

Bachelorarbeit

Leben beenden statt Leben empfangen

**Wie Hebammen späte Schwangerschaftsabbrüche im
Zusammenhang mit kindlichen Fehlbildungen erleben.**

Piroska Ilona Zsindely
S07-050-750

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Hebammen
Studienjahr:	2010
Eingereicht am:	3. Mai 2013
Betreuende Lehrperson:	G. Hasenberg, MSc Midwifery

Abstract	
1. Einleitung.....	1
1.1. Darstellung Thema	1
1.2. Relevanz für die Profession	1
1.3. Fragestellung	2
1.4. Zielsetzung.....	2
1.5. Abgrenzung.....	2
2. Methode	3
2.1. Art und Form der Bachelorarbeit.....	3
2.2. Literatursuche	3
2.3. Ein-/Ausschlusskriterien	4
2.4. Beurteilung	4
3. Theoretischer/wissenschaftlicher Hintergrund.....	5
3.1. Medizinischer Vorgang der Spätinterruptio	5
3.1.1. Definition später Schwangerschaftsabbruch	5
3.1.2. Medikamentöser Spätabbruch nach Fiala et al. (2011).....	5
3.1.3. Chirurgischer Spätabbruch (Dilatation & Evakuation) nach Fiala et al. (2011). 5	
3.1.4. Gefahren von späten Schwangerschaftsabbrüchen.....	6
3.1.5. Fetozyd	6
3.2. Rechtslage in der CH	7
3.3. Das Hebammenkompetenzprofil	7
3.4. Medizinethik	10
3.4.1. Das Vierprinzipienmodell	10
4. Ergebnisse	12

4.1.	Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy. (Cignacco, 2002)	12
4.2.	Late Termination of Pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units. (Statham et al., 2006)	12
4.3.	Ethical Decision-making in Prenatal Diagnosis and Termination of Pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives (Garel et al., 2002)	13
4.4.	Ergebnisse aus Studien	14
4.4.1.	Der Entscheidungsfindungsprozess	14
4.4.2.	Die professionelle Haltung zu späten Schwangerschaftsabbrüchen ...	15
4.4.3.	Das persönliche Erleben mit Spätinterruptiones	16
4.4.4.	Ethische Fragen	17
5.	Diskussion	19
5.1.	Limitierungen der Studien	19
5.1.1.	Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy (Cignacco, 2002)	19
5.1.2.	Late Termination of Pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units (Statham et al., 2006).....	20
5.1.3.	Ethical Decision-making in Prenatal Diagnosis and Termination of Pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives (Garel et al., 2002).	20
5.2.	Diskussion der Studien.....	21
5.2.1.	Entscheidungsfindungsprozess.....	21
5.2.2.	Die professionelle Haltung mit Spätabbrüchen	22
5.2.3.	Das persönliche Erleben von Spätinterruptiones	23
5.2.4.	Fetozid	24
5.2.5.	Ethische Aspekte	25

6.	Schlussfolgerung	27
6.1.	Theorie-Praxis-Transfer	27
6.2.	Offenen Fragen	28
7.	Verzeichnisse	29
7.1.	Literaturverzeichnis	29
7.2.	Abbildungsverzeichnis.....	31
7.3.	Tabellenverzeichnis.....	31
7.4.	Wortanzahl	31
7.5.	Eigenständigkeitserklärung	31
7.6.	Danksagung	32
8.	Anhang.....	33
8.1.	Glossar.....	33
8.2.	Therapieschema Spätabbruch nach Fiala et al. (2011).....	36
8.3.	Hebammenkompetenzprofil	36
8.4.	Literaturrecherche	37
8.5.	Studienbeurteilung	38
	Late Termination of Pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units (Statham et al., 2006).	38
	Ethical Desicion-making in Prenatal Diagnosis and Termination of Pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives (Garel et al., 2002).....	42
	Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy (Cignacco, 2002).....	46

Vorbemerkung zum Sprachgebrauch

Die in dieser Arbeit verwendeten Berufsbezeichnungen wurden aufgrund der Leserefreundlichkeit in der femininen (Hebamme) bzw. maskulinen (Ärzte, Geburtshelfer) Form geschrieben. Beide Bezeichnungen gelten für Frauen und Männer in gleicher Weise.

Abstract

Keywords: „late termination of pregnancy“, „midwife“, „fetal anomaly“, „experience“

Darstellung des Themas

Während die pränatale Diagnostik in den letzten Jahren eine immer grösser werdende Liste von Anomalien erkennbar macht, haben sich die therapeutischen Möglichkeiten nicht in der gleichen Masse verbessert. Kommt es zur Entscheidung die Schwangerschaft abubrechen, sind es Hebammen, welche die Frauen/ Paare während des Eingriffes in der Klinik begleiten.

Ziel

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, mit welchen Themen sich betroffenes Personal, welches Frauen bei Spätinterruptionen im Zusammenhang mit kindlicher Fehlbildung begleitet, auseinandersetzen muss. Ziel ist die Erhellung des Forschungsstandes zur Frage wie Hebammen Spätinterruptionen im Zusammenhang mit pränataler Diagnose einer kindlichen Anomalie erleben.

Methode

Diese Arbeit stellt ein Literaturreview dar. Es werden drei Studien, die das Erleben von Hebammen untersuchen, analysiert und bewertet.

Ergebnisse

Die Arbeit zeigt, wie Hebammen den Entscheidungsfindungsprozess erleben und darin involviert sind, wie die professionelle Haltung und das persönliche Erleben zu späten Schwangerschaftsabbrüchen ist. Weiter zeigt sie ethische Aspekte, welche durch die Thematik aufgeworfen werden. → wie denn?

Schlussfolgerung

Die Begleitung während einem späten Schwangerschaftsabbruch ist eine belastende Situation. Weitere Forschung ist nötig um ein Verständnis zu entwickeln, mit welchen Themen sich Hebammen in diesen Situationen auseinandersetzen, wie ihre Bewältigungsstrategien und -prozesse aussehen und so besser in ihrer Arbeit unterstützt werden können.

1. Einleitung

1.1. Darstellung Thema

Immer häufiger werden Hebammen im Klinikalltag mit Schwangerschaftsabbrüchen nach der 12. Schwangerschaftswoche (SSW) konfrontiert. Im Jahr 2011 wurden 5% (554 von 11'079) der in Kliniken vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche, nach der 12. SSW durchgeführt (Bundesamt für Statistik (BFS), 2013b).

Während die pränatale Diagnostik in den letzten Jahren eine immer grösser werdende Liste von Anomalien erkennbar gemacht, haben sich die therapeutischen Möglichkeiten nicht in der gleichen Masse verbessert (Lammert et al., 2002). Daraus folgt eine schwerwiegende Entscheidung für die werdenden Eltern, die Schwangerschaft fortzuführen oder einen Abbruch vorzunehmen. Ist die Entscheidung zu einem Abbruch gefallen, sind in Schweizer Kliniken Hebammen die Fachpersonen, welche die Frauen und Paare während des ganzen Prozesses begleiten.

1.2. Relevanz für die Profession

Aufgrund der Aktualität der Thematik untersucht die Abteilung Forschung und Entwicklung des Instituts Hebamme der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft (ZHAW) im Zuge eines Nationalen Forschungsprojekts der Swiss National Science Foundation (SNF) zum Thema Lebensende die Fragestellung: Sterben am Lebensanfang (SNF, 2011, Fleming, 2012). Es erforscht den derzeitigen Bedarf an Versorgungsangeboten Eltern, die mit einer letalen fetalen Diagnose des Kindes konfrontiert werden. Gegenstand des Forschungsprojekts ist der Umgang mit der Diagnose, die Gestaltung der verbleibenden Lebenszeit, der Sterbeprozess des Kindes sowie die Integration des Verlusts in das System der Familie. Ziele des Projekts sind, das Unterstützungsangebot in der Schweiz aus Sicht betroffener Eltern und beteiligter Fachpersonen zu beleuchten und Entwicklungsmöglichkeiten in Hinblick auf die Versorgung aufzuzeigen (Fleming, 2012). Die Autorin hat an diesem Projekt mitgearbeitet. Im Zuge dessen ist diese Arbeit entstanden. Relevanz für die Profession

Die, vor allem in grossen Kliniken arbeitenden Hebammen, werden immer häufiger mit späten Schwangerschaftsabbrüchen konfrontiert. Diese Arbeit möchte aufzeigen mit welchen Themen sich betroffenes Personal, welches Frauen bei Spätinterruption-

nes im Zusammenhang mit kindlichen Anomalien begleitet, auseinandersetzen muss. Gemäss der Erfahrung der Autorin bestehen in nur wenigen Kliniken Angebote, welche Hebammen und anderes medizinisches Fachpersonal nutzen können, um sich auszutauschen und Erlebtes zu verarbeiten. Inter- und Supervisionen sind in grösseren Institutionen zunehmend anzutreffen, gelten aber noch immer nicht als die Regel.

1.3. Fragestellung

Wie ist, gemäss aktueller Forschung, das Erleben von Hebammen bezogen auf Spätinterruptiones im Zusammenhang mit pränataler Diagnose einer kindlichen Anomalie?

1.4. Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist die Eruierung des Forschungsstandes, sowie der dominierenden Themen innerhalb der Forschung.

1.5. Abgrenzung

Für die vorliegende Arbeit wurde ausschliesslich der Blickwinkel des medizinischen Fachpersonals untersucht. Wie Eltern und Angehörige Spätinterruptiones erleben ist nicht Teil davon.

Studien zeigen, dass die Form der Beratung von Frauen nach pränataler Diagnose kindlicher Anomalien grossen Einfluss hat auf den Entscheidungsfindungsprozess der betroffenen Frauen und Paare (Marteau et al., 1994). Die Art und Weise der Beratung von Frauen nach pränataler Diagnose kindlicher Anomalien durch medizinisches Fachpersonal wird in dieser Arbeit nicht näher erläutert. Obwohl diese Thematik einen grossen Einfluss auf das Erleben von medizinischem Fachpersonal ausmacht, würde eine genauere Untersuchung dazu den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Weiter wird nicht auf den Vorgang der Pränataldiagnostik oder die aktuelle Praxis der Pränataldiagnostik und deren Auswirkungen auf die Durchführung von späten Schwangerschaftsabbrüchen eingegangen.

2. Methode

Im folgenden Kapitel wird die Art und Form der Arbeit vorgestellt. Weiter wird die Literaturrecherche beschrieben, sowie Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

2.1. Art und Form der Bachelorarbeit

Bei der vorliegenden Bachelorarbeit handelt es sich um ein systematisches Literaturreview. Es bietet eine Zusammenfassung und Analyse der aktuellen Literatur, die das Erleben von Hebammen bei späten Schwangerschaftsabbrüchen im Zusammenhang mit kindlichen Anomalien untersucht. Die Einleitung gibt eine Einführung in die Thematik, wobei die Relevanz für die Profession und die daraus hergeleitete Fragestellung formuliert werden. Im Kapitel der Methodik wird auf die Literaturrecherche und die Auswahlkriterien der Literatur eingegangen. Der theoretische Hintergrund dient zum besseren Verständnis der zu untersuchenden Gegenstandes und deren Zusammenhänge. Im Ergebnisteil werden die Studien kurz vorgestellt und ihre Resultate ausführlich beschrieben und dargestellt. In der Diskussion folgen eine kritische Auseinandersetzung mit den Resultaten, sowie ein Vergleich. Zum Schluss erfolgt ein Theorie-Praxis-Transfer mit Empfehlungen für die Praxis und die Forschung.

2.2. Literatursuche

Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken CINAHL, Medline via Ovid und MiDirs durchgeführt. Als Keywords wurden die Begriffe „prenatal diagnosis“, „midwife“, „late termination of pregnancy“, „termination of pregnancy“ und „abortion“, verwendet. Ausgewählt wurden sie mittels vorhandener Grundlagenliteratur. Für die Verknüpfung wurde der Bool'sche Operator AND verwendet. Um eine gewisse Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten wurde die Suche auf Studien, welche nach dem Jahr 2000 erschienen sind eingegrenzt. Weiter wurde anhand der gefundenen Studien und deren Referenzlisten eine laterale Literatursuche durchgeführt. Zum Schluss wurden die Autorennamen der ausgewählten Studien als weitere Keywords verwendet. War die Trefferzahl > 100 wurden zusätzlich oben genannte Begriffe zur Präzisierung mit dem Bool'schen Operator AND verknüpft.

