



Informierte Entscheidung

Daniela Erdmann

Eine informierte Entscheidung, beziehungsweise die partizipative Entscheidungsfindung, ist eines der Instrumente, die für die betreuten Frauen und Familien einen Zugewinn von Kompetenzen bedeutet, da nicht nur das Selbstbestimmungsrecht geachtet wird, sondern auch ein Wissenstransfer stattfindet. Bevor das Modell hier vorgestellt wird, ist zunächst die Begriffsbestimmung wichtig, denn es gibt graduelle Unterschiede, wie eine Entscheidungsfindung aussehen kann.

Informed Consent – Die informierte Zustimmung

Hier gibt es nur die Option Ja oder Nein. Bezogen auf die Schwangerschaft, zum Beispiel die Aufklärung zur Amniozentese (vorgeburtliche Untersuchung des Fruchtwassers zur genetischen Diagnostik): Dabei wird die Frau über die Vor- und Nachteile des Eingriffes aufgeklärt und muss sich mit dem vorgeschlagenen Procedere einverstanden erklären, wenn sie ihn haben möchte. Das bedeutet, sie erklärt sich mit dem Eingriff einverstanden und bestätigt, dass sie über eventuelle Risiken aufgeklärt wurde, sie alles verstanden hat und es keine weiteren Fragen gibt. Wenn die Frau nicht zustimmt, dann lehnt sie somit die Amniozentese ab. Also entweder „Ja, ich mit allem einverstanden“ und der Eingriff findet statt oder „Nein, das möchte nicht“ und der Eingriff findet nicht statt.

Informed Choice – Die informierte Wahl(-möglichkeit)

In dieser Situation stellt die Hebamme oder Ärzt:in alle relevanten Informationen zur Verfügung, nimmt sich selbst aber aus dem Entscheidungsprozess raus. Die Frau wägt also aufgrund der erhaltenen Informationen vor dem Hintergrund ihrer eigenen biographischen Situation die Vor- und Nachteile ab. Dieses Informationsmodell funktioniert ähnlich wie das Kundenmodell in der freien Wirtschaft (Ernst, J. et al., 2004). Die Hebamme oder Ärzt:in ist Expert:in und Dienstleister:in, die Frau befindet sich in der Rolle der Kundin. Eine mögliche Gefahr bei diesem Modell ist eine Überforderung der Frau, weil sie eventuell die Qualität der

Informationen nicht einschätzen kann. In der Praxis bedeutet das zum Beispiel: Die Frau bekommt eine Broschüre zur Pränataldiagnostik oder zum Kaiserschnitt und soll sich das bis zum nächsten gemeinsamen Termin durchlesen und überlegen, was sie möchte.

Shared Decision Making – Die partizipative Entscheidungsfindung

Hier ist innerhalb des Entscheidungsfindungsprozesses eine aktive Rolle aller am Prozess Beteiligten vorgesehen. Das heißt, die Entscheidungsfindung findet auf Augenhöhe statt. Dabei geht es nicht darum, dass die betreute Frau genauso kompetent sein muss wie die Hebamme oder Ärzt:in, sondern es geht vielmehr um inhaltliche Augenhöhe. Das bedeutet: Die Frau kennt alle Informationen, die für ihre persönliche Entscheidungsfindung wichtig sind, also ihre persönlichen Lebensumstände, ihre Werte und ihre Befürchtungen. Somit ist die Frau die Expertin für ihre eigene Situation und die Beratende ist die Expert:in für die medizinischen Belange. Wichtig ist hierbei, dass die Informationen auch wirklich ausgetauscht werden und die Beratung non-direktiv ist, also möglichst neutral. Das ist oft eine große Herausforderung, da ja auch die Beratenden oft eine Vorstellung davon haben, was für diese Frau gut sein könnte. Manchmal spielen auch weltanschauliche Überzeugungen eine Rolle, die Entscheidungen beeinflussen können.

