

Psychische Beschwerden in der frühen Mutterschaft (Teil 2)

Almut Nagel-Brotzler, Johanna Bröner, Eva-Maria Chrzonsz, Carl-Ludwig von Ballestrem, Pascale Britsch, Christiane Hornstein, Claudia Klier, Elvira Rave, Brigitte Scheid, Simone Schenk, Luc Turmes, Cornelia Albani
Der zweite Teil des Artikels über die Hebammenbefragung* beschäftigt sich damit, welche Symptome und Auffälligkeiten Hebammen bei Frauen mit postpartalen psychischen Störungen feststellen, was sie dann unternehmen – und was sie sich für die Zukunft wünschen.

Um zu erfassen, welche verschiedenen Symptome und Auffälligkeiten Hebammen bei betroffenen Frauen als wichtig einschätzen, gaben wir einerseits eine Liste mit Symptomen vor und baten anhand einer vierstufigen Skala (1 nie, 2 kaum, 3 häufig, 4 immer) um eine Einschätzung, wie häufig die Hebammen diese Symptome feststellten. Zum anderen konnten die Hebammen in Freitextfeldern weitere, eigene Erfahrungen und Beobachtungen zu Symptomen, ungewöhnlichen Äußerungen der Frauen selbst, Auffälligkeiten in der Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung sowie Äußerungen des Partners oder anderer Angehöriger über die betroffene Frau mitteilen.

Symptome und Auffälligkeiten bei betroffenen Frauen

Etwa drei Viertel der Befragten gaben an, Müdigkeit, starke Ängstlichkeit, Schlafprobleme und traurige Stimmung fänden sich »häufig« bei Frauen mit psychischen Beschwerden. Gereiztheit, Interessenverlust und Vernachlässigung des Haushaltes wurden seltener beobachtet.

82 Prozent der Hebammen gaben an, dass bei Frauen mit psychischen Beschwerden die Mutter-Kind-Beziehung »häufig« beziehungsweise »immer« auffällig sei. Im Vordergrund standen dabei ein überbesorgter/ängstlicher Umgang mit dem Kind und Stillprobleme. Mangelndes Interesse am Kind und stark wechselnde Gefühle dem Kind gegenüber beobachteten die Hebammen seltener.

Ein Drittel der Hebammen schätzten die Vater-Kind-Beziehung bei betroffenen Frauen »häufig« oder »immer« als auffällig ein. Auf die Frage, ob der Vater als überengagiert erlebt wird, antworteten 54 Prozent der Hebammen mit »häufig«. 34 Prozent meinten, dass der Vater »häufig« auffallend desinteressiert sei.

Ungewöhnliche Äußerungen des Partners oder anderer Familienmitglieder betroffener Frauen wurden von den Hebammen seltener erlebt. Allerdings meinten 53 Prozent, dass

»häufig« oder »immer« Familienmitglieder über die betroffene Frau sagen »Sie ist nicht mehr wie früher«.

Bildet man jeweils den Mittelwert aus den Einschätzungen der Hebammen bezüglich der Häufigkeit des Auftretens bestimmter Symptome und Auffälligkeiten, ergibt sich die folgende Rangliste:

1. Müdigkeit (3,10)
2. starke Ängstlichkeit (3,08)
3. Stillprobleme (3,08)
4. überbesorgter/ängstlicher Umgang mit dem Kind (3,0)
5. Schlafprobleme (3,02)
6. Probleme in der Mutter-Kind-Beziehung (2,95)
7. traurige Stimmung (2,93)
8. stark wechselnde Gefühle dem Kind gegenüber (2,73)
9. Gereiztheit (2,70)
10. Interessenverlust (2,54)

Nach weiteren Symptomen befragt, die ihnen bei Frauen mit psychischen Beschwerden aufgefallen seien, nannten 37 Hebammen insgesamt weitere 70(!) klinische Symptome – zum Beispiel Ratlosigkeit, mangelhafte Selbstfürsorge, Anhänglichkeit, körperliche Beschwerden, Übergenaugigkeit, übertriebene Reinlichkeit, Ehekonflikte.

