

Ultraschallscreening in der Schwangerschaft: Erleben der werdenden Eltern

Ein qualitatives Literaturreview

Bachelor-Thesis

Rahel Lehmann

Julia Celina Neuenschwander

Berner Fachhochschule Departement Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 2020

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1 Einleitung	5
1.1 Zielsetzung und Fragestellung	6
1.2 Ein- und Abgrenzung	6
2 Theoretische Grundlage	7
2.1 Definition Ultraschallscreening	7
2.2 Ultraschall Funktion und Anwendung	7
2.3 Geschichte des Ultraschalls in der Geburtshilfe	8
2.4 Nutzen und Risiken	8
2.5 Ultraschallscreening in der Schwangerschaft	9
2.5.1 Internationaler Vergleich	10
2.6 Aufklärung und Beratung	11
2.6.1 Inhalte des Beratungsgesprächs	11
2.6.2 Informed Choice	11
2.6.3 Ultraschallscreening aus ethischer Sicht	13
2.7 Psychosomatik in der Geburtshilfe	13
2.8 Bedürfnisse	15
3 Methode	16
3.1 Literatursuche und Literatúrauswahl	16
3.1.1 Suchstrategie	16
3.1.2 Auswahlstrategie	17
3.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien	18
3.2 Literaturanalyse	19
3.2.1 Qualitative Primärstudien	19
3.2.2 Qualitatives Review	21
3.2.3 Ethische Prinzipien	22
3.3 Synthesemethoden	22
3.4 Reflexion der Autorinnen	23
4 Ergebnisse	24
4.1 Ergebnisse Literatursuche	24
4.2 Ergebnisse Literatúrauswahl	26
4.3 Ergebnisse Literaturanalyse	27

4.3.1	Übersicht über die analysierte Literatur	27
4.3.2	Stärken und Schwächen der Literatur	35
4.4	Synthese der Ergebnisse	38
5	Diskussion	47
5.1	Beantwortung der Fragestellung	47
5.2	Diskussion der Ergebnisse	47
5.3	Ableitung der Bedürfnisse zu Information und Betreuung	56
5.4	Stärken und Limitationen	57
6	Schlussfolgerung	59
6.1	Empfehlungen für die Praxis	59
6.2	Forschungsbedarf	61
7	Literaturverzeichnis	62
8	Abbildungsverzeichnis	75
9	Tabellenverzeichnis	75
10	Abkürzungsverzeichnis	76

Abstract

Einleitung und Ziele: Ultraschallscreenings sind für werdende Eltern ein wichtiges Ereignis in der Schwangerschaft. Die Hebammenbetreuung wird in der Schweiz in diesem Bereich bisher selten in Anspruch genommen. Ziel dieses Literaturreviews ist, das Erleben der werdenden Eltern vor, während und nach dem Ultraschallscreening zu analysieren, deren Bedürfnisse daraus abzuleiten und Empfehlungen für die Betreuung durch Fachpersonen herauszuarbeiten.

Theoretischer Hintergrund: In Ländern des globalen Nordens werden routinemässig meist zwei bis drei Ultraschallscreenings durchgeführt. Vor einem Ultraschallscreening bedarf es einem umfassenden Aufklärungs- und Beratungsgespräch, um eine informierte Wahl zu ermöglichen.

Methode: Es wurde ein qualitatives Literaturreview erstellt, wofür von Februar bis April 2020 eine systematische Literatursuche auf neun Datenbanken und eine Handsuche durchgeführt wurden. Die Studien wurden mit adaptierten Gütekriterien für qualitative Forschung analysiert, kritisch gewürdigt und die Ergebnisse gemäss des Prinzips der Meta-Aggregation in drei Schritten synthetisiert.

Ergebnisse: Acht qualitative Primärstudien und ein Review wurden eingeschlossen. Die Ergebnisse der Studien wurden in vier Hauptaussagen dargestellt: „Emotionen“, „Information und Betreuung“, „Familienwerdungsprozess“ und „Einzelperson, Paar und Gesellschaft“. Die Hauptaussagen beleuchten die wichtigsten Aspekte des Erlebens der werdenden Eltern vor, während und nach dem Ultraschallscreening.

Diskussion und Schlussfolgerung: Umfassende, individuelle Informationen und eine vertrauensvolle Beziehung sind Grundsteine der informierten Wahl für oder gegen ein Ultraschallscreening. Eine kontinuierliche Betreuung durch das Fachpersonal stärkt das Sicherheitsgefühl, gewährleistet eine informierte Wahl und fördert die Entscheidungsfähigkeit. Der Partner oder die Partnerin sollte in die Schwangerschaftsbetreuung miteinbezogen werden. Ob das Erleben der werdenden Eltern von einer kontinuierlichen Betreuung beeinflusst wird und von der durchführenden Fachperson abhängig ist, gilt es in weiterer Forschung zu untersuchen. Zudem ist wichtig, zu erforschen, inwiefern die Gesellschaft die Entscheidungsfähigkeit der werdenden Eltern beeinflusst.

Schlüsselwörter: Ultraschallscreening, werdende Eltern, Erleben, Bedürfnisse

1 Einleitung

Weltweit wird bei mehr als der Hälfte aller 130 Millionen Schwangeren mindestens ein Ultraschallscreening (USS) pro Schwangerschaft (SS) durchgeführt (Brezinka & Steiner, 2018). Die World Health Organization (WHO, 2018) empfiehlt in ihren Richtlinien, bei jeder Frau ein USS pro physiologische SS durchzuführen, um das mütterliche sowie das kindliche Outcome zu verbessern. International gibt es erhebliche Unterschiede bezüglich Anzahl, Durchführungszeitpunkt, Inhalt sowie ausführender Fachpersonen. In der Schweiz empfiehlt die Fachgesellschaft zwei USS in der physiologischen SS (Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe [SGUMGG], 2019).

Ein USS darf erst nach einem umfassenden Beratungs- und Aufklärungsgespräch stattfinden, sodass eine informierte Wahl getroffen werden kann (National Institute of Health and Care Excellence [NICE], 2020; SGUMGG, 2019; WHO, 2018). Trotz umfangreicher Aufklärung sind USS für werdende Eltern oft mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden (Bricker et al., 2000). Diese Gefühle werden vor allem durch das Wissen ausgelöst, dass eine Abnormalität im USS entdeckt werden könnte (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG], 2011). Nebst Ängsten und Unsicherheiten kann sich ein USS auch positiv auf den Bindungsaufbau zwischen Eltern und Kind auswirken und ist dadurch ein wichtiges Ereignis für die werdenden Eltern (Molander, Alehagen, & Bertero, 2010).

Die USS im ersten und zweiten Trimenon sind in der Schweiz Teil der Schwangerenvorsorge und werden von Gynäkologinnen und Gynäkologen mit Fähigkeitsausweis in US-Diagnostik durchgeführt (SGUMGG, 2019). In der Schweiz fallen USS, im Gegensatz zu anderen nordeuropäischen Ländern wie Schweden, Dänemark, Norwegen oder Niederlande, nicht in den Kompetenzbereich der Hebamme. Wie eine Statistik des Schweizerischen Hebammenverbands (SHV) zeigt, findet der Erstkontakt der Hebamme mit der Schwangeren in der Schweiz meist erst im zweiten oder dritten Trimenon statt (SHV, 2019). Aufgrund des späten Erstkontakts wird eine Hebammenbetreuung bezüglich USS in der Schweiz wohl selten in Anspruch genommen, obwohl die Hebamme für die Betreuung in der gesamten physiologischen SS ausgebildet ist und Regelabweichungen erkennen kann (International Confederation of Midwives [ICM], 2019). Sie führt medizinische Kontrollen, Gespräche und Beratungen durch und begleitet die werdenden Eltern durch die Zeit der Mutterschaft (ICM, 2019). Das Wissen, wie die wer-

denden Eltern das USS erleben, ist nötig, um diesbezüglich eine umfassende Betreuung zu gewährleisten.

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Die Arbeit setzt sich mit dem Erleben der werdenden Eltern bei USS in der SS auseinander. Ziel dieser Arbeit ist, das Erleben der Eltern zu erfassen und aus den gewonnenen Erkenntnissen deren Bedürfnisse abzuleiten. Ein schriftliches Produkt mit Begleitungsschwerpunkten wird ausgearbeitet, welches die Fachpersonen in ihrem Arbeitsalltag befähigt, werdende Eltern in Bezug auf USS bedürfnisangepasst zu begleiten. Daraus ergibt sich für diese Arbeit folgende Fragestellung:

- Wie erleben werdende Eltern die Ultraschallscreenings in der Schwangerschaft?

1.2 Ein- und Abgrenzung

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf dem Erleben der werdenden Eltern vor, während sowie unmittelbar und bis wenige Wochen nach den USS. Aufgrund international unterschiedlicher Durchführungszeitpunkte sind Studien zu USS in allen drei Trimestern eingeschlossen. Die Arbeit beschränkt sich auf Frauen mit physiologischen SS-Verläufen ohne Risikofaktoren, wobei das maternale Alter nicht als Risikofaktor betrachtet wird. Auf zusätzliche US-Untersuchungen bei Verdacht auf fetale Fehlbildungen oder Erkrankungen von Frau oder Kind wird nicht eingegangen. Die Sicht der medizinischen Fachpersonen auf die USS ist nicht Teil der Arbeit. Literatur für diese Arbeit wurde aus europäischen Ländern, Australien, Neuseeland, Kanada und Amerika gesucht, da diese Settings am ehesten mit dem Schweizer Lebensstandard und Gesundheitswesen vergleichbar sind.

2 Theoretische Grundlage

Der Ultraschall (US) ist heute in der Geburtshilfe ein wichtiges medizinisches Hilfsmittel. Um die Vorgänge und Zusammenhänge während eines USS zu verstehen, ist ein Verständnis über verschiedene Themengebiete nötig. Die Zeit der SS wird aus psychosomatischer Sicht betrachtet und die Beratung vor dem USS genauer erläutert.

2.1 Definition Ultraschallscreening

Es gibt verschiedene Definitionen, welche für USS verwendet werden. Für diese Arbeit gilt folgende Definition: USS sind alle Untersuchungen, welche routinemässig, ohne vorbestehenden Verdacht auf maternale oder fetale Fehlbildungen und Anomalien, in der SS stattfinden. Diese können je nach Land in allen Trimestern der SS vorkommen, in Durchführungszeitpunkt variieren und inhaltliche Abweichungen aufweisen.

2.2 Ultraschall Funktion und Anwendung

Die Funktion und Anwendung des US wird im Folgenden nach Bosselmann (2013) beschrieben. Bei der US-Diagnostik werden Schallwellen verwendet. Sie entstehen, wenn Teilchen zur Schwingung angeregt und die Schwingungen auf benachbarte Teilchen übertragen werden. Eine Schallwelle besteht aus zwei Phasen. Einer Phase mit höherer Dichte, der Kompressionsphase und einer Phase der niedrigeren Dichte, der Kavitationsphase. Zur Erzeugung einer Schallwelle wird zu Beginn ein Teilchen in Ruhelage beschleunigt. Beim diagnostischen US entspricht dies einer eindrucklichen Zahl der 10^5 -fachen Erdbeschleunigung, welche auf das Teilchen im Gewebe einwirkt.

US-Wellen können unterschiedlich erzeugt werden. In der medizinischen Diagnostik wird dazu der piezoelektrische Effekt verwendet. Wird auf einen Ionenkristall Druck ausgeübt, so verschieben sich im Innern des Kristalls elektrische Ladungen so, dass eine elektrische Spannung entsteht. Der piezoelektrische Effekt lässt sich umkehren und für die US-Diagnostik verwenden. Bei Anlage von Wechselspannung beginnt der Kristall zu schwingen. Im menschlichen Körper breitet sich so eine Schallwelle aus. Schallwellen werden im Körper des Menschen reflektiert, gelangen zum piezoelektrischen Kristall zurück und lassen sich dort von Druck in elektrische Signale umwandeln. Reflexion und Brechung sowie Streuung, Interferenz, Beugung und Absorption spielen bei Schallwellen eine Rolle. Fürs Verständnis der im nächsten Kapitel beschriebenen Risiken von US-Diagnostik scheint eine Erläuterung der Absorption wichtig. Die Energie

einer Schallwelle nimmt mit zunehmender Ausbreitung ab, da die schwingenden Teilchen aneinander reiben. Aufgrund dieser Reibung wird Wärme freigesetzt. Die Schallwelle wird absorbiert. Eine kurze Wellenlänge bedeutet mehr Reibung der Teilchen und das Entstehen höherer Temperaturen im Gewebe (Bosselmann, 2013).

2.3 Geschichte des Ultraschalls in der Geburtshilfe

Im Jahr 1958 wurde der US erstmals in der Geburtshilfe eingesetzt, um das Gestationsalter zu bestimmen. Über die nächsten Jahre hat sich die US-Technologie weiterentwickelt, sodass diese zur Diagnostik von Mehrlings-SS, Plazentalokalisation und fetalen Abnormitäten eingesetzt werden konnte (Sohn, 2013). In den 1970er Jahren gelang der entscheidende Schritt in der US-Diagnostik. Bilder konnten in Echtzeit in 2D-Grauwertabstufungen digital dargestellt werden (Sohn, 2013). Mit der Legalisierung der Abtreibung bei Fehlbildungen oder Chromosomenanomalien während der 1960er und 1970er Jahre in verschiedenen europäischen Ländern wurde nun auch auf fetale Fehlbildungen gescreent (Brezinka & Steiner, 2018) und eine stetige Weiterentwicklung der US-Technik vorangetrieben (Sohn, 2013). Im Jahr 1980 wurde in Deutschland der US routinemässig bei schwangeren Frauen eingesetzt. In der Schweiz wurden 1996 zwei USS in die Liste kassenpflichtiger prophylaktischer Leistungen aufgenommen (Zimmermann, 2005).

2.4 Nutzen und Risiken

Die SGUMGG (2019) beschreibt, dass dank des USS weniger Geburten eingeleitet werden, weil das Gestationsalter genauer bestimmt werden kann. Die Komplikationsrate bei Mehrlingen wird durch USS gesenkt, weil Auffälligkeiten entdeckt und therapiert werden können. Weiter wird die mütterliche Mortalität und Morbidität, im Falle einer Placenta praevia, durch angepasste Planung des Geburtsmodus reduziert. Das USS ermöglicht zusätzlich, dass Kinder mit Fehlbildungen und Wachstumsstörungen frühzeitig erfasst und Therapien eingeleitet werden können.

Neben den Nutzen gibt es durch den US auch Risiken, die es zu beachten gilt. Schallwellen haben thermische und mechanische Wirkungen auf biologisches Gewebe (SGUMGG, 2019). Die Absorption der Schallwellen im Gewebe lässt die Temperatur ansteigen. Bereits eine Erhöhung von 2.5°C führt zu schwerwiegenden Schäden an biologischem Gewebe (Bosselmann, 2013). Da Schallfrequenz und Absorption zusammenhängen, ist die Schallfrequenz in einem Bereich zu halten, welche den thermischen Ef-

fekt auf die Gewebetemperatur um einen Anstieg von 1°C nicht überschreitet (Bosselmann, 2013). Heute sind nur Geräte auf dem Markt, welche die Kontrollwerte bezüglich Schalleistung einhalten (Bosselmann, 2013). Experimentelle Untersuchungen konnten zeigen, dass im diagnostischen Bereich des US keine negativen thermischen Effekte zu erwarten sind. Bei den mechanischen Effekten sind biologische Konsequenzen wie Zellveränderungen schwer abschätzbar, die Gefahr wird jedoch als gering eingeschätzt (Bosselmann, 2013). Voraussetzung dafür ist, dass die aktuellen Regeln und Normwerte der pränatalen US-Diagnostik bei der Durchführung beachtet werden (Jenderka & Delorme, 2020). Die US-Diagnostik in der SS wird heute als sicher erachtet (SGUMGG, 2019).

2.5 Ultraschallscreening in der Schwangerschaft

Die WHO (2018) empfiehlt in jeder physiologischen SS ein USS vor der 24. Schwangerschaftswoche (SSW). Das USS beinhaltet folgende Abklärungen: Herzaktivität, Anzahl Feten, bei Mehrlingen die Chorionizität, Gestationsalter, Grösse des Fetus, Organ- und Gestaltscreening sowie die Art und Lokalisation der Plazenta (WHO, 2018). Die WHO (2018) merkt an, dass ein Screening auf diese Parameter zwischen 18+0 bis 24+0 SSW am aussagekräftigsten ist und empfehlen aus diesem Grund ein USS vor 24+0 SSW. Die International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) empfiehlt, im Gegensatz zur WHO, jeweils ein USS im ersten und zweiten Trimester der SS. Weder die WHO (2018) noch die ISUOG (Salomon et al., 2013) empfehlen ein USS im dritten Trimester. In den meisten Ländern des globalen Nordens werden, entgegen den Empfehlungen der WHO, zwei bis drei USS in der physiologischen SS empfohlen. Zwischen den einzelnen Ländern und Empfehlungen bestehen Diskrepanzen.

Die SGUMGG (2019) empfiehlt für die Schweiz zwei USS pro physiologische SS. Bestand des USS im ersten Trimenon ist der Ausschluss uteriner Fehlbildungen und genitaler Tumore der Frau, der Ort der Implantation, die Bestimmung der Anzahl Feten, die Überprüfung der Vitalität der Feten, eine Messung der Scheitel-Steiss-Länge zur Bestimmung des Gestationsalters, eine Messung der fetalen Nackentransparenz (NT), die Überprüfung der Körpergestalt sowie weitere sonographische Marker für Aneuploidien (SGUMGG, 2019). Das zweite USS findet in der Schweiz im zweiten Trimester statt (SGUMGG, 2019). Dabei wird die Lage des Fetus, die Vitalität und sein Verhalten, die Fruchtwassermenge, die Lage und Morphologie der Plazenta und Nabelschnur sowie die Biometrie und Morphologie des Fetus bestimmt und kontrolliert.

2.5.1 Internationaler Vergleich

Die USS-Empfehlungen in der SS unterscheiden sich von Land zu Land. Um einen Überblick zu schaffen, werden in der Tabelle 1 verschiedene Länder miteinander verglichen. Die in der Tabelle genannten Länder sind so gewählt, dass die Durchführungsländer der eingeschlossenen Studien und des Reviews abgedeckt sind. Zusätzlich wird die Tabelle mit der Schweiz, Deutschland, Österreich und internationalen Empfehlungen ergänzt. Zentrale Unterschiede zwischen den Ländern finden sich bei der Durchführung des USS im ersten und dritten Trimenon sowie der durchführenden Fachperson.

Tabelle 1: Nationale und internationale Empfehlungen zum routinemässigen USS

	1. Trimenon SSW	2. Trimenon SSW	3. Trimenon SSW	Durchführende Fachperson
WHO¹	Ja <24+0		Nein	Fachperson
ISUOG²	Ja 11+0 – 13+6	Ja 18+0 – 21+6	Nein	Fachperson
Schweiz³	Ja 11+0 – 14+0	Ja 20+0 – 23+0	Nein	Arzt/Ärztin
Deutschland⁴	Ja 8+0 – 11+6	Ja 18+0 – 21+6	Ja 28+0 – 31+6	Arzt/Ärztin
Österreich⁵	Ja 7+0 – 11+6	Ja 17+0 – 21+6	Ja 27+0 – 31+6	Arzt/Ärztin
UK⁶	Ja 10+0 – 13+6	Ja 18+0 – 20+6	Nein	Arzt/Ärztin
USA⁷	Ja Keine Angabe	Ja Keine Angabe	Ja Keine Angabe	Arzt/Ärztin
Australien⁸	Ja 4+0 – 13+6	Ja 17+0 – 21+6	Ja Keine Angabe	Arzt/Ärztin
Niederlande⁹	Nein	Ja 17+0 – 20+6	Nein	Arzt/Ärztin, Hebamme
Schweden¹⁰	Nein	Ja Ca. 17+0	Nein	Hebamme
Norwegen¹¹	Evtl. (Indikation Alter)	Ja 16+0 – 18+6	Nein	Arzt/Ärztin, Hebamme
Dänemark¹²	Ja 11+2 – 14+1	Ja 18+0 – 19+0	Nein	Arzt/Ärztin, Hebamme
<p>Hinweis: alle Fachpersonen benötigen eine spezifische Ausbildung zur Durchführung von USS Quellen: ¹WHO (2018); ²Salomon et al. (2011, 2013); ³SGUMGG (2019); ⁴Gemeinsamer Bundesausschuss (2020); ⁵Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (2018); ⁶NICE (2020); ⁷American Institute of Ultrasound in Medicine (2018); ⁸Australasian Society of Ultrasound in Medicine (2014, 2018), Mizia et al. (2018); ⁹Dutch Society for Obstetrics and Gynecology (2019); ¹⁰Swedish Society of Obstetrics and Gynecology (2014); ¹¹Aune und Möller (2012); ¹²Danish Health Authority (2017)</p>				

2.6 Aufklärung und Beratung

Die Aufklärung hat einen wichtigen Stellenwert, welche sich aufgrund anspruchsvoller psychosozialer, ethischer, rechtlicher und testmedizinischer Aspekte von anderen Aufklärungen in der Medizin unterscheidet (Hürlimann, 2008). Ziel der Beratung ist, die werdenden Eltern zu befähigen, eine individuelle Entscheidung treffen zu können (Zimmermann, 2016). Für die werdenden Eltern stellt die Entscheidung über die Inanspruchnahme oder Ablehnung eines USS eine komplexe Situation dar (Hürlimann & Baumann-Hölzle, 2004). Da laut Baumann-Hölzle (2008) schwangere Frauen ungenügend über die Möglichkeiten und Grenzen des USS informiert werden, sind theoretische Grundlagen für das Fachpersonal wichtig, um den Entscheidungsfindungsprozess der werdenden Eltern bestmöglich zu unterstützen (Haker, 2008).

2.6.1 Inhalte des Beratungsgesprächs

Das Beratungsgespräch vor dem USS dient unter anderem der Herstellung einer Beziehung zwischen der durchführenden Fachperson des USS und der Schwangeren (SGUMGG, 2019). Dieser Beziehungsaufbau ist für das weitere Beratungsgespräch von grosser Bedeutung. Zu Beginn wird der Informationsstand des Paares erfragt, um herauszufinden, welche Informationen sie benötigen (SGUMGG, 2019). Dabei ist wichtig, den genauen Auftrag zu klären. Wünscht das Paar grundsätzlich eine Abklärung und wenn ja, was erhofft es sich davon? (SGUMGG, 2019). Vorteile, Nachteile sowie Grenzen des USS sind zu erwähnen (SGUMGG, 2019). Ist eine Begleitperson beim Gespräch mit anwesend, ist diese unbedingt miteinzubeziehen (SGUMGG, 2019). Ein Informationsblatt kann dabei helfen, die Beratung für die werdenden Eltern verständlicher zu gestalten (SGUMGG, 2019). Dazu eignet sich beispielsweise das Informationsblatt der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG, 2017) oder das Merkblatt der SGUMGG (k. D.).

