SONDERDRUCK

aus

Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V.
Herausgeber

25 Jahre Arbeitsgemeinschaft – 25 Jahre Arzthaftung

Von der Krähentheorie bis zum groben Behandlungsfehler

Springer

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011
ISBN 978-3-642-18433-8

Aufklärung und Indikation zur Sectio als Beispiel für geburtshilflichen Paternalismus versus Geburtsmedizin als Dienstleistung für autonome Gebärende

Roland Uphoff

A. Handlungssituation aus medizinischer und soziokultureller Sicht

Die Diskussionen um die Aufklärung der werdenden Mutter und Indikation zur Sectio werden seit vielen Jahren in medizinischen sowie medizin-juristischen und naturgemäß auch medizin-ethischen Bereichen geführt, wobei die Auseinandersetzungen sehr kontrovers und emotional sind.

Aus medizinischer Sicht ist dabei zunächst ein grundsätzlicher Paradigmenwechsel von der befundorientierten Geburtshilfe zur präventiven bzw. prospektiven Geburtsmedizin festzustellen.[1] Die Sectio in der deutschen Geburtshilfe ist heute nicht mehr nur eine Notmaßnahme zur Rettung der Mutter oder zum Abwenden einer tödlichen Bedrohung für Mutter und Kind, sondern „großzügige, präventive Indikationsstellungen sind gefragt"[2].

Diese neue Einstellung zur Sectioindikation in der Geburtshilfe ist zusammen mit der zwischenzeitlich erreichten niedrigen Sectiomortalität und -morbidität ein wesentlicher Grund für die vielfach diskutierte (und auch kritisierte) Steigerung der Sectiorate in Deutschland auf ca. 30 %.[3] Der Kaiserschnitt kann eindeutig nicht mehr als „gefährliche Operation" eingestuft werden.[4]

Während medizinhistorisch eine niedrige Kaiserschnittrate zunächst Ausdruck eines hohen geburtshilflichen Leistungsstandards der Klinik gewesen ist und sich in

[1] Vgl. hierzu umfassend Huch/Chaoui/Huch (2001); DGGG (2009): Kaiserschnittsymposium; Berg (2001).

[2] Dudenhausen (2001), S. 80, 81.

[3] Berg (2008), AG MedR der DGGG zu den Entwicklungstendenzen in der deutschen Geburtshilfe.

[4] Ludwig (2001), S. 121, 122.

R. Uphoff (✉)
Heinrich-von-Kleist-Str. 4, 53113 Bonn, Deutschland
E-Mail: mail@uphoff.de

Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.),
25 Jahre Arbeitsgemeinschaft – 25 Jahre Arzthaftung,
DOI 10.1007/978-3-642-18434-5_22, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011

einer Sectio das „Versagen des geburtshilflichen Teams manifestierte“[5], hat sich der geburtshilfliche Fokus verstärkt auf bisher weniger beachtete mütterliche und kindliche Risiken der vaginalen Geburt gerichtet. Die Risikoorientierung in der Geburtshilfe konzentriert sich nunmehr präventiv mehr auf das ungeborene Kind. Der Trend geht dahin, dass die „Medizin der Mutter zur Medizin des Kindes“[6] geworden ist.

Das medizinzentrierte Risikoverständnis im Sinne einer Präventionsgeburtshilfe und die Anerkennung des Ungeborenen als potentiellen Patienten[7] wird kritisiert als technisch ausgerichtete Medikalisierung der normalen Geburt und Pathologisierung des weiblichen Körpers[8]. So ist der Katalog der diagnostischen Maßnahmen während der Schwangerschaft/Geburt ständig erweitert, die Schwangerschaftsrisiken auf nunmehr 52 Befunde erhöht und in der Geburtshilfe eine Fokusierung auf medizinisch-technische, apparative und zunehmend invasive Interventionen erfolgt.[9]

Parallel hierzu zeigt sich, dass der Patientinnenwillen zunehmend relevant für die (medizinische) Entscheidungsfindung des Geburtshelfers geworden ist. Das Selbstverständnis des Geburtshelfers trifft hier auf die Autonomie der Frau in einem „konfliktbelasteten Handlungsfeld“[10].

Einerseits wird hierbei strapaziert, dass die Entscheidung über den Geburtsmodus alleine durch die Mutter zu treffen sei und eine Bevormundung totalitär wäre.[11] Es wird resümiert, dass der mütterliche Wunsch als Indikation zu beachten sei und die Akzeptanz des Willens der Frauen hinsichtlich der Geburt die „richtige Entwicklung“[12] ist.

Die Patientinnenautonomie wird also nicht mehr nur als ein negatives Abwehrrecht gegen ungewollte Behandlungen gesehen, sondern auch als Grundlage für ein positives Anspruchsrecht formuliert.[13] Für die Schwangere muss es demnach möglich sein, zwischen den Risiken, die sie bereit ist zu tragen, zu wählen und dementsprechend auch den Wunsch nach einer Sectio zu äußern.[14] Der Wunsch als ein ernsthaftes Motiv für eine Handlung wird als wesentlicher Teil menschlicher Autonomie beschrieben.[15]

Andererseits wird gegengehalten, dass das Selbstbestimmungsrecht jedoch eine „natürliche Wahlfreiheit“[16] voraussetze; signifikanterweise habe die Schwangere aber gerade diese Wahlfreiheit nicht, da die vaginale Spontangeburt ein natürlicher

[5] Husslein/Langer (2000), S. 849.

[6] Vetter (2005), S. 16, 28.

[7] Hecher (2004).

[8] Hellmers (2005), S. 9, 11; Braun (2009), S. 20: „Die Risikoorientierung fördert die ärztlich-medizinische Dominanz“.

[9] Braun (2009), S. 9.

[10] Bockenheimer (2002), S. 186, 189.

[11] Grin (2004), S. 55.

[12] Markus (2005), S. 60, 176, 203; Berg (2001), S. 1,2.

[13] Schöne-Seifert (2005), S. 714.

[14] Husslein/Langer (2000), S. 849.

[15] Sedlatschek-Dussling (2004), S. 22 f.

[16] Benöhr (2007), S. 26.

Vorgang sei.[17] Indes wird hiergegen wieder eingebracht, dass die Autonomie der Gebärenden nicht dadurch irrelevant würde, weil es sich bei der Geburt eines Kindes um ein naturkausales Ereignis handele.[18]

Aus medizinischer und medizin-ethischer Sicht stehen somit die Medikalisierung und Technisierung in der klinischen Geburtshilfe einer Idealisierung sowie Ideologisierung der Geburt als natürlichem Vorgang gegenüber.

Es wird kritisiert, dass die Geburtsmedizin sich vom klassischen, abwartenden, „den Kräften der Natur vertrauenden Beistehen"[19] zu einer Pathologisierung der Geburt mit einer „Entkörperung der Frau durch den Verlust des Wissens vom Gebärenkönnen"[20] entwickelt habe. Grundsätzlich wird angeführt, dass körperliche Umbruchphasen in der Medizin nicht mehr als natürliche Lebensphasen wahrgenommen würden.[21]

Das Argument der „Natürlichkeit" wird mithin angeführt, um die beschriebene „Medikalisierung" der Entbindung zu kritisieren bzw. zurückzudrängen. Überzogen wird formuliert, die Frauen könnten es, man lasse sie nur nicht; dieses sei das Handikap in der modernen Geburtshilfe, welche die Geburt und die Schwangerschaft zu einer Risikoaffäre machen würde.[22] Dabei wird insbesondere betont, dass die medizinisch definierten Risikofaktoren erhebliche Sensitivitäts- und Spezifitätsmängel aufweisen, d. h. ex post die Risikogeburt gerade die Ausnahme und nicht die Regel sei.[23]

Die Diskussionen um die Sectioindikation sowie insbesondere die Begründung einer elektiven Sectio oder Wunschsectio verdeutlichen zum einen die Relevanz des medizinischen Fortschritts für die Entscheidungsfindung des Arztes. Grundsätzlich gerät die Medizin aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie wegen neuer Handlungsoptionen unter einen erheblichen Veränderungsdruck, ggf. Anspruchsdruck.[24] Die Faktizität des (medizinisch) Machbaren ist dabei mächtiger handlungsleitender Impuls; das Verhältnis von Theorie und Praxis entspricht damit in der modernen Medizin einem „technischen Zirkel".[25]

Im Bereich der Geburtshilfe bedeutet dies konkret, dass das Argument der mütterlichen Sectioletalität aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr an Bedeutung verloren hat, während das Risiko für das Kind bei vaginaler Geburt

[17] Benöhr, (2007), S. 26.

