

Die Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest

Erhöhtes Risiko für Trisomie 21

Bachelor-Thesis

Birri Linda und Guler Corina

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit
Bachelor of Science Hebamme

2011

INHALTSVERZEICHNIS

1	Glossar	4
2	Abstract	6
3	Einleitung und Zielsetzung	7
	3.1 Problembeschreibung	7
	3.2 Relevanz	7
	3.3 Zielsetzung.....	8
	3.4 Fragestellung	8
	3.5 Eingrenzung.....	9
4	Theoretischer Hintergrund	9
	4.1 Screening.....	9
	4.2 Trisomie 21	9
	4.3 Ersttrimestertest	10
	4.3.1 Alter der Mutter	10
	4.3.2 Nackentransparenz	11
	4.3.3 Biochemische Parameter	11
	4.4 Weiterführende Massnahmen	11
	4.5 Betreuungskonzepte	11
	4.5.1 Hebammengeleitete Betreuung / Midwife-led model of care.....	12
	4.5.2 Kontinuierliche Betreuung / Continuity of Care	12
5	Methode	13
	5.1 Literaturrecherche	13
	5.2 Literaturanalyse.....	15
6	Ergebnisse	17
7	Diskussion	27
	7.1 Betreuung rund um den Ersttrimestertest	27
	7.1.1 Kontinuierliche Betreuung / Continuity of Care	30
	7.1.2 Hebammengeleitete Betreuung / Midwife-led model of care.....	31
	7.2 Transfer Schweiz	32
	7.3 Empfehlungen	34
	7.3.1 Mögliche Massnahmen	34
	7.4 Reflexion	35
	7.4.1 Der Arbeitsprozess.....	35
	7.4.2 Stärken	36
	7.4.3 Schwächen	37
	7.4.4 Rolle der Autorinnen	37
8	Schlussfolgerung	38
9	Literaturverzeichnis	40
10	Abkürzungsverzeichnis	44
11	Anhang	45

11.1	Literaturübersicht zur Betreuung rund um den ETT	45
11.2	Literaturübersicht zu den Betreuungskonzepten.....	50
11.3	Literaturübersicht zu den Leitlinien	52

1 GLOSSAR

Amniotomie	Künstliches Eröffnen der Fruchtblase
Amniozentese	Fruchtwasserpunktion unter Ultraschallkontrolle zur Chromosemanalyse nach Kultivierung der Zellen
Aneuploidien	Störung in der Anzahl Chromosomen
Bias	Systematischer Fehler
Chorionzottenbiopsie	Punktion der Chorionzotten (sich entwickelnde Plazenta) zur Chromosomenanalyse
Chromosomenanomalien/ Chromosomenaberration	Störung in der Anzahl Chromosomen
Intrapartum/ intrapartal	Unter / während der Geburt
Invasiv	Zu diagnostischen Zwecken in ein Organ eingreifend
Inzidenz	Anzahl Neuerkrankungen in einer spezifischen Zeitperiode und Population
Member-Check	Ergebnisse einer Studie mit deren Teilnehmerinnen abstimmen
Nackentransparenz	Subkutanes Ödem im Nacken des ungeborenen Kindes
Periduralanästhesie (PDA)	Injektion von Schmerzmitteln nahe dem Rückenmarksraum (Epidural) mittels Katheter zur Schmerztherapie unter der Geburt oder bei Kaiserschnitten
Pränatale Diagnostik	Untersuchungen in der Schwangerschaft, um eine Krankheit oder Behinderung auszuschliessen oder zu diagnostizieren
Pränatales Screening / Pränatalscreening	Untersuchungen und Risikoberechnungen in der Schwangerschaft, um Hinweise auf eine Krankheit oder Behinderung (z.B. Trisomie 21) zu erfassen
Prävalenz	Die Häufigkeit einer Krankheit/eines Merkmals in der Bevölkerung, definierter Zeitpunkt
Primäre Outcome Variable	Ergebnisse, die die Fragestellung beantworten
Sekundäre Outcome Variable	Ergebnisse, die zusätzlich gefunden wurden und die Fragestellung nicht direkt beantworten

Sensitivität	Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem positiven Testergebnis die Testperson auch krank ist
Set	Spezifischer Kontext der Intervention (z.B. pränatale Abteilung im Spital)
Setting	Kontext der Untersuchung (z.B. Region, Spital)
Softmarker	Minimale anatomische Veränderung, die einen Hinweis für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Chromosomenanomalie darstellt (Beispiel: verbreiterte Nackenfaltentransparenz)
Spezifität	Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem negativen Testergebnis die Testperson auch gesund ist

(Bonita et al., 2006; Carolan & Hodnett, 2007; Dudenredaktion, 2011; Neuhaus, 2006; Polit et al., 2001; Schneider et al., 2006)

2 ABSTRACT

Einleitung: Aufgrund der medizintechnologischen Entwicklung, des verstärkten Fokus auf die Gesundheit des Kindes und des steigenden Alters werdender Mütter, welches das Risiko für Trisomie 21 erhöht, nimmt die Relevanz der Thematik Pränatalscreening zu. Das Ziel dieser Literaturreview ist es, die Betreuung rund um den Ersttrimestertest zu erfassen, welche den Bedürfnissen der Frau / des Paares entspricht. Weiter werden ein möglicher Transfer internationaler Erkenntnisse in die Schweiz und mögliche Betreuungskonzepte besprochen.

Methoden: Zeitraum der Literaturrecherche zwischen dem 23. Oktober 2010 und dem 21. Juni 2011 auf diversen Datenbanken. Analyse von sechs qualitativen Studien, drei quantitativen Studien, vier Reviews und zwei Leitlinien.

Ergebnisse: Aus der Literaturanalyse ergeben sich folgende zentrale Hauptergebnisse: Relevanz der Thematik Pränatalscreening, psychosoziale Konsequenzen für Frau und Paar, unterschiedliche Bewältigungsstrategien, Verständnisschwierigkeiten des Begriffs (Risiko) und der Thematik, ungenügende Betreuung und Beratung, mögliche Hebammenbetreuungskonzepte, Haltung der Frau dem Screening gegenüber, wichtige Rolle des Partners / Umfelds, emotionale und professionelle Konsequenzen für die Hebamme und die Kompetenzen der Hebamme.

Diskussion: Ein erhöhtes Risiko bei pränatalem Screening kann psychosoziale Folgen für Frau und Partner haben, was eine angepasste Betreuung erfordert. Die Konzepte *kontinuierliche* und *hebammengeleitete Betreuung* werden für eine mögliche Umsetzung in der Schweiz in Betracht gezogen. In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Hebammenarbeit eine positive Wirkung auf die Schwangerschaft und die Frau und das Paar hat. Folglich kann man daraus schliessen, dass eine Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest den Bedürfnissen entspricht. Zur Umsetzung sind ein Strukturwandel im Schweizer Gesundheitswesen, Aus- und Weiterbildungen von Hebammen sowie eine Sensibilisierung der Gesellschaft nötig.

Schlussfolgerung: Die Hebamme, oder eine Gruppe von Hebammen, wird als primäre fachliche Bezugsperson oder -gruppe im interdisziplinären Rahmen bei pränatalem Screening für Trisomie 21 empfohlen.

Schlüsselwörter: Downsyndrom, Ersttrimestertest, Hebammenbetreuung, Kontinuierliche Betreuung, Pränatalscreening, Risikoeinschätzung, Trisomie 21

3 EINLEITUNG UND ZIELSETZUNG

3.1 Problembeschreibung

Eine 36-jährige Erstgebärende meldet sich im Gebärsaal mit zunehmender Wehentätigkeit. Die Hebammenstudentin liest zur Vorbereitung das Dossier. Darin befindet sich ein Dokument zum Ersttrimestertest (ETT, Kap. 4.3), welches ein erhöhtes Risiko für eine Trisomie 21, auch bekannt als Downsyndrom, bestätigt. Der Studentin fällt auf, dass keine weiteren Angaben zur Beratung, Betreuung und zusätzlichen Abklärungen in der Schwangerschaft (SS) diesbezüglich vorliegen. Die Haltung und Emotionen der Klientin zum durchgeführten Ersttrimestertest gehen aus den Unterlagen nicht hervor. Da die Frau bereits schmerzhaft Wehen hat, ist eine Thematisierung des Tests zu diesem Zeitpunkt nicht angebracht. Viele Fragen seitens der Hebammenstudentin bleiben ungeklärt. Trotz erhöhtem Risiko für Trisomie 21, wird ein gesundes Mädchen geboren.

3.2 Relevanz

Laut dem Schweizer Bundesamt für Statistik (BFS) wurden im Jahr 2004 73'082 Lebendgeburten verzeichnet. Jährlich sind rund 98 bis 156 Schwangerschaften von einer Trisomie 21 betroffen, davon werden in der Schweiz lediglich 26 % bis 50 % ausgetragen und geboren. Im Jahr 2004 waren rund 0.06 % der lebendgeborenen Kinder von Downsyndrom betroffen (BFS, Bundesamt für Statistik, 2007).

Gemäss Schneider, Husslein, & Schneider (2006) hat der Anteil der über 35 jährigen Schwangeren in den letzten 15 Jahren von 11 % auf 25 % zugenommen. Laut dem BFS(2009) hat sich die Anzahl Gebärender im Alter zwischen 40 und 44 Jahren von 2002 bis 2009 fast verdoppelt. Da das Risiko für eine Chromosomenanomalie mit steigendem Alter der Mutter zunimmt, wird das Thema Trisomie 21 in der Geburtshilfe immer wichtiger.

Durch die medizintechnologische Entwicklung der letzten Jahrzehnte entstand eine Bandbreite von unterschiedlichen Screeninginstrumenten (Kap. 4.1) in der Geburtshilfe. Der Ersttrimestertest hat sich in den letzten Jahren in der westlichen Welt als ein solches Screeninginstrument für die Risikoerfassung von Trisomie 21 etabliert. Der Fokus dieser Bachelor Arbeit liegt bei Trisomie 21, da das Syndrom 50 % aller Chromosomenstörungen ausmacht (Schneider et al. 2006).

Schneider et al. (2006) betonen die Bedeutung der Beratung vor dem Ersttrimestertest und insbesondere die Wichtigkeit einer guten Erklärung des Begriffs *erhöhtes Risiko*. Die Aufklärung der Klientin in der Schweiz zu weiteren möglichen Konsequenzen des

Tests, wie Ängste, Ablehnung der Schwangerschaft, falsche Sicherheit, invasive Pränataldiagnostik, Abortrisiko und Schwangerschaftsabbruch (Ahman, Runestam & Sarkadi, 2010; Carolan & Hodnett, 2007; Georgsson, Waldenström, Grunewald & Olin, 2006; Hertling-Schaal, Perrotin, de Poncheville, Lansac & Body, 2001; Pilnick & James, 2003; Lalor, Devane & Begley, 2007), scheint den Autorinnen dieser Bachelor-Thesis jedoch nicht transparent. Auch die Betreuung der Schwangeren nach einem positiven Testergebnis bleibt unklar, insbesondere da der Entscheid für weitere Abklärungen in kurzer Zeit (zwei bis fünf Wochen) gefällt werden muss, wie aus dem Flussplan der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern hervorgeht (Büchi, Ravenel, Raio, & Surbek, 2007). Dem Empfinden und Erleben der Frau bei einer Risiko-einschätzung sollte mehr Beachtung geschenkt werden. Es ist bekannt, dass eine Hebammenbetreuung die auf die Bedürfnisse der Frau abgestimmt ist, einen physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf fördert (Hatem, Sandall, Soltani, & Gates, 2009). Jedoch wird diese Thematik in der Schweiz dem ärztlichen Kompetenzbereich zugeordnet, eine Rolle der Hebamme scheint nicht definiert (Haberthür & Lauper, 2003; Hürlimann & Baumann-Hölzle, 2004).

3.3 Zielsetzung

Das Ziel dieser Literaturreview (Literaturübersicht) ist es, eine bedürfnisorientierte Betreuung rund um den Ersttrimestertest und eine mögliche Rolle der Hebamme in diesem Prozess zu diskutieren. Unter bedürfnisorientierter und ganzheitlicher Betreuung verstehen die Autorinnen die psychosoziale Unterstützung, den Einbezug der Familie und des Umfelds, eine umfassende Beratung sowie eine kontinuierliche Begleitung. Der Fokus dieser Arbeit liegt bei der Betreuung von Schwangeren mit einem positiven Ersttrimestertest (Kap. 4.3). Weiter wird in dieser Arbeit diskutiert, ob sich das Konzept der kontinuierlichen und hebammengeleiteten Betreuung (Freeman, 2006; Hatem et al., 2009; Hildingsson, Waldenström, & Radestad, 2002; Hodnett, 2008) auch im Kontext des Ersttrimestertests umsetzen lässt. Ziel ist es die Rolle der Hebamme im interdisziplinären Rahmen bezüglich dem Test zu analysieren, zu diskutieren und mögliche Lösungsansätze für die Schweiz aufzuzeigen.

3.4 Fragestellung

- Welche Betreuung rund um den Ersttrimestertest, mit Fokus auf ein erhöhtes Risiko für Trisomie 21, entspricht den Bedürfnissen der Frau bzw. des Paares?
- Wie sieht die aktuelle Situation in der Schweiz aus? Ist ein Transfer von Ergebnissen aus internationaler Literatur möglich?

- Welche Konzepte könnten mögliche Lösungsansätze bieten?

3.5 Eingrenzung

Im Kapitel 4.3 wird der Ersttrimestertest beschrieben, es ist jedoch nicht das Anliegen dieser Arbeit den Test kritisch zu hinterfragen, die Beratung inhaltlich zu beleuchten, noch die Entscheidungsfindung oder den ethischen Bezugsrahmen zu diskutieren. Desweiteren wird die invasive Pränataldiagnostik in dieser Arbeit nicht ausführlich beschrieben oder diskutiert, sondern nur im Kapitel 4.4 für ein besseres Verständnis erwähnt. Auch auf kulturelle, sprachliche und soziale Faktoren wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

4 THEORETISCHER HINTERGRUND

Es werden Begriffe und Grundlagen beschrieben, die dem besseren Verständnis dieser Arbeit und der ganzen Thematik rund um pränatales Screening dienen.

4.1 Screening

Aus dem Englischen wird Screening mit dem Wort Sieben übersetzt. Schneider et al. (2006, S. 113) definiert Screening wie folgt: "Erkrankte oder Personen mit Risikofaktoren sollen aus der Menge der Gesunden herausgesiebt werden. Das dazu nötige Sieb ist das Testverfahren, der Screeningtest." Screenings erheben keine Diagnose sondern Risikofaktoren. Um ein Screeningprogramm einführen zu können, müssen folgende Punkte erfüllt sein: Gut definiertes Krankheitsbild, bekannte Prävalenz, einfache und sichere Testverfahren, Verfügbarkeit einer wirksamen Therapie und Kosteneffektivität (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006).

4.2 Trisomie 21

Trisomie 21 ist eine angeborene Anomalie der Chromosomenanzahl, die sich in einem zusätzlichen Chromosom 21 zeigt. Die Folgen der Chromosomenanomalie äussern sich in Form einer geistigen Behinderung, häufig kombiniert mit weiteren Fehlbildungen vor allem im Bereich des Herzens und Magen-Darm-Trakts. Trotz der medizinischen Entwicklung und besseren Betreuung besteht eine geringere Lebenserwartung bei Menschen mit Trisomie 21. Trisomie 21 korreliert mit dem mütterlichen Alter. Da das Gebäralter in den westlichen Ländern steigt, hat folglich die Inzidenz in den letzten 20 Jahren klar zugenommen. Die durchschnittliche Häufigkeit von Neugeborenen mit Trisomie 21 ist in den letzten Jahren von ungefähr 1:1000 auf 1:700 gestiegen.

