



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Department Gesundheitswissenschaften

Pränataldiagnostik und Sicherheitsempfinden
Eine quantitative Studie mit schwangeren Frauen

Abschlussarbeit zum Erwerb des akademischen Grades
Bachelor of Science
im Studiengang Gesundheitswissenschaften

vorgelegt von

Marlen Vogel

Matrikelnummer 2075667

Hamburg, den 09.02.2015

1. GutachterIn: Frau Prof. Dr. Angelica Ensel (HAW Hamburg)
2. GutachterIn: Herr Dipl.-Gesundheitswirt Gunnar Paetzelt (HAW Hamburg)

Abstract

Verfasserin	Marlen Vogel
Rahmen/Anlass	Bachelorarbeit, Studiengang Gesundheitswissenschaften
Datum	09.02.2015
Titel	Pränataldiagnostik und Sicherheitsempfinden Eine quantitative Studie mit schwangeren Frauen
<p>Eine Schwangerschaft ist zeitgleich etwas vollkommen Natürliches und eine absolute Ausnahmesituation. Neben physiologischen Veränderungen beeinflussen häufig negative Gefühle wie Angst vor Komplikationen, vor der neuen Lebensaufgabe und Schauer- geschichten von Totgeburten und komplizierten Entbindungen das Schwangerschaftser- leben.</p> <p>Rund drei Viertel der schwangeren Frauen wurden im Jahr 2013 in Deutschland zu sog. „Risikoschwangeren“ erklärt – ein Umstand, der meist das ärztliche Zutragen von Infor- mationen über vorgeburtliche Untersuchungen (Pränataldiagnostik) impliziert. Diese me- dizinischen Möglichkeiten werden zum Einen mit dem Argument des „Eingriffs in die Na- tur“ kritisiert, zum Anderen als Angst relativierend und Perinatalsterblichkeit minimierend befürwortet.</p> <p>In einer Querschnittstudie wurden n = 539 schwangere Frauen mittels Online- Fragebogen zu ihrem Schwangerschaftserleben befragt: Subjektiv empfundene Intensi- tät von allgemeinen Sorgen und spezifischen Ängsten wurden hinsichtlich ihrer Zusam- menhänge mit individuellen mentalen Eigenschaften und äußeren Umständen unter- sucht. So sollten zunächst die Unterschiede in Bezug auf das Sicherheitsempfinden zwi- schen Pränataldiagnostik wahrnehmenden Frauen und solchen, die darauf verzichten, herausgestellt werden.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen, dass Schwangere, die sich bzw. ihr Ungeborenes untersuchen ließen, von einem höheren Angstlevel begleitet waren. Der Einfluss von Austausch und Information zeigte bei diesen Frauen jedoch größere positive Einflüsse auf das Sicher- heitsempfinden als in der gegenübergestellten Gruppe. Ein Umstand, der möglicher- weise auf die informellen Rahmenbedingungen werdender Mütter zurückzuführen ist und ein Mehr an fachlicher Unterstützung in der Schwangerschaftsbegleitung fordert.</p>	
Schlagwörter	Pränataldiagnostik, vorgeburtliche Untersuchungen, Schwangerschaft, Sicherheit, Schwangerschaftserleben, Angst

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Glossar	VI
1. Einleitung	7
2. Statistische Daten.....	9
2.1 Statistik der Lebend-, Früh und Totgeburten	9
2.2 Todesursachen bei Säuglingen	9
2.3 Exkurs: Begriffsdefinitionen der Geburtenklassifizierung	10
2.4 Morbidität von Neugeborenen	10
2.5 Häufigkeit von Schwangerschaftsrisiken und Geburtsrisiken	11
2.6 Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen.....	11
2.7 Häufigkeit von positiven und negativen Gefühlslagen in der Schwangerschaft	12
2.8 Gesundheitsinformationsverhalten: Nutzungsquellen und empfundene Vertrauenswürdigkeit...	12
3. Gesetzliche Vorgaben zur Pränataldiagnostik in Deutschland	13
3.1 Ziele vorgeburtlicher Untersuchungen.....	13
3.2 Indikation vorgeburtlicher Untersuchungen	13
3.3 Information und Beratung Schwangerer	14
4. Medizinische Aspekte	14
4.1 Pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden im Überblick	15
4.1.1 Falsch-positiv-Raten in der Pränataldiagnostik	17
4.2 Risikoschwangerschaften	18
4.2.1 Problematik: Risikoschwangerschaften und Risikokommunikation	18
4.3 Medikalisierung der Schwangerschaft	19
4.3.1 Einschub: Ethisch(-feministische) Diskussion um die Schwangerschaftsmedikalisierung	20
4.4 Medizinische und gesellschaftliche Aspekte von Behinderung	21
5. (Sozio-)Psychologische Aspekte	22
5.1 Psychische Sicherheit.....	22
5.1.1 Lebenskompetenz (Einbettung in die Gesundheitswissenschaften)	22
5.2 Psychologische Auswirkungen der Schwangerschaft: Gemütszustände, Ängste, Depressionen	23
5.3 Die Bedeutung des sozialen Umfelds.....	24
5.4 Wirkung von Gesundheitsinformationen aus dem Internet auf das Sicherheitsempfinden	24
6. Forschungsfrage	25
6.1 Hypothesen.....	26
6.2 Zielsetzung	27
7. Methodik I: Vorarbeiten zur Befragung	28
7.1 Studiendesign und Stichproben- und Instrumentenauswahl	28
7.2 Entwicklung des Fragebogens.....	28
7.3 Messung von Sicherheit	30
7.4 Items und Itemkategorien	30
7.5 Aufbau und Gestaltung des Fragebogens	31
8. Methodik II: Datenerhebung	32
8.1 Datenrücklauf.....	33

8.2 Datenschutz und -sicherung	33
8.3 Aufbereitung der Daten.....	33
8.4 Analytisches Vorgehen	35
9. Ergebnisse	36
9.1 Rücklaufstatistik und Repräsentativität der Stichprobe	36
9.2 Analyse der Gesamtstichprobe (Uni- und bivariate Statistik)	37
9.3 Analyse der gegenübergestellten Gruppen	42
10. Diskussion.....	53
11. Fazit und Ausblick	57
Anhang	LVIII
Anhang I: Diagramme/Tabellen	LIX
Anhang II: Protokoll der Vorrecherche.....	LXIII
Anhang III: Fragebogen.....	LXXII
Literaturverzeichnis.....	LXXXVII
Eidesstattliche Erklärung.....	LXXXIX

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Alter am errechneten Entbindungstermin	37
Abb. 2:	Art der Erwerbstätigkeit und Rückkehrmöglichkeit an den Arbeitsplatz.....	38
Abb. 3:	Schwangerschaftswoche/-stadium zum Befragungszeitpunkt.....	38
Abb. 4:	Durchführende Person/en der Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen.....	39
Abb. 5:	Bevorzugter Entbindungsort	39
Abb. 6:	Durch Gynäkologin/e eingeschätztes Schwangerschaftsrisiko und Auftreten von Komplikationen im bisherigen Verlauf	39
Abb. 7:	Derzeitiges Schwangerschaftsstadium und Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik.....	40
Abb. 8:	In Anspruch genommene und/oder fest geplante vorgeburtliche Untersuchungen	40
Abb. 9:	Häufigkeit der Gründe für die (Nicht-)Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik.....	41
Abb. 10:	Beendigungszeitpunkt der vorhergegangenen Schwangerschaft.....	42
Abb. 11:	Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und subjektive Bewertung der Angstintensität im bisherigen Schwangerschaftsverlauf	43
Abb. 12:	Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und subjektive Angstintensität bei (nicht) aufgetretenen Schwangerschaftskomplikationen.....	44
Abb. 13:	Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und Ausprägung spezifischer Ängste	46
Abb. 15:	Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und Wirkung von viel Information/Austausch zum Thema Pränataldiagnostik auf die subjektive Sicherheit.....	47
Abb. 16:	Subjektive Einschätzung des privaten Umfeldes und Selbsteinschätzung durch die Befragten zur Akzeptanz/zum Zurechtkommen mit einer Fehlentwicklung/einem Gendefekt des Kindes	50
Abb. 17:	Einschätzung der Akzeptanz/des Zurechtkommens mit einer Fehlentwicklung/einem Gendefekt des Kindes und subjektive Angsteinschätzung von Frauen, die <u>keine</u> PND oder nur Ultraschall lt. Mutterpass wahrgenommen haben und solchen, die PND wahrgenommen haben	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden.....	15
Tabelle 2:	Item-Gruppen und zugehörige Parameter	30
Tabelle 3:	Korrelationsstärke zwischen der subjektiven Angstbewertung und der Nutzungsintensität verschiedener Informations-/Austauschquellen und Signifikanz der Ergebnisse von PND-Nicht-Nutzerinnen und PND-Nutzerinnen.....	48

Glossar

Abort	Frühgeburt
Amniozentese	Fruchtwasseruntersuchung
Anämie	Mangel an roten Blutkörperchen oder an eisenhaltigem Blutfarbstoff
C(h)ordozentese	Nabelschnurpunktion; Zellentnahme aus der Nabelschnur im Mutterleib
Chorionzottenbiopsie	Plazentapunktion; Zellentnahme aus dem Mutterkuchen
Gestation	Schwangerschaft (Gestationswoche s. <i>Schwangerschaftswoche</i>)
Gravidität	Schwangerschaft
hypertensiv	durch Bluthochdruck bedingt
perinatal	um die Geburt herum
Plazenta	Mutterkuchen; Versorgungsorgan des Ungeborenen innerhalb der Gebärmutter
postnatal	nachgeburtlich
pränatal	vorgeburtlich
Pyelonephritis	Entzündung des Nierenbeckens
Schwangerschaftswoche	Maßeinheit der Schwangerschaft in Wochen, beginnend ab dem 1. Tag nach Ausbleiben der Menstruationsblutung oder ab vierzehn Tagen nach dem Eisprung (wenn Datum bekannt); Bsp. Dokumentation: 27. Schwangerschaftswoche = 26+0 bis 26+6.
Sonographie	bildgebende Untersuchungsmethode mit Ultraschallwellen
uterin	in Verbindung mit der Gebärmutter stehend/aus der Gebärmutter heraus
Uterus	Gebärmutter
hämorrhagisch	blutend; Blutungen betreffend
fetotoxisch	schädliche stoffliche/physikalische Einwirkung auf das Ungeborene
teratogen	fruchtschädigende äußere Einwirkungen
Echokardiographie	Ultraschalluntersuchung des Herzens
Dopplersonographie	Ultraschalluntersuchung der Blutgefäße
Nackentransparenz	subkutane (unter der Haut gelegene) Flüssigkeitsansammlung im Nacken von Ungeborenen zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche

1. Einleitung

Eine Schwangerschaft ist sowohl physisch als auch psychisch ein Ausnahmezustand. Die Veränderungen sind immens und können häufig zu Verunsicherungen und Ängsten führen oder damit einhergehen. Neben körperlichen Veränderungen, bedingt durch das Kindeswachstum und hormonelle Einflüsse, sind es insbesondere die mentalen Herausforderungen, welche die Frauen in dieser Lebenssituation begleiten. Schwangerschaftskomplikationen, Angst vor der neuen Lebensaufgabe, vor Erkrankung oder Behinderung des Kindes sowie Schauergeschichten von Totgeburten und komplizierten Entbindungen sind nur einige der Sorge bereitenden Themen. Werden Schwangere zu sogenannten „Risikoschwangeren“ erklärt – eine Zuordnung die etwa drei Viertel der deutschen werdenden Mütter betrifft - ist die Verunsicherung häufig umso größer.

Ängste äußern sich u. A. in physiologischem Stress: Mechanismen im Körper, die – sofern von Dauer und als negativ erlebt – zu Krankheiten führen können. Eine etwa vierzigwöchige Schwangerschaft birgt demnach genug zeitliches Potential für negative Auswirkungen von Angst und Unsicherheit.

Der medizinische Hintergrund, der hierzulande zur Verfügung steht, bietet eine Möglichkeit den Schwangerschaftsverlauf und die Gesundheit von Mutter und Kind zu überwachen. Unterschiedliche pränataldiagnostische (vorgeburtliche) Untersuchungen können Hinweise auf Fehlentwicklungen des Ungeborenen geben oder einen solchen Verdacht abschwächen. Die Kritik an der „Medikalisierung der Schwangerschaft“ steht der Intention gegenüber, Mutter und Kind bestmöglich zu versorgen, Ängste zu relativieren und die perinatale Sterblichkeit zu minimieren. Ein Netzwerk von Information, Beratung und Hilfen soll Frauen, die pränatale Diagnostik in Anspruch nehmen, (unter)stützen.

Die vorliegende Arbeit fundiert auf einer Querschnittstudie mit insgesamt $n = 539$ schwangeren Frauen. Es wurde untersucht, inwieweit sich Schwangere, die auf weiterführende vorgeburtliche Untersuchungen verzichten, sich von solchen unterscheiden, die Pränataldiagnostik (PND) wahrnehmen. Das Augenmerk richtete sich hierbei auf das subjektive Empfinden von Angst/Unsicherheit und die Beeinflussung des Schwangerschaftserlebens durch äußere Einflüsse.

So wird einleitend ein Überblick über die Geburtensituation gegeben, Häufigkeiten von tatsächlichem Eintreten von Komplikationen bei Mutter und Kind werden abgebildet. Es wird auf das heutige Maß der Inanspruchnahme der vorgeburtlichen medizinischen Möglichkeiten und auf psychische und soziale Besonderheiten eingegangen. Der gesetzliche Rahmen, in dem Pränataldiagnostik stattfinden soll, wird erläutert und medizinische Aspekte werden erklärt. Formen der PND, Vorteile und Kritik an ihrer sowie mögliche äußere Einflussfaktoren auf das Schwangerschaftserleben durch selbige werden aufgegriffen.

In die Datenanalyse und -auswertung wurde dieser Hintergrund einbezogen, Zusammenhänge und Differenzen zwischen den Gruppen wurden erfasst und mögliche Korrelationen geprüft.

Da die Gesundheit und das Gesundheitsempfinden neben vielen anderen Aspekten immer auch einen nicht unbedeutenden Einfluss der eigenen Subjektivität erhält, wird Sicherheitsempfinden und damit einhergehendes Wohlbefinden in dieser Arbeit nicht gleichgesetzt, dennoch als eng verknüpft gewertet.

2. Statistische Daten

Folgender Abschnitt vermittelt zunächst einen Überblick über die Geburtensituation in Deutschland. Statistische Erhebungen zu den Schwangerschaften selbst, wie z.B. die Rate der Risikoschwangerschaften und Komplikationen, Inanspruchnahme von Untersuchungen und Daten zu psychosozialen Einflüssen, werden dargestellt.

2.1 Statistik der Lebend-, Früh und Totgeburten

Die im Mittel 30,8 Jahre alten Mütter gebären im Jahr 2013 insgesamt 682.069 Kinder lebend (Statistisches Bundesamt, 2014a). Die Rate der Totgeborenen betrug 2556 Kinder (Statistisches Bundesamt, 2014f).

Die Bundesauswertung ergab für die perinatale Mortalität eine Häufigkeit von rund 0,5 % (n = 3206): Hierunter starben 33,0 % nach einer Tragzeit von weniger als 28 Wochen und zwischen der 28. und 31. Schwangerschaftswoche 7,4 % der Föten/Neugeborenen. Zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche überlebten 1,3 % und ab der 37. Gestationswoche 0,2 % nicht (AQUA-Institut, 2014).

Reif geboren (ab der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche) wurden im Jahr 2013 in Deutschland rund 91,1 % der Neugeborenen, 7,4 % kamen zwischen der 32. Und 36. Schwangerschaftswoche auf die Welt. Etwa 0,9 % wurden zwischen der 28. Und 31. Schwangerschaftswoche geboren und 0,6 % wurden noch früher geboren (ebd.).

2.2 Todesursachen bei Säuglingen

Im selben Jahr starben innerhalb des ersten Lebensjahres insgesamt 2250 Säuglinge, davon 1510 durch Ursachen im Zusammenhang mit der pränatalen Entwicklung oder der Geburt selbst:

Durch Schädigungen des Föten/Neugeborenen, die durch mütterliche Dispositionen und/oder Schwangerschaftskomplikationen und/oder Komplikationen während der Entbindung verursacht wurden starben 274 Kinder. Eine kurze Schwangerschaftsdauer, niedriges Geburtsgewicht und weitere nicht klassifizierte Ursachen führten zum Tod von 389 Säuglingen. In direktem Zusammenhang mit der Atmung standen 86 Todesfälle, mit perinatalen Infektionen 39 Fälle. Hämorrhagische/hämatologische Krankheiten beim Föten/Neugeborenen verursachten 57 Sterbefälle und 665 Kinder überlebten aufgrund von Fehlbildungen und Chromosomenanomalien nicht (Statistisches Bundesamt, 2014b).

2.3 Exkurs: Begriffsdefinitionen der Geburtenklassifizierung

Nach der deutschen Ausführung des Personenstandsgesetzes Kapitel 5 § 31 ist von einer Lebendgeburt die Rede, wenn nach Trennung des Kindes vom Leib der Mutter Herzaktivität vorhanden war oder die Nabelschnur pulsiert hat oder die Lunge ihre Funktion aufgenommen hat.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert darüber hinaus ein viertes Lebenszeichen: Die willkürliche Bewegung von Muskulatur (BiB, 2014).

Eine *Fehlgeburt (Abort)* - mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 g - wird weiter noch in Früh- oder Spätabort unterschieden: Von einem *Frühabort* wird bei Schwangerschaftsende vor der vollendeten 12. Schwangerschaftswoche gesprochen, von einem *Spätabort* ab der vollendeten 12. Schwangerschaftswoche.

Kommt ein Kind mit ≥ 500 g zur Welt, zeigt aber keine Lebenszeichen, fällt dies in den Definitionsbereich einer *Totgeburt*.

Als *Frühgeborene* gelten Kinder, die mit Lebenszeichen und einem Geburtsgewicht von ≥ 500 g und vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren werden (Dräger et al., 2003).

Weiter lassen sich Frühgeburten nach Schweregrad klassifizieren: *Extrem frühe Frühgeburten* kommen unter vollendeten 28 Schwangerschaftswochen zur Welt, *sehr frühe Frühgeburten* zwischen der vollendeten 28. und vor der vollendeten 32. Woche. Die Bezeichnung *mäßig frühe Frühgeburt* gilt, wenn ein Kind zwischen der vollendeten 32. Woche, aber vor der vollendeten 34. Woche zur Welt kommt. Bei Geburt ab der abgeschlossenen 34. Schwangerschaftswoche bis zur vollendeten 37. Woche ist von einer *späten Frühgeburt* die Rede (EFCNI, 2011).

Als *Reifgeborene* gelten solche Kinder, die ab der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren werden, unabhängig vom Gewicht (Dräger et al., 2003).

2.4 Morbidität von Neugeborenen

Im Jahr 2013 lebten in Deutschland 298.308 Menschen mit angeborenen Behinderungen (Statistisches Bundesamt, 2014d). Von den Neugeborenen (alle Lebendgeborenen) litten rund 0,4 % unter Atemstörungen, 0,8 % unter Infektionen und 0,9 % hatten angeborene Fehlbildungen. Behandlungsbedürftig aufgrund einer Frühgeburt waren 8,7 % und 9,3 % aufgrund einer Mangelgeburt (pathologisch niedriges Geburtsgewicht) (AQUA-Institut, 2014).

2.5 Häufigkeit von Schwangerschaftsrisiken und Geburtsrisiken

Die Bundesauswertung 2013 zählte bei insgesamt 76,3 % der Schwangeren (n = 658.735) ein ärztlich diagnostiziertes erhöhtes/hohes Schwangerschaftsrisiko, ein anamnestisches Risiko lag bei 70,0 % der Frauen vor. Altersinduziert (> 35 Jahre) war das Risiko bei 16,0 % (ebd.).

Unter anderem Mehrlingsgebärende zählen zu den sogenannten „Risikoschwangeren“ – 12.355 Frauen waren 2013 mit mehr als einem Kind schwanger (Statistisches Bundesamt, 2014e).

Tatsächlich befundete Schwangerschaftsrisiken waren laut Bundesauswertung bei 26,8 % der Schwangeren aufgetreten (z.B. Plazentainsuffizienz, vorzeitige Wehen, Gestationsdiabetes). Risiken in direkter Verbindung mit der Geburt hatte es bei 77,9 % gegeben (z.B. vorzeitiger Blasensprung, Missverhältnis der Kindsgröße zum mütterlichen Becken, Terminüberschreitung) (AQUA-Institut, 2014).

2.6 Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen

Unter den Frauen ohne ärztliche Feststellung eines erhöhten/hohen Schwangerschaftsrisikos (22,6 % von n = 658.735) nahmen laut Bundesauswertung 2013 rund 0,8 % weniger als vier Vorsorgeuntersuchungen und 14,9 % weniger als zehn Vorsorgeuntersuchungen in ihrer Schwangerschaft in Anspruch. Die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen belief sich bei 3,4 % auf weniger als drei und bei 21,6 % auf weniger als zehn Untersuchungen.

Frauen mit Schwangerschaftsrisiko nahmen die Ultraschalldiagnostik häufiger in Anspruch: 95,9 % ließen drei oder mehr Untersuchungen durchführen (AQUA-Institut, 2014). Laut einer repräsentativen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2006 ließen rund 85 % der Frauen (n = 575), die sich zum Befragungszeitpunkt zwischen der 20. und 40. Schwangerschaftswoche befanden oder die nach der 13. Schwangerschaftswoche eine Fehl-/Totgeburt erlitten hatten, mindestens eine pränataldiagnostische Untersuchung durchführen:

70,4 % nutzten über die drei im Mutterpass festgelegten „Routine-Ultraschalluntersuchungen“ hinausgehende Sonographien. 40,5 % ließen eine Nackenfaltenmessung durchführen, 28,9 % nahmen das Ersttrimesterscreening war und 34,1 % einen Triple-Test. Andere/Weitere nicht-invasive Verfahren nutzten 4,5 % der Frauen.

Von den invasiven Verfahren wurde die Amniozentese am häufigsten durchgeführt:

11,5 % der Schwangeren nahmen diese wahr. 3,3 % ließen eine Chorionzottenbiopsie durchführen und 0,7 % eine Chordozentese. Auf weitere invasive Verfahren entfielen 0,2 % (BZgA, 2006).

Von in 2013 insgesamt 102.802 durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen waren 3.703 auf eine medizinische Indikation zurückzuführen (Statistisches Bundesamt, 2014c), gingen somit i.d.R. aus vorgeburtlichen Untersuchungsergebnissen hervor.

2.7 Häufigkeit von positiven und negativen Gefühlslagen in der Schwangerschaft

Nach Studienergebnissen der BZgA (2006) waren 35,0 % der Frauen in ihrer Schwangerschaft (eher/sehr) stark besorgt. Gestresst und/oder niedergeschlagen fühlten sich zusammengenommen 48,5 % der Schwangeren. Teilweise zeitgleich (aufgrund der Ambivalenz von Gefühlen und Stimmungslagen in der Schwangerschaft) berichteten 85,5 % vom positiven Gefühl der Erfreutheit, 77,7 % waren optimistisch und 61,1 % gaben an, sich erfüllt zu fühlen.

Depressive Verstimmungen und Ängste vielfältiger Art treten bei 10 % aller werdenden Mütter auf, positiv gewichtete Stimmungen wie Euphorie und starke Positiv-Negativ-Schwankungen ebenso häufig (Rohde, 2004). Dies führt dazu, dass depressive Erkrankungen häufig als übliche, schwangerschaftsbegleitend auftretende Stimmungsschwankungen abgetan und nicht erkannt werden (Riecher-Rössler, 2012). Mit 12 % ist die Prävalenz für Depressionen im zweiten und dritten Trimester, verglichen mit dem ersten Schwangerschaftsdrittel, um das Doppelte erhöht (Bennett et al., 2004). Die klinischen Symptome unterscheiden sich von einer außerhalb einer Schwangerschaft stattfindenden Depression nicht, werden jedoch häufig durch körperliche Beschwerden überlagert. In der Folge werden nur rund 20 % aller Schwangerschaftsdepressionen diagnostiziert und behandelt (Manber et al., 2008).

2.8 Gesundheitsinformationsverhalten: Nutzungsquellen und empfundene Vertrauenswürdigkeit

Statistiken für das Jahr 2013 belegen, dass etwa 76 % der Frauen in Deutschland täglich oder fast täglich das Internet zu informativen oder kommunikativen Zwecken nutzen. Davon sind zwischen 66 und 75 % im gebärfähigen Alter (Statistisches Bundesamt, 2014g; Statistisches Bundesamt, 2014h).

Weiter belegt eine Studie zum Nutzungstrend von Informationsquellen zum Thema Gesundheit, dass ein überwiegender Anteil derer, die das Internet (Informationsseiten, Foren etc.) zur Informationsbeschaffung nutzten, dies als eher vertrauensunwürdig einstufen. Vertrauenswürdig fanden 24 % der befragten Frauen derartige Quellen. Fachliteratur wurde von 36-55 % der weiblichen Befragten zu den zuverlässigen Quellen zugeordnet (je nach Art der Literatur), Fernsehberichte von 38 %. Der persönlichen Beratung Ärztin-

nen/Ärzte vertrauten 77 % und 27 % aller Befragten empfanden die Kommunikation mit weiteren medizinischen Fachkräften als vertrauenswürdig.

In die Informationen von/den Austausch mit Familie, Partnerinnen/Partnern und Freunden vertrauten 32 % der Gesamtstichprobe (midline media , 2013).

3. Gesetzliche Vorgaben zur Pränataldiagnostik in Deutschland

In den Richtlinien zur Pränataldiagnostik der Bundesärztekammer sind u.a. Ziele, Indikationen und Umfang der Verfahren und Informationen/Beratung Schwangerer formuliert. Ethische und juristische Aspekte spielen ebenfalls eine Rolle (Bundesärztekammer, 1998).

3.1 Ziele vorgeburtlicher Untersuchungen

Als Ziele definiert sind das Erkennen von embryonalen/fötalen Entwicklungsstörungen um eine ggf. frühzeitige, optimale Behandlung der Schwangeren und des Ungeborenen zu gewährleisten und der werdenden Mutter bei Bedarf psychosoziale Unterstützung zukommen zu lassen.

Auch eine Ängste relativierende Funktion sollen die vorgeburtlichen Untersuchungen haben (z.B. wenn ein pathologischer Befund ausbleibt oder ein vermuteter hoher Schweregrad einer Fehlentwicklung Abschwächung findet) (ebd).

3.2 Indikation vorgeburtlicher Untersuchungen

In der Regel bei oder kurz nach Feststellung einer Schwangerschaft erfasst die/der behandelnde Gynäkologin/e mögliche Risikofaktoren, welche sich in Entwicklungsstörungen auf das Kind auswirken können.

Hierbei spielen neben dem Alter die Eigenanamnese der Schwangeren (Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Autoimmunerkrankungen), Familien- und Schwangerschaftsanamnese (z.B. gehäuftes Auftreten von Erkrankungen/Entwicklungsstörungen in der Familie, Fehl-/Totgeburten), ggf. ethnische Abstammung, ggf. Elternschaft Verwandter, Expositionen zu fetotoxischen/mutagenen/teratogenen Agenzien inkl. Infektionen sowie Medikamenten-, Genussmittel- und/oder Drogenmissbrauch eine entscheidende Rolle.

Je nach Erstbewertung des individuellen Risikos aber auch im Verlauf der Schwangerschaft auftretenden Risiken (etwa bei risikobehafteter/klinisch auffälliger Schwangerschaft oder auffälligen Entwicklungsstörungen) werden pränataldiagnostische Maßnahmen angeboten/empfohlen (siehe Kap. 4.2 „Risikoschwangerschaften“, S. 18) (ebd.).

3.3 Information und Beratung Schwangerer

Ob pränataldiagnostische Untersuchungen durchgeführt werden, liegt in der Entscheidungsfreiheit der Schwangeren selbst. Sobald sich die werdende Mutter in ärztliche Hilfe begibt, impliziert dies beratende und informierende Begleitung durch diese/n und ggf. weitere Personen – hier ist der individuelle Beratungs- und Informationsbedarf der Schwangeren abzuwägen.

Vor Durchführung von gezielten Untersuchungen muss die Schwangere hinsichtlich Anlass, Ziel, Grenzen und Sicherheit des jeweiligen Verfahrens beraten und informiert worden sein. Ausführliche Ansprache müssen ebenso Art und Schweregrad der vermuteten Entwicklungsstörungen/Erkrankung, die psychologischen Auswirkungen bei einem pathologischen Befund und Alternativen zur invasiven Untersuchungsmethode finden. Auch ungezielte Untersuchungen (wie etwa die im Mutterpass vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen) bedürfen o.g. Beratung und Informationen.

Nach pränataler Diagnostik muss, sofern ein pathologischer Befund vorliegt, über dessen Bedeutung informiert werden: Über Form, Ursache und Prognose, mögliche Komplikationen und sich daraus ergebende besondere Situationen/Konsequenzen für den weiteren Schwangerschaftsverlauf und die Geburt soll aufgeklärt werden. Therapie- und Förderungsmöglichkeiten, Möglichkeiten psychischer und sozialer Unterstützung, aber auch über Alternativen bezüglich eines Schwangerschaftsabbruches (hier mit weiterem psychosozialen Hilfs-/Informationsangebot) oder ihrer Fortführung gehören ausführlich angesprochen (ebd.).

Im Detail festgelegt ist die Beratung und Information Schwangerer im Schwangerenkonfliktgesetz und in den gesetzlichen Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch.

-

4. Medizinische Aspekte

Die Medizin hält unterschiedliche Verfahren der pränatalen Diagnostik bereit. Die Erkennungsraten für Fehlentwicklungen sind relativ hoch, falsch-positive Ergebnisse aber dennoch nicht ausgeschlossen.

Ob und welche der vorgeburtlichen Untersuchungen durchgeführt werden, hängt unter anderem häufig vom Schwangerschaftsrisiko ab.

4.1 Pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden im Überblick

Es wird unterschieden in nicht-invasive Methoden, bei denen kein Eingriff (ausgenommen des Einstichs bei einer Blutentnahme) in den Körper stattfindet und die somit kein besonderes Risiko darstellen, und in invasive Untersuchungsmethoden. Invasive Untersuchungen bringen ein gewisses Risiko mit sich, da die das Ungeborene schützenden Hüllen durchdrungen werden – Infektionen und auch Fehlgeburten können die Folge sein (BAGFW, 2008).

Tabelle 1: *Pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden*

Art	Anlass	Test auf/Kontrolle von	Durchführung	Zeitpunkt	Fehlgeburtenrisiko
Nicht-invasive Verfahren					
Ultraschalluntersuchungen (auch: Sonographie)	Angebot auch bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf	Einnistung, Mehrlingschwangerschaft, Schwangerschaftsalter	i.d.R. vaginaler Ultraschall	Erstbesuch	-
		(„Fehlbildungsscreening“ laut Mutterpass:) Fehlbildungen (organisch/anatomisch), Wachstum, Plazentasitz, Fruchtwassermenge, Lebenszeichen	Ultraschall über die Bauchdecke	9. - 12. SSW 19. - 22. SSW 29. - 32. SSW	-
		Nähr-/Sauerstoffversorgung (Durchblutung) von Kind und Plazenta	Spezialultraschall über die Bauchdecke: Dopplerultraschall, Echokardiographie	Echokardiographie ab 13. SSW, Dopplerultraschall ab 20. SSW	-
Ersttrimestertest (auch: Frühscreening, Ersttrimester-Screening)	Angebot auch bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf; bei erhöhtem Risiko für eine genetisch erkennbare Störung	Chromosomenstörungen (Trisomie 13/18/21), Fehlbildungen (z.B. Herzfehler)	Ultraschalluntersuchung: Kontrolle bestimmter Maße (Nackentransparenz (NT-Test), Nasenbein)/ Bluttest	11. - 14. SSW	-

			bei der Mutter: Bestimmung von Hormon- /Eiweißwerten (PAPP-A, Beta-HCG)		
Zweittrimester- test (auch: Zweittrimester- Screening	Bei erhöhtem Risiko für eine genetisch erkennbare Störung; bei Verdacht auf Erkrankung/Fehlbildung; meist als Ergänzung zum Ersttrimestertest	Verschlussstö- rung (z.B. offe- ner Rücken), Behinderung (z.B. Trisomien)	Bluttest bei der Mutter: Bestimmung von Eiweiß- wert (AFP)/ Bestimmung von mehreren Eiweiß- und Hormonwer- ten (z.B. beim Triple-Test)	15. - 18. SSW	-
PraenaTest®	Bei erhöhtem Risiko für chromosomale Verände- rungen	Genetische Veränderungen (Trisomie 13/18/21)	Molekularge- netische Un- tersuchung kindlicher Zellen aus dem Mutter- blut	Ab 12. SSW	-
Invasive Verfahren					
Chorionzotten- biopsie (auch: Chorionbiopsie, Plazentapunkti- on)	Nach auffälligem Ultra- schall/Ersttrimestertest; bei Verdacht auf Stoff- wechselerkrankung; ge- zielte Suche nach Chro- somenabweichungen	Stoffwechseler- krankungen, erbliche Erkan- kungen/ Behin- derungen (z.B. Trisomien)	Entnahme von Zellgewebe aus dem Mut- terkuchen mit einer Hohlna- del durch die Bauchdecke unter Ultra- schallkontrolle mit anschlie- ßender Chro- somenana- lyse	11. - 14. SSW	0,5 - 2 %
Amniozentese (auch: Frucht- wasseruntersu- chung/- entnahme)	Bei auffälligem Ultra- schall/Ersttrimestertest(z.B. verbreiterte Nacken- transparenz); nach vo- rausgegangenen Fehlge- burten mit Verdacht auf Chromosomenabwei- chung; gezielte Suche nach genetischen Erb- krankhei- ten/Chromosomenabwei-	Chromosomen- abweichungen (z.B. Trisomien), Verschlussstö- rungen (z.B. offener Rücken), genetische Erb- krankheiten	Entnahme von ca. 15 ml Fruchtwasser aus der Fruchtblase mit einer Hohlnadel durch die Bauchdecke mit anschlie- ßender Kulti-	14. - 20. SSW	0,5 - 2 %

	hungen; bei Rhesus-negativen Frauen mit hohen Antikörperwerten		vierung der enthaltenen Zellen bis zur Zellteilung zur Chromosomenanalyse (weitere Untersuchungen möglich)		
Chordozentese (auch: Cordozentese, Nabelschnurpunktion)	Bei Verdacht auf Bakterien-/Virusinfektionen des Ungeborenen; gezielte Suche nach genetischen Erbkrankungen; bei Rhesusunverträglichkeiten; Überprüfung unklarer Befunde aus Amniozentese	Infektionen des Ungeborenen (z.B. mit Ringelröteln), genetische Erbkrankheiten (z.B. Trisomien)	Blutentnahme durch die Bauchdecke aus der Nabelschnur unter Ultraschallkontrolle	Ab der 18. SSW	1 - 3 %
Quellen:					
(BAGFW, 2008; BZgA, 2011; Schäffler, 2007; Hoffmann et al., 2013)					(BZgA, 2014)

4.1.1 Falsch-positiv-Raten in der Pränataldiagnostik

Gelegentlich kommt es bei pränataldiagnostischen Untersuchungen zu falsch-positiven Ergebnissen. Erkrankungen oder Behinderungen werden angenommen, die tatsächlich nicht vorliegen. Dies ist die Folge daraus, dass sämtliche Tests lediglich Wahrscheinlichkeiten und keine individuellen Diagnosen feststellen. So steigt beispielsweise die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein Risiko für eine Trisomie 21 errechnet wird, mit zunehmendem Alter. Weiter kann mit einem positiven Befund keine Aussage über den Schweregrad einer Erkrankung/Behinderung getroffen werden. (BAGFW, 2008)

4.2 Risikoschwangerschaften

Nach den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt eine Schwangerschaft als sogenannte „Risikoschwangerschaft“

... nach Anamnese

- bei schwerwiegenden Erkrankungen der Mutter (z.B. Nieren- oder Lebererkrankungen, auch Adipositas)
- nach Sterilitätsbehandlungen
- nach wiederholten Fehl-/Tot-/Frühgeburten
- nach Entbindungen von Kindern mit Geburtsgewicht über 4000 g /Mangelentwicklung/Schädigung
- nach Entbindung von Mehrlingen
- nach schweren Komplikationen während vorangegangener Entbindungen
- nach Operationen an der Gebärmutter
- bei Mehrgebärenden über 40 Jahren
- bei Erstgebärenden unter 18 Jahren oder über 35 Jahren
- bei Vielgebärenden mit mehr als vier Kindern

... und/oder nach Befund der vorliegenden Schwangerschaft hinsichtlich

- hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen
- Anämie unter 10 g/100 ml (g %)
- Diabetes mellitus
- uteriner Blutung
- Blutgruppen-Inkompatibilität
- Diskrepanz zwischen Gebärmutter- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer
- drohender Frühgeburt
- Mehrlingen
- pathologischer Kindslage
- Überschreitung des Entbindungstermins oder Terminunklarheit
- Pyelonephritis

(G-BA, 2011)

4.2.1 Problematik: Risikoschwangerschaften und Risikokommunikation

Zu Beginn einer Schwangerschaft erfolgt die Risikoeinschätzung anhand einer Liste von Risikofaktoren im Mutterpass. Je nach (vermehrtem) Auftreten dieser Dispositionen findet

eine statistische Einschätzung der individuellen Risikobelastung der Schwangerschaft statt. Dies bleibt nicht ohne Auswirkung auf das Schwangerschaftserleben und Sicherheitsempfinden:

Der Begriff „Risiko“ bezieht sich auf eine statistische Eintrittswahrscheinlichkeit – diese Tatsache selbst tritt jedoch oft in den Hintergrund. Hinzukommend ist der Umgang mit Verhältnismaßen im Alltag häufig nicht geübt, sodass die Schwangere im Allgemeinen dazu neigt, das statistische Risiko zu ihrem individuellen Risiko zu formatieren. Die Belastungsstärke der wahrgenommenen Risiken hängt weiter vom informellen Hintergrund und der individuellen Nutzungs- und Interpretationskompetenz, von subjektiven Erfahrungen und den persönlichen Werten ab. Besonders negativ belegte Einschätzungen wie z.B. die Wahrscheinlichkeit für ein Down-Syndrom werden häufig überschätzt (AWO, 2011).

4.3 Medikalisierung der Schwangerschaft

Im 18. Jahrhundert wurden die Schwangerschaftsbegleitung und Geburtshilfe, die bis dato in Hebammen- und Frauenhand lagen, zur Profession der Medizin – sprich von (damals ausschließlich männlichen) Ärzten. Bis heute wird der Großteil aller Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch Ärztinnen/Ärzte bzw. gynäkologische Praxen durchgeführt, etwas seltener durch Hebammen* oder eine Kombination aus beiden Berufsgruppen (Kolip, 2000).

Hauptargument für die Medikalisierung der Schwangerschaft ist die Intention, die perinatale Sterblichkeit weiter zu senken. Der kausale Zusammenhang mit dem tatsächlich zu verzeichnenden Rückgang ist jedoch nicht nachgewiesen. Ebenso können Veränderungen im sozialen und kulturellen Umfeld eine Rolle spielen (Schindele, 1995).

Die Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, 2011) schreiben Ärztinnen/Ärzten Art und Häufigkeit von Vorsorgeuntersuchungen vor:

Die ärztliche pränatale Betreuung beinhaltet neben der Feststellung der Schwangerschaft die ausführliche Anamnese samt Allgemeinuntersuchung. Insgesamt zehn Vorsorgeuntersuchungen im zunächst vier- und gegen Schwangerschaftsende zweiwöchigen Abstand (beinhaltend: Blutdruck- und Gewichtskontrolle, Urin- und Blutuntersuchungen, Kontrolle des Uterusstandes, der kindlichen Herzaktionen, Bewegungen und Lage) sowie drei Ultraschalluntersuchungen zu festgesetzten Zeiträumen im Schwangerschaftsverlauf (u.A. zur / zum Feststellung / Ausschluss grober Entwicklungsfehler, Kontrolle der Organ-

* Die in dieser Arbeit ausschließlich verwendete Bezeichnung *Hebamme* rührt auf der Tatsache, dass der Anteil männlicher Geburtshelfer bis heute verschwindend gering ist. Die Aussparung hat keinerlei diskriminierenden Hintergrund und dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

funktionen, Kontrolle der Fruchtwassermenge und des Plazentasitzes und Feststellung von Mehrlingsschwangerschaften) sind vorgesehen. Sämtliche Untersuchungsergebnisse müssen im Mutterpass dokumentiert werden.

Weiter sind die Gynäkologinnen/en angehalten, Schwangere über 35 Jahren und andere Risikogruppen (s. „Risikoschwangerschaften“) auf die Möglichkeit spezieller pränataldiagnostischer Möglichkeiten hinzuweisen. Diese Hinweispflicht hat dazu geführt, dass Untersuchungen des Embryos/Föten nahezu routinemäßig angewandt werden (Kolip, 2000).

Vor allem auf die Menge der durchgeführten Untersuchungen fußen Diskussionen um Überfluss und Nutzen – speziell von Pränataldiagnostik. So werden allein in Deutschland jedes Jahr hunderttausende Schwangerschaften zu Risikoschwangerschaften erklärt. Verbunden mit Verunsicherung der werdenden Mutter, Risiken für das Ungeborene und immensen Kosten (Schäffler, 2007).

4.3.1 Einschub: Ethisch(-feministische) Diskussion um die Schwangerschaftsmedikalisierung

Einen entscheidenden Einfluss auf das Schwangerschaftserleben hat insbesondere die bildgebende Diagnostik genommen. Seit den 1960er Jahren haben sowohl die Ärztin/der Arzt und die werdende Mutter als auch im Allgemeinen die Öffentlichkeit einen visuellen Zugang zum Ungeborenen erhalten. Dies ermöglicht Mediziner/innen zunächst das frühzeitige Identifizieren von groben und teilweise auch feineren Auffälligkeiten sowie Normabweichungen in der Kindesentwicklung und im Schwangerschaftsverlauf.

Weiter führt es zu einer Verschiebung der weiblichen und öffentlichen Wahrnehmung: Das Bild des Embryos/Föten verleiht ihm in der menschlichen Auffassung eine Eigenständigkeit, wo hingegen die symbiotische Einheit der Schwangeren mit ihrem Ungeborenen bei fehlender Visualisierung deutlicher zum Ausdruck kommt.

Die Intimität des Selbstgefühls und der mütterlichen Erfahrung findet starke Beeinflussung, mal im Sinne einer Bestärkung, mal einer Ergänzung, zuweilen jedoch auch in einer Ersetzung durch die technischen Möglichkeiten.

An die Rolle der Ärztin/des Arztes als Experte/in für die Gesundheit des Kindes werden somit in ihrer Abzielung nahezu gegensätzliche Erwartungen gestellt. Zum Einen besteht der Anspruch, die unsichere Schwangere zu beruhigen (was i.d.R., neben der informellen Aufklärung und psychosozialen Beratung, mittels diagnostischer Methoden geschieht), zum Anderen die unter ethischen und moralischen Gesichtspunkten manifestierte Erwartungshaltung entgegen des „Aufdrängens“ von Pränataldiagnostik (Haker, 2011).

Ähnlich gestaltet es sich mit dem Verhalten vieler schwangerer Frauen: Das Äußern von Vorbehalten gegenüber pränataldiagnostischen Untersuchungsmethoden steht der überwiegenden Inanspruchnahme der im Gesundheitssystem vorgesehenen Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen entgegen.

Die Diskrepanz des Verhaltens erklärt sich durch das Streben der Mütter danach, Risiken für ihr Kind zu vermeiden, welche in erster Linie als solche medizinischer Einordnung definiert werden. Risiken die erst durch medizinische Interventionen entstehen, sind in den Köpfen oft erst dann zugegen, wenn diese auf Nachlässigkeit oder Inkompetenz in der ärztlichen Behandlung zurückzuführen vermögen (Kneuper, 2004).

Die Entscheidung für oder wider vorgeburtliche Untersuchungen werden (zumeist) am Beginn einer Schwangerschaft gefällt. In dieser Umbruchphase, die häufig von ambivalenten Gedanken und Gefühlen geprägt ist, stehen die werdenden Mütter damit vor schwierigen Entscheidungen. Neben Freude über das Ereignis und Wunschvorstellungen zur neuen Lebenssituation können Ängste und Sorgen auftreten.

Allein die Kenntnis um die Möglichkeiten der pränataldiagnostischen Medizin beeinflusst das Schwangerschaftserleben (Kolip, 2000) - sowohl das eigene Wissen als auch das des Umfelds. Die Entscheidungsfindung erfährt große Beeinflussung durch Wertevorstellungen und Reaktionen der Partnerin/des Partners, der Familie und der Freundinnen/Freunde. Auch die Auffassung der begleitenden Personen aus Gynäkologie, Schwangerschaftsbetreuung und anderen involvierten Berufsgruppen kann zu einem Rechtfertigungsdruck für die Schwangere führen. Die „Machbarkeit gesunden Nachwuchses“ suggeriert eine gewisse Selbstverständlichkeit der Durchführung vorgeburtlicher Diagnostik. Die im Mutterpass vorgeschriebenen „Routine-“Ultraschalluntersuchungen werden oftmals nicht als solche pränataldiagnostischer Art eingeordnet (Kurmann, 1997), sondern als besonderes Ereignis des „Babyfernsehens“ (meist positiv) gewertet.

4.4 Medizinische und gesellschaftliche Aspekte von Behinderung

Behinderung – verstanden als Oberbegriff für körperliche und/oder geistige Einschränkungen von Dauer – wird in der modernen Medizin immer mehr als Auffälligkeit gewertet, die einer Behandlung bedarf. Aus sozialer Perspektive wird ein Mensch mit eben solchen Einschränkungen aufgrund äußerer Gegebenheiten erst „behindert gemacht“, geht folglich aus der gesellschaftlichen Wahrnehmung hervor. *„Behinderung ist noch immer ein Merkmal, das objektiv ein hohes Risiko sozialer Diskriminierung (Armut, Erwerbslosigkeit, gesellschaftliche Randständigkeit) in sich birgt. Entsprechende Befürchtungen von Eltern und Angehörigen haben insoweit eine rationale Grundlage.“* (AWO, 2011, S. 23) Ein be-

hindertes Kind zu bekommen wird meist als Schicksalsschlag begriffen, da es für die Eltern und das Kind eine soziale Verortung impliziert (AWO, 2011).

5. (Sozio-)Psychologische Aspekte

Sicherheit ist zunächst ein subjektives Empfinden, dessen Ausprägung vor allem in den individuellen Lebensumständen seinen Ursprung hat. Psychische Sicherheit entsteht zum einen grundlegend in der Sozialisation, wird aber immer auch von aktuellen Gegebenheiten und Ereignissen beeinflusst.

5.1 Psychische Sicherheit

Psychische Sicherheit bzw. Unsicherheit wird vorrangig dadurch beeinflusst, inwieweit eine Vulnerabilität gegenüber potentiell traumatischen/belastenden Lebensereignissen und Situationen besteht.

Ein Individuum wird dann als psychisch sicher betrachtet, wenn es eine sogenannte sichere Reife im Umgang mit Lebensherausforderungen mit sich bringt und sich dabei nicht durch starke negative Gefühle, Absichten anderer oder verfälschende Gegebenheiten beeinflussen lässt. Auch vergisst bzw. verdrängt eine psychisch sichere Person keine überfordernden Herausforderungen, ist (gegebenenfalls unter Inanspruchnahme von Hilfe) in der Lage Lösungen zu finden und/oder hinsichtlich der Lösungsfindung Prioritäten zu setzen. Eine weitere Bezeichnung finden genannte Eigenschaften auch als Lebens-/Sozialkompetenz, emotionale Intelligenz oder angemessene Emotionsregulierung.

Weiter spielt das Lebensgefühl, d.h. das grundsätzliche positive oder negative Erleben des Seins, der Lebensinhalte und deren Wertschätzung, eine Rolle. Dies wiederum steht unter nicht unwesentlicher Beeinflussung der Möglichkeiten sichere Bindungen einzugehen (Grossmann & Grossmann, 2012).

5.1.1 Lebenskompetenz (Einbettung in die Gesundheitswissenschaften)

Die Lebenskompetenz beschreibt die Fähigkeit, im alltäglichen Leben mit Herausforderungen umgehen zu können und diese zu meistern – Entscheidungen zu treffen, umzusetzen und bemessen zu können.

Nach pädagogischer Definition umfasst diese Form der Kompetenz drei Ebenen:

- Die *kognitive Dimension*, die auf Faktenwissen basiert: Die Fähigkeit sachbezogene Zusammenhänge zu erkennen und zu bewerten.
- Die *Wertdimension*, basierend auf persönlichen Werten und Normen für das eigene Handeln kombiniert mit der Fähigkeit parallel situationsangemessen und ggf. abwägend zu handeln.

- Die *Handlungsdimension* als Fähig- und Fertigkeit, Problemsituationen einzuschätzen, Lösungen zu planen, umzusetzen und im Nachhinein zu bewerten (Hallmann, 2011).

Eingebettet in die Gesundheitswissenschaften wird der Kompetenzbegriff insbesondere mit der salutogenetischen Perspektive nach Aron Antonovsky verbunden: Das Kohärenzgefühl (sense of coherence) beschreibt die Fähigkeit die vorhandenen Widerstandsressourcen wahrzunehmen und zu nutzen. Stressoren, die im Leben in unterschiedlichem Maße auftreten und niemals gänzlich vermeidbar sind, können sowohl positive, neutrale als auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

Nach Antonovsky bewegt sich das Individuum auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, welches immer das subjektive Empfinden einschließt. Dieses ist geprägt durch die persönliche Wahrnehmung, Faktenwissen und Wissen über die eigene Person. Neben psychosozialen Faktoren, körperlicher Konstitution, biochemischen Einflüssen und mentalen Prozessen nehmen soziale Prozesse hier eine besondere Rolle ein.

Damit das Kohärenzempfinden positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden und somit auf die Gesundheit haben kann, ist die Anknüpfung von Bewältigungsstrategien (Coping), sprich die Umsetzung, notwendig. Auf soziale Prozesse, soziokulturelle Faktoren und individuelle Lebensbedingungen aufgebaut bilden diese Fertigkeiten somit den Grundstein für das Sicherheits- und Wohlbefinden (Antonovsky, 1997).

5.2 Psychologische Auswirkungen der Schwangerschaft: Gemütszustände, Ängste, Depressionen

Nun stellt eine Schwangerschaft eine ganz besondere Lebenssituation dar. Neben/Mit dem Körper muss die Psyche der Frau dieses einschneidende Erlebnis verarbeiten. Die veränderte Lebensperspektive, die Verantwortung für ein neues Leben, ggf. die Neuerung vom Paar zur Familie und die Geburt des Kindes gilt es zu bewältigen (Rohde, 2004). Persönliche, erprobte Sicherheitskonzepte und Lebenskompetenzen können (zeitweise) mehr oder minder ins Wanken geraten. Insbesondere die Fähigkeit zu einer angemessenen Emotionsregulierung wird durch das Zusammenspiel hormoneller, sozialer und psychischer Einwirkungen häufig stark beeinflusst:

Stimmungsschwankungen zwischen positiven und negativen Gemütszuständen treten in jeder Schwangerschaft auf. Insbesondere das erste und das letzte Trimester sind hiervon gekennzeichnet. Im ersten Schwangerschaftsdrittel sind neben der Hormonumstellung die Herausforderung der Anpassung an die Lebensumstellung, häufig verbunden mit zwiespältigen Gefühlen, ausschlaggebend. Das letzte Drittel der Schwangerschaft ist beeinflusst durch körperliche Beschwerden und durch konkreter werdende Befürchtungen und Ängste hinsichtlich des Geburtsergebnisses selbst. Bei hinzukommenden Problemen im privaten Umfeld, z.B. Partnerschaftsprobleme oder finanzielle Sorgen besteht ein erhöh-

tes Risiko zur Entwicklung einer Schwangerschaftsdepression (s. Kap. 5.2 „Statistik Schwangerschaftsdepression“, S. 23).

5.3 Die Bedeutung des sozialen Umfelds

Untersuchungen bestätigen, dass die Anwesenheit des Partners wesentlich zur Angstreduktion beiträgt, sowohl während der Schwangerschaft als auch bei der Geburt selbst. Weiter können Ärztinnen/Ärzte und Hebammen durch ihre fachliche Kompetenz positiven Einfluss auf Empfindungen wie Stress/Angst nehmen (Geißendörfer & Höhn, 2007)

Psychosoziale Unterstützung kann vor Krankheiten schützen und eine gesundheitsförderliche Wirkung haben. Inwieweit diese jedoch wahrgenommen wird, ist meist nicht gleich mit dem Ausmaß des Angebotes – hier spielt die individuelle Bewertung eine Rolle. Nach unterschiedlichen Modellen wird davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung die Wirkung von Stressoren abmildert oder sich diese generell positiv auswirkt, unabhängig von der Anwesenheit von Stressoren (ebd.).

Auch eine Erwerbstätigkeit steht in enger Verbindung mit der Möglichkeit zu Sozialkontakten. Zwischenmenschliche Beziehungen werden entscheidend geprägt und der Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung ist enorm. Insbesondere Anerkennung in diesem Kontext hat positive Auswirkungen auf die Gesundheit und somit auch das Sicherheitsempfinden. Ein durch Arbeit gewonnenes soziales Netzwerk, aber auch gebotene ökonomische Sicherheit und Struktur im Alltag wirken sich entscheidend auf Psyche, Physis und das soziale Wohlbefinden aus (Blättner & Waller, 2011).

5.4 Wirkung von Gesundheitsinformationen aus dem Internet auf das Sicherheitsempfinden

Insbesondere in Zeiten des Internets, das einem Großteil der Bevölkerung zugänglich ist, ist die Beschaffung von Gesundheitsinformationen ein Leichtes. Eine Flut an Auskünften erreicht die Nutzerin/den Nutzer – was sie/ihn mitunter verwirrt zurücklässt und gelegentlich neue Fragen aufwirft. Die Masse an Informationen und die Tatsache, dass diese zum Teil falsch sind oder falsch interpretiert werden, beeinflusst das Sicherheitsempfinden immens (Universität Bremen & BIPS, 2006).

Höhere soziale Schichten weisen, speziell durch bildungsabhängige Kompetenzen zur Informationsbeschaffung, -verarbeitung und -bewertung, i.d.R. ein höheres Maß an Gesundheit/Gesundheitskompetenz auf. Die Lebenserwartung in den unteren sozialen Schichten ist auffällig niedriger, informelle Wege werden seltener genutzt (Blättner & Waller, 2011). Folge ist, dass (gesundheitsbezogene) Informationsbeschaffung bei Menschen mit niedrigem Bildungsstand laienhaft und somit einseitig geschieht und der Zugang zu fachlich kompetentem Rat sehr gering ist oder gar fehlt.

6. Forschungsfrage

Basierend auf dem persönlichen Interesse der Verfasserin und den hieraus hervorgegangenen Forschungen zum Hintergrund der Thematik liegt der vorliegenden Studie folgende Forschungsfrage zugrunde:

Hat die Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen
Einfluss auf das subjektive Sicherheitsempfinden der Frauen
in ihrem Schwangerschaftserleben?

Untersucht werden sollte mit der Erhebung insbesondere, ob die Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen Schwangeren eher Sicherheit gibt oder sie gar beunruhigt. Genauer: Einflüsse und ggf. Einflussstärke, Korrelationen und Kausalzusammenhänge von PND auf/mit die/der allgemeine/n subjektive/n Angstbewertung und auf/mit spezifisch definierte/n Ängsten.

6.1 Hypothesen

Auf Grundlage der recherchierten Hintergrundinformationen sowie Basis der erhobenen Daten und entsprechend auswertbarer -niveaus wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

a) H0: Die subjektive Bewertung der Angstintensität unterscheidet sich nicht zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen.

H1: Die subjektive Bewertung der Angstintensität unterscheidet sich zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen.

b) H0: Die Einstellung der Schwangeren zu einer Fehlentwicklung unterscheidet sich nicht zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen.

H1: Die Einstellung der Schwangeren zu einer Fehlentwicklung unterscheidet sich zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen.

c) H0: Die Einstellung der Schwangeren zu einem Gendefekt unterscheidet sich nicht zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen.

H1: Die Einstellung der Schwangeren zu einem Gendefekt unterscheidet sich zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen.

d) H0: Die Einstellung des privaten Umfelds der Schwangeren zu einer Fehlentwicklung unterscheidet sich nicht zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen.

H1: Die Einstellung des privaten Umfelds der Schwangeren zu einer Fehlentwicklung unterscheidet sich zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen.

6.2 Zielsetzung

Ziel der Erhebung ist es, Schwangerschaften durch einen größeren Wissensstand zum Thema in ihrem Verlauf positiv beeinflussen zu können. Das Sicherheitsempfinden werdender Mütter spielt eine wichtige Rolle für ihre eigene Gesundheit, für die ihres Kindes, für den Schwangerschaftsverlauf und hat weiter auch zukunftssträchtige Einflüsse auf die Kindesentwicklung.

Die Klärung der Frage, ob PND einen verunsichernden Einfluss hat und unter welchen Voraussetzungen dieser besteht/entsteht kann somit einen entscheidenden Hinweis darauf geben, in welchen Situationen Schwangere Unterstützung, Aufklärung o.Ä. benötigen und wie diese aussehen kann.

Sowohl das private Umfeld der Frauen als auch die beteiligten und Einfluss nehmenden Berufsgruppen (Gynäkologinnen/Gynäkologen, Hebammen,...), aber auch die Schwangere selbst, soll/sollen durch mehr Information zum Einfluss dieses Themas eine größere Gesundheitskompetenz erlangen bzw. vermitteln können.

7. Methodik I: Vorarbeiten zur Befragung

Im Folgenden wird auf das Studiendesign, die Stichproben- und Instrumentenauswahl sowie die inhaltliche Gestaltung der Umfrage eingegangen. Des Weiteren wird das analytische Vorgehen beschrieben.

7.1 Studiendesign und Stichproben- und Instrumentenauswahl

Die durchgeführte Querschnittstudie fokussierte sich auf folgende einfache Zufallsstichprobe:

Die Grundgesamtheit schloss alle Schwangeren ein, welche sich in verschiedenen Internetforen untereinander über ihre „Umstände“ austauschten und/oder sich über diesen Weg zur Thematik informierten. In den Foren wurde mit einem Aufruf zur Teilnahme jeweils der Link zur Onlinebefragung veröffentlicht, sodass jede Nutzerin durch die randomisierte Intercept-Befragung die potentielle Möglichkeit hatte, an der Studie teilzunehmen (Diekmann, 2012).

In die Stichprobe eingeschlossen wurden deutschsprachige Frauen mit vorliegender Schwangerschaft. Ausgeschlossen wurden Frauen, die nicht schwanger waren (z.B. zum Befragungszeitpunkt bereits entbunden hatten).

Als Instrument für die vorliegende Studie wurde aufgrund der guten Erreichbarkeit Schwangerer eine Online-Befragung gewählt (s. Kap. 2.8 „Gesundheitsinformationsverhalten“, S. 12).

7.2 Entwicklung des Fragebogens

Neben eingängigen Literaturstudiums zu den Themen Schwangerschaftsverlauf, Risikoschwangerschaften, Pränataldiagnostik, Sicherheitsgefüge (Psychologie), ethische Aspekte der Pränataldiagnostik und zu statistischen Daten wurden bereits im Vorwege zur Erhebung schwangere Frauen befragt. Persönlich und via Internetforum zum Thema Schwangerschaft wurden Meinungen hinsichtlich spezifischen Ängsten und Sicherheit gebenden Faktoren gesammelt. Hierbei stellten sich bezüglich verunsichernden Aspekten insbesondere die Angst vor Fehl-, Früh- und/oder Totgeburten, vor schwerwiegenden Schwangerschaftskomplikationen, vor Krankheiten/Behinderungen des Kindes, vor der Geburt selbst, vor der neuen Herausforderung des Mutterseins und vor der finanziellen Belastung heraus s. Anhang II, „Protokoll der Vorrecherche“, S. LXVII). Als Sicherheit gebende Faktoren wurden wiederholt die Unterstützung durch den Partner und die Familie, regelmäßige Untersuchungen, die Begleitung durch eine Hebamme, der Zugang zu einer weitentwickelten medizinischen Versorgung und Arbeitsplatzsicherheit angegeben (s. Anhang II, „Protokoll der Vorrecherche“, S. LXIII).

Dieser Recherchehintergrund war Basis für die Formulierung von 13 Thesen/Feststellungen/Vermutungen bezüglich des Sicherheitsempfindens bzw. der -beeinflussung und zur Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik in der Schwangerschaft:

- Unterstützung aus dem sozialen Umfeld (Partner/in, Familie, Freunde) beeinflusst das Sicherheitsempfinden einer Schwangeren grundsätzlich positiv.
- Ein hohes Vertrauen in den eigenen Körper und ein positives Gesundheits- und Körpergefühl beeinflussen das Sicherheitsempfinden einer Schwangeren positiv.
- Der Zugang zu weit entwickelter medizinischer Versorgung beeinflusst das Sicherheitsempfinden einer Schwangeren positiv.
- Ein hohes Maß gesundheitsbezogener Informationsbeschaffung via Internet führt zu Verunsicherung.
- Schwangere werden in ihrer Entscheidung hinsichtlich der Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Maßnahmen stark durch ihr soziales Umfeld beeinflusst.
- Viel Gerede/Information/Austausch um Schwangerschaftskomplikationen verunsichert werdende Mütter.
- Frauen, die sich in ihrer Schwangerschaft ausschließlich oder überwiegend durch ein/e Hebamme(n)team) betreuen lassen, fühlen sich sicherer als solche, die sich (überwiegend) ärztlich betreuen lassen.
- Frauen, die zuvor eine Schwangerschaft mit Komplikationen erlebt haben, sind, unabhängig vom Verlauf der vorliegenden Schwangerschaft, unsicherer als solche mit einem vorausgegangenen positiven Schwangerschaftserlebnis.
- Höhere Bildung führt zu mehr Kompetenz in der Beschaffung und Bewertung von Informationen – Frauen mit höheren Schulabschlüssen und starker Nutzung von Informationen via Internet sind weniger unsicher als solche mit niedrigeren Abschlüssen und starker Nutzung von Informationen aus dem Internet.
- Ein sicherer Arbeitsplatz beeinflusst das schwangerschaftsbezogene Sicherheitsempfinden positiv.
- Finanzielle Nöte wirken sich auf das allgemeine Sicherheitsempfinden Schwangerer negativ aus.
- Der vorrangige Weg und die entsprechende Intensität der Informationsbeschaffung hat Auswirkungen auf das Sicherheitsempfinden (positive oder negative).
- Frauen, die Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen sind ängstlicher als solche, die auf die Natur der Dinge vertrauen und deshalb darauf verzichten.

7.3 Messung von Sicherheit

Im Weiteren wurde festgelegt, durch welche Items „Sicherheit“ bzw. „Verunsicherung“ bestimmt werden sollte:

Die aus den vorausgegangenen Umfragen identifizierten häufig beängstigenden Faktoren *Schwangerschaftskomplikationen, Fehl-/Früh-/Totgeburt, Krankheiten/Behinderungen, Herausforderung Muttersein/Mehrbelastung, finanzielle Belastung, Geburt* und die individuelle psychische Belastung durch diese sollten spezifische Ängste und deren Stellenwert offenlegen.

Zusätzlich wurde die subjektive Einschätzung zur allgemeinen Angstintensität im bisherigen Schwangerschaftsverlauf in die sicherheitsrelevanten Items aufgenommen.

Davon ausgehend, dass das Fehlen der angegebenen sicherheitsrelevanten Faktoren (*Unterstützung durch Partner/Partnerin, Unterstützung durch Familie/Freunde, regelmäßige Untersuchungen/engmaschige Schwangerschaftsbegleitung, Zugang und Arbeitsplatzsicherheit*) zu Verunsicherung führt, sollte deren Vorhandensein bzw. deren Nutzungsgrad (Information/Austausch) überprüft werden.

Psychosoziale Beratung und *Internet* gehören laut Literaturrecherche neben den o.g. ebenfalls zu den Sicherheit beeinflussenden Aspekten – auch diese wurden erhoben werden um in die Analyse einzufließen.

7.4 Items und Itemkategorien

Auf den vorangegangenen Entwicklungsprozess gestützt wurden verschiedene Fragen, sortiert nach Item-Gruppen, für den Fragebogen entwickelt:

Tabelle 2: Item-Gruppen und zugehörige Parameter

Kategorie	Frage nach/bzgl.
Soziodemographie	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Anzahl der Schwangerschaften • formaler Bildung • Erwerbstätigkeit und Rückkehrmöglichkeit an den Arbeitsplatz • Anzahl geborener Kinder • Vorhandensein einer Partnerschaft und Zusammenleben • Wohnort • Art der Krankenversicherung
Derzeitige Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> • derzeitiger Schwangerschaftswoche

	<ul style="list-style-type: none"> • gewünschtem Entbindungsort • Risikoeinschätzung der/des Gynäkologin/en • Komplikationen • Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen (ob und durch wen) • Kinderwunschbehandlung • durchgeführter oder beabsichtigter pränataldiagnostischer Untersuchungen
Vorerfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kind(ern) mit Erkrankungen/Behinderungen • Fehl-/Totgeburt(en) • Frühgeburt(en) und Überleben dieser
Psychologie / Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Marker für eventuelle (Schwangerschafts-)Depression • subjektiver Einschätzung der Belastung durch Schwangerschaftsbeschwerden • subjektiver Einschätzung des Zurechtkommens mit fehlentwickeltem/behindertem Kind (selbst und Umfeld) • Reflektion durchgeführter pränataldiagnostischer Untersuchungen • Relevanz definierter sozialer/informeller Kontakte für die eigene Sicherheit • Auswirkungen von Wissen auf das Sicherheitsgefühl • subjektiver Einschätzung der Angststärke in der Schwangerschaft • Selbstwertung der eigenen Gesundheit und persönlichen Relevanz dieser • spezifischer Ängste
Information	<ul style="list-style-type: none"> • Wegen und Gewichtung der Informationsbeschaffung/des Austausches
Soziale Gefüge	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein und Nutzung sozialer Unterstützung

Der Aufbau des Fragebogens erfolgte nach Maßstäben und Grundregeln der empirischen Sozialforschung: Die Fragen wurden weitgehend allgemeinverständlich und präzise formuliert, Fremdwörter (z.B. medizinische Fachtermini) wurden erläutert (s. Anhang III, „Fragebogen“, S. LXXII). Es wurde jedoch gemeinhin angenommen, dass die Stichprobe mit allgemeingebäuchlichen schwangerschaftsrelevanten Begrifflichkeiten vertraut ist.

7.5 Aufbau und Gestaltung des Fragebogens

Beginnend mit einem Anschreiben fand die jeweilige Studienteilnehmerin konzise Aufklärung zum Hintergrund und zum Verwendungszweck der Befragung sowie zum Datenschutz. Weiter wurde ein Anreiz zur Teilnahme durch die Gewinnmöglichkeit bei einer Verlosung und den möglichen Einblick in die folgenden Ergebnisse der Studie geschaffen. Grob unterteilen lässt sich der Fragebogen in sechs Blöcke:

- Eingeleitet mit eher leicht und schnell zu beantwortenden Fragen, die mittels Einfach-, Mehrfachauswahl oder offener Texteingabe (Zahlenwerte) zu beantworten waren, wurden vorwiegend Fakten zur derzeitigen Schwangerschaft und einige soziodemographische Aspekte erfragt.
- Im Folgenden wurde die Befragung persönlicher bzw. intimer: Zunächst wurden mehr Zeit in Anspruch nehmende Fragen zu Vorerfahrungen und Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen eingegliedert, erfragt durch Einfach- oder Mehrfachantwortauswahl.
- Verhältnismäßig leichter zu beantwortenden Fragen hinsichtlich des Informationsverhaltens und der sozialen Gefüge folgten - Relevanzen konnten hier Einordnung durch entsprechende Likertskalen finden.
- Die für das Sicherheitsempfinden bzw. dessen Einschätzung und für die Selbstbewertung relevanten Fragen wurden überwiegend in der Mitte eingegliedert. Subjektive Einschätzungen konnten entweder über visuelle Analogskalen eingeordnet oder mittels Likertskalen bewertet werden.
- Fragen zu eventuellen Vorerfahrungen fanden Erfassung mittels Einfach- oder Mehrfachauswahl, ebenso wie solche nach vorgenommener/fest geplanter Pränataldiagnostik(en).
- Abschließend mit formellen, soziodemographischen Fragen wurde die Länge der Befragung subjektiv reduziert, da diese wiederum schnell durch Einfach- oder Mehrfachantwortmöglichkeiten abzuhandeln waren.

Um einen möglichst großen Datenrücklauf sicher zu stellen wurde der Fragebogen so programmiert, dass die Beantwortung bei den meisten Fragen verpflichtend war, um fortzufahren. Fragen, die möglicherweise abschreckend (zu intim) auf die Frauen wirken konnten, wurden allerdings von der Beantwortungspflicht ausgenommen um nicht zu bewirken, dass die Studienteilnehmerinnen verfrüht abbrechen.

-

8. Methodik II: Datenerhebung

In erster Instanz erhielten sieben schwangere Frauen den Onlinefragebogen zum Pretest, anschließend wurden angemerkte Verständlichkeitshindernisse ausgeräumt. Ein zweiter Pretest wurde nach der Überarbeitung von drei schwangeren Frauen durchgeführt. Dieser verlief positiv, d.h. alle Fragen wurden als verständlich bewertet, alle Möglichkeiten zur

Beantwortung der Fragen waren nach Ansicht der Testerinnen vorhanden und der Fragebogaufbau wurde als ansprechend bewertet.

Der Onlinefragebogen wurde in insgesamt 26 Internetforen zum Thema Schwangerschaft veröffentlicht. Ein Anschreiben, kombiniert mit dem entsprechenden Link, leitete die potentiellen Studienteilnehmerinnen zur Umfrage.

8.1 Datenrücklauf

In der Laufzeit 03. Bis zum 09. November 2014 wurden via www.socisurvey.de die Datensätze erfasst und gespeichert. Gesichert wurden sowohl vollständige Datensätze, d.h. komplett abgeschlossene Befragungen, als auch unvollständige. Die Rücklaufstatistik war zeitgleich zur laufenden Befragung einzusehen: Aufgeführt wurden neben vollständigen Befragungen solche, die vorzeitig abgebrochen wurden (hier mit dem Verweis, auf welcher Seite abgebrochen wurde). Außerdem wurde die Anzahl der „Klicks“ registriert, sprich wie oft der Link zum Fragebogen im Gesamten aufgerufen wurde.

Sicherstellung entgegen des mehrfachen Ausfüllens durch dieselbe Person erfuhr die Studie dadurch, dass die Teilnahme an der Onlineumfrage im Schnitt 13 Minuten beanspruchte. Dieser relativ hohe Zeitumfang kann einen Hindernisgrund darstellen, mehr als einmal teilzunehmen.

8.2 Datenschutz und -sicherung

Auf der Startseite der Umfrage wurde den Teilnehmerinnen versichert, dass alle durch sie bereitgestellten Daten vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergeleitet und anonymisiert werden/sind. Persönliche Daten wie die erfassten Emailadressen würden im Anschluss an die Erstellung der Arbeit bzw. direkt nach der Verwendung zu ihrem Bestimmungszweck unwiderruflich gelöscht.

Die Aufzeichnung von IP-Adressen wurde im Erhebungsinstrument deaktiviert, der Zugriff auf die Daten ist passwortgesichert. Der Datensatz wird vom Anbieter des Befragungsinstruments zunächst für drei Monate nach Abschließen der Erhebung gesichert. Die Speicherung ist unbegrenzt verlängerbar, wird nach Einreichen dieser Abschlussarbeit jedoch vom Server gelöscht.

Der gesamte Datensatz wurde zur Analyse in SPSS[®] übertragen, der Zugang ist auch auf dem Hochschul-Server passwortgesichert und nur der Verfasserin zugänglich.

8.3 Aufbereitung der Daten

Allgemeine Aufbereitung der erhobenen Daten: Beginnend mit der Bereinigung der Daten von unvollständigen Datensätzen wurden die verbliebenen zunächst manuell auf Plausibilität geprüft. Ungültige Werte wurden zu Fehlenden umkodiert.

Im Weiteren folgte die Überprüfung der Datenniveaus, die zwar durch das Erhebungsinstrument bei der Übertragung in SPSS[®] automatisch festgelegt wurden, jedoch teilweise einer Korrektur bedurften.

Die Beschreibungen wurden neu formuliert, um einen besseren Überblick zu erlangen, die Wertelabels zum Teil umformuliert.

Bei gegenpoligen, zusammengehörigen Fragen (z.B. negativ und positiv formulierte Fragen) wurden alle Fragen eines Sets in die gleiche Richtung ausgelegt – Variablenbezeichnungen entsprechend umformuliert und Werte umkodiert* (umgekehrte Reihenfolge).

Bildung/Berechnung neuer Variablen: Die über visuelle Analogskalen erfassten Daten (Fragestellungen zur subjektiven Angstbewertung im bisherigen Schwangerschaftsverlauf, zur eigenen und zur Einstellung des privaten Umfelds zum Thema Fehlbildung/Gendefekt, zur Einschätzung/Wahrnehmung der eigenen Physis/Psyche), die sich im Wertebereich von 1 bis 101 bewegten, wurden zusätzlich neue Variablen gebildet, indem die Werte klassiert wurden. So entstanden neue Kategorien (Wertebereiche 1-20 (neuer Wert: 1), 21-40 (neuer Wert: 2), 41-60 (neuer Wert: 3), 61-80 (neuer Wert: 4), 81-101 (neuer Wert: 5)), die der Wertigkeit* entsprechende Wertelabels erhielten. Die insgesamt sieben Fragestellungen zur psychischen/körperlichen Selbstbewertung wurden in einer weiteren, eigenständigen Variable zusammengefasst, welche alle Fragen bzw. Antworten zu einer einzigen psychisch-physischen Gesamttendenz zusammenfasst. Aus den zunächst aufaddierten Werten wurden neue* erstellt (7 bis 13 = 1; 14 bis 20 = 2; 21 bis 27 = 3; 28 bis 35 = 4).

Um zusammengehörige, jedoch einzeln erfasste Daten in einem gemeinsamen Set zu generieren (speziell einzelne vorgeburtliche Untersuchungsmethoden, die zunächst mit 1=„markiert“ und 0=„nicht markiert“ erfasst worden waren), wurde zunächst in den einzelnen Variablen umkodiert: Jede (markierte) Antwortmöglichkeit erhielt einen neuen Wert (1 = „keine PND“; 2 = „Ultraschall laut Mutterpass“, 3 = „Dopplerultraschall/...“ etc.), der unter allen Variablen einzigartig war. Anschließend wurden via Neuberechnung alle Variablen zu einer einzigen transformiert.

Hieraus wurde weiter eine neue Variable gebildet, in der sich die Datensätze in zwei Gruppen unterteilten: Eine Gruppe mit Datensätzen jener Frauen, die keine oder nur Ultraschalluntersuchungen laut Mutterpass wahrnahmen und eine Gruppe mit solchen, die darüber hinausgehende Untersuchungen wahrnahm. In einer weiteren, neu erstellten Variablen wurde nach Inanspruchnahme invasiver und nicht invasiver Pränataldiagnostik unterschieden.

Ergänzend wurden für die folgende Analyse Fälle gebildet, die die Gruppen „Keine PND wahrgenommen oder nur Ultraschall lt. Mutterpass“ und „PND wahrgenommen“ (alle Fäl-

le, die zusätzlich zum/zu den Mutterpass-Ultraschall(s) mindestens eine weitere vorgeburtliche Untersuchung angekreuzt hatten) abbildeten und als gesonderte Datensätze gesichert.

*in sämtlichen Kategorien entsprach der niedrigste Zahlenwert immer der niedrigsten Ausprägung („trifft nicht/kaum zu“, „damit käme ich nicht/kaum zurecht“, etc.)

8.4 Analytisches Vorgehen

Beginnend mit univariater Statistik wurde Häufigkeitstabellen gebildet. Dies hatte zum einen den Zweck der Abbildung der Stichprobe, zum anderen der Rückversicherung bzgl. der Datenplausibilität.

Einzelner erhobene, aber dennoch zusammenfassbare Daten (Informationsquellen, spez. Ängste etc.) wurden sowohl für sich als auch zusammengefasst via Mehrfachantwortsets in Häufigkeitstabellen abgebildet.

In Kreuztabellen wurden anschließend bivariate Analysen durchgeführt: Diese kamen, neben wenigen zur Darstellung der Gesamtstichprobe, in erster Linie zur Analyse der beiden gebildeten Gruppen in Gegenüberstellung mit den sicherheitsrelevanten Items (subjektive Angstbewertung, spezifische Ängste, Zurechtkommen mit/Akzeptanz von Fehlbildungen/Gendefekten) zustande. Chi²-Test inkl. Signifikanzprüfungen kamen für Daten zum Einsatz, bei denen mindestens eine Variable ein nominales Datenniveau aufwies. Korrelationen wurden für Variablen berechnet, von denen eine mindestens ordinal skaliert war – es wurden die Werte der Spearman-Korrelationen ausgelesen und bewertet (Korrelationen nach Pearson blieben aufgrund der gegenübergestellten Datenniveaus und deren linearer Zusammenhänge unberücksichtigt). Hinzu kamen ebenfalls Signifikanztest. Bivariate statistische Auswertungen wurden im ersten Schritt für die Gesamtstichprobe vorgenommen, anschließend zur Gegenüberstellung für die Gruppen „Keine PND...“ und „PND wahrgenommen“ gesondert.

Korrelationsprüfungen und Hypothesentest bezogen sich auf die sicherheitsbewertenden Daten und mögliche Einflüsse darauf, die sich bereits aus den Recherchen zum Hintergrund herauskristallisiert hatten.

Zur Prüfung der Hypothesen wurde mittels t-Test für unabhängige Variablen vorgegangen: Es erfolgte zunächst ein Test auf Varianzhomogenität (Levene-Test), im Weiteren die Überprüfung der Signifikanz. Ein Welch-Test kam aufgrund der Ergebnisse nicht zustande.

9. Ergebnisse

Um einen Überblick zu schaffen, werden vorangestellt allgemeine Ergebnisse für die Gesamtstichprobe abgebildet. Im Weiteren folgen gruppenspezifische Ergebnisse (PND-Nicht-Nutzerinnen gegenübergestellt mit PND-Nutzerinnen) mit dem Fokus auf Sicherheit bzw. Unsicherheit und Angst.

9.1 Rücklaufstatistik und Repräsentativität der Stichprobe

Aus 816 Fragebogenaufrufen (gezählt wurden ausschließlich Aufrufe, die über die Veröffentlichung des Links in Foren generiert wurden; Daten aus Pretests wurden ausgeschlossen) gingen insgesamt 458 vollständig abgeschlossene Interviews hervor. In weiteren 120 Befragungen wurde vor Beantwortung der letzten Seite abgebrochen – 81 dieser Interviews wurden jedoch als „verwertbar“ in die Stichprobe aufgenommen, da ausreichend viele und für die Auswertung besonders relevante Fragen beantwortet wurden.

Es ergab sich eine Stichprobengröße von $n = 539$. Es nahmen somit 66,1 % derer teil, die den Link aufgerufen hatten (versehentliche Doppelklicks u.Ä. mit eingerechnet).

Aufgrund der Unklarheit der genauen Gesamtpopulation (Verzerrungen der statistischen Daten durch Fehl-/Frühgeburten, Dunkelziffern etc.) war es nicht möglich, die benötigte Stichprobengröße zur Berechnung der Repräsentativität der Umfrage exakt auszumachen. So konnte hier nur schätzungsweise ermittelt werden:

Ausgegangen von insgesamt rund 666.400 Schwangeren in Deutschland zu einem Zeitpunkt (errechnet aus Lebendgeburtenrate, Totgeburtenrate und Rate medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2013; Jahresraten angepasst an eine 40-Wöchige Schwangerschaft) sowie nach BZgA-Studie aus 2006 erfassten 41 % aller Schwangeren, die das Internet regelmäßig zu Informationszwecken nutzen, hatten etwa 273.220 Schwangere die potentielle Möglichkeit an der Befragung teilzunehmen.

Bei einem erwarteten Standardfehler von 5 % und einem 95 %-Confidenzintervall würden 384 Interviews die Gesamtpopulation der Internet nutzenden Schwangeren zuverlässig abbilden. Da diese Zahl mit der Stichprobengröße der vorliegenden Studie überschritten ist, können die Ergebnisse für diese als repräsentativ gewertet werden.

9.2 Analyse der Gesamtstichprobe (Uni- und bivariate Statistik)

Nach Bereinigung der Datensätze wegen Unvollständigkeit blieben insgesamt $n = 539$ Datensätze, die in die Analyse einfließen.

Alter: Die Altersverteilung der gezogenen Gesamtstichprobe ergab einen Mittelwert von 31 Jahren bei errechnetem Entbindungstermin (gleich damit der deutschen Gesamtstatistik), die jüngste Teilnehmerin gab an 15 Jahre alt zu sein, die älteste 52 Jahre. Der Modus lag bei 29 Jahren.

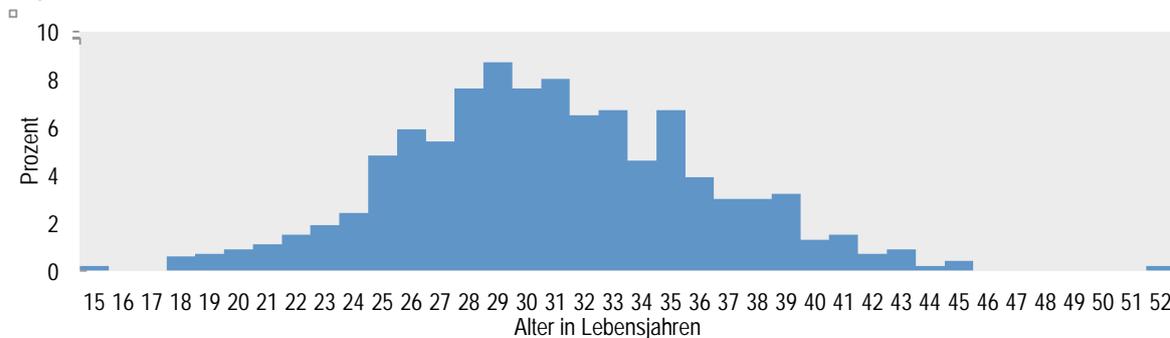


Abb. 1: *Alter am errechneten Entbindungstermin (n = 539)*

Bildung: Hinsichtlich der Frage nach dem höchsten erreichten Bildungsabschluss gaben 0,2 % der Befragten an noch Schülerinnen zu sein, ebenso viele hatten die Schule ohne Abschluss beendet. Mit einem Haupt- oder Volksschulabschluss hatten 2,0 % die Schule verlassen, 9,4 % hatten einen Realschulabschluss gemacht. Mit (fachgebundenem) Abitur wurde von 17,7 % die Schullaufbahn abgeschlossen.

Der größte Teil der Studienteilnehmerinnen hatte studiert - einen Hochschulabschluss konnten 36,8 % vorweisen, 33,0 % hatten eine abgeschlossene Lehre und 0,7 % gaben an ein Volontariat, Anlernjahr oder Ähnliches gemacht zu haben.

Erwerbstätigkeit und Rückkehrmöglichkeiten an den Arbeitsplatz: $N = 458$ Frauen hatten die Frage nach einer bestehenden Erwerbstätigkeit beantwortet. Eine Festanstellung in Voll- oder Teilzeit hatten 75,5 %. Einer Aushilfstätigkeit, einem Minijob oder Vergleichbarem gingen 2,6 % nach. Selbstständig tätig waren 6,6 % der Frauen. Nicht erwerbstätig und Arbeit suchend waren 6,8 % der Befragten und 8,1 % waren aus unterschiedlichen Gründen nicht erwerbstätig und nicht auf der Suche nach einem Arbeitsplatz.

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmerinnen mit Erwerbstätigkeit hatte ihren Arbeitsplatz sicher und konnte nach Mutterschutz und eventueller Babypause/Elternzeit in die vorherige Position zurückkehren. Auf einen bevorstehenden Arbeitsplatzverlust (z.B.

wegen Auslaufens des Vertrages) mussten sich überwiegend Frauen mit einem Mini-/Aushilfsjob einstellen. Ein knappes Drittel der selbstständig tätigen Frauen hatte keine Auszeit eingeplant oder ihr weiterer beruflicher Werdegang war ohnehin unabhängig von anderen/äußeren Umständen (eigene Chefin).

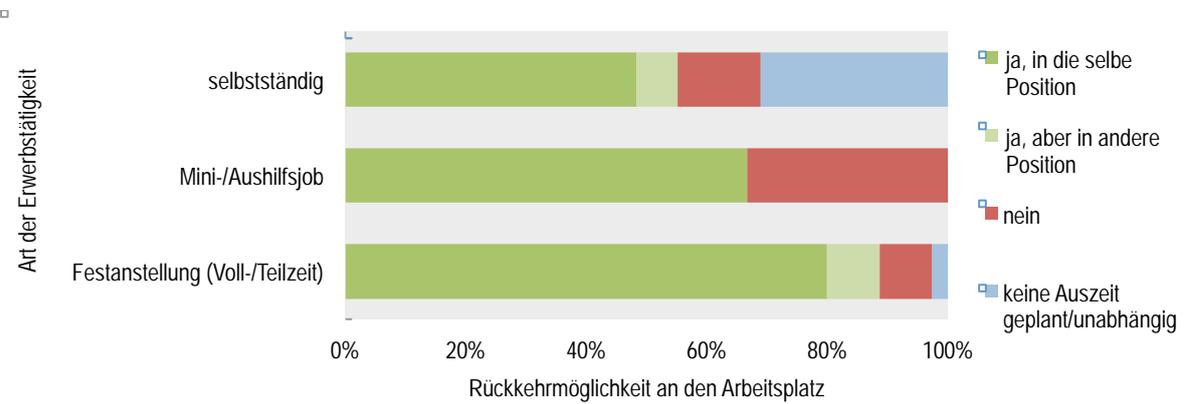


Abb. 2: Art der Erwerbstätigkeit und Rückkehrmöglichkeit an den Arbeitsplatz (n = 416)

Fragen zur derzeitigen Schwangerschaft erbrachten für die Gesamtstichprobe folgende Ergebnisse:

Schwangerschaftsstadium: Der größte Anteil der Frauen (61,0 %) befand sich zum Befragungszeitpunkt im zweiten Schwangerschaftsdrittel. Das Mittel der Schwangerschaftswochen lag bei 19,8. Im ersten Trimester befanden sich zum Befragungszeitpunkt 20,0 % und im dritten 18,9 % der Studienteilnehmerinnen.

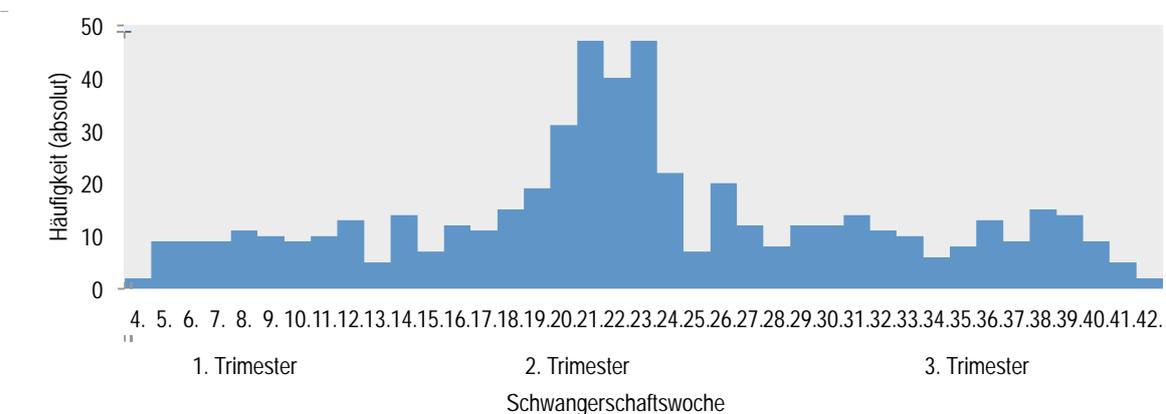
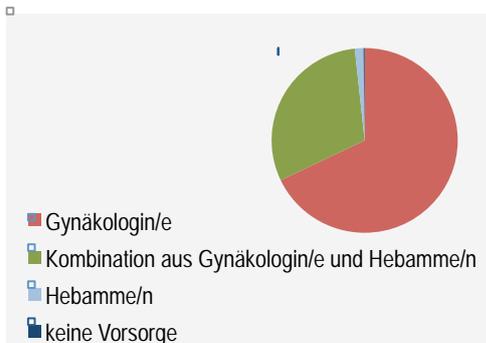


Abb. 3: Schwangerschaftswoche/-stadium zum Befragungszeitpunkt (n = 539)

Schwangerschaftsvorsorge: Für die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen suchten 67,9 % regelmäßig ihre/n Gynäkologin/en auf, 30,4 % hatten eine Kombination aus Hebamme und Gynäkologin/e gewählt und 1,5 % ließen die Untersuchungen ausschließlich



durch Hebammen durchführen. Eine Studienteilnehmerin verzichtete (bislang) vollkommen auf Vorsorgeuntersuchungen.

Abb. 4: Durchführende Person/en der Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen (n = 539)

Entbindungsort: Vorzugsweise in einer Klinik bzw. Geburtsklinik wollten 91,1 % der Befragten ihr Kind zur Welt bringen, 3,9 % hatten dafür ein Geburtshaus gewählt. Zuhause gebären kam für 2,2 % in Frage und 2,8 % waren hinsichtlich des gewünschten Geburtsortes noch unentschlossen.

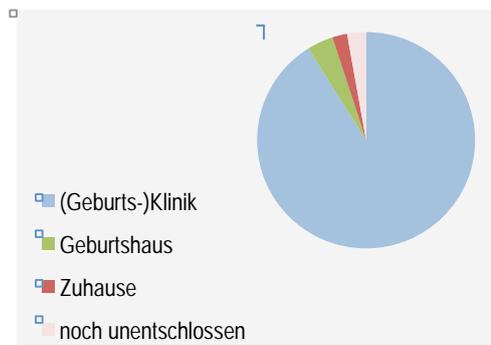
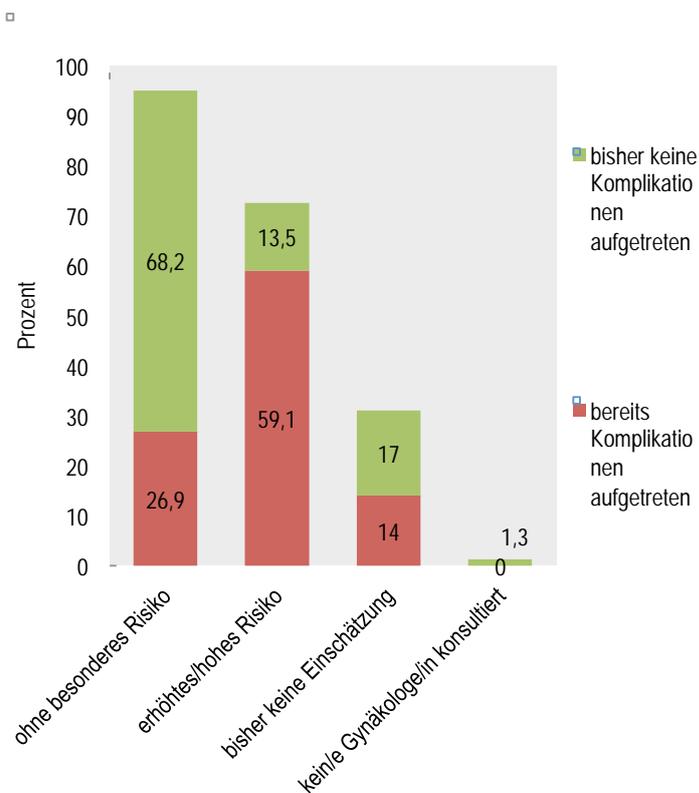


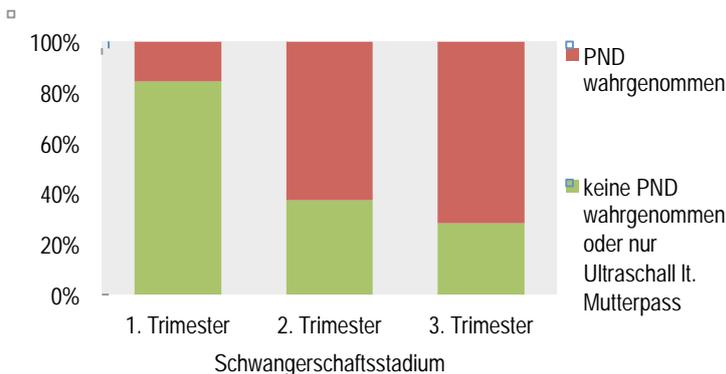
Abb. 5: Bevorzogter Entbindungsort (n = 539)



Risiken und Komplikationen: Sogenannte Risikoschwangerschaften bringen neben anderen auch ein erhöhtes Risiko für das Eintreten von Komplikationen mit sich. (Bei 59,1 % der Schwangeren, die laut ihrer/es Gynäkologin/en ein erhöhtes oder hohes Schwangerschaftsrisiko hatten, waren im bisherigen Schwangerschaftsverlauf bereits Komplikationen aufgetreten. Frauen, deren Schwangerschaft von keinem besonderen Risiko behaftet war, hatten etwa halb so oft Komplikationen.

Abb. 6: Durch Gynäkologin/e eingeschätztes Schwangerschaftsrisiko und Auftreten von Komplikationen im bisherigen Verlauf (n = 470)

Pränataldiagnostik: Bereits pränataldiagnostische Untersuchungen wahrgenommen oder dies fest geplant (ausgenommen der im Mutterpass festgelegten Ultraschalluntersuchungen)



hatten 9,5 % derer im ersten Drittel, 69,2 % der Frauen im zweiten Drittel und 21,2 % derer im letzten Schwangerschaftsdrittel.

Abb. 7: *Derzeitiges Schwangerschaftsstadium und Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik (n = 470); Ergebnisse höchst signifikant*

Zum Befragungszeitpunkt hatten von n = 460 befragten Schwangeren 5,9 % überhaupt keine pränataldiagnostischen Untersuchungen durchführen lassen und hatten dies auch für die Zukunft nicht fest geplant. Zusammen mit denen, die lediglich die im Mutterpass festgelegten Ultraschalls wahrnahmen, belief sich die Anzahl der Frauen auf 133. Zusätzliche, darüber hinausgehende pränatale Diagnostik ließen insgesamt 326 Befragte durchführen.

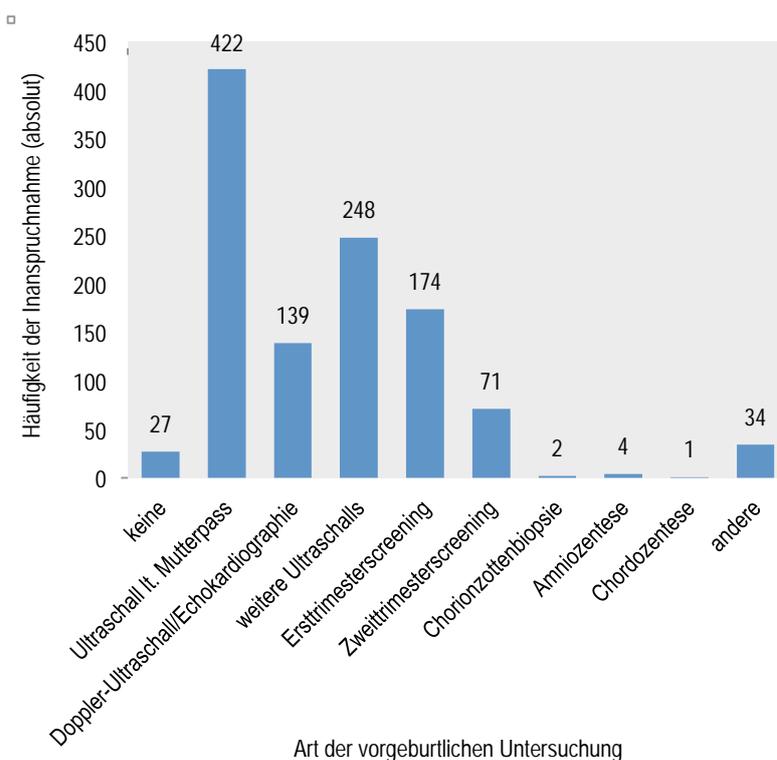


Abb. 8: *In Anspruch genommene und/oder fest geplante vorgeburtliche Untersuchungen (n = 459)*

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 91,7 % eine bis drei der im Mutterpass vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen vornehmen lassen oder würden dies noch tun. 53,9 % nahmen darüber hinausgehende Ultraschalluntersuchungen vor, 12,4 % Spezialultraschall(s). Am Ersttrimesterscreening

nahmen 37,8 % teil und am Zweittrimesterscreening 15,4 %. Nur wenige Frauen nahmen

invasive Pränataldiagnostiken in Anspruch: 0,4 % die Chorionzottenbiopsie, 0,9 % die Amniozentese und 0,2 % die Chordozentese.

Abgelehnt bzw. nicht durchgeführt wurden pränatale Früherkennungsuntersuchungen (ausgenommen der drei Ultraschalluntersuchungen laut Mutterpass) von/bei 45,9 % der Frauen in ihrer derzeitigen Schwangerschaft. Zusätzliche 0,9 % verneinten die Inanspruchnahme wegen negativer Vorerfahrungen mit derartigen Untersuchungen.

Aufgrund von vorliegenden Erbkrankheiten in der Verwandtschaft nahmen 5,4 % spezielle Diagnostiken wahr, 26,1 % erklärten die Inanspruchnahme mit der im Falle einer entdeckten Erkrankung Wahlmöglichkeit eines passenden Geburtsortes (z.B. Spezialklinik). Die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches bei einer Erkrankung, Fehlbildung o. Ä. wollten sich 12,8 % der Befragten offenhalten, 34,6 % ging es schlicht um das Wissen um die Gesundheit ihres Ungeborenen. Auf Anraten der Ärztin/des Arztes ließen 12,6 % eine oder mehrere pränataldiagnostische Diagnostik(en) durchführen, 4,1 % auf Bitten oder Drängen der Partnerin/des Partner und 0,2 % auf das von Familie/Freunden. 16,1 % hielten es für sinnvoll die vorhandenen medizinischen Möglichkeiten auch auszunutzen und 1,7 % waren unzureichend informiert worden – sie hatten die Untersuchungen für Routine gehalten und waren sich nicht im Klaren, dass sie diese hätten ablehnen können.

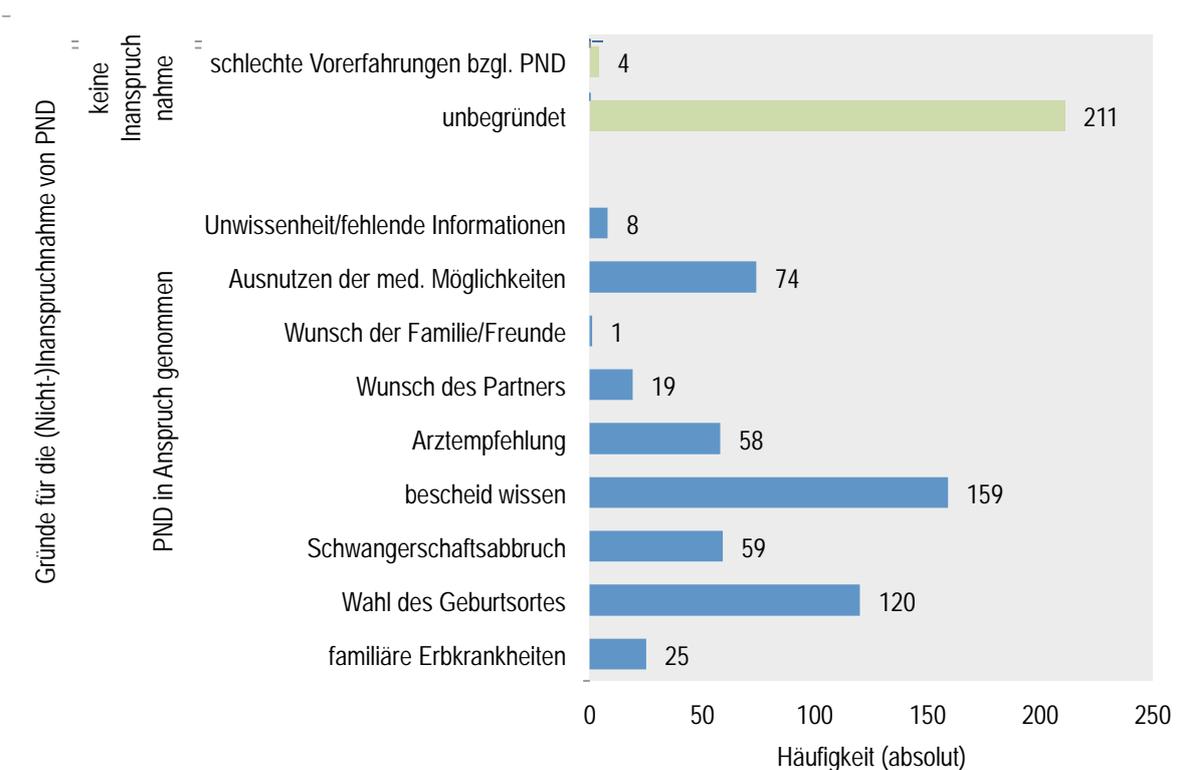


Abb. 9: Häufigkeit der Gründe für die (Nicht-)Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik (n = 462)

Erfahrungen aus früheren Schwangerschaften: Bereits ein Kind geboren hatten 26,9 % der Frauen (n = 535), zwei leibliche Kinder hatten 7,9 %. Drei Kinder waren von 2,2 % der Befragten bereits zur Welt gebracht worden und 1,5 % hatten vier oder mehr Kinder ausgetragen. Dem Großteil von 59,6 % stand die Geburt des ersten Kindes noch bevor.

