

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 112 (2014)
Heft: 3

Artikel: Ende des kundigen Urteils?
Autor: Samerski, Silja
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949278>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ende des kundigen Urteils?

Wie «EBM», «Risiko» und «informierte Entscheidungen» die Hebammenkunst gefährden: In der medizinischen Praxis hat sich der Bedeutungswandel des Begriffs «Entscheidung» niedergeschlagen: Entscheiden heisst nicht mehr, nach eigenen Massstäben zu urteilen, sondern aus vorgegebenen Optionen zu wählen.

.....
Silja Samerski, Oldenburg

Die kleine Mira wartet gerne ab. Spricht jemand sie an, so beobachtet und sinniert sie eine Weile. Auf die gleiche Weise kam sie auf die Welt: Ihre Mutter Lina hatte in der 40. Schwangerschaftswoche einen Blasensprung. Die Nacht verstrich, ebenso der nächste Tag und es regte sich nichts. Linas Hebamme betastete den Bauch, sie massen regelmässig Temperatur und sie warteten. Mitfühlende Freundinnen wurden nervös. Oh je, das Risiko! Lina liess sich jedoch nicht beirren. Sie blieb zu Hause und wartete. Endlich, nach fünf Tagen war es so weit. Abends kam die wunderbare Nachricht: Mira ist da! Zu Hause geboren, Mutter und Kind sind wohlauf.

Das eigene Gespür

Miras Geburt war nicht qualitätsgesichert. Lina und ihre Hebamme missachteten die evidenzbasierten Leitlinien, schätzten keine Risiken ab und trafen keine «informierten Entscheidungen». Als die Hebamme Lina über das medizinische Soll einer Geburtseinleitung aufklärte, verstanden das beide als verpflichtendes Informationsritual, aber nicht als Rahmen ihres Denkens und Handelns. Und genau deshalb, weil sie nicht Optionen und Risiken abwogen, konnten sie diesen Weg gehen, der für die kleine Mira und ihre Mutter gut und richtig war. Statt sich an Leitlinien und statistischen Berechnungen zu orientieren, verliessen sie sich auf ihre Sinne, ihr Gespür und ihre Urteilsfähigkeit.

Bereits während der Schwangerschaftsbetreuung hatten sie und Lina sich in ausführlichen Gesprächen kennen und vertrauen gelernt. Als das Kind nach dem Blasensprung nicht kam, wusste die Hebamme, dass Lina ein gutes Gespür für sich hat – dass sie nicht im Kopf, sondern tatsächlich im Bauch schwanger ist, wie sie es formuliert. Die Hebamme versicherte sich, dass es Lina und dem Kind gut ging und sie auch wirklich bereit war für die Geburt. Lina hatte das Gefühl, dass das Kind später kommen würde. Hätte Lina ihr Gespür und ihr gutes Gefühl nicht gehabt, hätte die Hebamme anders gehandelt. Eine Bekannte, die in der gleichen Situation ängstlich und unsicher wurde, überwies sie nach zwei Tagen ins Krankenhaus. Lina dagegen war im Gleichgewicht, wie sie sagte.

Der Imperativ der «informierten Entscheidung»

Diese persönliche Urteilsfähigkeit, das Gespür der Schwangeren einerseits und das kundige geburtshilfliche Wissen um diese Frau und ihre Umstände andererseits, sind jedoch heute bedroht. Die Forderung nach Qualitätssicherung und «informierten Entscheidungen» machen es immer schwieriger, denjenigen Weg zu finden, der in diesen konkreten Umständen für diese eine Schwangere angemessen und gut ist.

Weshalb gefährden «informierte Entscheidungen» die Fähigkeit, einen eigenen Weg zu gehen? Diese Behauptung erscheint auf den ersten Blick widersinnig. «Informierte Entscheidungen» gelten geradezu als Inbegriff von Freiheit, Verantwortlichkeit und Selbstbestimmung. Im Namen der «Patientenautonomie» ist es weit verbreitet, dass ÄrztInnen ihre PatientInnen informieren und zur eigenen oder gemeinsamen Entscheidungsfindung auffordern. Auch in die Geburtshilfe hält der Imperativ der «informierten Entscheidung» Einzug, insbesondere durch die Forderung nach Qualitätssicherung, also nach wissenschaftlich begründeten, standardisierten Kriterien für professionelles geburtshilfliches Handeln. Hebammen und Frauen sollen, wie es heisst, auf der Grundlage der besten medizinischen Information die optimale Option wählen.