Die Ursache der Anomalie, das zusätzliche Chromosom, kommt mehrheitlich von der mütterlichen Seite durch einen Verteilungsfehler bei der Meiose (Reifeteilung einer Keimzelle (Faller & Schünke, 2008)) (Schneider et al., 2006).

4.3 Ersttrimestertest

Laut Schneider et al. (2006) handelt es sich beim Ersttrimestertest um ein kombiniertes Risikoevaluationsverfahren für Trisomie 21 und weiteren Chromosomenanomalien. In den letzten Jahren haben sich in Europa für die Risikoberechnung drei Parameter etabliert (Alter der Mutter, Breite der Nackentransparenz und zwei biochemische Marker), die nachfolgend beschrieben werden. Das Screening sollte in der Frühschwangerschaft zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden (NICE, 2008). Das Risiko für eine Trisomie 21 oder weitere Aneuploidien kann mit einer Erfassungsrate von 90 %, bei 5 % falsch-positiven Resultaten, bestimmt werden. Dies bedeutet, dass 90 % der Frauen mit erhöhtem Risiko erfasst werden und 5 % als positiv eingeschätzt werden, obwohl sie kein erhöhtes Risiko haben. Ab wann von einem *erhöhten Risiko* gesprochen wird, ist in der Literatur nicht einheitlich dargestellt, die Angaben variieren von 1:200 bis 1:350. Der Ersttrimestertest ist in der Schweiz kein obligatorisches Routinescreening, er wird den Schwangeren jedoch mehrheitlich empfohlen (Schneider et al., 2006). Die renommierte englische Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence empfiehlt den Ersttrimestertest (combined test) als Risikoerfassungsinstrument für Trisomie 21 und fordert, dass er jeder Schwangeren angeboten werden sollte. Weiter wird die Bedeutung einer individuellen Beratung, sowie die ausführliche Erklärung des Begriffs *erhöhtes Risiko* betont (NICE, 2008).

4.3.1 Alter der Mutter

Das Alter der Mutter ist der wichtigste Einflussfaktor für das Auftreten von Chromosomenanomalien. Die allgemein gültige Altersgrenze für die Risikoeinschätzung liegt bei 35 Jahren. Liegt die Inzidenz von Trisomie 21 bezogen auf das Alter für eine 25 jährige Schwangere bei 1:1259, erhöht sie sich bei einer 40-Jährigen auf 1:97. Wenn das Risiko 1:97 beträgt, sind laut der Berechnung, 96 von 97 geborenen Kinder gesund. Da die Altersberechnung gut verfügbar, nicht invasiv und kostengünstig ist, erfüllt sie wichtige Anforderungen eines Screeninginstruments (Kap. 4.1). Das Problem dieser Berechnung liegt in der geringen Sensitivität und dem schlechten positiv prädiktiven Wert (Schneider et al., 2006).

4.3.2 Nackentransparenz

Die Nackentransparenz (NT) ist eine Flüssigkeitseinlagerung im Gewebe unter der Nackenhaut des Ungeborenen, die mittels Ultraschall (US) gemessen werden kann (Neuhaus, 2006). Die NT sollte im ersten Drittel der Schwangerschaft unter 3 mm breit sein und ist somit abhängig vom Gestationsalter (Schwangerschaftswoche). Eine verbreiterte NT ist ein sogenannter Softmarker, der an sich kein Krankheitswert hat, jedoch auf Trisomie 21 und weitere Aneuploidien und Fehlbildungen hinweisen kann (Schneider et al., 2006).

4.3.3 Biochemische Parameter

In Verbindung mit Trisomie 21 konnte eine Senkung von PAPP-A (Schwangerschafts-assoziiertes Plasmaprotein A) und eine Erhöhung von freiem β -HCG (Zerfall-Produkt von intaktem β -HCG, Humanes Choriongonadotropin, schwangerschaftserhaltendes Hormon) festgestellt werden. Die Serumkonzentration der genannten biochemischen Parameter wird neben den Chromosomenanomalien auch durch weitere Faktoren beeinflusst: Gestationsalter, mütterliches Gewicht, ausgeprägter Nikotinmissbrauch, Anzahl der Feten, Parität (Anzahl Geburten einer Frau), ethnische Herkunft, sowie ein Diabetes Typ I (Schneider et al., 2006).

4.4 Weiterführende Massnahmen

Frauen mit einem erhöhten Risiko für Trisomie 21 werden vor die Entscheidung gestellt weiterführende Diagnostik durchzuführen, die Schwangerschaft zu beenden oder das Kind auszutragen. Dies stellt sowohl ein psychischer Druck, als auch eine Prüfung im sozialen Umfeld dar. Das Verständnis für die Fortsetzung der Schwangerschaft ohne oder mit weiteren Abklärungen ist in unserer Gesellschaft oft nicht gegeben (Lalor et al., 2007). Eine Abtreibung resultiert meist aus weiteren diagnostischen Massnahmen wie Amniozentese und / oder Chorionzottenbiopsie. Beide invasiven Methoden bergen ein Abortrisiko je nach Quelle von 0.5 % bis 2 % (Dialog Ethik et. al., 2010, & Neuhaus, 2006). Die Wartezeit bis zur definitiven Diagnose variiert zwischen einem Tag und zwei Wochen (Neuhaus, 2006).

4.5 Betreuungskonzepte

Im Bezug auf die dritte Fragestellung (Kap. 3.4) werden im folgenden Abschnitt mögliche Betreuungskonzepte beschrieben. Unter Kapitel 0 werden eine Studie und drei Literaturübersichten zu den Konzepten analysiert und anschliessend (Kap. 7) die Ergebnisse im Bezug zur Forschungsfrage diskutiert.

4.5.1 Hebammengeleitete Betreuung / Midwife-led model of care

In einer Literaturübersicht der Cochrane Library wird das Midwife-led model of care mit anderen Betreuungsmodellen in der Geburtshilfe verglichen. Hatem et al. (2009) definieren im Midwife-led model of care, die Hebamme als die Hauptbetreuungsperson der schwangeren Frau, jedoch werden eine oder mehrere Konsultationen bei einer anderen medizinischen Fachperson nicht ausgeschlossen. Das Konzept der Hebammengeleiteten Betreuung beinhaltet unter anderem: Kontinuierliche Betreuung, Betrachtung der ganzheitlichen Gesundheit, Minimierung von medizinischen Interventionen und interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Regelabweichung (Hatem et al., 2009).

Die anderen Betreuungsmodelle werden definiert als:

- Allgemeinarzt oder Gynäkologe als Hauptbetreuer und die Hebamme oder Pflegefachfrau agieren als Ausführende;
- die Hauptbetreuungsperson ändert je nach Situation oder Umfeld; und
- die Hauptbetreuung liegt vorwiegend bei einem Allgemeinarzt oder Gynäkologen.

4.5.2 Kontinuierliche Betreuung / Continuity of Care

Das Konzept der kontinuierlichen Betreuung in der Hebammenarbeit beschreibt eine Betreuungsform, in der die Klientin von Schwangerschaft über Geburt bis ins Wochenbett von der gleichen Hebamme oder von einer kleinen Gruppe von Hebammen betreut wird. Andere Definitionen benennen eine kontinuierliche Betreuung ausschliesslich in der Schwangerschaft oder konzentrieren sich darauf, dass die Klientin die betreuende Hebamme unter der Geburt bereits kennt. Eine weitere Definition spricht von einer kontinuierlichen Betreuungs-Philosophie in einer Institution. Durch diese Aufzählung zeigt sich die Problematik der kontinuierlichen Betreuung: Es gibt keine einheitliche Definition (Hodnett, 2008; Freeman, 2006). Trotzdem wird dieses Konzept immer wieder diskutiert und erforscht, um die Betreuung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu optimieren. In Studien wurde untersucht, ob eine kontinuierliche Hebammenbetreuung positive oder auch negative Konsequenzen für Mutter und Kind haben könnte, welche Erwartungen die Klientinnen haben, welche Erfahrungen sie machen und nicht zu letzt was diese Betreuungsform für die Hebamme bedeutet (Freeman, 2006; Hildingsson et al., 2002; Hodnett, 2008).

5 METHODE

Im Kapitel Methode wird das Vorgehen bei der Literaturrecherche und der Analyse der Literatur dargestellt. Die ausführliche Recherche findet sich tabellarisch dargestellt im Anhang 11.

5.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde vorwiegend auf den Datenbanken Pubmed (National Center for Biotechnology Information, National Library of Medicine) und Midirs (Maternity and Infant Care Database Guide) durchgeführt. Der Zugang zu Midirs war erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich, weswegen auf dieser Datenbank nur Literatur gefunden wurde, die bereits aus der Recherche auf Pubmed hervorging. Verweise in recherchierter Literatur führten zu weiteren Studien und Reviews, welche in die Literaturanalyse einbezogen wurden. Den Verweisen auf Pubmed zu ähnlichen Studien und Reviews wurde auch nachgegangen, diese Verweise führten zu sieben Suchergebnissen (siehe Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Für die Suche nach geeigneten Leitlinien wurden folgende Internetseiten verwendet: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), World Health Organization (WHO), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER) und Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG). Der Zeitraum der Recherche erstreckte sich vom 23. Oktober 2010 bis zum 21. Juni 2011.

Der Literatursuche dienten folgende englische Begriffe: antenatal care, birth mode, continuing care, continuity of care, down syndrome, first trimester test, highrisk, midwifery, midwife care, midwife-led, midwifery model, nuchal translucency, obstetrics, pregnancy, prenatal diagnosis, screening, serum marker, soft marker, risk, risk assessment, risk factors und ultrasound; und folgende deutsche Begriffe: Downsyndrom, Ersttrimestertest und Trisomie 21. Aufgrund der hohen Trefferzahl mit Begriffen wie risk assessment und obstetrics oder first trimester test, mussten die Suchbegriffe spezifiziert werden. Folglich wurden mehrere Begriffe für eine Suche verwendet, dies grenzte die Trefferquote markant ein und erzielte gute Ergebnisse.

Durch die Recherche wurde Literatur aus Australien, China, Grossbritannien, Irland, Kanada, Niederlande und Schweden gefunden, jedoch keine Primärliteratur zur Hebammenbetreuung rund um das Downsyndrom Screening in der Schweiz.

Am 4. März 2011 wurden auf <http://www.google.ch> die Begriffe pränatales Screening Schweiz eingegeben, welche weiter auf <http://www.gfmer.ch/Guidelines/Praenatales>

[Screeningd/Praenatales Screening und praeinatale Diagnostik.htm](#) verwiesen. Dort stiessen die Autorinnen auf die Nationalfondsstudie von Hürlimann & Baumann-Hölzle (2004), welche im Schweizer Kontext durchgeführt wurde. Die Studie hatte zum Ziel ein Beratungsinstrument für die Ärzteschaft zu erstellen. Dieses Instrument sollte dazu führen, dass die Beratung inhaltlich und zeitlich optimiert werden kann. Da sich die Fragestellung dieser Bachelor-Thesis nicht auf den Inhalt oder den Umfang der Beratung bezieht, wurde diese Studie aus der Analyse ausgeschlossen. Allerdings konnte sie für die Erarbeitung des Schweizer Kontexts in der Einleitung verwendet werden.

Auf der Homepage des Schweizer Hebammenverbands (SHV) fanden die Autorinnen zwei Abstracts zu Arbeiten die im Rahmen der Bachelor- und Masterausbildung zweier Hebammen (Gisin, M., 2007; Gurtner, K., 2008) geschrieben wurden. Diese wurden für die Zustellung der Arbeiten per E-Mail angefragt. Die Literaturverzeichnisse dieser Arbeiten wurden gesichtet, daraus ergab sich der Verweis auf die Mutterschafts-Richtlinie des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2003), welche sich jedoch ausschliesslich auf die ärztliche Betreuung in der Schwangerschaft bezog. Aus diesem Grund wurde sie nach dem Volltextstudium wieder verworfen.

Da die Autorenschaft die Evidenz einer Leitlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2011) als schlecht einschätzte, wurde diese verworfen und die Suche nach einer geeigneten Leitlinie am 14. Juni 2011 nochmals aufgenommen. Diese Suche war jedoch nicht erfolgreich. Während der Analyse der verworfenen Mutterschafts-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2011), wurde ein Verweis auf einen unveröffentlichten vorläufigen Bericht zur Ausarbeitung dieser Leitlinie gefunden. In diesem Bericht war die detaillierte Auflistung einer Literaturübersicht von 19 Leitlinien zu finden. Daraus wurden am 21. Juni 2011 drei Leitlinien ausgewählt und kurz angeschaut. Da die Mehrheit der Leitlinien den ärztlichen Bereich betraf, die Ausführung des Ultraschalls oder die korrekte Anwendung von Screenings in der Frühschwangerschaft thematisierte, wurde nur eine Leitlinie ausgewählt, die sich auf die Betreuung rund um das Screening für Trisomie 21 bezog. Diese Leitlinie des Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists (HKCOG, 2008) wurde analysiert.

Die Auswahl der Titel und Abstracts der Studien und Reviews erfolgte mit gewissen Einschränkungen und entwickelte sich im Verlauf der Arbeit. Da es weltweit kein einheitlich angewendetes Screeningkonzept für Downsyndrom gibt, wird folglich auch Literatur verwendet bei der sich das Screening auf den Ultraschall oder den Bluttest beschränkt. Einige Studien wurden trotzdem analysiert, obwohl sich das Screening nicht ausschliesslich auf Trisomie 21 bezieht. Sowie Aufgrund der spannenden Beleuchtung

der psychosozialen Auswirkungen auf die Frau und das Paar, oder auch speziell weil sie die Hebammenbetreuung hervorheben, wurden einzelne Studien miteinbezogen (Ahman et al., 2010; Carolan & Hodnett, 2007; Lalor et al., 2007). Ein weiteres Kriterium für den Einschluss einer Studie / einer Review war, dass sie zwischen 2000 und 2011 veröffentlicht wurde. Allerdings wurde die Studie von Ryder (1999) trotz des Erscheinungsjahres eingeschlossen, da sie sich auf das Empfinden und die Rolle der Hebamme bezieht, was die Autorinnen als wichtig erachteten. Weiter schlossen die Autorinnen Literatur aus, die sich ausschliesslich um die Durchführung der Ultraschall-diagnostik drehte, sich auf die Betreuung unter der Geburt bezogen oder nur die definitive Diagnose für Trisomie 21 und weitere invasive Pränataldiagnostik untersuchten.

Einige Studien, Reviews und Leitlinien wurden nach dem Volltextstudium ausgeschlossen, weil sie nicht der Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit dienten, die Evidenz (Kap. 5.2) als ungenügend eingeschätzt wurde oder ausserhalb des Suchzeitraums erschienen sind. Eine detaillierte Übersicht dazu ist im Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** ersichtlich.

5.2 Literaturanalyse

Zur Analyse der Literatur wurden die vorgegebenen Analyseraster der Berner Fachhochschule Gesundheit verwendet, welche im Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zu finden sind. In die Analyseparameter *Methode*, *Studienteilnehmende* und *Ergebnisse* wurden zur Beurteilung von quantitativen und qualitativen Studien Untertitel (*Design*, *Setting*, *Set*, *Zeitraum*, *Datenerhebung*, *Datenanalyse*, *Stichprobe*, *Einschlusskriterien / Ausschlusskriterien*, *Dropouts*, *Primäre* und *Sekundäre Outcome Variable*) eingefügt. Dies diente einer Vereinheitlichung der Analysen. Alle Raster, exklusive der Analyse von Leitlinien, wurden mit dem Parameter *Abweichung der Ergebnisse für die Fragestellung* ergänzt, um neben dem vorgegebenen Parameter *Nutzen der Ergebnisse für die Fragestellung* eine ausgeglichene Analyse und Kritik für die Diskussion (Kap. 7) zu erhalten.