[18] Sedlatschek (2004), S. 23, 26 mit dem Hinweis, dass es auch zur Natur des Menschen gehört, seinen „natürlichen Mangel durch den Einsatz technischer Interventionen auszugleichen".

[19] Winkelmeier (2008), S. 31 mit Hinw. auf Dudenhausen/Holzgreve.

[20] Winkelmeier (2008), S. 39.

[21] Kolip (2009).

[22] Rockenschaub (2005), S. 31, 33.

[23] Braun (2009), S. 11, 14.

[24] Vieth (2006), S. 64, 108.

[25] Neumann (2009), S. 211, 219, 221.

weiterhin größer ist.[26] Aus medizinischer Sicht hat der Kaiserschnitt also seinen ganz großen Schrecken verloren.[27]

Zum anderen zeigt sich in den Diskussionen um die Sectioindikation und Aufklärung der werdenden Mutter, dass der Patientinnenwillen deshalb relevanter wird, weil die Entscheidungen in der Geburtshilfe nicht mehr ausschließlich und abschließend nur noch medizinisch und allein vom Geburtshelfer zu treffen sind. Nichtmedizinische Kriterien werden grundsätzlich entscheidungsrelevanter, da eben die Entscheidungen nicht mehr wesentlich oder ausschließlich von medizinischen Kriterien abhängen; die moralische Autarkie der Medizin ist verloren gegangen.[28] Allgemein wird konstatiert, dass der moralische Pluralismus einer der Gründe für die Aberkennung eines ärztlichen Primats in moralischen Fragen sei und daher ein Verlust moralischer Autorität und Unanfechtbarkeit von Ärzten allein Kraft ihrer Profession festzustellen ist.[29] Pointiert stellen Husslein/Langer[30] mit Hinweis auf Vieth fest: „Der Arzt ist kompetent für die Diagnose und Behandlung. Die Patientin ist kompetent für ihr Wertesystem und verantwortlich für ihre Lebensgestaltung." Der Arzt besitze zwar die medizinische Kompetenz. Er müsse aber akzeptieren, dass sein Gegenüber, die Schwangere, auch eine Kompetenz hat. Nämlich die Kompetenz ihres eigenen Wertesystems. Sie sei verantwortlich für ihre eigene Lebensgestaltung. Es müsse das Recht jeder Frau sein, sich nach der Information über die einzelnen Risiken für alternative Behandlungsmöglichkeiten zu entscheiden.[31]

Auffällig und exemplarisch ist bei den Diskussionen um die elektive Sectio und Selbstbestimmtheit der Patientinnen die Position der Hebammengeburtshilfe, die einerseits die Geburt fast mystisch überhöht und ritualisiert und dennoch gleichzeitig die Fremdbestimmung durch die Medikalisierung kritisiert. Die elektive Sectio greift dabei ein zentrales Paradigma der Hebammen an, dass nämlich Schwangerschaft und Geburt physiologische Prozesse sind, die ohne Eingriffe von außen ablaufen sollten, solange es keine spezifische (medizinische) Indikationen dafür gibt. Die steigende Sectiorate wird dabei als Infragestellung von Hebammenarbeit interpretiert[32] und die „Schneidewut"[33] mit dem fehlenden Vertrauen in die physiologischen Ressourcen der Frauen und Kinder und die Ignoranz gegenüber den physiologischen Geburtsprozessen erklärt.[34]

Gesprochen wird davon, dass in den letzten Jahrzehnten die Frauen immer weiter von ihren „Geburtsinstinkten entfremdet"[35] und die „Kaiserschnittmütter" die

[26] Berg (2008), AG MedR der DGGG zu den Risiken der vaginalen und der Schnittentbindung, S. 4.

[27] DGGG (2009), Kaiserschnittsymposium Juli 2009, S. 1.

[28] Vieth (2006), S. 66, 67.

[29] Nida-Rümelin (2005), S. 693.

[30] Husslein/Langer (2000), S. 849, 853.

[31] Husslein (2001), S. 107, 110; Husslein (2009).

[32] Grabner (2008), S. 153.

[33] de Jong/Kemmler (2005), S. 54.

[34] de Jong/Kemmler (2005), S. 54.

[35] de Jong/Kemmler (2005), S.74, 106, sprechen von „verschütteten Geburtsinstinkten".

gesamte Verantwortung und Schuld für die „gescheiterte Geburt" auf sich nehmen würden.[36] Die Idealisierung der Geburt[37] mündet in der Schlussfolgerung, dass es sich bei einigen Frauen um eine vulnerable Gruppe handeln würde, die statt eines Wunschkaiserschnittes besser eine psychologische Begleitung erhalten sollte.[38] De Jong/Kemmler[39] gehen soweit, zu diskutieren, ob Frauen, die Opfer sexualisierter Gewalt waren, ihre Verletzungen mit der Geburt eines Kindes überwinden könnten und daher eine Vaginalgeburt so etwas wie eine Therapie wäre.

Obwohl vorgetragen wird, dass gerade die Sectio der Frau die Möglichkeit nehmen würde, eine selbstbestimmte Geburt zu gestalten[40], wird nicht anerkannt, dass die Selbstbestimmung der Frau als erklärtes Ziel von Hebammenarbeit auch darin münden kann, dass sich die Frau selbstbestimmt für einen Kaiserschnitt entscheiden kann. Drastisch wird gefordert, dass nicht die künstliche Geburt mittels Kaiserschnitt unethisch zu sein scheint, sondern vielmehr den Menschen die Freiheit zu nehmen, darüber zu bestimmen.[41] Wenn die Geburt per Kaiserschnitt den Idealen der Hebammen entgegensteht, so wird dennoch nicht akzeptiert, dass sich die Frau bei einem Kaiserschnitt selbstbestimmt für eine fremdbestimmte Geburt[42] entscheidet.

Es ist zu beobachten, dass die Diskussion um die Sectio und Selbstbestimmtheit der Patientin sehr ideologisch geführt und das Thema Geburt „mystisch und ideologisch besetzt"[43] wird.

Es ist inzwischen ausdiskutiert, dass die Wunschsectio (definiert im Sinne einer Sectio ohne jedwede medizinische Indikation) medizin-juristisch zulässig ist.[44] In diesem Zusammenhang ist deutlich hervorzuheben, dass die vorab definierte Wunschsectio als Sectio ohne jedweden medizinischen Grund statistisch mit ca. 2–3 %[45] nicht praxisrelevant ist und eher ein Medien- und Diskussionsphänomen darstellt.

Aus medizinischer, medizin-juristischer und medizin-ethischer Sicht ist festzuhalten, dass aufgrund der veränderten Entscheidungssituationen in der Geburtshilfe mit weichen und präventiven Indikationsstellungen für die Sectio ein optimales und individuelles Gebären eingefordert wird. In einem persönlichkeitsspezifischen

[36] de Jong/Kemmler (2005), S. 27.

[37] Bockenheimer (2002), S. 186, 187.

[38] Hellmers/Schücking (2005), S. 9, 11.

[39] de Jong/Kemmler (2005), S. 112.

[40] Schücking (2004), S. 27, 29.

[41] Grin (2004), S. 56.

[42] Grabner (2008), S. 153.

[43] Lutz/Kolip (2006), S. 47.

[44] Berg (2008), AG MedR der DGGG; Felberbaum (2009), S. 110, 112; Ulsenheimer (2001), S. 125, 129 mit Hinw. auf die etablierte BGH-Rechtsprechung; Markus (2005), S. 199, 202.

[45] Kolip (2009), S. 7; Lutz/Kolip (2006), S. 135: „Es gibt bislang kein Massenphänomen Kaiserschnitt auf Wunsch"; Hellmers/Schücking (2005), S. 9, 10: „… Der mütterliche Wunsch spielt eine eher untergeordnete Rolle für den Anstieg der Kaiserschnittraten …".

Geburtsereignis kann sich die Selbstbestimmung verwirklichen und die zu Grunde liegende Autonomie der Frau gewahrt sein.[46]

Die Indikation und Aufklärung zur Sectio belegen, dass die medizinische, medizin-juristische und medizin-ethische Diskussion weiter im Gang ist, jedoch naturgemäß durch die verschiedenen Bereiche Medizin, Ethik und Recht beeinflusst ist. Der Paradigmenwechsel in der geburtshilflichen Medizin ist entsprechend der individuellen Grundhaltung des Arztes emotional belegt[47] und die medizinische sowie ethische Debatte auch in nicht medizinischen Zirkeln „ideologiebefrachtet"[48].