Beziehend auf die Gesamtstichprobe hatten 5,4 % bereits das Erlebnis einer Frühgeburt – es starben 13,8 % dieser Frühchen im weiteren Verlauf. Bereits eine Totgeburt gehabt zu haben, gaben 30,6 % aller Schwangeren an und bei 8,2 % waren schon einmal eine Behinderung, Erkrankung o.Ä. beim Ungeborenen während einer vorhergegangenen Schwangerschaft festgestellt worden.

Von n = 255 Befragten hatten 52,6 % in ihrer letzten Schwangerschaft eine Fehl-, Früh- oder Totgeburt erlebt. Davon waren 39,2 % Fehlgeburten vor der vollendeten 12. Schwangerschaftswoche und 5,1 % zwischen der 13. und 20. Schwangerschaftswoche. Als extreme Frühgeburten kamen 0,4 % der Kinder auf die Welt, 1,6 % wurden sehr früh/mäßig früh geboren. Als späte Frühgeborene galten 4,7 % der Kinder. Zusammen 1,6 % der Schwangerschaften endeten mit Totgeburten (s. 2.3 „Begriffsdefinitionen der Geburtenklassifizierung“, S. 11).

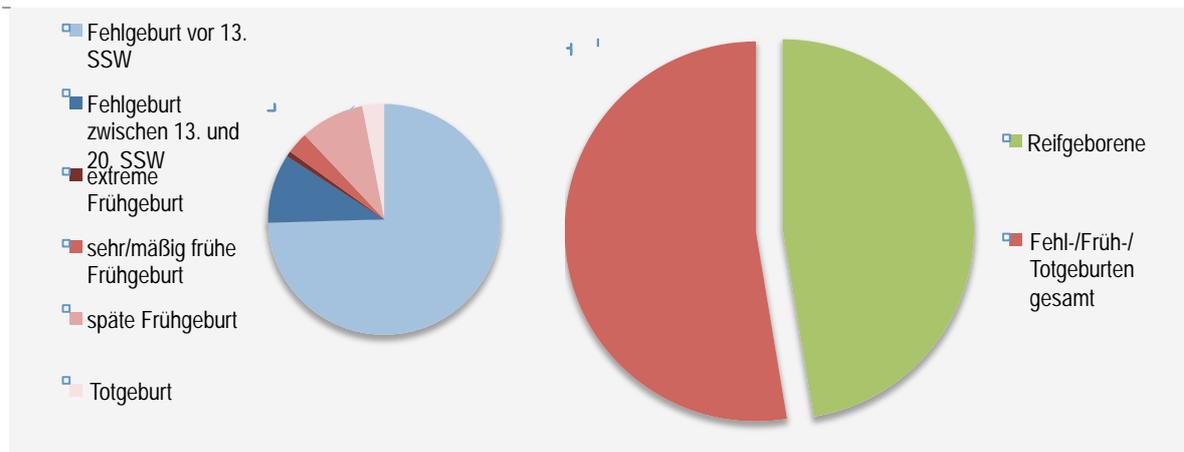


Abb. 10: *Beendigungszeitpunkt der vorhergegangenen Schwangerschaft (n = 255)*

9.3 Analyse der gegenübergestellten Gruppen

Im folgenden Abschnitt wird die Gesamtstichprobe aufgeteilt in zwei Gruppen dargestellt: Eine Gruppe bilden die Befragten, die keine oder nur die Ultraschalluntersuchung(en) laut Mutterpass in Anspruch nahmen (40,0 % der Gesamtstichprobe). Die Zusammenfügung

ergibt sich aus der Tatsache, dass die genannten Ultraschalluntersuchungen im Allgemeinen als Routineuntersuchungen und „Babyfernsehen“ betrachtet werden und vom Großteil der Schwangeren nicht als Pränataldiagnostik als solche charakterisiert werden. Die andere Gruppe stellen jene, die auch über die „Mutterpass-Ultraschall(s)“ hinausgehende Pränataldiagnostik wahrnahmen (60,0 % der Gesamtstichprobe).

Empfinden der allgemeinen Angstintensität: Gebeten um die subjektive Bewertung ihrer Angstintensität im bisherigen Schwangerschaftsverlauf gaben die Befragten Folgendes an:

Erfasst mit visueller Analogskala und für die Auswertung in Kategorien dargestellt zeigte sich bei der Gruppe der Schwangeren, die überhaupt keine Pränataldiagnostik oder nur die 1-3 Ultraschalluntersuchungen laut Mutterpass wahrgenommen hatten, eine Verteilung von 61,8 % in den unteren zwei Kategorien – diese Frauen hatten (fast) nie oder nur gelegentlich Ängste. Unter denen, die pränataldiagnostische Untersuchungen in Anspruch nahmen, ordneten sich rund 10 % weniger in diesen Kategorien ein.

Häufig oder sehr häufig hatten 26,8 % derer ohne Pränataldiagnostik Ängste verspürt, 37 % derer mit Pränataldiagnostik-Nutzung. Unter (nahezu) ständigen Ängsten litten etwa 11 % beider Gruppen.

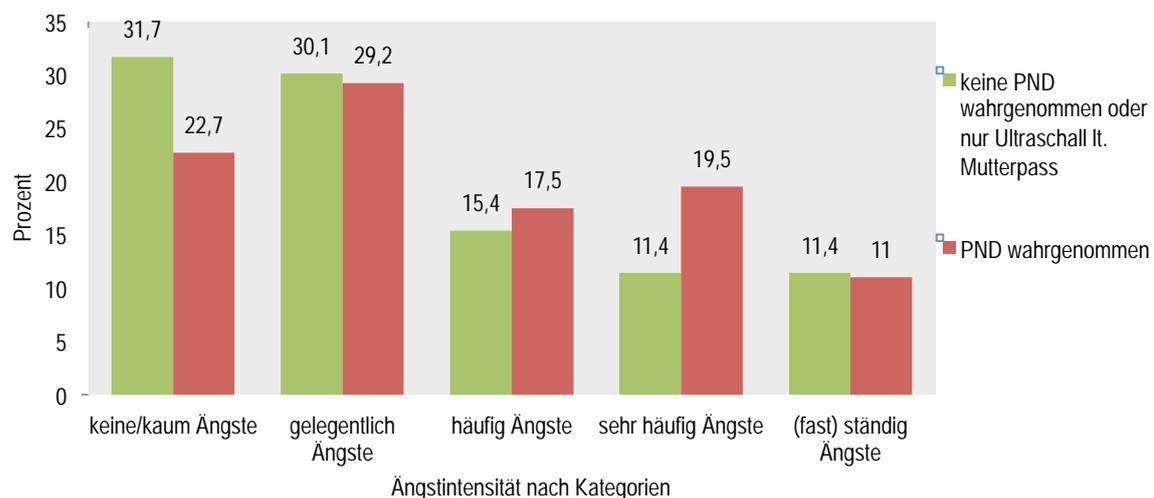


Abb. 11: *Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und subjektive Bewertung der Angstintensität im bisherigen Schwangerschaftsverlauf (n = 431)*

Nachdem sich die Mittelwerte der Gruppe ohne PND (Mittelwert: 38,42) und der der Gruppe mit PND (Mittelwert: 42,72) hinsichtlich der subjektiven Angsteinschätzung unterschieden, verlief der Test auf Varianzhomogenität positiv - die Nullhypothese (s. 6.1 „Hypothesen“, S. 26, a) kann beibehalten werden: Die Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht. Ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte beider Gruppen war jedoch nicht nachweisbar (s. Anhang I, S. LIX).

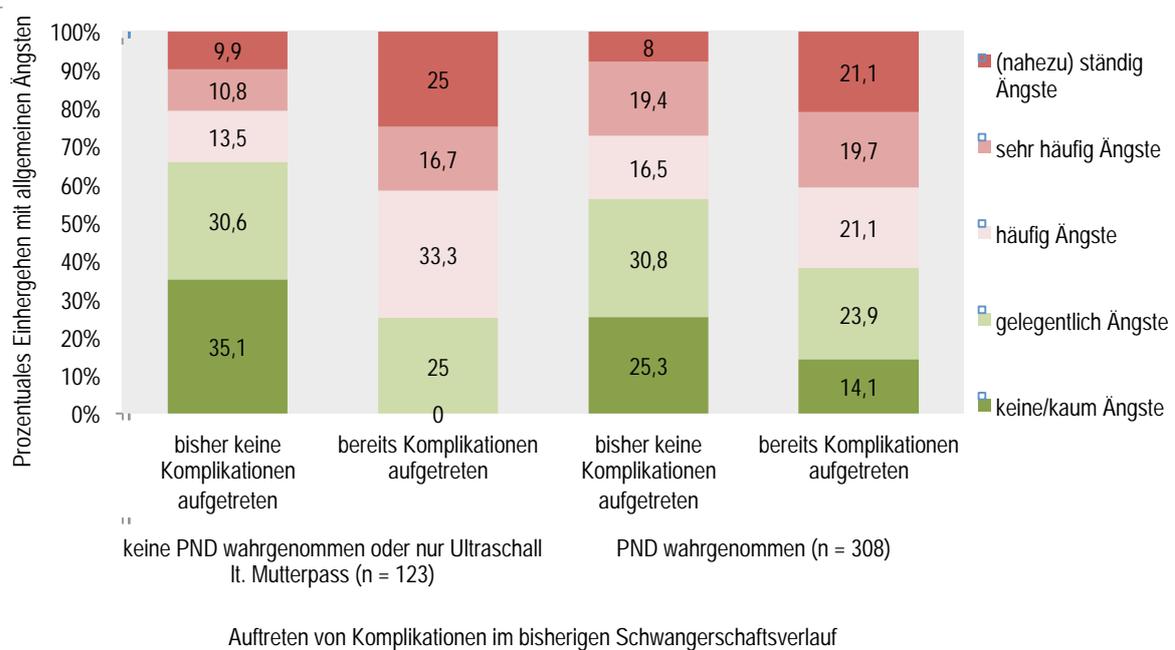


Abb. 12: *Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und subjektive Angstintensität bei (nicht) aufgetretenen Schwangerschaftskomplikationen (n = 431), Ergebnisse signifikant*

Die Gruppe der PND-Nicht-Nutzerinnen zeigte - sofern in der vorliegenden Schwangerschaft bisher keine Komplikationen aufgetreten waren - ein Mehr an Frauen, die keine bis gelegentliche Ängste hatten. Die Differenz zur anderen Gruppe betrug 9,6 %.

Unter sehr häufigen bis ständigen Ängsten litten 20,7 % der Schwangeren ohne PND – hier waren die PND-Nutzerinnen in den oberen zwei Kategorien der subjektiven Angsteinschätzung häufiger betroffen: 27,4 % hatten sehr häufig bis ständig Ängste bei bisher ausgebliebenen Komplikationen.

Bei im Schwangerschaftsverlauf aufgetretenen Schwangerschaftskomplikationen gab es unter den Frauen ohne Diagnostik keine mehr, die keine oder kaum Ängste verspürt hatte. Waren pränataldiagnostische Untersuchungen vorgenommen worden oder in fester Planung, so gaben trotz Komplikationen 14,1 % der Frauen an, keine/kaum Ängste verspürt zu haben.

Die zwei am stärksten Angst ausdrückenden Kategorien wurden durch beide Gruppen nahezu gleich häufig belegt (Differenz: 0,9 %). Die Ergebnisse beider Gruppen waren signifikant.

Ausprägung spezifischer Ängste: Bei der Frage nach der Angstaussprägung hinsichtlich spezifischer Themen zeigten sich für die Gruppe der werdenden Mütter, die auf Pränataldiagnostik verzichteten, folgende Ergebnisse (s. Abb. 13):

Angst vor Schwangerschaftskomplikationen hatten die Wenigsten (6 %) gar nicht, zusammen 67,6 % hatten kaum oder etwas Angst und 26,3 % hatten große Angst davor.

Vor einer Fehl-, Früh- oder Totgeburt hatten 38,3 % große Angst, nahezu eben so viele wie kaum oder keine Angst verspürten (38,4 %). Etwas Angst hatten 23,3 %.

Um ihre Partnerschaft fürchteten 70,7 % überhaupt nicht, 21,1 % kaum oder etwas und 8,3 % sehr.

Die Herausforderung, die ein (weiteres) Kind mit sich bringt, empfanden 26,3 % als nicht beängstigend, 30,1 % als kaum beängstigend. Insgesamt 43,6 % hatten etwas oder große Angst vor der neuen Aufgabe.

Der Gedanke an die Geburt ängstigte 11,3 % sehr, 31,6 % hatten etwas Angst. Kaum oder gar nicht besorgt waren diesbezüglich 53,3 %.

Starke Sorge davor, dass ihr Kind behindert/krank sein könnte, hatten 21,1 % der Frauen ohne Pränataldiagnostik, 33,1 % hatten etwas Angst davor. Zusammengenommen waren 45,8 % diesbezüglich kaum oder nicht verunsichert.

Der mit 70,6 % überwiegende Anteil hatte keine/kaum Sorge vor der bevorstehenden finanziellen (Mehr-)Belastung, 21,1 % sorgte dies etwas. Sehr große Angst bereiteten die Finanzen 8,3 % der Befragten.

Die Gruppe derjenigen Schwangeren, die über die im Mutterpass vorgeschriebenen hinausgehende Pränataldiagnostik wahrnahm, zeigte folgendes Bild (s. Abb. 10):

Vor Komplikationen in der Schwangerschaft hatten insgesamt 30,1 % keine oder kaum Angst, zusammengenommen 69,9 % sorgten sich diesbezüglich etwas oder sehr.

Hinsichtlich der Frage nach der Angst vor einer Fehl-/Früh- oder Totgeburt zeigte sich ein Anstieg in den Kategorien: Keine Angst verspürten 10,4 %, kaum Angst hatten 22,1 %, etwas Angst hatten 29,4 % und sehr große Angst hatten 38 % der Befragten.

Ihrer Partnerschaft sicher waren sich 66,9 % der Frauen, 17,5 % hatten kaum Angst darum. Etwas oder große Angst vor dem Zerbrechen ihrer Beziehung verspürten 15,6 % der Stichprobe.

Angst vor der Herausforderung, die sie mit einem (weiteren) Kind erwartete, hatte mit 48,8 % etwa die Hälfte der Frauen etwas oder sehr. Gar nicht sorgte dies 23,3 %.

Befürchtungen vor der Geburt selbst hatten 43,3 % kaum oder überhaupt nicht; 38,3 % hatten etwas Angst und 18,4 % gaben an, sehr große Angst zu haben.

Starke Angst vor einer Erkrankung/Behinderung ihres Kindes hatten 28,2 % dieser Gruppe, 38,7 % sorgten sich diesbezüglich etwas. Kaum oder keine Angst verspürten 33,1 %.

Die finanzielle Belastung wurde von 20 % der Stichprobe als sehr beängstigend empfunden, etwas Angst zu haben gaben 23,9 % an. Gar keine oder kaum Angst bereitete die

finanzielle Belastung 69,9 % der Frauen, die pränataldiagnostische Untersuchungen in Anspruch nahmen.

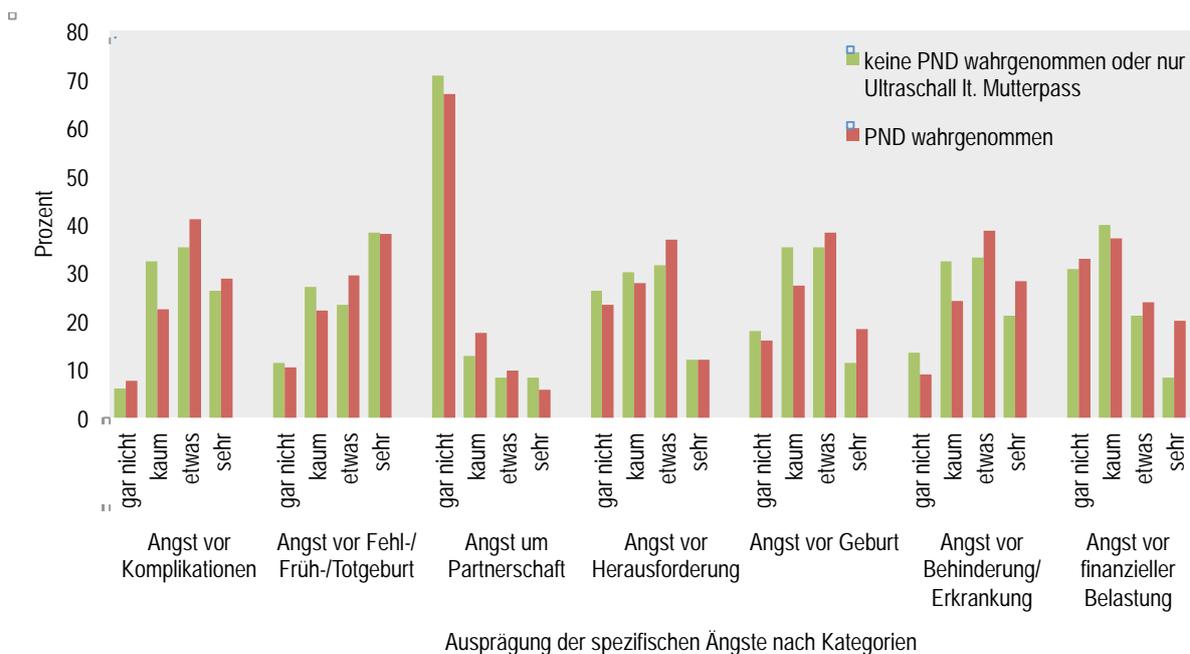


Abb. 13: *Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und Ausprägung spezifischer Ängste (n = 459)*

So zeigten sich die größten Unterschiede ($\geq 10\%$) zwischen beiden Gruppen hinsichtlich folgender Differenzen:

Der Prozentsatz der Frauen mit PND, die keine oder kaum Angst vor der Geburt hatten war um 10 % geringer gegenüber der anderen Gruppe.

Keine oder kaum Angst vor einer Behinderung/Erkrankung hatten 12,7 % weniger Frauen mit PND.

Etwas oder sehr starke Angst vor der finanziellen Belastung durch ein (weiteres) Kind hatten PND-Nutzerinnen vermehrt: Der Prozentsatz war in beiden Kategorien zusammengekommen um 14,5 % stärker ausgeprägt.

Wirkung von Information und Austausch: Gefragt nach der Wirkung von viel Information und oder viel Austausch über Schwangerschaftskomplikationen zeigte sich in beiden Gruppen ein größerer Anteil von Frauen, die sich hierdurch (eher) verunsichert fühlten. Unter denen, die keine Pränataldiagnostik in Anspruch nahmen, überwog der Anteil der Verunsicherten um 7,4 % gegenüber der anderen Gruppe. Eine annähernd hohe Differenz (6,4 %) ergab die Auswertung hinsichtlich derer, denen viel Information /Austausch (eher) Sicherheit vermittelte – hier überwog jedoch der Anteil der Gruppe, die pränatale Untersuchungen wahrnahmen (s. Abb. 14).

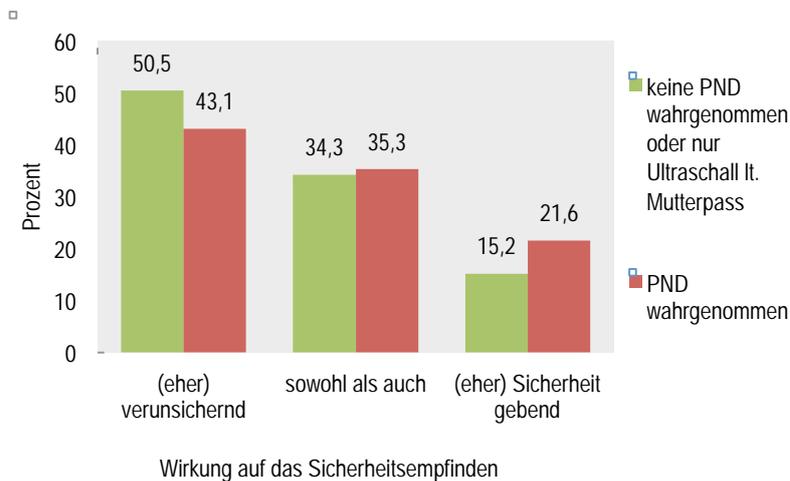
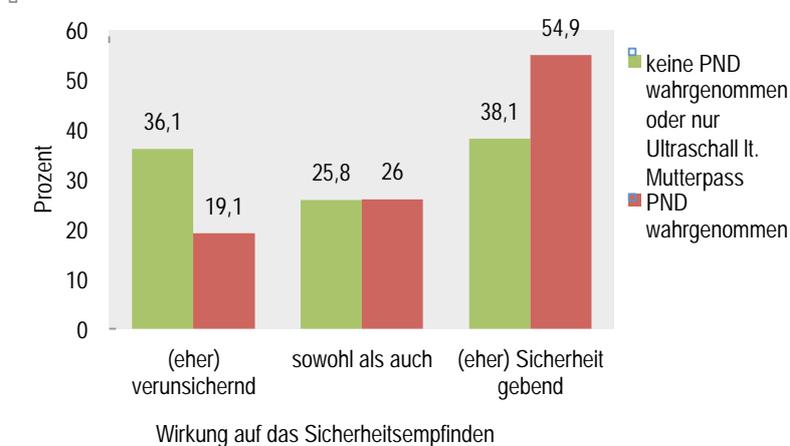


Abb. 14: *Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und Wirkung von viel Information/Austausch zum Thema Schwangerschaftskomplikationen auf die subjektive Sicherheit (n = 354)*

Ein hohes Maß an Informationen und/oder Austausch zum Thema Pränataldiagnostik empfanden ähnlich viele Schwangere verunsichernd wie Sicherheit gebend, unter denen ohne Pränataldiagnostik. Frauen mit PND fühlten sich zu 54,9 % sicherer, der kleinere Anteil dieser Gruppe empfand Verunsicherung. Der Prozentsatz derer, die sich bezüglich



Informationen/Austausch zu Komplikationen und zu Pränataldiagnostik in beide Richtungen beeinflusst fühlten, hielt sich in beiden Gruppen in etwa die Waage.

Abb. 15: *Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und Wirkung von viel Information/Austausch zum Thema Pränataldiagnostik auf die subjektive Sicherheit (n = 374); Ergebnisse höchst signifikant*

Korrelative Zusammenhänge: Zwischen der Nutzungsintensität unterschiedlicher Informationsquellen bzw. Austauschorte bezüglich Themen rund um die Schwangerschaft stellten sich für die Gruppe der Frauen ohne Pränataldiagnostik folgende Korrelationen mit der subjektiven Angsteinschätzung heraus (s. Tabelle 3):

Lineare Zusammenhänge zeigten sich hinsichtlich aller analysierten Faktoren. Die Nutzung der Informationsquellen Gynäkologin/e, Internet (Infoseiten), Apps und Beratungsstellen zeigten ein geringes positives Zusammenhangsmaß mit (hoch) signifikanten Ergebnissen, bezüglich der Schwangeren-Foren war die Korrelation sehr gering. Die Informations-/Austauschquelle Hebamme/n korrelierte negativ bei mittlerer Stärke mit der sub-

jektiven Angstbewertung – je häufiger/stärker diese genutzt wurde, desto weniger ausgeprägt waren die Ängste (s. Anhang, S. LXI, Abb. A-1).

Die subjektive Angsteinschätzung von Schwangeren, die Pränataldiagnostik wahrnahmen, zeigte Korrelationen mit der Nutzungsintensität verschiedener Informations-/Austauschquellen in folgenden Konstellationen: Der stärkste (negative) lineare Zusammenhang zeigte sich, wie auch in der anderen Gruppe, zwischen der Quelle Hebamme/n und der subjektiven Angstbewertung. Die Korrelationen mit der Nutzungsintensität von Fachliteratur und Zeitschriften war vergleichsweise etwas stärker, jedoch nicht signifikant. Sehr geringe korrelative Zusammenhänge zeigten sich auch in allen weiteren untersuchten Quellen – jedoch gegenläufig (negativ) bezüglich der Informations-/Austauschquellen Apps, Video (TV/Internet) und Beratungsstellen (s. Anhang, S. LXII, Abb. A-2).

Tabelle 3: Korrelationsstärke zwischen der allgemeinen Angstbewertung und der Nutzungsintensität verschiedener Informations-/Austauschquellen sowie Signifikanz der Ergebnisse von PND-Nicht-Nutzerinnen und PND-Nutzerinnen

Informations-/Austauschquelle	Stärke der Korrelation		Stärke der Signifikanz		Stärke der Korrelation		Stärke der Signifikanz			
	• sehr gering	•• gering	••• mittel	•••• hoch	••••• perfekt	(-) negative K.	(+) positive K.	nicht signifikant	• signifikant	•• sehr signifikant
	keine PND wahrgenommen oder nur Mutterpass-Ultraschall(s)				PND wahrgenommen					
Gynäkologin/e	••	(+)	••		•	(+)	•			
Hebamme/n	•••	(-)			•••	(-)				
Fachliteratur	•	(+)			••	(+)				
Zeitschr./Magazine	•	(+)			••	(+)				
Schwangeren-Foren	•	(+)	••		•	(+)	•			
Experten-Foren	•	(+)			•	(+)	••			
Internet (Infoseiten)	••	(+)	••		•	(+)				
Privates Umfeld	•	(+)			•	(+)				
Partner/in	•	(+)			•	(+)				
Beratungsstellen	••	(+)	•		•	(-)				
Video (TV/Internet)	•	(+)			•	(-)				
Apps	••	(+)	••		•	(-)				

Mit spezifischen Ängsten und der Art und Nutzungsintensität verschiedener Informations-/Austauschquellen ließen sich für die PND-Nicht-Nutzerinnen folgende signifikante Korrelationen feststellen:

Die Quelle Gynäkologin/e korrelierte sehr gering und die Quelle Apps gering mit der Angst vor der Geburt.

