

Zeitgemässe Ethik der Geburtsbetreuung

Autor(en): **Brailey, Sue**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **103 (2005)**

Heft 10

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950069>

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.

EDITORIAL

Mein erster Impuls zum Thema: informieren, noch mehr informieren? Die Frauen quellen über vor Informationen, sind doch schon überinformiert durch Ärzte, Hebammen, andere Fachpersonen, Fachbücher und weniger fachbezogene Bücher, durch die Medien jeglicher Form. Alle wollen informieren. Das gehört sich so, es wird doch gefordert. Aber fragt sich jemand: mit welcher Information kann Frau/Mann dann auch umgehen? Und, wenn ich



informiere, tue ich dies mit der Erwartung, dass die Frau danach selber eine Entscheidung trifft?

Was wir aus Studien und aus eigener Erfahrung wissen: eine informierte Frau, die fähig ist für sich und ihr Kind eine Wahl zu treffen, die sich ihrer Fähigkeiten und Kompetenzen bewusst ist, ist eine gesündere Frau. Sie wird eher ein gesundes Kind gebären und weniger Komplikationen erleben, sie braucht seltener soziale und medizinische Unterstützung, verursacht weniger Kosten. Doch vor allem macht diese Frau während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine befriedigendere Erfahrung, und ihr Kind hat die bessere Chance für einen optimalen Start ins Leben. Diese Erfahrung der Frau ist eine Evidenz, die ernst genommen werden will. So zu informieren, dass jemand eine Wahl treffen kann, heisst sich selber weiterzuentwickeln, sich selber zu informieren, die eigene Arbeit evidenzbasiert auszurichten und also eigenes Rüstzeug zu erwerben, um es gut dosiert weitergeben zu können.

Aha, nun wird das Thema konkret, sinnvoll und spannend, denn aus einem Informations-Wirrwarr kann etwas Konstruktives entstehen. Und das Tolle ist, dass es Hebammen auf der ganzen Welt interessiert. Der Code of Ethics des ICM, von Hebammen verschiedenster Länder während vieler Jahre erarbeitet und 1993 angenommen, enthält nebst anderen wichtigen Kriterien gerade auch Empfehlungen über das Recht auf Information. Sue Brailey hat einen Beitrag geschrieben, der die vielen Facetten der informierten Entscheidung (informed choice) erläutert und uns vielleicht neue Sichtweisen und Möglichkeiten vermittelt, wie wir mit diesem Thema umgehen können.

Also doch informieren, aber «mit Köpfchen»!

Zuzka Hofstetter

Zuzka Hofstetter

Informiert wählen

Zeitgemässe Ethik

Die schwangere und gebärende Frau in die Entscheidungen zu ihrer Betreuung mit einzubeziehen ist etwas vom Wichtigsten, was professionelle Betreuerinnen und Betreuer tun können. Zahlreiche Studien zeigen es klar: Bleibt die Kontrolle bei der Frau, wird sie angehört und spielt sie bei allen Entscheidungen eine aktive Rolle, dann wirkt sich das positiv auf ihre Geburtserfahrung aus (Green 1990, Hadari 2002, Simkim 1991). Für viele Frauen ist es die entscheidende Komponente für ein gutes Geburtserleben.

Sue Brailey

IN der gesellschaftlichen Entwicklung der letzten 30 Jahre haben Werte wie Selbstbestimmung, Individualität, Persönlichkeitsrechte und Wahlmöglichkeiten ein grosses Gewicht bekommen, was sich auch auf die traditionelle Beziehung zwischen Patienten und Gesundheitspersonal auswirkt. Vielen Frauen genügt es nicht mehr, die Verantwortung für sich und ihr Kind einfach einem Arzt oder einer medizinischen Betreuungsperson zu überlassen. Im Gegenteil, viele Frauen wollen als aktive Partnerinnen bei den Entscheidungsprozessen mitwirken, und sie wünschen Informationen über die ihnen offen stehenden Wahlmöglichkeiten.