Es wird resümiert, dass es insoweit keine richtige und keine falsche Art zu gebären gibt, sondern immer nur eine der jeweiligen Zeit und dem jeweiligen Entwicklungsstand angemessene.[49] Es muss eine mit der Patientin und je nach ihren Bedürfnissen flexibel passende Form ausgewählt werden; die geburtshilfliche Arbeit sollte dabei „bedürfnisorientiert, persönlichkeitszentriert und nicht ideologiebezogen gestaltet werden".[50]

B. Medizin-ethische Relevanz der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe

Die Frage nach der Sectioindikation sowie die Aufklärung der werdenden Mutter über den Geburtsmodus verdeutlichen das grundsätzliche medizin-ethische Spannungsverhältnis zwischen geburtshilflichem Paternalismus im Rahmen einer medikalisierten Geburtshilfe und einer Kunden-Service-Orientiertheit im Rahmen des medizinisch Machbaren.

Es stellt sich die konkrete Frage, ob der Geburtshelfer aufgrund seiner fachlichen Kompetenz und aufgrund des geburtshilflich Möglichen (Sectio) handeln muss oder ob ansonsten die Patientin unter Missachtung ihres Selbstbestimmungsrechts „patronisiert"[51] wird. Felberbaum[52] formuliert pointiert, dass kein Weg daran vorbeiführe, die Gründe der Frau sensibel und empathisch zu erfragen und dabei die eigene, ggf. auch weltanschaulich geprägte Einstellung in den Hintergrund zu rücken. Hierin wird deutlich, dass durchaus die Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe „machtstrategische Bedeutung"[53] hat und an den „Grundfesten bisher etablierten

[46] Bockenheimer (2002), S. 186, 187.
[47] Huch/Chaoui (2006), S. 785.
[48] Felberbaum (2009), S. 110.
[49] Langer (2006), S. 983, 989.
[50] Langer (2006), S. 983, 989.
[51] Markus (2006), S. 45.
[52] Felberbaum (2009), S. 110, 112.
[53] Bockenheimer (2002), S. 186, 197.

patriarchalischen Denkens" rüttelt[54]. Langer[55] hebt hervor, dass eben in einer pluralistischen Gesellschaft die autonome, informierte Entscheidung der Schwangeren die einzige Instanz darstelle. Nichts anderes betont Husslein[56], wenn er ausführt, dass die Ärzte Respekt vor der Tatsache haben müssten, dass die Frau selbst entscheidet, welches Risiko für sie schwerer wiegt. Daher müsse es für eine Schwangere möglich sein, zwischen den Risiken, die sie bereit ist zu tragen, zu wählen.[57]

Aus medizin-ethischer Sicht muss festgehalten werden, dass die medizinische und soziokulturelle Handlungssituation derart ist, dass ein Paradigmenwechsel zur präventiven Geburtshilfe hin zur prospektiven Risikominimierung vollzogen ist und nichtmedizinische Faktoren im Rahmen der Patientinnenautonomie als relevant erachtet werden müssen. Es implizieren sich dabei insbesondere die medizin-ethischen Fragen, ab welcher Größenordnung ein Risiko für die Mutter oder das Kind die Sectio rechtfertigen bzw. die Aufklärung über die Sectio erforderlich macht und wer (Geburtshelfer oder Patientin oder beide?) die Entscheidung über den Geburtsmodus trifft.

Bockenheimer[58] stellt zu Recht klar, dass die Diskussion um den Geburtsmodus ein Beispiel für den Streit um einen sinnvollen Begriff von weiblicher Autonomie in weiblichen Lebenszusammenhängen sei. Die Wahl zwischen letztlich gleichwertigen oder gleichermaßen risikobehafteten medizinischen Eingriffen sei indes das Recht der autonomen Patientin.

Dabei wird auch in der geburtsmedizinischen Diskussion akzeptiert, dass die Gründe, die die Patientinnen für eine Sectio angeben, eben für die Patientinnen selbst durchaus Indikationen sind.[59] Ausgehend von der medizinischen Entwicklung hin zu einer präventiven Risikominimierung für Mutter und Kind sind die Gründe der Frauen für eine Sectio beachtlich, nachvollziehbar und ernst zu nehmen. Es sind gerade „keine launenhaften Wünsche, sondern reale Befürchtungen"[60], aufgrund dessen die werdende Mutter einen Kaiserschnitt wünscht. Die GEK-Kaiserschnittstudie[61] hat eindringlich belegt, dass vor allen Dingen die fetale Gefährdung, d. h. das Kindeswohl als Begründung für die Indikation herangezogen wird. Als Fazit ist festgestellt worden, dass die Frauen eine Vaginalgeburt wünschen und der ärztlichen Empfehlung in den allermeisten Fällen folgen, sich jedoch aber im Zweifel für die Gesundheit ihres Kindes entscheiden[62]. Es wird ausdrücklich betont, dass sich die Frauen einerseits sehr dafür aussprechen, ein Selbstbestimmungsrecht bei der Wahl des Geburtsmodus zu haben, andererseits für sich persönlich die Option

[54] Husslein (2000), S. 849.

[55] Langer (2006), S. 1016, 1022.

[56] Husslein (2000), S. 849, 853.

[57] Husslein (2001), S. 107, 111.

[58] Bockenheimer (2002), S. 186, 198.

[59] Husslein (2001), S. 130 mit Diskussionsbeitrag von Schneider.

[60] Bockenheimer (2002), S. 186, 191 mit Hinw. auf Hickl.

[61] Lutz/Kolip (2006).

[62] Kolip (2009), S. 10.

des Wunschkaiserschnittes aber wahrscheinlich kaum nutzen würden, sondern der überwiegende Teil der Frauen bevorzugt bei einer Geburt den natürlichen Weg.[63]

Tatsächlich wird sich die medizin-ethische Frage, ab wann eine fetale Gefährdung eine relative Sectioindikation begründet, aus rein medizinischer Sicht nicht eindeutig beantworten lassen. Die besondere Situation der Geburtshilfe besteht dabei sicher darin, dass Wohl der Schwangeren und des Fetus zu berücksichtigen und möglicherweise gegeneinander abwägen zu müssen. Es wird in diesem Zusammenhang diskutiert, dass beispielsweise mit steigendem Gestationsalter die mütterliche Autonomie hinter den zunehmenden Benefizienzverpflich-tungen gegenüber dem Fetus zurücktreten müsse.[64] Es wird daneben vertreten, dass bei dem vorgenannten Güterabwägungsprozess im Ergebnis die Entscheidung und die damit verbundene Verantwortlichkeit ausschließlich der werdenden Mutter zustehen. Diese müsse von ihrer Autonomie verantwortlich Gebrauch machen, indem sie ihre Entscheidung vor dem Hintergrund der berechtigten Ansprüche aller Betroffenen trifft und zu rechtfertigen bereit ist.[65] Die Co-Existenz von Mutter und Kind und nicht die Angst vor der Medizinalisierung in der Geburtshilfe müsse entscheidend sein für die Abwägungsentscheidung für oder gegen die Sectio.[66]

Wenn der BGH also formuliert, dass eine Aufklärung der werdenden Mutter nur dann erforderlich ist, wenn bei einer Vaginalgeburt für das Kind „ernst zu nehmende Gefahren drohen und daher im Interesse des Kindes gewichtige Gründe für eine Kaiserschnittentbindung sprechen"[67], so wird gerade nicht das Risiko oder die „ernst zu nehmende Gefahr" definiert, sondern die Patientinnenautonomie und Aufklärung davon abhängig gemacht, ob der Geburtshelfer bei einer notwendigen Risikogüterabwägung die Sectio oder Vaginalgeburt favorisiert. Ludwig[68] hebt somit zu Recht hervor, dass in der Geburtshilfe die ethischen Forderungen nach der mütterlichen Autonomie, dem Wohl des ungeborenen Kindes und den Risiken für die Mutter abgewogen werden müssen. Schmidt[69] resümiert ähnlich, wenn er das mütterliche und fetale Wohlbefinden unter Berücksichtigung der mütterlichen Präferenzen als wesentlichen Parameter für eine Sectioindikation betont („Goals for achieving an optimal cesarean delivery rate should be based on maximising the best possible maternal and neonatal outcomes …").

Oberstes Ziel in der Gestaltung dieser geburtshilflichen Situation muss also das Wohl von Mutter und Kind sein. Felberbaum[70] stellt hierzu klar, dass nur die potentiell Betroffene, d. h. die Mutter, entscheiden kann, ob die verschiedenen Risiken zu hoch oder akzeptabel sind.

---

[63] Lutz/Kolip (2006), S. 112.