Mit der Angst vor Erkrankung/Behinderung des Kindes korrelierte die Quelle Gynäkologin/e sehr gering. Die Informationsbeschaffung/der Austausch über Schwangeren-Foren ergab eine geringe Korrelation mit der Angst vor der Geburt.

Die spezifische Angst vor der finanziellen (Mehr-)Belastung korrelierte mit der Quelle privates Umfeld sehr gering.

Für PND-Nutzerinnen ergaben sich folgende Korrelationen zwischen Information/Austausch und Angst:

Für die Angst vor der Geburt ließen sich für die Quellen Schwangeren-Foren, Internet Infoseiten, privates Umfeld und Beratungsstellen sehr geringe Korrelationen nachweisen.

Die Quellen Fachliteratur, Internet Infoseiten und privates Umfeld korrelierten, ebenfalls sehr gering, mit der Angst vor Behinderung/Erkrankung des Kindes.

Mit der Angst vor der finanziellen Belastung gingen sehr gering korrelierende Zusammenhänge mit der Information über/dem Austausch mit dem privaten Umfeld, Beratungsstellen und Apps einher.

Alle Korrelationen beschreiben positive lineare Zusammenhänge – d.h. je häufiger die Informations-/Austauschressource genutzt wurde, desto stärker war die jeweilige Angst.

Vergleichbar starke bzw. schwache Korrelationen - jedoch nicht signifikant - zeigten sich zur jeweiligen o.g. Quelle und spezifischen Angst auch in der anderen Gruppe, sodass sich keine hier gruppenspezifische Besonderheit zeigte.

Was wäre, wenn... die Schwangere ein Kind mit einer Fehlbildung, einem Gendefekt o. Ä. zur Welt brächte? Gefragt wurde nach der subjektiven Einschätzung zum eigenen Zurechtkommen mit einer solchen Situation und der zu erwartenden Akzeptanz durch das private Umfeld:

Insgesamt wurde in beiden Gruppen eine eher gute bis volle Akzeptanz durch das Umfeld hinsichtlich einer Fehlentwicklung erwartet. Die Gruppe der PND in Anspruch nehmenden Frauen verfolgte diese Einschätzung zu insgesamt 83,9 %, ihr Gegenüber zu 82,6 %.

Bei dem Gedanken an ein Kind mit Fehlbildung glaubte ein größerer Anteil der Frauen ohne pränataldiagnostische Untersuchungen an ein (eher) gutes Zurechtkommen – die Differenz zur anderen Gruppe betrug 12,6 %.

Ein solcher Unterschied zeigte sich hinsichtlich der Selbsteinschätzung zum Thema Zurechtkommen mit einem Gendefekt nicht. In beiden Gruppen glaubte rund die Hälfte der Frauen, dies (eher) gut meistern zu können. Die Befragten, welche jedoch davon ausgin-

gen, eine solche Situation nicht/kaum bewältigen zu können, überwogen bei den PND-Nutzerinnen etwas.

In Betrachtung der Daten zur Einschätzung der Schwangeren selbst fällt weiter ein Unterschied zwischen den Angaben zu einem Gendefekt und zu einer Fehlbildung auf:

Deutlich mehr PND-Nutzerinnen kämen mit einem Gendefekt (eher) gut zurecht als mit einer Fehlbildung. Die Befragten ohne PND zeigten keine solche Differenz (s. Abb. 16).

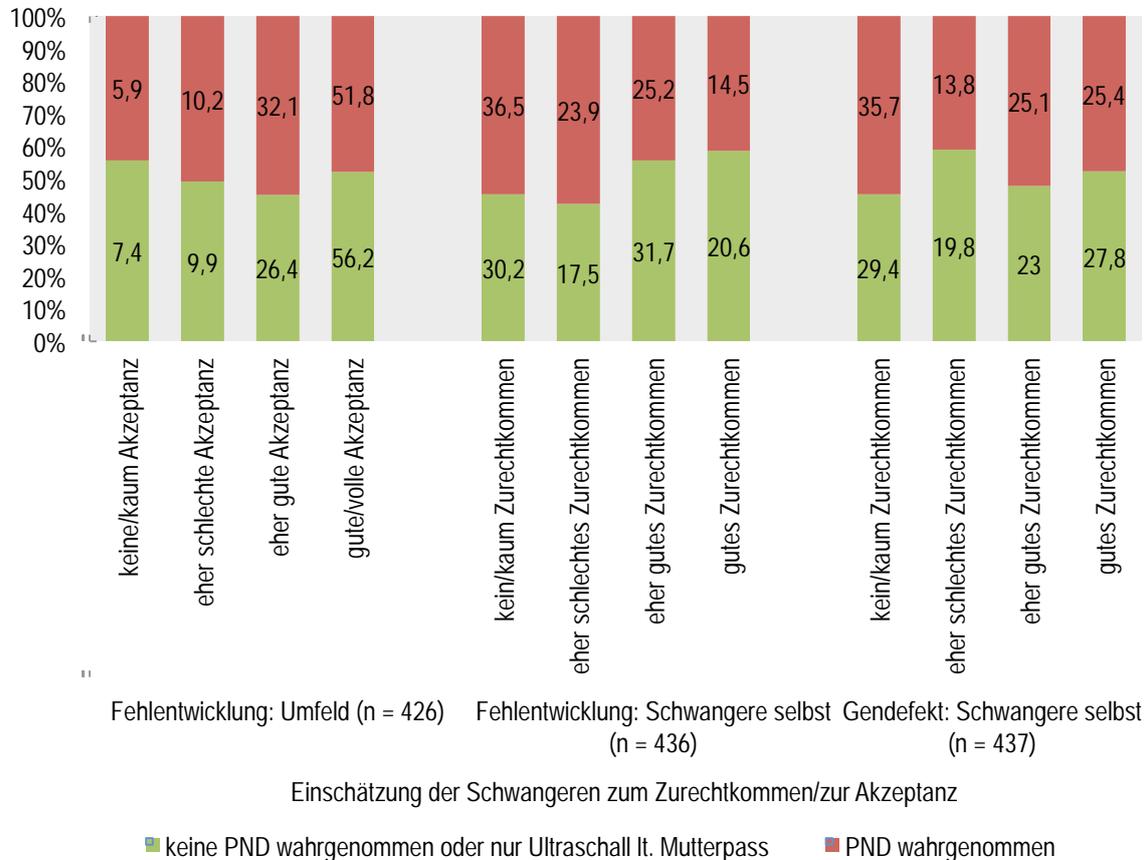


Abb. 16: *Subjektive Einschätzung des privaten Umfeldes und Selbsteinschätzung durch die Befragten zur Akzeptanz/zum Zurechtkommen mit einer Fehlentwicklung/einem Gendefekt des Kindes*

Die sich zunächst voneinander unterscheidenden Mittel der Gruppe ohne PND und der Gruppe mit PND zeigten im Levene-Test Varianzgleichheit. Die Nullhypothese wird beibehalten: Die Einstellung der Schwangeren zu einer Fehlentwicklung unterscheidet sich nicht zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen (s. 6.1 „Hypothesen“, S. 26, b)); der t-Test ergab jedoch keine Signifikanz des Mittelwertunterschieds (s. Anhang I, S. LIX).

Zum gleichen Ergebnis kam der Hypothesentest im Bezug auf die Einstellung der Schwangeren zum Zurechtkommen mit einem Kind mit Gendefekt. Die Nullhypothese wird beibehalten: Die Einstellung des privaten Umfelds der Schwangeren zu einer Fehl-

entwicklung unterscheidet sich nicht zwischen Frauen, die keine PND in Anspruch genommen haben und solchen, die PND haben durchführen lassen (s. 6.1 „Hypothesen“, S. 26, d)); der t-Test stellte dabei keinen signifikanten Unterschied heraus (s. Anhang I, S. LIX).

Die Mittelwerte beider Gruppen zur Einstellung des Umfelds zu einer Fehlentwicklung unterschieden sich in so geringem Maße voneinander, dass von der Hypothesenprüfung (s. 6.1 „Hypothesen“, S. 26, c)) abgesehen wurde und vom Zutreffen der Nullhypothese ausgegangen werden kann.

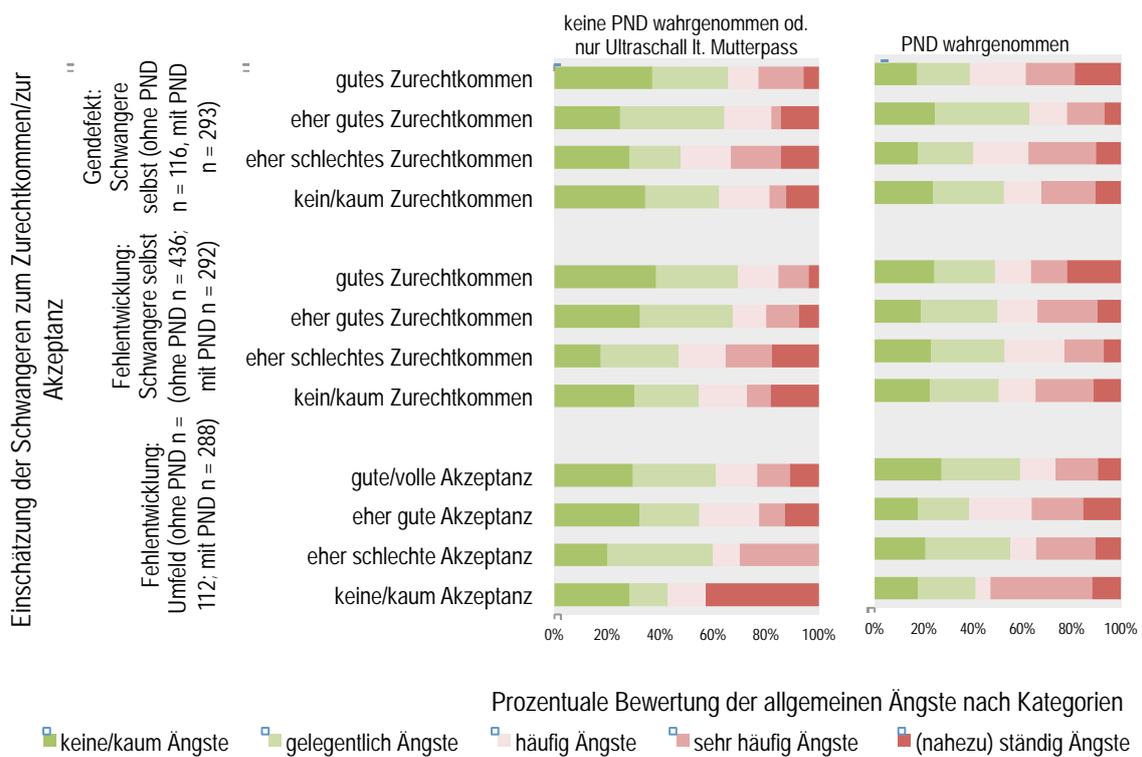


Abb. 17: *Einschätzung der Akzeptanz/des Zurechtkommens mit einer Fehlentwicklung/einem Gendefekt des Kindes und subjektive Ängsteinschätzung von Frauen, die keine PND oder nur Ultraschall lt. Mutterpass wahrgenommen haben und solchen, die PND wahrgenommen haben*

Frauen, die von einem guten Zurechtkommen mit einem Gendefekt ausgingen, berichteten insgesamt häufiger von Ängsten, wenn sie PND in Anspruch nahmen, die Ausprägung der Intensität war stärker.

Ein ähnlich differenzielles Bild zeigte sich hinsichtlich einer Fehlentwicklung des Kindes: Auch hier überwog der Anteil jener Schwangeren, die glaubten damit gut zurecht zu kommen in der Gruppe der PND-Nutzerinnen - Ängste waren im bisherigen Schwanger-

schaftsverlauf dem subjektiven Empfinden nach häufiger/stärker aufgetreten als in der gegenübergestellten Gruppe.

Deutlich höher war im Gruppenvergleich der Prozentsatz der Nicht-PND-Nutzerinnen, die (nahezu) ständig von Ängsten verfolgt waren, wenn sie von kaum/keiner Akzeptanz einer Fehlentwicklung durch ihr privates Umfeld ausgingen (ohne PND: 42,9 %, mit PND: 11,8 %) (s. Abb. 17).

10. Diskussion

Zunächst ließ sich feststellen, dass PND-Nutzerinnen häufiger bzw. stärker von Verunsicherung und Ängsten betroffen waren – insbesondere bzgl. der subjektiven Angstbewertung zum bisherigen Schwangerschaftsverlauf, der Angst vor der Geburt, Behinderung/Erkrankung des Kindes und der finanziellen Belastung zeigten sich Differenzen.

Die Quellen für Information/Austausch hatten in beiden Gruppen Einfluss auf das Sicherheitsempfinden, die Korrelationsstärken unterschieden sich nur geringfügig.

Die Nutzung der Informations-/Austauschquelle Gynäkologin/e korrelierte beiderseits positiv mit der allgemeinen Angstbewertung – es ist naheliegend, dass Schwangere gerade wegen ihrer Ängste und Befürchtungen häufiger ihre/n Frauenärztin/arzt konsultieren. Eine umgekehrter Kausalzusammenhang ist dennoch nicht auszuschließen.

PND-Nutzerinnen zeigten bei den Quellen Beratungsstellen, Videos (TV/Internet) und Apps ebenfalls lineare Zusammenhänge: Je mehr diese genutzt wurden, desto sicherer waren diese Frauen. PND-Nicht-Nutzerinnen waren bei gehäufte Nutzung sogar unsicherer.

Dies gibt einen Hinweis darauf, dass PND-Nutzerinnen sich im Allgemeinen stärker durch Austausch und Information beeinflussen lassen, mit eher positiven Auswirkungen auf das Sicherheitsempfinden. Dies ist in Zusammenhang damit zu bringen, dass diese eher in ein Netzwerk fachlich kompetenter Beratung eingespannt sind – die Kopplung von Expertenrat und Austausch mit Laien macht hier möglicherweise den Unterschied.

Einfluss der Informationsquellennutzung auf die (Nicht-)Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik selbst ließ sich für keine der Gruppen nachweisen.

Weiter differenziert zeigte sich ein verglichen niedriges Angstlevel bei den PND-Nutzerinnen mit bereits aufgetretenen Schwangerschaftskomplikationen. Frauen ohne PND mit dieser Erfahrung waren deutlich weniger „entspannt“ (gewesen). Der Anteil derer mit PND, der von (nahezu) ständigen Ängsten geplagt war der anderen Gruppe zwar wieder deutlich überlegen, dieses Ergebnis lässt jedoch folgende Interpretation zu:

Das Wahrnehmen von pränataldiagnostischen Untersuchungen kann zu mehr subjektiv empfundener Sicherheit beisteuern, insbesondere wenn Komplikationen auftreten. In diesem Fall bestätigt sich die Aussage der Bundesärztekammer, dass vorgeburtliche Untersuchungen (auch) eine Angst relativierende Funktion haben. Die vermehrte Ausprägung der stärksten Angstkategorie bei den PND nutzenden Frauen hat u.U. in der vorliegenden (zunächst beunruhigenden) Risikoeinschätzung als solcher ihren Ursprung.

Diese Vermutung lässt sich auch mit der vermehrt positiven Resonanz von PND-Nutzerinnen auf Information/Austausch zu vorgeburtlichen Untersuchungen verknüpfen.

Grundsätzlich schätzten die Schwangeren aus beiden Gruppen ihr Zurechtkommen mit einem fehlentwickelten Kind gleichwertig ein, die Mittelwerte unterschieden sich kaum. Jedoch war der Anteil der PND-Nutzerinnen, der häufiger davon ausging (eher) gut mit diesem Umstand zurecht zu kommen, stärker angstgeplagt als selbiger Anteil der gegenübergestellten Gruppe.

PND-Nicht-Nutzerinnen zeigten deutlich stärkere Ängste, wenn sie von ihrem privaten Umfeld eine schlechte Akzeptanz bzgl. eines behinderten/kranken Kindes erwarteten. Dies scheint die Relevanz des sozialen Umfelds und dessen Meinung zunächst nur für die PND-Nicht-Nutzerinnen zu bestätigen. Hinsichtlich der implizierten Beratung, Aufklärung und Hilfe bei Inanspruchnahme von PND liegt jedoch die Vermutung nahe, dass v.a. die psychosoziale Unterstützung sich positiv auswirkt (z.B. durch Einbezug des Umfelds, Aufzeigen von Alternativen von Unterstützung etc.).

Erhielten die Frauen viel Information zum Thema Schwangerschaftskomplikationen führte dies insgesamt häufiger zu Verunsicherung, als eine positive Wirkung zu erzeugen. Mehr PND nutzende Frauen konnten jedoch gruppenvergleichend auch Sicherheit gewinnen – hier kann es zu einer intensiveren Auseinandersetzung gekommen sein, was die oft negative Wirkung von Halbwissen oder Fehlinterpretation von Informationen aufheben kann. Diese Annahme wird dadurch bestätigt, dass PND nutzende Schwangere viel Information zu den pränatalen Untersuchungen selbst deutlich häufiger als Sicherheit gebend einordneten.

Ergebnis zur Forschungsfrage: Eine Angst relativierende Funktion der Pränataldiagnostik kann gegeben sein, wenn die betroffenen Frauen den Zugang zu Informationen, Beratung und Hilfe erhalten und nutzen. Dies ist unter anderem von einer gewissen Gesundheitskompetenz einschließlich des Kohärenzgefühls abhängig. Ist dies gegeben, ist die durch Inanspruchnahme von PND implizierte höhere bzw. spezifischere und fachlich gestützte Auseinandersetzung mit verbundenen sicherheitsbeeinflussenden Aspekten als positiver Einfluss zu bewerten. Andernfalls können pränataldiagnostische Untersuchungen - auch bezogen auf die relativ hohen Falsch-Positiv-Raten der Diagnosen und die Tatsache, dass Schweregrade nicht ausgemacht werden können - verunsichernde Auswirkungen haben.

Die zunächst widersprüchlichen erscheinenden Ergebnisse lassen sich folgendermaßen interpretieren: Frauen, die PND wahrnehmen, tun dies zum überwiegenden Teil, weil ihnen ein erhöhtes/hohes Schwangerschaftsrisiko zugesprochen wurde. Dies geht mit einer erhöhten Sorge und somit erhöhten subjektiven Angstbewertung für den bisherigen

Schwangerschaftsverlauf einher. Treten diese Frauen in den Kreislauf von Information und Beratung ein, sind sie jedoch besser aufgeklärt als die Nicht-PND-Nutzerinnen und werden insgesamt sicherer. Im Allgemeinen ist der Rahmen ausschlaggebend für die Wirkung auf das Sicherheitsempfinden, nicht die Inanspruchnahme/Durchführung von Pränataldiagnostik selbst.

Weiter sind Zusammenhänge zwischen dem Sicherheitsempfinden schwangerer Frauen bzw. dessen Beeinflussung mit negativen Vorerfahrungen wie Früh-/Totgeburten, Relevanz und entsprechendes Vorhandensein von Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und der allgemeinen psychischen Verfassung naheliegend. Hierzu gab es – insbesondere aufgrund niedriger Datenlage im Gruppenvergleich - keine (signifikanten) Ergebnisse.

Der Großteil aller Befragten plante in einer (Geburts-)Klinik zu entbinden und die meisten Schwangeren wandten sich für die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig an eine/n Gynäkologin/en. Dies bringt die Relevanz medizinischer Instanzen und deren Möglichkeiten für die Schwangere und ihr Sicherheitsempfinden zum Ausdruck. Es nahmen jedoch rund ebenso viele Schwangere wie solche, denen ein erhöhtes/hohes Risiko zugesprochen wurde, Pränataldiagnostik in Anspruch. Demnach scheint in erster Linie ausschlaggebend für die Durchführung der Untersuchungen zu sein, ob die/der behandelnde Gynäkologin/e ein Risiko definiert.

Die eigentliche Empfehlung des Arztes spielt dennoch, die Beweggründe vergleichend, eine untergeordnete Rolle. Deutlich häufiger kommt die Intention zur Durchführung von der Schwangeren selbst. Die Frauen wollten schlicht um die Gesundheit ihres Kindes bescheid wissen (um ggf. den Geburtsort entsprechend auszuwählen oder die Schwangerschaft abubrechen) und/oder die vorhandenen medizinischen Möglichkeiten ausnutzen. Die potentielle Vererbung familiärer Krankheiten wurde deutlich seltener als Grund zur PND genannt, ebenso wie der Einfluss des privaten Umfelds. Die mindere Relevanz von Familie, Freunden etc. spricht gegen die Ergebnisse aus der der Studie vorangegangenen Literaturrecherche.

Das Bildungsniveau der Frauen ist als insgesamt hoch einzuschätzen, der größte Teil konnte einen Hochschulabschluss vorweisen. Dies impliziert im Allgemeinen eine hohe/erhöhte Gesundheitskompetenz, einhergehend mit einer gesteigerten Kompetenz der Informationsbeschaffung, -verarbeitung und -bewertung. Es ist davon auszugehen, dass der hohe Bildungsgrad positiven Einfluss auf das Sicherheitsempfinden der Gesamtstichprobe hatte.

Der prozentuale Anteil derer, die arbeitsuchend waren, war so gering, dass ein Einfluss dieses Umstandes auf das Sicherheitsempfinden keine aussagekräftigen Ergebnisse bringen konnte. Frauen, die in Erwerbstätigkeit standen, mussten sich zum überwiegen-

den Teil nicht um ihren Arbeitsplatz sorgen – auch dies ist als grundlegend positiver Einfluss zu berücksichtigen.

In der Tendenz ähnelt das subjektive allgemeine Angstempfinden der Stichprobe dem aus der BZgA-Studie aus 2006. Es sind deutlich weniger Schwangere (und dies trifft auf beide Gruppen zu) von häufigen/stärken Ängsten und Unsicherheit begleitet – der Großteil der werdenden Mütter hat eher wenig Ängste und ist optimistisch.

Kritik am Instrument: Die Erhebung fand in einer Grundgesamtheit statt, die sich überwiegend „etwas“ bis „viel/häufig“ über Internetforen austauschte/informierte. Nicht klar wird demnach, ob die vorliegende Studie auch für alle weiteren Schwangeren, d.h. auch für solche, die diesen Informations-/Kommunikationsweg aussparen, repräsentativ ist. So bleibt die Möglichkeit, dass diese Tatsache für sich Einfluss auf das Schwangerschaftserleben, explizit das Sicherheitsempfinden in der Schwangerschaft nimmt.

11. Fazit und Ausblick

Ängste und Verunsicherung erleiden grundsätzlich alle Schwangeren, die einen mehr, die anderen weniger.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass es durchaus Differenzen im Schwangerschafts-erleben zwischen Frauen gibt, die PND nutzen und solchen, die darauf verzichten.

PND-Nicht-Nutzerinnen sind im Allgemeinen von einem niedrigerem Angstlevel begleitet. Jedoch kann eine geringere fachliche Begleitung auch zu größerer Verunsicherung führen.

Deutlich wird die Relevanz des informellen Netzwerks von Beratung, Aufklärung und Information, welches sich positiv auf das Sicherheitsempfinden auswirken kann. So kann nicht die Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik selbst als vorrangiger sicherheitsbeeinflussender Faktor gewertet werden, sondern vielmehr der Rahmen, in dem diese geschieht.

Jede Frau muss für sich und ihr Ungeborenes selbst entscheiden, ob und in welchem Ausmaß sie PND wahrnehmen möchte. Diese Entscheidung und die daraus eventuell nötigen resultierenden Entscheidungen kann ihr niemand abnehmen. Eine Schwangerschaft stellt einen solchen Ausnahmezustand dar, dass es neben der eigenen Gesundheits- und Informationskompetenz grundlegend wichtig ist, die werdende Mutter zu unterstützen, aufzuklären und zu beraten. Fachlich kompetente Begleitung (insbesondere durch Hebammen, Gynäkologen/innen und evtl. Kinderärzte/innen) sollte ein grundsätzlicher Standard in der Schwangerschaftsbegleitung sein – nicht nur für „Risikoschwangere“ und Pränataldiagnostik nutzende Frauen, auf die häufig der Fokus gelegt wird.