2.6.2 Informed Choice

„Wer eine Entscheidung fällen muss, muss eine Entscheidung fällen können.“ (Haker, 1998, zitiert nach Hürlimann, 2008, S. 98). Eine reflektierte Entscheidung der werdenden Eltern ist nötig. Dafür müssen sie durch das Fachpersonal umfassend informiert werden (Hürlimann, 2008). Im medizinischen Bereich wird dabei vom Konzept der informierten Wahl oder im Englischen informed choice gesprochen (Hürlimann, 2008). Dabei liegt die Informationsmacht bei der beratenden Person und die Entscheidungsmacht bei den werdenden Eltern (Schäfers, 2013). Verschiedene Behandlungs- und Be-

treuungsoptionen inklusive der Option „keine Behandlung“, sind von der Fachperson darzulegen (Hölzli, 2016). Die informierte Wahl zielt darauf ab, dass eine Person vollständig über eine Untersuchung informiert wird, dass sie Alternativen kennt und die Vor- und Nachteile der Untersuchung versteht (NICE, 2020; Nicol, 2007). Den werdenden Eltern werden möglichst alle vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse und eigenes Erfahrungswissen von der beratenden Person zur Verfügung gestellt (Schäfers, 2013). Eine individuelle Informationsabgabe ist wichtig, um auf die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche eingehen zu können (Midirs, 2008; NICE, 2020). Weiter soll die Informationsgabe dem Bildungsstand der werdenden Eltern angepasst und kulturelle Unterschiede mit einbezogen werden (Midirs, 2008). Der gesamte Entscheidungsprozess wird von ethischen, psychologischen und sozialen Aspekten beeinflusst (Midirs, 2008). Wenn möglich werden die Informationen bereits vor einer anstehenden Entscheidung abgegeben, damit der zeitliche Faktor keine negativen Einflüsse auf die Entscheidungsfähigkeit hat (NICE, 2020; Schäfers, 2013). Ausreichend Zeit, um die Informationen zu verarbeiten, ist Voraussetzung für eine Entscheidungsfindung (Schröder, 1999).

Um eine informierte Wahl zu ermöglichen, müssen Fachpersonen ihr Wissen stets den aktuellen Gegebenheiten anpassen und alle Aspekte der pränatalen Screeningmöglichkeiten kennen (Midirs, 2008). Die wertfreie Informationsabgabe und die Vermeidung einer Beeinflussung durch das Fachpersonal präsentiert sich oft als schwierig, da persönliche Meinungen unbewusst die Informationsgabe beeinflussen (Midirs, 2008). Deshalb müssen sich laut Midirs (2008) Fachpersonen ihrer eigenen Gefühle und möglicher Einwände für ein Screening bewusst sein, um diese im Beratungsgespräch auszugrenzen. Gute Kommunikationsfähigkeiten wie Empathie und aktives Zuhören scheinen laut Midirs (2008) fundamental für den Prozess der Entscheidungsfindung zu sein. Midirs (2008) ergänzt, dass sich Hebammen versichern sollen, ob die Frauen und deren Partner oder Partnerin umfassend, sowohl mündlich als auch schriftlich, über das USS informiert wurden.

Beziehungen beeinflussen Entscheidungen massgeblich (Hölzli, 2016). Frauen erhoffen sich insbesondere Unterstützung, Wahlmöglichkeiten, Eigenständigkeit, Kontrolle und angemessene Informationen (Borrelli, 2014). Um diesen Wünschen gerecht zu werden, muss die Fachperson die Frau als Ganzes mit all ihren Bedürfnissen ansehen und sie in ihrer Selbstbestimmtheit stärken (Hölzli, 2016). Eine partnerschaftliche und vertrauens-

volle Beziehung sowie Kontinuität in der Betreuung können diesen Prozess positiv unterstützen (Borrelli, 2014; Hölzli, 2016).

Kritiker des Konzepts äussern, dass kaum eine Person in der Lage ist, die medizinischen Zusammenhänge und Risiken zu verstehen und deshalb keine informierte Wahl treffen kann (Becker, 2019). Weiter gibt es Diejenigen, welche sich entscheiden und auf eine Informationsvermittlung verzichten. Fraglich ist, ob eine Wahl, bei der auf Informationen verzichtet wird, noch eine informierte Wahl ist (Becker, 2019).

2.6.3 Ultraschallscreening aus ethischer Sicht

Ein USS deckt möglicherweise strukturelle Anomalien des Kindes auf, welche mit dem Leben nicht vereinbar sind oder zu psychischen oder physischen Einschränkungen führen können (Midirs, 2008). Dieses Resultat kann zu einem ethischen Konflikt für die werdenden Eltern führen. Dabei geht es um den Entscheid für oder gegen eine Abtreibung. Bei der Aufklärung entscheidet die beratende Person über Art und Ausmass der zur Verfügung gestellten Informationen. Dadurch wird laut Schäfers (2013) die Handlungs- und Wahlfreiheit der werdenden Eltern eingeschränkt. Weiter wird es als unethisch angesehen, wenn ein Individuum, in diesem Falle die werdenden Eltern, nicht über alle Konsequenzen aufgeklärt werden (Midirs, 2008). Laut dem Ethikkodex für Hebammen sind diese verpflichtet, die Frau zu informieren und das Einverständnis für eine Intervention einzuholen (ICM, 2014). Dabei sind die Würde, das Selbstbestimmungsrecht, die Autonomie und das Mitbestimmungsrecht zu wahren (ICM, 2014; Hölzli, 2016; Schröder, 1999). Erst dadurch wird eine aktive Beteiligung unterstützt, wie sie vom Ethikkodex verlangt wird. Thompson (2004, zitiert nach Hölzli, 2016) weist darauf hin, dass die Prinzipien des Ethikkodex für Hebammen durch die Menschenrechte gestützt sind, die den Respekt und Schutz der Persönlichkeit, der Menschenwürde sowie Privatsphäre und Sicherheit beinhalten.

2.7 Psychosomatik in der Geburtshilfe

Frauen erleben laut Langer (2016) während der SS in vielen Bereichen Veränderungen. Gefühle werden besonders intensiv wahrgenommen. Eine SS kann als sogenannte Lebenskrise angeschaut werden. Ein Ereignis, das einschneidende Veränderungen mit sich bringt und den betroffenen Menschen zu einer Neuorientierung veranlasst (Romahn & Opitz-Kreuter, 2015). Die Unterstützung durch den Partner, die Partnerin oder anderer enger Bezugspersonen ist in dieser Zeit für die Frau besonders wichtig (Langer, 2016).

Jede Frau durchläuft in der SS verschiedene Phasen von Emotionen und psychischer Veränderungen. Das erste Trimenon ist die Zeit der Ambivalenz. In dieser Zeit fühlt die Frau eine grosse Unsicherheit, hat je nach Situation Probleme mit der Akzeptanz der SS und befindet sich in einem gesellschaftlichen Konflikt, wann sie ihre SS offiziell machen will (Langer, 2016). Unterschiedlichste Gefühle von überglücklich bis völlig verzweifelt sind dabei möglich (Romahn & Opitz-Kreuter, 2015). Wichtig ist, dass die Frau diese Ambivalenz akzeptiert und versteht, dass ihre Gefühle normal sind (Langer, 2016). Das zweite Trimenon ist laut Langer (2016) geprägt durch die Integration der SS ins Selbstbild und der Wahrnehmung des Kindes als eigenständiges Wesen. In dieser Zeit werden die ersten Kindsbewegungen (KB) wahrgenommen und die Frau setzt sich immer mehr mit ihrem Kind auseinander (Langer, 2016). Infolge der zunehmenden KB und des wachsenden Bauchs wird die Entwicklung von Gefühlen wie Zuneigung und Liebe für das Kind erleichtert (Romahn & Opitz-Kreuter, 2015). Im dritten Trimenon ermüdet die Schwangere schneller und ist weniger belastbar (Romahn & Opitz-Kreuter, 2015). Die Neugier auf das Kind wird grösser und die SS wird zunehmend als lästig empfunden, so dass der Wunsch nach Beendigung der SS wächst (Langer, 2016). Mit nahendem Geburtstermin kommen Ängste vor der bevorstehenden Geburt auf. Viele Frauen entwickeln in den letzten Wochen der SS einen Nestbautrieb und bereiten die Umgebung für das Kind vor (Romahn & Opitz-Kreuter, 2015). Es beginnt ein Prozess des Loslösen der symbiotischen Beziehung zwischen Frau und Kind. Langer (2016) empfiehlt, für die Betreuung der Frau in der SS, auf die phasenspezifischen Emotionen und Gefühle Rücksicht zu nehmen und dadurch die Autonomie und persönlichen Ressourcen der Frau zu stärken.

Durch das Aufkommen der Pränataldiagnostik (PND), wovon das USS ein fester Bestandteil ist, sind diese typischen psychischen Entwicklungsprozesse verändert worden (Romahn & Opitz-Kreuter, 2015). Bis die Schwangere die Ergebnisse des USS hat, kann sie sich nur bedingt auf die SS einlassen und vermeidet einen intensiven Beziehungsaufbau zum Kind (Romahn & Opitz-Kreuter, 2015). Indem Gefühle gegenüber dem ungeborenen Kind unterdrückt werden, versuchen Frauen, sich vor dem Schmerz aufgrund einer möglichen Abtreibung zu schützen (Romahn & Opitz-Kreuter, 2015).

2.8 Bedürfnisse

Unter Bedürfnis versteht man den Wunsch oder das Verlangen nach etwas (Dudenredaktion, k. D.).

«Bedürfnisse haben personal-existentialen Charakter, kommen aus dem Inneren des Menschseins. Sie können und müssen erfüllt werden ... » (Juchli, 1987, S. 41). Frauen haben in der SS spezifische Bedürfnisse, welche durch neue, unbekannte Gefühle hervorgerufen werden (Luyben & Fleming, 2005). Gute Kenntnis dieser Bedürfnisse sind Voraussetzung, um in der Betreuung das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Frau zu verbessern (von Rahden, 2014). Frauen fühlen sich oft unsicher, weil die SS eine neue Situation darstellt und ihnen Informationen dazu fehlen (Luyben & Fleming, 2005). Sie suchen während der SS Bestätigung und Schutz (von Rahden, 2014). Deshalb benötigt die soziale und psychische Unterstützung einen ebenso grossen Raum in der SS-Vorsorge wie medizinische Aspekte (von Rahden, 2014). Neben einer kompetenten medizinischen Betreuung ist genügend Raum und Zeit für Gespräche zu schaffen (von Rahden, 2014).

3 Methode

Um die Frage nach dem Erleben der werdenden Eltern beim USS zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche auf verschiedenen Datenbanken durchgeführt und ein qualitatives Literaturreview erstellt. Das Erstellen eines Literaturreviews schien angemessen, da laut Aromataris und Munn (2017) ein systematisches Review darauf abzielt, eine umfassende Synthese aller vorhandener Literatur zusammenzutragen und so eine aktuelle Wissensquelle zu schaffen, worauf im Klinikalltag zurückgegriffen werden kann. Die Methode für das qualitative systematische Review richtet sich nach dem Prinzip der Meta-Aggregation (Lockwood, Munn, & Porritt, 2015).

In diesem Kapitel wird das Vorgehen der systematischen Literatursuche und Literaturauswahl beschrieben. Das Vorgehen der kritischen Würdigung wird erläutert. Weiter werden die Synthesemethoden beschrieben und die ethischen Prinzipien benannt, welche die Autorinnen für die Beurteilung der Studien beachtet haben.

3.1 Literatursuche und Literaturauswahl

Im Folgenden werden die Suchstrategie mit PICO-Schema, die Auswahlstrategie sowie die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienausswahl beschrieben.

3.1.1 Suchstrategie

Zwischen Februar 2020 und April 2020 fand eine systematische Literatursuche statt. Auf folgenden neun Datenbanken wurde gesucht: Cinahl, Emcare, Medline (Ovid, ProQuest, Web of Science, PubMed), PsycInfo, Web of Science und Cochrane Library. Mittels Handsuche über Google Scholar wurde die Suche ergänzt. Nach möglichen vorhandenen Leitlinien wurde beim NICE, der WHO, dem American College of Obstetricians and Gynecologists, der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften und über die Geneva Foundation for Medical Education gesucht. Für die Suche wurde ein PICO-Schema erstellt (Lockwood et al., 2015) und mit methodischen Suchbegriffen der qualitativen Forschung ergänzt (Cooke, Smith, & Booth, 2012). Zu jeder der drei Kategorien „Werdende Eltern“, „Erleben“ und „Ultraschallscreening“ wurden Stichwörter gesucht und ins Englische übersetzt. Um möglichst alle Schreibweisen eines Stichwortes in die Suche einzuschließen, verwendeten die Autorinnen das Trunkierungszeichen „*“ (Polit & Beck, 2017). Die Treffsicherheit wurde erhöht, indem für jede Kategorie spezifische Schlagwörter (MeSH Term und Cinahl Subject Heading) gesucht wurden. Das PICO-Schema ist in der Tabelle 2 ersicht-

lich. Die Stich- und Schlagwörter wurden in der Suche mit den Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ kombiniert (Polit & Beck, 2017). Die Literatursuche führten beide Autorinnen zeitgleich und am selben Ort durch, sodass ein kontinuierlicher Austausch bei Unsicherheiten gewährleistet war.

Tabelle 2: PICO-Schema

PICO	Kategorie	Stichwörter	Schlagwörter
<u>P</u>opulation (Population)	Werdende Eltern	<ul style="list-style-type: none"> - Expectant mother - Expectant father - Expectant parents - Pregnant woman - Pregnant women - Parents - Mother and father 	MeSH Term: <ul style="list-style-type: none"> - Mothers - Fathers - Parents Cinahl Heading: <ul style="list-style-type: none"> - Expectant mothers - Expectant fathers - Expectant parents
<u>I</u>nterest (Interesse)	Erleben	<ul style="list-style-type: none"> - Experience* - Expectation* - Attitude - Satisfaction - Reaction* - Feel* - View* - Emotion* - Acceptance* - Stress* - Perception* 	MeSH Term: <ul style="list-style-type: none"> - Emotions - Patient satisfaction - Attitude - Stress, psychological - Patient preference - Mental stress Cinahl Heading: <ul style="list-style-type: none"> - Patient satisfaction - Attitude - Anxiety - Stress, psychological - Emotions - Patient preference
<u>C</u>ontext (Kontext)	Ultraschall-screening	<ul style="list-style-type: none"> - Routine ultrasound - Ultrasound screening 	MeSH Term: <ul style="list-style-type: none"> - Ultrasonography, prenatal Cinahl Heading: <ul style="list-style-type: none"> - Ultrasonography prenatal
<u>M</u>ethodische Suchbegriffe	Qualitative Forschung	<ul style="list-style-type: none"> - Interview* - Focus group - Qualitative survey* - Questionnaire - Audio record* - Audio-record* - Discussion 	MeSH Term: <ul style="list-style-type: none"> - Surveys and questionnaires - Qualitative research - Interview Cinahl Heading: <ul style="list-style-type: none"> - Qualitative Studies - Audiorecording - Focus Group - Interviews - Self report

3.1.2 Auswahlstrategie

Die Treffer wurden anhand des Titels und des Abstracts hinsichtlich der Fragestellung sowie Ein- und Ausschlusskriterien erstmals beurteilt. Unstimmigkeiten wurden diskutiert sowie Titel und Abstract erneut geprüft. Erwies sich eine Studie als passend, lasen die Autorinnen in einem nächsten Schritt den Volltext und prüften die Studie erneut detailliert bezüglich Fragestellung sowie Ein- und Ausschlusskriterien. Dafür wurden

die Studien gleichmässig unter den Autorinnen aufgeteilt, bearbeitet und kurz zusammengefasst. Nach dieser Beurteilung trafen die Autorinnen gemeinsam eine Auswahl.

3.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Ein- und Ausschlusskriterien wurden festgelegt, um über die Eignung einer Studie zur Beantwortung der Fragestellung zu entscheiden. Diese Kriterien sind in der Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für Studienauswahl

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<p>Studiendesign: Qualitative Primärstudien und Reviews</p> <p>Sprache: Deutsch, Englisch</p> <p>Studienteilnehmende: Gesunde Niedrig-Risiko Schwangere und deren Partner</p> <p>Zeitraum: Ab Jahr 2000</p> <p>Länder: Europäischer Kontinent, USA, Kanada Australien, Neuseeland</p> <p>Untersuchungsthema: USS in allen Trimestern</p>	<p>Studiendesign: Quantitativ</p> <p>Länder: Länder des globalen Südens, asiatischer Kontinent</p> <p>Studienteilnehmende: Migrantinnen und Migranten, geflüchtete Personen</p> <p>Untersuchungsthema: Verdacht auf fetale Fehlbildungen, Auswirkungen des US auf den Fetus, Doppler-US, 3D- und 4D-US, nur Screening auf Trisomie 21</p>

Aufgrund der Fragestellung und aktuellen Datenlage wurde entschieden, nur qualitative Studien einzuschliessen. Einzelne Phänomene des Erlebens der werdenden Eltern scheinen noch nicht abschliessend identifiziert und definiert zu sein. Qualitative Literatur erwies sich in diesem Fall für die Beantwortung der Fragestellung als am besten geeignet (Polit, Beck, & Hungler, 2012), da qualitative Forschungsmethoden versuchen, komplexe menschliche Phänomene aus einer ganzheitlichen Perspektive zu analysieren und ein tieferes Verständnis davon zu erlangen (Lockwood et al., 2017). Englisch und Deutsch sind Sprachen, welche beide Autorinnen verstehen und eine Analyse ermöglicht. Aufgrund der sich ständig weiterentwickelnden US-Technik und der besserwerdenden Bilddarstellung (Sohn, 2013) wäre wünschenswert gewesen, alle Studien, welche mehr als 10 Jahre alt sind, auszuschliessen. Jedoch waren wenige zur Fragestellung passende Studien vorhanden. Deshalb wurde die Suche auf die Zeitspanne der letzten 20 Jahre ausgeweitet. Länder des globalen Südens sowie des asiatischen Kontinents wurden ausgeschlossen, da der Lebensstandard, die Gesundheitsversorgung sowie der sozio-kulturelle Kontext auf die Schweiz nicht übertragbar sind. Migrantinnen und Migranten wurden ausgeschlossen, da sie, laut Borde und David (2007), im geburtshilflichen

Setting andere Bedürfnisse haben und deren Betreuung für die Fachpersonen in verschiedenen Bereichen eine Herausforderung darstellt. Fachpersonen benötigen transkulturelle Kompetenzen, ebenso stellt die Sprachbarriere eine Schwierigkeit für die Betreuung werdender Eltern dar (Hirrlinger, 2017). Zusätzliche US-Untersuchungen bei vorliegendem Verdacht auf fetale Fehlbildungen können bei Eltern viele Emotionen auslösen (Lütje, 2013). Daher wurden Studien mit diesem Forschungsthema ausgeschlossen. Die möglichen physischen und psychischen Auswirkungen des US auf den Fetus sind für den Rahmen der Arbeit zu umfangreich und wurden deshalb ausgeschlossen. Doppler-, 3D- und 4D-US stehen nicht in allen medizinischen Settings zur Verfügung und gehören meist nicht zu den Routineuntersuchungen in der SS. Ein abweichendes Erleben der Eltern durch diese Techniken wurde vermutet. Alle Studien, welche ausschließlich das Erleben in Bezug auf Trisomie 21 Screenings untersuchen, wurden ebenfalls ausgeschlossen, da diese nur einen spezifischen Aspekt des USS darstellen. Die Qualität der Studien bei qualitativen Literaturreviews ist in der Regel kein Ausschlusskriterium (Möhler, 2016), deshalb wurden keine Studien auf Grund mangelhafter Qualität ausgeschlossen.

3.2 Literaturanalyse

Die Literaturanalyse führten beide Autorinnen unabhängig voneinander durch. Anschließend wurden gemeinsam Abweichungen in der Analyse identifiziert, diskutiert und, wenn nötig, mittels der Primärliteratur erneut geprüft. Dieses Vorgehen wird von Möhler (2016) empfohlen, um einen Konsens der Autorenschaft zu erreichen.

3.2.1 Qualitative Primärstudien

Mithilfe eines von den Autorinnen erstellten Analyserasters, welches sich an Steinke (1999) anlehnt, wurden die eingeschlossenen Studien kritisch gewürdigt, sodass Stärken und Schwächen der Literatur eingeschätzt werden konnten. Das Analyseraster wurde in Anlehnung an Polit et al. (2012) mit Beurteilungspunkten zu den ethischen Prinzipien ergänzt. Die folgenden Gütekriterien nach Steinke (1999) berücksichtigten die Autorinnen zur Beurteilung der Studien:

- **Intersubjektive Nachvollziehbarkeit**

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit beurteilt, wie vollständig, genau und transparent der Forschungsprozess dokumentiert ist. Die Interpretation der Daten sollte in Gruppen und nicht nur durch eine forschende Person erfolgen. Weiter ist zu beurteilen,

inwiefern standardisierte codifizierte Verfahren angewendet oder bei Bedarf entwickelt wurden. Die Dokumentation des Forschungsprozesses stellt das Hauptkriterium zur Beurteilung qualitativer Studien dar (Steinke, 1999).

- **Indikation des Forschungsprozesses**

Bei der Indikation des Forschungsprozesses wird der gesamte Forschungsprozess hinsichtlich Angemessenheit überprüft. Dabei werden sechs Kriterien berücksichtigt: Angemessenheit des qualitativen Vorgehens, Methodenwahl, Transkriptionsregeln, Samplingstrategie, methodische Einzelentscheidung ebenso wie von den Forschenden festgelegte Bewertungskriterien. Bei der Methodenwahl geht es darum zu beurteilen, ob Teilnehmende genügend Freiraum für Äusserungen haben und ob ein Arbeitsbündnis zwischen Forschenden und Teilnehmenden besteht (Steinke, 1999).

- **Empirische Verankerung**

Die empirische Verankerung beschreibt, dass Theorien und Hypothesen bestätigt werden. Zur Beurteilung dieses Kriteriums werden die Theorieprüfung, die analytische Induktion, Prognosen und kommunikative Validierung berücksichtigt. Geprüft wird, ob codifizierte Verfahren angewendet und ausreichend Textbelege vorhanden sind. Ausnahmen sind zu analysieren und Gegenbeispiele explizit zu suchen. Ein Member-Checking soll durchgeführt werden, indem den Teilnehmenden die transkribierten Texte zur Prüfung vorgelegt werden (Steinke, 1999).

- **Limitation**

Limitationen sind aufzuführen und anhand der Transferierbarkeit, der Erfahrungsprobe und Fallkontrastierung zu beurteilen (Steinke, 1999).

- **Kohärenz**

Ob eine Studie kohärent ist, wird beurteilt, indem geprüft wird, ob die Studie in sich stimmig ist und Widersprüche in den Daten und Interpretationen offengelegt werden (Steinke, 1999).

- **Relevanz**

Weist die Studie eine hohe Relevanz auf, können neue Erkenntnisse gewonnen werden (Steinke, 1999).

- **Reflektierte Intersubjektivität**

Die reflektierte Intersubjektivität ist bei qualitativer Forschung ein weiteres wichtiges Beurteilungskriterium und erfasst, wie gut sich die Forschenden reflektiert haben. Ebenfalls sollte ersichtlich sein, ob die Methode zu der forschenden Person passt, diese die Forschung als Ganzes betrachtet und allen Phänomenen gleich viel Aufmerksamkeit schenkt (Steinke, 1999).

