

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Hasenöhl G, Georgoulpoulos A, Gruber R, Maier B, Steiner H
Stempfl A, Zuchna C

**Leserbrief: Sectio oder nicht Sectio - sollen wir
uns das noch antun? Zur Diskussion im Lichte der
Entscheidung des OGH - durchaus emotionale
Gedanken von Geburtshelfern**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2004; 22 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 31-31*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2004; 22 (4)
(Ausgabe für Österreich), 31-33*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Leserbrief

Sectio oder nicht Sectio – sollen wir uns das noch antun?

**Zur Diskussion im Lichte der
Entscheidungen des OGH – durchaus
emotionale Gedanken von Geburtshelfern**

G. Hasenöhr, B. Maier, H. Steiner,
A. Stempfl, A. Georgouloupoulos,
R. Gruber, C. Zuchna, A. Staudach

Als Sukkus aus den von Prof. Husslein im Speculum 2004; 22 (2): 22–24 exemplarisch dargestellten Entscheidungen des OGH geht hervor, daß eine Gebärende im Falle einer Geburtskonstellation mit einem höheren Risiko als dem sog. „Hintergrundrisiko“ über die Alternative einer Sectio aufzuklären ist. Was im ersten Moment als logische und konsequente „in line“-Entscheidung imponiert, kann auf den zweiten Blick nicht unkommentiert akzeptiert werden.

Im ersten von Prof. Husslein beschriebenen Fall der tragisch verlaufenen Schulterdystokie hat die Patientin unter der Geburt einen Kaiserschnitt verlangt (5 Ob 162/032). In der Begründung des Ersturteils sind keine „Behandlungsfehler“ zitiert. Das Oberste Gericht hat dann „auf Basis der nicht erfolgten Aufklärung über die Behandlungsalternative Kaiserschnitt“ eine Haftung bestätigt. Es ist unserer Meinung nach selbstverständlich zu fordern, daß im Falle eines subpartalen Sectiowunsches der Patientin ein ärztliches Gespräch über die Geburtssituation, deren Bewältigung und Alternativen zusteht – ohne freilich dessen Ausgang vorwegzunehmen. Spekulativ bleibt die Antwort auf die drängende Frage, wie das Urteil im Falle eines Arzt-Patientin-Ge-

spraches mit gleichem Ausgang ausgesehen hätte. Man kann sich des Eindrucks kaum erwehren, der dann wohl immer im Falle einer späteren Komplikation entsteht, man hätte die Pflicht gehabt, schon im vorhinein eine andere Methode zu wählen. Das sind unzulässige Betrachtungen *post festum*.

Noch schwieriger ist das zweite Urteil über den Dammriß bei hinterer Hinterhauptshaltung in die klinische Realität umzusetzen (7 Ob 299/03a). Diese Situationen kommen in ca. 15 % zu Beginn der Geburt vor, in der Mehrzahl dieser Fälle kommt es im Laufe der Entbindung zu einer richtigen Rotation, die meisten dorso-posterioren Lagen entstehen erst unter der Geburt [1]. Die Einstellungsdiagnose ist zudem auch für den Erfahrenen nicht immer fehlerfrei möglich, wie die klinische Praxis täglich zeigt und neuerdings wieder bestätigt wurde [2].

Entscheidungen der Rechtsprechung greifen zwar mit Macht in die Medizin ein, helfen uns Ärzten aber manchmal nicht ausreichend, konsekutive Unklarheiten zu beseitigen: Sollte demnach über die Einstellungsanomalie schon am Beginn der Geburt aufgeklärt werden oder erst bei verstrichenem Muttermund, wenn die hintere Hinterhauptslage persistiert, auch dann, wenn der Geburtsverlauf unauffällig ist? Ist hier die sekundäre Sectio mit ihren deutlich höheren Risiken eine wirkliche Behandlungsalternative? Sollte vor jeder Preßphase noch eine sonographische Lagekontrolle durchgeführt werden? In unserem eigenen Kollektiv von 1992–2002 betrug die DR III-Rate bei hiHHH ca. 1,8 % (11/604), ohne vaginal operativen Eingriff bei dieser Einstellung nur 0,8 % (4/500). Im restlichen Kollektiv der richtig rotierten vaginal geborenen Kinder (n = 22.472) betrug sie 0,6 %. Sollten wir somit das höhere Risiko vieler sekundärer Kaiserschnitte, die weniger von Vernunft als von Angst getrieben sind, in späten Geburtsstadien akzeptieren, um ein geringes Restrisiko auszuschalten?