Anhang

Anhang I: Diagramme/Tabellen

t-Test: Mittelwertanalyse der allgemeinen Angsteinschätzung in den Gruppen mit PND und ohne PND

Gruppenstatistik					
	PND ja nein alle	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert
PSY Angsteinschätzung	keine PND oder nur Mutterpass-Ultraschalls wahrgenommen	123	38,42	28,341	2,555
	PND wahrgenommen	308	42,72	27,060	1,542

Test bei unabhängigen Stichproben										
	Levene-Test der Varianzgleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz	Standardfehlerdifferenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Unterer	Oberer
PSY Angsteinschätzung	Varianzgleichheit angenommen	,056	,813	-1,469	429	,143	-4,298	2,926	-10,049	1,453
	Varianzgleichheit nicht angenommen			-1,440	215,643	,151	-4,298	2,985	-10,181	1,585

t-Test: Mittelwertanalyse der Einschätzung der Schwangeren zum Zurechtkommen/zur Akzeptanz von Fehlentwicklung und/oder Gendefekt in den Gruppen mit PND und ohne PND

Gruppenstatistik					
	PND ja nein alle	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert
Einstellung selbst Fehlentwicklung	keine PND oder nur Mutterpass-Ultraschalls wahrgenommen	126	47,04	29,548	2,632
	PND wahrgenommen	310	42,22	28,498	1,619
Einstellung Umfeld Fehlentwicklung	keine PND oder nur Mutterpass-Ultraschalls wahrgenommen	121	72,35	25,722	2,338
	PND wahrgenommen	305	73,11	24,304	1,392

Einstellung selbst Gendefekt	keine PND oder nur Mutterpass-Ultraschalls wahrgenommen	126	49,52	32,409	2,887
	PND wahrgenommen	311	46,93	32,079	1,819

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz	Standardfehlerdifferenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Unterer	Oberer
Einstellung selbst Fehlentwicklung	Varianzgleichheit angenommen	1,016	,314	1,584	434	,114	4,820	3,043	-1,161	10,802
	Varianzgleichheit nicht angenommen			1,560	224,409	,120	4,820	3,090	-1,269	10,910
Einstellung Umfeld Fehlentwicklung	Varianzgleichheit angenommen	,841	,360	-,287	424	,775	-,761	2,655	-5,980	4,458
	Varianzgleichheit nicht angenommen			-,280	209,678	,780	-,761	2,721	-6,125	4,603
Einstellung selbst Gendefekt	Varianzgleichheit angenommen	,033	,855	,762	435	,446	2,590	3,398	-4,088	9,268
	Varianzgleichheit nicht angenommen			,759	229,361	,449	2,590	3,412	-4,134	9,314

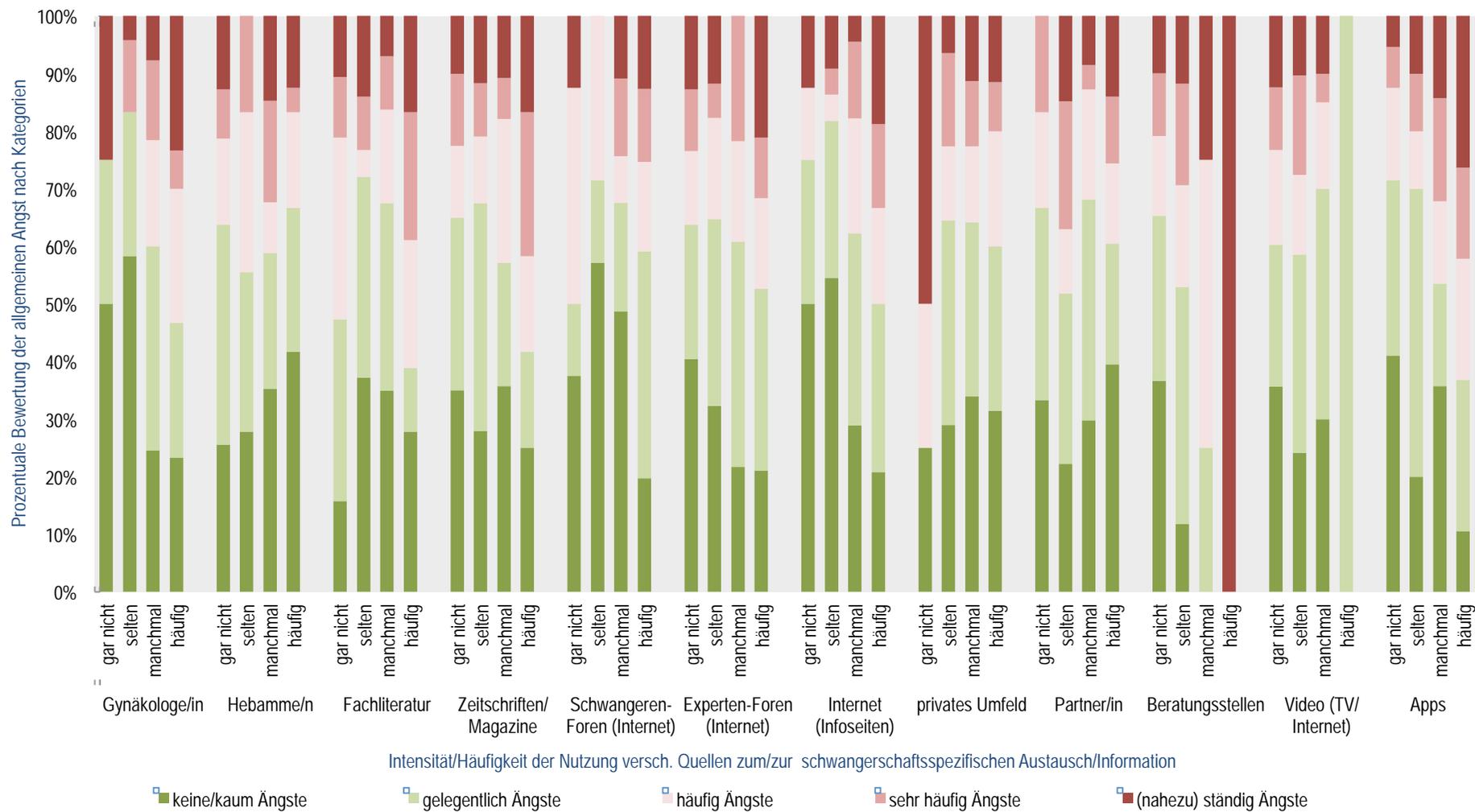


Abb. A-1: *Nutzungsintensität unterschiedlicher Informations-/Austauschquellen und subjektive Angsteinschätzung für den bisherigen Schwangerschaftsverlauf von Frauen, die keine Pränataldiagnostik oder nur Ultraschall lt. Mutterpass in Anspruch genommen haben (n = 123)*

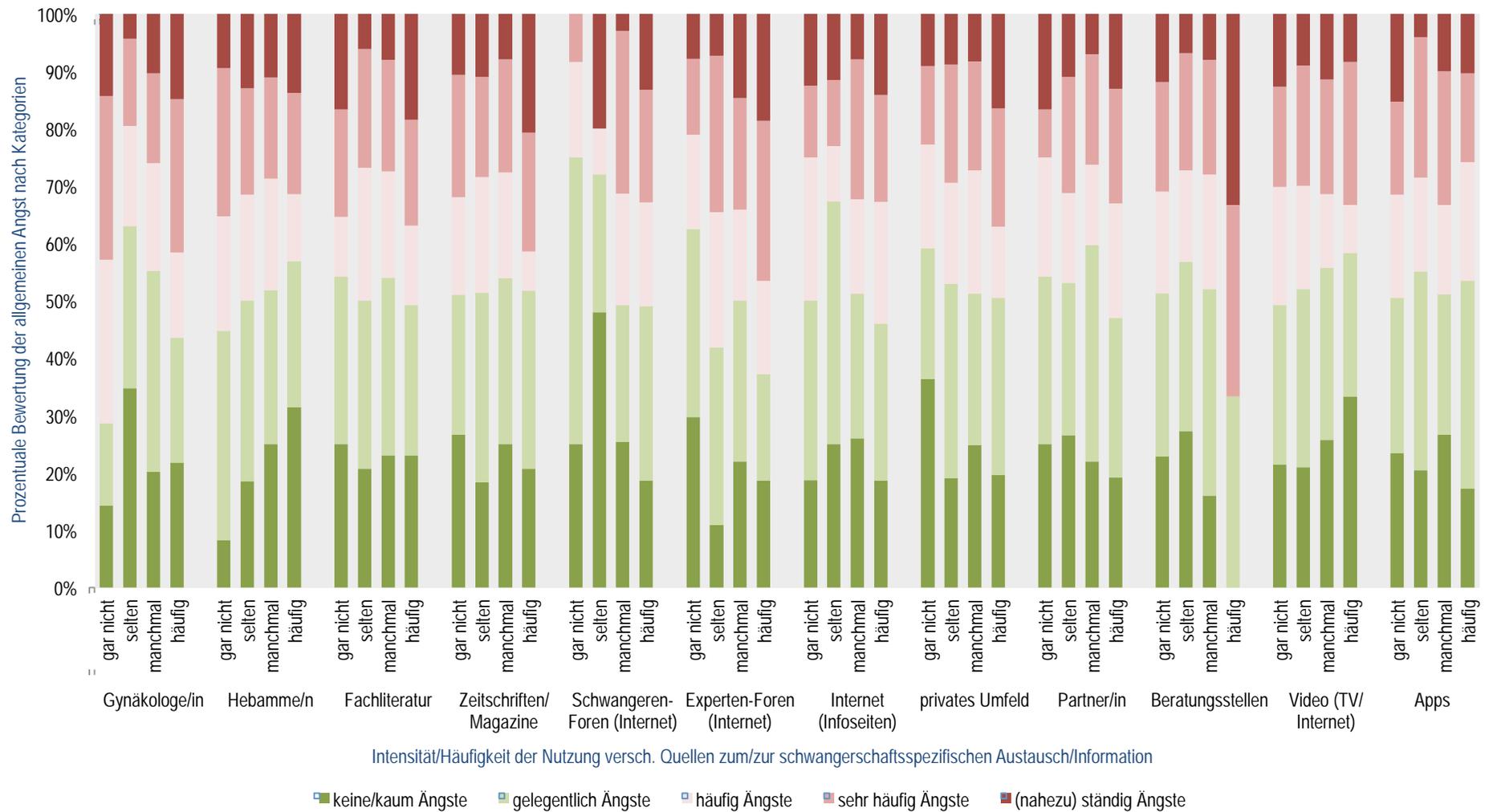


Abb. A-2: *Nutzungsintensität unterschiedlicher Informations-/Austauschquellen und subjektive Ängsteinschätzung für den bisherigen Schwangerschaftsverlauf von Frauen, die Pränataldiagnostik in Anspruch genommen haben (n = 308)*

Anhang II: Protokoll der Vorrecherche

Teil 1 „Sicherheit“

(Umfragen auf www.netmoms.de - Texte direkt übernommen; Sicherheit gebende Faktoren grün markiert, Angst einflößende Faktoren rot markiert)

Verfasserin: 01.01.2014 21:12

„Was gibt euch Sicherheit? ...brauche Hilfe!“

Hallo! Ich stehe am Anfang meiner Bachelorarbeit und brauche eure Hilfe: Ich möchte, grob umschrieben, eine Untersuchung zum Thema Sicherheitsgefühl bzw. Verunsicherung im Schwangerschaftserleben machen. Hierfür ist es wichtig, alle eventuell ausschlaggebenden Determinanten zu erfassen. Ich selbst bin jetzt in der 16. Woche und für mich ist zum Beispiel die enge Betreuung durch eine Hebamme und die mir vermittelte Zuversicht meines Gynäkologen, dass alles gut sein wird besonders wichtig, damit ich mich sicher fühle und optimistisch durch meine Schwangerschaft gehen kann. Auch das Wissen, dass ich das Ganze schon einmal überstanden und ein gesundes Kind zur Welt gebracht habe, trägt zu einem positiven Schwangerschaftserleben bei. Wie ist es bei euch? Was ist euch wichtig, damit ihr euch sicher fühlt und gibt es Dinge, die euch verunsichern? Danke vorab für eure Hilfe!“

A: 01.10.2014 21:13

„Mein Bauchgefühl Ich bräuchte keine enge Betreuung. Mal alle paar Wochen schauen, ob alles gut ist, hat gereicht.“

B: 01.10.2014 21:14

„Sicherheit hat mir mein Partner gegeben.“

C: 01.10.2014 21:15

„der rückhalt meiner familie.“

D: 01.10.2014 21:16

„Mein Vertrauen in die Natur der Dinge, hat mir Sicherheit gegeben“

E: 01.10.2014 21:18

„Mein Bauchgefühl und meine Familie gab/gibt mir Sicherheit. Verunsichert hat mich während der Schwangerschaft eigentlich nichts. Ich war mir bei dem was ich tat sehr sicher und hatte das nötige Selbstbewußtsein, was ich heute immernoch habe.“

F: 01.10.2014 21:21

„In der ersten SS hatte ich überhaupt keine Zweifel, war absolut sicher, dass alles gut geht. War auch so. Dann war ich wieder schwanger und hatte eine FG. Dann war ich wieder schwanger und wegen dem Erlebten war ich die ganze SS hindurch unsicher. Da konnte mir weder mein Partner, noch eine engmaschige Überwachung ein Sicherheitsgefühl vermitteln.“

G: 01.10.2014 21:24

„Der Glaube an Gott und Gebet. Vor allem bei der dritten Schwangerschaft, nachdem ich mein zweites Baby leider verloren habe. Es hat mir zwar keine Sicherheit gegeben (gibt es die überhaupt?), aber die Hoffnung, dass alles in Gottes Hand liegt. So heißt dann unsere Maus auch Annika (von Johannes = Gott ist gnädig)“

H: 01.10.2014 21:25

„Eindeutig mein Mann...“

I: 01.10.2014 21:29

„Verunsichernd können falsche Ärzte sein, bzw. die falsche Wortwahl und zu schnelle Diagnosen a la "das Herz müsste schon schlagen". Liest man hier unglaublich oft. Ganz böses Ding: Google. Dort findet man eher negatives, die die positives erleben haben wenig zu verarbeiten, dh das Mitteilungsbedürfnis sinkt. Bei der großen war ich unglaublich locker, hab zwar auf Salami & Co verzichtet - wusste aber nicht wieso und was die Konsequenzen sein können. Die hat mein Arzt mir nie mitgeteilt, nur was ich nicht tun sollte. Ich würde behaupten mein jetziges Wissen zu bestimmten Krankheiten, Behinderungen und fehlbildungen/Fehlgeburten durch div. Infektionen haben mir Sicherheit genommen. Salat und listeriose? Danke, Google. Ein unwissende Schwangere ohne nennenswerte Probleme, abgesehen von den üblichen Wehwehen, ist meist eine glückliche schwangere. Die einzige angst? Die Geburt. Nicht weil was schief gehen könnte, sondern wegen den Schmerzen. Und heute? Verunsichert mich alles. Darf ich das Essen? Das Down Syn-

drom ist nicht vererblich, vorher dachte ich in beiden Familien sind alle gesund, da wird das Kind auch gesund. Jetzt weiß ich, dass es jeden treffen kann, unabhängig von der Veranlagerung. Ich kann es so beschreiben: Mit 22 war ich der festen Überzeugung dass Madame einmal studiert, heute bin ich froh, wenn sie den Hauptschulabschluss schafft. Das mein ich aber im übertragenen Sinne, also auf die Schwangerschaft bezogen. "Lebensfähig" und "lebt" sind die schönsten Diagnosen, wenn man sich selbst der Unwissenheit beraubt hat. Lesen bildet!"

J: 01.10.2014 21:49

„Mir hat Sicherheit gegeben, dass ich in einem medizinisch weit entwickelten Land lebe. Nun gut, wenn ich jetzt in einem Steppendorf leben würde, würde mir wahrscheinlich das Wissen, dass jemand da ist, der weiß, wie man zur Not das Kind unbeschadet aus meinem Bauch rauskriegt, auch Sicherheit geben. Hauptsache, man ist nicht allein, falls irgendwas anders als geplant läuft, sprich Blutung, Geburtstillstand, Nabelschnurvorfal etc.“

K: 01.10.2014 22:00

„Sicherheit kamen durch meinen Partner und Familie. Auch durch die regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen beim FA, aber am allermeisten die 3d - Untersuchung damals. Ängste kamen durch eine Fehlgeburt im höheren SS-Verlauf in der Nachbarschaft, das machte mich sehr nachdenklich und ängstlich. Ansonsten auch das drum herum nahm Ängste- der Personalleiter der sagte ich komme in meine Abteilung zurück n.d. Elternzeit, zu wissen, nach der Geburt meine Eltern 1 Woche unterstützend bei uns zu haben, mein Partner mit aufmunternden Worten und Trübsal wegblasen wenn ich wieder grübelte (wg Elterngeld, reicht das?, oder wie soll man alles schaffen ohne Familie im Hintergrund, ist sie gesund, warum strampelt sie JETZT nicht, ...) - das nahm auch schon Ängste während der SS, die schwer im Magen lagen.“

L: 01.10.2014 22:00

„Beim ersten Kind war ich mir in allem sehr sicher und mein Mann und ich haben uns darauf verständigt, dass wir meiner Gynäkologin vertrauen und gegensätzliches Gerede von Eltern, Nachbarn, Freunden nicht beachten. Da wird man sonst ganz wuschig... Bei meinem zweiten Jungen setzte die Unsicherheit mit den Schwangerschaftskomplikationen ein. Frühwehen ab der 23. SSW, Gefahr einer Frühgeburt... da wird einem schon ganz anders und man muss sich mit allen Eventualitäten auseinandersetzen. Trotzdem haben wir die Ruhe bewahrt und ich habe zum Erstaunen meiner Gynäkologin immer gesagt, dass ich noch übertragen werde... dem war dann auch so... Und mein

Mann war beide Male fest an meiner Seite, ich kann mich immer hundertprozentig auf ihn verlassen.“

M: 01.10.2014 22:01

„das bewusstsein, dass mein körper genau dafür von der natur geschaffen und perfektioniert wurde. und zum ende hin meine hebamme, die ich mir extra ausgesucht hatte, da sie beleggeburt macht und ich sicher war, dass nur sie im kh bei uns ist und mich kannte und genau wusste, was ich mir wünsche und was nicht! die kompetente betreuung durch den fa war auch super, aber nicht besonders ausschlaggebend für das sicherheitsgefühl.“

J: 01.10.2014 22:22

„Verunsichert hat mich der erst sehr spät durchgeführte Glucosebelastungstest, der prompt erhöht war, mit anschließender "böartiger Unterstellung" ich hätte einen schwangerschafts-Diabetes. Ich hab mich in der Schwangerschaft unbewußt mit viel Obst, Salat und gesunden Sachen, dafür wenig bis gar kein Süßkram (den ich sonst liiiieebee) ernährt und sollte plötzlich keine Äpfel und Bananen mehr essen, ständig pieksen, da hab ich mich quer gestellt und gesagt, das mache ich nicht. Das fand ich sehr anstrengend und verwirrend, zumal ich mich sauwohl gefühlt habe.“

N: 01.10.2014 23:52

„Ehrlicher Weise reiche ich mir selbst. Mein Gefühl für mich und die Schwangerschaft reicht sogar dafür, meinen Partner mit zu versichern, quasi. Ich habe jeden Abend bewusst meine Hände auf dem Bauch, spüre unser Kind und weiß: Was immer kommen mag, so soll es sein - so wird es. Für meinen Partner gibt es noch einen Doppler.. denn er kann nie zu den Untersuchungen mitkommen - damit auch er das Herzchen schlagen hören kann - das tut ihm gut! Und ich bin ansich immer sehr zuversichtlich“

N: 01.10.2014 23:56

„J schrieb:

da hab ich mich quer gestellt und gesagt, das mache ich nicht. Das fand ich sehr anstrengend und verwirrend, zumal ich mich sauwohl gefühlt habe.

In meiner ersten Schwangerschaft habe ich das alles hinter mir. S-Diabetes, pieksen, Insulin, strenge Diät.. Horror-Ultraschall-Werte (über 60 cm, über 6 .. alles Quatsch ..)..

ich habe meine ganze Schwangerschaft nicht genießen können, lebte in Angst und nach der Uhr! Never ever again.“

„Toll, dass du dazu aus dir selbst heraus den Mut hattest. Ich habe ihn erst mit der Erfahrung bekommen!“

Teil 2 „Angst“

Verfasserin: 10.10.2014 11:29:

„Wovor habt ihr Angst?“

Hallo! In den Vorrecherchen für meine Bachelorarbeit (Thema Sicherheitsempfinden bzw. -beeinflussung in der SW) steckend, brache ich noch einmal Hilfe: Toll wäre es, wenn ihr mir die Frage beantworten könntet, wovor ihr in eurer Schwangerschaft ganz konkret Angst habt. Damit meine ich wirklich alles (z.B. Auftreten von Blutungen, Zerbrechen der Partnerschaft, Geburtsverletzungen, Krankheit des Ungeborenen,...), was euch beunruhigt! Danke für eure Unterstützung im Voraus! ...wenn es demnächst soweit ist, werde ich den Link zur Umfrage hier posten und lasse später jede, die möchte, gerne in meine Ergebnisse schauen!“

O: 10.10.2014 11:31

„Blutungen! Hab bei jedem Toilettengang das Toilettenpapier kontrolliert.

Vorzeitiger Blasensprung!“

P: 10.10.2014 11:33

„Ich hatte Angst dass mein Baby nicht überlebt.“

Q: 10.10.2014 11:34

„vor einer Fehlgeburt.“

R: 10.10.2014 11:34

„Geburtsverletzungen. Das habe ich einmal durch und war für mich derart schlimm dass ich einen Wunschkaiserschnitt machen lassen werde.“

S: 10.10.2014 11:34

„Ich hatte solche Angst, dass irgendwas mit meinem Baby sein könnte! !! Krankheiten oder Komplikationen. ...im schlimmsten Fall sogar Fehl- oder Totgeburt!!!“

T : 10.10.2014 11:35

„Bin aktuell zwar nicht schwanger, meine Angst bei der letzten Geburt war, das mein Kind wie schon zuvor im Mutterleib stirbt.“

U: 10.10.2014 11:37

„Fehlgeburt“

S: 10.10.2014 11:38

„In der ersten Ss hatte ich auch immer panische Angst um mein Baby, erst das ich es doch noch verlieren könnte, dann vor einer Frühgeburt. Das hab ich diesmal nicht. Dafür hab ich Angst dass die Fruchthöhle leer sein könnte. Und das Thema von oben halt.“

V: 10.10.2014 11:39

„zu erst vor einem vorzeitigen abgang, jetzt habe ich (16SSW) angst vor einer stillgeburt. ich habe etwas angst vor dem stillen, weil ich mir darunter gar nichts vorstellen kann, ich habe angst vor einem kaiserschnitt, denn ich möchte das kind unbedingt natürlich zur welt bringen (natürlich kommt es wie es kommt, aber die vorstellung eines KS allein ist schon gruselig). ja n paar ängste sind hier schon dabei!“

W: 10.10.2014 11:41

„Angst vor einer fehlgeburt weil ich blutungen hatte. Dann natürlich die angst das etwas mit dem Kind nicht stimmt und nicht zu vergessen die angst vor dem geburtsschmerz.... obwohl ich sagen muss ich hab vor einer pda mehr angst, sobald ein Arzt oder eine Schwester mit einer Nadel kommt, kann man mich laufen sehen“

V: 10.10.2014 11:44

„stimmt PDA finde ich auch ultra fies, allein der gedanke brrr“

X: 10.10.2014 11:47

„Ich mochte Kinder vorher nie besonders gut leiden. Ich hatte furchtbare Angst, das Kind würde geboren und ich könnte es nicht leiden. Bitte nicht

falsch verstehen, die Schwangerschaft war nicht geplant, aber gewollt und dann auch gewünscht. Aber ich fand die Kinder in meiner Umgebung alle so furchtbar. Glücklicherweise war diese Angst vollkommen unbegründet.“

Y: 10.10.2014 11:49

„Hey [X] finds cool, dass du so ehrlich bist und kann das voll nach vollziehen! Ich kann auch nicht mit allen Kindern und fand es undenkbar Kinder zu kriegen, bis vor 3 Jahren :) Da fingen wir dann mal an drüber zu reden und dieses Jahr war dann die Verhütung mal weg.“

Z: 10.10.2014 11:50

„Ich hatte nur angst das mein Baby stirbt. Ich habe schon viel gesehen in der Praxis und aus diesem Grund hatte ich die ganze Schwangerschaft angst das meinem Baby was passiert. Und weil ich mir das kein zweites mal antun möchte ist sie mein einzigstes Kind und bleibt auch mein einzigstes Kind.“

A1: 10.10.2014 11:56

„Angst als Mutter zu versagen.

Angst, hinzufallen und deswegen das Baby zu schädigen (bin sehr tollpatschig und musste Hochschwanger im Winter über sauglattes Kopfsteinpflaster laufen, wenn ich vor die Tür ging^^)

Angst vor der Zukunft im Allgemeinen. Angst vor der Geburt.“

B1: 10.10.2014 11:56

„[X] schrieb:

Ich mochte Kinder vorher nie besonders gut leiden.

Ich hatte furchtbare Angst, das Kind würde geboren und ich könnte es nicht leiden. Bitte nicht falsch verstehen, die Schwangerschaft war nicht geplant, aber gewollt und dann auch gewünscht.

Aber ich fand die Kinder in meiner Umgebung alle so furchtbar.

Glücklicherweise war diese Angst vollkommen unbegründet.“

„Ging mir genau so, und ich kann bis heute nicht alle Kinder leiden. Ich war mir vor der Geburt auch nicht sicher, ob ich es 24 Stunden am Tag mit einem Säugling aushalte. Aber die Sorgen waren unbegründet. Ist doch ein riesiger Unterschied, ob es das eigene Kind ist oder ein fremdes.“

C1: 10.10.2014 11:57

„Meine größte Sorge war die Angst vor Behinderung..das hätte ich nicht akzeptieren können! Ansonsten war alles andere etwas wo man denkt was passiert passiert!“

D1: 10.10.2014 12:01

„Ich hatte Angst vor Blutungen, Frühgeburt und vorzeitigem Blasensprung. Leider traten alle drei Komplikationen in meiner Schwangerschaft auf.“

E1: 10.10.2014 12:41

„Vielleicht kurios,aber ich hab keine Angst vor irgendwas.

Genau das war mein Gedanke beim lesen der Frage...

