

Ethische und rechtliche Einordnung zur Autonomie Gebärender

Gebärende haben das Recht, selbst über das Geburtsgeschehen und den eigenen Körper zu entscheiden. Die Forschung zeigt jedoch, dass es unter der Geburt oft zu Autonomieverletzungen kommt und dass auf Seiten der Fachpersonen Unklarheiten über Bedeutung und Reichweite der Autonomie unter der Geburt bestehen. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der vorliegende Beitrag mit den ethischen und rechtlichen Grundlagen der Autonomie Gebärender.

TEXT:

MICHAEL ROST, EVA DE CLERCQ, ANDREA BÜCHLER,
BERNICE ELGER

Autonomie ist ein in vielen Facetten schillerndes Konzept, das mitunter verschieden ausbuchstabiert und häufig synonym mit Selbstbestimmung verwendet wird. Autonomie, ein zentrales Prinzip der Bioethik und in den letzten Jahrzehnten massgeblich durch feministische Ansätze weiterentwickelt, meint gemeinhin mindestens

- die Fähigkeit, gemäss eigener Gründe, Motive und Werte zu handeln;
- das Nicht-Vorliegen äusserer, das eigene Handeln ungebührlich einschränkender Faktoren;
- wobei die relationale und emotionale Natur sowie die kulturelle Prägung menschlichen Handelns und Entscheidens stets mitgedacht werden (Jennings, 2007; Scully, 2021).

Selbstbestimmung, eher dem Recht zuzuordnen, ist demgegenüber enger gefasst und bezeichnet die Möglichkeit, eigene Handlungsentwürfe und Entscheidungen umzusetzen, mithin das Vorliegen dieser erlaubender Bedingungen (Büchler, 2017b).

Negative Geburtserfahrungen und Autonomieverletzungen

Die Forschung zeigt, dass weltweit viele Gebärende negative Geburtserfahrungen machen und diese oft mit Autonomieverletzungen

gen zu tun haben, bspw. Autonomieverlust oder Interventionen ohne Einwilligung (Bohren et al., 2015; Oelhafen et al., 2021; Vedam, Stoll, Taiwo, et al., 2019). Hier vollzieht sich Autonomie bzw. der Verlust derselben in der Interaktion zwischen Gebärenden und Fachpersonen. Dies verdeutlicht die Schlüsselrolle von Fachpersonen für die Ermöglichung von Autonomie. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellen Autonomieverletzungen und ungenügende Kommunikation Formen von Misshandlung unter der Geburt dar (Bohren et al., 2015). Dabei erfahren bestimmte – meist ohnehin historisch exkludierte Gruppen (z. B. Schwarze, Indigene und Farbige, auf Englisch «Black, Indigenous and People of Color» oder BIPOC, ein Akronym, das in den USA entstanden ist und im Kampf gegen Rassismus verwendet wird) solcherlei Formen von Misshandlung häufiger, was eine Intersektionalitätsperspektive auf das Thema nahelegt. Zugleich haben Autonomieverletzungen eine rechtliche Dimension, da das Recht, selbst über den eigenen Körper und das Geburtsgeschehen zu entscheiden, menschenrechtlich abgesichert und in nationalen Gesetzen verbrieft ist (Büchler, 2017b). Schliesslich führt ein mit Autonomieverletzungen einhergehender Kontrollverlust zu einem erhöhten postpar-

talen Risiko für psychische Erkrankungen, die sich wiederum auf die Eltern-Kind-Bindung auswirken (Dekel et al., 2017).

Es greift indes zu kurz, Autonomie unter der Geburt vollends an die Fachpersonen zu überantworten oder einzig damit gleichzusetzen, möglichst viele Wahlmöglichkeiten zu haben oder sie formalistisch als bloss informierte Einwilligung aufzufassen. Vielmehr muss ein umfassendes Verständnis ihrer multifaktoriellen Bedingtheit greifen (Kukla et al., 2009).

Reichweite der Autonomie

Zwar wird der Beginn der Persönlichkeit im Zivilrecht (vollendete Geburt) und Strafrecht (Eröffnung des Geburtsvorganges) unterschiedlich markiert, doch finden dem Fötus ggf. zugesprochene Behandlungs- und Schutzansprüche sowie davon abgeleitete Interventionen ihre Grenze an der körperlichen Integrität Gebärender (Büchler, 2017a). Gleichzeitig ist es meistens auch zum Wohle des Fötus, die Autonomie Gebärender zu respektieren, da sich die Gesundheit Gebärender auf den Fötus auswirkt und Autonomieverletzungen zu einem elterlichen Vertrauensverlust in die Medizin führen können. Fürsorge- und Autonomie-Prinzip fallen demgemäss zuweilen zusammen. Nicht übersehen werden darf hierbei der Aspekt rechtlicher Haftung, welcher Fachpersonen oftmals defensivmedizinisch handeln, bspw. das Wohl des Fötus über die Autonomie Gebärender stellen lässt.

