

Prolabierende Fruchtblase - eine ethische Diskussion

Autorin Hannah Finschi
S10881944

Departement: Gesundheit
Institut für Hebammen

Studienjahr: HB 13
Eingereicht am: 04.05.2016
Begleitende Lehrperson: Marion Huber

**Bachelorarbeit
Hebamme**

ABSTRACT

Verschiedene Notfallsituationen in der Geburtshilfe, wie der Fruchtblasenprolaps, verlangen von allen Beteiligten Einfühlungsvermögen, ethisches Abschätzen und ethisch und juristisch richtige Entscheidungen. So sollen in der vorliegenden Arbeit die zu beachtenden ethischen Prinzipien bei einer Risikoschwangerschaft vor der 25. SSW untersucht und aufgezeigt werden.

Die Situation des Fruchtblasenprolapses vor der 25. Schwangerschaftswoche wird anhand der theoretischen Aufarbeitung der Ethik, insbesondere der Bioethik nach Beauchamp und Childress und der Fürsorgeethik Carol Gilligans, sowie dem juristischen Hintergrund und dem geburtshilflichen Management genauer untersucht. In der Diskussion werden anhand von 5 fiktiven Fällen mögliche Entscheidungen und Vorgehensweisen ethisch und rechtlich analysiert und bewertet.

Anhand der Diskussion wird klar, dass es keine einzige ethisch und rechtlich richtige Lösung für den FP gibt. Viele Kriterien müssen beachtet werden, einschliesslich der Wille der Frau, die Schwangerschaftswoche und die Zusatzkriterien, um eine ethische Analyse richtig durchführen zu können.

Diese Arbeit hilft zu verstehen, dass aufgrund der Ethik in der Medizin - wie auch in vielen anderen Lebensbereichen - Schwarz-Weiss-Denken fehl am Platz ist. Vielmehr sollten sich Hebammen und Ärzte der Zukunft Zeit für ihre Patientinnen nehmen, ein shared decision making ermöglichen und somit die Patientenautonomie fordern und fördern.

Die Keywords, um die im Literaturverzeichnis aufgeführten Literatur zu finden, sind: *midwife, midwifery, preterm birth, preterm delivery, premature delivery, risky medical situations, pregnancy, risk, ethics, ethical dilemma, ethical principles, nursing principles, care ethics, medical ethics, Swiss justice, Swiss law, medical law, law*

VORWORT

Anhand des Leitfadens für sprachliche Gleichbehandlung von Mann und Frau der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (n.d.) werden für eine gendgerechte Sprache verschiedene Möglichkeiten genutzt. Mit der Berufsbezeichnung Hebamme sind weibliche sowie männliche Personen eingeschlossen. Aus Gründen der Einfachheit und besseren Lesbarkeit werden mit der Berufsbezeichnung Ärzte sowohl Ärzte als auch Ärztinnen bezeichnet.

Abkürzungen werden bei der ersten Nennung ausgeschrieben, wobei die verwendete Abkürzung in Klammern steht.

Diese Arbeit richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen. Anatomische Begriffe werden als Fachwort und in Deutsch genannt, jedoch nicht erklärt, da ein medizinisches Grundwissen vorausgesetzt wird.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	I
Vorwort	II
Inhaltsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Darstellung des Themas	1
1.2 Relevanz für die Hebammenarbeit	2
1.3 Fragestellung	3
1.4 Zielsetzung	3
1.5 Abgrenzung	3
2 Methode	4
2.1 Form der Arbeit	4
2.2 Vorgehen bei der Literatursuche	4
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien	4
2.2.2 Bewertung der Literatur.....	5
3 Ethik	6
3.1 Geschichte	6
3.2 Grundlagen	7
3.3 Ethische Analyse	8
3.4 Bioethik	8
3.4.1 Medizinethik.....	8
3.4.2 Beauchamp und Childress	9
3.5 Feministische Ethik	12
3.5.1 Feministische Philosophie.....	12
3.5.2 Feministische Ethik	12
3.5.3 Fürsorgeethik.....	13
3.5.4 Fürsorge	14

4	Rechtliche Grundlagen	15
4.1	Rechtsfähigkeit	15
4.2	Eingriff in die Persönlichkeitsrechte	15
4.3	Menschenwürde	15
4.4	Recht auf Leben	15
4.5	Patientenrechte	16
5	Geburtshilfe	17
5.1	Physiologie.....	17
5.2	Abort	19
5.2.1	Definition.....	19
5.2.2	Spätabort.....	19
5.3	Fruchtblasenprolaps.....	20
5.3.1	Management.....	21
5.4	Hebammenarbeit.....	24
5.4.1	Ziele in der Hebammenbetreuung.....	24
5.4.2	Bedürfnisse der Schwangeren	25
5.5	Entscheidungsfindung	25
5.5.1	Interdisziplinärer Umgang	28
6	Diskussion	29
6.1	Bezug zur Fragestellung.....	29
6.1.1	Recht	29
6.1.2	Ethik.....	29
6.1.3	Geburtshilfe	31
6.2	Theorie-Praxis-Transfer.....	31
6.2.1	Fall 1	33
6.2.2	Fall 2.....	37
6.2.3	Fall 3.....	41
6.2.4	Fall 4.....	45
6.2.5	Fall 5.....	49
6.2.6	Fazit Fälle	53

7 Schlussfolgerung	54
7.1 Limitationen.....	55
7.2 Reflexion.....	55
Literaturverzeichnis	57
Abbildungsverzeichnis	61
Tabellenverzeichnis	62
Wortzahl	65
Danksagung.....	65
Eigenständigkeitserklärung	65
Anhang	67
Anhang A: Abkürzungsverzeichnis	68
Anhang B: Einschätzung der Literatur	69
Anhang C: Suchprotokoll	79
Anhang D: BAG Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz .	84
Anhang E: Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen.....	86
Anhang F: Intensivmedizin bei Frühgeborenen	89
Anhang G: Tokolytika	94
Anhang H: Gedicht von Hermann Hesse.....	95

1 EINLEITUNG

1.1 Darstellung des Themas

Eine in der Geburtshilfe gefürchtete Diagnose ist die prolabierende Fruchtblase. Der Fruchtblasenprolaps (FP) kann - besonders früh in der Schwangerschaft - zu einem Abort führen oder der Beginn eines langen, mühseligen Leidensweges für die Schwangere und ihre Ungeborenes sein. Bei einem FP handelt es sich um einen unnatürlichen Vorfall der Fruchtblase, durch den sich zu früh öffnenden Muttermund. Der FP führt nicht zwangsläufig zur Frühgeburt (Steiner, 2013). Die Therapie ist nicht einfach, weil vor der 25. Schwangerschaftswoche (SSW) den Fachpersonen rechtlich (Pally, 2013) die Hände gebunden sind.

Laut dem Bundesamt für Gesundheit (2015) hat sich das Verhältnis zwischen Gesundheitsfachpersonen und ihren Patientinnen und Patienten in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Früher war bezüglich der ärztlichen Tätigkeit der paternalistische Ansatz verbreitet. Der Arzt hat bestimmt, was zum Wohle der Patientin oder des Patienten ist; heute steht die gemeinsame Beratung und Entscheidungsfindung zwischen Arzt und der informierten Patientin oder dem Patienten im Vordergrund. Dabei werden die Entscheidungen und Werthaltungen der Patientin respektiert. Weitere wissenswerte Ausführungen dazu befinden sich im Anhang D: BAG Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz.

Wenn das geburtshilfliche Team und die Eltern jedoch unterschiedlicher Meinung über ein mögliches Prozedere sind, kann ein ethisches Dilemma entstehen. Falls die Patientin Massnahmen verweigert, können sich die Fachpersonen nicht über ihren Willen hinwegsetzen, denn im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) steht in Art. 28, Abs. 30: „Wer in seiner Persönlichkeit widerrechtlich verletzt wird, kann (...) gegen jeden (...) das Gericht anrufen. Eine Verletzung ist widerrechtlich, wenn sie nicht durch Einwilligung des Verletzten (...) gerechtfertigt ist.“ Dies bedeutet, dass ein körperlicher Eingriff ohne Einwilligung der Frau widerrechtlich ist und dass

das Expertenteam ohne das Einverständnis der Frau nicht versuchen darf, das Leben des Ungeborenen zu schützen.

Es stellen sich Fragen, welche bei einem FP vor 25. SSW interdisziplinär diskutiert werden: Welches Mitspracherecht hat die betroffene Schwangere und bekommt sie das Recht auf Autonomie, welches ihr als Person in der Bundesverfassung Art. 10, Abs. 2 zugesprochen wird. Diese offenen Fragen führten zu diesem für Hebammen, Medizinethiker, Gynäkologen, Psychologen und Betroffenen herausfordernden und faszinierenden Thema der vorliegenden Arbeit: Die ethische Diskussion bei einer prolabierenden Fruchtblase.

1.2 Relevanz für die Hebammenarbeit

Viel zu oft überlassen die Hebammen den Ärzten bei einer kritischen Situation die Entscheidung über das Prozedere, obwohl sie zumindest teilweise Mitspracherecht haben. Immerhin sind die Hebammen diejenigen, welche die Schwangeren als erstes zu Gesicht bekommen und auf der Pränatalstation rund um die Uhr betreuen. Die Hebammen pflegen eine intensive Beziehung zu den Betroffenen, teilen Freude und Leid, und sind die direkten Ansprechpersonen, wenn es um Entscheidungen geht (Bloemeke, 2009).

Diese Arbeit soll es Hebammen dazu befähigen, bei wichtigen Entscheidungen mitzureden und die Meinung der Frau, wenn es die Situation erlaubt, zu vertreten. Eine Hebamme hat die Pflicht alle Pros oder Kontras einer Therapie zu kennen, um den Ärzten in Entscheidungsfragen ein ernstzunehmendes Gegenüber zu sein.

Ethik und Recht sind Themen, mit welchen sich Hebammen in der Ausbildung auseinandersetzen müssen. Sie sollten also das obengenannte Zitat aus dem Zivilgesetzbuch kennen. Sie wissen, dass das Recht in der Gesellschaft als Gesetzesgrundlage gilt und sind sich bewusst, dass das System ohne Regeln und Gesetze nicht funktionieren würde (Pally, 2013). Ethische Fragen zu erörtern und Antworten darauf zu finden ist wesentlich schwieriger.

1.3 Fragestellung

In dieser Arbeit sollen Antworten auf die Frage gegeben werden, welche ethischen Aspekte bei einem Fruchtblasenprolaps in der Zeit bis zur 25. SSW interprofessionell diskutiert werden müssen.

1.4 Zielsetzung

In der vorliegenden Arbeit sollen die zu beachtenden ethischen Prinzipien bei einer Risikoschwangerschaft vor der 24. SSW untersucht und aufgezeigt werden.

Zur Analyse der Problemstellung werden zuerst die Praxissituation, sowie ethische und rechtliche Grundlagen dargestellt. Anschliessend wird anhand aktueller Literatur das Problem analysiert. Zur Analyse werden Artikel aus Fachzeitschriften und Fachbüchern zum Thema herangezogen. Die Ergebnisse aus der Literatur werden miteinander verglichen und diskutiert. Anschliessend werden die erarbeiteten ethischen Prinzipien und die rechtliche Basis auf Fallbeispiele angewendet. Aus der Diskussion der Ergebnisse werden Schlussfolgerungen für die aktuelle Situation in der Praxis gezogen, die Fragestellung beantwortet und mögliche Konsequenzen dargestellt.

1.5 Abgrenzung

Diese Arbeit ist primär an Hebammen, aber auch an Fachpersonen aus der Geburtsmedizin, Neonatologie, Pädiatrie sowie weiteren Fachgebieten gerichtet, mit denen interdisziplinär zusammengearbeitet wird. Sie soll aufzeigen, was beim Management eines Fruchtblasenprolapses ethisch beachtet werden muss. Auf den möglicherweise eintreffenden Fall einer Geburt und die ethisch kontrovers diskutierte Behandlung bei Frühgeborenen wird nicht im Detail eingegangen.

2 METHODE

2.1 Form der Arbeit

Dies ist eine themengeleitete Bachelorarbeit. Die Fragestellung wird anhand von Literatur aus Fachzeitschriften und Fachbüchern bearbeitet.

2.2 Vorgehen bei der Literatursuche

Die Literaturrecherche wurde über das Hochschulnetz der ZHAW Winterthur und der Zentralbibliothek Zürich in verschiedenen Datenbanken im Zeitraum von August 2015 bis November 2015 durchgeführt. Dabei konnte in den Datenbanken PubMed, Medline, Cinahl, MiDirs keine Literatur für die Beantwortung der Fragestellung gefunden werden. Die ausgewählte Literatur stammt fast ausschliesslich aus der Datenbank NEBIS, Google Scholar, sowie im Rechercheportal der Zentralbibliothek. Einige der im Literaturverzeichnis aufgeführten Literatur wurden nicht über diese Datenbanken ausfindig gemacht sondern mittels Handrecherche in den Literaturverzeichnissen bereits vorliegender Fachartikel oder Fachbücher. Die Handrecherche gestaltete sich deutlich aufwändiger und zeitintensiver als die Online-Suche. Die Medikamentenrichtlinien wurden im März 2016 von der Internetseite Kompendium, das offizielle Arzneimittelverzeichnis des Schweizer Marktes, heruntergeladen. Den Hauptbestandteil der verwendeten Literatur bilden Fachbücher der Ethik im Bereich der Bioethik und der Feministischen Ethik und Geburtshilfe. Die Literatur der Fachbücher wurde mit Artikeln aus Fachzeitschriften ergänzt; passende Studien konnten leider keine gefunden werden. Das Suchprotokoll der Literaturrecherche befindet sich im Anhang B: Suchprotokolle.

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Keywords wurden anhand folgender Einteilung definiert und führten in den aufgelisteten Datenbanken und den weiteren Bezugsquellen zu brauchbaren Treffern. Bei der Recherche wurden sie in verschiedene Kombinationen gesetzt und teilweise in Deutsch verwendet:

Hebamme / Gesundheitswesen: *midwife, midwifery, preterm birth, preterm delivery, premature delivery, risky medical situations, pregnancy, risk*

Ethik: *ethics, ethical dilemma, ethical principles, nursing principles, care ethics, medical ethics*

Recht: *Swiss justice, Swiss law, medical law, law*

Nach der Prüfung der Themenrelevanz wurde nur Literatur eingeschlossen, die sich mit relevanten Faktoren der Fragestellung beschäftigt. Zur eingeschlossenen Literatur gehören ethische Grundlagenliteratur im Bereich der Bioethik und der Feministischen Ethik, rechtliche und hebammenspezifische Literatur zum Thema Fruchtblasenprolaps und Spätabort und die damit verbundenen Therapieformen. Eingeschlossen sind sowohl Erst- als auch Mehrgebärende. Das Alter der verschiedenen Quellen wurde nicht eingegrenzt, da verschiedene ethische Grundlagenbücher eingeschlossen werden mussten, welche bereits etwas älter sind.

Ausgeschlossen wurden Publikationen, welche sich mit den Themen Frühgeburt, ethischen Dilemmata auf der Neonatologie, palliative Behandlung bei Frühgeborenen und allgemeine Grauzonen in der Medizin beschäftigen. Der Einschluss dieser Literatur hätte den Umfang einer Bachelorarbeit überschritten und nicht primär der Beantwortung der Fragestellung gedient. Weiter wurde Literatur ausgeschlossen, welche sich hauptsächlich mit Blutungen in der Schwangerschaft, Plazenta praevia (vor dem Muttermund liegende Plazenta) und Mehrlingsschwangerschaften, da diese unterschiedliche Zusatzrisiken zur Folge haben, befassen.

2.2.2 Bewertung der Literatur

Die eingeschlossene Literatur wurde in Anlehnung an Critical Evaluation of Resources (Library Research Guides, UC Berkely Library) und LOTSE (2015) überarbeitet von K. Brendel (2015) evaluiert, analysiert und beurteilt.

Die detaillierte Auflistung der Analyse, Evaluation und Einschätzung befindet sich im Anhang C: Einschätzung der Literatur.

3 ETHIK

In diesem Kapitel wird die Ethik erläutert. Dazu wird kurz der geschichtliche Hintergrund betrachtet, dann folgen ethische Grundlagen, weiter die Erläuterung der ethischen Analyse und schlussendlich die Bioethik nach Beauchamp und Childress und die Fürsorgeethik nach Gilligan. Diese letztgenannten Teilgebiete wurden gewählt, da diese ethischen Richtungen unterschiedliche Ziele verfolgen, sich jedoch beide gut auf dieses Thema in der Medizin anwenden lassen.

Die Feministische Ethik gehört zur Individualethik, welche sich grundlegend von der Normativen Ethik, wozu auch die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress gehört, unterscheidet. Die Individualethik befasst sich mit ethischen Ansprüchen an Individuen und mit ethischem Verhalten einer einzelnen Person. Die Normative Ethik hingegen befasst sich im Vergleich zur Individualethik mit moralisch richtigen beziehungsweise falschen Handlungen und sucht nach allgemeingültigen Regeln oder Massstäben. Die Prinzipienethik befasst sich beispielsweise mit Prinzipien, welche als Entscheidungsgrundlage für praktische Probleme dienen (Pieper et al., 1998).

3.1 Geschichte

Die Ethik hat ihren Ursprung, wie auch Pieper und Thurnherr (1998) hervorheben, im alten Griechenland, wo Ethik als moralisches Beurteilen des menschlichen Handelns definiert wurde. Aristoteles lebte von 384-322 v. Chr., war der Begründer der Ethik. Er erhob sie zu einer philosophischen Disziplin. In späteren Zeiten beschäftigten sich verschiedene Religionen mit der Ethik und versuchten anhand verschiedener Gebote moralisch richtiges Handeln festzulegen. In den letzten Jahrzehnten verminderte sich die Bedeutung der Religion in der Gesellschaft und verschiedene Themengebiete der angewandten Ethik entwickelten sich (Pieper et al., 1998). Die folgende Abbildung gibt einen einfachen Überblick über die verschiedenen Ethikrichtungen.

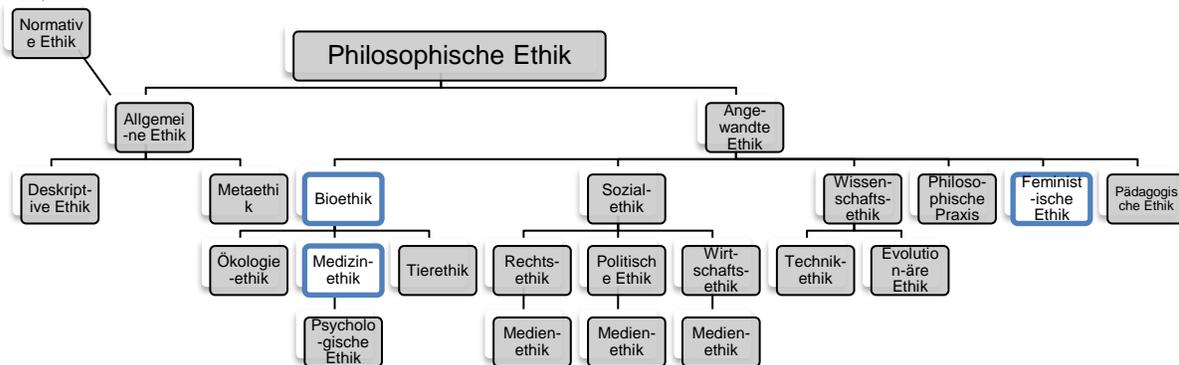


Abb. 1: Übersichtsschema der Ethik, nach Pieper et al. (1998, S. 8)

In dieser Arbeit wird neben der Bioethik und die damit verbundene Medizinethik auf die Feministische und die damit zusammenhängende Fürsorge- oder Care-Ethik Bezug genommen. In dieser Arbeit wird der Begriff Fürsorgeethik verwendet. Diese befasst sich laut Pieper et al. (1998) nicht wie die traditionelle Ethik mit männlichen Akteuren, sondern arbeitet die Unterschiede heraus, die entstehen, wenn die Handlungspersonen weiblich sind.

3.2 Grundlagen

Häufig wird von der Ethik eine direkte Anleitung zur Handlungsweise in verschiedenen Situationen erhofft. Die Ethik gibt diese jedoch nicht für den konkreten Einzelfall. Es ist ihre Aufgabe, Handlungsstrukturen über Ziel-Mittel-Reaktionen aufzudecken, das moralische Bewusstsein über sich selbst aufzuklären und zu argumentativen Begründung und Rechtfertigung von Handlungen und Verhaltensweisen anzuleiten (Pieper et al., 1998). Zusammengefasst ist laut Wendel (2003) das Ziel der Ethik, nach Art und Weise des menschlichen Handelns zu fragen. Die Entscheidungen auf Grund der Ethik liegen immer beim einzelnen Menschen.

Das Ziel dieser Arbeit besteht in erster Linie darin, eine geburtshilfliche Notfallsituation ethisch zu diskutieren und zu analysieren. Dazu sind Verständnis der ethischen Grundlagen und das Verstehen der ethischen Analyse essentiell.

3.3 Ethische Analyse

Nach Maier (2012) ist die Ethische Analyse die Auseinandersetzung mit gelebter Moral, mit Wertvorstellungen und der Verwirklichung von Werten. Dazu gehören die Fragen nach der Ursache und dem Zustandekommen von moralisch problematischen Situationen. Dabei werden Optionen von handelnden Personen diskutiert, wobei die Auswirkungen der getroffenen (oder zu treffenden) Entscheidungen bewertet werden. Die ethische Auseinandersetzung ist besonders für diejenigen gedacht, die moralische Entscheidungen zu treffen und deren Konsequenzen zu tragen haben. Dabei ist eine sorgfältige Analyse der Situation die wichtigste Voraussetzung für jede ethische Beurteilung (Maier, 2012). Diese kann sowohl auf der Bioethik als auch auf der Fürsorgeethik basieren.

