

# UNIVERSITÄT BREMEN

Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften

## Pränataldiagnostik bei Schwangeren

---

„Wie beurteilen Gynäkologinnen und Gynäkologen vorgeburtliche Untersuchungen bei Schwangeren, die über die gesetzlichen Mutterschaftsrichtlinien hinausgehen?“

### Forschungsprojekt

**Dozent:**

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch

**Vorgelegt von:**

Alexandra Langer

Matrikel-Nr.: 2938467

Ivonne-Nadine Jürgensen

Matrikel-Nr.: 3085087

Nicole Usko

Matrikel-Nr.: 3085129

Sara Kheiravi

Matrikel-Nr.: 4114239

**Bremen, Sonntag, 25. März 2018**

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Pränataldiagnostik (PND) sollte ursprünglich dazu beitragen, Risikoschwangerschaften frühzeitig zu erkennen. Mit den Jahren wurde sie zusätzlich als Möglichkeit zur umfangreichen Untersuchung bei Schwangeren genutzt, welche vor der Entbindung Antworten über den Zustand und die Gesundheit des Ungeborenen aufzeigen und Fehlbildungen oder Behinderungen vorab sichtbar machen kann. Die PND hat einen enormen Fortschritt in die vorgeburtliche Untersuchung gebracht, aber gleichzeitig eine Kontroverse in ethischer Hinsicht entwickelt. Die Wahrscheinlichkeitsaussagen der Befunde können zu Verunsicherungen führen und aufgrund von Informationsdefiziten zu Fehlentscheidungen beitragen. Die Sichtweisen der Gynäkologinnen und Gynäkologen auf die PND spielen in diesem Kontext eine wesentliche Rolle in der Beratung und im Einsatz von PND-Untersuchungen.

**Methode:** Mithilfe von Leitfadeninterviews, welche mit Gynäkologinnen als Expertinnen durchgeführt worden sind, wurde das Thema mit der Methode der qualitativen Datenerhebung bearbeitet. Dadurch konnten die Ansichten und Erfahrungen der Gynäkologinnen fokussiert und somit Informationen aus erster Quelle dargestellt werden. Die Interviews wurden transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Datenauswertung erfolgte punktuell mit dem Programm f4-Analyse.

**Ergebnisse:** Die Definition des Begriffs PND erfolgt nicht einheitlich, sodass einige Gynäkologinnen PND klar von den vorgeschriebenen Untersuchungen gemäß der Mutterschaftsrichtlinie abgrenzen, andere diesen wiederum als integrierten Bestandteil der festgelegten Vorsorgeuntersuchungen sehen. Es wird kritisiert, dass diese Zusatzuntersuchungen heutzutage einen zu hohen Stellenwert einnehmen, anstatt auf einen positiven Schwangerschaftsverlauf zu vertrauen. Die Befragten sehen PND-Untersuchungen nur dann als sinnvoll, wenn die Schwangerschaft Risiken birgt und es darum geht, bestimmte medizinische Aspekte aufzudecken. PND soll nicht als Maßnahme gegen Selektion von Ungeborenen mit möglichen Behinderungen (aus)genutzt werden.

**Diskussion:** Die Ergebnisse der Experteninterviews stimmen in vielen Punkten mit den recherchierten Ergebnissen des aktuellen Forschungsstandes überein. Der ethische Blick auf das Themenfeld bringt jedoch immer noch unterschiedliche Meinungen hervor. Die Gynäkologinnen haben verdeutlicht, dass sie nach bestem Wissen aufklären und ihre eigene Meinung dabei außen vor lassen. Die Entscheidung für oder gegen PND trifft alleine die Schwangere. Interessant ist auch, dass die Schwangeren selbst mit dem Wunsch nach PND-Untersuchungen in die Praxis kommen. Häufig haben sie sich im Vorfeld über das Internet informiert. Die Informationen stammen häufig aus qualitativ fraglichen Quellen. Diese Informationen schüren bei den werdenden Eltern Ängste und Unsicherheiten, woraus der Wunsch nach PND resultiert.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	I
1 Einleitung .....	1
2 Hintergrund von Pränataldiagnostik .....	4
2.1 Begriffsdefinition Pränataldiagnostik und Verfahren .....	4
2.1.1 Invasiv .....	5
2.1.2 Nicht-invasiv .....	6
2.2 Risikoschwangerschaft und Pränataldiagnostik .....	7
2.3 Entwicklung und Errungenschaften von Pränataldiagnostik .....	9
2.4 Richtlinien und gesetzliche Grundlagen für Pränataldiagnostik .....	12
2.4.1 Mutterschaftsrichtlinien .....	12
2.4.2 Richtlinien zur Pränataldiagnostik .....	13
2.4.3 Schwangerschaftskonfliktgesetz .....	17
2.4.4 Strafgesetzbuch - Straftaten gegen das Leben .....	18
2.5 Aktueller Forschungsstand .....	20
3 Forschungsfrage und Forschungslücke .....	24
4 Methodik .....	25
4.1 Auswahl des Studiendesigns .....	25
4.1.1 Experteninterview .....	26
4.1.2 Leitfadeninterview .....	28
4.2 Auswahl der Stichprobe .....	31
4.2.1 Zugang und Kontaktaufnahme zu der Stichprobe .....	31
4.2.2 Durchführung und Rahmenbedingungen der Interviewsituation .....	34
4.3 Transkription und Transkriptionsregeln .....	36
4.4 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode .....	37
5 Ergebnisse .....	45
5.1 Pränataldiagnostik .....	48
5.2 Verlauf der Schwangerenbetreuung .....	58
5.3 Risikoschwangerschaft .....	59
5.4 Einstellung zur aktuellen Schwangerschaftsvorsorge gemäß der Mutterschaftsrichtlinie .....	61
5.5 Schwangerschaftserleben .....	64
5.6 Konsequenzen bei Schwangerenberatung .....	67

6	Diskussion .....	69
6.1	Methodendiskussion .....	69
6.2	Ergebnisdiskussion .....	71
7	Fazit.....	85
	Literaturverzeichnis .....	88
	Anhang .....	93

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Tabellarische Übersicht Leitfaden .....	30
Abbildung 2: Generelles Ablaufschema qualitativer Inhaltsanalysen .....	37
Abbildung 3: Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse .....	40
Abbildung 4: Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien .....	45

## 1 Einleitung

Das Schwangerschaftserleben und die Selbstbestimmung während der Schwangerschaft haben sich in den letzten Jahrzehnten drastisch verändert (Samerski, 2008: 14). Im Jahre 2015 gab es 737.575 Lebendgeburten. Das durchschnittliche Alter der Mutter betrug dabei beim ersten Kind 29,5 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2015). Etwa 5 % aller Neugeborenen zeigten eine oder mehrere angeborene Fehlbildungen oder Entwicklungsstörungen, die im Verlauf einer Schwangerschaft spontan und unerwartet auftreten (Stumm & Entezami 2013: 1662).

Die Pränataldiagnostik, im folgenden PND genannt, sollte ursprünglich dazu beitragen, Risikoschwangerschaften frühzeitig zu erkennen, um Gefahren für das Leben und die Gesundheit der Mutter und das Ungeborene abzuwenden. Mit den Jahren wurde die PND jedoch als Möglichkeit zur umfangreichen Untersuchung genutzt, welche bereits vor der Endbindung Antworten über den Zustand und die Gesundheit des ungeborenen Kindes aufzeigen und so Fehlbildungen oder Behinderungen vorab sichtbar machen kann (Hepp 2006: 861). Was früher dem Zufall überlassen war, ist in der heutigen Zeit Gegenstand medizinischer Hilfeleistungen. Insbesondere die Ultraschalldiagnostik wird immer präziser und ist in der medizinischen Schwangerenbetreuung bereits Routine geworden (Riedel 2004: 3; Renner 2006: 7).

Die PND hat einen enormen Fortschritt in die vorgeburtliche Untersuchung gebracht und gleichwohl weist sie moralisch fragliche Aspekte auf. In der PND wird gezielt nach Merkmalen gesucht, welche auf Behinderungen oder Krankheiten hinweisen (Heider & Gembruch, 2011: 5). Trotz eines positiven Befundes liegt die Wahrscheinlichkeit überaus hoch, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen (BZgA, 2012: 5). Diese positiven Befunde könnten zu einer Beeinflussung sowie Verunsicherung werdender Eltern führen und aufgrund von Informationsdefiziten zu Fehlentscheidungen beitragen. Selbstbestimmung während der Schwangerschaft ist mittlerweile Teil des Verlaufes und beeinflusst das Schwangerschaftserleben erheblich. Mütter und Väter müssen sich des Untersuchungsspektrums bewusst werden und eigenständig das Für und Wider der Untersuchungen abwägen (Samerski, 2008: 15).

Die rechtlichen Grundlagen zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland stehen bereits seit den 60er Jahren dauerhaft in politischer und öffentlicher Diskussion, werden aber gerade durch die PND in den Mittelpunkt gerufen (Rucht 2000: 165). Die Folgen von ärztlichem Fehlverhalten haben vor allem im pränataldiagnostischen Bereich eine neue Dimension erhalten (Riedel 2004: 2). In der heutigen Zeit der PND geht es nicht mehr nur um die Verhinderung der Entstehung von Beeinträchtigungen, sondern um die Verhinderung der Existenz von Menschen mit Beeinträchtigung (Graumann 2006: 12).

Die vorliegende Forschungsarbeit beginnt zunächst mit einer theoretischen Hinführung und Bildung einer Grundlage zu der Thematik Pränataldiagnostik, bei der auf Begrifflichkeiten, diagnostische Verfahrensweisen sowie Entwicklungsgründe eingegangen wird. Es werden Richtlinien und gesetzliche Regelungen für die frauenärztliche Praxis vorgestellt. Der aktuelle Forschungsstand wird mit einschlägigen theoretischen und empirischen Studien erläutert, um anschließend auf die Forschungsfrage eingehen und Forschungslücken erörtern zu können.

Anschließend wird das methodische Vorgehen näher erläutert. Für die vorliegende Arbeit wurden Interviews mit Gynäkologinnen als Expertinnen geführt. Diese zielen darauf ab, Informationen darüber zu erhalten, wie Gynäkologinnen zu vorgeburtlichen Untersuchungen bei Schwangeren stehen, die über die gesetzlichen Mutterschaftsrichtlinien hinausgehen (PND) und welche Erfahrungen sie damit in ihrer täglichen Praxis machen. Aus diversen quantitativen Studien ist bereits ermittelt worden, dass die Zahl der PND-Untersuchungen bei Schwangeren insgesamt zugenommen hat und auch in Zukunft tendenziell steigen wird. Da die wissenschaftliche Literatur und die qualitative Datenlage bzw. Studienlage hinsichtlich der Perspektive der Gynäkologinnen als medizinische Expertinnen noch lückenhaft ist, verfolgt dieses Forschungsprojekt das Ziel, eben diese (Innen-) Perspektive grundlegend näher zu betrachten und deren Sinnstrukturen und Deutungsmuster zu erheben und zu analysieren. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

*„Wie beurteilen Gynäkologinnen und Gynäkologen vorgeburtliche Untersuchungen bei Schwangeren, die über die gesetzlichen Mutterschaftsrichtlinien hinausgehen (Pränataldiagnostik)?“*

Dabei interessiert die Forscherinnen insbesondere, wie es dazu kommt, dass vorgeburtliche Untersuchungen bei Schwangeren, die über die gesetzlichen Mutterschaftsrichtlinien hinausgehen, vermehrt durchgeführt werden, obwohl hierfür nicht immer eine medizinische Indikation vorliegt.



## **2 Hintergrund von Pränataldiagnostik**

Im vorliegenden Kapitel wird der Begriff PND definiert sowie die aktuell zur Verfügung stehenden Verfahrensweisen dieser Diagnostik vorgestellt und erläutert, um einen thematischen Überblick zu erhalten. Darüber hinaus wird der Aspekt PND und Risikoschwangerschaft sowie die Entwicklungsgründe und Errungenschaften der PND vorgestellt, um die entstandene Problemstellung und den aktuellen Forschungsstand nachvollziehen zu können. Des Weiteren werden wesentliche Richtlinien und ausgewählte gesetzliche Grundlagen dieser Thematik für die frauenärztliche Praxis skizziert. Abschließend wird die Public Health Relevanz der PND bei Schwangeren dargestellt.

### **2.1 Begriffsdefinition Pränataldiagnostik und Verfahren**

Die PND umfasst vorgeburtliche Untersuchungen, die ergänzend zu der regulären Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch genommen werden können. Hierbei wird gezielt nach Chromosomenabweichungen gesucht, welche auf eine Krankheit oder Behinderung hinweisen. Reguläre Vorsorge und PND können nicht genau voneinander getrennt werden und zeigen an einigen Schnittpunkten einen fließenden Übergang auf (Heider & Gembruch 2011: 18).

In der PND sind aussagekräftige Ergebnisse nicht immer ermittelbar und dies kann zu Verunsicherungen beitragen. Ein gesundes Kind auf die Welt zu bringen, steht für fast alle Eltern an erster Stelle. Um die Gesundheit des Kindes sicher zu stellen, nehmen eine Vielzahl von Elternpaaren die PND in Anspruch. Hierbei können Untersuchungen vorgenommen werden, welche nicht im Mutterpass bzw. in den Mutterschafts-Richtlinien festgeschrieben sind (BZgA 2015). Bei der Inanspruchnahme von PND-Maßnahmen sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Da die Testergebnisse oftmals nicht vollkommen eindeutig ausgehen, können weitere Untersuchungen folgen. Die Feststellung einer Abweichung von der Norm ist zwar realisierbar, Behandlungsmöglichkeiten vor der Geburt sind jedoch nur bei wenigen Erkrankungen durchführbar. Das Untersuchungsergebnis kann zudem keine genaue Aussage über die Ausprägung der Erkrankung oder der Behinderung nach der Geburt machen (BZgA 2015). Um eine Entscheidung für oder gegen eine pränataldiagnostische Maßnahme treffen zu können, muss ein ausreichendes Informationsspektrum bestehen. Die Aufklärung zu allen Vor- und Nachteilen der PND ist

hierbei vorrangig. Die PND kann in zwei Bereiche unterteilt werden. Es besteht eine Kategorisierung in „invasive“ und „nicht-invasive“ Maßnahmen. Die „nicht-invasiven“ Maßnahmen können als weniger belastend für den Körper betrachtet werden als die „invasiven“ Maßnahmen, da bei der Durchführung „invasiver“ Maßnahmen in den Körper der Mutter eingegriffen wird (Heider & Gembruch 2011: 18).

### **2.1.1 Invasiv**

Zu den in Deutschland durchgeführten invasiven Methoden gehören die Chorionzottenbiopsie, die Amniozentese, die Nabelschnurpunktion und die Fetoskopie. All diese Methoden greifen in den Körper der Frau und dringen in die Gebärmutter sowie Fruchtblase ein. Die schützende Umhüllung eines Fötus wird bei einer solchen Untersuchung durchbrochen und dies kann im schlimmsten Falle zu einer Fehlgeburt führen. Bei einer gesunden und problemlosen Schwangerschaft liegt das Risiko einer Fehlgeburt nach einer Fruchtwasseruntersuchung bei ca. 0,5 %. Bei einer Chorionzottenbiopsie liegt das Risiko bereits bei 0,5 % - 2 % (Heider & Gembruch 2011: 18).

Die **Chorionzottenbiopsie**, auch Plazenta-Punktion genannt, wird zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche vorgenommen, um vor der Geburt chromosomale Abweichungen feststellen zu können. Eine Biopsie kann aufgrund von Auffälligkeiten im Ultraschall oder dem Ersttrimester-Test durchgeführt werden. Weitere Gründe für eine Chorionzottenbiopsie wären vererbte Krankheiten und Behinderungen oder der Verdacht einer Stoffwechselerkrankung. Bei einer Chorionzottenbiopsie wird eine Hohlnadel durch die Bauchdecke in den sich bildenden Mutterkuchen eingeführt. Der Mutterkuchen wird im weiteren Verlauf der Schwangerschaft aus Chorionzottengewebe gebildet, welcher während der Biopsie mit der Hohlnadel entnommen wird. Das entnommene Gewebe kann im Labor auf Chromosomensatz und Zellstruktur untersucht werden. Hierfür kommen verschiedene Tests in Frage, wie beispielsweise die DNA-Analyse (Heider 2011).

Die **Amniozentese**, auch Fruchtwasseruntersuchung genannt, wird zwischen der 14. und 20. Schwangerschaftswoche vorgenommen. Mit der Amniozentese kann ebenfalls vor der Geburt eine chromosomale Abweichung festgestellt werden. Bei hohen Antikörperwerten der Schwangeren, zur gezielten Suche nach diagnostizierbaren Krankheiten, bei Verschluss-Störungen oder bei Auffälligkeiten im Ultraschall

bzw. dem Ersttrimester-Test wird die Amniozentese durchgeführt. Als Beispiel einer solchen Auffälligkeit kann eine erhöhte Nackentransparenz genannt werden. Bei einer Amniozentese wird mit einer Hohlnadel durch die Bauchdecke in die Fruchtblase gestochen und unter Ultraschallkontrolle ca. 15 ml Fruchtwasser abgelöst. Hierbei werden Zellen des Ungeborenen entnommen. Die lebenden Zellen werden bis zur Zellteilung vermehrt, um damit die Chromosomen auf Menge und Aufbau zu untersuchen (Heider 2011).

Die **Nabelschnurpunktion** wird erst ab der 18. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Anlass dafür könnte der Verdacht einer Infektion des Ungeborenen, die Suche nach einer diagnostizierbaren Erkrankung nach einer genetischen Beratung, eine Rhesus-Unverträglichkeit oder unklare Befunde nach einer Amniozentese sein. Bei einer Nabelschnurpunktion wird in die Bauchdecke der Frau eingestochen und unter Ultraschallkontrolle Blut des Ungeborenen aus der Nabelschnur entnommen. Dieses kann dann mit Hilfe verschiedenster Tests im Labor weiter untersucht werden (Heider 2011).

Die **Fetoskopie** ist für die Entdeckung von Fehlbildungen beim Fötus kaum von Interesse. Als Therapiemethode bei einigen Erkrankungen kann sie jedoch erfolgreich angewendet werden. Ein teleskopisches Röhrchen wird hierbei durch die Bauchdecke in die Fruchthöhle geschoben. Durch dieses Röhrchen kann das Ungeborene betrachtet oder Blut- sowie Gewebeproben entnommen werden. Der Eingriff wird unter örtlicher Betäubung durchgeführt. Der Nachweis seltener Haut- und Stoffwechselerkrankungen kann eine Fetoskopie veranlassen. Das Risiko einer Fehlgeburt ist vergleichsweise hoch und liegt bei ca. 5%. Ultraschallüberwachte Eingriffe weisen ein wesentlich geringeres Risiko für Mutter und Kind auf (Kainer 2002).

### **2.1.2 Nicht-invasiv**

Zu den nicht-invasiven Maßnahmen und der klinischen Schwangerenvorsorge gehören verschiedene Ultraschalluntersuchungen. Sie werden beispielsweise durchgeführt um die Gestationszeit oder die Nackentransparenz zu bestimmen, Mehrlingsschwangerschaften oder Fehlbildungen zu diagnostizieren sowie die Plazenta zu lokalisieren. Zu den speziellen Ultraschalluntersuchungen gehört die Dopplersonographie. Als weitere nicht-invasive Maßnahmen sind die Kardiotokographie so-

wie verschiedene Bluttests zu nennen. Zu ihnen zählt der Bluttest im Rahmen des Ersttrimester-Tests, der Zweittrimester-Bluttest und die Bluttests auf Chromosomen-Abweichungen wie das Down-Syndrom (Kainer 2002). Mit dem Ersttrimester-Test kann bereits während der 11. bis 14. Schwangerschaftswoche nach Auffälligkeiten des Ungeborenen gesucht werden. Selbst bei einem Normalverlauf der Schwangerschaft wird dieser Test von Gynäkologinnen und Gynäkologen angeboten, um eine chromosomale Auffälligkeit feststellen zu können. Diese chromosomalen Abweichungen von der Norm können beispielsweise Hinweis für die Wahrscheinlichkeit von Trisomie 21 (Down-Syndrom) sein (Heider & Gembruch 2011: 19).

Pränataldiagnostische Tests gehören vermehrt zum normalen Verlauf einer Schwangerschaft und werden von den werdenden Eltern immer häufiger gewünscht. Dieser Wunsch besteht meist selbst ohne Komplikationen bei dem Ungeborenen. Das Angebot pränataldiagnostischer Maßnahmen in Praxen steigt weiter an und werdende Eltern kommen aus diesem Grund schneller und häufiger mit dem Angebotsspektrum in Kontakt. Besonders der Ersttrimester-Test wird von Müttern und Vätern gewünscht, um frühzeitig das Risiko einer Fehlbildung festzustellen. Besonders ältere Mütter erhoffen sich mit dem Ersttrimester-Test die Gewissheit, dass das Ungeborene gesund ist. Diese Tests werden ausschließlich nach ausreichender Beratung durchgeführt. Nicht-invasive Maßnahmen werden von Eltern eher in Erwägung gezogen als invasive Maßnahmen. Sofern die nicht-invasiven Tests bereits Gewissheit über die Gesundheit des Kindes bringen, wird das Risiko einer invasiven Maßnahme vermieden. Ein auffälliger Befund bedeutet keine Diagnose, es können ausschließlich Wahrscheinlichkeiten und Tendenzen ermittelt werden. Sofern die Tests ausschließlich auf eigenen Wunsch und nicht aufgrund einer Auffälligkeit durchgeführt werden, gehören die Leistungen zu den sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen und die Kosten sind von den Eltern selbst zu tragen (Heider & Gembruch 2011: 19).

## **2.2 Risikoschwangerschaft und Pränataldiagnostik**

Als Risikoschwangerschaften werden diejenigen Schwangerschaften bezeichnet, bei denen im Verlauf oder in einer früheren Schwangerschaft Komplikationen aufgetreten sind, oder die Schwangere bei der Erstgeburt das kritische Alter von unter

18 Jahren oder über 35 Jahren hat. Die Einstufung als Risikoschwangerschaft erfolgt dabei über Kriterien, die ein solches Risiko definieren. Bei der ersten Voruntersuchung werden über einen Fragekatalog 26 im deutschen Mutterpass festgelegte Kriterien erfragt. In diesem Katalog werden familiäre Erkrankungen und allgemein erhobene Befunde über den Gesundheitszustand der Schwangeren ermittelt. Im Laufe der Schwangerschaft werden dann weitere 26 Punkte erfragt, die sich auf Komplikationen während der Schwangerschaft beziehen. Somit ergeben sich insgesamt 52 Risiken in einem Risikokatalog des Mutterpasses, die je nach Auftreten und Kumulierung eine statistische Einschätzung der individuellen Risikobelastung der Schwangerschaft bilden und für Ärzte und Hebammen einsehbar sind (BZgA 2014).

Zum Fragekatalog bei der ärztlichen Anamnese und den darauffolgenden Untersuchung werden bestimmte Merkmale zur Einstufung als Risikoschwangerschaft verwendet. Hierzu zählen Erstgebärende unter 18 oder über 35 Jahre, wiederholte Fehlgeburten, die Geburt eines Kindes mit Fehlbildungen oder Behinderung, vorangegangene Frühgeburten, eine Mehrlingsschwangerschaft mit vier oder mehr Kindern, oder auch Komplikationen im Verlauf früherer Schwangerschaften, wie Thromboembolien, eine vorzeitige Lösung der Plazenta oder Nachgeburtsblutungen. Auch zählen diejenigen Frauen zu Risikoschwangeren, bei denen aufgrund von erhobenen Befunden und Erkrankungen eine erhöhte Gesundheitsgefährdung für sie und das ungeborene Kind besteht (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: 9-10).

Erstgebärende über 35 Jahre und auch werdende Mütter, die bei dem zweiten Kind über 40 Jahre alt sind, gelten grundsätzlich als Schwangere unter Risiko. Dies heißt aber nicht zwangsläufig, dass Komplikationen auftreten müssen, sondern, dass deren Schwangerschaft in den Vorsorgeuntersuchungen genauer überwacht und Befunde und Werte verstärkt kontrolliert werden. Bei diesen Frauen, aber auch bei den anderen, als Risikoschwangerschaften eingestuften Frauen, werden laut den Richtlinien Untersuchungen über die routinemäßige Schwangerschaftsvorsorge empfohlen. Zu diesen gehören zum Beispiel Ultraschall-Untersuchungen, die über das normale sonografische Screening hinausgehen, Fruchtwasseruntersuchungen oder die transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe. Erkennt ein

Arzt das Risiko, bietet aber keine zusätzlichen, über die üblichen Untersuchungen hinausgehenden Verfahren an, kann sich die Schwangere zu einem anderen Arzt überweisen lassen, der über solche Möglichkeiten verfügt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: 10)

### **2.3 Entwicklung und Errungenschaften von Pränataldiagnostik**

Frauen, die heutzutage schwanger werden, sind mittlerweile von einem Fundus an Technik und technischen Möglichkeiten in frauenärztlichen Praxen umgeben (Bender 2001: 69). Dies ist insbesondere auf die schnelle und stetige Weiterentwicklung von Technik und medizinischen Geräten zurückzuführen (Renner 2006: 5). Der Bereich der PND, welcher insbesondere mit der historischen Entwicklung des Ultraschalls in der Medizin seit dem 19. Jahrhundert einhergeht, hat sich in den vergangenen Jahren erheblich verändert (Trautmann & Merz 2007: 3; Renner 2006: 5).

Den ersten Grundstein für diese Entwicklungen legte vor allem das Ehepaar Curie, das den piezoelektrischen Effekt entdeckt hat. Die physikalischen Grundlagen für die Entwicklung eines Ultraschalls waren somit gegeben und bereits in den frühen 40er Jahren des 20. Jahrhunderts war es möglich, den ersten Ultraschall in der Medizin anzuwenden (Trautmann & Merz 2007: 3). Im Jahre 1958 legte der britische Gynäkologe Ian Donald in der Frauenheilkunde das Fundament für pränatale Diagnostik, in dem er erstmals sonografische Darstellungen von Schwangerschaften publizierte. Das Wissen um eine tatsächlich bestehende Schwangerschaft war zuvor ungenau oder gar nicht vorhanden, bis schwangere Frauen erstmals mit Sicherheit Kindesbewegungen spürten. Bis zu der Geburt war es also ungewiss, wie sich das Kind entwickeln wird. Der nun möglich gewordene Einbezug eines Ultraschalls in der Schwangerschaft war faszinierend und ein wesentlicher Sicherheitsaspekt für Schwangere, denn die durch den Ultraschall zusätzlich gewonnenen Informationen konnten in der Schwangerschaftsbetreuung und der Geburt verwendet werden (Trautmann & Merz 2007: 3; Bender 2001: 70; Schumann 2007: 38).

Dabei lag der Fokus auf der sogenannten Biometrie, mit welcher verschiedene Standardgrößen, wie beispielsweise Schäeldurchmesser oder Brustumfang, und

somit das ordnungsgemäße Heranwachsen des Ungeborenen während der Schwangerschaft bestätigt wurden. Darüber hinaus konnte durch diese Messung das Körpergewicht des Kindes abgeschätzt und eine etwaige Plazentainsuffizienz (Mangelversorgung) ausgeschlossen werden (Bender 2001: 70). Wenige Jahre später wurde die abdominale Untersuchungsmethode noch weiter verfeinert mithilfe des Dopplereffekts. Von da an war es auch möglich, die Blutströmungsgeschwindigkeit zu messen und im Jahre 1964 waren erstmals kindliche Herztöne im Mutterleib nachweisbar (Trautmann & Merz 2007: 3; Bender 2007: 70).

Weitere rasante Entwicklungen hinsichtlich einer optimierten Bilddarstellung und Bildauflösung, wie zum Beispiel eine dreidimensionale Sonografie, vollzogen sich in den 70er und 80er Jahren vor dem Hintergrund der verbesserten Computertechnologie. Die medizinischen Geräte wurden immer sensibler, sodass die Entwicklung einer Sonde und damit die Vaginalsonografie möglich wurden (Ultraschall von der Scheide her). Sie ermöglichte die detaillierte Darstellung der weiblichen Geschlechtsorgane und verfeinerte Untersuchungen in der Frühschwangerschaft. Insgesamt konnten immer differenziertere und weitreichendere Informationen durch die technischen Verbesserungen der Sonografie gewonnen werden (Trautmann & Merz 2007: 3; Bender 2001: 70). Mit der heutigen technischen Ausstattung der Ultraschallgeräte können fetale Entwicklungen und morphologische Veränderungen des fetalen Organsystems erkannt werden. Darüber hinaus können Fehlbildungen und Erkrankungen, wie beispielsweise Bauchwandbruch, Verlagerung der Herzachse oder Zystennieren, beim Fötus visuell erkannt werden. Dabei können geübte Untersuchende eine 90%ige diagnostische Sicherheit erzielen (Hepp 2006: 861).

Die aktuelle Problematik der PND ist also vor dem Hintergrund der Entwicklungen der Ultraschalldiagnostik entstanden. Darüber hinaus sind zusätzlich Erkenntnisse aus der Molekularbiologie zu berücksichtigen, denn diese machten zusätzliche Untersuchungen in der Schwangerschaft möglich. Zu nennen ist hier vor allem die Untersuchung von kindlichen Chromosomen durch die Entnahme von Fruchtwasser im zweiten Trimenon einer Schwangerschaft. Ziel dieses Verfahrens war es dabei, die Normalität der Schwangerschaft durch Untersuchung des Chromosomensatzes zu bestätigen (Trautmann & Merz 2007: 3; Bender 2001: 71). Eine sol-

che Untersuchung war anfangs besonders für ältere Schwangere (ab 35 Jahren) bestimmt, bei denen ein erhöhtes Risiko für eine Chromosomenveränderung bestand. Die Angst, das Kind könnte behindert sein, sollte den Schwangeren genommen werden (s. hierzu auch Kapitel 2.2). Bei dieser vorgeburtlichen Diagnostik spielte vor allem die Erkrankung Morbus Down eine wichtige Rolle, denn diese korrelierte deutlich mit dem Alter einer Schwangeren, insbesondere bei Frauen ab 35 Jahren (Schumann 2007: 1; Bender 2001: 72).

Des Weiteren war der Einsatz der Ultraschalldiagnostik anfangs nur auf größere Zentren beschränkt. Um diesen Einsatz aber auszuweiten und zu systematisieren, hat Deutschland im Jahre 1979 – als erstes Land der Welt – die Ultraschalluntersuchung als Routineuntersuchung für jede Schwangere in den Leistungskatalog der Krankenversicherung eingeführt. Hier wurde zunächst festgeschrieben, dass bei einer normal verlaufenden Schwangerschaft zwei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden. So wurde der Ultraschall in den 80er Jahren zu der wichtigsten ärztlichen Informationsquelle und zum beliebten „Baby-Fernsehen“. Seit dem Jahre 1995 sind drei Ultraschalluntersuchungen (10/20/30 Schwangerschaftswochen-Konzept / SSW-Konzept) als Standard zur Überwachung der normalen Schwangerschaft festgelegt worden (Trautmann & Merz 2007: 3; Stumm & Entezami 2013: 1662; Schumann 2007: 1). Darüber hinaus haben sich mit der Zeit weitere zahlreiche pränatale diagnostische invasive und nicht-invasive Verfahren entwickelt (s. Kapitel 2.1).

Aus alledem wird sichtbar, dass die PND im Bereich der Ultraschalldiagnostik zweifelslos zur Routine der Schwangerenversorgung geworden ist. In der heutigen Zeit kann sich eine Schwangere um das Wissen der Risiken für ihr Ungeborenes unmöglich entziehen, was den Druck der Schwangeren und weiteren Beteiligten hinsichtlich Diagnoseverfahren verstärkt. Hinzu kommen gesellschaftliche Erwartungen und der Erwartungsdruck Risiken ausschließen zu müssen, um ein gesundes und perfektes Kind zu bekommen. Die Barriere, sich gegen bestimmte PND-Verfahren zu entscheiden, wird immer höher. Die PND hat aus einer Zeit des geduldigen Wartens und des schicksalhaften Annehmens eines Kindes, eine Zeit der aktiven Einflussnahme und Entscheidungen gemacht (Hepp 2006: 863; Bender



2001: 79; Schumann 2007: 1; Braun 2006: 2612). Hierauf wird im Einzelnen detailliert in Kapitel 2.5 eingegangen.

