Die Hebamme als Beraterin

Autor(en): **Pfäffli, Kathrin**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **96 (1998)**

Heft 5

PDF erstellt am: **24.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-950199

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

Findet die öffentliche Diskussion über pränatale Diagnostik und ihre privaten und gesellschaftlichen Konsequenzen statt? Die kleine Umfrage, welche Hebammen in Ausbildung an der Hebammenschule Bern vor etwas mehr als einem Jahr bei zukünftigen Eltern durchführten, ruft zumindest Zweifel hervor (die SH berichtete darüber im Heft 4/97).

Denn nur 40 Prozent der erfassten Frauen fühlten sich über Risiken und Konsequenzen der Untersuchungen aufgeklärt – unabdingbare Voraussetzung für einen selbstverantwortlichen Entscheid. Weitere Berichte lassen vermuten, dass auch invasive Methoden bei immer jüngeren Frauen vermehrt und oft ohne die dringend notwendige vorgängige Beratung angewendet werden. Ein qualitativ hochstehendes Beratungsangebot – und nicht nur ständig weiter verfeinerte PND-Methoden – muss deshalb zur Selbstverständlichkeit werden. Etwas noch viel Schwierigeres muss die öffentliche Diskussion fördern: Die gesellschaftliche Toleranz gegenüber dem elterlichen Entscheid, wie immer er auch ausfällt. Weder Eltern, die sich gegen ein behindertes Kind entscheiden, noch solche, die ein Kind mit Behinderungen akzeptieren wollen, dürfen im geringsten verurteilt oder diskriminiert werden. Den letzteren muss unsere Gesellschaft zuverlässige Unterstützung anbieten. Denn nur unter solchen Bedingungen können sich zukünftige Eltern wirklich frei entscheiden.

Gelinde Michel

Pränataldiagnostik

Die Hebamme als Beraterin

Befürworterinnen wie Gegnerinnen der Pränataldiagnostik sind sich mindestens in einem Punkt einig: Jeder PND muss eine eingehende und möglichst neutrale Beratung vorausgegangen sein. Diese Aufgabe könnte und sollte zunehmend auch von den Hebammen wahrgenommen werden.

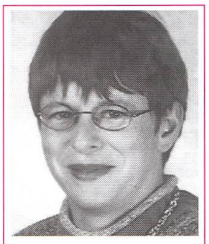
Kathrin Pfäffli

IN der Fachliteratur finden sich zahlreiche komplexe Theorien und Modelle zur Beratung. Vereinfachend können wir von den Klassifikationen *Information, Rat geben, Beraten und Counselling* ausgehen. Die jeweiligen Beratungsaspekte sollten meines Erachtens in einer Beratung zur Pränataldiagnostik (PND) nie je für sich zum Tragen kommen. Einerseits sind Informationen sehr wichtig, andererseits sollten zukünftige Eltern so beraten werden, dass sie den Entscheid, den sie fällen, auch tragen können.

Das Beratungsgespräch

Grundsätzlich muss vor jeder PND eine ausführliche Beratung stattgefunden haben. Die Eltern haben Anspruch auf genaueste Information über alle Vor- und Nachteile der Diagnosetechnik. Die Frage, was bei einem positiven Resultat gemacht wird, muss *vor* der PND geklärt werden. Über Möglichkeiten und Grenzen der PND, zur Frage, was ist diagnostizierbar, was nicht, ist eine Information unumgänglich. Auch die Gefühle, die ein allfälliger Schwangerschaftsabbruch auslösen könnte, müssen in der Beratung angesprochen werden. Folgende Aspekte gehören ebenfalls in ein Beratungsgespräch:

- Zuhören
- Raum geben
- Gefühle zulassen
- Empathie, Mit-Sein vermitteln
- nicht interpretieren, sondern nachfragen



Kathrin Pfäffli, Hebamme, Absolventin HöFa I, Weiterbildung in Geburtsvorbereitung, arbeitet im Spital Bethanien in Zürich und als freiberufliche Hebamme.