3.4 Bioethik

Die Bioethik befasst sich nach Siep (1998) mit dem Wert des organischen Lebens und dessen Gefährdung durch manipulative Eingriffe durch den Menschen. Ausserdem beschäftigt sich die Bioethik mit richtigen Handlungsweisen des Menschen gegenüber dem Lebendigen oder der Natur, welche als Vorbild gilt. Die Natur stellt eine Ordnung dar, welche ein Gleichgewicht darstellt. So darf nach Siep (1998) der Mensch nicht in die Natur eingreifen und wenn doch, nur so, dass das natürliche System nicht gestört wird und die Gleichgewichte erhalten bleiben. Die Frau als Subjekt kommt im Gegensatz zum Mann in den Theorien der Bioethik nicht vor, gilt als die Andere, als Nicht-Mann. Sie ist nicht autonom, nicht unabhängig und nicht aggressiv, denn sie ist liebevoll und besorgt (Meyer, 2004).

3.4.1 Medizinethik

Zu dem Teilgebiet der Bioethik gehört auch die Medizinethik. Die Medizinethik ist eng mit dem Namen des griechischen Arztes Hippokrates (460-377 v. Chr.) verbunden. Der nach ihm benannte hippokratische Ethos besagt, dass das medizinische Wissen und die professionelle Kunst allein und ausschliesslich zum Heil des

Patienten und nicht für politische, wirtschaftliche oder andere persönliche Interessen zu nutzen sei (Sass, 1998).

Diese Auffassung, dass der Arzt in seiner Rolle als medizinischer Experte selbstständig entscheidet und weiss, was für den Patienten am besten ist, und dessen Zustimmung zur Behandlung voraussetzt, passt nur noch eingeschränkt zu den Auffassungen der modernen Medizin. Neben den technischen Fortschritten und dem Prozess des Wertewandels unserer Zeit gibt es verschiedene Gründe, weshalb die heutigen ethischen Prinzipien nicht mehr mit denen des Hippokrates' übereinstimmen. Gleichgeblieben ist das Ziel „zum Wohle des Patienten“ (Sass, 1998).

Die Veränderungen und Neuerungen in der Medizin haben neue Fragen aufgeworfen, und zwar nach dem Sinn, den Notwendigkeiten und den Grenzen des medizinischen Handelns (Sass, 1998). So könnte Kants formulierte Problemstellung der Freiheit des moralischen Willens „Du kannst, denn du sollst“ in der heutigen Zeit in vielen Situationen eher in „Soll ich tun, was ich kann?“ abgeändert werden (Jonas, 1979, zit. nach Sass, 1998, S. 81). Dies betrifft vor allem die Frage nach den ethischen Grenzen des Einsatzes des technisch Möglichen (Sass, 1998). Eine grosse Rolle spielt in der Medizinethik die moralische Autonomie im Sinne des Rechts auf Selbstbestimmung (Meyer, 2004).

3.4.2 Beauchamp und Childress

Beauchamp und Childress haben die Medizinethik entscheidend geprägt und haben in der biomedizinischen Ethik eine hohe Stellung. Nach ihrer Überzeugung sind nicht alle moralischen Dilemmata mit Hilfe einer einzigen Theorie lösbar:

Our objective is to show how ethical theory can illuminate problems in health care and can help overcome some limitations of past formulations of ethical responsibility. However, it is unreasonable to expect any theory to overcome all the limitations of time and place and reach a universally acceptable perspective (Beauchamp et al. 2013, S. 3).

Ihr Ziel „Probleme im Gesundheitswesen mit Hilfe der Ethik zu erklären“ haben sie mit einer Auswahl an moralischen Prinzipien für die ethische Orientierung gelöst (Beauchamp et al., 2013). Ihr Werk „Principles of Biomedical Ethics“ wurde mittlerweile in mehrere Sprachen übersetzt, gilt als Standardwerk und liegt in mehreren Auflagen vor. Diese Prinzipien gelten inzwischen als die klassischen Prinzipien der Medizinethik. Bei den 4 gleichwertig geltenden Prinzipien handelt es sich um: Autonomie (respect for autonomy), Nichtschaden (nonmaleficence), Wohltun (beneficence) und Gerechtigkeit (justice). Auf diese wird auf den folgenden Seiten genauer eingegangen. Für Beauchamp et al. (2013) gibt es weitere, weniger wichtige Prinzipien (Wahrhaftigkeit, Wahrung der Privatsphäre, Vertraulichkeit und Zuverlässigkeit), auf welche jedoch in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen wird, da diese nicht der Beantwortung der Fragestellung dienen.

3.4.2.1 Autonomie

Die Autonomie ist in der westlichen Tradition tief verwurzelt. Es ist eine wichtige ärztliche Verpflichtung, die Rechte der Patienten zu respektieren. Laut Beauchamp et al. (2013) soll die autonome Entscheidung von Patientinnen dokumentiert werden, denn erst die dokumentierte Zustimmung legitimiert jede ärztliche Behandlung. Für Patientinnen bedeutet das Recht auf Autonomie die Wahl der Therapie und der Behandelnden selbst zu treffen; für Ärztinnen und Ärzte hingegen bedeutet es informieren, aufklären und die Zustimmung einholen zu müssen. Für Beauchamp et al. (2013) ist die Autonomie nicht nur Respekt vor getroffenen Entscheidungen, sondern mehr eine Verpflichtung zur Förderung des Treffens autonomer Entscheidungen: „To respect an autonomous agent is, at minimum, to acknowledge that person’s right to hold views, to make choices, and to take actions based on personal values and beliefs (Beauchamp et al., 2013, S. 125).“

3.4.2.2 Nichtschaden

Beauchamp et al. (2013) definieren das Prinzip des Nichtschadens als Verpflichtung, Anderen nicht bewusst Schaden zuzufügen. Diese Verpflichtung ist bereits

im hippokratischen Eid niedergelegt: „Schädigung und Unrecht aber (werde ich) von ihnen (Patientinnen und Patienten) abwehren (Beauchamp et al., 2013, S. 189).“ Es geht bei diesem Prinzip um negative Pflichten, um das Unterlassen bestimmter Handlungen. Als Schaden definieren sie physische Schädigungen und Beeinträchtigung des psychischen Befindens. Eine Verpflichtung zur Nichtbehandlung besteht, wenn Behandlungen gewünscht sind, welche kaum Verbesserung erzielen, medizinisch sinnlos erscheinen und mehr Lasten als Nutzen für die Patientin bedeuten. Es wird zwischen der verpflichtenden Behandlung (moralisch falsch, nicht zu behandeln), möglichen Behandlung (Behandlung weder gefordert noch verboten) und der verpflichtenden Nichtbehandlung (Behandlung wäre falsch) unterschieden (Beauchamp et al, 2013).

3.4.2.3 Wohltun

Für Beauchamp et al. (2013) geht es bei diesem Prinzip des Wohltuns um die moralische Verpflichtung, das Wohl anderer Personen und ihre Interessen zu fördern. Im Vergleich zum Prinzip des Nichtschadens geht es ihnen bei diesem Prinzip mehr um die Verpflichtung zu aktivem Handeln für das Wohlergehen anderer. Dabei geht es nur um die moralisch verpflichtende Kategorie.

3.4.2.4 Gerechtigkeit

Für Beauchamp et al. (2013) sind die Hauptpunkte bei diesem Prinzip die Fairness und die Verteilungsgerechtigkeit. Dabei bedeutet Fairness die gleichwertige Behandlung von Personen mit gleichem Status und gleichen Eigenschaften. Die Verteilungsgerechtigkeit besagt, dass keine Person bevorzugt oder benachteiligt werden darf, dazu gehören Geschlecht, Rasse oder Nationalität.

3.5 Feministische Ethik

Die Feministische Ethik gehört zur feministischen Philosophie. Für das Verständnis der Feministischen Ethik wird zuerst die feministische Philosophie erklärt.

3.5.1 Feministische Philosophie

Verantwortlich für die Entstehung der feministischen Philosophie ist laut Meyer (2004) die Forderung nach Gleichberechtigung der Frauen in allen Lebensbereichen. Simone de Beauvoir ist eine der frühesten Repräsentantinnen der feministischen Philosophie. Ihr Werk beschäftigt sich damit, dass Frauen sich nicht mehr mit ihrem Status als „<die> Andere, als Ergänzung des Mannes, zufrieden geben sollen“ und gilt bis heute als Standardwerk (Meyer, 2004, S. 8)“. Neben der Gleichberechtigung beschäftigt sich die feministische Philosophie mit Themen wie Abtreibung, Beziehungen, Gefühlen, Vernunft und Feministische Ethik. Diese Themen dürfen nicht als separate Disziplinen verstanden werden, denn sie bauen aufeinander auf und überschneiden sich. Die Interessen der feministischen Philosophie sind kritisch gegenüber jeder Form der Herrschaftsausübung, welches die grundlegende Motivation Feministischen Ethik ist (Wendel, 2003).

3.5.2 Feministische Ethik

Bekannt wurde die Feministische Ethik durch Carol Gilligan, dazu mehr im folgenden Kapitel. Die Feministische Ethik sucht nicht primär nach der Lösung ethischer Probleme. Sie kritisiert vielmehr die Herrschaftsverhältnisse, von denen Frauen besonders betroffen negativ sind, und will Möglichkeiten aufzeigen, wie sie überwunden werden können. Laut Wendel (2003) geht die Feministische Ethik davon aus, dass es Unterschiede zwischen Frauen und Männer im Umgang mit moralischen Problemen gibt. Daraus folgen Unterschiedlichkeiten der weiblichen ethischen Prioritäten und der männlichen. Laut Meyer (2004) ist das Ziel der Feministischen Ethik, die Geschlechtlichkeit sichtbar zu machen und die weiblichen Ansätze und Komponente aufzuzeigen. Damit soll das Sinnliche und Individuelle aufgewertet und zu etwas Besonderem und Konkretem werden. Die wichtigsten Ansätze

sind Achtsamkeit, Glück, Mütterlichkeit, Frauenfreundschaft und das Modell der kommunikativen Bedürfnisinterpretation (Meyer, 2004).

3.5.3 Fürsorgeethik

Carol Gilligan ist die Gründerin der Fürsorgeethik. Die Care-Ethik ist auf der Grundlage von zwei klassisch weiblichen Werten, der Fürsorge und der Mütterlichkeit, konzipiert (Meyer, 2004). Ihre Arbeit zählt zu den Grundsteinen in der Diskussion um weibliche Moral und FE. Gilligan (1993) fand anhand eigener empirischer Studien heraus, dass Knaben im Gegensatz zu Mädchen moralische Urteile durch Gerechtigkeit begründen, während für Mädchen häufiger Verantwortung, Fürsorge und Verbundenheit ausschlaggebend sind. Verglichen mit den Frauen fühlen sich Männer unabhängig von anderen und urteilen in ethischen Konfliktsituationen anhand von Prinzipien und Regeln. Für Frauen sind Anteilnahme und Fürsorglichkeit wichtiger. So orientieren sich Frauen in Konfliktsituation eher am Ausgleich der unterschiedlichen Interessen und Bedürfnisse im Sinne eines Kompromisses. (Gilligan, 1993).

Gilligan (1993) bezeichnete die männliche Perspektive als Gerechtigkeitsperspektive, die weibliche als Fürsorgeperspektive. Dabei wird die Fürsorgeperspektive vor allem, aber nicht ausschliesslich von Frauen eingenommen und nur von denjenigen, die auch eine traditionelle weibliche Identität übernehmen. Diejenigen Frauen, die nach Autonomie und Unabhängigkeit streben, tendieren eher zur Gerechtigkeitsethik (Meyer, 2004).

Anhand ihrer Ergebnisse entwickelte Gilligan (1993) den Ansatz einer weiblichen Moral der Fürsorge und Verantwortung. Sie brachte als erste die moralische Urteilsfindung in Abhängigkeit von der Geschlechtsidentität, was den gesamten Blick auf die Ethik veränderte (Meyer, 2004). Bei Gilligan (1993) stehen die zwischenmenschlichen Beziehungen und das Gefühl der Verantwortung im Vordergrund, aber auch das autonome, unabhängige Individuum, welches in seiner Beziehung – verbunden mit anderen – wahrgenommen wird. Im Rahmen dieser Fürsorgeethik

ist der Wunsch andere nicht zu verletzen dominant. Zur Ethik der Fürsorge gehört auch das Seinlassen, der Verzicht und die Annahme eines Schicksals dazu (Meyer, 2004).

3.5.4 Fürsorge

Maier (2012) beschreibt Fürsorge als Ermöglichung eines Freiraums, in dem Autonomie gelebt werden kann. So kümmert sich der sorgende Part um das Wohlergehen des Umsorgten, was ohne Respekt vor dessen Selbstbestimmung nicht vorstellbar ist. Da die Fürsorge eine typisch weibliche Eigenschaft ist, korreliert Weiblichkeit mit Mütterlichkeit, Emotionen und Nähe (Schnabl, 2005). Fürsorge gilt als Sammelbegriff und umschreibt bestimmte Tätigkeiten, die bestimmte Haltungen voraussetzen, zu welchen Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Empathie, Wohlwollen aber auch die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, zählen. „<Sie ist ein> interaktives Handeln bzw. ein zwischenmenschliches Tun, das die unabweisbare Abhängigkeit und Verletzbarkeit von Menschen anerkennt und (...) einseitig, asymmetrisch auf das Wohlergehen anderer ausgerichtet ist (Schnabl, 2005, S. 59).“

4 RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Um die Fragestellung beantworten zu können, wird ein Überblick über die rechtliche Situation gegeben.

4.1 Rechtsfähigkeit

Laut Pally (2013, zit. nach ZGB, Art. 31 Abs. 1) beginnt die Rechtsfähigkeit und damit die Persönlichkeit mit dem Leben nach vollendeter Geburt. Somit ist das Ungeborene nicht im selben Masse rechtsfähig wie nach der Geburt.

4.2 Eingriff in die Persönlichkeitsrechte

Ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte ist laut Pally (2013, zit. nach ZGB Art. 28 Abs. 2, BSK-Meili, N 46 ff. zu Art. 28 ZGB.) nur erlaubt, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. „Ohne Rechtfertigung darf kein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit durchgeführt werden“ (Pally, 2013, S. 12). Nehmen, gemäss Pally (zit. nach Art. 41 ff. OR.), Hebamme und Arzt einen Eingriff vor, ohne dass eine Einwilligung vorliegt, kann die Gebärende Schadenersatz und Genugtuung verlangen.

4.3 Menschenwürde

Die Menschenwürde wird in Art 7. der BV geschützt. Dadurch wird die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht garantiert (Pally, 2013, zit. nach BV-Mastronardi, N 32 zu Art. 7 BV). Weiter fährt Pally (2013, zit. nach BV-Reusser/Schweizer, N 14 zu Art. 119. BV.) fort: „Der Schutz der Menschenwürde gilt gemäss Art. 119 Abs. 2 BV schon, bevor ein Mensch rechtsfähig wird, also schon vor seiner Geburt“.

4.4 Recht auf Leben

Im Bezug auf Recht auf Leben garantieren Art. 10 BV und Art. 2 EMRK jedem Mensch das Recht auf Leben und Gesundheit und schützen die körperliche Integrität vor Eingriffen (Pally, 2013, zit. nach BV-Schweizer, N 10 zu Art. 10 f. BV.). Laut Art. 10 BV gilt dies grundsätzlich auch für das Ungeborene. Jedoch, so Pally

(2013), gilt für das Ungeborene ein eigenständiger Grundrechtsschutz, „der durch die körperliche Verbundenheit mit der Mutter beschränkt ist (zit. nach BV-Reusser/Schweizer, N 14 zu Art. 119 BV)“.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass der Schutz des Ungeborenen genügend ausgestaltet ist. Jedoch führen ein beschränkter Grundrechtsschutz und die fehlende absolute Rechtspersönlichkeit dazu, dass nach geltendem Recht keine Interessenabwägung zum Schutze des Ungeborenen gemacht werden darf (Pally, 2013). Die Notwendigkeit, das Ungeborene zu behandeln, rechtfertigt keinen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Mutter. Ärzte und Hebammen sind aber verpflichtet, die Mutter von der Dringlichkeit des Eingriffes zu überzeugen (Pally, 2013).

4.5 Patientenrechte

Die Patienten verfügen über verschiedene Patientenrechte. Dazu gehören (Pally, 2013) das Recht auf menschenwürdige und sorgfältige Behandlung, Information und Selbstbestimmung. Interessant erscheint, was Pally (2013) weiter zum Recht auf sorgfältige Behandlung aufführt: Die Behandelnden haben auf die Menschenwürde und die Persönlichkeit der Patientin zu achten, dürfen aber, ausser im Notfall, die Durchführung einer Behandlung ablehnen. Leider geht Pally nicht weiter auf diese Notfälle ein. Recht auf Selbstbestimmung bedeutet folglich nicht, dass die Patientin das Recht hat, Behandlungen zu wählen, sondern die Behandlung nur dann erlaubt ist, wenn zuvor eine Aufklärung und Einwilligung erfolgte (Pally, 2013). Laut der SAMW (2013) endet die Respektierung des Patientenwillens, wenn Massnahmen verlangt werden, die unwirksam oder unzweckmässig oder mit dem geltenden Recht oder der Gewissenshaltung des Behandelnden nicht vereinbar sind. Denn das Selbstbestimmungsrecht der Patientin ist lediglich eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine ärztliche Behandlungsmassnahme (Glöckner, 2007).

5 GEBURTSHILFE

In diesem Kapitel wird der Hintergrund für das Verständnis des Fruchtblasenprolapses (FP) dargestellt. Dazu gehört neben der Physiologie der Schwangerschaft, die Erklärung des Aborts, insbesondere des Spätaborts. Danach folgt die Definition des FP, die notwendigen Massnahmen, wozu sowohl die alternativen, als auch die chirurgischen gehören. Schlussendlich folgt die Erläuterung der Hebammenarbeit, worin erklärt wird, wie eine Hebamme die Betroffenen am besten unterstützen und die Entscheidung am professionellsten begleiten kann.

5.1 Physiologie

Eine zeitgerechte Geburt findet zwischen der vollendeten 37. (37+0) und der vollendeten 42. (42+0) Schwangerschaftswoche (SSW) statt. Die echte Schwangerschaftsdauer, das heisst nach Konzeption (Befruchtung), beträgt 267 Tage, respektive 38 Wochen. Fachpersonen im Gesundheitswesen zählen jedoch die Tage

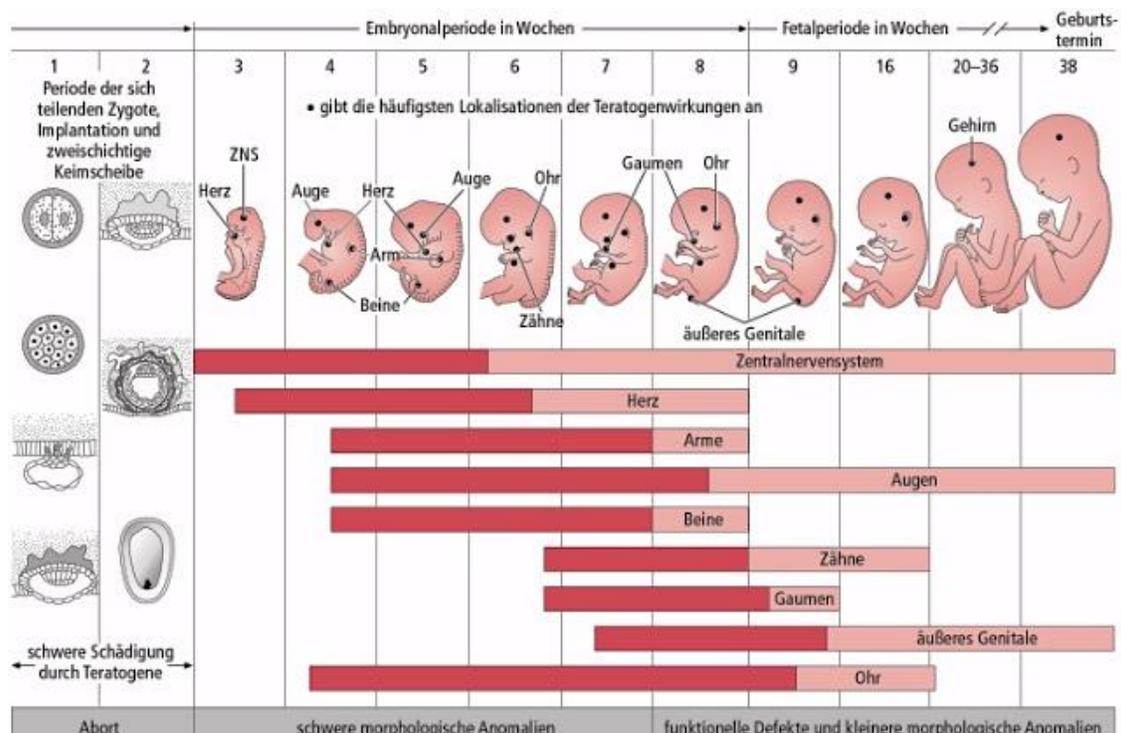


Abb. 2: Organogenese und Morphogenese im zeitlichen Verlauf nach Mändle und Opitz-Kreuter (2007, S. 100)

und Wochen nach der letzten Periode (post menstruationem). Somit dauert die regelrichtige Schwangerschaft bei einem durchschnittlichen Zyklus 281 Tage beziehungsweise 40 Wochen (Lange, 2010). Alle Angaben in dieser Arbeit zu Schwangerschaftswochen beziehen sich auf diese Zählweise.

In der Abbildung 2 werden durch Mändle & Opitz-Kreuter (2007) die wichtigsten Entwicklungsschritte des Ungeborenen dargestellt. Abbildung 3 zeigt die Anatomie der inneren Geschlechtsorgane der Frau, welche für das Verständnis der folgenden Kapitel von grosser Bedeutung ist.