## **2.4 Richtlinien und gesetzliche Grundlagen für Pränataldiagnostik**

In dem hiesigen Kapitel werden Richtlinien für die Anwendung und Umsetzung von pränataldiagnostischen Maßnahmen in frauenärztlichen Praxen erläutert und in diesem Zusammenhang wichtige und zentrale gesetzliche Grundlagen vorgestellt.

### **2.4.1 Mutterschaftsrichtlinien**

Die ärztliche Schwangerschaftsvorsorge ist durch die Mutterschaftsrichtlinien geregelt, welche vom Bundesausschuss der Ärzte und den Krankenkassen beschlossen wurden (Baden-Württemberg Ministerium für Soziales und Integration 2017). Durch diese Richtlinien wird festgelegt, dass die durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung möglichen Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind verhindert sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden sollen. Das vorrangige Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016: 2).

Zu den in den Richtlinien empfohlenen Untersuchungen zählen das Anamnesegespräch, eine allgemeinmedizinische Untersuchung, serologische Untersuchungen in Form von Tests auf Infektionskrankheiten und ein Test auf immunologische Abwehrreaktionen zwischen Mutter und Kind (BZgA 2017). Ein weiterer wichtiger Bestandteil sind insgesamt drei Ultraschalluntersuchungen. Wie bereits im Kapitel 2.3 dargestellt, hat Deutschland im Jahr 1979 als erstes Land der Welt die Ultraschalluntersuchung als Routineuntersuchung für jede schwangere Frau eingeführt. Bei normalem Schwangerschaftsverlauf wurden zwei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Ab 1995 kam bei normalem Schwangerschaftsverlauf eine dritte Ultraschalluntersuchung hinzu (Stumm & Entezami 2013: 1662). Die erste Screeninguntersuchung, welche in der 9.-12. SSW erfolgt, dient dazu herauszufinden, ob die Schwangerschaft intakt ist, da ca. 15 % aller Schwangerschaften im ersten Drittel der Schwangerschaft als Fehlgeburt enden. Zudem erfolgt im Rahmen des ersten Ultraschalls die Längenmessung des Embryos. Diese soll absichern, dass der errechnete Entbindungstermin stimmt, um im späteren Schwangerschaftsverlauf die zeitgerechte Entwicklung des Feten bestimmen zu können. Außerdem sollen hier

Auffälligkeiten der embryonalen Entwicklung erfasst und ggf. eine Folgeuntersuchung durch eine Spezialistin/einen Spezialisten veranlasst werden. Auch sollen mithilfe dieser Untersuchung Mehrlinge erkannt werden, weil diese spezifische Schwangerschaftsrisiken aufweisen können (Stumm & Entezami 2013: 1662 ff). Die zweite Screeninguntersuchung (19.-22. SSW) dient der Erkennung des zeitgerechten Wachstums des Feten und der Erfassung von Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen. Zudem sollen Störungen der Plazentalage erkannt werden, um auf die Geburt vorbereitet zu sein (ebd.). Das dritte Screening (29.-32. SSW) soll helfen, Störungen des fetalen Wachstums zu erkennen, um eine intensivere Überwachung der Schwangeren oder eine rechtzeitige Entbindung bei dem gefährdeten Ungeborenen zu veranlassen (ebd.). Die Kosten für die beschriebenen Basis-Ultraschalluntersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016: 35). Bei unklaren Befunden, die aus diesen Untersuchungen resultieren, besteht häufig Anlass zu weiteren vorgeburtlichen Untersuchungen (Baden-Württemberg Ministerium für Soziales und Integration 2017). Auch bei vorliegenden Risiken, die die Schwangerschaft beeinträchtigen können wie familiäre Vorbelastungen, Medikamenteneinnahme oder auch bei einem mütterlichen Alter ab 35 Jahre wird aus ärztlicher Sicht eine differenzierte Ultraschalluntersuchung empfohlen (BZgA 2017).

#### **2.4.2 Richtlinien zur Pränataldiagnostik**

Eine gesetzliche Regelung der PND besteht in Deutschland nicht (Hepp 2006: 861). Vom wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer wurden jedoch erste Empfehlungen „Pränatale Diagnostik“ aus dem Jahre 1987 veröffentlicht, welche auf die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten / Ärztinnen während der Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung fokussierten. Aufgrund der medizinischen und medizin-technischen Entwicklungen in den vergangenen Jahren sind die damaligen Empfehlungen Ende der 90er Jahre fortgeschrieben und erweitert worden und existieren bis heute. Der Grund liegt auch darin, dass sich die ärztlichen Aufgaben insgesamt ausgeweitet haben und spezifischer geworden sind. Hinzu kommen juristische und ethische Rahmenbedingungen, die ebenfalls eine zeitgemäße Anpassung hervorriefen. Gesetzesänderungen und höchstrichterliche Urteile sowie eine wachsende Patientenautonomie mit Forderung nach „informed consent“ für alle medizinischen Bereiche, machten Anpassungen ebenfalls not-

wendig. Insbesondere die Beratung der Schwangeren ist in den Fokus der PND gerückt. Die Beratung erfordert nicht nur gesicherte Sachkenntnisse der Ärzte und Ärztinnen zu genetischen Fragen oder diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Risiken, sondern vor allem auch eine sensible Kommunikation auf Augenhöhe mit den Patientinnen. Aufgrund einer hochsensiblen Wechselwirkung zwischen Arzt / Ärztin und Patientin, ist aus den ursprünglichen Empfehlungen eine Richtlinie zu PND entstanden. Diese Richtlinie ergänzt die in Kapitel 2.4.1 erläuterte Mutterschaftsrichtlinie. Der Schwerpunkt der PND-Richtlinie bezieht sich auf Information und Beratung der Schwangeren (Vilmar & Bachmann 1998: 64). Die in der PND-Richtlinie niedergeschriebenen Ziele von pränataldiagnostischen Maßnahmen umfassen vor allem Folgendes:

- Erkennung von Störungen in der embryonalen und fetalen Entwicklungsphase
- Ermöglichung einer optimalen Behandlung der Schwangeren und des Ungeborenen durch frühzeitige Erkennung von Fehlentwicklungen
- Objektivierung und Abbau von Befürchtungen und Sorgen der Schwangeren
- Unterstützung und Hilfe der Schwangeren bei der Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft (Deutsches Ärzteblatt 1998: 66).

Hinsichtlich der Ziele ist jedoch zu beachten, dass der Wunsch der Eltern nach einem gesunden Kind zu einem Konflikt mit der grundsätzlichen Anerkennung des Schutzbedürfnisses des Ungeborenen führen kann. Darüber hinaus rechtfertigen die erhaltenen Erkenntnisse aus der PND allein noch nicht, einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zu ziehen. Entscheidet sich hingegen eine Schwangere für den Abbruch der Schwangerschaft, ist dies seitens des Arztes / der Ärztin zu akzeptieren. Zweifelsohne bestehen durch die PND Probleme auf unterschiedlichen Ebenen (menschliche, ethische und juristische), die nicht nur eine fachliche Erfahrung, sondern auch belegte Kompetenzen und eine frühzeitige Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Fachgebieten und Professionen erfordert (Deutsches Ärzteblatt 1998: 66).

Wie bereits einleitend erörtert, fokussiert die PND-Richtlinie Information und Beratung der Schwangeren. Der jeweilige Beratungs- und Informationsbedarf ist jedoch zu bestimmten Zeitpunkten während der Schwangerschaft und nach der Schwangerschaft unterschiedlich:

#### Während der Schwangerschaft

Grundsätzlich gilt, dass die im Mutterpass festgelegten Ultraschalluntersuchungen auf Entwicklungsstörungen, welche bereits eine ungezielte PND darstellen, dennoch einer aufklärenden Beratung bedürfen (Deutsches Ärzteblatt 1988: 66).

Soll hingegen eine gezielte PND durchgeführt werden, ist die Schwangere vor der Durchführung über *Anlass und Ziel der Untersuchung* ausführlich zu beraten. Darüber hinaus ist das *Risiko der Untersuchung* sowie *Grenzen der pränatal diagnostischen Möglichkeiten* ausführlich zu erläutern. Auch ist über die *Sicherheit eines Untersuchungsergebnisses* und *Art / Schweregrad möglicher oder vermuteter Störungen* vollumfänglich zu beraten. Bei einem *pathologischen Befund* sind *Vorgehensmöglichkeiten* zu erörtern. Des Weiteren ist auch das *psychologische oder ethische Konfliktpotential* bei Vorliegen eines pathologischen Befundes zu erläutern. Abschließend ist auch immer über *alternative diagnostische Möglichkeiten* zu beraten. Die Umsetzung auch nur einer pränataldiagnostischen Maßnahme ist nur nach ausführlicher Beratung / Aufklärung und anschließender Einwilligung der Schwangeren möglich (Deutsches Ärzteblatt 1988: 66).

Nach der Durchführung einer gezielten PND und pränataler Diagnose einer Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Ungeborenen, ist die Schwangere ausführlich durch den behandelnden/beratenden Arzt bzw. die behandelnde/beratende Ärztin zu beraten über die *Bedeutung des Befundes* sowie *Ursache, Art und Prognose* des vorliegenden Befundes. Darüber hinaus sind *mögliche Komplikationen* zu erörtern und *prä- und postnatale Therapie-/Förderungsmöglichkeiten* zu besprechen. Über Konsequenzen der *Geburtsleitung und Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft* ist zu beraten. Des Weiteren sind *Kontaktmöglichkeiten zu gleichartigen Betroffenen und Selbsthilfegruppen* sowie mögliche *medizinische und soziale Ressourcen* zur Verfügung zu stellen (Deutsches Ärzteblatt 1998: 66).

Entscheidet sich eine Schwangere nach Durchführung einer gezielten pränataldiagnostischen Maßnahme für eine Fortsetzung der Schwangerschaft, ist sie über mögliche Behandlungsformen und ggf. über intrauterine Therapiemöglichkeiten zu beraten. Darüber hinaus sind ebenfalls über nicht-invasive medikamentöse Behandlungsarten des Ungeborenen über die Schwangere sowie über invasive medikamentöse Behandlungen direkt am Ungeborenen zu beraten. Mögliche operative Maßnahmen sind ebenfalls ausführlich zu erörtern (Deutsches Ärzteblatt 1998: 66).

Entscheidet sich die Schwangere hingegen für einen Abbruch der Schwangerschaft, so ist diese über die Durchführungsmöglichkeiten eines Abbruchs unter Beachtung der medizinischen und juristischen Rahmenbedingungen aufzuklären. Über den Umgang mit dem toten Kind ist ebenfalls zu beraten. Des Weiteren ist über ggf. erforderliche psychotherapeutische Nachsorgemöglichkeiten zu beraten. Ggf. sollte auch über die Hinzuziehung von Selbsthilfegruppen sowie deren Vermittlung gesprochen werden. Alles, d.h. die Entscheidung der Schwangeren, die Befunde und die Aufklärungsinhalte, sind seitens des Arztes / der Ärztin vollständig schriftlich zu dokumentieren (Deutsches Ärzteblatt 1998: 66).

#### Nach der Schwangerschaft

Der Umgang mit der Schwangeren bzw. deren Nachsorge nach Abbruch der Schwangerschaft oder nach der Geburt eines kranken Kindes sollte zum einen die sorgfältige Dokumentation des klinischen Befundes umfassen. Zum anderen ist die Bestätigung und Ergänzung oder Korrektur des pränatal erhobenen Befundes zu dokumentieren. Auch sollte eine genetische Beratung der Eltern erfolgen und eine Beratung hinsichtlich einer nachfolgenden Schwangerschaft und damit ggf. erforderlich werdende gezielte pränataldiagnostische Maßnahmen. Des Weiteren sollte die Nachsorge auch eine begleitende und ggf. psychotherapeutische Betreuung enthalten (Deutsches Ärzteblatt 1998: 68).

Trotz der vorliegenden Richtlinien für PND ist in jedem Einzelfall immer Nutzen und Risiko für Mutter und Kind gegeneinander abzuwägen. Die Entscheidung einer Schwangeren für oder gegen PND ist seitens des Arztes / der Ärztin zu respektieren. Zu berücksichtigen ist ferner, dass eine PND nur sinnvoll und ärztlich geboten ist, wenn dadurch eine Erkrankung oder Behinderung des Ungeborenen intrauterin behandelt werden kann oder eine rechtzeitige postnatale Therapie eingeleitet wer-

den kann. Nicht selten ist es jedoch der Fall, dass es an einer kindlichen Indikation für eine PND fehlt, wenn keine Therapiemöglichkeiten abzusehen sind. Das Ungeborene ist so dem Risiko eines diagnostischen Eingriffs ausgesetzt, was lediglich eine Entscheidung für oder gegen die Weiterführung der Schwangerschaft aus dem diagnostischen Ergebnis erwarten lässt. Hier wird das zentrale ethische und konfliktreiche Problem der PND ersichtlich. Alle Beteiligten geraten bei der Entscheidung gegen die Fortführung der Schwangerschaft in den unvermeidlichen Konflikt des Tötungsverbotes (Deutsches Ärzteblatt 1998: 69).

Im Kern stellt dies eine unlösbare Konfliktsituation dar, welche erforderlich macht, dass eben die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs und das Risiko der Diagnostik in die Beratung der Schwangeren stets vor der Durchführung einer PND berücksichtigt werden (Deutsches Ärzteblatt 1998: 69).

### **2.4.3 Schwangerschaftskonfliktgesetz**

Trotz fehlender gesetzlicher Regelung der PND existiert das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG), welches im Juli 1992 ausgefertigt wurde. Es dient der Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten, insbesondere wenn nach der Durchführung einer gezielten PND eine Erkrankung oder Entwicklungsstörung diagnostiziert wurde. Eine erste Änderung dieses Gesetzes vollzog sich Anfang 2010, in dem der § 2a SchKG „Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen“ neu eingeführt wurde. Hintergrund dieser Änderung ist, dass die bisher bestehende ärztliche Aufklärungs- und Beratungspraxis hinsichtlich PND und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen als unzureichend bewertet worden ist (Woppen et al. 2013: 3). Hinsichtlich der schier unlösbaren Konfliktsituation der PND-Thematik ist insbesondere der § 2a SchKG „Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen“ wesentlich und in der frauenärztlichen Praxis unumgänglich.

Gemäß § 2a SchKG ist folgendes geregelt:

*(1) Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuzie-*

hung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, zu beraten. Die Beratung erfolgt in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.

(2) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs die schriftliche Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 des Strafgesetzbuchs zu treffen hat, hat vor der schriftlichen Feststellung gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten, über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 zu vermitteln, soweit dies nicht auf Grund des Absatzes 1 bereits geschehen ist. Die schriftliche Feststellung darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose gemäß Absatz 1 Satz 1 oder nach der Beratung gemäß Satz 1 vorgenommen werden. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden.

(3) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die schriftliche Feststellung der Indikation zu treffen hat, hat bei der schriftlichen Feststellung eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die Beratung und Vermittlung nach den Absätzen 1 und 2 oder über den Verzicht darauf einzuholen, nicht aber vor Ablauf der Bedenkzeit nach Absatz 2 Satz 2.

#### **2.4.4 Strafgesetzbuch - Straftaten gegen das Leben**

Weitere juristische Aspekte im Zusammenhang mit PND sind ebenfalls in der frauenärztlichen Praxis relevant. Der Arzt oder die Ärztin muss sein/ihr ärztliches Handeln zum einen an dem Lebensrecht des Ungeborenen und zum anderen an dem

allgemeinen Persönlichkeitsrecht und damit einhergehenden Handlungsfreiheit der Frau / Eltern auf selbstbestimmte Mutterschaft / Elternschaft gleichermaßen orientieren. Beides sind grundrechtlich geschützte Positionen (BVerfG 1993; GG Art. 2 Abs. 2; Deutsches Ärzteblatt 1998: 69).

Diese grundrechtlich geschützten Positionen kommen nicht nur bei der Inanspruchnahme bzw. Übernahme der Betreuung einer Frühschwangerschaft zum Tragen, sondern auch, wenn es um die Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch nach Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung des Ungeborenen geht (Deutsches Ärzteblatt 1998: 69). Hier wird der in Kapitel 2.4.2 bereits erläuterte Konflikt mit dem Tötungsverbot erkennbar.

Ein rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch war bis zum Jahr 1995 aufgrund einer sogenannten embryopathischen Indikation binnen 22 Wochen nach der Empfängnis möglich, wenn *„dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass das Kind an einer nicht behebbaren Schädigung eines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, dass von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann“* (Riedel 2004: 7). Auf Betreiben von Behindertenverbänden wurde aber der Rechtfertigungsgrund der embryopathischen Indikation gestrichen. Dem Eindruck, dass das Lebensrecht eines behinderten Kindes weniger Achtung genießt, sollte entgegen gewirkt werden. Die Streichung des Rechtfertigungsgrundes sollte aufzeigen, dass eine Behinderung niemals ein Lebensschutz mindere. Mit der Novellierung des heutigen § 218 a Strafgesetzbuch (StGB) kommt ein Schwangerschaftsabbruch nur noch dann in Frage, wenn eine medizinische Indikation (Rechtfertigungsgrund) vorliegt (Riedel 2004: 15)

So besagt der § 218 a Abs. 2 StGB:

*„Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“*



Hier liegt der Fokus also nur auf der gesundheitlichen Situation der Frau. Die durch PND gestellte Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung oder Behinderung des Kindes, kann also demnach der Anlass für einen Schwangerschaftsabbruch sein.

## **2.5 Aktueller Forschungsstand**

Die Anfänge der Pränataldiagnostik reichen bis in die 1960er Jahre zurück, bei denen die Entwicklung der Färbetechnik von Chromosomen erste Grobstrukturen erkennen ließ. Damit konnten erste Chromosomenzahlabweichungen, wie das dreifach vorhandene Chromosom 21 bei dem Down Syndrom, diagnostiziert werden. Ab dem Jahre 1976 wurde die PND dann offiziell in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland aufgenommen. Die PND sollte aber nicht als Routineuntersuchung angewandt werden, sondern nur zur Vorsorge bei Risikopatienten gelten. Darunter fielen zu der Zeit nur schwangere Frauen ab dem 35. Lebensjahr und diejenigen mit einem Risiko für familiäre Erbkrankheiten (Graumann 2010: 133). Dennoch haben sich die Möglichkeiten der PND im Laufe der Jahre erheblich weiterentwickelt und diese ist somit zu einem festen Bestandteil der heutigen Schwangerschaftsversorgung geworden. Durch die Verbesserung von Ultraschallgeräten und Eingriffstechniken während der Schwangerschaft können viele Erkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Die Pränataldiagnostik ist somit eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Behandlung von fetalen Erkrankungen und Fehlbildungen (Graumann 2010: 134).

Trotz der bereits bestehenden Integration der PND in die Schwangerschaftsbetreuung sind therapeutische Möglichkeiten nach einem auffälligen Befund noch zu wenig in der Beratung eingebunden. Nur in den wenigsten Fällen werden pränataldiagnostische Maßnahmen mit einer Therapie ergänzt. Den werdenden Eltern bleibt nach einem positiven Befund meist nur die Möglichkeit die Schwangerschaft fortzuführen oder abubrechen (Graumann, 2010: 134 ff.). Dies wirft damit aber eine Kontroverse zwischen der Selbstbestimmung der Frau und dem Recht auf Leben des ungeborenen Kindes auf, welches oft zu einem moralischen Entscheidungskonflikt führt. In einer solchen Situation entscheiden sich die werdenden Eltern oftmals für einen Schwangerschaftsabbruch (Graumann, 2010: 135). Dieser ist im Rahmen der Pränataldiagnostik heutzutage ohne Frist möglich.

Die rasante technische Entwicklung führte im Bereich Pränataldiagnostik in den letzten Jahrzehnten zu erheblichen Veränderungen. Fast jeder Frau, auch ohne Altersrisiko, wird heutzutage während der Schwangerschaft mindestens eine pränataldiagnostische Untersuchung angeboten. Demzufolge scheint Pränataldiagnostik in der ärztlichen Schwangerenvorsorge selbstverständlich geworden zu sein. Gemäß der BZgA Studie (2006) wurde deutlich, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen die wichtigste Informationsquelle in Fragen bei Schwangerschaft sind. Die Etablierung der Pränataldiagnostik in Arztpraxen führt jedoch nicht zwangsläufig dazu, dass die Frauen auch genügend über die Sinnhaftigkeit, den Zweck, die Methoden und mögliche Folgen der PND aufgeklärt sind. Das bedeutet, dass der Informationsstand der Schwangeren sich nicht automatisch mit der Verbreitung der PND erhöht hat (Renner 2006: 5). Das Informationsinteresse der Mütter ist meist positiven Themengebieten, wie zum Beispiel der Entwicklung des Kindes, zugewandt. Dem gegenüber ist das Interesse für PND eher geringer anzusiedeln. In den regulären Mutterschaftsrichtlinien sind drei Ultraschalluntersuchungen vorgegeben. Häufig werden dennoch, auf Rat der Gynäkologinnen und Gynäkologen, weiterführende pränataldiagnostische Untersuchungen in Anspruch genommen. Die hierfür am meisten genutzte Diagnosemethode ist der Fehlbildungsschall: Über 70% der Frauen hatten zusätzlich zu den drei in den Mutterschaftsrichtlinien empfohlenen Ultraschalluntersuchungen mindestens eine weitere zum Ausschluss von Fehlbildungen. Der ausschlaggebende Grund ist meist der Ausschluss von Fehlbildungen des Kindes. Hier wird auch die geänderte Zielrichtung der PND sichtbar. Es geht nicht mehr ausschließlich darum, einer kleinen Gruppe von Schwangeren die Sorge vor einem behinderten Kind zu nehmen, sondern bei möglichst allen Schwangeren Auffälligkeiten bei Ungeborenen zu entdecken (Schumann 2007: 1). Dass Pränataldiagnostik aber auch zu schwerwiegenden Entscheidungskonflikten, wie zum Beispiel einem Schwangerschaftsabbruch führen kann, gerät dabei oft aus dem Blick (Renner 2006: 7 ff.). Als Alternative ohne Fehlgeburtsrisiko haben sich gerade in den letzten Jahren nicht-invasive Untersuchungsmethoden fortwährend stärker etabliert. Insbesondere die Ultraschalltechnik wurde leistungsfähiger und ermöglicht – oft in Kombination mit Blutanalysen – immer genauere Abschätzungen des Risikos für gesundheitliche Beeinträchtigungen des Ungeborenen. Das führte dazu, dass nicht-invasive Untersuchungsmethoden auch in den Arztpraxen häufiger angeboten und auch nachgefragt werden. Lediglich 15% der befragten Frauen

hat auf PND Maßnahmen verzichtet. Grund hierfür war die Überzeugung, dass sich das Kind normal entwickeln wird. (Renner 2006: 30).

Die technische Weiterentwicklung und die damit verbundenen Beurteilungsmöglichkeiten des Ungeborenen versetzen Gynäkologinnen und Gynäkologen in einen Zwiespalt. Eine Schwangerschaft sollte nicht unnötig zum Risiko gemacht werden. Andererseits tragen sie jedoch die Verantwortung, dass die Entwicklung des Neugeborenen normal verläuft. Höchststrichterliche Rechtsprechungen, wie zum Beispiel „*Kind als Schaden*“, verunsichern in der heutigen Schwangerenbetreuung stark (Schumann 2007: 2). Zwischen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Schwangeren besteht grundsätzlich ein zivilrechtliches Vertragsverhältnis, da hier eine fachgerechte Behandlung, gemäß den Standards der Mutterschaftsrichtlinien, geschuldet wird (Riedel 2004: 3 f.). Wird ein Verstoß gegen anerkannte Standards laut, so muss mit immateriellen Schadenersatzansprüchen, wie Schmerzensgeld, gerechnet werden. Dies zeigen einige Urteile des Bundesgerichtshofs, bei denen Ärzte auf Unterhaltsschadenersatz verklagt wurden. Grund dafür war zum Beispiel ein geborenes Kind mit Behinderung (Trisomie 21), welches ohne Verstoß gegen anerkannte Standards nicht auf die Welt gekommen wäre. Der Vorwurf liegt hierbei besonders darin begründet, dass keine pränataldiagnostischen Maßnahmen angeboten wurden und somit die Behinderung aufgedeckt hätte werden können (Riedel 2004: 3 ff.). Diese Urteile hatten maßgeblich zur Ausbreitung pränataldiagnostischer Maßnahmen beigetragen, sodass sich der Anteil von durchgeführten PND Maßnahmen verdoppelt hat, auch bei Frauen ohne Risikoindikation. Eine defensive Ausweitung der PND war Folge, um Schadenersatzansprüche zu vermeiden. Diese defensive Haltung ist nach wie vor in der Ärzteschaft verbreitet und bestimmt nicht unwesentlich Angebot und Nachfrage der PND (Riedel 2004: 18). In der frauenärztlichen Praxis herrscht der Druck alles sehen und sagen zu müssen, um juristisch nicht belangt werden zu können. Die ärztliche Betreuung ist zudem einem hohen Erwartungsdruck ausgesetzt, da durch bereits gesammelte Informationen eine Verzerrung der Möglichkeiten entsteht: „Mit dem Ultraschall kann man doch alles sehen!“ (Schumann 2012:1). In der Studie von Hager & Grießler (2012:49) wird seitens der Gynäkologinnen und Gynäkologen eine Haltung von Perfektionismus und Vorsicht deutlich, um Fehlentwicklungen des Neugeborenen nicht zu übersehen (Hager & Grießler 2012:49).

Die Rahmenbedingungen der Gynäkologinnen und Gynäkologen für ihr ärztliches Handeln haben sich aufgrund der technischen Möglichkeiten enorm verändert (Hager & Grießler; 2012: 3). Wolf (2008: 544) formuliert dies so: „*die Anwendung pränataler Diagnoseverfahren erscheint (...) als selbstverständlich und als Gebot der Vernunft, das infolge des wissenschaftlichen Fortschrittes nicht mehr in Frage gestellt werden kann.*“ Gemäß Hager und Grießler kann PND somit: „... zu einem sich selbst verstärkenden Zirkel werden, denn sie enthält die Fiktion der Realisierung des Wunsches nach Perfektion und kann ihn damit gleichzeitig verstärken“ (2012: 51). Aufgrund dieses Wechselspiels zwischen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Schwangeren lässt sich ein Selbst- und Fremdzwang hinsichtlich PND erkennen und diese Entwicklung ist für eine Schwangerschaft weniger freudvoll und unbelastet (Hager & Grießler; 2012: 51 f.). Darüber hinaus läuft PND Gefahr, Ausdruck eines selektiven Charakters zu werden (Braun 2006: 2612).

Hieraus lässt sich eine Public Health Relevanz erkennen, denn eine Schwangerschaft, was das natürlichste der Welt ist und zum Fortbestand der Menschheit wesentlich ist, kann nicht mehr ohne Belastungen und Sorgen für Schwangere aber auch für Gynäkologinnen und Gynäkologen erlebt und betreut werden.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass fast alle werdenden Eltern heutzutage in Deutschland mit den Angeboten der Pränataldiagnostik konfrontiert werden. Diese in Anspruch zu nehmen wird gesellschaftlich als „normal“ anerkannt (Graumann, 2010: 134 ff.). Eine derartige Entwicklung der Pränataldiagnostik zur Normalität in der Schwangerschaftsvorsorge war in den Anfängen der 70er Jahre noch nicht zu erwarten gewesen (Renner 2006: 9). Da der Rat der Gynäkologinnen und Gynäkologen für die werdenden Eltern die wichtigste Informationsquelle in Schwangerschaftsfragen ist und sich diese aus forensischen Gründen gezwungen fühlen, Schwangere über alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten aufzuklären, haben wir uns in diesem Forschungsprojekt auf die Sichtweise und Erfahrungswerte der Gynäkologinnen und Gynäkologen fokussiert (Hager & Grießler 2012:49).

### **3 Forschungsfrage und Forschungslücke**

In einer Vielzahl wissenschaftlicher Ausarbeitung wird der moralische Zwiespalt dargelegt, in dem sich die werdenden Eltern aufgrund der PND befinden. Weit weniger im Fokus der Literatur ist die Verpflichtung der Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Aufklärung und Vermittlung aller Untersuchungsmöglichkeiten. Einhergehend wird hierbei der Interessenskonflikt deutlich. Es stellt sich besonders die Frage, ob sich Gynäkologinnen und Gynäkologen ausschließlich im Rahmen des Arzthaftungsrechts bewegen und inwieweit oder aus welchem Grund die pränataldiagnostischen Angebote über das Maß hinausgehen. Dieser Aspekt veranlasst eine weitere Untersuchung in diesem Themenfeld durchzuführen. Unter dem Thema Pränataldiagnostik werden die Diskrepanzen zwischen rechtlichen Grundlagen, Ethik, Medizin und Angebot seitens der Gynäkologinnen und Gynäkologen aufgegriffen und das Forschungsprojekt unter folgender Forschungsfrage durchgeführt:

*„Wie beurteilen Gynäkologinnen und Gynäkologen vorgeburtliche Untersuchungen bei Schwangeren, die über die gesetzlichen Mutterschaftsrichtlinien hinausgehen (Pränataldiagnostik)?“*

## 4 Methodik

Die Herangehensweise zur Beantwortung der Forschungsfrage wird im folgenden Kapitel durch das Erläutern des methodischen Vorgehens näher ausgeführt.

### 4.1 Auswahl des Studiendesigns

Um die Fragestellung des Forschungsprojekts „*Wie beurteilen Gynäkologinnen und Gynäkologen vorgeburtliche Untersuchungen bei Schwangeren, die über die gesetzlichen Mutterschaftsrichtlinien hinausgehen (Pränataldiagnostik)?*“ zu untersuchen, wurde die Methode der qualitativen Datenerhebung eingesetzt. Dadurch sollten die Ansichten und Erfahrungen der Gynäkologinnen und Gynäkologen angemessen dargestellt werden. Die (Innen-) Perspektive der Gynäkologinnen und Gynäkologen stand so im Mittelpunkt und konnte zum Ausdruck gebracht werden. Das Verhalten der Forscherinnen war dabei von Zurückhaltung, Offenheit und Struktur geprägt. Die Forscherinnen legten somit den Fokus auf die Gynäkologinnen und Gynäkologen und deren Relevanzen. Bedeutungs- und Sinnstrukturen wurden jeweils vollständig und detailliert erfasst, verstanden und erklärt.

Bei der qualitativen Forschung steht die Entdeckung der sozialen Wirklichkeit im Fokus. Eine Besonderheit der qualitativen Forschung ist vor allem auch die Entdeckung von neuem Wissen und Hypothesen sowie die Konzeption und Verfeinerung von Theorien (Bergmann 2006: 17; Legewie 2006: 5). Das Prinzip der Einzelfallorientierung verfolgt die Strategie, sich auf den Einzelfall oder auf bestimmte soziale Sachverhalte zu fokussieren, um die Bedeutungsstrukturen jeweils vollständig und detailliert erfassen, verstehen und erklären zu können. Generelle Aussagen über eine Grundgesamtheit sollen hier nicht ermittelt werden. Ziel der Einzelfallorientierung ist es, reproduzierende Muster der Sinnggebung und Kommunikation zu finden. Die Bestimmung von Durchschnittswerten tritt hier in den Hintergrund (Bergmann 2006: 21f). Das Prinzip der Datenanreicherung besagt, dass so viele qualitative Daten, welche meist sprachlich vermittelt werden, bzw. soziale Sachverhalte wie möglich gesammelt werden und diese somit in ihrer nicht-zählbaren Eigenart, Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit zur Geltung kommen (Bergmann 2006: 17; Legewie 2006: 2).

Die **Exploration** ist ein weiteres wesentliches Prinzip aller qualitativen Verfahren, welches den Anspruch an eine Untersuchung hat, ganz bewusst auf vordefinierte Kategorien oder verbindliche Interviewfragen zu verzichten. Beschreibende Konzepte oder Modelle von Sachverhalten sollen erst aus der Beobachtung heraus entwickelt werden. Daher ist das Verhalten des Forschenden durch Zurückhaltung und Offenheit geprägt. Die (Innen-) Perspektive der zu Befragenden soll im Mittelpunkt stehen und diese zum Ausdruck bringen (Bergmann 2006: 19).

Darüber hinaus wird in der qualitativen Forschung nicht, wie üblich, zwischen den beiden Arbeitsschritten „*Datenerhebung*“ und „*Datenauswertung*“ unterschieden, sondern vielmehr in einem zirkulären Modus vorgegangen. Dies bedeutet, dass erst nach Interpretation der Daten eine erneute Datenanreicherung bzw. Datensuche erfolgt und sodann Änderungen oder Bestätigungen von Interpretationen vorgenommen werden können. Beides ist Ausdruck von explorativem Zugang im Untersuchungsfeld (Bergmann 2006: 19).