[64] Langer (2006), S. 1016, 1021.

[65] Markus (2005), S. 181 mit Hinw. auf Huch.

[66] Markus (2005), S. 181 unten.

[67] Grundlegend BGHZ 106, 146 ff.

[68] Ludwig (2001), S. 121, 123.

[69] Schmidt (2009).

[70] Felberbaum (2009), S. 110.

Bei den vorgenannten medizin-ethischen Fragen im Hinblick auf die Sectioindikation und Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe kommt es also zu einem „ethischen Dilemma", einem „ethischen Konflikt" oder einer „ethischen Krise."[71] Die besondere Situation in der Geburtshilfe besteht eben darin, aus medizin-ethischer Sicht eine Werte- und Risikoabwägung vorzunehmen, die den Respekt vor der Autonomie der Patientin wahrt und Komplikationen unter der Geburt vermeidet. Wenn ausgeführt wird, dass das oberste Ziel in der Gestaltung dieser geburtshilflichen Situation immer das Wohl von Mutter und Kind sein muss[72], so wird deutlich, dass nicht zu Unrecht darauf hingewiesen wird, dass das „Eingehen in das Risiko von Schwangerschaft, Geburt und Familie ein offensichtliches Problem unserer Gesellschaft darstellt"[73]. Deutlich wird diese Einschätzung insbesondere im Bereich der Pränataldiagnostik, bei der das ungeborene Kind in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt ist. Der Fetus ist Patient und die Sorge um sein Wohlergehen nimmt einen hohen Stellenwert ein.[74]

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das Sicherheits- und Kontrollbedürfnis der Schwangeren und ihrer Partner in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Bei der Wahl der Geburtsklinik ist insbesondere die Erwartung an den hohen medizinischen Standard der Klinik entscheidend, d. h. die Schwangerschaft und insbesondere das Ereignis „Geburt" sind mit hohen Erwartungen besetzt.[75] „Nichts bleibt bei der ‚Operation Nachwuchs' dem Zufall überlassen".[76] Die Geburt soll als „perfektes Ereignis"[77] gestaltet werden.

Auch die Entwicklungen in der Pränatal-, Perinatal- und Reproduktionsmedizin zeigen, dass das Verhältnis zur eigenen Nachkommenschaft[78] durch Planbarkeit und technische Möglichkeiten geprägt ist.

Conze[79] weist aus soziologischer Sicht darauf hin, dass Wertbegriffe, wie insbesondere „Sicherheit" ein gesellschaftliches Konstrukt seien und daher unterschiedliche Gesellschaften höchst unterschiedliche Sicherheits- und Unsicherheitsvorstellungen aufweisen würden. Das Bewusstsein von Sicherheit sei daher das Ergebnis eines „subjektiven Verarbeitungsprozesses von sozialer Wirklichkeit".[80] Sicherheit bedeute in einem gewissen Sinne die Vorstellung einer Zukunft, in der nicht alles möglich ist, in der nicht alles passieren kann, die Vorstellung einer Zukunft, die vielmehr festgelegt und bestimmt ist.[81] In der Risikogesellschaft müsse daher festgestellt werden, dass ein individueller Autonomiegewinn (hier: die Stär-

[71] Langer (2006), S. 1015, 1020.

[72] Felberbaum (2009), S. 110, 112.

[73] Conze (2008), S. 47, 49 mit Hinw. auf Schmidt.

[74] Schmidt (2008), S. 31, 37.

[75] Lutz/Kolip (2006), S. 27 mit Verweis auf Bergmann et al.

[76] Lutz/Kolip (2006), S. 28.

[77] Winkelmeier (2008), S. 48.

[78] Bockenheimer/Thorn/Wendehorst (2008), S. 1.

[79] Conze (2008), S. 47, 51, 60.

[80] Conze (2008), S. 47, 51.

[81] Conze (2008), S. 47, 51 mit Hinweis auf Luhmanns Begriff der „Erwartungssicherheit".

kung der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe) zu einem Verlust an Sicherheit führen würde und somit das individuelle Bedürfnis nach Sicherheit wachse.[82]

Winkelmeier[83] resümiert ähnlich, dass durch die risikoorientierte Perspektive in der Geburtshilfe die Schwangere sich mitverantwortlich für eine Risikominimierung fühle („Entkörperung der Frau")[84] und die daraus entstehende Unsicherheit zu einem verstärkten Sicherheitsbedürfnis führe.

Der hohe Stellenwert, den das Selbstbestimmungsrecht der Patientin hat, bedeutet damit gleichzeitig auch die Verantwortung, die Entscheidung selbst zu tragen. Zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten als Freiheitsrecht gehört das Recht, andere Wege zu gehen, sich gegen das allgemein für wahr Gehaltene zu entscheiden und als Kehrseite dessen das immanente Risiko des Scheiterns.[85] Selbstbestimmung beinhaltet eben auch Selbstverantwortung[86].

Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass trotz der unterschiedlichen Einstellung in der medizinischen und medizin-ethischen Diskussion zur elektiven Sectio und Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe, die Ärzte immer auch als „letzte Wissens- und Verantwortungsträger bei der Geburt"[87] angesehen werden. Im Hinblick auf das vorab diskutierte Sicherheitsbedürfnis unter der Geburt sowie die vorzunehmende Risikoabwägung bei der Frage der Sectioindikation besteht Einigkeit dahingehend, dass das Mitspracherecht der Patientin oder die Autonomie der Patientin immer dann enden soll, wenn das Wohl des Kindes gefährdet erscheint.[88] Es scheint derart zu sein, dass durchaus die Autonomie der Schwangeren hier als Widerspruch gegen die „Überlegenheit des professionellen, medizinischen Wissens"[89] beurteilt wird.

Im Hinblick auf die beschriebenen Modelle der Arzt-Patientinnen-Beziehung („benevolenter Paternalismus", „partnerschaftliche Aushandlung", „Patientin als Kundin"[90]), wird für die geburtshilfliche Situation gefolgert, dass je normaler die Situation und je unbeeinträchtigter die Patientin ist, desto partnerschaftlicher müsse die Beziehung sein; je dringlicher und je pathologischer die Situation sei, desto paternalistischer dürfe das Verhältnis zur Patientin werden.[91]

Bei allen Entscheidungen in der Medizin, bei denen außer der Frau als Dritter auch ein Kind betroffen ist, kommt dem Kindeswohl ein besonders hohes Maß an Bedeutung zu. Speziell für die Reproduktionsmedizin betont auch die Bundesärztekammer in der Musterrichtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion nachdrücklich, dass Ärztin/Arzt für das Wohl des mit ihrer/seiner medizinischen

[82] Conze (2008), S. 47, 60.
[83] Winkelmeier (2008), S. 119.
[84] Winkelmeier (2008), S. 119.
[85] Ulsenheimer (2001), S. 125, 128.
[86] Bockenheimer (2002), S. 186, 196.
[87] Tegethoff (2009), S. 6.
[88] Tegethoff (2009), S. 7.
[89] Tegethoff (2009), S. 7.
[90] Tegethoff (2009), S. 2.
[91] Langer (2006), S. 984, 986.

Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung zukommt. Die ärztliche Pflicht, zum Wohle des Patienten zu handeln und Schaden zu vermeiden, beziehe sich daher auf die Mutter und die erwünschten Kinder.[92]

Die medizin-ethische Relevanz der Selbstbestimmtheit der Patientin für die Frage der Aufklärung und der Sectioindikation kann also immer nur im Hinblick auf das fetale und mütterliche Wohlbefinden definiert werden. Die vorzunehmende Risikogüterabwägung (welches fetale und/oder mütterliche Risiko soll eingegangen und akzeptiert werden) ist dabei originär keine medizinische, sondern personale (weltanschauliche) Entscheidung.

Aus medizinischer Sicht wäre bei Anwendung eines „relativen Risikodenkens"[93] regelmäßig der elektiven Sectio caesarea gegenüber der Vaginalgeburt der Vorzug zu geben. Grin[94] führt unter Hinweis auf die vielfach zitierte Al Mufti-Studie[95], wonach eine Umfrage bei geburtshilflich tätigen Ärztinnen in England ergeben hat, dass sich 31 % der Befragten für die eigene Person eine elektive Sectio auch ohne medizinische Indikation im engeren Sinne wünschten, zutreffend aus, dass die Frauen als Mütter entscheiden und dabei viele individuelle Faktoren eine Rolle spielen.

Die Wissenschaft (Medizin) könne dabei die Basis geben, die Mathematik könne das Risiko in Zahlen fassen, die Erfahrung (der Mediziner) könne über das Schicksal Anderer lehren, aber individuell bleibe es letztendlich die persönliche Entscheidung der werdenden Mutter.