53 Hebammen gaben weitere »auffällige Äußerungen« der betroffenen Frauen an, zum Beispiel »Mein Kind schreit ständig, schläft nicht, es will immer beschäftigt sein, es nervt«, »Mein Kind lächelt mich nicht an, es schaut immer so grimmig«. Äußerungen des Partners über seine Frau beschrieben die befragten Hebammen zum Beispiel mit »Sie ist keine gute Mutter«, »Sie soll sich mal um das Kind kümmern«, »Sie ist grantig, launisch«, »Sie lehnt mich ab«, »Sie hat keine Kraft, ist überfordert, sie schafft das nicht«, »Sie schläft nicht mehr«. Des Weiteren gaben die Hebammen Auffälligkeiten in der Mutter- und Vater-Kind-Beziehung an, etwa Unsicherheit in der Mutter- oder Vaterrolle, einen besonders engen oder besonders distanzierten Kontakt zum Kind.

Am häufigsten beobachten die Hebammen bei den betroffenen Müttern Müdigkeit, starke Ängstlichkeit und Schlafprobleme. Interessant ist, dass mit fast der gleichen Häufigkeit Stillprobleme, ein überbesorgter Umgang mit dem Kind und eine auffällige Mutter-Kind-Beziehung genannt werden. Erst danach werden klassische Symptome einer Depression (traurige Stimmung, Interessenverlust) oder Gereiztheit genannt.

Auch wenn unsere Untersuchung keine Rückschlüsse über ursächliche Zusammenhänge erlaubt, bekräftigt sie die Tatsache, dass Mutter und Kind in einer wechselseitigen Beziehung stehen. Es ist anzunehmen, dass eine sehr ängstliche Frau auch im Umgang mit ihrem Kind unsicher ist, sich überbesorgt verhält und möglicherweise auch deshalb zum Beispiel Stillprobleme auftreten. Umgekehrt ist denkbar, dass Stillprobleme das Gefühl, eine unzureichende Mutter zu sein, verstärken und sich die betroffene Frau unter anderem auch dadurch überbesorgt verhält.

Inzwischen gibt es zahlreiche Untersuchungen zu den Auswirkungen psychischer Erkrankungen in der frühen Mutterschaft für das Kind: Depressive Mütter sind kaum in der Lage, feinfühlig auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes einzugehen¹ und mit dem Kind eine aktive Interaktion zu gestalten.² Dies kann bei den Kindern unter anderem zu Verhaltensstörungen und einer verzögerten sprachlichen Entwicklung führen.³ In einer Längsschnittuntersuchung konnten bei fünfjährigen Kindern Zusammenhänge zwischen der postpartalen (und aktuellen)

* Das Projekt »Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von Frauen mit perinatalen psychischen Störungen« der deutschsprachigen Sektion der International Marce Society for Psychiatric Disorders of Childbearing wird durch die Dürr-Stiftung (Hamburg) und die Günter Reimann-Dubbers-Stiftung (Heidelberg) gefördert. Wir möchten uns bei allen Hebammen, die an unserer Untersuchung teilgenommen haben, recht herzlich bedanken.

Folsäure und Jod für Mutter und Kind

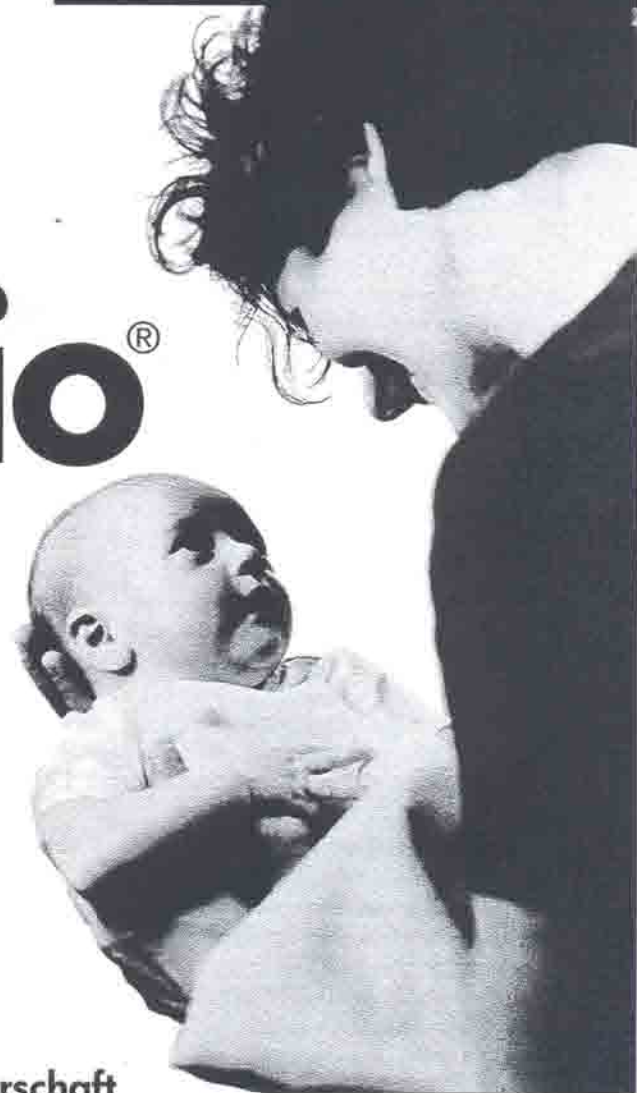
Depressivität der Mütter und einer verringerten Anpassung der Kinder an schulische Anforderungen nachgewiesen werden.⁴

Deshalb sind Interventionen, die auch die Beziehung zwischen Mutter und Kind berücksichtigen, dringend notwendig. Inzwischen liegen Behandlungsansätze vor, in denen die frühe Interaktionsstörung zwischen Mutter und Kind in die Behandlung einbezogen wird.^{5,6,7} Eine gezielte Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion fördert nicht nur die kindliche Entwicklung, sondern beeinflusst auch den Verlauf der postnatalen Depression günstig.⁸

Dass die Hebammen häufig einen besonders engagierten Vater beobachten, ist möglicherweise Ausdruck dafür, dass die Männer betroffener Frauen einspringen und verstärkt mütterliche Aufgaben übernehmen. Das kann im guten Fall eine wichtige Unterstützung und Entlastung für die Frauen sein. In manchen Fällen kann es aber auch ihre Insuffizienz- und Minderwertigkeitsgefühle verstärken – indem der Mann sich besonders engagiert, vermittelt er der Frau, dass er ihr nicht zutraut, die neuen Aufgaben zu bewältigen. Dies kann dazu führen, dass die Frau sich weiter zurückzieht, passiver wird, auch keine ermutigenden eigenen Erfahrungen im gelungenen Umgang mit ihrem Kind machen kann, was wiederum das Insuffizienzgefühl erhöht und eine weitere depressive Entwicklung bewirken kann. Auch hier wird die wechselseitige Beeinflussung innerhalb der Partnerbeziehung deutlich. Die Partnerschaft kann eine wichtige Ressource darstellen, aber auch ein Konfliktfeld, in dem sich beide Partner in ihrer Entwicklung behindern.

In welcher Weise sich psychische Beschwerden der Mutter und Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind bedingen beziehungsweise beeinflussen und welche Paar- oder Familienkonflikte im Hintergrund bestehen, kann jeweils nur im Einzelfall geklärt werden. Eine diagnostische Sicht, die nicht nur die psychischen Beschwerden der Mutter einbezieht, ist aber vor allem auch deshalb wichtig, weil sich daraus unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten ableiten – zum Beispiel Beratung oder psychotherapeutische Einzelbehandlung für die betroffene Frau, Paarberatung oder Interventionen, die auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind zielen.

Folio®



vor, während und nach der Schwangerschaft



Sie beraten kompetent und auf wissenschaftlicher Grundlage, wenn Sie **Folio®** allen Frauen empfehlen,

- ▶ die schwanger werden wollen,
- ▶ die schwanger sind
- ▶ oder die stillen.

Folio® im praktischen Klick-Spender deckt mit 400 µg Folsäure und 200 µg Jod pro Tablette den täglichen Bedarf.

120 Tabletten = 8,50 €
(empf. VK)

Die jodfreie Alternative:

Fol4oo®

- ▶ enthält ausschließlich 400 µg Folsäure pro Tablette
- ▶ zur Folsäureversorgung, wenn kein zusätzliches Jod zugeführt werden darf
- ▶ für alle Frauen, die hormonelle Kontrazeptiva anwenden

SteriPharm
Pharmazeutische Produkte GmbH & Co. KG
14195 Berlin – Fax: (030) 83 22 91 50
www.steripharm.de

Behandlung und Weitervermittlung

Die befragten Hebammen führten in 95 Prozent Gespräche mit betroffenen Frauen. Sie gaben Informationen, vermittelten Kontakte und führten zum Teil auch Partnergespräche und psychotherapeutische Beratungen durch. In 51 Prozent behandelten die Hebammen Frauen mit peripartalen psychischen Störungen selbst. Diese Behandlungen bestanden zum Teil in konkreten Anweisungen (zum Beispiel zu essen und schlafen zu gehen), sowie in praktischen Hilfen zur Entlastung (zum Beispiel durch Einbeziehung der Familie). Oft kamen Homöopathie und Akupunktur, aber auch Bachblüten und Massagen, Aromäole und Teemischungen zum Einsatz. Diese Maßnahmen sind sicherlich ausreichend beim postpartalen Stimmungstief und werden wahrscheinlich von den Frauen und ihren Angehörigen gut akzeptiert.