#### **4.1.1 Experteninterview**

Experteninterviews sind vom Inhalt oder methodischem Vorgehen nicht bestimmt, sondern konkretisieren sich durch die zu interviewenden Personen. Dieser Aspekt unterscheidet die Interviewform wesentlich von anderen (Misoch 2014: 120). Personen werden als Experten bezeichnet, indem sie sich in einem bestimmten Gebiet spezialisiert haben und besonders großes Fachwissen, durch lange Bildungs- und Ausbildungswege, aufzeigen (Gläser & Laudel 2010: 11). Zudem ist ein Experte aufgrund herausragender Leistung zertifiziert oder verfügt über eine andere Art der „*Kompetenzbescheinigung*“ (Misoch 2014: 120). Folglich verfügen diese Personen in einem spezifischen Feld über ein gesondertes Wissen, welches nicht in den Bereich des Allgemeinwissens einzuordnen ist (Misoch 2014: 120).

Dieses Forschungsprojekt orientierte sich an dem Expertenbegriff nach Hitzler (1994: 26), da es sich in der Auswahl der relevanten Experten um Gynäkologinnen und Gynäkologen mit akademischer Ausbildung handelt, welche sich im Laufe der praktischen Ausübung zusätzliche Kenntnisse in diesem Bereich angeeignet haben.

*„Mehr Wissen als das von anderen konkret abfragbare bzw. beanspruchbare Wissen zu haben, über (kaum bzw. unkontrollierbare) Rat- und Hilfekompetenz zu verfügen, verschafft dem Wissenden eine relative Autonomie, macht ihn in diesem Sinne zum Experten.“ (Hitzler 1994: 26)*

In der täglichen Praxis müssen die relevanten Experten und Expertinnen folglich die akademisch und fachlich relevanten Expertisen nicht nur kennen, sondern auch in Zusammenhang setzen, um in Behandlungssituationen individuell auf die Patienten reagieren zu können. Das fokussierte, akademische sowie praktische Wissen der gewählten Zielgruppe fundiert unter anderem die Wahl dieser Interviewform. Die Auswahl des Interviewpartners erfolgt meist bewusst und stellt keine Repräsentativität dar. Es reicht teilweise bereits ein Gespräch aus, um kausale Zusammenhänge zu erkennen und neue Erkenntnisse in einem bestimmten Themengebiet zu erlangen (Brosius et al. 2008: 20). Die Beurteilung und individuelle Sichtweise der Expertinnen und Experten erlauben, tiefer in den Prozess der Aufklärung in der Schwangerschaftsvorsorge einzusteigen, um wissenschaftliche Literatur mit Beobachtungen und qualifizierten Meinungen in Beziehung setzen zu können.

Da dieses Forschungsprojekt die individuellen Betrachtungsweisen der Experten und Expertinnen fokussierte, war es von besonderer Bedeutung, Informationen aus erster Quelle zu erhalten, da die Perspektive der Gynäkologinnen und Gynäkologen bislang kaum untersucht wurde. Die Aussagen der Expertinnen im Interview waren Reflexionen ihrer eigenen Erfahrungen, da Einwirkungen von außen bestmöglich vermieden wurden. Eine Interviewsituation stellt für viele Expertinnen und Experten eine ungewöhnliche Gegebenheit dar, da sie diesem Zustand regulär nicht ausgesetzt sind. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Gesprächsatmosphäre zu schaffen, welche die Gegebenheit normalisiert und ein alltägliches „*Miteinander-Reden*“ reproduziert (Pfadenhauer 2009: 452). In einem Experteninterview wird keine „*künstliche non-direktive*“, noch eine „*verhörähnliche*“ Situation geschaffen, so Pfadenhauer (2009: 452). Es ist eher von Interesse, einen geläufigen Zustand zu erzeugen, indem die Expertin oder der Experte ohne Skepsis über ihre/seine individuellen Ansichten sprechen kann. Hinterfragungen seitens der Interviewerin/des Interviewers sind dennoch Bestandteil eines Experteninterviews und sichern die Durchsetzung des Forschungsgegenstandes. Mit Hilfe der Annäherung an ein



alltägliches Gespräch können Meinungen und Beurteilung in einer unverfänglichen Situation bestmöglich hervortreten und durch den Forschenden gefiltert werden. Die individuellen Ansichten der Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie ihre persönliche Beurteilung zum Thema „*Aufklärung in der Schwangerschaftsvorsorge*“ sind Schwerpunkt dieses Forschungsprojektes.

#### **4.1.2 Leitfadeninterview**

Um die Fragestellung, welche für die Forschenden einen explorativen Charakter aufweist, hinreichend beantworten zu können, wurde ein halbstandardisierter Leitfaden eingesetzt, der dem Experteninterview Struktur verlieh.

Leitfadeninterviews werden zu den halbstrukturierten Erhebungsformen gezählt, welche auf die Ermittlung verbaler Daten abzielen (Misoch 2015: 65ff). Im Zuge verschiedenster qualitativer Interviews gilt der Leitfaden als zentrales Element. Er erfüllt eine Steuerungs- und Strukturierungsfunktion und ihm kommt eine wichtige Bedeutung zu, wenn es um hypothesengenerierendes Vorgehen geht. Er soll dem Interview einen thematischen Rahmen verleihen und auf bestimmte Aspekte fokussieren, um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Somit soll er alle relevanten Themenkomplexe „*auflisten*“, die im Interview angesprochen werden sollen (Misoch 2015: 65ff).

Die Struktur eines Leitfadens kann in vier verschiedene Phasen unterteilt werden:

1. Informationsphase
2. Aufwärm- und Einstiegsphase (Warm-up)
3. Hauptphase
4. Ausklang- und Abschlussphase (Misoch 2015: 68)

In der ersten Phase, der Informationsphase, wird der/die Interviewte allgemein über die Erhebung und deren Zielsetzung unterrichtet. Ebenso wird an dieser Stelle über den vertraulichen Umgang mit den erhobenen Daten aufgeklärt. Die Gewährleistung des Datenschutzes ist wesentlich, damit das Interview überhaupt stattfinden kann. Das Ziel der Aufwärm- und Einstiegsphase besteht darin, dem/der Befragten den Einstieg in das Interview zu erleichtern und eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen, damit der/die Interviewte bereit ist, sich frei zu äußern. An

dieser Stelle stellt der/die Interviewende eine möglichst offene Einstiegsfrage, damit der/die Befragte zunächst ins Erzählen kommt und seine/ihre Scheu vor der ungewohnten Kommunikationssituation verliert. Erst in der Hauptphase des Interviews werden die eigentlich relevanten Themen zusammen mit der interviewten Person erörtert (Misoch 2015: 68). Die gestellten Fragen können sowohl deduktiv, also aus dem Vorwissen heraus, gestellt werden oder induktiv, indem sie aus neu gewonnenen Informationen während des Interviews generiert werden. In der letzten Phase, der Abschlussphase, wird das Interview beendet. An dieser Stelle wird der Interviewverlauf reflektiert und der Befragte soll dazu aufgefordert werden, unerwähnte Aspekte, die für die Fragestellung von Bedeutung sein könnten, hinzuzufügen. Außerdem soll der Abschluss die interviewte Person wieder aus der Befragungssituation hinausbegleiten (Misoch 2015: 69).

Allgemein soll ein Leitfaden in all seinen Teilen die Grundprinzipien der qualitativen Forschung widerspiegeln und Offenheit ermöglichen. Zudem sollte er nicht zu viele Fragen beinhalten, da ein unrealistisches Pensum an Fragen sowie ein Interesse an zu vielen einzelnen Aspekten zu einem gehetzten Ablauf führen kann (Helfferich 2011: 180). Er soll formal übersichtlich sein und Fragen, die eine längere Darstellung zur Folge haben, sollten möglichst am Anfang gestellt werden. Außerdem sollten die Fragen so frei wie möglich gestellt werden (Helfferich 2011: 180). Grundsätzlich gelten für Leitfäden, welche bei Experteninterviews eingesetzt werden, auch die allgemeinen Anforderungen an einen Leitfaden. Es gibt jedoch einige Abweichungen. So können Leitfäden für Experteninterviews stärker strukturiert werden, wenn Fakteninformationen abgefragt werden sollen. Ebenso können die Fragen direkter formuliert sein und auch thematische Sprünge sind möglich. Jedoch sind, abhängig vom Forschungsgegenstand, zu unspezifische Erzählaufforderungen bei dieser Art von Interview nicht zu empfehlen (Helfferich 2011: 179). In einem Experteninterview steht nicht die Person des Experten, sondern sein Wissen im Vordergrund. Dies sollte bei der Erstellung der Fragen beachtet werden. Zudem sollte eine möglichst natürliche Gesprächsführung, auch im Experteninterview, gewährleistet werden; deshalb wird der flexible Umgang mit dem Leitfaden empfohlen (Misoch 2015: 124). Für die Durchführung des Experteninterviews wurde ein solcher Leitfaden erstellt. Dieser entwickelte sich aus der Forschungsfrage mithilfe des SPSS-Prinzips nach Helfferich (2011: 182), um das Grundprinzip der Offenheit

zu wahren und dennoch eine Struktur zu generieren. Das SPSS-Prinzip wurde in vier Schritten durchgeführt. Dabei bedeutet SPSS:

- *S: Sammeln von Fragen,*
- *P: Prüfen der Fragen,*
- *S: Sortieren der Fragen,*
- *S: Subsumieren der Fragen (Helfferich 2011: 182)*

Nach dem SPSS-Prinzip sind folgende Fragen des Leitfadens für das Experteninterview entwickelt worden:

<b>Informationsphase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informieren der Befragten zu den Zielen der Studie</li> <li>➤ Informationen zum Datenschutz</li> <li>➤ Unterzeichnen der Einverständniserklärung</li> </ul>
<b>Warm-up</b>	<p>Einstiegsfrage zum offenen Einstieg in den Themenschwerpunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erzählen Sie mir bitte, wie Sie in Ihrer Praxis vorgehen, nachdem Sie bei einer Patientin eine Schwangerschaft festgestellt haben?</li> </ul>
<b>Hauptteil</b>	<p>Durchführung des Interviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erzählen Sie mir bitte, worauf Sie bei der Schwangerschaftsvorsorge und -beratung großen Wert legen?</li> <li>➤ Wie unterscheiden sich die Schwangeren, die Sie betreuen?</li> <li>➤ Was ist für Sie eine Risikoschwangerschaft?</li> <li>➤ Was bedeutet für Sie PND?</li> <li>➤ Erzählen Sie mir bitte, ob Sie Schwangeren zu Zusatzuntersuchungen raten. Wenn Sie das tun, aus welchem Grund machen Sie das und zu welchen raten Sie?</li> <li>➤ Erzählen Sie mir bitte, wie Ihre Praxis hinsichtlich der Schwangerenvorsorge technisch ausgestattet ist.</li> <li>➤ Erläutern Sie bitte, wie Sie zu den aktuellen medizinischen und technischen Möglichkeiten in der Schwangerenvorsorge stehen.</li> </ul>
<b>Ausklang</b>	<p>Abschlussfrage und Ausblick:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gibt es noch etwas, das Sie zu diesem Thema ergänzen möchten?</li> </ul>

**Abbildung 1:** Tabellarische Übersicht Leitfaden (Misoch 2015: 71)

Vor der Nutzung des Leitfadens für die endgültige Interviewsituation wurde vorab innerhalb der Forschungsgruppe ein Pretest durchgeführt. Dieser Pretest ermöglichte die Überprüfung der Forschungsfragen auf Verständlichkeit sowie die Ein-

deutigkeit. Zudem konnte der Zeitrahmen des Interviews eingegrenzt und besser festgelegt werden (Mummendey 1995: 62).

## **4.2 Auswahl der Stichprobe**

Für das Forschungsprojekt wurde aus zeitlichen Gründen, der Zugänglichkeit und aus Gründen der Sorgfältigkeit bei der Transkription ein Stichprobenumfang von  $N=8$  gewählt, bei dem acht Gynäkologinnen face-to-face interviewt wurden. Um einen möglichst vielseitigen Einblick in das Thema zu erhalten, wurden die ausschließlich weiblichen Ärzte aus dem Raum Hamburg, Bremen, Bremerhaven und Niedersachsen ausgewählt. Es wurden dabei Gynäkologinnen im mittleren Erwachsenenalter zwischen 30 Jahren und 45 Jahren sowie im höheren Erwachsenenalter zwischen 46 Jahren und 60 Jahren rekrutiert.

### **4.2.1 Zugang und Kontaktaufnahme zu der Stichprobe**

Der Zugang zu den Erzählpersonen und die Rekrutierung erfolgten durch die Forscherinnen persönlich, indem sie sich in verschiedenen Praxen persönlich vorstellen. Das Projekt, Durchführung und Datenschutz wurden kurz vorgestellt, um Interesse am Thema zu wecken und die Bereitschaft zur Unterstützung zu fördern. Da zunächst das Praxispersonal anzutreffen und anzusprechen ist, wurde das Informationsschreiben (siehe Anhang) zum Forschungsprojekt übergeben, um den Gynäkologinnen und Gynäkologen schriftlich mitzuteilen, worum es in dem Forschungsprojekt geht und aufzuzeigen, dass unter dem Thema Schwangerschaftsfürsorge Expertinnen und Experten als Interviewpartner zur Unterstützung gesucht werden. Die Motivation zur Unterstützung sollte damit gefördert werden. Die acht Interviewgespräche fanden zwischen Juli 2017 und Oktober 2017 statt.

Das Anschreiben unterstützte die erste Kontaktaufnahme mit den befragten Personen. In diesem wurde allgemein über das Thema, den Rahmen der Durchführung, das Forschungsvorhaben sowie über die Forschungslücke informiert. Es ist von hoher Relevanz, eine Formulierung zu gewährleisten, welche die befragten Personen zur Teilnahme motiviert und zur Kooperation angeregt (Bortz & Döring 2010: 235). Das Anschreiben kann zudem die Professionalität untermauern. Für Rückfragen und nähere Informationen zum Forschungsgegenstand, dem Datenschutz und ähnlichen Informationen, ist es wichtig, Kontaktdaten aller leitenden Instanzen der Forschungsgruppe aufzuführen. Das Anschreiben beinhaltet Informationen zur

Anonymisierung und dem Datenschutz. Zusätzlich zu den bereits dargestellten Inhalten sollte angesprochen werden, aus welchem Grund die ausgewählte Zielgruppe zum Gegenstand der Forschung werden soll.

Die befragten Personen können unterschiedliche Vorbehalte haben, wie beispielsweise die Befürchtung, sich oder ihre Praxis in ein schlechtes Licht zu rücken. Besonders in unternehmerischen Bereichen, zu denen ebenfalls ärztliche Praxen gehören, kann die Sorge vor einer Veröffentlichung der Betriebsgeheimnisse Hemmnisse hervorrufen (Tuma et al. 2013: 70). Im Nachhinein wird dann häufig festgestellt, dass die besprochenen Thematiken leicht zu anonymisieren sind. Sofern auf diesen Aspekt hingewiesen wird, kann die Hemmnis in Bezug auf betriebsinterne Informationen minimiert werden. Datenschutzrechtliche Absprachen sollten schriftlich vereinbart werden, um beiden Seiten Sicherheit zu geben. Regelungen zur zukünftigen Nutzung im Rahmen des Forschungsvorhabens sowie die Nutzung innerhalb der Universität oder gegebenenfalls im Rahmen von Publikationen sollten ebenfalls in der Datenschutzerklärung mit eingebunden werden (Tuma et al. 2013: 70). Hopf (2000) stellt zwei zentrale Prinzipien auf, nach denen sich eine Forschungsarbeit, in datenschutzrechtlichen Aspekten, orientieren sollte. Diese lauten:

- **Prinzip der informierten Einwilligung:** *„Erzählpersonen müssen informiert sein über alles, was mit ihren Äußerungen geschieht und müssen auf dieser Basis mit dem Interview einverstanden sein und freiwillig teilnehmen.“*
- **Prinzip der Nicht-Schädigung:** *Erzählpersonen dürfen durch die Forschung keine Nachteile erfahren oder Gefahren ausgesetzt werden.“* (Helfferich 2011: 190)

Rechtsgrundlagen zum Datenschutz sind in dem Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, dem Bundesdatenschutzgesetz (vgl. BDSG: 1990) sowie den länderspezifische Rechtsgrundlagen festgeschrieben. Im BDSG ist unter anderem die Handhabung der Daten geregelt, sodass grundsätzlich jede betroffene Person über die Veröffentlichung der personenbezogenen Daten entscheiden darf. Im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG: § 4 Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung) wird folgendes festgehalten:

*„Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten sind nur zulässig, soweit dieses Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift dies erlaubt oder anordnet oder der Betroffene eingewilligt hat.“ (BDSG: § 4)*

Aus den zuvor genannten Gründen wurde für die Studie eine Datenschutzerklärung (siehe Anhang) aufgesetzt, die für das Forschungsvorhaben zwingend notwendig war (Helfferich 2011: 190). Die Einwilligung in eine solche Erklärung muss freiwillig sein und schriftlich vorliegen. Für den Fall der Erweiterung des Forschungsinteresses sollte eine Zusatzklausel eingebaut sein. Zudem muss die Datenschutzerklärung ausreichend bestimmt werden (Helfferich 2011: 191). Aus diesem Grund orientierte sich die aufgesetzte Datenschutzerklärung an den drei Hauptkriterien nach Helfferich (2011: 191f.). Diese lauten:

- *Die Anonymisierung*
- *Das Trennungs- und Lösungsgebot*
- *Verpflichtung der Mitarbeitenden auf die Wahrung des Datengeheimnisses* (Helfferich 2011: 191f.)

Um die Anonymisierung und Nutzung zum Zwecke des Forschungsvorhabens für den Befragten sicher zu stellen, wurde vom Projektleiter schriftlich eine unterschriebene Erklärung ausgehändigt. In dieser Erklärung ist festgehalten, dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig anonymisiert werden, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird und dass die Audiodatei und die personenbezogenen Daten mit Erreichen des Forschungszwecks gelöscht werden. In einem Zusatz innerhalb der Datenschutzerklärung konnten die Befragten, die von Ihnen preisgegebenen Informationen ebenfalls zur Nutzung im Rahmen der Lehre im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen freigeben. Demnach war ebenfalls, bei Einwilligung, eine Erweiterung des Forschungsinteresses gewährleistet. Mit den aufgeführten Inhalten wurden die drei Hauptkriterien nach Helfferich (2011:191f.) eingehalten. Mit dem Anschreiben sowie der Datenschutzerklärung wurden im Rahmen der Grundlagenforschung zum Thema Schwangerenvorsorge alle administrativen Aspekte abgedeckt. (s. Anhang)

#### **4.2.2 Durchführung und Rahmenbedingungen der Interviewsituation**

Die nachfolgenden Ausführungen hinsichtlich der Rahmenbedingungen und der Durchführung der geplanten Interviewsituation orientieren sich an den Empfehlungen nach Helfferich (2011: 168-177).

Um die Interviewerinnen im Vorwege der Durchführung der Interviews vorzubereiten und zu qualifizieren, wurde zunächst das gesamte Forschungsvorhaben erörtert und die wesentlichen Inhalte des Forschungsexposés noch einmal durchgesprochen, damit alle Forscherinnen auf demselben Informationsstand sind. Darüber hinaus wurden im Rahmen der Forscherinnengruppe Probeinterviews mit den Forschungskolleginnen und mit Personen, die nicht in das Forschungsvorhaben involviert sind, z.B. Personen aus dem sozialen Raum der Forscherinnen, durchgeführt. Die Durchführung von Probeinterviews diente dazu, dass sich die Forscherinnen mit der gesamten Interviewsituation, d.h. von der Begrüßung bis zum Abschluss, und mit ihrer Rolle als Interviewerin vertraut machen und ihren Handlungsspielraum abstecken. Das Auftreten der Interviewerinnen hinsichtlich Gestik und Mimik wurde ebenfalls geübt, um die Erzählperson möglichst nicht durch nonverbale Zeichen in ihrer Berichterstattung zu beeinflussen. Des Weiteren wurden mögliche Schwierigkeiten und Unklarheiten, beispielsweise hinsichtlich des Leitfadens, der Handhabung von Nachfragen, der Umgang mit Widersprüchen oder aber auch mögliche Störungen durch Dritte, aufgedeckt und Handlungsstrategien erarbeitet. Zudem wurde auch der Umgang mit der technischen Ausrüstung (Minidisc-Recorder) geübt. Die Aufnahmequalität konnte getestet und technische Einstellungen ggf. optimiert werden. In der tatsächlichen Interviewsituation mit den Expertinnen wurde folgendermaßen vorgegangen:

**1) Freundliche und offene Begrüßung sowie Würdigung der Teilnahme durch die Interviewerin**

(Interviewerin stellt sich als kompetente Forscherin mit ihrem studentischen Hintergrund und Vorwissen vor)

**2) Einführung in das Forschungsvorhaben durch die Interviewerin**

(Das Forschungsprojekt wird kurz erläutert sowie das Vorgehen und die voraussichtliche Dauer des Interviews von ca. 30 Minuten mitgeteilt)

### 3) Ethische Aspekte: Datenschutz und Einwilligungserklärung

(Die Interviewerin bespricht vor dem Interviewstart die Datenschutzerklärung und die Einwilligungserklärung hinsichtlich Aufnahme des Interviews zwecks Einholung der Unterschrift und sichert damit ab, dass die Auskünfte im Interview folgenlos bleiben)

### 4) Start mit dem Interview durch die Interviewerin

(Eingangsfrage stellen, um die Erzählperson anzuregen, über ihre Erfahrungen zu sprechen; der Leitfaden steht der Interviewerin als Gedankenstütze und zur Strukturierung zur Verfügung)

Am Ende des Interviews erfolgte eine Danksagung für die Teilnahme und seitens der Interviewerin wird in Aussicht gestellt, dass etwaige Rückfragen zu dem Forschungsprojekt willkommen sind.

Der Durchführungsort und die Räumlichkeiten für das Interview wählten die Erzählpersonen selbst. Sie entschieden sich aus Zeitgründen für die eigene gynäkologische Praxis. Die Interviewerinnen achteten darauf, dass diese möglichst ruhig gelegen sind und Lärm-/Ruhestörungen möglichst nicht auftreten können, um eine ungestörte Aufmerksamkeit, beispielsweise auch durch Dritte, und gute Akustik sicherzustellen. Ferner wurde auch darauf geachtet, dass die Sitzanordnung dem Interview zuträglich ist, in dem die Anordnung von Tisch und Stühlen beispielsweise über Eck oder schräg einander gegenüber sitzend berücksichtigt wird.

Pro Interview waren eine Interviewerin und eine Erzählperson geplant. Die Interviewerin konnte sich so gezielt auf die Erzählperson konzentrieren und bei Bedarf auch den Leitfaden mit den Fragen im Blick behalten. Für die Durchführung des einmaligen Interviews wurden ca. 30 Minuten eingeplant. Bis auf eine Abweichung von zu kurzer Interviewzeit von etwa 10 Minuten sowie von zu langer Zeit von 60 Minuten, wurde der geplante Zeitrahmen eingehalten.

Das gesamte Interview wurde mit Hilfe von technischer Ausrüstung aufgezeichnet. Die Forscherinnen haben sich hier bereits für ein Minidisc-Aufnahmegerät „*Digital Voice Recorder*“ der Marke Elegiant entschieden. Diese war einfach zu handhaben und eine Übertragung auf den PC für die Transkription konnte problemlos erfolgen.



### 4.3 Transkription und Transkriptionsregeln

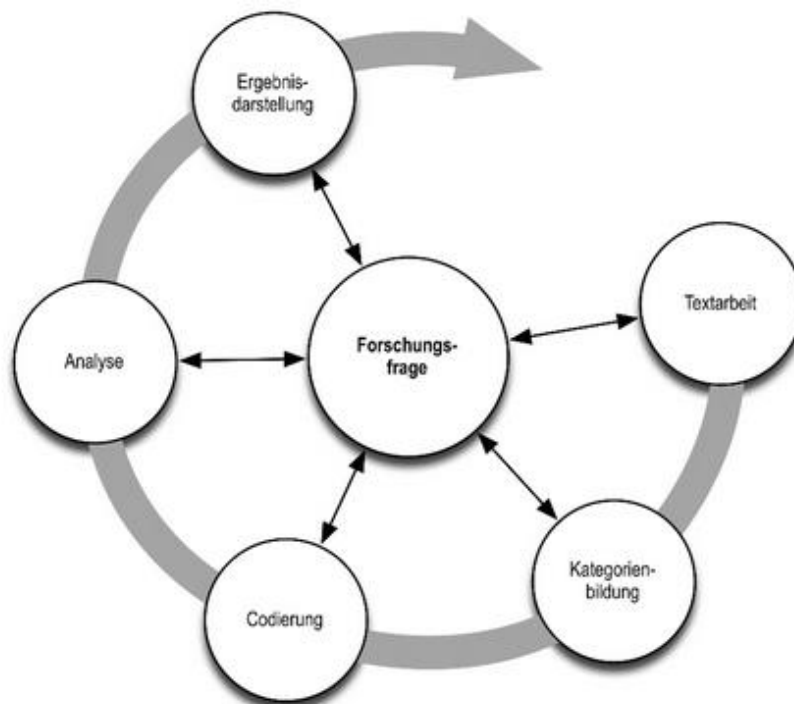
Unter einer Transkription versteht man „*die Wiedergabe eines gesprochenen Diskurses in einem situativen Kontext mit Hilfe alphabetischer Schriftsätze und anderer, auf kommunikatives Verhalten verweisender Symbole*“ (Dittmar 2009: 52).

Sie ermöglicht eine genaue und nachvollziehbare Analyse der Interviews. Hierbei wird das Gesprochene als Audioaufnahme aufgezeichnet, sodass sich der Interviewer vollkommen auf das Gespräch konzentrieren kann, ohne eine Mitschrift anzufertigen zu müssen. Diese vollständige Dokumentation ermöglicht den gesamten Gesprächsverlauf in seiner Dynamik zu betrachten und zudem eine verfälschte Wiedergabe der gesprochenen Inhalte durch Erinnerungslücken zu vermeiden (Dresing & Pehl 2015: 17). Bei dem Genauigkeitsgrad der Transkription kann auf verschiedene Regelsysteme zurückgegriffen werden. Diese unterscheiden sich im Auswertungsfokus, den Notationszeichen, sowie dem benötigten Detaillierungsgrad des schriftlichen Datenmaterials (Fuß & Karbach 2014: 11). Es hängt von den wissenschaftlichen Absichten ab, welches System verwendet wird. Durch Zeichen, Symbole oder spezielle Schriftzeichnungen können unter anderem Pausen im Redefluss, Sprechlautstärke, Betonungen, Wortdehnungen und Abbrüche gekennzeichnet werden. Unabhängig von der Transkriptionsweise ist das Transkribieren ein zeitaufwändiger Prozess, der das sechs- bis 20-fache der eigentlich aufgezeichneten Aufnahme beanspruchen kann (Kuckartz et al. 2008: 29; Dittmar, 2009: 97f). In vielen qualitativen Forschungen werden, vor allem aus zeitlichen Gründen, die einfachen Transkriptionsregeln eingesetzt. In der einfachen Form soll die Sprache geglättet werden, sodass der Fokus auf dem Inhalt des Gesagten liegt und eine gute Lesbarkeit erzielt wird (Dresing & Pehl 2015: 18). Diesen Transkriptionsregeln liegen somit Einfachheit, eine leichte Verständlichkeit, sowie eine schnelle Erlernbarkeit zugrunde (Dittmar 2009: 52). Aus diesen Gründen wurden für die Studie im Rahmen des vorliegenden Forschungsberichts einfache Transkriptionsregeln mit den dazu gehörigen Notationszeichen nach Kuckartz et al. (2008: 27) verwendet (s. Anhang).

#### 4.4 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode

Die qualitative Inhaltsanalyse wertet Texte aus, indem sie diesen Informationen durch ein systematisches Verfahren entnimmt. Sie wird auch für die Auswertung von Experteninterviews genutzt (Gläser & Laudel 2004: 44).

Das nachfolgende Schaubild zeigt den allgemeinen Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse:



**Abbildung 2:** Generelles Ablaufschema qualitativer Inhaltsanalysen (Kuckartz 2014: 50)

Dieses Schaubild verdeutlicht, dass der Analyseprozess im Zuge einer qualitativen Inhaltsanalyse weniger linear abläuft als im klassischen quantitativen Modell (Kuckartz 2014: 50). Die fünf dargestellten Methodenbereiche sind in dem Modell nicht strikt voneinander getrennt. Es ist sogar möglich, während des Analyseverfahrens noch neue Daten zu erheben, auch wenn das Kategoriensystem bereits fertig gestellt worden ist und ein Großteil des Datenmaterials bereits codiert wurde. Die Forschungsfrage ist bei der qualitativen Inhaltsanalyse nicht statisch, sondern im Laufe des Analyseprozesses veränderbar. Sie spielt bei jedem der fünf Methodenbereiche eine Rolle und kann jederzeit von den Forschenden präzisiert werden. Zudem können neue Aspekte in den Vordergrund treten und neue Zusammenhänge entdeckt werden (Kuckartz 2014: 50). Hypothesenformulierungen sind, im Zuge

der Entwicklung der Forschungsfrage, im Bereich der qualitativen Inhaltsanalyse eher selten der Fall. Die Kategorien bei den Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse haben eine eher strukturierende und systematische Bedeutung – anders als bei der klassischen statistischen Analyse, bei der es um die Umwandlung von Daten aus dem Empirischen ins Numerische geht (Kuckartz 2014: 51). Bei beiden Analysearten, bei der quantitativen als auch bei der qualitativen Analyse, ist das Arbeiten mit Kategorien zentraler Bestandteil. Deshalb ist es wichtig zu wissen und zu beschreiben, wie Kategorien im Zuge der qualitativen Analyse gebildet werden (Kuckartz 2014: 52).

Vor Beginn der Inhaltsanalyse qualitativer Daten ist es wichtig, die Ziele der empirischen Untersuchung zu reflektieren. Dazu gehören die Fragen: Was genau wollen die Forschenden herausfinden und welche Inhalte stehen im Mittelpunkt? Welche Beziehungen wollen sie aufzeigen und welche Vermutungen haben sie über diese? (Kuckartz 2014: 52). Die Inhaltsanalyse sollte immer mit einer initiierenden Arbeit am Text beginnen. Es spricht gemäß Kuckartz (2014: 54) nichts dagegen, mit der Auswertung des ersten Interviews parallel zu den noch laufenden Erhebungen zu beginnen. Der transkribierte Interviewtext muss zunächst sorgfältig gelesen werden, mit dem Ziel, ein erstes Gesamtverständnis für den Text auf Grundlage der Forschungsfrage zu entwickeln und zu versuchen, sie zu beantworten. Zentrale Begriffe und wichtige Abschnitte werden gekennzeichnet und markiert. Auch unverständliche Passagen sollten gekennzeichnet und Argumentationslinien analysiert werden. Ebenso ist zu diesem Zeitpunkt eine formale Betrachtung des Textes von Bedeutung. Dabei stellen sich Fragen wie: Wie lang ist der Text? Werden auffällige Worte benutzt? Wie lang sind die Sätze? usw. (Kuckartz 2014: 53).

Die Arbeit mit Memos stellt einen weiteren Aspekt zu Beginn einer qualitativen Inhaltsanalyse dar. Memos sind festgehaltene Gedanken, Ideen, Vermutungen und Hypothesen, welche während des Analyseprozesses entstehen können. Bei den Memos kann es sich um kurze Notizen handeln aber auch um bereits reflektierte inhaltliche Vermerke (Kuckartz 2014: 55). In der Praxis ziehen es viele Forscher vor, sich zunächst mit der gedruckten Version des Textes zu beschäftigen. Der Text sollte mit Zeilennummern versehen werden. Dann können Bemerkungen an

den Rand geschrieben und Textpassagen mit dem Textmarker hervorgehoben werden (2014: 55).