3.2.2 Qualitatives Review

Das qualitative Review wurde in Anlehnung an das Analyseraster der Berner Fachhochschule Gesundheit für quantitative Reviews nach Behrens und Langer (2016) beurteilt. Die quantitativen Reviewmethoden können laut Hasseler (2007) auf qualitative Forschung nicht übernommen werden, da andere Prozesse und Vorgehensweisen nötig sind. Es ist schwierig, für die kritische Einschätzung der Studien allgemeine Kriterien zu generieren, da es in der qualitativen Forschung keinen Gold Standard gibt (Hasseler, 2007; Lockwood et al., 2017). Hasseler (2007) hat Kriterien für qualitative Übersichtsarbeiten aus unterschiedlicher Literatur zusammengetragen. Diese Kriterien wurden ins bestehende Analyseraster integriert, damit eine Beurteilung des qualitativen Reviews möglich ist. Die wichtigsten Beurteilungspunkte werden im Folgenden beschrieben.

Die Suchstrategie ist sinnvoll und ausführlich zu dokumentieren (Behrens und Langer, 2016). Dabei ist es wichtig, dass neben der Suche auf zahlreichen Datenbanken auch eine Handsuche durchgeführt wird und die Autorinnen und Autoren direkt kontaktiert werden (Behrens & Langer, 2016). Ab 10 eingeschlossenen Studien braucht es klare Einschlusskriterien, welche für alle Studien gelten (Hasseler, 2007). Schlechte Qualität einer Studie stellt kein Ausschlusskriterium dar, da trotzdem wichtige Ergebnisse herausgefiltert werden können (Hasseler, 2007). Die Ähnlichkeit der eingeschlossenen Studien bezüglich Thematik, Kontext und Methodologien ist zu beschreiben (Behrens und Langer, 2016; Hasseler, 2007). Die eingeschlossenen Studien müssen für die Fragestellung relevant sein und von den Forschenden nachvollziehbar beurteilt werden (Behrens & Langer, 2016). Dabei ist wichtig, dass Interpretationen des Forschungsteams genannt werden (Hasseler, 2007). Die Ergebnisse müssen reichhaltig und detailliert mit Informationen zum Kontext und Erfahrungen der Forschenden beschrieben werden (Hasseler, 2007). Die Methoden und Techniken für die Synthese der Ergebnisse sind sinnvoll zu beschreiben (Hasseler, 2007). Die Forschungsarbeit sollte übertragbar und relevant sein (Hasseler, 2007).

3.2.3 Ethische Prinzipien

Ethische Prinzipien sind in der Pflege- und Hebammenforschung grundlegend und in einem Literaturreview in der Analyse und Synthese zu berücksichtigen. Im Jahr 1978 hat die Nationale Kommission zum Schutz menschlicher Subjekte in der biomedizinischen- und Verhaltens-Forschung den Belmont Report mit drei ethischen Grundprinzipien verfasst (Sims, 2010). Der Belmont Report ist auch heute noch ein wichtiges Werk in den Bereichen Ethik und Gesundheitsforschung (Sims, 2010). Polit et al. (2012) haben diese drei Prinzipien beschrieben, welche im Folgenden erläutert werden.

Das Prinzip des Nutzens besteht aus vielfältigen Dimensionen wie das Recht auf Unversehrtheit, keine Ausbeutung und Berücksichtigung der Risiken und Nutzen. Unter diesen Aspekt der Ethik gehört auch, dass den Studienteilnehmenden eine Nachbesprechung mit einer Fachperson angeboten wird. Weiter ist die Würde des Menschen zu achten, indem die Selbstbestimmung gewährleistet und eine umfassende informierte Zustimmung möglich ist. Die Möglichkeit, jederzeit aus der Studie auszusteigen, muss vorhanden sein. Zudem ist die Einverständniserklärung schriftlich einzuholen. Die Gerechtigkeit ist die dritte Dimension, welche Polit et al. (2012) beschreiben. Faire Behandlung sowie das Recht auf Privatsphäre mit Wahrung der Anonymität sind zu beachten (Polit et al., 2012).

Die ethischen Prinzipien wurden in der kritischen Würdigung der Studien berücksichtigt und die Fragen ins Analyseraster integriert.

3.3 Synthesemethoden

Die eingeschlossene Literatur wurde in einer Übersichtstabelle dargestellt. Zusätzlich wurde ein Stärke-Schwäche-Profil der Studien erstellt, um die Aussagekraft zu beurteilen. Die Datensynthese verlief nach Meta-Aggregation in drei Schritten, dem Three-Step-Approach (Lockwood et al., 2015). Alle Ergebnisse der eingeschlossenen Studien wurden in einem ersten Schritt extrahiert (Lockwood et al., 2015). Dazu wurden die Zusammenfassungen der Studien, die kritischen Würdigungen und die Primärstudien beigezogen. In einem zweiten Schritt wurden gemäss Lockwood et al. (2015) Kategorien gebildet, wobei eine Kategorie mindestens zwei Ergebnisse enthalten muss. Im dritten Schritt wurden synthetisierte Ergebnisse gebildet, bestehend aus mindestens zwei Oberkategorien (Lockwood et al., 2015). Die drei Schritte der Datensynthese wurden in tabellarischer Form festgehalten. Für „Oberkategorie“ wurde der Begriff „Teil-

aussage“ und für „synthetisiertes Ergebnis“ der Begriff „Hauptaussage“ verwendet. Während der Synthese wurde explizit nach Gleichheiten, Unterschieden und Zusammenhängen gesucht. Zudem wurden Widersprüche zwischen den einzelnen Studienergebnissen aufgenommen. Die Synthese führten die Autorinnen in stetiger Zusammenarbeit durch.

3.4 Reflexion der Autorinnen

Gemäss Hasseler (2007), Lockwood et al. (2015) und Steinke (1999) ist wichtig, dass Forschende sich und den Arbeitsprozess reflektieren. Die Autorinnen sind Hebammenstudentinnen im letzten Jahr. Sie sind in der Schweiz geboren und aufgewachsen. Die Autorinnen begleiten Frauen während SS, Geburt und Wochenbett und sind in Themen der US-Diagnostik in beratender und begleitender Funktion im Berufsalltag involviert. Im Rahmen der Ausbildung eigneten sich die Autorinnen die theoretischen Grundlagen der Forschung an. Zu Beginn der Arbeit wussten die Autorinnen noch wenig über qualitative Forschung. Dieses Wissen wurde angeeignet, was einen Mehraufwand erforderte. Die Autorinnen bemühten sich, allen Phänomenen gleiche Beachtung zu schenken und genügend Objektivität zu wahren. Es wurden keine Interessenskonflikte identifiziert.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Literatursuche und Literatúrauswahl mit den ein- und ausgeschlossenen Studien beschrieben. In den Ergebnissen der Literaturanalyse wird die eingeschlossene Literatur sowie deren Stärken und Schwächen aufgeführt und die Analyse dargelegt. Zum Schluss dieses Kapitels werden die Ergebnisse synthetisiert.

4.1 Ergebnisse Literatursuche

Mit der Literaturrecherche wurden insgesamt 1296 Studien gefunden. Von diesen Studien wurden 1079 Publikationen aufgrund des Titels ausgeschlossen. Die Autorinnen überprüften drauffolgend 217 Abstracts bezüglich der Fragestellung sowie Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit. Aufgrund des Abstracts wurden 133 Studien ausgeschlossen. Die verbliebenen 26 Studien wurden im Volltext gelesen, wovon weitere 17 Studien ausgeschlossen wurden. Die Gründe für den Ausschluss waren quantitatives Studiendesign (n=7), nicht zur Fragestellung passende Studien (n=7), Sekundärliteratur (n=1), unklares Studiendesign (n=1) und die Literatur in einem Review war zu alt (n=1). Im Flow-Diagramm der Abbildung 1 ist die Literatursuche dargestellt. Die detaillierte Suchstrategie der einzelnen Datenbanken ist im Anhang 11.1 abgelegt.

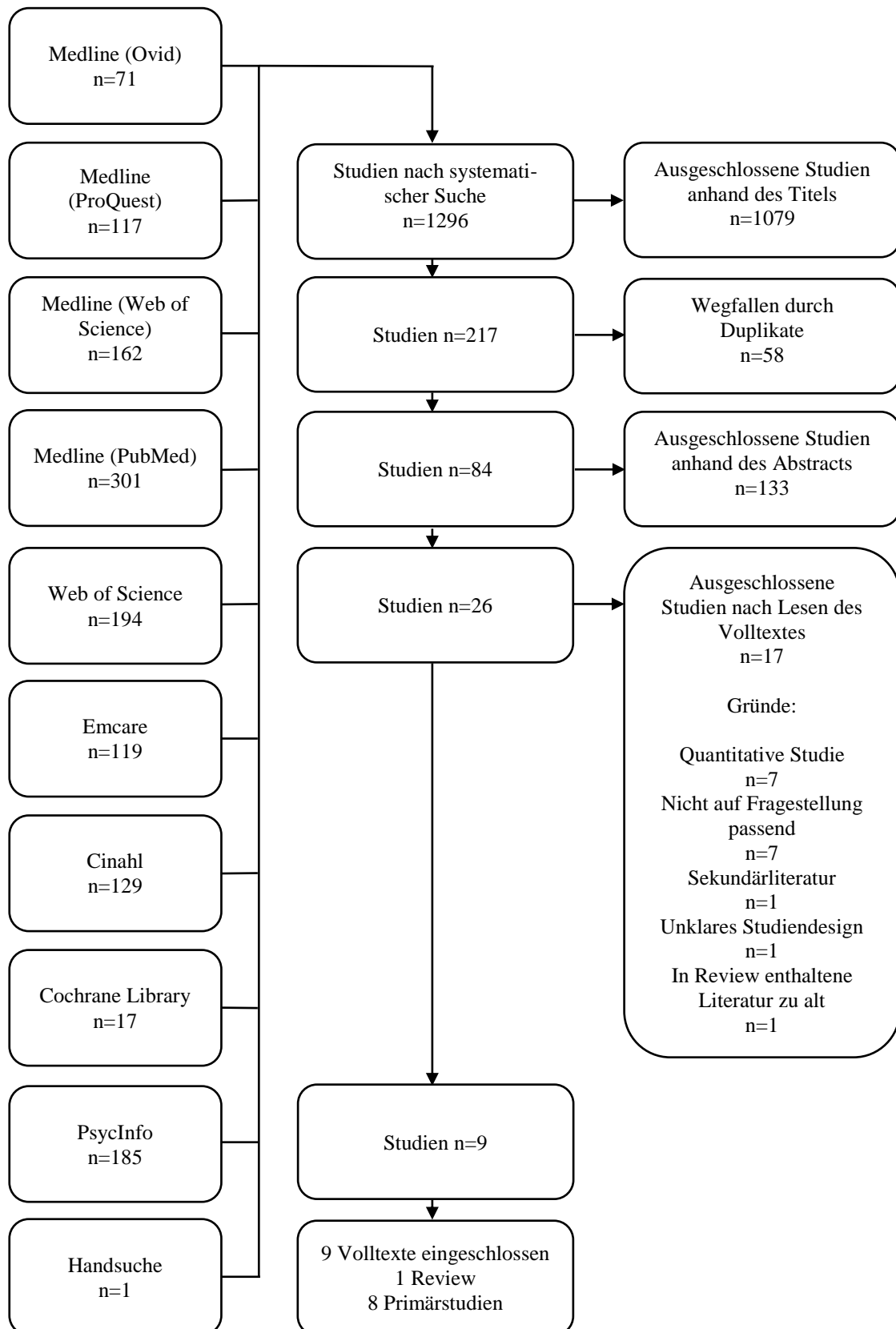


Abbildung 1: Flow-Diagramm der Literatursuche

4.2 Ergebnisse Literatúrauswahl

Acht Primärstudien und ein qualitatives Literaturreview wurden eingeschlossen. Das Erscheinungsjahr der Publikationen liegt zwischen 2001 und 2019. Bei allen acht Primärstudien handelt es sich um qualitative Interviewstudien (Aune & Möller, 2012; Dykes & Stjernqvist, 2001; Ekelin, Crang-Svalenius, & Dykes, 2004; Harpel, 2008; G. Harris, Connor, Bisits, & Higginbotham, 2004; Øyen & Aune, 2016; Walsh et al., 2014; Westerneng et al., 2019). Das qualitative Review, eine Metaanalyse, untersuchte das Erleben der Männer im Zusammenhang mit antenatalen Screenings (Dheensa, Metcalfe, & Williams, 2013). Das Review von Dheensa et al. (2013) enthält die Studie von Ekelin et al. (2004). Dheensa et al. (2013) fokussieren sich in ihren Ergebnissen auf andere Outcomes als Ekelin et al. (2004). Deshalb wurde die Studie von Ekelin et al. (2004) trotzdem verwendet.

17 Studien wurden nach Lesen des Volltextes ausgeschlossen. Sieben Studien stellten sich als quantitative Studiendesigns heraus und wurden deshalb auf Grund der Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen (Ekelin et al., 2009; Georgsson Öhman & Waldenström, 2008; Harpel & Barras, 2018; Kowalcek, Mühlhoff, Bachmann, & Gembruch, 2002; Larsen, Nguyen, Munk, Svendsen, & Teisner, 2000; Nykänen, Vehviläinen-Julkunen, & Klemetti, 2017; Simó, Zúñiga, Izquierdo, & Rodrigo, 2019). Zusätzlich wurden nach genauerer Betrachtung weitere sieben Studien ausgeschlossen, weil sie nicht zur Fragestellung passten (J. Draper, 2002; Ekelin, Crang-Svalenius, & Dykes, 2008; J. M. Harris, Franck, & Michie, 2012; Kowalcek, Mühlhoff, Bieniakiewicz, & Gembruch, 2001; Lalor & Devane, 2007; Molander et al., 2010; Salmoukas et al., 2016). Der Berichtsplan des IQWiG (2011) wurde ausgeschlossen, weil das Studiendesign unklar und eine kritische Würdigung nicht möglich war. Ein Review wurde ebenfalls ausgeschlossen, da die Literatur, worauf sich das Review bezieht, aus den Jahren vor 2000 stammt (Garcia et al., 2002). Nach genauerer Betrachtung zeigte sich, dass es sich bei der Arbeit von Kowalcek und Bachmann (2008) um Sekundärliteratur handelt. Aus diesem Grund wurde sie ausgeschlossen.

4.3 Ergebnisse Literaturanalyse

Im folgenden Kapitel wird die kritisch gewürdigte Literatur sowie deren Stärken und Schwächen tabellarisch dargestellt.

4.3.1 Übersicht über die analysierte Literatur

In sechs Studien wurde das Erleben der schwangeren Frauen in Zusammenhang mit dem USS untersucht (Aune & Möller, 2012; Dykes & Stjernqvist, 2001; Harpel, 2008; G. Harris et al., 2004; Øyen & Aune, 2016; Westerneng et al., 2019). In Walsh et al. (2014) wurde das Erleben der Männer analysiert und Ekelin et al. (2004) untersuchten das Erleben von Männern und Frauen als werdende Eltern. Während Aune und Möller (2012), Dykes und Stjernqvist (2001), Ekelin et al. (2004), Øyen und Aune (2016) und Walsh et al. (2014) das Erleben des USS im zweiten Trimester untersuchten, konzentrierten sich Westerneng et al. (2019) auf das Erleben des USS im dritten Trimester. G. Harris et al. (2004) führten jeweils ein Interview im ersten Trimester, zweiten Trimester sowie postpartum durch. Harpel (2008) gestaltete die Erhebung des Interviews offener und definierte keinen klaren Zeitpunkt zur Durchführung. Weiter unterscheiden sich die Studien darin, dass das Interview teilweise vor dem USS (Øyen & Aune, 2016), in anderen Studien nach dem USS (Ekelin et al., 2004; Harpel, 2008; Walsh et al., 2014; Westerneng et al., 2019) und in zwei weiteren Studien vor und nach dem USS (Aune & Möller, 2012; Dykes & Stjernqvist, 2001) durchgeführt wurde. Dheensa et al. (2013) hielten sich in ihrem qualitativen Review allgemeiner und trugen Studien über das Erleben werdender Väter mit antenatalen Screenings zusammen.

Die Tabelle 4 gibt einen Überblick über die analysierte Literatur. Die Studien sind alphabetisch geordnet und nummeriert, sodass in den folgenden Kapiteln ersichtlich ist, aus welchen Studien die jeweiligen Ergebnisse stammen.

Tabelle 4: Übersicht analysierte Literatur

	Autorenschaft, Jahr, Titel, Land, USS-Zeitpunkt, durchführende Fachperson	Fragestellung, Ziel	Design	Sample	Methodologie, Methode
1	<p>Aune & Möller (2012)</p> <p>'I want a choice, but I don't want to decide'-a qualitative study of pregnant women's experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies</p> <p>Norwegen</p> <p>USS im ersten Trimester</p> <p>Durchführende Person: unklar</p>	<p>- Wie erleben schwangere Frauen das Ersttrimester-USS, welches ein Screening auf chromosomale Anomalien enthält und wie nehmen sie die Resultate wahr?</p> <p>Relevante Ergebnisse</p> <p>- Hauptaussage: Frauen wollen eine Wahl haben, aber nicht entscheiden müssen.</p> <p>- Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existentielle Wahl: Entscheidung über Recht auf Leben muss getroffen werden. Partner und Gesellschaft haben Einfluss auf die Entscheidung. ▪ Suche nach Wissen: Sind beruhigt bei unauffälligem Resultat, können dann SS verkünden. ▪ Angst: Distanz zum Fetus bis nach dem USS vorhanden. Ambivalente Gefühle. Kontrollverlust vor dem USS und schnelles Wiedererlangen der Kontrolle bei unauffälligem Resultat. ▪ Schuldgefühle: Angst vor Verurteilung durch Gesellschaft. Stärkere Verbindung zum Fetus beeinflusst mögliche Entscheidungen. ▪ Beratung und Betreuung: Zufriedenheit hängt vom USS-Ergebnis ab. Gut informierte Frauen erleben Gespräch über Resultate positiv. Ungenügende Infos vor USS, schriftliche Informationen reichen nicht aus. Verständnisschwierigkeit zwischen Diagnose und Risikoassessment. Angst, Fragen zu stellen. 	<p>- Qualitative Interviewstudie</p>	<p>- N=10 Frauen</p> <p>- Gesunde norwegische Frauen</p> <p>- Physiologische SS und Geburtsanamnese</p> <p>- >38-jährig</p>	<p>- Grounded Theory</p> <p>- Strukturierte Interviews mittels offener Fragen</p> <p>- Vor und nach dem USS</p>
3	<p>Dykes & Stjernqvist (2001)</p> <p>The importance of ultrasound to first-time mothers' thoughts about their unborn child</p> <p>Schweden</p> <p>USS im zweiten Trimester</p> <p>USS durch Hebamme</p>	<p>- Welche Gedanken in Bezug auf das Ungeborene lösen USS bei schwangeren Frauen aus?</p> <p>Relevante Ergebnisse</p> <p>- Hauptaussage: Zunehmende Realität des Kindes durch USS: Vor USS haben Frauen diffuses Bild vom Fetus, nach USS ist die Existenz der SS und des Fetus realer.</p> <p>- Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der existierende Fetus: Vor USS viele Fragen und grosses Bedürfnis nach Informationen. Distanz zum Fetus, besorgt und ängstlich über seine Gesundheit. Frauen freuen sich auf USS. Zufriedenheit mit der Betreuung während USS und Informati- 	<p>- Qualitative Interviewstudie</p>	<p>- N= 10 Frauen</p> <p>- Schwedische Primigravida mit physiologischer SS</p> <p>- Erstes USS in der SS</p>	<p>- Grounded Theory</p> <p>- Halbstrukturiertes Interview mit offenen Fragen</p> <p>- Interview und Zeichnung vom Fetus eine Woche vor und nach USS</p>

	Autorenschaft, Jahr, Titel, Land, USS-Zeitpunkt, durchführende Fachperson	Fragestellung, Ziel	Design	Sample	Methodologie, Methode
		<p>on durch die Hebamme. Grössere Verbundenheit mit Fetus, realer, Entwicklung fürsorglicherer Gefühle. Kind wird als Person wahrgenommen. Frauen sind erleichtert, dass es Fetus gut geht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das kommende Kind: Vor und nach USS stellen sie sich Ähnlichkeiten mit den Eltern und die Zukunft mit dem Kind vor. Nach USS sind Gedanken über Geburt und Wochenbett realer. ▪ Die Lebenssituation der Frau: Die grössere Realität des Kindes nach USS beeinflusst die Einstellung gegenüber der SS positiv. ▪ Elternschaft: Vor USS suchen Frauen nach Vorbildern, wie sie Kind erziehen möchten. Nach USS ist Bewusstsein grösser, dass sie Eltern werden. ▪ Geburt: Nach USS sprechen Frauen mehr mit anderen Frauen über die Geburt, da die SS realer ist. 			
4	<p>Ekelin, Crang-Svalenius, & Dykes (2004)</p> <p>A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden</p> <p>Schweden</p> <p>USS im zweiten Trimester</p> <p>USS durch Hebamme</p>	<p>- Das Ziel der Studie ist, die Gedanken und Gefühle der werdenden Eltern vor, während und nach dem Zweittrimester-USS zu erheben.</p> <p>Relevante Ergebnisse</p> <p>- Hauptaussage: Bestätigung eines neuen Lebens</p> <p>- Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visualisierung – die offensichtliche Option: Paare haben Angst vor Resultaten und damit verbundenen Entscheidungen. Frühere Erfahrungen und Werte sind für Entscheidung wichtig. Werdende Eltern vermeiden, über Konsequenzen des USS nachzudenken. Frauen machen sich mehr Gedanken über auffällige Resultate. Paare wollen Auffälligkeiten wissen, auch wenn Entscheidung danach schwierig ist. ▪ Überwältigende Gefühle, Leben zu sehen: USS wird positiv erlebt, Frauen möchten mehr davon. Überwältigende Gefühle, Kind und Bewegungen zu sehen, die SS wird realer. Wenn Frauen ihr Kind noch nicht spüren, ist US-Bild unreal. Multiparas und deren Partner finden es einfacher, USS zu verstehen. ▪ Eine Familie werden: Nach USS stellen sich Frauen und Männer Elternrolle vor. Frauen beschreiben, dass sich das Paar durch den USS nähert und die Begleitung des Partners für sie wichtig ist. Werdende Eltern finden es toll, Ähnlichkeiten beim Kind zu suchen, sehen US-Bild als Beweis für die SS und möchten es anderen zeigen. Nach dem USS verspüren werdende Eltern Erleichterung und Freude, auch wenn sie sich vorher keine Sorgen gemacht haben. Beeindruckt von der Technik der heutigen Medizin. ▪ Faktoren, welche das Erleben der Eltern beeinflussen: Informationsbedarf ist individuell, beim ersten Kind mehr Informationen nötig. Allgemein zufrieden mit der Information vor dem USS. Information durch Hebamme ist nicht wichtig für die Entscheidungsfindung aber für Vorbereitung auf den USS. Die Information während USS ist die Wichtigste und fördert Zufriedenheit. Fehlende Zeit während USS senkt die Zufriedenheit. Betreuung durch die Hebamme ist wichtig und eine motivierte 	<p>- Qualitative Interviewstudie</p>	<p>- N=44 (22 Paare)</p> <p>- Physiologische SS</p> <p>- Erstes USS in der SS</p> <p>- Schwedisch sprechend</p>	<p>- Grounded Theory</p> <p>- Unstrukturiertes Interview, freies Sprechen</p> <p>- 2-4 Wochen nach dem USS</p>