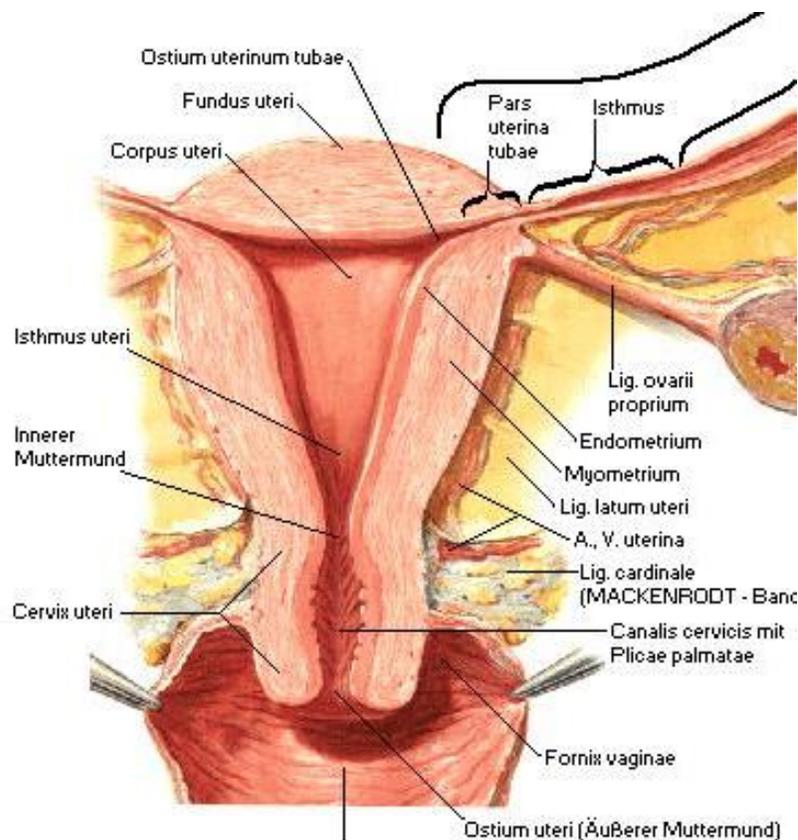


Abb. 3: Innere Geschlechtsorgane der Frau

5.2 Abort

5.2.1 Definition

Ein Abort wird als eine nicht künstliche Beendigung der Schwangerschaft definiert. Es wird in Früh- und Spätabort unterschieden, wobei sich diese Definition in der Literatur unterscheidet. Generell gilt eine Geburt bis zur 12. SSW als Früh-, danach bis zur 24. SSW als Spätabort oder Fehlgeburt (Mändle et al., 2007). Gemäss Pally (2013, zit. nach ZstV, Art. 9 Abs. 2) gilt ein Kind ohne Lebenszeichen nach der 23. SSW oder mit mindestens 500 Gramm Geburtsgewicht als Totgeburt und ist meldepflichtig. Folglich ist ein Kind mit einem Geburtsgewicht mit weniger als 500 Gramm nicht meldepflichtig, sofern es die 23. SSW nicht erreicht hat (Mändle et al., 2007). Es gibt viele weitere Differenzierungen zu den Aborten in der Frühschwangerschaft, welche aber in dieser Arbeit nicht erwähnt werden, da diese den Umfang dieser Arbeit überschreiten würden.

5.2.2 Spätabort

Über die Häufigkeit von Spätaborten gibt es keine Angaben. Es gibt verschiedene Gründe für einen drohenden Spätabort: Infektionen (mehr als 50 Prozent), vorzeitige Wehen, Stress- und Angstsituationen, Zervixinsuffizienz, anamnestisch vorausgegangene Spätaborte oder Frühgeburten (Schneider, Husslein & Schneider, 2011). Die Zervixinsuffizienz wird durch Schneider et al. (2011, S. 481) wie folgt definiert: „(...) Die schmerzfreie Erweichung und Verkürzung der Zervix Gebärmutterhals, die Eröffnung des Zervixkanals mit Zentrierung, die ohne Wehentätigkeit von der Mutter unbemerkt zum Spätabort bzw. zur Frühgeburt führen kann.“

Die Zervix (Gebärmutterhals) ist die Eintrittspforte für ascendierende (aufsteigende) Infektionen und zugleich der Verschluss des Uterus (Gebärmutter) nach unten. Diese Eintrittspforte kann aufgrund einer früheren Konisation (operativer Eingriff am Muttermund), einer Curettage (operative Ausschabung der Gebärmutter-schleimhaut) mit mechanischer Zervixkanalerweiterung oder genetischen Ursachen geschwächt sein. Mit Hilfe einem vaginalen Ultraschall wird die Zervixlänge

bestimmt um eine mögliche Trichterbildung am inneren Muttermund festzustellen. Dass sich die Zervix während der Schwangerschaft langsam verkürzt ist zwar normal, jedoch ist eine Trichterbildung je nach Schwangerschaftswoche als Alarmzeichen zu werten. Die Trichterbildung ist die Vorstufe zum Öffnen des Muttermundes. Bei geöffnetem Muttermund kann die Fruchtblase vorfallen (prolabieren) (Petersen, 2010). In Abbildung 4 wird die Anatomie der Zervix, die verkürzte Zervix und die Trichterbildung verständlich dargestellt.

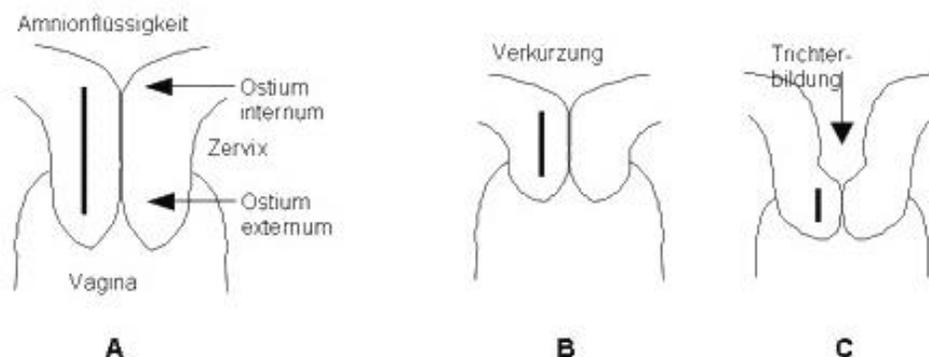


Abb. 4: Verkürzung der Zervix, A normale Zervix, B verkürzte Zervix, C verkürzte Zervix durch Trichterbildung. Dunkle Linie repräsentiert die Zervixlänge

5.3 Fruchtblasenprolaps

Im Vergleich zur Zervixinsuffizienz, welche eine gewisse diagnostische Varianz aufweist, ist die Definition des FP eindeutig (Siedentopf, 2005). So ist „die Fruchtblase teilweise oder vollständig durch den eröffneten Muttermund prolapiert (Steiner, 2013, S. 12)“ oder sogar bis in die Scheide (Siedentopf, 2005). Zur Diagnose-sicherung kann die Fruchtblase im Ultraschall erkennbar gemacht werden, bei einem vaginalen Untersuchung tastbar oder im Extremfall am Scheidenausgang sichtbar sein (Schneider, 2011). Zusätzlich kann eine Verkürzung der Zervix bestehen, was jedoch für die Definition keine Voraussetzung ist (Siedentopf, 2005). Konkret bedeutet der FP im zweiten Trimenon eine Notfallsituation mit vitaler Bedrohung des Feten (Siedentopf, 2005). So muss ohne therapeutische Interventionen mit einem

Fortschreiten der Zervixverkürzung und einem Blasensprung gerechnet werden (Siedentopf, 2005).

Nach Steiner (2013) sind Gründe für einen FP dieselben wie für den Spätabort, da ein FP auch zu einem Spätabort führen kann. Siedentopf (2005) vervollständigt die Risikofaktorenliste mit den Mehrlingsschwangerschaften. Schneider et. al. (2011, S. 481) sehen jedoch keinen „stringenten Zusammenhang zwischen Zervixöffnung und Frühgeburt. So werden über Wochen geburtsbereite Zervixbefunde beobachtet, ohne dass es zur Geburt kommt. Andererseits ist die Rate der Geburten bei entsprechend vorgereiften Befunden erheblich erhöht.“ Bei einem FP äusserten sich Schneider et al. (2011) jedoch konkreter, so sei ein Prolaps bis zum äusseren Muttermund zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft hochgradig pathologisch und bedarf nach Möglichkeit der operativen Korrektur. Diese Aussage differenziert Petersen (2010): Ein FP ohne Infektionszeichen kann sich unter Schonung auch wieder völlig zurückbilden. Wenn ein FP aufgrund einer Infektion auftritt oder die Fruchtblase bereits beschädigt ist, ist der Abort nicht mehr aufzuhalten.

5.3.1 Management

Laut Steiner (2013) sind die Erstmassnahmen bei einem FP verschieden und somit das Management unterschiedlich: Vor der 24. SSW sind die operativen Therapien, Bettruhe und die stationäre Aufnahme neben der Aufklärung der Eltern die einzigen Optionen. Die operativen Therapien sind nur in 50 Prozent der Fälle erfolgreich, somit ist immer ein Spätabort möglich. Nach der 24. SSW sind gegebenenfalls Wehenhemmung (Tokolyse) bei fehlenden Infektzeichen (Fieber und Infektparameter im Blut) und Lungenreifungsinduktion für das Kind nach spitalinternen Richtlinien (Stand 2015) möglich. Die Lungenreifungsinduktion hat zum Ziel die Reifung der Lungen zu beschleunigen und erfolgt durch eine zweimalige intramuskuläre Injektion während 24 Stunden (Zimmermann, 2014). Im Universitätsspital Zürich existiert gemäss Anfrage kein Handlungsschema (Stand 2015) bei einem FP vor der 24. SSW: Jeder Fall wird individuell behandelt.

5.3.1.1 Tokolytika

In der Schweiz werden vor der 25. SSW – trotz widersprüchlichen Angaben im Kompendium – keine intravenösen Tokolytika verabreicht (Zimmermann, 2014). Auf die einzelnen Tokolytika wird nicht näher eingegangen, denn es dient nicht zur Beantwortung der Fragestellung und würde den Umfang dieser Arbeit überschreiten. Bei Interesse sind die Richtlinien und die Wirkung der einzelnen Medikamente im Anhang erklärt. Anhang G: Tokolytika.

5.3.1.2 Chirurgische Massnahmen

Die Cerclage oder der totale Muttermundverschluss (TMMV) sind die einzigen möglichen chirurgischen Massnahmen bei einem FP (Schneider et al., S. 482) und sind in Abbildung 5 dargestellt. Das Ziel dieser operativen Eingriffe besteht darin, den FP zu reponieren und den äusseren Muttermund zu

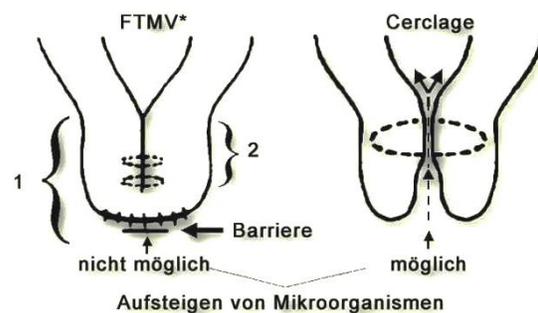


Abb. 5: TMMV und Cerclage

verschliessen, damit die verlorene Halte- und Barrierefunktion der Zervix wieder hergestellt wird (Siedentopf, 2005). Verglichen mit der Cerclage, welche eine rein technische Massnahme ist (Zimmermann, 2014), schützt der TMMV den sterilen Uterus vor dem Eindringen von Bakterien. Bekannt ist auch die Durchführung beider operativer Möglichkeiten in Kombination nach Zurückschieben der prolabierenden Fruchtblase (Schneider, 2011). Laut Siedentopf (2005) ist die Wahl der Operationsmethode weniger entscheidend. Als Kontraindikation für die Cerclage wie auch für den TMMV zählen Schneider et al. (2011) neben Infektionen, auch den vorzeitigen Blasensprung, fetale Fehlbildungen, vorzeitige Kontraktionen und Blutungen.

Die Erfolgchancen sind je nach Schwangerschaftswoche relativ gut. Allerdings kann bei den operativen Therapien während des Eingriffes eine intraoperative Eröffnung der Fruchtblase (Blasensprung) aufgrund der Manipulation erfolgen (Sie-

dentopf, 2005). Weiter ereignet sich nach Schneider et al. (2011) bei 20 Prozent aller Schwangeren, welche sich einer Notcerclage unterziehen lassen, innerhalb von 5 Tagen ein Blasensprung. Falls nach einem Blasensprung Infektzeichen auftreten, muss die Cerclage wieder entfernt werden und aufgrund der Gefahr einer schweren Infektion die Schwangerschaftsbeendigung in die Wege geleitet werden.

In Abbildung 6 werden anhand eines Flussdiagramms die unterschiedlichen Cerclagen dargestellt. Bei einem FP wird die rechte Spalte aktiv.

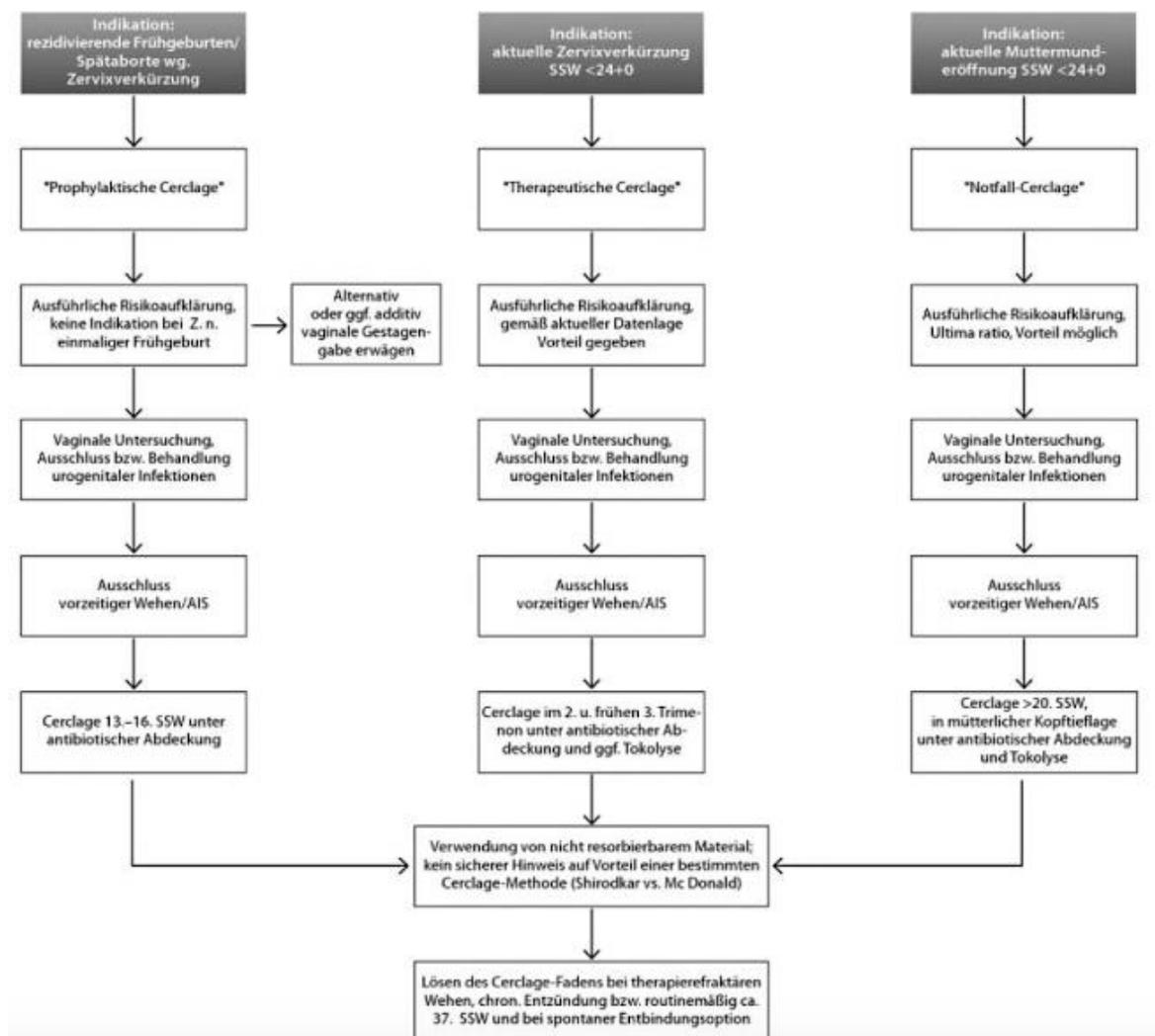


Abb. 6: Mechanische Massnahmen zur Zervixstabilisierung, Cerclage nach Strauss, Jonat und Diedrich (2013, S. 62)

Zusammengefasst sind mögliche invasive Therapieformen bei einem drohenden Spätabort vor 24+0 SSW aufgrund einer prolabierender Fruchtblase: Cerclage, - falls durch die SSW erlaubt - Tokolytika und die notwendige stationäre Aufnahme in einem Perinatalzentrum.

5.3.1.3 Alternative Methoden

„Das alternative Vorgehen besteht primär aus Bettruhe und Schonung, eventuell kombiniert mit Beckenhochlagerung. Je nach begleitenden Befunden (Wehentätigkeit, Infektionsparameter) oder in Abhängigkeit von klinikspezifischen Therapiekonzepten werden auch Tokolytika und Antibiotika angewandt (Siedentopf, 2005, S. 28).“ Laut Mandach (2008) können verschiedene Teesorten wie Orange und Melisse zur Wehensenkung dienen und gleichzeitig eine leicht sedierende Wirkung haben. Weiter empfiehlt Mandach (2008) neben Bryophyllum 50% auch Magnesium, Entspannungsbäder oder heiße Bauchwickel mit Lavendel. Diese alternativen Methoden können während der ganzen Schwangerschaft angewendet werden.

5.4 Hebammenarbeit

Dieses Unterkapitel, beschäftigt sich mit der Hebammenarbeit und soll primär Hebammen im Umgang mit Frauen mit drohendem Spätabort aufgrund eines Fruchtblasenprolapses sensibilisieren. Bloemeke (2009, S. 36) macht deutlich, was sich Hebammen bewusst sein sollen: So zerbrechen für die Betroffenen „(...) all die Träume und Pläne für die Zukunft“ und sie suchen nach Gründen, Sinn, Fehlern, Schuld und nach der Antwort auf „Was wäre gewesen, wenn?“. Bloemeke (2009) beschreibt das Gefühl folgendermassen: Der Zauber geht verloren, „der uns hilft zu leben“ (Hesse, 1941, zit. nach Bloemeke, 2009). Das vollständige Gedicht von Hesse ist im Anhang zu finden. Anhang H: Gedicht von Hermann Hesse.

5.4.1 Ziele in der Hebammenbetreuung

Die Ziele der Hebammenarbeit bei einem drohenden Spätabort beruhen darauf, Entspannungsmöglichkeiten anzubieten und die Angst durch persönliche Bera-

tungsgespräche, Atem- und Entspannungsübungen, Akupunktur oder Homöopathie zu reduzieren. Wichtig ist, dass für die Art der Betreuung die SSW nicht entscheidend ist (Höfer, Stiefel & Kluge, 2012). Dass die betreuenden Fachpersonen, je nach Situation, Paar und Atmosphäre, mitgenommen und betroffen sind, ist normal. „<Denn> die Grenzen des Machbaren werden <für die Betreuenden> auf schmerzliche Weise deutlich“ (Maurer, 2011, S. 25). So verlangt die Eigenbetroffenheit der Betreuenden einen bewussten, sorgfältigen Umgang.

5.4.2 Bedürfnisse der Schwangeren

Die Diagnose des FP versetzt die Eltern in einen Schockzustand, welcher meistens zu einem vorübergehenden Kontaktabbruch oder zu Distanz zum ungeborenen Kind führt (Maurer, 2011). So besteht die Aufgabe der Hebamme primär darin zu sorgen, dass die schwangere Frau und ihr Partner mit ihren eigenen Ressourcen in Kontakt bleiben (Maurer & Gassmann, 2006). Betroffene Frauen brauchen verständnisvolle Zuhörer, die sie unterstützen und Menschen, die Mut machen (Bloemeke, 2009). Wenn die Hebamme diese Bedürfnisse kennt, kann sie eine Frau mit einem FP professioneller betreuen und auf das Bevorstehende sorgfältig vorbereiten.

5.5 Entscheidungsfindung

Es ist ein wichtiger Aspekt als betreuende Hebamme zu wissen, dass die Entscheidungsfindung den Eltern je nach Situation nicht leicht gefallen ist. Ausserdem sollte herausgefunden werden, unter welchen Umständen eine Entscheidung der Frau herbeigeführt wurde (Schäfers, 2013), denn viele Frauen wollen als aktive Partnerinnen bei dem Entscheidungsprozess mitwirken, und wünschen Informationen über die ihnen offen stehenden Wahlmöglichkeiten (Brailey, 2005). Meist entscheidet nicht der behandelnde Arzt allein über die medizinischen Massnahmen, sondern ein Team in unheitlicher personeller Zusammensetzung. So sei es nach Glöckner (2007) nicht verantwortbar, wenn ethische Entscheidungen von leitenden

Ärzten einsam getroffen werden. Während der Teamentscheidung sind die Eltern zwar nicht an der Entscheidung direkt beteiligt, jedoch steht ihnen ein Vetorecht zu (Glöckner, 2007).

Informed consent oder shared decision making sind zwei Beispiele für Handlungs- und Wahlfreiheit, welche unterschiedliche Ansätze verfolgen. Bei der informed consent (informierte Zustimmung) liegt die Informationsmacht bei der Hebamme. Dies bedeutet, dass die Hebamme über das Ausmass der Informationen entscheidet. Bei der shared decision making (partizipative Entscheidungsfindung) ist die Informations- und Entscheidungsmacht auf Hebamme und Schwangere gleichermaßen verteilt. Der Prozess des shared decision making in der Hebammenarbeit ist in Abbildung 7 dargestellt. Dieses Modell wird durch das Bundesamt für Gesundheit (2015) gefördert und stellt einen Ansatz dar, der die Patientenautonomie fordert und fördert. Dies bedeutet aber auch gleich die Verabschiedung vom bisher weitestgehend üblichen paternalistischen Modell, in dem Professionelle über die Art der Behandlung der Schwangeren bzw. der Information hierüber entscheiden. Ausserdem entspricht das Modell in seiner Umsetzung dem, was heute unter dem Stichwort „evidenzbasierte Medizin“ verstanden wird (Schäfers, 2013).

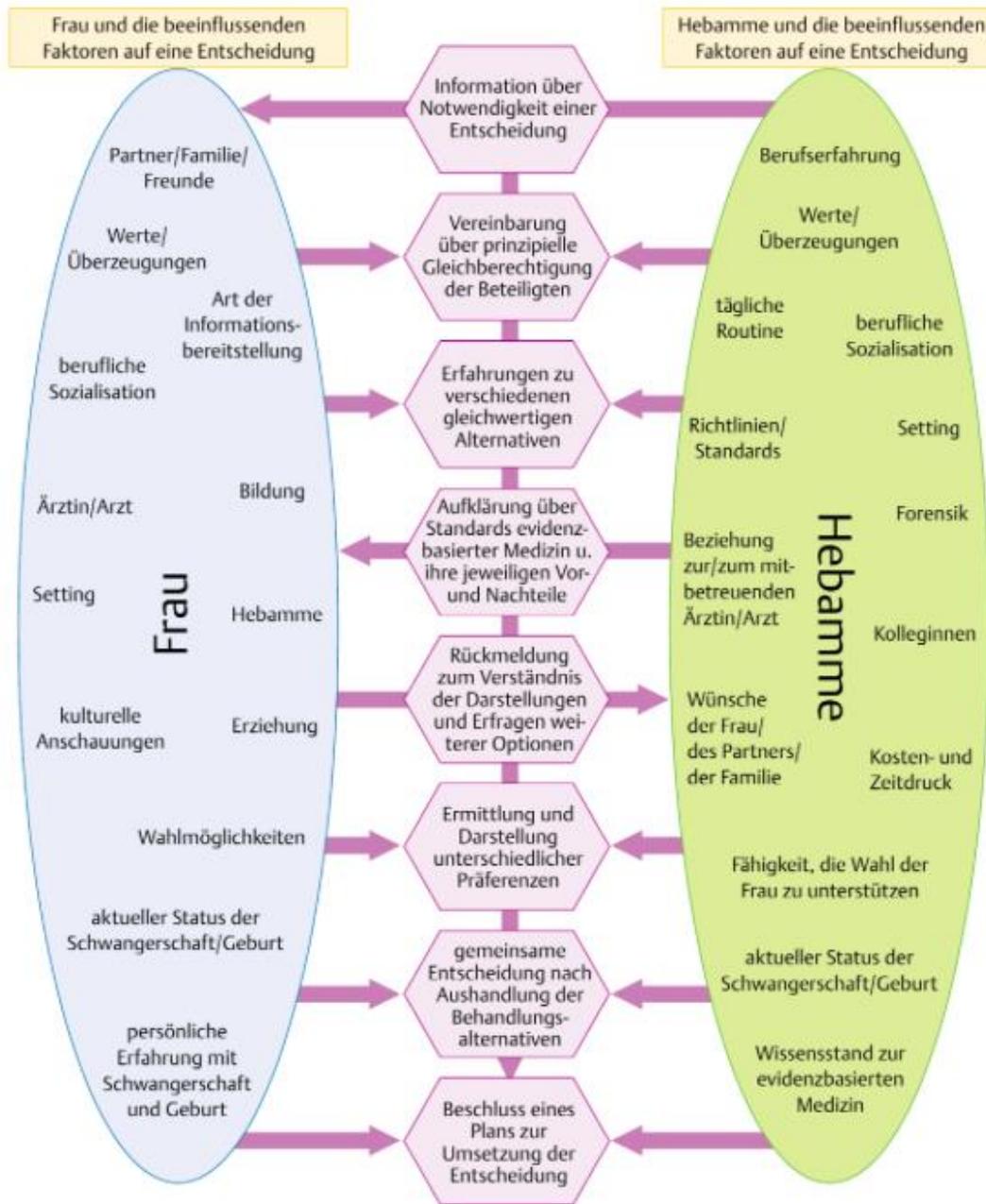


Abb. 7: Prozess des shared decision making in der Hebammenarbeit nach Schäfers (2013, S. 29)

Das shared decision making ist auch im internationalen Ethikkodex der Hebammen (1993) enthalten und zeigt, dass die partizipative Entscheidungsfindung zur Hebammenarbeit gehört. Der vollständige Ethikkodex befindet sich im Anhang D: Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen.

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 (...).

Es sollte nicht ausser Acht gelassen werden, dass es für die Eltern schwierig ist, eine Entscheidung zu treffen und zu entscheiden, wann es „genug“ ist. Die Hebamme soll die Frau ermutigen, eine Wahl zu treffen, die ihren eigenen Wertvorstellungen und Bedürfnissen entspricht (Brailey, 2005). Für eine Hebamme ist es wichtig, dass sie nach erfolgter Information den Entscheid der Frau akzeptieren muss, denn es wäre unethisch, die Patientin unter Druck zu setzen, damit sie ihre Meinung wieder ändert (Brailey, 2005).

5.5.1 Interdisziplinärer Umgang

Die Expertengruppe Berger et al. (2012, S. 98) beschreiben, wie notwendige Entscheidungen nach der Geburt des Kindes zwischen 23+0 und 25+6 SSW interdisziplinär getroffen werden. Aufgrund des beschränkten Umfangs sind diese wissenschaftlichen Fakten zur Betreuung im Anhang F: Intensivmedizin bei Frühgeborenen dargestellt.

6 DISKUSSION

6.1 Bezug zur Fragestellung

Im Diskussionsteil wird die ethische, rechtliche und geburtshilfliche Theorie miteinander verknüpft und anhand der Fragestellung dargestellt und beantwortet. Dies beinhaltet auch Empfehlungen für die Praxis. Darauf folgt eine generelle Betrachtung der Ethik in der Geburtshilfe, bei welcher das Potential erörtert sowie eine kritische Einschätzung verfasst wird. Schlussfolgernd werden Zukunftsaussichten beschrieben und Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt.

6.1.1 Recht

Bei sinkendem Gestationsalter (Schwangerschaftsdauer), sinkt das Recht des Kindes auf Autonomie und die Autonomie der Frau wird stärker (Maier, 2012). In jedem Fall können die Eltern über das Kind und das Bevorstehende entscheiden (Pally, 2013, zit. nach ZGB, Art. 31 Abs .1). Die Absicht, den Fruchtblasenprolaps zu therapieren, rechtfertigt den Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Mutter (Pally, 2013.) Die Behandelnden dürfen eine chirurgische Therapie ablehnen (Pally, 2013), beispielsweise bei bestehenden Infektzeichen, Blasensprung etc. Somit ist das Selbstbestimmungsrecht der Patientin keine hinreichende Bedingung für eine ärztliche Behandlung (Glöckner, 2007).

6.1.2 Ethik

Die Zugänglichkeit zu medizinischen Informationen wurde für die Patientinnen durch das Internet stark erleichtert. Dennoch bleibt das Verhältnis zwischen den Fachpersonen einerseits sowie den Patientinnen von einer Asymmetrie geprägt: Die Patientin kommt hilfesuchend zum Arzt (Bundesamt für Gesundheit, 2015).

6.1.2.1 Bioethik nach Beauchamp & Childress

Der Vorteil der Bioethik ist die Tatsache, dass die Theorie von Beauchamp & Childress für Laien nachvollziehbar ist. Dies beruht sicherlich darauf, dass es der

Autoren Ziel war, die medizinethischen Ansätze für viele Berufsgruppen wie Rechtswissenschaften, Sozialwissenschaften, Biologie und Gesundheitsberufe verständlich zu machen. Auch ihre 4 Prinzipien sind für Menschen mit unterschiedlichen Werthintergründen akzeptabel und daher für viele eine Hilfe, praktische Problemlösungen zu erarbeiten. Offen bleibt jedoch, welches der 4 Prinzipien auf einen konkreten Fall anzuwenden ist und welches in Kraft trifft. Ein weiterer negativer Punkt ist, dass die Fragen der sozialen Benachteiligung (Frauen, Migrantinnen und Migranten) unter anderem im Gesundheitswesen mangelhaft reflektiert werden. Dadurch kann die Anwendung der Bioethik auf ethische Probleme in der Schwangerschaft erschwert sein. Aus feministischer Sicht wird dies kritisiert (Pieper et al. 1998), denn die Befürworter der Feministischen Ethik würden die Unterdrückungsstrukturen analysieren und Strategien zur Überwindung der bestehenden Strukturen kreieren.

6.1.2.2 Fürsorgeethik nach Gilligan

Über die Fürsorgeethik nach Gilligan sind sich nicht alle einig. So wurde beispielsweise ihre scharfe Unterscheidung von Gerechtigkeit und Fürsorge in Frage gestellt. Für die Schwangerschaft ist die Fürsorgeethik, mit dem Individuum als Fokus, jedoch besonders gut anwendbar. Denn in der Schwangerschaft erhält die Fürsorge im Leben der Frau einen neuen Stellenwert: Die Schwangere ist verantwortlich für ihr Ungeborenes und lernt mütterlich und fürsorglich zu handeln (Maier, 2012).

6.1.2.3 Entscheidungsfindung

Während der Entscheidungsfindung müssen Beraterinnen fähig sein, zu signalisieren, dass ihrerseits keine Erwartungen bestehen (Maier, 2012). Wenn es zu einem drohenden Spätabort kommen sollte, könnten sich Konflikte zwischen der Selbstbestimmung der Schwangeren und der Verantwortung und Fürsorge von Ärztinnen für das gebärende Kind verschärfen. Die Konsequenzen der Konfliktaustragung

betreffen das Kind, ohne dass es dazu seine Stimme erheben könnte (Maier, 2012).

6.1.3 Geburtshilfe

Der FP ist ein Signal, dass die Geburt aufgrund unterschiedlichster Ursachen bevorsteht (Petersen, 2010). Deshalb es ist nicht möglich, ein einheitliches, definitives Handlungsschema zu kreieren; gemäss Anfrage existiert auch keines (Zimmermann, 2014). Dies ermöglicht dem betreuenden Team einen grossen Handlungsspielraum. Die Problematik des grossen Handlungsspielraums kann sein, dass Betroffene die Entscheidungen der Behandelnden nicht verstehen, wenn sie sich mit anderen Betroffenen vergleicht. Sie fühlen sich vielleicht unrecht und plädieren deshalb auf Gerechtigkeit. Die Gerechtigkeit kann, aufgrund der unterschiedlichen Gründe für das Entstehen eines FP in dieser Situation, jedoch nicht das passende Prinzip für die Lösung des ethischen Problems sein. Deshalb ist es äusserst wichtig, den Betroffenen auf einfache Art ihre Situation verständlich zu machen (Bloemeke, 2009).

6.2 Theorie-Praxis-Transfer

Nachfolgend wird die Bedeutung der ethischen Diskussion bei einem FP dargestellt und Empfehlungen für die Praxis gemacht.

Da nach Maier (2012) die ethische Analyse beziehungsweise Diskussion sich mit den Fragen nach der Ursache und dem Zustandekommen von moralisch problematischen Situationen befasst, werden in diesem Unterkapitel Optionen von handelnden Personen (Patientinnen und Behandelnden) diskutiert. Dabei werden die getroffenen oder zu treffenden Entscheidungen bewertet. Eine wichtige Voraussetzung für diese ethische Beurteilung ist nach Maier (2012) eine sorgfältige Analyse der Situation. Dabei ist nicht ausser Acht zu lassen, dass erstens die Ethik nie eine einzig richtige Lösung gibt (Pieper et al., 1998) und zweitens die geburtshilfliche Situation bei einem FP aufgrund verschiedener Zusatzkriterien nicht immer eindeu-

tig ist. Aufgrund dessen wurden 5 verschiedene Fälle, respektive Situationen entworfen und deren Vorgehensweise ethisch begründet.

Zusatzkriterien sind Faktoren, welche den Verlauf der Schwangerschaft und die Chance der Schwangerschaftserhaltung entweder positiv oder negativ beeinflussen. Bei den negativen Zusatzkriterien handelt es sich um prognostisch ungünstige Faktoren. Dazu gehören (vgl. 5.2.2 und 5.3) das Ausmass des Prolapses (in den Muttermund, durch den Muttermund oder in die Scheide), vorzeitige Wehen und positive Infektzeichen (Siedentopf, 2005). Die Kombination dieser negativen Kriterien macht die Prognose noch ungünstiger.

Auf den nachfolgenden Seiten sind die folgenden Prozedere möglich:

1. Die Schwangere erhält eine operative und alternative Therapie aufgrund der nicht vorhandenen negativen Zusatzkriterien.
2. Die Schwangere erhält eine alternative Therapie wegen wenigen negativen Zusatzkriterien.
3. Die Schwangere mit oder ohne negative Zusatzkriterien wünscht keine Therapie und wird deshalb nicht behandelt.
4. Die Schwangere erhält keine Therapie aufgrund der negativen Zusatzkriterien, obwohl sie diese wünscht.

Die Auswahl wird jeweils ethisch und rechtlich begründet.

6.2.1 Fall 1

Eine Schwangere kommt in den Notfall mit verkürzter, geöffneter Zervix und prolabierender Fruchtblase. Sie ist weniger als 24 Wochen schwanger, hat mehrere negative Zusatzkriterien und möchte eine Therapie. Was darf ethisch gesehen unternommen werden?

Autonomie

Tabelle 1: Autonomie Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Laut Beauchamp et al. (2013) soll die autonome Entscheidung von Patientinnen dokumentiert werden, denn erst die dokumentierte Zustimmung legitimiert jede ärztliche Behandlung. Für Patientinnen bedeutet das Recht auf Autonomie, die Wahl der Therapie und der Behandelnden selbst zu treffen; für Ärztinnen und Ärzte hingegen bedeutet es informieren, aufklären und die Zustimmung einholen zu müssen.

In Bezug auf die Autonomie nach Beauchamp et al (2013) sollte die Entscheidung der Patientin für den Eingriff zur rechtlichen Absicherung der Behandelnden dokumentiert werden. Nach dem Prinzip der Autonomie darf die Frau entscheiden, ob sie die Therapie will oder nicht.

Wohltun

Tabelle 2: Wohltun Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) geht es bei diesem Prinzip des Wohltuns um die moralische Verpflichtung, das Wohl anderer Personen und ihre Interessen zu fördern. Im Vergleich zum Prinzip des Nichtschadens geht es bei diesem Prinzip mehr um die Verpflichtung zu aktivem Handeln zum Wohlergehen anderer. Dabei geht es nur um die moralisch verpflichtende Kategorie.

Das Prinzip des Wohltuns (Beauchamp et al, 2013) verpflichtet die Behandelnden zu aktivem Handeln zum Wohlergehen anderer. Dies legitimiert nicht jede Behandlung, sondern nur die moralisch verpflichtende, dazu gehört die prolabierende Fruchtblase vor der 25. SSW mit negativen Zusatzkriterien nicht. Es handelt sich hier mehr um die verpflichtende Nichtbehandlung. Eine Verpflichtung zur Nichtbehandlung besteht, wenn Behandlungen gewünscht sind, welche kaum Verbesserung erzielen, medizinisch sinnlos erscheinen und mehr Lasten als Nutzen für die Patientin bedeuten. Somit ist die Behandlung der Schwangeren in diesem Fall aufgrund dieses Prinzips des Wohltuns nicht gerechtfertigt.

Nichtschaden

Tabelle 3: Nichtschaden Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Beauchamp et al. (2013) definieren das Prinzip des Nichtschadens als Verpflichtung, Anderen nicht bewusst Schaden zuzufügen. Dabei geht es um negative Pflichten, das Unterlassen bestimmter Handlungen. Eine Verpflichtung zur Nichtbehandlung besteht, wenn Behandlungen gewünscht sind, welche kaum Verbesserung erzielen, medizinisch sinnlos erscheinen und mehr Lasten als Nutzen für die Patientin bedeuten (Beauchamp et al, 2013).

Bei mehreren negativen Zusatzkriterien kann die Verbesserung mit Hilfe einer Therapie kaum erzielt werden und die Therapie erscheint somit medizinisch sinnlos. Nach dem Prinzip des Nichtschadens nach Beauchamp et al. (2013), sollte die Therapie unterlassen werden.

Gerechtigkeit

Tabelle 4: Gerechtigkeit Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) sind die Hauptpunkte bei diesem Prinzip die Fairness und die Verteilungsgerechtigkeit. Dabei bedeutet Fairness die gleichwertige Behandlung von Personen mit gleichem Status und gleichen Eigenschaften. Die Verteilungsgerechtigkeit besagt, dass keine Person bevorzugt oder benachteiligt werden darf, dazu gehören Geschlecht, Rasse oder Nationalität.

Bei diesem Prinzip der Gerechtigkeit (Beauchamp et al., 2013) sollte nicht vergessen werden, dass jede Patientin in einer ähnlichen Situation wenn möglich ähnlich behandelt werden sollte. Das bedeutet, dass jede Frau mit mehreren negativen Zusatzkriterien aus der Sicht des Gerechtigkeits-Prinzips nicht behandelt werden sollte. Es wäre unfair, wenn eine Schwangere nur aufgrund ihres Versicherungsstatus behandelt würde.

Fürsorge

Tabelle 5: Fürsorge Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005)

Zur Ethik der Fürsorge gehört auch das Seinlassen, der Verzicht und die Annahme eines Schicksals dazu (Meyer, 2004). Maier (2012) beschreibt Fürsorge als Ermöglichung eines Freiraums, in dem Autonomie gelebt werden kann. So sorgt sich der sorgende Part um das Wohlergehen des Umsorgten, was ohne Respekt vor dessen Selbstbestimmung nicht vorstellbar ist. Da die Fürsorge eine typische weibliche Eigenschaft ist, korreliert Weiblichkeit mit Mütterlichkeit, Emotionen und Nähe (Schnabl, 2005). Fürsorge gilt als Sammelbegriff und umschreibt bestimmte Tätigkeiten, die bestimmte Haltungen, zu welchen Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Empathie, Wohlwollen aber auch die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, zählen, voraussetzen.

Die Fürsorgeethik (nach Meyer, 2004, Maier, 2012, Schnabl, 2005 & Gilligan, 1993) besagt für diesen Fall, dass das Schicksal angenommen und gleichzeitig wenn möglich Autonomie gelebt werden sollte, was aber aufgrund der anderen Prinzipien kaum umsetzbar ist. Jedoch sollte der Patientin auch in dieser Phase Empathie, Wohlwollen und Aufmerksamkeit entgegengebracht werden.

Rechtlicher Aspekt

Tabelle 6: Rechtlicher Aspekt Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013)

Die Menschenwürde ist eine der Patientenrechte und wird in Art 7. der BV geschützt. Dadurch wird die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht garantiert (Pally, 2013, zit. nach BV-Mastronardi, N 32 zu Art. 7 BV).

Aus rechtlicher Sicht darf die Frau selber entscheiden. In der Bundesverfassung ist ihr Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht garantiert.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieser Fall 1 anhand der verschiedenen Prinzipien unterschiedlich angegangen werden kann und jede getroffene Entscheidung anhand eines dazu passenden Prinzips begründet werden kann. Leider darf nicht davon ausgegangen werden, dass in jedem Fall alle Prinzipien gegeneinander abgewogen werden. So besteht die Gefahr, dass nur diejenigen ausgewählt werden, welche die Betreuenden als sinnvoll erachten, was jedoch das Prinzip der Gerechtigkeit nicht zulässt.

Für die Autorin ergibt folgende ethische Schlussfolgerung am meisten Sinn: Wenn die Patientin behandelt wird dann nur alternativ mit den Prinzipien des Wohltuns, des Nichtschadens, der Gerechtigkeit und der Fürsorge als Argument.

6.2.2 Fall 2

Eine Schwangere kommt mit verkürzter, geöffneter Zervix und prolabierender Fruchtblase vor der 25. SSW und hat wenige, negative Zusatzkriterien und möchte Therapie. Was darf ethisch gesehen unternommen werden?

Autonomie

Tabelle 7: Autonomie Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Laut Beauchamp et al. (2013) soll die autonome Entscheidung von Patientinnen dokumentiert werden, denn erst die dokumentierte Zustimmung legitimiert jede ärztliche Behandlung. Für Patientinnen bedeutet das Recht auf Autonomie, die Wahl der Therapie und der Behandelnden selbst zu treffen; für Ärztinnen und Ärzte hingegen bedeutet es informieren, aufklären und die Zustimmung einholen zu müssen.

Nach dem Prinzip der Autonomie (Beauchamp et al., 2013) darf die Frau behandelt werden, falls sie will. Sie darf auch die Therapie bestimmen und die Behandelnden wählen, denn sie hat das Recht auf Autonomie. Die Betreuenden müssen die Frau aber über die geburtshilfliche Situation aufklären und informieren, dass die Prognose unklar ist.

Wohltun

Tabelle 8: Wohltun Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) geht es bei diesem Prinzip des Wohltuns um die moralische Verpflichtung, das Wohl anderer Personen und ihre Interessen zu fördern. Im Vergleich zum Prinzip des Nichtschadens geht es bei diesem Prinzip mehr um die Verpflichtung zu aktivem Handeln zum Wohlergehen anderer. Dabei geht es nur um die moralisch verpflichtende Kategorie.