Die Güterabwägung zwischen der mütterlichen Autonomie, dem Wohl des ungeborenen Kindes und den Risiken für die Mutter ist eben keine medizinische oder Evidenz basiert zu treffende Entscheidung, sondern betrifft den Kernbereich personaler Entscheidungen. Diese persönliche Wertentscheidung ist aus (medizin-) ethischer Sicht eine Gewissensentscheidung, die von derjenigen Person getroffen werden muss, die sie betrifft und kann insoweit sicher nicht aufgezwungen werden. Dieses gilt umso mehr, als dass unterschiedliche Personen (Mutter und Kind) betroffen sind.

C. Entscheidungsautonomie, Entscheidungskompetenz, Entscheidungszuständigkeit

Husslein/Langer[96] ist zuzustimmen, wenn sie ausführen: „Wir Ärzte müssen uns daran gewöhnen, dass die Bedeutung von Endpunkten einer Behandlung, von Nebenwirkungen und Risiken nicht mehr von uns alleine bewertet werden können,

---

[92] Bockenheimer/Thorn/Wendehorst (2008), S. 202.

[93] Huch/Chaoui (2006), S. 781, 783.

[94] Grin (2004), S. 102.

[95] Berg (2008) AG MedR der DGGG, S. 1; s.a. Bockenheimer (2002), S. 186, 191 mit Umfrageergebnissen, wonach 43 % aller Frauen der Sectio den Vorzug vor der Spontangeburt geben.

[96] Husslein/Langer (2000), S. 849, 853, 854; Husslein (2001), S. 107, 110.

da diese nicht objektiv, sondern in hohem Maße subjektiv sind. Der Arzt ist kompetent für die Diagnose und Behandlung, die Patientin ist kompetent für ihr Wertesystem und verantwortlich für ihre Lebensgestaltung …".

Letztendlich wird auch in medizin-juristischer Sicht bei der Frage, ob eine Tat nicht gegen die guten Sitten verstößt (§ 229 StGB) darauf abgestellt und hingewiesen, dass Entscheidungen „aus dem innersten Bereich der Persönlichkeit von Rechtswegen zu respektieren sind, weil in unserer pluralistischen Gesellschaft kein Konsens bezüglich der Grundsätze der privaten Moral zu erzielen ist."[97] Der BGH fordert insoweit Toleranz und Zurückhaltung und formuliert: „Wo es um Selbstbestimmung und Eigenverantwortung geht, muss die Rangordnung in der Motivation zunächst der Einzelpersönlichkeit überlassen bleiben."[98]

Für die Frage der Sectioindikation und der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe gilt dieses umso mehr, als dass bei der notwendigen Güter- und Risikoabwägung gerade zwei Individuen, nämlich die Mutter und das Kind, betroffen sind und insoweit die Mutter „natürliche Sachwalterin der Belange auch des Kindes"[99] ist. Dabei spielen gerade das Verständnis und die Akzeptanz von Risiken und deren Abschätzungen eine ganz entscheidende Rolle für die Frage des Geburtsmodus. Das LG Zwickau hat in einer tatrichterlichen Entscheidung vom 30.10.2009 (Az. 1 O 733/05) in einem Geburtsschadensprozess zu Recht ausgeführt: „Es entspricht der allgemeinen Lebenserfahrung und den allgemein gültigen hiesigen Moralvorstellungen, dass Mütter in einer derartigen Situation bereit sind, buchstäblich alles zu tun, um mögliche Gefahren von ihren Kindern abzuwenden."

Im Grundsatz stimmt dieses mit dem ärztlichen Selbstverständnis und dem ärztlichen Ethos überein. Der Auftrag des Arztes liegt darin, bei seinen Patienten vorhandene objektive oder subjektive existenzielle Bedrohungen abzuwenden.[100] Eine unabdingbare Verpflichtung für den Arzt ist die ständige Schärfung des Verantwortungsbewusstseins und die persönliche.

Identifikation mit der Sorge des sich ihm anvertrauenden Patienten.[101] Der Geburtshelfer, der aufgrund seiner medizinischen Sachkompetenz die Patientin auf ein mögliches Risiko (für Mutter und/oder Kind) hinweist, medikalisiert nicht die Geburt, sondern sollte im Rahmen seiner (medizin-)ethischen Fürsorgepflicht Hilfe für eine rationale und eben personale Entscheidung der Mutter geben. Der Geburtshelfer ist dabei Ratgeber und nicht Entscheider.

Man mag darüber streiten, ob tatsächlich der faktische „Grundwert das optimale Kind"[102] geworden ist; jedoch sollte bei einer medizin-ethischen Wertfindung in der wertepluralen Gesellschaft[103] anerkannt werden, dass Kooperation und Freiheit

[97] Ulsenheimer (2001), S. 125, 128.

[98] Ulsenheimer (2001), S. 125, 128.

[99] Berg (2008), AG MedR der DGGG, S. 8.

[100] Heene (1998), S. 155, 156.

[101] Heene (1998), S. 155, 158.

[102] Melchert (1998), S. 29, 36.

[103] Hick (1998), S. 15 ff.

in der Entscheidungsfindung[104] wesentlich sind. Es ist Langer[105] ebenfalls zuzustimmen, wenn dieser ausführt, dass in einer pluralistischen Gesellschaft die autonome, informierte Entscheidung der Schwangeren die einzige Instanz darstellt. Die ärztliche Fürsorgepflicht beinhaltet eben auch die Forderung an den Arzt, die Autonomie der Patientin unabdingbar zu wahren und eine selbstbestimmte Entscheidung der Frau zu ermöglichen[106].

Auch wenn insoweit Selbstbestimmung sicher auch Selbstverantwortung beinhaltet[107], bedeutet dies nicht, dass der Arzt aus seiner ethischen Fürsorgepflicht zu entlassen wäre. Das Recht auf die Kompetenz des Arztes und das Recht auf Information[108] beinhaltet die medizin-ethische (und medizin-juristische) Pflicht des Arztes, Entscheidungshilfe zu leisten und gerade nicht die Entscheidung auf die selbstbestimmte Patientin zu delegieren.

Die ärztliche Aufklärung und die Information der Patientin ist Chance zur Vertrauensbildung und „Höhepunkt ärztlicher Fürsorgepflicht"[109]. Selbstbestimmung setzt damit ärztliche Fürsorge und Aufklärung voraus.

Es sollte begrifflich und systematisch zwischen drei Bereichen unterschieden werden:

I. Entscheidungsautonomie und Akzeptanz in das Wertesystem der Gebärenden

Wenn Autonomie verstanden wird als eine Handlungskompetenz in der konkreten Situation, d. h., wie bei der geburtshilflichen Güterabwägung die Geburt unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile einer Vaginal- versus Sectiogeburt ablaufen soll, so kann und muss auch im klinischen Alltag diese Autonomie gewahrt werden.

Dabei ist nachvollziehbar und naturgemäß, dass der aus medizin-juristischer Sicht geforderte „sicherste Weg"[110] für Mutter und Kind letztendlich auch aus medizinischer Sicht anzuwenden ist. Die Abwägung zwischen dem Wohl des ungeborenen Kindes und einem Risiko für die Mutter kann dabei im Rahmen der mütterlichen Autonomie nur ihr selbst obliegen. Die Bewertung dieser letztendlich ethischen Abwägung kann nur die Mutter selbst treffen. Das Nichtschadensgebot für den Arzt bedeutet im Ergebnis die beste Versorgung von Mutter und Kind. „Nos-

[104] Hick (1998), S. 15, 30, 36.

[105] Langer (2006), S. 1016, 1022.

[106] Bockenheimer (2002), S. 186, 195.

[107] Bockenheimer (2002), S. 186, 196 mit Verweis auf Ulsenheimer.

[108] Bockenheimer (2002), S. 186, 195.

[109] Putz (2004), S. 3, 4.

[110] Vgl. hierzu BGH, NJW 1987, 2927, wonach der Arzt nur bei einer sachlichen Rechtfertigung vom jeweils sichersten therapeutischen Weg abweichen kann.

talgische Überlegungen haben hier naturgemäß keinen Platz."[111] Husslein[112] bringt diese Abwägung im Rahmen der Entscheidung, wie entbunden wird, provokant auf den Punkt: „Die Ärzte sollten sich nicht einbilden zu wissen, was für die Frauen gut ist. Wir müssen Respekt haben vor der Tatsache, dass die Frau selbst entscheidet, welches Risiko für sie schwerer wiegt: Das des Kaiserschnitts oder das der vaginalen Geburt auf der Basis einer gründlichen Kenntnis über die jeweiligen Vor- und Nachteile."