Die resultierende Literatur wurde anhand der Titel erstmalig aussortiert. Das Lesen des Abstracts und den dazugehörigen Vergleich zu den gesetzten Limitationen sowie Ein- und Ausschlusskriterien führte zu weiteren Verwerfungen von Studien. Dies führ-

te zu einer Anzahl von 16 relevanten Studien. Diese wurden näher betrachtet und beurteilt und je nach Auswertung weiterhin gewichtet.

Das Protokoll der Literatursuche ist im Anhang ersichtlich.

2.3. Ein-/Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Studien, welche die Sicht der Hebammen miteinschliessen. Studien welche ausschliesslich die Sicht der ärztlichen Geburtshelfer untersuchten wurden nicht verwendet. Ausgeschlossen wurden Studien, welche sich mit Interruptiones vor Beendigung der 12. SSW befassen. Ebenso wurden Studien, welche den Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Gründe der Mutter beleuchten nicht in die Arbeit aufgenommen. Teilaspekte der vorliegenden Arbeit sind ethische Fragen, welche durch Spätinterruptiones bei kindlichen Anomalien auftauchen, der Umgang des medizinischen Fachpersonal mit der Durchführung von späten Schwangerschaftsabbrüchen, die Teilnahme von Hebammen am Entscheidungsfindungsprozess sowie die Gefühle und Haltung von Hebammen und Geburtshelfern zu Spätabbrüchen.

Weiter wurden ausschliesslich Studien in deutscher und englischer Sprache eingeschlossen. Ebenso wurden nur qualitative Studien verwendet.

Nicht eingeschlossen wurden Studien aus Ländern, welche erst kürzlich Schwangerschaftsabbrüche legalisiert haben.

2.4. Beurteilung

Die in dieser Bachelorarbeit verwendeten Studien wurden anhand des Beurteilungsrasters von Katja Stahl (2008) auf wissenschaftliche Qualität geprüft und ausgewertet.

3. Theoretischer/wissenschaftlicher Hintergrund

In diesem Teil der Arbeit wird notwendiges theoretisches Hintergrundwissen aufgezeigt.

3.1. Medizinischer Vorgang der Spätinterruptio

3.1.1. Definition später Schwangerschaftsabbruch

In der Fachliteratur finden sich unterschiedliche Definitionen für den späten Schwangerschaftsabbruch. Für die vorliegende Arbeit wird er wie folgt definiert: Der Begriff später Schwangerschaftsabbruch bezeichnet die Beendigung einer vitalen Schwangerschaft nach der vollendeten zwölften Woche seit Beginn der letzten Menstruation.

3.1.2. Medikamentöser Spätabbruch nach Fiala et al. (2011).

Das therapeutische Prinzip des späten Schwangerschaftsabbruchs bleibt, nachdem eine Saugkürrettage nicht mehr möglich ist, während der ganzen Schwangerschaft das Gleiche. Mittels einer oralen Gabe von Mefepriston (Myfegyne®) werden die Progesteronrezeptoren blockiert. Die Portio wird dadurch weich und durch Kontraktionen des Uterus leicht zu öffnen. Weiter wird das Myometrium für Prostaglandine sensibilisiert und die Plazenta haftet weniger gut an der Uteruswand. 48-72h später werden Uteruskontraktionen mittels des Hormons Prostaglandin Misoprostol (Cytotec®) ausgelöst. Bei einem reifen Portiobefund ist eine Mefepristongabe nicht indiziert. Es kann direkt mit Misoprostol begonnen werden. Die Medikamente werden durch die Hebamme in der Klinik verabreicht. Sie begleitet die Frau/das Paar während des ganzen Geschehens, bis zur Geburt des Fetus.

Bei Narben am Uterus (Sectio caesariae etc.) sowie zunehmendem Gestationsalter muss das Prostaglandin bei den ersten Gaben aufgrund des Risikos einer Ruptur reduziert werden.

Gemäss Fiala et al. (2011) können medikamentöse Spätabbrüche auch bei Plazenta praevia durchgeführt werden. Hier sei intrapartal mit einem höheren Blutverlust zu rechnen.

Im Anhang findet sich ein genauer erläutertes Therapieschema.

3.1.3. Chirurgischer Spätabbruch (Dilatation & Evakuierung) nach Fiala et al. (2011).

Seit der Einführung von Mifegyne® ist die Häufigkeit des chirurgischen Spätabbruchs in Europa stark zurückgegangen. D&E bezeichnet die Dilatation der Zervix mit nach-

folgender instrumenteller Evakuation des Feten. In den USA ist sie gemäss Fiala et al. (2011) noch immer Standardmethode.

Mittels Mifegyne® oder einem anderen Prostaglandin wird die Zervix medikamentös erweicht und kann so mühelos auf 14-20 mm gedehnt werden. Alternativ oder in Kombination werden, z.B. in den USA Dilatatoren in die Zervix eingesetzt, welche sich innerhalb eines Tages durch ansaugen von Flüssigkeit bis auf ca. 2 cm auf dehnen. Anschliessend wird mittels einer langen Zange der Fetus im Uterus zerkleinert und in Teilen aus der Gebärmutter entfernt.

3.1.4. Gefahren von späten Schwangerschaftsabbrüchen

Die Methode D&E setzt einen erfahrenen Operateur voraus, da die Gefahr einer Verletzung von Zervix und Uterus erhöht ist (Schmidt-Matthiesen & Schauf, 2005). Weitere Gefahren sind Darmverletzungen, Blutungen und ascendierende Infekte. Um zusätzliche psychische Traumata zu vermeiden, werden D&E unter Narkose durchgeführt. Dies kann mit Nebenwirkungen verbunden sein.

Die medikamentöse Methode birgt die Gefahr von Nebenwirkungen der Prostaglandine. Weiter sind jegliche geburtshilfliche Risiken auch nach einem induzierten Spätabbruch möglich (Schmidt-Matthiesen & Schauf, 2005).

Die Risiken eines Abbruchs steigen mit fortschreitendem Gestationsalter.

Auch psychisch können Spätabbrüche weitreichende Folgen haben (Schmidt-Matthiesen & Schauf, 2005).

3.1.5. Fetozyd

Der Fetozyd bezeichnet das absichtliche Töten eines (oder mehrerer) Föten im Mutterleib. Unter transabdominalem Ultraschall wird durch Punktion Kaliumchlorid, entweder ins kindliche Herz oder die Nabelschnurvene injiziert und so in den fetalen Kreislauf gebracht. Nach wenigen Sekunden sistiert die Herztätigkeit des Fetus. Die Ausstossung des Fetus wird anschliessend anhand oben beschriebener Methoden vorgenommen. Der Eingriff ist für die Schwangere mit wenig Schmerzen verbunden. Es wird jedoch zu einer unbedingten psychologischen Betreuung geraten, da es ein sehr belastendes und angstbesetztes Ereignis ist (Fiala et al., 2011).

Bei einer Termination nach der 21. SSW wird in den meisten Westeuropäischen Ländern den Frauen/Paaren ein Fetozyd angeboten oder empfohlen. Dies da die

Möglichkeit besteht, dass das Kind postpartal lebensfähig ist und folglich, je nach Land, zumindest palliative- bis Überlebenshilfe geleistet werden muss. (RCOG, 2004, Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin, 2002).

3.2. Rechtslage in der CH

Im Strafgesetzbuch (StGB) der Schweiz wird die Regelung der Schwangerschaftsabbrüche in den Artikeln 118-120 festgehalten. Grundsätzlich ist gemäss Artikel 118 ist eine Schwangerschaft künstlich zu beenden eine strafbare Handlung. Das vorgeburtliche Leben wird ab dem Zeitpunkt der Einnistung der Eizelle in die Gebärmutter, auch gegen den Willen der Schwangeren, gesetzlich geschützt. Der Schutz gilt bis zum Einsetzen der Wehentätigkeit. Strafflos ist ein Schwangerschaftsabbruch wenn die Voraussetzungen des Artikels 119 erfüllt sind.

Seit Einführung der Fristenregelung im Jahr 2002, ist ein Abbruch bis zwölf Wochen seit Beginn der letzten Menstruation auf schriftliches Verlangen einer Frau, die eine Notlage geltend macht straffrei möglich.

In Bezug zu späten Schwangerschaftsabbrüchen lautet Absatz 1 des Artikels 119 wie folgt:

¹ Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist. (Art. 119 Absatz 1)

Demnach stellt die alleinige Diagnose einer kindlichen Anomalie keine Indikation für eine Termination der Schwangerschaft nach der 12. SSW. dar. Ausschlaggebend ist die „seelische Notlage“ (StGB, Art. 119, Abs. 1), welche als Resultat daraus für die Mutter entsteht. Nicht in der Gesetzschreibung enthalten ist eine obere Graviditätsdauer. Ebenso wird kein Zeitpunkt definiert, nach welchem ein Fetus als lebensfähig gilt.

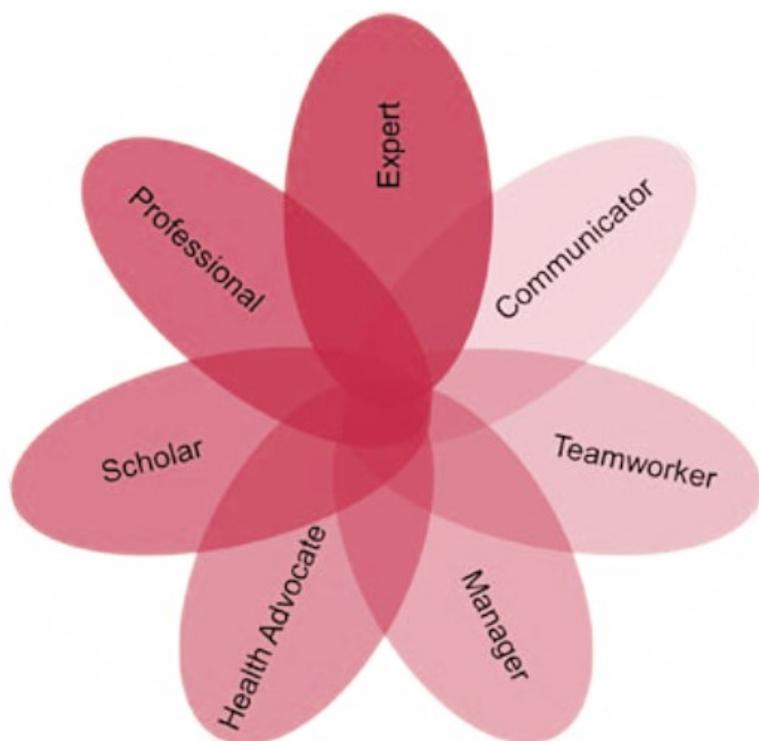
3.3. Das Hebammenkompetenzprofil

Immer wieder bekunden Hebammen Schwierigkeiten (späte) Schwangerschaftsabbrüche zu begleiten (Reitter & Schlösser, 2008). Rechtlich sind sie in der Schweiz

dazu nicht verpflichtet. Nicht wenige Kliniken verzichten jedoch auf die Anstellung einer Hebamme, welche diese Art von Begleitung kategorisch ablehnt.

Am Hebammenberuf Interessierte, informieren sich vorwiegend via Berufsinformationszentrum oder direkt im Internet bei der anbietenden Hochschule über Tätigkeiten und Kompetenzen der Hebamme. 2009 wurde ein überarbeitetes Hebammenkompetenzprofil genehmigt, an welchem sich angehende Hebammen orientieren. Dieses klärt Interessierte, angehende Hebammen und deren Berufsbildnerinnen auf, welche Kompetenzen bis zum Ende der Ausbildung erreicht sein sollen. In der Folge wird dieses Profil in Auszügen vorgestellt. Die ausgewählten Kompetenzen sind jene, welche bei der Begleitung von Frauen, Paaren und Familien bei Spätinterruptiones relevant werden. Eine Übersicht des Kompetenzprofils findet sich im Anhang.