Das Kernelement des Shared-Decision-Makings bilden drei Fragen, die innerhalb des Prozesses beantwortet werden sollten (Charles, C. et al., 1997):

- „Welche Möglichkeiten habe ich?“ (inklusive Abwarten und Beobachten)
- „Was sind die Vorteile und Nachteile jeder dieser Möglichkeiten?“
- „Wie wahrscheinlich ist es, dass diese Vor- oder Nachteile bei mir auftreten?“

Die Frau ist also im Entscheidungskonflikt und es existieren mehrere Optionen mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen. Zur Beantwortung der Fragen sollte nach Möglichkeit auch das Umfeld in den Dialog einbezogen werden, da die Frau gegebenenfalls die getroffenen Entscheidungen im Anschluss mit ihrem sozialen Umfeld teilen möchte. Hier ist es sinnvoll, die jeweiligen biographischen Besonderheiten schon im Entscheidungsprozess zu berücksichtigen, da die Reaktionen des Umfeldes die Entscheidungen positiv oder negativ beeinflussen können. Gerade wenn sozialer Druck für oder gegen eine Entscheidung besteht,

ist es wichtig, der Frau Hilfe anzubieten, um ihr zu ermöglichen, dass sie erkennt, was ihr persönlich wichtig ist.

Die Umsetzung dieses Modells erfolgt in neun Schritten:

1. Das Thema oder Gesundheitsproblem wird definiert und erklärt
2. Es werden verschiedene Behandlungsmöglichkeiten präsentiert.
3. Die Frau wird aufgeklärt über verschiedenen Alternativen evidenzbasierter Medizin und deren Vor- und Nachteile.
4. Werte und Wünsche der Frau werden geklärt.
5. Es wird die Aufklärungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit der Frau diskutiert.
6. Es wird vorhandenes Wissen präsentiert und es werden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen.
7. Die Frau gibt Rückmeldung über ihr Verständnis und erfragt gegebenenfalls weitere Optionen.
8. Beide Seiten treffen nach Aushandlung der Behandlungsalternativen eine gemeinsame Entscheidung.
9. Die Umsetzung der Entscheidung und das weitere Vorgehen wird beschlossen.

Entscheidend für das Shared-Decision-Making ist also die Haltung der Beratenden, die die Frau als Entscheidende in den Mittelpunkt stellen und ihr Selbstbestimmungsrecht als Wert an sich akzeptieren (Elwyn, G. et al. 2012).

Paradigmenwechsel

Damit wird in der Betreuung und Beratung im medizinischen Bereich ein Paradigmenwechsel eingeläutet: Weg vom paternalistischen Modell – hin zu mehr Selbstbestimmung.

Beim paternalistischen Modell ist die Patient:innenautonomie auf ein Minimum reduziert, da die Entscheidungen vom medizinischen Personal getroffen werden, ohne die expliziten Bedürfnisse der Patient:innen zu kennen. Beim Modell des Shared-Decision-Making hingegen wird die Patient:innenautonomie in den Mittelpunkt gestellt (Bieber, C. et al. 2016).

Das wird auch den Forderungen der Patient:innenvertretungen nach Mitbestimmung und Transparenz gerecht. Das bedeutet, dass für den Prozess einer partizipativen Entscheidungsfindung häufig erst einmal der Informationsstand der Frau oder Familie sowie ihre Haltung und Werte beleuchtet werden müssen, damit eine Entscheidungsfindung auf den Grundlagen evidenzbasierter Medizin überhaupt möglich ist. Die Schwangere/ Gebärende /Wöchnerin nimmt dabei auch im Medizinbetrieb eine Sonderrolle ein, denn

- sie ist keine „Patientin“ im klassischen Sinn,
- sie ist in einer besonderen sensiblen Situation,
- sie entscheidet nicht nur für sich, sondern auch für das Kind

Somit stellt sich bei Entscheidungen immer auch die Frage, wie unterschiedliche Ansätze in die Betreuung integriert werden können.

Herausforderungen

Der Paradigmenwechsel findet auf verschiedenen Ebenen statt. Nachdem es mit der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ (DGGG 2020 & DGHWi, 2020) das erste Mal eine Leitlinie für einen physiologischen Prozess gibt, ist gerade hier auch die gemeinsame Entscheidungsfindung verankert worden, indem diesem Thema ein ganz eigenes Kapitel innerhalb der Leitlinie gewidmet wurde, das sehr klar die Anforderungen zusammenfasst:

„Frauen und ihre Familien müssen in die Entscheidungsprozesse, die sich im Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt ergeben, einbezogen werden. Die Schwangeren haben das Recht, über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken von Maßnahmen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten in mündlicher Form, für sie

verständlich, umfassend und rechtzeitig informiert zu werden, so dass sie eine wohlüberlegte Entscheidung treffen können“ (DGGG 2020 & DGHWi, 2020).