Besteht aber der Verdacht auf eine postpartale Depression oder Psychose, müssen andere Berufsgruppen zur weiteren Abklärung und Behandlung hinzugezogen werden. 93 Prozent der von uns befragten Hebammen gaben an, betroffene Frauen zu überweisen. Überwiegend wandten sich die Hebammen an Psychologinnen/Psychotherapeutinnen** (75 Prozent), Frauenärztinnen (68 Prozent), Beratungsstellen (61 Prozent) und Psychiaterinnen (51 Prozent). Andere Berufsgruppen wurden seltener kontaktiert. Hierbei nannten die Hebammen Mutter-Kind-Behandlungseinrichtungen (45 Prozent), Hausärztin (30 Prozent), Kinderärztin (26 Prozent) und Heilpraktikerin (24 Prozent). 26 Hebammen gaben noch weitere Institutionen an (Seelsorgerin, Sozialarbeiterin, Jugendamt, psychiatrische oder psychosomatische Klinik...).

Diese Angaben beruhen allerdings auf der Frage, ob prinzipiell (ja/nein) eine Beratung oder Behandlung betroffener Frauen durch die Hebamme oder eine Weitervermittlung an andere Berufsgruppen stattfand. Wie häufig und bei welchen Symptomen die jeweiligen Strategien verfolgt wurden, lässt sich anhand unserer Befragung nicht beantworten.

Eine Überweisung zur weiteren psychotherapeutisch-psychiatrischen Abklärung und Behandlung sollte in jedem Fall erfol-

gen, wenn es sich um schwere, stark beeinträchtigende Symptome der Mutter handelt, die sich nicht bessern (Ängste, Niedergeschlagenheit, Wut, Schlafstörungen, Essstörungen...) aber auch wenn eine Mutter das Gefühl hat, unfähig zu sein ihr Kind zu versorgen, trotz Unterstützung zu Hause nicht zurechtkommt, oder erhebliche Partnerschaftskonflikte, schwere Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind oder zusätzliche Belastungen (zum Beispiel soziale Probleme, Verluste, schwere Erkrankungen in der Familie) vorliegen. Eine Überweisung in eine psychiatrische Klinik ist unbedingt notwendig, wenn das Risiko eines Infantizides oder Suizides besteht, die betroffene Frau an schweren depressiven Symptomen, Wahnvorstellungen oder einer Abhängigkeitserkrankung leidet.

Die Behandlungsmöglichkeiten richten sich nach der Krankheitsform und deren Schwere: Beim postpartalen Stimmungstief, den so genannten Heultagen oder Baby-Blues können Zuwendung, Entlastung und gegebenenfalls naturheilkundliche Behandlungsmaßnahmen ausreichend sein. Bei schwereren Störungen kann neben psychotherapeutischen Interventionen zusätzlich (bei postpartaler Depression) beziehungsweise immer (bei postpartaler Psychose) eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika) und teilweise auch eine stationäre Behandlung notwendig sein. Neben der Behandlung der betroffenen Frau selbst kann weitere Unterstützung durch ein Mütterzentrum, eine Stillgruppe, Beratungsstellen (bei sozialen Problemen, Familien- und Paarkonflikten) oder eine Schreibstunde (entwicklungspsychologische Beratung bei Regulations- und Verhaltensstörungen der Säuglinge) hilfreich sein.

Obwohl die befragten Hebammen insgesamt eher zufrieden bezüglich ihrer Kooperation mit anderen Berufsgruppen waren, beklagten sie Probleme bei der Vermittlung betroffener Frauen. 82 Prozent beschreiben eine mangelhafte Behandlungsmotivation betroffener Frauen beziehungsweise ihrer Partner oder Familienmitglieder. Über die Hälfte der Hebammen (53 Prozent) konnten betroffene Frauen nicht vermitteln, weil sie regionale Behandlungsangebote nicht kennen beziehungsweise keine Ansprechpartnerinnen hatten. Als erschwerend beschrieben die Hebammen lange Wartezeiten für

psychotherapeutische Erstgespräche, aber auch Kommunikationsprobleme insbesondere mit ärztlichen Berufsgruppen, sowie eine mangelnde Akzeptanz der Hebammen als Kooperationspartnerinnen seitens der Ärztinnen und Therapeutinnen.