Abb. 1 Rollenmodell der Hebammenkompetenzen



Tab. 1 Auszug aus dem Hebammenkompetenzprofil

Auszug der berufsspezifischen Kompetenzen des Bachelorstudienganges Hebamme (KFH, 2009)	
A	<p>Rolle der Expertin Hebamme</p> <p>Als Expertinnen führen Hebammen die berufsspezifischen Tätigkeiten aus und sind verantwort-</p>

	lich, im Gesundheitsversorgungssystem, die fachliche Führung in ihrem Berufsfeld zu übernehmen und entsprechende Entscheidungen und Beurteilungen zu treffen.
Ab1	Sie entscheiden selbstständig und verantworten die Unterstützung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheitsprozessen im regelrichtigen Verlauf in den Phasen der Mutterschaft, der Familienwerdung und in Lebensabschnitten mit frauenspezifischen Gesundheitsveränderungen.
B	Rolle der Kommunikatorin Als Kommunikatorin ermöglichen Hebammen vertrauensvolle Beziehungen in ihrem Umfeld und geben Informationen gezielt weiter.
Bb1	Sie kommunizieren personenzentriert während der Phase der Reproduktion mit Jugendlichen, Frauen und Familien und stärken deren Autonomie und Selbstbestimmung durch eine vertrauensvolle Beziehung und die Abgabe relevanter, evidenzbasierter Informationen.
Bb2	Sie begleiten die Frau, das ungeborene Kind/Neugeborene, den Partner, das Paar und die Familie kontinuierlich durch das Erleben von Präkonzeption, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Rückbildung- und Stillzeit.
C	Rolle des Teamworkers Als Teamworker partizipieren Hebammen effektiv innerhalb eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams.
Cb1	Sie arbeiten unter Berücksichtigung der Zuständigkeiten partnerschaftlich und effizient mit Berufsangehörigen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zusammen, mit dem Ziel einer optimalen Versorgung von Frau, deren Kind und Familie.
E	Rolle des Health Advocates Als Health Advocates stützen sich Hebammen verantwortungsvoll auf ihre Expertise ab und nutzen ihre Einflussmöglichkeiten, um die Gesundheit und die Lebensqualität der Patienten/Klienten sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern.
Eb2	Sie befähigen und stärken die Frau und die Familie, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit sowie die ihrer Kinder zu übernehmen.
G	Rolle als Professionsangehörige Als Professionsangehörige setzen sich Hebammen für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft ein. Sie verpflichten sich der Ethik, und tragen Sorge zur eigenen Gesundheit.
Gb1	Sie übernehmen ethische Verantwortung in unterschiedlichen sozialen, ökonomischen und politischen Kontexten wahr und verantworten die Qualität ihrer professionellen Leistungen gegenüber Frauen, deren Kinder und Familien.

Alle dargestellten Punkte lassen Raum für Interpretationen. Im Diskussionsteil dieser Arbeit wird auf die einzelnen Punkte in Bezug auf die Ergebnisse der verwendeten Studien eingegangen.

3.4. Medizinethik

Die Durchführung später Schwangerschaftsabbrüche wirft bei allen Beteiligten viele Fragen und Bedenken auf. Nur im Fall von Schwangeren sind von der Tragweite eines Entscheides zwei Personen direkt betroffen. In der Schweiz sind Föten nicht rechtsfähig (StGB). Der Entscheid für oder gegen eine späte Termination der Schwangerschaft wird deshalb mittels der Einberufung einer Ethikkommission gefällt. Je nach Klinik ist diese anders zusammengesetzt. Meist jedoch mit Vertretern der Geburtshilfe, Neonatologie und Psychologie. Das wohl bestbekannte Modell innerhalb der Medizinethik ist das Vierprinzipienmodell von Beauchamp und Childress. Nachfolgend wird hierzu eine Übersicht gegeben.

3.4.1. Das Vierprinzipienmodell

1977 beschrieben Beauchamp und Childress (1994) in ihrem Buch "Principles of Biomedical Ethics" zum ersten Mal die vier ethisch-moralischen Prinzipien, welche im Bereich des heilberuflichen Handelns ethische Orientierung bieten und inzwischen als klassische Prinzipien der Medizinethik gelten. Diese Prinzipien stehen zunächst gleichberechtigt nebeneinander. Im Einzelfall müssen die Prinzipien jeweils konkretisiert und gegeneinander abgewogen werden. Moralische Kontroversen können als Konflikte zwischen den verschiedenen gewichteten Prinzipien dargestellt werden.

Respekt vor der Autonomie der Patientin / des Patienten

Das Autonomieprinzip gesteht jeder Person Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Förderung der Entscheidungsfähigkeit zu. Es beinhaltet die Forderung, dass bei jeder Form der Intervention das informierte Einverständnis vorausgesetzt wird (Beauchamp & Childress, 1994, SBK, 2005).

Nicht-Schaden

Das Prinzip der Schadensvermeidung fordert, niemandem absichtlich oder unabsichtlich physisch oder psychisch zu schaden. Dies scheint zunächst selbstverständlich, kommt aber bei eingreifenden Therapien (z.B. Chemotherapie) häufig in Konflikt mit dem Prinzip der Fürsorge (Beauchamp & Childress, 1994, SBK, 2005).

Fürsorge, Gutes tun

Das Prinzip der Fürsorge verpflichtet den Behandelten zu aktivem Handeln, was das Wohl des Patienten fördert und ihm nützt. Das Fürsorgeprinzip steht häufig im Konflikt mit dem Prinzip der Schadensvermeidung. Das Gute bezeichnet die Summe der Anstrengungen aller an der Betreuung Beteiligter. Auch besteht es aus dem Abwägen der Risiken, des Nutzens, der Kosten und der Zweckmässigkeit. Hier sollte eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Schaden einer Maßnahme unter Einbeziehung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten vorgenommen werden (Beauchamp & Childress, 1994, SBK, 2005).

Gleichheit und Gerechtigkeit

Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine faire Verteilung von Ressourcen. Gleiche Fälle sollten gleich behandelt werden. Es bedeutet eine uneingeschränkte Achtung der Grundrechte und Würde des Menschen, sowie eine auf Wahrhaftigkeit und Vertrauenswürdigkeit ausgerichtete Kommunikation (Beauchamp & Childress, 1994, SBK, 2005).

4. Ergebnisse

Dieser Abschnitt gibt einen Überblick der Studien, eine kurze Zusammenfassung der Bewertung, sowie eine kurze Übersicht zu den, für diese Arbeit, relevanten Ergebnissen. Eine Bewertung der Güte und Zuverlässigkeit der Studien anhand des Leitfadens zur Studienbeurteilung von Katja Stahl (2008) findet sich im Anhang.

4.1. Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy. (Cignacco, 2002)

Die Studie von Eva Cignacco (2002) untersucht das Erleben von Hebammen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen, welche aufgrund einer kindlichen Anomalie durchgeführt werden. Zusätzlich wurde die dazugehörige berufliche und ethische Einstellung untersucht. Die Ziele und Fragestellung der Studie werden klar formuliert und begründet. Es handelt sich um einen qualitativen Forschungsansatz, als Studiendesign wurde die Inhaltsanalyse gewählt. Für Interviews angefragt wurden 20 Hebammen aus einem Schweizer Universitätsspital. Sieben haben abgelehnt. Gründe werden keine genannt.

Da zum Zeitpunkt der Studie keine Literatur zum Thema aus der Sicht von Hebammen oder Pflegefachpersonal gefunden werden konnte, beschreibt Cignacco (2002) die ethischen Sichtweisen verschiedener religiöser Grundhaltungen und Moraltheorien. Die 13 Interviews wurden vier Jahre vor Veröffentlichung der Studie durchgeführt und dauerten zwischen 40 und 90 Minuten. Zur Reduzierung der Interviews auf Passagen, welche die ausgesuchten Themen illustrierten, paraphrasierten und generalisierten, wurde eine Inhaltsanalyse nach Mayring (1995) durchgeführt. Aus diesen Passagen wurden zwei relevante Aspekte als Hauptresultate der Studie definiert.

Die für diese Arbeit relevanten Ergebnisse der Studien sind beide Hauptresultate: Das emotionale Erleben von an Schwangerschaftsabbrüchen beteiligten Hebammen sowie die berufliche Grundhaltung und das ethische Dilemma.

4.2. Late Termination of Pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units. (Statham et al., 2006)

Die von Statham, Solomou und Green (2006) durchgeführte Studie untersucht das Erleben von Ärzten und Hebammen im Entscheidungsprozess von späten Schwangerschaftsabbrüchen innerhalb des gesetzlichen Rahmens in Grossbritannien. Ziele und Fragestellung werden klar formuliert und begründet. Gewählt wurde ein qualitati-

ver Forschungsansatz mit Inhaltsanalyse als Studiendesign. Für Interviews angefragt wurde eine unbekannte Zahl von Ärzten und Hebammen aus vier britischen Fetalmedizinstationen. Neun Ärzte und sechs Hebammen haben sich für Interviews bereit erklärt.

Literatur zum Thema wird keine aufgezeigt, da zum Zeitpunkt der Durchführung keine vorhanden gewesen sei. Die rechtlichen Grundlagen in Grossbritannien werden dargestellt. Schwangerschaftsabbrüche sind, mit Begründung einer kindlichen Fehlbildung, ohne Obergrenze des Gestationsalters möglich.

Die 15 semi-strukturierten Interviews wurden sechs Jahre vor Veröffentlichung der Studie durchgeführt und dauerten etwa 45 Minuten. Die Fragen wurden vorgängig durch Diskussionen innerhalb des Forscherteams entwickelt. Die Interviews wurden anschliessend kodiert und Themen, welche von den Teilnehmern zusätzlich aufgeworfen wurden, mit eingeschlossen.

Relevante Ergebnisse der Studie sind die Einstellung der Teilnehmer zu Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund einer fetalen Anomalie, Ausbildungs- und Unterstützungsbedarf des medizinischen Fachpersonals und ethische Implikationen dieses Aspektes der beruflichen Tätigkeit.

4.3. Ethical Decision-making in Prenatal Diagnosis and Termination of Pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives (Garel et al., 2002)

Die Studie von Garel et al. (2002) untersucht Konflikte und ethische Probleme von medizinischem Fachpersonal, welches in Pränataldiagnostik und späten Schwangerschaftsabbrüchen involviert ist. Sie war Teil eines intereuropäischen Projektes. Ziele und Fragestellung werden aufgezeigt und begründet. Bei der Studie handelt es sich um einen qualitativen Forschungsansatz mit einer Inhaltsanalyse als Studiendesign. Für Interviews angefragt wurden alle vollzeit arbeitenden Ärzte und die Hälfte der vollzeit arbeitenden Hebammen aus drei Tertiärkliniken für Frauenheilkunde in Frankreich. 17 Geburtshelfer und 30 Hebammen erklärten sich bereit für die Teilnahme.

Im theoretischen Hintergrund zeigt die Studie die rechtlichen Aspekte in Frankreich. Für Schwangerschaftsabbrüche besteht keine Obergrenze des Gestationsalters bei erheblicher Wahrscheinlichkeit einer fetalen Anomalie. Weiter wird Literatur aufge-

führt, welche ethische Dilemmata diskutieren. Die Einbindung des Erlebens von medizinischem Fachpersonal innerhalb dieser Literatur sei spärlich.

Die 47 semi-strukturierten Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von 60 Minuten, wurden drei Jahre vor Veröffentlichung der Studie durchgeführt. Die Fragestellungen wurden vorgängig definiert. Die Interviews wurden codiert. Themen, welche durch die Teilnehmer während den Interviews aufgeworfen wurden, wurden in die Analyse integriert

Die für diese Arbeit relevanten Ergebnisse sind die Sichtweise und Gefühle der Befragten zu ethischen Problemen aufgrund von Pränataldiagnostik und späten Schwangerschaftsabbrüchen, Praxis und Einstellung zu selektiven, späten Schwangerschaftsabbrüchen und Praxis und Einstellung zu Fallbesprechungen innerhalb von Behandlungsteams.

4.4. Ergebnisse aus Studien

4.4.1. Der Entscheidungsfindungsprozess

Gemäss Cignacco (2002) ist die Hebamme die ausführende Instanz bei späten Schwangerschaftsabbrüchen. Sie informiert die Frauen über den Ablauf, verabreicht die Medikamente und begleitet sie während der Geburt und der postpartalen Phase. Sie trifft die Eltern oft zum ersten Mal, wenn die Frau für ihren Abbruch in die Klinik eintritt. Zu diesem Zeitpunkt ist die Entscheidung gefallen und die Hebamme hat diese zu akzeptieren. Sie übernimmt erzwungenermassen die Verantwortung eines Eingriffs ohne in den Prozess, welcher dazu geführt hat, involviert worden zu sein. In diesem Fall ist nach Cignacco (2002) die Hebamme eine passive Partnerin und fühlt sich von den Vorgängen ausgeschlossen.

Ich bin nur die Person, welche die Arbeit auszuführen hat. Ich habe nichts dazu zu sagen was passiert und weiss nichts darüber, wie die Eltern zu ihrer Entscheidung gekommen sind. Ich bin nur ein Instrument im Prozedere. (Cignacco, 2002, S. 184)¹

„Wir fragen uns, ob wir nicht gesunde Kinder abtreiben.“ (Garel et al., 2002, S. 812).