Der Einzug des Internet in viele Haushalte hat auch Laien den Zugang zu medizinischer Forschung und Fachzeitschriften geöffnet. Wir können uns heute Informationen beschaffen, die früher nur den Gesundheitsprofis vorbehalten waren. Viele Frauen sind heute gut informiert.

Dieser Artikel zeigt die ethischen und gesetzlichen Aspekte der informierten Entscheidung («informed choice») auf und erörtert, wie sie im Praxisalltag angewendet werden können.

Was bedeutet «informierte Entscheidung»?

Das Konzept der informierten Entscheidung basiert auf ein paar grundsätzlichen Wertvorstellungen:

- Frauen haben das Recht auf Informa-

tion über ihre Betreuung und müssen in Entscheidungen, welche ihren Körper betreffen, mit einbezogen werden.

- Frauen sind die primäre Entscheidungsinstanz bei allem, was während ihrer Schwangerschaft und Geburt mit ihnen geschieht.

Die informierte Zustimmung unterscheidet sich von der informierten Entscheidung insofern, als es bei ersterer um das passive Einverständnis mit einer bestimmten und in der Regel einmaligen Behandlung geht. Obwohl sich

die beiden Konzepte überschneiden, impliziert die informierte Entscheidung, dass ihr Diskussionen über eine Anzahl verschiedener Behandlungsmöglichkeiten vorangehen, während es bei der informierten Zustimmung vor allem um das Für und Wider einer einzigen Behandlungsweise geht. Wenn Frauen informiert wählen, dann entscheiden sie sich aktiv für eine Vorgehensweise, die ihren Bedürfnissen und

Wünschen entspricht. Sie werden dabei von ihren professionellen Betreuerinnen beraten, aber übernehmen die Verantwortung für ihre eigenen Entscheidungen.

Ethisches Konzept

Bei der informierten Entscheidung handelt es sich um ein ethisches Konzept, das von Hebammen auf der ganzen Welt begrüsst wird. Die internationale Hebammenvereinigung ICM hat im Zusammenhang mit informierter Entscheidung einen ethischen Verhaltenskodex verabschiedet, dem auch der



Sue Brailey

frei schaffende und Beleghebamme, Ausbilderin an der Hebammenschule Bern, Mitglied des redaktionellen Beirats der Hebamme.ch

der Geburtsbetreuung

Schweizerische Hebammenverband zugestimmt hat (s. Kasten)

Rechtliche Situation

Bei der informierten Entscheidung bzw. Zustimmung geht es auch um eine rechtliche Frage. Wir müssen von Gesetzes wegen informierte Entscheidung und Zustimmung praktizieren. Das Gesundheitsgesetz des Kantons Bern (GesG) von 2001, Artikel 40 sagt dazu:

1. Die Fachperson darf eine Massnahme nur durchführen, wenn die Patientin oder der Patient nach vorgängiger Aufklärung eingewilligt hat.
2. In Notfällen wird die Zustimmung vermutet, wenn die Massnahme dringlich und unerlässlich ist, um eine unmittelbare und schwere Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der Patientin oder des Patienten abzuwenden, und wenn keine entgegenstehende Meinungsäusserung bekannt ist. Die Auf-

klärung ist nachzuholen, sobald die Umstände es erlauben.

Wir dürfen nicht vergessen, dass das Gesetz sich auch auf das Kind bezieht. Neugeborene gelten als «nicht urteilsfähig», deshalb muss vor jeder medizinischen Behandlung die Zustimmung der nächsten Verwandten, d.h. üblicherweise der Eltern, eingeholt werden. Dies ist beispielsweise vor der Abgabe von Vitamin K oder vor der Durchführung eines nachgeburtlichen Screeningtests (Guthrie) der Fall.

Bei der geburtshilflichen bzw. der Hebammenarbeit geht es normalerweise um drei Hauptgebiete, bei denen die informierte Entscheidung berücksichtigt werden muss:

- Klinische Untersuchungen, z.B. Ultraschall
- Screening, z.B. CTG
- Medizinische oder chirurgische Therapien, z.B. Verabreichung von Medi-

Viele Frauen wollen als aktive Partnerinnen mitentscheiden und wünschen sich Informationen über das, was zur Wahl steht.