Da in der vorliegenden Literaturübersicht mehrheitlich mit qualitativen Untersuchungen gearbeitet wurde, war das Analyseraster für qualitative Studien nach Steinke (1999) das wichtigste Instrument für die Literaturanalyse. Im Raster wurden folgende Parameter beurteilt: *Fragestellung*, *Methode*, *Studienteilnehmende*, *Intervention*, *Ergebnisse / Theoriebildung*, *Diskussion*, *Schlussfolgerung*, *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit / Transparenz*, *Indikation Methoden*, *Empirische Verankerung*, *Limitationen*, *Reflektierte Subjektivität*, *Kohärenz / Relevanz* und *Nützlichkeit / Abweichung für die eigene Fragestellung*. Zur Unterstützung der Analyse von qualitativer Forschung er-

gänzten die Autorinnen das vorgegebene Analyseraster und fügten die Parameter *Intervention* und *Ethik* bei.

Zur Beurteilung einer qualitativen Studie kann kein Evidenzniveau bestimmt werden, da es unter anderem keine numerischen Resultate gibt und keine Randomisierung stattfindet (eine zufällige Zuteilung von Studienteilnehmenden zu Behandlungsbedingungen (Polit, Beck, & Hungler, 2001)). In der qualitativen Forschung wird der Fokus auf das Erleben, die Meinungen und das Beziehungsmuster von Individuen zu einem bestimmten Thema oder in einem bestimmten Kontext gesetzt. Zur Einschätzung der Qualität von qualitativen Studien werden die Kernkriterien (*Intersubjektive Nachvollziehbarkeit / Transparenz, Indikation Methoden* und *die Empirische Verankerung*) mit *nicht erfüllt, teilweise erfüllt, mehrheitlich erfüllt* und *erfüllt* beurteilt. Diese Kernkriterien beurteilen unter anderem die offengelegte Dokumentation und Kritik des Forschungsprozesses. Weiter sollte die Datenerhebung wie auch die Analyse (*Kodierung, Transkribierung*) systematisch nachvollziehbar sein.

Die analysierten Studien werden meistens einer qualitativen Forschungstradition (*Design*) zugeordnet, wie unter anderem der Hermeneutik oder der Grounded Theory, die primär aus der Psychologie, Philosophie und Soziologie stammen. Die Hermeneutik teilt den Erfahrungen von Individuen eine zentrale Rolle für das Verständnis des soziokulturellen und politischen Kontexts zu. Mehrere analysierte Studien dieser Arbeit beziehen sich auf die Grounded Theory, die sich mit den wichtigsten soziopsychologischen Prozessen in einem gesellschaftlichen Umfeld beschäftigt (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

Für die quantitativen Studien wurde das Raster nach Kunz (2001) verwendet. Es wurden die folgenden Analyseparameter beurteilt: *Fragestellung, Methode, Studienteilnehmende, Intervention, Ergebnisse, Risiko für systematische Fehler, Verdeckte Zuordnung, Verblindung, Unvollständige Ergebnisdaten erklärt, Glaubwürdigkeit der Ergebnisse, Ethik, Evidenzniveau* und *Nützlichkeit / Abweichung der Ergebnisse für die eigene Fragestellung*. Das Evidenzniveau wurde nach AWMF und ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2001) beurteilt, da dieses Beurteilungsinstrument Studien einbezieht, die nicht einer randomisiert kontrollierten Studie (randomised controlled trial, RCT) entsprechen (siehe Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Die Grundlage für die Analyseraster zur Beurteilung der Reviews basiert auf Behrens und Langer (2006). Folgende Punkte wurden beurteilt: *Fragestellung, Angemessene Ein- und Ausschlusskriterien, Relevante Studien ausgeschlossen, Glaubwürdigkeit der*

Studien eingeschätzt, Beurteilung der Studien nachvollziehbar, Übereinstimmung der Forscher in der Bewertung, Ähnlichkeit der Studien, Ergebnisse, Übertragbarkeit der Ergebnisse, Nutzen und Risiken der Intervention, Evidenzniveau und Abweichung / Nützlichkeit der Ergebnisse.

Die Analyseraster für die Leitlinien wurden nach dem Dokument Deutsches Instrument zur Methodischen Leitlinienbewertung (DELBI) erstellt (AWMF & ÄZQ, 2008). Die Leitlinien wurden nach folgenden Parametern beurteilt: *Geltungsbereich und Zweck, Beteiligung von Interessengruppen, Methode der Leitlinienentwicklung, Klare Gestaltung, Generelle Anwendbarkeit, Redaktionelle Unabhängigkeit, Anwendbarkeit Evidenzniveau der Empfehlungen* und *Welche Empfehlungen können für die Fragestellung übernommen werden*. Auch das Evidenzniveau und die Validität der Leitlinien wurde nach AWMF und ÄZQ (2008) beurteilt. Das Evidenzniveau wird berechnet und in einer Prozentzahl dargestellt und die Validität wird mit *hoch, mittel* und *tief* bewertet.

6 ERGEBNISSE

Dieses Kapitel beginnt mit einer Darstellung der Suchergebnisse der Literaturrecherche, wie sie im Kapitel Methode (5.1) detailliert beschrieben ist.

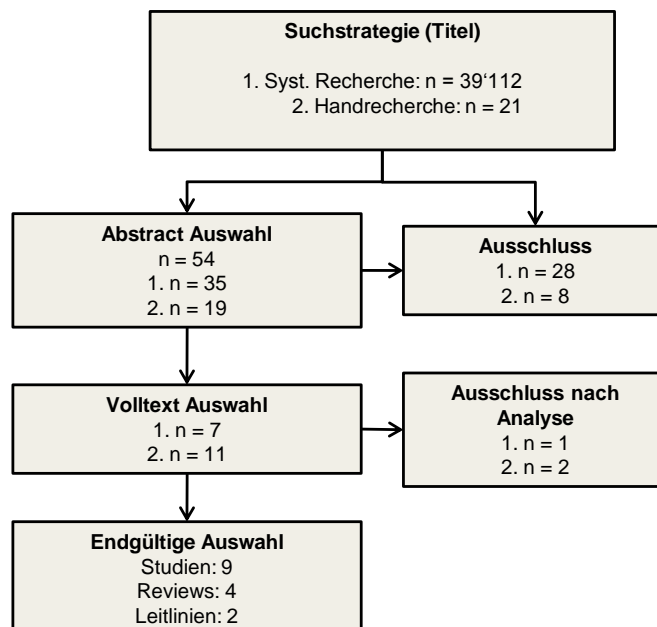


Abbildung: Suchergebnisse (1. und 2. Reduktion)

Für ein besseres Verständnis der Ergebnisse der Literaturanalyse werden in der nachfolgenden Tabelle die Resultate, Schlussfolgerungen, Evidenzniveaus und Kern-

kriterien stark gekürzt und zusammengefasst dargestellt. Eine ausführliche Tabelle findet sich im Anhang 11.1 bis 11.3.

Tabelle : Übersicht Resultate der analysierten Literatur

Autor / Methode	Resultat	Schlussfolgerung / Kommentar	Evidenz-niveau / Kernkriterien
(Ahman, Runestam, & Sarkadi, 2010) Qualitative Studie	Zentrale Themen: Erwartungen an US, emotionale Reaktion, möglicher negativer Einfluss auf SS, Info / Wissen, Entscheidung, Vorwissen	Relevanz der Screeningthematik Mögliche emotionale Konsequenzen von auffälligem US wird aufgezeigt Mangel an angepasster Beratung Rolle des Partners	mehrheitlich erfüllt
(Carolan & Hodnett, 2007) Qualitative Studie	Prozess der Anpassung: Realisieren, Sinn geben, Ängstliches Warten, Keine klare Lösung	Relevanz der Screeningthematik Emotionale Folgen werden aufgezeigt Betont die Notwendigkeit einer angepassten Betreuung und Beratung, Hebamme wird als mögliche Bezugsperson genannt	erfüllt
(Freeman, 2006) Review	Betreuung intrapartum durch bekannte Hebamme nicht fundamental für Frau; kein klarer Faktor für die Zufriedenheit (mehr die Qualität der Betreuung), die Beziehung (Hebamme-Frau) wird von Frauen mehrheitlich als freundschaftlich bezeichnet Berufszufriedenheit und Autonomie der Hebammen wird gefördert	Zeigt Definitions-Problematik der kontinuierlichen Betreuung auf, kein fundamentaler Faktor für Frau Scheint positiver Einfluss auf Beziehung zu haben Weitere Forschung wird gefordert	III (ÄZQ)
(Georgsson, Waldenström, Grunewald, & Olin, 2006) Qualitative Studie	Ungenügende Vorbereitung, starke Angst Ambivalenz und Ablehnung Risikoassessment nicht gut verständlich. Viele falsch-positive Resultate	Gute Aufklärung und intensive Betreuung nötig Starke Auswirkung von falsch-positiven Resultaten, deswegen weiterer Forschungsbedarf für Langzeitfolgen nötig Partner und Hebamme als wichtigste Bezugspersonen genannt	teilweise erfüllt
(Hatem, Sandall, Soltani, & Gates, 2009) Review	Signifikante Reduktion von Interventionen und negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft durch hebammengeleitetes Betreuungsmodell Keine negativen Auswirkungen durch Hebammenbetreuung nachgewiesen. Kosteneffektiver	Hohe Zufriedenheit bei gleichbleibender Sicherheit und mehr Kosteneffektivität Weitere Untersuchungen in freiberuflicher Betreuung, Hebammenbetreuung in Frühschwangerschaft und Entwicklungsländern nötig	Ia (ÄZQ)
(Hertling-Schaal,	Einschätzung erhöhtes Risiko kann negative emotionale Konsequenzen	Relevanz wird aufgezeigt	Ib

Perrotin, de Poncheville, Lansac, & Body, 2001) Review	haben, Verständnis für Begriff erhöhtes Risiko sehr unterschiedlich Hohe Diskrepanz in Information und Beratung	Mögliche emotionale Folgen werden aufgezeigt Bedeutung einer angepassten Betreuung und Beratung wird diskutiert, Hebamme wird genannt Zusätzliche Schulung der psychologischen und kommunikativen Kompetenzen der medizinischen Fachpersonen wird vorgeschlagen	
(Hildingsson, Waldenström, & Radestad, 2002) Quantitative Studie	Gesundheit des Kindes wichtigster Aspekt der Kontrolle (94 %); für knapp 70 % war es sehr wichtig in SS von gleicher Hebamme betreut zu werden, insgesamt für 94 % sehr bis eher wichtig Für Mehrgebärende mit 74 % wichtiger als für Erstgebärende mit 66 %	Bedeutung der kontinuierlichen Hebammenbetreuung in der SS wird aufgezeigt Die Bedeutung der Gesundheit des Kindes steht an erster Stelle Rolle des Partners wird diskutiert	III (ÄZQ)
(HKCOG, 2008) Leitlinie	Wichtigkeit der Kontinuität in der Schwangerschaftsbetreuung erwähnt Beratung rund um Downsyndrom Screening wird beschrieben Wichtigkeit von falsch-positiven Testresultaten und der Screeningthematik genannt	Direkte Beantwortung der Fragestellung bezüglich möglichem Konzept der Kontinuität Thematisiert psychosoziale Belastung und zeigt Wichtigkeit der Unterstützung rund um Screening auf Hebamme nicht redaktionell vertreten, aber als Zielgruppe genannt	45 % (Delbi) Validität: mittel
(Hodnett, 2008) Review	Die kontinuierliche Betreuung hatte positive Folgen wie weniger Hospitalisation in der SS, weniger Schmerzmedikation unter der Geburt, positives Erleben der Geburt usw.	Die Review unterstützt das Konzept der kontinuierlichen Betreuung wie auch der hebammengeleiteten Betreuung Trotz untersuchten positiven Folgen, bleibt es unklar, ob der Grund in der kontinuierlichen Betreuung oder in der Hebammenbetreuung liegt	Ia (ÄZQ)
(Lalor, Devane, & Begley, 2007) Qualitative Studie	Grosse emotionale Auswirkung auf Frau Ungenügende und unverständliche Information über Screening Lange Wartezeiten zwischen Test und Resultat Kontinuierliche Betreuung sehr wertvoll. Hebammenbetreuung zu Hause am besten	Resultat ist traumatisierend, kontinuierliche Betreuung reduziert Angst und Frustration Normale SS-Betreuung durch Hebamme nebst Risikokontext wichtig Kommunikationsschulung für Fachpersonal	mehrheitlich erfüllt

(NICE, 2008) Leitlinie	Empfehlungen zu Downsyndrom Screening Bedeutung der angepassten Information und Beratung wird aufgeführt	Keine direkte Beantwortung der Fragestellung, kein Bezug zu angepasster Betreuung. Jedoch wird in der Grundideologie die frauenzentrierte Betreuung betont Notwendigkeit von weiterer Forschung wird betont	80 % (Delbi) Validität: hoch
(Pilnick & James, 2003) Qualitative Studie	Ein tiefes Risiko bedeutet nicht, dass kein Risiko besteht. Risikoerfassung keine Diagnose Ein niedriges Risiko kann je nach Alter der Mutter als ein erhöhtes Risiko interpretiert werden	Viel Aufwand nötig um Risikoerfassung verständlich zu machen ETT setzt aktive Entscheidung voraus, Bewusstsein dafür fehlt	teilweise erfüllt
(Ryder, 1999) Qualitative Studie	Zentrale Themen für die Hebammen: Ausbildungsbedarf bei Einführung des Tests, Weiterbildung, Begriff erhöhtes Risiko / Niedriges Risiko, Persönliche und fachliche Konflikte	Problematik einer aktiven Hebammenbetreuung wird besprochen Psychosoziale Folgen für Klientin und Familie werden besprochen Die Bedeutung einer angepassten Beratung und Betreuung wird aufgezeigt	mehrheitlich erfüllt
(Skirton & Barr, 2009) Quantitative Studie	Die Hebamme informierte über Screening (78.4 %). Rund ein Drittel der Frauen fühlten sich zu wenig informiert und unterstützt. Hebammen brauchen mehr fundiertes Wissen über Screeningtests	Professionelle Aus- und Weiterbildung für Pränatales Screening Information zu Screening präkonzeptionell. Evtl. Aufnahme in Lehrplan	III (ÄZQ)
(Weinans, Kooij, Müller, Bilardo, van Lith, & Tymstra, 2004) Quantitative Studie	Ultraschall (NT) hat grösseren Einfluss auf die Schwangeren im Vergleich zu Serum-Screening. Mehrheit der Frauen waren rückblickend froh, dass sie Screening gemacht hatten und empfehlen es	Mögliche emotionale Folgen des Screenings aufgezeigt Frauen wollen Screenings und möchten, dass es angeboten und empfohlen wird	III (ÄZQ)

Aus der Literaturanalyse konnten folgende Kategorien heraus gearbeitet werden:

Relevanz, psychosoziale Konsequenzen für Frau und Partner, Bewältigungsstrategien, Verständnisschwierigkeiten des Begriffs und der Thematik, Betreuung und Beratung, Konzept der kontinuierlichen Betreuung, Konzept der hebammengeleitete Betreuung, Haltung der Frau zum Screening, Rolle des Partners, emotionale und professionelle Konsequenzen für die Hebamme und Kompetenzen der Hebamme.

Die Kategorien entwickelten sich aus den Ergebnissen und Empfehlungen der Studien, Reviews und Leitlinien in Kombination mit der Zielsetzung (Kap. 3.3) und Fragestellung

(Kap. 3.4) dieser Bachelor-Thesis. Durch diese Kategorisierung werden Übereinstimmungen und Differenzen der Literaturanalyse nachfolgend dargestellt. Die vollständigen Ergebnisse der analysierten Literatur finden sich im Anhang (Kap. 11.1).

Obwohl der Schwerpunkt dieser Arbeit die Betreuung rund um den Ersttrimestertest darstellt, wird aufgrund der einbezogenen internationalen Literatur das Thema Pränatalscreening im Allgemeinen besprochen. Das Screening für Trisomie 21 wird in der Schwangerschaft international nicht einheitlich angewendet und es gibt wenige Untersuchungen die sich ausschliesslich mit dem Ersttrimestertest befassen.