Die Rechtsprechung geht offensichtlich von einem perfekten Autonomiebegriff aus, der das Modell einer vollständig informierten, rational denkenden und entscheidenden Patientin annimmt, die in der Lage ist, sich aus den verschiedenen Therapiealternativen – ähnlich dem Regal im Supermarkt – die beste auszuwählen und auf

diese Weise die Risiken zu minimieren. Dies mag für gleichberechtigte Handelspartner im Geschäftsleben zutreffen. Auf die Medizin angewandt, übt dieses Modell Druck auf die Ärzteschaft aus. Dieser Druck ist einerseits zu begrüßen, hat er doch dazu geführt, daß Ärzte präoperativ z. B. gezwungen werden, viel umfassender über Behandlungsalternativen aufzuklären und sich mit den Ängsten der Patienten eingehender auseinanderzusetzen, als das früher üblich war. Dies hat zu intensiveren Arzt-Patienten-Kontakten geführt und einen manchmal unmenschlichen patriarchalischen Umgang gebessert.

Es ist aber klar, daß Medizin in vielen Fällen komplexer ist (deshalb wurden für eine gültige Aufklärung diverse Formalia eingeführt, wie z. B. ausreichende Bedenkzeit). Auch ein gebildeter Patient muß als Laie mit vielen Problemstellungen überfordert sein, für die Experten auf Kongressen nur in intensiver Diskussion Lösungen finden können. Hier den Patienten die Entscheidung alleine zu überlassen, ist „the flipside of paternalism“ (Loewy). Es wäre konsequent, aber inhuman. Unserer Meinung nach ist ein solches Modell auf die einmalige Ausnahmesituation unter der Geburt nur mit großen Abstrichen – wenn überhaupt – praktisch anwendbar.

Der Anspruch auf Autonomie ist problematisch, wenn er in der konkreten Situation im Kreißsaal realisiert werden soll. Bei einer wehenden Frau handelt es sich fast nie um eine kühl denkende und klar entscheiden könnende Patientin. Dieser nun „potentiell unaufgeklärten“, oft angstbesetzten und zumeist höchst suggestiblen Patientin, die damit beschäftigt ist, den Schmerz der Geburt zu meistern, eine „autonome“ Entscheidung über Geburtsalternativen nach Risikoaufklärung abzuverlangen, klingt für uns lebensfremd. Selbst das Strafrecht akzeptiert die Situation der Geburt als besondere Ausnahmesituation, in der sogar für die Tötung des Kindes durch die Mutter ein reduzierter Strafraum akzeptiert wird (§ 79 StGB).

Abgeschwächte, sogenannte „situationsangepaßte Aufklärung“ ist hingegen immer unvollständig und kann deshalb nur eine eingeschränkte oder scheinbare Selbstbestimmung begründen. Die Gebärende vor Wahlmöglichkeiten zu stellen, von denen man weiß, daß sie nicht in einem rationalen Entscheidungsprozeß beurteilt werden

können und oft irrationale und untaugliche Beweggründe (Angst, Wunsch nach Erlösung vom Schmerz u. dgl.) in kurzer Zeit weitreichende Folgen für ihr weiteres Leben haben sollen, halten wir menschlich für nicht zumutbar. Eine Frau in der Austreibungsphase bei verkehrter Rotation vor die Alternative „Inkontinenzrisiko oder Mortalitätsrisiko“ zu stellen, wie im OGH-Urteil gefordert („... über die Folgen eines dadurch (möglicherweise) drohenden Darmrisses (sic!) oder über die Möglichkeit, einen solchen durch einen Kaiserschnitt (bei dadurch insgesamt aber höherem Risiko – insbes. Mortalitätsrisiko ...) sicher zu vermeiden, ...“ (nach 7 Ob 299/03a), erachten wir dementsprechend für nicht nur nicht zielführend, sondern auch für unzumutbar. Jede durch Angst motivierte Entscheidung wird dem Anspruch einer autonomen Entscheidung und kompetenten Selbstbestimmung nicht gerecht. Nach unserer Erfahrung stimmt die Patientin bestenfalls in den Vorschlag des Arztes ein oder lehnt ihn ab, eine eigene Reflexion ist meist nur unzureichend möglich. Folglich ist die Alternative: inhumane Zumutung im Falle der wirklichen Risikodarstellung in dieser unvergleichlichen Ausnahmesituation oder bloßes suggestives Ritual. Muß aber de facto der Arzt das Vorgehen bestimmen, empfinden wir es als ungerecht, ihn im Falle von nie wirklich risikofreien Optionen zu belangen.