	Autorenschaft, Jahr, Titel, Land, USS-Zeitpunkt, durchführende Fachperson	Fragestellung, Ziel	Design	Sample	Methodologie, Methode
		Hebamme steigert die Zufriedenheit. Während USS ist eine bessere Information wünschenswert. Väter fühlen sich weniger informiert. Einige Männer fühlen sich gestresst, da Anwesenheit des Vaters erwünscht.			
5	<p>Harpel (2008)</p> <p>Fear of the unknown: ultrasound and anxiety about fetal health</p> <p>USA</p> <p>USS in jedem Trimester</p> <p>USS durch Gynäkologe/Gynäkologin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Spielt das USS immer noch eine Rolle bezüglich Angst bei Schwangeren? Wenn ja, welche? - Wie und warum beeinflusst das USS die Angst der Schwangeren? 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitative Interviewstudie 	<ul style="list-style-type: none"> - N=30 Frauen - Primi- und Multipara - >18-jährig 	<ul style="list-style-type: none"> - Methodologie: Dichte Beschreibung - Halbstrukturiertes Interview - Zwischen 18. – 38. SSW - Nach dem USS
6	<p>G. Harris, Connor, Bisits, & Higginbotham (2004)</p> <p>"Seeing the baby": pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women</p> <p>Australien</p> <p>USS durch Arzt/Ärztin</p> <p>USS-Zeitpunkt unterschiedlich</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Das Ziel ist, durch Interviews mit schwangeren Frauen deren Sicht auf/über das USS detaillierter zu erforschen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitative, longitudinale Interviewstudie 	<ul style="list-style-type: none"> - N=34 Frauen - Englischsprachige Primi-para mit Niedrigrisiko-SS 	<ul style="list-style-type: none"> - Methodologie unklar - Ein Interview im zweiten Trimester, zweites Interview im dritten Trimester, drittes Interview drei Monate postpartum - Interview mit offenen Fragen
		<p>Relevante Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kategorien <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachperson-Patientinnen-Kommunikation über USS: Frauen mit erhöhtem Alter oder Bedenken bezüglich USS haben Gefühl, zum USS gedrängt zu werden. ▪ Verständnis des 18. – 20. SSW USS und dessen Konsequenzen: Verständnisschwierigkeiten, dass es sich um Screening han- 			

	Autorenschaft, Jahr, Titel, Land, USS-Zeitpunkt, durchführende Fachperson	Fragestellung, Ziel	Design	Sample	Methodologie, Methode
		<p>delt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angst und Beruhigung: 32 Frauen äussern Angst in Bezug zum USS. Auch Frauen, welche sich gesund fühlen, haben Angst vor USS. Angst vor auffälligen Resultaten und damit verbundenen Entscheidungen. Angst am grössten beim ersten USS in der SS. Angst abnehmend, sobald Befunde da sind. USS reduziert Sorgen und führt zu Beruhigung bei unauffälligem Resultat. ▪ Wissen erlangen: Frauen stellen ärztliche Interpretation nicht in Frage. Kind und SS werden durch das USS realer. Frauen geniessen technische Bestätigung der SS. ▪ Gefallen erleben: Interessant und aufregend, Kind zu sehen, Vergnügen. Frauen mit mehreren USS finden USS im zweiten Trimenon am Erfreulichsten. Freude nach USS überwiegt den Ängsten vor dem USS. Möglichkeit, dem Kind eine Persönlichkeit zu geben. US-Bild ist wichtig, um es Familienmitgliedern zu zeigen. Frauen erachten USS für den Partner und dessen Vaterwerdungsprozess wichtig. 			
7	<p>Øyen & Aune (2016)</p> <p>Viewing the unborn child - pregnant women's expectations, attitudes and experiences regarding fetal ultrasound examination Norwegen</p> <p>USS im zweiten Trimester</p> <p>USS durch Hebamme</p>	<p>- Ziel der Studie ist, mehr Wissen und ein tieferes Verständnis zu gewinnen über die Erwartungen, Haltungen und Erfahrungen der schwangeren Frau vor dem USS.</p> <p>Relevante Ergebnisse</p> <p>- Kategorien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen, ob alles gut ist: Frauen sind froh, USS zu haben, ist wichtigste Untersuchung in der SS. Erleben Konflikt der Gefühle zwischen Glück, Angst und Hoffnung. USS löst starke Emotionen aus. Möglichkeit, Anomalien zu entdecken, wird verdrängt. ▪ Das ungeborene Kind sehen: Sehen des Kindes löst starke emotionale Gefühle aus, stellt den Beginn der Elternschaft und Planung der Zukunft dar und fördert Bindung zum Kind. Gemeinsames Erlebnis der werdenden Eltern. Frauen erachten USS für den Partner als wichtig, um SS und Kind für ihn real werden zu lassen. USS ist wichtiger Punkt im Prozess der SS und Vorbereitung auf die Zukunft. Einzigartige Erinnerung, welche sich positiv auf SS und Zukunft auswirkt. Geschlecht zu erfahren hilft, sich auf Elternrolle vorzubereiten. Andere Frauen äussern Schuldgefühle, über Geschlecht nachzudenken. <p>Ganzheitliche Betreuung: Für Frauen ist individuelle Betreuung vor USS wichtig. Informationen über USS, eigene Wahl und Rechte sind schwierig zu erhalten. Informationen vor USS sind ungenügend. Dem Gespräch während USS wird keine Beachtung geschenkt und emotionales Befinden wird nicht beachtet. Frauen erleben sozialen Druck, den USS durchführen zu lassen. Frauen erachten das Sehen des Babys als wichtig.</p>	<p>- Qualitative Interviewstudie</p>	<p>- N=8</p> <p>- Gesunde norwegische Frauen mit physiologischer SS</p> <p>- Primi- und Multiparas</p>	<p>- Phänomenologie</p> <p>- Halbstrukturiertes Interview nach einem Interviewleitfaden</p> <p>- Interview null bis drei Tage vor dem USS</p>

	Autorenschaft, Jahr, Titel, Land, USS-Zeitpunkt, durchführende Fachperson	Fragestellung, Ziel	Design	Sample	Methodologie, Methode
8	<p>Walsh et al. (2014)</p> <p>Moving Up the "Magic Moment": Fathers' Experience of Prenatal Ultrasound</p> <p>USA</p> <p>USS im zweiten Trimester</p> <p>USS durch Gynäkologie/Gynäkologin</p>	<p>- Wie erleben Männer den USS und welchen Einfluss hat dieses Erlebnis auf ihre Rolle als Partner und werdender Vater?</p> <p>Relevante Ergebnisse</p> <p>- Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beruhigung, dass die SS normal verläuft: Väter sind beruhigt, wenn alles normal ist. Väter können nach USS eine Bindung zum Kind eingehen und das Vater-Werden wird realer. ▪ Realität der SS und des Kindes: USS ist für alle Väter wichtiges Ereignis, um zu sehen, dass sie Vater werden. Väter spüren Kind nicht. Durch USS wird Kind realer. Geschlecht hat für die meisten Männer Bedeutung für Bindung, weil Zukunft mit dem Kind so besser vorstellbar ist. Für praktisch alle Männer ist das USS ein Moment mit vielen Emotionen, Grad der Emotionen ist sehr unterschiedlich. ▪ Viele Gedanken und Gefühle, Eltern zu werden: Väter stellen sich direkt nach USS Zukunft mit ihrem Kind vor. Väter beschreiben Selbstansprüche (z. B. gesichertes Einkommen). Gedanken über Vaterrolle und Unterschiede zwischen Tochter und Sohn. Eigene Erfahrungen mit Eltern und Erfahrungen mit vorherigen Kindern haben Einfluss, was sie anders machen wollen. ▪ Beziehung mit der Partnerin und innerhalb des sozialen Netzwerkes: Das US-Erlebnis wird durch soziales Netzwerk beeinflusst. Das Erlebnis stärkt die Beziehung zur Partnerin auch in Zukunft. Für Männer ist wichtig, beim USS dabei zu sein, das Erlebnis mit der Partnerin zu teilen und für sie da zu sein und sind stolz, an USS teilzunehmen. Sie würden sich ausgeschlossen fühlen, wenn sie nicht dabei wären. Männer sehen sich wichtig, ihre Frau emotional und materiell zu unterstützen und sprechen Bewunderung gegenüber ihrer Frau aus. Freunde, Familie oder Bekannte sind für Männer im Vorfeld wichtig, um sich auszutauschen und Fragen zu stellen. Sie fühlen sich davon beeinflusst. US-Bild ist wichtig, um es ein bis zwei Personen zu zeigen und auf Social Media zu teilen. ▪ Klinisches Setting: Im Allgemeinen zufrieden mit der Untersuchung. Nicht alle fühlen sich gleich stark mit einbezogen wie die Frau (einige gleichbehandelt, die Hälfte weniger beachtet, wenige fühlten sich ausgeschlossen). Männer empfinden USS als Möglichkeit, zu lernen, die Rolle des Vaters einzunehmen. Einige Männer fühlen sich frustriert, nicht mehr Informationen zu erhalten. Sie müssen Eigeninitiative ergreifen, um an Informationen zu gelangen. 	<p>- Qualitative Interviewstudie</p>	<p>- N=22 Männer</p> <p>- Biologischer Vater des Kindes</p> <p>- Englisch sprechend</p> <p>- SS mit niedrigem Risiko und unauffälligen USS</p>	<p>- Grounded Theory</p> <p>- Beobachtung während des USS</p> <p>- Halbstrukturiertes Interview mit Interviewguide</p> <p>- Interview direkt nach dem USS</p>

	Autorenschaft, Jahr, Titel, Land, USS-Zeitpunkt, durchführende Fachperson	Fragestellung, Ziel	Design	Sample	Methodologie, Methode
9	<p>Westerneng et al. (2019)</p> <p>Experiences of pregnant women with a third trimester routine ultrasound - a qualitative study</p> <p>Niederlande</p> <p>USS im dritten Trimester</p> <p>USS durch Hebamme</p>	<p>- Wie erleben Frauen mit einer Niedrigrisiko-SS das Drittrimester-USS?</p> <p>Relevante Ergebnisse</p> <p>- Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drittrimester-USS als Bonus: Frauen sind bereits sicherer bezüglich Gesundheit ihres Kindes (KB, USS im zweiten Trimester, Bonding bereits vorhanden). USS im dritten Trimester ist ein weniger wichtiges Ereignis als die zwei ersten USS. Frauen spüren weniger Druck vor der Untersuchung, sind trotzdem glücklich, wenn alles gut. Zusätzliche Möglichkeit, das Kind zu sehen, aber nicht nötig. Weniger wichtig, dass der Partner bei diesem USS dabei ist. Sie nehmen andere Personen mit, damit diese besser in SS integriert werden (Eltern, Kinder, usw.). Frauen fühlen sich teilweise unzufrieden, wenn US-Bild schlecht ist oder wenn soziale Aspekte zu wenig beachtet werden (bei zu wenig Zeit). ▪ Drittrimester-USS als Bestätigung: USS wird oft nicht als medizinische Untersuchung wahrgenommen. Absicherung, dass es dem Kind gut geht. Frauen finden Bestätigung wichtig und finden, dass das Drittrimester-USS auch Routine sein sollte. ▪ Drittrimester-USS als Teil des Normalisierungsprozesses: Einige Frauen kennen das Drittrimester-USS aus früherer SS. Es würde sich komisch anfühlen, auf dieses zu verzichten. Frauen leben vom einen USS zum nächsten. Sicherheitsgefühl durch USS vergeht mit der Zeit und die Frauen brauchen ein weiteres USS zur Erlangung von Sicherheit. Frauen haben Gefühl, dass das USS zu jeder SS-Kontrolle dazugehört. <p>- Eine Frau hat Angst, dass US schädlich sein könnte für ihr Kind. Einige Frauen sagen, dass durch das USS eine Hemmung der Angst stattfindet und eine Steigerung der Angst bei Risikoentdeckungen. Frauen äussern Schwierigkeiten, auf ein weiteres USS zu verzichten, wenn eine andere Frau aus ihrem Umfeld das USS durchführen lässt und wenn die Technologie vorhanden ist.</p>	<p>- Qualitative Interviewstudie</p> <p>- Teil einer grösseren quantitativen Studie (IRIS-Studie)</p>	<p>- N=15 Frauen</p> <p>- Physiologische Einlings-SS</p> <p>- Betreuung der SS durch die Hebamme</p>	<p>- Methodologie unklar</p> <p>- Halbstrukturiertes Interview mit Guide, in dreiTeilen</p> <p>- Offene Fragen</p> <p>- Interview nach dem USS</p>

	Autorenschaft, Jahr, Titel, Publikationsland	Fragestellung/Ziel	Design/Methode/Anzahl eingeschlossener Studien
2	<p>Dheensa, Metcalfe, & Williams (2013)</p> <p>Men's experiences of antenatal screening: a metasynthesis of the qualitative research</p> <p>Grossbritannien</p>	<p>- Erlebnisse des Mannes bezüglich pränatalem Screening aufzeigen</p> <p>- Verstehen, ob ein Screening ein geeigneter Weg ist, um den Mann besser in die SS zu integrieren</p> <p>- Herausfinden, welche Themen noch in weiterer Forschung erfasst werden müssen</p> <p>Relevante Ergebnisse</p> <p>- Kategorien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionaler Konflikt der Männer: Männer erleben nicht dieselben positiven Gefühle wie die Frauen. Erleben Druck während USS, eine Bindung zum Kind aufbauen zu müssen. Dieser Konflikt führt dazu, dass weiterhin emotionale Distanz zum Kind besteht. Durch USS wird das Kind realer, die Bindung wird dadurch gestärkt. ▪ Männer fokussieren sich auf Informationen: Männer brauchen vom Screening technische und statistische Informationen durchs Fachpersonal und konzentrieren sich weniger auf emotionale und körperliche Aspekte. ▪ Der Einfluss der Männer auf die Entscheidungsfindung: Männer fühlen sich teilweise von Hebamme ignoriert. Mangelndes Engagement der Hebamme gegenüber dem Mann verstärkt emotionales Distanzgefühl zum Fetus. Wünsche bezüglich USS werden vom Fachpersonal nicht immer akzeptiert, Paar erhält teilweise unerwünschte Informationen. Männer fühlen sich unvorbereitet, weil sie vorherige Termine teilweise verpasst haben. 	<p>Design:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qualitatives Review <p>Datenbanken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASSIA, Cinahl, Embase, Economic and Social Data Service, Cochrane, ERIC, Medline, National Research Database, PsycInfo, Index to thses, IBSS, BNI, PsychArticles, LILACS, Sociological Abstracts, ProQuest digital Dissertation, PubMed, Science Direct, Swetswise, SIGLE, Wiley, ZETOC, Google Scholar <p>Zeitraum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Juni 2010 – August 2011 <p>Studiendesigns:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitative Studien <p>Anzahl eingeschlossener Studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N=18

4.3.2 Stärken und Schwächen der Literatur

Die Methode der Datenerhebung passte bei allen Studien zur Methode der Auswertung. Ebenfalls wurde die Methodologie passend gewählt. Eine Stärke der Studien war die Fallkontrastierung und Erfahrungsprobe, welche alle Studien ausser Aune und Möller (2012) sorgfältig und übersichtlich darstellten. Das Member Checking wendeten zwei Studien (Ekelin et al., 2004; Harpel, 2008) an. Aus ethischer Perspektive wiesen die Studien eine Stärke in der Beachtung des Prinzips der Gerechtigkeit auf und wahrten die Anonymität der Studienteilnehmenden.

Bei drei Studien war nicht ersichtlich, nach welcher Methodologie geforscht wurde (Harpel, 2008; G. Harris et al., 2004; Westerneng et al., 2019) und ist deshalb als Schwachpunkt zu betrachten. Sieben der neun Studien zeigten eine schwache reflektierte Intersubjektivität. Die Forschenden reflektierten sich wenig oder gar nicht, obwohl dies bei qualitativer Forschung ein wichtiges Gütekriterium darstellt. Nur in den Studien von G. Harris et al. (2004) und Westerneng et al. (2019) wurde die Reflexion von den Forschenden beschrieben. Schwächen der Studien waren auch die fehlenden Informationen zur Durchführung der Interviews, dem Kontext, der Interaktionen zwischen den Forschenden und Teilnehmenden sowie der Beobachtungen der Forschenden. Einzig bei Ekelin et al. (2004) liessen sich dazu Informationen finden. Ein weiterer Schwachpunkt zeigte sich darin, dass der Interviewguide mit Ausnahme dreier Studien (Aune & Möller, 2012; Dykes & Stjernqvist, 2001; Walsh et al., 2014) nicht zugänglich und dadurch eine kritische Betrachtung des Interviews erschwert war. Die transkribierten Texte waren nur bei Westerneng et al. (2019) einsehbar. Die Information der Studienteilnehmenden sowie die Einverständniserklärung wurden ungenügend beschrieben. Lediglich zwei Studien (Aune & Möller, 2012; Harpel, 2008) wahrten das Prinzip des Nutzens, indem sie den Studienteilnehmenden eine Nachbesprechung anboten.

Ein Überblick über die studienspezifischen Stärken und Schwächen ist in der Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur

	Autor, Jahr	Stärken	Schwächen
1	Aune & Möller (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Interview vor und nach USS - Codifizierte Verfahren zur Theoriebildung detailliert - Fortlaufende Entwicklung der Interviewfragen - Interviewguide zugänglich - Nachbesprechung angeboten - Resultate umfänglich diskutiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Samplingstrategie ungenügend beschrieben - Keine Hintergrundinformationen zu Teilnehmenden - Widersprüche der Daten ungenügend diskutiert - Transferierbarkeit nicht möglich - Keine Fallkontrastierung
2	Dheensa, Metcalfe, & Williams (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Viele Datenbanken, viele Suchbegriffe - Zwei Herangehensweisen bei kritischer Würdigung - Vorgehen und Synthese ausführlich und transparent - Übersichtlichkeit durch Tabellen - Limitationen ausführlich 	<ul style="list-style-type: none"> - Ein- und Ausschlusskriterien nicht begründet - Suchstrategie nicht kohärent - Ausgeschlossene Studien nicht beschrieben - Stärken und Schwächen der Studien nicht aufgeführt - Vergleichbarkeit der Studien erschwert
3	Dykes & Stjernqvist (2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Interviewfragen zugänglich - Interview vor und nach USS - Unabhängige Codierung durch zwei Personen - Ausführliche Fallkontrastierung und Erfahrungsprobe 	<ul style="list-style-type: none"> - Lückenhafte Samplingstrategie - Wenig Textbelege - Freiraum für Äusserungen eingeengt (auf Grund Interviewfragen) - Transferierbarkeit nicht möglich
4	Ekelin, Crang-Svalenius, & Dykes (2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausführliche Beschreibung Erhebungsmethode und Kontext - Auswertungsmethode transparent - Codierung und Interpretation in Gruppen - Widersprüche und Ausnahmen analysiert - Member-Checking - Transferierbarkeit möglich - Fallkontrastierung und Erfahrungsprobe ausführlich - Reflexion der Forschenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Unklar, ob Partner bei Interview dabei (eventuell andere Aussagen) - Transkriptionsregeln nicht beschrieben
5	Harpel (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Vorverständnis und aktuelle Datenlage ausführlich - Entscheidungen und Probleme nachvollziehbar - Codierungs- und Analyseprozess detailliert - Datensättigung glaubhaft erreicht - Sinnvolle Bewertungskriterien - Member-Checking - Fallkontrastierung und Erfahrungsprobe ausführlich - Nachbesprechungen angeboten 	<ul style="list-style-type: none"> - Unklare Methodologie - Einzelautorin → kein Austausch möglich - Keine Ein- und Ausschlusskriterien - Wenig Textbelege - Transferierbarkeit nicht möglich - Fokus auf ein Phänomen (Angst) - Roter Faden fehlt

	Autor, Jahr	Stärken	Schwächen
6	G. Harris, Connor, Bisits, & Higginbotham (2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Vorverständnis ausführlich - Drei Interviews pro Teilnehmende - Entscheidungen und Probleme transparent - Widerlegung des Vorwissens ausführlich - Datensättigung glaubhaft erreicht - Selbstreflexion der Forschenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Unklare Methodologie - Ungenügend definierte Einschlusskriterien - Wenig Textbelege - Transferierbarkeit nicht möglich - Darstellung unübersichtlich
7	Øyen & Aune (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungsprobe und Fallkontrastierung ausführlich 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Ein- und Ausschlusskriterien - Erreichung der Datensättigung unglaubwürdig - Unglaubwürdige Ergebnisse - Unangemessene Samplingstrategie - Unpassende Zitate - Ausnahmen nicht analysiert - Transferierbarkeit nicht möglich
8	Walsh et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Vorverständnis ausführlich - Interviewguide zugänglich - Unabhängige Analyse durch die Autorenschaft - Ausnahmen ausführlich analysiert - Empirische Verankerung - Fallkontrastierung und Erfahrungsprobe ausführlich 	<ul style="list-style-type: none"> - Interviewdurchführung durch alle Forschenden - Information und Einwilligung direkt vor USS
9	Westerneng et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen fortlaufend reflektiert - Forschungsprozess ausführlich - Interviewfragen zugänglich - Limitationen transparent - Widersprüche umfänglich analysiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Unklare Methodologie - Keine Ein- und Ausschlusskriterien - Fokus auf ein Phänomen (Angst) - US-Bonus bei Studienteilnahme

4.4 Synthese der Ergebnisse

Das Erleben der werdenden Eltern erfassten die Autorinnen in vier Hauptaussagen, welche in Abbildung 2 dargestellt sind. Jede der Hauptaussagen ist von mindestens acht Studien gestützt.

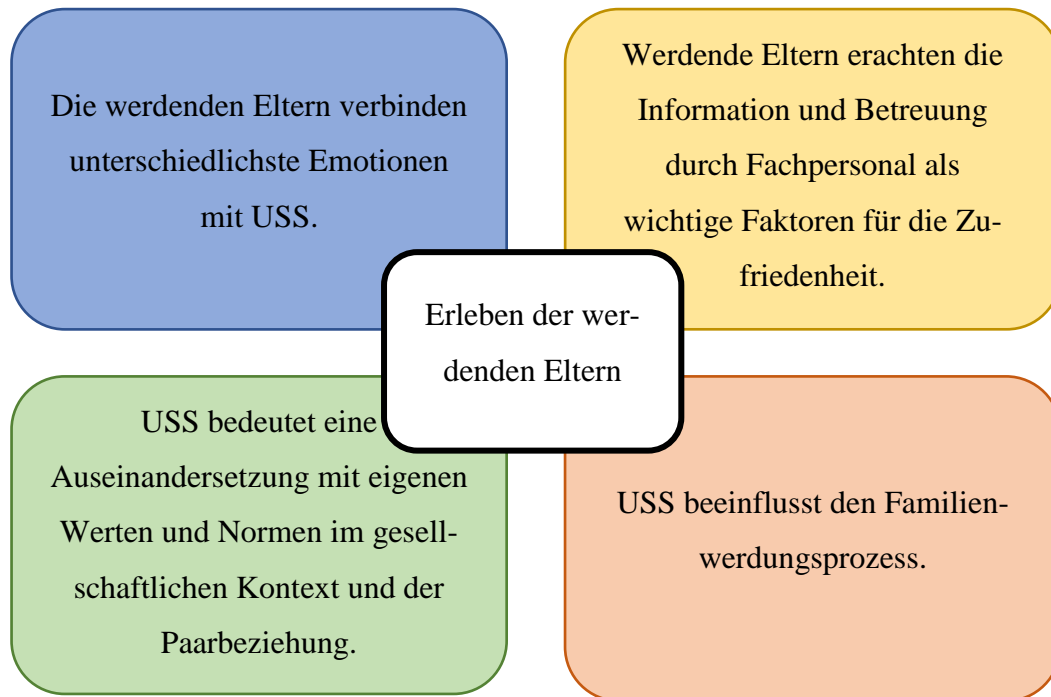


Abbildung 2: Die vier Hauptaussagen der Synthese

Zu Beginn jedes Unterkapitels werden die Hauptaussagen mit den jeweiligen Teilaussagen dargestellt. Die Zahlen in Klammern geben an, welche Studien die Aussagen stützen. Anschliessend werden die Ergebnisse narrativ zusammengeführt.

Emotionen

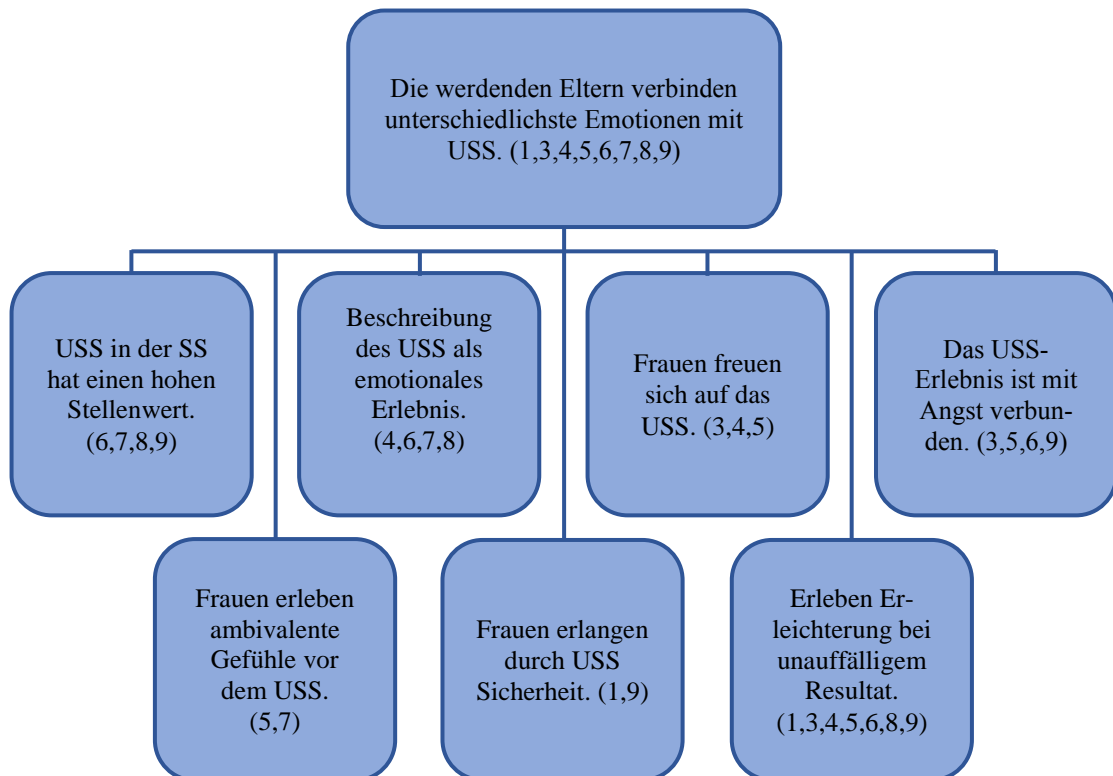


Abbildung 3: Teilaussagen zur Hauptaussage "Emotionen"

Das USS hatte in der SS für die werdenden Eltern einen hohen Stellenwert. Die werdenden Eltern nahmen das USS laut Øyen und Aune (2016) und Walsh et al. (2014) als wichtiges, wenn nicht sogar als das wichtigste Ereignis in der SS wahr. Das USS im zweiten Trimester der SS erlebten die Frauen als das Erfreulichste (G. Harris et al., 2004), während das USS im dritten Trimester als schöner Bonus erachtet wurde (Westerneng et al., 2019). Für werdende Eltern war das USS im Allgemeinen ein sehr emotionales Ereignis (Ekelin et al., 2004; Øyen & Aune, 2016; Walsh et al., 2014), wobei der Grad der Emotionen sehr individuell erlebt wurde (Ekelin et al., 2004; Walsh et al., 2014). Bei einigen Eltern löste die Visualisierung des Kindes und dessen Bewegungen sogar überwältigende Gefühle aus (Ekelin et al., 2004). Ekelin et al. (2004) und G. Harris et al. (2004) zeigen, dass das USS Vergnügen bereitete. Männer waren stolz, beim USS dabei zu sein (Walsh et al., 2014) und Frauen genossen die technische Bestätigung der SS durch das USS (G. Harris et al., 2004). Die Vorfreude, Neugierde und Aufregung hinsichtlich eines USS-Termins war bei den werdenden Eltern gross (Dykes & Stjernqvist, 2001; Ekelin et al., 2004; Harpel, 2008).

Das USS-Erlebnis verbanden sie jedoch nicht nur mit positiven Emotionen. Angst in Bezug auf unterschiedlichste Aspekte des USS war bei beinahe allen werdenden Eltern zu finden, vorwiegend jedoch bei den Frauen. Harpel (2008) und G. Harris et al. (2004) beschrieben das USS als angstauslösenden Faktor, wobei auch nicht-ängstliche Frauen vor dem USS das Gefühl der Angst äusserten. Grundsätzlich war die Angst beim ersten USS in der SS am grössten (G. Harris et al., 2004) und nahm mit dem Näherkommen des USS-Termins zu (Harpel, 2008). Einige Frauen erlebten auch typische Angstsymptome wie Schlaflosigkeit, Unkonzentriertheit und Kurzatmigkeit (Harpel, 2008). Die Gründe der Angst waren bei den Frauen sehr verschieden und reichten von Angst vor Fehlbildungen oder Krankheiten des Kindes (Dykes & Stjernqvist, 2001) über Angst vor falsch positiven Resultaten (G. Harris et al., 2004) zu Angst vor Schäden fürs Kind durch das USS (Ekelin et al., 2004; Westerneng et al., 2019). Im Spannungsfeld dieser gegensätzlichen Emotionen äusserten Frauen das Gefühl der Ambivalenz zwischen Angst, Freude und Hoffnung (Harpel, 2008; Øyen & Aune, 2016). Frauen mit erhöhtem Alter empfanden Reue und Ambivalenz gegenüber der SS, da sie ihr Kind einem höheren Risiko für Fehlbildungen aussetzten (Aune & Möller, 2012).

Für Frauen stellte das USS einen Kontrollverlust dar (Aune & Möller, 2012). Sie sahen das USS jedoch als sicherere Bestätigung der fetalen Gesundheit als die sonstigen SS-Kontrollen an (Westerneng et al., 2019). Das Sicherheitsbedürfnis war so stark, dass Frauen ohne USS im dritten Trimester Unsicherheit verspürten (Westerneng et al., 2019).

War das USS vorbei und die Resultate unauffällig, fühlten sich viele werdende Eltern erleichtert (Aune & Möller, 2012; Dykes & Stjernqvist, 2001; Ekelin et al., 2004; Harpel, 2008; G. Harris et al., 2004; Walsh et al., 2014; Westerneng et al., 2019). Wobei Harpel (2008), G. Harris et al. (2004) und Westerneng et al. (2019) anmerkten, dass die Freude nach dem USS vom Resultat abhängig war und die Angst bei auffälligem Resultat zunahm.

Information und Betreuung

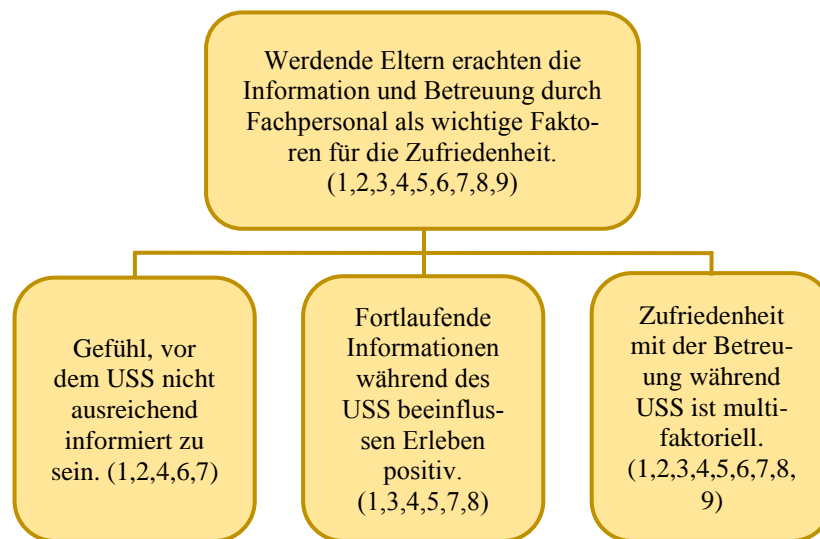


Abbildung 4: Teilaussagen zur Hauptaussage "Information und Betreuung"

Die Information durch Fachpersonen vor dem USS stuften die werdenden Eltern als ungenügend ein (Aune & Möller, 2012; Øyen & Aune, 2016) und Primiparas erhielten zu wenig Informationen (Ekelin et al., 2004). Laut Dheensa et al. (2013) und Ekelin et al. (2004) fühlten sich Männer oft noch schlechter informiert als ihre Partnerin. Dieser Unterschied kam laut Dheensa et al. (2013) und Ekelin et al. (2004) aufgrund der fehlenden Anwesenheit der Männer bei einigen SS-Kontrollen zustande. Die Ursachen für eine mangelhafte Aufklärung der Eltern und Unzufriedenheit mit den Informationen wurden häufig beschrieben. Aune und Möller (2012) spezifizierten dies als eine Inkompetenz der Ärzteschaft bezüglich Aufklärung über PND und nannten, dass eine schriftliche Aufklärung über das USS nicht ausreichte, während Øyen und Aune (2016) einen falschen Fokus der Information als Grund angaben. Einige Frauen fühlten sich während der Aufklärung zum USS gedrängt (G. Harris et al., 2004), andere trauten sich nicht, Fragen zu stellen und hatten Schwierigkeiten, den Unterschied zwischen Risikoassessment und Diagnose zu verstehen (Aune & Möller, 2012). Trotz unzureichender Informationen über die Untersuchung schienen sich Frauen ihrer Wahl für oder gegen das USS bewusst zu sein (Ekelin et al., 2004). Øyen und Aune (2016) dagegen erläuterten, dass Frauen Schwierigkeiten hatten, an Informationen bezüglich ihrer Rechte und Wahl zu gelangen.

Während des USS war für werdende Eltern eine fortlaufende Information laut Ekelin et al. (2004) und Harpel (2008) wichtig. Während werdende Eltern in den Resultaten von Dykes und Stjernqvist (2001) und Ekelin et al. (2004) Zufriedenheit äusserten, waren Männer in der Studie von Walsh et al. (2014) aufgrund mangelhafter Informationen während der Untersuchung enttäuscht und frustriert. Unzufriedenheit mit den Informationen entstand aufgrund des wahrgenommenen Zeitmangels seitens der durchführenden Fachperson (Ekelin et al., 2004). Eine fortlaufende Information ermöglichte eine aktive Teilnahme der werdenden Eltern (Ekelin et al., 2004) und beeinflusste das Erleben des anschliessenden Gesprächs über die Resultate positiv (Aune & Möller, 2012). Werdenden Eltern, welche bereits Kinder haben, gelang es besser, das USS und die Informationen zu verstehen (Ekelin et al., 2004). Nebst der Information spielte die Art der Betreuung während des USS durch die Fachperson eine grosse Rolle (Ekelin et al., 2004). Werdende Eltern legten gemäss Harpel (2008) und G. Harris et al. (2004) viel Wert auf Aussagen der Fachperson. Eine schlechte Wortwahl sowie schlechte nonverbale Kommunikation riefen Angst hervor (Harpel, 2008; Øyen & Aune, 2016).

Nicht nur schlechte Kommunikation, sondern auch fehlendes Sehen vom US-Bild und fehlendes Hören des Herzschlags steigerte die Angst während des USS (Harpel, 2008). Werdende Eltern aus den Studien von Dykes und Stjernqvist (2001) sowie Walsh et al. (2014) zeigten eine allgemeine Zufriedenheit mit der Betreuung während des USS. Diese Zufriedenheit war von vielen Faktoren abhängig. Wurde das emotionale und persönliche Befinden (Øyen & Aune, 2016) und die Wünsche bezüglich Wissens und Nicht-Wissens von der Fachperson nicht berücksichtigt (Dheensa et al., 2013) oder hatte diese zu wenig Zeit (Westerneng et al., 2019), fühlten sich werdende Eltern unzufrieden. Während des USS war die Betreuung durch die Hebamme für werdende Eltern wichtig (Ekelin et al., 2004). Bei einer motivierten Fachperson fühlten sich Frauen mit der Betreuung zufriedener (Ekelin et al., 2004).

Nicht nur das Verhalten der Fachperson trug zur Zufriedenheit bei, sondern auch das USS-Resultat selbst (Aune & Möller, 2012). Frauen und Männer fühlten sich unterschiedlich stark in die Untersuchung eingebunden. Während gemäss Ekelin et al. (2004) die werdenden Eltern integriert und angesprochen wurden, fühlten sich andere Männer von der Fachperson ignoriert (Dheensa et al., 2013). Die Männer erlebten einen unterschiedlichen Grad an Integration (Walsh et al., 2014). Walsh et al. (2014) erwähnten in ihren Ergebnissen, dass Aussagen der Männer von „gleichbehandelt“ bis hin zu „ausge-

geschlossen“ vorkamen. Um sich zu integrieren, mussten Männer die Initiative selbst ergreifen (Walsh et al., 2014). Männer, welche sich ausgeschlossen fühlten, nahmen nach dem USS eine grössere Distanz zu ihrem Kind wahr (Dheensa et al., 2013).

Familienwerdungsprozess

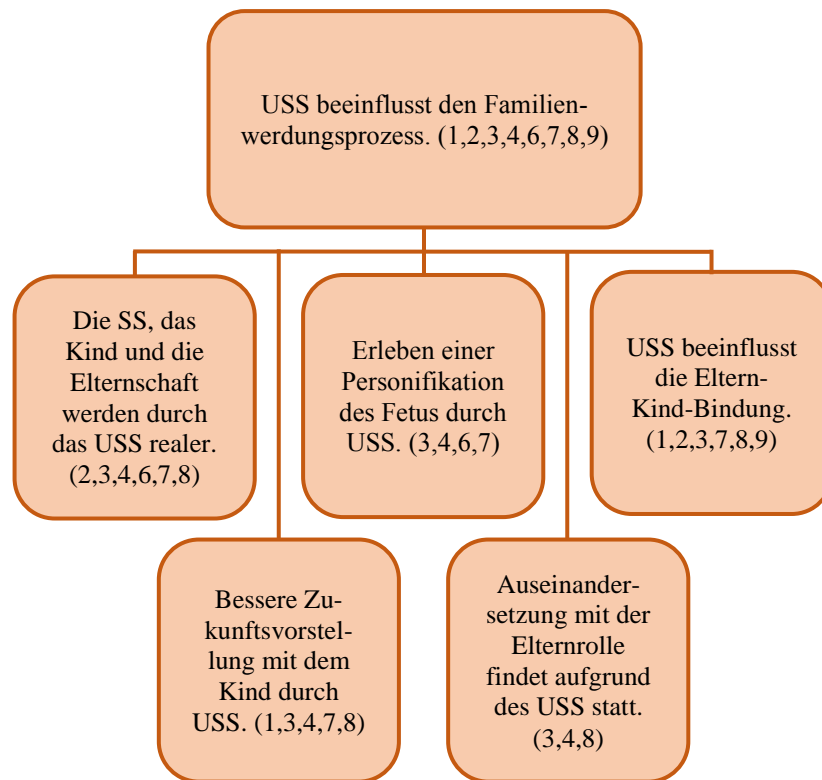


Abbildung 5: Teilaussagen zu der Hauptaussage "Familienwerdungsprozess"

Gemäss Dheensa et al. (2013), Dykes und Stjernqvist (2001), G. Harris et al. (2004) und Walsh et al. (2014) nahmen die werdenden Eltern nach dem USS das ungeborene Kind realer wahr. Nicht nur das Kind, sondern auch die SS und das Elternwerden wurde aufgrund des USS für sie greifbarer (Dykes & Stjernqvist, 2001; Ekelin et al., 2004; G. Harris et al., 2004; Walsh et al., 2014). Wenige Frauen machten jedoch gegensätzliche Erfahrungen. Aufgrund der noch fehlenden KB nahmen sie das Kind durch das USS unrealer wahr (Ekelin et al., 2004).

Während des USS fand eine Personifikation des Fetus statt. Für werdende Eltern war wichtig, ihr Kind zu sehen (Øyen & Aune, 2016) und durch das US-Bild spätere KB eizuordnen (Ekelin et al., 2004). Während des USS hatten werdende Eltern Freude daran, Ähnlichkeiten zum Fetus mit sich und ihrem Partner oder ihrer Partnerin zu suchen und zu entdecken (Dykes & Stjernqvist, 2001; Ekelin et al., 2004). Gemäss Dykes und

Stjernqvist (2001) nahmen Frauen das Kind während des USS als Person wahr und erachteten die Untersuchung als Möglichkeit, dem Kind eine Persönlichkeit zu geben (G. Harris et al., 2004).

Zusätzlich hatte das USS einen Einfluss auf die Eltern-Kind-Bindung. Vor dem USS empfanden Frauen eine Distanz zu ihrem Fetus (Dykes & Stjernqvist, 2001). Das Empfinden nach dem USS war unterschiedlich. Einerseits berichteten werdende Eltern in den Interviews von Aune und Möller (2012), Dheensa et al. (2013), Dykes und Stjernqvist (2001) und Øyen und Aune (2016) von einer gestärkten Bindung zu ihrem Kind nach dem USS, andererseits erwähnten Frauen wie auch Männer in der Studie von Aune und Möller (2012) und Dheensa et al. (2013) eine noch grössere emotionale Distanz zum Fetus nach dem USS. Das USS im ersten und zweiten Trimester beeinflusste die Mutter-Kind-Bindung stärker als das USS im dritten Trimester (Westerneng et al., 2019). Männer erlebten das USS in Bezug auf die Vater-Kind-Bindung unterschiedlich. Die Einen empfanden einen Druck, aufgrund des USS eine Bindung zum Kind aufbauen zu müssen (Dheensa et al., 2013), die Anderen sahen das USS als Sicherheit, sich von da an auf das Kind einzulassen und als Berechtigung, eine Bindung aufzubauen (Walsh et al., 2014).

Aufgrund des USS planten die werdenden Eltern die Zukunft mit ihrem Kind und der Familienwerdungsprozess fand statt. Für werdende Eltern zweier Studien war das USS hilfreich, sich auf die Zukunft mit ihrem Kind vorzubereiten (Øyen & Aune, 2016; Walsh et al., 2014) und Frauen in Dykes und Stjernqvist (2001) berichteten von einer besseren Vorstellung über das Nachhausekommen mit dem Baby. Für die Zukunftsvorstellung war das Kennen des Geschlechts hilfreich (Øyen & Aune, 2016; Walsh et al., 2014). Die Zukunftsplanung führte so weit, dass Frauen gemäss Dykes und Stjernqvist (2001) äusserten, sich viel mehr auf die Zukunft als auf die Gegenwart zu fokussieren. Für einige Frauen begann die Zukunftsplanung erst mit dem USS, indem sie auf das unauffällige Resultat warteten, um ihre SS bekannt zu machen (Aune & Möller, 2012; Ekelin et al., 2004).

Die Zukunftsplanung scheint mit der Auseinandersetzung der Elternrolle verknüpft zu sein. Frauen wie auch Männer setzten sich aufgrund des USS sofort mit ihrer Elternrolle auseinander (Ekelin et al., 2004). Weiter erwähnten Walsh et al. (2014), dass Männer durch das USS eine Möglichkeit sahen, die Vaterrolle erstmals einzunehmen und dabei möglichst viele Fragen zu stellen. Frauen suchten Vorbilder, wie sie ihre Kinder erzie-

hen wollen (Dykes & Stjernqvist, 2001), sowie auch die Männer ihre Vaterrolle definierten (Walsh et al., 2014). Weiter nannten Walsh et al. (2014), dass Männer unterschiedliche Vaterrollen, je nach Geschlecht ihres Kindes, empfanden. Ergänzend machten sich Männer auch Gedanken über die materielle und finanzielle Rolle, welche sie als Vater innehaben (Walsh et al., 2014).