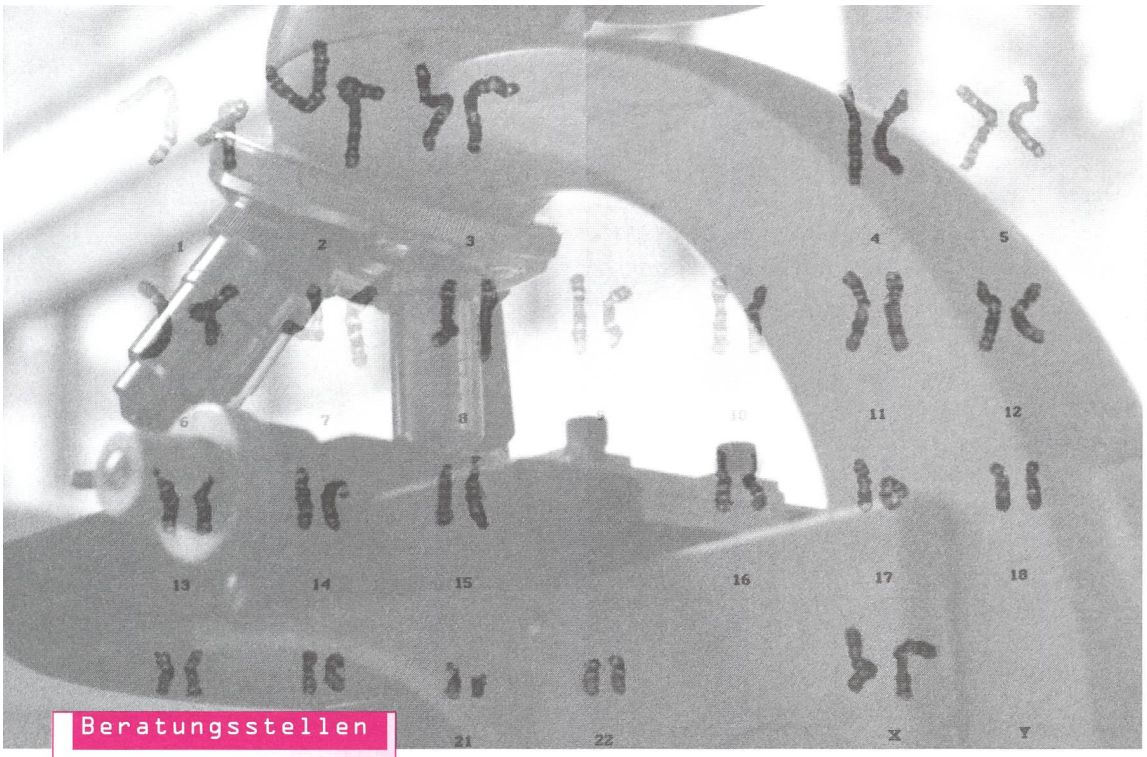
Das Ziel eines Beratungsgesprächs beschreibt V. Tschudin mit den Worten: «Ich hoffe, dass es mir gelingt, der Person, mit der ich zu tun habe, so zuhören zu können, dass sie dadurch befähigt wird, aus sich heraus die Entscheidung zu finden, nach der sie handeln wird.» (*«Helfen im Gespräch»*. Eine Anleitung für Pflegepersonen. RECOM Verlag Basel, 1990).

Den Eltern gehört eine Bedenkzeit zugestanden, und sie bestimmen auch, wieviel Zeit sie für ihre Entscheidung benötigen. Auch haben sie das Recht, bei Unklarheiten eine zweite Beratung zu erhalten, auf Wunsch bei einer anderen Beratungsperson. Auch sollten sie Informationsmaterial mit nach Hause nehmen und dort in Ruhe noch einmal durchlesen können. Es ist deshalb wichtig, die Beratung möglichst frühzeitig anzusetzen, damit die Paare nicht unter Zeitdruck geraten.

Der Weg zum Entscheid

Was will die Frau?

