

SPECULUM

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

Husslein P

**Editorial: Behandlungsalternative Sectio - aus
juristischer und neonataler Sicht**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2005; 23 (3)
(Ausgabe für Schweiz), 4-4*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2005; 23 (3)
(Ausgabe für Österreich), 4-7*

Homepage:

www.kup.at/speculum

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**



Science For A Better Life

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](#)

Editorial

Behandlungsalternative Sectio – aus juristischer und neonataler Sicht

- Bei unkomplizierter Schwangerschaft ist für Juristen zur Zeit die elektive Sectio keine aufklärungspflichtige Behandlungsalternative (Oberster Gerichtshof-Entscheid 10 Ob 107/02m).
- Auf Wunsch einer Schwangeren ist der Arzt aber als Ausfluß des Behandlungsvertrags zu einer medizinischen Auskunft auch dann verpflichtet, wenn er aufgrund seines medizinischen Fachwissens einen Kaiserschnitt nicht als indiziert ansieht (5 Ob 162/03i). Dies gilt sowohl für einen während der Schwangerschaft, als auch unter der Geburt vorgebrachten Wunsch; außer es gelingt dem Arzt der Nachweis, daß die Schwangere zum Zeitpunkt ihres Ersuchens nicht mehr in der Lage gewesen ist, die erbetene ärztliche Meinungsäußerung zu verstehen und eine eigenverantwortliche Entscheidung über die Entbindungsart zu treffen – dann – und nur dann – gilt es, ihren mutmaßlichen Willen umzusetzen (dies wird wohl dann zutreffen, wenn eine Frau beispielsweise gegen Ende der Austreibungsperiode als Ausdruck ihrer Verzweiflung den Wunsch nach einer Sectio vorbringt).
- Schwieriger ist die Situation, wenn die Schwangere oder Gebärende nicht explizit den Wunsch nach einem Kaiserschnitt aufbringt, aber eine medizinische Konstellation vorliegt, bei der das Risiko für eine vaginale Geburt erhöht ist und dadurch die Sectio zu einer echten „Behandlungsalternative“ wird. Dann muß nämlich die Patientin über das über dem Basisrisiko liegende erhöhte Risiko aufgeklärt und über die Vor- und Nachteile der alternativen Entbindungsmöglichkeit – nämlich der Sectio – informiert werden – unter Umständen auch *sub partu* (7 Ob 299/03a).

Die Geburt nimmt in der medizinischen Rechtsprechung eine Sonderstellung ein. Normalerweise muß bei jedem medizinischen Eingriff und auch bei konservativem Vorgehen, aber auch beim Verzicht auf einen Eingriff oder eine medikamentöse Behandlung, die Patientin oder der Patient über die jeweiligen Risiken aufgeklärt werden. Ohne Aufklärung ist die Einwilligung zu einem Eingriff (oder zu einer Behandlung) nicht rechtswirksam. Bei einem ohne rechtswirksamer Einwilligung erfolgten Eingriff haftet aber der Arzt für alle nachteiligen Folgen, auch wenn ihm bei der Operation oder beispielsweise bei der Leitung der Geburt kein Behandlungsfehler unterlaufen ist (es sei denn, der Arzt beweist, daß der Patient/die Patientin auch bei ausreichender Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hätte).

Der konkrete Umfang der ärztlichen Aufklärung hängt von den jeweiligen Umständen ab und ist in ersten Linie unter dem Gesichtspunkt des Wohles des Patienten abzugrenzen, aber in zweiter Linie – und in letzter Zeit immer stärker – auch unter Bedachtnahme auf sein Selbstbestimmungsrecht.

Bei typischen Gefahren, die einen nicht informierten Patienten überraschen, bei Verwirklichung die Lebensführung erheblich belasten und der Patient/die Patientin diese Folgen nicht mit dem Eingriff in Verbindung bringt, ist in jedem Fall – unabhängig von der Häufigkeit – aufzuklären.

Nicht so bei der Geburt

Hier wird offensichtlich argumentiert, daß eine Aufklärung von Schwangeren über Geburtskomplikationen auch wenn diese – nehmen wir als Beispiel, die subpartal erworbene hypoxisch ausgelöste Zerebralaparese – typisch, unerwartet und belastend sind, nicht zumutbar ist, weil die Schwangere sonst in Angstzustände versetzt würde.

Andererseits argumentieren Betroffene – subjektiv wahrscheinlich zurecht – beispielsweise nach Schulterdystokie mit Plexusparese auf die Feststellung, daß dies im konkreten Fall ein schicksalhaftes Ereignis bei korrekter medizinischer Behandlung war, daß „wenn sie das gewußt hätten, sie sich niemals auf die Risiken – und auch nur die Restrisiken – der vaginalen Geburt eingelassen hätten ...“.

Eine Lösung des Problems wäre folgender Vorschlag:

Bereits zu Beginn der Schwangerschaft

wird jede Frau darauf aufmerksam gemacht, daß die Geburt ein natürlicher Vorgang ist, der üblicherweise weitgehend komplikationslos abläuft, daß aber in seltenen Fällen auch bei Fehlen einer spezifischen Risikokonstellation Probleme möglich sind. Eine diesbezüglich Aufklärung könnte auf Wunsch im 3. Trimenon erfolgen, bei der dann auch die Behandlungsalternative Sectio mit allen ihren Vor- und Nachteilen ins Spiel gebracht würde.