Ich hatte während keiner Ss Angst das etwas passieren könnte...vll deswegen, weil ich nicht jeden mist gelesen habe und heute, nach so vielen Sachen die ich mit den Kids durch habe, denke ich einfach, wenn's passieren soll passiert's auch...da kann ich nichts ändern, so lange ich nicht mit Vorsatz handel.“

F1: 10.10.2014 12:42

„Ich hatte panische Angst davor bei der Geburt vom 2ten kind zu sterben,bei der ersten Geburt hatte ich eigentlich nur Angst das Kind könnte nicht gesund sein“

G1: 10.10.2014 13:43

„Ich hatte eine tolle Schwangerschaft, war ausgeglichen und auch gesundheitlich war alles top. Ich hatte also mehr oder weniger nur Angst vor den Geburtsschmerzen.“

H1: 10.10.2014 14:25

„Jetzt in der Schwangerschaft (noch Fruehschwangerschaft, da besonders) habe ich Angst das Baby zu verlieren. Hab schon eins frueh verloren.

Hab zwei Jungs, und es soll noch ein Geschwisterchen her. Da mein Alter vielleicht mehr lange Schwangerschaften zulaesst, ist das evtl die letzte Chance.

Allgemein habe ich Angst, dass irgendwas mit dem Würmchen nicht stimmen koennte, Gendefekte etc, unheilbare Krankheiten (jetzt oder nach der Entbindung) festgestellt werden.

Folglich auch Angst vor Totgeburt, auch ploetzlicher Kindstot dann.

Mein erster Sohn war mit neun Monaten mal im Schlaf fast weg, hat im Schlaf auf der Nase gelegen und nicht geatmet, bis ich ihn hochgerissen und etwas geschuettelt habe. Ich lag daneben und bin rechtzeitig wach geworden. Der Arzt meinte, bis 20 Sekunden oder so ist es normal, dass sie mal nicht atmen, aber ich weiss nicht, ob das normal war... Deswegen hab ich davor dann, wenn das Kind da ist, ein Jahr lang wieder Stress in der Nacht und einen besonders leichten Schlaf.

Vor der Geburt ansich habe ich absolut keine Angst. Beide Geburten waren spontan und komplikationslos, aber sehr anstrengend, die Wehen sehr schmerzhaft, Rueckenschmerzen vom allerfeinsten, erste wegen mangelnder Kraefte irgendwann dann mit PDA, bin etwas gerissen, aber im Nachhinein war alles aushaltbar, und laut Hebammen waren es Traumgeburten.

Ich freue mich sogar auf die naechste Entbindung! PDA will ich gar nicht mehr, wenn nicht wieder irgendwann vollkommen kraeftelos. Aber ich denke und hoffe, die dritte Entbindung wird noch leichter und kuerzer als die zweite.

Angst vor Blasensprung? Nein! Im Gegenteil, kann diesmal ruhig alleine springen, denn beide Male musste sie gesorenget werden um die Geburt voran zu bringen.

Und beim zweiten mal, kaum dass sie sich dann entleert hatte, ging es richtig los, der Mumu oeffnete sich endlich schneller und es kamen bald schon Presswehen.

Kurzgefasst:

Angst vor Fehlgeburt, Kind nicht gesund, Plötzlicher Kindstot.

Ach so, noch eine Kleinigkeit... Nicht stillen zu koennen! Habe beide Kinder bisher gestillt und es genossen."

Anhang III: Fragebogen

 <p>Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg</p> <p>0% ausgefüllt</p>	<p>Liebe Studienteilnehmerin,</p> <p>ich freue mich, dass Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen - dies ist mir eine große Hilfe.</p> <p>Ich bin Studentin an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg im Studiengang Gesundheitswissenschaften und führe im Rahmen meiner Bachelorarbeit eine Studie zum Thema Sicherheitsempfinden und -beeinflussung schwangerer Frauen durch.</p> <p>Sich sicher zu fühlen ist in dieser besonderen Zeit einer der ausschlaggebenden Faktoren für ein positives Schwangerschaftserleben und somit auch für die Gesundheit. Ich möchte mit meiner Arbeit dazu beitragen, dass sowohl die Frauen als auch die Menschen um sie herum (seien es Partner, Freunde, Hebammen, Ärzte,...) durch mehr Wissen in diesem Bereich einen positiven Einfluss auf dieses einzigartige Erlebnis nehmen können.</p> <p>Gerne gewähre ich nach Abschluss meiner Arbeit Einblick in meine Ergebnisse. Hierfür bitte ich am Ende des Fragebogens um Ihre Emailadresse - diese persönlichen Auskünfte werde ich, wie alle Daten, die Sie mir zur Verfügung stellen, vertraulich behandeln und nicht an Dritte weiterreichen. Nach Fertigstellen meiner Arbeit werde ich die Emailadressen vollständig löschen. Alle Angaben werden anonymisiert und es wird sich kein Rückschluss auf Ihre Person ziehen lassen.</p> <p>Diese Umfrage richtet sich ausschließlich an schwangere Frauen. Das Ausfüllen des Fragebogens wird etwa 15 Minuten dauern.</p> <p>Unter allen Teilnehmerinnen, die mir etwas Ihrer Zeit schenken und mitmachen wollen, verlose ich übrigens einen 30,00€ - Baby-Markt - Gutschein!</p> <p>Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!</p> <p style="text-align: right;">Weiter</p> <p style="text-align: center;">Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014</p>
--	--



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

6% ausgefüllt

1. In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich momentan? [SD14]

[Bitte auswählen] ▾

2. Wie alt werden Sie an Ihrem errechneten Entbindungstermin sein? [SD02]

Ich werde Jahre alt sein.

3. Wie viele leibliche Kinder haben Sie bereits? [SD15]

0

1

2

3

4 oder mehr

4. Wo wollen Sie entbinden? [SW01]

(Geburts-)Klinik

Geburtshaus

Zuhause

Ich bin noch unentschlossen.

Zurück **Weiter**

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

12% ausgefüllt

5. Wer führt bei Ihnen die Vorsorgeuntersuchungen durch? [SW07]

Hebamme/Hebammenteam

Gynäkologe/in

Kombination aus Gynäkologe/in und Hebamme/Hebammenteam

Ich lasse keine Vorsorgeuntersuchungen durchführen.

6. Hatten Sie für diese Schwangerschaft eine Kinderwunschbehandlung? [SW09]

Ja

Nein

7. Wie häufig waren Sie schon schwanger (einschließlich dieser Schwangerschaft)? [SD20]

Ich bin zum . Mal schwanger.

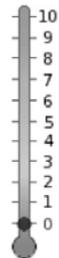
Zurück **Weiter**

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014

18% ausgefüllt

8. Wie fühlten Sie sich in dieser Schwangerschaft bisher insgesamt? [SI05]
(0 = stimmt überhaupt nicht, 10 = trifft voll zu)

Ich hatte ständig Ängste.



9. Rückblickend auf die vergangenen vier Wochen meiner Schwangerschaft traten folgende Begleiterscheinungen/Gemütszustände bei mir auf: [SW03]

	(fast) nie	selten	manchmal	häufig
Appetitsteigerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstzweifel und/oder Schuldgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angst-/Panikattacken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Euphorie/Freude in Bezug auf die Schwangerschaft/das Mutterwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freudlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reichtum an Energie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lustlosigkeit/Antriebslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Rückblickend auf die vergangenen vier Wochen Ihrer Schwangerschaft: Wie stark fühlten Sie sich durch Schwangerschaftsbeschwerden (z.B. Übelkeit, schwere Beine, Kurzatmigkeit etc.) belastet? [SW13]
(Nicht gemeint sind Komplikationen wie starke Blutungen, Frühwehen etc.!)

Ich fühlte mich überhaupt nicht belastet/ingeschränkt.  Ich fühlte mich sehr stark belastet/ingeschränkt.

Zurück

Weiter



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

23% ausgefüllt

Überspringen Sie diese Seite, wenn Sie zum ersten Mal schwanger sind!

11. Haben Sie schon einmal ein Kind in der Schwangerschaft verloren?
[SW11]
(Fehlgeburt/Totgeburt, Kind ohne Lebenszeichen)

Ja
 Nein

12. Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt (Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche, Kind mit Lebenszeichen)? [SW12]
(Doppelte „Ja“-Antwort möglich, wenn es sich auf mehrere Kinder bezieht!)

Nein, hatte ich noch nie.
 Ja, das Kind ist im späteren Verlauf verstorben.
 Ja, das Kind hat überlebt.

Zurück

Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014

...häufig beunruhigend.

...überwiegend
beruhigend.

Zurück

Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



34% ausgefüllt

16. Für mein persönliches Sicherheits- und Wohlbefinden finde ich...

	nicht wichtig	etwas wichtig	wichtig	besonders wichtig
...die Unterstützung durch meinen Partner/meine Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Unterstützung durch meine Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...den Kontakt zu / Erfahrungsaustausch mit anderen Schwangeren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Begleitung durch eine Hebamme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die ausführliche (frauen)ärztliche Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Begleitung durch eine Person/Personen anderer Berufsgruppen (z.B. aus Heilpraktik, chinesischer Medizin, Yoga,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Erreichbarkeit einer medizinisch weit entwickelten Versorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßige Untersuchungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Maßnahmen der Pränataldiagnostik (Früherkennung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein sicherer Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...finanzielle Unabhängigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...finanzielle Unterstützung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Anlaufstellen zur (psycho)sozialen Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Religion/Glaube/Spiritualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der Austausch mit Freundinnen, die bereits ein Kind geboren haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Ich habe Angst vor...

	sehr	etwas	kaum	gar nicht
...Komplikationen in der Schwangerschaft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...einer Fehlgeburt/Totgeburt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dem Zerschneiden meiner Partnerschaft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der Veränderung/den Herausforderungen meines Lebens mit einem (weiteren) Kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der Geburt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...einer möglichen Fehlentwicklung/Erkrankung meines Kindes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der finanziellen Belastung durch ein (weiteres) Kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014

40% ausgefüllt

18. Positionieren Sie für die folgenden Aussagen bitte den Regler. [PS01]
(links = stimmt nicht, rechts = stimmt vollkommen)



Ich habe ein positives Körpergefühl.

Ich vertraue in meinen Körper und seine Fähigkeit zu gebären.

Ich fühle mich gesund.

Ich Sorge für meine Psyche und meinen Körper.

Bewegung/Sport ist mir wichtig.

Eine gute Ernährung ist mir wichtig.

Ich bin grundsätzlich ein optimistischer Mensch.

19. Bitte markieren Sie Zutreffendes. [SU01]

	trifft (eher) nicht zu	trifft etwas zu	trifft meistens zu	trifft voll zu
Mein Partner/meine Partnerin unterstützt mich im Alltag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Freunde und/oder Familienmitglieder um mich, die mich im Alltag unterstützen, wenn ich sie brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bitte andere um Hilfe, wenn ich Unterstützung brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich im Alltag manchmal überfordert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuhause bin ich allein dafür verantwortlich, dass alles läuft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

45% ausgefüllt

Überspringen Sie diese Seite, wenn Sie zum ersten Mal schwanger sind!

20. Hat es bei Ihnen schon einmal eine Schwangerschaft gegeben, in der bei Ihrem Kind eine Fehlentwicklung/Erkrankung oder Ähnliches festgestellt wurde? [SW02]

Ja

Nein

21. Meine letzte Schwangerschaft... [SW08]

...endete mit einer Fehlgeburt vor der vollendeten 12. Schwangerschaftswoche (SSW 1+0 bis 11+6).

...endete mit einer Fehlgeburt zwischen der 13. und 20. Schwangerschaftswoche (SSW 12+0 bis 19+6).

...endete mit einer extremen Frühgeburt (Kind mit Lebenszeichen) vor der vollendeten 28. Schwangerschaftswoche (SSW 20+0 bis 27+6).

...endete mit einer sehr frühen/mäßigen Frühgeburt (Kind mit Lebenszeichen) zwischen der 29. und der vollendeten 34. Schwangerschaftswoche (SSW 28+0 bis 33+6).

...endete mit einer späten Frühgeburt (Kind mit Lebenszeichen) in der 35. bis vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW 34+0 bis 36+6).

...endete mit einer Totgeburt (Kind ohne Lebenszeichen) zwischen der 21. und 28. Schwangerschaftswoche (SSW 20+0 bis 27+6)

...endete mit einer Totgeburt (Kind ohne Lebenszeichen) nach der vollendeten 28. Schwangerschaftswoche (ab SSW 28+0)

...verlief ohne Komplikationen hinsichtlich Fehl-, Früh- oder Totgeburt (Kind ist reif geboren).

Zurück
Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

51% ausgefüllt

Überspringen Sie diese Seite, wenn dies Ihre erste Schwangerschaft ist oder Sie keine Frühgeburt hatten!

22. Wenn Sie in ihrer vergangenen Schwangerschaft eine Frühgeburt (Kind mit Lebenszeichen vor der 37. Schwangerschaftswoche) hatten, hat das Kind überlebt? [SW10]

Ja

Nein

Zurück
Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

56% ausgefüllt

23. Wie schätzt ihr/e Gynäkologe/in Ihre jetzige Schwangerschaft ein? [SW05]

[Bitte auswählen] ▾

24. Sind während dieser Schwangerschaft bereits Komplikationen (z.B. Frühwehen, stärkere Blutungen, vorzeitiger Blasensprung etc.) aufgetreten? [SW06]

(Nicht gemeint sind Schwangerschaftsbeschwerden wie Übelkeit, Schwindel etc.)

Ja

Nein

Zurück Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

62% ausgefüllt

25. Wie glauben Sie, kämen Sie damit zurecht, wenn Sie ein Kind mit einer auffälligen Fehlentwicklung zur Welt brächten? [EB01]

Damit käme ich nur sehr schwer zurecht. Das würde ich gut meistern.

26. Wie glauben Sie, kämen Sie damit zurecht, wenn Sie ein Kind mit einem Gendefekt wie zum Beispiel dem Down-Syndrom zur Welt brächten? [EB03]

Damit käme ich nur sehr schwer zurecht. Das würde ich gut meistern.

27. Was glauben Sie, würde der Großteil Ihrer Familie und Freunde damit umgehen, wenn Sie ein Kind mit einer auffälligen Fehlentwicklung zur Welt brächten? [EB02]

Sie würden sich distanzieren. Sie würden mein Kind so annehmen, wie es ist.

28. Hier können Sie zu den obigen Fragen Anmerkungen machen. [EB04]

Zurück Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



67% ausgefüllt

29. Haben Sie in Ihrer derzeitigen Schwangerschaft bereits eine oder mehrere der folgenden Untersuchungen in Anspruch genommen? [PD01]

- Nein, ich habe bislang keine der Untersuchungen vornehmen lassen.
- Ultraschalluntersuchung(en) laut Mutterpass
- Doppler-Ultraschall und/oder Echokardiographie (Spezialultraschall zur Messung der Blutversorgung des Mutterkuchens und des Ungeborenen)
- Weitere Ultraschalluntersuchungen (außer der zur Feststellung der Schwangerschaft, der im Mutterpass aufgeführten und des Doppler-Ultraschalls)
- Ersttrimestertest in der 11. - 14. Schwangerschaftswoche (Nackentransparenzmessung/Bluttest)
- Zweittrimestertest in der 15. - 20. Schwangerschaftswoche (Bluttest als Ergänzung zum Ersttrimestertest/Triple-Test)
- Chorionzottenbiopsie/Chorionbiopsie (Plazentapunktion = Gewebeentnahme aus dem Mutterkuchen)
- Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)
- Chordozentese/Cordozentese (Nabelschnurpunktion = Blutuntersuchung des Ungeborenen)
- Andere Verfahren

30. Früherkennungs-Untersuchungen wie die oben genannten (ausgenommen der drei „Ultraschalluntersuchungen laut Mutterpass“) habe/werde ich... [PD03]

(Bei unterschiedlichen Gründen Mehrfachantwort möglich!)

- nicht durchführen lassen.
- nicht durchführen lassen, weil es dadurch in einer vergangenen Schwangerschaft zu Komplikationen gekommen ist.
- durchführen lassen, weil es in meiner Familie erbliche Krankheiten/Behinderungen gibt.
- durchführen lassen, damit ich im Fall der Fälle den Geburtsort entsprechend auswählen kann (spezielle medizinische Versorgung für das Neugeborene).
- durchführen lassen, um bei einer eventuellen Behinderung/Erkrankung die Schwangerschaft noch abbrechen zu können.
- durchführen lassen, einfach um bescheid zu wissen.
- durchführen lassen, weil mein Arzt/meine Ärztin es für notwendig hielt.
- durchführen lassen, weil mein Partner/meine Partnerin es so wollte.
- durchführen lassen, weil meine Familie/Freunde es für wichtig hielten.
- durchführen lassen, weil ich finde, man sollte die medizinischen Möglichkeiten auch ausnutzen.
- durchführen lassen, ohne dass ich wusste, dass ich es hätte ablehnen können (bin von Routineuntersuchungen ausgegangen/wurde nicht informiert).

Zurück

Weiter

73% ausgefüllt

Überspringen Sie diese Seite, wenn Sie bei der vorherigen Frage "nicht durchführen lassen" (Frage 26, 1. oder 2. Antwortmöglichkeit) angeklickt haben!

31. Wie beurteilen Sie die Untersuchungen, die Sie haben machen lassen, im Nachhinein? [PD02]

	trifft voll zu	trifft etwas zu	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich wünschte, ich hätte die Untersuchung(en) nicht machen lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde es gut, dass ich nun weiß, woran ich bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Ergebnisse verunsichern mich nur umso mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde es wieder so machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünschte, ich wäre vorher über die Untersuchung(en) besser informiert gewesen (Methode, Vorteile, Nachteile, Konsequenzen,...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter



78% ausgefüllt

Nun folgen nur noch ein paar formale Fragen - es ist fast geschafft!

32. Welcher der unten genannten ist der höchste Berufs- oder Schulabschluss, den Sie haben? [SD10]

(Bei anderer (Schul-)Ausbildung bitte den am ehesten vergleichbaren Abschluss ankreuzen.)

- Noch Schülerin
- Schule beendet ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
- (Erweiterter) Realschulabschluss
- (Fach-)Hochschulreife
- Hochschulabschluss
- Abgeschlossene Lehre
- Anlernjahr, Volontariat oder Vergleichbares mit Abschlusszeugnis (aber keine Lehre)

33. Unabhängig davon, ob Sie aufgrund Ihrer Schwangerschaft gerade in der Lage sind zu arbeiten:

Stehen Sie in einem Arbeitsverhältnis? [SD13]

(Mehrfachantwort bei mehreren Tätigkeiten möglich!)

- Ja, ich habe eine Festanstellung in Voll- oder Teilzeit / Ich bin Studentin.
- Ja, ich übe eine Aushilfstätigkeit/einen Minijob aus.
- Ich bin selbstständig.
- Nein, ich möchte/brauche/kann keiner Erwerbstätigkeit nachgehen.
- Nein, ich bin arbeitsuchend.

[Zurück](#)[Weiter](#)



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

84% ausgefüllt

Sie können diese Frage überspringen, wenn Sie nicht erwerbstätig sind!

34. Können Sie nach Ihrer Babypause/Elternzeit an Ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren? [SI06]

Ja, ich kann hinterher dieselbe Tätigkeit wieder ausüben.

Ja, allerdings werde ich an anderer Position eingesetzt.

Nein (z.B. wegen fehlender Vertragsverlängerung bei Mini-/Aushilfsjob, Beendigung des Studiums, Auslaufen des befristeten Vertrages,...)

Ich werde keine Babypause einlegen und direkt (evtl. nach Mutterschutz) weiterarbeiten / Ich bin meine eigene Chefin und entscheide darüber selbst.

Zurück
Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

89% ausgefüllt

35. Ich bin... [SD18]

...gesetzlich krankenversichert/pflichtversichert/grundversichert.

...gesetzlich krankenversichert/pflichtversichert/grundversichert mit privater Zusatzversicherung, die mir in der Schwangerschaft Vorteile verschafft.

...privat krankenversichert.

...nicht krankenversichert.

36. Wo leben Sie? [SD17]

[Bitte auswählen] ▾

37. Haben Sie einen festen Partner/eine feste Partnerin? [SD16]

Ja

Nein

38. Leben Sie mit Ihrem/r Partner/in zusammen? [SD21]
(Überspringen Sie diese Frage, wenn Sie keine/n feste/n Partner/in haben!)

Ja

Nein

Zurück
Weiter

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

95% ausgefüllt

39. Wenn Sie die Ergebnisse zu dieser Studie interessieren, gewähre ich nach Abschluss im Frühjahr 2015 gerne Einblick in meine Bachelorarbeit. Außerdem haben Sie die Möglichkeit an der Verlosung eines 30,00€ - Baby-Markt - Gutscheines teilzunehmen. [EV02]
(Ihre Emailadresse wird NICHT an Dritte weitergegeben und nach Versendung der Ergebnisse und/oder der eventuellen Gewinnbenachrichtigung gelöscht!)

Ich möchte an der Verlosung teilnehmen.
 Ich möchte die Ergebnisse der Studie zugesandt bekommen.

Zurück **Weiter**

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Marlen Vogel, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. In: Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*. 5. vollständig überarbeitete Auflage. (S. 14 ff). Stuttgart: Kohlhammer.
- AQUA-Institut (2014). *16/1 - Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2013*. Abgerufen am 25.12.2014 von URL: https://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2013/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2013.pdf
- AWO - Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband e.V. (Hrsg.)(2011). *Bauchentscheidungen - aber mit Köpfchen*. Hintergrundinformationen zu vorgeburtlichen Tests. (O.o.A.): AWO.
- BAGFW - Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V. (Hrsg.)(2008). *Pränataldiagnostik - Informationen über Beratung und Hilfen bei Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen*. Aktualisierte Auflage 2011. Köln: BZgA.
- Bennett, H., Einarson, A., Allen, J., Koren, G. & Einarson, T. (2004). *Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review*. (Ausz. 103: 698-709). Washington: Am Coll Obstet Gyn.
- BiB - Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2014). *Lebendgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt*. Abgerufen am 27.12.2014 von URL: <http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/L/lebendgeburt.html>
- Bundesärztekammer (1998). *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*. Deutsches Ärzteblatt (95, A-3236-3242/A-583).
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Pränataldiagnostik. Beratung, Methoden und Hilfen. Eine Erstinformation*. Köln: BZgA.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)(2006). *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik*. (S. 32). Köln: BZgA.
- Diekmann, A. (2012). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen Methoden Anwendungen*. 6. Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- Dräger, M., Saling, E. & Lüthje, J. (2003). *Allgemeines zu Früh- und Fehlgeburten*. Abgerufen am 27.12.2014 von URL: <http://www.saling-institut.de/german/03infomo/01fruehfehl.html>
- EFCNI - European Foundation for the Care of Newborn Infant (2011). *EU Benchmarking Report 2009/2010*. Brüssel: EFCNI.
- G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Merkblatt: *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ("Mutterschafts-Richtlinien")* in der Fassung vom 10. Dezember 1985, zuletzt geändert am 24. April 2014. Abgerufen am 27.12.2014 von URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-883/Mu-RL_2014-04-24.pdf
- Geißendörfer, J. & Höhn A. (2007). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. München: Urban & Fischer.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2012). *Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit*. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haker, A. (2011). *Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränataldiagnostik*. München: Random House.
- Hallmann, J. (J.o.A.). *Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung*. In: BZgA (2011) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. (S. 356). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kneuper, E. (2004). *Mutterwerden in Deutschland. Eine ethnologische Studie*. Münster: LIT.
- Kolip, P. (2000). *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. München: Juventa.

- Kurmann, M. (J.o.A.). *Wer will schon ein behindertes Kind? - Eugenische Tendenzen als Zwang zum gesunden Kind*. In: Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hrsg.) (1997). *Unter anderen Umständen - Mutter werden in dieser Gesellschaft* (S. 75 ff.). Bremen: ZGF.
- Manber, R., Blasey, C. & Allen, J. (2008). *Depression symptoms during pregnancy* (Ausg. 11: 43-48). Arch Womens Ment Health. New York: Springer.
- Riecher-Rössler, A. (2012). *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Basel: Karger.
- Rohde, A. (2004). *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schäffler, A. (Hrsg.)(2007). *Gesundheit heute. Krankheit - Diagnose - Therapie*. (S. 360 ff.). München: Knaur.
- Schindele, E. (1995). *Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko*. Hamburg: Rasch und Röhring.
- Statistisches Bundesamt. (2014a). *Pressemitteilung vom 8. Dezember 2014-434/14*. Abgerufen am 11.12.2014 von URL:
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/12/PD14_434_126pdf.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2014b). *Todesursachen bei Säuglingen*. Abgerufen am 12.12.2014 von URL:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/GestorbeneSaeuglinge.htm>
- Statistisches Bundesamt. (2014c). *Schwangerschaftsabbrüche*. Abgerufen am 12.12.2014 von URL:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/RechtlicheBegrueendung.html>
- Statistisches Bundesamt. (2014d). *Behinderte Menschen*. Abgerufen am 12.12.2014 von URL:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/Tabellen/GeschlechtBehinderung.html>
- Statistisches Bundesamt. (2014e). *Natürliche Bevölkerungsbewegung. Frauen mit Mehrlingsgeburten*. Abgerufen am 12.12.2014 von URL:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMehrlinge.html>
- Statistisches Bundesamt. (2014f). *Natürliche Bevölkerungsbewegung. Geborene und Gestorbene*. Abgerufen am 12.12.2014 von URL:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeboreneGestorbene.html>
- Statistisches Bundesamt. (2014g). *IT-Nutzung*. Abgerufen am 16.12.2014 von URL:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/ITNutzung/Tabellen/NutzungInternetGeschlecht_IKT.html
- Statistisches Bundesamt. (2014h). *IT-Nutzung*. Abgerufen am 16.12.2014 von URL:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/ITNutzung/Tabellen/NutzungInternetAlter_IKT.html
- Universität Bremen, BIPS - Bremer Institut für Prävention und Sozialforschung (2006). *Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bremer Bevölkerung*. Dritter Ergebnisbericht der Bremer Umfrage GESUNDHEIT! Bremen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 09.02.2015

Marlen Vogel