

# Unterstützte Selbstbestimmung

## Zum Recht Gebärender auf eine Begleitperson

### Assisted decision making The right of parturients to have a confidant

TATJANA NOEMI TÖMMEL, BERLIN

*Zusammenfassung:* Zu Beginn der COVID-19-Pandemie mussten zahlreiche Frauen weltweit die Geburt ihres Kindes ohne die Unterstützung einer Vertrauensperson bewältigen. Ziel dieses Beitrages ist zu zeigen, dass die Anwesenheit solch einer Begleitperson unter der Geburt sich aus dem Recht jeder Gebärenden auf Selbstbestimmung ableiten lässt. Mit Verweis auf die internationale Forschung zur Gewalt in der Geburtshilfe wird erstens gezeigt, dass die Patientinnenautonomie sub partu bisher häufig nicht zufriedenstellend gewährleistet ist. Der Beitrag erläutert, inwiefern sich Geburt und Geburtshilfe von anderen medizinischen Gebieten unterscheiden und warum einer Begleitperson eigener Wahl eine essentielle Rolle im Geburtsprozess zukommt. Es wird dafür argumentiert, dass der prinzipielle Rechtsanspruch auf Selbstbestimmung im medizinischen Kontext infolge der häufig eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit von Gebärenden nicht immer wahrgenommen werden kann. Der psychophysische Ausnahmezustand der Gebärenden kann ihre Autonomiefähigkeit beeinträchtigen und sie vulnerabel für Menschenrechtsverletzungen wie Gewalt, Zwang und Manipulation machen. Deshalb plädiert der Beitrag für eine beziehungs-gestützte Umsetzung der Selbstbestimmung und schlägt auf Grundlage der Theorie der relationalen Autonomie ein Modell der Entscheidungsassistenz durch eine Vertrauensperson eigener Wahl vor. Die Etablierung einer assistierten Selbstbestimmung in der Geburtshilfe könnte helfen, die Kommunikation zwischen Gebärenden und Geburtshelfer\*innen zu verbessern, die Geburtshelfer\*innen zu entlasten, Interventionen gegen den Willen der Frau zu reduzieren und damit eine Prävention gegen Gewalterfahrungen darstellen.

*Schlagwörter:* Patientenautonomie, Geburtshilfe, Einwilligungsfähigkeit, Entscheidungsassistenz, relationale Autonomie

*Alle Inhalte der Zeitschrift für Praktische Philosophie sind lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.*



*Abstract:* At the beginning of the COVID-19 pandemic, numerous women worldwide had to cope with the birth of their child without the support of a confidant. The aim of this paper is to show that the presence of an attendant during childbirth can be derived from the right of every person giving birth to self-determination. With reference to international research on violence in obstetrics, it shows that patient autonomy sub partu is often not satisfactorily guaranteed. The paper explains how childbirth and obstetrics differ from other medical fields and explains why an attendant of one's own choice plays an essential role in the birth process. Fourthly, it is argued that the basic legal right to self-determination in the medical context cannot always be exercised due to the often limited decision-making capacity of the parturient. The exceptional physical and mental condition of women giving birth can impair their autonomy and make them vulnerable to human rights violations such as violence, coercion and manipulation. The paper therefore pleads for a relationship-based implementation of self-determination and therefore proposes a model of assisted decision-making by a confidant of one's own choice based on the theory of relational autonomy. The establishment of assisted self-determination in obstetrics could help to improve communication between the person giving birth and obstetricians, reduce interventions against the will of the woman and thus represent a prevention against experiences of violence.

*Keywords:* Patient autonomy, obstetrics, capacity to consent, decision-making assistance, relational autonomy

## Einleitung

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie mussten zahlreiche Frauen weltweit die Geburt ihres Kindes ohne die Unterstützung ihres\*ihrer Partner\*in bewältigen (Bathke 2020; Yakovi Gan-Or 2020). Aus Gründen des Infektionsschutzes untersagten viele Kliniken die Anwesenheit einer Begleitperson im Kreißaal und fast überall durften diese die Wochenbettstationen nicht betreten. Sowohl die WHO (2020) als auch deutsche Fachgesellschaften wiesen darauf hin, dass dieser Ausschluss engster Angehöriger immunologisch nicht sinnvoll sei und medizinische Risiken für die körperliche und seelische Gesundheit der Gebärenden berge. So empfahl die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*, Partner\*innen aufgrund ihrer wichtigen Funktion als mentale Unterstützung im Kreißaal zuzulassen, sofern sie nicht positiv getestet seien oder Krankheitssymptome hätten (DGGG 2020). Wie in vielen anderen Bereichen auch, erhellt die Covid-19-Pandemie eine Problematik, die unabhängig von ihr besteht: in diesem Fall die *Angewiesenheit* und das daraus resultierende *Anrecht* Gebärender auf eine Begleitperson ihrer Wahl.

*Ziel* dieses Beitrages ist nicht eine Bewertung der besonderen Situation während der Covid-Pandemie. Vielmehr soll grundsätzlich diskutiert werden, dass die Anwesenheit einer Begleitperson unter der Geburt nicht bloß dem gemeinsamen Geburtserlebnis dient, sondern dass sich deren Notwendigkeit aus dem Recht jeder Gebärenden auf Selbstbestimmung ableiten lässt. Mit Rückgriff auf die internationale Forschung zur Gewalt in der Geburtshilfe möchte ich erstens zeigen, dass die Patientinnenautonomie *sub partu* häufig nicht zufriedenstellend gewährleistet ist (I). Zweitens werde ich erläutern, inwiefern sich Geburt und Geburtshilfe von anderen medizinischen Gebieten unterscheiden und vor diesem Hintergrund darlegen, warum einer Begleitperson eigener Wahl eine essentielle Rolle im Geburtsprozess zukommt (II). Um die Bedeutung der Begleitperson zu erläutern, werde ich drittens darlegen, dass der prinzipielle *Rechtsanspruch* auf Selbstbestimmung im medizinischen Kontext („informierte Einwilligung“) durch die potentiell eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit von Gebärenden nicht immer in der sonst üblichen Weise wahrgenommen werden kann (III). Im vierten Abschnitt werden mögliche Lösungen für die Diskrepanz zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Fähigkeit dazu diskutiert: Patientenverfügungen, natürlicher Wille oder Entscheidungsassistenz (IV). Auf Grundlage der Theorie der relationalen Autonomie (V) plädiert der Beitrag für eine beziehungsgestützte Umsetzung der Selbstbestimmung und schlägt deswegen das Modell der *Entscheidungsassistenz* als eine Lösungsmöglichkeit vor, um die Patient\*innenautonomie unter der Geburt zu verwirklichen (VI).

## I Debatte um Gewalt in der Geburtshilfe

Während „reproduktive Autonomie“ lange mit dem Recht auf Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch gleich gesetzt wurde, wird inzwischen auch die Geburt in den Blick genommen (Yakovi Gan-Or 2020). So wurde in den letzten Jahren vermehrt darauf hingewiesen, dass Geburten kritische Ereignisse sind, die sowohl als beglückend wie auch als traumatisierend empfunden werden können (WHO 2015; Ertan et al. 2021; Leinweber et al. 2021). Menschenrechtsverletzungen in der Geburtshilfe sind aktuell ein global diskutiertes Phänomen (Erdman 2015; Lokugamage und Pathberiya 2017; Vedam et al. 2017; Pickles und Herring 2020; Reingold et al. 2020), dessen sich sowohl die WHO als auch die Verfassungsgerichte mehrerer Staaten und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte

angenommen haben (WHO 2015; WHO 2018; EGMR 2010; EGMR 2014; EGMR 2016).

Der gegenwärtige Forschungsstand legt nahe, dass Misshandlungen verbreitet sind (Bohren et al. 2015, 2019; Ravaldi et al. 2018; Vedam et al. 2019) und es sich dabei um ein globales Phänomen handelt, von dem auch Deutschland betroffen ist (Chadwick 2016; Vacaflor 2016; Shrivastava und Sivakami 2019; Mena-Tudela et al. 2020; Leinweber et al. 2021). Allerdings kann die Prävalenz bisher nicht klar beziffert werden kann (Deutsches Ärzteblatt 2019) und ist grundsätzlich schwer zu objektivieren (Rost et al. 2020). So können Handlungen subjektiv als respektlos und gewalttätig erlebt werden, die nicht so intendiert waren oder intersubjektiv anders bewertet würden.