Medizin-ethisch wird also die Entscheidungsautonomie zum einen durch die mütterliche Fürsorge ergänzt und unterstützt sowie durch die professionelle Entscheidungskompetenz des Arztes überhaupt erst möglich gemacht. Dabei bleibt die wertethische Entscheidung der Mutter eine Gewissensentscheidung, die nur sie autonom treffen kann.

II. Entscheidungskompetenz des Arztes (und Hebamme)

Die vorgenannte Entscheidungsautonomie führt nicht dazu, dass der Geburtshelfer zum Dienstleister, „Gesundheitsingenieur"[113] oder zum „weisungsgebundenen Schergen, der unter dem Diktat des laienhaft entscheidenden Patienten zu unsinnigem Verhalten gezwungen werden soll"[114], degradiert wird. Der Geburtshelfer kann und soll insoweit nicht aus seiner ethischen Pflicht im Rahmen der geburtshilflichen Entscheidung über die Sectio versus Vaginalgeburt entlassen werden. Der BGH[115] betont aus medizin-juristischer Sicht durchaus zutreffend, dass die Schwangere, sachverständig durch den Arzt beraten, in die Lage versetzt werden muss, alles, was für und gegen die Vornahme der Sectio spricht, genau zu beurteilen und gegeneinander abwägen zu können, um sich über ihre Entscheidung in ihrer ganzen Tragweite voll bewusst zu sein.

Nur der Arzt kann mit seinem überlegenen professionellen medizinischen Wissen die mütterlichen und kindlichen Risiken der Vaginalgeburt versus Sectio beurteilen und muss diese auch im Hinblick auf die Selbstbestimmtheit der Patientin im Aufklärungsgespräch darstellen. Seine Entscheidungskompetenz, die einhergeht mit einer ethischen Verantwortung im Rahmen seiner ärztlichen Fürsorgepflicht, umfasst dabei den Rat an die Gebärende und seine Empfehlung über den Geburtsmodus.

Die professionelle Entscheidungskompetenz des Arztes oder Behandlungsautonomie, die der BGH betont, wenn er ausführt, dass die Entscheidung über das ärztliche Vorgehen primär Sache des Arztes selbst sei und der geburtsleitende Arzt daher in einer normalen Entbindungssituation ohne besondere Veranlassung nicht etwa

[111] Husslein (2001), S. 107, 114.

[112] Bopp (2003), S. 33 mit Zitat Husslein.

[113] Ludwig (2001), S. 121.

[114] Putz (2004), S. 2.

[115] BGHSt 12, 379, 382.

von sich aus die Möglichkeit einer Kaiserschnittentbindung zur Sprache bringen müsse,[116] trifft in der geburtshilflichen Entscheidungssituation auf die Werteautonomie der werdenden Mutter.

Plakativ und offensiv hat hierzu das OLG Frankfurt in einer nicht rechtskräftig gewordenen Entscheidung vom 11.12.2002 (13 U 199/98) im Gegensatz zum BGH darauf abgestellt, dass es gerade nicht primär Sache des Arztes selbst sei, zu entscheiden, das Kind auf vaginalem Wege oder im Wege der Schnittentbindung auf die Welt kommen zu lassen. Vielmehr geht das OLG Frankfurt in Übereinstimmung mit dem OLG Stuttgart davon aus, dass es sich um eine höchstpersönliche Entscheidung der Gebärenden selbst handele, wie sie entbinden wolle.[117]

Die professionelle Entscheidungskompetenz des medizinischen Experten wird dabei durch die Werteautonomie der Patientin nicht in Frage gestellt. Dies zeigt sich sehr eindrücklich in der GEK-Kaiserschnittstudie[118], wonach 60 % der Frauen der ärztlichen Empfehlung zum (primären) Kaiserschnitt folgen und damit die ärztliche Beratungskompetenz[119] anerkennen. Putz[120] beschreibt zutreffend, dass die Ärzte „im Dschungel der modernen Medizin" viel mehr Hilfestellung geben müssen als früher und daher das Aufklärungsgespräch erster Höhepunkt der ärztlichen Fürsorgepflicht[121] darstellt. Die Aufklärung bediene daher die „rationale Entscheidungsebene"; die ärztliche Fürsorge bediene die „emotionale Ebene".[122]

Die Entscheidungskompetenz kann jedoch die Präferenzen und die Wertorientierungen der Patientin eben nicht ersetzen. Dieses gilt umso mehr, als dass bei der notwendigen Güterabwägung im Hinblick auf das fetale und mütterliche Wohlbefinden weniger medizinische, sondern vielmehr höchst individuelle und personale Entscheidungen betroffen sind und getroffen werden müssen.

III. Entscheidungszuständigkeit bei kompetenter Entscheidungsautonomie

Die Medikalisierung oder prospekte/präventive Geburtshilfe muss nicht zwingend zu einer Abhängigkeit oder Fremdbestimmtheit in der geburtshilflichen Situation, wie die Frau entbindet und in welcher Weise sie einbezogen wird, führen. Wenn erkannt und anerkannt wird, dass die Güter-/Werteabwägung zwischen mütterlicher Autonomie, Wohl des ungeborenen Kindes und Risiko für die Mutter weniger eine

---

[116] BGHZ 106, 146.

[117] OLG Frankfurt, Urteil vom 11.12.2002, 13 U 199/98, 13.

[118] Lutz/Kolip (2006), S. 85, 93.

[119] Lutz/Kolip (2006), S. 128.

[120] Putz (2004), S. 4.

[121] Putz (2004), S. 4.

[122] Putz (2004), S. 4.

medizinische, sondern personale und ethische Abwägung[123] ist, so kann das professionelle Expertentum des Geburtshelfers kein Grund für eine Fremdbestimmung für die Frage des Geburtsmodus sein. Die abwägende Beurteilung von Risiken in der geburtshilflichen Situation muss eben auch unter dem Gesichtspunkt der individuellen und personalen Risikoakzeptanz gesehen werden.[124]

Konkret: Wenn bei einem möglichen kindlichen Geburtsgewicht von 4.000 g das fetale Risiko für eine Plexusläsion bei einer Vaginalgeburt bei 3–5 % liegt, dann ist die Frage, ob diese Schädigungswahrscheinlichkeit toleriert wird oder nicht, keine medizinische, sondern eine in höchstem Maße individuelle/personale Entscheidung, die im Ergebnis nur die Mutter treffen kann. Bockenheimer[125] betont hierbei, dass speziell das Recht auf die Kompetenz des Arztes und das Recht auf Informationen notwendige Rahmenbedingungen in der Geburtshilfe sind. Sie führt zu Recht aus, dass es vor dem Hintergrund der Autonomie der Frau wenig überzeugend erscheine, wenn der Geburtshelfer bei einer Vaginalgeburt die möglichen Folgen und Risiken dieses Entbindungsmodus' verschweige, wenn die Frau nicht danach frage.[126]

Die Entscheidungszuständigkeit der Mutter folgt daraus, dass der Geburtsablauf naturgemäß immer auch sie selbst und ihre körperliche Befindlichkeit betrifft; sie ist darüber hinaus in dieser Phase die natürliche Sachwalterin der Belange auch des Kindes.[127]

Die ärztliche Fürsorgepflicht muss somit die Autonomie und die Entscheidungszuständigkeit der werdenden Mutter unabdingbar wahren und eine selbstbestimmte und kompetente Entscheidung der Frau ermöglichen, ohne dass damit eine Delegation der Entscheidung auf die werdende Mutter erfolgt oder damit eingefordert wird. Der Arzt bleibt als kompetenter und professioneller Experte derjenige, der die Geburt leitet und führt. Die Anerkennung und Respektierung der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe ist dabei moralische Pflicht eines jeden, insbesondere aber derer, die in der Geburtshilfe tätig sind.[128] Langer[129] formuliert für eine situationsbezogene Handlungsautonomie[130] verschiedene Einzelschritte, mit denen im Rahmen eines Interaktionsprozesses zwischen Patientin und Arzt („informed consent") eine gemeinsame Entscheidung unter Beachtung der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe erreicht werden könnte. Über eine umfassende ärztliche Anamneseerhebung und klinische Einschätzung solle der Arzt nach Abfragen der wichtigsten und für die Patientin relevantesten Werte und Ansichten Behandlungsalternativen aufzeigen und unter Berücksichtigung der Wünsche der Patientin eine Empfehlung geben, die zu einer gemeinsamen Entscheidung führe.[131]

---

[123] Ludwig (2001), S. 121.