Einzelperson, Paar und Gesellschaft

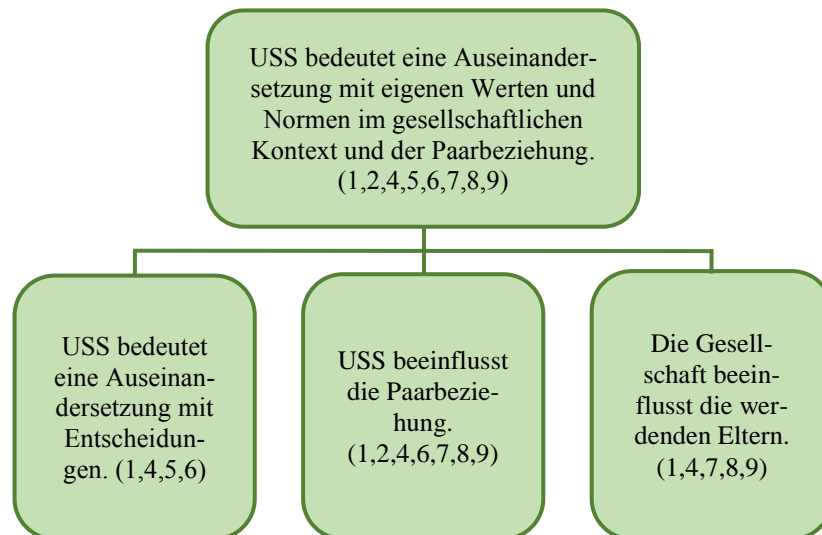


Abbildung 6: Teilaussagen zu der Hauptaussage "Einzelperson, Paar und Gesellschaft"

Werdende Eltern sahen sich aufgrund des USS mit möglichen Entscheidungen konfrontiert. Mehrere Studien zeigten, dass das Paar dabei Angst vor auffälligen Resultaten und damit verbundenen Entscheidungen über Recht auf Leben hatte (Aune & Möller, 2012; Ekelin et al., 2004; Harpel, 2008; G. Harris et al., 2004). Für diese potenziellen Entscheidungen erachteten die werdenden Eltern ihre eigenen Erfahrungen und Einstellungen als wichtige Grundlage (Ekelin et al., 2004). Gemäss G. Harris et al. (2004) erlebten Frauen ganz unterschiedliche Gefühle und Gedanken, wenn sie an mögliche Auffälligkeiten und Entscheidungen dachten. Das Kind zu sehen löste Emotionen aus, welche, gemäss der Studienteilnehmerinnen, die Risikoeinschätzung und Entscheidungsfindung erheblich beeinflussten (Aune & Möller, 2012). Frauen äusserten in der Studie von Ekelin et al. (2004), dass sie sich mehr Gedanken bezüglich auffälliger Resultate und Entscheidungen machten als ihre Partner. Mögliche Entscheidungen lösten bei den Schwangeren auch Unsicherheit aus (Aune & Möller, 2012). Diese Unsicherheit bezog sich darauf, wer von den werdenden Eltern diese Entscheidungen treffen sollte und in-

wiefern solche Entscheidungen die Paarbeziehung beeinflussen. Ein weiterer Gedanke der Frauen bezüglich ihrer Partner war, dass das USS für Männer wichtig sei für ihren Vaterwerdungsprozess (G. Harris et al., 2004; Øyen & Aune, 2016).

Das USS als Paar zu besuchen war für Frauen wie auch für Männer von Bedeutung (Ekelin et al., 2004; Walsh et al., 2014). Ekelin et al. (2004), Øyen und Aune (2016) und Walsh et al. (2014) äusserten, dass es den Eltern wichtig war, das USS als gemeinsames Erlebnis zu teilen. Das Paar kam sich dadurch näher (Ekelin et al., 2004). In der Studie von Walsh et al. (2014) äusserten Männer sogar, sich ausgeschlossen zu fühlen, wenn sie nicht dabei gewesen wären. Als Gegensatz zu diesen Aussagen empfanden Frauen in der Studie von Westerneng et al. (2019) die Anwesenheit ihres Partners beim USS im dritten Trimester als unwichtig. Männer in Dheensa et al. (2013) und Walsh et al. (2014) nannten weitere Aspekte, welche die Paarbeziehung betrafen. Männer nahmen sich während des USS als wichtig wahr, insbesondere für die emotionale sowie auch materielle Unterstützung ihrer Frau (Walsh et al., 2014). Gleichzeitig bewunderten sie, dass ihre Frauen so viel für eine Familie auf sich nehmen (Walsh et al., 2014). Emotional befanden sich Männer in einem Konflikt, da sie nicht die gleichen positiven Gefühle wie ihre Frauen zu erleben schienen und sich mehr für die technischen Aspekte des USS interessierten als ihre Partnerin (Dheensa et al., 2013).

Nicht nur die Paarbeziehung und das USS standen in einer gewissen Verbindung, sondern auch die Gesellschaft mit dem USS. Die Gesellschaft nahm in unterschiedlicher Hinsicht Einfluss auf den USS und die Entscheidungsfindung der werdenden Eltern. Männer wie auch Frauen nahmen laut Ekelin et al. (2004), Øyen und Aune (2016) und Westerneng et al. (2019) einen sozialen Druck wahr, ein USS machen zu lassen. Frauen erlebten einen Einfluss der Gesellschaft auf die Entscheidungsfindung und äusserten, Angst vor Verurteilung bei einer möglichen Abtreibung zu haben (Aune & Möller, 2012). Männer hingegen fühlten sich durch das soziale Netzwerk in der Entscheidung für oder gegen das USS beeinflusst (Walsh et al., 2014) und erlebten einen Druck und eine Erwartung, als Mann beim USS anwesend zu sein (Ekelin et al., 2004).

5 Diskussion

Nachfolgend wird die Fragestellung beantwortet und die Ergebnisse aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven diskutiert. Einerseits aus Sicht des Paares, andererseits auch aus Sicht der Hebammenarbeit und im grösseren Kontext aus Sicht des Gesundheitswesens. Es wird vorwiegend das Gesundheitswesen der Schweiz betrachtet, um daraus Erkenntnisse für den Berufsalltag der Hebammen in der Schweiz zu gewinnen. Aus den Ergebnissen wurden Bedürfnisse der werdenden Eltern abgeleitet, welche dargestellt werden. Im Anschluss werden Stärken und Limitationen des vorliegenden Reviews aufgeführt.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Für werdende Eltern ist das USS-Erlebnis mit vielen Emotionen wie Angst, Freude, Erleichterung und mit ambivalenten Gefühlen verbunden. Die Information und Betreuung durch das Fachpersonal ist für die Zufriedenheit der werdenden Eltern relevant und beeinflusst das Erleben erheblich. Dabei wird vorwiegend die Information vor dem USS von vielen als unzureichend erlebt. Der Familienwerdungsprozess wird vom USS beeinflusst, da dadurch die SS, das Kind und die künftige Elternschaft realer werden und sich das Paar mit der Elternrolle und der Zukunft auseinandersetzt. Das Erleben des USS bedeutet für die werdenden Eltern eine Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Normen unter Einfluss des gesellschaftlichen Kontextes und hat Auswirkungen auf die Paarbeziehung.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Sicherheitsbedürfnis

Das USS ist für werdende Eltern ein wichtiges, wenn nicht sogar das wichtigste Ereignis in der SS (Øyen & Aune, 2016; Walsh et al., 2014). Gründe der Eltern, weshalb diese ein USS durchführen lassen, sind das Streben nach Sicherheit (Aune & Möller, 2012; Westerneng et al., 2019) sowie auch das Vorhandensein der heutigen Technik (Ekelin et al., 2004). Für viele macht es nicht Sinn, ein USS abzulehnen, wenn diese Möglichkeit heute verfügbar ist. Frauen haben den Wunsch, medizinische Möglichkeiten zu nutzen, weil sie sich dadurch maximale Sicherheit erhoffen (von Rahden, 2014). Sicherheit ist für jedes Individuum ein Bedürfnis, welches erfüllt werden muss (Werner-Bierwisch, Pinkert, Niessen, Metzger, & Hellmers, 2018). Mit dem Streben nach Sicherheit wird

laut Werner-Bierwisch et al. (2018) die Handlungsfähigkeit einer Person aufrechterhalten. Entscheidungen werden von Menschen so getroffen, dass Unsicherheiten in der Zukunft reduziert werden (Werner-Bierwisch et al., 2018). Sicherheit wird sehr individuell wahrgenommen und ist abhängig von Geschlecht, Alter, Erfahrungen in der Vergangenheit und den erhaltenen Informationen (Werner-Bierwisch et al., 2018). Vor allem in der SS ist Sicherheit eines der wichtigsten Elemente für Frauen, da sie hilft, sich während den Veränderungsprozessen zu orientieren (Werner-Bierwisch et al., 2018).

Bezüglich des Sicherheitsgefühls ist den Untersuchungen in den verschiedenen Trimestern unterschiedlich viel Gewicht beizumessen. Gemäss Westerneng et al. (2019) wird ein USS im dritten Trimester eher als Bonus angeschaut. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass im ersten und zweiten Trimester der Fokus des USS mehr auf der organischen und chromosomalen fetalen Gesundheit liegt als im dritten Trimester, in welchem vor allem das Wachstum kontrolliert wird. Trotzdem ist ein USS im dritten Trimester erwünscht, da ohne dieses USS negative Gefühle und Unsicherheit auftauchen (Westerneng et al., 2019). Zimmermann (2005) beschreibt, dass ein USS im dritten Trimenon oft durchgeführt wird, obwohl dies von der Fachgesellschaft nicht so empfohlen ist. Die Ärzteschaft begründet die Durchführung damit, dass das USS im dritten Trimester die beste Methode sei, um eine fetale Wachstumsretardierung festzustellen (Zimmermann, 2005). Dieser Begründung widersprechen Bricker, Medley und Pratt (2015) in ihrem Review, wonach ein USS im letzten Trimester das Risiko für negative geburtshilfliche Outcomes nicht senkt. Entgegen vorliegender Evidenzen scheint das Bedürfnis nach Sicherheit seitens der Frauen sowie der Ärzteschaft vorhanden zu sein, das USS auch im dritten Trimenon routinemässig einzusetzen.

Da werdende Eltern das USS als so wichtig erachten und Hebammen in der Schweiz keine USS durchführen, stellt sich die Frage, wo die Hebamme in der Schweiz ihren Platz in der Betreuung bezüglich USS einnehmen kann. Die Autorinnen sehen die Stärkung des Sicherheitsgefühls als eine wichtige Aufgabe der Hebamme. Um diese Möglichkeit in Betracht zu ziehen, ist die niedrige Rate an SS-Betreuungen durch Hebammen in der Schweiz (SHV, 2019) zu beachten. Im Jahr 2018 fand lediglich bei 5.7 % der Schwangeren ein Erstkontakt mit der Hebamme im ersten Trimenon statt, in welchem auch das erste USS angesetzt ist (SHV, 2019). Fehlende Information der Frauen und deren Partner können für die niedrige Rate an Hebammenkontakten in der SS verursachend sein. Die meisten Frauen suchen zu Beginn der SS ihre Gynäkologin oder

ihren Gynäkologen für Kontrolluntersuchungen auf und sind so nicht von Beginn an in die Hebammenbetreuung eingebunden (Brailey, Luyben, van Teijlingen, & Frith, 2017). Die Ärzteschaft ist gemäss Artikel 13 Absatz 1a KLV erst im zweiten Trimenon verpflichtet, darüber zu informieren, dass ein Beratungsgespräch bei der Hebamme sinnvoll wäre (Krankenpflege-Leistungsverordnung 1995, 2020). Bei dieser Information geht es aber laut Artikel 14 KLV vorwiegend um die Geburtsvorbereitung und weniger um ein Beratungsgespräch über USS (Krankenpflege-Leistungsverordnung 1995, 2020).

Eine kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme, welche optimal für die Frau wäre (Brailey et al., 2017), scheint aufgrund der aktuellen Gegebenheiten im Schweizer Setting nicht flächendeckend möglich zu sein. In der Schweiz erlebten im Jahr 2016 nur 5.3 % der Schwangeren eine kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme (Erdin, Grylka-Bäsclin, Schmid, & Pehlke-Milde, 2017). Dabei wäre die Hebammenbetreuung in der SS kostengünstiger und würde beim Niedrigrisikokollektiv die Interventionsrate senken (Brailey et al., 2017). Des Weiteren korreliert eine kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme in der SS mit einem besseren maternalen und fetalen Outcome (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016). Wenn werdende Eltern über diese Tatsache Bescheid wüssten, könnte das USS in Bezug auf das Sicherheitsgefühl weniger relevant sein und eine kontinuierliche Hebammenbetreuung an Bedeutung gewinnen. Eine Tendenz der steigenden Bedeutung einer hebammengeleiteten Schwangerenvorsorge ist bereits zu erkennen. Im Jahr 2005 waren lediglich 8.5 % der werdenden Mütter mindestens einmal in der SS bei einer Hebamme in Betreuung, während im Jahr 2018 der prozentuale Anteil bereits auf 30.2 gestiegen ist.

In vielen nordeuropäischen Ländern ist eine hebammenbetreute SS bei physiologischen Verläufen bereits Normalität und USS werden von Hebammen durchgeführt. Bei Auffälligkeiten werden die Frauen an die Ärzteschaft überwiesen. Hebammen in der Schweiz haben zwar ein hohes Ausbildungsniveau, jedoch in der Praxis häufig wenig Autonomie (Brailey et al., 2017). Abgesehen von dieser gesundheitspolitischen Situation der Schweiz, ist zu berücksichtigen, dass die ausgewählten Studien sowohl Hebammen als auch Ärztinnen und Ärzte als durchführende Fachpersonen des USS einschliessen. Die Ergebnisse dieses Reviews sind somit nicht dem Verhalten der einen oder anderen Profession zuzuschreiben.

Sense of Coherence

Werdende Eltern sprechen von einer Ambivalenz der Gefühle, weil sie gleichzeitig Emotionen der Angst, Freude und Hoffnung in Bezug auf USS erleben (Aune & Möller, 2012; Harpel, 2008; Øyen & Aune, 2016). Das erste Trimester, in dem normalerweise das erste USS stattfindet, ist von ambivalenten Gefühlen geprägt. Fachpersonen sollten aus diesem Grund bei der Betreuung körperliche, soziale und psychische Veränderungen beachten (Niekrenz, 2017). In der Studie von Aune und Möller (2012) berichten Frauen, dass das USS einen Kontrollverlust auslöste, welchen sie nach dem USS wieder zurückgewannen. Laut von Rahden (2014) ist das Vertrauen der Frauen in ihren Körper durch die heutige medizinische Ausrichtung der Schwangerenvorsorge beeinträchtigt.

Ein Kontrollverlust und wenig Vertrauen in den Körper wird mit einem geschwächten Sense of Coherence (SOC) in Verbindung gebracht. Die Hebammenarbeit basiert auf dem salutogenetischen Ansatz und dem Betreuungsmodell des SOC nach Antonovsky (Luther, 2006). Durch gezielte Begleitung und Beratung kann die Hebamme den SOC stärken und dadurch das Vertrauen der Frauen in den eigenen Körper und den natürlichen Verlauf der SS verbessern. Im Gegensatz zu Aune und Möller (2012), stellen Ekelin et al. (2009) bei ihren Messungen mit einem entwickelten Score vor und nach dem USS bei unauffälligen Resultaten, keine signifikanten Unterschiede des SOC fest. Jedoch haben Frauen, die vor dem USS einen tiefen SOC aufweisen, erhöhte Angst vor dem USS (Ekelin et al., 2009). Da ein tiefer SOC mit erhöhter Angst zu korrelieren scheint, ist die Stärkung des SOC in der Hebammenarbeit wichtig, um die Angst vor dem USS zu minimieren.

Informierte Wahl

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass sich werdende Eltern oft nicht ausreichend über das USS informiert fühlen (Aune & Möller, 2012; Dheensa et al., 2013; Ekelin et al., 2004; G. Harris et al., 2004; Øyen & Aune, 2016). Die Art und Weise sowie der Inhalt des Informationsgesprächs wird in den eingeschlossenen Studien nicht beschrieben und kann deshalb nicht beurteilt werden. Eine ungenügende Information der werdenden Eltern lässt eine informierte Wahl nicht zu und eine ausführliche Information allein reicht nicht aus, um eine informierte Wahl zu treffen (Hürlimann, 2008).

Für die Gewährleistung der informierten Wahl ist gemäss Edwards (2004) eine kontinuierliche Betreuung der werdenden Eltern in der SS wichtig. Aus den analysierten Stu-

dien geht nicht hervor, ob die Frauen eine kontinuierliche SS-Vorsorge erhielten. Eine kontinuierliche Betreuung ermöglicht einen dynamischen Dialogprozess zwischen Fachperson und Eltern (Edwards, 2004). Ausserdem können Fragen offengelassen und später wieder aufgegriffen werden (Edwards, 2004). Forster et al. (2016) stellen in einem Vergleich fest, dass Frauen mit kontinuierlicher Betreuung dreimal zufriedener sind mit der gesamten Betreuung in der SS. Zudem ist aufgezeigt, dass eine kontinuierliche Betreuung durch Hebammen die informierte Wahl ermöglicht (Forster et al., 2016). Aufgrund des im Gesundheitswesen oft herrschenden Zeit- und Personalmangels ist eine Gewährleistung dieser Betreuungsform nur selten möglich (Edwards, 2004).

Des Weiteren spielt die Kommunikation und die Beziehung von der Fachperson zu den werdenden Eltern eine zentrale Rolle. Laut Edwards (2004) brauchen Fachpersonen bessere Kommunikationsfähigkeiten, um eine informierte Wahl zu gewährleisten. Das Verlangen nach besseren Kommunikationsfähigkeiten geht auch von den informierenden Fachpersonen aus (Easen & Harrison, 2017). Die USS stellen für sie einen Stressfaktor dar, weil sie ihre Kommunikation als mangelhaft wahrnehmen (Easen & Harrison, 2017). Weiterbildungen in Kommunikation erachten Fachpersonen laut Easen und Harrison (2017) als wichtig. Von beiden Seiten, den werdenden Eltern und den Fachpersonen, besteht das Bedürfnis einer verbesserten Kommunikation und erfordert deshalb besondere Aufmerksamkeit.

Aus den eingeschlossenen Studien geht hervor, dass auch die Information während des USS eine wichtige Rolle spielt. Der Einbezug des Partners und die Kommunikation kristallisieren sich als wichtige Aspekte der Betreuung heraus. Harpel (2008) und Øyen und Aune (2016) verdeutlichen, dass eine schlechte Wortwahl und nonverbale Kommunikation zu Angst führen können. Beispielsweise vermittelt Schweigen während des USS den werdenden Eltern das Gefühl, dass etwas nicht in Ordnung ist (Magowan & Madhra, 2012). Deshalb ist essenziell, dass die Resultate während des USS deutlich kommuniziert werden. Eine einfache Wortwahl und genügend Zeit, um die Bilder den Eltern zu erklären, erhöht die Zufriedenheit (Walsh, 2020). Die Fachperson hat sich der eigenen nonverbalen Kommunikation bewusst zu sein und Augenkontakt zu den werdenden Eltern aufrechtzuerhalten (Walsh et al., 2014). Inhaltlich sollte das Beratungsgespräch auf die werdenden Eltern abgestimmt werden, denn Eltern, welche bereits Kinder haben, verstehen und verarbeiten Informationen besser als Eltern, welche ihr erstes Kind erwarten (Ekelin et al., 2004). Anzunehmen ist, dass nicht nur die Parität der

Frauen auf die benötigten Informationen Einfluss nimmt, sondern ebenso die Herkunft, kulturelle und soziale Hintergründe sowie der Ausbildungsstand der werdenden Eltern.

Die Faktoren, welche Unzufriedenheit mit der Information während des USS und der Betreuung verstärken, sind vielfältig. In der heutigen Gesellschaft mit einem starken Informationsbedürfnis scheint es eine Ausnahme zu sein, vom Recht auf Nichtwissen Gebrauch zu machen (Kern, 2003). Aufgabe der Hebamme in diesem Kontext kann die Sensibilisierung der werdenden Eltern sein, dass das USS eine Möglichkeit darstellt und man sich dafür oder dagegen entscheiden kann (Schwerdtfeger, 2011). Dafür ist im Vorfeld eine umfassende Information nötig (Kern, 2003). Harpel (2008) und Øyen und Aune (2016) berichten von Unzufriedenheit, wenn das emotionale Befinden beim USS nicht beachtet wird. Laut Martin et al. (2016) ist die Kommunikation in einem Gespräch über USS-Ergebnisse zwischen Frauen und Hebammen reichhaltiger und persönlicher, wenn die Hebamme die Frauen direkt anspricht und in die Untersuchung integriert. Eine einfühlsame Hebamme ermöglicht, dass die Frauen mehr über ihre Gefühle sprechen und sich trauen, Fragen zu stellen (Martin et al., 2016).

Ob eine informierte Wahl im geburtshilflichen Kontext möglich ist, ist kritisch zu betrachten. Erfahrungen und Einstellungen sind wichtige Grundlagen der Entscheidungsfindung, ob sich werdende Eltern für oder gegen ein USS entscheiden und wie sie bei auffälligen Resultaten vorgehen wollen (Ekelin et al., 2004). Um die Eltern im Entscheidungsprozess optimal zu unterstützen, müssten deren Werte und Hintergründe sowie Einstellungen und Haltungen den Hebammen bekannt sein. In den analysierten Studien liegen diesbezüglich keine Informationen vor.

Die Entscheidungsfindung der werdenden Eltern ist eine Herausforderung, da sie stark von der Gesellschaft beeinflusst wird. Bei einer Entscheidung für das USS sehen sich die werdenden Eltern womöglich mit Entscheidungen über das Recht auf Leben konfrontiert. In der heutigen Gesellschaft wird eine ambivalente Haltung gegenüber Menschen mit einer Behinderung festgestellt (Kolleck & Sauter, 2019). Zum einen lösen Personen mit einer körperlichen oder psychischen Behinderung laut Kolleck und Sauter (2019) Mitleid bei Mitmenschen aus, zum anderen wird der Umgang mit ihnen als schwierig erachtet. Die Mehrheit der Bevölkerung befürwortet eine Abtreibung des Kindes, wenn das Risiko besteht, dass dieses ein Leben mit einer Behinderung zu führen hat (Kolleck & Sauter, 2019). Unter diesen Umständen eine informierte Wahl zu treffen, scheint eine grosse Herausforderung für die werdenden Eltern zu sein. Gemäss

Edwards (2004) treffen Frauen im geburtshilflichen Kontext nur in sehr seltenen Fällen eine informierte Wahl, da ihre Entscheidungen sozio-kulturell beeinflusst werden. Ihre Wahl für oder gegen eine Intervention wird durch soziale Normen, den Glauben, sowie die vorhandenen technischen Ressourcen konstruiert (Edwards, 2004). Weiter haben Frauen in der Schweiz oft eine gute und langjährige Beziehung mit ihrem Gynäkologen oder ihrer Gynäkologin, was einerseits Vertrauen schafft, sich andererseits negativ auf die informierte Wahl auswirkt (Brailey et al., 2017). Angebote bezüglich Untersuchungen und Interventionen können schlechter abgelehnt werden und eine informierte Wahl ist in diesem Kontext nicht mehr möglich (Brailey et al., 2017).

Die partizipative Entscheidungsfindung wäre eine mögliche Alternative zum Konzept der informierten Wahl. Dabei fällt die Fachperson gemeinsam mit der Schwangeren eine Entscheidung (Begley, Daly, Panda, & Begley, 2019). Der Informationsaustausch verläuft gegenseitig und nicht wie bei der informierten Wahl einseitig durch die Fachperson (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2014). Die dadurch entstehende Kommunikation zwischen Frau und Fachpersonen verbessert die Versorgung und vermeidet unnötige Tests und Verfahren (Gee & Corry, 2012). Obwohl dieses Modell offensichtlich viele Vorteile aufzeigt, existiert es in der Geburtshilfe heute kaum (Begley et al., 2019). Erklärungen hierfür sind möglicherweise ein Mangel an Ressourcen für die zeitaufwändige Beratung, finanzielle Anreize bei Interventionen, einschränkende, spitalinterne Richtlinien und eine fehlende Akzeptanz für die Kultur der partizipativen Entscheidungsfindung (Begley et al., 2019).

