

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Heim K, Hofmann H, Lang U, Oberaigner W, Helmer H
Husslein P

Einheitliche Definition geburtshilflicher Begriffe für das Geburtenregister Österreich

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (1)
(Ausgabe für Österreich), 6-10*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (1)
(Ausgabe für Schweiz), 6-6*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



Einheitliche Definition geburtshilflicher Begriffe für das Geburtenregister Österreich

K. Heim, H. Hofmann, U. Lang,
W. Oberaigner, H. Helmer, P. Husslein

Arbeitsgruppe Definitionen des
Beirates des Geburtenregisters Österreich

Für Verbesserungen oder Änderungen in der geburtshilflichen Tätigkeit spielt insbesondere der Vergleich nach außen eine wichtige Rolle. Externe Qualitätssicherung erfordert eine Zusammenführung und Aufbereitung von Daten aus möglichst vielen vergleichbaren Institutionen/Abteilungen. Ähnlich wie in Deutschland die Perinatalerhebung hat nun Österreich (ausgehend von Tirol) seit 2005 ein Geburtenregister aufgebaut, in dem nun 79 Abteilungen (das sind 91 %) ihre geburtshilflichen Daten freiwillig einbringen. Am Institut für Klinische Epidemiologie in Innsbruck ist die zentrale Datensammlung, das „Geburtenregister Österreich“, beheimatet und dort erfolgt auch die weitere Datenbearbeitung. Allen Abteilungen wird vierteljährlich eine Auswertung der eigenen Abteilungsdaten und im Vergleich dazu aller anderen Abteilungen zusammen zur Verfügung gestellt. Seit Jänner 2007 erfolgt auch noch eine Unterteilung in drei Gruppen von Abteilungen: Abteilungen mit < 500 Geburten, Abteilungen mit > 500 Geburten und Perinatalzentren. Im Rahmen einer Abfrage bei den Abteilungen erfolgte die Zuteilung selbst.

Jede Datensammlung und Auswertung ist aber nur so gut wie die eingebrachten Daten. Eine entsprechende Qualität der Daten stellt eine wichtige Voraussetzung für eine

stimmige Auswertung dar. Nur so können in Folge die zutreffenden Schlussfolgerungen gezogen werden und ggf. die richtigen Veränderungen veranlasst werden.

Neben der Vollständigkeit und Plausibilität der Daten erweist es sich als besonders wichtig, dass alle bei der Dateneingabe unter bestimmten Dingen das Gleiche meinen. Daher war es eine der ersten Aktivitäten des 2005 gegründeten Beirates zum Geburtenregister, durch eine Arbeitsgruppe einheitliche Definitionen bei wichtigen geburtshilflichen Begriffen/Parametern zu finden. Es war dabei nicht oberstes Ziel, die „letzte Wahrheit“ zu finden (oder festzulegen), sondern einen Konsens für eine in ganz Österreich einheitliche Verwendung herzustellen. Die ersten österreichweiten Auswertungen zeigten insbesondere bei bestimmten Parametern unplausibel große Streubreiten.

Im Zuge der Recherchen und Erhebungen war erstaunlich, wie unterschiedlich selbst bei täglichen in Verwendung befindlichen und häufig gebräuchlichen geburtshilflichen Begriffen in Lehrbüchern und Publikationen unterschiedliche Definitionen zu finden waren [1–5].

Es war der Arbeitsgruppe auch ein Anliegen, mit der deutschen Perinatalerhebung möglichst kompatibel zu bleiben, um die Vergleichbarkeit mit diesem größten deutschsprachigen geburtshilflichen Qualitätssicherungsprojekt nicht zu verlieren.

Ein weiterer zu berücksichtigender Umstand waren die beiden am häufigsten im Einsatz befindlichen Dokumentationsprogramme. Beide wurden in Deutschland für die deutsche Perinatalerhebung entwickelt und wesentliche Änderungen in der Software sind *de facto* nur in Abstimmung mit den Anwendern und Anforderungen in Deutschland durchführbar. Das hatte leider im Einzelnen auch Einfluss auf den Spielraum der Definitionsfestlegungen bei uns in Österreich.

Insgesamt hat aber die Arbeit der Arbeitsgruppe schlussendlich zu medizinisch geleiteten und konsensualen Definitionen geführt, die zuletzt von allen Mitgliedern des Beirates des Geburtenregisters Österreich zustimmend beurteilt wurden und auch der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) zur Kenntnis gebracht wurden.