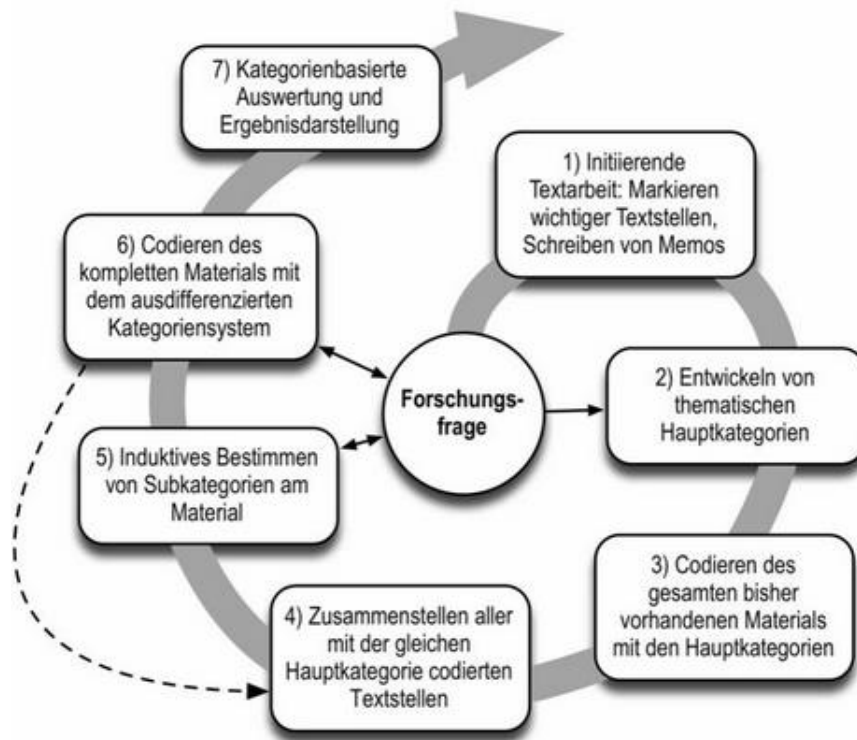
Die zuvor genannten Schritte zur Vorarbeit am Material gelten allgemein für die qualitative Inhaltsanalyse. Kuckartz (2014: 75) unterscheidet weiterhin drei Arten der qualitativen Analyse:

1. Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse
2. Die evaluative qualitative Inhaltsanalyse
3. Die typenbildende Inhaltsanalyse

Alle drei Verfahren richten ihr Augenmerk auf eine kategorienbasierte Auswertung. Sie sind nicht als eine hierarchische Reihenfolge zu verstehen. Welche der drei Methoden für die Auswertung der Interviews verwendet werden soll, hängt von ihrer Angemessenheit in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage ab (Kuckartz 2014: 75).

### **Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse**

Die Fragestellung dieser Arbeit ist im Bereich der Grundlagenforschung verortet und weist einen explorativen Charakter auf, demnach ist für die Auswertung und Beantwortung dieser Fragestellung die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse vorzuziehen, da sich explorative Forschungen eher auf die Analyse von Themen und Argumenten konzentrieren (Kuckartz 2014: 75). Die Kategorienentwicklung im Zuge dieser Analyseform kann von der vollständig induktiven Kategorienbildung am Material bis hin zur rein deduktiven Bildung von Kategorien reichen (Kuckartz 2014: 77). Bei der induktiven Kategorienbildung werden Kategorien direkt am Material gebildet. Hierbei werden Kategorien nicht vorab aus Theorien oder Hypothesen abgeleitet. Die deduktive Kategorienbildung hingegen verwendet bereits vorhandene Systematisierungen aus Theorien, Hypothesen oder Interviewleitfäden, aus denen dann Kategorien gebildet werden (Kuckartz 2014: 60). Da beide Pole der Kategorienbildung in ihrer Reinform nur selten anzutreffen sind, werden im Zuge der qualitativen Inhaltsanalyse eher Mischformen der Bildung von Kategorien verwendet. Diese werden dann als deduktiv-induktive Kategorienbildung bezeichnet (Kuckartz 2014: 69). Die folgende Abbildung veranschaulicht den Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse.



**Abbildung 3:** Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014: 78)

Die qualitative Inhaltsanalyse kann manuell, also mit Papier und Stift durchgeführt werden, als auch computergestützt (Gläser & Laudel 2004). Die Daten dieses Forschungsprojektes wurden größtenteils mithilfe von QDA-Software, genauer mit dem Programm f4-Analyse, ausgewertet. Bezogen auf die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse kann dieses Programm im Prinzip für jede der in der Abbildung aufgeführten sieben Auswertungsphasen eingesetzt werden (Kuckartz 2014: 147ff). Einige Schritte wurden jedoch auch auf Papier durchgeführt. Im Folgenden werden die sieben Auswertungsschritte nach Kuckartz kurz erläutert und es wird beschrieben, wie diese im Rahmen des Forschungsprojekts tatsächlich umgesetzt worden sind.

Der erste Auswertungsschritt umfasst die initiierende Textarbeit. Alle Interviews wurden von den Forscherinnen gelesen. Wichtiges wurde unterstrichen und es wurden Randnotizen gemacht zu ggf. wichtigen Themen. Erste Ideen für potenzielle Haupt- und Unterkategorien wurden vermerkt. Diese ersten Erkenntnisse wurden dann in der Gruppe besprochen und in einem laufenden Forschungstagebuch dokumentiert.

Im zweiten Schritt wurden die Hauptkategorien gebildet, welche den ersten Codierprozess einleiten (Kuckartz 2014: 79). Die Hauptkategorien werden mehr oder weniger direkt aus der Forschungsfrage abgeleitet (ebd.). Sie fungieren dann als eine Art Suchraster, damit das Material auf den entsprechenden Inhalt durchsucht und grob kategorisiert werden kann (Kuckartz 2014: 69). Es kann aber vorkommen, dass sich während der Textdurchsicht auch andere Themen in den Vordergrund drängen. Es empfiehlt sich an dieser Stelle, einen ersten Testlauf mit den Hauptthemen am Material durchzuführen. Dieser Testlauf dient dazu, zu kontrollieren, ob die Hauptkategorien auf das empirische Material anwendbar sind (Kuckartz 2014: 80).

Wie von Kuckartz empfohlen, wurden im Zuge dieser Studie die Hauptthemen des Leitfadens als Suchraster für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Hauptkategorien genutzt. Mit ihnen wurde das erste Interview durchgegangen. Falls die potenziellen Hauptkategorien aus dem Leitfaden nicht passten, wurden sie aufgrund des Textinhalts umbenannt bzw. einige kamen auch als Hauptkategorien nicht mehr in Frage. Auch eine neue Hauptkategorie wurde aus dem Material heraus gebildet. Die bereits abgeänderten Hauptkategorien wurden dann nochmals an einem zweiten Interview darauf getestet, ob sie noch verändert bzw. ggf. noch Hauptkategorien hinzugefügt werden müssen. Es handelte sich bei der Entwicklung der Hauptkategorien somit um eine Mischform aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung.

In Phase 3 wurde das gesamte Material mithilfe der vorab festgelegten Hauptkategorien codiert. Hier wird der Text sequenziell durchgegangen und die Textabschnitte werden den Hauptthemen zugewiesen. Textstellen, die keiner Kategorie zugeordnet werden können, bleiben uncodiert. Eine Textstelle kann auch mehreren Hauptkategorien gleichzeitig zugeordnet werden, wenn sie zwei oder mehrere thematisch anspricht (Kuckartz 2014: 80). Für den ersten Codierprozess können folgende Regeln aufgestellt werden. Das Kategoriensystem sollte eng verbunden sein mit der Fragestellung und mit den Zielen der Studie. Zudem darf es nicht zu feingliedrig oder zu umfangreich sein. Das System muss eine möglichst genaue Beschreibung jeder einzelnen Kategorie enthalten. Das Kategoriensystem sollte bereits an einer Teilmenge des Materials getestet worden sein (Kuckartz 2014: 81).

Die vier Forscher führten diesen ersten Codierprozess gemeinsam durch, da diese erste Zuordnung den Grundstein legte für die weitere Kategorienbildung. Sie begannen wieder mit dem ersten Text und wählten zuvor für jede zuvor festgelegte Hauptkategorie eine eigene Farbe aus und ordneten somit entsprechende Textstellen farblich den passenden Hauptkategorien zu. Während dieses Zuordnungsprozesses wurde den Forschern die Dringlichkeit von abgrenzenden Kategoriendefinitionen bewusst, da es häufiger zu Zuordnungsschwierigkeiten kam. Somit wurde für jede Hauptkategorie eine Definition entwickelt, die auch bei den folgenden Interviews helfen soll, Textstellen so eindeutig wie möglich den Kategorien zuordnen zu können. Es wurde abgesprochen, dass die Definitionen aufgrund des weiteren Materialdurchgangs noch vervollständigt bzw. ergänzt werden müssen. Die Forscher einigten sich darauf, dass beim zweiten Interview genauso vorgegangen werden soll, allerdings zusätzlich unterstützend mit dem Analyse-Programm f4. Es kodierten somit drei Personen mit Textmarkern auf dem Papier und eine Person führte dieselbe Arbeit im Analyseprogramm „f4-Analyse“ durch. Grund dafür war die schnellere Zusammenstellung von Textstellen, die mithilfe des Programms realisiert werden kann und für den weiteren Codierprozess von großem Nutzen war.

In Phase 4 wurden alle codierten Textstellen, welche derselben Hauptkategorie zugeordnet worden sind, zusammen gestellt. Bei dem Forschungsprojekt wurden somit die Textstellen jeder Hauptkategorie mithilfe des Analyseprogramms f4 zusammengefügt, sodass die induktive Kategorienbildung folgen konnte. Dieser Vorgang war sehr zeitsparend.

In der fünften Phase werden dann Unter- bzw. Subkategorien induktiv am Material gebildet. Dafür wurden die Textstellen einer Hauptkategorie als ungeordnete Liste zusammengestellt und die Forschenden unterbreiten Vorschläge für Subkategorien. Abschließend werden Definitionen für die Unterkategorien formuliert (Kuckartz 2014: 84).

In Phase 6 erfolgt der zweite Codierprozess. Hier wird das komplette Material mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem codiert. Die codierten Textstellen, welche bislang nur den Hauptkategorien zugeordnet worden sind, werden den verfeinerten Subkategorien zugeordnet. Dieser Schritt erfordert einen erneuten vollständigen Durchlauf des Materials (Kuckartz 2014: 88).

Zur Realisierung von Schritt 5 und 6 teilte sich die Projektgruppe in zwei Gruppen mit jeweils zwei Forscherinnen auf, um Unterkategorien für die Hauptkategorien zu bilden. Im Laufe der deduktiven und induktiven Bildung von Hauptkategorien ergaben sich bereits erste Ideen für Subkategorien. Diese ersten Ideen wurden dann in diesem dritten Materialdurchlauf geprüft und teilweise beibehalten aber auch modifiziert. Es wurden nur für zwei Unterkategorien Definitionen aufgestellt, da diese nicht selbsterklärend sind. Zudem enthalten die Definitionen der Hauptkategorien bereits genauere Beschreibungen zu den Unterkategorien.

Laut Kuckartz ist es sinnvoll, vor der eigentlichen Auswertung und Ergebnisdarstellung (Schritt 7), systematische Fallzusammenfassungen vorzubereiten (2014: 90). Hierbei werden Zusammenfassungen für die Themen und Unterthemen in paraphrasierter Form erstellt. Dieser Zwischenschritt ist für die folgende Analyse gewinnbringend, da hierbei fallbezogen die Aussagen einer Person zusammengefasst und die konkreten Äußerungen durch die Brille der Forschungsfrage auf den Kern reduziert werden (Kuckartz 2014: 90). Es ist legitim, sich auf solche Themen zu beschränken, die man für besonders relevant hält (ebd. 2014: 92).

Für die Fallübersichten wurden zunächst die Unterkategorien mit den dazugehörigen Interviewpassagen der Reihenfolge nach mithilfe des Analyseprogramms f4 aufgelistet. Dann ordneten die Forscherinnen die Textpassagen wieder den jeweiligen Interviewpersonen zu. Somit ist das verwertbare Material pro befragter Person bereits auf das wesentliche komprimiert worden. Anschließend wurden jeder Forscherin jeweils zwei Interviews zugeteilt. Die wichtigsten Originalzitate wurden in die Tabelle zu den Fallübersichten übertragen, paraphrasiert und generalisiert, um allgemeinere Aussagen zu erhalten, damit eine spätere Vergleichbarkeit zwischen den Aussagen der Interviewten gewährleistet werden kann. Im Ergebnis ergab sich ein 52-seitiges Dokument mit den wichtigsten Aussagen der Interviewten, welche auf ihren Kern reduziert wurden. Diese komprimierten generalisierten Aussagen wurden dann im nächsten Schritt nochmals zu einer Gesamtübersicht zusammengefasst, um eine noch bessere Übersichtlichkeit hinsichtlich der Vergleichbarkeit zu schaffen. Diese Gesamtübersicht (s. Anhang) bildet zusammen mit den systematischen Fallzusammenfassungen den Ausgangspunkt für die Ergebnisauswertung und -darstellung.



Mit Phase 7 folgt dann die eigentliche Ergebnisauswertung samt Interpretation. Im Zuge der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse stehen die Haupt- und Subthemen im Mittelpunkt des Auswertungsvorganges (Kuckartz 2014: 93). Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Auswertung und Ergebnisdarstellung, die herangezogen werden können. Die Ergebnisse wurden mithilfe der Kategorienbasierten Auswertung entlang der Hauptkategorien ermittelt. Die Einzelergebnisse der dazugehörigen Unterkategorien wurden zusammenfassend dargelegt und mit prototypischen Beispielen (Originalzitate) untermauert. Um diesen Prozess übersichtlich zu gestalten, wurden die zuvor angefertigten Fallübersichten herangezogen.

## 5 Ergebnisse

Bei der Durcharbeitung des Materials wurden hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage insgesamt sechs Hauptkategorien mit 20 verschiedenen Unterkategorien entwickelt. Dazu wurden alle acht Interviews verwertet. Der Aufbau am Kategoriensystem orientiert sich am Leitfaden. Es wurden jedoch einige Veränderungen vorgenommen. Im Folgenden werden das finale Kategoriensystem sowie die Definitionen zu Haupt- und Unterkategorien dargestellt und erläutert.

<b>HK 1</b>	<b>Verlauf der Schwangerenbetreuung</b>
UK 1.1	wichtigste Beratungskomponenten (subjektiv)
UK 1.2	Differenzierung der schwangeren Frauen
UK 1.3	Sonstige
<b>HK 2</b>	<b>Risikoschwangerschaft</b>
UK 2.1	Determinanten für Risikoschwangerschaft
UK 2.2	Altersbewertung
UK 2.3	Rolle der Krankenkassen
<b>HK 3</b>	<b>Schwangerschaftserleben</b>
UK 3.1	beobachtete Einstellungen der Schwangeren
UK 3.2	äußere Einflüsse
UK 3.3	persönliche Einstellung der Gynäkologinnen
<b>HK 4</b>	<b>Pränataldiagnostik</b>
UK 4.1	subjektive Definition von PND
UK 4.2	Bewertung/Nützlichkeit von Zusatzuntersuchungen
UK 4.3	Angebotsbereitschaft und Angebotsbreite der Zusatzuntersuchungen im Praxisalltag
UK 4.4	Fallbeispiele aus eigener Praxis
UK 4.5	technische Ausstattung (PND-spezifisch)
UK 4.6	Sichtweise auf Behinderung
<b>HK 5</b>	<b>Einstellung zur aktuellen Schwangerschaftsvorsorge gemäß MSR</b>
UK 5.1	Sichtweise zur aktuellen Schwangerenbetreuung
UK 5.2	Verbesserungsvorschläge zu aktuellen Kassenleistungen
UK 5.3	Einstellung zum technischen Fortschritt
<b>HK 6</b>	<b>Konsequenzen bei Schwangerenberatung</b>
UK 6.1	Sicht auf Erfüllung des Beratungsauftrags
UK 6.2	Absicherung gegen Haftung

**Abbildung 4:** Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien

**HK1: Verlauf der Schwangerenbetreuung**

Hauptkategorie 1 beinhaltet die Abklärung der Rahmenbedingungen der Schwangerschaft und die Beschreibung des Beratungsprozesses (inkl. wichtigste Beratungsthemen), welcher sich an spezifischen Richtlinien orientiert (Mutterpass, praxiseigene Checklisten, Infoblätter). Hierunter fällt auch die Differenzierung der schwangeren Patientinnen (Alter, Wohnsituation, Nationalität, Gesundheitszustand etc.) angelehnt an Richtlinien und subjektiver Wichtigkeit. Auch mögliche Aussagen über rechtliche Konsequenzen bei unzureichender Beratung fallen unter diese Kategorie.

**HK2: Risikoschwangerschaft**

Unter Hauptkategorie 2 wird beschrieben, wann die Gynäkologinnen eine Schwangerschaft als „Risikoschwangerschaft“ bewerten und welche Maßstäbe sie für die Einschätzung heranziehen. Die subjektive Bewertung des Alters der Schwangeren hinsichtlich eines möglichen erhöhten Risikos spielt hier eine besondere Rolle. Auch die Rolle der Krankenkassen hinsichtlich der Finanzierung von Untersuchungen fällt unter diese Hauptkategorie.

**HK3: Schwangerschaftserleben**

Schwangerschaftserleben von Seiten der Schwangeren auf emotionaler Ebene und Reaktion der Gynäkologinnen auf das Verhalten der Schwangeren. Es geht um Erfahrungen und Beobachtungen aus der alltäglichen Praxis. Auch externe Einflüsse, welche eine Auswirkung auf das Schwangerschaftserleben haben und auf das beobachtete Erleben (von Seiten der Gynäkologinnen) sind hier enthalten. Medizinische Aspekte oder Richtlinien fallen nicht unter diese Kategorie.

**HK4: Pränataldiagnostik**

Zur Hauptkategorie 4 gehört die subjektive Definition der Gynäkologinnen zum Fachbegriff Pränataldiagnostik. Außerdem fällt die Angebotsbereitschaft von Zusatzuntersuchungen im gynäkologischen Praxisalltag darunter und in dem Zusammenhang die Bewertung sowie die Einschätzung der Nützlichkeit von Zusatzuntersuchungen. Hierunter fallen alle angebotenen Untersuchungen im Rahmen der MSR und darüber hinaus. Alle genannten technischen Möglichkeiten, um spezielle PND-Untersuchungen durchzuführen, fallen unter diese Kategorie. Die technische

Ausstattung für die regulären Untersuchungen (Mutterschaftsrichtlinien) fällt nicht darunter. Auch beschriebene Fälle aus dem Praxisalltag und die Sicht auf Behinderung/Menschenbild gehören zu dieser Hauptkategorie.

#### **HK5: Einstellung zur aktuellen Schwangerenvorsorge gemäß aktueller Mutterschaftsrichtlinien**

HK5 enthält die Beurteilung zu medizinischen Standards der Schwangerenvorsorge in Deutschland sowie Optimierungsvorschläge. Sie beinhaltet außerdem die Meinungen und Einstellungen der Gynäkologinnen zu der Mutterschaftsrichtlinie. Hierunter werden alle Aussagen gefasst, die sich nur auf Vorsorgemaßnahmen beziehen, welche sich aus der Mutterschaftsrichtlinie ergeben. Alles was darüber hinausgeht fällt in HK 4 Pränataldiagnostik.

#### **HK6: Konsequenzen bei unzureichender Beratung**

Hauptkategorie 6 soll einen möglichen Zusammenhang aufzeigen zwischen PND und dem Arzthaftungsrecht (mögliche Konsequenzen). Diese Überlegung resultiert aus der vorhergehenden Recherche zum Thema „Arzthaftungsrecht und PND“. Es wurde anhand der Interviews überprüft, wie die Gynäkologinnen die Erfüllung des ihnen übertragenen Beratungsauftrages einschätzen und wie sie sich gegen mögliche juristische Konsequenzen (Haftung) absichern.

Die Definitionen von Unterkategorien erfolgten nur, soweit diese nicht selbsterklärend sind.

#### **UK 4.2. Bewertung/Nützlichkeit von Zusatzuntersuchungen**

Unter diese Unterkategorie fallen alle Aussagen, die die Bewertung und Nützlichkeit betreffen aber Aussagen zum eigenen Angebot ausgrenzen

#### **UK 4.3 Angebotsbereitschaft und Angebotsbreite der Zusatzuntersuchungen im Praxisalltag**

Unter diese Unterkategorie fallen alle Aussagen, die sich darauf beziehen, dass bestimmte pränataldiagnostische Untersuchungen tatsächlich von der befragten Gynäkologin durchgeführt werden bzw. dass für solche an Spezialisten überwiesen wird.

Im Folgenden werden nun die relevanten Ergebnisse der einzelnen Kategorien vorgestellt. Die Darstellung der Ergebnisauswertung der Kategorien erfolgte nicht nach dem Schema des Kategoriensystems, sondern nach Sinnstruktur hinsichtlich der Ergebnisse bzw. der Forschungsfrage. Um die Ergebnisse zu veranschaulichen und zu verdeutlichen, werden relevante Originalaussagen der Interviewpartnerinnen einbezogen.

## 5.1 Pränataldiagnostik

### Subjektive Definition

Zunächst ist es relevant darzustellen, wie die befragten Gynäkologinnen Pränataldiagnostik für sich definieren. Fünf der Befragten sind auf diese Frage näher eingegangen und haben ihre subjektive Definition im Interview erläutert. Dabei waren die Begriffsbestimmungen nicht einheitlich und haben sich in zwei Sichtweisen zu PND aufgeteilt. Zwei Gynäkologinnen grenzen PND klar von den vorgeschriebenen Untersuchungen laut Mutterschaftsrichtlinien ab.

*„PND beginnt, wenn man weitere Schritte einleitet, also bei den Zusatzuntersuchungen, die über jene Untersuchungen hinausgehen, die in den Mutterschaftsrichtlinien festgeschrieben sind. Also alles was nicht in den üblichen Mutterschaftsrichtlinien festgehalten ist. Alles was darüber hinausgeht, da beginnt PND.“ (Interview 05, Absatz 11).*

Zwei weitere Gynäkologinnen sind der Ansicht, dass alle vorgeburtlichen Untersuchungen zu Pränataldiagnostik gezählt werden müssen.

*„Naja, Pränataldiagnostik umfasst ja in erster Linie, so wie wir das hier machen, den Ultraschall, mit dem man versucht, kindliche Fehlbildungen möglichst früh zu entdecken. Aber es bezieht sich natürlich auch auf Chromosomenanomalien.“ (Interview 03, Absatz 23) [...] „Alle anderen wollen das Organscreening, dass man sich alles ganz genau anguckt und alle wollen natürlich auch wissen, fast alle, ob es ein Junge oder Mädchen ist und (...) ja und das ist ja auch alles Pränataldiagnostik.“ (Interview 03, Absatz 25)*

Die Aussage der zweiten Gynäkologin weist Parallelen zu der vorherigen auf, jedoch ist bei ihr eine Ambivalenz hinsichtlich ihrer subjektiven Definition erkennbar, indem sie eine Abgrenzung vornimmt.

*„Also alles was vor der Geburt ist, das ist pränatal. Aber es ist halt eine spezielle Weiterbildung und deswegen wird das halt unterschieden. Aber im Prinzip ist alles was wir hier machen auch Pränataldiagnostik. Hauptsächlich ist es Pränataldiagnostik wenn ich weiter überweise, aber wenn man es genau nimmt, dann machen wir das hier auch.“ (Interview 02, Absatz 32)*

Eine weitere Befragte beschreibt die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen PND-Untersuchungen und den Untersuchungen nach der Mutterschaftsrichtlinie.

*„Also Pränataldiagnostik sind Untersuchungen, die auf das Kind bezogen sind. Die Schwangerenvorsorge guckt ja eigentlich hauptsächlich, ob es der Mutter gut geht und ob dadurch Gefahren für das Kind sein können und Pränataldiagnostik setzt ja den Fokus auf das Kind, ob mit dem Kind alles in Ordnung ist. Das ist nur alles nicht hundertprozentig auseinanderzuhalten und die Übergänge fließen und das ist das Problem.“ (Interview 04, Absatz 23)*

### Sichtweise auf Behinderung

Vier von acht Befragten äußerten sich zum Subthema „Sichtweise auf Behinderung“. Alle Aussagen dieser Gynäkologinnen zeigen die Tendenz auf, PND nicht als Maßnahme gegen Selektion von Ungeborenen mit möglichen Behinderungen zu nutzen.

*„Denn gerade bei der PND spielt die Ethik eine große Rolle. Schließlich greifen wir bewusst in die Natur ein, um Behinderungen zu vermeiden. Nur weil ein Risiko besteht ist es Grund genug, ein Leben zu beenden? Schwieriges und gleichzeitig interessantes Thema.“ (Interview 6, Absatz 26)*

Eine weitere Befragte bezieht sich wie folgt auf die Aussage einer Kollegin.

*„Sie sagte, man nenne Menschausrottungen, wie es sie beispielsweise damals im Nationalsozialismus gab, als grausam. Aber wo sind wir denn*

*heute anders, wenn wir gezielt versuchen, den perfekten Menschen zu formen und Behinderungen ausselektieren wollen. Natürlich ist das eine sehr krasse Aussage, aber so heftig formuliert die Worte von ihr auch waren, ganz Unrecht hatte sie nicht.“ (Interview 5, Absatz 19)*

Des Weiteren teilte eine andere Befragte mit, dass bei Entdeckung einer Trisomie 21 mehr als 90 % der Betroffenen eine Abtreibung vornehmen lassen. Die Gesellschaft ist aus ihrer Sicht sehr „unbarmherzig“ in Bezug auf Behinderung und sie bedauert diese Tatsache, da Menschen mit Downsyndrom ihrer Meinung nach positive, glückliche Menschen sein können. Besonders hervorzuheben ist, dass eine der Befragten sich als Mitglied in einer Organisation engagiert, die sich gegen Selektion durch PND ausspricht. Weiterhin sieht diese Gynäkologin es nicht als moralische Pflicht einer Schwangeren, ein Kind mit Downsyndrom gebären zu müssen, aber Schwangere sollten, entgegen der gesellschaftlichen Meinung, diese Kinder bekommen „dürfen“.

#### Bewertung und Nützlichkeit von Zusatzuntersuchungen

Alle der acht Befragten haben sich zu Bewertung und Nützlichkeit von PND-Untersuchungen geäußert. Zwei der acht Befragten bewerten pränataldiagnostische Maßnahmen durchweg als nützlich und benennen keine negativen Aspekte. Die komplette Bandbreite der technischen Möglichkeiten soll ihrer Ansicht nach nicht ungenutzt bleiben.

*„Also wenn man nicht wirklich in eine Richtung lenkt, ja, dann finde ich das überhaupt nicht problematisch. Im Gegenteil, es ist ja so, dass die Frauen jetzt viel stärker beunruhigt sind, dass es irgendwelche Fehlbildungen oder irgendwelche Behinderungen geben könnte.“ (Interview 7, Absatz 31)*

*„Also ja, aber dass es das gibt, ist gut. Ich meine gut, wir sind auch groß geworden, aber (lacht) warum nicht, ich meine wenn die Technik dahingeht, warum soll man das nicht nutzen?“ (Interview 8, Absatz 33)*

Sinnvoll finden die anderen Befragten PND-Untersuchungen nur dann, wenn die Schwangerschaft Risiken birgt und es darum geht, bestimmte medizinische Aspekte aufzudecken, wie beispielsweise eine etwaige Mangel durchblutung oder eine

Schwangerschaftsvergiftung, um entsprechend therapieren zu können. Das sind die wichtigsten medizinischen Indikatoren, die beim Ungeborenen verhindert werden sollen und dafür sind die möglichen Zusatzuntersuchungen hilfreich. Alle anderen, darüber hinausgehenden Untersuchungen führen, gemäß der Befragten, zu Verunsicherungen, denn es gibt gemäß einer Gynäkologin keinen Zusammenhang zwischen dem Aufwand von PND und pränataler Morbidität und Mortalität.

*„Und was wirklich dem Kind hilft oder was wirklich absehbar ist, ob das Kind gefährdet ist im Bauch, zum Beispiel diese Doppleruntersuchung / Ob das Kind gut versorgt ist und gut durchblutet / ob der Mutterkuchen und das Kind gut durchblutet ist.“ (Interview 04, Absatz 51)*

*„Ich bin mit dem Thema PND offen, denn gerade wenn eine Schwangere unter Risiko steht, können zusätzliche Untersuchungen dem Kind helfen, wenn frühzeitig bei Erkennung eingegriffen werden kann.“ (Interview 06, Absatz 16)*

*„Manches ist hilfreich. Insgesamt glaube ich, dass viele Befunde erhoben werden, die nur Irritationen hervorrufen und die keine Konsequenzen haben. In Deutschland ist das Outcome / die pränatale Morbidität und Mortalität ist nicht direkt mit dem Aufwand von Pränataldiagnostik verbunden.“ (Interview 04, Absatz 55)*

Eine Gynäkologin macht deutlich, dass PND-Untersuchungen auch sinnvoll sind, wenn diese sich positiv auf das Sicherheitsgefühl der Schwangeren auswirken, also wenn es darum geht, dass mit dem Ungeborenen alles in Ordnung ist. Viele Schwangere sind beunruhigt, dass es Komplikationen geben könnte. Erweiterte Zusatzuntersuchungen können die Schwangeren beruhigen und positiv stimmen.

*„Wenn es sich zur Beruhigung der Frauen positiv auswirkt, dann kann man meinetwegen alles machen. Das ist dann okay. Aber ich finde schon, dass ein bisschen sehr viel erwartet wird. Also, dass es eben immer das Ergebnis sein soll, dass das Kind 100-prozentig gesund sein soll und das ist eben nicht so. Das finde ich schwierig.“ (Interview 02, Absatz 50)*



Die Beunruhigung der Schwangeren, das mit dem Ungeborenen etwas nicht in Ordnung sein könnte, bezieht sich vor allem auf Chromosomenanomalien. Die Befragten sind hinsichtlich Zusatzuntersuchungen, die sich auf Chromosomenauffälligkeiten beziehen, eher kritisch, denn eine zahlenmäßig festgestellte Anomalie kann nichts über Ausmaß und Prognose aussagen. Eine der Befragten berichtet, dass in ihrer Praxis solche Zusatzuntersuchungen, bezüglich Chromosomenanomalien eher selten durchgeführt werden. Eine weitere Befragte sieht keinen Grund einer möglichen Behinderung durch Zusatzuntersuchungen auf den Grund zu gehen, wenn hierfür keine Indikation vorliegt.

*„Und im Allgemeinen wird sich dann auf die Chromosomen gestürzt, weil man die irgendwie zählen kann und dann kann man sagen: "Ja oder Nein." Aber was das für eine Prognose hat und was das eigentlich bedeutet, das weiß man mit der reinen Chromosomenuntersuchung ja auch nicht. Es kommt dann eben darauf an: Was will ich über mein Kind wissen?“ (Interview 04, Absatz 27)*

*„Und bei uns machen das sicherlich weniger als in der anderen Praxis, die da sehr auf Pränataldiagnostik / Entweder das selber mit anbieten oder da einfach sagen: Ja, alle Untersuchungen sind immer gut und ich sehe meine Aufgabe darin, dass das alles aussortiert wird. Da sehe ich meine Aufgabe ehrlich gesagt nicht.“ (Interview 04, Absatz 29)*

Fünf Gynäkologinnen sind bei der Nützlichkeit von Zusatzuntersuchungen auf die Nackenfaltenmessung bzw. das Ersttrimesterscreening eingegangen. Im Ersttrimesterscreening ist die Nackenfaltenmessung als eine Komponente enthalten. Zwei von fünf Befragten kritisieren, dass die Ergebnisse der Nackenfaltenmessung nur auf Wahrscheinlichkeiten basieren. Trotz dieser Wahrscheinlichkeiten kommen Kinder häufig gesund zur Welt.

*„Naja, es sind Wahrscheinlichkeitswerte, ne (...) und da gibt es eben Cut-off-Werte. Ab so und so gilt es als Graubereich. Ab so und so gilt es als auffällig hoch und das versuche ich zu erklären und sage bei der Aufklärung aber auch immer, dass wenn jetzt bei diesem Ersttrimester-Screening ein, in Anführungsstrichen auffälliges Ergebnis, also höher als statistischer Durch-*

*schnitt, dabei rauskommt, dass die allermeisten Kinder trotzdem ganz gesund sind, denn das ist so. Ich glaube fünfundneunzig Prozent der Kinder sind chromosomal gesund.“ (Interview 3, Absatz 37)*

Eine dieser Gynäkologinnen empfindet das Ersttrimesterscreening als alleinste-hende Untersuchung als nicht aussagekräftig genug. Eine andere Befragte hinge-gen, ist der Meinung, dass die NFM aussagekräftige Ergebnisse liefert.