Unterstützungsbedarf

Auf die Frage »Worin hätten Sie für die Behandlung von Frauen mit psychischen Beschwerden mehr Unterstützung gebraucht?« stimmten 86 Prozent der Hebammen zu, dass sie Informationsmaterial für Frauen und Angehörige benötigten. 81 Prozent bräuchten mehr Informationen über regionale Behandlungsmöglichkeiten. 66 Prozent wollten selbst mehr Informationen über die Thematik erhalten und 59 Prozent hätten gern Supervision.

79 Prozent der Hebammen wünschten sich mehr Informationen darüber, wann eine Betroffene weitervermittelt werden sollte, 90 Prozent konkretere Informationen zu Vermittlungsmöglichkeiten. 74 Prozent der Befragten gaben Informationsbedarf bezüglich Gesprächstechniken an.

Wo und wie kann Informationsvermittlung stattfinden?

85 Prozent der Hebammen würden die Thematik den Schwangeren im Geburtsvorbereitungskurs (ohne Partner) nahe bringen, 84 Prozent hielten einen Partnerabend für geeignet. 31 Prozent stimmten der Aussage zu, dass ein allgemeiner Informationsabend zweckmäßig sei. 13 Prozent der Hebammen hielten spezielle Informationen für Schwangere nicht für notwendig.

An weiteren Möglichkeiten, Schwangere über die Thematik aufzuklären, wurden ein persönliches Gespräch, die Schwangerenbetreuung/-vorsorge (sowohl bei der Hebamme als auch bei der Ärztin), ein spezieller Informationsabend sowie das Auslegen von Informationsmaterial genannt.

Fort- und Ausbildungswünsche

Die Mehrzahl der Hebammen schätzte ein, bisher zu wenig über psychische Beschwerden während der Schwangerschaft und nach der Geburt erfahren zu haben, und 73 Prozent gaben an, diesbezüglich nicht auf ihre Ausbildung zurückgreifen zu können. 79 Prozent hatten bei Weiterbildungsveranstaltungen Informationen zu dieser Thematik erhalten.

** Wegen der besseren Lesbarkeit beschränken wir uns bei der Nennung von (Berufs-)Gruppen auf die weibliche Form. Gemeint sind jeweils Frauen und Männer. Die Redaktion

Auf die Frage, welche Angebote die Hebammen für ihre eigene Fortbildung bezüglich psychischer Beschwerden während der Schwangerschaft und nach der Entbindung nutzen würden, zeigte sich eine klare Präferenz für Informationsveranstaltungen, Informationsbroschüre und Buch. Ein Video würden 64 Prozent der Befragten nutzen, das Internet 55 Prozent.

Weitere Wünsche der Hebammen zur Verbesserung ihrer Kenntnisse betrafen die Möglichkeit an Fallbesprechungen teilzunehmen, ein kontinuierliches Fortbildungsangebot zu erhalten und eine interdisziplinäre Vernetzung.

Schlussfolgerungen

Hebammen sehen die Frauen regelmäßig in der Schwangerschaft und im Wochenbett, erhalten über die Väter wichtige Hinweise auf Verhaltensänderungen der betroffenen Frauen und können so frühzeitig Veränderungen wahrnehmen. Hebammen haben somit eine wesentliche Funktion in der Früherkennung psychischer Störungen und Selektion bezüglich der Vermittlung zu weiterer Diagnostik und Behandlung. Werden Hebammen in dieser Funktion ernst genommen und stehen Kooperationspartnerinnen (Ärztinnen, Therapeutinnen, Kliniken und Institutionen) zur Verfügung, kann eine frühzeitige Behandlung von Frauen mit peripartalen psychischen Störungen erfolgen und eine Chronifizierung der psychischen Störung der Mutter sowie deren negative Folgen für die Entwicklung des Kindes vermieden werden.

In der angloamerikanischen Literatur⁹ wird wiederholt auf die besondere Rolle von Hebammen, Gemeindefrauen und Sozialarbeiterinnen bei der Erkennung peripartaler psychischer Störungen hingewiesen. Auch in Deutschland gibt es in einigen Bundesländern Modellprojekte mit Familienhebammen, die in Anlehnung an Erfahrungen in Skandinavien und den Niederlanden Frauen und Kinder mit medizinischen und/oder psychosozialen Risikofaktoren von Beginn der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach der Geburt betreuen.¹⁰

Unsere Erfahrungen zeigen, dass es sich lohnt Kontakte zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aufzubauen. Dies verbessert einerseits die Kommunikationskultur zwischen verschiedenen Helfersystemen, andererseits können die regional vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden, sodass alle Beteiligten – betroffene Frauen, deren Familien, aber auch die verschiedenen Behandlerinnen – von einer intensiveren Kooperation profitieren können.