ICM und informierte Entscheidung

Unterschiedliches Verständnis zur Ethik verbunden mit Hebammenarbeit hat den ICM (International Confederation of Midwives) bewogen, einen «Code of Ethics» zu erarbeiten. Er definiert die moralischen Inhalte der Hebammenarbeit in Bezug auf die Bedürfnisse der Frauen. Hebammen aus der ganzen Welt beteiligten sich an der Erarbeitung, und nach sieben Jahren wurde das Dokument 1993 in Vancouver angenommen. Es soll ein lebendiges Dokument sein, welches sich den veränderlichen Gesellschaftsformen anpasst und über Jahre hin Verwendung findet.

Zum Thema Informierte Entscheidung («informed choice») finden sich folgende Empfehlungen:

1a: Hebammen respektieren das Recht der Frau, informiert zu sein und wählen zu können, und fördern ihre Bereitschaft, die Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen.

1b: Hebammen arbeiten mit den Frauen zusammen. Sie unterstützen ihr Recht, sich aktiv an Entscheidungen zu ihrer Betreuung zu beteiligen, und ermächtigen Frauen zur Mitsprache über Frauen- und Familiengesundheit in ihrer Kultur bzw. Gesellschaft.

Definition «Recht auf informierte Entscheidung»:

«informiert» impliziert, dass der Frau vollständige und für sie verständliche Information über Risiken, Vorteile und zu erwartende Resultate jeder ihr offen stehenden Wahlmöglichkeiten gegeben wird.

Zuzka Hofstetter

Dieses Dokument ist auf www.internationalmidwives.org unter «Core Documents» zu finden. Übersetzungen aus dem ICM Dokument: Gerlinde Michel.



kamenten oder Durchführung von Massnahmen wie eine Amniotomie

Informierte Entscheidung bei der Arbeit

Es ist notwendig, dass wir uns als Hebammen dafür verantwortlich fühlen, unsere Klientinnen über die Wahlmöglichkeiten in der Mutterchaftsbetreuung zu informieren. Dies bedeutet, dass wir

- bei den Untersuchungsterminen genügend Zeit einplanen
- rechtzeitig Vorteile und Risiken diskutieren und Alternativen präsentieren
- Ungewissheiten nicht «wegreden», wenn die Effektivität bestimmter Handlungen nicht bewiesen ist
- die Frauen dazu ermutigen, eine Wahl zu treffen, die ihren eigenen Wertvorstellungen und Bedürfnissen entspricht
- ihre Entscheidung unterstützen
- uns über die aktuelle Forschung und Praxis à-jour halten (Page 1999).

Umsetzung des Gesetzestexts

In der Formulierung des Gesetzgebers heisst dies:

Broschüren im Internet

«Informed choice»

Die «Informed Choice» Broschüren des englischen Informations- und Dokumentationszentrums für Hebammen MIDIRS können übers Internet angeschaut, bestellt oder als PDF-Dokument auch gratis heruntergeladen werden:

www.infochoice.org
www.midirs.org

1. Die Fachperson hat die Patientin oder den Patienten im Rahmen ihrer Zuständigkeit vollständig, angemessen und verständlich aufzuklären.
2. Die Aufklärung hat sich insbesondere zu erstrecken auf
 - a. den Gesundheitszustand der Patientin und im Rahmen der Zuständigkeit der Fachperson auf die entsprechende Diagnose,
 - b. den Gegenstand, die Modalitäten, den Zweck, die Risiken, die Vor- und Nachteile und die Kosten der beabsichtigten vorbeugenden, diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen und
 - c. die Behandlungsalternativen. (Art. 39 GesG 2001)

Nehmen wir als Beispiel das Management der Nachgeburtsperiode. Wenn wir uns Artikel 39 des Gesundheitsgesetzes vor Augen halten, könnten wir mit unserer Klientin folgende Punkte diskutieren:

- 2.a: Den allgemeinen Gesundheitszustand der Frau inklusive ihre zuletzt gemessenen Hämoglobinwerte sowie allfällige vorexistierende Risikofaktoren für eine postpartale Blutung
- 2.b: Was verstehen wir unter aktivem und passivem Management der dritten Geburtsphase? Welches

sind ihre Vor- und Nachteile? Welches die Risiken? Warum braucht man Oxytocin, und welches sind die Risiken? Wie wird Oxytocin verabreicht? Wenn die Frau mit Oxytocin einverstanden ist, ist sie zu einer intravenösen Kanüle bereit, oder zieht sie eine einzige Oxytocininjektion IV oder IM vor?

2.c: Alternativen, zum Beispiel eine Mischung zwischen aktivem und passivem Management.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit

Eine nützliche Anleitung für solche Diskussionen hat die englische Hebamme Lesley Page geschrieben. Sie formulierte fünf Schritte der evidenz-basierten Betreuung:

- Herausfinden, was für die Frau und ihre Familie wichtig ist
- Informationen aus der klinischen Untersuchung verwenden
- Evidenz suchen und prüfen, um über Entscheidungen zu diskutieren
- Alles in Ruhe besprechen
- Über Gefühle, Resultate und Konsequenzen reflektieren (Page 2000)

Bei diesem Prozess können Hebamme und Frau partnerschaftlich zusammenarbeiten. Die Hebamme trägt mit ihrer Expertise und ihrem Wissen bei, die Frau bringt ihr eigenes Wissen, ihre Wertvorstellungen und Präferenzen ein.

Der Zeitpunkt solcher Gespräche ist sehr wichtig. Die Schwangerschaft ist die Zeit zum Auswählen und Entscheiden. Während der Schwangerschaft sind die Frauen in der Lage, Informationen zu sammeln und sich zu überlegen, was für sie am besten ist.

Beispiele für Entscheidungen, die in der Schwangerschaft anstehen: Wer

Die Schwangerschaft ist die Zeit zum Auswählen und Entscheiden.

Foto: Dagmar Ittig



betreut mich? Wo will ich gebären? Welche Vorsorgetests wünsche ich? Will ich Ultraschalluntersuchungen? Fragen zur Routinebetreuung während und unmittelbar nach der Geburt sollten immer vorher und keinesfalls unter der Geburt diskutiert werden. Die Wünsche und Entscheidungen der Frau können in ihrer Dokumentation notiert werden.

Gesprächsführung ist wichtig

Die Art und Weise, wie wir diese Diskussionen durchführen, sind für ihren Erfolg mitentscheidend. Es ist wichtig, das Gespräch individuell auf die Frau abzustimmen. Wir beziehen also ihre frühere Geschichte mit ein, ihren Bildungsstand und ihre sozial-ökonomische Situation. Ob wir mit einer schwangeren Hebamme diskutieren, die ein grosses Vorwissen mitbringt, oder mit einer jungen, nur wenig gebildeten Frau, wird die Gesprächsebene wesentlich beeinflussen. Ebenso macht es einen Unterschied, ob wir mit einer Erst- oder Mehrgebärenden sprechen. Von vorschnellen Annahmen über den Wissenstand der Frau zu einem Thema müssen wir absehen. Dabei hilft es, wenn wir bei Gesprächsbeginn die Frau und ihren Partner ganz einfach fragen, wie viel sie bereits über ein Thema wissen.