*„Dann haben wir aber gesagt: "OK, wenn die Leute das wirklich wollen, dann sollen die dorthin gehen, wo die dann auch maximal das alles machen und sehen können, was man sieht und nicht nur Nackenfalte. Das ist ir-gendwie halber Kram und irgendwie so ein bisschen Kaffeesatz-Lesen.“ (In-terview 4, Absatz 41)*

*„also sprich diese ähm Fruchtwasseruntersuchung. Die ist ja jetzt nahezu komplett abgelöst worden von dieser Nackenfaltenmessung. Und ähm (..) die ist ungefährlich, hat eine hohe Aussagekraft.“ (Interview 7, Absatz 15)*

Vier der Befragten kritisieren, dass Chromosomenuntersuchungen nur Wahr-scheinlichkeitswerte liefern und keine Aussagen zum Einzelfall treffen können. Deshalb müssen Schwangere dringend über die Aussagekraft und Bedeutung dieser Werte aufgeklärt werden. Es wird erklärt, dass eine solche Prozentzahl nur ein mögliches Ereignis darstellt, das nicht zwangsläufig eintreten muss. Zudem können Wahr-scheinlichkeitsangaben ethisch schwer vertretbare Entscheidungen hervorrufen.

Drei Gynäkologinnen finden den 3-D Ultraschall sinnvoll. Eine Befragte spricht sich für die Doppleruntersuchung aus.

*„Also inzwischen sind die Geräte so super, dass man schon sehr früh die Schwangerschaft bestätigen kann, 3D-Bilder hat, ich find das super. Das ist für die Patientin und auch für den Arzt super.“ (Interview 7, Absatz 21)*

Fünf Befragte legen ihre Meinung außerdem zu invasiven Verfahren dar.

Alle fünf sind eher vorsichtig hinsichtlich der Empfehlung von invasiven Eingriffen. Sie betonen, dass diese heutzutage selten durchgeführt werden, da sie durch nicht-invasive Tests abgelöst worden sind. Zudem seien sie sehr risikoreich und

sollten nur durchgeführt werden, wenn vorangegangene (nicht-invasive) Tests auffällig waren.

*„Also ich weiß nur, dass heutzutage die invasiven Untersuchungen fast gar nicht mehr gemacht werden. Fruchtwasseruntersuchungen werden wirklich nur gemacht, wenn ein großer Verdacht besteht. Wir haben heute ja diese nicht-invasive Pränataldiagnostik, wo man aus dem Blut erkennen kann, ob es zum Beispiel Trisomien gibt. Wobei ich das hier in der Praxis auch nicht mache. Dafür schicke ich die Frauen, wenn sie das wollen, auch zum Pränataldiagnostiker.“ (Interview 2, Absatz 40)*

*„Die PND ist ja nicht zwingend schlecht, aber die invasiven Verfahren doch ein sehr risikoreicher Eingriff, der nicht immer und bei jeder Frau notwendig ist. Die reguläre Vorsorge ist nun mal so gesagt die Grundausrüstung.“ (Interview 5, Absatz 13)*

Auch wenn der Blick auf Zusatzuntersuchungen seitens der Befragten kritisch ist, betonen die Befragten, dass sie zum Thema PND aufklären müssen, da eine Beratungspflicht vorliegt. Zusatzuntersuchungen sollen nicht ohne vorherige Aufklärung durchgeführt werden. Die Entscheidung für oder gegen eine PND-Untersuchung muss die Schwangere selbst treffen. Die Befragten sehen sich hier nur als Beraterinnen.

*„Wir haben natürlich eine Beratungspflicht, sodass wir mit dem Thema PND sehr offen und frei umgehen. Ich will ja auch keiner Frau Untersuchungsmöglichkeiten verwehren, denn jede sollte für sich entscheiden können, unabhängig was ich persönlich als gut sehe.“ (Interview 05, Absatz 12/13)*

*„Nee, ich rate überhaupt nicht dazu. Ich versuche da, so neutral wie möglich zu bleiben. Ich werde ja ganz oft gefragt: "Was raten Sie mir denn? Soll ich das machen?" Dann sage ich: "Das müssen Sie selber entscheiden, ob Sie das machen wollen". Ich muss ihnen immer nur erklären, was es gibt [...]“ (Interview 3, Absatz 29)*

Zusammenfassend sagen die befragten Gynäkologinnen, dass PND-Untersuchungen allgemein wenig auffällige Befunde liefern und dass Ungeborene

durch PND nicht gesünder werden. Es wird kritisiert, dass diese Zusatzuntersuchungen heutzutage einen zu hohen Stellenwert einnehmen, anstatt auf einen positiven Schwangerschaftsverlauf zu vertrauen. Der technische Fortschritt wird zudem von einer Gynäkologin als Eingriff in die Schwangerschaft gesehen, der nur ein höheres Risiko mit sich bringt. Eine andere Befragte findet die Untersuchungsmöglichkeiten zwar bemerkenswert, aber diese machen laut ihr nicht glücklicher. Auch kritisieren zwei der Befragten den finanziellen Vorteil, den pränataldiagnostische Verfahren für die behandelnden Ärzte bzw. Zentren schaffen.

*„Also ich halte davon nicht so viel, bezogen auf die Untersuchungen, die über die grundlegenden Sachen, wie Ultraschall, hinausgehen. Also mir ist es nicht egal, aber ich persönlich würde es nicht nutzen. Eine Schwangerschaft ist was vollkommen Natürliches und etwas, was es auch gab, bevor es überhaupt Strom, geschweige denn Ultraschallgeräte gab. Nicht umsonst haben wir keine sogenannte durchsichtige Bauchdecke. Das was darin heranwächst, müssen wir nicht beeinflussen.“ (Interview 05, Absatz 21)*

*„Manche sagen: "Ich möchte nur Untersuchungen, die dem Kind nützen". Das ist dann wirklich die Frage: "Wo fängt das an und wo hört das auf?" Und immer wenn man zum Beispiel Ultraschall macht, nur um zu gucken, ob alles OK ist, kann man eben immer Sachen finden, wo etwas nicht in Ordnung ist und wo dann die Frage der weiteren Abklärung rauskommt, weitere Diagnostik und was das für Konsequenzen für die Frau oder die Eltern hat. Das ist einfach total schwierig auseinanderzuhalten. Also das ist eine Diskussion ohne Ende.“ (Interview 04, Absatz 24)*

### Angebotsbereitschaft

Zu der Angebotsbereitschaft und der Angebotsbreite der Zusatzuntersuchungen im Praxisalltag, äußern sich sieben der acht befragten Gynäkologinnen. Alle schildern, dass sie, egal um welche Untersuchung es sich handelt, die Schwangeren unter Abwägung aller Parameter und Risiken sowie den Vor- und Nachteilen zu PND offen beraten, ohne sie in ihrer Entscheidung zu beeinflussen, denn diese ist von jeder Schwangeren persönlich und selbstständig zu treffen.

*„Da ich in der Beratungspflicht bin, berate ich die Schwangeren aber rate zu nichts. Also damit meine ich, dass ich erkläre, was es wie mit welchen Nebenwirkungen gibt, aber ich würde nie zu etwas überreden. Ich zähle die Möglichkeiten auf und lasse dann die Patientin selbst entscheiden.“ (Interview 06, Absatz 16)*

Dabei betonen zwei vor allem die Pflicht zum Angebot von pränataldiagnostischen Untersuchungen, da das Aufführen von PND ein vorgeschriebener Punkt im Mutterpass ist, der abzudecken ist. Die Gynäkologinnen klären lediglich darüber auf, welche Untersuchungen es gibt, wie die Ergebnisse zu werten sind und dass das Alter nur ein grober Parameter ist. Viele Frauen in der heutigen Zeit stehen zwar immer mehr unter Druck, ein gesundes Kind bekommen zu müssen, dennoch gibt es viele Schwangere, die sich nur für die nötigsten drei Ultraschalluntersuchungen entscheiden und nichts Weiteres in Anspruch nehmen.

*„Ich finde es wichtig, dass die Frauen wissen, dass es das gibt. Und was natürlich die Konsequenz wäre, wenn sie es machen und was auffällig ist. Und wenn die Frauen sagen: Mir ist das egal. Ich nehme das Kind so wie es kommt (..) finde ich das völlig in Ordnung. Aber ich finde es als meine Pflicht, ihnen zu erzählen, dass es diese Möglichkeit gibt. Und dann müssen die Frauen das selbst entscheiden.“ (Interview 08, Absatz 21)*

Eine Gynäkologin betont, dass sie persönlich PND erst im zweiten oder dritten Gespräch behandelt und hier die auf besondere Untersuchungen, wie die Nackenfaltenmessung oder die Fruchtwasseruntersuchung, eingeht. Gerade die Nachfrage zur Nackenfaltenmessung ist momentan sehr hoch und wird daher ausführlich besprochen. Auch wenn die Beratung dabei offen formuliert wird, gibt diese Ärztin zu, dennoch unbewusst Empfehlungen auszusprechen.

Die Infektionsdiagnostik mit pränataldiagnostischen Untersuchungen sowie die Nackenfaltenmessung werden auch von einer weiteren Befragten empfohlen, über die möglichen Folgen dabei aber auch aufgeklärt. Für Letzteres wird gerade bei Schwangeren ab 35 Jahren im Rahmen einer offenen Beratung eine Empfehlung ausgesprochen. Die Entscheidung dazu liegt bei den Schwangeren selber.

Eine weitere Befragte betont, dass die angebotene Zusatzuntersuchungen sich im Allgemeinen überwiegend auf nicht-invasive Verfahren, wie z.B. Nackenfaltenmessung oder genetische Tests, welche eher ungefährlich und risikoarm für das Ungeborene sind. Diese Gynäkologinnen erwähnen zudem auch, dass sie bei Zusatzuntersuchungen nach einer Risikoeinschätzung, oder auch bei auffälligen Befunden zu Pränataldiagnostikern überwiesen, da pränataldiagnostische Untersuchungen nicht in der eigenen gynäkologischen Praxis durchgeführt werden. Die Kostenübernahme erfolgt dabei durch die Krankenkassen. Außerdem wird angemerkt, dass die invasiven Maßnahmen eher selten und bei großem Verdacht durchgeführt werden.

*„Wenn ich jetzt eine Patientin habe die über 35 ist, die kann ich zur Nackenfaltenmessung schicken, das wird bezahlt. Wenn ich eine Auffälligkeit beim Ultraschall habe, überweise ich zur Pränataldiagnostik, wird immer bezahlt. Also wenn ich sehe, dass irgendetwas vielleicht nicht ganz okay ist oder ich den Eindruck habe es ist nicht in Ordnung oder ich sehe, dass es nicht in Ordnung ist oder ich kann es nicht beurteilen.“ (Interview 02, Absatz 26)*

Einige befragte Gynäkologinnen gehen spezifischer auf die Angebotsbreite ein. So erwähnt eine, dass es als ein ärztlicher Kunstfehler gilt, wenn Gynäkologen im Allgemeinen Schwangere über 35 Jahre nicht über FWP auf Krankenkassenkosten informieren. Vor allem Schwangere über 40 Jahre wünschen sich immer öfter pränataldiagnostische Tests. Es gibt viele Untersuchungen, die mit dem rasanten, kritisch zu betrachtenden, technischen Fortschritt einhergehen. Eine Gynäkologin erwähnt in diesem Zusammenhang, dass es für sie eine unangenehme Vorstellung ist, dass bald noch mehr Krankheiten und sogar Haar- und Augenfarbe durch Blut-Screening bestimmt werden können.

*„Ich fände es ehrlich gesagt schrecklich, wenn wir irgendwann so weit sind, und ich glaube, das wird kommen und das wird nicht mehr lange dauern, dass wir durch eine Blutentnahme noch ganz andere Sachen herausfinden können, ob das Kinde blonde Haare hat, ob es blaue Augen hat und sonst was alles und natürlich auch auf Krankheiten screenen können, denn die Entwicklung in der Molekulargenetik in den letzten zwanzig Jahren, die ist so rasant und wenn Sachen erstmal technisch möglich sind, dann werden*

*sie auch gemacht werden. Wenn man sieht, was in den USA und in anderen Ländern einfach so ganz selbstverständlich gemacht wird / In Deutschland kommt das zum Glück immer bisschen später an (..) aber das ist finde ich keine gute Entwicklung, weil der Druck auf schwangere Frauen, ein gesundes Kind zu kriegen, der ist richtig hoch.“ (Interview 03, Absatz 61)*

### Fallbeispiele

Von drei Gynäkologinnen wurden Fallbeispiele aus ihrer eigenen Praxis aufgeführt. Diese unterstreichen die negativen Seiten der pränataldiagnostischen Untersuchungen. Jeder Eingriff birgt Risiken und eine Schwangere muss vorab abwägen, ob sie diese eingehen will.

So war bei einer Patientin beispielsweise der CMV positiv, weil das System nicht ordnungsgemäß funktionierte. Aufgrund eines Fehlers des Pränataldiagnostikers wurde somit Angst und Unruhe bei der Schwangeren ausgelöst.

Ein weiteres Beispiel zeigt, dass durch das Streben nach Kindern ohne Behinderung unnötig Risiken eingegangen werden, bei dem eine Schwangere mit einer Mehrlingsschwangerschaft das Risiko von invasiven Maßnahmen einging und daraufhin eines der drei Ungeborenen verlor.

## **5.2 Verlauf der Schwangerenbetreuung**

Für den Einstieg in das Interview wurde zunächst der allgemeine Verlauf der Schwangerenbetreuung erfragt. Die Informationen zu den alltäglichen Abläufen sind dabei für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant, jedoch äußerten sich fünf der acht befragten Gynäkologinnen nicht nur im Allgemeinen, sondern spezifischer auf das Thema PND bezogen. Sie beschrieben dabei ihre subjektiv gesehenen wichtigsten Beratungskomponenten, wie die bereits frühe Anwendung von pränataldiagnostischen Untersuchungen auf Infektionen, beispielsweise der Toxoplasmose oder Ringelröteln. Diese möglichen Infektionen wurden von drei Befragten erwähnt. Eine weitere Befragte bezog sich explizit auf die genauere Beratung und Untersuchung von Schwangeren, wenn diese unter Risiko standen. Bei der Beratung soll dabei defensiv erfragt werden, ob besondere Untersuchungen gewünscht werden. Der Einbezug von PND sollte laut einer Gynäkologin erst ab dem zweiten oder dritten Beratungsgespräch erfolgen. Diese Ärztin nannte zudem

die Problematik des einfachen Ultraschalls bei übergewichtigen Patientinnen und dass diese zu Pränataldiagnostikern weitergeleitet werden müssen. Zudem beschrieb eine andere Gynäkologin die zusätzliche Dokumentation im Mutterpass von allen angebotenen und durchgeführten Untersuchungen als eine wichtige Komponente.

### **5.3 Risikoschwangerschaft**

#### Determinanten für Risikoschwangerschaft

Sieben der acht befragten Gynäkologinnen machten Angaben dazu, welche Determinanten ihrer Ansicht nach eine Risikoschwangerschaft begründen. Alle sieben Befragten sehen Faktoren, wie Vorerkrankungen (z. B. Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes), Erkrankungen während der Schwangerschaft sowie vorherige Fehlgeburten, als wichtige Indikatoren für eine Risikoschwangerschaft.

*„Ja einmal ist es ja so, wenn man bereits eine oder mehrere Fehlgeburten hatte oder eben eine Schädigung in der Schwangerschaft oder aber wenn ich eine Vorerkrankung habe, wie Diabetes zum Beispiel. Da ist eine Risikoschwangerschaft.“ (Interview 2, Absatz 21)*

Zwei Befragte legen besonderes Augenmerk auf den Gestationsdiabetes als Risikofaktor während einer Schwangerschaft. Drei der Gynäkologinnen betrachten außerdem ungünstige sozioökonomische Bedingungen, schwierige Lebensumstände und damit einhergehend psychische Probleme als wichtige Faktoren für eine Risikoschwangerschaft.

*„[...] dann natürlich die Lebenssituation, wenn die einfach in schwierigen Lebenssituationen sind, also: Flüchtlinge, ungeklärter Aufenthaltsstatus. Wenn die gar nicht wissen, was sie für eine Lebensperspektive mit ihrem Kind haben [...].“ (Interview 4, Absatz 19)*

Zwei Gynäkologinnen gehen außerdem auf ein mögliches Risiko durch Medikamenteneinnahme bzw. Medikamentenunverträglichkeiten ein. Eine Gynäkologin macht letztlich deutlich, dass die Entscheidung, ob eine Risikoeinstufung erfolgen soll, allein der/dem Gynäkologin/Gynäkologen obliegt.



### Altersbewertung

Alle acht Befragten informieren über die festgesetzte Altersgrenze ab 35 Jahren, die gemäß Mutterschaftsrichtlinie eine Einschätzung als Risikoschwangerschaft rechtfertigt. Wiederum vertreten diese acht Gynäkologinnen die Meinung, dass sie das Alter von 35 Jahren nicht pauschal als Risikofaktor für eine Schwangerschaft sehen. Eine der Befragten betrachtet diese Altersgrenze als „*willkürlich festgelegt*“.

*„Es gibt ja medizinisch eindeutige Merkmale, ab wann man Risikoschwangerschaft sagt und dazu gehört eben diese relativ willkürliche Definition ab fünfunddreißig. Das könnte man sicherlich in Frage stellen, ob man nicht genauso gut ab achtunddreißig sagen könnte oder sich generell fragt: "Was soll das überhaupt?" Ich persönlich finde, dass nur am Alter festzumachen (...) nicht ausreichend.“* (Interview 3, Absatz 19)

*„Also Alter über fünfunddreißig finde ich alleine keine Risikoschwangerschaft (lachend), obwohl das ja denn immer angekreuzt wird.“* (Interview 4, Absatz 19)

Zwei der Gynäkologinnen, die diese Ansicht vertreten, äußern sich widersprüchlich indem sie sagen, dass Fehlgeburten bei Schwangeren über 35 häufiger vorkommen und dass diese mehr Gestationsdiabetes und häufiger hohen Blutdruck aufweisen als jüngere Schwangere.

Drei andere Gynäkologinnen geben außerdem an, dass sie zwar das Alter von 35 Jahren nicht als Risiko einstufen, jedoch ein Alter ab 38 (Interview 2) bzw. 40 Jahren (Interview 1 und 8)

*„Es ist ja laut Mutterschaftsrichtlinien eine Risikoschwangerschaft. Das sehe ich persönlich jetzt gar nicht mehr so, weil wir viele Schwangere in dem Alter haben und die sind fit und ja. Aber so ab 40 gucke ich schon etwas genauer hin. Da habe ich selber im Hinterkopf, oh Gott hoffentlich (...) geht das alles gut.“* (Interview 1, Absatz 21)

Fünf der acht Befragten betrachten den Gesundheitszustand der Schwangeren im Zusammenhang mit bestehenden Erkrankungen als wichtigeren Indikator für eine Risikoschwangerschaft als die Altersbewertung.

*„Das heißt selbstverständlich nicht, dass eine Frau am Tag ihres 35ten Geburtstages unter Risiko steht, aber den Tag zuvor noch alles super war. Es hängt primär vom Gesundheitszustand der Schwangeren ab. Klar wird bei Minderjährigen sowie bei Schwangeren ab dem 35. Lebensjahr nochmal genauer geguckt, gerade wenn es sich um die erste Schwangerschaft handelt. Aber es wird nicht gleich der Stempel „Risikoschwanger“ aufgesetzt. Da haben Erkrankungen nun einmal einen höheren Stellenwert.“ (Interview 6, Absatz 11).*

### Rolle der Krankenkassen

Zur Rolle der Krankenkassen äußerten sich zwei der acht Befragten. Beide sagen aus, dass die Krankenkassen in der Regel alle Kosten für pränataldiagnostische Untersuchungen bei Schwangeren übernehmen, wenn diese von den Gynäkologen empfohlen werden und die Notwendigkeit dazu besteht. Eine der Gynäkologinnen betont, dass keine vermehrte Risikobewertung seitens der GynäkologInnen vorgenommen wird, um mehr abrechnen zu können.

*„Und dann wird immer gesagt: "Die Frauenärzte schreiben das immer alles als Risiko, weil sie dann mehr untersuchen dürfen und dann mehr Geld verdienen." Das stimmt bei der heutigen Abrechnung bei Schwangerenvorsorge gar nicht mehr.“ (Interview 4, Absatz 65)*

*„[...] Das wird alles total großzügig ausgelegt. Und das würde sich keine Krankenkasse trauen. Wir kriegen Regresse wegen allem möglichem Müll. Aber, dass man mal eine Frau zu viel zur Pränataldiagnostik geschickt hat, das würde sich keine Kasse trauen, da einen Regress von zu machen. Wenn dann doch was ist und die Kasse hätte das verboten / Das gibt es überhaupt nicht, weil die werben ja immer so für junge Familien, weil sie die haben wollen.“ (Interview 4, Absatz 69)*

## **5.4 Einstellung zur aktuellen Schwangerschaftsvorsorge gemäß der Mutterschaftsrichtlinie**

Sechs der insgesamt acht befragten Interviewpartnerinnen haben zu dieser Kategorie eine Aussage gemacht. Welche Ergebnisse hierbei herausgekommen sind, wird nachfolgend erläutert.

### Verbesserungsvorschläge zu aktuellen Kassenleistungen

Aus den Aussagen der Befragten zu dieser Unterkategorie wird ersichtlich, dass vor allem wichtige und als sinnvoll erachtete Untersuchungen hinsichtlich Infektionskrankheiten, wie beispielsweise Streptokokken-B-Testung, (Infektionsscreenings) seitens der Krankenkasse nicht übernommen werden. Diese werden jedoch von den Befragten als äußerst sinnvoll und für die Gesundheit des Ungeborenen als medizinisch wichtig angesehen.

*„Aber (.) was ich so ein bisschen fraglich finde, ist immer dieser B-Streptokokken-Abstrich, den die Patienten selber zahlen müssen und wo man halt ganz deutlich merkt, bei den Frauen die kein Geld haben, dass es da wirklich schwierig ist, und da geht es halt ja um das Wohl des Kindes. Das hat ja einen Grund, warum man diesen Abstrich macht. Ich weiß nicht, warum das eine Privatleistung ist. Also das ist etwas, was ich nicht verstehe. Warum das nicht mitgemacht und bezahlt wird.“ (Interview 01, Absatz 51)*

*„Von den Krankenkassen wird nicht alles übernommen, was sinnvoll ist. Da könnte vielleicht auch noch, wie gesagt diese Zusatz-Titer, Toxoplasmose, das könnte noch Kassenleistung werden. [...] (Interview 08, Absatz 39)*

Eine weitere Befragte äußerte sich zu den vorgeschriebenen drei Ultraschalluntersuchungen und ist der Meinung, dass diese Anzahl erhöht werden sollte, da in der Praxis sowieso immer mehr als drei Ultraschalle durchgeführt werden.

*„[...] Ansonsten ist es so, dass in der Mutterschaftsrichtlinie nur drei Ultraschalluntersuchungen festgeschrieben sind, das wird grundsätzlich immer übertroffen, von allen. Es gibt glaube ich keine Praxis, die nur drei Ultraschalle macht. Das ist zu niedrig bemessen finde ich. Und ansonsten (...) finde ich das okay. Ich mache das jetzt auch schon seit fast 19 Jahren immer nach diesen Richtlinien.“ (Interview 02, Absatz 52)*

Zusammenfassend ist ersichtlich geworden, dass hinsichtlich des Infektionsscreenings seitens der Krankenkassen Optimierungsbedarfe bestehen, insbesondere deshalb, weil es sich nicht alle Schwangeren finanziell leisten können, ein solches Screening durchführen zu lassen.

### Sichtweise zur aktuellen Schwangerenbetreuung

Die Aussagen der befragten Interviewpartnerinnen zeigen, dass alle mit den derzeitigen Möglichkeiten in der Schwangerenbetreuung zufrieden sind.

*„Extrem gut. Ich glaube die Schwangeren sind in Deutschland sehr gut betreut. Sehr gut, ja.“ (Interview 01, Absatz 49)*

*„Ich finde in Deutschland ist die Medizin spitzenmäßig. Die achten auf alles. Laborbestimmungen, wenn Eisen fehlt, wird Eisen sozusagen empfohlen. Ja, (..) die Ultraschalluntersuchungen werden in regelmäßigen Abständen gemacht. Nein, da bin ich schon sehr zufrieden.“ (Interview 07, Absatz 25)*

*„Aber alles andere finde ich, also das sind ja halt die best-untersuchtesten Patienten, die Schwangeren, muss man ja mal sagen, was da alles gemacht wird.“ (Interview 08, Absatz 39)*

Auf der anderen Seite wird aber auch eine gewisse Ambivalenz hinsichtlich der Möglichkeiten der Schwangerenbetreuung erkennbar, insbesondere wenn es um das Thema Ultraschalluntersuchungen und den heutigen Trend hin zum Perfektionismus geht. Die Schwangerschaft hat, aufgrund der medizinischen und technischen Möglichkeiten, an Natürlichkeit verloren.

*„Tja, (...) also eigentlich ist das natürlich toll, dass man so viel herauskriegen kann. Eigentlich. Aber manchmal denke ich auch: "Das macht die Menschen nicht glücklicher." (Interview 03, Absatz 57)*

*„Bei einer Schwangerschaft entsteht ein neues Leben. Ein Prozess der so wie er ist, schon seit Jahrtausenden funktioniert, bereits bevor wir Menschen auf die Idee kamen, diesen zu beeinflussen. Ich befürworte die Medizin. [...] Wir wollen Perfektionismus, am besten schnell und unkompliziert. Wir sind bereit, Risiken und Kosten auf uns zu nehmen, um Perfektion zu bekommen, beschweren uns aber dann, wenn es nicht so läuft, wie man es sich vorgestellt hat, wenn Risiken auftreten. Die medizinischen Möglichkeiten helfen, den Prozess der Natur zu beobachten und gegebenenfalls einzugreifen, wenn es solche Dinge sind, wie Herzfehler. Erkennt man sie rechtzeitig, kann besser geholfen werden.“ (Interview 06, Absatz 24)*

### Einstellung zum technischen Fortschritt

Lediglich eine der befragten Interviewpartnerinnen hat sich zu dieser Unterkategorie geäußert. Ihrer Ansicht nach haben die vielen technischen Möglichkeiten zum Perfektionismus die heutige Gesellschaft verwöhnt.

*„Was aber nun mal auch betrachtet werden muss, ist das gerade diese vielen medizinischen und technischen Möglichkeiten die Menschheit verwöhnt hat.“  
(Interview 06, Absatz 24)*

## **5.5 Schwangerschaftserleben**

Alle befragten Gynäkologinnen gingen auf das Thema Schwangerschaftserleben ein. Es haben jedoch nicht alle Gynäkologinnen zu jeder Unterkategorie eine Aussage gemacht. Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Thematik dargelegt.

### Beobachtete Einstellung der Schwangeren

Sechs der Befragten äußerten sich zu den beobachteten Einstellungen der Schwangeren. Alle Gynäkologinnen waren sich einig, dass die Schwangeren sehr unterschiedlich sind. Vier der Befragten gingen näher auf die Informiertheit ein, die stark variiert. Die Anzahl der gut informierten und ängstlichen Schwangeren nimmt stetig zu.

*„Also manchmal ist man ja erstaunt, dass die Frauen so gar nichts wissen. Und manchmal kommen sie schon ganz konkret und haben schon solche Pläne und Listen, die sie dann mit mir abarbeiten wollen. Was sie alles schon im Internet gelesen haben (lacht) [...].“ (Interview 1, Absatz 13)*

*„Also, es gibt die sehr gut Informierten, sehr kritische und sehr ängstliche Patienten. Davon gibt es heute immer mehr.“ (Interview 2, Absatz 19)*

Diese genannten Ängste und Unsicherheiten der Schwangeren werden von zwei weiteren Gynäkologinnen ebenfalls thematisiert. Der Trend geht eher da hin, dass die Schwangeren heutzutage ängstlicher und besorgter sind.

*„Also einfach so fröhlich guter Hoffnung: "Ich bin mal schwanger", wie das vielleicht vor dreißig oder vierzig Jahren war. Also heute sind die meistens*

*schon besorgt und auch sehr daran interessiert, alles richtig zu machen und lesen ganz viel und erkundigen sich überall.“ (Interview 3, Absatz 37)*

*„Ganz unterschiedlich. Also manche sind ganz unsicher und haben tausend Fragen. Manche wollen kaum was wissen und ja, (..) also wirklich alles komplett durch (lacht).“ (Interview 8, Absatz 41)*

Zwei der Gynäkologinnen, welche die starken Unsicherheiten und Ängste der Schwangeren thematisiert haben, gehen jedoch auch auf einen anderen Typ von schwangeren Frauen ein, die ruhig und entspannt sind.

*„Aber ich finde, es gibt auch sehr viele, die irgendwie ganz entspannt und ganz gut geerdet ihren Lebensweg machen. Die dann sagen: "Es wird schon gut und man muss auch nicht alles gucken und das geht auch schon alles." (Interview 4, Absatz 17)*

Besorgte Schwangere nehmen häufig PND-Maßnahmen in Anspruch, um die Ängste vor Krankheit und Behinderung beim Ungeborenen zu reduzieren. Jüngere Schwangere nutzen PND, aus finanziellen Gründen, eher weniger. Zwei Befragte sprechen sich positiv gegenüber PND aus, sofern es zur Beruhigung der Schwangeren beiträgt. Die immer häufiger auftretenden Ängste und Unsicherheiten seitens der Schwangeren werden mit dem Drang nach Perfektion begründet, welcher sich immer deutlicher in der Gesellschaft abbildet.

*„[...] das merke ich gerade so, weil die Frauen sich ja auch verändert haben. Also sie bekommen ein höchstens zwei Kinder und diese Kinder müssen ja echt perfekt sein. Und Ich glaube früher, wenn da mal etwas mit dem Kind war, dann hatten die Frauen mehrere Kinder und der Anspruch war auch nicht so. Okay, dann hat das Kind halt eine Krankheit gehabt, aber heute ist das eine riesen Katastrophe.“ (Interview 1, Absatz 37)*

*„Wenn es sich zur Beruhigung der Frauen positiv auswirkt, dann kann man meinetwegen alles machen. Das ist dann okay. Aber ich finde schon, dass ein bisschen sehr viel erwartet wird. Also, dass es eben immer das Ergebnis sein soll, dass das Kind 100-prozentig gesund sein soll und das ist eben nicht so. Das finde ich schwierig.“ (interview 2, Absatz 50)*

### Äußere Einflüsse

Sieben der acht Befragten thematisieren die Informationsbeschaffung aus dem Internet. Die Meinungen der Befragten zur Internetrecherche gehen tendenziell in dieselbe Richtung. Die Gynäkologinnen betrachten dies kritisch, da das Internet Unsicherheiten und Ängste verstärken sowie die Meinung der Schwangeren lenken kann.

*„Aber dank des Internets heutzutage sind ja die Schwangeren besser informiert als Ärzte. Es entstehen einfach unnötige Ängste.“ (Interview 5, Absatz 7)*

*„Gerade in der heutigen Zeit wird ja dank des Internets den Schwangeren so viel Information gegeben, dass es dann mal heißt, „Ich habe von der Untersuchung xy gelesen. Die soll sehr gut sein, die will ich haben [...] Dann muss ich dann aufklären, dass dies ein invasiver Eingriff ist und eher schaden als helfen kann, da die Patienten keinerlei Risiko vorweist.“ (Interview 6, Absatz 5)*

### Persönliche Einstellung der Gynäkologinnen

Alle Befragten haben ihre persönliche Meinung zum Schwangerschaftserleben geäußert. Die persönlichen Meinungen der Befragten zeigen starke Parallelen auf. Alle thematisieren die vorhandenen Ängste der Schwangeren und beschreiben den Wunsch, den Schwangeren die Ängste zu nehmen und das „*Urvertrauen*“ zu stärken.

*„Also ich finde schon, dass viele sehr sehr besorgt und sehr ängstlich sind und ich würde denen mehr wünschen, im wahrsten Sinne des Wortes, guter Hoffnung zu sein und einfach mehr zu denken: "Das wird schon alles gut gehen." (interview 3, Absatz 57)*

*„Und ja (...) ich finde auch, dass junge Frauen dieses Urvertrauen, was die haben, auch weiter behalten sollten [...].“ (Interview 8, Absatz 47)*

*(...) das Wesentliche ist ja, die Frau durch diesen Lebensabschnitt zu begleiten und sie zu ermutigen, dass sie schwanger sein kann und dass sie ein Kind kriegen kann und dass sie das auch groß ziehen kann. Und das,*

*finde ich, geht dann manchmal bisschen unter und da bemühen wir uns, dass das der Schwerpunkt ist.“ (Interview 4, Absatz 55)*

Alle Gynäkologinnen versuchen, sensibel mit den Bedürfnissen der Schwangeren umzugehen und die Vor- und Nachteile aller Untersuchungen zu erläutern. Die eigene Meinung für oder gegen PND wird dabei außen vor gelassen.