Die «informierte Entscheidung» zwischen verschiedenen Optionen untergräbt jedoch die persönliche Urteilsfähigkeit. Sie verlangt, evidenzbasierte Optionen zu vergleichen und vorausberechnete Chancen und Risiken abzu-

Dr. Silja Samerski ist Humangenetikerin und Sozialwissenschaftlerin. Sie hat zwei Töchter und arbeitet an der Universität Oldenburg, wo sie die gesellschaftlichen Folgen von Risikodenken, Gen-Gläubigkeit und professioneller Beratung erforscht. 2010 erschien ihr Buch «Die Entscheidungsfälle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt» (Darmstadt: WBG). Es handelt davon, wie «professioneller Entscheidungsunterricht» die Freiheit verkehrt, selbst denken und entscheiden zu können.
silja@samerski.de

wägen. Mit der leibhaftigen Frau in ihren konkreten Umständen hat sie oft gar nichts zu tun, sie ist von ihrem Risikoprofil, einem Set an statistischen Daten, abgeleitet. Die «informierte Entscheidung» fordert also einen statistischen Blick, der die Frau in ein Daten-Konglomerat verwandelt. Um diese These plausibel zu machen, werde ich zunächst ausführen, warum evidenzbasierte Medizin und Risikobewusstsein nicht als Grundlage für geburtshilfliche Entscheidungen taugen.

Evidenzbasierte Medizin

Die erste Säule der «informierten Entscheidung» ist die evidenzbasierte Medizin (EBM). Das Attribut «evidenzbasiert» hat sich zu einem medizinischen Gütesiegel entwickelt. Dabei wird übersehen, dass die EBM nur eine begrenzte Aussagekraft hat und ärztliches oder geburtshilfliches Handeln im konkreten Fall gar nicht begründen kann. Sie sagt prinzipiell nichts darüber aus, was für eine einzelne Person in einer konkreten Situation gut und richtig ist. Mit Hilfe der EBM hätten Lina und ihre Hebamme nicht herausfinden können, was angesichts von Miras zögerlichem Auf-die-Welt-kommen gut und richtig ist. Warum?

Das Siegel «evidenzbasiert» bekommen Massnahmen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich bewiesen werden kann. In der Regel werden solche Nachweise durch Studien erbracht – also durch Untersuchungen an möglichst grossen Kohorten von PatientInnen, die anschliessend statistisch ausgewertet werden. Solche Studien sind keineswegs frei von Verzerrungen und Meinungsmache. Die Vorurteile und Verzerrungen sind lediglich schwer zu erkennen; sie verstecken sich in der Anlage der Studie, in den Methoden oder in der Auswertung der Ergebnisse.

«Viele Interessenkonflikte zwischen den «Akteuren» werden heute mittels der «Auslegung» von Studienergebnissen und der Beurteilung deren methodischer Qualität ausgefochten» (Abholz 2012). Kein Wunder, dass die Pharmaindustrie versucht, dort Einfluss zu nehmen, wo Studien erstellt und ausgewertet werden. Das geschieht zum Beispiel in der renommierten Cochrane-Collaboration, die systematisch Daten über Gesundheitsrisiken, Therapien und Präventionsmassnahmen zusammenträgt und evaluiert. 8 von 14 Autoren der Übersichtsarbeit zur HPV-Impfung hatten zuvor Zuwendungen von den Herstellern der Impfstoffe erhalten. Unabhängige Gesundheitsorganisationen äussern daher die begründete Sorge, «dass die Pharmaindustrie Cochrane für ihre eigenen Zwecke kapert» (BUKO-Pharmakampagne 2013, siehe auch Berndt 2013).

Nicht repräsentativ

Doch selbst wenn die Studien keinen kommerziellen, professionellen oder karrieristischen Interessen dienen: Bereits das Design und die Methode beschränken ihre Aussagekraft; es bleibt immer fragwürdig, inwieweit Ergebnisse verallgemeinerbar oder übertragbar sind. Beispielsweise werden nur ProbandInnen untersucht, die nach statistischen und methodischen Kriterien ausgewählt werden. «Nicht selten repräsentieren Studienkollektive nur unter zehn Prozent der Patienten mit einem Krankheitsbild, das in ihnen untersucht wurde» (Abholz 2012). Die Untersuchten sind also gar nicht repräsentativ für diejenigen Menschen, mit denen Hebammen und ÄrztInnen tagtäglich zu tun haben.