Damit die Qualitätsvergleiche im Geburtenregister Österreich valide sind, ist es unbedingt notwendig, dass die im Folgenden beschriebenen Definitionen ab 1.1.2008 verbindlich eingehalten werden. Die Definitionen werden im Zuge des 3. Quartalsberichtes 2007 an alle Abteilungen versandt und auch im Internet auf der Homepage des Instituts für Klinische Epidemiologie (IET)/ Geburtenregister publiziert werden (www.iet.at).

Damit die Definitionen möglichst gut und schnell kommuniziert werden und ab Jahresbeginn 2008 auch „in alle Köpfe gelangen“, wäre es sehr wichtig, dass in den Abteilungen diese Definitionen auch allen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen (Hebammen, Ärzten) im Rahmen einer Besprechung oder Informationsveranstaltung mitgeteilt werden.

Wir versprechen uns durch Vereinheitlichung der Begriffe eine weitere Verbesserung der Datenqualität und in Konsequenz wesentlich zuverlässigere Aussagen.

Es wurden nun in einer ersten Runde die uns am vordringlichsten erscheinenden Begriffe bearbeitet. Die Arbeitsgruppe wird im kommenden Jahr weitere Definitionen bearbeiten.

Definitionen

■ Geburtsbeginn

- Der Geburtsbeginn wird mit dem Beginn der Geburtswehen festgelegt (ein vorzeitiger Blasensprung wird nicht berücksichtigt).
- (Geburts-) Wehenbeginn wird definiert als Zeitpunkt des Beginns von wiederkehrenden bzw. regelmäßigen Wehen, die zur Eröffnung des Muttermundes und zur Geburt führen (= „geburtsrelevante Wehen“).

Kommentar:

Der Geburtsbeginn als zeitpunktmäßiger Beginn der Geburt ist biologisch nicht festzumachen. Da es ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren (v. a. Wehen und Blasensprung, Zeitpunkt der Schwangerschaft, therapeutische Maß-

nahmen/Wehenhemmung, Überlebenschancen der Kinder, Einleitungsmaßnahmen, operative Interventionen, akute Indikationen für Kaiserschnitte usw.) gibt, gibt es auch in den Lehrbüchern [1–6] und in der Literatur [7] höchst unterschiedliche Beschreibungen.

Da der Geburtsbeginn in der Rechtsprechung auch eine wesentliche Rolle in der Unterscheidung zwischen Leibesfrucht und Mensch, d. h. folglich zwischen Schwangerschaftsabbruch und Tötungsdelikt (z. B. Mord), spielt [7], gibt es dazu auch dort Festlegungen, die zwar medizinisch nicht zwangsweise richtig oder verbindlich sein müssen, also durchaus auch korrigiert werden könnten, aber doch Beachtung finden müssen.

Insbesondere der spontane Blasensprung wird in älteren Definitionen noch vielfach berücksichtigt. Unter heutiger Sichtweise kann er nicht mehr sinnvoll zur Definition des Geburtsbeginns herangezogen werden. Blasensprünge können insbesondere bei niedrigen Schwangerschaftswochen Tage oder Wochen vor dem Beginn von Geburtswehen (Beginn muttermundswirksamer Wehen, die in Folge zur Geburt führen) oder einer Sectio stattfinden. Therapeutische Maßnahmen können zudem nach Blasensprung Geburtswehen verhindern oder hinauszögern. Bei Berücksichtigung des Blasensprunges würden tage- oder gar wochenlange Geburtsdauern resultieren. Es erschien dem Beirat nicht zielführend und für Auswertungen nicht aussagekräftig, den Blasensprung in die Definition einzubinden. Der Zeitpunkt des Blasensprunges wird in der Dokumentation erhoben und getrennt festgehalten und kann im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der Geburt gut ausgewertet werden.

Obwohl die Unterscheidung von Schwangerschafts-, Vorgeburts- und Geburtswehen nicht immer leicht ist, sollte der Zeitpunkt des ungefähren Beginns von muttermundswirksamen Wehen, die dann auch zur Geburt führen (!), meist eingegrenzt werden können. Es ist an sich nicht der Zweck, dies auf die Minute genau festzumachen, für eine Datenerhebung und Berechnungen ist es aber leider unumgänglich, einen bestimmten plausiblen Zeitpunkt in (Halb-) Stundenschritten auszuwählen.

■ Einleitung

- Jede medikamentöse Maßnahme und/oder Blasensprengung (artifizielle Eröffnung der Fruchtblase) mit dem Ziel, die Geburt zu erreichen.
- Die Medikamente sind beschrieben durch Oxytocine und Prostaglandine (Gel, Bändchen, vaginale und orale Tabletten).