Relevanz: In mehreren Untersuchungen wurde unter anderem die rasante medizintechnologische Entwicklung als Grund für die Zunahme von Screeninginstrumenten beschrieben und damit die Relevanz der Screeningthematik begründet (Ahman et al., 2010; Carolan & Hodnett, 2007; Hertling-Schaal et al., 2001). Parallel zu dieser Entwicklung stieg die Bedeutung der Gesundheit des Kindes wie deren Kontrolle. So zeigt zum Beispiel der Hintergrund der Untersuchung von Hildingsson et al. (2002) die Veränderung und Entwicklung der Schwangerschaftsvorsorge in den letzten 20 bis 30 Jahren in Schweden auf. Diese Entwicklung verlief von der anfänglichen Konzentration auf die körperliche Gesundheit der Mutter, über das steigende Bewusstsein für psychologische und soziale Faktoren bis hin zum heutigen Fokus auf die fetale Entwicklung und Gesundheit. Die Gesundheit des Kindes und deren Kontrolle wurden von den befragten Frauen der Studie mit 94 % als sehr wichtig bewertet und folglich als wichtigster Bestandteil der Schwangerschaftsvorsorge genannt. Auch in der Untersuchung von Weinans et al. (2004) bestand der Hauptgrund für das Screening im Erlangen der Sicherheit über die Gesundheit des Kindes. In der aktuellen Version der NICE-Leitlinie (2008) wurde das Thema Screening für Downsyndrom und Ultraschall überarbeitet, was die Relevanz zusätzlich unterstreicht.

Psychosoziale Konsequenzen für Frau und Partner: Nach Ahman et al. (2010) zeigten die Frauen nach entdecktem Softmarker im Ultraschall starke emotionale Reaktionen. Die Frauen beschrieben die Situation als sehr unangenehm, schockierend und traumatisierend. Mehrere Frauen bestätigten einen negativen Einfluss auf die Schwangerschaft, eine Beeinträchtigung der Beziehung zum Kind, sowie eine anhaltende Ängstlichkeit bis nach der Geburt. Hertling-Schaal et al. (2001) nennt unter anderem depressive und aggressive Gefühle als Folgen eines auffälligen Befundes durch Pränatalscreening. Von einigen Studien werden Schock und Wut als erste emotionale Reaktionen genannt (Carolan & Hodnett, 2007; Lalor et al., 2007). Nach Bestätigung der Gesundheit des Kindes waren die Gefühle sehr unterschiedlich und wurden von Glück über die Gesundheit des Kindes, bis zu Wut über die Untersuchung,

beschrieben. Zusätzlich konnte eine anhaltende Ängstlichkeit wie auch eine veränderte Einstellung zur Schwangerschaft aufgezeigt werden (Carolan & Hodnett, 2007). Auch Georgsson et al. (2006) nennen starke Angst als gängige Reaktion. Nach der Risikoeinschätzung stellten sich viele Frauen das Kind krank vor, noch bevor eine Chromosomenanomalie überhaupt diagnostiziert worden war. Ambivalenz zwischen Hoffnung und Verzweiflung, sowie zwischen Optimismus und Pessimismus wurde beschrieben. Einige Frauen hatten auch zwei Monate nach der Geburt noch Angst, dass etwas mit dem Kind nicht in Ordnung sein könnte. Manchen Frauen wurde das Resultat nicht gleich nach dem Ultraschall mitgeteilt, diese Wartezeit dazwischen wurde als sehr schlimm empfunden (Lalor et al., 2007). Besonders jungen Frauen fiel es schwer mit einem erhöhten Risiko umzugehen, weil dieses sehr unerwartet kam (Pilnick & James, 2003). Auch Weinans et al. (2004) untersuchte die möglichen intensiven emotionalen Folgen pränataler Screenings. Die Teilnehmerinnen dieser Studie wurden entweder der Messung der Nackentransparenz oder dem Serum-Screening zugeteilt. 18 von 20 Frauen der NT-Gruppe beschrieben ihre Gefühle nach dem auffälligen Befund als sehr ängstlich, im Vergleich zu 10 von 20 Teilnehmerinnen in der Serum-Gruppe. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Folglich werden die Emotionen nach einem US als verstärkt und anhaltender beschrieben. Als eine mögliche Erklärung werden die Visualisierung des Kindes im US, aber auch das Wissen, dass eine verbreiterte NT auch auf andere Fehlbildungen hinweisen kann, genannt.

Bewältigungsstrategien: Carolan & Hodnett (2007) konnten einen Prozess der Anpassung ausarbeiten, der in vier Stadien definiert wurde: Realisieren, Sinn geben, ängstliches Warten und keine klare Lösung finden. Zu Beginn wollten die betroffenen Frauen den auffälligen Befund nicht wahrhaben, realisierten dann jedoch die Bedeutung der Situation. Im zweiten Stadium versuchten sie der Nachricht einen Sinn zu geben und die Situation zu verstehen, in dem sie viele Informationen über das Internet und in Literatur sammelten. Im Stadium des ängstlichen Wartens werden unterschiedliche Bewältigungsstrategien beschrieben wie zum Beispiel von Tag zu Tag leben, das Zurückhalten von Gefühlen zur Schwangerschaft und somit zum Kind sowie einen sozialen Rückzug. Das vierte Stadium ist ein Zustand der erschwerten Sinnggebung für das Erlebte, da das Kind gesund zur Welt kam. Laut Georgsson et al. (2006) reagierten die Frauen mit unterschiedlichen Strategien auf den auffälligen Befund, wie zum Beispiel mit Unterdrücken der Gefühle und Gedanken bezüglich der Schwangerschaft und dem Baby, nicht über die Schwangerschaft sprechen zu wollen und das Gespräch am Arbeitsplatz zu vermeiden. Bei den Frauen stellte sich dann eine grosse Erleichterung ein bei einem negativem Resultat nach invasiver Diagnostik und das bewusste Wahr-

nehmen der Schwangerschaft begann von Neuem. Auch Hertling-Schaal et al. (2001) weisen auf einen Einfluss auf die Beziehung der Frau zur Schwangerschaft und zum Kind hin.

Verständnisschwierigkeiten des Begriffs und der Thematik: Nur wenige Frauen, die an der Untersuchung von Pilnick & James (2003) teilnahmen, verstanden, dass aus einem Screeningtest keine Diagnose resultiert, sondern nur eine Risikoeinschätzung. Georgsson et al. (2006) zeigte auf, dass einige Frauen die Bedeutung einer Risikoeinschätzung auch nach der Geburt noch nicht verstanden hatten. Speziell der Begriff *erhöhtes Risiko* wird laut Hertling-Schaal et al. (2001) sehr unterschiedlich verstanden. Begründet wird dieser Umstand durch starke Unterschiede in den Empfehlungen der Gesundheitswesen, was eine einheitliche Umsetzung erschwert. Die Leitlinie von NICE (2008) betont die Problematik der Begrifflichkeit im Bereich des Screenings für Downsyndrom. Weiter ist es laut HKCOG (2008) wichtig, dass der schwangeren Frau die Screeningthematik gut erklärt wird und sie auf die Möglichkeit von falsch-positiven und falsch-negativen Testresultaten hingewiesen wird.

Auch Ryder (1999) kam zum Schluss, dass die Klientinnen und ihre Partner Schwierigkeiten hatten, die Begriffe *erhöhtes Risiko* und *niedriges Risiko* zu verstehen, zudem folgerte sie dass die emotionalen Folgen eines auffälligen Befunds eine angepasste Betreuung und Beratung erfordern.

Betreuung und Beratung: Die Betroffenen einer Untersuchung fühlten sich ungenügend vorbereitet im Bezug auf den gefundenen Softmarker im Ultraschall. Carolan & Hodnett (2007) betonen auch die Bedeutung einer angepassten Beratung und Betreuung, zudem wird die Hebamme als mögliche Fachperson angesprochen. Auch in der qualitativen Studie von Ahman et al. (2010) fühlten sich die Frauen schlecht auf die Routine-Untersuchung vorbereitet. Weiter wurde der Mangel an angepasster Beratung thematisiert. In der Untersuchung von Georgsson et al. (2006) fühlten sich viele Teilnehmerinnen schlecht auf die Risiko-Mitteilung vorbereitet und gaben an, ungenügend informiert gewesen zu sein. Hertling-Schaal et al. (2001) konnten zeigen, dass grosse Unterschiede im Bereich der Informationsvermittlung und Beratung bestehen. Sie erarbeiteten Massnahmen zur Reduktion der ängstlichen Gefühle rund um pränatales Screening und Diagnostik. Diese beinhalten eine angepasste Informationspolitik, die Entwicklung einer Informations-Broschüre und eines Leitfadens, die Bildung von interdisziplinären Fachgruppen, Weiterbildungen, die Optimierung der Betreuung durch das interdisziplinäre Team und die Bildung eines Verbands für eine Vereinheitlichung des pränatalen Screenings und Diagnostik. Die Bedeutung einer angepassten Betreuung zur Unterstützung der Frau und des Paares wird betont, die Hebamme wird

als Mitglied des interdisziplinären Team genannt. Lalor et al. (2007) erwähnen, dass die Ansprüche an die Beratung durch die Experten nicht immer erfüllt werden konnten. Die Frauen wünschten sich bessere Informationen zur Prognose und Therapie der fetalen Anomalien. Zur Erklärung der Anomalien wurde teils unverständliche Fachausdrücke verwendet. Anschauungsmaterial hingegen war für das Verständnis sehr hilfreich. Viele der Studienteilnehmerinnen hätten sich schriftliches Informationsmaterial gewünscht, da sich einige weitere Informationen im Internet beschafften und dabei auf erschreckende Bilder stiessen. Die Studie von Skirton & Barr (2009) zeigte, dass das Screening mit 3.6 % der Frauen überhaupt nicht besprochen wurde. Ein Drittel der Eltern war mit der Betreuung unzufrieden, rund 20 % hätten sich mehr Unterstützung durch eine Fachperson gewünscht und zirka 20 % fühlten sich nicht gut informiert. Ausserdem ist der Autorenschaft der Studie wichtig, dass die Information über Screening früh geschieht. Idealerweise soll diese vor der Schwangerschaft frei zugänglich sein oder bereits in den Schulunterricht integriert werden. Auch NICE (2008) empfiehlt eine frühe Thematisierung in der Schwangerschaft, idealerweise beim ersten Kontakt mit einer medizinischen Fachperson. Sie erachtet den Ersttrimestertest als das ideale Screeninginstrument und die Bedeutung einer angepassten Beratung und Information wird stark betont. Auf die Hebammenbetreuung wird nicht weiter eingegangen, jedoch betont die Leitlinie im Vorwort die frauenzentrierte Betreuung (women-centred care) als Grundlage für alle Empfehlungen. Auch die Leitlinie des HKCOG (2008) betont die Wichtigkeit, schwangere Frauen über alle möglichen Screeningtests, die heute zugänglich sind zu informieren, auf mögliche psychosoziale Auswirkungen der Testresultate hinzuweisen und die Schwangere über die optimale Betreuung in der Schwangerschaft zu informieren.

Die Probanden der Studie von Georgsson et al. (2006) haben die Hebamme als Bezugsperson sehr geschätzt. Viele Frauen telefonierten oft mit ihr, konnten über Ängste sprechen und erhielten Unterstützung. Die Frauen in der Untersuchung von Lalor et al. (2007) betonten, dass der spürbare Zeitdruck und die Hektik der Fachpersonen offensichtlich und auch sehr irritierend war. Weiter wurde den Frauen die Betreuung durch Sozialarbeiter oder einen Psychiater angeboten, was als stigmatisierend empfunden wurde. Die Betreuung durch die Hebamme schätzten die Frauen am meisten, denn so konnten auch grundlegende Anliegen einer Schwangeren thematisiert werden. Die Studie empfiehlt die kontinuierliche Betreuung durch eine spezialisierte Hebamme.

Das Konzept der kontinuierlichen Betreuung: Freeman (2006) integriert in ihre Literaturübersicht Untersuchungen mit insgesamt 3'669 Teilnehmerinnen. Sie bespricht die

Problematik der Definition des Konzepts kontinuierliche Betreuung und die Schwierigkeit der Beurteilung der Evidenzen, da es kein einheitliches Verständnis des Begriffs gibt. In der Review wird gezeigt, dass die Betreuung unter der Geburt durch eine bekannte Hebamme von Frauen, die nicht kontinuierlich betreut wurden, als nicht wesentlich eingeschätzt wird. Klientinnen, die von einer Hebamme betreut wurden, die sie vor der Geburt kannten, bekundeten einen positiven Einfluss auf ihr Wohlbefinden unter der Geburt. Die kontinuierliche Betreuung konnte nicht als zentraler Faktor für die Zufriedenheit der Klientinnen bestätigt werden und die Qualität der Betreuung wurde als grundlegender betont. Die Beziehung zur Hebamme wurde in den qualitativen Untersuchungen zu kontinuierlicher Betreuung mehrheitlich als freundschaftlich gewertet. Weiter zeigte Freeman (2006) auf, dass die kontinuierliche Betreuung vor allem auch eine grosse Bedeutung für die Hebamme selber hat, da es ihre Berufszufriedenheit und Autonomie fördert. Hildingsson et al. (2002) konnten in ihrer Studie bezüglich den Bedürfnissen der Frauen in der Schwangerschaftsvorsorge folgende Daten gewinnen: 97 % der befragten Schwangeren hatten die kontinuierliche Hebammenbetreuung als sehr oder eher wichtig beurteilt. 74 % der Mehrgebärenden schätzten die kontinuierliche Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft als sehr wichtig ein, im Vergleich zur Gruppe der Erstgebärenden mit 66 %. Die Ergebnisse aus der Literaturübersicht von Hodnett (2008), unter Einbezug von Studien mit insgesamt 1'815 Teilnehmerinnen, zeigte, dass die kontinuierliche Betreuung positive Konsequenzen hat: die Wahrscheinlichkeit, in der Schwangerschaft hospitalisiert zu werden, ist kleiner und die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Schwangeren über mögliche Sorgen in der Schwangerschaft austauschen können, sich für einen Geburtsvorbereitungskurs anmelden und sich besser auf die Geburt vorbereitet fühlen, ist erhöht. In der Schlussfolgerung betont die Autorin, dass die kontinuierliche Hebammenbetreuung durch eine, oder eine kleine Gruppe von Hebammen klare Vorzüge hat, jedoch bleibt unklar, ob dies auf die kontinuierliche Betreuung oder auf die Hebammenbetreuung an sich zurückzuführen ist. Auch die Leitlinie des HKCOG (2008) bezieht das Konzept der kontinuierlichen Betreuung in der Schwangerschaft mit ein. Weiter konnte in einer qualitativen Studie zum pränatalen Screening gezeigt werden, dass die kontinuierliche Hebammenbetreuung sehr geschätzt und teils vermehrt gewünscht wurde (Lalor et al., 2007).

Das Konzept der hebammengeleiteten Betreuung: Hatem et al. (2009) konnten in ihrer Literaturübersicht von Studien mit insgesamt 12'276 Frauen herausfinden, dass Schwangere und Gebärende, die von Hebammen betreut wurden, weniger Interventionen erlebten. Die Teilnehmerinnen der Studien verzeichneten mehr Spontangeburt und waren mit dem Geburtserlebnis zufriedener. Es konnten signifikant weniger Hospi-

talisationen in der SS, Aborte vor der 24. Schwangerschaftswoche (SSW), Periduralanästhesien (PDA), Episiotomien und vaginal operative Geburten gezeigt werden, wenn die Frauen durch Hebammen betreut wurden. Zudem konnten keine negativen Auswirkungen durch die hebammengeleitete Betreuung festgestellt werden. Weiter wird beschrieben, dass Schwangerschaftskontrollen in Hebammenbetreuungsmodellen, aufgrund der tieferen Löhne, 20 % bis 25 % günstiger sind. Die Betreuungskosten durch Hebammen waren für Tief- und Hochrisikoschwangerschaften tiefer und eine bessere Klientinnenzufriedenheit bei gleichbleibender Sicherheit konnte festgestellt werden.