*„Ich würde ja auch nie eine gewünschte Untersuchung ausreden, denn das ist nicht mein Job. Sondern ich kläre auf, das heißt die Vor- und Nachteile nennen und erklären, worum es sich genau handelt, und wann eine solche Untersuchung ein Thema werden könnte.“ (Interview 6, Absatz 7)*

## **5.6 Konsequenzen bei Schwangerenberatung**

Abschließend wurde das Thema der Konsequenzen bei der Schwangerenberatung aufgeführt und sieben der acht befragten Gynäkologinnen gingen näher auf diese Thematik ein.

### Sicht auf Erfüllung des Beratungsauftrags

Hierzu nannten drei Befragte die Angst vor Konsequenzen bei einer unzureichenden Beratung, da der Druck herrscht, alles im Rahmen der Vorsorge abzuklären, falls Auffälligkeiten oder Komplikationen auftreten.

*„Es gibt da natürlich auch die Verfahren, wo Ärzte angeklagt werden. Deswegen müssen wir über alle Möglichkeiten und eventuelle Eingriffe informieren, auch wenn man es selber jetzt nicht (..) gut finden würde. Aber wir informieren natürlich über alles, das ist klar. Ja das hat man im Kopf.“ (Interview 02, Absatz 17)*

Eine Befragte betont dabei jedoch, dass zwar diese Möglichkeiten auf rechtliche Konsequenzen bedacht werden, diese aber nicht die Beratung beeinflussen. Eine andere Gynäkologin erwähnt zusätzlich, dass es ein ärztlicher Kunstfehler ist, wenn eine Schwangere über 35 Jahren keine Informationen über Zusatzuntersuchungen erhalten sollte. Diese Ärztin nimmt ihre Beratungsleistung aus persönlicher Sicht als gut und mit einer ausführlichen Dokumentation wahr. Wichtig sei, so die Meinung einer weiteren Gynäkologin, eine gründliche Reflektion, ob die Beratungsaufgabe sachgemäß, hinsichtlich des Angebotsspektrums, erfüllt wurde.



### Absicherung gegen Haftung

Für die Absicherung gegen rechtliche Konsequenzen wird von fünf der befragten Gynäkologinnen die Wichtigkeit der detaillierten Dokumentation betont.

*„Selbstverständlich ist da immer eine rechtliche Seite bei der Beratung zu betrachten. Es geht hier um Leben und wenn da mal was schief laufen sollte, wird mit aller Kraft ein Schuldiger gesucht. Daher dokumentieren wir jeden Schritt, ob Gespräch, Beratung oder Untersuchung.“ (Interview 06, Absatz 20)*

Es besteht in der täglichen Praxis die Verpflichtung, so eine der fünf Befragten, die gesamte Angebotsbreite darzulegen und die Dokumentation im Wortlaut der Gynäkologin und auch der Patientin zur eigenen Absicherung zu notieren. Die ordentliche Dokumentation ist, nach Aussagen einer weiteren Befragten, ausschlaggebend, da unzureichend dokumentierte Beratungs- und Untersuchungsabläufe rechtliche Folgen nach sich ziehen können. Dieser Druck vor möglich auftretenden Fehlern und die dadurch resultierende Angst vor möglichen rechtlichen Konsequenzen werden als belastend empfunden. Eine andere Gynäkologin unterstreicht die Wichtigkeit der Aufklärung über jede Behandlungsmethode sowie der genauen Dokumentation dadurch, dass es auch Fälle gibt, bei denen Ärzte aufgrund einer unzureichenden Beratung rechtlich belangt werden. Auch wenn es dabei zu Kollisionen mit der eigener Einstellung kommen kann, muss man sich rechtlich absichern und daher die gesamte vorhandene Angebotsbreite vorstellen.

## 6 Diskussion

Im folgenden Kapitel erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den verwendeten Forschungsmethoden und den Ergebnissen. Dabei werden die Methode der durchgeführten Experteninterviews sowie die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse hinsichtlich ihrer Umsetzung und Eignung im Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert. Zudem werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen dieser Arbeit und des aktuellen Forschungsstandes bewertet.

### 6.1 Methodendiskussion

Die bei der Planung des Forschungsprojekts festgelegte und für realistisch angenommene Anzahl an Interviewpartnern konnte eingehalten werden. Es wurden pro Forschende zwei Interviewpartner eingeplant, um so am Ende einen Stichprobenumfang von  $n=8$  befragten Expertinnen und Experten zu gewährleisten. Durch die Rekrutierung wurden diese Interviewpartner gefunden und somit das Ziel der Stichprobengröße eingehalten. Dabei handelte es sich bei den befragten Gynäkologen nur um weibliche Personen. Auch wenn einige männliche Gynäkologen zum Interview angefragt wurden, nahmen nur weibliche Gynäkologen die Intervieweinladung an. Somit konnten folglich keine Unterschiede zwischen den Aussagen und Meinungen männlicher und weiblicher Experten erkennbar gemacht werden. Zudem arbeiteten alle befragten Gynäkologinnen in ambulanten Praxen, was die Aussagen der Stichprobe auf die Sichtweise aus diesem Arbeitsumfeld beschränkt.

Die Interviewerinnen haben sich bei den Interviews möglichst neutral und nicht beeinflussend verhalten und haben, durch die Stellung von offenen und explikationsfördernden Fragen, die Expertinnen dazu angeregt, von ihren Sichtweisen und Erfahrungen zu erzählen. Die Verwendung des Leitfadens erwies sich als hilfreich, um das Interview zu strukturieren und sicherzustellen, dass alle Themen im Interview angesprochen werden. Ein problematischer Aspekt bei der Durchführung der Interviews war jedoch die Fokussierung auf die wesentlichen Inhalte, da die Expertinnen teilweise von den eigentlichen Fragen abkamen und ihre Erfahrungen sehr ausführlich mitteilten. Dieser Aspekt hatte jedoch keinen negativen Einfluss auf die Ergebnisse, sondern ging lediglich mit einem erhöhten Aufwand innerhalb der Aufbereitung und Auswertung der Interviews einher. Wiederum hatten einige Ärztinnen für die Interviews nicht viel Zeit, was sie von vornherein artikulierten. Durch den dadurch entstandenen Zeitdruck wurde auf einige Fragen nicht so ausführlich geantwortet, als es mit mehr Zeit der Fall gewesen wäre. Die Interviewlänge einiger Interviews wich somit von den vorab geplanten 30

Minuten ab. So gab es Interviewpartner mit einem sehr eingeschränkten Zeitfenster von nur 10 Minuten und solche mit einem größeren Zeitfenster von bis zu 90 Minuten. Dies machte sich auch bei der Erstellung der Transkripte bemerkbar. Die Grenzen der Transkription sind dabei nicht außer Acht zu lassen. Die Detailgenauigkeit der Verschriftlichung der Gesprächsaufnahmen kann noch so ausführlich und Wort für Wort verfasst werden, dennoch führt die Erstellung eines Transkriptes zu Informationsverlust. Das durchgeführte Interview als Gesprächssituation stellt die Primärdaten da, wodurch die Audioaufnahmen nur noch die Sekundärdaten darstellen. Hier geht erste Mimik und Gestik verloren. Dieser Verlust von gegebenenfalls relevanten Gesprächscharakteristika erhöht sich bei der Transkription. Andererseits können beim wiederholten Abhören der Gesprächssituation Aspekte bemerkbar werden, die im Interview selber nicht auffällig geworden sind. Satzabbrüche oder Betonungen beispielsweise können dem Gesagten eine stärkere Bedeutung geben (Fuß & Karbach 2014: 25).

Das systematische und regelgeleitete Vorgehen bei der Auswertung der Interviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014) sowie der Einsatz der qualitativen Software f4-Analyse haben sich als gute Wahl für die Untersuchung der Forschungsfrage erwiesen. Der Vorgang der induktiven Kategorienbildung ermöglichte eine gegenstandsnahe Abbildung des Materials.

Im Allgemeinen konnte durch die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse das Interviewgespräch detailliert strukturiert und inhaltlich erforscht werden. Durch die Kategorisierung und Einteilung in mehrere Unterkategorien konnten das Gespräch und die beinhaltenden Informationen ausführlich analysiert und somit für die Diskussion und das damit einhergehende Endergebnis genutzt werden. Im Hinblick auf die Untersuchung der Forschungsfrage erwies sich die Verwendung einer qualitativen Methode als geeignet, da somit ein bisher wenig erforschter Themenbereich untersucht werden konnte. Mithilfe von Leitfadeninterviews für Expertinnen konnten die Erfahrungen und Einschätzungen der interviewten Personen hinsichtlich des spezifischen Themas ausführlich erhoben werden.

## 6.2 Ergebnisdiskussion

Im nachfolgenden werden alle Ergebnisse der Haupt- und Unterkategorien im Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert. Ein Bezug zur Theorie und zum aktuellen Forschungsstand wird ebenfalls hergestellt und miteinander verknüpfend erläutert.

### Pränataldiagnostik

Die Kategorie Pränataldiagnostik beinhaltet die Kernaspekte dieser Ausarbeitung im Hinblick auf die Fragestellung. Die Ergebnisdiskussion dieser Kategorie konzentriert sich auf die subjektive Definition von PND, die Sichtweise auf Behinderung, Bewertung und Nützlichkeit von Zusatzuntersuchungen sowie die Angebotsbereitschaft und Angebotsbreite der Zusatzuntersuchungen im Praxisalltag.

### Subjektive Definition von PND

Vorerst war die persönliche Definition der Befragten für den weiteren Aufbau relevant, um die Unterschiede zur allgemeingültigen Definition festzustellen. Diese besagt, dass alle Diagnoseverfahren, welche über die Mutterschaftsrichtlinie hinausgehen, als PND anzusehen sind. Fünf von acht Befragten sind näher auf diesen Aspekt eingegangen und die Meinungen waren hierbei nicht eindeutig. Nur zwei Gynäkologinnen grenzten PND klar von den vorgeschriebenen Untersuchungen laut Mutterschaftsrichtlinien ab. Die persönlichen Definitionen von drei weiteren Gynäkologinnen zeigten in einer Gegenüberstellung starke Abweichungen hierbei auf. Von ihnen waren zwei Befragte der Ansicht, dass alle vorgeburtlichen Untersuchungen zu Pränataldiagnostik gezählt werden müssen. Diese Unterschiede in der Definition von PND werden auch in der Literatur deutlich. Nach Heider & Gembruch (2011) besteht zwischen der regulären Schwangerschaftsvorsorge und PND ein oftmals fließender Übergang (Heider & Gembruch 2011: 18). Dies wurde durch fünf Interviews bestätigt. Besonders eine Befragte beschreibt die Problematik der Abgrenzung zwischen PND und der regulären Schwangerschaftsvorsorge und untermauert damit die Annahmen von Heider & Gembruch (2011).

Laut Samerski (2008) ist die Selbstbestimmung der Frauen während der Schwangerschaft mittlerweile fester Bestandteil des Verlaufes. Schwangere sowie weitere Beteiligte versuchen das gesamte Informationsspektrum zu überblicken und die richtigen Entscheidungen zum Wohle des Ungeborenen zu treffen (Samerski, 2008: 15). Es stellt sich uns die Frage wie eine qualitative und selbstbestimmte

Entscheidungsfindung seitens der Schwangeren ermöglicht werden kann, wenn die Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Definition und Abgrenzung der regulären Schwangerschaftsvorsorge von PND bereits nicht eindeutig sind.

#### Sichtweise auf Behinderung

Laut Heider und Gembruch (2011) wird in der PND gezielt nach Merkmalen gesucht, welche auf Behinderungen oder Krankheiten hinweisen (Heider & Gembruch 2011: 5). Auch Graumann (2006) merkt an, dass es heutzutage nicht mehr nur um die Verhinderung der Entstehung von Beeinträchtigungen geht, sondern um die Verhinderung der Existenz von Menschen mit Beeinträchtigung (Graumann 2006: 12). Die Hälfte der Befragten betont, dass sie PND nicht als Maßnahme gegen Selektion von Ungeborenen mit möglichen Behinderungen nutzen bzw. nutzen wollen. Eine Gynäkologin geht sogar noch weiter und gibt die Meinung einer Kollegin wider, mit der sie übereinstimmt. Sie vergleicht die heutige Selektion durch PND mit „Menschenausrottungen“, die im Nationalsozialismus durchgeführt worden sind. Sie kritisiert, dass heute im Rahmen der PND nichts anderes passiert, wenn versucht wird, den perfekten Menschen zu formen und Behinderungen ausselektieren zu wollen. Diese Ansicht wird von Braun (2006) geteilt, der angibt, dass die PND Gefahr läuft, Ausdruck eines selektiven Charakters zu werden (Braun 2006: 2612). Dieser Gefahr ist sich eine befragte Gynäkologin bewusst, die aus diesem Grund Mitglied einer Organisation ist, die eine Selektion von Menschen durch PND vermeiden will. Sie ist der Meinung, dass Schwangere nicht stigmatisiert werden sollen, wenn sie sich dafür entscheiden, ein Kind mit Behinderung zu gebären. Zusammenfassend wird deutlich, dass sich die befragten Gynäkologinnen des ethischen Problems der Vermeidung von Behinderungen, welches durch die PND zustande gekommen ist, sehr bewusst sind und diese Entwicklung teilweise kritisieren. Keine der Befragten spricht sich direkt oder indirekt für eine Selektion von Behinderungen aus.

#### Bewertung und Nützlichkeit

Die Kategorie Bewertung und Nützlichkeit von Zusatzuntersuchungen wurde von allen acht Befragten thematisiert. Zwei der Gynäkologinnen waren in ihrer Aussage eindeutig und bewerteten PND-Maßnahmen als nützlich, ohne negative Aspekte aufzugreifen. Ihrer Meinung nach ist es sinnvoll, die gesamte technische Bandbrei-

te zu nutzen. Diese technische Entwicklung ist nicht nur positiv zu bewerten. Nach Trautmann und Merz (2007) ist die aktuelle Thematik der PND vor dem Hintergrund der Entwicklung der Ultraschalldiagnostik erst entstanden (Trautmann & Merz 2007: 3; Bender 2001: 71). Des Weiteren ist Pränataldiagnostik im Bereich der Ultraschalldiagnostik zur Routine geworden, so Hepp (2006: 863), Bender (2001: 79), Schumann (2007: 1) und Braun (2006: 2612). Eine weitere Befragte ist dem technischen Fortschritt gegenüber skeptisch und sieht ihn als Eingriff in die Schwangerschaft, der nur ein höheres Risiko mit sich bringt. Die Befragten sind sich hinsichtlich der technischen Entwicklung uneinig. Zusammenfassend lässt sich zum technischen Fortschritt sagen, dass die Möglichkeiten enorm sind, jedoch von den Gynäkologinnen hinsichtlich des Schwangerschaftserlebens kritisch betrachtet wird.

Die Gynäkologinnen zeigen diese kritische Haltung nicht nur gegenüber dem technischen Wandel, sondern ebenfalls hinsichtlich der Wahrscheinlichkeitswerte, welche aus den Ergebnissen pränataldiagnostischer Maßnahmen resultieren. Die Unsicherheit gegenüber den Ergebnissen von PND wurde in den Befragungen sowie in der Literatur deutlich. Zwei der befragten Gynäkologinnen wiesen darauf hin, dass die Ergebnisse der Nackenfaltenmessung kritisch zu betrachten sind und nur auf Wahrscheinlichkeiten basieren. Es wurde in den Interviews mehrfach betont, dass Kinder trotz der Wahrscheinlichkeiten häufig gesund zur Welt kommen. Demnach können keine zweifelsfreien Ergebnisse mit PND ermittelt werden und begründen eine vorsichtige Haltung dem Thema gegenüber. Die BZgA (2012) thematisiert diesen Sachverhalt in gleicher Weise und geht ebenso darauf ein, dass Kinder trotz Wahrscheinlichkeitswerte häufig gesund zur Welt kommen (BZgA 2012: 5). Eine weitere Problematik, die mit den Wahrscheinlichkeitswerten einhergeht, ist die Verunsicherung der Schwangeren und anderen Beteiligten aufgrund der aussageschwachen Ergebnisse (BZgA 2015). Diese Verunsicherung wurde ebenfalls seitens der Gynäkologinnen thematisiert.

Die Befragten äußern sich hinsichtlich der Zusatzuntersuchungen, welche auf die Feststellung chromosomaler Anomalien zielen, eher kritisch. Sie betonen, dass zahlenmäßig festgestellte Anomalien nichts über Ausmaß und Prognose aussagen können. Nach Heider & Gembruch (2011) wird der Ersttrimester-Test selbst bei einem Normalverlauf der Schwangerschaft von Gynäkologinnen und Gynäkologen

angeboten, um eine chromosomale Auffälligkeit festzustellen. Diese Abweichungen von der Norm können beispielsweise Hinweis für die Wahrscheinlichkeit von Trisomie 21 sein (Heider & Gembruch 2011: 19). Die BZgA (2015) weist zudem darauf hin, dass auf eine nicht-invasive PND-Maßnahme weitere Untersuchungen (ggf. invasive Maßnahmen) folgen können, die möglicherweise ein Risiko im Schwangerschaftsverlauf verursachen. Wahrscheinlichkeiten und damit Abweichungen von der Norm können festgestellt werden, Behandlungsmöglichkeiten vor der Geburt des Kindes sind jedoch nur in den wenigsten Fällen möglich (BZgA 2015).

Die Meinung zu invasiven Maßnahmen wird von fünf Gynäkologinnen thematisiert. Alle fünf Befragten drücken ihre Vorsicht im Hinblick auf die Empfehlung von invasiven Eingriffen aus, da diese sehr risikoreich sind. Laut Heider und Gembruch (2011) können invasive Maßnahmen belastend sein, da in den Körper der Mutter eingegriffen wird (Heider & Gembruch 2011: 18).

In den Befragungen wird jedoch auch deutlich, dass invasive Maßnahmen heutzutage selten durchgeführt werden, da sie durch nicht-invasive Tests abgelöst worden sind. Drei Gynäkologinnen sprechen sich konkret für den 3D-Ultraschall aus und sehen diesen als sinnvoll an. Eine weitere Befragte betont, dass sie die Doppleruntersuchung empfehlenswert findet. Auf die positive Haltung der Gynäkologinnen und Gynäkologen gegenüber Fehlbildungultraschalle wird auch in der Literatur hingewiesen. Nach Schumann (2007) sind in den in den regulären Mutterschaftsrichtlinien drei Ultraschalluntersuchungen vorgegeben (Schumann 2007: 1). Auf Rat der Gynäkologinnen und Gynäkologen werden häufig weiterführende pränataldiagnostische Untersuchungen in Anspruch genommen. Die hierfür am meisten genutzte Diagnosemethode ist der Fehlbildungultraschall: Über 70% der Frauen hatten zusätzlich zu den drei in den Mutterschaftsrichtlinien empfohlenen Ultraschalluntersuchungen mindestens eine weitere zum Ausschluss von Fehlbildungen (Schumann 2007: 1).

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass mithilfe von PND keine völlig eindeutige Erkrankung oder Behinderung diagnostiziert werden kann. Empfindungen und Einschätzungen sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich und somit auch die Interpretation von Wahrscheinlichkeiten. Da oftmals nach einem positiven Befund ein

Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen wird, ist es moralisch fraglich, Untersuchungen anzubieten, die keine Eindeutigkeit vorweisen. Beispielsweise kann für eine Schwangere eine 20% Wahrscheinlichkeit bereits der Grund für einen Schwangerschaftsabbruch sein, für eine andere Schwangere jedoch nicht.

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wird im Artikel 1 wie folgt festgehalten:

*„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2017, online).*

Dieses Grundgesetz eröffnet im Hinblick auf PND und den Schwangerschaftsabbruch moralische Bedenken. Da PND nicht einmal völlig eindeutige Ergebnisse liefern kann, wird die Frage laut, nach welchen Kriterien ein Leben beendet werden darf, wenn die Interpretation der Wahrscheinlichkeitswerte individuell unterschiedlich ist. Weitere moralische Fragen, die sich im Hinblick auf diesen Aspekt eröffnen werden wie folgt dargelegt:

- *Ab wann ist ein ungeborenes Kind als Mensch mit unantastbarer Würde anzusehen?*
- *Wer darf entscheiden, ob und ab wann ein Leben lebenswert ist oder nicht?*
- *Mit welcher Begründung kann ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen werden, obwohl fast alle Kinder gesund zur Welt kommen?*
- *Wie sind die Wahrscheinlichkeiten zu interpretieren, wenn sich die Wahrnehmung diesbezüglich von Mensch zu Mensch unterscheidet?*
- *Ist den werdenden Eltern bei einer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch überhaupt bewusst, dass mit PND nur Wahrscheinlichkeiten ermittelt werden können, dass keine aussagekräftigen Ergebnisse vorliegen und was dies in der Konsequenz bedeuten kann?*

Hierbei wird deutlich, dass mit PND-Untersuchungen eher Verunsicherungen und Ängste geschürt werden, als zur Beruhigung und Zuversicht in der Schwangerschaft beizutragen.



### Angebotsbereitschaft

Aus der durchgeführten Befragung ist deutlich geworden, dass im Moment die Nachfrage von Schwangeren zur Nackenfaltenmessung, welches ein nicht-invasives Verfahren ist, sehr hoch ist und diese daher ausführlich in der Praxis besprochen wird. Auch wenn die Beratung dabei grundsätzlich offen erfolgt, ist aus den Ergebnissen der Interviews ersichtlich geworden, dass eine Gynäkologin dennoch unbewusst dazu tendiert, positive Empfehlungen auszusprechen. In der Literatur ist dieses Phänomen ebenfalls aufgetreten, denn das Angebot pränataldiagnostischer Maßnahmen in Praxen steigt weiter an und werdende Eltern kommen aus diesem Grund schneller und häufiger mit dem Angebotsspektrum in Kontakt. Besonders der Ersttrimester-Test wird von Müttern und Vätern gewünscht, um frühzeitig das Risiko einer Fehlbildung festzustellen (Heider & Gembruch 2011: 19). Lediglich 15% der befragten Schwangeren hat auf PND-Maßnahmen verzichtet. Grund hierfür war die Überzeugung, dass sich das Kind normal entwickeln wird (Renner 2006: 30).

Einige befragte Gynäkologinnen erwähnen zudem auch, dass sie bei Zusatzuntersuchungen nach einer Risikoeinschätzung oder auch bei auffälligen Befunden, weiter zu Pränataldiagnostikern überweisen, da pränataldiagnostische Untersuchungen nicht in der eigenen gynäkologischen Praxis durchgeführt werden. Die Kostenübernahme erfolgt dabei durch die Krankenkassen. Außerdem wird angemerkt, dass die invasiven Maßnahmen eher selten und bei großem Verdacht durchgeführt werden. In der Literatur ging es dabei eher um unklare Befunde, die aus Untersuchungen resultieren, die dann wiederum Anlass zu weiteren vorgeburtlichen Untersuchungen geben (Baden-Württemberg Ministerium für Soziales und Integration 2017). Auch bei vorliegenden Risiken, die die Schwangerschaft beeinträchtigen können, wie familiäre Vorbelastungen, Medikamenteneinnahme oder auch bei einem mütterlichen Alter ab 35 Jahre, wird aus ärztlicher Sicht eine differenzierte Ultraschalluntersuchung empfohlen (BZgA 2017).

Gemäß Aussage der befragten Gynäkologinnen gehen viele Untersuchungen mit dem rasanten, kritisch zu betrachtenden, technischen Fortschritt einher. Eine Gynäkologin erwähnt in diesem Zusammenhang, dass es für sie eine unangenehme Vorstellung sei, dass bald noch mehr Krankheiten und sogar Haar- und Augenfarbe

durch Blut-Screening bestimmt werden können. Auch dieser Aspekt ist in der Literatur nicht unberücksichtigt geblieben, denn die rasante technische Entwicklung führte im Bereich Pränataldiagnostik in den letzten Jahrzehnten zu erheblichen Veränderungen. So wird nahezu jeder Frau, auch ohne Altersrisiko, heutzutage während der Schwangerschaft mindestens eine pränataldiagnostische Untersuchung angeboten. Demzufolge scheint Pränataldiagnostik in der ärztlichen Schwangerenvorsorge selbstverständlich geworden zu sein (BZgA 2006).

Dabei betonen zwei befragte Gynäkologinnen vor allem die Pflicht zur Angebotsberatung von pränataldiagnostischen Untersuchungen, da das Aufführen von PND ein vorgeschriebener Punkt im Mutterpass ist, welcher berücksichtigt werden muss. Die Gynäkologinnen klären lediglich darüber auf, welche Untersuchungen es gibt, wie die Ergebnisse zu werten sind und dass das Alter nur ein grober Parameter ist. Viele Frauen in der heutigen Zeit stehen zwar zunehmend unter Druck, ein gesundes Kind bekommen zu müssen, dennoch gibt es Schwangere, die sich nur für die vorgeschriebenen drei Ultraschalluntersuchungen entscheiden und nichts Weiteres in Anspruch nehmen. Dass aus der Literatur ersichtlich geworden ist, dass nahezu alle werdenden Eltern heutzutage in Deutschland mit den Angeboten der Pränataldiagnostik konfrontiert werden, ist aufgrund der Vorgabe im Mutterpass klar. Diese aber dann tatsächlich auch in Anspruch zu nehmen, wird gesellschaftlich als „normal“ anerkannt (Graumann, 2010: 134 ff.). Denn wie aus den Aussagen der befragten Gynäkologinnen deutlich geworden ist, stehen die Schwangeren unter einem gewissen Druck, ein gesundes Kind bekommen zu müssen.

#### Verlauf der Schwangerenbetreuung

Die Kategorie Verlauf der Schwangerenbetreuung beinhaltet viele Aussagen über den allgemeinen Ablauf der Betreuung von schwangeren Patientinnen. Es handelt sich dabei um Informationen über die Vorgehensweise bei der Betreuung der Schwangeren, die Aufklärung für die Zeit während aber auch nach der Schwangerschaft sowie Informationen über einzelne Untersuchungsschritte. Zur Beantwortung der Forschungsfrage sind diese Informationen jedoch weniger relevant und werden daher im Folgenden nicht weiter erläutert. Die wichtigen Aussagen der Expertinnen in diesem Themenblock waren jene, die sich auf PND im Allgemeinen und PND-Maßnahmen beziehen. Die Mehrheit der Befragten erwähnte den Einsatz von

PND-Untersuchungen in Bezug auf Infektionskrankheiten. Diese sind ein großer Risikofaktor während der Schwangerschaft und sollten bestmöglich präventiv vermieden werden. Hierfür gibt es spezielle Untersuchungen, bei denen die einfachen Ultraschalluntersuchungen nicht aushelfen können. Zwei Gynäkologinnen betonen in diesem Zusammenhang die Dringlichkeit von solchen Zusatzuntersuchungen, wie zum Beispiel die Toxoplasmose, vor allem dann, wenn man Katzen als Haustiere hat. Auch andere Zusatzuntersuchungen, wie die auf Ringelröteln, werden empfohlen, da sich die Infektion mit solchen Viren zwar ohne sichtbare Symptome bei der Schwangeren verläuft, aber stark gesundheitsschädigende Auswirkungen auf das ungeborene Kind haben. Infektionskrankheiten im Allgemeinen können dem Kind somit schaden, ohne dass die Mutter Symptome aufweisen muss. Daher ist hier der frühe Einsatz von einigen nicht-invasiven pränataldiagnostischen Untersuchungen seitens der Gynäkologinnen empfehlenswert.

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu erwähnen, dass PND nicht direkt beim ersten Beratungsgespräch angeboten wird, so die Expertinnen, jedoch relativ früh defensiv aufgeführt werden sollte. Wichtiger ist es zunächst, der Schwangeren einen Überblick zu verschaffen, ihnen den Ist-Zustand dazustellen und die Untersuchungen durchzuführen, die in der jeweiligen Schwangerschaftswoche laut der Mutterschaftsrichtlinie vorgeschrieben sind. Darüber hinaus können dann im weiteren Verlauf der Schwangerenberatung die Zusatzuntersuchungen vorgestellt werden. Als Ausnahme hier gilt, wenn eine Schwangere bereits unter Risiko steht, dann wird das Thema PND und die damit einhergehenden empfohlenen Untersuchungen zeitnah mit der ersten Beratung genannt.

### Risikoschwangerschaft

Als Risikoschwangerschaft bezeichnen die befragten Gynäkologinnen mehrheitlich (n=7) Schwangerschaften, bei denen Vorerkrankungen (z. B. Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes), Erkrankungen während der Schwangerschaft als auch vorherige Fehlgeburten vorliegen/vorlagen. Diese Ansichten werden untermauert durch die recherchierten theoretischen Aspekte in dieser Arbeit unter dem Punkt 2.2. Auch die BZgA (2014) beschreibt Risikoschwangerschaften als diejenigen Schwangerschaften, bei denen im Verlauf oder in einer früheren Schwangerschaft Komplikationen aufgetreten sind. Dieser Aspekt spielt für die Befragten eine übergeordnete

Rolle, wenn es um die Deklaration als Risikoschwangerschaft geht. Weiterhin weist die Theorie insgesamt auf 52 Fragen hin, welche im Mutterpass festgelegt sind. 26 dieser im Fragenkatalog aufgenommenen Punkte decken familiäre Erkrankungen und allgemeine Befunde über den Gesundheitszustand der Schwangeren ab. Im Laufe der Schwangerschaft werden dann weitere 26 Punkte erfragt, die sich auf Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf beziehen (BZgA 2014). Laut dem Gemeinsamen Bundesausschuss (2011: 9-10) führen folgende Indikationen zur Einstufung als Risikoschwangerschaft: wiederholte Fehlgeburten, die Geburt eines Kindes mit Fehlbildungen oder Behinderung, vorangegangene Frühgeburten, Mehrlingsschwangerschaften, oder auch Komplikationen im Verlauf früherer Schwangerschaften. Auch zählen diejenigen Frauen zu Risikoschwangeren, bei denen aufgrund von erhobenen Befunden und Erkrankungen eine erhöhte Gesundheitsgefährdung für sie und das ungeborene Kind besteht. Die Befragten nennen in den Interviews die gleichen Faktoren. Sie ergänzen die Theorie jedoch noch um weitere Indikatoren, die sie für eine Risikoschwangerschaft als wichtig befinden bzw. geben genaue Hinweise, welche Vorerkrankungen/Erkrankungen während der Schwangerschaft sie als Risikofaktoren sehen. Dazu gehören Gestationsdiabetes, ungünstige sozioökonomische Bedingungen, schwierige Lebensumstände und damit einhergehend psychosoziale Schwierigkeiten, die ebenfalls zu einer Risikoschwangerschaft führen können. Auch Medikamenteneinnahmen bzw. -unverträglichkeiten werden in dem Rahmen hinzugefügt. Ein gesonderter Punkt in der Ergebnisdarstellung zur Hauptkategorie „Risikoschwangerschaft“ stellt die „Altersbewertung“ dar. Aus der Theorie geht hervor, dass nicht nur Schwangere mit gesundheitlichen Problemen bzw. vorherigen Komplikationen während einer Schwangerschaft als risikoschwanger gelten, sondern auch Erstgebärende unter 18 Jahren bzw. über 35 Jahren sowie werdende Mütter, die beim zweiten Kind bereits über 40 Jahre alt sind (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: 10).

Fast alle Befragten sehen das Alter ab 35 nicht pauschal als Risikofaktor für eine Schwangerschaft. Eine Befragte bezeichnet sie sogar als „willkürlich“. Sie informieren in den Interviews zwar alle über diese festgesetzte Altersgrenze, aber betrachten den Gesundheitszustand der Schwangeren im Zusammenhang mit bestehenden Erkrankungen als wichtigeren Risikofaktor. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss räumt ein, dass bei einem Alter ab 35 Jahren nicht zwangsläufig Kom-

pplikationen auftreten müssen, sondern, dass Schwangere über dieser Altersgrenze genauer überwacht und mehr Untersuchungen über die routinemäßige Schwangerschaftsvorsorge hinaus empfohlen werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011: 10). Im Ergebnis kann für die Hauptkategorie „Risikoschwangerschaft“ festgelegt werden, dass sich die Ergebnisse aus den Interviews vorwiegend mit den recherchierten Fakten decken. Die interviewten Gynäkologinnen nennen die Indikatoren für eine Risikoschwangerschaft, die auch die Theorie präsentiert. Allerdings wird deutlich, dass einige Gynäkologinnen bei einer Risikodeklarierung auch Wert auf psychosoziale Hintergründe legen. Dies geht aus der Theorie nicht hervor. Zudem kritisieren alle Befragten die Altersgrenze von 35 Jahren bei Erstgeborenen. Sie betonen, dass es für sie bezüglich einer möglichen Risikoschwangerschaft wichtigere Indikatoren gibt, wie den Gesundheitszustand der Schwangeren.

#### Einstellung zur aktuellen Schwangerenvorsorge gemäß Mutterschaftsrichtlinie

Sechs der acht befragten Gynäkologinnen haben zu dieser Kategorie einschließlich der drei Unterkategorien (Verbesserungsvorschläge zu aktuellen Kassenleistungen, Sichtweise zur aktuellen Schwangerenbetreuung, Einstellung zum technischen Fortschritt) interessante Aussagen gemacht. Hierbei ist insbesondere deutlich geworden, dass sich die derzeitigen Kassenleistungen hinsichtlich Infektionsscreeningmaßnahmen dringend verbessern müssen. Verbessern bedeutete in diesem Kontext vor allem, dass die Kosten für den Streptokokken-B-Test und den Toxoplasmosetest von den Kassen übernommen werden müssen. Hintergrund ist, dass die Gynäkologinnen ein solches Infektionsscreening als äußerst sinnvoll und medizinisch notwendig erachten und es für die Gesundheit des Ungeborenen wesentlich ist. Die tägliche Praxis zeigt aber, dass sich nicht alle Schwangeren ein solches Screening finanziell leisten können. Sorge und Unverständnis über diese Situation, sind bei den Gynäkologinnen deutlich geworden. Diese Thematik ist im Rahmen der Literaturrecherche und in der Zusammenstellung des aktuellen Forschungsstandes nicht zur Sprache gekommen. Von daher ist dies ein sehr interessantes Ergebnis, welches nicht unbedeutend in der PND-Thematik ist. Eine weitere Befragte kritisiert außerdem, dass in der Mutterschaftsrichtlinie lediglich drei Ultraschalle vorgesehen sind. Ihrer Erfahrung nach werden diese Ultraschalluntersuchungen aber immer deutlich und in allen ihr bekannten Praxen überschritten. Von daher ist sie der Meinung, dass eine entsprechende Anhebung in der Mutter-

schaftsrichtlinie anzustreben ist. Dieser Aspekt wurde ebenfalls in der Literatur und in einbezogene Forschungsergebnisse ersichtlich. Die vermehrten Ultraschalluntersuchungen bezogen sich hier jedoch auf sogenannte Fehlbildungsultraschalle. Die Befragte äußerte sich nicht zum Hintergrund der vermehrt durchgeführten Ultraschalle in ihrer Praxis, so dass nicht erklärt werden kann, ob der Grund dafür ebenfalls die Entdeckung von etwaigen Fehlbildungen betrifft. Insgesamt sind dennoch alle befragten Gynäkologinnen mit den derzeitigen Möglichkeiten der Schwangerenbetreuung zufrieden. Interessant ist aber, dass es dennoch eine gewisse Ambivalenz bezüglich der Ultraschalluntersuchungen bei allen befragten Gynäkologinnen vorliegt. Die Ambivalenz zwischen Vor- und Nachteilen von Ultraschalluntersuchungen zeigt sich vor allem im Hinblick auf das Suchen von Fehlbildungen und der Wunsch der Schwangeren nach Perfektionismus. Eine Natürlichkeit der Schwangerschaft ist nicht mehr erkennbar. Das Informationsinteresse der Schwangeren zu positiven Themengebieten, wie zum Beispiel der Entwicklung des Kindes, so wie es aus der Literatur und dem derzeitigen Forschungsstand zu entnehmen war, lässt sich hier in diesem Forschungsbericht nicht erkennen. Vielmehr ist es so, dass die Schwangeren von sich aus mit angstbesetzten Themen, wie möglichen Fehlbildungen, in die Praxis kommen. Die befragten Gynäkologinnen sind mit dieser Situation also nicht positiv gestimmt. Sinnvoll sind weitergehende Ultraschalle aber dann, wenn es um beispielsweise bestimmte Erkrankungen, wie einen Herzfehler, geht, der bereits pränatal therapiert werden kann. Die heutigen technischen Möglichkeiten verleiten gemäß einer weiteren Befragten ebenfalls dazu, nach Perfektionismus eines Menschen zu streben und dieser Perfektionismus bereits längst in der Gesellschaft angekommen ist. Von daher ist es fraglich und diskutabel, ob eine Ausweitung von möglichen Ultraschalluntersuchungen in der Mutterschaftsrichtlinie erstrebenswert ist oder aber sich der Trend zum Perfektionismus der Menschheit nur noch verstärkt. Der in der Literatur gefundene Zwiespalt und die Belastung der Gynäkologinnen und Gynäkologen sind bei den befragten Gynäkologinnen ebenfalls sichtbar geworden, denn auch sie möchten eine Schwangerschaft nicht unnötig zum Risiko machen (Hager & Grießler; 2012: 3 & 51 f.).

### Schwangerschaftserleben

Die Kategorie Schwangerschaftserleben teilt sich in die beobachteten Einstellungen der Schwangeren, die äußeren Einflüsse sowie die persönliche Einstellung der Gynäkologinnen auf. Vier der Gynäkologinnen gingen auf die sehr unterschiedliche Informiertheit der Schwangeren ein. Es wurde eine Tendenz dahin deutlich, dass die Anzahl der gut informierten und ängstlichen Schwangeren stetig zunimmt. Die Besorgtheit der Schwangeren und das große Interesse daran, alles richtig zu machen, haben sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Nach den Befragten waren die Frauen damals eher guter Hoffnung und weniger besorgt. Dies bestätigt sich auch in der Literatur. Nach Hepp, Bender, Schumann und Braun hat die PND aus einer Zeit des geduldigen Wartens und des schicksalhaften Annehmens eines Kindes, eine Zeit der aktiven Einflussnahme und Entscheidungen gemacht (Hepp 2006: 863; Bender 2001: 79; Schumann 2007: 1; Braun 2006: 2612).

Diese Entscheidungen der Schwangeren werden heutzutage nicht mehr ausschließlich anhand der Information durch die Beratung einer Gynäkologin gemacht, sondern auch durch eigene Recherche aus dem Internet. Sieben von acht Gynäkologinnen thematisierten diese Informationsbeschaffung aus dem Internet. Die Meinungen waren dahingehend deckungsgleich, dass die Internetrecherche kritisch zu betrachten sei, da das Internet Unsicherheiten und Ängste verstärken kann. Eine Gynäkologin hat auf Beispiele hingewiesen, bei dem Schwangere mit Untersuchungswünschen zur Beratung kommen, welche im Internet als positiv angepriesen wurden. Weiteres Hintergrundwissen zur Invasivität der Untersuchung oder mögliche Nebenwirkungen fehlen jedoch meist. Die Schwangeren können sich in der heutigen Zeit kaum noch dem Wissen über die Risiken für ihr Ungeborenes entziehen. Dies verstärkt den Druck zur Inanspruchnahme von Diagnoseverfahren für die Schwangeren und weiteren Beteiligten (Hepp 2006: 863; Bender 2001: 79; Schumann 2007: 1; Braun 2006: 2612).

Die niedrigschwellige Informationsbeschaffung führt häufig zu Ängsten vor Krankheit und Behinderung beim Ungeborenen. Zudem wächst der gesellschaftliche Druck unterschiedlichste Diagnoseverfahren anzuwenden, um dieses Risiko zu minimieren. In der Gesellschaft bildet sich überdies ein immer stärkerer Drang nach Perfektion ab, der ebenfalls zu häufiger auftretenden Ängsten und Unsicherheiten

führt (Hepp 2006: 863; Bender 2001: 79; Schumann 2007: 1; Braun 2006: 2612). Eine Gynäkologin hat in diesem Zusammenhang den Demographischen Wandel thematisiert. Früher haben Frauen mehrere Kinder zur Welt gebracht, wo hingegen heutzutage höchstens zwei Kinder der Norm entsprechen und diese zwei Kinder müssen perfekt sein, so die Beobachtungen einer Befragten. Die Gesundheit und Unversehrtheit des Kindes hat für alle Eltern die oberste Priorität. Um mögliche Krankheiten sowie Behinderungen auszuschließen und die Gesundheit des Kindes sicher zu stellen, nimmt eine Vielzahl von Elternpaaren PND-Maßnahmen in Anspruch (BZgA 2015).

Aus der Literatur sowie aus den Befragungen wird ein immerwährender Kreislauf deutlich. Die gesellschaftlichen Ideale entwickeln sich immer weiter zu einer Optimierung und Perfektion. Aus diesem Grund steigt auch der Druck der Schwangeren ein perfektes, insbesondere gesundes Kind ohne Krankheiten oder Behinderungen, auf die Welt zu bringen. Dieser Druck führt zu Ängsten und stärkt bei Schwangeren den Wunsch alles richtig zu machen und sich umfassend zu informieren. Aufgrund des technischen Fortschritts wird die Informationsbeschaffung stetig einfacher. Da die Internetrecherchen jedoch häufig nicht aus hochwertigen Quellen stammen, können diese Informationen Ängste und Befürchtungen weiter aufbauen und zu falschen Entscheidungen, ohne genügend qualitativem Hintergrundwissen, führen. Die Gynäkologen und Gynäkologinnen stehen heutzutage nicht mehr allein vor der Hausforderung die Schwangeren aufzuklären, sondern sie müssen individuell auf das Wissen und die Erwartungshaltung jeder einzelnen Person eingehen, gegebenenfalls Ängste abbauen und eine personenbezogene Beratung durchführen, in der Hoffnung die Schwangeren bestmöglich in dieser Zeit zu begleiten.

#### Konsequenzen der Schwangerenbetreuung

Die Kategorie Konsequenzen bei der Schwangerenberatung umfasst zahlreiche Aussagen der Expertinnen zu den Belastungen bezüglich der Beratung der Schwangeren. Die Gynäkologinnen werden von der Angst vor rechtlichen Konsequenzen bei einer unzureichenden oder falsch gelenkten Beratung begleitet. Es herrscht ein ständiger Druck, bei der Vorsorge den Rahmen alle möglichen Untersuchungen abzuklären, um im Nachhinein nicht rechtlich für vorenthaltene Informa-



tionen belangt werden zu können. Sollte es im Anschluss zu irgendwelchen Auffälligkeiten kommen, die vorab hätten durch Zusatzuntersuchungen aufgedeckt werden können, fällt diese Schuld auf die behandelnde Ärztin zurück (Schumann 2012:1). In der Studie von Hager & Grießler (2012) wird seitens der Gynäkologinnen und Gynäkologen eine Haltung von Perfektionismus und Vorsicht deutlich, um Fehlentwicklungen des Neugeborenen nicht zu übersehen (Hager & Grießler 2012:49). Dieser Druck stellt eine Belastung für die Arbeit der Gynäkologinnen dar, denn die Angst vor rechtlichen Konsequenzen ist präsent und die damit einhergehende detaillierte und stetige Dokumentationspflicht wird als störend betrachtet, denn diese muss im Wortlaut des Arztes und der Patientin erfolgen und nach jeder Beratung und Untersuchung erneut durchgeführt werden. Wie in der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte unter §10 MBO-Ä festgelegt, haben Ärztinnen und Ärzte „über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.“ (Bundesärztekammer, 2015). Die Übersicht der gegebenen Informationen und besprochenen Themen dient somit nicht nur für den Überblick des Arztes, oder der einfacheren Überweisung zu andern Fachkräften, sondern die Dokumentation erfüllt somit auch den Zweck der Beweisfunktion, sodass bei einem Rechtsfall eine vollständige und genaue Dokumentation vorgelegt werden kann.

## 7 Fazit

Pränataldiagnostische Maßnahmen in der Schwangerschaft rücken in der heutigen Zeit vermehrt bei werdenden Eltern sowie bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen in den Fokus. Aufgrund der rasanten technischen Entwicklung, beispielsweise der Ultraschallgeräte, und damit einhergehenden Diagnostikmöglichkeiten wird diese Entwicklung nahezu unaufhaltsam sein. Hierbei ist es nicht unerheblich zu berücksichtigen, dass solche Maßnahmen häufig nicht dafür genutzt werden, um etwaige Erkrankungen pränatal aufzudecken und dementsprechend auch therapieren zu können, sondern um fetale Fehlbildungen mit dem sogenannten Fehlbildungsschall aufzudecken und die Schwangerschaft sodann gegebenenfalls abubrechen. Pränataldiagnostik ist daher eher als selbstverständliche Vorsorgemaßnahme in der Schwangerschaft anzusehen. Gemäß einer Befragung der BZgA aus dem Jahre 2006 werden nahezu jeder Schwangeren, unabhängig ihres Alters und einem damit einhergehenden Risiko, seitens der Gynäkologinnen und Gynäkologen pränataldiagnostische Maßnahmen angeboten. Darüber hinaus wurde durch die Befragung der BZgA (2006) ebenso deutlich, dass das Informationsinteresse der werdenden Mütter jedoch eher positiven Themen zugewandt ist und das Interesse an Pränataldiagnostik eher eine untergeordnete Rolle spielt. Erwähnenswert ist in diesem Zuge ebenfalls, dass lediglich ein kleiner prozentualer Anteil von Schwangeren auf pränataldiagnostische Maßnahmen verzichtet, denn sie sind der Überzeugung, dass alles naturgemäß gut gehen wird und das Kind gesund zur Welt kommt.

Aufgrund der technischen Weiterentwicklung der medizinischen Geräte, ist es aber auch für die Gynäkologinnen und Gynäkologen eine herausfordernde Zeit, in welcher sie praktizieren und in einen täglichen Zwiespalt zwischen sinnvollen und unsinnigen Vorsorgemaßnahmen geraten. Hintergrund hierfür sind sicherlich die Haftungsaspekte und bestehende höchstrichterliche Urteile. Diese Urteile hätten ebenfalls dazu geführt, dass pränataldiagnostische Maßnahmen seitens der Gynäkologinnen und Gynäkologen vermehrt, auch bei Schwangeren ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation, durchgeführt werden. Es liegt auf den Gynäkologinnen und Gynäkologen ein Erwartungsdruck, alles sehen und erkennen zu müssen, denn die technischen Möglichkeiten dafür sind vorhanden. Die Rahmenbedingungen der Gynäkologinnen und Gynäkologen für das tägliche ärztliche Praktizieren

haben sich daher ebenso enorm verändert. Die Schwangerenbetreuung ist damit für die Gynäkologinnen und Gynäkologen weniger freudvoll und unbelastet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, die mit Hilfe eines qualitativen Forschungsdesigns generiert werden konnten, zeigen ebenfalls, dass eine Schwangerschaft für eine Frau und die Schwangerenbetreuung für die befragten Gynäkologinnen in der heutigen Zeit ebenfalls nicht unbelastet und unbeschwert verläuft. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen sind gemäß Mutterschaftsrichtlinie dazu verpflichtet hinsichtlich PND-Maßnahmen aufzuklären, jedoch bedeutet das nicht, dass jeder Schwangeren zu pränataldiagnostischen Maßnahmen geraten wird. Die Mehrzahl der befragten Gynäkologinnen sind vielmehr der Ansicht, dass das Natürliche der Schwangerschaft nicht verloren gehen darf und diese begrenzte Zeit von den Frauen genossen werden sollte. Sorgen und Ängste der Schwangeren sind nicht dienlich und Sinn einer Schwangerschaft.

Das Informationsinteresse der Schwangeren zu ausschließlich positiven Themen, kann nicht bestätigt werden. Darüber hinaus betrachten die befragten Gynäkologinnen das Alter einer Schwangeren nicht primär als alleinigen Risikofaktor. Viel wichtiger für die Definition einer Risikoschwangerschaft sind hingegen Vorerkrankungen, Übergewicht, schwierige sozioökonomische Verhältnisse oder eine Fehlgeburt. Allein vor diesem Hintergrund könnte es sinnvoll sein, bestimmte pränataldiagnostische Zusatzuntersuchungen durchzuführen. Hierbei geht es aber in erster Linie nicht darum, etwaige Fehlbildungen oder Behinderungen aufzudecken, sondern beispielsweise eine Schwangerschaftsvergiftung zu verhindern. Darüber hinaus ist es vielmehr so, dass die Schwangeren von sich aus mit dem Thema in die Praxis kommen, denn viele von ihnen informieren sich vorab im Internet und sind überaus besorgt. Besteht seitens einer Schwangeren der Wunsch nach der Durchführung einer Zusatzuntersuchung, sehen sich die befragten Gynäkologinnen als reine Beraterinnen in dieser Angelegenheit. Die Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme muss alleine die Schwangere für sich treffen. Entscheiden sich die Schwangeren gegen eine Maßnahme, wird dies seitens der Gynäkologinnen genauestens schriftlich dokumentiert. Die genaue und ausführliche Dokumentation stellt für die Gynäkologinnen eine rechtliche Sicherheit dar, falls nach Geburt des Kindes etwas gesundheitlich nicht in Ordnung sein sollte.

Diese ausführliche und genaue Dokumentation wird als sehr belastende und aufwendige Arbeit neben dem alltäglichen Praxisgeschäft empfunden. Die Gynäkologinnen berichteten außerdem, dass sie sich im Rahmen ihrer täglichen Arbeit der Schwangerenbetreuung auch belastet fühlen, denn viele Schwangere kommen besorgt mit unterschiedlichen und selten fundierten korrekten medizinischen Informationen aus dem Internet in die Praxis. Für die Gynäkologinnen ist es dann mühsam, die Schwangeren wieder zu beruhigen. Die Forschungsfrage konnte vollumfänglich beantwortet werden und die Ergebnisse geben darüber hinaus Anlass zur weiteren Forschung. Eine weitere Forschung könnte beispielsweise dahingehend erfolgen, in dem der Schwerpunkt auf die Schwangeren und ihre Ängste und Sorgen gelegt wird, um zu erfahren, woraus diese resultieren und ob diese im Zusammenhang mit der Informationsbeschaffung aus dem Internet stehen. Zudem könnten moderne Informationsquellen, wie beispielsweise Apps, eingeführt werden, welche von Experten mit qualitativ hochwertigen Informationen gespeist werden. Diese Einführung moderner Informationsquellen veranlasst eine weitere Forschung, in der Schwangere zu dem Gebrauch und dem Zugang solcher Apps befragt werden, um für hochwertige Informationsquellen zu sensibilisieren.

## Literaturverzeichnis

Bender, H.-G. (2001): Pränataldiagnostik. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität, S. 68-81

Bergmann, J.R. (2006): Qualitative Methoden der Medienforschung – Einleitung und Rahmung. In: Ayaß, R. & Bergmann, J.R. (Hrsg.), Qualitative Methoden der Medienforschung. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch. S. 13-41.

Bortz, J. & Döring N. (2010): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag

Braun, A. (2006): Der Wunsch nach dem perfekten Kind.  
URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/PP/5/11/s501.pdf> [07.03.2017]

Brosius, H. B.; Koschel, F.; Haas, A. (2008): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung, 4. Auflage. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 19 ff.

Bundesärztekammer (2015): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –\* in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main.  
URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/> [28.02.18]

Bundesdatenschutzgesetz, BDSG (o. J.): §§ 4 Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung.  
URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg\\_1990/\\_\\_13.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/__13.html) [19.07.2017]

Bundesvereinigung (Hrsg.) 1998: Deutsches Ärzteblatt. Heft 50, Ausgabe 12/1998. Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH

Bundesverfassungsgericht (1993): Urteil zum Az. 2 BvF 2/90.  
URL: [https://www.jurion.de/urteile/bverfg/1993-05-28/2-bvf-2\\_90/](https://www.jurion.de/urteile/bverfg/1993-05-28/2-bvf-2_90/) [13.03.2017]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Vorgeburtliche Untersuchungen. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Ausgabe 02/2012. Berlin: Burger & Bramsche, S. 5 f.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014): Risikoeinstufung im Mutterpass. URL:  
<https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwangerschaftsvorsorge/risikoeinstufung/> [15.03.2017]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015): Was ist Pränataldiagnostik? URL:  
<http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/praenataldiagnostik/was-ist-praenataldiagnostik/> [16.03.2017]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017): Auf einen Blick: PND in den Mutterschaftsrichtlinien.

URL: [http://www.pnd-online.de/index.php?docid=97\\_\[08.03.2017\]](http://www.pnd-online.de/index.php?docid=97_[08.03.2017])

Bundesärztekammer (1995): Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. URL:

[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf) [12.03.2017]

Dittmar, N. (2009): Transkription: Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Dresing, T.; Pehl, T. (2015): Praxisbuch. Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitative Forschende. 6. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Friedrichs, J. (1990): Methoden empirischer Sozialforschung. Studium. Sozialwissenschaft, 14. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 13

Fuß, S.; Karch, U. (2014): Grundlagen der Transkription. Toronto: Verlag Barbara Budrich

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“).

URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL\\_2016-04-21\\_2016-07-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_2016-07-20.pdf) [10.03.2017]

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“).

URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL\\_2016-04-21\\_2016-07-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_2016-07-20.pdf) [14.03.2017]

Gläser, J., & Laudel, G. (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen: UTB für Wissenschaft.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag / Springer Fachmedien GmbH.

Graumann, S. (2006): Pränataldiagnostik. Zwischen persönlicher Betroffenheit und politischer Dimension. In: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (Hrsg.): Rundbrief 19. Dokumentation der Netzwerktagung. S. 5-13. URL:

[http://www.netzwerk-praenataldiagnostik.de/fileadmin/web\\_data/pdf/Praenataldiagnostik/rundbrief19.pdf](http://www.netzwerk-praenataldiagnostik.de/fileadmin/web_data/pdf/Praenataldiagnostik/rundbrief19.pdf) [08.03.2017]

Graumann, S. (2010): Pränataldiagnostik und Fragen der Anerkennung. In: Remmers, H. & Kohlen, H. (Hrsg.): Bioethics, Care & Gender. Herausforderungen für Medizin, Pflege und Politik. Göttingen: Verlag V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück, S. 133-144

Hager, M.; Grießler, E. (2012): "Wunsch nach einem perfekten Kind" und "Angstspirale" : Perspektiven auf Pränataldiagnostik und Spätabbruch in der klinischen Praxis. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-290623> [10.03.2017]

Heider, M. (2011): Pränataldiagnostik. Beratung, Methoden und Hilfen. Eine Erstinformation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (Hrsg.): Faltblatt. 12. Auflage. Whiel: Welpdruck

Heider, M. & Gembruch, U. (2011): Wie wird unser Kind sein? – „Hauptsache gesund?“. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (Hrsg.): Pränataldiagnostik – Informationen über Beratung und Hilfen bei Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Bad Oeynhausen: Kunst- und Werbedruck, S. 5

Heider, M. & Gembruch, U. (2011): Pränataldiagnostik. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (Hrsg.): Pränataldiagnostik – Informationen über Beratung und Hilfen bei Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Bad Oeynhausen: Kunst- und Werbedruck, S. 18-27

Helfferrich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Lehrbuch, 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien, S. 190 ff.

Hepp, H. (2006): Pränataldiagnostik. Eine Standortbestimmung. In: Der Gynäkologe. Heft 11. Heidelberg: Springer-Verlag.

Hitzler, R. (1994): Wissen und Wesen des Experten. Ein Annäherungsversuch – zur Einleitung. In: Hitzler, R.; Honer, A.; Maeder, C. (Hrsg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 13-30.

Hopf, C., & Schmidt, C. (1993): Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema. Hildesheim: Institut für Sozialwissenschaften der Universität Hildesheim.

Hopf, C. (2000): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, U.; Kardorff, E. v.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 348-360

IGel-Monitor (2016): Ergänzende Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft. URL: [https://www.igel-monitor.de/fileadmin/user\\_upload/Merkblatt\\_US\\_Schwangerschaft.pdf](https://www.igel-monitor.de/fileadmin/user_upload/Merkblatt_US_Schwangerschaft.pdf) [14.03.2017]

Kainer, F. (2002): Pränataldiagnostik. Verantwortliche ärztliche Tätigkeit im Grenzbereich. In: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Deutsches Ärzteblatt. Heft 39, Ausgabe 09/2002. Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH

Kuckartz, U.; Dresing, T.; Rädiker, S.; Stefer, C. (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (2., durchgesehene Auflage). Grundlagentexte Methoden. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Legewie, H. (2006). 11. Vorlesung: Qualitative Forschung und der Ansatz der Grounded Theory. URL: [http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung\\_11.pdf](http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_11.pdf) [21.07.2017]

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2017): Mutterschaftsrichtlinien und reguläre Schwangerenvorsorge. URL: <http://www.pnd-beratung.de/rechtliches/mutterschaftsrichtlinien/> [08.03.2017]

Misoch, S. (2014): Qualitative Interviews. Oldenburg: De Gruyter Verlag

Mummendey, H. D. & Grau, I. (2014): Die Fragebogenmethode. Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung, 6., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Pfadenhauer, M. (2009): Das Experteninterview. Ein Gespräch auf gleicher Augenhöhe. In: Buber, R.; Holzmüller, H. H. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen, 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Gabler | GWV Fachverlage GmbH, S. 449-461

Riedel, U. (2004): Kind als Schaden: die höchstrichterliche Rechtsprechung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Rucht, D. (2000): Öffentlichkeit, Akteure und Deutungsmuster. Die Debatte über Abtreibungen in Deutschland und den USA. In: Gerhards, J. (Hrsg.): Die Vermessung kultureller Unterschiede. USA und Deutschland im Vergleich. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH, S. 165-188.

Samerski, S. (2008): Selbstbestimmung und Pränataldiagnostik. Schwangere Frauen in der Entscheidungsfalle. In: pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (Hrsg.): Sexuelle Gesundheit und Selbstbestimmung. Ausgabe 01/2008. Felsberg: Strube OHG, S. 14-17.

Statistisches Bundesamt (2015): Geburten. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html> [14.03.2017]



Strafgesetzbuch § 218 a Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruches. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_\\_218a.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___218a.html) [13.03.2017]

Stumm, M.; Entezami, M. (2013): Pränataldiagnostik. Aktuelle medizinische Aspekte. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Heft 12. Heidelberg: Springer-Verlag

Trautmann, K.; Merz, F. (2007): Pränataldiagnostik. Entwicklung, Errungenschaften, Ausblick. In: BZgA Forum (Hrsg.): Sexualaufklärung und Familienplanung. Pränataldiagnostik. URL: <http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=496> [10.03.2017]

Tuma, R.; Schnettler, B.; Knoblauch, H. (2013): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Videographie. Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen. Wiesbaden: Springer VS

Vilmar, K. & Bachmann, K.-D. (1998): Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 50. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf) [10.03.2017]

Woppen, C.; Horstkötter, N.; Roth, A.; Rummer, A. (2013): Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§13b SGB VIII). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). URL: <https://www.bmfsfj.de/blob/94040/e66d925286b076af8c322989c5703b5b/interdisziplinare-beratung-praenataldiagnostik-schwangerschaftsabbruch-data.pdf> [13.03.2017]

## Anhang

### Anhang 1: Anschreiben



#### Die Universität Bremen sucht Expertinnen und Experten zum Thema Schwangerschaftsvorsorge

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

seit November 2016 wird an der Universität Bremen ein Forschungsprojekt zum Thema

„Aufklärung in der Schwangerschaftsvorsorge“

durchgeführt. Es handelt sich um ein von Studierenden durchgeführtes Lehrforschungsprojekt. Das Projekt interessiert dabei v.a. die Perspektive der GynäkologInnen, die bislang kaum untersucht wurde.

Für das Gelingen unseres Forschungsprojektes, sind wir auf die Unterstützung von ExpertInnen aus dem gynäkologischen Bereich angewiesen. Konkret suchen wir InterviewpartnerInnen aus diesem Feld, mit denen wir uns über die Durchführung und Praxis der Schwangerschaftsvorsorge austauschen können.

Die erhobenen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonymisiert.

Für Rückfragen und Terminvereinbarungen stehen wir Ihnen gerne unter unseren genannten Kontaktdaten zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

#### Forschungsgruppe Schwangerschaftsvorsorge

Alexandra Langer

Ivonne-Nadine Jürgensen

Nicole Usko

Sara Kheiravi

#### Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften

Prof. Dr. Henning  
Schmidt-Semisch

Dr. Katja Thane

Grazer Str. 2  
28359 Bremen

#### Projekt zur Aufklärung in der Schwangerschaftsvorsorge

**Alexandra Langer**  
Tel: 0176 / 436 386 11  
E-Mail:  
s\_7oms7r@uni-bremen.de

**Ivonne-Nadine Jürgensen**  
Tel: 01575 / 255 99 49  
E-Mail:  
iv\_mo@uni-bremen.de

**Nicole Usko**  
Tel: 0176 / 513 138 87  
E-Mail:  
uskoni@uni-bremen.de

**Sara Kheiravi**  
Tel: 0176 / 705 471 85  
E-Mail:  
skheirav@uni-bremen.de

**Anhang 2: Datenschutzerklärung****Datenschutzerklärung****Erklärung der Projektleitung**

Hiermit erklärt die Projektleitung, \_\_\_\_\_,

- dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig anonymisiert werden, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird.
- dass die Audiodatei und die personenbezogenen Daten mit Erreichen des Forschungszwecks gelöscht werden (31. März 2018).

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Einwilligungserklärung**

Hiermit versichere ich, Frau / Herr \_\_\_\_\_,

dass die anonymisierte Version des Interviews im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die anonymisierte Version des Interviews kann im Rahmen der Lehre im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen genutzt werden.

ja             nein

**Fachbereich 11  
Human- und  
Gesundheitswissenschaften**

Prof. Dr. Henning  
Schmidt-Semisch

Dr. Katja Thane

Grazer Str. 2  
28359 Bremen

**Projekt zur  
Aufklärung in der  
Schwangerschaftsvorsorge**

**Alexandra Langer**  
Tel: 0176 / 436 386 11  
E-Mail:  
s\_7oms7r@uni-bremen.de

**Ivonne-Nadine Jürgensen**  
Tel: 01575 / 255 99 49  
E-Mail:  
iv\_mo@uni-bremen.de

**Nicole Usko**  
Tel: 0176 / 513 138 87  
E-Mail:  
uskoni@uni-bremen.de

**Sara Kheiravi**  
Tel: 0176 / 705 471 85  
E-Mail:  
skheirav@uni-bremen.de

## Anhang 3: Leitfadeninterview

### Verlauf der Schwangerenberatung

1. **Einleitungsfrage:** Erzählen Sie mir doch bitte, wie Sie in Ihrer Praxis vorgehen, nachdem Sie bei einer Patientin eine Schwangerschaft festgestellt haben?
2. **Erzählen Sie mir bitte, worauf Sie bei der Schwangerschaftsvorsorge und -beratung großen Wert legen?**
  - Inwieweit können Sie individuell beraten und gibt es immer wiederkehrende Abläufe?
  - Inwieweit sind die PatientInnen über das Thema „Schwangerschaftsvorsorge“ informiert und wie gehen Sie mit dieser Informiertheit um?
  - Haben Sie Angst vor möglichen Konsequenzen bei unzureichender Beratung?

### Differenzierung der schwangeren Frauen

3. **Wie unterscheiden sich die Schwangeren, die Sie betreuen?**

### Subjektive Bewertung Risikoschwangerschaft#

4. **Was ist für Sie eine Risikoschwangerschaft?**
  - Wie stehen Sie zu dem Zusammenhang „Alter und Risikoschwangerschaft“?
  - Übernimmt die Kasse alle gewünschten oder empfohlenen Zusatzuntersuchungen, sobald der Stempel „risikoschwanger“ drauf ist?
  - Gibt es für verschiedene Arten von Risikoschwangerschaft auch unterschiedliche Kassenleistungen?

### Abgrenzung Pränataldiagnostik

5. **Was bedeutet für Sie PND?**
  - Inwieweit sind Sie im Rahmen ihrer täglichen Arbeit damit konfrontiert?
  - Worin besteht für Sie der Unterschied zwischen der regulären Schwangerschaftsvorsorge und Pränataldiagnostik

### Zusatzuntersuchungen

6. **Erzählen Sie mir doch bitte, ob Sie Schwangeren zu Zusatzuntersuchungen raten. Wenn Sie das tun, aus welchem Grund machen Sie das und zu welchen raten Sie?**
  - Was für Ergebnisse liefern die Zusatzuntersuchungen?