[124] Huch/Chaoui (2006), S. 781, 783.

[125] Bockenheimer (2002), S. 186, 195 f.

[126] Bockenheimer (2002), S. 186, 196.

[127] Berg (2008), AG MedR der DGGG, S. 8.

[128] Bockenheimer (2002), S. 186, 198.

[129] Langer (2006), S. 1015, 1019.

[130] Langer (2006), S. 1015, 1018 mit Verweis auf Schöne-Seifert.

[131] Langer (2006), S. 1015, 1019.

Mithin wäre durchaus mit einer derartigen Bewertung der geburtshilflichen Entscheidungssituation unter Berücksichtigung der Werteautonomie und Selbstbestimmtheit der Gebärenden zu erreichen, dass ein „Handeln in Gegenseitigkeit und Solidarität“[132] ermöglicht wird. Wenn „Wissen, Verantwortung, Respekt und Fürsorge“[133] als zwischenmenschliche Handlungsmaximen anerkannt werden, dann setzt dieses insbesondere eine kompetente Entscheidungsautonomie, die die Werteautonomie der werdenden Mutter im Rahmen der mütterlichen Fürsorge akzeptiert, voraus und erfordert die Information und Aufklärung im Rahmen der professionellen Entscheidungskompetenz des Arztes unter Berücksichtigung seiner ärztlichen Fürsorgepflicht.

Das Erreichen einer kompetenten Entscheidungsautonomie wird das Geburtserlebnis der Mutter nachhaltig stärken, da sie in den gesamten Entscheidungsprozess involviert und mittels eigener Handlungskompetenz[134] die Entscheidungen mit trägt.[135] Es ist mehrfach untersucht und belegt, dass Frauen mit dem Geburtsverlauf zufriedener sind, wenn sie unter der Geburt das Gefühl von Kontrolle und Selbstbestimmtheit erleben konnten.[136] Bockenheimer[137] hebt hervor, dass die Patientin in ihrem Bedürfnis nach Selbstbestimmtheit jederzeit darauf vertrauen dürfen muss, dass sie in anstehende Entscheidungen einbezogen wird.

Die eingeforderte kompetente Entscheidungsautonomie im Sinne einer „Entscheidungsmacht“ ist nicht als Delegation oder gar Substitution der Entscheidungskompetenz durch die Frau zu verstehen oder gleichzusetzen.

Es ist ein grundsätzliches Missverständnis, wenn das Einfordern einer kompetenten Entscheidungsautonomie in der präventiven Geburtshilfe nur dazu führen würde, dass aus gesunden Schwangeren tatsächlich risikoverängstigte Patientinnen gemacht würden. Vielmehr geht es darum, ohne einen geburtshilflichen Paternalismus in der geburtshilflichen Entscheidungssituation ein selbstbestimmtes Expertentum in eigener Sache anzuerkennen, da es sich um eine höchst personale und nicht ausschließlich medizinische Entscheidungssituation handelt.

Es geht also darum, in einem System des Empowerment die Patientin unter der ärztlichen Fürsorge zu einem eigenverantwortlichen Entscheiden zu befähigen und nicht als „Mängelwesen ohne jegliche Kompetenz“[138] zu sehen, sondern als Expertin in eigener Sache zu respektieren.

---

[132] Neumann (2009), S. 211, 232, 233.

[133] Neumann (2009), S. 211, 233.

[134] Braun (2009), S. 23.

[135] Langer (2006), S. 983, 987.

[136] Lutz/Kolip (2006), S. 137 mit Hinweis auf Graham.

[137] Bockenheimer (2002), S. 186, 196.

[138] Piontek (2005), S. 1, 4 mit Verweis auf Stark und Herriger.

D. Thesen/Resümee

- Medizinisch ist der Paradigmenwechsel von der befundorientierten Geburtshilfe zur prospektiven Geburtsmedizin vollzogen. Die Sectio und die Information/Aufklärung über die Sectio sollte weniger ideologiebefrachtet erfolgen, da das oberste Ziel in der Gestaltung der geburtshilflichen Situation immer das Wohl von Mutter und Kind sein muss bzw. wie die Mutter und der Geburtshelfer dieses „Wohl" definieren.
- Die medizin-ethische Relevanz der Selbstbestimmtheit der Patientin für die Frage der Aufklärung und der Sectioindikation kann immer nur im Hinblick auf das fetale und mütterliche Wohlbefinden definiert werden. Die hierzu vorzunehmende Risikogüterabwägung (welches fetale und/oder mütterliche Risiko soll eingegangen und akzeptiert werden) ist dabei originär keine medizinische, sondern personale (weltanschauliche) Entscheidung.
  Mithin trifft die mütterliche Fürsorge und Werteautonomie auf die ärztliche Fürsorge und Behandlungsautonomie des Arztes.
  - Begrifflich und systematisch kann zwischen Entscheidungsautonomie und Akzeptanz in das Wertesystem der Gebärenden, der Entscheidungskompetenz des Arztes und der Entscheidungszuständigkeit der werdenden Mutter bei kompetenter Entscheidungsautonomie unterschieden werden.
    Medizin-ethisch wird die Entscheidungsautonomie zum einen durch die mütterliche Fürsorge ergänzt und unterstützt sowie durch die professionelle Entscheidungskompetenz des Arztes überhaupt erst möglich gemacht.
    Die professionelle Entscheidungskompetenz des medizinischen Experten wird durch die Werteautonomie der Patientin nicht in Frage gestellt.
  - Ähnlich wie in der Behindertenpolitik muss auch in der geburtshilflichen Situation nicht nur das Fürsorgeprinzip, sondern auch *das selbstbestimmte Expertentum in eigener Sache* anerkannt werden. Ein entsprechendes Empowerment setzt hierfür Akzeptanz, Respekt und Wertschätzung voraus.
    Notwendig ist also, dass die Aufklärung und Indikation zur Sectio eine kompetente Entscheidungsautonomie der werdenden Mutter sicherstellt.
  - Die Aufklärung über den Geburtsmodus sowie die Sectioindikation betrifft den Kernbereich personaler Entscheidung der Mutter und kann nur unter Berücksichtigung ihres eigenen Wertesystems und ihrer Risikoakzeptanz bestimmt werden.

Literatur

Bauer AW (Hrsg) (1998) Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte, klinische Probleme, ärztliches Handeln. Johann Ambrosius Barth, Heidelberg

Benöhr-Laqueur S (2007) Rezension von Nora Markus: Die Zulässigkeit der Sectio auf Wunsch 2005. Spekulum (2):26 (Österreichische gynäkologische Zeitschrift)

Berg D (2001) Die geplante Geburt – Kaiserschnitt auf Wunsch. In: Arbeitskreis „Ärzte und Juristen" am 23. und 24. März 2001 in Würzburg, S 1–10

Berg D (Hrsg) (2008) Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR), Stand August 2008, AWMF 015/054. S 1

Bergdolt K (Hrsg) (1998) Ethik und Klinik, Kölner Vorträge zur medizinischen Ethik. Biermann, Zülpich

Bockenheimer-Lucius G (2002) Zwischen natürlicher Geburt und Wunschsectio – Zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe. Ethik Med 14:186–200

Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst C (2008) Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin. 30 Jahre nach Louis Braun. Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Bd 3. Universitätsverlag, Göttingen

Bopp A (2003) Kaiserschnitt auf Wunsch. Vorteile, Risiken, Entscheidungshilfen. Rowohlt, Hamburg

Braun B (2009) Vermeintliche und tatsächliche Risikopotentiale während der Schwangerschaft. Referat auf der Tagung „Risikoschwangerschaft, praktische und ethische Aspekte der Risikokommunikation des Zentrum für Gesundheitsethik", Hannover, 22. April 2009 in Hannover, S 1–25

Brüser E (2007) Risiko Kaiserschnitt. Wehe die Wehen fehlen, Süddeutsche Zeitung vom 19. Dez 2007

Bülow A (2003) Aufklärungs- und Behandlungsfehler bei der Sectio caesarea. Dissertation, Rostock

Conze E (2008) Sicherheit in der Risikogesellschaft. In: Janich P (Hrsg) Humane Orientierungswissenschaft. Was leisten verschiedene Wissenschaftskulturen für das Verständnis menschlicher Lebenswelt? Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg, S 47–62

David M (2006) Sectio auf Wunsch? Eine (selbst-)kritische Analyse der steigenden Sectiorate aus frauenärztlicher Sicht, Fachtagung „Sectio auf Wunsch – eine kritische Annäherung". Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Berlin, Mai 2006

De Jong TM, Kemmler G (2005) Kaiserschnitt – Wie Narben an Bauch und Seele heilen können. Ein Ratgeber, 2. Aufl. Kösel, Frankfurt

DGGG (2009a) Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie e. V. Kaiserschnitt Symposium Juli 2009, Berlin, Pressedienst 1/2009

DGGG (2009b) Presseinformation der DGGG: Die Autonomie der Frauen wird immer größer. Aktuelle Aspekte der Geburt durch Kaiserschnitt, 9 Juli 2009

Dudenhausen JW (2001) Absolute und relative Sectioindikation. In: Huch A, Chaoui C, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 80–81

Felberbaum R (2009) Wunschkaiserschnitt. In: Stark M (Hrsg) Der Kaiserschnitt. Elsevier, München, S 110–113

Fisk N (2001) Caesarean section for everyone? In: Huch A, Chaoui C, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 29–30

Grabner S (2008) Das Ende der Hebammenkunst? Zur Selbstpositionierung von Hebammen in der heutigen Geburtshilfe in Wien und Osnabrück. Diplomarbeit, Universität Wien

Grin W (2004) Kaiserschnitt – Wunsch oder Notwendigkeit? Eine Analyse. Edition Va bene, Wien

Hecher K (2004) Zukunft der Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Festschrift: 30 Jahre österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin. www.perinatal.at

Heene DL (1998) Ärztliches Selbstverständnis und ärztliches Handeln. In: Bauer AW (Hrsg) Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Johann Ambrosius Barth, Heidelberg, S 155–164

Hellmers C (2005) Geburtshilfe im Wandel – der Kaiserschnitt auf Wunsch. In: BZgA Forum 2, S 9–12

Hick C (1998) Unter moralisch Fremden. Medizin-ethische Wertfindung in der wertepluralen Gesellschaft. In: Bergdolt K (Hrsg) Ethik und Klinik. Biermann, Zülpich, S 15–57

Huch A, Chaoui R, Huch R (2001) Sectio caesarea, 1. Aufl. Uni-Med, Bremen

Huch A, Chaoui R (2006) Sectio. In: Schneider H, Husslein P, Schneider, KTM (Hrsg) Die Geburtshilfe, 3. Aufl. Springer, Heidelberg, S 781–797
Husslein P (2001a) Elektive Sectio versus vaginale Geburt – Ist das Ende der herkömmlichen Geburtshilfe erreicht? In: Huch A, Chaoui C, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 107–114
Husslein P (2001b) Auszüge aus der Diskussion des Rund-Tisch-Gespräches zum Thema „Wunschsectio". In: Huch A, Chaoui C, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 130–134
Husslein P (2009) Die Zukunft der Geburtshilfe. In: DGGG, Kaiserschnitt Symposium, Berlin, Juli 2009
Husslein P, Langer M (2000) Elektive Sectio versus vaginale Geburt – Ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? Gynäkologe 33:849–856
Janich P (Hrsg) (2008) Humane Orientierungswissenschaft. Was leisten verschiedene Wissenschaftskulturen für das Verständnis menschlicher Lebenswelt? Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg
Kolip P (2009) Einstellung zum Kaiserschnitt nach vorausgegangener Sectio. Tagung „Soziologie der Geburt", München, 10./11. Juli 2009
Langer M (2006a) Psychosomatik in der Geburtshilfe. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) Die Geburtshilfe, 3. Aufl. Springer, Heidelberg, S 983–990
Langer M (2006b) Ethische Probleme in der Geburtshilfe. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) Die Geburtshilfe, 3. Aufl. Springer, Heidelberg, S 1015–1026
Ludwig H (2001) Gibt es ein ethisches Dilemma um die Wunschsectio? In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 121–124
Lutz U, Kolip P (2006) Die GEK-Kaiserschnittstudie, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd 42. Schwäbisch-Gmünd, Bremen (April)
Markus N (2005) Die Zulässigkeit der Sectio auf Wunsch. Eine medizinische, ethische und rechtliche Betrachtung. Dissertation, Peter Lang
Melchert F (1998) Der Geburtshelfer zwischen biomedizinischer Technik und Humanität. In: Bauer AW (Hrsg) Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Johann Ambrosius Barth, Heidelberg, S 29–37
Neumann JN (2009) Das Kreuz mit den Argumenten. Schwangerschaftsabbruch, Reproduktionsmedizin, Stammzellenforschung und die Frage nach dem moralischen Status des Embryo. In: Joerden JC, Moos T, Wewetzer C (Hrsg) Stammzellenforschung in Europa, religiöse, ethische und rechtliche Probleme. Peter Lang, Frankfurt a. M., S 211–241
Nida-Rümelin J (Hrsg) (2005) Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Kröner, Stuttgart
Oblasser C, Ebner U, Wesp G (2008) Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht: 60 Kaiserschnitt-Mütter in Wort und Bild. Edition Riedenburg, Salzburg
Odent M (2009) Wie steht es um die Zukunft einer durch Kaiserschnitt entbundenen Zivilisation? In: Stark M (Hrsg) Der Kaiserschnitt. Elsevier, München, S 395–411s
Piontek CM (2005) „Empowerment" – kurze theoretische Grundlegung. Projekt MAGG , S 1–7. www.aulbremen.de/magg
Putz W (2004) Das Patientenwohl zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. Vortrag am 18.02.2004 beim Patientenforum „Medizinethik" in der Ev. Akademie Tutzingen, München: 2004, S 1–12. www.ev-akademi-tutzing.de
Rockenschaub A (2005) Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht! In: BZgA Forum 2, S 31–35
Schmidt S (2001) Die fetale Indikation zur Sectio caesarea. In: Huch A, Chaoui C, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 81–85
Schmidt S (2008) Menschenbilder und ihr Einfluss auf das Schwangerschaftserleben werdender Eltern aus geburtshilflicher Sicht. In: Janich P (Hrsg) Humane Orientierungswissenschaft. Was leisten verschiedene Wissenschaftskulturen für das Verständnis menschlicher Lebenswelt? Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg, S 31–44
Schmidt S (2009) Use and abuse of cesarean section – a transatlantic evaluation, letter to the editor. J Perinat Med 37(5):565–568
Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (2006) Die geburtshilfe, 3. Aufl. Springer, Heidelberg

Schöne-Seifert B (2005) Medizinethik – Grundfragen erster Ordnung. Zum ärztlichen Umgang mit Kranken (und Gesunden). In: Nida-Rümelin J (Hrsg) Angewandte Ethik. Kröner, Stuttgart, S 705–749

Schücking B (2004) Selbstbestimmt und risikolos? „Wunschkaiserschnitt". Dr med Mabuse 148:27–30

Schücking B (2009) Der Ruf nach mehr Forschung rund um die Geburt. In: DGGG, Kaiserschnitt Symposium Berlin, Juli 2009

Sedlatschek-Dussling M (2004) Wunschsectio – Kaiserschnitt auf Wunsch. Eine ethische Betrachtung. Studienarbeit, 1. Aufl. Grin, Norderstedt

Stark M (2009) Der kaiserschnitt. indikationen-hintergründe-operatives management der misgav-ladach-methode, 1. Aufl. Urban und Fischer, München

Tegethoff PL (2009) Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In: Villa P-I, Moebius S, Thiessen B (Hrsg) Zwischen guter Hoffnung, Risiko und instrumentellem Projekt: Zur Soziologie der Geburt

Ulsenheimer K (2001) Operative Wunscheingriffe aus rechtlicher Sicht. In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 125–130

Vetter K (2005) Die Geburtshilfe entwickelt sich hin zu einer prospektiven Medizin und einer Medizin der Frau. In: BZgA Forum 2, S 16–30

Vieth A (2006) Einführung in die angewandte Ethik. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Voigt M (2001) Die Sectio caesarea in Deutschland. In: Huch A, Chaoui C, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 32–35

Villa P-I, Moebius S, Thiessen B (2009) Zwischen guter Hoffnung, Risiko und instrumentellem Projekt: Zur Soziologie der Geburt, Tagung der Ludwig-Maximilians-Universität München, 10./11. Juli 2009. www.soziologie-der-geburt.de

Wikipedia (2009) Wunschkaiserschnitt. Freie Enzyklopädie Eintrag am 27. Juli 2009

Winkler CH (2001) Die globale Entwicklung der Sectiorate. In: Huch A, Chaoui C, Huch R (Hrsg) Sectio caesarea. Uni-Med, Bremen, S 30–32

Winkelmeier N (2008) Winkelmeier: Kaiserschnitt auf Wunsch. Eine kulturwissenschaftliche Studie. VDM-Verlag, Saarbrücken