Die Beraterin sollte herauszufinden versuchen, was die Frau will. Manche Frauen werden von ihren Familien dazu gedrängt, anders zu handeln, als es ihrer Überzeugung entspricht. Diese Frauen sollen in ihrer Entscheidung unterstützt werden. Da die Unterstützung der Frauen durch ihre Partner entscheidend ist, muss auch die Einstellung des Partners erfragt werden. Wie ist die Beziehung des Paares zueinander? Muss die Frau die Entscheidung alleine treffen und gegebenenfalls auch die Folgen dieses Entscheids allein tragen? Wer aus ihrem sozialen Umfeld könnte



Fotos: Susanna Hufschmid

Befürworterinnen wie Kritikerinnen sind sich in einem Punkt einig: Keine Pränataldiagnostik ohne begleitende Beratung.

Beratungsstellen

für Pränataldiagnostik

Verein Ganzheitliche Beratung und kritische Information zu pränataler Diagnostik
Wülflingerstrasse 28a
8400 Winterthur
Telefon 052 222 50 60

apella
Informationstelefon zu Verhütung, Schwangerschaft und Kinderlosigkeit
Mattengasse 27
8005 Zürich
Telefon 01 273 06 60

Aktionsforum MoZ:
Mutterschaft ohne Zwang
Postfach 611
8026 Zürich

Universitäts-Kinderklinik
Inselspital Bern
Medizinisch-Genetische Beratung
3010 Bern
Telefon 031 632 94 82

sie in einem solchen Fall begleiten und unterstützen?

Einstellung der Beraterin zur PND

Die Beraterin muss sich sehr darüber bewusst sein, welche Einstellung sie selbst der PND, dem Risiko der Methode und Behinderungen gegenüber hat. Sie muss sich ihrer eigenen ethischen Grundsätze bewusst sein und soll diese auch formulieren können. Ihre Einstellung zur PND wird ihre Beratung beeinflussen – darüber muss sie sich im klaren sein. B. Katz-Rothman sagt dazu nach vielen Beratungsgesprächen zur PND: «Die Beratung muss einen Einfluss auf die Entscheidfindung haben, sonst hat sie keinen Zweck. Wenn die Beraterinnen schon nicht versuchen, die Entscheidung selber zu beeinflussen, so versuchen sie doch, Einfluss auf die Entscheidfindung zu nehmen. Aber wie kann man diesen Vorgang beeinflussen, ohne nicht auch direktiven Einfluss auf die Entscheidung zu nehmen?» (*Schwangerschaft auf Abruf.* Metropolis Verlag Marburg, 1998). Das Zitat zeigt auf, dass die Beratung trotz allem einen Einfluss ausübt. So werden die Beratungen, meist unbewusst, so gestaltet, dass die Beraterinnen zu einigen Fragen hin- und von anderen eher ablenken, Risiken vermehrt ansprechen oder eher umgehen. Die Beraterin trägt eine aussergewöhnlich grosse Verantwortung in diesen Gesprächen, und dessen muss sie sich bewusst sein. Für die Beratenen ist es wichtig zu wissen, welche Haltung die Beratungsstelle zur PND einnimmt, damit sie die Informationen beurteilen können.

Keine Wertung des Entscheids

Die Entscheidung, wie immer auch sie ausfällt, muss als richtig angesehen und darf von der Beraterin nicht gewertet werden. Es ist Sache der Frau und Mutter zu entscheiden, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch oder Spätabort auf sich nehmen kann oder ob es in ihren Möglichkeiten liegt, ein behindertes Kind auszutragen und aufzuziehen.

Gespräch statt Merkblatt

Es darf nicht geschehen, dass Frauen sich zu einer Amniozentese entschliessen, bloss weil ihre Ärztin oder ihr Arzt es empfohlen hat oder weil es heute «halt so üblich ist». In manchen Praxen wird den Frauen auch einfach ein Merkblatt oder eine Broschüre in die Hand gedrückt, und sie sollen sich auf Grund dieser Information dann entscheiden. Ein Beratungsgespräch zur PND sollte meiner Meinung nach mindestens eine halbe Stunde beanspruchen und im Bedarfsfall verlängert werden. Das Ergebnis einer Untersuchung muss den Eltern persönlich mitgeteilt werden durch dieselbe Person, welche die Beratung geleitet hat. Ein positives Resultat darf nie schriftlich mitgeteilt werden.