¹ Dieses und folgende Zitate wurden durch die Autorin aus dem Englischen übersetzt.

Bei normalen Geburten sei die Hebamme meist informiert über Wünsche und Vorstellungen der werdenden Eltern und sieht sich als aktive Partnerin in der Beratung und Begleitung der Schwangeren und Gebärenden (Cignacco, 2002).

In den meisten Kliniken gibt es keine Richtlinien und Empfehlungen, welche Anomalien als schwerwiegend genug gelten, um einen späten Schwangerschaftsabbruch zu rechtfertigen. Entscheidungen werden von Fall zu Fall getroffen, was dazu führen kann, dass bei gleichen Fehlbildungen nicht gleich gehandelt wird. Soziale, psychische und medizinische Faktoren spielen in der Entscheidungsfindung eine Rolle. Die befragten Ärzte gingen einig darin, dass ein Abbruch bei letalen Anomalien angeboten werde. Für andere Fehlbildung müsse sichergestellt sein, dass, vor Gericht gestellt, das Risiko und der Schweregrad der Anomalie innerhalb des gesetzlichen Rahmens stünden. Ob ein Abbruch angeboten werde, hänge von der persönlichen Haltung des Fachpersonals ab (Statham et al., 2006). Die Not der Frau sei als Indikation für einen Spätabbruch anzusehen (Garel et al., 2002).

4.4.2. Die professionelle Haltung zu späten Schwangerschaftsabbrüchen

In manchen Fällen sei ein Abbruch, auch spät in der Schwangerschaft, das kleinere Übel. Der Abbruch verhindere Geburten von behinderten Kindern, welche ansonsten entsetzliche Leben für die betroffenen Kinder und Familien zur Folge hätten. Manche ergänzten, dass ein Abbruch einem vernachlässigten Kind vorzuziehen sei (Garel et al., 2006).

Gemäss Cignacco (2002) werden Hebammen bei der Durchführung von Spätabbrüchen mit ihrer Berufsauffassung konfrontiert, da sie die Rolle der Abtreiberin einnehmen. Die befragten Hebammen waren klar in ihren Aussagen, dass die Durchführung eines späten Schwangerschaftsabbruchs, wie eine normale Geburt zur Arbeit einer Hebamme gehöre. Unabhängig von Werthaltung und Moralvorstellung sei die Entscheidung der Frau oder des Paares mit möglichst wenig Vorurteilen zu akzeptieren. „Es ist die Entscheidung der Frau. Ich bin da um ihr zu helfen. Und das ist was ich tue...und ich tu es für die Frau; Ich leiste einen Dienst für sie. Dazu bin ich da.“ (Cignacco, 2002 S. 185). Ein Abbruch wird als Teil des Gebärdprozesses beschrieben, welcher ein Teil der Arbeit in der Geburtshilfe darstellt (Cignacco, 2002).

Statham et al. (2006) berichten in ihren Ergebnissen über die Entscheidung von Ärzten späte Schwangerschaftsabbrüche anzubieten. Da auch in Grossbritannien keine Richtlinien vorhanden sind, welche Anomalien als Grund für eine Termination anzusehen sind, liege es in der Verantwortung der Ärzte einen Abbruch anzubieten oder nicht. Eine der interviewten Personen von Statham et al. (2006) dazu:

„Für alle mit einem Down Syndrom werde ich gerne eine Termination vornehmen. Aus dem einfachen Grund, dass – und ich glaube nicht daran, dass wir alle Down Syndrome abbrechen sollten, im Gegenteil – aber wir bieten Pränataldiagnostik an ... wenn also ein Down Syndrom entdeckt wird glaube ich, dass das Mindeste was du tun kannst ist, ihnen einen Abbruch anzubieten. Wenn sie möchten.“ (S. 1407).

4.4.3. Das persönliche Erleben mit Spätinterruptiones

Obwohl als Teil ihrer Aufgabe gesehen, hadern manche Hebammen damit, diese Arbeit ausführen zu müssen. Laut Cignacco (2002) tragen sie eine schwere emotionale Bürde, welche Trauer, Wut, Hilflosigkeit, widersprüchliche Gefühle und Unsicherheit beinhaltet. Auf der einen Seite seien sie Unterstützerinnen beim Erschaffen neuen Lebens, auf der anderen läuten sie die „[...]Totenglocke“ (S. 184). Die Akzeptanz, dass eine Abbruch (aus welchen Gründen auch immer) nötig ist, heisse nicht zu akzeptieren, dass es zwingendermassen auch einfach ist (Statham et al. 2006). Einige der befragten Hebammen schienen unsicher, ob ein Schwangerschaftsabbruch wirklich zu den ihnen zugeteilten Aufgaben gehöre. Alle der befragten Hebammen machten ihrem Unbehagen Ausdruck, dass ein später Schwangerschaftsabbruch der Verlust eines Lebens bedeute. Gemäss Cignacco (2002) zeigen die durchgeführten Interviews, dass die Gefühle gegenüber dem Kind unterdrückt würden. Weiter zeigen sie, dass viele persönlich stark betroffen sind. Manche haben in ihren Interviews zugegeben, dass sie sich nicht lange mit der Thematik beschäftigen können und wollen, da sie sonst ihrer professionellen Tätigkeit nicht mehr nachgehen könnten. „Und ich glaube, bis zu einem gewissen Ausmass denke ich einfach nicht daran; weil ich mit meiner Arbeit weiter machen muss.“ (Cignacco, 2002, S. 187)

In Kliniken, welche regelmässig, teils obligatorische Fallbesprechungen zum Umgang mit Spätinterruptiones anbieten, besagen die Rückmeldungen, wie wichtig diese sei-

en. Sie helfen emotionale und stressige Situationen zu bewältigen, Zweifel und Bedenken zu teilen und so einander zu stärken. Einige Hebammen erachteten es als notwendig, dass mehr Diskussionen stattfänden, um ihre Anliegen verbalisieren zu können (Garel et al., 2002, Statham et al., 2006).

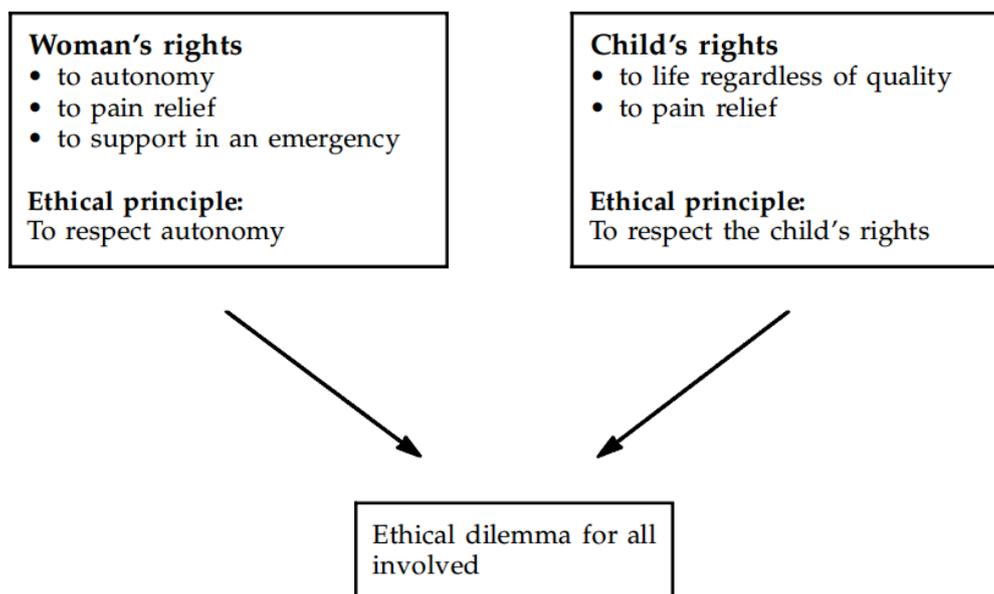
Der Entscheid, ob ein Fetozid vorgenommen wird oder nicht liegt meist beim Arzt, mit der Absicht, dass das Kind nicht lebend geboren wird. Von den meisten Studienteilnehmern wurde der Fetozid als rechtlich im Graubereich liegend empfunden (Statham et al., 2002).

Einige Ärzte bedachten die Situation der Hebammen. Auch wenn ein Kind aufgrund einer Fehlbildung postpartum sicher sterben würde, sei das Begleiten der Geburt schwerer, wenn das Kind lebend zur Welt käme.

„Ich würde nicht darauf bestehen. Ich würde sie einfach über das Risiko informieren, dass das Kind lebend zur Welt kommt ... dass sie das Personal, welches sie begleiten wird in eine entsetzliche Lage bringen, wenn das Baby lebend geboren wird.“ (Statham et al., 2002, S. 1409)

4.4.4. Ethische Fragen

Abb. 2 Grafik, welche den Hebammen während den Interviews gezeigt wurde (Cignacco, 2002)



Als schwierigstes ethisches Problem wird die Grundsatzfrage genannt, wann ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer Fehlbildung vorgenommen werden darf. Anomalien, welche von den Eltern als schwerwiegend empfunden, medizinisch be-

trachtet aber nicht als gravierend betrachtet werden (wie z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Klinefelter- oder Turner-Syndrom), werfen die Frage auf, wo die Grenzen liegen (Garel et al. 2002). Cignacco (2002) bricht diese Problematik auf eine Grafik hinunter, welche sie den befragten Hebammen während den Interviews vorlegte (Abb. 1). Alle befragten Hebammen hätten das Recht der Frau auf Autonomie über die berufliche Verpflichtung das Leben eines Kindes zu erhalten gestellt. Sie sähen sich in erster Linie als Berufsgattung, welche die Verpflichtung hat, das Wohlbefinden der Schwangeren und ihr Recht auf Selbstbestimmung zu gewährleisten.

Nach Garel et al. (2002) bedenken die Studienteilnehmer die Frage, ob Leben in jedem Fall erhalten werden soll, mit welchen Mitteln und Opfern, sowohl für die Frau, als auch die Gesellschaft. Die Gesellschaft werde immer perfekter und akzeptiere keine Anomalien. Dies riskiere eugenische Methoden. Es sei zu bedenken welcher Status einem Kind mit Anomalien in unserer Gesellschaft zugeschrieben werde (Garel et al., 2002).

5. Diskussion

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die Studien auf ihre Limitierungen hin bewertet und die Ergebnisse in Bezug zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit gesetzt. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse der Studien miteinander verglichen, diskutiert und in Bezug gesetzt zum theoretischen Hintergrund gesetzt.

5.1. Limitierungen der Studien

5.1.1. *Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy (Cignacco, 2002).*

Die Forscherin weist in ihrer Studie selber auf einige Limitationen hin. So weist sie auf einen Bias hin: Sie sei nicht a priori gegen späte Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer kindlichen Fehlbildung, habe aber als Hebamme diesen Teil ihres Berufes immer als sehr anstrengend empfunden. Weiter sei das Befragen von Kolleginnen als kritisch zu beurteilen, da nicht auszuschliessen sei, dass die Befragten das Gefühl hätten, sie müssten gesellschaftlich akzeptierte Antworten liefern. Vom angefragten Team hätten sieben Hebammen auf eine Teilnahme verzichtet. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass genau diese Hebammen Mühe hätten mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Da verzichtet wurde, die Teilnehmerverweigerung zu erfragen, könne die Studie gemäss Cignacco (2002) einem Selektionsbias unterliegen. Möglicherweise hätten jene Hebammen, welche eine Teilnahme verweigerten Probleme mit Spätabbrüchen und deshalb auf eine Teilnahme verzichtet.

Die Übersicht der Literatur wird nicht in die Diskussion der Ergebnisse miteinbezogen. Die Forscherin schreibt viel über die ethischen Aspekte der Thematik. Hier wäre spannend, welche ethischen Grundsätze und Theorien ihren Überlegungen zugrunde liegen. Es wurden ausschliesslich Hebammen aus einer Klinik befragt. Obwohl die Forschende keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse stellt, wäre die Befragung von Hebammen aus unterschiedlichen Kliniksettings spannend.

Bezug zur gewählten Fragestellung

Die Studie von Cignacco (2002) untersucht die für diese Arbeit relevante Themen des emotionalen Erlebens eines späten Schwangerschaftsabbruches, ihre berufliche Positionierung und den ethischen Konflikt, welchen Hebammen dabei erleben. Eine Abgrenzung zur Haltung der Hebammen zu Spätinterruptiones wird dabei nicht ge-

macht. Das Alter der Studie begrenzt eine Übertragung auf aktuelles Erleben von Hebammen, da sich in dieser Zeit viel getan hat bzgl. Gesetzen und gesellschaftlicher Einstellung.

5.1.2. Late Termination of Pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units (Statham et al., 2006).

Statham et al. (2006) weisen darauf hin, dass die Studie mit nur 16 Befragten aus vier Abteilungen, die Aussagekraft limitiert. Da es sich um eine qualitative Studie handelt und diese keine Generalisierbarkeit beansprucht, empfindet die Autorin dies nicht als Limitation.

Auch diese Studie weist auf die Dürftigkeit der vorhandenen Literatur hin und beschränkt sich auf einen Überblick der Gesetzeslage im Untersuchungsland. Die in der Studie verwendeten Zitate werden nicht den Professionen zugeordnet. Da zu erwarten ist, dass sich Ärzte und Hebammen in ihrer Haltung und ihrem Erleben unterscheiden, wäre dies spannend zu wissen. Eine Interpretation der Ergebnisse durch Aussenstehende wird so erschwert.

Bezug zur gewählten Fragestellung

Es wurden sowohl Geburtshelfer als auch Hebammen befragt. In den Ergebnissen wurde nur wenig Spezifisches in Bezug zu Hebammen, jedoch viel zu den Ärzten geschrieben. Da in der vorliegenden Bachelorarbeit die Sichtweise der Hebamme untersucht wird, stellt dies eine Limitierung dar. Es muss angenommen werden, dass sich die Aussagen der beiden Professionen entsprachen. Weiter untersucht die Studie die Haltung gegenüber dem Abtreibungsgesetz in Grossbritannien. Dies erschwert den Vergleich innerhalb der Studien.

5.1.3. Ethical Decision-making in Prenatal Diagnosis and Termination of Pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives (Garel et al., 2002).

Die Autoren der Studie weisen darauf hin, dass nur Personal aus Tertiärkliniken befragt wurde. Dieses sei auf Hochrisikoschwangerschaften und -geburten spezialisiert. Die Daten reflektieren daher jene Gruppe der Profession, welche häufig mit komplexen ethischen Dilemmata konfrontiert wird. Es können deshalb keine Angaben darüber gemacht werden, ob die Ergebnisse der Studien auf das Gros der französischen Hebammen und Geburtshelfer übertragen werden könne. Aus Gründen, welche nicht genannt werden, wurden die Ergebnisse aus Interviews von fünf Ärzten

anderer Fachrichtungen nicht in die Analyse integriert. Diese Ärzte meldeten sich spontan um ihre Besorgnis über die ethische Problematik im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch auszudrücken.

Bezug zur gewählten Fragestellung

Die Ergebnisse der Studie von Garel et al. (2002) zeigen die Praxis der selektiven Schwangerschaftsbeendigung gemäss Hebammen und Ärzten der drei teilnehmenden Kliniken auf. Dies widerspiegelt nicht zwingend den Usus in den restlichen Kliniken des Landes. Dasselbe gilt für die Fallbesprechungen innerhalb der Kliniken. Auch in dieser Studie werden im Ergebnisteil Zitate verwendet, welcher nicht einer der beiden Professionen zugeordnet werden können, was eine Interpretation erschwert.

5.2. Diskussion der Studien

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse miteinander verglichen und unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes und weiterführenden Literatur diskutiert.

5.2.1. Entscheidungsfindungsprozess

Betreut eine Hebamme eine physiologische Geburt, ist sie aktive Partnerin im Geburtsgeschehen. Sie weiss um Wünsche und Bedürfnisse der Frau/ des Paares Bescheid und handelt entsprechend (Harder, 2013). Kommt eine Frau für eine Spätinterruptio in die Klinik, kann die betreuende Hebamme nicht sicher sein, dass die Entscheidung der Frau auf umfassenden Informationen gründet (Cignacco, 2002). Gemäss Punkt B des Hebammenkompetenzprofils soll eine Entscheidungsfindung nach evidenzbasierter Information der Frau erfolgen (KFH, 2009). In der Schweiz ist dies gemäss Cignacco (2002) bei der Durchführung von späten Schwangerschaftsabbrüchen häufig nicht der Fall. Der Hebamme wird ein Teil ihres Kompetenzbereiches abgesprochen. Weiter besagt das Kompetenzprofil unter Punkt A, dass die Hebamme die Verantwortung für Aufgaben übernimmt, welche von ihr durchgeführt werden (KFH, 2009). Jedoch wird auch in diesem Fall die Kompetenz der Hebamme beschnitten. Sie nimmt einen Eingriff vor, ohne in den vorhergegangenen Prozess welcher zu diesem geführt, hat involviert worden ist (Cignacco, 2002).

Gemäss den behandelten Studien, erleben auch die Geburtshelfer einen Entscheidungsfindungsprozess. Sie müssen sich entscheiden, einen Spätabbruch anzubieten oder nicht. In manchen Kliniken wird dies in interdisziplinären Teams erörtert. Teil-

weise sind auch Hebammen in diesen Teams vertreten (Garel et al., 2002). Der gesetzliche Rahmen, ob und wann eine Spätinterruptio angeboten werden darf, ist in den meisten der untersuchten Ländern nicht eindeutig. Keine klaren Richtlinien sind vorhanden. So ist die betreuende Person/das betreuende Team selber verantwortlich, nach persönlichen, sozialen und ethischen Gesichtspunkten zu einer Entscheidung, für oder gegen das Angebot einer Spätinterruptio, zu gelangen (Statham et al., 2006). In der Schweiz entscheiden Ärzte nicht autonom darüber, ob ein Abbruch angeboten wird oder nicht. Dies wird durch die Kliniken entschieden, wobei der Arzt, gleich wie die Hebamme nur ausführende Instanz ist (telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Universitätsspitals Basel).

5.2.2. Die professionelle Haltung mit Spätabbrüchen

Die Begleitung der Frau bei einem späten Schwangerschaftsabbruch sehen die meisten Hebammen als zu ihren Kompetenzen gehörend. Trotzdem gehöre es zu den emotional am meisten belastenden Arbeiten innerhalb des Hebammenberufs (Cignacco, 2002). Das Hebammenkompetenzprofil besagt unter Punkt A, dass Hebammen Frauen, Paare und Familien in der Zeit der reproduktiven Phase betreuen und begleiten (KFH, 2009). Dazu gehören neben Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, auch andere Phasen wie unerfüllter Kinderwunsch oder die Begleitung bei einem Schwangerschaftsabbruch. Demnach ist die Hebamme auch in ihrer Rolle als Abtreiberin Hebamme (Cignacco, 2002). Die Ambivalenz zwischen diesen beiden Bereichen der Hebammenarbeit stellt eine grosse Herausforderung dar. Angehende Hebammen sind sich bei Beginn der Ausbildung bewusst, dass die Tätigkeit im Zusammenhang mit Spätinterruptiones Teil ihres Aufgabengebietes ist. Dies ergibt eine nicht repräsentative Befragung des Studienjahrgangs der Autorin. Dies hat sich seit der Studie von Cignacco (2002), welche noch mit dem Berufsbeschrieb des Roten Kreuzes arbeitete verändert. 1994 festgehalten, gäbe es keine Hinweise, dass Hebammen mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen betraut werden. Auch hier jedoch, wird definiert, dass die Tätigkeit der diplomierten Hebamme, die ganze Phase der Fruchtbarkeit der Frau beinhaltet (Swiss Red Cross, 1998). Beide Kompetenzprofile zeigen also, wenn auch nicht eindeutig formuliert, dass die Begeitung von Frauen bei einem Schwangerschaftsabbruch, zu den Aufgaben einer Hebamme gehört, was die meisten der befragten Hebammen auch klar bejahen.

5.2.3. Das persönliche Erleben von Spätinterruptiones

Von medizinischem Fachpersonal wird erwartet, dass das persönliche Empfinden und Erleben, das Angebot und die Qualität der medizinischen Versorgung nicht einschränkt. Aus eigener Erfahrung der Autorin, ist dies in der Praxis nicht immer der Fall. Besonders in Situationen, welche die eigenen Vorstellungen von Moral nicht erfüllen.

Das Gewissen eines Arztes, sollte die medizinische Versorgung, soweit sie nach gesetzlichen Gesichtspunkten legal ist nicht beeinträchtigen (Savulescu, 2006). Diese Aussage kann auch auf die Arbeit der Hebammen übertragen werden. Obwohl die Kompetenz fehlt, die Medikamente für einen Abbruch zu verordnen, muss auch die Hebamme ihr Handeln im Zusammenhang mit der Begleitung der Frau und der Familie während des Schwangerschaftsabbruchs verantworten. Solange der Vorgang des Abbruchs legal ist, dürfen moralische Bedenken der Hebamme keinen Einfluss auf die Qualität ihrer Arbeit haben. Im Hebammenkompetenzprofil wird diese Aussage durch Punkt E gestützt, welcher besagt, dass die Hebamme die Eigenverantwortung der Frau/des Paares fördert und stärkt und demgemäss die gewählte Entscheidung akzeptiert und unterstützt (KFH, 2009).

Garel et al. (2002) berichten in ihren Ergebnissen, dass zwischen den Kliniken keine Unterschiede im Bezug zum Umgang mit Spätabbrüchen gefunden werden konnten. Sehr wohl jedoch zwischen den beiden befragten Berufsgruppen, der Ärzte und Hebammen. Hebammen seien aufgrund der erhöhten Affinität zu einer emotionalen Bindung und Identifikation mit der Betreuten stärker in den Prozess der Begleitung von Frauen bei einem Spätabbruch involviert. Hinzu kommt, dass Hebammen oft als Advokatin der von ihr betreuten Frauen auftreten, so definiert unter Punkt C des Hebammenkompetenzprofils. Es definiert die Hebamme als Teamworkerin, welche innerhalb eines Behandlungsteams die optimale Versorgung ihrer Klientin vertritt (KFH, 2009).

Fallbesprechungen, welche in manchen Kliniken durchgeführt werden, werden von Hebammen als wichtiges Mittel zur Verarbeitung und Teil des Entscheidungsfindungsprozesses empfunden. Jedoch hätten Hebammen nur wenig Möglichkeiten ihre Meinungen und Gefühle zu äussern (Garel et al., 2002). Die Geburtshilfe unterliege grossen Veränderungen im Bereich der Thematik des späten Schwanger-

schaftsabbruches, von welchen Hebammen stark betroffen seien. Sie bräuchten daher vermehrt Unterstützung im Umgang mit komplexen und stressreichen Situationen (Garel et al., 2002). Dies geht einher mit den Empfehlungen von Cignacco (2002), nach welcher die Verarbeitung primär individuell und mittels Unterdrückung der Gefühle geschieht und deshalb vermehrte innerklinische Möglichkeiten der Verarbeitung fordert.

Eine grosse Belastung für Hebammen, ist das gleichzeitige Betreuen von Frauen unter der Geburt und Frauen, welche für einen Spätabbruch im Gebärsaal sind (Cignacco, 2002). Begleitet eine Hebamme zeitgleich Frauen in diesen beiden Extremsituationen ist es für sie schwierig, erlebtes zu reflektieren und so zu verarbeiten.

5.2.4. Fetoqid

In Europa wird die Praxis des Fetoqid sehr unterschiedlich gehandhabt (Habiba, 2009). Ziel des Fetoqid ist, dass das Kind nach einem späten Schwangerschaftsabbruch bereits tot zur Welt kommt und so keine Situationen entstehen, in welchen eine medizinische Fachperson gezwungen ist das Kind entgegen der ursprünglichen Intention zu reanimieren, wie dies in manchen Europäischen Ländern dem Gesetz entspricht. Statham et al. (2002) bedenken in ihrer Studie die Arbeit und das Erleben des Teams. So gehöre die Geburt eines vitalen Kindes nach einem späten Schwangerschaftsabbruch zu den traumatisierenden Ereignissen innerhalb der Geburtshilfe, weshalb ein präpartaler Fetoqid vorzuziehen sei. Mit der Geburt erhält ein Kind Rechte. Dies kann dazu führen, dass Ärzte gezwungen sind, ein Kind nach einer Spätinterruptio zu reanimieren, was zum Überleben eines nicht gewünschten Kindes führen kann. Dies birgt für den betroffenen Arzt die Gefahr einer Anklage durch die Eltern. Die Praxis des Fetoqid ist noch immer in vielen Ländern ein Tabuthema und so bestehen mehrheitlich nur anonyme Aussagen, wie diese Praktik tatsächlich gehandhabt wird.

Die Studie von Garel et al. (2002) zeigt auf, dass in manchen Ländern auch postpartum Fetoqide durchgeführt werden. Keines dieser Länder kennt Gesetze, welche dies zulassen würden. Die durchführenden Fachpersonen liegen mit dieser Massnahme in der Illegalität. Meist werden diese postpartalen Fetoqide aus Rücksichtnahme der Eltern vorgenommen, da in den meisten der Untersuchten Ländern die Behandlungspflicht von Neugeborenen mit Lebenszeichen gelten (Marteau et al., 1994).

5.2.5. Ethische Aspekte

Das Schweizer Gesetz sieht nicht vor, dass späte Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer kindlichen Fehlbildung vorgenommen werden. Tatsache jedoch ist, dass dies oft der Grund darstellt, weshalb der Eingriff vorgenommen wird (Wewetzer, 2008). Die seelische Notlage der Frau, wie sie nach Schweizer Gesetz gefordert wird, gilt in diesen Fällen als Begründung. Dies führt dazu, dass geburtshilfliche Teams in ihrer Arbeit häufig ethischen Konflikten und Dilemmata ausgesetzt sind. Dies aus dem Grund, dass meist zwei Leben von einer Entscheidung betroffen sind. Solange ein Kind noch nicht geboren ist, besitzt es nach Schweizer Gesetz keine eigene Rechte. Dies führt dazu, dass meist das Wohl der Mutter in den Vordergrund rückt und entsprechend gehandelt wird. Im Falle eines späten Schwangerschaftsabbruches auf Wunsch einer Frau, gilt deshalb das medizinethische Prinzip des Respekts vor der Autonomie der Patientin. Gleichzeitig gelten die Prinzipien des Nicht-Schadens und der Fürsorge.

Dieser gesetzliche Graubereich, kann für medizinisches Fachpersonal, welches entsprechende Fälle betreut eine belastende Situation darstellen. Es führt eine Handlung durch, hinter welcher es unter Umständen nicht stehen kann.

Eine grosse Belastung für betroffenes Personal ist, wenn Schwangerschaften aufgrund von Anomalien welche medizinisch als nicht gravierend gelten abgebrochen werden. Ärzte haben das Recht, ihre Einwilligung zu einem Abbruch zu verwehren (Garel et al. 2002). Statham et al. (2006) schreiben, dass, so lange keine rechtlich verbindlichen Listen bestehen, es immer Anomalien geben wird, welche die einen als Terminationsgrund sehen und andere nicht. Zu bedenken ist hierbei, dass das Recht auf Verweigerung von ärztlicher Seite in der Theorie so definiert ist. In Kliniken, welche Schwangerschaftsabbrüche anbieten stellt die Bereitschaft Terminationen durchzuführen auch für Ärzte eine Anstellungsvoraussetzung dar. Dies gilt auch für die Hebammen in der Schweiz. Sie begleiten die Frauen unabhängig davon, ob sie den Grund des Abbruchs für sich selber ethisch vertreten können oder nicht.

Nach Statham et al. (2006) ist es wichtig, dass sich das Personal seiner eigenen Gefühle, einschliesslich der Ambivalenz welche sich aus der Thematik ergibt bewusst ist und so besser mit entsprechenden Situationen umgehen und Konflikte benennen kann.

Cignacco (2002) schreibt, dass Hebammen im Klinikalltag keine wirkliche Wahl hätten, sich gegen das Ausführen eines Spätabbruchs auszusprechen. Daraus folge, dass sie das Recht der Frau zur Selbstbestimmung höher stellen, als die kindlichen Rechte. Sie unterdrücken ihre Gedanken bezüglich des Kindes um nicht in einen inneren ethischen Konflikt zu geraten. Hebammen hätten nicht gelernt, eine ethische Entscheidung zu treffen und sich so differenziert mit der Situation auseinander zu setzen und ihr Handeln entsprechend darauf auszurichten. Das aktuelle Hebammenkompetenzprofil besagt dazu unter Punkt G, dass Hebammen ethische Verantwortung in unterschiedlichen Kontexten wahrnehmen und verantworten (KFH, 2009). Es ist daher anzunehmen, dass aktuell dieser Punkt während der Ausbildung einen höheren Stellenwert innehat als in der Vergangenheit.

6. Schlussfolgerung

Die vorliegende Literaturarbeit zum Erleben von Hebammen bei späten Schwangerschaftsabbrüchen im Zusammenhang mit der Diagnose von kindlichen Anomalien, zeigt, dass es sich dabei um ein noch wenig untersuchtes Forschungsgebiet handelt. Dies zeigt die geringe Zahl an gefundenen Studien. Erschwert wird die Diskussion der vorhandenen Forschung dadurch, dass obwohl sich die Kulturen innerhalb Westeuropas gleichen, die Einstellungen zu Schwangerschaftsabbruch, Fetozid und behinderten Kindern als Teil der Gesellschaft stark variieren. Weiter ist auch ein Vergleich innerhalb der Studien schwierig, da Hebammen in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedliche Kompetenzen innehaben.

Es ist zu erwarten, dass die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik auch in Zukunft weiter zunehmen. Gleichzeitig nimmt auch das Durchschnittsalter der Erstgebärenden weiter zu, was zu häufigeren kindlichen Anomalien führt (BFS, 2013a). Daraus resultiert die Annahme, dass zukünftig mehr Schwangerschaftsabbrüche aufgrund kindlicher Anomalien durchgeführt werden. Hebammen sind von dieser Entwicklung besonders betroffen, da sie die Frauen in diesen Situationen bei den entsprechenden Abbrüchen begleiten.

6.1. Theorie-Praxis-Transfer

Hebammen, welche Frauen im Prozess eines Spätabbruches begleiten, sollten nicht gezwungen sein, gleichzeitig Frauen unter der Geburt zu betreuen. Der Wechsel zwischen diesen beiden Extremsituationen sollte nach Möglichkeit vermieden werden, um der Hebamme gebührend Zeit und Raum zu zugestehen damit sie die Frau/das Paar in dieser schwierigen Lage optimal begleiten kann.

Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung (United Nations, 2013). Dies beinhaltet, dass eine schwangere Frau entscheiden darf, welche Form ihr Leben haben soll. Stellt die Geburt und das Aufziehen eines Kindes mit Anomalien für die Frau ein Problem dar, hat sie das Recht auf Erleichterung ihres Leidens und somit das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch. Das Kind auf der anderen Seite, bekommt sein Recht erst mit dem Zeitpunkt seiner Geburt zugesprochen. Wie in Abb. 2 gezeigt, kann dies für das betreuende geburtshilfliche Team zu einem ethischen Konflikt führen. Es gilt die entsprechende Kompetenz der Hebamme, welche unter Punkt G des Hebammenkompetenzprofils beschrieben wird zu stärken und das geburtshilfliche

Team nach Möglichkeit vermehrt in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, welche zu ethischen Dilemmata führen können.

6.2. Offenen Fragen

Eine ausführliche Diskussion der ethischen Aspekte zu Schwangerschaftsabbrüchen im Zusammenhang mit der Diagnose von kindlichen Anomalien hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt. Durch die stete Zunahme von Möglichkeiten in der Pränataldiagnostik ist diese Thematik laufendem Wandel unterworfen. Weitere Forschung ist nötig um ein Verständnis zu entwickeln, mit welchen Themen sich Hebammen in diesen Situationen auseinandersetzen, wie ihre Bewältigungsstrategien und –prozesse aussehen und so besser in ihrer Arbeit unterstützt werden können.

7. Verzeichnisse

7.1. Literaturverzeichnis

Beauchamp, T., & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2013a). Durchschnittsalter der verheirateten Mütter bei der Erstgeburt. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/07.htm> I abgerufen am 21. April 2013.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2013b). Fortpflanzung, Gesundheit der Neugeborenen - Daten, Indikatoren. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/03.html> abgerufen am 31. März 2013.

Cignacco, E. (2002). Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nursing Ethics*, 9 (2), 179-191.

Fiala, C., Eppel, W., & Schneider, H. (2011). Ungewollte Schwangerschaft. In H. H. Schneider, & K.-T. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Ausg., S. 59-80). Heidelberg: Springer.

Fleming, V. (2012). Sterben am Lebensanfang. *hebamme.ch*, 10, 14.

Garel, M., Gosme-Seguret, S., Kaminski, M., & Cuttini, M. (2002). Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenatal Diagnosis*, 22, 811-817.

Habiba, M. e. (2009). Late termination of pregnancy: a comparison of obstetricians' experience in eight European countries. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 1340-1349.

Harder, U. (2013). Geburtsleitung und Betreuung der Gebärenden in der Eröffnungsperiode. In A. Stiefel, C. Geist, & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Ausg., S. 299-314). Stuttgart: Hippokrates.

KFH Projekt (2009) Abschlusskompetenzen FH Gesundheitsberufe, Abschlussbericht, genehmigt am 25.6.2009, Anhang 1, gekürzte Darstellung

- der Austrittskompetenzen in Anlehnung an The CanMEDS Roles Framework 2005.
- Lammert, C. e. (2002). *Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Marteau, T., Drake, H., & Bobrow, M. (1994). Counselling following diagnosis of a fetal abnormality: the differing approaches of obstetricians, clinical geneticists, and genetic nurses. *Journal of Medical Genetics*, 31, 864-867.
- Mayring, P. (1995). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Perinatalmedizin, Ö. G.-u. (2002). Konsensus-Statement "Spät-Abbruch". *Speculum*, 20(4), 4-5.
- RCOG. (2004). Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. Heruntergeladen von http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf abgerufen am 30. März 2013.
- Savulescu, J. (2006). Conscientious objection in medicine. *British Medical Journal*, 332, 294-297.
- Schmidt-Matthiesen, H., & Schauf, B. (2005). Regelwidrige Schwangerschaft. In H. W. Schmidt-Matthiesen (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe* (10. Ausg., S. 163-201). Stuttgart: Schattauer.
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) (2005). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: Selbstverlag.
- Stahl, K. (2008). *Evidenzbasiertes Arbeiten* (Broschüre). Hebammenforum.
- Statham, H., Solomou, W., & Green, J. (2006). Late termination of pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 1402-1411.
- StGB. (2001). Schweizer Strafgesetzbuch, Zweites Buch, Erster Titel, Artikel 119. Heruntergeladen von http://www.admin.ch/ch/d/sr/311_0/a119.html am 21. Februar 2013.
- Swiss National Science Foundation (SNF) (2011). *Lebensende - Nationales Forschungsprogramm NFP 67 - Ausführungsplan*. Bern: Selbstverlag.

Swiss Red Cross (1998). Bestimmungen des Schweizerischen Roten Kreuzes für die Ausbildung der Hebammen. Heruntergeladen von http://www.redcross.ch/activities/health/hocc/pdf/redcross_hebammen_best_5_d.pdf am 2. April 2013.

United Nations (1948). The Universal Declaration of Human Rights. Heruntergeladen von <http://www.un.org/en/documents/udhr/> abgerufen am 10. April 2013.

von Fournier, D. e. (2005). Gynäkologie und Geburtshilfe - Lehrbuch für Studium und Praxis (10. Ausg.). (H. W. Schmidt-Matthiesen, Hrsg.) Stuttgart, New York.

Wewetzer, C. (2008). *Spätabbruch der Schwangerschaft*. Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.

7.2. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Rollenmodell der Hebammenkompetenzen (KFH, 2009).....	8
Abb. 2 Grafik, welche den Hebammen während den Interviews gezeigt wurde (Cignacco, 2002).....	17

7.3. Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Auszug aus dem Hebammenkompetenzprofil (KFH, 2009).....	8
--	---

7.4. Wortanzahl

Abstract: ~ 200

Arbeit (exklusive Verzeichnisse, Tabellen und deren Überschriften, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung, Anhang): ~ 7200 Wörter

7.5. Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Piroska Ilona Zsindely

7.6. Danksagung

Hiermit möchte ich mich von Herzen bei folgenden Personen bedanken:

Peter Frei, weil ich nicht ans Kochen denken musste.

Laszlo Zsindely sen., für die väterlichen Kommentare und Ermutigungen.

Antonia Müller, für das Lektorat und die Ermutigungen im Endspurt.

Katrin Jenny, für das Lektorat und die Hilfe mit dem Formatieren.

Tobias Kisch, für die wissenschaftliche Unterstützung.

Gaby Hasenberg, für die gute Begleitung und Inputs.

8. Anhang

8.1. Glossar

Bias:

Eine Verzerrung bzw. ein Bias besteht in einem Fehler der Datenerhebung, der zu fehlerhaften Ergebnissen einer Untersuchung führen kann.

Eugenik:

Oder Eugenetik bezeichnet seit die Anwendung wissenschaftlicher Konzepte auf die Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik mit dem Ziel, den Anteil positiv bewerteter Erbanlagen zu vergrößern (positive Eugenik) und den negativ bewerteter Erbanlagen zu verringern (negative Eugenik).

Gestationsalter:

Gestationsalter, Alter des ungeborenen Kindes bzw. Neugeborenen ab dem Zeitpunkt der Befruchtung.

Intrapartal:

Unter der Geburt.

Klinefelter-Syndrom:

Bezeichnet eine numerische Chromosomenaberration der Geschlechtschromosomen, die bei Jungen bzw. Männern auftritt. Menschen mit diesem Syndrom besitzen, abweichend vom üblichen männlichen Karyotyp (46, XY), ein zusätzliches X-Chromosom (47, XXY) in allen oder einem Teil der Körperzellen.

Narkose (Nebenwirkungen):

Gelegentlich:

- Bluterguss im Bereich der Einstichstelle der Venen-Kanüle
- Kältezittern in der Aufwachphase

Selten:

- Allergische Reaktionen gegen Narkosemittel, Lokalanästhetika, andere verwendete Medikamente oder gegen Gummiartikel (z.B. Latex), was sich durch Juckreiz, Hautauschlag, Schwellungen der Lippen und des Gesichts oder gar durch einen Asthmaanfall oder einen Kreislaufschock zeigt.
- Übelkeit und Erbrechen sind mit den heute verwendeten Anästhesie-Mitteln selten.
- Die gefürchteten Komplikationen wie Herz-, Kreislauf- oder Atemversagen mit einer möglichen Schädigung von wichtigen Organfunktionen, besonders des Gehirns, oder gar Todesfolge sind sehr selten

Prostaglandine (Nebenwirkungen):

Fieber / Kopfschmerzen / Rückenschmerzen / Benommenheit / Erbrechen /

Übelkeit / Krämpfe im Bauchraum / Diarrhoe. Blutdruckabfall* / Tachykardie / Hypertonie / Bradykardie / Bronchokonstriktion* / vorzeitiger Verschluss des Ductus arteriosus* Zittern (Misoprostol) Uterine Überstimulation mit und ohne Alteration der kindlichen Herzfrequenz, Disseminierte intravasale Gerinnungsstörung, Wärmegefühl in der Vagina, Myokardischämie mit allen denkbaren Folgen, Störung der Wasser- und Elektrolytausscheidung

Plazenta:

Mutterkuchen.

Plazenta praevia:

Vor den inneren Muttermund vorliegende Plazenta.

Portio:

Unterer Teil des Gebärmutterhalses (Zervix) der den Muttermund bildet.

postpartalen Phase:

Bezeichnet die Zeit nach der Geburt.

Pränatdiagnostik:

Dient der Früherkennung von Entwicklungsstörungen und genetischen Schäden des ungeborenen Kinds sowie der Entdeckung einer Reihe von Schwangerschaftskomplikationen.

Präpartal:

Vor Einsetzen der Geburt.

Ruptur:

Einreißen der Gebärmutterwand im Zusammenhang mit der Wehentätigkeit.

Saugkürettage:

Saugkürettage, stossweises Entleeren der Gebärmutterhöhle mit einem elektrischen Absauggerät.

Sectio caesarae:

Kaiserschnitt

Spätinterruptiones:

Später Schwangerschaftsabbruch, siehe Definition unter Kapitel 3.1.1

transabdominalem Ultraschall:

Durch die Bauchdecke ausgeführter Ultraschall

Turner-Syndrom:

Das Ullrich-Turner-Syndrom ist eine numerische Chromosomenaberration mit einem fehlenden oder strukturell fehlerhaften X-Chromosom bei weiblichem Karyotyp.

Uterus:

Gebärmutter

Zervix:

Gebärmutterhals

8.2. Therapieschema Spätabbruch nach Fiala et al. (2011)

- Mifegyne®: 600mg als Einmaldosis p.o. (= 3 Tbl.). Nach 24h Beginn mit Cytotec®:
 - o II. Trimenon (SSW 14-24):

Cytotec® 400µg p.o. (= 2 Tbl.) alle 3-4 h bis zur Ausstossung, nach der 3. Dosis eine Nacht Pause.
 - o III. Trimenon (ab 24. SSW):

Cytotec® p.o., Beginn mit 50µg (=1/4 Tbl.), alle 3-4 h Verdoppelung der Dosis (maximale Dosis 400µg), nach der 3. Dosis eine Nacht Pause.
Bei fehlender Ausstossung am nächsten Morgen fortsetzen mit 400µg und alle 3-4 h wiederholen.

8.3. Hebammenkompetenzprofil

Berufsspezifische Kompetenzen des Studiengangs Hebamme (KFH, 2009)
A. Rolle der Expertin Hebamme Als Expertinnen führen Hebammen die berufsspezifischen Tätigkeiten aus und sind verantwortlich, im Gesundheitsversorgungssystem, die fachliche Führung in ihrem Berufsfeld zu übernehmen und entsprechende Entscheidungen und Beurteilungen zu treffen
B. Rolle der Kommunikatorin Als Kommunikatoren ermöglichen Hebammen vertrauensvolle Beziehungen in ihrem Umfeld und geben Informationen gezielt weiter.
C. Rolle des Teamworkers Als Teamworker partizipieren Hebammen effektiv innerhalb eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams.
D. Rolle des Managers Als Manager übernehmen Hebammen die fachliche Führung, tragen zur Effektivität der Organisation bei und entwickeln ihre eigene Berufskarriere.
E. Rolle des Health Advocates Als Health Advocates stützen sich Hebammen verantwortungsvoll auf ihre Expertise ab und nutzen ihre Einflussmöglichkeiten, um die Gesundheit und die Lebensqualität der Patienten / Klienten sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern.
F. Rolle des Lernenden und Lehrenden

Als Lernende und Lehrende engagieren sich Hebammen für ein lebenslanges Lernen, basierend auf einer reflektierten Praxis, sowie für die Entwicklung, Weitergabe und Anwendung von evidenzbasiertem Wissen.

G. Rolle als Professionsangehörige

Als Professionsangehörige setzen sich Hebammen für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft ein. Sie verpflichten sich der Ethik, und tragen Sorge zur eigenen Gesundheit.

8.4. Literaturrecherche

T: Trefferzahl; **R:** Relevant für die Fragestellung; **E:** Eventuell relevant für die Fragestellung

Keywords	Operatoren	Medline via Ovid	CINAHL	MiDirs
Late termination of pregnancy	-	T:33 R:4 E:3	T:16 R:3 E:2	T:19 R:2 E:2
Prenatal diagnosis, abortion	AND	T:460 R:3 E:10	T:241 R:6 E:13	T:243 R:7 E:11
Midwife, termination of pregnancy	AND	T:6 R:0 E:1	T:6 R:1 E:1	T:6 R:0 E:1
Prenatal diagnosis, termination of pregnancy	AND	T:217 R:4 E:17	T:76 R:0 E:5	T:507 R:3 E:11

8.5. Studienbeurteilung

Late Termination of Pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units (Statham et al., 2006).	
Titel	Gibt Inhalt eindeutig wider.
Abstract	Klar strukturiertes Abstract mit guter Übersicht der Studie.
Hintergrund	
aktueller Forschungsstand?	Wird nur ungenügend aufgezeigt. Ältere Studien zum Thema sind bekannt.
Ziel der Studie und Forschungsfrage	Haltung zu Abtreibungsgesetzen und Entscheidungsfindungsprozess zur Anbietung von Spätabbrüchen und Fetozyd.
Ziel klar formuliert?	Deutliche Formulierung des Ziels.
Forschungsfrage begründet?	Bis anhin keine Studie zur Erfahrung durch medizinisches Fachpersonal. Hohe Medienpräsenz.
Definition des Untersuchungsgegenstandes	Geburtshelfer und Hebammen, deren Erfahrung und Haltung zum Thema Spätabbruch.
Methode	
Forschungsansatz	
quantitativ oder qualitativ, Wahl begründet?	Qualitativ, nicht begründet.
Forschungsansatz angemessen?	Ja, da Erfahrungswerte untersucht werden wollen.
Studiendesign	
Studiendesign deutlich und begründet?	Inhaltsanalyse. Thematische Analyse der semi-strukturellen Interviews. Nicht begründet.

Studiendesign geeignet?	Ja, da Erfahrungswerte untersucht werden wollen.
Setting	
welches Setting?	Vier Englische Fetalmedizinstationen
Setting geeignet?	Ja
Teilnehmerinnen/Stichprobe	
Grösse	15 Geburtshelfer und Hebammen
Auswahl	Alle Geburtshelfer und Hebammen der Untersuchten Stationen wurde via dem jeweiligen Chefarzt angefragt.
Auswahlverfahren geeignet?	Ja
Wie viele Personen um Teilnahme gebeten und wie viele warum abgelehnt?	Keine Angaben.
Datenerhebung	
Wie und wann?	45 min. Interviews von Mai - August 200 und Anfang 2001
Methode geeignet?	Ja, da Erfahrungswerte untersucht werden wollen.
Instrument zur Datenerhebung beschrieben?	Interviewfragen wurden mittels Diskussionen innerhalb des Forschungsteams erarbeitet.
Datenerhebung durch?	Keine Angaben
Rolle der Forschenden?	Keine Angaben
Wenn durch mehrere Personen: Gleich durchgeführt?	Keine Angaben
Festhalten der Daten	Audioaufnahmen und Transkription der Interviews

Ethische Aspekte	
Ethikkomitee?	Cambridge Psychology Research Ethics Committee.
Einwilligung und Aufklärung der Teilnehmer	Erfolgte bei der Anfrage via Chefarzt
Freiwilligkeit deutlich?	Keine Angaben
Vertraulichkeit?	Ein unveröffentlichter Rapport der Studie wurde den Teilnehmern versandt und um Input, auch bezüglich Vertraulichkeit gebeten.
Datenanalyse qualitativ	
geeignete Auswertungsmethode?	Ja, Codierung durch zwei der Forschenden.
ersichtlich, wie Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt?	Ja
Ergebnisse zur Verifizierung an Teilnehmer zurück?	Ja, siehe oben.
Ergebnisse	
Darstellung klar und verständlich?	Darstellung der Ergebnisse klar und strukturiert. Zitate werden nicht Ärzten/Hebammen zugeordnet. Interpretation wird so erschwert.
alle erhobene Daten in Auswertung?	Keine Angaben
Merkmale der Teilnehmer beschrieben?	Berufserfahrung der Teilnehmenden.
Fehler od. Inkonsistenzen in den Ergebnissen?	Keine offensichtlichen.
Tabellen und Grafiken verständlich?	ja
Aussagen im Text und T/G übereinstimmend?	Ja

Unterstützen Zitate (qualitativ) die daraus gebildeten Kategorien?	Aussagen werden mittels Zitaten gestützt.
Diskussion	
Ergebniss im Zusammenhang mit ursprünglicher Fragestellung interpretiert und diskutiert?	Ja, ausführlich.
Im Zusammenhang mit vorhandenen Studien diskutiert?	Ja, vor allem Studien aus Sicht betroffener Eltern.
Grenzen der Studie benannt?	Kleine Zahl der Teilnehmer.
Eventuelle Fehler benannt?	Nein
klinische Relevanz diskutiert?	Thema, welches von betroffenem medizinischem Fachpersonal viel abverlangt aufgrund unter anderem aufgrund der unklaren Gesetzeslage.
Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	
Lassen sich Schlussfolgerungen/Empfehlungen ableiten?	Klarere Gesetzeslage erwünscht. Offene Diskussion der Thematik.
Angemessen in der Praxis umsetzbar?	Nur begrenzt, da die Individualität der Fälle verloren ginge.
Empfehlungen für weitere Forschung?	Beobachtung der stattfindenden Veränderung in der Haltung zu Spätabbrüchen der medizinischen Fachpersonen.
Literatur und andere Angaben	
Angaben eindeutig?	Ja
Findes sich alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?	

Ethical Decision-making in Prenatal Diagnosis and Termination of Pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives (Garel et al., 2002).