Allerdings werden damit auch die Herausforderungen deutlich sowie die Fragen, die noch zu beantworten sind: Wie kann Gesundheit im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes gefördert werden unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer gegebenenfalls notwendigen Risikoaufklärung?

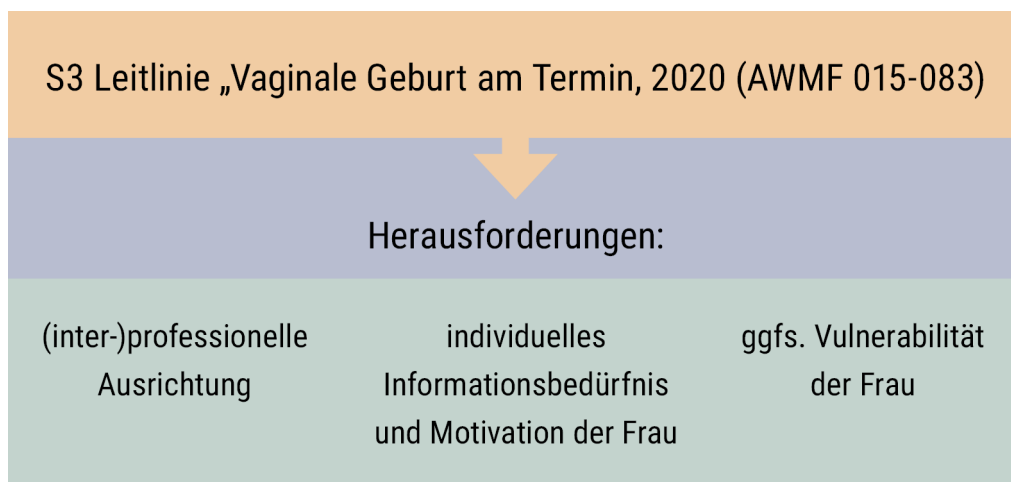


Abbildung: S3 Leitlinie (eigene Darstellung)

Innerhalb der Leitlinie wird sich explizit auf eine Zusammenarbeit der Berufsgruppen bezogen, die per se einen Austausch voraussetzt – sowohl mit der betroffenen Frau, als auch interprofessionell. Allerdings kann es durchaus sein, dass unterschiedliche Berufsverständnisse und eine entsprechende Sozialisation dem zuwiderlaufen. Somit ist also die gemeinsame Entscheidungsfindung auch abhängig von den Rahmenbedingungen einer interprofessionellen Ausrichtung. Hinzu kommt das individuelle Informationsbedürfnis, die Motivation der Frau und das Augenmerk auf eine eventuelle Vulnerabilität. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach den strukturellen Voraussetzungen, die eine gute Informationsweitergabe über Schnittstellen hinaus garantieren.

Kommunikation und Reflexion

Damit eine gemeinsame Entscheidungsfindung funktioniert, müssen sich die Beteiligten in den Dialog einbringen. Das bedeutet: Die Hebamme oder Ärzt:in erklärt verständlich und erläutert Vor- und Nachteile einer Untersuchung oder Behandlung. Dieses Prinzip setzt Gesprächskompetenzen voraus – also, wie erreiche ich die Schwangere/Gebärende/Wöchnerin? Hier lohnt sich eine Unterscheidung zwischen Information, gesundheitlicher Aufklärung und echter Beratung. Bei Letzterer geht es vor allem um Unterstützung bei Problemlösungsprozessen, während es bei der Information vorrangig um die Weitergabe von (adressatengerechtem) Wissen handelt. Die laienverständliche Kommunikation ist im Übrigen eine gesetzlich festgeschriebene Pflicht, verankert im Patientenrechtegesetz.

Für eine echte gemeinsame Entscheidungsfindung braucht es zudem ein hohes Maß an Selbstreflexion. Wie geht es mir, wenn die betreute Frau eine Entscheidung trifft, die meinen Einstellungen zuwiderläuft? Das ist nicht immer einfach und es lohnt sich sicher, das eine oder andere Mal zu reflektieren, ob wir wirklich die jeweilige Beratung non-direktiv durchführen. Ein schönes Beispiel für eine partizipative Entscheidungsfindung in der Geburtshilfe ist die Beratung zum Geburtsmodus bei Beckenendlage. Wenn man hierbei den oben genannten 9 Schritten folgt, wird schnell klar, dass bestimmte Voraussetzungen gegeben sein müssen. Zunächst eine Erklärung darüber, was eine Beckenendlage eigentlich bedeutet und wie die jeweils evidenzbasierten Möglichkeiten zu den Maßnahmen und zum Geburtsmodus aussehen, bis hin zu der Frage, ob es an dem jeweiligen Ort überhaupt entsprechende Kompetenzen gibt, eine Beckenendlagegeburt spontan durchzuführen. Wenn das verneint werden muss, ist eine partizipative Aufklärung nur dann möglich, wenn auf andere Geburtsorte hingewiesen werden kann. Aber auch die persönlichen Ansichten und eventuelle Erlebnisse aus dem Umfeld der Frau müssen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

Größere Zufriedenheit und Wissensgewinn

Wenn es also darum geht, wie die bestmögliche Versorgung für Menschen gestaltet werden kann, steht immer auch die Förderung von Gesundheitskompetenzen im Raum. Gesundheitskompetenz meint „... das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im

Alltag anzuwenden“ (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, 2020). Dabei spielen die Einbindung der Patient:innen und die gemeinsame Entscheidungsfindung eine zentrale Rolle, aber auch die Identifikation von beeinflussenden Faktoren wie Bildungsgrad, Migrationshintergrund oder chronische Erkrankungen. Im Rahmen einer Metaanalyse (Stacey et al., 2017) wurde deutlich, dass Shared Decision Making sein Ziel erreicht. Die Patient:innen zeigen eine höhere Therapietreue, es treten seltener Komplikationen auf und vor allem sind die Betreuten deutlich zufriedener. Darüber hinaus gab es eine Verringerung von Ängsten bei gleichzeitiger verbesserter individueller Risikowahrnehmung und insgesamt ein Wissensgewinn bei den betreuten Menschen.

Fazit

Mit der Implementierung von Shared-Decision-Making in der Betreuung steht ein wertvolles Instrument zur Verfügung, um die Autonomie zu stärken und gleichzeitig Gesundheitskompetenzen zu fördern. Trotzdem wird es Zeit brauchen, bis es selbstverständlich in allen Zusammenhängen genutzt werden kann. Die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ beschreibt die positiven Effekte des Modells für Schwangerschaft und Geburt:

„Partizipative Entscheidungsfindungsprozesse haben Auswirkungen auf die Reduzierung von Entscheidungskonflikten und Angst während der Schwangerschaft, auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserleben, sowie auf die Sicherheit bei der Wahl des Geburtsmodus.“

Somit ist also sicher jeder noch so kleine Schritt in diese Richtung lohnend.

Dieser Artikel ist in Anlehnung an eine Präsentation der Autorin vom November 2022 für die Fachgruppe Hebammen im Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) entstanden, die unter <https://www.youtube.com/watch?v=ctyYMbbTFSE> eingesehen werden kann.

Daniela Erdmann ist Hebamme (B.Sc.) und Dozentin. Sie war bis 2013 die fachliche und organisatorische Leitung im Kölner Geburtshaus und ist seit 2009 in verschiedenen (berufs-) politischen Gremien tätig. Darüber hinaus ist sie Lehrbeauftragte an verschiedenen Universitäten und Hochschulen und seit 2023 Zentrale Praxisanleiterin Wochenbett für die Praxisakademie Hebammenwissenschaft in Köln.

Literatur:

Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N. & Eich, W. (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(05), 195–207. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105277>

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681– 692. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)

Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. (o. D.). nap-gesundheitskompetenz.de. Abgerufen am 1. November 2022, von <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de>

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) et al. S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. AWMF-Registrierungsnummer 015-083. Stand: Dezember 2020. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html> [Zugriff am: 28.02.2025].

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R. et al. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*

Ernst, J., Schwarz, R., Krauß, O., (2004). Shared decision making bei Tumorpatienten. Ergebnisse einer empirischen Studie. *J Public Health*

Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R. & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001431.pub5>

Urheber-/Lizenzangaben:
Informierte Entscheidung,
Daniela Erdmann für H00U@HAW Hamburg, [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