Eltern-Kind-Bindung

Das USS führt dazu, dass die SS und das Kind realer wahrgenommen werden (Dheensa et al., 2013; Dykes & Stjernqvist, 2001; Ekelin et al., 2004; G. Harris et al., 2004; Øyen & Aune, 2016; Walsh et al., 2014). Wir leben heute in einer stark visuell geprägten Gesellschaft, in der häufig nur geglaubt wird, was auch gesehen wird (Lobinger & Venema, 2019). Die visuelle Wahrnehmung mittels Bilder, Videos und anderer Medien scheint heute ein fester Bestandteil der Alltagskultur zu sein (Lobinger & Venema, 2019). Das Sichtbarmachen des Fetus durch das USS führt dazu, dass das Kind als eigenständiges Wesen angesehen und in die Gesellschaft integriert wird (Niekrenz, 2017). Diese visuelle Prägung der Gesellschaft führt möglicherweise dazu, dass Frauen körperliche Zeichen, welche auf eine bestehende SS und deren Realität hindeuten, weniger

wahrnehmen. Laut Niekrenz (2017) ist ein USS zu Beginn der SS wichtig, um das Kind wahrzunehmen.

Ergebnisse des vorliegenden Reviews machen deutlich, dass die Visualisierung des Kindes einen Einfluss auf die Eltern-Kind-Bindung und die Zukunftsplanung hat (Aune & Möller, 2012; Dheensa et al., 2013; Dykes & Stjernqvist, 2001; Ekelin et al., 2004; G. Harris et al., 2004; Øyen & Aune, 2016; Walsh et al., 2014; Westerneng et al., 2019). Einerseits wird die Bindung zum Kind in Abhängigkeit vom Trimenon beschrieben. Dabei sind die Erst- und Zweittrimester-USS wichtiger, um die Bindung zwischen Mutter und Kind zu fördern, als das USS im dritten Trimester (Westerneng et al., 2019). Eine Erklärung hierfür könnten die KB sein, welche im dritten Trimenon bereits deutlich spürbar sind. Andererseits wird die Eltern-Kind-Bindung in Verbindung mit der gesteigerten Realität des Kindes durch das USS gebracht (Aune & Möller, 2012; Dheensa et al., 2013; Dykes & Stjernqvist, 2001; Øyen & Aune, 2016). Die Stärkung des Bondings mittels USS wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Aus einem Review geht hervor, dass die Eltern-Kind-Bindung ein komplexes Geschehen ist und keine signifikanten Ergebnisse bezüglich einer positiven Wirkung des USS auf die Bindung vorliegen (Borg Cunen, Jomeen, Borg Xuereb, & Poat, 2017).

Die Bindungsförderung könnte deshalb auch ausserhalb des USS in der Hebammenarbeit seinen Platz finden. Die Hebamme kann den Eltern-Werdungs-Prozess und die Eltern-Kind-Bindung durch frühes Thematisieren und einer kontinuierlichen Betreuung in der SS fördern (Tichelman et al., 2019). Aus den Ergebnissen geht hervor, wie wichtig es für die Frauen ist, dass die Hebamme in der SS-Kontrolle Kontakt zum Kind aufnimmt (Ekelin et al., 2004), was auch von Tichelman et al. (2018) unterstützt wird.

Väter in der Schwangerenvorsorge

Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass das Erleben der werdenden Väter bisher seltener untersucht wurde, als das Erleben der Schwangeren. Laut Albuja, Sanchez, Lee, Lee und Yadava (2019) und Walsh (2020) ist die heutige antenatale Versorgung auf die Frauen ausgerichtet. Für werdende Väter ist ihre Rolle in der Schwangerenvorsorge unklar (Albuja et al., 2019). Fehlendes Wissen hinterlässt Unsicherheit, offene Fragen und das Gefühl, nicht integriert zu sein (Albuja et al., 2019). Plantin, Olykoya und Ny (2011) benennen einen positiven Einfluss auf das maternale und fetale Outcome, wenn der Vater während der SS miteinbezogen wird. Gut in die Schwangerenvorsorge inte-

grierte Väter sind ins künftige Familienleben mehr involviert. Es besteht ein Zusammenhang zwischen besserer kindlicher Gesundheit und gut integrierten Vätern (Walsh et al., 2014). Deshalb werden die Männer als wertvolle Ressource erachtet, um die Familiengesundheit langfristig zu stärken.

Das vorliegende Review zeigt, dass das Erleben der werdenden Väter vom Erleben der Frauen abweicht. Diesem Unterschied sollte in der Praxis Beachtung geschenkt werden, sodass auch Männer individuell im Vaterwerdungsprozess unterstützt werden. In den Studien von Ekelin et al. (2004) und Walsh et al. (2014) ist ersichtlich, dass sich werdende Väter sehr stark mit der Vaterrolle auseinandersetzen. Bekannt ist, dass Männer bereits in der SS beginnen, ihre zukünftige Rolle als Vater wahrzunehmen und zu gestalten (Lamb & Lewis, 2013). Informationen darüber, wie sie sich fühlen und die Geburt erleben werden, hilft den Männern, sich in die Vaterrolle hineinzusetzen (Pålsson, Persson, Ekelin, Kristensson Hallström, & Kvist, 2017). Zudem sind gemäss Pålsson et al. (2017) individuelle und auf Männer angepasste Informationen hilfreich, um sich mit der neuen Identität als werdender Vater zu befassen.

Männer erleben bezüglich USS viel gesellschaftlichen Einfluss. Sie beschreiben einen gesellschaftlichen Druck, beim USS anwesend zu sein (Walsh et al., 2014). Für Frauen ist die Anwesenheit des Partners beim USS ebenfalls wichtig (Ekelin et al., 2004). Roberts, Griffiths und Verran (2015) beobachten den gesellschaftlichen Druck auch bei Frauen, da sich diese gezwungen fühlen, sich bei Abwesenheit des Partners zu erklären. Scheinbar entspricht die Anwesenheit des Mannes beim USS der heutigen Norm. Im Hinblick auf die Hebammenarbeit ist interessant, dass nicht nur das USS einen positiven Einfluss auf die Paarbeziehung zu haben scheint, sondern, dass auch durch die Anwesenheit beider Elternteile bei SS-Kontrollen die Paarbeziehung gestärkt wird (Bäckström, Mårtensson, Golsäter, & Thorstensson, 2016).

Walsh et al. (2014) erfassen in ihrer Studie das Erleben der Männer und die Zusammenhänge mit der Gesellschaft tiefgehend. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass das USS für den Vater einen Stressfaktor darstellt (Walsh et al., 2014). Männer stehen unter Druck, wenn sie während des USS nicht dieselben positiven Emotionen fühlen und keine so starke Bindung zum Kind aufbauen wie die Partnerin (Ekelin et al., 2004). Dieser Druck bei den werdenden Vätern wird mit dem heutigen Männerbild der Gesellschaft in Verbindung gebracht. Aus Sicht der Männer scheint ihre Rolle als Vater heute schwierig zu sein (H. Draper & Ives, 2013). Einerseits ist in der Gesellschaft weiterhin veran-

kert, dass der Mann der finanzielle Versorger der Familie ist, andererseits besteht der Anspruch einer aktiven Teilnahme am Familienleben und tatkräftiges Mithelfen beim Grossziehen der Kinder (H. Draper & Ives, 2013). Diese Ansprüche erleben die Männer laut H. Draper und Ives (2013) nicht nur von der Gesellschaft, sondern formulieren, diese Ansprüche auch an sich selbst zu haben.

Die Resultate des vorliegenden Reviews bezüglich der werdenden Väter sind zu relativieren, da das Sample der Männer in den vorliegenden Studien nicht repräsentativ ist. Es wird angenommen, dass beim USS anwesende Männer bereits besser in die Schwangerenvorsorge integriert sind als nicht anwesende Männer. Um die vorliegenden Ergebnisse besser zu diskutieren, bräuchte es eine Angabe darüber, wie viele Männer ihre Partnerin zum USS begleiten. Die Art und Qualität der Paarbeziehung werden in den eingeschlossenen Studien ebenfalls nicht erfasst. Dies wird als einer von vielen Einflussfaktoren vermutet, weshalb ein Mann bei einem USS seine Partnerin begleitet oder nicht.

5.3 Ableitung der Bedürfnisse zu Information und Betreuung

Die Studien benennen verschiedene Wünsche und Anforderungen an die Fachpersonen. Aus den Ergebnissen und der Diskussion sind weitere Bedürfnisse werdender Eltern bezüglich USS abgeleitet. Ein einfacherer Zugang zu Fachpersonen und Informationen über USS sollte bestehen (Aune & Möller, 2012). Die Informationen sind individuell anzupassen (Aune & Möller, 2012; Ekelin et al., 2004) und Werte und Überzeugungen der werdenden Eltern von den Fachpersonen zu berücksichtigen (Aune & Möller, 2012). Die werdenden Eltern wünschen sich mehr Informationen über mögliche Fehlbildungen (Dykes & Stjernqvist, 2001) und die Männer mehr technische und statistische Daten (Dheensa et al., 2013). Zusätzlich zu einer schriftlichen hat auch eine mündliche Information zu erfolgen. Sorgen und Ängste während des Aufklärungsgesprächs müssen wahrgenommen und ergründet werden. Die Männer sollten bei der Beratung miteinbezogen werden, indem auch sie direkt angesprochen werden. Weiter wird zwischen der Fachperson und dem Paar eine vertrauensvolle Beziehung benötigt, sodass Fragen gestellt werden können. Ebenfalls ist wichtig, den Einfluss der Gesellschaft auf die Entscheidungsfindung anzusprechen und Informationen über mögliche Gefühle in Bezug auf USS, Geburt und Elternwerden zu thematisieren und somit zu normalisieren.

Der SOC soll vor dem USS gestärkt werden, um Angst zu reduzieren. Während des USS sollte fortlaufend informiert (Ekelin et al., 2004) und die Männer in die Untersuchung einbezogen werden (Walsh et al., 2014), genügend Zeit vorhanden sein (Ekelin et al., 2004) und die Fachperson hat sich professionell und einfühlsam zu verhalten (Ekelin et al., 2004; Øyen & Aune, 2016).

Während des USS ist auf eine ruhige Atmosphäre zu achten (Ekelin et al., 2004) und aufkommenden Emotionen Beachtung zu schenken (Øyen & Aune, 2016). Während des USS ist wichtig, das Recht auf Nicht-Wissen der Eltern und ihre Wünsche zu akzeptieren und zu berücksichtigen. Sicht auf den Bildschirm, hörbarer Ton des Herzschlags und eine fortlaufende Erklärung durch die Fachperson sind unabdingbar. Ebenfalls sollte die Fachperson den Fetus in die Untersuchung miteinbeziehen, indem dieser direkt angesprochen wird. Die Eltern-Kind-Bindung wird hiermit gefördert.

5.4 Stärken und Limitationen

Methodische Stärken und Limitationen

Die Literatursuche und deren Analyse wurden unabhängig oder in Zusammenarbeit der beiden Autorinnen durchgeführt sowie Unstimmigkeiten diskutiert. Damit wurden Fehler vermieden. Die Autorinnen reflektierten ihre Beziehung zum Forschungsthema sowie das Vorgehen ihrer Arbeit. Laut Steinke (1999) ist eine Reflexion ein wichtiges Gütekriterium qualitativer Arbeiten und wird in der vorliegenden Arbeit als Stärke betrachtet. Die Erstellung des Literaturreviews orientierte sich am Vorgehen der Meta-Aggregation, welche bei konsequenter Anwendung die Qualität eines Reviews hochhält (Lockwood et al., 2015). Einzig bei der Synthese der Ergebnisse berücksichtigten die Autorinnen nicht alle Anforderungen des Three-step-approach. Vorgesehen ist, dass jedes einzelne Resultat, welches in eine Synthese integriert wird, von einem Zitat gestützt ist. Da einige Studien sehr wenige Zitate enthielten, wurden auch Ergebnisse ohne Zitate einbezogen. Dies ist eine Limitation der Arbeit.

Inhaltliche Stärken und Limitationen

Die Fragestellung ist relevant und eine Stärke der vorliegenden Arbeit, da USS in der SS heute so weit verbreitet sind, dass alle werdenden Eltern in Ländern des globalen Nordens davon betroffen sind. Auch wenn sie sich gegen ein USS entscheiden, setzen sie sich intensiv mit der Thematik auseinander. Eine weitere Stärke dieser Arbeit ist, dass in Bezug auf das Schweizer Setting, das Erleben und die Bedürfnisse werdender

Eltern bisher noch nie in einem Review diskutiert wurden. Ersichtlich ist, dass die Hebammen in der Schweiz in die USS weniger involviert sind als dies in anderen europäischen Ländern der Fall ist. Die Diskussion zeigt die Wichtigkeit der Hebammenbetreuung in Zusammenhang mit USS auf. Die Autorinnen erachten ihre Arbeit deshalb als relevant, um mögliche und umsetzbare Betreuungsansätze für die Hebammenarbeit zu formulieren, welche den werdenden Eltern in der Schweiz zugutekommen. Gleichzeitig weist die Arbeit thematisch einige Mängel auf. Der Einschluss von älterer Literatur, welche bis zum Jahr 2000 zurückreicht, ist als Limitation anzusehen. Die Technologie des US verändert sich kontinuierlich. Möglicherweise spielten vor 20 Jahren beispielsweise die fragliche Sicherheit des US eine grössere Rolle als heute. Solche Unterschiede können das Erleben der werdenden Eltern beeinflussen und eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die heutige Situation beeinträchtigen. Die Arbeit befasst sich mehrheitlich mit gesunden Frauen und Niedrigrisiko-SS. Die Resultate sind also nicht auf Risiko-SS zu übertragen. Eine Schwäche ist, dass die Studie von Aune und Möller (2012) eingeschlossen wurde. Diese Studie bezieht sich auf das USS bei über 38-jährigen Frauen und gehört somit nicht mehr zum Routinescreening, sondern zum Risikoscreening. In Norwegen wird dieses ab einem gewissen Alter jedoch routinemässig durchgeführt. Ebenso sind die Ergebnisse nicht auf Frauen mit spezifischen geburtshilflichen oder sozialen Vorgeschichten übertragbar. Dazu gehören reproduktionsassistierte SS, frühere Aborte oder Kindstode. Nach Sullivan-Pyke, Senapati, Mainigi und Bernhart (2017) wiesen Eltern mit solchen Erlebnissen signifikant mehr Angst auf und brauchen laut Younger, Hollins-Martin und Choucri (2015) mehr Zeit für Gespräche.

6 Schlussfolgerung

Das Erleben der werdenden Eltern beim USS ist sehr vielschichtig. Als Fachperson zu wissen, wie werdende Eltern das USS erleben, hilft, sie in Zukunft ihren Bedürfnissen angepasst zu betreuen. Diese Arbeit ermöglicht den Fachpersonen, die Wichtigkeit der Betreuung im Kontext des USS zu erkennen und anhand der Empfehlungen für die Praxis Begleitungselemente anzuwenden.

6.1 Empfehlungen für die Praxis

Wichtige Elemente der Betreuung sind die bedürfnisangepasste Information der werdenden Eltern vor dem USS und eine bewusste, einfühlsame Betreuung während dem USS unter Berücksichtigung aufkommender Emotionen. Der Einbezug der Partnerin oder des Partners ist besonders wichtig, um die Bindung zum Kind und die Paarbeziehung zu stärken. Zusätzlich werden Betreuungsschwerpunkte für die Hebammenarbeit während der SS aufgezeigt, um die Bedürfnisse der werdenden Eltern bezüglich USS ganzheitlich aufzugreifen und zu unterstützen. Dies betrifft die Stärkung des SOC, das Angebot von Gesprächen vor und nach dem USS, die Sensibilisierung und der Umgang mit Entscheidungen in der SS und die Förderung der Eltern-Kind-Bindung. Um die Elemente erfolgreich umzusetzen, ist eine kontinuierliche Betreuung in der SS eine Voraussetzung.

Die Abbildung 7 zeigt eine schriftliche Empfehlung für Fachpersonen in der Schweiz. Diese enthält Betreuungsschwerpunkte für werdende Eltern bezüglich USS. Die Empfehlungen sind Vorschläge und dienen als Anhaltspunkte. Sie sind nicht abschliessend.

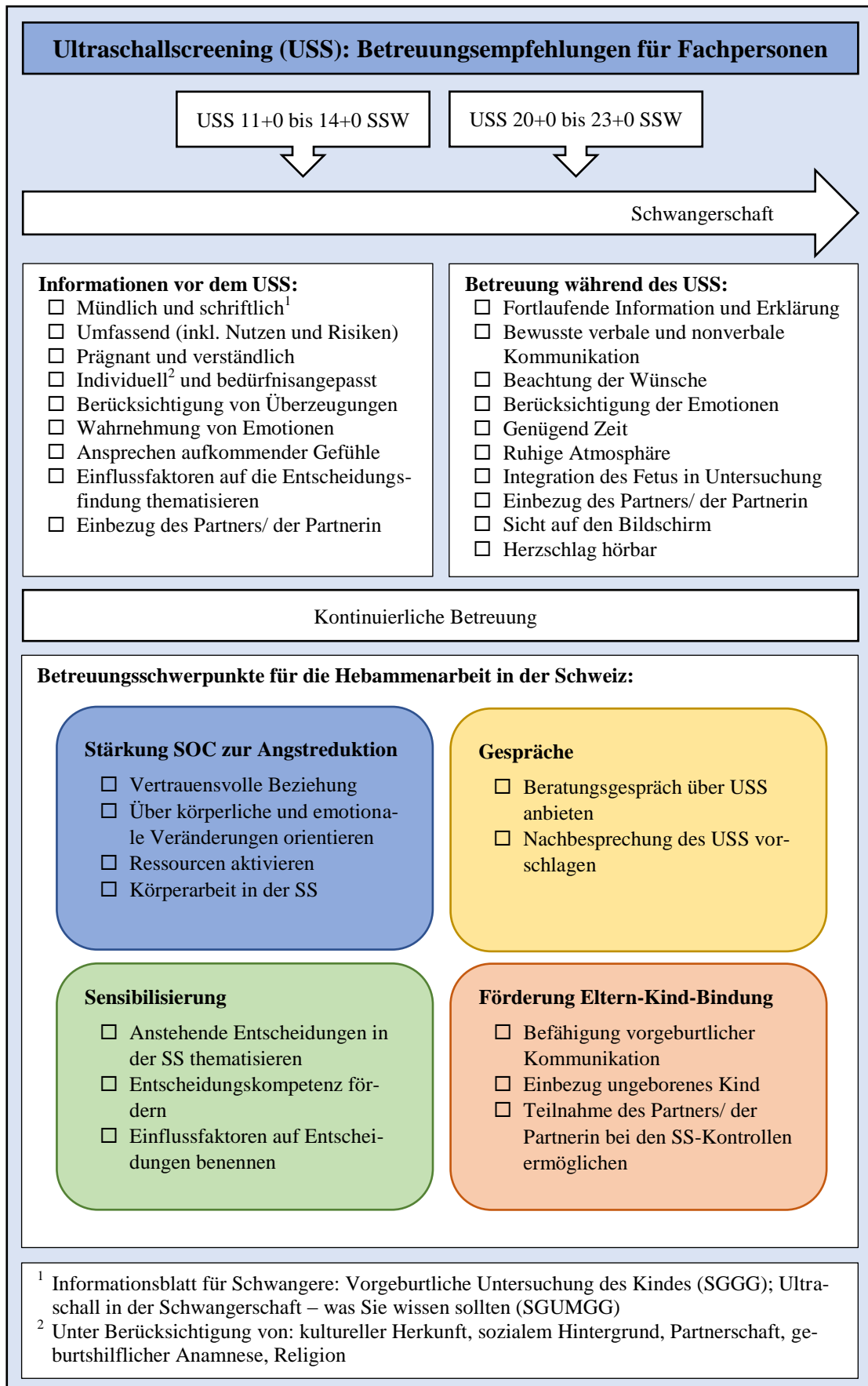


Abbildung 7: Betreuungsempfehlungen für Fachpersonen

6.2 Forschungsbedarf

Der Einfluss einer kontinuierlichen Betreuung in Bezug auf USS sollte in weiterer Forschung genauer untersucht werden. Ein interessanter Aspekt ist, der Unterschied im Erleben der werdenden Eltern beim USS in Abhängigkeit der durchführenden Fachperson zu erforschen, um allfällige Unterschiede zwischen Hebammen und der Ärzteschaft festzustellen. In der Diskussion kam wiederholt der gesellschaftliche Einfluss auf das Erleben des USS zur Sprache. Auch in diesem Bereich scheint gezielte Forschung nötig, um die Entscheidungsfindung und deren Mechanismen besser zu verstehen. Forschungen, welche zu einem tiefergehenden Verständnis bezüglich der An- oder Abwesenheit der Männer bei USS führen, sind indiziert. Im Bereich der Informationsabgabe vor dem USS wird weitere Forschung nötig sein. Wichtig ist, dass allen Paaren, unabhängig ihres Geschlechts oder ihrer sexuellen Orientierung, Beachtung geschenkt wird.