Haltung der Frau zum Screening: Laut Weinans et al. (2004) konnte gezeigt werden, dass die Frauen rückblickend wieder ein Screening in Anspruch nehmen würden und dieses auch weiterempfehlen. Andererseits zeigt die Befragung von Ahman et al. (2010), dass die Frauen sich nicht sicher waren, ob sie die Information zum Softmarker überhaupt hätten erhalten wollen oder nicht. Einzelne Befragte aus der Untersuchung von Carolan & Hodnett (2007) empfanden das Screening, nach Bestätigung der Gesundheit des Kindes, als sinnlos. Weiter beschreibt Pilnick & James (2003), dass eine Risikoeinschätzung kein befriedigendes Resultat darstellt und die betreuende Hebamme verständnisvoll damit umgehen muss.

Rolle des Partners / Umfelds: Ahman et al. (2010) kamen zum Schluss, dass die Rolle des Partners in der belastenden Situation bei einem auffälligen Befund von zentraler Bedeutung ist. Das Umfeld (Partner, Mutter und Freunde) war die wichtigste Stütze gemäss Georgsson et al. (2006). Auch von Skirton & Barr (2009) wird der Partner und die Hebamme als wichtigste unterstützende Bezugsperson genannt. In der Studie von Hildingsson et al. (2002) konnte erfasst werden, welche Bedeutung der Partner für die Schwangere hatte, denn 68% der Teilnehmerinnen bezeichneten das Miteinbeziehen des Partners als sehr wichtig.

Emotionale und professionelle Konsequenzen für die Hebamme: Ryder (1999) konnte durch die Befragung von zehn Hebammen zeigen, dass die Tätigkeit rund um pränatales Screening zu persönlichen und fachlichen Konflikten führen kann. Diese können sich zum Beispiel in einer unterschiedlichen Haltung gegenüber Pränataldiagnostik, Schwangerschaftsabbruch und Trisomie 21 äussern. Von acht Teilnehmerinnen wurde ein negativer Einfluss auf die Vertrauensbeziehung zwischen Klientin und Hebamme wahrgenommen, auch die zeitintensive Betreuung beim auffälligen Befund wird betont. Persönliche und fachliche Konflikte sollten in einem geschützten Rahmen unter den Hebammen diskutiert werden können.

Kompetenzen der Hebamme: Die Autoren einer Review fordern, dass medizinische Fachpersonen, die im Bereich von pränatalem Screening und Diagnostik tätig sind, zusätzlich mit Fokus auf psychologische und kommunikative Kompetenzen geschult werden sollen (Hertling-Schaal et al., 2001). Lalor et al. (2007) empfiehlt für die Betreuung rund um das Screening eine spezialisierte Hebamme einzusetzen, die über fundiertes Wissen verfügt. Mögliche Verbesserungsvorschläge zur Reduzierung der persönlichen und fachlichen Konflikte der Hebamme, liegen laut Ryder (1999) hauptsächlich im Bereich der professionellen Einführung des Tests, der Weiterbildung und der klaren Beratung zu den Begriffen *erhöhtes* und *niedriges Risiko*. In der Untersuchung von Skirton & Barr (2009) wurden 78.4 % aller Teilnehmerinnen durch die Hebamme über das Screening informiert. Von den Hebammen fühlten sich allerdings 5.1 % nicht gut auf die Thematik vorbereitet und 17 der 78 Hebammen, wussten nicht, welcher Screeningtest zur Risikoeinschätzung für Downsyndrom verwendet wird. Die Autorenschaft hebt hervor, dass die Hebamme über fundiertes Wissen bezüglich Screening und Pränataldiagnostik verfügen muss. Den Autoren der Leitlinie des HKCOG (2008) war es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Durchführung des NT-Screenings gute Fertigkeiten und viel Erfahrung voraussetzt. Als Autoren der Leitlinie sind ausschliesslich Ärzte und Ärztinnen aufgeführt. Die Hebamme wird unter anderen Fachpersonen in der Zielgruppe zur Anwendung der Leitlinie erwähnt.

7 DISKUSSION

Im ersten Teil der Diskussion wird Bezug genommen auf die kategorisierten Ergebnisse im Kapitel 0. Anschliessend wird ein möglicher Transfer der Hebammenbetreuungskonzepte in die Schweiz und die daraus abgeleiteten Empfehlungen und mögliche Massnahmen besprochen. Das Ziel der Diskussion ist die Beantwortung der Fragestellung (Kap. 3.4) und Zielsetzung (Kap. 3.3) dieser Bachelor-Thesis bezüglich einer möglichen Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest.

7.1 Betreuung rund um den Ersttrimestertest

Die Literaturanalyse hat aufgezeigt, dass die Gesundheit des Kindes zunehmend an Wichtigkeit gewinnt (Hildingsson et al., 2002). Diese Tatsache kann in Verbindung mit dem steigenden Alter von Gebärenden, und folglich höherer Inzidenz von Trisomie 21, die zunehmende Relevanz der Screeningthematik unterstreichen. Wie in der Einleitung (Kap. 3.2) aufgezeigt wurde, ist auch in der Schweiz das Gebäralter steigend, weshalb die folgende Diskussion auch für die Schweiz hoch aktuell ist. Nach Meinung der Autorinnen macht es den Anschein, dass die heutige Gesellschaft durch den Einfluss der

sich rasant entwickelnden Medizintechnologie auf die Illusion hinsteuert, dass im Bereich der Geburtshilfe alles kontrollier- und planbar sein muss.

Um eine angepasste Betreuung definieren zu können, wurden Studien analysiert, welche die Bedürfnisse, das Empfinden und das Erleben der Frau und des Paares rund um pränatales Screening im Falle eines auffälligen Befundes aufzeigen. Diese Studien zeigen starke psychosoziale Konsequenzen für die Frau, das Paar und ihr Umfeld (Ahman et al., 2010; Carolan & Hodnett, 2007; Georgsson et al., 2006; Lalor et al., 2007; Pilnick & James, 2003; Skirton & Barr, 2009; Weinans et al., 2004). In der Untersuchung von Carolan & Hodnett(2007) und Georgsson et al. (2006) konnten komplexe Bewältigungsstrategien gezeigt werden, die für eine persönliche Krise der Frauen sprechen. Das Entstehen solch schwerwiegender emotionaler und psychosozialer Auswirkungen zeigt, dass die heutige Schwangerschaftsvorsorge den Bedürfnissen der werdenden Eltern rund um pränatales Screening nicht gerecht wird. Obwohl die emotionalen Reaktionen situationsbedingt erklärbar sind, könnte diesen Konsequenzen mit einer angepassten, professionellen Betreuung entgegengewirkt werden. Diese Aussage kann durch die Untersuchung von Lalor et al. (2007) gestützt werden, in welcher die Frauen meinten, dass mit kontinuierlicher Betreuung Angst und Frustration hätte vermieden werden können. Weiter fordert Carolan & Hodnett (2007) eine individuelle Unterstützung und Betreuung von Schwangeren mit erhöhtem Risiko.

Es zeigte sich, dass vorwiegend die Bedeutung der Begriffe *erhöhtes Risiko*, *niedriges Risiko* und *Screening* schwierig zu verstehen ist. (Georgsson et al., 2006; Hertling-Schaal et al., 2001; Pilnick & James, 2003; Ryder, 1999). Hierzu muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die analysierten Studien mehrheitlich in englischer Sprache verfasst sind. Die Definition *high risk* im Englischen kann eine stärkere Wirkung haben als *erhöhtes Risiko* in der deutschen Sprache. Als Massnahmen für ein besseres Verständnis werden standardisierte Informationen für die Fachpersonen und Hilfsmittel, wie beispielsweise Leitfäden und Leitlinien, genannt (Ryder, 1999). Bezüglich der Problematik der Begrifflichkeit muss der Klientin klar werden, dass eine Risikoeinschätzung keine definitive Diagnose für eine Fehlbildung darstellt und dass umgekehrt auch eine negative Risikoeinschätzung keine Garantie für ein gesundes Kind ist. In dieser Ungewissheit sollte die schwangere Frau und ihr Umfeld durch eine professionelle und adäquate Betreuung aufgefangen und begleitet werden.

In diversen Untersuchungen wurde besprochen was den Schwangeren in dieser Situation geholfen hätte. Unter anderem wurden eine bessere Vorbereitung, Anschauungsmaterial, Informationsbroschüren, angepasste Sprache und Beratung, informierte Entscheidung und kontinuierliche Betreuungspersonen genannt (Hertling-Schaal et al.,

2001; Lalor et al., 2007; Ryder, 1999). Da Skirton & Barr (2009) und die Leitlinie von NICE (2008) darauf hinweisen, dass die Thematisierung des pränatalen Screenings möglichst früh geschehen sollte, zeigt die Komplexität der Situation und wie schwierig sie für die Betroffenen zu erfassen ist. Speziell die kurze Zeit für eine Meinungsbildung bezüglich pränatalem Screening und pränataler Diagnostik scheint für werdende Eltern eine Überforderung darzustellen. Hinzu kommt, dass die Frühschwangerschaft an sich schon eine Zeit der Neuorientierung bedeutet.

Durch die Literaturanalyse konnte keine einheitliche Haltung der Frauen gegenüber dem pränatalen Screening evaluiert werden. Der Zeitpunkt der Befragung könnte von Bedeutung sein. Es kann angenommen werden, dass es einen Unterschied macht, ob die Frau nach einem auffälligen Befund zu ihrer Meinung befragt wird oder nach der Geburt eines gesunden oder kranken Kindes. Trotz ambivalenten und sehr schwierigen Situationen rund um ein pränatales Screening betonte die Mehrheit der Frauen in einer Studie, dass sie in einer Folgeschwangerschaft die Risikoeinschätzung wiederholen würden und dass das Screening jeder Schwangeren angeboten werden sollte (Weinans et al., 2004). Diese Haltung ist schwer nachvollziehbar, da das Erlebte oftmals traumatisch beschrieben wurde und viele Frauen ein falsch-positives Resultat erhielten. Eine Erklärung hierfür liegt in der Tatsache, dass Verarbeitungsprozesse und Adaption an irritierende Ereignisse oftmals nicht rational nachvollzogen werden können. Denn oft ist es eine Möglichkeit Ressourcen zu mobilisieren und eine positive Lösung des Problems herbei zu führen. Die Bagatellisierung des Prozesses kann als Selbstschutz verstanden werden, aber auch als Versuch der Normalisierung eines traumatisierenden Ereignisses (Georgsson et al., 2006). Dieses Verhalten zeigt wiederum wie gross das Bedürfnis ist, Sicherheit über die Gesundheit des Kindes zu erlangen, auch wenn dies seinen Tribut fordert. Durch die Literaturanalyse konnten auch Hinweise zu Langzeitfolgen gesammelt werden, welche nach der Geburt die Frau und ihr Umfeld beeinflussten. Diese Langzeitfolgen wiederum können die Einstellung der Frauen zu pränatalem Screening beeinflussen (Carolan & Hodnett, 2007; Georgsson et al., 2006). Fragen zu möglichen Auswirkungen dieser Langzeitfolgen im Wochenbett sowie auf die Bindung zwischen Mutter, Kind und das Stillen bleiben unbeantwortet. Die Frau nennt den Partner als wichtige Bezugsperson, deswegen darf seine Rolle in der Screeningthematik nicht unterschätzt werden. Für eine ganzheitliche Betreuung müssen die möglichen Ängste des Partners miteinbezogen werden und sein Einfluss auf die Entscheidungsfindung beachtet werden (Ahman et al., 2010; Georgsson et al., 2006; Hildingsson et al., 2002; Skirton & Barr, 2009). Da die Hebamme mit ihrem Hintergrund und ihrer Sensibilisierung ist auf eine systemische Betreuung in allen Berei-

chen der Elternschaft bezieht sie den Partner in die Betreuungssituation rund um Pränatalscreening mit ein und nimmt ihn als Ressource für die Schwangere wahr (Berner Fachhochschule Gesundheit, 2008).

Wenn eine Hebammenbetreuung rund um pränatales Screening diskutiert wird, sollten aber auch die professionellen und emotionalen Konsequenzen für die Hebamme beachtet werden. Um die Hebamme in diesem Bereich zu unterstützen, ist es notwendig, die Screeningthematik in der Ausbildung intensiv zu behandeln, das Weiterbildungsangebot auszubauen und eine hebammenfokussierte Anlaufstelle zur Verfügung zu stellen. In diversen Studien wird besprochen, dass die Hebamme, wie alle medizinischen Fachpersonen, die im Bereich des pränatalen Screenings arbeiten, eine zusätzliche Weiterbildung oder Schulung benötigen, um mit einem fundierten Wissen begleiten und beraten zu können (Hertling-Schaal et al., 2001; Lalor et al., 2007; Skirton & Barr, 2009; Ryder, 1999). Schon im Titel (Prenatal screening for Down syndrome: a dilemma for the unsupported midwife) der Studie von Ryder (1999) wird auf das Dilemma der Hebammen im Bereich des pränatalen Screenings aufmerksam gemacht. Dieses Dilemma betrifft nicht nur Hebammen, sondern auch alle anderen involvierten Fachpersonen. Die Komplexität des Themas wirft die Frage auf, ob eine grundlegende Überforderung der Fachpersonen besteht. Mögliche Reaktionen aus der Überforderung heraus können eine Distanzierung und ein Abgeben der Verantwortung sein. Wie in dieser Diskussion bereits besprochen, fordert pränatales Screening eine intensive Betreuung und Beratung durch eine Fachperson, was ein fundiertes Wissen, kommunikative und empathische Kompetenzen voraussetzt. Trotz Ausgrenzung in dieser Arbeit (Kap. 3.5) spielt der ethische Aspekt speziell bei erhöhtem Risiko eine nicht zu unterschätzende Rolle. Das ethische Dilemma der Fachpersonen, wie auch der Betroffenen, würde ausreichend Material für weitere wissenschaftliche Arbeiten liefern und könnte spezifischer und ausführlicher bearbeitet werden.

7.1.1 Kontinuierliche Betreuung / Continuity of Care

Das Definitionsproblem des Konzepts kontinuierliche Betreuung (Kap. 4.5.2) erschwert die Forschung, wie auch die Umsetzung im Bereich des pränatalen Screenings. Die vorhandene wissenschaftliche Literatur muss kritisch betrachtet werden, da sie sich mehrheitlich auf die Betreuung unter der Geburt bezieht. Dennoch gibt es genügend Daten die eine Bedeutung der kontinuierlichen Betreuung in der Schwangerschaft aufzeigen (Freeman, 2006; Hildingsson et al., 2002; Hodnett, 2008). Wäre eine kontinuierliche Bezugsperson oder –gruppe nicht auch im Rahmen von pränatalen Untersuchungen und speziell bei einem auffälligen Befund von Bedeutung? Diese Frage wird durch die Studie von Lalor et al.(2007) beantwortet, in welcher die Paare eine

kontinuierliche Betreuung rund um pränatales Screening und die weiterführende Diagnostik, als unterstützend und wertvoll empfunden hätten. Durch die kontinuierliche Hebammenbetreuung ist eine ganzheitliche und individuellere Betreuung möglich, die den psychosozialen Folgen eines auffälligen Befundes besser begegnen könnte. Das Konzept wäre auch im interdisziplinären Rahmen mit einer geteilten Betreuung durch Hebamme zusammen mit dem Arzt / der Ärztin umsetzbar.

Obwohl die Cochrane-Review zum Konzept (Hodnett, 2008) durch die Cochrane Library zurückgezogen und durch eine aktuellere Arbeit (Hattem et al., 2009) ersetzt wurde, ist die Review in dieser Arbeit verwendet worden, da es interessante Daten zur kontinuierlichen Betreuung in der Schwangerschaft liefert. Der Rückzug dieser Review gründet nicht auf fehlerhafte Daten, sondern auf einer Erweiterung der Literaturübersicht. Freeman (2006) hinterfragt mit ihrer Review die fundamentale Bedeutung der Kontinuität für die Frau, jedoch bezieht sie sich vor allem auf die Betreuung unter der Geburt und nicht in der Schwangerschaft. Eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse (Bias) muss in Betracht gezogen werden, da die Ergebnisse der Studien nicht differenziert aufgelistet scheinen. Trotzdem wurde die Review für die Arbeit verwendet, weil diskutiert wird ob die Kontinuität oder einzig die Qualität der Betreuung ausschlaggebend ist. Auch Hodnett (2008) schreibt in ihrer Schlussfolgerung, dass unklar bleibt ob die positiven Ergebnisse durch die Hebammenbetreuung an sich oder durch die Kontinuität der Betreuung beeinflusst wurden. Neben der analysierten Literatur zum Konzept bestätigt die Literaturübersicht und Einschätzung des Schweizer Gesundheitsobservatoriums (OBSAN, Künzi & Detzel, 2007) den positiven Faktor der kontinuierlichen Betreuung in der Versorgung während der Mutterschaft.

7.1.2 Hebammengeleitete Betreuung / Midwife-led model of care

Die hebammengeleitete Betreuung, wie sie im Kapitel 0, beschrieben ist, weist im Vergleich mit anderen Betreuungsformen keine negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft und Geburt auf (Hattem et al., 2009). Gemäss der Cochrane Review von Hattem et al. (2009) wird bei der hebammengeleiteten Betreuung nicht davon ausgegangen, dass alle Kontrollen in der Schwangerschaft ausschliesslich von der Hebamme durchgeführt werden, sondern sie sieht auch eine oder mehrere Konsultationen bei einer anderen Fachperson vor. Bei regelabweichenden Verläufen sieht Hattem et al. (2009) ein shared model (Kompetenzteilung durch verschiedene Fachgruppen) vor. Solange noch kein auffälliger Befund nach einem pränatalen Screening bestätigt ist, ist die hebammengeleitete Betreuung ein mögliches Konzept. Eine Kompetenzaufteilung zwischen Arzt/Ärztin und Hebamme ist der zentrale Punkt, der sich von der heutigen Schweizer Situation unterscheidet. Von Gesetzes wegen (Anhang **Fehler! Verweis-**

quelle konnte nicht gefunden werden.), aber auch laut dem OBSAN-Bericht(Künzi & Detzel, 2007), ist in der Schweiz der Gynäkologe der Verantwortliche in der Schwangerschaftsbetreuung, die Hebamme ist vor allem bei einer Risikoschwangerschaft nur die ausführende Kraft.

7.2 Transfer Schweiz

Die Schwangerschaftsbetreuung in der Schweiz wird durch die Ärzte dominiert (Künzi & Detzel, 2007). Diese Situation kann erklärt werden durch einen aktuellen Mangel an freiberuflichen Hebammen in manchen Regionen und eine schlechte Entlohnung der Hebammenleistungen in der Schwangerschaft(König & Pehlke-Milde, 2010; SHV, 2002; Santéuisse, 2008). Die Hebamme kann gemäss Tarmed (Tarif der medizinischen Leistungen) eine Kontrolle in einer Risikoschwangerschaft verrechnen, welche auch höher entlohnt wird, was wiederum bestätigt, dass sie über die Kompetenz verfügt eine Risikoschwangere zu betreuen(SHV, 2002). Diese Herausforderung hat für die freiberufliche Hebamme auch einen finanziellen Anreiz, nach Meinung der Autorinnen wird dieser jedoch zuwenig wahrgenommen.

Laut dem OBSAN Bericht (Künzi & Detzel, 2007), welcher den Einbezug von nichtärztlichen Berufsleuten in der ambulanten Grundversorgung diskutiert, wäre für den Transfer der internationalen Ergebnisse aus der Literaturanalyse in die Schweiz ein Strukturwandel im Gesundheitswesen nötig. Der Bericht betont die erhöhte Klientinnenzufriedenheit durch die Hebammenbetreuung und verweist auf die interventionsarme und kosteneffektive Hebammenarbeit. Auch auf das mangelnde Interesse von Seiten der Ärzteschaft und der Krankenkassen an einer stärkeren Beteiligung der Hebamme in der Schwangerschaftsvorsorge wird im Bericht hingewiesen. Da in der Schweiz die Krankenversicherung privatisiert ist, kann von einem finanziellen Interesse der Krankenkassen ausgegangen werden, was die Hebammenbetreuung für sie unattraktiv macht. Eine interdisziplinäre Betreuung in der Schwangerschaft könnte für die Ärzte interessant sein, da es für sie eine Entlastung bedeuten würde(Künzi & Detzel, 2007). Weiter wird durch die interventionsarme Hebammenbetreuung die Physiologie gefördert (Hatem et al., 2009) was dazu führen würde, dass die Ärzte weniger komplikationsreiche Schwangerschaften und Geburten verantworten müssten.

Auch bei einer Einführung der besprochenen Konzepte (Kap. 4.5) müsste die Notwendigkeit des obengenannten Strukturwandels im Gesundheitswesen in Betracht gezogen werden. Dies zeigt, dass ein reines Hebammenbetreuungsmodell rund um den Ersttrimestertest in naher Zukunft nicht umsetzbar ist. Von Gesetzes wegen (Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) muss die Hebamme bei

einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie (bestätigte Regelwidrigkeit) mit dem Arzt zusammenarbeiten, ihre Tätigkeit aber nicht einzig auf ärztliche Verordnung ausrichten, wie bei einer manifesten Pathologie vorgeschrieben. Bei einem erhöhten Risiko für Trisomie 21 liegt keine manifeste Pathologie vor, bis eine Trisomie 21 bestätigt werden kann. Laut OBSAN (Künzi & Detzel, 2007) ist eine Hebamme mit entsprechender Zusatzqualifikation befähigt ein Ultraschallgerät zu bedienen, jedoch lautet die Bestimmung nach Artikel 13 b Abs 2 KVG (Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) dass Kontrollen in der Risikoschwangerschaft durch Ärzte oder Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall (SGUM) durchgeführt werden müssen. Dies stellt ein Widerspruch dar und erfordert weiteren Klärungsbedarf.

Die Autorinnen gehen aufgrund der Literaturanalyse davon aus, dass trotz der besprochenen schwierigen Grundlage in der Schweiz, die Hebamme in der Betreuung rund um den Ersttrimestertest eine Hauptrolle einnehmen sollte. Durch die zuvor gemachten Ausführungen kristallisieren sich weitere grundlegende Aspekte für die Hebamme in der Schweiz heraus. Ohne spezifische Weiterbildung ist eine aktive Rolle der Hebamme im Feld der Screeningthematik nicht möglich, was einen hohen persönlichen und professionellen Aufwand voraussetzt. Es stellt sich die Frage, ob die aktuelle Struktur des Gesundheitswesens, zusätzlich zum hohen fachlichen und persönlichen Einsatz, dazu beiträgt, dass die Hebamme sich ungenügend in die Screeningthematik einbringen kann.

Wenn eine Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest in der Schweiz vorgeschlagen und diskutiert wird, können unterschiedliche Betreuungskonzepte zur Anwendung kommen. Das Konzept der kontinuierlichen Betreuung zeigt, dass der Faktor der Kontinuität sich positiv auf die Klientin und ihre Schwangerschaft auswirken kann. Die Autorinnen empfiehlt eine kontinuierliche Betreuung rund um den Ersttrimestertest, um den Bedürfnissen der Schwangeren gerecht zu werden. Die kontinuierliche Betreuung kann in unterschiedlichen Formen umgesetzt werden. Zum Beispiel in Form einer Hebammenpraxis mit kontinuierlicher Betreuungsideologie, durch eine freiberufliche Hebamme oder in einer Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Arzt (Kap. 4.5). Es besteht bereits ein Ansatz an freiberuflichen Hebammen, die Schwangerschaften begleiten und es kann angenommen werden, dass diese über pränatales Screening beraten und die Frauen diesbezüglich begleiten (SHV, 2011). Für die Durchführung eines Ersttrimestertests wird empfohlen, die Klientin an eine Ärztin / einen Arzt oder ein Krankenhaus zu verweisen. Da in der Schweiz die meisten Frauen ihre gynäkologischen Untersuchungen seit jungen Jahren beim / bei der gleichen Arzt / Ärztin durch-

führen lassen, entspricht auch diese Versorgung einer kontinuierlichen Betreuung. Diese Situation darf nicht missachtet werden und könnte in einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Hebamme hilfreich sein. Durch die analysierte Literatur konnte gezeigt werden, dass in anderen europäischen Ländern eine fortschrittlichere Schwangerschaftsvorsorge besteht und die Hebamme mehr Kompetenzen genießt. Die Autorinnen sind der Meinung, dass die Betreuung durch die Hebamme rund um das pränatale Screening, auch in der Schweiz den Bedürfnissen der Frauen entspricht.

7.3 Empfehlungen

Um die hebammengeleitete Betreuung rund um den Ersttrimestertest umsetzen zu können, sollten gemäss den Autorinnen folgende Punkte gegeben sein:

- Die Hebamme ist für die Relevanz, die Bedeutung für die Frau und ihr Umfeld und die möglichen nachhaltigen Auswirkungen des pränatalen Screenings sensibilisiert.
- Die Hebamme besitzt ein fundiertes Wissen über die möglichen Screeningtests und das Krankheitsbild Downsyndrom und weiss, an wen sie die schwangere Frau weiterverweisen kann.
- Die Hebamme verfügt über gute kommunikative Fähigkeiten und kann umfassend zur Screeningthematik beraten. Sie kann die Klientin / das Paar in einer Krisensituation begleiten.
- Die Hebamme ist gewillt in unterschiedlichen Betreuungsmodellen interdisziplinär zu arbeiten.
- Die freiberufliche Tätigkeit der Hebamme und verschiedene Hebammenbetreuungsmodelle geniessen in der Gesellschaft mehr Bekanntheit und Akzeptanz.

7.3.1 Mögliche Massnahmen

- Angebot von Weiterbildungen für Hebammen (zum heutigen Stand des pränatalen Screenings, Ultraschalldiagnostik, Krisenbegleitung und Kommunikation), und zur Verfügung stellen von aktueller Literatur zur selbständigen Auseinandersetzung durch den SHV;
- Sensibilisierung der Hebammen, Ärzte / Ärztinnen und Spitäler für interdisziplinäre Betreuungsmodelle, durch Ausarbeitung von gemeinsamen Leitlinien für die Betreuung rund um den Ersttrimestertest;

- Vertiefung des Pränatalscreenings (Screeninginstrumente, Fehlbildungen / Syndrome, Ursachen, Therapien und Prognosen) im Lehrplan des Bachelorstudiums für Hebammen;
- Angemessene Entlohnung der freiberuflichen Hebammen in der Schwangerschaftsvorsorge; und
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Hebammenbetreuung in der Mutterschaft, speziell rund um Pränatalscreening (Berufspolitik, Medienmitteilungen durch SHV, Werbung und Thematisierung in der Hebammenzeitschrift).

7.4 Reflexion

Im Kapitel der Reflexion hinterfragen und diskutieren die Autorinnen ihre eigene Vorgehensweise, Stärken und Schwächen der Arbeit und mögliche Bias durch die Rolle der Autorinnen in der vorliegenden Bachelor-Thesis.

7.4.1 Der Arbeitsprozess

Den passenden Titel für die Arbeit zu finden verlief parallel zum Prozess der Eingrenzung des Themas. Mit der Zeit wurde klar, dass der Fokus auf der Hebammenbetreuung liegt und somit auch im Haupttitel genannt werden muss. Der Ersttrimestertest als Screeninginstrument wurde gewählt, da die Autorinnen im Schweizer Kontext am meisten Bezug dazu hatte. Nach Analyse der Literatur zeigte sich, dass international noch kein einheitliches Screening für Downsyndrom angewendet wird, folglich ist der Ersttrimestertest möglicherweise zu spezifisch oder zu stark an die Schweiz gebunden. Eventuell wäre der Titel - Hebammenbetreuung rund um die Risikoeinschätzung für Downsyndrom - allgemein verständlicher und dem internationalen Kontext angepasster gewesen.

Die Zielsetzung (Kap. 3.3) wurde mehrheitlich erreicht, in dem die Bedürfnisse der Frau rund um das pränatale Screening anhand analysierter Literatur evaluiert wurden. Eine mögliche Rolle der Hebamme konnte dank dem Vergleich mit internationalen Betreuungssystemen, anhand von zwei Konzepten (Kap. 7.1), diskutiert werden.

Nach Sichtung der Literatur erwies sich der vorgängige Ausschluss (3.5) der inhaltlichen Beratung als schwierig. Bei der Erfassung der Bedürfnisse der betroffenen Frauen zeigte sich, dass eine angepasste Betreuung eine individuelle Beratung nicht ausschliessen kann. Die restlichen Eingrenzungen der Arbeit erwiesen sich als sinnvoll.

Rückblickend stellte sich die Frage, ob im Kapitel Theoretischer Hintergrund das Schweizer Gesundheitssystem mit Fokus auf die Schwangerschaftsvorsorge hätte er-

läutert werden müssen. Dieser Aspekt wurde in der Einleitung und in der Diskussion besprochen und für die Argumentation verwendet, was den Autorinnen als ausreichend erscheint.

Die Literatursuche konzentrierte sich fast ausschliesslich auf Pubmed, was kritisch betrachtet werden kann. Da die Studiensuche auf Pubmed sehr ergiebig war, wurden erst für die Leitliniensuche weitere Datenbanken verwendet. Die Literatursuche dauerte über mehrere Monate an, weil sich während dem Arbeitsprozess die Suchbegriffe präzisieren. Ausserdem war die Suche nach einem passenden Konzept schwieriger als angenommen, weswegen die Literatursuche immer wieder neu aufgenommen wurde. Die Literatursuche wurde am 31. Mai 2011 vorläufig abgeschlossen, damit der nächste Arbeitsschritt aufgenommen werden konnte. Allerdings wurde am 14. und 21. Juni erneut nach einer Leitlinie gesucht, wie in der Methode (Kap. 5.1) beschrieben wird. Aufgrund der Aktualität dieses Themas, könnte die Suche laufend fortgesetzt werden, da die Risikoerfassung und Pränataldiagnostik Gegenstand der aktuellen Forschung sind.

Da die Forschungsfragen hauptsächlich durch qualitative Studien beantwortet werden konnten, war das Analysieren der Literatur anspruchsvoll. Die Studien lieferten kaum numerische Ergebnisse, was es schwierig machte, die Evidenz einheitlich zu beurteilen. Die Grösse der Stichproben in qualitativen Studien ist kleiner als in der quantitativen Forschung. Dies kann erklärt werden, durch den grösseren Aufwand und die unterschiedliche Zielsetzung einer qualitativen Studie. Die Ergebnisse von qualitativer Forschung haben nicht den Anspruch repräsentativ für die gesamte Bevölkerung oder Gesellschaft zu sein, sondern individuelle Erfahrungen und Erlebnisse zu erfassen (Kap. 5.2). Trotzdem ist die Autorenschaft der Meinung, dass für die eigene Fragestellung, wie überhaupt in der Hebammenforschung, die qualitative Erhebung von Bedeutung ist. Da die Hebammenarbeit das Wohlbefinden von Frau, Kind und Familie ins Zentrum ihrer Tätigkeit stellt, sollte das Befinden und Erleben sowohl quantitativ wie auch qualitativ erhoben werden.