Beratungsmodelle für die Hebamme

Umfassendere Beratung

Obwohl heute das Thema der PND sehr kontrovers diskutiert wird, sind sich sowohl HumangenetikerInnen wie kritische Institutionen in einem einig: Vor der PND *muss* eine eingehende Beratung stattfinden. Einige sind sogar der Meinung, dass diese Beratung zu einer Betreuung ausgeweitet werden sollte, welche Beratung, Entscheidfindung, Übermittlung des Resultats, Begleitung bei einem Abbruch und Nachbetreuung umfasst. Heute sind die verschiedenen Bereiche getrennt. Die Diagnosen werden nicht von denselben Personen gestellt, welche später den Schwangerschaftsabbruch durchführen. So wird die Verantwortung über den Entscheid immer weitergegeben, ohne dass sich wirklich jemand verantwortlich fühlt, und am Ende fällt sie immer auf die Frau zurück. Allerdings birgt die umfassende Betreuung und Beratung auch die grosse Gefahr der Einseitigkeit.

Ich stelle folgende Hypothese auf: Müssten jene, welche die Diagnose stellen, die Frau auch während der Geburt, zum Beispiel in der 20. SSW betreuen, dann würden die Beratungen eine ganz

Vorschau
Bis spätestens im Frühjahr 1999 wird die Fort- und Weiterbildungskommission des SHV eine Fortbildung über *«Beratung zur PND für Hebammen»* anbieten.

andere Gewichtung erhalten. Sie müssten umfassender werden, Alternativen zu den humangenetischen Beratungsstellen und gynäkologischen Praxen anbieten, und unabhängig sowie – so weit als möglich – neutral sein.

Wo können Hebammen beraten?

Meines Erachtens liegt in einer vermehrten Kontrolle der Schwangeren die Möglichkeit für Hebammen, sich intensiver in der Beratung zu engagieren. Da die Schwangerschaftskontrolle ja durchaus in unserem Kompetenzbereich liegt, sollten wir versuchen, diese vermehrt in die Hände der Hebammen zurückzubekommen. An einigen Orten wie in Geburtshäusern, Frauenambulatorien, in der freiberuflichen Tätigkeit, an einigen Beratungsstellen und Spitälern ist dies bereits geschehen. Andere Möglichkeiten sehe ich im Sexualkundeunterricht an den Schulen und in der Beteiligung von Hebammen an Podiumsgesprächen zum Thema Pränataldiagnostik. Auch existieren bereits Beratungsstellen mit einer betont kritischen Einstellung, die teilweise mit Hebammen zusammenarbeiten. Wir müssen zudem fähig sein, auf Fragen einzugehen, welche Schwangere in den Gebärabteilungen an uns stellen.

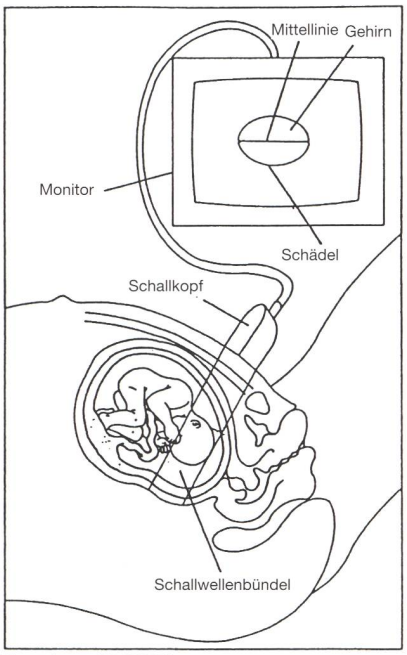
Beratung plus

Das Gespräch und die Betreuung nach einem allfälligen Schwangerschaftsabbruch oder einer Geburtseinleitung ist besonders dringlich. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Eltern nach einem Abbruch aus kindlicher Indikation oft in sehr ernsthafte Krisen geraten, die teilweise auch nach zwei Jahren noch nicht durchgestanden sind. Dies bestätigt meine Ansicht, dass Beratung und Betreuung auf einen viel längeren Zeitraum ausgedehnt werden sollten. Ein Gebot, welches