Titel	Zeigt die Thematik gut auf. Entscheidungsprozess in pränataler Diagnose und subsequentem Schwangerschaftsabbruch. Qualitative surveys gibt es nicht. Irreführung oder mangelnde Erfahrung.
Abstract	
vorhanden?	Ja, klar strukturiert und übersichtlich. Keywords werden genannt.
Hintergrund	
aktueller Forschungsstand?	Hintergrund wird detailreich aufgezeigt. Forschungsstand wie auch rechtliche Aspekte werden dargelegt.
Ziel der Studie und Forschungsfrage	Erforschung der Konflikte und ethischen Probleme von medizinischem Fachpersonal involviert in pränataler Diagnose und Schwangerschaftsabbruch. Einsicht in Entscheidungsfindungsprozess und medizinische Praktiken.
Ziel klar formuliert?	Wird deutlich aufgezeigt.
Forschungsfrage begründet?	Zunahme der Möglichkeiten innerhalb der pränatalen Diagnostik, aber keine entsprechende Zunahme der therapeutischen Möglichkeiten.
Definition des Untersuchungsgegenstandes	Entscheidungsfindungsprozess, medizinische Praktiken und die ethischen Dilemmas dahinter.
Methode	
Forschungsansatz	
quantitativ oder qualitativ, Wahl begründet?	qualitativ. Keine Angaben zur Begründung.

	Forschungsansatz angemessen?	Ja. Interviews, da es sich um Erfahrungswerte handelt.
Studiendesign		
	Studesign deutlich und begründet?	Inhaltsanalyse
	Studiendesign geeignet?	Ja
Setting		
	welches Setting?	Drei auf Frauenheilkunde und Neonatologie spezialisierte Kliniken in verschiedenen Regionen Frankreichs.
	Setting geeignet?	Ja, nach auffälligem Ultraschallbefund erfolgt i.d.R. Überweisung in Spezialklinik. Jedoch dadurch Limitierung der Daten.
Teilnehmerinnen/Stichprobe		
	Grösse	17 GeburtshelferInnen, 30 Hebammen
	Auswahl	Alle vollzeit angestellten GeburtshelferInnen und die Hälfte der vollzeit angestellten Hebammen (jede zweite im Alphabet)
	Auswahlverfahren geeignet?	Ja, weshalb nur die Hälfte der Hebammen angefragt wurden ist nicht angegeben.
	Einschluss-/Ausschlusskriterien?	Keine Angaben
	Wieviele Personen um Teilnahme gebeten und wieviele warum abgelehnt?	32 GeburtshelferInnen, 31 Hebammen, plus 5 unbekannter Profession. Mit zwei Ärzten und einer Hebamme konnten kein Interviewtermin gefunden werden, 5 Personen konnten aufgrund von Ferien oder Piquett nicht teilnehmen.
Datenerhebung		
	Wie und wann?	60min semi-strukturierte Interviews. May 1999 - März 2000
	Methode geeignet?	Ja, da es sich um Erfahrungswerte handelt.

Instrument zur Datenerhebung beschrieben?	Semistrukturierte Interviews
Datenerhebung durch?	Keine Angaben
Rolle der Forschenden?	Keine Angaben
Wenn durch mehrere Personen: Gleich durchgeführt?	Keine Angaben
Festhalten der Daten	Audioaufnahmen der Interviews mit anschliessender Transkribierung.
Ethische Aspekte	
Ethikkomitee?	Keine Angaben.
Einwilligung und Aufklärung der Teilnehmer	Wurden vorgängig mittels schriftlichem Handout aufgeklärt.
Freiwilligkeit deutlich?	siehe oben
Vertraulichkeit?	Wurde ausdrücklich zugesichert.
Datenanalyse qualitativ	
geeignete Auswertungsmethode?	Inhaltsanalyse
ersichtlich, wie Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt?	Analyse durch zwei verschiedenen Forscher, anschliessend Vergleich und Diskussion der Resultate. Gemeinsamer Entscheid auf Hauptthematiken
Ergebnisse zur Verifizierung an Teilnehmer zurück?	Keine Angaben
Ergebnisse	

Darstellung klar und verständlich?	Ja. Strukturiert und mit Zitaten unterlegt.
alle erhobene Daten in Auswertung?	Fünf Ärzte anderer Fachrichtungen (zwei GenetikerInnen, zwei AnaesthesistInnen, ein/e PaedaterIn) habe ein Interview gewünscht um ihre Besorgnis über ethische Situationen auszudrücken. Ihre Antworten wurden nicht in die Analyse miteinbezogen.
Merkmale der Teilnehmer beschrieben?	siehe oben
Fehler od. Inkonsistenzen in den Ergebnissen?	Keine Angaben
Tabellen und Grafiken verständlich?	Keine vorhanden
Unterstützen Zitate (qualitativ) die daraus gebildeten Kategorien?	siehe oben
Diskussion	
Ergebniss im Zusammenhang mit ursprünglicher Fragestellung interpretiert und diskutiert?	Ja
Im Zusammenhang mit vorhandenen Studien diskutiert?	Ja
Grenzen der Studie benannt?	Kleine Teilnehmerzahl aus ähnlichen Kliniken, keine Allgemeingültigkeit.
Eventuelle Fehler benannt?	Keine Angaben
klinische Relevanz diskutiert?	Ja,
Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	

Lassen sich Schlussfolgerungen/Empfehlungen ableiten?	Die Studie gibt Empfehlungen ab und fordert eine öffentliche Diskussion zum Thema.
Angemessen in der Praxis umsetzbar?	Ja.
Empfehlungen für weitere Forschung?	Thema werde im grösseren Kontext durch Hauptstudie erforscht.
Literatur und andere Angaben	
Angaben eindeutig?	Ja
Finden sich alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?	Ja
Finanzierung	Keine Angaben (Hauptstudie?)

Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy (Cignacco, 2002).	
Titel	Titel gibt den Inhalt deutlich wider. Hebammen und selektiver Schwangerschaftsabbruch. Im Konflikt zwischen beruflicher Pflicht und ethischer Verwirrung.
Abstract	
vorhanden?	Ja
klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie?	Gibt eine gute Übersicht. Wenig Strukturiert, Keywords werden genannt
Hintergrund	

	aktueller Forschungsstand?	Bis zum Zeitpunkt der Studie gäbe es keine Studien zu diesem Thema. Gibt aber eine Übersicht über die philosophischen Aspekte des Themas, bringt diese aber später nicht in die Diskussion oder sonst in die Studie ein. Scheint daher überflüssig.
Ziel der Studie und Forschungsfrage		
	Ziel klar formuliert?	Ja. Untersuchung wie Hebammen einen Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer fetalen Fehlbildung beurteilen und die Klarifizierung ihres ethischen Standpunktes.
	Forschungsfrage begründet?	Ja. Häufigeres Vorkommen von späten Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund besserer pränataler Diagnostik. Hebammen seien die ausführende Instanz, ohne vorher in den Entscheidungsprozess miteinbezogen worden zu sein.
Definition des Untersuchungsgegenstandes		Ja. Hebammen in einem Universitätsspital
Methode		
Forschungsansatz		
	quantitativ oder qualitativ, Wahl begründet?	Qualitativ. Ja, da weiterführende Fragen gestellt werden können und die Hebamme sich selber erklären kann.
	Forschungsansatz angemessen?	Ja. Erfahrungen und Gefühle werden erforscht.
Studiendesign		
	Studiendesign deutlich und begründet?	Inhaltsanalyse, begründet durch die Natur der Studie (Interviews). Analyse in deskriptivem Charakter, keine Allgemeingültigen Aussagen seien machbar.
	Studiendesign geeignet?	Ja.
Setting		

	welches Setting?	Ein (1) Universitätsspital
	Setting geeignet?	Wünschenswert wäre, wenn Hebammen aus verschiedenen Spitälern (andere Region, Reginalspital u.ä.) befragt worden wären.
Teilnehmerinnen/Stichprobe		
	Powerkalkulation?	Nein
	Auswahl	Alle in diesem Spital angestellten Hebammen der Gebärdabteilung wurden angefragt.
	Auswahlverfahren geeignet?	Ja
	Einschluss-/Ausschlusskriterien?	Nein, ausser oben genannte
	Wieviele Personen um Teilnahme gebeten und wieviele warum abgelehnt?	20 angefragt, 7 abgelehnt. Gründe unbekannt.
Datenerhebung		
	Wie und wann?	Interviews zw. 40 und 90 min, 1998. Keine Angaben zu Interviewort.
	Methode geeignet?	Ja, da eigene Erfahrungen erfragt werden
	Instrument zur Datenerhebung beschrieben?	Keine Angaben
	Wenn bestehendes Instrument >> Quelle?	Keine Angaben
	Wenn neu od. verändert :Validiert?	Keine Angaben
	Datenerhebung durch?	Keine Angaben

	Rolle der Forschenden?	Die Forschende ist selber Hebamme, es wird angenommen, dass sie die Daten selber erhoben hat.
	Wenn durch mehrere Personen: Gleich durchgeführt?	Keine Angaben
	Festhalten der Daten	Interviews wurden transkribiert.
Ethische Aspekte		
	Ethikkomitee?	Durch Ethikkomitee des Universitätsspitals genehmigt.
	Einwilligung und Aufklärung der Teilnehmer	Keine Angaben
	Freiwilligkeit deutlich?	Keine Angaben
	Vertraulichkeit?	Keine Angaben
Datenanalyse qualitativ		
	geeignete Auswertungsmethode?	Inhaltsanalyse nach Mayring
	ersichtlich, wie Kategorien und Konzepte aus den Daten entwi- ckelt?	Ja. Reduzierung des Interviews auf Passagen, welche die ausgesuchten Themen illustrierten, paraphrasieren und generalisierten. Ein Keystatement wurde formuliert. Aus diesen Passagen konnten zwei relevante Aspekte als Hauptresultate der Studie herausgelesen werden.
	Ergebnisse zur Verifizierung an Teilnehmer zurück?	Keine Angaben
Ergebnisse		
	Darstellung klar und verständlich?	Ja. Hauptthemen werden aufgezeigt und mit Zitaten illustriert und untermauert.
	alle erhobene Daten in Auswer-	Keine Angaben, ob Daten verworfen wurden.

	tung?	
	Rücklaufquote bei Fragebögen?	Kein Fragebogen verwendet
	Ausfallrate?	0 (Null)
	Merkmale der Teilnehmer beschrieben?	Alter und Erfahrung der Hebammen werden beschrieben.
	Fehler od. Inkonsistenzen in den Ergebnissen?	Resultate werden z.T. im Ergebnisteil bereits diskutiert.
	Tabellen und Grafiken verständlich?	Ja, eine Grafik, welche den Hebammen während des Interviews gezeigt wurde.
	Aussagen im Text und T/G übereinstimmend?	Ja
	Unterstützen Zitate (qualitativ) die daraus gebildeten Kategorien?	Untermauern die Aussagen im Text.
Diskussion		
	Ergebnis im Zusammenhang mit ursprünglicher Fragestellung interpretiert und diskutiert?	Ja.
	Im Zusammenhang mit vorhandenen Studien diskutiert?	Es seien zu diesem Zeitpunkt keine andere Studien vorhanden.
	Grenzen der Studie benannt?	Keine benannt.
	Eventuelle Fehler benannt?	Möglicher Bias durch die Forschende aufgrund ihres Hintergrundes. Mitarbeitende (Forschende zu die-

		sem Zeitpunkt im gleichen Spital angestellt?) zu Interviewten sei kritisch zu betrachten, da diese ev. das Gefühl hätten, sie müssten gesellschaftlich akzeptierte Antworten liefern. Möglichkeit eines Selektions-Bias. Die sieben Hebammen welche ihre Teilnahme verweigert haben sind möglicherweise genau jene, welche Mühe haben mit Schwangerschaftsabbrüchen.
	klinische Relevanz diskutiert?	Hebammen hätten nicht genügend Grundlagen, um ethische Entscheidungen zu fällen, da sie dies nicht gelernt hätten.
Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis		
	Lassen sich Schlussfolgerungen/Empfehlungen ableiten?	Interdisziplinäre Interventionen und spezifische Weiterbildung. Abgleich und Entwicklung von ethischen Konzepten und Grundlagen der Entscheidungsfindung um Hebammen vermehrt in ihrer Arbeit zu stützen.
	Angemessen in der Praxis umsetzbar?	Ja, jedoch mit Mehraufwand, was Zeit und Ressourcen kostet.
	Empfehlungen für weitere Forschung?	Nein
Literatur und andere Angaben		
	Angaben eindeutig?	Innerhalb des Textes ungenügen Zitiert.
	Findes sich alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?	Ja
Finanzierung		Keine Angaben