Unter anderem auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Hebammenbefragung wurden inzwischen visuelle Schulungsmaterialien (DVD/Video) zusammengestellt (Beschreibung siehe HF 6/05, S. 430 f), die hoffentlich dazu beitragen, psychische Beschwerden in der frühen Mutterschaft weiter zu entstigmatisieren und eine frühzeitige Diagnostik und angemessene Behandlung betroffener Frauen zu ermöglichen.

Literatur

1. Murray L et al.: The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development* 1996; 67: 2512-2526
2. Hippwell AE, Kumar R: Maternal Psychopathology and prediction of outcome based on Mother-Infant Interaction Ratings (BMIS). *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 655-661
3. Cox AD et al.: The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1987; 28: 917-928
4. Sinclair D, Murray L: Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. *Teachers report. British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 58-63
5. Hornstein C et al.: Postpartale psychische Erkrankungen: Möglichkeiten einer stationären Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. *Gyn* 2004; 9: 288-292
6. Barth R, Warren B: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1993; 42: 339-345
7. Hartmann HP: Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil II: Behandlungskonzepte und besondere Probleme. *Psychiatrische Praxis* 1997; 24: 172-177
8. Onozawa K et al.: Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2001; 63: 201-207
9. Church S, Scanlan M: Meeting the needs of women with mental health problems. The role of the midwife in perinatal mental health services. *The Practising Midwife* 2002; 5: 10-12
10. Schneider E: Zwischen Geburtshilfe und Sozialarbeit. *Dr. med. Mabuse* 2004; 149: 54-56

Dr. med. Almut Nagel-Brotzler

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Kontakt: Krankenhaus St. Trudpert, Klinik für
Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,
Wolfsbergallee 50, 75177 Pforzheim, Tel. (07231)
301-901, Fax (07231) 301-908, nagel@brotzler.de

FEMCON®

Vaginalkonen zur Beckenbodenaktivierung post partum

Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Funktionsfähigkeit des Beckenbodens nach vaginaler Entbindung ist das Ziel der Rückbildungsgymnastik, wobei die therapeutische Maßnahme in erster Hinsicht auf die Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur gerichtet sein muß.

FEMCON®

Wertvolle Hilfe hinsichtlich Erfolg und Compliance leistet FEMCON® ein Beckenbodentrainingssystem mit dem die Patientin auch außerhalb von Rückbildungskursen zu Hause gezielt weiter üben kann

FEMCON® ist ein Set mit 5 tamponförmigen Körpern von



gleicher Größe, aber unterschiedlichem Gewicht (20 bis 70g).

Anwendung: Es wird ausgetestet, welches Konusgewicht die Patientin mindestens 1 Minute vaginal halten kann, damit wird das Übungsprogramm begonnen.

Der Konus wird in die Vagina eingeführt und durch reflektorische und willentliche Kontraktion der noch vorhandenen Beckenbodenmuskulatur am Herausgleiten gehindert und so gezielt Muskulatur wieder aufgebaut. Kann der Konus 15 Minuten ohne Anstrengung getragen werden, wird die Übung mit dem nächst schwereren Konus fortgeführt.

Bei 2 bis 3 mal täglich 10 bis 15 Minuten Training wird innerhalb eines Monats eine deutliche Besserung erreicht, wie wissenschaftliche Studien aus namhaften Kliniken beweisen.

FEMCON® kann verordnet werden. Indikation: Strefsinkontinenz o. Descensus uteri I/II°. FEMCON® ist als Hilfsmittel zugelassen. Pos.-Nr. 15.25.19.0001. Der Etat des Arztes wird nicht belastet.

Die FEMCON®-Methode ist weltweit als Fortschritt in der Therapie der Beckenbodensuffizienz und als echte kostengünstige Alternative zur Operation anerkannt.

Wissenschaftliche Literatur bei
Firma Schmidt von Röhrscheidt
Stegangerstraße 4, 83737 Irschenberg
Telefax (0 80 62) 49 89
Telefon (0 80 62) 25 52

**FEMCON® ist im Fachhandel
oder direkt bei uns erhältlich.**