ÜBERSICHT

Die Methoden der Pränataldiagnostik

Kathrin Pfäffli



Illustrationen: NOGERETE

«Mein Mann und ich waren schon vor dieser Schwangerschaft über die Tests unterrichtet und hatten uns auch schon dagegen entschieden. Wir hatten uns dieses Kind schliesslich gewünscht, man kann ja auch nicht sagen, ob ein Kind später gesund bleiben wird. Wir überlegten uns schon, dass es ein Gebrechen haben könnte, aber die Hoffnung, es möge gesund sein, war grösser.»

1. Sonographie

Zeitpunkt: jederzeit möglich

Resultat: sofort

Diagnosemöglichkeiten:
- Fehlbildungen
- Atresien
- Verdacht auf Chromosomenaberrationen
- Fruchtwassermenge
- Plazentastruktur
- Zysten/Tumore
- Verhaltensweise des Föten

Vorteile:
- Resultat ist sofort bekannt
- Bild des Kindes für die Eltern (wichtig bei späterer Interruptio)
- Schwere der kindlichen Schädigung kann u.U. ermessen und so der beste Geburtsmodus gefunden werden
- Bei Therapiemöglichkeiten können diese rechtzeitig besprochen und eingeleitet werden
- Erkennung von Fehlbildungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind; Frau/Eltern haben die Wahl, ob sie das Kind austragen wollen oder nicht
- Minimierung des Risikos bei invasiver Diagnostik

Nachteile:
- 40 % falsch-positive Resultate, daher unnötige invasive Eingriffe
- Ungefährlichkeit (bei häufiger Anwendung) ist nicht erwiesen

2. Alphaprotein/ Alphaprotein-Plus

Zeitpunkt: zwischen 15. und 18. SSW

Resultat: < 1 Woche

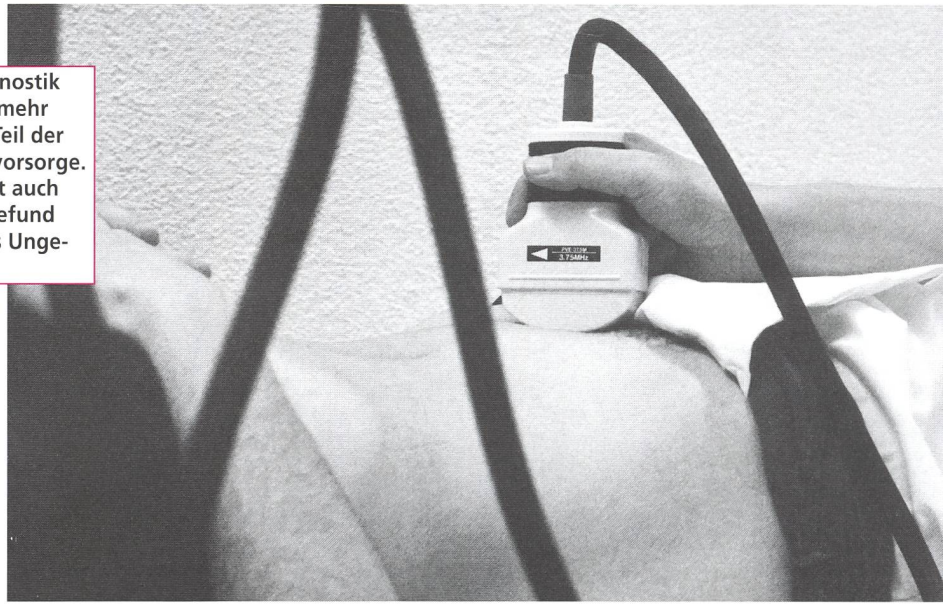
Diagnosemöglichkeiten:
- Neuralrohrdefekte
- Organfehlbildungen
- Trisomien
- IUFT/Abort
- Mehrlinge
- Morbus Hämalyticus