Hinweis:

Nicht zu den hier gemeinten Einleitungen zählen andere Maßnahmen wie Einlauf, Akupunktur, Homöopathie u. dgl.

Kommentar:

Wir haben aus Gründen der Vergleichbarkeit die Auswahlmöglichkeiten der deutschen Perinatalerhebung zur Definition von Einleitung ja/nein herangezogen [8]. Daher sind andere Maßnahmen nicht berücksichtigt.

■ Primäre/sekundäre Sectio

- Als primäre Sectio wird eine Sectio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung sowie ohne vorangegangenen unmittelbaren Einleitungsversuch oder akuten Anlass bezeichnet.

Hinweis:

Eine sekundäre Sectio ist daher z. B. auch eine Sectio, die an sich geplant/terminiert war, tatsächlich aber nach Geburts(wehen)beginn und/oder Blasensprung durchgeführt wurde, eine Sectio im Anschluss an eine frustrane Einleitung, eine Sectio nach jedem vorzeitigen Blasensprung, eine Sectio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung, jedoch bei bedrohlichen Blutungen, akutem Abdomen (z. B. V. a. Sitzlösung, V. a. Appendizitis), eklamptischem Anfall, pathologischem CTG ohne Wehen, Status febrilis unklarer Genese, V. a. Amnioninfektionssyndrom ohne Blasensprung, mütterlichem Schock (z. B. allergischer Genese, kardialer Ursache, bei Lungen-/Fruchtwasserembolie), mütterlicher Erkrankung(sverschlechterung) (z. B. bei Herz- oder Kreislauferkrankungen, Lebererkrankungen), V. a. Uterusruptur, Nabelschnurvorfalld. dgl.

Kommentar:

Einer der umstrittensten Begriffe war und ist die Bezeichnung „primäre“ bzw. „sekundäre“ Sectio. Einer der wesentlichen Aspekte liegt einerseits in dem Umstand, ob die Geburt schon begonnen hat, andererseits ob eine Sectio als Geburtsmodus schon ausgewählt worden ist bzw. geplant gewesen ist. Das Dilemma ist, dass beide Aspekte sich nicht in einem Begriff vereinen lassen.

Weiters besteht der dzt. nicht veränderliche Umstand, dass beide im Einsatz befindlichen gängigen Computerprogramme letztendlich nur die Begriffe „primäre Sectio“ und „sekun-

däre Sectio“ für die deutsche Perinatal- und Geburtenregister-Dokumentation exportieren. Selbst wenn man rein beschreibende Begriffe bei dem unmittelbaren Eingabefeld hinterlegen würde, müssen sie dann doch im Hintergrund in die beiden Begriffe „primär“ und „sekundär“ verschlüsselt werden und es ergibt sich vor Ort in jeder Abteilung wieder das Problem, wie diese Zuordnung (für den Datenexport) erfolgen sollte. Es ist derzeit nicht möglich, diese Verschlüsselung zentral (d. h. im Geburtenregister) vorzunehmen. Daher können die Auswertungen im Nachhinein nicht, auch nicht zentral, nach verschiedenen Aspekten variiert werden.

Bei allem Für und Wider haben wir einem Auswertungsziel schlussendlich Priorität gegeben. Es sollten alle Sectiones als primäre Sectiones bezeichnet werden, die vor dem Geburtsbeginn, ohne Blasensprung, ohne unmittelbaren Einleitungsversuch und ohne einen akuten Anlass stattfinden, d. h. alle elektiven, geplanten Sectiones ohne diese begleitenden möglichen Risikofaktoren. Hier sind wir bewusst von der publizierten Definition der deutschen Perinatalerhebung abgewichen [8].

Es kommt noch hinzu, dass im angloamerikanischen Sprachraum der Begriff „primary cesarean section“ eine Erstsectio (erste Sectio, gleichgültig ob schon vaginale Geburten vorausgingen) bezeichnet und der Begriff „secondary cesarean section“ nicht vorkommt [7]. Es gibt dort den Begriff „elective cesarean section“ für wahlweise und geplante Kaiserschnitte.

■ Scheidenriss

- Nur Scheidenrisse, die zur Gänze oberhalb des Hymenalsaumes beginnen.

Hinweis:

Dammrisse (I. bis IV. Grades) sind praktisch immer Scheidendammrisse [2]! Wenn also ein kleiner Scheidenriss noch das Hymen und/oder den Scheidenvorhof (Introitus) erreicht, soll er als Scheidendammriss I. Grades klassifiziert werden. Zusätzliche Risse in der Scheide bei einem Dammriss und/oder einer Episiotomie (auch in Form eines deutlichen Weiterrisses oder Zusatzzrisses) sollen auch zusätzlich als Scheidenrisse dokumentiert werden.

Kommentar:

Die Auswertungen zeigten große Unterschiede in der Rate der Scheidenrissverletzungen. Daher wurde der Bedarf nach einer einheitlichen Definition unterstellt. Mutmaßlich wurden kleine Scheidendammrisse, die sich vor allem in-

nerhalb des Hymenalsaumes ausdehnten, als Scheidenrisse dokumentiert und nicht als (Scheiden-) Dammrisse I. Grades.

Es ist dzt. über die Art der Dokumentationsmöglichkeit beider gängiger Computerprogramme leider nicht zwischen tiefen und hohen Scheidenrissverletzungen zu unterscheiden, obwohl die Lokalisation eine deutliche Rolle in der Risikozuteilung spielt.

■ Plazentalösungsstörung

- **Operativ behandelte Störung der Plazentalösung (d. h. manuelle Lösung, Nachtastung und/oder Kürettage).**

Hinweis:

Die Art der Plazentalösung bei Sectiones ist hier nicht relevant und wird nicht ausgewertet.

Kommentar:

Insbesondere der Begriff „Plazentalösungsstörung“ führte zu einer großen Anzahl von Missverständnissen. Er wird so in einem Item (ohne Zusatz) im deutschen Perinatalerhebungsbogen verwendet. Nur in einem zusätzlichen vielseitigen Erläuterungspapier wird beschrieben, dass darunter obige operative Eingriffe zu verstehen sind [8].

In beiden gängigen Computerprogrammen wird dieser Begriff leider auch ohne Erklärung oder Zusatz verwendet. Daher haben bisher offensichtlich viele Dateneingabe diesen Begriff missverstanden bzw. falsch verwendet. Die Folge waren „unerklärlich“ hohe Unterschiede in den Raten von Plazentalösungsstörungen unter den Abteilungen, und ein reeller Vergleich war nicht mehr möglich.

Obwohl man durchaus streiten könnte, ob nicht auch Plazentalösungen, die z. B. einen Zug an der Nabelschnur erforderten oder medikamentös unterstützt werden mussten, als „Plazentalösungsstörungen“ gelten könnten, haben wir uns im Gleichklang mit Deutschland für die obige Definition entschieden. Wichtig ist in diesem Falle wieder besonders, dass alle bei der Datendokumentation das Gleiche verstehen, nicht so sehr, ob dies die „letzte“ inhaltliche oder sprachliche „Wahrheit“ darstellt.

■ Revisionsbedürftige Wundheilungsstörung

- **Wundheilungsstörung, die operativ in einem OP behandelt werden musste.**

Hinweis:

Damit ist die Definition unabhängig davon, ob eine Narkose notwendig war.

Kommentar:

Dieser für die Erhebung der mütterlichen Morbidität sehr bedeutsame Begriff ließ in der Vergangenheit zu viel Interpretationsspielraum offen. Daher haben wir ihn auf obige Definition festgelegt. Es ist hier nicht bedeutend, ob eine Revision im Sprachgebrauch generell eine Operation bedingt oder ob sie im OP stattgefunden haben muss, wichtig ist nur eine einheitliche Verwendung des Begriffes. Damit eine eindeutige Situation als Marker für Wundheilungsstörungen beschrieben wird, haben wir uns entschieden, für „revisionsbedürftig“ eine operative Sanierung im OP als hartes Kriterium zu bestimmen (in der englischen Literatur oft als „back to the theater“ bezeichnet).

■ Sepsis

I. Nachweis eines infektiösen Ursprungs der Inflammation (mindestens eines der folgenden Kriterien):

- mikrobiologisch gesicherte Infektion
- klinisch gesicherte Infektion
- vermutete Infektion

II. Nachweis einer systemischen inflammatorischen Wirtsreaktion (SIRS) (mindestens zwei der folgenden Kriterien):

- Hypo- (< 36 °C) oder Hyperthermie (> 38 °C)
- Tachykardie (> 90/min)
- Tachypnoe (> 20/min) und/oder arterielle $p\text{CO}_2 < 4,3 \text{ kPa}$ (33 mmHg) und/oder maschinelle Beatmung
- Leukozytose > 12000/ μl oder Leukopenie < 4000/ μl und/oder Linksverschiebung > 10 % im Differenzialblutbild

Hinweis:

I und II müssen erfüllt sein.

Kommentar:

Dieser für die Erhebung der mütterlichen Morbidität ebenfalls sehr wichtige Begriff wurde bisher verschieden interpretiert. Bei der zu erwartenden niedrigen Inzidenz sind jedoch schon kleine Zahlenunterschiede bedeutend, umso mehr muss auf eine exakte und einheitliche Definition geachtet werden, um falsche Interpretationen und Schlussziehungen zu vermeiden. Es war hier naheliegend und außer Diskussion, die Kriterien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft (DSG) zu verwenden [9, 10].

■ Verlegung Kind

- **Verlegung des Kindes weg von der üblichen Unterbringung der Mutter bzw. des Kindes, unabhängig von der Schwere des Grundes.**

Hinweis:

Zum Beispiel sind dies Verlegungen weg von der Wochenstation, also auch in eine Intermediate-Care-Einheit oder auf eine Kinderstation im selben Krankenhaus.

Der in Programmen und Erläuterungen verwendete Begriff „Kinderklinik“ ist für Österreich irreführend, da in Deutschland damit alle Kinderabteilungen gemeint sind und nicht wie in Österreich nur bestimmte Kinderklinien.

Kommentar:

Es bestand Konsens, dass für die Mutter-Kind-Beziehung/Bonding und die Stillfolge eine große räumliche Nähe von Mutter und Kind mitentscheidend ist. Daher ist eine Unterbringung des Kindes außerhalb des mütterlichen Patientenzimmers bzw. der Wochenstation ein wesentlicher potenzieller „Störungsfaktor“. So sollten nach Meinung des Beirates alle Verlegungen der Kinder weg von der Wochenstation, sei es in Intermediate-Care-Einheiten, Kinderabteilungen des eigenen Krankenhauses oder gar von anderen Krankenhäusern, als Verlegungen gelten und so dokumentiert werden.

Es ist inoffiziell bekannt, dass Krankenhäuser Verlegungen auf die Kinderstation des eigenen Krankenhauses nicht als Verlegungen angeben. Dies führt leider zu falschen Vergleichsdaten.

Wichtig ist auch hier wieder vorrangig die Einheitlichkeit der Datenerhebung.

LITERATUR:

1. Martius G. Lehrbuch der Geburtshilfe, 12. Auflage. Thieme, Stuttgart, 1988.
2. Pschyrembel W, Dudenhausen JW. Praktische Geburtshilfe, 18. Auflage. De Gruyter, Berlin, New York, 1994.
3. Schneider H, Husslein P, Schneider KTM. Die Geburtshilfe, 2. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2004.
4. Kürzel W. Geburt I und II. In: Bender HG, Diedrich K, Künzel W (Hrsg). Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 6 und 7, 4. Auflage. Urban & Fischer, München, 2002.
5. Strauss A. Geburtshilfliche Basics. Springer, Berlin, Heidelberg, 2006.
6. Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics, 22nd ed. McGraw-Hill, New York, 2005.
7. Helmer H, Leon J. Definitionen in der Geburtshilfe: Geburtsbeginn. Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2006; 24: 6.
8. Ausfüllhinweise Geburtshilfe (16/1), Stand 31. März 2006 (BQS-Spezifikation 9.0 SR3) (http://www.bqs-online.de/boegen-2006/Ausfuellhinweise_16_1.htm) zum Datensatz Geburtshilfe (16/1) ab 01.01.2006, BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH Deutschland.
9. Konsensuskonferenz – Kriterienkatalog für die Diagnose der Sepsis. Homepage der Deutschen Sepsis-Gesellschaft (http://webanae.med.uni-jena.de/WebObjects/DSGPortal.woa/WebServerResources/sepsis/info_m_2.html).
10. Reinhart K, Brunkhorst FM, Bone HG, Gerlach H, Gründling M, Kreyman G, Kujath P, Marggraf G, Mayer K, Meier-Hellmann A, Peckelsen C, Putensen C, Quintel M, Ragaller M, Rossaint R, Stüber F, Weiler N, Welte T, Werdan K. Diagnose und Therapie der Sepsis. S-2 Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e. V. (DSG) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (http://webanae.med.uni-jena.de/WebObjects/DSGPortal.woa/WebServerResources/sepsis/dokumente/GuidelinesZeitschriften_18.01.06_001.pdf).

Korrespondenzadresse:

*Institut für Klinische Epidemiologie (IET)
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
www.iet.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)