7.4.2 Stärken

Eine Stärke dieser Arbeit ist die Aktualität des Themas Screening in der Schwangerschaft, die sich auch in der Menge an wissenschaftlichen Artikeln und dem laufenden Erscheinen von neuen Studien zeigt. Die Relevanz der Thematik wurde in der Arbeit ausführlich beschrieben. Eine weitere Stärke liegt in den Settings der analysierten Studien, die in Europa, Nordamerika und Australien durchgeführt wurden. Diese Regionen sind im soziokulturellen und medizinischen Bereich vergleichbar mit der Schweiz. Weitere wichtige Vergleichsmöglichkeiten bieten insbesondere Schweden

und Grossbritannien, die eine hebammengeleitete Geburtshilfe kennen (Ryder, 1999; Hildingsson et al., 2002). Als weitere Stärken dieser Arbeit können der Fokus auf die Förderung der Hebammenarbeit und die Interdisziplinarität in der Schweiz genannt werden. Die Arbeit soll einen Beitrag leisten, damit die schwangere Frau bestärkt wird in ihrer Autonomie und ihre Bedürfnisse wahrgenommen werden.

7.4.3 Schwächen

Die verwendeten qualitativen Studien zur Bearbeitung der Fragestellung können als Schwäche genannt werden, da die Beurteilung der Qualität anspruchsvoller ist, im Vergleich zur quantitativen Forschung. Die eingeschätzte Qualität der verwendeten Primärliteratur variiert stark. Weiter konnte kaum primäre Literatur aus der Schweiz gefunden werden, oder der Inhalt der gefundenen Literatur war für die Fragestellung nicht zutreffend. Mehrere der einbezogenen Untersuchungen verfügen über eine sehr kleine Stichprobe, wodurch die Ergebnisse weniger repräsentativ sind. Die Analyse von Literatur ausschliesslich aus dem Ausland kann eine Schwäche sein, da Transfermöglichkeiten in das Schweizer Gesundheitssystem nie eins zu eins übernommen werden können. Das Schweizer Gesundheitssystem ist komplex und unterscheidet sich in mehreren Bereichen im internationalen Vergleich (Künzi & Detzel, 2007). Zum Beispiel verfügt Schweden über ein staatliches Gesundheitssystem, somit können die Betreuungskonzepte nicht eins zu eins übernommen werden. Ausserdem hatte keine der analysierten Studien zum Ziel, unsere Fragestellung, der idealen Betreuung von Frauen rund um den Ersttrimestertest, zu untersuchen und zu beantworten. Die Studien forschten mehrheitlich über die Folgen der Risikoeinschätzung und die Bedürfnisse der Frau und des Paares und daraus resultierten Empfehlungen für eine bessere Betreuung.

7.4.4 Rolle der Autorinnen

Der Arbeitsprozess konnte mehrheitlich produktiv gestaltet werden, da die Motivation für das Thema sehr hoch und die Zusammenarbeit durch ein freundschaftliches Verhältnis geprägt war.

Durch eigene Erfahrungen, und die daraus resultierende Themenwahl, ist eine gewisse Beeinflussung des Inhalts der Bachelor-Thesis gegeben. Da es sich bei den Autorinnen um Hebammenstudentinnen handelt und folglich in der Ausbildung eine Sensibilisierung für hebammenpolitische Anliegen stattgefunden hat, steht das Wohlbefinden von Frau und Kind, wie auch die Rolle der Hebamme, im Zentrum dieser Arbeit. Folglich kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Übersicht derselben Literatur durch Personen einer anderen medizinischen Fachrichtung zu gewissen Abweichungen in der Diskussion und Schlussfolgerung geführt hätte.

Obwohl die Autorinnen über Monate das Thema Pränatalscreening bearbeitet haben, konnte die Komplexität bis zum Abschliessen der Arbeit nicht erfasst werden. Mehrmals wurde die persönliche Haltung zu diesem Thema diskutiert und doch war es bis zum Schluss nicht möglich, diese konkret zu benennen. Dies hat den Autorinnen auf-

gezeigt, wie schwierig es für eine schwangere Frau und ihren Partner sein muss, das Thema in kürzester Zeit zu erfassen und eine Entscheidung zu treffen.

8 SCHLUSSFOLGERUNG

Durch die Literaturreview konnte die Aktualität und Relevanz der Screeningthematik in der Mutterschaft aufgezeigt werden. Neben dem unbestrittenen Benefit des medizinischen Fortschritts, dürfen die Bedürfnisse der Klientinnen, der Partner und der Kinder nicht missachtet werden, wenn das Risiko für Trisomie 21 berechnet wird. In der analysierten Literatur wurde gezeigt, dass eine pränatale Risikoeinschätzung mit einem positiven Resultat zu starken psychosozialen Reaktionen führen kann, mit unterschiedlichem Einfluss auf das Wohlbefinden der Mutter und die Einstellung zur Schwangerschaft. Zu möglichen Langzeitfolgen sind Aussagen schwierig und weitere Forschung nötig. Es gibt Hinweise, dass betroffene Frauen auch nach der Geburt noch eine erhöhte Ängstlichkeit aufweisen, auch wenn das Kind gesund ist. Wie sich eine erhöhte Ängstlichkeit und somit emotionale Spannungen im Wochenbett, verursacht durch ein Screening in der Frühschwangerschaft, auf die Bindung zum Kind oder das Stillen auswirkt, könnte Bestandteil weiterer Forschung sein. Um den Bedürfnissen von Frau und Paar in dieser Situation entgegenzukommen, wurden aus der analysierten Literatur folgende Schwerpunkte herausgearbeitet: Eine angepasste, ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung mit Konzentration auf eine umfassende Beratung. Die Beratung ist zentral, damit eine Risikoberechnung und ihre Konsequenzen richtig verstanden werden. Weiter darf die wichtige Rolle des Partners nicht unterschätzt werden, sowohl als mögliche Ressource für die Frau wie auch als Entscheidungsträger.

Der Fokus der Literaturübersicht lag auf der Hebammenbetreuung rund um pränatales Screening und auf einem möglichen Transfer der analysierten Literatur und deren Ergebnisse in die Schweiz. Da in der Schweiz die Betreuung in der Schwangerschaft von den Ärzten dominiert wird, ist ein Strukturwandel im Gesundheitssystem für eine Umsetzung der Hebammenbetreuung unumgänglich. Dennoch sind die Autorinnen der Meinung, dass die Hebamme schon heute eine aktivere Rolle in der Betreuung rund um den Ersttrimestertest einnehmen kann und soll. Die Hebamme betreut mit einem gesundheitsfördernden und systemischen Ansatz, interventionsarm und somit kosteneffizient. Dies macht die Hebammenarbeit auf Ebene der Wirtschaft, der Gesundheitspolitik und nicht zuletzt auch aus Sicht der Klientin interessant macht. Eine aktivere Rolle der Hebamme fordert aber auch eine zusätzliche Aus- und Weiterbildung in der Screeningthematik. Nicht zu vernachlässigen ist auch der Aspekt, dass die Hebamme mit ethisch-moralischen Fragen konfrontiert sein wird, die zu persönlichen und fachlichen Konflikten führen können.

Für die Einführung der Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest wurden unterschiedliche Betreuungsmodelle besprochen. Eine kontinuierliche Betreuung im Prozess des Screeningverfahrens fördert die frauenzentrierte und individuelle Betreuung. Diese kann durch eine freiberufliche Hebamme, eine kleine Gruppe von Hebammen wie auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit einem / einer Arzt / Ärztin gewährleistet werden.

Aufgrund der analysierten und diskutierten Literatur empfehlen die Autorinnen die kontinuierliche Hebammenbetreuung beim pränatalen Screening. Auch im Kontext der Schweiz wird die Hebamme rund um den Ersttrimestertest, als primäre Bezugsperson im interdisziplinären Rahmen empfohlen.

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Ahman, A., Runestam, K., & Sarkadi, K. (2010). Did I really want to know this? Pregnant women's reaction to detection of a soft marker during ultrasound screening. *Elsevier Ireland Ltd.* , 87-93.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & die Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). (2001). *Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ*. Abgerufen am 10. März 2011 von Studienportal Berner Fachhochschule Gesundheit: <http://studium.wgs.bfh.ch/studiengaenge10-11/10004/395/Materialien/Forms/Nach%20Thema.aspx>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)*. Abgerufen am 10. März 2011 von Studienportal Berner Fachhochschule Gesundheit: <http://studium.wgs.bfh.ch/studiengaenge10-11/10004/395/Materialien/Forms/Nach%20Thema.aspx>
- Behrens, J., & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber.
- Berg, M. (2005). A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *Journal of Perinatal Education* , 14 (1), 9-21.
- Berner Fachhochschule Gesundheit. (2008). *Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc*. Abgerufen am 20. Juli 2011 von Studienportal Berner Fachhochschule Gesundheit BSc Hebamme: <https://studium.wgs.bfh.ch/gesundheits/home/heb/Dokumente/Forms/Kompetenzen.aspx>
- BFS, Bundesamt für Statistik. (2009). *Lebendgeburten nach Alter der Mutter und zusammengefasste Geburtenziffer*. Abgerufen am 10. März 2011 von Bundesamt für Statistik: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html
- BFS, Bundesamt für Statistik. (2007). *Neugeborene in Schweizer Spitälern 2004. Spitalversorgung von termin- und frühgeborenen Säuglingen*. StatSanté 2/2007.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2. Ausg.). World Health Organization.
- Büchi, S., Ravenel, V., Raio, L., & Surbek, D. (2007). *Flussplan der Schwangerenvorsorge*. Bern: Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern.

- Carolan, M., & Hodnett, E. (2007). Discovery of soft markers on fetal ultrasound: maternal implications. *Midwifery* , 654–664.
- Dialog Ethik et. al. (2010). *Leitfaden "Psychosoziale Beratung bei vorgeburtlichen Untersuchungen"*. Dialog Ethik.
- Dudenredaktion. (2011). *Duden online*. Abgerufen am 29. Juli 2011 von Bibliographisches Institut GmbH: <http://www.duden.de/>
- Enkin, M., Keirse, M. J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2006). *Effektive Betreuung in Schwangerschaft und Geburt. Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer* (2. Ausg.). Verlag Hans Huber.
- Faller, A., & Schünke, M. (2008). *Der Körper des Menschen. Einführung in Bau und Funktion* (15. Ausg.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Freeman, L. M. (2006). Continuity of carer and partnership A review of the literature. *Women and birth* , 39-41.
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. (2011). *Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ("Mutterschafts-Richtlinien")*. Abgerufen am 4. April 2011 von Gemeinsamer Bundesausschuss: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>
- Georgsson, S. Ö., Waldenström, U., Grunewald, C., & Olin, S. L. (2006). Pregnant Women's Responses to Information About an Increased Risk of Carrying a Baby with Down Syndrome. *Birth* , 64-73.
- Haberthür, F., & Lauper, U. (2003). *Betreuung einer schwangeren Frau in der Grundversorgung*. Schweizer Med Forum.
- Hatem, M., Sandall, J., Soltani, H., & Gates, S. (2009). Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Review). *The Cochrance Collaboration* .
- Hertling-Schaal, E., Perrotin, F., de Poncheville, L., Lansac, J., & Body, G. (2001). Anxiété maternelle induite par les techniques de diagnostic prénatal: reconnaissance et prise en charge. *Gynécol Obstét Fertil* , 440-446.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., & Radestad, I. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregivers and general content. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 , 118–125.
- HKCOG. (2008). *Guidelines on Antenatal Care (Part I)*. Abgerufen am 21. Juni 2011 von The Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists: <http://hkcog.obg.cuhk.edu.hk/public/guidelines.asp>

- HKCOG. (2008). *Guidelines on Antenatal Care (Part II)*. Abgerufen am 21. Juni 2011 von The Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists: <http://hkcoг.obg.cuhk.edu.hk/public/guidelines.asp>
- Hodnett, E. (2008). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *The Cochrane Collaboration* .
- Hürlimann, D. C., & Baumann-Hölzle, R. (2004). Beratung in der pränatalen Diagnostik: Eine Nationalfondsstudie über Entscheidungsunterstützungssysteme. *Schweizerische Ärztezeitung Nr. 8* , 407-411.
- König, C., & Pehlke-Milde, J. (2010). *Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht*. Abgerufen am 19. Juni 2011 von Bundesamt für Gesundheit: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/11833/index.html?lang=de
- Kunz, R. (2001). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Deutscher Ärzte Verlag.
- Künzi, K., & Detzel, P. (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen*. Abgerufen am 14. April 2011 von Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.html?publicationID=2951>
- Lalor, J. G., Devane, D., & Begley, C. M. (2007). Unexpected Diagnosis of Fetal Abnormality. Women's Encounters with Caregivers. *Birth*, 34 , 80-88.
- Neuhaus, G. (2006). *!Schwanger?* Zürich: Verein Ganzheitliche Beratung und kritische Information zu pränataler Diagnostik.
- NICE. (2008). *Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman*. Abgerufen am 4. März 2011 von The National Institute for Health and Clinical Excellence: <http://www.nice.org.uk>
- Pilnick, A. M., & James, D. M. (2003). Presenting and discussing nuchal translucency screening for fetal abnormality in the UK. *Midwifery Volume 20* , 82-93.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Lehrbuch Pflegeforschung, Methodik, Beurteilung und Anwendung* (1. Deutsche Ausg.). Verlag Hans Huber.
- Reichert, M. (2010). *Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2006 (neu) und 2005 (Re-Evaluation)*. Abgerufen am 19. Juni 2011 von FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte: <http://www.fmh.ch/files/pdf3/2010-12-0921.pdf>

- Ryder, I. H. (1999). Prenatal screening for Down syndrome: a dilemma for the unsupported midwife. *Midwifery* 15 , 16-23.
- Santésuisse. (2008). *Aktuelle TPW-Übersicht selbständige Leistungserbringer*. Abgerufen am 19. Juni 2011 von Schweizerischer Hebammenverband: <http://hebamme.ch/de/heb/cug/index.cfm?DatGrp=18>
- Schneider, H., Husslein, P., & Schneider, K.-T. M. (2006). *Die Geburtshilfe* (3. Ausg.). Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- SHV. (2011). *Empfehlungen für frei praktizierende Hebammen fpH*. Abgerufen am 20. Juli 2011 von Schweizerischer Hebammenverband: <http://www.hebamme.ch/de/heb/cug/index.cfm?DatGrp=12>
- SHV. (2002). *Tarifvertrag SHV-sas*. Abgerufen am 19. Juni 2011 von Schweizerischer Hebammenverband: <http://hebamme.ch/de/heb/cug/index.cfm?DatGrp=18>
- Skirton, H., & Barr, O. (2009). Antenatal screening and informed choice: a cross-sectional survey of parents and professionals. *Midwifery* , 596-602.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Weinans, M. J., Kooij, L., Müller, M. A., Bilardo, K. M., van Lith, J. M., & Tymstra, T. (2004). A comparison of the impact of screen-positive results obtained from ultrasound and biochemical screening for Down Syndrome in the first trimester. A pilot study. *Prenatal Diagnosis*, 24 , 347-351.