Studien zur Gewalt in der Geburtshilfe untersuchen das Phänomen sowie seine Ursachen und Folgen: Empirische Studien belegen Mängel in Bezug auf die Umsetzung des Rechts auf Patientinnenautonomie unter der Geburt (Tegethoff 2011; Beckmann 2016; Reime 2016; Jung 2017; Leinweber et al. 2021; Rost et al. 2022). Die Einschränkungen der Selbstbestimmung reichen von mangelnder Aufklärung (Reime 2016) und subtiler Manipulation (Tegethoff 2011) über deutliche Druckausübung bis hin zu Zwangsmaßnahmen, psychischer, verbaler, sexueller und körperlicher Gewalt (zu einer evidenzbasierten Typologie von Misshandlungsformen vgl. Bohren et al. 2015). Laut Rhoden (1987) wird Gebärenden häufig kein Mitspracherecht eingeräumt, was auf das weit verbreitete paternalistische Selbstverständnis von Ärzt\*innen zurückzuführen sei. In einer deutschen Interviewstudie gab die Mehrheit der Mütter an, dass sie in den Geburtskliniken „mal mehr, mal weniger subtil gegängelt, überrumpelt und/oder tendenziös beraten worden sind oder [...] nicht wirklich ‚die Chance hatten, nein zu sagen‘“ (Jung 2017, 40). Auch wird berichtet, dass Geburten häufig wie Notfälle behandelt würden, d. h. Interventionen geschähen ohne das Einverständnis (Wolf und Charles 2018; Leinweber et al. 2021) oder sogar gegen den Willen der Gebärenden (Borges 2018; Kukura 2018).

Eine als traumatisch erlebte Geburt erhöht Studien zufolge das Risiko von Angst, Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen (Garthus-Niegel et al. 2013; Dekel et al. 2017; Ertan et al. 2021), die sowohl die mütterliche Gesundheit gefährden als auch einen langfristigen Einfluss auf die Mutter-Kind-Bindung sowie die Paarbeziehung haben können (Ertan et al. 2021). Neben psychologischen Faktoren wie früheren Gewalterfahrungen oder psychischen Störungen trügen sowohl Geburtskomplikationen (z. B. Notkaiserschnitt) als auch mangelhafte Unterstützung, fehlender Res-

pekt oder missbräuchliche Verhaltensweisen der Geburtshelfer\*innen dazu bei, dass Gebärende eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelten (WHO 2015; Ayers et al. 2016; Ertan et. al. 2021).

Da es sich im Falle geburtshelferischer Gewalt um Verstöße gegen Frauen- und Menschenrechte (WHO 2015) handelt, gilt es von medizinischer Seite sowohl die empirischen Studien als auch die subjektiven Erfahrungsberichte von Frauen ernst zu nehmen und nach Lösungsansätzen zu suchen (Rost et al. 2020).

## II Besonderheiten der Geburt und Geburtshilfe: Verletzlichkeit und Relationalität

Die Umsetzung der Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe kann sich nur verbessern, wenn geklärt wird, was Selbstbestimmung in der Ausnahmesituation der Geburt bedeutet. Diese Klärung ist nicht trivial, denn Geburten unterscheiden sich von vielen medizinischen Ereignissen in mehreren Aspekten und weisen deshalb besondere ethische, soziale und rechtliche Probleme auf.

So ist eine Geburt grundsätzlich kein *pathologischer Zustand*, sondern ein *physiologischer Vorgang*, in dem die Gebärende nicht primär Patientin, sondern Akteurin ist. Da Zeitpunkt und Verlauf der meisten Geburten nicht geplant sind, stellt der für den informed-consent-Prozess wichtige *Zeitpunkt der Patientinnenaufklärung* ein rechtliches und ethisches Problem dar (Seymour 2000; Tömmel 2021). Im Prozess treten häufig medizinische Erfordernisse auf, die im Vorfeld nicht absehbar waren, z. B. die Indikation für eine *sectio caesarea*.

In einem Spannungsverhältnis zu der aktiven Rolle der Gebärenden steht ihr *psychophysischer Ausnahmezustand*, der zu einer besonderen Verletzlichkeit der Gebärenden führt.

Inwiefern und warum sind Gebärende in besonderem Maße vulnerabel? Vulnerabilität bezeichnet „das komplette oder teilweise Fehlen der Fähigkeit, die eigenen Interessen durchzusetzen bzw. sich gegen Schadenszufügung und Vorenthaltung von Rechten zu wehren.“ (Hilpert 2021) Obwohl grundsätzlich alle Menschen verletzlich sind, unterscheidet sich das Maß in verschiedenen Lebensphasen und Situationen erheblich. Besonders verletzlich sind Personen immer dann, wenn sie körperlich oder seelisch anderen Menschen unterlegen sind und daher von anderen abhängig werden. Patient\*innen und nichteinwilligungsfähige Personen werden generell als vulnerable Personen-

gruppen aufgefasst (Hilpert 2021), auch wenn sich die verschiedenen Mitglieder dieser Gruppen erheblich voneinander unterscheiden können.

Was macht Gebärende verletzlich? Wie ich an anderer Stelle ausführlich dargelegt habe (Tömmel 2024), werden Geburten subjektiv sehr unterschiedlich wahrgenommen, von vielen Gebärenden aber als existentielle Grenzerfahrungen empfunden. Dazu trägt sowohl der transformative Charakter der Geburt als Übergang zu einem neuen Lebensabschnitt bei, als auch die in der Regel extremen Schmerzen, die mitunter sogar als „Folter“ empfunden werden (De Beauvoir 1976, 358; Martin 1992, 84). Insofern es durch die „Selbsttätigkeit des Leibes“ (Dörpinghaus 2016, 76) bei Wehen zu einem weitgehenden Kontrollverlust kommen kann, kann auch die Geburt selbst als ein ‚Eingriff‘ in die körperliche Unversehrtheit erlebt werden. Als leibseelische Grenzerfahrung sind Geburten häufig auch von extremen Emotionen begleitet. Das Gefühl, dem leiblichen Geschehen gegenüber passiv ausgeliefert zu sein und dadurch seine Handlungsfähigkeit zu verlieren, macht Gebärende sozial abhängig und schutzbedürftig (Cohen Shabot 2021). Diese soziale Angewiesenheit durch den psychophysische Ausnahmezustand macht Gebärende zugleich besonders verletzlich für unzureichende soziale Unterstützung, Vernachlässigung, Respektlosigkeit, Manipulation, Zwang oder Gewalt. Wie bereits erwähnt, berichten viele Gebärende, dass sie ihren Willen unter der Geburt nicht artikulieren oder durchsetzen konnten.

Auch bei psychisch gesunden und stabilen Frauen stellen die massiven Veränderungen, die mit dem „zentralen Lebensereignis“ der Geburt einhergehen, eine Belastung dar, die mit dem Bedürfnis nach Regression und nach Stützung durch Partner\*innen und andere Personen einhergehen (Langer 2015). So gibt es Hinweise darauf, dass die Anwesenheit von Vätern im Kreißsaal einen positiven Effekt auf Schmerzempfinden und Angstreduktion der Gebärenden haben (Kentenich 1983; Plantin et al. 2011). Eine mangelhafte soziale und medizinische Unterstützung gilt dagegen als ein Risikofaktor für die Entstehung von posttraumatischen Belastungsstörungen nach Geburten (Ertan et. al. 2021). Eine aktuelle Überblickstudie belegt, dass sowohl die subjektiv erlebte Kontrollmöglichkeit während der Geburt als auch eine starke Unterstützung durch den Partner bedeutsame Schutzfaktoren sind (Chabbert et al. 2021).

Wie von verschiedenen Autor\*innen betont (Cohen Shabot 2021; Van der Waal und van Nistelrooij 2022), ist eine Geburt in deutlichem Kontrast zu anderen medizinischen Ereignissen ein in mehrfacher Hinsicht *relationales Geschehen*: Neben der oben beschriebenen Abhängigkeit von ande-

ren Personen, trifft die Gebärende erstens nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihr zu gebärendes Kind z.T. weitreichende Entscheidungen. Diese Doppelwirkung kann eine Abwägung zwischen den Interessen der Mutter und denen des Kindes verlangen (Büchler 2017a). Ethisch stellt sich die Frage, inwieweit die werdende Mutter ihrem ungeborenen Kind gegenüber verantwortlich und verpflichtet ist (Cornock 2011; Savulescu und de Crespigny 2014). Die Gefährdung des Fötus dient häufig als Rechtfertigung, die Entscheidungsfreiheit Gebärenden einzuschränken (de Vries 2017; Yakovi Gan-Or 2020; Rost et al. 2022). Da für die allermeisten Frauen die Unversehrtheit ihres Kindes einen sehr hohen Stellenwert hat, erhöht die doppelte Verantwortung für sich und das Kind die *Vulnerabilität* der Gebärenden, weil es sie in besonderem Maße anfällig für Manipulationen macht (Rhoden 1987; Lupton 2012).

Zweitens wird die dyadische Beziehung zwischen Mutter und Fötus in der Regel zusätzlich flankiert durch den anderen Elternteil, für den das Geburtsergebnis und -ergebnis von erheblicher eigener biographischer Bedeutung sind. Das Recht des anderen Elternteils, bei der Geburt anwesend zu sein, sollte deshalb nur durch das selbstverständliche Vetorecht der Gebärenden gebrochen werden können, sofern dessen Anwesenheit nicht zwingende medizinische Gründe entgegenstehen.

Neben dem Eigeninteresse des anderen Elternteils, bei der Geburt seines Kindes dabei zu sein, sowie den medizinischen Aspekten spricht ein bisher wenig beachtetes *juristisches* Problem dafür, der Mutter ein Recht auf eine Begleitperson einzuräumen: Ihre Fähigkeit, in medizinische Interventionen autonom einwilligen zu können, kann unter der Geburt beeinträchtigt sein. Anders als bei alters- oder krankheitsbedingt längerfristiger Einwilligungsunfähigkeit ist die mögliche vorübergehende Einwilligungsunfähigkeit von Gebärenden und ihre daraus resultierende spezifische Vulnerabilität medizinethisch bisher wenig beachtet worden, obwohl sie juristisch festgestellt wurde (BGH 1993; Markus 2006; Büchler 2017a).

### III Autonomie als Recht und Fähigkeit unter der Geburt

Ich werde im Folgenden zeigen, warum die Einwilligungsfähigkeit von Gebärenden eingeschränkt oder aufgehoben sein kann und auf dieser Grundlage argumentieren, dass ihr Recht auf Patientenautonomie besser gewährleistet ist, wenn die Gebärende eine Vertrauensperson bei sich hat, die sie in ihrer Selbstbestimmung unterstützen kann. Mir ist bewusst, dass die Infragestel-

lung der Einwilligungsfähigkeit der Gebärenden als Einladung zum Paternalismus (Dworkin 2015), und sogar als Rechtfertigung von Zwangsbehandlungen interpretiert werden könnte. Die Überzeugung, Gebärende seien nicht einwilligungsfähig, kann zu einer Kultur der Geburtshilfe beitragen, welche Frauen entmachtet (Pickles und Herring 2020; Rost et al. 2022). Mein Anliegen ist dem genau entgegengesetzt: Die nähere Untersuchung des psychophysischen Zustandes der Gebärenden unterstreicht ihre Verletzlichkeit und ihren Anspruch auf Schutz, Fürsorge und Unterstützung. Meine Argumentation soll dazu beitragen, den wichtigen, aber oft nur formal umgesetzten (O’Neill 2002) Standard der informierten Einwilligung so an die Situation der Geburt anzupassen, dass die Selbstbestimmung von Gebärenden nicht nur *de jure* gegeben ist, sondern *de facto* ermöglicht und erreicht wird. Denn neben soziokulturellen und strukturellen Faktoren dürfte die psychophysische Verletzlichkeit der Gebärenden ein Faktor sein, der zu dem Phänomen der Gewalterfahrungen in der Geburtshilfe beiträgt.

Wie bei allen medizinischen Interventionen hat die Gebärende einen verfassungsrechtlich garantierten Anspruch auf Selbstbestimmung. Die Rechtsgrundlage für den Behandlungsvertrag bildet in Deutschland das 2013 in Kraft getretene „Patientenrechtgesetz“ (insbesondere: § 630a-h BGB). Legitimiert sind medizinische Interventionen heute nur durch die von der Patientin autonom getroffene „informierte Einwilligung“ (Beauchamp und Childress 2013, 121), ohne die ein medizinischer Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung darstellt (BGH 2007, Rn.16). Diese Zusammenhänge und ihre daraus resultierenden Rechte sind den Gebärenden häufig nicht hinreichend bekannt (Büchler et al. 2022).

Voraussetzung dafür, dass die Einwilligung in eine medizinische Maßnahme gültig ist, ist die *Einwilligungsfähigkeit* als juristische Handlungskompetenz. Sie setzt sowohl psychomentele Kompetenzen als auch eine hinreichende Aufklärung durch Ärzt\*innen sowie Kontrollfähigkeit, d.h. Freiheit von Zwang und Druck, voraus (Duttge 2013, 78). Als einwilligungsfähig gilt, „wer Wesen, Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Maßnahme erfassen, das Für und Wider abwägen und auf dieser Basis eine Entscheidung treffen kann“ (Zentrale Ethikkommission 2016; § 40 AMG). Einwilligungsunfähigkeit ist dagegen als Zustand definiert, der durch hinreichend große, aktuelle funktionale Defizite in mindestens einem der vier relevanten Bereiche Informations-, Einsichts- und Urteilsfähigkeit sowie dem Vermögen, die Entscheidung zu kommunizieren, gekennzeichnet ist (Grisso und Appelbaum 1998, 27).



Anders als die weiter reichende Geschäftsfähigkeit bezieht sich die Einwilligungsfähigkeit auf eine konkrete Entscheidung in einer konkreten Situation (Snellgrove und Steinert 2017, 235). Sie ist damit keine „starre, sondern eine je nach Komplexität der Sachlage und Reichweite möglicher Folgen variable Größe“ (Duttge 2013, 79), d. h. die Anforderungen an sie können variieren: Je komplexer, schwerwiegender und folgenreicher der Eingriff, desto höher sind die juristischen Anforderungen (Nedopil 2014, 165). Dieselbe Patientin kann also zum selben Zeitpunkt fähig sein, in einen einfachen Eingriff wie eine Blutentnahme, aber nicht in einen folgeschweren Eingriff wie einen Schwangerschaftsabbruch einzuwilligen. Gleichwohl ist das Konstrukt *dichotom* angelegt: In Bezug auf einen bestimmten Eingriff ist man einwilligungsfähig oder nicht (Snellgrove und Steinert 2017, 235). Die Einwilligungsfähigkeit übersetzt damit die dimensional vorliegenden mentalen Kompetenzen der Patient\*in in einen kategorialen juristischen Status.

Da grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass Patient\*innen einwilligungsfähig sind, muss die Einwilligungsunfähigkeit nachgewiesen und dokumentiert werden (Büchler 2017b). Bei Gebärenden handelt es sich in der Regel um volljährige, nicht psychisch kranke Personen. Doch nicht nur altersbedingte Unreife, kognitive Defizite, psychische oder neurologische Erkrankungen, sondern auch temporäre Phänomene wie Schmerzen, Erschöpfung, Medikamente oder heftige emotionale Reaktionen wie Angst oder Panik können die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigen (Seymour 2000; Zentrale Ethikkommission 2016; Snellgrove und Steinert 2017). Extreme Schmerzen, die nach einer unmittelbaren Linderung verlangen, können beispielsweise einer „prognostischen Entscheidung“, d. h. der Antizipation von Vor- und Nachteilen für die *Zukunft* (Nedopil 2014, 166) und damit einer besonnenen Abwägung von Behandlungsalternativen entgegen stehen. Erschöpfung und Schmerzen können nicht nur die Informations-, Einsichts- und Urteilsfähigkeit negativ beeinflussen, sondern auch die Fähigkeit zur Willensäußerung beeinträchtigen: Interview-Studien berichten, dass die werdenden Mütter nicht fähig waren, Eingriffe abzulehnen, obwohl sie dies wollten (Dörpinghaus et al. 2002, 142; Jung 2017, 39f.). Sie begründeten ihre Ohnmacht rückblickend mit „Autoritätsgläubigkeit, Harmoniebedürfnis, Erschöpfung, Schmerz und/oder Angst“ (Jung 2017, 40).

Diese Studie unterstreicht die Bedeutung der Autonomiefähigkeit für die Gewalterfahrungsprävention und wirft zugleich die Frage auf, ab welchem Grad der Beeinträchtigung psychomentaler Fähigkeiten eine Frau

tatsächlich nicht mehr einwilligungsfähig ist. Die deutsche Rechtsprechung geht davon aus, dass eine Frau infolge der „erheblichen psychischen und physischen Belastungen durch die Geburt“ „nicht mehr in der Lage sein kann, eine eigenverantwortliche relevante Entscheidung zu treffen“. Sie konstatiert sogar, „dass bei fortgeschrittenem Geburtsvorgang *jede* Gebärende in einen solchen Zustand gerät“ (BGH 1993, Rn. 20, Hervorhebung hinzugefügt) bzw. dass die werdende Mutter „unter der Geburt [...] *stets* nicht mehr aufklärungs- und einwilligungsfähig“ ist (OLG Naumburg 2014, Rn.18, Hervorhebung hinzugefügt). Es ist bemerkenswert, dass U.S.-amerikanische Gerichte dies anders beurteilen: Selbst nach langen Geburten, unter Medikamenteneinfluss und sogar während der Austreibungsphase werden Frauen unter der Geburt dort in der Regel als einwilligungsfähig angesehen (Stohl 2018).

Wenn eine Gebärende unter der Geburt vorübergehend nicht einwilligungsfähig ist, ist die übliche Vorgehensweise, sie während des Geburtsvorgangs aufzuklären und sich ihre „informierte Einwilligung“ bestätigen zu lassen, unzulässig und unwirksam, zumal die Aufklärung i.d.R. „so rechtzeitig erfolgen [muss], dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann“ (§ 630e Abs. 2 BGB). Tatsächlich werden Gebärende aber häufig *sub partu* aufgeklärt und ihnen werden in einem Zustand Entscheidungen abverlangt, in dem sie juristisch weder aufklärungs- noch einwilligungsfähig sind (Markus 2006). Dieses Dilemma, das aus der Diskrepanz zwischen der Selbstbestimmung als allgemeinem *Rechtsanspruch* und als individueller *Fähigkeit* resultiert (dazu grundsätzlich: Feinberg 1986, in der Geburtshilfe: Tömmel 2021), wird bisher von der geburtshilflichen Praxis, der Rechtsprechung und auch von der Medizinethik kaum beachtet (Markus 2006, 126).

Dass diese Problematik juristisch anscheinend durch den Verweis auf den „mutmaßlichen Willen“ der Gebärenden gelöst werden kann (OLG Naumburg 2014, Rn. 19, 24; auch Seymour 2000), ist *medizinethisch* nicht befriedigend (Tömmel 2021): Die Diskussion um Gewalterfahrungen in der Geburtshilfe zeigt, dass der Rückgriff auf den „mutmaßlichen Willen“ der Patientin nicht ausreicht, um ihrem Anspruch auf Selbstbestimmung gerecht zu werden. Die besondere Verletzlichkeit der Gebärenden könnte ein Faktor für die berichteten Gewalterfahrungen sein, denn gerade eine in ihrer Autonomiefähigkeit eingeschränkte Gebärende wird einen von ihr nicht autorisierten Eingriff zugleich als Verletzung ihrer körperlichen Unversehrtheit *und* ihres Selbstbestimmungsrechts und damit als gewalttätigen Übergriff erleben (vgl. Duttge 2013, 87). Auf diese subjektive Dimension hebt das

Bundesverfassungsgericht ab, wenn es feststellt, dass ein „Eingriff in die körperliche Integrität [...] als umso bedrohlicher erlebt [wird], je mehr der Betroffene sich dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert sieht“ (BverfG 2011, Rn. 44).

Dennoch bringt die medizinethische Problematisierung der Einwilligungsfähigkeit bei grundsätzlich gesunden Frauen die Gefahr mit sich, einen außergewöhnlichen, aber normalen Zustand zu pathologisieren und damit dazu beizutragen, dass Gebärende entmündigt werden. Die Infragestellung der Einwilligungsfähigkeit könnte direkt in einen neuen Paternalismus führen (vgl. Dodds 2000). Hierbei handelt es sich um ein echtes Dilemma: Die Achtung vor der Patientenautonomie fordert einerseits, die Anforderungen an die Entscheidungsfähigkeit nicht übertrieben hoch anzusetzen (Snellgrove und Steinert 2017, 241), um die Gebärenden nicht zu entmachten. Andererseits wäre es auch eine Form der Diskriminierung – und nicht etwa des Empowerments –, die besondere Vulnerabilität und Angewiesenheit von Patient\*innen zu missachten (vgl. Duttge 2013, 86). Duttge spricht sich deshalb dafür aus, die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit als einen „Akt der Fürsorge“ (Duttge 2013, 85) zu begreifen, der dem Schutz des\*r Patient\*in dient. So fordert die Würde des Menschen verfassungsrechtlich nicht nur die negative Pflicht der respektvollen Zurückhaltung, sondern ebenso auch positive Schutz- und Hilfspflichten (zu diesem Doppelaspekt: Brauer 2013, 12f).

In der Geburtshilfe stellen sich somit Probleme, die Parallelen zur Umsetzung des Rechtsanspruches auf Selbstbestimmung bei Minderjährigen und bei Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Störungen aufweisen. Beeinträchtigungen der Entscheidungsfähigkeit von Gebärenden sind, sofern sie überhaupt vorliegen, zeitlich eng begrenzt und können verschieden stark ausgeprägt sein. Wie oben dargelegt, ist der Maßstab zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit abhängig von der Schwere des Eingriffs, in den eingewilligt werden muss. Demnach wäre es unproblematisch, wenn eine Gebärende, die durch Schmerzen, Angst oder Erschöpfung mental beeinträchtigt ist, in verhältnismäßig leichte Interventionen einwilligt. Allerdings kann es unter der Geburt auch erforderlich sein, komplexe und folgenreiche Entscheidungen zu treffen, welche angesichts der psychischen und physischen Belastung eine besondere Herausforderung für die Gebärende darstellen.

## IV Lösungsansätze für das Dilemma zwischen Autonomieanspruch und Autonomiefähigkeit

Welche Lösungsansätze gibt es, wenn man Gebärende weder mit ihren Entscheidungen alleine lassen, noch paternalistisch entmachten will?

Grundsätzlich bestünde die Möglichkeit, dass eine Schwangere deutlich vor dem Geburtstermin, d.h. im einwilligungsfähigen Zustand, über mögliche Verläufe, Risiken und Interventionen aufgeklärt wird und dann selbst vorsorgt für den Fall, dass sie nicht mehr (voll) entscheidungsfähig ist. So könnte sie ihre Vorstellungen und Wünsche mit den Geburtshelfer\*innen frühzeitig diskutieren und im Dialog mit ihnen eine *Patientenverfügung* erarbeiten (vgl. die Diskussion der Vor- und Nachteile aus juristischer Perspektive bei Seymour 2000, zur Lage in Deutschland auch Tömmel 2021). Obwohl dieses Vorgehen den großen Vorteil hat, dass die Gebärende ihren eignen Willen artikulieren kann und sich im Austausch mit den Geburtshelfer\*innen mit verschiedenen Szenarien auseinandersetzen kann, sind die Möglichkeiten, eine den eigenen Präferenzen und Wertmaßstäben entsprechende Geburt selbstbestimmt im Voraus zu planen, aus entscheidungstheoretischer Sicht fraglich, insbesondere, wenn es sich um die erste Geburt einer Frau handelt.

Nicht nur der Geburtsverlauf selbst ist für alle Beteiligten nicht vorhersehbar, sondern auch die *epistemische Situation* ist vor der Geburt völlig anders als unter der Geburt: Wie bei allen Ereignissen, die völlig neu sind oder deutlich vom alltäglichen Zustand abweichen, kann eine Schwangere nicht vorher sicher wissen, wie sie sich fühlen und was sie *sub partu* wollen wird (Staehler 2016, Tömmel 2021). So sinnvoll es im Sinne des Empowerments ist, Präferenzen mit den Geburtshelfer\*innen zu besprechen, hat es bedeutende Nachteile, wenn dies im Sinne einer bindenden Patientenverfügung geschieht, welche dem Willen während des tatsächlichen Ereignisses nicht mehr Rechnung tragen kann.

Vor diesem Hintergrund stellen sich zwei weitere Alternativen: Zum einen könnte anstelle des autonomen Willens der Patientin ganz oder teilweise (Vetorecht) ihr sogenannter „natürlicher Wille“ berücksichtigt werden, dessen Status medizinethisch und juristisch allerdings umstritten ist (Jox et al. 2014; Joerden 2018; Neuner 2018). Dieses *de facto* weit verbreitete Vorgehen hat den Nachteil, dass es die spezifische Angewiesenheit der Gebärenden auf Unterstützung übersieht, sie mit ihren Entscheidungen alleine lässt und damit schlimmstenfalls riskiert, dass sie sich selbst oder ihren Fötus gefährdet.

Dagegen könnten die eigenen Entscheidungen ganz (Vorsorgevollmacht) oder teilweise (Entscheidungsassistenz) auf *Stellvertreter\*innen* übertragen werden. An diese Variante schließt sich die Frage an, inwieweit persönliche Autonomie sinnvoll relational verstanden werden kann und wie sich diese relationale Umsetzung konzeptualisieren lässt. Bevor ich die Einführung des Modells der Entscheidungsassistenz in der Geburtshilfe diskutiere, werde ich deshalb deren theoretische Voraussetzungen skizzieren.

## V Relationale Autonomie in Theorie und Praxis

Die Theorie der relationalen Autonomie hat sich etwa seit der Jahrtausendwende durch einflussreiche Publikationen (u. a. Mackenzie und Stoljar 2000; O’Neill 2002) in der medizinethischen Diskussion etabliert. Neben phänomenologischen, tugendethischen oder kommunitaristischen Ansätzen ist die differenzfeministische Care-Ethik die wichtigste philosophische Quelle des relationalen Autonomieverständnisses (Gómez-Virseda et al. 2019). Ihr inzwischen schon klassischer Vorwurf an das liberale Standardmodell der Patientenautonomie von Beauchamp, Childress und Faden lautet, dass dieses zu individualistisch sei und die soziale, kulturelle und politische Einbettung von Personen übersehe (kritisch dazu: Ach und Schöne-Seifert 2013). Es wird kritisiert, dass solche Faktoren bisher sowohl von der rechtlichen und medizinethischen Theorie als auch der ärztlichen Feststellungspraxis vernachlässigt wurden und durch diese „kognitivistische Verzerrung“ ein atomistisches Autonomieverständnis entstanden sei (Charland et al. 2016). Das liberalistische Autonomiekonzept wird deshalb als zu eng kritisiert: Die Achtung der Patientenautonomie sei nicht dasselbe wie der herkömmliche informed-consent-Prozess (Dodds 2000, 214).

Der Begriff der „relationalen Autonomie“ wird dabei unterschiedlich verwendet: Während einige Konzepte beispielsweise fordern, Familienangehörige um ihrer selbst willen in medizinische Entscheidungen einzubeziehen (vgl. Brauer, 2013, 160f.), betonen andere zwar die Abhängigkeit und soziale Verletzlichkeit des Individuums, vertreten aber trotzdem einen normativen Individualismus (Mackenzie 2014, 20f.). So reicht auch das Spektrum der Kritik am „Standardmodell“ von leichten Korrekturen bis hin zu weitreichenden Revisionen (z. B. Honneth und Anderson 2005), die in der medizinischen Praxis kaum umzusetzen sind und durch ihr voraussetzungsreiches Verständnis der Autonomie faktisch exkludierend und paternalistisch wirken würden (Ach und Schöne-Seifert 2013).

Trotz dieser begrifflichen Unschärfe ist ein relationales Autonomieverständnis insbesondere für die Ethik der Geburtshilfe essentiell (vgl. Thachuk 2007). Denn der informed-consent-Prozess wird laut Dodds (2000, 214) insbesondere den Erfahrungen, welche Frauen im Zuge reproduktiver Entscheidungen machen, nicht gerecht. So zieht auch Jung in Zweifel, ob Freiheit und Selbstbestimmung „wesentliche Merkmale des Geburtsgeschehens“ überhaupt „angemessen berücksichtigen“ könnten (Jung 2017, 40). Auch Hartmann-Dörpinghaus verweist auf die Unverfügbarkeit des Geburtserlebens und geht davon aus, dass die Gebärende streng genommen nicht „entscheidungsmächtig“ sei (Hartmann-Dörpinghaus 2021, 217).

Ich teile diese prinzipielle Skepsis gegenüber dem Autonomieprinzip nicht, argumentiere aber für ein relationales Verständnis der Selbstbestimmung *sub partu* und eine relationale Unterstützung bei ihrer Verwirklichung: Patientinnenautonomie stellt demnach keine Alternative zu relationalen Prinzipien wie Vertrauen oder Fürsorge dar, sondern wird im Gegenteil von ihnen hervorgebracht und gefördert (vgl. Tömmel 2021). Tatsächlich sind alle Menschen auf die Unterstützung durch ein soziales Netzwerk angewiesen, wenn auch in verschiedenen Graden. Die dargestellte Vulnerabilität unter der Geburt schließt deshalb die Selbstbestimmung Gebärender keineswegs aus, sondern fordert dazu auf, eine relationale, Frauen-zentrierte und individualisierte Geburtshilfe zu entwickeln (Kukla et al. 2009; Tömmel 2021; Tömmel 2024).

Das dichotom angelegte Rechtskonstrukt der Einwilligungsfähigkeit kann den Eindruck erwecken, als handele es sich dabei um ein unbeeinflussbares Faktum. Tatsächlich ist der Grad der Entscheidungsfähigkeit aber nicht nur von der Schwere der Entscheidung, sondern auch von sozialen Faktoren abhängig (Grisso und Appelbaum 1998, 22f.), worauf besonders feministische Autorinnen hingewiesen haben (Mackenzie und Stoljar 2000; Haker 2003): Die Fähigkeit, den eigenen Willen zu bilden und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, ist nicht nur in ihrer ontogenetischen Entstehung, sondern auch zu ihrer lebenslangen Aufrechterhaltung auf anerkennende interpersonale Interaktion angewiesen (Honneth 1994; Taylor 2009). Umgekehrt können Missachtung oder Verachtung die Selbstbestimmungsfähigkeit einer Person situativ beschränken. Deshalb kann sich eine Gebärende auch dann, wenn ihrem Rechtsanspruch auf Autonomie formaljuristisch genüge getan wurde, als entmachtetes und verdinglichtes Objekt und die Geburt als traumatisierend empfinden (Tömmel 2021). Um die Selbstbestimmung der Frau *sub partu* zu respektieren und zu unterstützen,

müssen solche relationalen Faktoren reflektiert werden, d.h. es muss sich ein Bewusstsein in der Geburtshilfe dafür ausbilden, dass einzelne Entscheidungen und auch die Entscheidungsfähigkeit selbst nicht unabhängig von sozialen, emotionalen und kulturellen Faktoren sind (Haker 2003; Mackenzie 2014). Vor diesem Hintergrund ließe sich etwa diskutieren, inwieweit Geburtshelfer\*innen positive „Befähigungspflichten“ zukommen (O’Neill 2002). Wie die Aufklärungspflicht paradigmatisch zeigt, ist Patientenautonomie ein dialogischer Prozess, in dem die Patient\*innen entscheidungsfähig werden durch Expert\*innen, deren Aufgabe in der Beratung und ggf. rationalen Überzeugung besteht (vgl. Beauchamp und Childress 2013, 138–140). Relational ermöglichte Autonomie verwirklicht sich nicht nur durch Sprache und Handlungen, sondern auch als Atmosphäre und Gefühl (Dörpinghaus et al. 2002, 130). So hängt eine positive Geburtserfahrung (Leinweber et al. 2022) u. a. davon ab, ob sich die Gebärende von den Geburtshelfer\*innen und Begleitpersonen respektiert, unterstützt und beschützt oder aber missachtet, bevormundet und alleine gelassen fühlt (Bockenheimer-Lucius 2002; Dörpinghaus 2016). Idealerweise wird die Gebärende so von den Geburtshelfer\*innen und Vertrauenspersonen unterstützt, dass der Ausnahmezustand des Leibes nicht als existentiell bedrohlicher Kontrollverlust erlebt wird, sondern als ein Prozess, in dem sie sich durch die Unterstützung sicher, respektiert und in Kontrolle fühlt und in dem sie positive Gefühle wie Freude, Zufriedenheit oder Stolz empfindet (Leinweber et al. 2022). Im folgenden Abschnitt werde ich argumentieren, warum eine Vertrauensperson als Entscheidungsassistentin unter der Geburt solch eine positive Geburtserfahrung wahrscheinlicher macht.

## VI Zur Funktion einer Begleitperson als Entscheidungsassistentin in der Geburtshilfe

Neben der überragenden Bedeutung, der einer evidenzbasierten, respektvollen und Person-zentrierten Geburtshilfe zukommt (Rost et al. 2022), ist die Begleitung der Gebärenden durch eine Vertrauensperson wichtig, um eine relationale Selbstbestimmung unter der Geburt zu ermöglichen. Die Anwesenheit einer Begleitperson unter der Geburt hilft sicherzustellen, dass die Patientenrechte der Gebärenden nicht verletzt werden (Yakovi Gan-Or 2020). Sie macht traumatische Geburten weniger wahrscheinlich, weil sie bei der Kommunikation mit dem medizinischen Personal unterstützen kann, die Gebärende selbst bei Personalmangel nicht völlig alleine ist und sie da-

mit ein stärkeres Gefühl der Kontrolle über ihre Situation hat (Yakovi Gan-Or 2020).

Schließlich kann eine Begleitperson als Entscheidungsassistent\*in dienen. Die Basis dafür ist das relativ neue und in der Praxis bisher wenig verbreitete Konzept der „Entscheidungsassistentenz“ in Übereinstimmung mit Art. 12, Abs. 3 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13.12.2006. Das Konstrukt der Entscheidungsassistentenz bezeichnet Maßnahmen, welche die Selbstbestimmung von Personen fördern, „die durch innere oder äußere Faktoren in der Verwirklichung des ihnen zukommenden Rechts auf Selbstbestimmung im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungen eingeschränkt sind“ (Zentrale Ethikkommission 2016). Das Modell wird bisher vor allem bei Minderjährigen, psychisch Kranken oder Menschen mit geistiger Behinderung angewandt, bietet sich aber auch in der Geburtshilfe an, denn die Zentrale Ethikkommission nennt explizit „weiche“ Parameter, bei denen der Einsatz eines\*r Entscheidungsassistent\*in sinnvoll erscheint, z. B. bei Vorliegen von „situativ bedingte[n] Schwierigkeiten, die erhaltenen Informationen zu verarbeiten [oder bei] situativ bedingte[n] Schwierigkeiten, eine Entscheidung zu treffen“, etwa bei „Patienten, die durch starke Emotionen in ihrer Einsichtsfähigkeit beeinträchtigt sind“ und deshalb „weniger Möglichkeiten als andere [haben], über Ziele, Art und Zeitpunkt einer Behandlung mitzuentcheiden“ (Zentrale Ethikkommission 2016).

Ziel ist es dabei, jene Personen, deren Entscheidungsfähigkeit in einem Maße beeinträchtigt ist, dass sie in Bezug auf die rechtliche Einwilligungsfähigkeit „Grenzfälle“ (Zentrale Ethikkommission 2016) darstellen, so zu unterstützen, dass sie die Entscheidung *selbst* treffen können und eine Behandlung gemäß ihren Werten und Präferenzen stattfindet. Als „betreuungsvermeidende Hilfe“ dient die Entscheidungsassistentenz also einerseits dem Schutz vulnerabler Patient\*innen vor Paternalismus, Manipulation oder Zwang, andererseits aber auch dem Schutz vor störungs- oder unreifebedingter Selbstschädigung. Positiv gewendet dient sie der Ermöglichung *eigener* Entscheidungen. Zugleich kann sie zur Reduktion von Behandlungen gegen den natürlichen Willen von Patient\*innen beitragen (Zentrale Ethikkommission 2016). Was bedeutet das für die Praxis der Geburtshilfe?

Eine Vertrauensperson als Entscheidungsassistentin könnte z. B. dem Anspruch der werdenden Mutter auf eine verständliche Aufklärung Nachdruck verleihen, sie kann intervenieren, wenn die Einwilligung zu einer Maßnahme nicht eingeholt wurde, oder den Willen der Gebärenden kom-



munizieren, wenn diese dazu durch Schwäche, Erschöpfung oder Angst nicht selbst in der Lage ist. Die Begleitperson agiert dann als *advokatorische Vertreterin* der Gebärenden; es ist ihre Aufgabe, die Präferenzen und Werte der Gebärenden zu artikulieren. Bei Problemen, komplexe Informationen zu verarbeiten, kann sie auch als Übersetzer\*in in eine einfachere Sprache helfen, bei emotional belastenden Informationen, die eine Risikoabwägung verlangen, kann sie als Filter oder Schutzschild fungieren (vgl. zur Aufklärung als Zumutung unter der Geburt: Seymour 2000; Tömmel 2021). Zum Beispiel könnte eine werdende Mutter es vorziehen, unter der Geburt keine belastenden Informationen zu bekommen oder kognitiv anspruchsvolle Alternativen abwägen zu müssen, weil sie sich lieber dem vorsprachlichen Leibgeschehen (Stahler 2016) ganz überlassen will. Rationalität und Souveränität unter der Geburt sind nicht nur fraglich, sondern unter Umständen sogar „kontraproduktiv“ (Dörpinghaus 2013, 161). Als Alternative zur persönlichen Aufklärung bzw. Einwilligung kann eine Gebärende von ihrem Recht auf Nichtwissen (Duttge 2015) Gebrauch machen und ihre Vertrauensperson als Stellvertreter\*in einsetzen. Da die meisten Gebärenden aber aufgeklärt werden und autonom entscheiden wollen (WHO 2018, 12; Vedam et al. 2019), sollte die Begleitperson vor allem hierbei unterstützend wirken.

Voraussetzung ist freilich, dass es sich bei der Entscheidungsassistent\*in tatsächlich um eine vertrauenswürdige Person handelt, die um die Präferenzen und Wertmaßstäbe der Betroffenen weiß bzw. diese auch unter erschwerten Kommunikationsbedingungen korrekt interpretieren kann, um die Gebärende tatsächlich zu unterstützen und nicht etwa zu manipulieren.

Die Zentrale Ethikkommission (2016) weist darauf hin, dass bisher erst vereinzelt Konzepte für eine erfolgreiche Entscheidungsassistenz entwickelt wurden. Gordon (2000) schlägt vor, dass die Rolle der Entscheidungshelfer\*in von einer der Patient\*in vertrauten Person übernommen wird, zu der sie eine positive affektive Beziehung unterhält. Vorteilhaft ist es deshalb, wenn die Vertrauensperson bereits in den Wochen vor der Geburt eng in die Geburtsvorbereitung einbezogen wird.

Aufgrund der weit verbreiteten Praxis, Partner\*innen mit in den Kreißaal zu nehmen, liegen diese als „natürliche“ Entscheidungsassistent\*innen nahe: Durch ihre gewachsene Verbundenheit zu Gebärender und Kind haben sie normalerweise ein intrinsisches Interesse am Wohlergehen beider und sollten auch die Wünsche der Gebärenden kennen. Allerdings kann diese Doppelrolle bei unterschiedlichen Wertmaßstäben, Präferenzen oder Risikoeinschätzungen auch Konfliktpotential bergen. So kann es u.U.

von Vorteil sein, eine weitere Vertrauensperson hinzuziehen, die selbst nicht im gleichen Maße von der Geburt betroffen und insofern unabhängiger und emotional stabiler ist.

Da auf diesem relativ neuen Gebiet noch konzeptioneller und empirischer Forschungsbedarf besteht, handelt es sich hier allerdings um einen Vorschlag, dessen Tragfähigkeit weiter überprüft werden muss.

## Fazit

Die Diskussion um Gewalterfahrungen in der Geburtshilfe zeigt, dass das Recht auf Patientinnenautonomie *sub partu* bisher nicht hinreichend gewährleistet ist. Der psychophysische Ausnahmezustand der Gebärenden kann ihre Autonomiefähigkeit beeinträchtigen und sie vulnerabel für Menschenrechtsverletzungen machen. Obwohl starke Schmerzen, Affekte, Erschöpfung und Medikamente die Entscheidungsfähigkeit negativ beeinflussen können (Seymour 2000; Stohl 2018), ist die Frage der Einwilligungsfähigkeit unter der Geburt nicht pauschal zu beantworten, wie nicht zuletzt die unterschiedliche Bewertung in verschiedenen Rechtssystemen zeigt. Unabhängig von der juristischen Bewertung der Einwilligungsfähigkeit scheint es aus ethischer Sicht aber geboten, Gebärenden ein Recht auf unterstützte Selbstbestimmung zuzuerkennen. Angesichts ihrer besonderen Verletzlichkeit haben Gebärende einen Anspruch darauf, unter der Geburt von einer Vertrauensperson ihrer Wahl begleitet zu werden, die ggf. als Entscheidungsassistent\*in fungieren kann. Solch ein flexibles, beziehungsorientiertes Modell, hat Vorteile gegenüber starren Festlegungen wie Patientenverfügungen, weil diese schwerlich der Unverfügbarkeit des Geburtsereignisses gerecht werden (Smith 2010; DeBaets 2017).

Die Einführung einer assistierten Entscheidungsfindung in der Geburtshilfe könnte Teil einer Lösung sein, um die Situation in der Geburtshilfe zu verbessern, indem die Kommunikation zwischen Gebärenden und Geburtshelfer\*innen erleichtert, das medizinische Personal entlastet und Interventionen gegen den natürlichen oder autonomen Willen der Frau reduziert würden, womit die Entscheidungsassistenz zugleich präventiv gegen Gewalterfahrungen wirken würde.

Autonomie unter der Geburt ist ein komplexes Phänomen, das multifaktoriellen Einflüssen unterliegt (Kukla et al. 2009; Büchler et al. 2022). Das hier vorgestellte Konzept relational ermöglichter Autonomie, also der Selbstbestimmung *in* und *durch* bewährte, vertrauensvolle Beziehungen

lässt sich deswegen nicht unabhängig von strukturellen Verbesserungen in der Geburtshilfe verwirklichen, die rechtliche, ökonomische, epistemische und sozio-kulturelle Faktoren umfassen müssen.

### Literatur

- Ach, J S, Schöne-Seifert B (2013) Relationale Autonomie – Eine kritische Analyse. In: Wiesemann, C, Simon, A (Hrsg) *Patientenautonomie*, Mentis, Münster, S 42–60
- Anderson J, Honneth A (2005) *Autonomy, Vulnerability, Recognition, and Justice*. In: Christman J (Hrsg.) *Autonomy and the Challenges to Liberalism*. Cambridge University Press, Cambridge, S 127–149
- Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K (2016) The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*. 46(6):1121–34. doi: 10.1017/S0033291715002706
- Bathke B (2020) Geburten in Corona-Zeiten: Väter müssen draußen bleiben. Die Zeit vom 5. Juli 2020, <https://www.zeit.de/zeit-magazin/leben/2020-07/geburten-coronavirus-vaeter-kreissaal-krankenhaus/komplettansicht>, zuletzt abgerufen am
- Beauchamp T L, Childress J F (2013) *Principles of Biomedical Ethics*, 7. Auflage, Oxford University Press, New York, Oxford.
- Beckmann L (2016) Selbstbestimmung bei der Wahl des Geburtsortes. In: Schücking B (Hrsg): *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe*, 2., erweiterte Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 9–17.
- BGH (1993), Beschluss vom 16.2.1993, VI ZR 300/91.
- BGH (2007), Beschluss vom 5.7.2007, 4 StR 549/06.
- BGH (2020), Beschluss vom 11. 11. 2020, 5 StR 256/20.
- Bockenheimer-Lucius G (2002) Zwischen „natürlicher Geburt“ und „Wunschsec-tio“ – zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe, *Ethik Med* 14: 186–200
- Bohren M et al. (2019) How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394: 1750–1763 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Bohren M, Vogel J P, Hunter E C et al. (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>
- Borges M (2018), A violent Birth: Reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence, *Duke L J* 67: 827–862
- Brauer D (2013) *Autonomie und Familie: Behandlungsentscheidungen bei geschäfts- und einwilligungsunfähigen Volljährigen*, Springer, Heidelberg/Berlin.

- Büchler A (2017a) Der Kaiserschnitt aus Notwendigkeit und auf Wunsch. Oder auch mit Zwang? Historische, gesellschaftliche, medizinische und rechtliche Anmerkungen zu einem besonderen Eingriff. In: Jositsch, D, Schwarzenegger, Ch, Wohlers, W (Hrsg ), Festschrift für Andreas Donatsch, Schulthess Verlag, Zürich, Basel, Genf, S 571–582.
- Büchler A (2017b) Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung – Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens. Helbing Lichtenhahn, Basel
- Büchler A, De Clercq E, Elger B, Rost M (2022). *Ethische und rechtliche Einordnung zur Autonomie Gebärender*, *Obstetrica* 6/2022: 44–47.
- BverfG (2011), Beschluss vom 23.3.2011, 2 BvR 882/09.
- Chabbert M, Panagiotou D, Wendland J (2021) Predictive factors of women’s subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol* 39 (1):43–66. doi: 10.1080/02646838.2020.1748582
- Chadwick R J (2016) Obstetric violence in South Africa. *South African Medical Journal*, 106(5): 5–8.
- Charland L, Lemmens T, Wada K (2016) Decision-Making Capacity to Consent to Medical Assistance in Dying for Persons with Mental Disorders. *J Ethics Mental Health* (open volume) 1–14.
- Cohen Shabot S (2021). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women’s Studies*; 28 (2): 213–228. <https://doi.org/10.1177/1350506820919474>
- Cornock M (2011) Children’s rights in and out of the womb, *The International Journal of Children’s Rights* 19(1): 3–19
- De Beauvoir S (1976). *Le deuxième sexe*. Vol. 2: L’expérience vécue. Paris: Folio.
- De Vries R (2017) Obstetric Ethics and the Invisible Mother. *Narrat Inq Bioeth.* 7(3): 215–220.
- DeBaets A M (2017) From Birth Plan to Birth Partnership: Enhancing Communication in Childbirth, *Am. J. Obstetrics & Gynecology* 31: 31–32.
- 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>
- Deutsches Ärzteblatt (2019) Prävalenz zur Gewalt in der Geburtshilfe weiterhin unklar. *Dtsch Arztebl*, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107793/Praevalenz-zur-Gewalt-in-der-Geburtshilfe-weiterhin-unklar>.
- DGGG (2020), Pressemitteilung vom 26. 3.2020, <https://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen-und-nachrichten/dggg-empfeHLT-vaeter-bei-der-geburt-zu-lassen-auch-in-zeiten-der-corona-pandemie>
- Dodds S (2000) Choice and control in feminist bioethics. In: Mackenzie C, Stoljar N (Hrsg) *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, Oxford

- Dörpinghaus S (2013): *Dem Gespür auf der Spur: Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe*. Karl Alber, Freiburg
- Dörpinghaus S (2016) Leibliche Resonanz im Geburtsgeschehen. In: Landweer, H, Marcinski, I (Hrsg) *Dem Erleben auf der Spur. Feminismus und die Philosophie des Leibes*. Transkript, Bielefeld, S 69–90.
- Dörpinghaus S, Rohrbach Ch, Schröter B (2002) *Ausbildung in existentiellen Grenzsituationen. Theoretische Analyse und Ergebnisse einer empirischen Studie*. Mabuse, Frankfurt a. M.
- Duttge G (2013) Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit, In: Wiesemann, C, Simon, A (Hrsg) *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen*. Mentis, Münster, S 77–90.
- Duttge G (2015) Rechtlich-Normative Implikationen des Rechts auf Nichtwissen in der Medizin. In: Wehling P (Hrsg) *Vom Nutzen des Nichtwissens. Sozial- und kulturwissenschaftliche Perspektiven*. Transcript, Bielefeld, S 75–91.
- Dworkin G (2015) Defining Paternalism. In: Schramme T (Hrsg) *New Perspectives on Paternalism and Health Care*. Springer, Heidelberg, New York, S 17–29.
- EGMR (2010), Beschwerdesache Ternovszky gegen Ungarn, Urteil vom 14.12.2010, Bsw. 67545/09.
- EGMR (2014), Beschwerdesache Konovalova gegen Russland, Urteil vom 09.10.2014, Bsw. 37873/04.
- EGMR (2016), Beschwerdesache Dubská und Krejzová gegen Tschechien, Urteil vom 15.11.2016, Bsw. 28859/11.
- Erdman J (2015) Bioethics, Human Rights, and Childbirth. *Health and Human rights* 17 (1), 43–51.
- Ertan D, Hingray C, Burlacu E, Sterlé A, El-Hage W (2021) Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry* 16; 21(1):155. doi: 10.1186/s12888-021-03158-6.
- Feinberg J (1986), *Harm to Self. The Moral Limits of the Criminal Law*, New York.
- Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath M E, Eberhard-Gran M (2013) The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 16(1):1–10. doi: 10.1007/s00737-012-0301-3.
- Gómez-Virseda C, de Maeseneer Y, Gastmans C (2019) Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Med Ethics* 20, 76 <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0417-3>
- Gordon R M (2000) The emergence of assisted (supported) decision-making in the Canadian Law of Adult Guardianship and Substitute Decision Making. *International Journal of Law and Psychiatry* 23: 61–77.
- Grisso T, Appelbaum P S (1998): *Assessing Competence to Consent to Treatment. A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. Oxford University Press, New York, Oxford.

- Haker H (2003) Feministische Bioethik. In: Düwell M, Steigleder K (Hrsg) Bioethik. Eine Einführung. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 168–183.
- Hartmann-Dörpinghaus, S (2021). „Bedrohte Selbstbestimmung in betroffener Selbstgegebenheit“. *Gelingende Geburt: Interdisziplinäre Erkundungen in umstrittenen Terrains*. In: Mitscherlich-Schönherr O und Anselm R (Hrsg): Berlin, Boston: De Gruyter, S 209–238. <https://doi.org/10.1515/9783110719864-011>
- Hilpert, K (2021). Vulnerabilität/Verletzlichkeit Spiritual Care, 10 (3): 296–297. <https://doi.org/10.1515/spircare-2019-0108>
- Honneth A (1994) Kampf um Anerkennung: Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Joerden J C (2018) Patientenautonomie am Lebensende, MedR 36: 764–772.
- Jox R J, Ach J S, Schöne-Seifert B (2014), Der „natürliche Wille“ und seine ethische Einordnung, Dtsch Arztebl 111(10): A 394–396.
- Jung T (2017) Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. GENDER. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft (2), 30–45.
- Kentenich H (1983) „Natürliche Geburt“ in der Klinik. Zum Verhalten von Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaugural-Dissertation Freie Universität Berlin.
- Kukla R, Kuppermann M, Little M, Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris L. (2009) Finding autonomy in birth. Bioethics 23(1):1–8. doi: 10.1111/j.1467-8519.2008.00677.x.
- Kukura, E (2018), Obstetric Violence, Georgetown L J 106, 3: 721–801
- Langer M (2015) Psychosomatik in der Geburtshilfe. In: Schneider H, Husslein PW, Schneider K (Hrsg) Die Geburtshilfe. Springer, Berlin, Heidelberg, S 1115–1132
- Leinweber J, Jung T, Hartmann K and Limmer, C (2021) Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit, Public Health Forum 29, 2: 97–100. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0040>
- Leinweber J et al. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*; 49 (4):687–696.
- Lokugamage AU, Pathberiya SDC (2017) Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reprod Health* 14, 17 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0264-3>
- Lupton D (2012) ‘Precious cargo’: foetal subjects, risk and reproductive citizenship, *Critical Public Health*; 22: 329–340.
- Mackenzie C (2014) Three dimensions of Autonomy: A Relational Analysis. In: Veltman A, Piper M (Hrsg) *Autonomy, Oppression, and Gender*, New York, Oxford University Press, S 15–41.

- Mackenzie C, Stoljar N (2000) *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, Oxford.
- Markus N (2006) *Die Zulässigkeit der Sectio auf Wunsch. Eine medizinethische, ethische und rechtliche Betrachtung*, Peter Lang, Frankfurt/M.
- Martin E (1992). *The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction ; with a new Introduction*. Boston: Beacon Press.
- Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá V et al. (2020) Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (21), 7726
- Nedopil N (2014) Einwilligungsfähigkeit in ärztliche Behandlung. In: Cording C, Nedopil N (Hrsg): *Psychiatrische Begutachtungen im Zivilrecht. Ein Handbuch für die Praxis*. Pabst Science, Lengerich, S 164–171
- Neuner J (2018) *Natürlicher und freier Wille. Eine Studie zum Bürgerlichen Recht, AcP*, 1: 1–31
- O'Neill, O (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- OLG Naumburg (2014), Urteil vom 6.2.2014, U 45/13.
- Pickles C, Herring J (Hrsg) (2020) *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. Routledge, London
- Plantin L, Olukoya AA, Ny P (2011), Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering* 87, 96
- Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cericco M, Vannacci A (2018) Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: a community-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 224:208–209. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.055>
- Reime B (2016) Wer erfährt was? Informationen und Fehlinformationen in der Geburtshilfe. In: Schücking B (Hrsg) *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe*. 2., erweiterte Auflage Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 19–32.
- Reingold RB, Barbosa I, Mishori R (2020) Respectful maternity care in the context of COVID-19: A human rights perspective. *Int J Gynaecol Obstet*. 151(3): 319–321. doi: 10.1002/ijgo.13376.
- Rhoden NK (1987) Informed consent in obstetrics: some special problems. *West New Engl Law Rev*. 9(1): 67–88
- Rost M, Arnold L, De Clercq E (2020) „Boiling up the problem of violence“ in childbirth?—an ethical viewpoint on medical professional responses to women's reports of mistreatment in childbirth. *Ethik Med* 32 (2): 189–193
- Rost M, Stuermer Z, Niles, 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. *SSM – Qualitative Research in Health*, 2, 100077

- Savulescu J, de Crespigny L (2014), Homebirth and the Future Child, *Journal of Medical Ethics* 40 (12): 807–812.
- Schücking B (2016) Kinderkriegen und Selbstbestimmung. In: Schücking B (Hrsg) *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. 2., erweiterte Auflage* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 33–48
- Seymour J (2000) *Childbirth and the Law*. Oxford University Press, Oxford, New York.
- Shrivastava S, Sivakami M (2019) Evidence of ‘obstetric violence’ in India: An integrative review. *Journal of Biosocial Science*, 52 (4), 1–19
- Smith CD (2010) On Birthing Plans and Birthing Outcomes: Perspectives from a Physician-Patient. In: Belden M (Hrsg) *Obstetrics and Gynecology: A Competency-Based Companion*. Saunders, Philadelphia
- Snellgrove BJ, Steinert T (2017) Einwilligungsfähigkeit vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 11: 234–243
- Stahler T (2016) Passivity, being-with and being-there: care during birth, *Medicine, Health Care and Philosophy* 19(3): 371–379
- Stohl H (2018) Childbirth Is Not a Medical Emergency: Maternal Right to Informed Consent throughout Labor and Delivery. *J Leg Med* 38(3–4): 329–353. doi: 10.1080/01947648.2018.1482243
- Taylor C (2009) *Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Tegethoff D (2011) Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In: Villa P-I, Moebius S, Thiessen B (Hrsg) *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Campus, Frankfurt a. M, S 101–128
- Thachuk A (2007) Midwifery, Informed Choice, and Reproductive Autonomy: A Relational Approach., *Feminism & psychology* 17(1): 39–56
- Tömmel TN (2021) Selbstbestimmte Geburt. Autonomie sub partu als Rechtsanspruch, Fähigkeit und Ideal. In: Mitscherlich-Schönherr O, Anselm R (Hrsg), *Gelungende Geburt*, Berlin: DeGruyter, S 73–94
- Tömmel TN (2024) From a Phenomenology of Birth towards an Ethics of Obstetric Care. *Clinical Ethics* (im Erscheinen)
- Vacaflor CH (2016) Obstetric violence: A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24 (47): 65–73
- Van der Waal R, van Nistelrooij I (2022). Reimagining relationality for reproductive care: Understanding obstetric violence as „separation“. *Nurs Ethics*; 29 (5): 1186–1197. doi:10.1177/09697330211051000
- Vedam S, Stoll K, Martin K, Rubashkin N, Partridge S, Thordarson D, Jolicoeur G (2017) Changing Childbirth in BC Steering Council. The Mother’s Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLoS One* 23;12(2):e0171804. doi: 10.1371/journal.pone.0171804



- Vedam S, Stoll K, Taiwo T K et al. (2019) The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health* 16, 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- Wolf A, Charles S (2018) Childbirth is not an emergency: Informed consent in labor and delivery. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 11:23–43. doi: 10.3138/ijfab.11.1.23
- World Health Organization (2015) Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. WHO statement, 14.9.2014, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- World Health Organization (2018) WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience, 7.2.2018, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- World Health Organization (2020), Q&A on COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding. 18.3.2020. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>
- Yakovi Gan-Or N (2020) Going Solo: The Law and Ethics of Childbirth During the COVID-19 Pandemic, *Journal of Law and the Biosciences* 7 079, <https://doi.org/10.1093/jlb/ljaa079>
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2016) Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin, Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten. *Dtsch Arztebl Int.* 113 (15): A-734