Wie wenig darüber hinaus die Annahme in der Realität zuzutreffen scheint, daß Patientinnen selbstbestimmt in der Geburtshilfe eine vollständige Information suchen, soll ein Beispiel zeigen: Seit über einem Jahr bietet die Frauenklinik Salzburg eine Aufklärungsmöglichkeit für geburtshilfliche und anästhesiologische Maßnahmen und Eingriffe regelmäßig einmal pro Woche an. Die Einladung wird „flächendeckend“ verbreitet. Wir gehen davon aus, daß eine autonome Frau auch die **Pflicht** hätte, sich **vor** der Geburt umfassend über die möglichen Geburtsrisiken zu informieren, wenn eine selbstbestimmte Entscheidung gewünscht wird. Die spärliche Inanspruchnahme dieses Aufklärungsangebotes läßt hingegen vermuten, daß das Interesse an Aufklärung und somit an tatsächlich selbstbestimmten Entscheidungen *a priori* nicht allzu drängend ist. Daß die autonome Entscheidung zwar im Falle einer Komplikation *a posteriori* wie selbstverständlich reklamiert wird, zeigen unzählige Erfahrungen aus der täglichen Praxis. Dieses Bei-

spiel legt die Vermutung nahe, daß zwar den meisten Patientinnen Risiken und Probleme irgendwie bekannt sind oder zumindest erahnt werden. Es wird aber offensichtlich selten wirklich gewollt, sich über diese näher zu informieren, um selbstbestimmt entscheiden zu können.

Ist es wirklich notwendig, das intime Vertrauensverhältnis zwischen Geburtshelfer und Gebärender durch juristisch motivierte formale Risikodarstellungspflichten in der sensiblen Zeit der Geburt zu stören, und sei es, nur um einer „Überraschung“ (nach 7 Ob 299/03a) durch eine mögliche Komplikation in Einzelfällen aus dem Weg zu gehen? Daß Ersatz für geburtshilflichen Schaden gesucht wird, ist verständlich. Formale, der Situation nicht angepaßte Hürden immer noch höher zu bauen, um auch im Fall kunstgerechten Vorgehens Möglichkeiten zu haben, Schadenersatzansprüche geltend machen zu können, erachten wir aber für eine bedenkliche Entwicklung, die nicht fortgeführt werden sollte.

Man kann Prof. Husslein nur Recht geben: Unter diesen Voraussetzungen wird es immer schwieriger, Geburtshilfe zu betreiben.

Wenn Aufklärung und Autonomie einen so hohen Stellenwert haben, dann sollte Aufklärung über typische Risiken noch **vor**

der Geburt erfolgen, um ein individuelles Vorgehen in Ruhe und wirklich selbstbestimmt festlegen zu können. Wir meinen, Geburtshelfer dürfen bei Komplikationen nach einem *lege-artis*-Vorgehen nicht bestraft werden, indem menschlich nicht erfüllbare formale Aufklärungspflichten **unter** der Geburt aufgestellt werden, die zudem die angestrebte Autonomie nicht begründen können. Sonst stellt sich auch für engagierte Geburtshelfer die Frage: Sollen wir uns das wirklich noch antun?

Übrigens: Mein Autoverkäufer hat mich nicht darüber aufgeklärt, welche Unfälle es auf der Straße so gibt. Hätte ich vorher gewußt, daß ich genau diesen Unfall haben kann, hätte ich mir kein Auto gekauft ... !

LITERATUR:

1. Gardberg M, Laakkonen E, Salevaara M. Intrapartum sonography and persistent occiput posterior position: a study of 408 deliveries. *Obstet Gynecol (US)* 1998; 91: 746–9.
2. Chou MR, Kreiser D, Taslimi MM, et al. Vaginal versus ultrasound examination of fetal occiput position during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol (US)* 2004; 191: 521–4.

Korrespondenzadresse:

OA Dr. med. G. Hasenöhrl
Landesfrauenklinik Salzburg
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48
E-mail: g.hasenoehrl@salk.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung