patientin hat das Recht auf Nichtwissen über eine in der Zukunft liegende mögliche Erkrankung. Ohne Wenn und Aber.

Literatur bei der Verfasserin

 Dr. Angelika Voß, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.,  
Escherstraße 10, 30159 Hannover, Tel.: 0511 / 30 04 546,  
E-Mail: [info@fmgz-hannover.de](mailto:info@fmgz-hannover.de), Internet: [www.fmgz-hannover.de](http://www.fmgz-hannover.de)

Gekürzte Fassung der Internetversion [www.fmgz-hannover.de](http://www.fmgz-hannover.de)

## Hermes & Aphrodite

Der Film „Hermes & Aphrodite“ von 2013 erzählt die Geschichte von dem Kind Sascha, von dem alle bis zur Pubertät denken, es wäre ein Mädchen. Sascha vertraut sich in der Pubertät der Mutter an, als klar wird, dass Sascha anders ist. Gemeinsam sucht die Familie einen Arzt auf, welcher Sascha untersucht und ein Zwischengeschlecht „diagnostiziert“. Er plädiert für eine medizinische Maßnahme, welche Sascha physisch zu einer Frau werden lassen sollte.

Die unwissenden und ratlosen Eltern wünschen sich ein „normales“ Leben mit ihrem Kind. Sascha, völlig unverstan-

den, verschafft seiner Wut und Angst Ausdruck und läuft schockiert davon. In einem fabelhaften Wald kommt Sascha wieder zu sich und wird von einem Schamanen in den Bann gezogen, der die Sage des Hermaphroditos aus der griechischen Mythologie erzählt.

Der Film, der ohne Worte auskommt, zeigt, dass geschlechtliche Vielfalt nichts Ungewöhnliches ist und sowohl bei Menschen, als auch bei den Tieren und Pflanzen vorkommt. Wir müssen nur die Türen in unseren Herzen und Köpfen öffnen .... (ea)

Hermes & Aphrodite. Ein Film von Gregor Zootzky, 2013, FSK ab 0 Jahren, ohne Altersbeschränkung, Länge 9:50 Min., Vorführformate 35mm, dcp, mov. DVD, Blue Ray. Zu beziehen über [www.gregorzootzky.de](http://www.gregorzootzky.de), 15 Euro plus Versandkosten

## Geschlechtersensible Beratung

Etablierte Ansätze und Konzepte zur pädagogische, psychosozialen und psychologischen Beratung sind in der Regel geschlechtsblind. Der vorliegende Reader stellt die Beratungsfelder vor, in denen bisher geschlechtersensible oder -reflexive Beratung etabliert wurde: Familie, Beruf, Gewalt, Pflege. Vorangestellt sind Kapitel zu den wissenschaftlichen Grundsätzen

und zum theoretischen Rahmen geschlechtssensibler Beratung: Habermas, Foucault, Bourdieu, Honneth, Nussbaum werden kurz mit ihren Ansätzen skizziert. Die Entwicklungslinien der feministischen und der männerorientierten Beratung sowie ihre Widersprüche werden dargestellt. Ein längst überfälliges, notwendiges und anspruchsvolles Buch. (us)

Katharina Gröning, Anne-Christin Kunstmann, Cornelia Neumann (Hrsg.): Geschlechtersensible Beratung. Traditionslinien und praktische Ansätze. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2015, 440 Seiten, ISBN 978-3-8379-2435-0, 49,90 Euro

## Mein intersexuelles Kind

Clara Morgen ist Mutter eines inzwischen erwachsenen intersexuellen Kindes. Das Buch enthält drei Teile, ein Glossar mit den wichtigsten Begriffen zum Thema, eine Literaturliste und eine Liste von Filmen und Hörbeiträgen.

Im ersten Teil beschreibt Clara Morgen, wie sie die Geburt und das Heranwachsen ihres Kindes erlebt hat, das zunächst Franz, dann nach ärztlicher Diagnose Franzi genannt wurde. Sie schreibt über den Umgang mit Ärztinnen und Ärzten, über Verunsicherung, über den Kampf um Schutz des Kindes und über Entscheidungen. Sie erzählt von Erzieherinnen und Erzieher, Freundeskreis und Familie, und sie schreibt in ergreifender Weise auch von Selbstzweifeln und Gewissensbissen.

Im zweiten Teil lässt sie drei intersexuelle Menschen und eine Mutter zu Wort kommen, die auf viele Fragen spannende und berührende Antworten geben.

Im dritten Teil geht es um Positionen. Ein Biologe, ein Psychotherapeut und eine Psychologin, eine politisch engagierte Frau, die sich für Kinderrechte einsetzt sowie ein Vertreter vom Verein Trans-QueerInter e. V. gewähren einen Einblick in die aktuelle Situation, die Belange und die Forderungen zum Thema Intersexualität.

Ein feines Buch, das viele Fragen beantwortet und noch mehr Fragen aufwirft, das zum Nachdenken anregt und Gefühle weckt. Ein Buch, das den Horizont erweitert und die Perspektive verrückt.  
(ea)

Clara Morgen: *Mein intersexuelles Kind*. Transit Buchverlag, Berlin, 2013,  
ISBN 978-3-88747-292-4, 14,80 Euro

## Was heißt denn hier Mutterschutz?!

Der DGB-Blickpunkt beleuchtet in seiner Ausgabe 2/2015 das Thema Mutterschutz. In Kooperation mit der Arbeitnehmerkammer Bremen, dem Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesundheit sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe spricht der Deutsche Ge-

werkschaftsbund Probleme bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen in Schwangerschaft, Mutterschutzzeit und Stillzeit für erwerbstätige Frauen an und gibt Hinweise für bessere Regelungen, die bei der derzeitigen Überarbeitung des Mutterschutzgesetzes durch den Bund unbedingt aufzunehmen sind. (us)

Die Broschüre steht als Download zur Verfügung unter [www.dgb-bestellservice.de](http://www.dgb-bestellservice.de)

Datum / Ort	Titel	Information
13. Juni 2015 Hannover	Es gibt mehr als Mann und Frau Fortbildung der Ärztekammer zu Trans*- und Inter*geschlechtlichkeit	FMGZ Region Hannover, <a href="http://www.fmgz-hannover.de">www.fmgz-hannover.de</a>
18. Juni 2015 Frankfurt am Main	#bestimmt schön. Wer bestimmt eigentlich über meine Schönheit? Fachtagung	Frauenreferat Stadt Frankfurt am Main, E-Mail: <a href="mailto:karina.voloder@stadt-frankfurt.de">karina.voloder@stadt-frankfurt.de</a> <a href="http://www.frauenreferat.frankfurt.de">www.frauenreferat.frankfurt.de</a>
10.-12. Juli 2015 Berlin	2. Gender Medicine Kongress des Deutschen Pharmazeutinnen Verbandes	Deutscher Pharmazeutinnen Verband <a href="https://blogs.fu-berlin.de/gender_diversity/2015/01/15/2-gender-medicine-kongress-des-deutschen-pharmazeutinnen-verbandes-in-heidelberg/">https://blogs.fu-berlin.de/gender_diversity/2015/01/15/2-gender-medicine-kongress-des-deutschen-pharmazeutinnen-verbandes-in-heidelberg/</a>
03. September 2015 Hannover	Spieglein, Spieglein an der Wand – Wer ist die schönste im ganzen Land? Megatrend Körperoptimierung 28. Fachtagung des Netzwerks Frauen, Mädchen und Gesundheit Niedersachsen	Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit Niedersachsen <a href="http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5142&amp;article_id=14227&amp;psmand=17">www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5142&amp;article_id=14227&amp;psmand=17</a>
18.-19. September 2015 Düsseldorf	Wir mischen uns ein“ - 34. Kongress des DÄB	Deutscher Ärztinnenbund e.V. (DÄB)Tagung <a href="http://www.aerztinnenbund.de">www.aerztinnenbund.de</a>
23.-26. September 2015 Berlin	10. Still- und Laktationskongress	Ausbildungszentrum Laktation und Stillen Email: <a href="mailto:info@stillen.de">info@stillen.de</a> <a href="http://www.stillen.de">www.stillen.de</a>
07. November 2015 Berlin	Arbeitstitel: Was kommt an bei den Frauen? 22. Jahrestagung	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. Jahrestagung <a href="http://www.akf-info.de">www.akf-info.de</a>
24.-28. Februar 2016 Berlin	29. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Motto: The Dark Side of the Moon – Krisen, Traumata ... – verlorene Sicherheit zurückgewinnen	<a href="http://www.dgvt.de">www.dgvt.de</a>
26.-28. Februar 2016 Hamburg	Wundertüte Elternschaft – Fortpflanzung 2.0 Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe	45. Jahrestagung zum Thema Elternschaft <a href="http://www.dgvt.de">www.dgvt.de</a>
26.-27. Februar 2016 Mannheim	Professionalität & Kompetenzen in Schwangerschaft, Geburt & Wochenbett Geburtshilfe im Dialog	Internationaler Kongress Geburtshilfe <a href="http://www.geburtshilfe-im-dialog.de">www.geburtshilfe-im-dialog.de</a>

## Fragen, Kritik oder Anregungen?

Dr. Ute Sonntag  
Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin  
Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

[ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de)

Ursula Jeß  
Nds. Ministerium für Soziales,  
Gesundheit und Gleichstellung  
Gustav-Bratke-Allee 2  
30169 Hannover

[ursula.jess@ms.niedersachsen.de](mailto:ursula.jess@ms.niedersachsen.de)

Birgit Vahldiek  
SoVD-Landesverband  
Niedersachsen e.V.  
Herschelstr. 31  
30159 Hannover

[birgit.vahldiek@sovd-nds.de](mailto:birgit.vahldiek@sovd-nds.de)

Hildegard Müller  
pro familia  
Landesverband Niedersachsen  
Lange Laube 14  
30159 Hannover

[hildegard.mueller@profamilia.de](mailto:hildegard.mueller@profamilia.de)