Vorteile:
- Bei Frauen über 35: Zuerst das AFP, dann erst evtl. Amniozentese
- 95 % der Anencephalus-Fälle und 70 % der Spinabifida-Fälle können festgestellt werden (mit US überprüfen)

Nachteile:
- Positives Resultat muss immer mit US oder Amniozentese bestätigt werden, da blosser Verdacht
- 95 % der Werte, die ausserhalb des Mittelwerts liegen, sind falsch-positiv
- grosse Verunsicherung der Frauen
- 200–300 Amniozentesen auf 1 Trisomie 21
- hohe Kosten, tiefer Nutzen
- später Zeitpunkt
- AFP-Plus ist nur Risikoberechnung
- US zur genauen Terminabklärung unabdingbar

«Der Hauptgrund, den Test zu machen war, dass ich einen Beruf habe, den ich weiter ausüben möchte. Ich (...) habe einen Partner, der bereit ist, das Kind eine bestimmte Zeit zu hüten, so dass ich nicht gezwungen bin, eine traditionelle Frauenrolle zu übernehmen. Die muss ich vielleicht für ein paar Monate übernehmen, aber dann bin ich wieder draussen. Mit einem behinderten Kind wäre ich jahrelang gebunden. Über Jahre habe ich daran gearbeitet, von der traditionellen Frauenrolle wegzukommen, und ich möchte nicht wieder hineinrutschen.»

auch für uns Hebammen bei der Betreuung einer Frau gilt, die ein fehlgebildetes Kind geboren hat. Solche Frauen sollten auch zu einem späteren Zeitpunkt ein Nachgespräch mit der betreuenden Hebamme oder der Institution in Anspruch nehmen können, möglicherweise auch im Zusammenhang mit einem allfälligen Autopsiebericht.



Die Ultraschalldiagnostik ist ein heute nicht mehr wegzudenkender Teil der Schwangerschaftsvorsorge. Dennoch garantiert auch ein unauffälliger Befund die Gesundheit des Ungeborenen nicht.

Eigene Betroffenheit

Da ich in einer grossen Klinik arbeite, in der pränatale Diagnosen durchgeführt werden und wohin aus den gynä-

3. Amniozentese

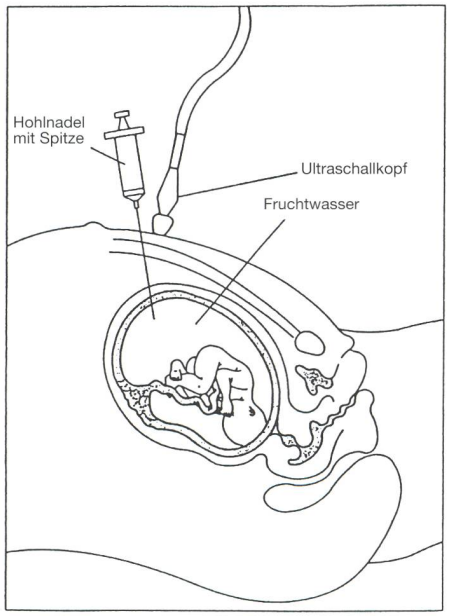
Zeitpunkt: 16.–18. SSW

Resultat: 2–4 Wochen

Diagnosemöglichkeiten:
- Trisomien
- Triplo-X-Konstellation
- Kleinefelter-Syndrom
- Turner-Syndrom
- 47, XXY, mit Varianten
- Spina bifida

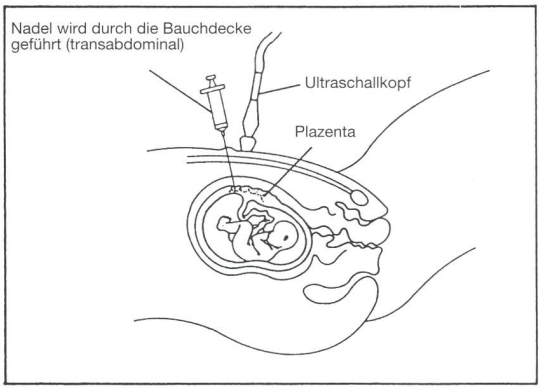
Vorteile:
- geringstes Risiko
- Resultat gilt als sicher