7 Literaturverzeichnis

- Albuja, A. F., Sanchez, D. T., Lee, S. J., Lee, J. Y., & Yadava, S. (2019). The effect of paternal cues in prenatal care settings on men's involvement intentions. *PloS one*, *14*(5), 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0216454
- American Institute of Ultrasound in Medicine (2018). AIUM-ACR-ACOG-SMFM-SRU Practice Parameter for the Performance of Standard Diagnostic Obstetric Ultrasound Examinations. *Journal of Ultrasound in Medicine*, *37*(11), e13-e24. doi:10.1002/jum.14831
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2017). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Retrieved May 26, 2020, from <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+1%3A+JBI+Systematic+Reviews>
- Aune, I., & Möller, A. (2012). 'I want a choice, but I don't want to decide'-a qualitative study of pregnant women's experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies. *Midwifery*, *28*(1), 14-23. doi:10.1016/j.midw.2010.10.015
- Australasian Society of Ultrasound in Medicine (2014). *Guidelines for the Performance of Third Trimester Ultrasound*. Retrieved May 22, 2020, from <https://www.asum.com.au/files/public/SoP/curver/Obs-Gynae/Guidelines-for-the-Performance-of-Third-Trimester-Ultrasound.pdf>
- Australasian Society for Ultrasound in Medicine (2018). *Guidelines for the Performance of Second (Mid) Trimester Ultrasound*. Retrieved May 22, 2020, from <https://www.asum.com.au/files/public/SoP/curver/Obs-Gynae/Guidelines-for-the-Performance-of-Second-Mid-Trimester-Ultrasound.pdf>
- Bäckström, C. A., Mårtensson, L. B., Golsäter, M. H., & Thorstensson, S. A. (2016). "It's like a puzzle": Pregnant women's perceptions of professional support in midwifery care. *Women and Birth*, *29*(6), e110-e118. doi:10.1016/j.wombi.2016.04.011

- Becker, P. (2019). *Patientenautonomie und informierte Einwilligung: Schlüssel und Barriere medizinischer Behandlungen*. Berlin, Deutschland: Springer. doi:10.1007/978-3-476-05022-9
- Begley, K., Daly, D., Panda, S., & Begley, C. (2019). Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1113-1120. doi:10.1111/jep.13243
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence based Nursing and Caring* (4th ed.). Bern, Schweiz: Hogrefe.
- Borde, T., & David, M. (2007). Migrantinnen in der Gesundheitsversorgung. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberuf* (2. Aufl., S. 425-439). Bern, Schweiz: Hogrefe.
- Borg Cunen, N., Jomeen, J., Borg Xuereb, R., & Poat, A. (2017). A narrative review of interventions addressing the parental–fetal relationship. *Women and Birth*, 30(4), e141-e151. doi:10.1016/j.wombi.2016.11.005
- Borrelli, S. E. (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery*, 30(1), 3-10. doi:10.1016/j.midw.2013.06.019
- Bosselmann, S. (2013). Physikalische und technische Grundlagen. In C. Sohn & W. Holzgreve (Hrsg.), *Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe* (3. Aufl., S. 25-59). Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Brailey, S., Luyben, A. G., van Teijlingen, E., & Frith, L. (2017). Women, Midwives, and a Medical Model of Maternity Care in Switzerland. *International Journal of Childbirth*, 7(3), 117-125. doi:10.1891/2156-5287.7.3.117
- Brezinka, C., & Steiner, H. (2018). Entwicklung des Ultraschallscreenings. In U. Gembruch, K. Hecher, & H. Steiner (Hrsg.), *Ultraschalldiagnostik in Geburtshilfe und Gynäkologie* (2. Aufl., S. 5-13). Berlin, Deutschland: Springer.
- Bricker, L., Garcia, J., Henderson, J., Mugford, M., Neilson, J., Roberts, T., & Martin, M. A. (2000). Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. *Health Technology Assessment*, 4(16), 1-193. doi:10.3310/hta4160

- Bricker, L., Medley, N., & Pratt, J. J. (2015). Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane database of systematic reviews*. doi:10.1002/14651858.CD001451.pub4
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. doi:10.1177/1049732312452938
- Danish Health Authority (2017). *Retningslinjer for fosterdiagnostik- prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik*. Retrieved May 26, 2020, from <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017//-/media/Udgivelser/2017/Fosterdiagnostik/Retningslinjer-for-fosterdiagnostik.ashx>
- Dheensa, S., Metcalfe, A., & Williams, R. A. (2013). Men's experiences of antenatal screening: a metasynthesis of the qualitative research. *International journal of nursing studies*, 50(1), 121-133. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.05.004
- Draper, H., & Ives, J. (2013). Men's involvement in antenatal care and labour: Rethinking a medical model. *Midwifery*, 29(7), 723-729. doi:10.1016/j.midw.2013.02.007
- Draper, J. (2002). 'It was a real good show': the ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 771-795. doi:10.1111/1467-9566.00318
- Dudenredaktion (k. D.). „Bedürfnis, das“ auf *Duden online*. Abgerufen am 3. Juli 2020 unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Beduerfnis>.
- Dutch Society for Obstetrics and Gynecology (2019). *Leidraad Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)*. Retrieved May 26, 2020, from <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2019/07/Structureel-Echoscopisch-Onderzoek-SEO-23-07-2019.pdf>
- Dykes, A. K., & Stjernqvist, K. (2001). The importance of ultrasound to first-time mothers' thoughts about their unborn child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(2), 95-104. doi:10.1080/02646830123343

- Easen, S., & Harrison, G. (2017). Communication skills training in ultrasound: Ultrasound practitioners' views. *Imaging Therapy and Practice*, 4(1), 25-30. Retrieved June 15, 2020, from <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/16077/1/>
- Edwards, N. P. (2004). Why can't women just say no? And does it really matter? In M. Kirkham (Ed.), *Informed choice in maternity care* (pp. 1-30). New York, USA: Palgrave Macmillan
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., & Dykes, A. K. (2004). A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery*, 20(4), 335-344. doi:10.1016/j.midw.2004.02.001
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., & Dykes, A. K. (2008). Developing the PEER- U scale to measure parents' expectations, experiences and reactions to routine ultrasound examinations during pregnancy. *Journal of Reproductive and infant Psychology*, 26(3), 211-228. doi:10.1080/02646830701691368
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., Larsson, A. K., Nyberg, P., Marsál, K., & Dykes, A. K. (2009). Parental expectations, experiences and reactions, sense of coherence and grade of anxiety related to routine ultrasound examination with normal findings during pregnancy. *Prenatal diagnosis*, 29(10), 952-959. doi:10.1002/pd.2324
- Erdin, R., Grylka-Bäschlin, S., Schmid, M., & Pehlke-Milde, J. (2017). *Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung 2016*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Abgerufen am 15. Juni 2020 unter <https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/1577/1/171026%20Statistikbericht%202016.pdf>
- Finke, J. (2019). Sonografie in der Pränataldiagnostik. *Die Hebamme*, 32(06), 12-19. doi:10.1055/a-1029-5597
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., . . . Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 28(16), 1-13. doi:10.1186/s12884-016-0798-y

- Garcia, J., Bricker, L., Henderson, J., Martin, M. A., Mugford, M., Nielson, J., & Roberts, T. (2002). Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. *Birth*, 29(4), 225-250. doi:10.1046/j.1523-536x.2002.00198.x
- Gee, R. E., & Corry, M. P. (2012). Patient Engagement and Shared Decision Making in Maternity Care. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 995-997. doi:10.1097/AOG.0b013e31827046ac
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). *Mutterschafts-Richtlinien*. Abgerufen am 22. Mai 2020 unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2130/Mu-RL_2020-02-20_iK_2020-04-28.pdf
- Georgsson Öhman, S., & Waldenström, U. (2008). Second-trimester routine ultrasound screening: expectations and experiences in a nationwide Swedish sample. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 32(1), 15-22. doi:10.1002/uog.5273
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2014). Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(50), 1883-1889. Abgerufen am 2. Juli 2020 unter https://www.fmh.ch/files/pdf16/Grundlagenpapier_SDM.pdf
- Haker, H. (2008). Ethische Dimensionen in der Pränatalen Diagnostik. In D. C. Hürlimann, R. Baumann-Hölzle, & H. Müller (Hrsg.), *Der Beratungsprozess in der pränatalen Diagnostik* (8. Aufl., S. 43-56). Bern, Schweiz: Peter Lang.
- Harpel, T. S. (2008). Fear of the unknown: ultrasound and anxiety about fetal health. *Health*, 12(3), 295-312. doi:10.1177/1363459308090050
- Harpel, T. S., & Barras, K. G. (2018). The Impact of Ultrasound on Prenatal Attachment Among Disembodied and Embodied Knowers. *Journal of Family Issues*, 39(6), 1523-1544. doi:10.1177/0192513X17710774
- Harris, G., Connor, L., Bisits, A., & Higginbotham, N. (2004). "Seeing the baby": pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women. *Medical anthropology quarterly*, 18(1), 23-47. doi:10.1525/maq.2004.18.1.23
- Harris, J. M., Franck, L., & Michie, S. (2012). Assessing the psychological effects of prenatal screening tests for maternal and foetal conditions: a systematic review.

Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30(3), 222-246.
doi:10.1080/02646838.2012.710834

- Hasseler, M. (2007). Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung—eine erste Annäherung. *Pflege & Gesellschaft*, 12(3), 249-262. Abgerufen am 22. Mai 2020 unter <http://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/Hasseler-2007-PG-3-2007.pdf>
- Hirrlle, B. (2017). Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen aus fremden Kulturkreisen: Was braucht es für eine optimierte perinatale Vorsorge? *Schweizer Zeitschrift für Gynäkologie*, 14(2), 10-14. Abgerufen am 27. Juli 2020 unter <https://www.rosenfluh.ch/gynaekologie-2017-02/schwangerschaft-und-geburt-bei-migrantinnen-aus-fremden-kulturkreisen>
- Hölzli, U. (2016). Frauen in Entscheidungen richtig begleiten. *Hebamme.ch*, 5, 6-8. Abgerufen am 05. März 2020 unter https://obstetrica.hebamme.ch/de/profiles/3f957b8ee011-obstetrica/editions/shv_fssf_fsl-05-2016/pages/page/4
- Hürlimann, D. C. (2008). Psychologische Aspekte des Entscheidungsfindungsprozesses in der Pränatalen Diagnostik. In D. C. Hürlimann, R. Baumann-Hölzle, & H. Müller (Hrsg.), *Der Beratungsprozess in der pränatalen Diagnostik* (8. Aufl., S. 87-97): Bern, Schweiz: Peter Lang.
- Hürlimann, D. C., & Baumann-Hölzle, R. (2004). Beratung in der pränatalen Diagnostik: Eine Nationalfondsstudie über Entscheidungsunterstützungssysteme. *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(8), 407-411. doi:10.4414/saez.2004.10297
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2011). *Aufklärung, Einwilligung und ärztliche Beratung zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft: Berichtsplan*. Abgerufen am 11. März 2020 unter https://www.iqwig.de/download/P08-01_Berichtsplan_V1_0_Aufklaerung_Ultraschallscreening_in_der_Schwangerschaft.pdf
- International Confederation of Midwives (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Retrieved October 02, 2019, from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

- International Confederation of Midwives (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. Retrieved March 05, 2020, from https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Jenderka, K. V., & Delorme, S. (2020). Sicherheitsaspekte der Ultraschalldiagnostik. *Der Radiologe*, 4(4), 351-360. doi:10.1007/s00117-020-00659-5
- Juchli, L. (1987). *Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker*. Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Kern, B. R. (2003). Unerlaubte Diagnostik-Das Recht auf Nichtwissen. In C. Dierks, A. Wienke, W. Eberbach, J. Schmidtke, & H. D. Lippert (Hrsg.), *Genetische Untersuchungen und Persönlichkeitsrecht* (S. 55-69). Berlin, Deutschland: Springer.
- Kolleck, A., & Sauter, A. (2019). *Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik: TAB-Arbeitsbericht Nr. 184*. Abgerufen am 17. Juni 2020 unter <http://www.drze.de/DigiBELIT/de/tab/ab/8949.pdf>
- Kowalcek, I., & Bachmann, S. (2008). Psychologische Aspekte von Schwangerschaft und Pränataldiagnostik. *Z Geburtsh Neonatol*, 212(2), 41-46. doi:10.1055/s-2008-1004711
- Kowalcek, I., Mühlhoff, A., Bachmann, S., & Gembruch, U. (2002). Depressive reactions and stress related to prenatal medicine procedures. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 19(1), 18-23. doi:10.1046/j.0960-7692.2001.00551.x
- Kowalcek, I., Mühlhoff, A., Bieniakiewicz, I., & Gembruch, U. (2001). Nicht-invasive und invasive Pränataldiagnostik und psychische Beanspruchung der Schwangeren. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 61(8), 593-598. doi:10.1055/s-2001-16928
- Krankenpflege-Leistungsverordnung 1995 (30. April 2020). Abgerufen am 19. Juni 2020 unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html#fn-#a13-1>
- Lalor, J. G., & Devane, D. (2007). Information, knowledge and expectations of the routine ultrasound scan. *Midwifery*, 23(1), 13-22. doi:10.1016/j.midw.2006.02.001

- Lamb, M. E., & Lewis, C. (2013). Father-Child Relationships. In N. J. Cabrera & C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives* (2. ed., pp. 119-134): New York, USA: Routledge.
- Langer, M. (2016). Psychosomatik in der Geburtshilfe. In H. Schneider, P. Husslein, & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 1115-1131). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Larsen, T., Nguyen, T. H., Munk, M., Svendsen, L., & Teisner, L. (2000). Ultrasound screening in the 2nd trimester. The pregnant woman's background knowledge, expectations, experiences and acceptances. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 15(5), 383-386. doi:10.1046/j.1469-0705.2000.00112.x
- Lobinger, K., & Venema, R. (2019). Visuelle Kommunikationsforschung - ein interdisziplinäres Forschungsfeld. In K. Lobinger (Hrsg.), *Handbuch Visuelle Kommunikationsforschung* (S. 1-20). Wiesbaden, Deutschland: Springer.
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179-187. doi:10.1097/XEB.0000000000000062
- Lockwood, C., Porritt, K., Munn, Z., Rittenmeyer, L., Salmond, S., Bjerrum, M., . . . Stannard, D. (2017). Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Retrieved May 26, 2020, from <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+2%3A+Systematic+reviews+of+qualitative+evidence>
- Luther, B. (2006). Salutogenese als Modell für die Hebammenarbeit. *Die Hebamme*, 19(04), 269-272. doi:10.1055/s-2006-959351
- Lütje, W. (2013). Kommunikation und Begleitung bei Pränataldiagnostik. In C. Sohn & W. Holzgreve (Hrsg.), *Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe* (3. Aufl., S. 470-476). Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Luyben, A. G., & Fleming, V. E. M. (2005). Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery*, 21(3), 212-223. doi:10.1016/j.midw.2004.11.001

- Magowan, B. A., & Madhra, M. (2012). Communication in early pregnancy ultrasound: avoiding misunderstandings. *British Journal of Hospital Medicine*, 73(8), 447-450. doi:10.12968/hmed.2012.73.8.447
- Martin, L., Gitsels-van der Wal, J. T., Pereboom, M. T. R., Spelten, E. R., Hutton, E. K., & van Dulmen, S. (2016). Clients' psychosocial communication and midwives' verbal and nonverbal communication during prenatal counseling for anomaly screening. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 85-91. doi:10.1016/j.pec.2015.07.020
- Midirs (2008). *Informed choice for professionals: antenatal screening for congenital abnormalities: helping women to choose* [Moodle].
- Mizia, K., Campbell Westerway, S., Robertson, M., Parry, E., Paoletti, D., Perry, D., . . . Condous, G. (2018). Guidelines for the performance of the first trimester ultrasound. *Australasian Journal of Ultrasound in Medicine*, 21(3), 179-182. doi:10.1002/ajum.12102
- Möhler, R. (2016). Qualitative Evidenzsynthesen - Methodologien, Methoden und Herausforderungen. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*, 3(2), 70-77. Abgerufen am 22. Mai 2020 unter https://www.researchgate.net/profile/Ralph_Moehler/publication/311036473_Qualitative_Evidenzsynthesen_-_Methodologien_Methoden_und_Herausforderungen/links/5856805c08ae8f6955589629.pdf
- Molander, E., Alehagen, S., & Bertero, C. M. (2010). Routine ultrasound examination during pregnancy: a world of possibilities. *Midwifery*, 26(1), 18-26. doi:10.1016/j.midw.2008.04.008
- National Institute of Health and Care Excellence (2020). *Antenatal Care for uncomplicated pregnancies*. Retrieved May 22, 2020, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/antenatal-care-for-uncomplicated-pregnancies-pdf-975564597445>
- Nicol, M. (2007). Vulnerability of First-Time Expectant Mothers During Ultrasound Scans: An Evaluation of the External Pressures That Influence the Process of Informed Choice. *Health Care for Women International*, 28(6), 525-533. doi:10.1080/07399330701334281

- Niekrenz, Y. (2017). Schwangerschaft und Geburt. In R. Gugutzer, G. Klein, & M. Meuser (Hrsg.), *Handbuch Körpersoziologie* (S. 217-230): Wiesbaden, Deutschland: Springer.
- Nykänen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., & Klemetti, R. (2017). The expectations of antenatal screening and experiences of the first-trimester screening scan. *Midwifery*, 47, 15-21. doi:10.1016/j.midw.2017.02.004
- Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, & Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (2018). *Allgemeine Information Ultraschall in der Schwangerschaft*. Abgerufen am 22. Mai 2020 unter http://www.oegum.at/fileadmin/user_upload/2018_Allgemeine_Information_Ultraschall_in_der_Schwangerschaft_VNR_1-18-2.pdf
- Øyen, L., & Aune, I. (2016). Viewing the unborn child - pregnant women's expectations, attitudes and experiences regarding fetal ultrasound examination. *Sexual & reproductive healthcare*, 7, 8-13. doi:10.1016/j.srhc.2015.10.003
- Pålsson, P., Persson, E. K., Ekelin, M., Kristensson Hallström, I., & Kvist, L. J. (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*, 50, 86-92. doi:10.1016/j.midw.2017.03.021
- Plantin, L., Olykoya, A., & Ny, P. (2011). Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. *Fathering*, 9(1), 87-102. doi:10.3149/ft.0901.8
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2012). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung* (2. Aufl.). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Roberts, J., Griffiths, F., & Verran, A. (2015). Seeing the Baby, Doing Family: Commercial Ultrasound as Family Practice? *Sociology*, 51(3), 527-542. doi:10.1177/0038038515591945

- Romahn, M., & Opitz-Kreuter, S. (2015). Physiologische Abläufe im mütterlichen Körper während der Schwangerschaft. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl., S. 128-155). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Salmoukas, C., Kundu, S., Soergel, P., Hillemanns, P., von Kaisenberg, C., & Staboulidou, I. (2016). Background Knowledge and Attitude of Pregnant Women towards Ultrasound Screening at 20-23 Weeks Gestation. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 220(1), 16-20. doi:10.1055/s-0035-1545287
- Salomon, L. J., Alfirevic, Z., Berghella, V., Bilardo, C., Hernandez-Andrade, E., Johnsen, S. L., . . . Lee, W. (2011). Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 37(1), 116-126. doi:10.1002/uog.8831
- Salomon, L. J., Alfirevic, Z., Bilardo, C. M., Chalouhi, G. E., Ghi, T., Kagan, K. O., . . . Stirnemann, J. (2013). *ISUOG practice guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan*. Retrieved March 13, 2020, from <https://www.isuog.org/uploads/assets/uploaded/4daa1ea7-bc64-4c24-b81b17df5a684a38.pdf>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife- led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, 4. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Schäfers, R. (2013). Entscheidungsfindung. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (2. Aufl., S. 26-31): Stuttgart, Deutschland: Hippokrates.
- Schröder, M. (1999). Ethik im Umfeld der Geburtshilfe. In B. Städtler-Mach (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 147-157). Berlin, Deutschland: Springer.
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2017). *Informationsblatt für Schwangere: Vorgeburtliche Untersuchungen des Kindes (Pränataldiagnostik)*. Abgerufen am 11. März 2020 unter https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Formulardaten/Vorgeburtliche_Untersuchungen_des_Kindes__Praenataldiagnostik_.pdf

- Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe (2019). *Empfehlungen zur Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft* (4. Aufl.). Abgerufen am 13. März 2020 unter https://www.santer.ch/wp-content/uploads/2019/09/ESSU_dt_2019_web.pdf
- Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe (k. D.). *Ultraschall in der Schwangerschaft – was Sie wissen sollten*. Abgerufen am 31. März 2020 unter <http://www.sgumgg.ch/Patienten%20Info/US-Info%20Logo%20deutsch.doc.pdf>
- Schweizerischer Hebammenverband (2019). *Statistikbericht der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz*. Abgerufen am 20. Februar 2020 unter https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2019/11/SHV_Statistikbericht_2019-1.pdf
- Schwerdtfeger, R. (2011). Das neue Ultraschallscreening im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, 71(6), 540-541. doi:10.1055/s-0031-1280079
- Simó, S., Zúñiga, L., Izquierdo, M. T., & Rodrigo, M. F. (2019). Effects of ultrasound on anxiety and psychosocial adaptation to pregnancy. *Archives of women's mental health*, 22(4), 511-518. doi:10.1007/s00737-018-0918-y
- Sims, J. M. (2010). A Brief Review of the Belmont Report. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(4), 173-174. doi:10.1097/DCC.0b013e3181de9ec5
- Sohn, C. (2013). Geschichtliches. In C. Sohn & W. Holzgreve (Hrsg.), *Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe* (3. Aufl., S. 22-24): Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*: Weinheim, Deutschland: Juventa.
- Sullivan-Pyke, C. S., Senapati, S., Mainigi, M. A., & Barnhart, K. T. (2017). In Vitro fertilization and adverse obstetric and perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology*, 41(6), 345-353. doi:10.1053/j.semperi.2017.07.001
- Swedish Society of Obstetrics and Gynecology (2014). *Obstetriskt ultraljud*. Retrieved May 26, 2020, from https://www.sfog.se/media/186842/intro_arg_73_webben.pdf

- Tichelman, E., Peters, L., Oost, J., Westerhout, A., Schellevis, F. G., Burger, H., . . . Martin, L. (2019). Addressing transition to motherhood, guideline adherence by midwives in prenatal booking visits: Findings from video recordings. *Midwifery*, *69*, 76-83. doi:10.1016/j.midw.2018.10.021
- von Rahden, O. (2014). Was erwarten schwangere Frauen von der Schwangerenvorsorge? In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (3. Aufl., S. 38-43). Stuttgart, Deutschland: Hippokrates.
- Walsh, T. B. (2020). Your baby is so happy, active, uncooperative: How prenatal care providers contribute to parents' mental representations of the baby. *Midwifery*, *83*, 1-8. doi:10.1016/j.midw.2020.102630
- Walsh, T. B., Tolman, R. M., Davis, R., Palladino, C. L., Romero, V. C., & Singh, V. (2014). Moving Up the " Magic Moment": Fathers' Experience of Prenatal Ultrasound. *Fathering*, *12*(1). doi:10.3149/fth.1201.18
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzger, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(473), 1-16. doi:10.1186/s12884-018-2096-3
- Westerneng, M., Diepeveen, M., Witteveen, A. B., Westerman, M. J., van der Horst, H. E., van Baar, A. L., & de Jonge, A. (2019). Experiences of pregnant women with a third trimester routine ultrasound - a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, *19*(1), 319-319. doi:10.1186/s12884-019-2470-9
- World Health Organization (2018). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: Ultrasound Examination: highlights and key messages from the World Health Organization's 2016 global recommendations*. Retrieved March 04, 2020, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf>
- Younger, M., Hollins-Martin, C., & Choucri, L. (2015). Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice. *Midwifery*, *31*(2), 265-270. doi:10.1016/j.midw.2014.06.008

Zimmermann, R. (2005). Die Entwicklung der geburtshilflichen Sonographie in der Schweiz. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*, 45(2), 73-77. doi:10.1159/000083781

Zimmermann, R. (2016). Fehlbildungsdiagnostik und Ultraschalluntersuchung im 1. Trimenon. In H. Schneider, P. Husslein, & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 129-143): Berlin, Deutschland: Springer.

8 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Flow-Diagramm der Literatursuche	25
Abbildung 2: Die vier Hauptaussagen der Synthese	38
Abbildung 3: Teilaussagen zur Hauptaussage "Emotionen"	39
Abbildung 4: Teilaussagen zur Hauptaussage "Information und Betreuung"	41
Abbildung 5: Teilaussagen zu der Hauptaussage "Familienwerdungsprozess"	43
Abbildung 6: Teilaussagen zu der Hauptaussage "Einzelperson, Paar und Gesellschaft"	45
Abbildung 7: Betreuungsempfehlungen für Fachpersonen	60

9 **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Nationale und internationale Empfehlungen zum routinemässigen USS.....	10
Tabelle 2: PICo-Schema	17
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für Studienauswahl.....	18
Tabelle 4: Übersicht analysierte Literatur	28
Tabelle 5: Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur	36

10 Abkürzungsverzeichnis

ICM	International Confederation of Midwives
ISUOG	International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KB	Kindsbewegungen
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NT	Nackentransparenz
PND	Pränataldiagnostik
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SGUMGG	Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SOC	Sense of Coherence
SS	Schwangerschaft
SSW	Schwangerschaftswoche
US	Ultraschall
USS	Ultraschallscreening
WHO	World Health Organization