10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BFS	Bundesamt für Statistik
BT	Bachelor-Thesis
DELBI	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung
ETT	Ersttrimestertest
GMER	Geneva Foundation for Medical Education and Research
HKCOG	The Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NT	Nackenfaltentransparenz
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
PND	Pränataldiagnostik
RCT	Randomized Controlled Trial / Randomisiert kontrollierte Studie
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SS	Schwangerschaft
SSW	Schwangerschaftswochen
US	Ultraschall
WHO	World Health Organization

11 ANHANG

11.1 Literaturübersicht zur Betreuung rund um den ETT

<i>Studie</i>	<i>Set, Setting, Sample</i>	<i>Methode</i>	<i>Intervention</i>	<i>Resultate</i>	<i>Kommentare, Relevanz</i>	<i>Qualität / Evidenzniveau</i>
(Ahman, Runestam, & Sarkadi, 2010)	Uppsala Academic Hospital, Sweden Women`s department 11Schwangere	Qualitative, Hermeneutik, "Naturalistic inquiry", Querschnitt Semi-strukturierte, in-depth interviews Rekrutierung während 6 Monaten	Wie wird ein auffälliger US-Befund erlebt	Zentrale Themen: -Erwartungen an US -emotionale Reaktion -mögl. neg. Einfluss auf SS -Info / Wissen -Entscheidung -Vorwissen	Indirekter Bezug zu Fragestellung. Fokus nicht auf Betreuung Mögliche Konsequenzen von auffälligem US wird aufgezeigt Relevanz der Thematik Mangel in angepasster Beratung Mögliche betreuende Rolle der Heb wird nicht diskutiert Rolle des Partners	Kernkriterien mehrheitlich erfüllt
(Skirton & Barr, 2009)	London, UK, NHS antenatal clinics and maternity services. 111 Eltern und 78 Hebammen	Querschnittstudie, quantitativ. Fragebogen, Auswertung mittels Statistiksoftware. Deskriptive Statistik und Kreuztabellen. Zeitraum: Juli 2007 bis Januar 2008	Teilnehmer an SS-Kliniken mit Postern, Inseraten, Radiobereich und mündlicher Anfrage rekrutiert. Fragebogen online oder per Post ausfüllbar.	-3.6 % Screening nicht besprochen. -78.4 % Hebamme informiert. -20.7% nicht gut informiert. -17.2 % wünschten mehr Unterstützung. -5.1 % der Heb nicht gut auf Screening vorbereitet. -17 der Heb wussten nicht	Partner und Hebamme grösste Unterstützung und Bezugsperson . Hebamme braucht fundiertes Wissen über Screeningtests. Information über Screening muss früh geschehen.	III (ÄZQ/SIGN)

				<p>welches</p> <p>Rund 50% finden Paar entscheidet gemeinsam über Diagnostik. Partner wird als grosse Unterstützung genannt</p> <p>Screening für Down Syndrom.</p>		
(Carolan & Hodnett, 2007)	<p>Tertiäre, spezialisierte Klinik „SS mit erhöhtem Risiko“ in einem Spital in Kanada</p> <p>10 Schwangere</p>	<p>Qualitativ, Grounded Theory, Longitudinal, Interview</p> <p>Interviews zwischen 6-8 Monaten</p>	<p>Erstes Interview in SS und zweites in 12-20 Wo p.p.. Schwangere wurden zum Erleben vom Weiterleiten zu tertiärem Spital nach auffälligem US-Befund befragt</p>	<p>Prozess der Anpassung wurde beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realisieren -Sinn geben -Ängstliches Warten -Keine klare Lösung 	<p>Passend für Fragestellung:</p> <p>betont die Notwendigkeit einer angepassten Betreuung und Beratung, Heb wird als mögliche Bezugsperson genannt</p> <p>emotionalen Folgen werden aufgezeigt</p> <p>Relevanz wird thematisiert</p>	Kernkriterien erfüllt
(Georgsson, Waldenström, Grunewald, & Olin, 2006)	<p>4 Kliniken in Stockholm, Schweden, Ultraschall-Center & zu Hause, 24 schwangere Frauen</p>	<p>Grounded Theorie. Qualitativ.</p> <p>3 semistrukturierte Interviews.</p> <p>Tonbandaufzeichnung, transkribiert, kategorisiert.</p> <p>Zeitraum: März-November 2001</p>	<p>Befragung von 24 Frauen die erhöhtes Risiko für Trisomie 21 aufwiesen.</p>	<p>7 Kategorien.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ungenügend auf Resultat vorbereitet. -Starke Angst, Ambivalenz & Ablehnung. -Partner & Hebamme wichtigste Bezugspersonen. -Unkenntnis Bedeutung Risikoassessment. -Viele falsch-positive Re- 	<p>Erhöhtes Risiko starke Auswirkung auf Frau & Paar.</p> <p>Aufklärung über Bedeutung von Screening.</p> <p>Gute Information und intensive Begleitung der Schwangeren nötig.</p>	Kernkriterien teilweise erfüllt

				sulfate.		
(Hertling-Schaal, Perrotin, de Poncheville, Lansac, & Body, 2001)		Review	Durch Lit.review wird versucht die ängstlichen Gefühle und deren Ursachen im Bezug zu PD zu definieren. Mögliche Massnahmen zur Reduktion erarbeiten	Einschätzung „erhöhtes Risiko“ kann negative emotionale Konsequenzen haben Verständnis für Begriff „erhöhtes Risiko“ sehr unterschiedlich Hohe Diskrepanz in Information und Beratung	Qualität der Review fraglich (Evidenzniveau: Ib) Bedeutung einer angepassten Betreuung und Beratung wird diskutierte, Heb wird genannt Möglichen emotionalen Folgen werden aufgezeigt Zusätzliche Schulung in psych. und komm. Kompetenzen der med. Fachpersonen wird vorgeschlagen	Ib (ÄZQ)
(Lalor, Devane, & Begley, 2007)	Tertiäre Spezialklinik für Geburtshilfe, Irland. Privat. 38 Frauen mit 41 Foeten (davon 39 mit Fehlbildung)	Qualitativ Longitudinal Tiefeninterviews mit 2 offenen Fragen Zeitraum: April 2004 – August 2005 Tonbandaufzeichnung, transkribiert, kategorisiert. Schablonenhafter Analysestil.	Interviews zu Hause 4-6 Wochen nach dem Resultat, durch Hauptforscher. Resultat wurde durch Hebamme, Radiologe oder Spezialist mitgeteilt.	6 Kategorien. -Ungenügende Information -unsensible Betreuung -schockiert über Resultat -Wartezeit zwischen US und Resultat war Tortur -Unpassende Fachsprache -Anschauungsmaterial & Grafiken hilfreich -Kontinuierliche Betreuung sehr wertvoll -Hebamme zu Hause am Besten.	Diverse (auch letale) Anomalien, nebst Trisomie 21. Egal welche Anomalie, Resultat war traumatisierend . Ohne Kontinuierliche Betreuung mehr Angst und Frustration. Normale SS-Betreuung durch Hebame nebst Risiko-Kontext wichtig. Hilfreich für Betreuung, wenn SS ausge-tragen wird. Kommunikationsschulung wichtig.	Kernkriterien mehrheitlich erfüllt

(Pilnick & James, 2003)	Grosses Ausbildungsspital, UK. Schwangerschafts-Poliklinik und Privat. 14 schwangere Frauen.	Hermeneutisch, longitudinal, qualitativ. Redaktioneller Analysestil. Transkribiert und kategorisiert.	Aufklärungsgespräch durch freiberufliche Hebamme vor Test zu Hause. Nachgespräch durch Spitalhebamme, Resultate erklärt. 3. Interview durch Autor 2-6 Wochen nach Test.	5 Kategorien -High-risk ≠ kein Risiko, Risikoerfassung ≠ Diagnose. -Resultat unbefriedigend -Frauen vorgefasste Meinung zu PND -Interpretation niedriges Risiko je nach Alter	High-risk Definition 1:200. Ein Dropout, begründet. Nicht ETT, aber Nackenfaltenmessung. Viel Aufwand nötig um Risikoassessment verständlich zu machen. Kleines Sample, schwierige Sampling. ETT setzt aktive Entscheidung voraus, Bewusstsein fehlt.	Kernkriterien teilweise erfüllt
(Ryder, 1999)	Geburtshilfliche Abteilung im Süden von England Klinik für Schwangerschaftsvorsorge (zwei Heb) Gemeinde (acht Heb) 10 Hebammen	Qualitativ Grounded Theory Querschnitt Semistrukturierte Interviews	Interviews wurden mit 10 Heb durchgeführt, um die persönlichen und professionellen Sorgen von Heb im Bezug zu Erfahrungen mit Schwangeren, die Serum-Screening für Trisomie 21 durchführen	Herausgearbeitete zentrale Themen: -Ausbildungsbedarf bei Einführung des Tests -Weiterbildung -Begriff „erhöhtes Risiko“ -Begriff „Niedriges Risiko“ -Persönliche und fachliche Konflikte	Relevant für Fragestellung, da explizit die Hebammenbetreuung rund um das Screening besprochen wird Die Problematik (Konflikte) von einer aktiven Rolle wird besprochen Studie zeigt, dass es psychosoziale Folgen für Klientin und Fam. Gibt Studie zeigt, dass ein auffälliges Resultat eine angepasste Beratung und Betreuung erfordert	Kernkriterien mehrheitlich erfüllt
(Weinans, Kooij, Müller, Bilardo, van Lith, & Tymstra, 2004)	Amsterdam Medical Centre (AMC, Amsterdam region) University Hospital Groningen (UHG, Northern	Pilotstudie, nichtexperimentell, retrospektiv, querschnitt	Fragebögen wurden an 2 Gruppen von je 20 Schwangeren geschickt, um einen Unterschied im Erle-	Der Befund durch den Ultraschall schien einen grösseren Einfluss auf die Schwangeren zu haben. evtl durch die Visuali-	Die Studie zeigt die möglichen emotionalen Folgen des Screenings und thematisiert die Bedeutung der Visualisierung durch den US. Weiter wird besprochen, dass eine	III (ÄZQ)

	<p>provinces region)</p> <p>Schwangerschaftsvorsorge im ersten Trimester</p> <p>40 Schwanger</p>	<p>semi-quantitative Fragebögen</p>	<p>ben von Schwange- ren bei auffälligem Befund auf Trisomie 21 bei Serum-Test oder Ultraschall zu erforschen</p>	<p>sierung. Die Mehrheit der Frauen waren rückblickend froh, dass sie das Scree- ning gemacht hatten und sagen, dass das Screening empfohlen werden sollte</p>	<p>erweiterte NT auch auf andere Fehlbil- dungen hindeuten kann</p> <p>Frauen wollen Screenings und möchten, dass es angeboten und empfohlen wird</p> <p>Angepasste Betreuung wird nicht genannt, Heb wird nicht thematisiert</p>	
--	--	---	---	--	---	--

11.2 Literaturübersicht zu den Betreuungskonzepten

Studie /Review	Set, Setting, Sample	Methode	Intervention	Resultate	Kommentare, Relevanz	Qualität / Evidenzniveau
(Freeman, 2006)	Review von 13 Studien Unterschiedliche Settings Summierte Sample-Grösse: 3669	Literaturreview Zeitrahmen der Suche nicht angegeben	Durch die Literaturübersicht sollte aufgezeigt werden, ob es überzeugende Evidenzen gibt, die belegen, dass die kontinuierliche Betreuung fundamental ist für eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Klientin und Heb	-Betreuung intrapartum durch bekannte Heb ist nicht fundamental für Frau Kein klarer Faktor für die Zufriedenheit, mehr die Qualität der Betreuung -die Beziehung wird von den Frauen mehrheitlich als freundschaftlich bezeichnet -für Heb fördert Berufszufriedenheit und Autonomie	Kritische Betrachtung des Konzepts Zeigt Definition-Problematik auf Fokus auf intrapartum und nicht auf antepartum (bekannte Heb unter Geb nicht fundamental) Scheint positiver Einfluss auf Beziehung zu haben Weitere Forschung wird gefordert	III (ÄZQ)
(Hatem, Sandall, Soltani, & Gates, 2009)	11 RTC aus Australien, Canada, Neuseeland und Grossbritannien.	Literaturreview 1982-2008	Literaturreview vergleicht das hebammengeleitete Betreuungsmodelle mit anderen Betreuungsformen.	Sign. weniger: Hospitalisation in der SS, Abort vor 24 SSW, PDA, Episiotomie, Vaginal operative Geburten wenn durch	Kosteneffektivität des Hebammenmodells für CH Gesundheitspolitik interessant. Zufriedenheit der Schwangeren war besser und Sicherheit gleich. Meist kontinuierliche Betreuung gewährleistet	Ia (ÄZQ)

				Hebammen betreut. Keine negativen Auswirkungen festge- stellt. Heb-Modell kosten-effektiver.	tet. Weniger Interventionen.	
(Hildingsson, Waldenström, & Radestad, 2002)	593 Kliniken für SS- Vorsorge, Schweden, 3061 Schwangere	Quantitativ, Survey/Umfrage Deskriptiv Querschnitt Fragebogen Rekrutierung: Mai, Sept 1999, Jan 2000	Fragebogen zu Erwartungen, Ansichten von der Betreuung in der SS. Fokus auf Anzahl d. Kontrollen und der Kontinuität	Gesundheit des Ki war der wichtigste Aspekt der Kontrolle (94%) 70% zufrieden mit Anzahl Kontrollen (Schweden) Für knapp 70% war es sehr wichtig von der gleichen Heb betreut zu werden in SS, insgesamt für 94% „sehr“ bis „eher“ wichtig Für Multipara war kontinuierliche Betreuung mit 74% wichtiger als für Primiparas	Studie liefert wichtige Daten für das Konzept der kontinuierlichen Betreuung: Bedeutung der kontinuierlichen Hebammenbetreuung in der SS wird aufgezeigt Die Bedeutung der Gesundheit des Kindes an erster Stelle! (→ ETT) Die Bedeutung des Partners	III (ÄZQ)
(Hodnett, 2008)	1815 Frauen	Review Datum der letzten Suche: April 2000	2 Studien wurden verglichen. Beide Studien verglichen die kontinuierliche	Die kontinuierliche Betreuung hatte positive Folgen wie weniger Verlegungen ins	Die Review unterstützt das Konzept der kontinuierlichen Betreuung wie auch der midwife-led care Trotz dem untersuchten positiven Effekt bleibt	Ia

			Hebammenbetreuung mit nicht-kontinuierlicher Betreuung durch Heb&Arzt/Ärztin	Spital in der SS, weniger Analgesie unter der Geburt, positiveres Erleben der Geburt usw.	es unklar, ob der Grund in der kontinuierlichen Betreuung oder in der Hebammenbetreuung liegt	
--	--	--	--	---	---	--

11.3 Literaturübersicht zu den Leitlinien

Leitlinie	Zeitraum	Zielgruppe	Methode	Resultate	Kommentare, Relevanz	Validität / Evidenz
(HKCOG, 2008) Guidelines on Antenatal Care (Part I & II)	Überarbeitung Januar 2008	Gynäkologen, Hebammen und Allgemeinärzte	Unklar. Literaturreview wird angenommen.	Wichtigkeit der Kontinuität in der Schwangerschaftsbetreuung Evidenzbasierte Information zu Trisomie 21 zur Verfügung stellen Information zu allen möglichen Screeningtests, möglichen Auswirkungen der Testresultate, optimale Betreuung in der SS Screeningthematik gut erklären, Thematisieren von falsch-positiven und falsch-negativen Testresultaten NT-Screening erfordert Können und viel Erfahrung	Direkte Beantwortung der Fragestellung bezüglich möglichem Konzept der Kontinuität. Thematisiert psychosoziale Belastung, jedoch unklar ob schwangere Frauen befragt wurden Methode wird nicht beschrieben, einbezogene Studien werden nicht beschrieben oder Evidenz eingeschätzt Expertengruppe besteht nur aus Ärzten	45 % (Delbi) Validität: mittel
(NICE, 2008) Antenatal care: Routine care for the	Überarbeitete Version. Erstausgabe 2003		Guideline. Systematische Analyse und Bearbeitung der Lit	Empfehlungen zu Down Syndrome Screening Bedeutung der angepassten Infor-	Keine direkte Beantwortung der Fragestellung Der psychosoziale Aspekt wird	80 % (Delbi) Validität: hoch

<p>healthy pregnant woman</p>			<p>Ausarbeiten von Empfehlungen zu Themen in der SS</p>	<p>mation und Beratung wird aufgeführt</p>	<p>thematisiert, die Qualität der Studien wird als schlecht eingeschätzt</p> <p>Kein Bezug zu angepasster Betreuung</p> <p>Notwendigkeit von weiterer Forschung wird betont</p>	
-------------------------------	--	--	---	--	---	--