Nachteile:
- später Zeitpunkt
- Fehlgeburtenrate 0,5–1 % (zusätzlich)
- bei 1 % Wiederholung nötig
- keine Aussage über Schweregrad der Behinderung



« Ich fühlte mich in einer schaurigen Zwickmühle, rundherum hörte ich: Hast du jetzt die Untersuchung gemacht? Du musst unbedingt, wenn es diese Möglichkeit schon gibt... Und falls du dann ein behindertes Kind hast? Du hast doch schon zwei Kinder, du musst auch an sie und deinen Mann denken. Furchtbar, was da alles kam, von meiner Familie, von meinen Bekannten. Ich habe nur ganz wenige Frauen getroffen, die den Test nicht nötig fanden. »

4. Chorionzottenbiopsie



Zeitpunkt: < 10. SSW (> 15. SSW: Plazentabiopsie)

Resultat: 1 Woche (DNS-Analysen länger)

Diagnosemöglichkeiten:
- Chromosomenanomalien (s. Amniozentese)
- DNA-Diagnosen (Zystische Fibrose, Muskeldistrophieen, Hämophilien, Chorea Huntington, u.a.)

Vorteile: früher Zeitpunkt
- Interruptio möglich (Saugcurettage)
- Ergebnis vor allfälliger Cerclage
- bei hohem Erbkrankheitsrisiko kann bei negativem Resultat ein Schwangerschaftsabbruch vermieden werden

Nachteile:
- Fehlgeburtenrisiko 1,3 – 2,4 % (zusätzlich)
- bei 2,2–10 % Wiederholung nötig
- vermehrt Beschwerden
- falsch pathologische Karyotypresultate 1 %
- falsch normale Karyotypresultate < 0,1 %
- Diagnose bei Zystischer Fibrose manchmal unsicher
- keine Aussage über Schweregrad der Behinderung
- Aufdecken von Krankheiten, die erst im Alter ausbrechen und für die es keine Therapien gibt
- Neuralrohrdefekte können nicht diagnostiziert werden, was u.U. eine Amniozentese zur Folge hat

kologischen Praxen Frauen mit fehlgebildeten Kindern überwiesen werden, bin ich öfters mit einer Geburtseinleitung aus kindlicher Indikation konfrontiert. Solche Situationen sind für uns alle im Team sehr belastend, und wir spüren unsere eigenen Grenzen. Ich muss mit meiner eigenen Trauer umgehen, und trotzdem die Frauen begleiten und unterstützen. Dies erfordert immer erneut die Auseinandersetzung mit dem Thema. Zum Glück arbeite ich in einem Team, das mich trägt und mit dem ich diese schwierigen Situationen besprechen und teilen kann. Meiner Meinung nach sollte uns jedoch zur besseren Stressbewältigung eine professionelle Beratung angeboten werden. Auch die vermehrte Auseinandersetzung an Sitzungen und Seminaren mit dem Tod und der damit verbundenen Trauerarbeit würde helfen. Und die Frage, warum *wir* als Hebammen die geburtseinleitenden Medikamente verabreichen, und nicht die überzeugten Befürworter der PND, müsste neu diskutiert werden. ◀

Quelle: Kathrin Pfäffli, «Die Hebamme als Beraterin bei der Pränataldiagnostik». Einzelarbeit der Höheren Fachausbildung für Hebammen, Stufe I, Kaderschule SRK Aarau 1994. Erhältlich bei: K. Pfäffli, Appenzellerstrasse 27, 8049 Zürich.

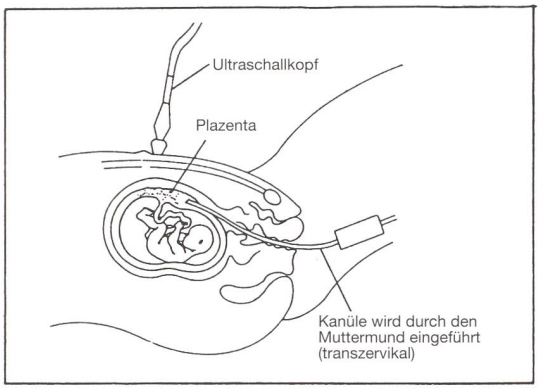
Ausgewählte Literatur zur Pränataldiagnostik

«Vorgeburtliche Diagnostik». Von neuen Techniken und ihren Folgen. Arbeitsmaterial für Frauen und Frauengruppen. Herausgegeben durch: NOGERETE, Postfach 7408, 3001 Bern, Telefon 031 311 87 33.

