

**Aufklärung und Indikation zur Sectio
als Beispiel für
geburtshilflichen Paternalismus vs.
Geburtsmedizin als Dienstleistung für autonome
Gebärende**

meris-Tagung 23./24.10.2010

**Dr. Roland Uphoff, M.mel.
Fachanwalt für Medizinrecht
www.uphoff.de**

Dr. Roland Uphoff
Rechtsanwalt

- I. Handlungssituation aus medizinischer und soziokultureller Sicht**
- II. Medizin-ethische Relevanz der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe**
- III. Entscheidungsautonomie, Entscheidungskompetenz, Entscheidungszuständigkeit**

I. Handlungssituation aus medizinischer und soziokultureller Sicht

Grundsätzlicher Paradigmenwechsel von der befundorientierten Geburtshilfe zur präventiven bzw. prospektiven Geburtsmedizin

Die Sectio 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“ (Dudenhausen 2001, 80).

Die niedrige Sectiomortalität und –morbidity ist ein wesentlicher Grund für die vielfach diskutierte (und auch kritisierte) Steigerung der Sectiorate in Deutschland auf 30%.

Der Kaiserschnitt kann eindeutig nicht mehr als „gefährliche Operation“ eingestuft werden (Ludwig, 2001, 121).

Medizinhistorisch war eine niedrige Kaiserschnitttrate Ausdruck eines hohen geburtshilflichen Leistungsstandards. Die Sectio wurde als das „Versagen des geburtshilflichen Teams“ angesehen (Husslein/Langer, 2000, 849).

Die Risikoorientierung in der Geburtshilfe konzentriert sich nunmehr präventiv mehr auf das ungeborene Kind. Es gibt einen Trend, dass die „Medizin der Mutter zur Medizin des Kindes“ geworden ist (Vetter, 2005, 16).

Das medizinzentrierte Risikoverständnis im Sinne einer **Präventionsgeburtshilfe** und die **Anerkennung des Ungeborenen als potentiellen Patienten** wird kritisiert als technisch ausgerichtete Medikalisierung der „normalen“ Geburt und Pathologisierung des weiblichen Körpers.

Gleichzeitig ist der **Patientinnenwille** zunehmend relevant für die medizinische Entscheidungsfindung des Geburtshelfers. Die Patientenautonomie wird dabei nicht mehr nur als negatives Abwehrrecht gegen ungewollte Behandlungen gesehen, sondern auch als Grundlage für ein positives **Anspruchsrecht** formuliert.

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

Absenken der Sectiomortalität und –morbidity,
d.h. der „medizinische Fortschritt“ sowie die
steigende Relevanz des Patientinnenwillens
führen dazu, dass die Entscheidungen in der
Geburtshilfe **nicht mehr ausschließlich** und
nur noch medizinisch zu treffen sind.
Nichtmedizinische Kriterien werden entschei-
dungsrelevanter, da die Entscheidungen nicht
mehr wesentlich oder ausschließlich von
medizinischen Kriterien abhängen.

Husslein/Langer (2000) stellen zu Recht fest:

„Der Arzt ist kompetent für die Diagnose und Behandlung. Die Patientin ist kompetent für ihr Wertesystem und verantwortlich für ihre Lebensgestaltung.“ ...

„Der Arzt besitzt zwar medizinische die Kompetenz. Er muss aber akzeptieren, dass sein Gegenüber, die Schwangere, auch eine Kompetenz hat, nämlich die Kompetenz ihres eigenen Wertesystems. Sie ist verantwortlich für ihre eigene Lebensgestaltung. Es muss das Recht jeder Frau sein, sich nach der Information über die einzelnen Risiken für alternative Behandlungsmöglichkeiten zu entscheiden.“

Es ist inzwischen ausdiskutiert, dass die **Wunschsectio** (definiert im Sinne einer Sectio ohne jedwede medizinische Indikation) medizin-juristisch zulässig ist (Berg, 2008, AG MedR der DGGG; Ulsenheimer, 2001).

Die Wunschsectio als Sectio ohne jedweden medizinischen Grund ist statistisch mit ca. 2-3% nicht praxisrelevant und ein **Medien- und Diskussionsphänomen** (Kolip, 2009, 7; Hellmers/Schücking, 2005, 9).

II. Medizin-ethische Relevanz der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe

Es existiert ein grundsätzliches medizin-ethisches Spannungsverhältnis zwischen einem geburtshilflichen Paternalismus im Rahmen einer medikalisierten Geburtshilfe und einer Kunden-Service-Orientiertheit im Rahmen des medizinisch Machbaren.

Ist der Geburtshelfer aufgrund seiner fachlichen Kompetenz und aufgrund des geburtshilflich Möglichen (Sectio) zum Handeln verpflichtet oder wird ansonsten die Patientin unter Missachtung ihres Selbstbestimmungsrechts entmündigt?

Langer, 2006:

„In einer pluralistischen Gesellschaft stellt die autonome, informierte Entscheidung der Schwangeren die einzige Instanz dar.“

Husslein (2000):

„Die Ärzte müssen Respekt vor der Tatsache haben, dass die Frau selbst entscheidet, welches Risiko für sie schwerer wiegt, d.h., es muss für eine Schwangere möglich sein, zwischen den Risiken, die sie bereit ist zu tragen, zu wählen.“

Es stellt sich die medizinische/medizin-
ethische Frage, 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.

In der geburtsmedizinischen Diskussion wird dabei durchaus akzeptiert, dass die Gründe, die die Patientinnen für eine Sectio angeben, eben für die Patientinnen selbst durchaus Indikationen sind (Schneider, 2001, 130). Es sind gerade „keine launenhaften Wünsche, sondern reale Befürchtungen“, aufgrund dessen die werdende Mutter einen Kaiserschnitt wünscht (Bockenheimer, 2002, 186).

Nach der GEK-Kaiserschnittstudie (2006) ist belegt, dass insbesondere eine fetale Gefährdung, d.h. das Kindeswohl als Begründung für die Indikation herangezogen wird. Die Mütter entscheiden sich im Zweifel für die Gesundheit ihres Kindes, auch wenn der überwiegende Teil der Frauen eine Vaginalgeburt bevorzugt (Lutz/Kolip, 2006, 112).

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 darin, dass **Wohl der Schwangeren und des Fetus** zu berücksichtigen und möglicherweise gegeneinander abzuwägen.

Schmidt, 2009, resümiert, dass **nur das mütterliche und fetale Wohlbefinden** unter Berücksichtigung der mütterlichen Präferenzen als wesentlicher Parameter für eine Sectioindikation entscheidend sein dürfen („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. Nur die potentiell Betroffene, d.h. die Mutter, kann entscheiden, ob die beschriebenen und verschiedenen Risiken zu hoch oder akzeptabel sind.

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 keine medizinische, sondern **personale (weltanschauliche) Entscheidung**.

Diese persönliche Wertentscheidung ist aus medizin-ethischer Sicht eine Gewissensentscheidung, die von derjenigen Person getroffen werden muss, die sie betrifft, d.h. der Mutter.

III. Entscheidungsautonomie, Entscheidungskompetenz, Entscheidungszuständigkeit

Husslein/Langer, 2000:

„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, 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 ...“

BGH:

„Wo es um Selbstbestimmung und Eigenverantwortung geht, muss die Rangordnung in der Motivation zunächst der Einzelpersönlichkeit überlassen bleiben.“

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 (medizinischen Fürsorgepflicht) Hilfe für eine rationale und eben personale Entscheidung der Mutter geben. Der Geburtshelfer ist dabei Ratgeber und nicht Entscheider.

Putz, 2004, 3:

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

1. Entscheidungsautonomie und Akzeptanz in das Wertesystem der Gebärenden

Die Abwägung zwischen dem Wohl des ungeborenen Kindes und einem Risiko für die Mutter kann im Rahmen der mütterlichen Autonomie nur der Mutter selbst obliegen. Die Bewertung dieser ethischen Abwägung kann nur die Mutter selbst treffen.

Husslein (2000):

„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.“

2. Entscheidungskompetenz des Arztes

Die Entscheidungsautonomie der Mutter führt nicht dazu, dass der Geburtshelfer ausschließlich Dienstleister, Gesundheitsingenieur“ oder „weisungsgebundener Scherge“ wird (Putz, 2004, 4).

BGH (BGHSt 12, 379, 382):

„Die Schwangere muss sachverständig durch den Arzt beraten und in die Lage versetzt werden, 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.“

Die professionelle Entscheidungskompetenz des medizinischen Experten wird durch die Werteautonomie der Patientin nicht in Frage gestellt.

Die GEK-Kaiserschnittstudie zeigt eindrücklich, wonach **60% der Frauen der ärztlichen Empfehlung folgen** und damit letztendlich die ärztliche Beratungskompetenz anerkennen.

Die medizinische Entscheidungskompetenz
des Geburtshelfers kann jedoch die
Präferenzen und die Wertorientierung der
Patientin nicht ersetzen.

3. Entscheidungszuständigkeit bei kompetenter Entscheidungsautonomie

Es muss erkannt und anerkannt werden, dass die Güterwerteabwägung zwischen mütterlicher Autonomie, Wohl des ungeborenen Kindes und Risiko für die Mutter weniger eine medizinische, sondern personale und ethische Abwägung ist.

Die abwägende Beurteilung von Risiken in der geburtshilflichen Situation muss eben auch unter dem Gesichtspunkt der **individuellen und personalen Risikoakzeptanz** gesehen werden.

Die ärztliche Fürsorgepflicht muss die Autonomie und Entscheidungszuständigkeit der werdenden Mutter und eine selbstbestimmte Entscheidung der Frau ermöglichen.

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. Es geht vielmehr 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“ (Piontek, 2005, 1) zu sehen, sondern als **Expertin in eigener Sache** zu respektieren.