Unser Sprachgebrauch spielt eine wichtige Rolle, wie wir mit Menschen interagieren. Eine sorgfältige Wortwahl kann das Gefühl von gemeinsamer Kraft und Verantwortung wesentlich fördern. Wendungen wie «Sie dürfen nicht», «Sie müssen» oder «Sie können nicht» gehören nicht zur Arbeit der modernen Hebamme. Auch sind sie nicht korrekt, da wir urteilsfähige Erwachsene nicht einfach zu etwas zwingen oder von etwas abhalten dürfen. Bei Sprachbarrieren sollten grosse Anstrengungen unternommen werden, einen Übersetzungsdienst zu engagieren, idealerweise eine professionell arbeitende Übersetzerin. Wenn wir uns für diese Gespräche viel Zeit nehmen, dann entstehen am ehesten sinnvolle Diskussionen. Auch stellen die Frauen dann eher von sich aus Fragen.

Über Risiken sprechen

Die Kommunikation über Risiken gehört wesentlich zur informierten Zustimmung und Entscheidung. Ohne Kenntnis der einhergehenden Risiken können Frauen und Paare nicht informiert wählen.



Die meisten Menschen halten eine Hausgeburt für risikoreicher als eine Geburt im Spital, auch wenn die Evidenz dies nicht unterstützt.

Foto: Geburtshaus Artemis

Was verstehen wir genau unter dem Begriff «Risiko»? Risiko ist die Brücke zwischen Wagnis und Gefahr. Je höher das Risiko, umso grösser wird die Wahrscheinlichkeit, dass das Wagnis in Gefahr umschlägt. Nehmen wir die Bananenschale: Es ist ein Wagnis, wenn Sie auf sie treten. Die Wahrscheinlichkeit, mit der Sie auf ihr ausrutschen und sich verletzen, ist das Risiko.

Sprechen wir mit der Frau über Risiken, dann geben wir ihr einen Rahmen für ihre informierte Entscheidung. Risiko zu kommunizieren ist nicht einfach, denn die meisten Menschen schätzen ein Risiko nicht auf Grund von Fakten ein, sondern auf Grund ihrer Emotionen. Beispielsweise halten die meisten Menschen eine Hausgeburt für risikoreicher als eine Geburt im Spital, obwohl die Evidenz dies nicht unterstützt. Es ist wichtig, dass die Information über Risiken neutral und realistisch daherkommt. Einschüchterungstaktiken sind nicht akzeptabel. Sie verunmöglichen eine freie Wahl oder Entscheidung.

Es gibt einige Techniken, die uns dabei helfen, klarer und objektiver über Risiken zu informieren:

- Vermeiden Sie wenn immer möglich deskriptive Begriffe wie tiefes oder hohes Risiko. Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass eine solche Wortwahl oft die Perspektive des Sprechenden wiedergibt und die Zuhörer zu einer Fehleinschätzung der Risiken verleitet (Merz JF et al. 1991).

- Gebrauchen Sie immer den gleichen Denominator, z.B. 40 von 1000 und 5 von 1000, anstatt 1 von 200 und 1 von 25. Manchmal denken die Leute, 1 von 200 weise auf ein grösseres Risiko hin als 1 von 25, vielleicht weil 200 höher ist als 25. Der Bezug auf einen unveränderten Denominator kommuniziert ein Risiko effektiver, ungeachtet des Bildungsstands der Zuhörer.
- Präsentieren Sie ein Risiko immer in seiner negativen und positiven Form, also: das Risiko, dass eine 39 Jahre alte Frau ein Baby mit Down-Syndrom erwartet, beträgt 1 zu 90 bzw. 89 von 90 Frauen erwarten kein Kind mit Down-Syndrom.
- Gebrauchen Sie wenn möglich visuelles Material wie Tortendiagramme, um Risiken zu illustrieren. Das hilft manchmal, die Dinge in ihr eigentliches Licht zu rücken und ein besseres Verständnis des aktuellen Risikos zu vermitteln (Paling 2003).
- Es kann auch hilfreich sein, ein bestimmtes Risiko mit einem alltäglichen Risiko zu vergleichen. So beträgt beispielsweise das Risiko eines Morbus haemorrhagicus neonatorum ohne Vitamin-K-Gaben ca. 1 in 10000 (Hey 2003), was etwa dem (erfreulichen) Risiko entspricht, bei einer Lotterie die fünf richtigen Nummern zu ziehen (Sedgewick, Hall 2004).
- Wenn wir Risiken einschätzen, dann geht es um die Wahrscheinlichkeit, dass etwas passiert. Dies funktioniert,



Klientinnen – 45 Prozent sind Immigrantinnen aus Afrika und der Karibik und ein grosser Prozentsatz stammt aus der Arbeiterschicht – entscheiden sich normalerweise nicht für eine Hausgeburt. Trotzdem weist die Hebammenpraxis eine Hausgeburtsrate von 43 Prozent aus (Reed 2002). Die Hebammen legen sehr grossen Wert darauf, den Frauen unvoreingenommene Informationen zu geben und ihnen tatsächengerechte Wahlmöglichkeiten zu ihrer Geburtsform zu präsentieren.

Frau trägt Dokumentation auf sich

In vielen Ländern ist es üblich, dass die Frauen ihre Dokumentation bei sich tragen. Mit Dokumentation ist nicht eine Teilversion wie ein Mutterpass gemeint, sondern die vollständigen Dokumentationen über den Schwangerschaftsverlauf. Studien beweisen es: Wenn Frauen ihre eigene Dokumentation auf sich tragen, dann verstärkt das ihr Gefühl, Kontrolle über das Geschehen während der Schwangerschaft zu haben, es vertieft ihre Befriedigung und reduziert die Möglichkeit, dass Dokumente verloren gehen oder verlegt werden (Brown HC 2004). Auch fördert es ein Klima von Transparenz und Partnerschaft. Die Frauen können alles lesen, was in den Dokumenten steht, sie dürfen auch eigene Notizen machen, Informationen hinzufügen und ihre Bedürfnisse notieren. Sollte es unerwartet zur Geburt ausserhalb des gewählten Geburtsortes kommen, dann haben die anwesenden Betreuer Zugang zu allen relevanten Unterlagen, weil die Frau sie immer auf sich trägt. Nach Abschluss des Wochenbetts kann sie eine Kopie der Dokumentation und damit eine Erinnerung an ihre Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett behalten. Das Gesundheitspersonal hat somit auch in Zukunft Zugang zu einer vollständigen Geschichte ihrer bisherigen Schwangerschaften samt Outcomes. Aus rechtlichen Gründen verbleibt das Original bei der hauptverantwortlichen Betreuungsperson.

Schriftliche Information hat den Vorteil, dass sie in aller Ruhe studiert werden kann.
Foto: Konrad Michel

wenn wir von einer grossen Anzahl Menschen reden, aber nicht auf der Ebene des Individuums. Was den einzelnen interessiert, ist, ob etwas eintritt oder nicht. Und niemand kann garantieren, dass ein Risiko nicht eintritt. Deshalb dürfen wir nicht in die Falle geraten und denken, wenn es ein Risiko gibt, dann wird es auch eintreten.

Informierte Ablehnung

Urteilsfähige Erwachsene haben das Recht, eine Behandlung abzulehnen oder sich für eine Variante zu entscheiden, mit der wir möglicherweise nicht einverstanden sind. Ausgenommen davon sind Menschen mit Urteilsunfähigkeit z.B. wegen Geisteskrankheit oder geistiger Behinderung, die von Amtes wegen bevormundet werden.

Nach erfolgter Information muss der Entscheid einer Frau respektiert werden, und es ist unethisch, sie unter Druck zu setzen, damit sie ihre Meinung wieder ändert. Um gerichtliche Klagen zu vermeiden, ist es wichtig, die Gespräche mit der Frau in den Unterlagen zu dokumentieren. Für Gerichte gilt in der Regel: ist etwas nicht dokumentiert, dann ist es nicht passiert.

Hebammen werden oft unruhig, wenn sich eine Frau weigert, das Klinikprotokoll anzuerkennen, z.B. wenn sie intermittierende Herztonüberwa-

chung wünscht, die Klinik jedoch eine kontinuierliche Überwachung vorsieht. Erinnern wir uns daran, dass Klinikvorschriften und -protokolle als Guidelines für das Personal geschrieben wurden und nicht als Regeln, denen sich die Frauen unterziehen müssen. Auch wenn ein bestimmtes Prozedere zur Richtlinie erklärt wurde, heisst dies weder, dass es für die Frau die beste Betreuungsform ist, noch dass es auf Forschungsergebnissen basiert.

Praktiken zur Unterstützung der informierten Entscheidung

Kontinuierliche Betreuung

Eine kontinuierliche Betreuung ist die beste Voraussetzung, dass die Frau informiert wählen kann. Die Möglichkeit, mit einer Hebamme während der Schwangerschaft eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, unterstützt die Entwicklung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit. Während der ganzen Schwangerschaftsdauer können Frau und Hebamme alle in Frage kommenden Möglichkeiten besprechen, der Entscheid wird mit massgeschneiderter Beratung und Information erleichtert. Wie das funktioniert, zeigt das interessante Beispiel einer Gruppe von Hebammen, die in einem unterprivilegierten Quartier in London arbeiten. Ihre

oder weitere Fragen abklären wollen. Schriftliche Unterlagen sparen auch Zeit. Die Hebamme muss nicht jeder Klientin immer wieder das Gleiche erzählen und kann sich spezifischen Bedürfnissen der Frauen widmen.

Ein ausgezeichnetes Beispiel für schriftliche Informationen sind die Broschüren «Informed choice» des britischen Informations- und Dokumentationszentrums für Hebammen MIDIRS.



Auch in Deutschland

Informiert entscheiden

Das englische Erfolgsprojekt «Informed choice» von MIDIRS diente dem Bund Deutscher Hebammen als Anregung: gemeinsam mit dem Sponsor Beiersdorf/Nivea lancierte der BDH 1999 das Projekt «Informiert entscheiden».

Der BDH gab während der Dauer des Projekts je eine Broschüre für Eltern und Fachleute zu den Themen «Aktive Geburt – aufrechte Gebärhaltungen», «Die Wahl des Geburtsortes», «Stillen oder Flasche?», «Geburtsvorbereitung» und «Haut und Allergien» heraus. Die Broschüren erhielten die werdenden Eltern direkt von ihrer Hebamme, oder sie konnten kostenlos beim BDH angefordert werden. Gemäss Edith Wolber vom BDH wurden die Informationschriften viel verlangt.

Leider nahm Nivea seine Babypflege-Serie wieder vom Markt und stieg damit zum grossen Bedauern des Hebammenverbands auch als Sponsor aus. Da bis jetzt ein neuer Sponsor fehlt, werden die Hefte vorläufig nicht weiter aufgelegt. Eine Wiederauflage oder Erweiterung der Informationshefte ist angedacht, aber noch ohne dass konkrete Schritte in Sicht sind.

21 verschiedene Titel decken ein weites Spektrum von Themen ab, von der Wahl des Geburtsorts über Ultraschalluntersuchungen, Herztonüberwachung unter der Geburt bis zum Management einer Beckenendlage. Jeden Titel gibt es in zwei Ausgaben: eine in einfacher, klarer Sprache für die Frau geschriebene Version, welche die aktuelle Evidenz zusammenfasst, und eine Version für Gesundheitsfachleute mit detaillierten und vollständigen Referenzen zum Thema. Sie bieten den Fachleuten Information über den aktuellen Forschungsstand und ermöglichen evidenz-basierte Betreuung.

Geburtsplan

Frauen dazu zu ermutigen, einen Geburtsplan zu schreiben, kann viele positive Auswirkungen haben. Das Aufschreiben klärt eigene Wünsche und Bedürfnisse.

Ein Geburtsplan kann die Betreuenden wirkungsvoll auf spezifische Bedürfnisse der Frauen aufmerksam machen. Fehlt eine kontinuierliche Betreuung ganz oder teilweise, dann bekommt die Hebamme einen Einblick in das, was die Frau braucht oder sich wünscht. Sie muss die Frau im Gebärsaal nicht erst mit vielen Fragen behelligen, sondern kann sich auf den Geburtsplan beziehen. Eine Seite in der Dokumentation kann zum Aufschreiben des Geburtsplans dienen. So ist er sicher in ihrer Nähe, wenn die Geburt beginnt. Er kann auch zum schriftlichen Zeugnis für abgelehnte oder erlaubte Prozeduren werden und allenfalls als rechtskräftiges Dokument dienen. Das Gespräch über den Geburtsplan ist der ideale Anlass während der Schwangerschaft, um mit der Frau ihre Wünsche und Bedürfnisse zu besprechen.

Mögliche Themen eines Geburtsplans: Wahl der Betreuung und des Geburtsorts, Überwachung des Fötus, Geburtsstellungen, Amniotomie, Schmerzbekämpfung, Episiotomie, Management der Plazentaphase, vaginale Untersuchungen, Vitamin-K-Prophylaxe, und viele andere.

Einen Geburtsplan zu schreiben vermittelt der Frau auf wirksame Weise, dass sie die Wahl hat und bezüglich ihrer Betreuung die Rolle einer aktiven Partnerin einnimmt.

Schlussfolgerung

Wollen wir das Prinzip der informierten Entscheidung verwirklichen, dann müssen wir die aktuelle Kultur verän-

dern, in der sich die Gesundheitsversorgung abspielt.

Notwendig ist ein Abrücken von der weit verbreiteten Idee, dass die Gesundheitsfachleute omnipotent und die Frauen passive Empfängerinnen ihrer Dienstleistungen sind. Konzepte wie Transparenz, geteilte Macht, evidenzbasierte Betreuung und Wahlmöglichkeiten müssen zu Grundsätzen unserer täglichen Arbeit werden. Das Arbeiten mit dem Konzept der informierten Entscheidung gibt uns die Gelegenheit, überholte Beziehungen zwischen Gesundheitspersonal und Frauen herauszufordern. Wir können eine neue Kultur aufbauen helfen, die auf Ermächtigung und gemeinsamer Entscheidungsfindung basiert. Das Gefühl, etwas vollbracht zu haben und die Zufriedenheit mit ihrer Geburtserfahrung sind für die Frau unauflöslich damit verbunden, wie viel Einfluss und Kontrolle sie über das Geschehen behält. Je besser die Frau und ihre Betreuerinnen diese Kontrolle teilen, umso tiefer wird ihr Gefühl von Erfüllung sein. ◀

Originalartikel: Sue Brailey, Informed choice: ethical care in the 21st century (2005). Übersetzung: Gerlinde Michel

Referenzen

- Brown HC; Smith HJ.*: Giving women their own case notes to carry during pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2 (2004).
- Green et al.*: Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth* (1990) 17: 15–24.
- Hadari G.*: The impact of medical and nursing interventions during labour on women's sense of control and satisfaction from the birth. *International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world: ICM proceedings CD-ROM Vienna 2002. The Hague: ICM* (2002) 14 pages.
- International Confederation of Midwives: Code of Ethics* (www.internationalmidwives.org, cf. ICM Core Documents).
- Merz JF; Druzdzal MS et al.*: Verbal expressions of probability in informed consent litigation. *Med Decis Making* 1991 vol 11 pp 273–81.
- Page L.*: Informed choice has become a hollow phrase. *MIDIRS Midwifery Digest. Vol 10, no.4 December* (2000) pp 523–52.
- Page L.*: Informed choice initiative, information pack, MIDIRS and The NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999).
- Paling J.*: Strategies to help patients understand risks. *British Medical Journal. Vol 327 September* (2003) pp 745–748.
- Reed B.*: The Albany Midwifery Practice. *MIDIRS Midwifery Digest, vol 14, no1, Mar* (2002) pp118–121.
- Sedgewick, Hall*: Table of everyday risk. bmjournals.com/cgi/content/full.
- Simkin P.*: Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience: part I *Birth*, vol 18, no 4, (1991) pp 203–210.