«Das ungeborene Kind unter der Lupe». Projektarbeit des Kurses Artemis der Hebammenschule Bern. Faltblatt für werdende Eltern, zu beziehen bei: Ausbildungszentrum Insel, Hebammenschule Bern, Friedbühlstrasse 53, 3010 Bern.

ÜBERSICHT

5. Plazentabiopsie



Zeitpunkt: 15. SSW

Resultat: 3–4 Tage

Diagnosemöglichkeiten:
siehe Chorionzottenbiopsie

Vorteil: DNA-Analyse möglich

Nachteil:
Abortrate unbekannt
1–2 % falsch-positiv, vor allem bei höherem Gestationsalter
später Zeitpunkt
evtl. Amniozentese zusätzlich nötig

6. Cordozentese

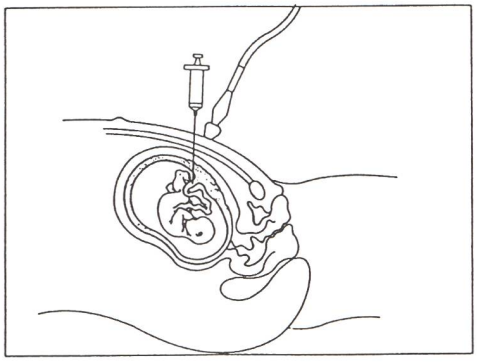
Zeitpunkt: > 16. SSW

Resultat: 4 – 5 Tage

Diagnosemöglichkeiten:
Blutkrankheiten
(Hämophilien, Thalassämie, RH-Inkompatibilität)
Chromosomenaberrationen
O_2/CO_2-Untersuchung
fötale Infektionen

Vorteile:
wenn eine Abklärung nur mit fetalem Blut möglich ist

Nachteile:
unmittelbarer Fruchttod 1–6,9 %
Hämatombildung
später Zeitpunkt
risikoreich
siehe Amniozentese/ Chorionzottenbiopsie



« Mein Mann und ich dachten einfach, dass wir das Kind, falls es behindert wäre, akzeptieren lernten. Dieses zweite Kind kam ja nicht unerwartet, wir hatten es uns gewünscht. Ich glaube nicht, dass wir uns bei einem pathologischen Testbefund dagegen hätten entscheiden können. »

7. Fötale Biopsie

Zeitpunkt: keine Angaben

Resultat: keine Angaben

Diagnosemöglichkeiten:
schwere Hautkrankheiten
Organschädigungen (z.B. Leber)

Vorteile:
wenn eine Abklärung nur mit Biopsie möglich ist

Nachteile:
wird selten durchgeführt
Abortrate unbekannt
evtl. Narben

« ...ich könnte mir nicht vorstellen, 24 Stunden pro Tag während 20 Jahren oder mehr ein behindertes Kind zu betreuen. »

8. Neue Methode: Isolierte Kindeszellen aus mütterlichem Blut

In vier medizinischen Zentren in den USA und an der Frauenklinik Basel wird eine neue, noch «namenlose» Methode erprobt: Aus dem mütterlichen Blut werden rote Blutkörperchen des Kindes isoliert, im Labor vermehrt und anschliessend auf Chromosomenfehler hin untersucht. Die beteiligten Zentren halten sich dabei an ein genaues wissenschaftliches Protokoll und werten ihre Daten zentral aus. Bevor der Test für die Praxis freigegeben wird, müssen laut Wolfgang Holzgreve, Chefarzt an der Basler Frauenklinik, auch die ethischen und gesellschaftlichen Auswirkungen beurteilt werden.

Quelle: «Tages-Anzeiger», 4. März 1998