- Was halten Sie von Wahrscheinlichkeitswerten, welche nicht-invasive Untersuchungen liefern?
- Wie vermitteln Sie diese Wahrscheinlichkeitswerte?
- Wie stehen Sie zu invasiven Untersuchungen?
- Haben Sie schon einmal schlechte Erfahrungen gemacht hinsichtlich durchgeführter oder nicht durchgeführter Maßnahmen, wenn ja welche?

#### Technische Ausstattung

#### 7. Erzählen Sie mir bitte, wie Ihre Praxis hinsichtlich der Schwangerenvorsorge technisch ausgestattet ist.

- Fühlen Sie sich gut ausgestattet?

#### Fortschritt in der Schwangerenvorsorge

#### 8. Erläutern Sie bitte, wie Sie zu den aktuellen medizinischen und technischen Möglichkeiten in der Schwangerenvorsorge stehen.

- Was halten Sie von den regulären Untersuchungen, die in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegt sind? Sind diese Ihrer Meinung nach noch zeitgemäß?

#### 9. Abschlussfrage:

Gibt es noch etwas, das Sie zu diesem Thema ergänzen möchten?

#### Erhebung soziodemografischer Daten

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit in Jahren \_\_\_\_\_

#### Anhang 4: Transkriptionsregeln

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert.
2. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
3. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
4. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.
5. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (Mhm, Aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer, gekennzeichnet (etwa „B4:“).
10. Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern, deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

(Kuckartz et al. 2008: 27f)

**Anhang 5: Notationszeichen**

<b>Zeichen</b>	<b>Bedeutung</b>
I:	interviewende Person
B:	befragte Person, gefolgt nach Kennnummern (B1; ...)
(.)	kurze Pause
(...)	längere Pause
<u>Betonung</u>	besonders betonte Begriffe
(lachend)	Lautäußerungen, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen
Mhm, aha, etc.	werden nur transkribiert, wenn diese als eigenständige Antwort stehen
(unv.)	nicht Verstandenes oder schwer Verständliches
/	Satzabbruch
“ ”	wörtliche Rede

(in Anlehnung an Kuckartz et al. 2008: 27; Dresing & Pehl 2015:





	facher Ultraschall nicht möglich							
	<b>Interview 1</b>	<b>Interview 2</b>	<b>Interview 3</b>	<b>Interview 4</b>	<b>Interview 5</b>	<b>Interview 6</b>	<b>Interview 7</b>	<b>Interview 8</b>
<b>HK 2: Risikoschwangerschaft</b>								
<b>UK 2.1:</b> Determinanten für Risikoschwangerschaft	→ RS resultiert aus genetischer Erkrankung, Gerinnungsstörung, vorheriger Fehlgeburt, Vorerkrankungen, während und vor der Schwangerschaft (Gestationsdiabetes)	→ RS resultiert aus vorangegangenen Fehlgeburten, Schädigung in der Schwangerschaft oder Vorerkrankungen	→ starkes Übergewicht, Rauchen sowie ungünstiger sozioökonomischer Status sind Determinanten für RS	→ RS bei Vorerkrankungen wie Diabetes, hoher Blutdruck, Adipositas, Probleme bei vorherigen Schwangerschaften: Fehl-/Frühgeburten →besonderes Augenmerk auf Gestationsdiabetes, Medikamentenallergien, schwierige Lebensum-	k. A.	→ Ob eine RS vorliegt, wird durch den Fragekatalog im Mutterpass ermittelt; Vorerkrankungen, genetische Disposition, hohes Alter, Fehlgeburten	→ Fokus auf Anamnese, Vorerkrankungen, vorherige Fehlgeburten und Abschätzung des Wiederauftretens	→ Definition von RS fokussiert auf Fehlgeburten, Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und psychischen Belastungen.

				stände: ungeklärter Aufenthaltsstatus, fehlende Perspektive →Entscheidung liegt beim /bei der GynäkologIn, ob Risikoeinstufung erfolgt				
	<b>Interview 1</b>	<b>Interview 2</b>	<b>Interview 3</b>	<b>Interview 4</b>	<b>Interview 5</b>	<b>Interview 6</b>	<b>Interview 7</b>	<b>Interview 8</b>
<b>UK 2.2:</b> Altersbewertung	→ Laut MRS sind Frauen über 35. Risikoschwanger; laut Gynäkologin liegt RS erst ab 40 vor; gesamtheitliche Beurteilung des Gesundheitszustandes ist wichtiger als die Altersbewertung	→ RS lt. Richtlinie sind Frauen über 35; nach Gynäkologin RS erst ab 38/39. → Schwangere sind heutzutage älter; Älteste Patientin 47 Jahre (ohne Komplikationen) → Befragte überweist bei Auffälligkeit weiter zum Pränataldiag-	→ lt. Gynäkologin sind Fehlgeburten bei Schwangeren über 35 häufiger → Altersgrenze von 35 als willkürlich betrachtet und fraglich; bedingt medizinisch noch keine Risikoschwangerschaft, insbe-	→ Alter über 35 keine pauschale Bewertung als Risikoschwangerschaft aber Einräumung, dass ältere Schwangere ab 35 etwas mehr Gestationsdiabetes und hohen Blutdruck aufweisen als Jüngere	→ hohes Alter wird nicht pauschal als Risiko betrachtet	→ RS entsteht nicht primär durch das Alter; bestehende Erkrankungen haben höheren Stellenwert bei Risikobewertung	→ kein Anraten von über 35-Jährigen zur besonderen Vorsicht bei Schwangerschaft, nur bei bestehenden Komplikationen engmaschige Kontrolle unabhängig vom Alter	→ Alter von 35 Jahren nicht als ausschlaggebend für eine RS → bei Schwangeren ab 40 Jahre ist Gyn. aufmerksamer bezüglich Früh-/Fehlgeburten.

		nostiker	sondere dann nicht, wenn Schwangere gesund ist und die sozialen Bedingungen und Arbeitsbedingungen positiven Einfluss haben					
<b>UK 2.3:</b> Rolle der Krankenkassen	k.A.	→ Übernahme der Kosten für NFM von der Krankenkasse bei Schwangeren über 35 → Krankenkasse übernimmt alle Kosten nach Notwendigkeit und Einschätzung der Gynäkologin	k.A.	→ Keine vermehrte Risikobewertung seitens der Gyn. um mehr abrechnen zu können; nicht möglich im Abrechnungssystem der Schwangerenvorsorge → Krankenkassen übernehmen in der Regel immer empfohlene PND-Untersuchun-	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

				gen, um junge Familien zu halten				
<b>HK 3: Schwangerschaftserleben</b>								
<b>UK 3.1:</b> Beobachtete Einstellungen der Schwangeren	→ Einige Schwangere kein Vorwissen, andere großes Vorwissen (aus dem Internet) → Einstellung der Frauen verändert; Bekommen nur wenige Kinder und diese müssen perfekt sein	→ gibt gut informierte, kritische und ängstliche Patientinnen, als auch Schwangere („Bauersfrau“), welche die Schwangerschaft als unproblematisch sehen oder Unterschichtsfrauen, die beratungsresistent sind → Allgemeine Tendenz, zur Pathologisierung der Schwangerschaft	→ Frauen in der Anfangsphase der Schwangerschaft sehr aufgeregt und ambivalent bezüglich der Situationsbewertung → meisten wollen Organ-screening, weil damit alles genau angeschaut und das Geschlecht bestimmt werden kann → pränatale Tests (insbes. Ersttrimester-Screening) werden ge-	→ allg. gute Informiertheit der Schwangeren, jedoch nicht bezüglich alltäglicher, lebensnaher Dinge im Rahmen der Schwangerschaft → gibt viele Schwangere, die ruhig und entspannt sind und sich selbst vertrauen → Reue einiger Schwangerer PND genutzt zu haben, gibt unterschiedliche Gründe von Schwangeren	→ Unterschiedliche Deutung von Wahrscheinlichkeitsaus-sagen seitens der Schwangeren	k.A.	k.A.	→ gibt sichere und unsichere Schwangere mit vielen Fragen → junge Frauen nehmen eher seltener Zusatzuntersuchungen, z.B. die Nackenfaltenmessung in Anspruch; sowie Schwangere mit fehlenden finanziellen Möglichkeiten → Notwendigkeit, die Nackenfaltenmessung als freie Kassenleistung anzubieten, eher fraglich

			wünscht, um positives Ergebnis zu liefern und zu beruhigen Schwangere heutzutage eher besorgt und daran interessiert, alles richtig zu machen, anstatt fröhlich und hoffnungsvoll zu sein	für oder gegen PND Untersuchungen → Thema ein behindertes Kind zu bekommen oder nicht, wird von Schwangeren, die beruflich mit behinderten Menschen zusammenarbeiten, unterschiedlich bewertet				
<b>UK 3.2:</b> Äußere Einflüsse	k.A.	k.A.	→ Informationsbeschaffung über Google häufig, darf aber nicht unkritisch erfolgen → Gyn verweist Schwangere auf qualitativ hochwertige Seiten	→ Neben den gyn. Praxen spielt auch Umfeld der Schwangeren eine wesentliche Rolle bei der PND-Beratung → Schwangere suchen Rat im Internet oder bei Be-	→ Internetrecherche schürt unnötige Ängste, kann aber auch vorab gute Informationen liefern	→ Informationen im Internet können zu Untersuchungen lenken; Aufwand entsteht, die Risiken zu erklären	→ Konfrontation mit Sorgen hinsichtlich betriebener Internetrecherche der Schwangeren	→ Nutzung des Internets zur Informationsbeschaffung

				kannten				
<b>UK 3.3:</b> Persönliche Einstellung der Gynäkologen	→ Frauen geht es nicht gut, solange sie auf die Testergebnisse (PND) warten	→ Gynäkologin leitet Frauen mit Zuversicht und ohne Ängste durch die Schwangerschaft → Gynäkologin kümmert sich auch ohne Termin um Schwangere mit großen Ängsten → Überweisung stark übergewichtiger Frauen zum Pränataldiagnostiker (Kassenleitung) → Aufgeschlossenheit der Gynäkologin gegenüber PND, sofern dies zur Beruhigung der Schwangeren beiträgt; hohe Erwartungshaltung seitens	→ da viele Schwangere ängstlich und besorgt, Wunsch, dass diese guter Hoffnung sind und positiv denken → Schwangere fordern immer mehr Beratungsleistung ab; wird als anstrengend verbunden	→ Großes Verständnis für Schwangere zur Gewährleistung bestmöglicher Betreuung → sensibler Umgang bei bestimmten Beratungsthemen, die Ängste bei den Schwangeren hervorrufen können → Schwangere wollen oft Absicherung in Form von häufigen Untersuchungen, vollständige Beruhigung und Gewissheit dadurch nicht gewährleistet	→ Schwangere im hohen Alter haben Angst vor RS; individuelle Betreuung der Ängste und Wünsche	→ Aufklärung über Vor- und Nachteile von gewünschten Untersuchungen → wird als Eingriff in die Natur gesehen, um Behinderungen zu vermeiden	→ Beobachtung, dass Schwangere sich bereits zu Beginn der Schwangerschaft zu sehr sorgen und Verlorengehen des natürlichen Schwangerschaftserlebens → Versuch den Frauen verständlich zu machen, dass sie Schwangerschaft positiv bewertet werden und genossen werden soll	→ Urvertrauen in der Schwangerschaft sollte erhalten bleiben

		der Schwangeren (PND Ergebnis = 100% gesundes Kind)		→ Beratungsschwerpunkt liegt auf Stärkung des Selbstvertrauens der Schwangeren hinsichtlich der Schwangerschaft und der Kindeserziehung → Erklärung, dass emotionale Probleme nicht durch Mehrfachuntersuchungen gedämpft werden können				
<b>HK 4: Pränataldiagnostik</b>								
<b>UK 4.1:</b> Subjektive Definition von PND	k.A.	→ PND ist Beweis oder Ausschluss von krankhaften Veränderungen beim Ungeborenen (Behandlungen und Therapien mit	→ PND bezieht sich auf das Entdecken von kindlichen Fehlbildungen mit dem Ultraschall und auf Chromosome-	→ PND bezieht sich explizit auf das Ungeborene → Konzentration auf Gesundheit des Kindes, im	→ PND ist alles, was über die in den MRS festgelegten Untersuchungen hinausgeht	→ PND ist alles, was über die in den MRS festgelegten Untersuchungen hinausgeht	k.A.	k.A.

		eingeschlossen), die gesamte Infektionsdiagnostik und Ultraschalldiagnostik bei Pränataldiagnostikern (Degum III) → Jede vorgeburtliche Untersuchung des Kindes ist pränatal; jedoch beginnt PND hauptsächlich nach der Überweisung zum Pränataldiagnostiker	nanomalien → alle vorgeburtlichen Untersuchungen die das Ungeborene betreffen, gehören laut Gyn. zu PND (Organ-screening, Herzfehler)	Gegensatz zur Schwangerenvorsorge, die den Fokus auf das Wohlergehen der Schwangeren und damit verbundene latente Gefahren für das Ungeborene legt → Problem der Differenzierung, da Übergänge fließend				
<b>UK 4.2:</b> Bewertung / Nützlichkeit von Zusatzuntersuchungen	→ NFM wird heute nicht mehr für die Selektion von Trisomie 21 gebraucht, sondern um das Kind ganzheitlich zu betrachten; Gynäkologin findet Doppler	→ Die Beratung für oder gegen PND wird offen gehalten; Persönliche Ablehnung von PND der Gynäkologin bei eigener Schwangerschaft; Invasi-	→ Zusatzuntersuchungen sollten laut Gyn. keine Selbstverständlichkeit sein und nicht ohne Beratung erfolgen (wie z. B. in den	→ Kritik, dass PND zu hohen Stellenwert einnimmt, anstatt auf positiven Verlauf zu vertrauen → in Deutschland ist pränatale Morbidi-	→ Beratung und Aufklärung bei der PND haben wichtigen Stellenwert, aber die Entscheidung dazu liegt bei den Schwangeren	→ PND kann bei Schwangeren unter Risiko frühzeitig Hilfe bieten, aber auch genutzt werden, um Behinderung zu selektieren	→ sieht Nackenfaltenmessung als Ersatz für Fruchtwasseruntersuchung, Zuschreibung hoher Aussagekraft für NFM	→ Technische Möglichkeiten sollten nicht ungenutzt bleiben → Notwendigkeit der Durchführung einer Nackenfaltenmessung wird



	<p>in der Woche und frühzeitigen Einsatz von ASS bei Auffälligkeit sinnvoll  → PND Untersuchungen liefern allgemein wenig auffällige Befunde  → FWU wurde früher angeboten aber heute vom Ultraschall abgelöst (nur im Notfall)  → Angst vor Komplikation bei FWU ist unrealistisch hoch; Geübte Fachleute haben ganz niedrige Komplikationsraten  → Gynäkologin ist sich unsicher, wie sich FWU auf das Ungeborene auswirkt</p>	<p>ve Maßnahmen sind äußerst selten (nur wenn NIPT positiv ist) und werden dafür genutzt, um chromosomale Anomalien nachzuweisen  → PND beruhigend auf die Schwangere  → Kinder werden durch PND nicht gesünder</p>	<p>USA)  → pnd Untersuchungen (insb. Ersttrimester-Screening) liefern nur statistische Wahrscheinlichkeiten  → meisten Kinder kommen trotz auffälligem Ergebnis beim ETS chromosomal gesund zur Welt  → spezieller Test zur Chromosomenuntersuchung zur Klärung eines Wahrscheinlichkeitswertes für Trisomie 21 ist vorhanden  → geht über</p>	<p>tät/Mortalität viel geringer im Vergleich zum Aufwand, der in der PND betrieben wird  → Kritik an Kollegen, die erweiterte pnd Untersuchungen anbieten, im Hinblick auf finanziellen Vorteil  → viele pnd Befunde erzeugen Irritationen; nur manche sinnvoll  → Möglichkeit von Chromosomenanomalien und deren Folgen, wie Fehlgeburten oder Defizite beim Kind werden be-</p>	<p>→ Aufklärung von Wahrscheinlichkeitsangaben und Verdeutlichung, dass dies nur <u>mögliche</u> Ereignisse sind und nicht zutreffen müssen  → persönliche Abneigung der Gyn. gegen PND  → Technischer Fortschritt greift in die natürliche Schwangerschaft ein, wodurch meist nur extra Risiko entwickelt wird.  → viele PND-Maßnahmen als „Geldmacherei“ be-</p>	<p>→ Die aus der PND resultierenden Wahrscheinlichkeitsangaben können ethisch schwer vertretbare Entscheidungen hervorrufen</p>	<p>→ 3D-Ultraschall wird als sehr gut und sinnvoll angesehen für Patientin und Arzt  → PND wird nicht als problematisch betrachtet, Arzt sollte jedoch nicht in eine Richtung lenken, Beobachtung, dass Frauen heutzutage stark beunruhigt sind hinsichtlich möglicher Behinderungen/Fehlbildungen beim Kind</p>	<p>nicht gesehen, wenn kein Risiko besteht</p>
--	--	---	--	---	--	---	--	--

			<p>die Bestimmung von Wahrscheinlichkeiten hinaus; genauer als ETS; Restrisiko bleibt trotzdem, dass Kind von Trisomie betroffen ist  → heutige Untersuchungsmöglichkeiten bemerkenswert, aber machen laut Gyn. nicht glücklicher</p>	<p>sprochen; Thema wird jedoch oft überschätzt; trotzdem Abklärung mit Schwangeren, ob Thema von Interesse ist und möglicher Konsequenzen, zur Vermeidung von Entscheidungsschwierigkeiten und Bedrängnis  → Schwangere sollten abwägen, welche Informationen und Untersuchungen sie wollen, da Chromosomenuntersuchung allein keine Gewissheit und siche-</p>	<p>trachtet; aber zur Nichtinanspruchnahme wird nicht geraten, da die einfachen Ultraschalle die Entwicklung wichtiger Organe beobachten können</p>			
--	--	--	---	--	---	--	--	--

				<p>re Prognose liefern kann → Chromosomenuntersuchungen liefern keine Ja/Nein-Ergebnisse, basieren auf Wahrscheinlichkeitswerten; Schwangere müssen über den Umgang mit diesen Werten beraten werden → Kritik an Wahrscheinlichkeitswerten: keine Aussage über Einzelfall möglich und können verwirren; Gynäkologin interpretiert Werte objektiv</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>ver → Gynäkolo- gin benutzt lieber Wort „Wahrschein- lichkeit“ als „Risiko“, um Schwangere nicht unnötig zu beunruhi- gen → Teil der Schwangeren will nur Unter- suchungen zum Nutzen und Schutz des Ungebo- renen; Prob- lem besteht in der Abgren- zung; jede weitere Unter- suchung, kann weitere Abklä- rung/Diagnosti- ken nach sich ziehen; Kon- sequenzen für</p>				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				<p>Eltern noch unbekannt; Problem von Entscheidungskonflikten → Gynäkologin sieht ihre Aufgabe nicht darin, behinderte, kranke Ungeborene auszusortieren. Ebenso kein vorschnelles Anbieten und Anpreisen von pnd Untersuchungen → Fokus der Gyn. liegt auf der Verhinderung von Mangel durchblutung, Frühgeburtlichkeit und Schwangerschaftsvergiftung</p>				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				<p>→ 3D- Ultraschall (PND) für be- stimmte Fehl- bildungen sinnvoll, aber auch Reduzie- rung als emp- fundener Fo- toshootingter- min für Schwangere → Dopplerun- tersuchung (PND) als sinnvoll erach- tet, da Hin- weisgebung darauf, ob Kind gut ver- sorgt und durchblutet ist → anfängli- ches Angebot des Ersttrimes- ter-Screening trotz eigener Skepsis ; Grund war</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>Patienten vor PND-Zentren zu bewahren, dann Entschluss ES nicht mehr anzubieten, sondern Überlassen von pnd Untersuchungen an spezialisierte Kollegen, da ES als alleinstehende Untersuchung als ungenügend und nicht aussagekräftig genug empfunden</p> <p>→ PND liefert keinen Aufschluss über Ursachen</p>				
<p><b>UK 4.3:</b> Angebotsbereitschaft und Angebotsbreite</p>	<p>→ PND wird erst im 2./3. Gespräch behandelt</p> <p>→ Themen bei 2. Gespräch: NIPT, NFM,</p>	<p>→ Empfehlung einer NFM für Schwangere ab 35 (im Rahmen offener Beratung); Entscheidung</p>	<p>→ Kunstfehler, wenn Gyn. allgemein Schwangere über 35 Jahre</p>	<p>→ Keine Verweigerung des PND Angebots; Schwangere muss</p>	k.A.	<p>→ Aufklärung über Vor- und Nachteile von PND, aber die Entscheidung dazu ist frei</p>	<p>→ unerlässlich PND zu empfehlen, da vorgeschriebener Punkt im Mutterpass,</p>	<p>→ angebotene Zusatzuntersuchungen beziehen sich überwiegend auf</p>

<p>der Zusatzuntersuchungen im Praxisalltag</p>	<p>FWU; Empfehlung für die NFM und bei Bedarf auch für die FWU wird ausgesprochen; Nachfrage nach NFM momentan hoch          → NFM in eigener gynäkologischer Praxis nicht durchgeführt          → Beratung wird offen formuliert, dennoch unbewusste Empfehlung zur NFM          → FWU ist invasive PND Maßnahme; Durchführung nur, wenn vorangegangene Tests auffällig sind          → Bei auffälligem Befund Überweisung zum Pränatal-</p>	<p>liegt bei Schwangeren          → Nach Risikoinschätzung der Gynäkologin Überweisung zur PND (Kostenübernahme durch KK)          → Empfehlung der Gynäkologin zur pnd Infektionsdiagnostik; Keine explizite Empfehlung zu anderen pnd Maßnahmen, klärt über mögliche Folgen der PND auf (u.a. Schwangerschaftsabbruch)          → Gynäkologin beurteilt die Nackenfalte des Kindes und überweist bei Auffälligkeit weiter zum Pränataldiagnostiker          → Heute: seltene Durchfüh-</p>	<p>nicht über FWP auf Krankenkassenkosten informieren; FWP aus Sicht der Gyn. veraltet; Bluttest ist Alternative zur Bestimmung des fetalen Chromosomensatzes          → Gyn. sieht ihre Aufgabe lediglich als neutrale Beraterin, die über Zusatzuntersuchungen informiert          → rät zu keiner Inanspruchnahme und überlässt Entscheidung der Schwangeren selbst          → nur Erklä-</p>	<p>Entscheidung selbst treffen; trotzdem genaue Abwägung, welche Untersuchungen der Schwangeren angeboten werden sollen, da Schwangerschaftsvorsorge nicht als „Supermarkt“ gesehen werden darf          → aus Absicherungsgründen bei bestimmten Risiken Bereitschaft vorhanden, an PND zu verweisen          → bei Beratungsbedarf zum Downsyndrom erfolgt Aufklä-</p>			<p>der abzudecken ist</p>	<p>nicht-invasive Verfahren, wie z.B. Nackenfaltenmessung oder genetische Tests, welche eher ungefährlich für das Ungeborene sind          → Angebotsberatung wird als Pflicht angesehen; Entscheidung für oder gegen eine Zusatzuntersuchung trägt die Frau jedoch alleine          → Entscheidung gegen etwaige Untersuchungen akzeptiert die Gyn.</p>
---	---	--	--	--	--	--	---------------------------	--



	diagnostiker	<p>rung invasiver Maßnahmen; NIPT = Alternative zur Erkennung chromosomaler Anomalien; Weiterüberweisung bei NIPT; Durchführung von FWU nur bei großem Verdacht</p>	<p>rung darüber, welche Untersuchungen es gibt, wie Ergebnisse zu werten sind und dass das Alter nur grober Parameter ist</p> <p>→ Schwangere über 40 Jahren wünschen sich öfter den Präna-Test; auch jüngere Schwangere wünschen diesen</p> <p>→ Gyn. diskutiert mit jüngeren Schwangeren ausführlich die Notwendigkeit für diesen Test</p> <p>→ nach unsicherem Er-</p>	<p>rung mit Bitte an die Schwangeren, persönliche Konsequenzen zu durchdenken</p>				
--	--------------	---	---	---	--	--	--	--

			<p>gebnis (ETS) möchten die meisten Schwangeren Folgeuntersu- chungen; Wei- terleitung in Spezialpraxis; wenn weiterhin auffälliges Ergebnis, folgt als letztes die Amniozentese → bestimmte Herzfehler gehen mit Trisomie 21 einher; not- wendig dies der Schwange- ren mitzutei- len; ebenso bei anderen Befürchtungen → Weiterlei- tung zum Ult- raschallexper- ten zur Über- prüfung</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>→ rasanter technischer Fortschritt wird kritisch betrachtet</p> <p>→ unangenehme Vorstellung für Gyn., dass bald noch mehr Krankheiten und sogar Haar-/Augenfarbe durch Blut-Screening bestimmt werden können, Vergleich mit den USA</p> <p>→ großer Druck für Frauen, ein gesundes Kind bekommen zu müssen</p> <p>→ gibt trotzdem Frauen, die sich nur für</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			nötigste Untersuchungen (drei Ultraschalle) entscheiden.					
<b>UK 4.4:</b> Fallbeispiele aus eigener Praxis	k.A.	→ Kinder kommen fast immer gesund zur Welt; Chromosomale Erkrankungen sehr selten → Negatives Beispiel mit PND: CMV war positiv, weil das System nicht ordnungsgemäß funktionierte; Große Angst der Schwangeren, aufgrund eines Fehlers des Pränataldiagnostikers	k.A.	k.A.	→ Negativbeispiel vom Streben nach Kindern ohne Behinderung, bei dem eine Schwangere (Mehrlingschwangerschaft) das Risiko von invasiven Maßnahmen einging und daraufhin eines der drei Ungeborenen verlor	→ Negativbeispiel zeigt, dass nur durch die Angst vor Behinderung mehr Risiken entstehen können, als vor der Untersuchung gegeben waren	k.A.	k.A.
<b>UK 4.5:</b> Technische Ausstattung PND-spezifisch	k.A.	k.A.	→ Gyn. hat zwei neue Ultraschallgeräte, die für Vorsorgeun-	k.A.	→ Weiterleitung an Kliniken, die PND Untersuchungen anbieten	→ Weiterleitung an Kliniken bei PND Maßnahmen	→ Patientinnen laut Gynäkologin zufrieden mit Gerätschaften für	→ Praxis ist mit allen Geräten, die für die Schwangerenvorsorge benö-

			tersuchungen ausreichen				Schwanger- schaft	tigt werden, ausgestattet
<b>UK 4.6:</b> Sichtweise auf Behinde- rung	k.A.	k.A.	→ große Nachfrage nach Zusat- zuntersuchun- gen; Gynäko- logInnen müs- sen darüber informieren → Entschei- dung für oder gegen eine Zusatzunter- suchung liegt aber bei der Schwangeren → bei bekann- ter Trisomie 21 treiben mehr als 90 % ab; nur wenige behalten das Kind (Gyn. findet das po- sitiv, wenn sich trotzdem für krankes Kind entschieden	→ Gynäkolo- gin ist Mitglied im „Netzwerk gegen Selekti- on durch PND“, Thema für sie von großer Rele- vanz, aufgrund der Abgren- zungsschwie- rigkeit und der Frage nach der Nützlich- keit für das Ungeborene → Wenn Schwangere Behinderung des Ungebo- renen unbe- dingt aus- schließen will, erfolgt gyn. Beratung zu Testverfahren; aber auch	→ heutige Selektion von Behinderung durch Wunsch, den perfekten Menschen zu formen wird kritisch be- trachtet	→ ethisch schwer zu vertreten, da in Betracht gezo- gen wird, ein Leben zu be- enden, um Behinderung zu vermeiden.	k.A.	k.A.

			<p>wird) und holen sich Unterstützung bei betroffenen Familien und Selbsthilfegruppen.  →Gesellschaft aus Sicht der Gyn. bei Behinderung unbarmherzig  →vorherrschende Meinung, dass Behinderung vermeidbar wäre  → Bedauern der Gyn., dass Zahl der Menschen mit Trisomie 21 sinkt; Menschen mit Downsyndrom werden von Gyn. positiv und glücklich betrachtet</p>	<p>Hinweis darauf, dass nicht alles ausgeschlossen werden kann  → wird nicht als moralische Pflicht gesehen, ein Kind mit Downsyndrom zu gebären, aber Schwangere sollten, entgegen der gesellschaftlichen Meinung, diese Kinder bekommen „dürfen“</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

HK 5: Einstellung zur aktuellen Schwangerschaftsvorsorge gemäß MSR								
<b>UK 5.1:</b> Sichtweise zur aktuellen Schwangerenbetreuung	→ Schwangere in Deutschland sehr gut betreut	→ Basis Diagnostik (Praxis): Degum I → Höher gestellte Diagnostiker mit einer gesonderten Ausbildung und besseren Geräten: Degum II oder III	→ Vorsorgemaßnahmen werden als positiv empfunden; ob das allerdings zu mehr Zufriedenheit beiträgt, wird in Frage gestellt	k.A.	k.A.	→ Medizin kann frühzeitig Entwicklungsfehler in den Organen eines Kindes aufdecken; Drang nach Perfektionismus setzt das Kind aber durch zu viele Untersuchungen unter Risiko	→medizinische Versorgung für Schwangere wird als sehr gut bewertet, hinsichtlich umfassender Labor- und Ultraschalluntersuchungen →Unbehagen der Ärzte über Zunahme der Dokumentationspflicht	→Versorgungssituation der Schwangeren nach Mutterchaftsrichtlinie wird positiv bewertet →Schwangere sind laut Gyn. die am besten untersuchtesten PatientInnen.
<b>UK 5.2:</b> Verbesserungsvorschläge zur aktuellen Kassenleistungen	→ Krankenkassen übernehmen nicht alle sinnvollen Untersuchungen; Zusatz-Titer, Toxoplasmosis, Streptokokken-B-Testung für Gynäkologin wichtig	→ Schilddrüsentests, B-Streptokokken-Test, Infektionsscreenings und mehr als drei Ultraschalluntersuchungen sollten in der Kassenleistung mit inbegriffen sein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	→ als kritisch bewertet, dass B-Streptokokken-Abstrich nicht in den Mutterchaftsrichtlinien vorgesehen ist, da es um das Wohl des Ungeborenen geht; kann sich nicht jede

								Schwangere leisten
<b>UK 5.3:</b> Einstellung zum technischen Fortschritt	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	→ Positive Entwicklung des medizinischen und technischen Fortschritts, aber auch Verwöhnung der Gesellschaft zum Perfektionismus wird beobachtet	k.A.	k.A.
<b>HK 6: Konsequenzen bei Schwangerenberatung</b>								
<b>UK 6.1:</b> Sicht auf Erfüllung des Beratungsauftrages	→ Angst vor Konsequenzen bei unzureichender Beratung wird deutlich wahrgenommen (große Verantwortung)	→ Angst vor Konsequenzen bei unzureichender Beratung (Hinweis auf PND) immer präsent	→ ärztlicher Kunstfehler, wenn Schwangere über 35 Jahren keine Informationen über Zusatzuntersuchungen erhalten → persönliche Sicht auf Beratungsleistung wird als gut	→ Druck vorhanden, im Rahmen der Vorsorge alles abzuklären, falls Auffälligkeiten oder Komplikationen auftreten → gründliche Reflektion, ob Beratungsaufgabe sachgemäß erfüllt	k.A.	→ Möglichkeit auf rechtlichen Konsequenzen wird bedacht, aber beeinflusst eine Beratung nicht	k.A.	k.A.



			und ausführlich wahrgenommen → großer Wert wird auf ausführliche Dokumentation gelegt	wurde hinsichtlich des Angebotspektrums				
<b>UK 6.2:</b> Absicherung gegen Haftung	→ Genaue Dokumentation, im Wortlaut der Patienten, dient der eigenen Absicherung; Verpflichtung die gesamte Angebotsbreite darzulegen	→ Gibt Fälle, in denen Ärzte aufgrund unzureichender Beratung rechtlich belangt werden, deshalb Wichtigkeit von Aufklärung über jede Behandlungsmethode, auch bei Kollision mit eigener Einstellung → genaue Dokumentation, im Wortlaut der Patienten, dient der eigenen Absicherung	k.A.	k.A.	→ Detaillierte Dokumentation, zur Absicherung vor rechtlichen Konsequenzen	→ Detaillierte Dokumentation in Beratung und Untersuchung zur rechtlichen Absicherung	→ wichtig, ordentliche Dokumentation zu betreiben, da unzureichende Dokumentation rechtliche Folgen haben kann → mögliches Auftreten von Fehlern wird aufgrund der möglichen Konsequenzen als belastend empfunden	k.A.