Grundlage autonomer Entscheidungen unter der Geburt ist eine personenzentrierte Entscheidungsfindung, welche die Bedürfnisse und Präferenzen der Gebärenden priorisiert (nicht institutionelle oder die der Fachpersonen) und ausgehend vom aktuellen Wissensstand eine individuelle Betreuung gewährleistet (Vedam, Stoll, McRae, et al., 2019). Eine solche Entscheidungsfindung verpflichtet sich u. a. der Würde und Autonomie Gebärender, einer unterstützten Haltung sowie einer vertrauens- und respektvollen Beziehung (Sudhinaraset et al., 2017). In den seltenen Fällen, in denen Gebärende Empfehlungen (z. B. einer Intervention) der Fachpersonen trotzdem ablehnen, ist es sowohl medizinrechtlich als



Antje Kroll-Witzer

auch medizinisch geboten, die Autonomie der urteilsfähigen Person zu respektieren (Büchler, 2017b; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2018); dies muss selbst im Falle einer absoluten Indikation eines Kaiserschnitts gelten (Büchler, 2017a). Zwangsmassnahmen sind nicht zulässig, da sie die Autonomie und das Recht auf körperliche Unversehrtheit verletzen. Eine autonome Entscheidung setzt allerdings Urteilsfähigkeit voraus (SAMW, 2019). Sind Gebärende urteilsunfähig, obliegt die Entscheidung vertretungsberechtigten Personen. Urteilsunfähigkeit darf jedoch nicht fälschlicherweise mit der Unvernünftigkeit einer Entscheidung oder mit mangelnder medizinischer Expertise gleichgesetzt werden (Rost et al., 2022), sondern ist eine kriteriengeleitete Zuschreibung durch qualifizierte Fachpersonen (SAMW, 2019). Vermutungsweise gelten Gebärende als urteilsfähig und so benötigen alle Interventionen und Untersuchungen unter der Geburt eine informierte Einwilligung.

Der elektive Kaiserschnitt

Weniger eindeutig fällt die Antwort auf die Frage aus, ob Autonomie auch das Recht auf einen elektiven Kaiserschnitt umfasst. Vor dem Hintergrund einer zusehends stärker betonten Autonomie und geringer gewordener Risiken des Eingriffs scheint gegenwärtig aber rechtlich wie auch ethisch weitge-

griff vorliegen, was eine Klärung der Frage nach der Finanzierung durch die Grundversicherung voraussetzt. Hingegen fallen Schönheitsoperationen während einer Geburt nicht unmittelbar in den Bereich reproduktiver Autonomie und sind aufgrund hoher Komplikationsraten ethisch nicht vertretbar (Iribarren-Moreno et al., 2019). Wichtig ist, solcherlei Präferenzen eingedenk individueller Gründe, Ängste, und Risikowahrnehmungen sowie vorherrschender Schönheitsideale und Normalitätsvorstellungen zu besprechen.

Einflussfaktoren auf Autonomie

Autonomie ist immer sozial verfasst (Scully, 2021). Schwangere und Gebärende leben in Beziehungen zu anderen Menschen und diese Beziehungen sind konstitutiv für ihre Autonomie. Eingebundensein in Beziehungen bedeutet einerseits Angewiesenheit und Verletzlichkeit, andererseits jedoch ermöglicht es überhaupt erst Handlungsfähigkeit und Lebenswürfe. Geburtsbezogene Einstellungen werden durch diese Beziehungen mitbestimmt und Geburt findet eingebettet in Beziehungen statt. Des Weiteren muss die Autonomie Gebärender im Lichte biographischer Aspekte (z. B. Vulnerabilität infolge von Krankheit oder Trauma), soziokultureller Normen (z. B. bzgl. des Geburtsmodus, Geschlechterbilder) und geschlechtsspezifischer Machtverhält-

sich in den interpersonellen Interaktionen während der Geburt und somit in den Geburtserfahrungen Gebärender. Autonomie unter der Geburt realisiert sich als Ergebnis vieler Faktoren.