Nimmt die Schwangere dieses Gesprächsangebot nicht wahr, oder entscheidet sie sich trotz Aufklärung für eine vaginale Geburt, kann sie nachher nicht argumentieren: „Wenn ich das gewußt hätte ...“.

Möglich wäre eine solche Strategie deshalb, weil durch eine Reduktion der Mortalität und Morbidität der Versuch der vaginalen Geburt und die elektive Sectio zwar unterschiedliche, aber in ihrer Dimension vergleichbare Risiken aufweisen.

Und was ist mit dem Kind? Wofür würde sich das Kind entscheiden, wenn man es fragen könnte?

In einer inzwischen berühmt gewordenen Arbeit haben Taylor und Mitarbeiter festgestellt, daß Neugeborene beim Impfen 6 Wochen *post partum* unterschiedliche Streßreaktionen (Cortisolanstieg bzw. Dauer und Intensität des Schreiens) in Abhängigkeit vom Geburtsmodus zeigen: Bei elektiver Sectio war der Impfstreß am geringsten, bei Forcepsentbindung haben die Kinder am längsten geschrien bzw. war der Cortisolanstieg in der Mundschleimhaut vor und nach dem Impfen am höchsten [1].

Wir selbst haben bei Bestimmungen verschiedener Streß-assoziiierter Hormone aus dem Nabelschnurblut feststellen können, daß Sectiokinder eine geringere Konzentration von Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol aufwiesen und daß die höchsten Streßhormonspiegel bei Kindern nach Vakuumextraktion gefunden wurden [2].

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Miller et al. [3], die die erhöhte Streßreaktion bei der Geburt noch mit den erhöhten Streßhormonen beim Impfen korrelierten und neuerlich zeigen konnten, daß die streßärmste Geburtsform für Kinder der elektive Kaiserschnitt ist und daß diese „Gelassenheit“ bis mindestens 2 Monate *post partum* nachweisbar ist.

Soweit die Fakten – nun zur Interpretation

Natürlich kann man argumentieren, daß die Evolution die vaginale Geburt vorgesehen hat und daß es immer gefährlich ist, zu versuchen, die Evolution zu korrigieren. Steer hat schon 1998 in einem Editorial im *British Journal of Obstetrics and Gynecology* [4] die provokante Hypothese aufgestellt, daß die Geburt beim Menschen einen Kompromiß darstellt zwischen einem möglichst großen Kopf wegen des damit verbundenen großen Hirnvolumens und einem engen Becken, um sich angemessen fortbewegen zu können. Der Umstieg auf einen Kaiserschnitt könnte – so Steer – die Evolution dazu motivieren, das Becken enger und uns somit beweglicher und den Schädel größer und uns somit intelligenter werden lassen.

*Ein wenig weit hergegriffen,
werden einige sagen ...*

Aber wenn der Fötus mitentscheiden könnte, wie viele Kinder würden sich dann tatsächlich dafür entscheiden, stundenlang alle 2–3 Minuten Drücke von bis zu 180 mm Quecksilbersäule auf den Kopf zu ertragen und dabei gelegentlich in eine respiratorische Azidose getrieben zu werden, noch dazu mit dem Wissen, zwar selten, aber eben doch, in Ausnahmefällen dauerhaft hypoxisch geschädigt zu werden, jedenfalls aber – siehe oben – mit einer zumindest einige Monate anhaltenden überschießenden Streßreaktion behaftet zu sein?

Na ja, manche würden das spannend und interessant finden, aber wahrscheinlich würden sich die meisten für die Behandlungsalternative Sectio entscheiden ...



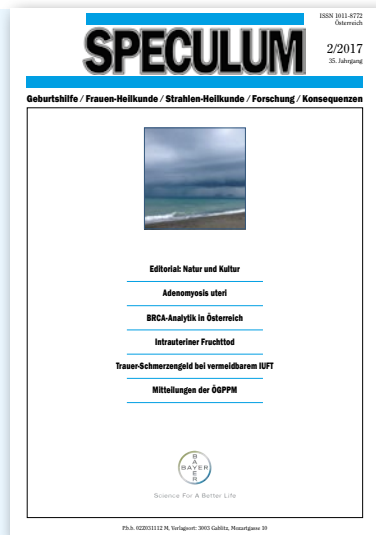
*o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein
Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Wien*

LITERATUR:

1. Taylor A, Fisk NM, Glover V. Mode of delivery and subsequent stress response. *Lancet* 2000; 355: 120.
2. Vogl et al. Mode of delivery determines endocrine stress response. (In Begutachtung).
3. Miller NM., Fisk NM, Modi N, Glover V. Stress responses at birth: determinants of cord arterial cortisol and links with cortisol response in infancy. *BJOG* 2005; 112: 921–6.
4. Steer P. Caesarean section: an evolving procedure? *BJOG* 1998; 105: 1052–5.

Mitteilungen aus der Redaktion

Die meistgelesenen Artikel



Speculum

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