Laut dem Prinzip des Wohltuns (Beauchamp et al., 2013) sind die medizinischen Fachpersonen zum aktiven Handeln zum Wohlergehen der Patientin und des Fötus verpflichtet, wenn die moralisch verpflichtende Kategorie zutrifft. Dies ist in diesem Kontext jedoch nicht der Fall, denn es ist eine Behandlung gewünscht welche kaum Verbesserung erzielt, medizinisch fast sinnlos erscheint und vielleicht mehr Lasten als Nutzen für die Patientin bedeutet. Dieses Prinzip kommt folglich in diesem Fall nicht in Kraft.

Nichtschaden

Tabelle 9: Nichtschaden Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Beauchamp et al. (2013) definieren das Prinzip des Nichtschadens als Verpflichtung, Anderen nicht bewusst Schaden zuzufügen. Es geht bei diesem Prinzip um negative Pflichten, also das Unterlassen bestimmter Handlungen. Eine Verpflichtung zur Nichtbehandlung besteht, wenn Behandlungen gewünscht sind, welche kaum Verbesserung erzielen, medizinisch sinnlos erscheinen und mehr Lasten als Nutzen für die Patientin bedeuten. Es wird zwischen der verpflichtenden Behandlung, möglichen Behandlung und der verpflichtenden Nichtbehandlung unterschieden (Beauchamp et al, 2013).

Wenn das Prozedere für den Fall anhand des Prinzips für Nichtschaden nach Beauchamp et al. (2013) bestimmt wird, befindet man sich in einer Grauzone, denn es lässt sich schwer voraussagen, ob mit einer Therapie Verbesserung erzielt werden kann. Damit entfällt die Verpflichtung zur Nichtbehandlung aufgrund der kaum möglichen Besserung der Situation nach einem Eingriff. Auch medizinisch gesehen wäre eine Therapie nicht klar sinnlos, und ob der Eingriff für die Patientin mehr Lasten als Nutzen bedeutet, ist ebenfalls nicht klar definierbar.

Gerechtigkeit

Tabelle 10: Gerechtigkeit Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) sind die Hauptpunkte bei diesem Prinzip die Fairness und die Verteilungsgerechtigkeit. Dabei bedeutet Fairness die gleichwertige Behandlung von Personen mit gleichem Status und gleichen Eigenschaften. Die Verteilungsgerechtigkeit besagt, dass keine Person bevorzugt oder benachteiligt werden darf, dazu gehören Geschlecht, Rasse oder Nationalität.

Anhand des Prinzips für Gerechtigkeit nach Beauchamp et al. (2013) kann keine Entscheidung für oder gegen die Therapie gemacht werden, ausser es bestünden Vergleichsfälle, dann müsste man anhand der Gerechtigkeitsperspektive ähnlich handeln.

Fürsorge

Tabelle 11: Fürsorge Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005).

Zur Ethik der Fürsorge gehört auch das Seinlassen, der Verzicht und die Annahme eines Schicksals dazu (Meyer, 2004). Maier (2012) beschreibt Fürsorge als Ermöglichung eines Freiraums, in dem Autonomie gelebt werden kann. So sorgt sich der sorgende Part um das Wohlergehen des Umsorgten, was ohne Respekt vor dessen Selbstbestimmung nicht vorstellbar ist. Da die Fürsorge eine typische weibliche Eigenschaft ist, korreliert Weiblichkeit mit Mütterlichkeit, Emotionen und Nähe (Schnabl, 2005). Fürsorge gilt als Sammelbegriff und umschreibt bestimmte Tätigkeiten, die bestimmte Haltungen, zu welchen Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Empathie, Wohlwollen aber auch die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, zählen, voraussetzen.

Fürsorglich (Meyer, 2004, Maier, 2012, Schnabl, 2005 & Gilligan, 1993) betrachtet sollte der Frau die Möglichkeit gegeben werden, autonom zu entscheiden. Jedoch muss sie auch auf die geburtshilfliche Tatsache aufmerksam gemacht und aufgrund der negativen Zusatzkriterien dazu ermutigt werden, das Schicksal anzunehmen.

Rechtlicher Aspekt

Tabelle 12: Rechtlicher Aspekt Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013).

Die Menschenwürde ist eine der Patientenrechte und wird in Art 7. der BV geschützt. Dadurch wird die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht garantiert (Pally, 2013, zit. nach BV-Mastronardi, N 32 zu Art. 7 BV).

Rechtlich gesehen darf die Patientin selber autonom entscheiden. Diese rechtliche Begründung für den Eingriff korreliert jedoch mit den anderen Prinzipien.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieser Fall 2 anhand der verschiedenen Prinzipien unterschiedlich angegangen werden kann: Aus rechtlicher Sicht und anhand des Prinzips für Autonomie und der Fürsorge darf die Patientin autonom über die Therapieform entscheiden. Es ist jedoch die Aufgabe des Arztes die Patientin zuvor genau über die möglichen Formen der Therapie und die Risiken aufzuklären (Prinzip der Autonomie). Im Vergleich zu Fall 1 ist es aus der Sicht des Nichtschadens schwer zu sagen, ob eine Therapie angestrebt werden sollte oder nicht. In Fall 1 ist die Situation eindeutiger, denn bei mehreren negativen Zusatzkriterien kann die Verbesserung mit Hilfe einer Therapie kaum erzielt werden und die Therapie erscheint somit medizinisch sinnlos. Leider kann nicht davon ausgegangen werden, dass in der Praxis in jedem Fall alle Prinzipien gegeneinander abgewogen werden. So besteht die Gefahr, dass nur diejenigen ausgewählt werden, welche den Betreuenden als sinnvoll erscheinen, was jedoch das Prinzip der Gerechtigkeit ausser Acht lässt.

Für die Autorin würde folgende ethische Schlussfolgerung am meisten Sinn ergeben: Die Patientin wird je nach Zusatzkriterien alternativ oder chirurgisch behandelt mit dem Prinzip der Autonomie und der Fürsorge als Argument, jedoch ist sie zwingend gründlich aufzuklären. Wichtig ist, dass im Fall der Zunahme der negativen Zusatzkriterien Fall 1 eintreffen und die Therapie somit medizinisch sinnlos erscheinen würde.

6.2.3 Fall 3

Eine Schwangere kommt mit verkürzter, geöffneter Zervix und prolabierender Fruchtblase vor der 25. SSW und hat negative Zusatzkriterien, möchte aber keine Therapie. Was darf ethisch gesehen unternommen werden?

Autonomie

Tabelle 13: Autonomie Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Laut Beauchamp et al. (2013) soll die autonome Entscheidung von Patientinnen dokumentiert werden, denn erst die dokumentierte Zustimmung legitimiert jede ärztliche Behandlung. Für Patientinnen bedeutet das Recht auf Autonomie, die Wahl der Therapie und der Behandelnden selbst zu treffen; für Ärztinnen und Ärzte hingegen bedeutet es informieren, aufklären und die Zustimmung einholen zu müssen.

Nach dem Prinzip der Autonomie (Beauchamp et al., 2013) darf die Patientin selber über eine Therapie entscheiden. Sie darf entscheiden, ob sie einer chirurgischen, eventuell von Ärzten empfohlenen Massnahme zustimmt oder nicht.

Wohltun

Tabelle 14: Wohltun Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) geht es bei diesem Prinzip des Wohltuns um die moralische Verpflichtung, das Wohl anderer Personen und ihre Interessen zu fördern. Im Vergleich zum Prinzip des Nichtschadens geht es bei diesem Prinzip mehr um die Verpflichtung zu aktivem Handeln, zum Wohlergehen anderer. Dabei geht es nur um die moralisch verpflichtende Kategorie.

Nach dem Prinzip des Wohltuns nach Beauchamp et al. (2013) wären die Ärzte dem Ungeborenen gegenüber nicht klar zu aktivem Handeln verpflichtet, denn es handelt sich um die moralisch mögliche Kategorie. Somit wäre eine Behandlung weder falsch noch korrekt. Die Schwierigkeit bei diesem Fall ist, dass das Wohlergehen nicht die Frau selber betrifft, sondern das rechtlich eingeschränkte Ungeborene. Damit ist diese Prinzip nicht ausschlaggebend für eine Argumentation gegen den Entscheid der Mutter.

Nichtschaden

Tabelle 15: Nichtschaden Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Beauchamp et al. (2013) definieren das Prinzip des Nichtschadens als Verpflichtung, Anderen nicht bewusst Schaden zuzufügen. Es geht bei diesem Prinzip um negative Pflichten, das Unterlassen bestimmter Handlungen. Als Schaden definieren sie physische Schädigungen und Beeinträchtigung des psychischen Befindens. Eine Verpflichtung zur Nichtbehandlung besteht, wenn Behandlungen gewünscht sind, welche kaum Verbesserung erzielen, medizinisch sinnlos erscheinen und mehr Lasten als Nutzen für die Patientin bedeuten.

Dieses Prinzip des Nichtschadens (Beauchamp et al., 2013) kommt in diesem Fall indirekt zum Einsatz, da die Frau von vornherein jegliche Therapie ablehnt und damit das „Nichtschaden“ von Seiten der betreuenden Fachpersonen gewährleistet ist. Damit muss von der Seite der Betreuenden keine Entscheidung über die Durchführung getroffen werden. Die Entscheidung über die Durchführung ist in diesem Fall vom Willen der Frau abhängig.

Gerechtigkeit

Tabelle 16: Gerechtigkeit Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) sind die Hauptpunkte bei diesem Prinzip die Fairness und die Verteilungsgerechtigkeit. Dabei bedeutet Fairness die gleichwertige Behandlung von Personen mit gleichem Status und gleichen Eigenschaften. Die Verteilungsgerechtigkeit besagt, dass keine Person bevorzugt oder benachteiligt werden darf, dazu gehören Geschlecht, Rasse oder Nationalität.

Dieses Prinzip der Gerechtigkeit (Beauchamp et al., 2013) kann wie das des Nichtschadens durch den Willen der Patientin ausser Acht gelassen werden. Auch wenn die Gerechtigkeit nicht für das Kind zutrifft, welches ein Recht auf Leben hätte, hat doch die Frau das Recht auf die Entscheidung, denn der Wille des Kindes ist nicht ausschlaggebend, da nicht beurteilt werden kann, wie sich das Kind entscheiden würde, wenn es könnte.

Fürsorge

Tabelle 17: Fürsorge Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005).

Zur Ethik der Fürsorge gehört auch das Seinlassen, der Verzicht und die Annahme eines Schicksals dazu (Meyer, 2004). Maier (2012) beschreibt Fürsorge als Ermöglichung eines Freiraums, in dem Autonomie gelebt werden kann. So sorgt sich der sorgende Part um das Wohlergehen des Umsorgten, was ohne Respekt vor dessen Selbstbestimmung nicht vorstellbar ist. Da die Fürsorge eine typische weibliche Eigenschaft ist, korreliert Weiblichkeit mit Mütterlichkeit, Emotionen und Nähe (Schnabl, 2005). Fürsorge gilt als Sammelbegriff und umschreibt bestimmte Tätigkeiten, die bestimmte Haltungen, zu welchen Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Empathie, Wohlwollen aber auch die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, zählen, voraussetzen.

Fürsorglich betrachtet (Meyer, 2004, Maier, 2012, Schnabl, 2005 & Gilligan 1993), handelt die Frau den Umständen entsprechend ethisch korrekt. Sie nimmt das Schicksal an und lebt dennoch ihre Autonomie, setzt Grenzen und handelt mütterlich.

Rechtlicher Aspekt

Tabelle 18: Rechtlicher Aspekt Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013)

In der Bundesverfassung (Art. 10 BV und Art. 2 EMRK) wird das Recht auf Leben und Gesundheit zugeschrieben, dabei wird jedem Menschen das Recht auf Leben und Gesundheit garantiert und die körperliche Integrität vor Eingriffen geschützt. Zu den Patientenrechten gehört neben vielen anderen die Selbstbestimmung (Pally, 2013). Jedoch endet Selbstbestimmung, wenn Massnahmen verlangt werden, die unwirksam oder unzweckmässig sind (SAMW, 2013). Der Eingriff in die Persönlichkeitsrechte ist nur erlaubt, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt, ansonsten die Gebärende Schadenersatz und Genugtuung verlangen (Pally (2013, zit. nach ZGB Abs 28 Abs. 2, BSK-Meili, N 46 ff. zu Art. 28 ZGB und Art 41 ff. OR).

Die Selbstbestimmung gehört zu den Patientenrechten und kann in Fall 3 nicht angezweifelt werden, da die Frau keine Massnahmen verlangt. Somit sind keine unwirksamen Massnahmen von Seiten der Frau gefordert. Das Recht auf Leben und Gesundheit schützt ausserdem die körperliche Integrität der Schwangeren vor Eingriffen.

Aus rechtlicher Sicht kann an der Entscheidung der Frau nichts geändert werden. Ein chirurgischer Eingriff wäre ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte, da kein Rechtfertigungsgrund vorliegt ausser dem rechtlich nicht aussagekräftigen Kindeswohl. Das Kindeswohl hingegen ist kein aussagekräftiger Rechtfertigungsgrund für die Behandlung.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass an der Entscheidung der Frau ethisch und rechtlich gesehen nichts zu ändern ist. Sie lebt ihre Autonomie, agiert rechtlich korrekt und auch das Prinzip des Nichtschadens und des Wohltuns wird durch ihre Entscheidung erfüllt. Lediglich die betreuenden Fachpersonen könnten auf einen Eingriff bestehen, was jedoch ethisch nicht vertretbar wäre, da damit die Autonomie der Frau in Frage gestellt und die Fürsorgepflicht vernachlässigt würde. Den Betreuenden bleibt lediglich die Akzeptanz des Nichts-Tun-Könnens und der Entscheidung der Frau.

6.2.4 Fall 4

Eine Schwangere kommt mit verkürzter, geöffneter Zervix und prolabierender Fruchtblase vor der 25. SSW und hat keine negativen Zusatzkriterien und wünscht eine Therapie. Was darf ethisch gesehen unternommen werden?

Autonomie

Tabelle 19: Autonomie Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Laut Beauchamp et al. (2013) soll die autonome Entscheidung von Patientinnen dokumentiert werden, denn erst die dokumentierte Zustimmung legitimiert jede ärztliche Behandlung. Für Patientinnen bedeutet das Recht auf Autonomie, die Wahl der Therapie und der Behandelnden selbst zu treffen; für Ärztinnen und Ärzte hingegen bedeutet es informieren, aufklären und die Zustimmung einholen zu müssen.

Nach dem Prinzip der Autonomie nach Beauchamp et al (2013) darf die Frau aufgrund nicht vorhandener negativer Zusatzkriterien über die Wahl der Therapie selbstständig entscheiden.

Wohltun

Tabelle 20: Wohltun Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) geht es bei diesem Prinzip des Wohltuns um die moralische Verpflichtung, das Wohl anderer Personen und ihre Interessen zu fördern. Im Vergleich zum Prinzip des Nichtschadens geht es bei diesem Prinzip mehr um die Verpflichtung zu aktivem Handeln zum Wohlergehen anderer. Dabei geht es nur um die moralisch verpflichtende Kategorie.

Es handelt sich bei dieser geburtshilflichen Situation um eine moralisch verpflichtende Kategorie: Durch die Behandlung kann eine Verbesserung der Situation erzielt werden, die Behandlung erscheint medizinisch sinnvoll und es besteht ein effektiver Nutzen für die Schwangere. Die betreuenden Fachpersonen haben aufgrund des Prinzips des Wohltuns (Beauchamp et al., 2013) die Verpflichtung zu aktivem Handeln für das Wohlergehen der Frau und dem Ungeborenen.

Nichtschaden

Tabelle 21: Nichtschaden Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Beauchamp et al. (2013) definieren das Prinzip des Nichtschadens als Verpflichtung, Anderen nicht bewusst Schaden zuzufügen. Es geht bei diesem Prinzip um negative Pflichten, das Unterlassen bestimmter Handlungen. Als Schaden definieren sie physische Schädigungen und Beeinträchtigung des psychischen Befindens. Eine Verpflichtung zur Nichtbehandlung besteht, wenn Behandlungen gewünscht sind, welche kaum Verbesserung erzielen, medizinisch sinnlos erscheinen und mehr Lasten als Nutzen für die Patientin bedeuten.

Nach dem Prinzip des Nichtschadens (Beauchamp et al., 2013) dürfte die Therapie ebenfalls begonnen werden, da es sich nicht um physische Schädigungen oder um Beeinträchtigung des psychischen Befindens handelt. Auch handelt es sich nicht um eine Behandlung, welche kaum Verbesserung erzielen oder medizinisch sinnlos erscheinen würde, da der Eingriff ohne negative Zusatzkriterien prognostisch günstig erscheint.

Gerechtigkeit

Tabelle 22: Gerechtigkeit Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) sind die Hauptpunkte bei diesem Prinzip die Fairness und die Verteilungsgerechtigkeit. Dabei bedeutet Fairness die gleichwertige Behandlung von Personen mit gleichem Status und gleichen Eigenschaften. Die Verteilungsgerechtigkeit besagt, dass keine Person bevorzugt oder benachteiligt werden darf, dazu gehören Geschlecht, Rasse oder Nationalität.

Nach dem Prinzip der Gerechtigkeit (Beauchamp et al., 2013) ist der Eingriff ebenfalls vertretbar, da in diesem Fall keine Vergleichspersonen zur Verfügung stehen.

Fürsorge

Tabelle 23: Fürsorge Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005).

Zur Ethik der Fürsorge gehört auch das Seinlassen, der Verzicht und die Annahme eines Schicksals dazu (Meyer, 2004). Maier (2012) beschreibt Fürsorge als Ermöglichung eines Freiraums, in dem Autonomie gelebt werden kann. So sorgt sich der sorgende Part um das Wohlergehen des Umsorgten, was ohne Respekt vor dessen Selbstbestimmung nicht vorstellbar ist. Da die Fürsorge eine typische weibliche Eigenschaft ist, korreliert Weiblichkeit mit Mütterlichkeit, Emotionen und Nähe (Schnabl, 2005). Fürsorge gilt als Sammelbegriff und umschreibt bestimmte Tätigkeiten, die bestimmte Haltungen, zu welchen Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Empathie, Wohlwollen aber auch die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, zählen, voraussetzen.

Fürsorglich (Meyer, 2004, Maier, 2012, Schnabl, 2005 & Gilligan, 1993) betrachtet ist die Entscheidung der Frau ethisch vertretbar; sie nimmt zwar ihr Schicksal an, lebt jedoch Autonomie und entscheidet sich bewusst gegen das Seinlassen und handelt mütterlich für ihr Kind.

Rechtlicher Aspekt

Tabelle 24: Rechtlicher Aspekt Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013).

Die Menschenwürde ist eine der Patientenrechte und wird in Art 7. der BV geschützt. Dadurch wird die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht garantiert (Pally, 2013, zit. nach BV-Mastronardi, N 32 zu Art. 7 BV).

Aus rechtlicher Sicht sollte die Entscheidung der Frau angenommen werden. Es ist ihr Patientenrecht autonom und selbstbestimmt zu entscheiden.

Zusammenfassung

In diesem Fall darf ethisch und rechtlich gesehen nichts gegen den Entscheid der Frau unternommen werden, denn die Schwangere handelt ethisch und rechtlich korrekt. Die Betroffene lebt ihre Autonomie, agiert korrekt. Die Prinzipien Beauchamps et al., (2013) und Gilligans (1993) Fürsorgeethik werden bei ihrer Entscheidung angewendet und sprechen für Ihren Entscheid.

6.2.5 Fall 5

Eine Schwangere kommt mit verkürzter, geöffneter Zervix und prolabierender Fruchtblase vor der 25. SSW, hat keine negativen Zusatzkriterien und möchte keine Therapie. Was darf ethisch gesehen unternommen werden?

Autonomie

Tabelle 25: Autonomie Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Laut Beauchamp et al. (2013) soll die autonome Entscheidung von Patientinnen dokumentiert werden, denn erst die dokumentierte Zustimmung legitimiert jede ärztliche Behandlung. Für Patientinnen bedeutet das Recht auf Autonomie, die Wahl der Therapie und der Behandelnden selbst zu treffen; für Ärztinnen und Ärzte hingegen bedeutet es informieren, aufklären und die Zustimmung einholen zu müssen.

Aufgrund des Prinzips der Autonomie nach Beauchamp et al. (2013) darf ethisch gesehen nichts unternommen werden. Es ist die Aufgabe des Behandelnden die Entscheidung der Frau zu akzeptieren, jedoch aber auch dringend über die möglichen Folgen für das Kind aufzuklären.

Wohltun

Tabelle 26: Wohltun Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) geht es bei diesem Prinzip des Wohltuns um die moralische Verpflichtung, das Wohl anderer Personen und ihre Interessen zu fördern. Im Vergleich zum Prinzip des Nichtschadens geht es bei diesem Prinzip mehr um die Verpflichtung zu aktivem Handeln zum Wohlergehen anderer. Dabei geht es nur um die moralisch verpflichtende Kategorie.

Nach dem Prinzip des Wohltuns nach Beauchamp et al. (2013) wären die Ärzte dem Ungeborenen gegenüber zu aktivem Handeln verpflichtet, denn es handelt sich um die moralisch verpflichtende Kategorie. Dieses Prinzip ist jedoch in diesem Fall nicht ausschlaggebend, da das Wohlergehen nicht die Frau selber betrifft, sondern das rechtlich eingeschränkte Ungeborene.

Nichtschaden

Tabelle 27: Nichtschaden Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Beauchamp et al. (2013) definieren das Prinzip des Nichtschadens als Verpflichtung, Anderen nicht bewusst Schaden zuzufügen. Es geht bei diesem Prinzip um negative Pflichten, das Unterlassen bestimmter Handlungen. Als Schaden definieren sie physische Schädigungen und Beeinträchtigung des psychischen Befindens. Es wird zwischen der verpflichtenden Behandlung (moralisch falsch, nicht zu behandeln), möglichen Behandlung (Behandlung weder gefordert noch verboten) und der verpflichtenden Nichtbehandlung (Behandlung wäre falsch) unterschieden (Beauchamp et al, 2013).

Dieses Prinzip des Nichtschadens (Beauchamp et al., 2013) wird insofern indirekt erfüllt, da keine zu unterlassenden Handlungen vorliegen. Die Frau lehnt von vornherein jegliche Therapie ab. Damit ist das „Nichtschaden“ von Seiten der betreuenden Fachpersonen gewährleistet. Damit muss von der Seite der Betreuenden keine Entscheidung über die Durchführung der Therapie getroffen werden. Die Entscheidung über die Durchführung ist in diesem Fall vom Willen der Frau abhängig. Den Fachpersonen bleibt nur die Akzeptanz der Entscheidung der Schwangeren.

Gerechtigkeit

Tabelle 28: Gerechtigkeit Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013).

Für Beauchamp et al. (2013) sind die Hauptpunkte bei diesem Prinzip die Fairness und die Verteilungsgerechtigkeit. Dabei bedeutet Fairness die gleichwertige Behandlung von Personen mit gleichem Status und gleichen Eigenschaften. Die Verteilungsgerechtigkeit besagt, dass keine Person bevorzugt oder benachteiligt werden darf, dazu gehören Geschlecht, Rasse oder Nationalität.

In Bezug auf die Gerechtigkeit nach Beauchamp et al. (2013) kann ethisch gesehen kein Urteil abgegeben werden, da die Frau sich gegen eine Therapie entschieden hat. Das Recht auf die Entscheidung steht in Fall 5 der Frau zu. Unfair ist es lediglich gegenüber dem Kind, welches ein Recht auf Leben hätte. Die Verantwortung trägt die Mutter, da den betreuenden Fachpersonen rechtlich, moralisch und ethisch gesehen die Hände gebunden sind. Der Wille des Kindes ist nicht ausschlaggebend, da nicht beurteilt werden kann, wie sich das Kind entscheiden würde, wenn es könnte.

Fürsorge

Tabelle 29: Fürsorge Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005).

Zur Ethik der Fürsorge gehört auch das Seinlassen, der Verzicht und die Annahme eines Schicksals dazu (Meyer, 2004). Maier (2012) beschreibt Fürsorge als Ermöglichung eines Freiraums, in dem Autonomie gelebt werden kann. So sorgt sich der sorgende Part um das Wohlergehen des Umsorgten, was ohne Respekt vor dessen Selbstbestimmung nicht vorstellbar ist. Da die Fürsorge eine typische weibliche Eigenschaft ist, korreliert Weiblichkeit mit Mütterlichkeit, Emotionen und Nähe (Schnabl, 2005). Fürsorge gilt als Sammelbegriff und umschreibt bestimmte Tätigkeiten, die bestimmte Haltungen, zu welchen Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Empathie, Wohlwollen aber auch die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, zählen, voraussetzen.

Aus fürsorglicher Sicht betrachtet (Meyer, 2004, Maier, 2012, Schnabl, 2005 und Gilligan, 1993) bleibt den Betreuenden nur die Annahme des Schicksals und das Seinlassen. Dieses Prinzip verfolgt auch die Patientin. Sie lebt ihre Autonomie, handelt mütterlich und setzt Grenzen. Die Beweggründe für diese Entscheidung können ausser Acht gelassen werden. Die Schwangere ist den Fachpersonen keine Erklärung schuldig.

Rechtlicher Aspekt

Tabelle 30: Rechtlicher Aspekt Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013).

In der Bundesverfassung (Art. 10 BV und Art. 2 EMRK) wird das Recht auf Leben und Gesundheit zugeschrieben, dabei wird jedem Menschen das Recht auf Leben und Gesundheit garantiert und die körperliche Integrität vor Eingriffen geschützt. Zu den Patientenrechten gehört neben vielen anderen die Selbstbestimmung (Pally, 2013). Jedoch endet Selbstbestimmung, wenn Massnahmen verlangt werden, die unwirksam oder unzweckmässig sind (SAMW, 2013). Der Eingriff in die Persönlichkeitsrechte ist nur erlaubt, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt, ansonsten die Gebärende Schadenersatz und Genugtuung verlangen (Pally (2013, zit. nach ZGB Abs 28 Abs. 2, BSK-Meili, N 46 ff. zu Art. 28 ZGB und Art 41 ff. OR).

Die Patientin lebt ihr Recht auf Leben und Gesundheit, denn durch dieses Recht wird die körperliche Integrität vor Eingriffen geschützt. Rechtlich gesehen lebt die Frau ihre Selbstbestimmung. Dies darf sie auch, denn die Schwangere wünscht keine unwirksamen Massnahmen für die Erhaltung der Schwangerschaft.

Zusammenfassung

Nach Beurteilung des Falls 5, in Betracht aller ethischen und rechtlichen Prinzipien, bleibt den Behandelnden lediglich die Annahme des Nichts-Tun-Könnens und die Akzeptanz der Entscheidung der Frau. Die Betroffene lebt ihre Autonomie und agiert rechtlich korrekt. Lediglich der Wille der betreuenden Fachpersonen, könnte auf einen Eingriff bestehen, was jedoch ethisch nicht vertretbar wäre, da damit die Autonomie der Frau in Frage gestellt und die Fürsorgepflicht vernachlässigt würde.

6.2.6 Fazit Fälle

Abschliessend lässt sich sagen, dass es keine allgemeingültige, ethisch und rechtliche korrekte Lösung betreffend der Therapie des FP gibt. Für die ethische Analyse dieser 5 fiktiven Fälle mussten verschiedene Kriterien beachtet werden (Maier, 2012): Dazu gehören der Wille der Frau, die Schwangerschaftswoche, die Zusatzkriterien und weitere. Während für einen Entscheidungsträger das eine Prinzip als ausschlaggebend erscheint, kann eine andere Person, welche die Situation auch ethisch analysiert, ein anderes Prinzip mehr gewichten und zu einem anderen Schluss kommen.

7 SCHLUSSFOLGERUNG

Die ethische Diskussion im interdisziplinären Team bei einem FP vor der 25. SSW hat sich als ein faszinierendes Thema herausgestellt. Die Aufarbeitung der theoretischen Grundlagen zu Beginn der Arbeit, insbesondere der Ethik, vereinfachte die Analyse der Fälle. Sie halfen, dem ersten Drang zu widerstehen, sofort eine Lösung für die Fälle zu suchen und zwangen stattdessen die Situation aus allen Blickwinkeln zu betrachten.

Es wäre spannend, was in den Betreuenden während einer Entscheidungsfindung tatsächlich vor sich geht. Eine neutrale Haltung in der Realität ist unwahrscheinlich. Viel zu oft lassen sich Menschen von Gefühlen, Geld und Prestige leiten. Dazu gehören neben Versicherungsstand auch Einkommen, Nationalität, Geschlecht, Auftreten und Aussehen der Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund sollte in Zukunft der Themenbereich der Ethik an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften einen grösseren Stellenwert bekommen, um die Studierenden frühzeitig für die verschiedenen Beweggründe und Faktoren in schwierigen Entscheidungen zu sensibilisieren. Ein Verständnis der Ethik hilft Studenten, auf ihre Vorurteile aufmerksam zu werden und später Patientinnen und Patienten weniger aufgrund von verschiedenen Vorurteilen, wenn auch unbewusst, ungerecht behandeln. Die Ethik bietet Methoden zur sorgfältigen Abschätzung der Lage und umsichtigen Entscheidungen auf Seiten der Patientinnen und Patienten und Behandelnden.

Die Bearbeitung dieser Arbeit half zu verstehen und zu akzeptieren, dass aufgrund der Ethik in der Medizin - wie auch in vielen anderen Lebensbereichen - Schwarz-Weiss-Denken fehl am Platz ist. Vielmehr sollten sich Hebammen und Ärzte der Zukunft Zeit für ihre Patientinnen nehmen, das shared decision making ermöglichen und somit die Patientenautonomie fördern und fordern. Die ethische Betrachtung der jeweiligen Situationen wird zwar mit dem stetigen technischen Fortschritt

nicht einfacher, dafür verschwindet langsam das weitestgehend übliche patriarchische Modell.

7.1 Limitationen

Nicht alle Empfehlungen sind momentan uneingeschränkt umsetzbar. Es braucht noch viel Erkenntnis, Geduld und Durchhaltewillen, bis in der Praxis wirklich alle ethischen Aspekte für eine Entscheidung berücksichtigt werden. Je mehr Hebammen und Ärzte von diesen Prinzipien und deren Anwendung wissen, desto schneller geht es.

7.2 Reflexion

Das Ziel dieser Arbeit war, die interprofessionell zu diskutierenden ethischen Aspekte bei einem FP bis zur 25. SSW herauszuarbeiten. Durch die Analyse der verschiedenen Fälle anhand der medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress und aus der fürsorglichen Sicht nach Gilligan sowie der rechtlichen Situation in der Schweiz, sollte das Ziel dieser Arbeit erreicht worden sein. Dabei wurde versucht, durch die Bearbeitung der Fälle im Diskussionsteil, die ethische Analyse für Hebammen zugänglicher und verständlicher zu machen.

Leider war es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, detaillierter auf die geburts-hilfliche Situation einzugehen. Dies wäre zwar aus Hebammensicht wissenswert gewesen, hätte aber keinen direkten Einfluss auf die Beantwortung der Fragestellung gehabt. Auch hätten die Fälle ethisch detaillierter analysiert werden können, jedoch hätte dies den vorgegebenen Umfang überschritten.

Die Tatsache, dass die Ethik nur Lösungsansätze aber keine -vorschläge gibt, muss anhand der Diskussion akzeptiert werden. Hingegen rückten die ethischen Anhaltspunkte für Entscheidungen in kritischen Situationen stärker in den Vordergrund. Die Ethik gibt keine konkrete Anleitung. Man kommt nicht darum herum aktiv mitzudenken, zu diskutieren und seinen Standpunkt begründen. Diese Arbeit hilft bei der Frage ‚wie?‘.

LITERATURVERZEICHNIS

- Adalat® (2011). Heruntergeladen von: <https://compendium.ch/prod/adalat-cr-retabl-60-mg/de> am 29.03.2016
- BAG Bundesamt für Gesundheit. (2015). Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz. Bern.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Berger, T. M., Bernet, V., El Alama, S., Fauchère, J.-C., Hösli, Irion, O., Kind, C., Latal, B., Nelle, M., Pfister, R.E., Surbek, D., Truttmann, A.C., Wisser, J. & Zimmermann, R. (2012). Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen. Revision der Schweizer Empfehlung aus dem Jahre 2002. *Schweizerische Ärztezeitung*, 4, 97-100.
- Bloemeke, V. J. (2009). Der andere Anfang: Wenn Geburt und Abschied zusammentreffen. *Hebammenforum*, 1, 36-37.
- Brailey, S. (2005). Zeitgemässe Ethik der Geburtsbetreuung. *Hebamme*, 10, 4-9.
- Brendel, K. (2015). Kritische Evaluation von Literatur. In Anlehnung an Critical Evaluation of Resources aus Library Research Guides (UC Berkely Library) und LOTSE (2015).
- Dörries, A. (2014). Ethische, soziale und rechtliche Fragen. Fetomaternale Operationen: ethische Aspekte bei der Einführung innovativer Verfahren. In Steger, F., Ehm, S. & Tchirikov M. (Hrsg.). *Pränatale Diagnostik und Therapie in Ethik, Medizin und Recht*. Berlin: Springer.
- Gilligan, C. (1993). *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press.

- Glöckner, M. (2007). *Ärztliche Handlungen bei extrem unreifen Frühgeborenen. Rechtliche und ethische Aspekte*. Berlin: Springer.
- Gynipral® (2015). Heruntergeladen von:
<https://compendium.ch/mpro/mnr/23407/html/de> am 29.03.2016
- Helmer, H. (2003). Leitlinien zum Management der drohenden Frühgeburt. *Speculum. Leitlinien für Gynäkologie und Geburtshilfe*, 21, 19-22.
- Höfer, S., Stiefel, A. & Kluge, S. (2012). Erkrankungen und Komplikationen in der Schwangerschaft. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), *Hebammenkunde*. Stuttgart: Hippokrates.
- Hösli, I., Sperschneider, C., Drack, G., Zimmermann, R., Surbek, D. & Irion, O. (2013). Tokolyse bei vorzeitiger Tätigkeit. *Gynäkologie*, 2, 24-28.
- ICM International Confederation of Midwives (1993). SHV Schweizerische Hebammenverband (1994). Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen. Deutsche Version.
- Lange, U. (2010). Bestimmung des voraussichtlichen Geburtstermins. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Schwangerschaftsvorsorge durch Hebammen* (S. 83-85). Stuttgart: Hippokrates.
- Maier, B. (2012). *Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin: Springer.
- Mändle C., Opitz-Kreuter, S. (2007). *Das Hebammenbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Mandach, U. (2008). Phytotherapeutika in der Schwangerschaft. Hilfe aus der Natur – wann wirkt sie? *Gynäkologie und Geburtshilfe*, 8, 1-5.
- Maurer, F. (2011). Tod eines Kindes – Ende am Anfang des Lebens. *Punktum*, 2, 24-25.
- Maurer, F. & Gassmann, M.-C. (2006). Perinataler Kindstod. Interventionen durch die Hebamme. *Hebamme*, 5, S. 4-9.

- Meyer, U. I. (2004). *Einführung in die feministische Philosophie*. Aachen: Ein-Fach.
- Pally Hofmann, U. (2013). *Recht in der Geburtshilfe*. Zürich: Schulthess.
- Petersen, E. (2010). *Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Thieme.
- Pieper, A. & Thurnherr, U. (1998). Einleitung. In A. Pieper & U. Thurnherr (Hrsg.), *Angewandte Ethik*. (S. 7-13). München: Beck.
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2013). *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. Medizin-ethische Empfehlungen. Basel.
- Sass, H.-M. (1998). Medizinethik. In A. Pieper & U. Thurnherr (Hrsg.), *Angewandte Ethik*. (S. 80-109). München: Beck.
- Schäfers, R. (2013). Entscheidungsfindung. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit*. (S. 26-31). Stuttgart: Hippokrates.
- Schnabl, C. (2005). *Gerecht sorgen, Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge*. Freiburg: Paulus.
- Siedentopf, J.-P. (2005). Therapie des Fruchtblasenprolaps im zweiten Trimenon. *Spekulum*, 1, 27-31.
- Siep, L. (1998). Bioethik. In A. Pieper & U. Thurnherr (Hrsg.), *Angewandte Ethik*. (S. 16-36). München: Beck.
- Spätling, I. & Schneider H. (2011). Frühgeburtlichkeit. In Schneider, H., Husslein, P. W. & Schneider, K.-T. M. (Hrsg.). *Die Geburtshilfe* (S. 471-487). Berlin: Springer.
- Steiner, M. (2013). *Blickdiagnosen in Geburtshilfe und Neonatologie*. Stuttgart: Hippokrates.

Strauss, A., Jonat, W. & Diedrich, K. (2013). *Behandlungspfade in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin: Springer.

Tractocile® (2014). Heruntergeladen von: <https://compendium.ch/prod/tractocile-inf-konz-37-5-mg-5ml/de> am 29.03.2016

Wendel, S. (2003). *Feministische Ethik zur Einführung*. Hamburg: Junius.

Zimmermann, R. (2014). *Handbuch Geburtshilfe*. Zürich: UniversitätsSpital Zürich.

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (n.d.). *Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann*. Heruntergeladen von: <https://www.zhaw.ch/storage/linguistik/about/zhaw-diversity-gendergerechte-sprache.pdf> am 05.04.2016

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1. <i>Übersichtsschema der Ethik</i> . Aus Pieper, A. & Thurnherr, U. (Hrsg.), <i>Angewandte Ethik</i> . (S. 8). München: Beck.....	7
Abbildung 2. <i>Organogenese und Morphogenese im zeitlichen Verlauf</i> . Aus Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.) (2007). <i>Das Hebammenbuch</i> (S. 100). Stuttgart: Stattauer	17
Abbildung 3. <i>Innere Geschlechtsorgane</i> . Heruntergeladen von http://www.drvonderburchard.de/Leistungen/Ultraschalldiagnostik/Uterus/ am 06.04.16.....	18
Abbildung 4. <i>Verkürzung der Zervix</i> . Heruntergeladen von http://www.carbonero.info/blog/wieso-ich-monatelang-liegen-muss/ am 04.04.16.....	20
Abbildung 5. <i>Cerclage und TMMV</i> . Heruntergeladen von http://www.saling-institut.de/german/pics/0305ftmv-cerclage.html am 04.04.16.....	22
Abbildung 6. <i>Mechanische Massnahmen zur Zervixstabilisierung, Cercage</i> . Aus Strauss, A., Jonat, W. & Diedrich, K. (2013). <i>Behandlungspfade in Gynäkologie und Geburtshilfe</i> (S. 62). Berlin: Springer	23
Abbildung 7. <i>Prozess des shared-decision making in der Hebammenarbeit</i> . Aus Schäfers, R. (2013). <i>Geburtsarbeit</i> (S. 29). Stuttgart: Hippokrates. Modifiziert nach Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.) (2007). <i>Das Hebammenbuch</i> . Stuttgart: Schattauer.....	27

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Autonomie Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	33
Tabelle 2. Wohltun Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	34
Tabelle 3. Nichtschaden Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	34
Tabelle 4. Gerechtigkeit Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	35
Tabelle 5. Fürsorge Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005)	35
Tabelle 6. Rechtlicher Aspekt Fall 1, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013)	36
Tabelle 7. Autonomie Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	37
Tabelle 8. Wohltun Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	38
Tabelle 9. Nichtschaden Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	38
Tabelle 10. Gerechtigkeit Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	39
Tabelle 11. Fürsorge Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005)	39
Tabelle 12. Rechtlicher Aspekt Fall 2, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013)	40
Tabelle 13. Autonomie Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	41

Tabelle 14. Wohltun Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	42
Tabelle 15. Nichtschaden Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	42
Tabelle 16. Gerechtigkeit Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	43
Tabelle 17. Fürsorge Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005)	43
Tabelle 18. Rechtlicher Aspekt Fall 3, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013)	44
Tabelle 19. Autonomie Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	45
Tabelle 20. Wohltun Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	45
Tabelle 21. Nichtschaden Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	46
Tabelle 22. Gerechtigkeit Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	46
Tabelle 23. Fürsorge Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005)	47
Tabelle 24. Rechtlicher Aspekt Fall 4, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013)	47
Tabelle 25. Autonomie Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	49
Tabelle 26. Wohltun Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	49
Tabelle 27. Nichtschaden Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	50

Tabelle 28. Gerechtigkeit Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Beauchamp et al. (2013)	51
Tabelle 29. Fürsorge Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Meyer (2004), Maier (2012) und Schnabl (2005)	52
Tabelle 30. Rechtlicher Aspekt Fall 5, Darstellung der Autorin, nach Pally (2013) und SAMW (2013)	52

WORTZAHL

Wortzahl des Abstracts: 201

Wortzahl der Arbeit: 7990

exklusive Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen und deren Beschriftung, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang

DANKSAGUNG

Ein besonderes Dankeschön gilt Marion Huber für die Beratung und Begleitung während des Schreibprozesses. Des Weiteren gilt ein herzlicher Dank an Hanna Schlegel für das Erklären rechtlicher Überlegungen. Für das Korrekturlesen bedankt sich die Autorin bei Regine Finschi, Dorothea Finschi und Fortesa Rama. Ein weiterer herzlicher Dank geht an Michael Koch, Marina Neuenschwander, Gina Grosso und die Familie Finschi, welche mit viel Motivation stets zur Seite standen.

EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

„Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.“

Ort, Datum: Kilchberg, 04.05.2016

Unterschrift:

ANHANG

ANHANG A: ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BV	Bundesverfassung
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
FP	Fruchtblasenprolaps
Hrsg.	Herausgeber
ICM	International Confederation of Midwives
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SSW	Schwangerschaftswoche
SHV	Schweizerische Hebammenverband
Ziff.	Ziffer
ZGB	Zivilgesetzbuch

ANHANG B: EINSCHÄTZUNG DER LITERATUR

Die Einschätzung der Literatur erfolgt anhand des Critical Evaluation of Resources (UC Berkeley Library) und LOTSE (2015) anhand folgender Kriterien: Eignung, Verfasser/-in, weitere Hinweise und Nachschlagewerke.

Quelle	Art	Einschätzung
<p>Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013). <i>Principles of biomedical ethics</i>. New York: Oxford University Press.</p>	<p>Medizinethik</p>	<p>Eignung:</p> <p>Die Autoren bieten anfangs einen Überblick über Moral und Prinzipien, gehen danach auf ihre eigenen Prinzipien ein und beschreiben diese detailliert. Somit ist das Werk zwar ein allgemein gehaltenes Werk, da es vielseitig ist, jedoch behandelt es nur die Bioethik der Autoren und schliesst keine anderen Ethikbereiche mit ein.</p> <p>Die Zielgruppe sind Interessierte, Ethiker, Philosophen und Psychologen sowie Soziologen. Das Buch erschien erstmals 1979 und ist heute in der ... Ausgabe erhältlich.</p> <p>Verfasser:</p> <p>Tom Beauchamp ist ein US-amerikanischer Moralphilosoph mit dem Arbeitsschwerpunkt Bioethik. Er studierte Philosophie, danach Theologie. Zusammen mit James Childress schrieb er die <i>Principles of Biomedical Ethics</i> (1979) und schuf so eine der ersten Monographien auf diesem sich entwickelnden Forschungsfeld.</p> <p>James Childress ist ebenfalls Philosoph und Theologe mit besonderem Schwerpunkt der Bioethik.</p> <p>Weitere Hinweise:</p> <p>Es sind Fussnoten vorhanden und die Autoren im Index beschrieben. Ein Literaturverzeichnis existiert aber nicht.</p> <p>Nachschlagewerke:</p> <p>Beauchamp und Childress' Werk wird vielfach zitiert und gilt als Nachschlagewerk, denn sie haben die Me-</p>

		<p>dizinethik entscheiden geprägt.</p> <p>Ihre Prinzipien werden auf google scholar 22700 Mal zitiert. Anhand der Zitationen dieses Buch betreffend kann davon ausgegangen werden, dass es in der wissenschaftlichen Gemeinschaft das Thema Ethik betreffend einen grossen Stellenwert als Grundlagen- und Nachschlagewerk hat.</p>
<p>Brailey, S. (2005). Zeitgemässe Ethik der Geburtsbetreuung. <i>Hebamme</i>, 10, 4-9.</p>	<p>Fachartikel</p>	<p>Eignung:</p> <p>Dieser Artikel eignet sich besonders für Hebammen. Nicht nur für ethikinteressierte Hebammen ist er besonders gut geeignet, sondern eher eine Pflichtlektüre für alle Hebammen. Er handelt von der „informed choice“, zeigt rechtliche Aspekte in der Geburtshilfe auf und erklärt in verständlichen Worten, was bei der Entscheidungsfindung als Hebamme alles zu berücksichtigen ist.</p> <p>Verfasserin:</p> <p>Sue Brailey studierte an der University of Middlesex, London und war eine freischaffende Hebamme, Beleghebamme und Ausbilderin an der BFH (Berner Fachhochschule) im Kanton Bern, Schweiz. Weiter war sie Mitglied des redaktionellen Beirats der Hebamme.ch. Heute ist sie Dozentin an der University of Middlesex.</p> <p>Weitere Hinweise:</p> <p>Für einen solchen kurzen Artikel ist verhältnismässig viel Literatur aufgeführt. Unter anderen auch der Ethikodex der Hebammen.</p> <p>Nachschlagewerke:</p> <p>Auf google scholar wird Brailey 7 Mal zitiert, davon sind alles Artikel oder Berichte.</p>

Dörries, A. (2014). Ethische, soziale und rechtliche Fragen. Fetomaternale Operationen: ethische Aspekte bei der Einführung innovativer Verfahren. In Steger, F., Ehm, S. & Tchirikov M. (Hrsg.). *Pränatale Diagnostik und Therapie in Ethik, Medizin und Recht*. Berlin: Springer.

Eignung:

Das Buch eignet sich vor allem für ethische, rechtliche und medizinische Überlegungen der Pränataldiagnostik. Für diese Arbeit war lediglich Dörries' Kapitel über die ethischen, sozialen und rechtlichen Fragen bei fetomaternalen Operationen relevant. Alle anderen Kapitel wurden nicht für diese Arbeit genutzt.

Verfasserin:

Dr. med. Andrea Dörries ist Kinderärztin und Fachärztin für Humangenetik. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Klinische Ethikberatung, klinische Ethik, Ethik in der Kinderheilkunde, Organisationsethik und Verteilungsethik im Gesundheitswesen.

Die Herausgeber des Buches sind Prof. Dr. Florian Steger, Prof. Dr. Michael Tchirikov und Simone Ehm. Steger ist Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Halle. Tchirikov ist Direktor der Universitätsklinik für Geburtshilfe und Direktor des Perinatalzentrums wie auch Steger am Universitätsklinikum Halle. Ehm studierte Biologie, Theologie und Germanistik. Inhaltliche Schwerpunkte ihrer heutigen Tätigkeit sind: Medizinethik und Versorgungsstrukturen in Medizin und Pflege.

Weitere Hinweise:

Nach jedem Kapitel ist ein Literaturverzeichnis aufgeführt, ausserdem sind teilweise Fussnoten vorhanden.

Die Autoren befassen sich eher mit den geburtshilflichen Überlegungen statt mit den ethischen, jedoch sind auch diese, besonders im gewählten Kapitel vorhanden. Der Aufbau ist gut strukturiert und übersichtlich.

Nachschlagewerke:

Auf google scholar wird das Buch von Steger, Ehm und Tchirikov nur einmal zitiert. Für diese Arbeit, war dies ausreichend, denn es diente lediglich für einen Abschnitt und nicht als Grundlagenbuch. So ist die Bedeutung dieses Buches im wissenschaftlichen Kontext verglichen mit den anderen Gewählten sehr klein.

Gilligan, C. (1993).
In a Different Voice.
Cambridge: Harvard
University Press.

Eignung

Die Bedeutung dieses Werks ist klar: Die Autorin wehrt sich gegen die bis dahin üblichen ethischen Denkweisen welche sich bis heute oftmals nur auf Männer konzentrieren und die weibliche Denkweise häufig ausser Acht lassen und erstellt daraufhin ihre eigenen Thesen und somit ihren eigenen Ethik-Bereich: die Care-Ethik (=Fürsorgeethik).

Die Zielgruppe dieses Buches ist nicht klar definierbar. Die Originalliteratur ist auf Englisch, aber für Fremdsprachige in gut verständlicher und nicht allzu komplizierter Sprache verfasst. Fachbegriffe werden zwar verwendet, jedoch wird Ethik- oder Psychologievorwissen nicht zwingend vorausgesetzt. Mit Hilfe der Fallbeispiele und der Interviews werden die darauf folgenden Aussagen der Autorin einfach verständlich. Somit ist Gilligans Werk sowohl für Psychologie- und Ethik-Interessierte als auch -Experten geeignet.

Carol Gilligans *In a different voice* wurde erstmals 1982 vom Verlag Harvard University Press publiziert, die letzte überarbeitete Version kam 2012 heraus. Auch wenn die Erstpublikation einige Jahre zurückliegt, gilt Carol Gilligan als Gründerin der Care-Ethik und das Buch ist seit je her das Hauptwerk der dieses Ethikzweigs und somit bis heute allgemeingültig und auf heutige Überlegungen übertragbar.

Verfasserin

Carol Gilligan ist eine amerikanische Psychologin und feministische Ethikerin. Sie studierte Englische Literatur, Psychologie und Sozialpsychologie. Interessanterweise sie hat lange für Kohlberg gearbeitet, welcher das 6-Stufenmodell der Moralentwicklung entwarf. Zeit seines Lebens hat Kohlberg an seiner Theorie der moralischen Urteilsentwicklung gearbeitet und sie kontinuierlich revidiert und erweitert. Die Theorie geht davon aus, dass sich das Moralbewusstsein beim Menschen stufenweise in immer derselben Reihenfolge entwickelt, wobei nicht alle Menschen die höheren Stufen des Moralbewusstseins erreichen.

Weitere Hinweise und Nachschlagewerke

Literaturhinweise sind viele zu finden und ein Literaturverzeichnis ist ausführlich vorhanden. Die Autorin bezieht sich häufig auf Autoren wie Freud, Haan, Didion oder Kohlberg. Der Standpunkt Gilligans wird sehr klar. Sie führte eine primäre Forschung durch. Es gibt Rezensionen über Carol Gilligans *In a different voice* oder ihre ethische Überzeugung.

Würdigung

Wenn nach Carol Gilligan gegoogelt wird, wird klar, dass die Meinungen über sie und ihre veröffentlichte Literatur auseinander gehen. Für viele ist sie eine mutige Frau, eine Inspiration und ihre Denkweise vorbildlich. Andere betrachten ihre Durchführung der Umfragen kritisch, sie kritisieren, das Nicht-Vorhanden-Sein der Daten, denn Gilligan weigerte sich ihre diese offen zu legen. Weitere werfen ihre eine selektive Stichprobenauswahl vor und nennen das Gilligans Vorgehen als eher literarisch als wissenschaftlich. Einen ähnlichen Eindruck über das Werk hat auch die Autorin dieser Arbeit. Auf der einen Seite ist das Buch sehr ansprechend, es liest sich einfach. Die Anekdoten sind äusserst hilfreich für das Verständnis für eine Leserin ohne ethische Vorkenntnisse. Die Ansätze Gilligans sind nachvollziehbar und machen Sinn, auch ohne das Kennen der ganzen Ethik-Grundlagenliteratur. Auf der anderen Seite, erscheint der Aufbau des Buches eher wie ein besserer Ratgeber. Die Anekdoten erscheinen künstlich oder teils weit her geholt. Alles in allem ist Gilligans Werk sicher hilfreich für die Beantwortung der Bachelorarbeit, jedoch muss die Autorin dieser Arbeit dringend auch weitere Literatur hinzuziehen. Dies ist wichtig, um die Aussagen Gilligans denen der Autoren der Bioethik gegenüber zu stellen und um die Dafür und Dagegen der verschiedenen ethischen Richtungen gründlich gegeneinander abzuwägen zu können.

Glöckner, M. (2007).
Ärztliche Handlungen bei extrem unreifen Frühgeborenen. Rechtliche und ethische Aspekte.
Berlin: Springer.

Eignung:

Das Buch richtet sich Neonatologen, Gynäkologen, Ethiker und Juristen. Für Laien ist es schwer lesbar aufgrund der vielen Rechtszitate und den medizinischen Fachwörtern. Als Grundlagenbuch für diese Arbeit, war es aufgrund der Thematik der Frühgeborenen unpassend, jedoch konnten ausgewählte, auch für die pränatale Betreuung passende ethische Aspekte verwendet werden.

Verfasser:

Dr. Markus Glöckner ist ein Rechtsanwalt und ist an der Universität Rostock als Referent angestellt.

Das Buch wurde von Prof. Dr. Andreas Spickhoff herausgegeben.

Weitere Hinweise:

Das Buch verfügt über viele Fussnoten und ein Literaturverzeichnis. Es handelt vor allem um rechtliche Aspekte, weniger um ethische Aspekte bei der Betreuung der Extremfrühgeborenen.

Nachschlagewerke:

Auf google scholar wird das Buch nur einmal aufgeführt und ist damit im wissenschaftlichen Kontext (noch) nicht bedeutsam. Grund dafür könnte sein, dass das Themengebiet sehr eingeschränkt ist und daher nur auf wenige weitere Gebiete anwendbar ist.

Maier, B. (2012).
Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe.
Berlin: Springer.

Eignung:

Maiers Werk eignet sich besonders gut für Diejenigen, welche Ethik in der Geburtshilfe praktisch verstehen wollen. Anhand Fallbeispiele zeigt Maier die Ethik realitätsnah und fachbezogen auf. Somit ist dieses Werk auch für Laien verständlich. Im Anhang sind Gesetzestexte abgedruckt, damit wird der Zusammenhang zwischen dem Recht und der Ethik verständlich.

	<p>Verfasserin:</p> <p>Barbara Maier, Dr. phil., Dr. med. unterrichtet Ethik in der Medizin. Sie arbeitet als Oberärztin an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Salzburg und leitet dort die Ambulanz für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktion.</p> <p>Weitere Hinweise:</p> <p>Es gibt zwar keine Fusszeilen, jedoch ein ausführliches Literaturverzeichnis</p> <p>Nachschlagewerke:</p> <p>Das Buch erschien bereits in der zweiten Auflage. Auf google scholar werden 109 Zitationen aufgeführt.</p>
<p>Meyer, U. I. (2004). <i>Einführung in die feministische Philosophie</i>. Achen: Ein-Fach.</p>	<p>Eignung:</p> <p>Meyers Werk über die feministische Philosophie bietet einen Überblick über wichtigsten Themenkreisen und den bekanntesten Autorinnen der feministischen Philosophie. Das Werk eignet sich besonders gut für Diejenigen, welche einen Einblick in die feministische Philosophie erhalten wollen, es ist auch für Laien verständlich formuliert.</p> <p>Verfasserin:</p> <p>Ursula I. Meyer studierte Philosophie und Archäologie und arbeitet als Verlegerin und Autorin philosophisch-feministischer Texte.</p> <p>Weitere Hinweise:</p> <p>Durch die vielen Zitate und das umfangreiche Literaturverzeichnis wird deutlich, wie fein herausgearbeitet diese Zusammenfassung der feministischen Philosophie ist.</p> <p>Nachschlagewerke:</p> <p>Meyers Werk ist bereits in der dritten Auflage erhältlich, was für eine breites und belesenes Zielpublikum spricht. Auf google scholar werden 76 Zitationen gefunden, welche aufzeigen, welches breite Spektrum Meyer philosophisch abdeckt.</p>

Pieper, A. & Thurnherr, U. (Hrsg.), (1998). *Angewandte Ethik*. München: Beck.

Eignung:

Das Buch gibt Experten und interessierten Laien eine wissenschaftliche Übersicht über die Vielfalt und Einteilung von Ethik. Obwohl dieses Buch aus dem Jahr 1998 stammt, bleibt es nach wie vor aktuell und kann gut als Nachschlagewerk dienen, da es einen wissenschaftlich fundierten Überblick zum Thema gibt.

Verfasser:

Herausgegeben wurde dieses Buch von Dr. phil. Annemarie Pieper, einer deutschen Philosophin und emeritierten Professorin an der Universität Basel und Urs Thurnherr, einem schweizer Philosophen, der während dem Verfassen des Buches als Piepers Assistent diente und später am Pädagogischen Institut Basel als Lehrbeauftragter für Didaktik der Philosophie arbeitete.

Im Buch wird häufig auf weitere Literatur und Quellen zu den einzelnen Spezialethiken verwiesen. Das Buch beinhaltet sachliche Beschreibungen und ist der sekundären Literatur zuzuschreiben.

Weitere Hinweise:

Um sich einen Überblick über die angewandte Ethik zu verschaffen, dient dieses Buch und vor allem die Grafik auf der Seite 9. Sie zeigt die verschiedenen Kategorien auf, in welche man Ethik aufteilt. Als Laie versteht man – auch durch den geschichtlichen Abriss – wie Ethik entstanden ist und welche historischen Momente die verschiedenen Spezialethiken ins Leben gerufen haben.

Man könnte bemängeln, dass dieses Buch bisher nicht überarbeitet wurde, zumal es 1998 erschienen ist. Da es sich um ein Nachschlagewerk handelt, das klar und verständlich die Einteilung der Ethik beschreibt, kann aber von Aktualität ausgegangen werden. Um vertiefte Informationen zu erhalten muss weitere Literatur einbezogen werden.

Nachschlagewerke:

Laut google scholar wurde dieses Buch 18 Mal zitiert. Dennoch kann anhand der Zitationen dieses Buch betreffend davon ausgegangen werden, dass es in der

	<p>wissenschaftlichen Gemeinschaft das Thema Ethik betreffend einen Stellenwert als Grundlagen- und Nachschlagewerk hat. Auch die Liste der beteiligten Autoren zeigen, dass Experten in ihren Gebieten zu diesem Werk beigetragen haben und somit die wissenschaftliche Korrektheit der einzelnen Fachartikel in diesem Buch gesichert ist.</p>
<p>Schnabl, C. (2005). <i>Gerecht sorgen, Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge</i>. Freiburg: Paulus.</p> <p>Studien zur theologischen Ethik</p>	<p>Eignung:</p> <p>Das Werk beschäftigt sich mit der Fürsorge, und somit nur einem Teilaspekt des Themas diese Bachelorarbeit. Daher eignete es sich gut für ein Unterkapitel. Es ist für Personen aus der Psychologie, Soziologie und der Ethik bestimmt, ebenfalls eignet es sich für Interessierte anderer Berufsgruppen.</p> <p>Verfasserin:</p> <p>Christa Schnabl ist Dr. theol., ao.Univ.-Prof. am Institut für Sozialethik an der katholisch-theologischen Fakultät der Universität Wien.</p> <p>Das Buch wurde herausgegeben vom Departement für Moralthologie und Ethik der Universität Freiburg Schweiz unter der Leitung von Adrian Holderegger.</p> <p>Weitere Hinweise:</p> <p>Das Buch verfügt über ein Literaturverzeichnis und Fussnoten.</p> <p>Nachschlagewerke:</p> <p>Laut google scholar wurde dieses Buch 238 Mal zitiert. Anhand der Zitationen dieses Buch betreffend kann davon ausgegangen werden, dass es in der wissenschaftlichen Gemeinschaft einen Stellenwert als Nachschlagewerk hat.</p>

Wendel, S. (2003).
*Feministische Ethik
zur Einführung.*
Hamburg: Junius.

Eignung:

Das Werk eignet sich gut für einen Einblick in die feministische Ethik, so werden beispielsweise Positionen der bekannten internationalen wie auch der führenden deutschen Theoretikerinnen der feministischen Ethik vorgestellt. Das Zielpublikum sind sowohl Ethik, als auch Psychologieinteressierte.

Verfasserin:

Saskia Wendel ist eine deutsche katholische Theologin, Religionsphilosophin und zurzeit Professorin für Systematische Theologie an der Universität Köln.

Weitere Hinweise:

Es ist ein Literaturverzeichnis vorhanden.

Nachschlagewerke:

Auf google scholar werden 1114 Zitationen gefunden, welche aber meist von Theologie, Kirche, Judentum oder der Philosophie, aber auch von Sexualethik und der Genderperspektive handeln.

ANHANG C: SUCHPROTOKOLL

Datum	Datenbank	Suchsyntax	Treffer	Relevante Treffer	Literatur / Gründe für Ausschluss
18.08.15	MiDirs	Risky medical situation AND pre-term delivery	Keine Treffer		
		Risky medical situation AND law	Keine Treffer		
		Midwife AND ethics AND law	Keine Treffer		
02.09.15	NEBIS	Fruchtblasenproalps	3	2	Steiner, M. (2013). <i>Blickdiagnosen in Geburtshilfe und Neonatologie</i> . Stuttgart: Hippokrates. Strauss, A., Jonat, W. & Diedrich, K. (2013). <i>Behandlungspfade in Gynäkologie und Geburtshilfe</i> . Berlin: Springer.
		Hebamme AND Schweizer Recht	30	1	Pally Hofmann, U. (2013). <i>Recht in der Geburtshilfe</i> . Zürich: Schulthess.
		Hebamme AND Ethik	30	0	Nicht relevant für Beantwortung der Fragestellung
		Geburtshilfe AND Ethik	55	5	Spätling, I. & Schneider H. (2011). Frühgeburtlichkeit. In Schneider, H., Husslein, P. W. & Schneider, K.-T. M. (Hrsg.). <i>Die Ge-</i>

					<p><i>birthshilfe</i> (S. 471-487). Berlin: Springer.</p> <p>Maier, B. (2012). <i>Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe</i>. Berlin: Springer.</p> <p>Mändle C., Opitz-Kreuter, S. (2007). <i>Das Hebammenbuch</i>. Stuttgart: Schattauer.</p> <p>Schäfers, R. (2013). Entscheidungsfindung. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), <i>Geburtsarbeit</i>. (S. 26-31). Stuttgart: Hippokrates.</p> <p>Petersen, E. (2010). <i>Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe</i>. Stuttgart: Thieme.</p>
		Geburtshilfe AND Risiko	49	2	<p>Hösli, I., Sperschneider, C., Drack, G., Zimmermann, R., Surbek, D. & Irion, O. (2013). Tokolyse bei vorzeitiger Tätigkeit. <i>Gynäkologie</i>, 2, 24-28.</p> <p>Helmer, H. (2003). Leitlinien zum Management der drohenden Frühgeburt. <i>Speculum</i>. Leitlinien für Gynäkologie und Geburtshilfe, 21, 19-22.</p>
02.09.15	Cinahl	Midwife AND ethics AND preterm birth Midwifery AND preterm birth AND Swiss law	Keine Treffer		
15.09.15	Medline	Midwifery AND care ethics	4		Keine Relevanz für Beantwortung der Fragestellung
		Preterm birth AND ethics	28		Keine Relevanz für Beantwortung der Fragestellung

15.09.15	Pubmed	Midwife AND ethical dilemma AND preterm birth	1		Keine Relevanz für Beantwortung der Fragestellung
20.10.15	Google Scholar	Geburtshilfe AND Ethik AND Recht	5170	3	<p>Steger, F., Ehm, S. & Tchirikov M. (Hrsg.). <i>Pränatale Diagnostik und Therapie in Ethik, Medizin und Recht</i>. Berlin: Springer.</p> <p>Berger, T. M., Bernet, V., El Alama, S., Fauchère, J.-C., Hösli, Irion, O., Kind, C., Latal, B., Nelle, M., Pfister, R.E., Surbek, D., Truttmann, A.C., Wisser, J. & Zimmermann, R. (2012). Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen. Revision der Schweizer Empfehlung aus dem Jahre 2002. <i>Schweizerische Ärztezeitung</i>, 4, 97-100.</p> <p>Glöckner, M. (2007). <i>Ärztliche Handlungen bei extrem unreifen Frühgeborenen. Rechtliche und ethische Aspekte</i>. Berlin: Springer.</p>
		Hebamme AND Ethik	6130	6	<p>Brailey, S. (2005). Zeitgemässe Ethik der Geburtsbetreuung. <i>Hebamme</i>, 10, 4-9.</p> <p>Bloemeke, V. J. (2009). Der andere Anfang: Wenn Geburt und Abschied zusammentreffen. <i>Hebammenforum</i>, 1, 36-37.</p> <p>Lange, U. (2010). Bestimmung des voraussichtlichen Geburtstermins. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), <i>Schwangerschaftsvorsorge durch Hebammen</i> (S. 83-85). Stuttgart: Hippokrates.</p> <p>Maurer, F. (2011). Tod eines Kindes – Ende am Anfang des Lebens. <i>Punktum</i>, 2, 24-25.</p> <p>Maurer, F. & Gassmann, M.-C. (2006). Perinataler Kindstod. In-</p>

					ventionen durch die Hebamme. <i>Hebamme</i> , 5, S. 4-9. SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2013). <i>Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende</i> . Medizin-ethische Empfehlungen. Basel.
30.10.15	NEBIS	Feministische Ethik	445	5	Wendel, S. (2003). <i>Feministische Ethik zur Einführung</i> . Hamburg: Junius. Pieper, A. (1998). Feministische Ethik. In A. Pieper & U. Thurnherr (Hrsg.), <i>Angewandte Ethik</i> . (S. 338-359). München: Beck. Meyer, U. I. (2004). <i>Einführung in die feministische Philosophie</i> . Aachen: Ein-Fach. Schnabl, C. (2005). <i>Gerecht sorgen, Grundlagen einer sozioethischen Theorie der Fürsorge</i> . Freiburg: Paulus. Gilligan, C. (1993). <i>In a Different Voice</i> . Cambridge: Harvard University Press.
		Medizinethik AND Moral	695	1	Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013). <i>Principles of biomedical ethics</i> . New York: Oxford University Press.
		Geburtshilfe AND Ethische Prinzipien	10	1	Höfer, S., Stiefel, A. & Kluge, S. (2012). Erkrankungen und Komplikationen in der Schwangerschaft. In Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (Hrsg.), <i>Hebammenkunde</i> . Stuttgart: Hippokrates.
		Fruchtblasenprolaps	102	1	Siedentopf, J.-P. (2005). Therapie des Fruchtblasenprolapses im zweiten Trimenon. <i>Spekulum</i> , 1, 27-31.
14.11.15	Rechercheportal Zentralbibliothek Zürich	Geburtshilfe AND Schwangerschaft AND Risiko	2	1	Zimmermann, R. (2014). <i>Handbuch Geburtshilfe</i> . Zürich: UniversitätsSpital Zürich.

ANHANG D: BAG PATIENTENRECHTE UND PATIENENPARTIZIPATION IN DER SCHWEIZ

BAG (2015). *Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz*. Einleitung. (S. 1). Bern.

Das Verhältnis zwischen Gesundheitsfachleuten sowie ihren Patientinnen und Patienten hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Während früher namentlich bezüglich der ärztlichen Tätigkeit der paternalistische Ansatz verbreitet war, demzufolge der Arzt bestimmt, was zum Wohle der Patientin oder des Patienten ist, steht heute die gemeinsame Beratung und Entscheidungsfindung zwischen Ärztin und Arzt sowie der informierten Patientin und dem informierten Patienten im Vordergrund. Die Entscheidungen und Werthaltungen der Patientinnen und Patienten sind dabei zu respektieren; diese wiederum sind aufgefordert, sich über Behandlungsoptionen zu informieren, ihre eigenen Wünsche und Perspektiven zu klären, bei offenen Punkten nachzufragen und eigenverantwortlich an ihrer Genesung mitzuwirken. Vergleichbares gilt auch für die Beziehung der Patientin und des Patienten gegenüber anderen, nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen.

Auch wenn die Zugänglichkeit zu medizinischen Informationen durch das Internet stark erleichtert wurde, bleibt das Verhältnis zwischen den Fachpersonen einerseits sowie den Patientinnen und Patienten andererseits von einer Asymmetrie geprägt: die Patientin und der Patient kommt hilfesuchend zur Ärztin oder zum Arzt, um gesund zu werden oder wenigstens Linderung von gesundheitlichen Beschwerden zu erfahren. Die Gesundheitsfachpersonen verfügen über die hierzu notwendigen fachlichen Kompetenzen; unabdingbar sind jedoch auch soziale und kommunikative Fähigkeiten, um die Patientin oder den Patienten über die aus me-

dizinischer Sicht indizierten Optionen zu beraten und in der Behandlung zu begleiten.

Ein weiterer Aspekt des Wandels, der sich auf die Situation und Stellung der Patientin und des Patienten auswirkt, ist die starke Zunahme an Behandlungsoptionen sowie □□teilweise damit verbunden □□der Arbeitsteilung und des interdisziplinären Zusammenwirkens zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Der Austausch mit all diesen verschiedenen Fachpersonen fordert Patientinnen und Patienten insofern, als sie stets wieder Entscheidungen gegenüber verschiedenen Fachpersonen treffen und hierfür – in der Regel gemeinsam mit der koordinierenden Hausärztin oder dem koordinierenden Hausarzt □□die Übersicht über den gesamten Behandlungsprozess behalten müssen.

Diese und weitere Aspekte führen zur Frage, ob die rechtliche Stellung der Patientinnen und Patienten in der Schweiz dieses gewandelte Bild und die heutige Realität im medizinischen Behandlungsverhältnis hinreichend abbildet.

ANHANG E: INTERNATIONALER ETHIK-KODEX FÜR HEBAMMEN

Der Internationale Hebammenverband (International Confederation of Midwives) ICM hat zum Ziel, den Standard der Betreuung von Frauen, Säuglingen und Familien in der ganzen Welt durch Förderung, Ausbildung und entsprechenden Einsatz der professionellen Hebamme zu verbessern. Im Einklang mit seinem Ziel - Gesundheit für Frauen - und mit Ausrichtung auf die Hebammen gibt der ICM den folgenden Kodex bekannt, welcher als Grundlage für Ausbildung, Berufsausübung und Forschung der Hebammen dient. Dieser Kodex anerkennt die Frau als Person, strebt nach Gerechtigkeit für alle Menschen und setzt sich für eine allen zugängliche Gesundheitsversorgung ein. Der Kodex beruht auf gegenseitigem Respekt, Vertrauen und der Würde aller Mitglieder der Gesellschaft.

I Beziehungen der Hebamme

- A. Hebammen respektieren das Recht der Frau, informiert zu sein und auswählen zu können, und fördern deren Bereitschaft, die Verantwortung für die Entscheidungen zu übernehmen.
- B. Hebammen arbeiten mit Frauen und unterstützen deren Recht, sich aktiv an Entscheidungen betreffend ihre Betreuung zu beteiligen. Sie bestärken die Frauen, bei Themen, welche die Gesundheit von Frauen und deren Familien in ihrer Kultur/ihrer Gesellschaft betreffen, für sich selbst zu sprechen.
- C. Hebammen, gemeinsam mit Frauen, arbeiten mit politischen Instanzen und geldgebenden Trägerschaften zusammen, um die Bedürfnisse der Frauen bezüglich Gesundheitsversorgung zu definieren und um sicher zu stellen, dass Beiträge - unter Berücksichtigung von Prioritäten und Verfügbarkeit - gerecht verteilt werden.
- D. Hebammen unterstützen sich gegenseitig in ihrer Berufsrolle und pflegen und fördern aktiv sowohl das eigene als auch das Selbstwertgefühl anderer.
- E. Hebammen arbeiten mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammen, sie ziehen sie bei und überweisen ihnen Frauen, wenn deren Bedarf an Betreuung ihre Kompetenzen überschreitet.
- F. Hebammen anerkennen die wechselseitige Abhängigkeit der Menschen in ihrem Tätigkeitsbereich und sind aktiv bestrebt, Konflikte, die dabei auftreten können, zu lösen.

II Berufsausübung der Hebamme

A. Hebammen sorgen für die Betreuung und Pflege von Frauen und Familien, die Kinder bekommen. Sie respektieren dabei die kulturelle Vielfalt und setzen sich gleichzeitig für die Abschaffung schädlicher Bräuche und Sitten innerhalb dieser Kulturen ein.

B. Hebammen fördern realistische Erwartungen der Frauen auf die Geburt innerhalb ihrer Gesellschaft, mit der Mindesterwartung, dass keine Frau durch Empfängnis oder Geburt in Gefahr gebracht wird.

C. Hebammen nutzen ihr berufliches Können und Wissen, um eine sichere Geburtshilfe in allen Umgebungen und Kulturen zu gewährleisten.

D. Hebammen gehen bei den Frauen, die ihre Unterstützung suchen, auf deren psychologische, physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse ein, wie auch immer die Umstände sein mögen.

E. Hebammen sind, was die Förderung der Gesundheit betrifft, Vorbilder für Frauen während ihres ganzen Lebenszyklus', für Familien und für andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.

F. Hebammen streben aktiv persönliche, intellektuelle und professionelle Weiterentwicklung während ihrer beruflichen Laufbahn an und integrieren diese fortlaufend in ihre Berufsausübung.

III Professionelle Verantwortung der Hebamme

A. Hebammen behandeln Informationen der Frauen und Familien, die sie betreuen, vertraulich, um den Persönlichkeitsschutz zu wahren. Sie verlassen sich bei der Weitergabe dieser Informationen auf ihr Urteilsvermögen.

B. Hebammen sind für ihre Entscheidungen, ihr Handeln sowie für die Konsequenzen, die daraus bei der Betreuung der Frauen entstehen können, verantwortlich.

C. Hebammen können sich weigern, an Handlungen teilzunehmen, die ihrer inneren moralischen Einstellung widersprechen; die Gewichtung der persönlichen Einstellung soll Frauen jedoch nicht grundlegende Gesundheitsversorgung vorenthalten.

D. Hebammen beteiligen sich an der Entwicklung und Durchführung von gesundheitspolitischen Massnahmen, welche die Gesundheit von allen Frauen und Familien, die Kinder bekommen, fördern.

IV Förderung des Wissens und Könnens und der Berufsausübung der Hebammen

- A. Hebammen stellen sicher, dass die Förderung ihres Wissens und Könnens auf Aktivitäten beruht, welche die Rechte der Frau als Person schützen.
- B. Hebammen entwickeln und verbreiten ihr Wissen und Können mittels verschiedenster Prozesse, wie beispielsweise gegenseitige Überprüfung und Forschung.
- C. Hebammen nehmen aktiv an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Hebammen teil.

Angenommen vom Rat des Internationalen Hebammenverbandes (ICM Council) in Vancouver, Mai 1993. Deutsche Uebersetzung angenommen von der Delegiertenversammlung des Schweizerischen Hebammenverbandes SHV in Zürich vom 3. Mai 1994.

ANHANG F: INTENSIVMEDIZIN BEI FRÜHGEBORENEN

Darstellungen nach Berger et al. (2012). Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen. Revision der Schweizer Empfehlung aus dem Jahre 2002. *Schweizerische Ärztezeitung*, 4, 97-100.

Die Expertengruppe Berger et al. (2012, S.98) beschreiben, wie die nötigen Entscheidungen getroffen werden:

Die für die Schwangere und das Frühgeborene zu treffenden Entscheidungen sind komplex und von weitreichender Bedeutung. (...) Die Entscheidungen werden in einem kontinuierlichen Dialog zwischen allen Beteiligten erarbeitet und haben zum Ziel, die Massnahmen zu ergreifen, die im Interesse des Kindes und der Schwangeren als die besten erachtet werden.

Berger et al. (2012) empfehlen, dass alle Schwangeren mit einer drohenden Frühgeburt spätestens ab der 23. SSW in ein Perinatalzentrum verlegt werden. Diese Empfehlung beruht auf der Tatsache, dass bei allen Geburten ab 23+0 SSW bis 24+6 SSW ein Neonatologie-Team involviert wird, um mit den Eltern gemeinsam individuell zu entscheiden, ob der Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen gerechtfertigt erscheint. Vor der 23+0 SSW hingegen ist in der Schweiz die Intensivmedizin bei den Frühgeborenen nicht indiziert (Berger et al. 2012).

Tabelle 1: Einfluss von pränatal eruibaren Zusatzfaktoren (Geschlecht, Lungenreifungsinduktion (LRI), Einling/Mehrling, Geburtsgewicht) auf die Wahrscheinlichkeit eines Überlebens ohne schwere oder sehr schwere Behinderung (nach Tyson et al., 2008)

Gestationsalter (SSW)	Geschlecht	Geburtsgewicht	Einling	LRI	Überlebensrate ¹	Überleben ohne sehr schwere Behinderung ^{1,2}	Überleben ohne schwere Behinderung ^{1,3}
24 0/7 - 24 6/7	m	600 g	nein	nein	27%	15%	7%
24 0/7 - 24 6/7	w	600 g	nein	nein	36%	24%	14%
24 0/7 - 24 6/7	w	800 g	nein	nein	63%	48%	34%
24 0/7 - 24 6/7	w	800 g	ja	nein	67%	53%	39%
24 0/7 - 24 6/7	w	800 g	ja	ja	82%	71%	57%

1 in Prozent aller Lebendgeborenen (n = 4446)

2 sehr schwere Behinderung (*profound impairment*) im Alter von 18–22 Monaten:

- Bayley score < 50 (nicht testbar)
- level 5 für GMF (*gross motor function*)

3 schwere Behinderung (*severe impairment*) im Alter von 18–22 Monaten:

- PDI und/oder MDI ≤ 70
- mittelschwere bis schwere CP
- bilaterale Blindheit
- bilaterale Schwerhörigkeit, die Hörgeräte erforderlich macht

Diese Schätzungen basieren auf standardisierten Untersuchungen von ehemaligen Frühgeborenen im Alter von 18–22 Monaten, die zwischen 1998 und 2003 in einem Neonatal Research Network Zentrum der NICHD mit einem Gestationsalter von 22–25 SSW und einem Geburtsgewicht zwischen 401 und 1000 g geboren wurden. Outborns und Frühgeborene mit schweren angeborenen Fehlbildungen wurden ausgeschlossen.

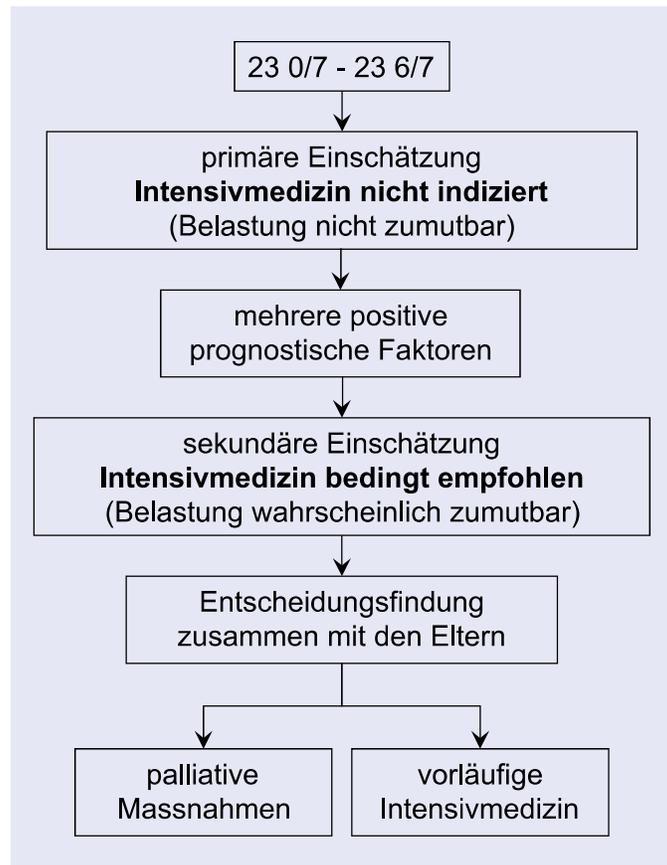


Abbildung 1: Einfluss positiver Zusatzfaktoren und Rolle der elterlichen Autorität beim Abwägen der Therapieoptionen für Frühgeborene mit einem Gestationsalter von 23+0 bis 23+6 SSW.

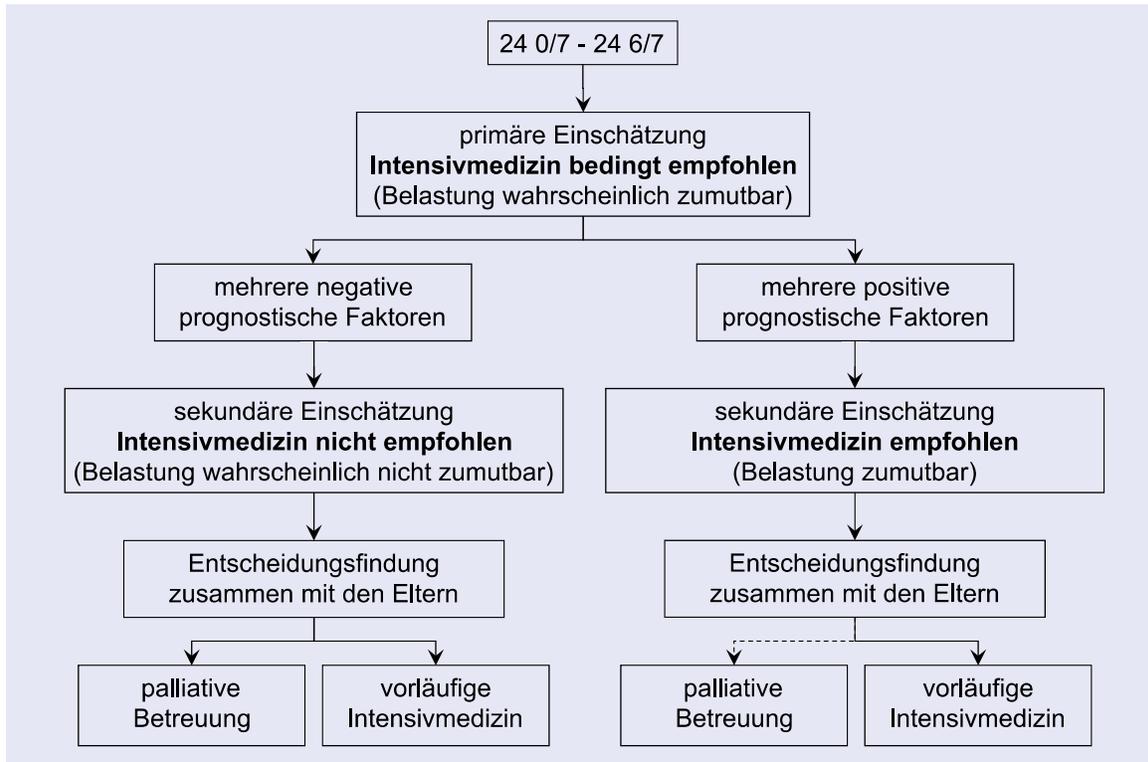


Abbildung 2: Einfluss positiver respektive negativer Zusatzfaktoren und Rolle der elterlichen Autorität beim Abwägen der Therapieoptionen für Frühgeborene mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 24+6 SSW.

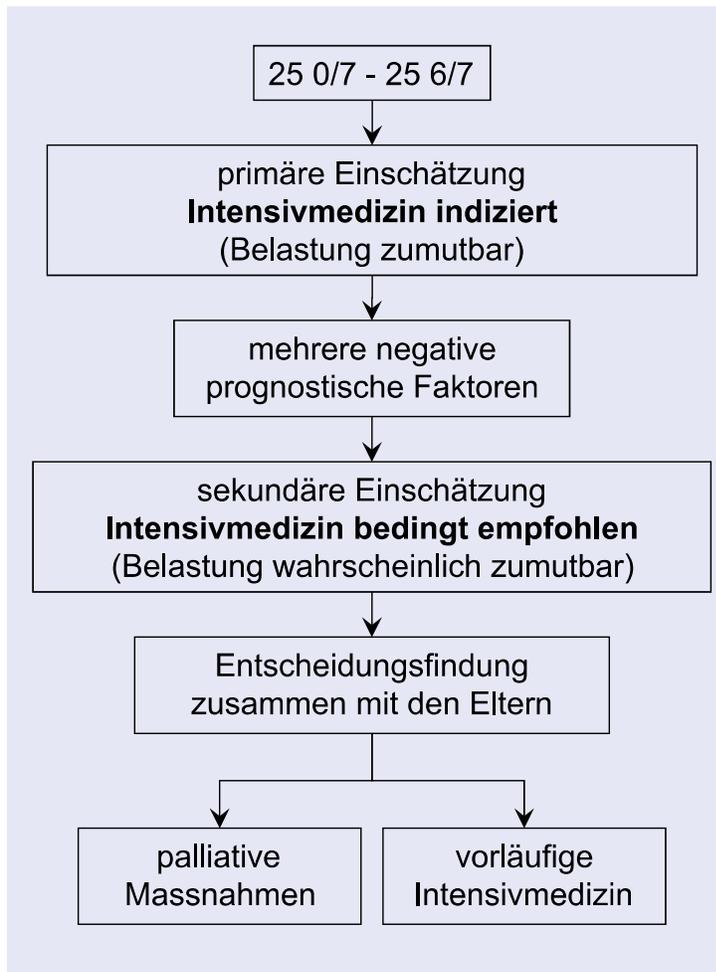


Abbildung 3: Einfluss negativer Zusatzfaktoren und Rolle der elterlichen Autorität beim Abwägen der Therapieoptionen für Frühgeborene mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 25+6 SSW

ANHANG G: TOKOLYTIKA

In der Schweiz sind die gängigsten Tokolytika Atosiban (Tractocile®), Hexoprenalin (Gynipral®), Nifedipin (Adalat®) und Bryophyllum 50%. Laut Kompendium ist die Indikation für die Gabe der Tokolytika je nach Medikament unterschiedlich: Atosiban ist ab 24+0 SSW, Hexoprenalin ab 22+0 SSW zugelassen und das Nifedipin ist ein Medikament gegen Hypertonie, somit als Tokolytikum off label use und vor der 20. SSW kontraindiziert (Kompendium, 2016). Bryophyllum 50% ist ein Phytotherapeutika, ein anthroposophisches Arzneimittel von Weleda, „(...) <des- sen> Anwendung (...) zur Sedierung und Behandlung vorzeitiger Wehentätigkeit schon seit langem bekannt ist (Mandach, 2008, S. 2).“ In der Schweiz werden vor der 25. SSW prinzipiell, trotz der widersprüchlichen Angaben im Kompendium, keine intravenösen Tokolytika verabreicht. Jedoch kann laut Hösli et al. (2012) der Einsatz von Tokolytika auch vor der 25. SSW in Einzelsituationen, welche nicht genauer beschrieben werden, begründet sein.

ANHANG H: GEDICHT VON HERMANN HESSE

Stufen

Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muß das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
Um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
In andre, neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
Der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.
Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten,
An keinem wie an einer Heimat hängen,
Der Weltgeist will nicht fesseln uns und engen,
Er will uns Stuf´ um Stufe heben, weiten.
Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreise
Und traulich eingewohnt, so droht Erschlaffen;
Nur wer bereit zu Aufbruch ist und Reise,
Mag lähmender Gewöhnung sich entrafen.
Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
Uns neuen Räumen jung entgegen senden,
Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden,
Wohlan denn Herz, nimm Abschied und gesunde!

Hermann Hesse (1941)