Wiewohl die Präferenzen bezüglich Autonomie und Entscheidungsfindung interindividuell variieren, wünschen die meisten Personen eine aktive und bedeutungsvolle Involvement sowie viel Autonomie (Vedam, Stoll, McRae, et al., 2019). In einer Schweizer Studie wurde gezeigt, dass informeller Zwang durch Fachpersonen (z. B. Einschüchterung, Manipulation) umso wahrscheinlicher war, je höher die Präferenz für Autonomie seitens der Gebärenden (Oelhafen et al., 2021). Autonomievorstellungen sind nicht selten vielschichtig, unterscheiden sich von herkömmlichen Verständnissen und schliessen Aspekte wie das Teilen geburtsbezogener Erfahrungen und Erwartungen sowie individuell zugeschnittene Informierung und Unterstützung ein (Ledward, 2017). Bekannt ist ferner, dass Gebärende ihre reproduktiven Rechte bisweilen nicht hinreichend kennen (Rost et al., 2022).

Förderung von Autonomie

Eine grundsätzliche Förderung von Autonomie unter der Geburt muss auf allen vorerwähnten Ebenen wirken. Nachfolgend werden einige konkrete Ansatzpunkte skizziert. Zweifelsohne begünstigen vorgeburtliche Kontakte zwischen Schwangeren und Fachpersonen eine personen-zentrierte Entscheidungsfindung, näher hin zur Autonomie unter der Geburt. Überdies existiert eine Reihe von Hilfsmitteln für die Entscheidungsfindung (z. B. Instrumente mit konkreten Handlungsschritten, Fetalpuppe, Plazentamodell). Die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonen sowie Geburtsvorbereitungskurse sollten reproduktive Rechte Gebärender diskutieren, um neben physiologischen und medizinischen ebenfalls normative Fragen zu klären. Zudem sollten sie aufzeigen, dass Autonomieerfahrungen Gebärender sich auf das Wohl des Fötus und späteren Kindes auswirken. Die Gesundheitspolitik ist aufgerufen, bessere Bedingungen für Autonomie unter der Geburt zu schaffen (z. B. mehr Personal, Korrektur gesundheitsökonomischer Anreize). Die Anpassung rechtlicher (z. B. Entschädigung im Falle von Gewalt) und ethischer (z. B. Respekt als leitendes Prinzip) Stan-

Bekannt ist ferner, dass Gebärende ihre reproduktiven Rechte bisweilen nicht hinreichend kennen.

hend Konsens zu bestehen, dass Gebärende den Geburtsmodus wählen können sollen (Büchler, 2017a; Romanis, 2019). Diesbezüglich fordern gerechtigkeitsethische Überlegungen die Möglichkeit einer Wunsch-Section für alle Gebärenden, wenn im weitesten Sinne nachvollziehbare Gründe für den Ein-

nisse (z. B. Gesundheitspolitik, Leitungspeditionen in Spitälern) sowie gegenwärtiger Entwicklungen des Geburtshilfesystems (z. B. Ökonomisierung, Medikalisierung, Technisierung) betrachtet werden (Jung, 2017; Kukla et al., 2009). Diese Bereiche beeinflussen sich wechselseitig und manifestieren

dards muss erwogen werden. Im Einklang mit der WHO sollten Autonomie-, Respekt- und Misshandlungserfahrungen routinemässig erhoben und als wesentliche Indikatoren der Betreuungsqualität anerkannt werden. Letztlich ist die Förderung von Autonomie unter der Geburt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, denn es müssen weithin akzeptierte Normen, Narrative und Machtstrukturen, die zumeist Frauen, aber auch andere Gruppen benachteiligen, hinterfragt und überwunden werden.

Negative

Geburtserfahrungen anerkennen

Ausgangspunkt aller Ansätze muss indessen das unbedingte Anerkennen negativer Geburtserfahrungen sein. Diese anzuerkennen ist zuvorderst ein fürsorgeethischer Imperativ (Tronto, 1993). Nur wenn diese Erfahrungen in den Mittelpunkt der Bemühungen, Autonomie zu fördern, gerückt werden, kann dies gelingen. Negative Geburtserfahrungen zu desavouieren stellt,

Ausgangspunkt aller Ansätze muss indessen das unbedingte Anerkennen negativer Geburtserfahrungen sein. Diese anzuerkennen ist zuvorderst ein fürsorgeethischer Imperativ.