Das grundsätzlichste Problem einer studienbasierten Medizin ist jedoch, dass sie nur Aussagen über Gruppen macht. Das Individuum, ja selbst kleine Untergruppen gehen in Studien zwangsläufig unter. Eine Studie über die Wirkung von Kaffee würde beispielsweise eine Kaffee trinkende und eine nicht Kaffee trinkende Gruppe mit jeweils zehn Versuchspersonen vergleichen. Es käme heraus, dass in der Kaffee trinkenden Gruppe signifikant mehr Frauen munter sind als in der Vergleichsgruppe. Kaffee erhält also die Weihen einer evidenzbasierten Massnahme. Dass nur sieben Frauen munterer wurden, drei eher schlapp, spielt nachher keine Rolle mehr: Aufgrund der neuen Leitlinien wird nun allen müden Frauen Kaffee empfohlen.

Statistische Studienergebnisse gerinnen zu handlungsleitenden Standards. Medizin und Geburtshilfe werden dadurch zwar wissenschaftlicher, verlieren aber das konkrete Gegenüber aus dem Auge. «Verwissenschaftlichte Medizin (ist) noch nicht taugliche Medizin für den Einzelnen vor mir als Patienten. Denn die unmittelbare und nicht durch das Individuum geformte Anwendung von Studienergebnissen – heute festgehalten in Leitlinien und in Qualitätsindikatoren – ist konzeptionell falsch: Denn wenn Studienergebnisse einen Nutzen oder auch keinen Nutzen einer Massnahme belegen, dann bezieht sich

Fin du choix éclairé?

«Evidence based Medicine / EBM», «risque» et «choix éclairé» mettent en danger l'art de la sage-femme. La nouvelle pratique médicale est telle que décider ne signifie plus juger d'après ses propres critères, mais sélectionner parmi des options préétablies. L'auteure part de l'exemple concret d'un accouchement à domicile: Lina accouche de la petite Mira, à la 40^e semaine de grossesse, cinq jours après une rupture des membranes. Cinq jours, c'est impensable en milieu médicalisé. Toute une discussion s'engage alors sur le sens du «choix éclairé», la signification du «risque» et la formalisation de la «décision».

«Nutzen» immer auf die Gesamtgruppe der Untersuchten, bestenfalls auf ein oder zwei analysierte Untergruppen» (Abholz 2012). Entscheiden Hebammen und ÄrztInnen also evidenzbasiert, so gründen sie ihr Denken und Handeln auf Durchschnittswerte und Grundgesamtheiten. Sie behandeln ihr Gegenüber nicht als Individuum, sondern als personifizierte statistische Kohorte.

Für Mira, die gerne abwartet, kann es keine Signifikanzen und Qualitätsstandards geben. Hätte die Hebamme evidenzbasiert gehandelt, dann hätte Mira nicht auf die Art und Weise auf die Welt kommen können, die ihrem Wesen entspricht. Die bis 2011 gültigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sehen Abwarten nämlich gar nicht vor: Nach Blasensprung ab der 34. Schwangerschaftswoche heisst es dort: «aktive Beendigung der Schwangerschaft nach 12 bis 24 Stunden (wenn kein spontaner Wehenbeginn)» (DGGG 2006).

Das missverstandene Risiko

Die zweite Säule der «informierten Entscheidung» ist das «Risiko»: Über Risiken informiert zu sein, gilt heute als unbedingte Voraussetzung für sogenannte mündige und informierte Entscheidungen – sowohl im Gesundheitsbereich als auch anderswo. Frauen ab 50 werden daher aufgefordert, die Risiken des Mammografiescreenings gegen die Risiken des Lebens ohne Mammografie abzuwägen. Schwangere müssen – qua Rechtsprechung – über die Risiken des Schwangergehens und über die Wahrscheinlichkeiten möglicher Fehlbildungen aufgeklärt werden. Und Gebärende sollen sich die Chancen und Risiken verschiedener Geburtsmodi bewusst machen.

Was ist ein solches Risiko, das sich die Frauen bewusst machen sollen? Ein ärztlich attestiertes Risiko wird meist als konkrete Bedrohung oder gar Diagnose missverstanden. Risiken beziehungsweise Wahrscheinlichkeiten beziffern jedoch lediglich die Häufigkeiten von Ereignissen in grossen Populationen; sie sagen nichts über den Einzelfall. Für die gebärende Frau sind statistische Risiken daher genauso irrelevant wie die Regenwahrscheinlichkeit für den heutigen Tag. Sie beträgt 80 Prozent, doch noch am Abend zeigt sich keine Wolke am Himmel. Anhand einer Regenwahrscheinlichkeit auf das tatsächliche Wetter zu schliessen, ist irreführend. Was die 80 Prozent sagen, ist Folgendes: Der Meteorologe hat gestern ein fiktives «Heute» konstruiert, an dem es in 80 von 100 Fällen regnet. Gäbe es also 100 Tage nach gestern, dann würde an 80 von ihnen – irgendwann und irgendwie – Regen fallen. Tatsächlich gibt es «Heute» aber nur einmal. Und für dieses eine «Heute» sind die 80 Prozent irrelevant.

Auf ähnliche Weise, wie ein Meteorologe ein fiktives «Heute» konstruiert, so entwerfen MedizinstatistikerInnen eine fiktive Gebärende. Alles das, was die Frau ausmacht, alles Konkrete, Persönliche, Leibhaftige lassen sie ausser Acht. Aus Lina und Mira wird der «Fall Blasensprung», der durch eine Reihe von Variablen wie Schwangerschaftszeitpunkt, Muttermundöffnung, Körpertemperatur und andere definiert ist. Diese Abstraktion ist nicht etwa Ignoranz, sondern Voraussetzung für Statistik. Statistik befasst sich prinzipiell nicht mit konkreten Personen, sondern nur mit gesichtslosen Fällen.

Hätte Lina Risiken abgewogen, so hätte sie nicht ruhig und zuversichtlich auf Mira warten können. Sie wäre gezwungen gewesen, sich für eine Option mit kalkulierbaren Risiken zu entscheiden – eine Zumutung! Wer will beim Kinderkriegen schon ein Risiko eingehen?

Wählen oder urteilen?

Die «informierte Entscheidung» ist eine Bedrohung der persönlichen Urteilkraft: Wer eine «informierte Entscheidung» trifft, nimmt nicht nur einen statistischen Blick ein, sondern wählt auch zwischen festgezurrten, voraus kalkulierten Optionen. Spontangeburt oder Kaiserschnitt? Ultraschall oder Ersttrimester-Screening? Diese Form des Entscheidens, die Auswahl aus einem Optionsmenu, ist historisch neu. Weit ins 20. Jahrhundert hinein war nicht etwa «wählen» ein sinnverwandtes Wort von «entscheiden», sondern «urteilen», «bestimmen» oder «gewiss machen». In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat «entscheiden» jedoch einen tiefgreifenden Bedeutungswandel erfahren. Nachschlagewerke der 1970er Jahre listen zahlreiche Neologismen wie «Entscheidungslogik», «Entscheidungsziele», «Entscheidungsregeln», «Entscheidungsproblem» und mehr auf. Sie definieren auch die Bedeutung des umgangssprachlichen Begriffes neu: «Entscheiden» wird hier nicht mehr mit urteilen oder bestimmen gleichgesetzt, sondern mit der «Wahl zwischen Möglichkeiten».

Ein Grund für diesen Bedeutungswandel ist der Aufstieg der Entscheidungstheorie in der Mitte des 20. Jahrhunderts. Hier hat «Entscheidung» eine rein formale Bedeutung. Das Wort bezeichnet die Selektion einer Option als Folge eines Rechengvorgangs. Grundannahme ist, dass Entscheidungen auf programmgemässe Informationsverarbeitung zurückgehen, bei Menschen wie bei Maschinen. Im Jahre 1972 schreibt der Nobelpreis-gekrönte Sozialwissenschaftler Herbert A. Simon: «Der programmierte Computer und der menschliche Problemlöser sind beide Spezies, die zur Gattung «informationsverarbeitender Systeme» gehören» (zitiert nach Pias 2004, S. 25.). In der Entscheidungstheorie sowie durch entsprechende Programme und Techniken wird also persönliches Urteilen durch einen Mechanismus ersetzt.

Diese Formalisierung des Entscheidens hat sich auch in der medizinischen Praxis niedergeschlagen. Online-Tools und EntscheidungsberaterInnen bringen PatientInnen heute bei, dass Entscheiden bedeutet, Optionen zu vergleichen und Risiken abzuwägen. Dieses formale Modell, auf dem die «informierte Entscheidung» beruht, vergleichgültigt. Bedeutsame Unterschiede werden eingeblendet. Alles gerinnt zu Optionen mit verschiedenen Chancen und Risiken. Kaiserschnitt oder vaginale Geburt?

Heute zunehmend zwei alternative «Geburtsmodi», zwischen denen Frauen wählen sollen. Ersttrimester-Screening oder Testverzicht? «Schwangerschaft auf Probe» und «gute Hoffnung» stehen als vermeintlich gleich-gültige, entscheidungsbedürftige Optionen nebeneinander. Dadurch verkommt die «gute Hoffnung» zu einer risikobehafteten Entscheidungsmöglichkeit, die die Schwangere ausdrücklich wählen muss – und für deren «Ausgang» sie sich dadurch verantwortlich fühlen soll (Samerski 2010).

Schizophrene Situationen

Lina hatte Glück. Sie musste sich nicht entscheiden. Sie war nicht der «Fall Blasensprung», für den es bereits feststehende Risiken und Optionen gibt. Die Geburtseinleitung nach 12 bis 24 Stunden war keine Entscheidungsmöglichkeit, deren Chancen und Risiken sie abwägen musste. Sie und ihre Hebamme sahen keinen konkreten Grund, einen solchen Eingriff ernsthaft in Betracht zu ziehen. Entsprechend verstand sie auch das Abwarten nicht als risikobehaftete Option, sondern als denjenigen Weg, der angesichts ihrer Umstände angemessen schien. Die Freiräume, so zu handeln wie Lina und ihre Hebamme, werden aber immer enger.

EBM, Risikoprävention und die «informierte Entscheidung» stecken heute den Rahmen ab, innerhalb dessen Geburtshilfe als «qualitätsgesichert» und damit «de lege arte» anerkannt wird. Dieser Rahmen verlangt, einen statistischen Blick einzunehmen und die Gebärende als gesichtslosen Fall zu behandeln. Diejenigen, die sich dennoch den Frauen, also leibhaftigen Menschen zuwenden wollen, geraten unvermeidlich in paradoxe Situationen. Das, was für die Einzelne gut wäre, entspricht oftmals nicht den kalkulierten Standards von EBM und Risikoprävention. Diesen Widerspruch zur Sprache zu bringen, ist hoffentlich der erste Schritt, um das kundige Urteil vor der Vereinnahmung durch die «informierte Entscheidung» zu bewahren.

Literatur

Abholz H-H Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin. www.impatientia-genarchiv.de/index.php/id-01_abholz.html (2012).

BUKO-Pharmakampagne Cochrane unter Einfluss. Pharma-Brief 2/2013, S. 5. (2013).

Berndt Ch Wie sich die Pharmaindustrie in die Forschung einschleicht. Süddeutsche Zeitung. www.sueddeutsche.de/gesundheit/streit-um-cochrane-collaboration-wie-sich-die-pharmaindustrie-in-die-forschung-einschleicht-1.1606760 (2013).

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin www.awmf.org/fachgesellschaften/mitgliedsgesellschaften/visitenkarte/fg/deutsches-netzwerk-evidenzbasierte-medizin-e-v-dnebm.html (ohne Jahrgang).

DGGG Leitlinien. Empfehlungen zum Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung. AWMF online: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-029_S1_Empfehlungen_zum_Vorgehen_beim_vorzeitigen_Blasensprung_06-2006_06-2011_01.pdf (2006).

Pias C Zeit der Kybernetik – eine Einstimmung. Cybernetics/Kybernetik. The Macy-conferences 1946–1953. Volume II/Band II, Essays and documents/ Essays und Dokumente, hrsg. von Pias, Claus, S. 9–41. Zürich (2004).

Samerski S Die Entscheidungsfrage. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt (2010).

Hinweis der Redaktion

Der Artikel beruht auf einem Vortrag der Autorin beim Kongress «Geburtshilfe im Dialog» in Mannheim am 1. März 2013. Von der Autorin für die Hebamme.ch leicht gekürzte Version. Der Artikel erschien erstmals in der «Deutschen Hebammenzeitschrift», Ausgabe 9/2013. Die Redaktion der Hebamme.ch dankt Silja Samerski und der Deutschen Hebammenzeitschrift (DHZ).

Einladung • Invitation • Invito

Destination:

Schweizerischer Hebammenkongress
Congrès suisse des sages-femmes
Congresso svizzero delle levatrici

Date:

14./15.05.2014

Address: World Trade Center Zürich
Leutschenbachstr. 95, 8050 Zürich

Theme:

Die Welt der Geburtshilfe,
komm mit auf die Reise!
Embarque avec nous vers le
monde de la naissance!

Vieni con noi per il viaggio nel mondo
dell'assistenza alla nascita!

Informations:

www.hebamme.ch