wie die Philosophin Miranda Fricker (2009) zeigt, eine epistemische Ungerechtigkeit und Autonomieverletzung dar. Die Glaubwürdigkeit Gebärender und ihr Status als Wissenssubjekte darf nicht aufgrund von Vorurteilen über sie infrage gestellt werden. Mit Blick auf ihre Geburtserfahrungen geniessen Gebärende ein Wissens- und Interpretationsprivileg. Sodann wird deutlich, dass ausser dem Anerkennen durch andere die eigene Fähigkeit, Geburtserfahrungen zu benennen und zu problematisieren, not-

wendig ist. In einer Gesellschaft ohne kritisches Bewusstsein für Autonomieverletzungen unter der Geburt mangelt es an Sprache und Konzepten, um dies tun zu können und negative Geburtserfahrungen in die eigene Biographie zu integrieren. Nebst anderem verlangt reproduktive Gerechtigkeit also, Autonomieverletzungen anzuerkennen und die betreffenden Personen systematisch an Wissen schaffenden und Sprache formenden Prozessen wie Forschung, Journalismus oder Politik zu beteiligen. ◉

Literatur

- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, O., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J. & Gulmezoglu, A. M. (2015)** The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*; 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Büchler, A. (2017a)** Der Kaiserschnitt aus Notwendigkeit und auf Wunsch. Oder auch mit Zwang? In Jositsch, D., Schwarzenegger, C. & Wohlers, W. (Hrsg.), *Festschrift für Andreas Donatsch, Schulthess*.
- Büchler, A. (2017b)** Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung – Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Dekel, S., Stuebe, C. & Dishy, G. (2017)** Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in psychology*; 8, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Fricker, M. (2009)** Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford: University Press.
- Iribarren-Moreno, R., Cuenca-Pardo, J. & Ramos-Gallardo, G. (2019)** Is Plastic Surgery Combined with Obstetrical Procedures Safe? *Aesthetic Plast Surg*; 43(5), 1396-1399. <https://doi.org/10.1007/s00266-019-01448-9>
- Jennings, B. (2007)** Autonomy. In Steinbock, B. (Ed.), *The Oxford Handbook of Bioethics* (pp. 72-89). Oxford: University Press.
- Jung, T. (2017)** Die «gute Geburt» – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. 9, 30-45. <https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03>
- Kukla, R., Kuppermann, M., Little, M., Lyerly, A. D., Mitchell, L. M., Armstrong, E. M. & Harris, L. (2009)** Finding autonomy in birth. *Bioethics*; 23(1), 1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00677.x>
- Ledward, A. (2017)** The interface between evidence-based maternity care clinical practice guidelines and the pregnant woman's autonomy. University of Leicester. Leicester.
- Oelhafen, S., Trachsel, M., Monteverde, S., Raio, L. & Cignacco E. (2021)** Informal coercion during childbirth: risk factors and prevalence estimates from a nationwide

- survey of women in Switzerland. *BMC pregnancy and childbirth*; 21(1), 369. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03826-1>
- Romanis, E. C. (2019)** Why the Elective Caesarean Lottery is Ethically Impermissible. *Health Care Analysis*; 27(4), 249-268. <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00370-0>
- Rost, M., Stürner, Z., Niles, P. & Arnold, L. (2022)** «Real decision-making is hard to find» – Swiss perinatal care providers' perceptions of and attitudes towards decision-making in birth: a qualitative study. *Social Science and Medicine – Qualitative Research in Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100077>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018)** Medizin-ethische Richtlinien – Zwangsmassnahmen in der Medizin. SAMW. www.samw.ch
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2019)** Medizin-ethische Richtlinien – Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis. SAMW. www.samw.ch
- Scully, J. L. (2021)** Feminist Bioethics. In Ásta, A. & Hall, K. Q. (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Feminist Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sudhinaraset, M., Afulani, P., Diamond-Smith, N., Bhattacharyya, S., Donnay, F. & Montagu, D. (2017)** Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity. *Gates Open Res*; 1, 1. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12756.1>
- Tronto, J. C. (1993)** Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care. New York, London: Routledge.
- Vedam, S., Stoll, K., McRae, D. N., Korchinski, M., Velasquez, R., Wang, J., Partridge, S., Mc Rae, L., Martin, R. E. & Jolicoeur, G. (2019)** Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Education and Counseling*; 102(3), 586-594. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.023>
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L. & Declercq, E. (2019)** The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*; 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

AUTOR*INNEN

Dr. Michael Rost, Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel.

Dr. Eva De Clercq, Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel.

Prof. Andrea Büchler, Rechtswissenschaftliche Fakultät, Universitärer Forschungsschwerpunkt «Human Reproduction Reloaded | H2R», Universität Zürich.

Prof. Bernice Elger, Centre universitaire romand de médecine légale, Université de Genève und Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel.