



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitte aus
theologisch-ethischer Sicht“

Wenn ein Kaiserschnitt zum (Ein)Schnitt in zweier Leben wird

verfasst von / submitted by

Tanja Karrer

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Theologie (Mag^a. theol.)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme
code as it appears on the student record sheet: A 190 313 020

Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as
it appears on the student record sheet: Lehramt Geschichte und Katholische Theologie

Betreut von / Supervisor: Ao. Univ.-Prof. Dr. Gunter M. Prüller-Jagenteufel

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Magister-/Master-/Diplomarbeit/Dissertation eingereicht.

Ort und Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

0. Vorwort	10
1. Einleitung.....	12
1.1. Fragestellung	13
1.2. Thesen	16
1.3. Aufbau der Arbeit.....	17
1.4. Methodische Überlegungen	17
1.5. Forschungsüberblick und aktuelle Studien	18
2. Medizinischer Teil – die Geburt eines Menschen.....	20
2.1. Von der natürlichen Geburt zum Kaiserschnitt – ein medizinischer Abriss.....	20
2.2. Die Arten der Geburt.....	23
2.2.1. Die vaginale Spontangeburt	23
2.2.2. Der Kaiserschnitt.....	27
2.3. Physiologische und psychologische Mechanismen rund um die vaginale Geburt	28
2.3.1. Der Geburtsschmerz	28
2.3.2. Die Funktion von Oxytocin - Bindung zwischen Mutter und Kind	32
2.3.3. Medizinische und psychologische Implikationen eines Kaiserschnittes für Mutter und Kind	34
3. Die gestiegene Sectio-Rate	37
3.1. Gründe für die gestiegene Kaiserschnitttrate	38
3.1.1. Ökonomische Überlegungen	38
3.1.2. Juristische Überlegungen.....	39
3.1.3. Persönliche Überlegungen.....	39
3.1.4. Medizinethische Überlegungen	41
3.2. Differenzierte Betrachtung der gestiegenen Sectio-Rate	44

4. Medizinisch nicht eindeutig indizierte Kaiserschnitte aus theologisch-ethischer Sicht ..	45
4.1. Die Geburt aus Sicht der feministischen Theologie	45
4.1.1. Hannah Arendt	47
4.1.2. Geburtlichkeit	47
4.1.3. Die Freiheit des Menschen und die Suche nach Sinn.....	50
4.2. Viktor Frankl	53
4.2.1. Biografie	53
4.2.2. Die Auffassung des Menschen und des Lebens nach Viktor Frankl	54
5. Angst als markanter Faktor bei der Entscheidungsfindung und die Auswirkung von brüchigen Beziehungen.....	61
5.1. Die Entfremdung des Menschen – Technisierung und Medizinalisierung	61
5.2. Die Geburt – ein Übergang	63
5.3. Die (Ver)Bindung wird brüchig – Auswirkung von (Ein-)Schnitten im Leben	69
5.3.1. Die Folgen einer entfremdeten Beziehung	70
6. Systematischer Ertrag	72
6.1. Medizinische Betrachtung von Kaiserschnitt und vaginaler Spontangeburt	72
6.2. Geburt versus entbunden werden – Geburt als Akt der Freiheit und der Selbstbestimmung	73
6.3. Geburt als Verbildlichung des beständigen Neubeginns im Leben des Menschen ...	73
6.4. Resümee	74
6.5. Offene Fragestellung	74
7. Literaturverzeichnis	75
Anhang.....	80
Abstract – Deutsch.....	80
Abstract – Englisch.....	81
Lebenslauf.....	82

Zu Beginn möchte ich einen Auszug aus dem 1995 von Fernando Contreras Castro verfassten Roman „Der Mönch, das Kind und die Stadt“ zitieren:

„Dieser November war der neunte Schwangerschaftsmonat des Mädchens. Eines Morgens beim Frühstück sprang ihre Fruchtblase zur Überraschung und Erleichterung aller. Doktor Evans kam, sich noch den Kittel zuknöpfend, gelaufen und fand die Gebärende vor Schmerz schreiend in der kleinen Kammer des Hinterhofs. Dorthin hatte man sie gebracht, weil sie dort am weitesten entfernt von der Unruhe war, die unweigerlich mit dem hereinbrechenden Abend beginnen würde.

Anfangs weigerte sich Evans, die Geburt dort zu begleiten, sondern meinte, es sei ratsam, einen Krankenwagen zu rufen und die junge Frau ins Hospital bringen zu lassen. Sie weigerte sich jedoch hartnäckig. [...]

Die Geburt war lang und mühsam, das Mädchen erlitt die schmerzhaften Wehen einer Erstgebärenden, grub sich die Nägel in die Arme und biss sich in die Knöchel der geballten Fäuste. Ein dickes Mädchen aus dem Haus setzte sich auf den Leib der Gebärenden, um ihr bei den Wehen zu helfen, während Doktor Evans mit den geringen Kräften, die ihm noch verliehen waren, das seine tat. Und unter den überraschten, erstaunten, ja, erschrockenen Blicken aller brachte das Mädchen ein Kind von ordentlichem Gewicht, guter Farbe und normaler Größe zur Welt, das sich nur in einem Punkt von anderen Kindern unterschied. Alle Frauen schrien gleichzeitig auf, als sie den Knaben sahen, und einige liefen Hals über Kopf aus der Kammer. Evans ließ ihn sogar vor Schreck fast fallen, und es war Jerónimo, der glücklicherweise ganz in der Nähe stand und ihn in seine Arme nahm, ihm die Nabelschnur abband und ihm half, den ersten Schrei auszustoßen, damit er das loswurde, war er im Mund hatte und das, nach seinem Gesichtchen zu urteilen, ziemlich bitter schmecken musste.

Das Kind war - anders. [...]

„Diese Kinder überleben sonst nie ...“, meinte er (Anm.: Doktor Evans) staunend, als er es mit großem Appetit saugen sah.

„Er wird aber sehr wohl überleben“, antwortete Jerónimo, „denn er ist ein Zeichen unserer Zeit“.¹

¹ CONTRERAS CASTRO, Fernando, Der Mönch, das Kind und die Stadt, Zürich 2011, 25-27 [Original: Los Peor, San José de Costa Rica, 2002].

0. Vorwort

Das Wunder des Lebens. Wie oft hörte ich, dass die Geburt eines Kindes ein Wunder sei. Kräfte, die dazu führen, dass sich Leben entfalten kann, kommen in diesem einen Moment zum Vorschein. Ein alter Hebammenkoffer aus den Kriegsjahren, der von meiner Uroma stammte, weckte das Interesse an diesem Beruf. Ein angesehener Beruf sei das damals gewesen und so habe sie beinahe alle Kinder des Orts auf die Welt gebracht – als Gegenleistung erhielt sie Naturalien wie Brot oder Eier. Im hohen Alter betonte sie noch, dass sie nie eine von denen gewesen sei, von denen es in der Stadt so viele gab: sie meinte damit jene Hebammen, die auch als „Engelmacherinnen“ fungiert hatten und Kinder abgehen ließen.

Was für eine Macht muss in den Händen dieser Frauen gelegen haben. Auf jeden Fall waren es das Leben des Kindes und das der Mutter unter dem Einfluss ihrer Kenntnisse, die eine reibungslose Geburt im eigenen Haus ermöglichen sollten.

Spricht man heute von Hausgeburten, wird man in unseren Breiten von verängstigten Blicken getroffen. Die Geburt wird, so ich das sagen kann, als etwas potentiell Bedrohliches empfunden. Angst vor großen Schmerzen und Komplikationen schwirren im Raum herum. Ich fragte mich, wie wohl damals Hebammen und Frauen das notwendige Vertrauen einander entgegenbrachten haben, obwohl das nächste Krankenhaus mehr als eine halbe Stunde entfernt war. Eine Frage, die mich in einer Zeit, in der die Medizin so viele Möglichkeiten bietet, sehr beschäftigt und zum Nachdenken gebracht hat.

Und dann das nächste Erlebnis im Sommer 2015 auf über 3000 Meter Höhe in den peruanischen Anden, genauer gesagt in Huaraz in der Provinz Ancash. Giovanni Edith Pumachagua Laguna, eine erfahrene Hebamme um die 50 Jahre, nimmt mich ins örtliche Krankenhaus mit. Alle Frauen, die eine Krankenversicherung haben, werden dort auf gutem Standard behandelt. So gibt es neben Kreißsälen auch Operationsräume, wo Kaiserschnitte vorgenommen werden können.

Aus Verlegenheit heraus und um die ersten Minuten des Kennenlernens einer mir bis zuvor unbekanntem Frau zu verkürzen, beginne ich von dem zu erzählen, was ich immer im Zusammenhang mit Geburt gehört habe: Dammschnitt, Kreuzstich, Kaiserschnitt, etc. Was für mich alltägliche Wörter im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes waren, lösten bei meinem Gegenüber zweifelnde Blicke aus.

Im weiteren Gespräch zeigte sich, dass mein Verständnis von Geburt, Geburtsmodi, Vorsorgeuntersuchungen und vor allem auch Eingriffen während der Geburt, nicht unbedingt allgemein gültig sein mussten. Ein Grund, den Blick zu weiten und gängige Praktiken und vorhandene Zahlen zu hinterfragen – in medizinischer, aber auch aus ethischer Sicht.

1. Einleitung

Die Geburt eines Menschen stellt den Beginn eines jeden Lebens dar. Sie ist der Übergang in eine neue Existenz, die dennoch bereits ab dem ersten Atemzug die Endlichkeit in sich trägt und mit dem letzten Atemzug endet. Der erste Schrei des Neugeborenen ist das Zeichen für alle Anwesenden, dass die Geburt gutgegangen und der Säugling lebensfähig ist. Die vaginale Spontangeburt stellt einen der zwei möglichen Geburtsmodi dar, bei dem das Kind durch den Geburtskanal hindurch das Licht der Welt erblickt. Bestehen jedoch medizinische Indikationen, wie eine Steißlage des Kindes,² die eine vaginale Geburt verhindern, ist ein Kaiserschnitt notwendig, um sowohl das Leben der Mutter, als auch das des Kindes zu sichern.

Die Geschichte der Geburtenkunde zeigt, wie nach und nach das Wissen der Hebammen erweitert wurde und sich daraus die Gynäkologie als medizinische Disziplin herauskristallisierte, innerhalb derer auch operative Eingriffe durch den Arzt/die Ärztin vorgenommen wurden und werden.³ Ist eine vaginale Spontangeburt nicht möglich, wird die Bauchdecke der Mutter und die Gebärmutter durch mehrere Schnitte geöffnet, damit so der operierende Arzt/die operierende Ärztin den Säugling aus dem Bauchraum der Mutter entwickeln kann. Im Gegensatz dazu nimmt bei einer vaginalen Spontangeburt nicht der Arzt/die Ärztin, sondern eine ausgebildete Hebamme die Hauptrolle an der Seite der Gebärenden ein. In Fällen, in denen eine natürliche Geburt nicht möglich war, ließ die durch Ärzte/Ärztinnen erfolgreich vorgenommen Schnittentbindungen die Mutter-Kind-Sterblichkeit deutlich sinken.⁴

Die seitens der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte Statistik zeigt jedoch im weltweiten Vergleich, dass die tatsächlich vorgenommenen Kaiserschnitte die von der WHO empfohlene Sectiorate von 10-15% deutlich übersteigen.⁵ Aus der Statistik, die 2010 veröffentlicht wurde, lässt sich eine Tendenz hin zum Kaiserschnitt ablesen, obwohl dieser

² Vgl. BECKER, Andreas/EISSLER, Uwe, Die standardisierte primäre Sectiorate (SPSR) und ihre Anwendung im Qualitätsmanagement und für Krankenhausvergleiche. Ein Beitrag zur Versachlichung einer komplexen Diskussion, in: Das Krankenhaus 2 (2014) 115-130 [Online Zeitschrift, URL: https://www.wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/toc_list/KH/2014/DT%3D20140201/Heft%202%20%252F%202014/KH?max=25&offset=0 (Stand: 13.02.2017)]; [in Folge: A. BECKER, Die standardisierte primäre Sectiorate].

³ Vgl. STARK, Michael (Hg.), Der Kaiserschnitt. Indikationen – Hintergründe – Operatives Management der Misgav-Ladach-Methode, München 2009, 2; [in Folge: M. STARK, Der Kaiserschnitt].

⁴ Vgl. Ebd. 21f.

⁵ Vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO Statement on Caesarean Section Rates (2015) 1, [Online-Ausgabe, URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf (Stand: 12.02.2017)]; [in Folge: WHO, Statement on Caesarean Section Rates].

medizinisch gesehen nicht eindeutig notwendig ist.⁶

1.1. Fragestellung

Hinsichtlich dieser Tatsache stellt sich die Frage, ob die im Rahmen des Geburtsprozesses vorgenommenen operativen Eingriffe ethisch gerechtfertigt sind. Dieser Frage wird im Rahmen der Diplomarbeit nachgegangen. Dazu werden zu Beginn die aktuellen Zahlen herangezogen sowie die vaginale Spontangeburt und der Kaiserschnitt näher betrachtet. Diese Betrachtung ergibt auch den ersten Teil der Diplomarbeit, der sich mit der vaginalen Spontangeburt und dem Kaiserschnitt aus medizinischer Sicht beschäftigt. Dabei soll im ersten Schritt geklärt werden, welche Gründe dazu führen, dass eine vaginale Spontangeburt nicht möglich ist und ein Arzt/eine Ärztin durch einen Kaiserschnitt operativ eingreifen muss, um das Leben von Mutter und Kind zu sichern.

Der zweite Teil der medizinischen Betrachtung soll die Implikationen der unterschiedlichen Geburtsmodi für Mutter und Kind klären. Hierzu soll ein Vergleich zwischen vaginalen Spontanentbindungen und Kaiserschnitten angestellt werden. Dabei stehen die Themen der Ausschüttung des Hormons Oxytocin, des Bondings, der Atemfähigkeit des Neugeborenen, aber auch das Schmerzempfinden der Gebärenden im Zentrum.

Der dritte Teil der Diplomarbeit bezieht sich auf die von der WHO veröffentlichte Empfehlung einer Sectiorate von 10-15% und der tatsächlichen, länderspezifischen Rate, die weltweit zwischen 0,4 - 45,9% liegt. Die niedrigste Kaiserschnitttrate in Europa gibt es in den nordischen Ländern wie Finnland mit 16,3% und Norwegen mit 16,6%. Im unteren Bereich, aber dennoch deutlich über der empfohlenen Richtlinie, liegt Österreich mit 27,1%.⁷ Auf diesen Daten beruhend, sollen die Gründe für die erhöhte Sectiorate erörtert werden. Auch ein Krankenhaus ist ein wirtschaftlicher Betrieb, der am Ende des Jahres eine positive Bilanz vorweisen muss, die sich wiederum aus den Einnahmen des Gesundheitssystems speist. Ökonomische Überlegungen spielen im Krankenhausbetrieb auch deshalb eine Rolle, da nicht jede Behandlung vom personalen und finanziellen Aufwand her gleich ist und auch diese Ausgangslage bei Entscheidungen für oder gegen

⁶ Vgl. GIBBONS, Luz u.a., The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage, in: WORLD HEALTH REPORT, Backgroundpaper 30 (2010) [Online-Ausgabe, URL: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf> (Stand: 10.12.2016)]; [zit: L. GIBBONS, The Global Number of Unnecessary Caesarean Sections] 15-19.

⁷ Vgl. ebd. 15-19.

medizinische Behandlungen oder Eingriffe ausschlaggebend ist. Daneben gibt es auch medizinische Implikationen, wie eine weniger schmerzhaftere Behandlung, eine schnellere Regenerierung oder eine invasivere Methode, die für oder gegen bestimmte Eingriffe sprechen. Zuletzt sind es aber auch juristische Konsequenzen, die Ärzte/Ärztinnen zu bestimmten Behandlungen tendieren lassen, da diese als sicherer gelten und somit das Risiko einer strafrechtlichen Verfolgung eines nichtzufriedenstellenden Eingriffes vermindern. Somit werden im dritten Teil medizinische, juristische, ökonomische, aber auch die persönlichen Überlegungen der Frauen betrachtet.

Der vierte Teil der Diplomarbeit umfasst die theologisch-ethische Betrachtungen der Geburt. Auch hierbei geht es zum einen um die vaginale Spontangeburt und zum anderen um die Kaiserschnittgeburt. Der Fokus liegt jedoch im Besonderen auf medizinisch nicht eindeutig indizierten Kaiserschnitten, die aus ökonomischen, juristischen oder persönlichen Überlegungen heraus getroffen wurden. Um theologisch-ethisch zu beleuchten, ob ein nicht indizierter Kaiserschnitt gerechtfertigt ist, wird die Geburt aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet:

Zum einen stellt die Geburt einen Übergang dar. Übergänge sind Schnittstellen im Leben der jeweils beteiligten Personen. Dass es neben der Geburt noch weitere Übergänge gibt, wie Heirat oder Tod, beschrieb bereits der Franzose Arnold Van Gennep 1909. In seinen Arbeiten unterschied er nicht nur zwischen Trennungsriten (*rites de separation*), Übergangs- bzw. Schwellenriten (*rites de marge*) und Angliederungsriten (*rites d'agrégation*), sondern beschäftigte sich auch mit dem (rituellen) Umgang, damit individuelle Einschnitte, sprich Erlebnisse oder Übergänge, besser in das Leben integriert werden können. Dies ist deshalb notwendig, da jeder Übergang tendenziell eine Gefahr für das Individuum aber auch die gesellschaftliche Ordnung darstellt.⁸ In Hinblick auf medizinisch nicht eindeutig indizierte Kaiserschnitte lässt diese Beobachtung die Frage aufkommen, ob Kaiserschnitte die Umgehung der vaginalen Spontangeburt darstellen und somit auch eine Art Vermeidungsstrategie sind, sich mit tendenziell gefährlichen Umbrüchen, Übergängen nicht auseinandersetzen zu müssen. Es stellt sich die Frage, welches Bild nicht nur schwangere Frauen, sondern auch die begleitenden Ärzte/Ärztinnen und Hebammen von der bevorstehenden Geburt haben und ob dieses mit Ängsten besetzt ist, was wiederum einen Kaiserschnitt favorisieren lässt. Wäre dies der Fall, gelte es, dieses

⁸ Vgl. GENNEP, Arnold van, *Übergangsriten (Les rites de passage)*, 3., erweiterte Auflage, Frankfurt 2005, 15-21.

Bild mit ausreichender Aufklärung richtig zu stellen und falschen Ängsten den Riegel vorzuschieben.⁹

Aus den vorangegangenen Überlegungen, aber auch aus der theologischen Überlegung heraus, rücken *fünf* Schlagwörter ins Zentrum: beginnend mit *Die Entfremdung* von Arnold Gruen und *Der Sinn* von Viktor Frankl. Theologisch-ethisch ist zu betrachten, ob es sich bei der gestiegenen Sectiorate nicht um eine Flucht, um eine Vermeidungsstrategie der eigentlichen Sache, sprich der Geburt, handelt, welche wiederum auf einem durch die beständigen Fortschritte in der Medizin basierendem technisierten Denken beruhen. Flucht, Vermeidung und Entfremdung bedeuten hier das Fehlen von Empathie.¹⁰ Aus diesem Grund soll der Fokus vor allem auch auf das *Bindungsverhalten*, beeinflusst durch das Hormon Oxytozin, das bei einer vaginalen Spontangeburt natürlich ausgeschüttet wird, betrachtet werden.¹¹ Bindung entsteht beim Kleinkind beginnend bei der Mutter, über die Mitmenschen hin zur Umwelt. Fehlendes Bindungsverhalten hat nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche Konsequenzen.¹²

Des Weiteren soll der Kaiserschnitt, insofern dieser aufgrund von ökologischen, juristischen oder persönlichen Überlegungen erfolgt, in Hinblick auf das Empfinden von Ängsten und Schmerzen in Anlehnung an Viktor Frankl und dem Schlagwort *sinnvolles Leiden* betrachtet werden.¹³

Die abschließende Betrachtung handelt davon, dass das Leben aus theologischer Sicht ein *Geschenk* ist, und der Beginn von etwas Neuem. Dieses neue Leben trägt den Neubeginn, in der feministischen Theologie als *Geburtlichkeit* bezeichnet, in sich, jedoch auch die Aufgabe, sich mit der Endlichkeit des Daseins auseinanderzusetzen. Genau dies geschieht im Erleben der Geburt, in der Tod und Leben so nahe wie nirgendwo beieinander liegen.¹⁴

⁹ An dieser Stelle sei die Kampagne *Bauchgefühl* aus Deutschland zu nennen. Sie versucht Frauen über die vaginale Spontangeburt aufzuklären und falschen Ängsten entgegen zu wirken. Ebenso die spanische Kampagne *El Parto es Nuestro* (übersetzt: Die Geburt ist Unsere), die die gleichen Ziele verfolgt.

¹⁰ Vgl. GRUEN, Arnold, *Dem Leben entfremdet. Warum wir wieder lernen müssen zu empfinden*, München 2013, 42-44; [*in Folge*: A. GRUEN, *Dem Leben entfremdet*].

¹¹ Vgl. SCHMID, Verena, *Der Geburtsschmerz. Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung*, Stuttgart² 2011, 97; [*in Folge*: V. SCHMID, *Der Geburtsschmerz*].

¹² Vgl. BRISCH, Karl Heinz, *Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention*, in: MAIER, Barbara (Hg.) u.a., *Verbindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Beiträge der 1.Drei-Länder-Tagung der DGPF, ÖGPGG und SAPGG 2009*, Frankfurt am Main 2010, 22-23; [*in Folge*: K.H. BRISCH, *Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention*].

¹³ Vgl. FRANKL, Viktor E.: *Grundkonzepte der Logotherapie*, Wien 2015, 31.

¹⁴ Vgl. MOLTMANN-WENDEL, Elisabeth, *Geburt / Natalität. Theologisch*, in: GÖSSMANN, Elisabeth (Hg.), *Wörterbuch der Feministischen Theologie*, 2., vollständig überarbeitete und grundlegend erweiterte Auflage, Gütersloh 2002, 197; [*in Folge*: E. MOLTMANN-WENDEL, *Geburt / Natalität aus theologischer Sicht*].

1.2. Thesen

In der Arbeit soll eine Hauptthese beleuchtet werden, die sich wiederum aufgrund von mehreren Unterthesen beantwortet:

Hauptthese

- Ein Kaiserschnitt verhindert das Erleben der Geburt als dem Beginn von etwas Neuem und stört das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind (Oxytocin).

Weitere Unterthesen

- Schwangere Frauen haben häufig ein sehr angstbesetztes Bild von der Geburt, welches die Angst vor Schmerzen, aber auch die Angst, die Geburt nicht bewältigen zu können, umfasst.
- Aufgrund von ökonomischen Überlegungen werden mehr Kaiserschnitte als nötig vorgenommen
- Ärzte/Ärztinnen bevorzugen Kaiserschnittgeburten, da deren Ablauf vorhersehbarer ist als der einer vaginalen Spontangeburt. Diese Überlegungen werden auch in Hinsicht auf juristische Konsequenzen getroffen.
- Frauen wird bei nicht eindeutigen Geburtssituationen ein Kaiserschnitt im Vergleich zur spontanen Vaginalgeburt als die bestmögliche Option präsentiert, ohne auf die Wünsche und Bedürfnisse der Frau einzugehen und diese in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen.

1.3. Aufbau der Arbeit

Wie bereits innerhalb der Fragestellung dargestellt, gliedert sich die Arbeit in drei Teile. Ausgehend von aktuellen Statistiken über die Kaiserschnitttrate bei Geburten werden die medizinischen Aspekte der vaginalen Spontangeburt und der Schnittentbindung analysiert. Dabei wird geklärt, bei welchen medizinischen Indikationen ein Kaiserschnitt unbedingt notwendig ist und eine vaginale Spontangeburt ausgeschlossen werden muss. Des Weiteren soll erörtert werden, welche Risiken die unterschiedlichen Geburtsmodi für Mutter und Kind implizieren.

Darüber hinausgehend wird der Blick auf jene Überlegungen gerichtet, welche bei einer nicht eindeutig vorhandenen medizinischen Indikation dennoch dazu führen, einen Kaiserschnitt zu favorisieren. Diesbezüglich werden ökonomische, juristische, medizinische, aber auch persönliche Gründe der Frau beleuchtet. Daran anschließend soll im dritten Teil erörtert werden, ob medizinisch nicht indizierte Schnittgeburten aus theologisch-ethischer Sicht gerechtfertigt sind und welche weiteren Auswirkungen diese nach sich ziehen.

1.4. Methodische Überlegungen

Um die Hypothesen zu beantworten, werden für die Arbeit aktuelle medizinische Handbücher der Gynäkologie und der Hebammenkunde verwendet.

Nebst diesen Standardwerken zum Erlernen der notwendigen Kenntnisse und Handgriffe, werden auch aktuelle Publikationen aus der Forschung herangezogen. Die theologisch-ethische Betrachtung beruht auf den Werken von Viktor Frankl, die sich mit der Existenzanalyse beschäftigen und sich in weiterer Folge zu einer eigenen psychotherapeutischen Richtung, der Logotherapie, entwickelt haben. Um das theoretische Wissen von Frankl auf aktuelle Situationen übertragen und anwenden zu können, werden auch Bücher zur Interpretation und praktischen Auslegung Frankls herangezogen. Ebenso soll eine Auseinandersetzung mit Werken aus der feministischen Theologie, die sich mit dem Begriff der *Geburtlichkeit*, welcher von Hannah Arendt geprägt wurde, geschehen.

1.5. Forschungsüberblick und aktuelle Studien

Innerhalb der Forschung finden sich Studien, die die physiologischen Aspekte der Geburt zwischen vaginaler Spontangeburt und Kaiserschnitt vergleichen. Untersuchungen rund um die physiologischen Aspekte haben sowohl die Vor- und Nachteile der vaginalen Geburt als auch des Kaiserschnittes für Mutter und Kind im Blick, ebenso die hormonellen Umstände, die die Schmerzlinderung während der Geburt und das Glückempfindung post partum herbeiführen, aber auch das Bonding (Bindung) zwischen Mutter und Neugeborenen begünstigen (sollen). In diesem Zusammenhang wird vor allem Oxytocin als das sogenannte *Liebeshormon* genannt. Weitere Untersuchungen kreisen um das Erleben der Geburt und ebenso um das Bonding, jedoch aus psychologischer Sicht. Ziel dieser Untersuchungen ist es, in Anbetracht der gestiegenen Sectio-Rate, den für Mutter und Kind optimalen Geburtsmodus aufzuzeigen. Eine differenzierte Sicht auf die Zahl an vorgenommenen Schnittentbindungen und ob es eine optimale Anzahl an Kaiserschnitten gibt, sowie den Indikationen dafür, werden in dem Werk *Der Kaiserschnitt. Indikationen – Hintergründe – Operatives Management der Misgav-Ladach-Methode*¹⁵ kritisch betrachtet (München 2009). In diese differenzierten Betrachtung lässt sich auch das Werk *Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Träume? Über das Erleben von betroffenen Frauen*¹⁶ von Christiane Jurgelucks (2004) einreihen. Besonders hervorzuheben ist der Artikel *Sectio caesarea: Machen wir zu viele?* von Daniel Surbek (2014). In einem sachlichen Beitrag stellt er Sectio und Vaginalgeburt gegenüber, geht auf Zahlen, sowie auf die Unterscheidung von primärer und sekundärer Sectio ein und stellt auch die Frage nach dem Selbstbestimmungsrecht der Frau. Hierbei verweist er auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Informations- und Aufklärungspflicht seitens der Ärzte/Ärztinnen.¹⁷

Betrachtet man die aktuelle Situation, so zeigt sich, dass neue technische Möglichkeiten in der Medizin zu neuen ethischen Überlegungen geführt haben. So findet man in Handbüchern der medizinischen Ethik ausführliche Erläuterungen zu folgenden Themen:

¹⁵ Vgl. STARK, Der Kaiserschnitt 21f.

¹⁶ Vgl. JURGELUCKS, Christiane: Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen, Frankfurt am Main 2004.

¹⁷ Vgl. SURBEK, Daniel, Gynäkologie und Geburtshilfe: Sectio caesarea: Machen wir zu viele?, in: Schlaglichter, 2014, 970-972 [Online-Ausgabe, URL: <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2014/5152/de/smf-02108.pdf> (Stand: 20.11.2016)]; [in Folge: D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele?].

- Reproduktionsmedizin
- Bioethik
- Genterapie
- Organtransplantation
- Schwangerschaftsabbruch sowie
- Sterbebegleitung.

Dabei kreisen die ethischen Betrachtungen vor allem um den Beginn und das Ende des Lebens. Sieht man genauer hin, zeigt sich, dass die meisten ethischen Überlegungen über die verschiedenen technischen Entstehungsmöglichkeiten von neuem Leben handeln. Der unerfüllte Kinderwunsch vieler Paare und die Möglichkeiten der Medizin stellen neue Fragen, auf die Antworten gefunden werden müssen. Themen hierbei sind die Entnahme von (Fremd-)Eizellen und Spermien, die künstliche Befruchtung, die In-vitro-Fertilisation, der Umgang mit nicht eingesetzten Embryonen und die Feststellung von Erbkrankheiten am Embryo vor dessen Einsetzen in die Gebärmutter der jeweiligen Frau. Es finden sich jedoch keine Werke, die auf die ethische Verantwortung bei medizinisch nicht indizierten Kaiserschnitten eingehen.

Deshalb sollen in dieser Diplomarbeit moraltheologische Richtlinien erarbeitet werden, die eine Entscheidung für oder gegen einen bewusst vorgenommenen, sprich nicht zwingenderweise notwendigen Kaiserschnitt, erarbeitet werden. Um die steigende Sectiorate bei einer nicht eindeutig vorliegenden medizinischen Indikation unter einem theologisch-ethischen Aspekt zu betrachten, werden als Referenzen Viktor E. Frankl und seine Logotherapie und Hannah Arendt und ihr Begriff der Natalität herangezogen.

Die theologisch-ethische Betrachtung von medizinisch nicht indizierten Kaiserschnitten, soll nicht nur Stellung zu den direkt betroffenen Sectios einnehmen, sondern diese und deren Folgen auch in einen größeren Rahmen einordnen: Dies bezieht sich vor allem auf die These, dass ein Kaiserschnitt das Erleben der Geburt als den Beginn von etwas Neuem verhindert und das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind stört. Ist bereits die erste, fundamentalste Beziehung im Leben eines Kindes einem Einschnitt unterworfen, stellt sich die Frage, wie sich das weitere Zusammenleben des Kindes mit seinen Mitmenschen und seiner Umwelt gestalten wird.

Wie bereits zu Beginn in dem Auszug aus *Der Mönch, das Kind und die Stadt* von Fernando Contreras Castro genannt, ergibt sich die Frage, was die **Zeichen der Zeit** sind und ob diese auch zukunftsweisend zeigen, was die Realitäten von Morgen sein werden.

2. Medizinischer Teil – die Geburt eines Menschen

2.1. Von der natürlichen Geburt zum Kaiserschnitt – ein medizinischer Abriss

Gilt der Kaiserschnitt heute als Routineeingriff, der eine geringe Mortalität (Sterblichkeit) aufweist,¹⁸ so wurde die Schnittentbindung bis in die Neuzeit hinein nur an verstorbenen oder bereits im Sterben begriffenen Schwangeren durchgeführt. Aufgrund von fehlenden medizinischen Möglichkeiten waren die Überlebenschancen für die Frauen damals sehr gering. Ineffiziente Analgesie (Schmerzmittel), fehlendes Nahtmaterial sowie unzureichende Nahttechniken und die Durchführung der operativen Eingriffe in nicht keimfreien Räumlichkeiten bedingten die hohe Mortalität der Schwangeren.¹⁹ Nach Berichten soll der Kaiserschnitt erstmals 1610 in Wittenberg erfolgreich durchgeführt worden sein.²⁰

Betrachtet man den Kaiserschnitt zahlenmäßig in seinem historischen Verlauf, so zeigt sich, dass dieser bis 1900 im Rahmen der Geburtshilfe quantitativ kaum eine Rolle gespielt hat. Nur 100 Jahre später zählt die Schnittentbindung hingegen zu einer Routineoperation. Und obwohl der Kaiserschnitt ebenso wie die Appendektomie (Blinddarmoperation) so häufig vorgenommen wird, ist kein anderer chirurgischer Eingriff in der Medizin so umstritten wie die Sectio caesarea. Der Grund dafür liegt in den kulturhistorischen, ethischen sowie anthropologischen Überlegungen, in denen der Kaiserschnitt nebst den medizinischen Überlegungen eingebettet ist. Die kontroversen Betrachtungen der Sectio bzw. der Geburt ergeben sich aus den zuvor genannten Überlegungen und ebenso dadurch, dass mit dem Geburtsvorgang existentielle Vorgänge einhergehen:²¹

¹⁸ Vgl. D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele? 970.

¹⁹ Vgl. STARK, Der Kaiserschnitt 3.

²⁰ Vgl. ECKART, Wolfgang U., Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 7., völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin – Heidelberg 2013, 88; [in Folge: W. ECKART, Geschichte der Medizin].

²¹ Vgl. M. STARK, Der Kaiserschnitt 2.

„Im Vorgang des Gebärens, der eigentlich die Entwicklung selbstständigen Lebens zum vorläufigen Abschluss bringt und die autonome Dyade von Schwangerer und Fetus auflöst, offenbart sich zugleich Todesgefahr; sei es ohne, aber gerade auch mit dem Eingriff.“²²

Zugleich greift der Kaiserschnitt das uralte Spannungsfeld von Natur und Kunst auf und markiert als *künstliche* Geburt den Gegenpol zur *natürlichen* Geburt.²³

Bis ins 16. Jahrhundert hinein wurden schwangere Frauen von Hebammen und wissenden Frauen während der Schwangerschaft und Geburt begleitet. Ihre Tätigkeit war in den meisten Städten durch Hebammenordnungen geregelt.²⁴ Bis 1500 war es auch noch die Pflicht der Hebammen, die operativen Schnittentbindungen an den Schwangeren vorzunehmen.²⁵ Erst danach kam es zu einer Durchführung des Kaiserschnitts durch die professionelle Chirurgie. Dies begründet sich in dem Wissenszuwachs der Medizin in Hinblick auf die menschliche Anatomie und der damit verbundenen Professionalisierung des Eingriffes. Somit war die Ablösung der Hebammen als Operateurinnen vollzogen.²⁶

Der Kaiserschnitt konnte sich sowohl aufgrund von juristischen, als auch moraltheologischen sowie kulturellen Überlegungen etablieren. Juristisch betrachtet konnte ein vorgenommener Kaiserschnitt die Herrschaftsfolge sichern, was wiederum in Adelshäusern zu einer größeren Bereitschaft und Akzeptanz von Schnittentbindungen führte.²⁷ Letztlich waren auch kulturelle Aspekte ausschlaggebend, die dem Kaiserschnitt in seiner Art der Betrachtungen einen gewissen Nimbus verliehen. So gibt es weit über die medizinischen Aufzeichnungen hinausgehend die interkulturell verbreitete Vorstellung der Schnittentbindung in verschiedenen Mythen, Legenden und Mirakeln. Dies ist wahrscheinlich aufgrund von drei Vorstellungen festzumachen²⁸:

1. Die Erfahrung, dass sowohl bei Menschen als auch bei Tieren nicht jede Geburt komplikationsfrei verläuft. Hierbei reicht die Spannweite von Geburtshindernissen hin zu Geburtsunmöglichkeiten, welche nur durch einen Schnitt gelöst werden können.
2. Der Gedanke, dass eine Schnittentbindung außergewöhnlich ist und sich dadurch

²² M. STARK, Der Kaiserschnitt 2.

²³ Vgl. ebd. 2.

²⁴ Vgl. W. ECKART, Geschichte der Medizin 87.

²⁵ Vgl. M. STARK, Der Kaiserschnitt 4.

²⁶ Vgl. ebd. 4.

²⁷ Vgl. ebd. 8.

²⁸ Vgl. ebd. 5.

besonders für herausragende Personen eignet, da sie gleichzeitig deren Kennzeichen ist und als günstiges Omen fungiert. Als bekanntestes Beispiel ist hier Gaius Julius Cäsar zu nennen.

3. Die Vorstellung einer *reinen* Geburt, bei der das Kind nicht zwischen Urin und Kot geboren wird.²⁹

Aktuelle Tendenzen zeigen, dass gerade auch in Zeiten wie diesen der Schwangerschaft und ebenso dem Geburtsmodus eine besondere Bedeutung zugemessen wird. Dies liegt vor allem an der zunehmenden Individualisierung, der Berufstätigkeit, dem kontrollierbaren Kinderwunsch durch Verhütungsmethoden sowie dem veränderten Selbstverständnis der Frau. Dadurch verschiebt sich die Schwangerschaft ins höhere Alter und bedingt ebenso eine geringere Anzahl an Kindern. Diese beiden Faktoren messen wiederum der zustande gekommenen Schwangerschaft sowie dem Geburtsmodus eine besondere Bedeutung zu.³⁰

Zieht man die aktuellen Zahlen der weltweit vorgenommenen Kaiserschnitte heran, die deutlich über den von der WHO empfohlenen 10-15%³¹ liegen, stellt sich die Frage, ob diese notwendigerweise vorgenommen werden, oder ob Schwangerschaft und Geburt einer Medizinalisierung und Medikalisierung³² unterliegen und darin der Grund für den Anstieg an Sectios zu suchen ist. Laut WHO (1960) lautet die Definition einer normalen Geburt wie folgt:

„Eine normale Geburt zeichnet sich aus durch einen ‚spontanen Geburtsbeginn bei niedrigem Ausgangsrisiko und gleichbleibend wenig Auffälligkeiten während des Geburtsverlaufes. Das Neugeborene wird aus Schädellage spontan mit einem Gestationsalter von 37 bis 42 vollendeten Wochen geboren. Post partum befinden sich Mutter und Kind in gutem Allgemeinzustand.“³³

²⁹ Vgl. STARK, Der Kaiserschnitt 5.

³⁰ Vgl. BULGAY-MÖRSCHER, Mehtap/SCHLEUSSNER, E., Trisomie 13 – Betreuung während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett: Eine Kasuistik, in: MAIER, Barbara (Hg.), Verbindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frankfurt am Main 2009, 385; [in Folge: M. BULGAY-MÖRSCHER, Trisomie 13 – Betreuung während der Schwangerschaft].

³¹ Vgl. WHO, Statement on Caesarean Section Rates 1.

³² Vgl. DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 2; [in Folge: D. HEBAMMENVERBAND, Geburtsarbeit].

³³ WHO, zit. nach DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND, Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, Stuttgart 2013, 2.

2.2. Die Arten der Geburt

2.2.1. Die vaginale Spontangeburt

Die vaginale Spontangeburt ist bereits im Vorfeld von verschiedenen körperlichen Symptomen begleitet, die Auskunft über den Stand der bevorstehenden Geburt geben. Aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung, die Schwangere während der Geburtsvorbereitung auf diese Zeichen vorzubereiten und sie auch darüber zu informieren, dass jede Geburt dem ganz eigenen Rhythmus der jeweiligen Gebärenden erfolgt. So können Frauen bereits im Vorfeld Ängste genommen werden.³⁴

Die Geburt wird insgesamt in drei Phasen unterteilt. Dazu zählen die Eröffnungsphase, auf welche die Austreibungsphase folgt und abschließend die Nachgeburtsphase, mit der der Geburtsvorgang beendet wird.³⁵ Die tatsächliche Geburtsphase beginnt mit dem Zeitpunkt, an dem der Muttermund vollständig geöffnet ist und die Frau aktiv zu pressen beginnt. Dabei wird das Kind immer weiter in das Becken der Gebärenden vorangeschoben, bis es schließlich geboren wird.³⁶ Die Dauer der einzelnen Phasen ist dabei je nach Frau sehr unterschiedlich, da der Geburtsvorgang stets individuell ist. Ein merkbarer Unterschied ergibt sich jedoch zwischen Erstgebärenden und Frauen, die ein weiteres Kind bekommen.³⁷ Im Folgenden sollen die einzelnen Phasen der Geburt näher betrachtet werden.

Aktive Eröffnungsphase

Die aktive Eröffnungsphase beginnt dann, wenn die Wehen in Abständen von 2-6 Minuten kommen, mindestens 1 Minute andauern und der Muttermund zwischen 3-4 Zentimetern geöffnet ist. Die weitere Öffnung des Muttermundes erfolgt im individuellen Tempo von Mutter und Kind. Dabei muss der Muttermund eine Breite von mindestens 8 Zentimetern

³⁴ Vgl. SCHMIDT-BÄUMLER, Elisabeth/JAHN-ZÖHRENS, Geburtsbeginn/Latenzphase/Frühe Eröffnungsphase, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 156; [in Folge: E. SCHMIDT-BÄUMLER, Geburtsbeginn.]

³⁵ Vgl. ROSENBERGER, Christl/SCHILLING, Rose Maria/HARDER, Ulrike, Der Geburtsvorgang, in: GEIST, Christine/ HARDER, Ulrike/ STIEFEL, Andrea (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2007, 241; [in Folge: C. ROSENBERGER, Der Geburtsvorgang].

³⁶ Vgl. NIELSEN, Renate/OLSHAUSEN, Astrid, Geburt, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 246; [in Folge: R. NIELSEN, Geburt].

³⁷ Vgl. HÖFER, Silvia, Überwachungsmethoden und Pränataldiagnostik, in: GEIST, Christine/HARDER, Ulrike/STIEFEL, Andrea (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2007, 178; [in Folge: S. HÖFER, Überwachungsmethoden und Pränataldiagnostik].

bis hin zur vollständigen Öffnung von 10cm erreichen. Erst danach kommt es im Geburtsverlauf zur sogenannten Übergangsphase.³⁸ Zuvor setzt jedoch noch der Geburtsschmerz ein. Dieser ist lediglich auf körperlicher Ebene und nicht durch Bewegungseinschränkungen oder nicht notwendigerweise vorgenommenen Eingriffe bedingt. Der Geburtsschmerz hat für die Frau eine Signalwirkung, in dem er ihr deutlich macht, dass in ihrem Körper sich nun etwas verändert. Die Frau verspürt das Bedürfnis, sich an einen sicheren Ort zu begeben. Durch die Bewegung wird letztlich die optimale Geburtsposition des Kindes erreicht, da sich dadurch der Druck auf den kindlichen Kopf und das Becken der Mutter verändert und so die bestmögliche Geburtsposition des Kindes erreicht wird. Außerdem löst der Geburtsschmerz auf körperlicher Ebene die Ausstoßung von drei verschiedenen Hormonen aus: Zum einem das für die Bindung und die Liebe zwischen Mutter und Kind wichtige Hormon Oxytocin, das für das Durchhaltevermögen während der Geburt benötigte Adrenalin, sowie zum anderen auch das Mütterlichkeits- und Fürsorgehormon Prolaktin, ebenso wie die Endorphine. Endorphine stellen ein körpereigenes Schmerzmittel dar und schützen sowohl Mutter als auch Kind während des Geburtsprozesses vor zu starken Schmerzen.³⁹

Bei Erstgebärenden dauert die Eröffnungsphase zwischen 6-9 Stunden, wohingegen Frauen bei weiteren Geburten mit einer verkürzten Eröffnungsphase rechnen können. So dauert bei Mehrgebärenden die erste Phase des Geburtsverlaufes meist nur mehr zwischen 5-7 Stunden. Bei rund zwei Drittel der Frauen kommt es am Ende der Eröffnungsphase zum Blasensprung, nach dem die Wehen noch einmal stärker und häufiger auftreten.⁴⁰ Wehen sind die für die Geburt treibende Kraft. Dabei handelt es sich um Kontraktionen des Myometriums, der mittleren Schicht des Uterus.⁴¹ Auf die Eröffnungsphase folgt die Übergangsphase.

Übergangsphase

In der Übergangsphase steckt das Kind mit dem jeweiligen Körperteil, mit dem es voranliegt, bereits tief im Becken der Mutter. Je nachdem, ob es sich um eine aktive oder

³⁸ Vgl. WEISS, Viola/LUFT, Vera, Aktive Eröffnungsphase, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 184; [in Folge: V. WEISS, Aktive Eröffnungsphase].

³⁹ Vgl. ebd. 184.

⁴⁰ Vgl. BÜHLING, Kai Joachim/FRIEDMANN, WOLFGANG, Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe, München² 2009, 239; [in Folge: K. BÜHLING, Intensivkurs Gynäkologie].

⁴¹ Vgl. SKIBBE, Xaver/LÖSEKE, Andrea, Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe, Reihe Krankheitslehre, Stuttgart² 2007, 175; [in Folge: X. SKIBBE, Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe].

eine passive Phase handelt, kann die Übergangsphase zwischen 5 Minuten und mehreren Stunden dauern. Aufgrund der akuten Schmerzintensität während dieser Phase, aber auch Ängsten wie Kontrollverlust oder die Sorge um das Kind, Erschöpfung und dem Auftreten von traumatischen Erfahrungen stellt die Übergangsphase während des Geburtsverlaufes die schwierigste Zeit dar.⁴²

In der Übergangsphase muss mindestens eine Hebamme kontinuierlich anwesend sein, um mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Mögliche Komplikationen können zum einen sein, dass das Kind eine ungünstige Geburtsposition einnimmt oder dass sich die Frau aufgrund von Ängsten hinsichtlich der Partnerschaft oder der bevorstehenden Mutterschaft dem Geburtsverlauf entgegenstellt. Hier kann sowohl die Hebamme als auch der Partner durch wohlwollende Worte Abhilfe schaffen und die Frau im Geburtsprozess unterstützen.⁴³ Nach der Übergangsphase setzt der tatsächliche Geburtsprozess ein.

Geburt

Die Geburt setzt dann ein, wenn der Muttermund vollkommen geöffnet ist und das aktive Drücken der Frau begonnen hat.⁴⁴ Durch das Tiefertreten des Kopfes des Kindes und dem Druck auf den Beckenboden setzt der Pressdrang automatisch bei der Frau ein.⁴⁵ Oftmals geht die Geburt mit typisch physiologischen Symptomen einher, die wie folgt sein können⁴⁶:

- Die Frau verspürt Pressdrang.
- Die Wehen werden als unerträglich empfunden.
- Die Frau äußert [...] den Wunsch zur Toilette zu gehen.
- Sie hat ein weißes oder blaues Munddreieck und
- Schweißperlen auf der Oberlippe.⁴⁷

Die Dauer des Geburtsprozesses ist individuell. Die wichtigsten Faktoren in dieser Phase der Geburt sind das Befinden von Mutter und Kind. Ist kein Geburtsfortschritt festzustellen, führen das weitere Schieben und Mitpressen lediglich zur Erschöpfung der Gebärenden und somit zu einer Verzögerung des Geburtsverlaufes. Im Geburtsprozess ist

⁴² Vgl. GÖBEL, Esther/SCHMIDT, Gerlinde, Übergangsphase, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND, Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, Stuttgart 2013, 219; [in Folge: E. GÖBEL, Übergangsphase].

⁴³ Vgl. ebd. 233.

⁴⁴ Vgl. R. NIELSEN, Geburt 246.

⁴⁵ Vgl. K. BÜHLING, Intensivkurs Gynäkologie 239.

⁴⁶ Vgl. R. NIELSEN, Geburt 246.

⁴⁷ Ebd. 246.

es wichtig, auf das Tempo der Gebärenden zu achten. Jede Presswehe schiebt das Kind mit dem Kopf weiter voran in die Scheidenöffnung und eröffnet auch den notwendigen Zeitrahmen, damit sich Muskeln und Gewebe der Frau ausreichend dehnen können.⁴⁸ Wird hier mit ausreichend Geduld aufgewartet, werden die Kräfte von Mutter und Kind geschont und die Frau kann das Kind mit wenigen Presswehen zur Welt bringen.⁴⁹

Nach dem Austritt des Kindskopfes kommt es zu einer kurzen Wehenpause, bevor in einem weiteren Schritt beide Schultern und anschließend der restliche Körper des Kindes geboren werden.⁵⁰ Im Durchschnitt wiegt das Kind 3600g und ist zwischen 49-52cm groß.⁵¹ An die Geburt anschließend folgt die Nachgeburtsphase.

Nachgeburtsphase

In der Nachgeburtsphase kommt es zur Austreibung der Nachgeburt, der sogenannten Plazenta, aber auch dem ersten Kennenlernen zwischen Mutter und Kind.⁵² In dieser Phase ist es besonders wichtig, das Bedürfnis der Frau nach Ruhe und Intimität zu wahren, da es zum ersten Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind kommt. Das medizinische Personal soll sich dabei im Hintergrund halten, aber auch die Frau in ihrer neuen Rolle bestätigen, zum körperlichen Wohlbefinden der Frau beitragen und ihr, wenn nötig, Hilfestellungen beim Stillen geben.⁵³

So ergeben sich für die Hebamme folgende Betreuungsschwerpunkte:

- Förderung der Mutter-/Eltern-Kind-Beziehung
- Bestätigen und Unterstützen der Frau
- Beobachtung der körperlichen Vorgänge und fachkompetentes Handeln
- Hilfe bei der Plazentageburt
- Inspektionen des Dammes und eventuelle Naht
- Für körperliches Wohlbefinden sorgen
- Gegebenenfalls Unterstützung beim ersten Anlegen des Kindes
- Untersuchung des Neugeborenen (nach Möglichkeit erst eine Stunde post partum,

⁴⁸ Vgl. R. NIELSEN, Geburt 246.

⁴⁹ Vgl. HARDER, Ulrike/LIPPENS, Frauke, Geburtsleitung und Betreuung der Gebärenden in der Austreibungsperiode, in: GEIST, Christine/ HARDER, Ulrike/ STIEFEL, Andrea (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2007,264; [in Folge: U. HARDER, Austreibungsperiode].

⁵⁰ Vgl. R. NIELSEN, Geburt 246.

⁵¹ Vgl. HALLE, Horst/FEIGE, Axel/SCHMIDT, Stephan, in: FEIGE, Axel/RATH, Werner/SCHMIDT, Stephan (Hg.), Kreißsaal-Kompodium. Das Praxisbuch für die Geburtshilfe, Stuttgart 2013, 35.

⁵² Vgl. SCHÖNBERNER, Petra, Nachgeburtsphase, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 266; [in Folge: P.SCHÖNBERNER, Nachgeburtsphase].

⁵³ Vgl. ebd. 266.

damit der Bonding-Prozess nicht gestört wird)⁵⁴

Spätestens vor dem Vergehen der ersten 24 Stunden sollte die Erstuntersuchung (U1) des Neugeborenen jedoch erfolgt sein. So können Risiken frühzeitig erkannt und behandelt werden. Dabei werden allgemein zuerst das Gewicht, der Kopfumfang und die Länge festgestellt. Daran anschließend werden die einzelnen Körperpartien, wie Kopf, Abdomen, Thorax, Skelett, Genitalien, Haltung und Motorik sowie für das Neugeborene spezifische Reflexe untersucht und getestet.⁵⁵

2.2.2. Der Kaiserschnitt

Erfolgt keine vaginale Spontangeburt, kann das Kind durch einen abdominal vorgenommenen operativen Eingriff, den sogenannten Kaiserschnitt, entbunden werden. Dabei wird die Bauchdecke operativ geöffnet (Laparotomie), ebenso wie der Uterus (Hysterotomie).⁵⁶ Zahlenmäßig betrachtet zählt der Kaiserschnitt noch vor Blinddarmoperationen zu dem am häufigsten vorgenommenen medizinischen Eingriff.⁵⁷

Primärer und sekundärer Kaiserschnitt

Die Entscheidung für die Entbindung des Kindes per Kaiserschnitt wird anhand von verschiedenen Indikationen abgeleitet. Wird der Kaiserschnitt noch vor dem Blasensprung beziehungsweise einer zervixwirksamen Wehentätigkeit vorgenommen, spricht man von einer primären Schnittentbindung. Im Falle, dass es bereits zu Blasensprung oder zu Wehentätigkeit gekommen ist und der Kaiserschnitt erst dann vorgenommen wird, handelt es sich um eine sekundäre Schnittentbindung.⁵⁸

Indikationen

Generell wird bei der Entscheidung zu einem Kaiserschnitt zwischen absoluten und relativen Indikationen unterschieden. Bei absoluten Indikationen ist ein Kaiserschnitt unvermeidbar und muss zum Wohle der Mutter und des Kindes vorgenommen werden. In solchen Fällen führt die durchgeführte Sectio zu einer deutlichen Senkung der mütterlichen und kindlichen Mortalität. Absolute Indikationen liegen bei 10-30% aller Schwangerschaften vor. Bei den restlichen Geburten, sprich bei 70-90%, liegt lediglich

⁵⁴ P.SCHÖNBERNER, Nachgeburtsphase 266f.

⁵⁵ Vgl. K. BÜHLING, Intensivkurs Gynäkologie 295f.

⁵⁶ Vgl. ebd. 281-284.

⁵⁷ Vgl. D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele? 970.

⁵⁸ Vgl. K. BÜHLING, Intensivkurs Gynäkologie 284.

eine relative Indikation vor. Bei Vorhandensein von relativen Indikationen muss zwischen den geburtsmedizinischen Risiken einer vaginalen Geburt und denen eines Kaiserschnittes abgewogen werden.⁵⁹

Absolute Indikationen

Zu den absoluten Indikationen, die eine abdominale Schnittentbindung erfordern, zählen die Hypoxie des Fetus (Unterversorgung des Fetus mit Sauerstoff), die Uterusruptur (Zerreißen des Uterus), der Nabelschnurvorfal (Nabelschnur geht dem Körper des Kindes voraus und kann dadurch abgeklemmt werden) sowie eine Blutung ex utero (Blutungen aus der Gebärmutter). Michael Stark bestimmt die Anzahl der Schnittentbindungen aufgrund von absoluten Indikationen auf 10%.⁶⁰ Diese prozentuelle Einschätzung absoluter Indikationen des Gynäkologen Michael Stark entspricht auch der Empfehlung der WHO, die wie bereits erwähnt bei 10-15%⁶¹ liegt.

Relative Indikationen

Im Gegensatz zu den absoluten Indikationen, die eine vaginale Geburt unmöglich machen, zeigen relative Indikationen primär die Notwendigkeit einer Risikoabwägung an. Dabei wird zwischen den möglichen Folgen einer Operation, die der Kaiserschnitt darstellt, und den Vorteilen einer für Mutter und Kind vermiedenen vaginalen Geburt abgewogen. Michael Stark definiert rund 80% der Schwangerschaften im Sinne eines Vorhandenseins von relativen Indikationen. Diese umfassen zum Beispiel eine Herzschwäche der Mutter, ein erhöhter Blutflusswiderstand in der Nabelschnurarterie oder auffällige Herztöne des Kindes.⁶²

2.3. Physiologische und psychologische Mechanismen rund um die vaginale Geburt

2.3.1. Der Geburtsschmerz

Jede Geburt ist von Schmerzen begleitet. So schreibt Verena Schmid, dass der Schmerz sogar der vorherrschende Aspekt beim Gebären ist und auch noch lange Zeit nach dem Ereignis präsent ist. Dennoch wird mit dem Schmerz auch der Moment verbunden, in dem Leben geschenkt wurde. Dabei ist anzumerken, dass man nicht von *dem* Schmerz an sich

⁵⁹ Vgl. D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele? 970..

⁶⁰ Vgl. M. STARK, Der Kaiserschnitt 80f.

⁶¹ Vgl. L. GIBBONS, The Global Number of Unnecessary Caesarean Sections 15-19.

⁶² Vgl. M. STARK, Der Kaiserschnitt 81.

sprechen kann. Schmerz und Leid sind keine abstrakten Einheiten.⁶³ Sie treten nie losgelöst von einem Lebewesen auf, welches diese erfährt. So sind sie immer an eine bestimmte Person gebunden, wodurch sie zu etwas Individuellem und Persönlichem werden.⁶⁴ Dennoch zeigt sich für einzelne Länder und Kulturen ein gewisse übergeordnete Umgangsweise mit Schmerzen und deren Verankerung in der Gesellschaft. Je nachdem, wie der Schmerz in dem Umfeld der Frau toleriert wird, wird die Gebärende auch während der Geburt nach dem erlernten Schema mit dem auftretenden Schmerz umgehen.⁶⁵

„Der Geburtsschmerz darf [...] nicht isoliert betrachtet werden, er steht immer in engem Zusammenhang mit der vorherrschenden Lebensphilosophie einer Gesellschaft und ist abhängig davon, welchen Stellenwert negativen Gefühlen im Allgemeinen zugeordnet und wie damit umgegangen wird.“⁶⁶

Verena Schmid zieht des Weiteren eine Parallele zwischen dem Rhythmus des Lebens und den einer Geburt. Wie im Leben so ist auch in der Geburt kein Zustand statisch und auch der Gebärdprozess enthält nach Phasen der Anstrengung auch wieder Passagen der Erleichterung.

Sie merkt jedoch kritisch an, dass in einer industrialisierten Welt, die in linearen Mustern denkt, kein Platz mehr für den individuellen Rhythmus einer Person ist, der nicht zielgerichtet, sondern in Phasen des Auf und des Ab besteht. Da die industrialisierte Welt auf ein Ziel ausgerichtet ist, das linear erreicht werden soll und als Ziel das ständige Hochgefühl hat, gibt es keinen Platz mehr für den Umgang mit Schmerz.

Dass jedoch das Erfahren von Schmerz eine kontrastierende Funktion hat und die angenehmen Phasen des Lebens verdeutlicht, wird verdrängt. Aber auch der Tod hat keinen Platz mehr in der Gesellschaft. Und so schreibt Verena Schmid:⁶⁷

„Die Möglichkeit des Todes erschreckt und wird mit falschen Versprechungen von falschen Sicherheiten verdrängt.“⁶⁸

⁶³ Vgl. MAIO, Giovanni/BOZZARO, Claudia/EICHINGER, Tobias (Hg.): Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen, München 2015, 16; [in Folge: G. MAIO, Konzeptionelle Annäherungen an Leid und Schmerz].

⁶⁴ Vgl. ebd. 16.

⁶⁵ Vgl. V. SCHMID, Der Geburtsschmerz 1.

⁶⁶ Ebd. 1.

⁶⁷ Vgl. ebd. 1f.

⁶⁸ Ebd. 2.

Die Entwicklung hin zu technologischen und linearen Geburten sieht sie in diesem Sicherheitsdenken begründet. Aber ebenso die Verneinung des Todes, die dem Leben die eigentliche Tiefe nimmt.⁶⁹

Laut Schmid nimmt der Geburtsschmerz eine existentielle Dimension ein. So unterscheidet sie zwischen zwei Polen bei der Art, wie eine schwangere Frau mit dem Geburtsschmerz umgehen kann: zum einen die psychoprophylaktische Art, die sehr statisch an Vorbildern und Idealen orientiert ist und zum anderen die aktive Methode, innerhalb derer sich die Frau stark auf ihr eigenes Körpererleben und ihre eigenen Fähigkeiten verlässt.⁷⁰

Psychoprophylaxe	Aktive Methode⁷¹
Geburtsschmerz ist nicht physiologisch	Geburtsschmerz ist wichtig und natürlich
Kontrolle	Hingabe, Sich-Gehen-Lassen
Rationalität, Aktivität der Großhirnrinde	Sich von innen öffnen, Instinkthaftigkeit
Linear, statischer, flacher Rhythmus	Variabler, individueller, tiefgehender Rhythmus
Unterdrückung des Ausdruckes von Schmerz und Angst	Freie Ausdrucksmöglichkeit von Schmerz und Angst
Hemmung der physiologischen Reaktionsmechanismen auf Schmerz	Unterstützung der physiologischen Reaktionsmechanismen auf Schmerz
Passive Frau	Aktive Frau
Einüben der Methode	eigene Erfahrungen, experimentieren
Anwenden einer "Technik" bei der Geburt	Instinkthaftigkeit, Spontaneität
Reduzierte Handlungsmöglichkeiten	Verschiedenste und umfassende Möglichkeiten
Motivation zum Anwenden der Methode	Motivation zur Erfahrung
Schließt das Kind als aktiven Teil eher aus	Schließt das Kind als aktiven Teil ein
Angelerntes, einstudiertes Wissen	Gesättigtes Wissen auf allen Ebenen
Entspannung während der Wehen	Entspannung während der Wehenpausen
Statischer Körperausdruck	freies, aktives Verhalten des Körpers
Muskelentspannung durch Entspannung und Konzentration	Muskelentspannung durch aktive Bewegung

⁶⁹ Vgl. V. SCHMID, Der Geburtsschmerz 2.

⁷⁰ Vgl. ebd. 50f.

⁷¹ Ebd. 51.

Versuch der Anpassung an ein perfektes Modell von Geburt	Frau ist Hauptperson und gestaltet die Geburt auf die ihr entsprechende Art und Weise
Gebären ist eine Aufgabe, die erlernbar ist, es gibt Erfolg und Misserfolg	Gebären ist eine individuelle und instinkthafte Erfahrung, die die Frau auf jeden Fall stärkt
Das Vorbild ist die perfekte, angepasste Gebärende	Freiheit und individuelle Entscheidungen

So beschreibt Verena Schmid in der vorangehenden Tabelle das Verhalten von Frauen während der Geburt. Ausschlaggebend ist hierbei, wie die Frau selber die Geburt und den damit verbundenen Schmerz empfindet. Innerhalb der Betreuung stellt sich die Frage, wie mit dieser Situation umgegangen werden soll. Dabei bestehen zwei Möglichkeiten. Eine stellt die pharmakologische Behandlung von Schmerzen dar, die auf der Kosten-Nutzen-Seite im Vergleich mit einem individuellen Ansatz kostengünstiger ist. Der individuelle Ansatz umfasst eine fundierte Ausbildung der Hebammen, eine bessere und angenehmere Ausstattung der Geburtsräume und auch die der Schulung der Empathie der Hebammen, um so einen für die Frau einfühlsamen Umgang zu ermöglichen.⁷²

So gilt es einen Unterschied zwischen dem Geburtsschmerz, der bei einer Geburt notwendig ist und Schmerzen, die durch Eingriffe seitens des medizinischen Personals entstanden sind, zu unterscheiden. Auch der an sich normale Geburtsschmerz wird noch einmal differenziert betrachtet und unterteilt. Im Zentrum steht auch hier wieder die Unterscheidung von Schmerzen, die für die Geburt notwendig sind und Schmerzen, die aufgrund von übermäßiger Angst, Verkrampfung aber auch der unterschiedlichen Schmerzbewertung und -umgang entstehen. Hier ist es wichtig, dass die Hebamme eine individuelle Geburtshilfe leistet und die Frau beim Gebären unterstützt – dies vor allem in Anbetracht der Wichtigkeit von Geburtsschmerz und dessen Funktion. Hier setzt das Wissen der Hebamme ein, aber ebenso die im Vorfeld der Geburt getroffenen Abmachungen mit der Schwangeren. Im Geburtsprozess selber ist nicht mehr Zeit für schwerwiegende Entscheidungen, die den Geburtsprozess betreffen, da die Aufmerksamkeit und die Entscheidungsfähigkeit durch die bereits eingetretene Situation des Gebärens verzerrt wird.⁷³

„Wird der Geburtsschmerz auf sein physiologisches Minimum reduziert, so ist er sowohl für die Mutter als auch für das Kind erträglich. Das Kind ist durch die hohe

⁷² Vgl. V. SCHMID, Der Geburtsschmerz 50.

⁷³ Vgl. ebd. 184.

Konzentration von Endorphinen im Fruchtwasser gut geschützt. Diese sind allerdings nur dann ausreichend vorhanden, wenn die Mutter sie selbst produziert, in dem sie den Schmerz erlebt. Mit anderen Worten: der Schmerz der Mutter schützt das Kind vor Schmerz. ⁷⁴

2.3.2. Die Funktion von Oxytocin - Bindung zwischen Mutter und Kind

Der einsetzende Geburtsschmerz löst gleichzeitig die Produktion des Hormons Oxytocin aus. Das bedeutet, dass ohne Geburtsschmerz das Hormon nicht vom Körper freigesetzt wird, welches jedoch Voraussetzung für eine aktive Wehentätigkeit ist. Aus diesem Grund werden zu Beginn der Wehentätigkeit auch keine schmerzlindernden Medikamente seitens des medizinischen Personals verabreicht, da diese die Wehentätigkeit einschränken und blockieren. ⁷⁵

In den 1960er Jahren wurden erstmals Studien durchgeführt, die die Funktion der verschiedenen Hormone während der Geburt untersuchten. Ziel war es, herauszufinden, welche Effekte die Hormone auf das Verhalten der Mutter hatten. Die Pionierstudie in diesem Gebiet stammte von Terkel und Rosenblatt 1968. In der Studie wurde Rattenmüttern, die längsten 48 Stunden davor geboren hatten, Blut abgenommen und virginen Ratten injiziert. Daraufhin zeigten jene jungfräulichen Ratten mütterliches Verhalten. Daran anschließend wurden weitere Studien durchgeführt und bestätigten die bereits 1968 beobachteten Effekte von Oxytocin auf weibliche Ratten. 1979 wurden von einem japanischen Team außerdem die Wechselwirkung zwischen Oxytocin und Östrogen beschrieben. So konnte gezeigt werden, dass Östrogen sowohl Einfluss auf die Freisetzung als auch auf die Antwort auf Oxytocin hat. Nach 1979 wurde eine Vielzahl an Studien über Oxytocin durchgeführt und welche Rolle es in sozialen, mütterlichen sowie sexuellen Verhaltensmustern spielt. Vereinfachend wurde seitdem Oxytocin als das primäre *Liebeshormon* definiert. ⁷⁶

Oxytocin wird dabei wie viele andere Hormone aus dem Hypophysenhinterlappen freigesetzt. Studien, die sich mit anderen Sexualhormonen wie Östrogenen und Progesteronen beschäftigt haben, haben bis jetzt noch keine gegenteilige Bewertung von Oxytocin als Liebeshormon gezeigt. Hormone sind jedoch in ihrer Zusammensetzung

⁷⁴ V. SCHMID, Der Geburtsschmerz 30.

⁷⁵ Vgl. ebd. 23.

⁷⁶ Vgl. M. STARK, Der Kaiserschnitt 397f.

immer als *Hormongleichgewicht*⁷⁷ zu denken. So wird nach der Geburt Oxytocin, das ein altruistisches Hormon darstellt, von Prolaktin, das wiederum für die Sorge um den Nachwuchs verantwortlich ist, ergänzt.⁷⁸ Im Zusammenhang mit dem Bonding kommt Oxytocin eine relevante Bedeutung zu.⁷⁹

Bonding

Der Mensch ist von Geburt an darauf angewiesen, in funktionierenden Bindungen zu leben. Dies ist gerade im Säuglingsalter evident, da das Kind in diesem Lebensabschnitt in besonderer Weise von seiner Umwelt abhängig ist. Insbesondere wird die Nähe zur Bezugsperson in Situation des Schmerzes, der Angst und der Trauer gesucht, damit diese die erlebten Gefühle reguliert. Idealerweise geht dem Bonding eine natürliche Geburt voraus, die nicht durch die Gabe von Medikamenten oder das Eingreifen des Arztes und medizinischen Interventionen geprägt ist. Dies liegt an dem hormonellen Status von Mutter und Kind, der in der postpartalen Phase durch die hohe Ausschüttung des Bindungshormons Oxytocin geprägt ist.⁸⁰

Die sensible Phase des Bindungsaufbaus zu einer Bezugsperson ist jedoch nicht auf die Zeit nach der Geburt und das Säuglingsalter beschränkt, sondern zieht sich über die ersten drei Lebensjahre eines Kindes. Gelingt diese Phase, verfügt das Kind über ein stabiles Selbstwertgefühl, das ihm deutlich macht: *Ich bin richtig, so wie ich bin – unabhängig von meinen Leistungen oder Defiziten*. Dies ist wiederum Voraussetzung für gelingende Beziehungen im weiteren Leben. Hat das Kind die Erfahrung einer stabilen Bindung und des Angenommenseins nicht erlebt, wird es im weiteren Verlauf seines Lebens keinen Platz für Beziehungen haben, da es stets auf der Suche nach Selbstbestätigung ist.⁸¹ Neben dem Bonding spricht die Psychologie auch vom Prozess der Prägung, der innerhalb der ersten drei Lebensjahre stattfindet. Menschen sind in Hinsicht auf ihre 25.000 Gene zu 99,7% gleich und dennoch sind sie so unterschiedlich. Dies liegt daran, dass der Mensch grundsätzlich durch seine Gene bestimmt ist. Wie sich jedoch die 100 Milliarden Hirnzellen vernetzen und dadurch das Gehirn zu etwas Individuellem und Einzigartigem formen, liegt in den frühkindlichen Erfahrungen begründet. Laut dem

⁷⁷ M. STARK, Der Kaiserschnitt 398f.

⁷⁸ Vgl. ebd. 398.

⁷⁹ Vgl. LANG, Christine, Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe, München 2009, 23-24; [in Folge: C. LANG, Bonding].

⁸⁰ Vgl. ebd. 30.

⁸¹ Vgl. J. WETTIG, Schicksal Kindheit 3.

Entwicklungspsychologen Erikson bildet sich innerhalb des ersten Lebensjahres durch die Fürsorge der Bezugsperson das Urvertrauen aus.⁸²

Auf diesen Erfahrungen des Säuglings- und Kindesalters baut der jugendliche, sowie erwachsene und alte Mensch im weiteren Verlauf seines Lebens auf. Je nach Prägung wird die jeweilige Person mit neuen Dingen im Leben umgehen. Dazu zählt nicht nur der Umgang mit anderen Menschen, sondern auch der Umgang und die Einstellung zu Medien, Schule, Ausbildung und Beruf.⁸³ Für das Zusammenleben in der Gruppe ist es vor allem wichtig, dass der/die Einzelne ein *sozial verträgliches Verhalten*⁸⁴ aufweist.⁸⁵ Das bedeutet sich zurücknehmen zu können und zu sehen, dass nicht immer alles nach dem eigenen Willen geschieht. Ebenso die Fähigkeit zu sehen, dass die eigenen Probleme in einem größeren Gesamtzusammenhang stehen. Diese differenzierte Sichtweise sowie ein ausreichendes Einfühlungsvermögen (Empathie) bilden eine gute Basis für das weitere Leben. In diesem Zusammenhang ist dennoch folgendes zu betonen:

„Prosoziales Verhalten, also die Bereitschaft zu Toleranz, Rücksicht, Verantwortung, Dankbarkeit und Verbindlichkeit ist nur unter der Voraussetzung einer intakten Persönlichkeitsstruktur realisierbar.“⁸⁶

Wenn eine Person nicht über die Fähigkeit verfügt, ihre Gefühle zu regulieren und wenn die eigene Kränkbarkeit sowie die Suche nach narzisstischer Anerkennung sehr ausgeprägt ist, kommt es zu keiner Ausbildung von Dankbarkeit, Verantwortung und Schuldempfinden hinsichtlich des eigenen schädigenden Verhaltens und des Verlustes, den ein anderer erlebt.⁸⁷ Dieses Verhalten ist wiederum in einem fehlenden Bindungsverhalten begründet.⁸⁸

2.3.3. Medizinische und psychologische Implikationen eines Kaiserschnittes für Mutter und Kind

Medizinische Implikationen für die Mutter

Bei der Entscheidung zwischen einer vaginalen Spontangeburt und einem Kaiserschnitt müssen sowohl kurz- als auch langfristige Folgen einer Schnittentbindung beachtet werden. Zur akuten Gefährdungen für Mutter und Kind zählen die Anästhesie, der

⁸² Vgl. J. WETTIG, Schicksal Kindheit 89.

⁸³ Vgl. ebd. 8.

⁸⁴ Ebd. 92. (Begriff wurde so vom Autor übernommen)

⁸⁵ Vgl. ebd. 92.

⁸⁶ Ebd. 93.

⁸⁷ Vgl. ebd. 93.

⁸⁸ Vgl. K.H. BRISCH, Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention 22-23.

Blutverlust, Harnwegsverletzungen sowie Verletzungen des Fötus. Hinsichtlich der längerfristigen, sprich postoperativen, Folgen sind Infektionen, Thrombembolien (Blutgerinnsel) und das Atemnotsyndrom des Neugeborenen zu nennen.⁸⁹

Betrachtet man die von der WHO 2010 veröffentlichten Statistiken über die in Kliniken vorgenommenen Sectios, zeigen sich weltweit große Unterschiede zwischen verschiedenen Kontinenten und Ländern, aber auch beim Stand-Land-Gefälle in einzelnen Ländern.⁹⁰ Primär ist die unterschiedlich hohe Sectiorate gerade im Vergleich zwischen der erhöhten Rate in großen Teilen Europas und der sehr niedrigen Rate in Afrika auf das Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein von medizinischen Ausstattungen zurückzuführen. Dadurch lassen sich auch die Sectioraten von dem niedrigsten Wert von 0,4% an Kaiserschnitten im Tschad erklären, gefolgt von Burkina Faso mit 0,7% sowie Äthiopien, Niger und Madagaskar mit jeweils 1% an Kaiserschnitten, wo es keine ausreichenden Möglichkeiten gibt, um einen Kaiserschnitt durchzuführen.⁹¹

Insgesamt wurden in der von Luz Gibbons, José M. Belizán, Jeremy A. Lauer, Ana P. Betrán, Mario Merialdi und Fernando Althabe für die WHO durchgeführte Studie 137 Länder weltweit untersucht. Im internationalen Vergleich wies dabei das afrikanische Land Tschad die geringste Sectiorate mit 0,4% auf. Die höchste Rate hingegen war in Brasilien mit 45,9% auszumachen. Im europaweiten Vergleich lag Italien mit einer Kaiserschnitttrate von 38,2% an der Spitze. Die nordischen Länder wiesen im europäischen Vergleich hingegen die niedrigsten Raten auf: Finnland mit 16,3% hatte die niedrigste Sectiorate, gefolgt von Norwegen mit 16,6%, Schweden mit 17,3% und Dänemark mit 21,4%. Österreich lässt sich mit einer Rate von 27,1% dabei im oberen Mittelfeld einordnen.⁹² Die von der WHO bereits 1985 verlautbarte Empfehlung von einer Sectiorate zwischen 10 – 15%, die auch im Jahr 2015 nochmals so unterstrichen wurde, wurde von keinem europäischen Land erreicht.⁹³

Das Ziel der Untersuchung war primär nicht, einzelne Daten zu evaluieren, sondern eine Unterscheidung zwischen nötigen und exzesshaft vorgenommenen Kaiserschnitten vorzunehmen.⁹⁴

Diese Differenzierung ist deshalb notwendig, da der Kaiserschnitt bei vorhandenen medizinischen Indikationen sowohl für Mutter als auch Kind lebensrettend ist und deshalb

⁸⁹ Vgl. M. STARK, Der Kaiserschnitt 81-82.

⁹⁰ Vgl. L. GIBBONS, The Global Number of Unnecessary Caesarean Sections 1-31.

⁹¹ Vgl. ebd. 16.

⁹² Vgl. ebd. 15-19.

⁹³ Vgl. ebd. 4.

⁹⁴ Vgl. ebd. 3.

auch vorgenommen werden muss. Aufgrund seiner geringen Mortalität zählt der Kaiserschnitt heutzutage zu den in der Medizin am häufigsten vorgenommenen Eingriffen und stellt noch vor Blindarmoperationen eine Routineoperation dar. Aufgrund der genannten lebensrettenden Funktion für Mutter und Kind, aber auch der geringen Risiken gilt der Kaiserschnitt als eine der zentralen Errungenschaften innerhalb der modernen Geburtsmedizin.⁹⁵ Wie bereits im historischen Abriss zu sehen war, war dies nicht immer der Fall. Erst mit neueren Erkenntnissen rund um die Nahtführung und der präventiven Behandlung mit Antibiotika stellte der Kaiserschnitt kein Todesurteil mehr für die werdende Mutter dar.⁹⁶

Dabei stellt sich die Frage, ob bei einer Rate wie in Österreich, bei der beinahe jedes dritte Kind per Kaiserschnitt zur Welt kommt, auch nicht notwendige Kaiserschnitte darunter sind und welche medizinischen aber auch gesellschaftlichen Probleme daraus resultieren (können).

Medizinische Implikationen für das Kind

Betrachtet man die medizinischen Implikationen, so lassen sich die Unterschiede zwischen spontaner Vaginalgeburt und operativ vorgenommener Schnittentbindung vor allem an drei Punkten festmachen. Dazu zählen die Immunisierung des Kindes durch die Scheidenflora, zu der es bei einer Vaginalgeburt kommt, die unterschiedliche Entfaltung der Lungenfunktion des Neugeborenen, sowie das Diabetes-Risiko des Kindes.

Gerade von Neonatologen wird die schlechtere Entfaltung der Lungenfunktion beim Neugeborenen nach einem Kaiserschnitt betont. Diese zählt zu einer der möglichen negativen Hauptfolgen nach einer Schnittentbindung. Die beim Kind auftretenden respiratorischen Probleme werden auch als Respiratory-Distress-Syndrome (RDS) bezeichnet. Dabei entfalten sich die Lungenbläschen schlechter, als bei einer Vaginalgeburt.⁹⁷

Internationale Studien haben gezeigt, dass das Respiratory-Distress-Syndrome häufiger bei elektiv vorgenommenen Sectios auftritt, jedoch nur, wenn der Kaiserschnitt noch vor der 38. Schwangerschaftswoche vorgenommen wird. Danach gleichen sich die vorkommenden Fälle an und es sind keine Unterschiede zwischen Vaginalgeburt, Sectio und der Zahl an

⁹⁵ Vgl. D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele? 970.

⁹⁶ Vgl. M. STARK, Der Kaiserschnitt 14.

⁹⁷ Vgl. D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele? 972.

Neugeborenen mit RDS auszumachen.⁹⁸

Elektive (=geplante) Sectios werden dann vorgenommen, wenn bereits im Vorfeld Indikationen auszumachen sind.⁹⁹ Davon zu unterscheiden sind Notkaiserschnitte, die aufgrund akuter Indikationen wie einem Geburtsstillstand vorgenommen werden müssen.¹⁰⁰ Je nach Indikationslage und Gestationsalter wird der Kaiserschnitt terminlich angesetzt. Dabei kommt es zu einer Pattsituation: Je früher die Schnittentbindung angesetzt wird, desto unausgereifter sind die Atemorgane des Kindes, was wieder zum erhöhten Risiko von respiratorischen Problemen beiträgt. Je näher der Eingriff zum Geburtstermin hin geplant wird, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass noch vor dem Eingriff die natürliche Geburt einsetzt. Dies führt wiederum zu Komplikationen bei der Sectio. Optimalerweise sollte eine Plansectio daher zwischen der 38^{3/7} und 39^{3/7} Schwangerschaftswoche vorgenommen werden.¹⁰¹

3. Die gestiegene Sectio-Rate

In dem folgenden Abschnitt soll den Beweggründen nachgegangen werden, welche zum Ansteigen der Kaiserschnitttrate geführt haben. In dem 2015 von der WHO herausgegebenen Bericht liegt die empfohlene Kaiserschnitttrate zwischen 10-15%.¹⁰² Mit Ausnahme von Afrika zeigt sich im weltweiten Vergleich, dass von keinem Land diese Empfehlung eingehalten wird. So liegt Brasilien mit einer Rate von 45,9% an der Spitze der durchgeführten Kaiserschnitte und am Gegenpol die nordischen Länder mit einer Kaiserschnitttrate von ca. 16%. Österreich liegt mit 27,1% im Mittelfeld.¹⁰³ Um sich möglichen Beweggründen zu nähern, sollen sowohl ökonomische, juristische und medizinische Überlegungen sowie persönliche Gründe herangezogen und betrachtet werden, um den Trend zum Kaiserschnitt besser nachzeichnen zu können. Im Hinblick auf den *Hippokratischen Eid* sind vor allem die ökonomischen und juristischen Überlegungen nochmals mit weiterer Schärfe zu betrachten und zu beurteilen.

⁹⁸ Vgl. D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele? 972.

⁹⁹ Vgl. ebd. 972.

¹⁰⁰ Vgl. A. BECKER, Die standardisierte primäre Sectorate 116.

¹⁰¹ Vgl. D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele? 972.

¹⁰² Vgl. WHO, Statement on Caesarean Section Rates 1.

¹⁰³ Vgl. L. GIBBONS, The Global Number of Unnecessary Caesarean Sections 16-19.

3.1.Gründe für die gestiegene Kaiserschnitttrate

3.1.1. Ökonomische Überlegungen

Auch das Krankenhaus stellt einen wirtschaftlichen Betrieb dar. So ergeben die Einnahmen aus den Krankenversicherungen, die für vorgenommene Behandlungen und Eingriffe vergüteten Kosten sowie die tatsächlich im Behandlungsablauf entstandenen Ausgaben die Bilanz des Krankenhauses, die je nachdem negativ oder positiv ausfällt. Die Diskrepanz dabei ergibt sich aus den Möglichkeiten der modernen Medizin. So hat der medizinisch-technische Fortschritt zu neuen Möglichkeiten der Diagnose- und Therapieverfahren und Entwicklung von neuen Medikamenten geführt, die jedoch überproportional zu den vergüteten Kosten und den Krankenversicherungsbeiträgen stehen.¹⁰⁴

Weitere Faktoren, die die Einnahmequelle von Spitälern schrumpfen lassen, manifestieren sich in der Behandlung von immer älter werdenden Menschen und von PatientInnen mit chronisch-degenerativen Krankheiten. Ebenso spielen die immer größer werdenden Ansprüche an das Gesundheitssystem eine entscheidende Rolle. Neue medizinische Leistungen wollen ihrerseits von den PatientInnen auch genutzt werden, was im Rahmen einer solidarisch finanzierten Gesundheitsvorsorge jedoch nicht möglich ist.¹⁰⁵ Aus diesem Sachverhalt stellt sich zwingenderweise die Frage nach der Verteilung: Welche medizinische Leistung und in welchem Ausmaß kommt wem zu und wie schafft es ein Krankenhaus als wirtschaftlicher Betrieb letztlich eine positive Bilanz vorzuweisen?

So nennt Annette Bopp in Bezug auf durchgeführte Kaiserschnitte einige Vorteile für das Krankenhaus, die im Sinne der Rationalisierung sind. Zum einen wird bei einem Kaiserschnitt im Vergleich zu einer spontanen Vaginalgeburt weniger Personal benötigt. So muss bei einer Schnittentbindung nicht zwingenderweise eine Hebamme anwesend sein. Ebenso liegt die Vergütung eines Kaiserschnitts über der einer Vaginalgeburt und das bei weniger Zeit und Personalaufwand. Des Weiteren verbleibt die Frau nach einer Schnittentbindung zwischen fünf und zehn Tagen stationär im Krankenhaus, was von der Vergütung her wiederum wirtschaftlich attraktiver für das Krankenhaus ist.¹⁰⁶

Neben den ökonomischen Faktoren ergeben sich auch Argumente zugunsten der

¹⁰⁴ Vgl. PÖLTNER, Günther, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien² 2006, 287; [*in Folge*: G. PÖLTNER, Grundkurs Medizin-Ethik].

¹⁰⁵ Vgl. ebd. 287.

¹⁰⁶ Vgl. BOPP, Annette, Kaiserschnitt auf Wunsch. Vorteile – Risiken – Entscheidungshilfen, Hamburg 2003, 31; [*in Folge*: A. BOPP, Kaiserschnitt auf Wunsch].

Planbarkeit. So kann ein Kaiserschnitt an einem vereinbarten Termin zu den normalen Dienstzeiten in der Klinik vorgenommen werden, wohingegen eine vaginale Spontangeburt nicht planbar ist und auch an Wochenenden, Feiertagen oder während der Nacht erfolgen kann.¹⁰⁷

3.1.2. Juristische Überlegungen

*„Es gibt keinen einzigen Prozess, in dem ein Arzt verklagt wurde, weil er einen Kaiserschnitt gemacht hat, sondern nur, weil er ihn **nicht** oder **zu spät** vorgenommen hat.“¹⁰⁸*

In dieser von Annette Bopp zitierten Aussage des Münchner Anwalts Klaus Ulsenheimer wird eine in der Geburtshilfe aktuell stattfindende Entwicklung beschrieben. So verbirgt sich dahinter die Tendenz hin zu einer *medico-legalen*¹⁰⁹ Medizin. Dies bedeutet, dass die juristische Absicherung den Interessen der Frau vorgeht. Diese Entwicklung hat dem medizinisch nicht eindeutig indizierten Kaiserschnitt den Weg geebnet, da so Ärzte vor möglichen gerichtlichen Konsequenzen bewahrt werden. Ebenso begünstigt wird dadurch auch die Wunschsectio.¹¹⁰

Gynäkologen sehen sich der Möglichkeit ausgesetzt, vor Gericht aufgrund eines Kunstfehlers angeklagt zu werden, mit der Begründung, dass es bei der vaginalen Spontangeburt zu einem Geburtsschaden gekommen ist. Bei absehbar komplizierten Geburten wird daher im Vorhinein ein Kaiserschnitt angesetzt. Dadurch können Ärzte mögliche Anklagen ausschließen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass für Hirnschäden, die während einer vaginalen Entbindung durch Sauerstoffmangel entstanden sind, hohe Entschädigungssummen bezahlt werden müssen. Die Folge, die aus diesen juristischen Überlegungen resultiert, ist eine *defensive*¹¹¹ Medizin, die die Ärzte und Ärztinnen den Kaiserschnitt als sichere Variante der Entbindung favorisieren lässt.¹¹²

3.1.3. Persönliche Überlegungen

Folgt man den Beobachtungen von Bulgay-Mörschel und Schleussner, so zeigt sich, dass

¹⁰⁷ Vgl. A. BOPP, Kaiserschnitt auf Wunsch. 31.

¹⁰⁸ Ebd. 28.

¹⁰⁹ Ebd. 28. (Begriff wurde von der Autorin übernommen)

¹¹⁰ Vgl. ebd. 28.

¹¹¹ Ebd. 27.

¹¹² Vgl. ebd. 27.

es vor allem in den westlichen Industrieländern zu einer veränderten Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt gekommen ist. Diese neue Sichtweise der Reproduktion ist auf die voranschreitende Individualisierung der Frauen zurückzuführen. So haben zum einen das neue Selbstverständnis der Frau, ihre Berufstätigkeit sowie die zur Verfügung stehenden Verhütungsmittel dazu geführt, dass die Geburtenzahlen gesunken sind. Im Umkehrschluss wird jedoch den gewollten Schwangerschaften und Geburten eine besondere Bedeutung zugestanden.¹¹³

Aber auch die vorangegangene historische Entwicklung von der Hausgeburt hin zur Entbindung im Krankenhaus macht die Bedeutungsverschiebung deutlich. Verfolgt wird die Sicherheit, die durch die medizinische Versorgung im Krankenhaus gegeben ist. Aus der Geburt, die im großfamiliären Alltag stattfand, wurde ein Ereignis, das im Spital medizinisch betreut und abgehandelt wird. Und so schreibt Annette Bopp, dass¹¹⁴ „*schon diese Entfernung von der Geburt als selbstverständlichem Vorgang dazu beiträgt, dass Ängste wachsen.*“¹¹⁵ Ebenso sind es Ängste vor Schmerzen, aber auch Ängste vor Verletzungen im Intimbereich, die aufgrund mangelnder Informationen nicht revidiert werden und somit den Kaiserschnitt als schmerzfreie sowie kontrollierbare Form der Entbindung erscheinen lassen.¹¹⁶ Laut Christiane Jurgelucks lassen sich Frauen in drei tendenzielle Stereotypen unterteilen, je nachdem wie die Geburt und das damit verbundene Geburtserlebnis betrachtet wird. In ihrer Darstellung unterscheidet sie zwischen dem *bewussten* Geburtsideal, dem *natürliche* instinktiven Geburtsideal und dem *medizinisch kontrollierten* Geburtsideal. Die verschiedenen Typen unterscheiden sich vor allem im Grad der Idealisierung der Geburt, dem Sicherheitsbedürfnis der Frau und dem Wunsch nach Unterstützung durch medizinisches Personal, der Einstellung gegenüber dem Geburtsschmerz und dem Einsatz von Schmerzmitteln, der Wahl des Geburtsortes, dem Wunsch nach Stilltätigkeit sowie der generellen Ablehnung bzw. Befürwortung einer vaginalen Spontangeburt und der Sectio. Unten angeführt, sollen die einzelnen Typen nochmals tabellarisch dargestellt werden:¹¹⁷

¹¹³ Vgl. M. BULGAY-MÖRSCHER, Trisomie 13 – Betreuung während der Schwangerschaft 385.

¹¹⁴ Vgl. A. BOPP, Kaiserschnitt auf Wunsch 35.

¹¹⁵ Ebd. 35.

¹¹⁶ Vgl. ebd. 35.

¹¹⁷ Vgl. JURGELUCKS, Christiane, Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen, Bücher für Hebammen 2, Frankfurt am Main 2004, 110; [*in Folge*: C. JURGELUCKS, Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma?].

„Bewusstes“ Geburtsideal	„Natürliches“ instinktives Geburtsideal	Medizinisch „kontrolliertes“ Geburtsideal ¹¹⁸
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Idealisierung der Geburt und reflektierte und ausgiebige Auseinandersetzung <input type="checkbox"/> Frau möchte Geburt bewusst erleben <input type="checkbox"/> Hohe emotionale Bedeutung des Geburtserlebens <input type="checkbox"/> Großes Vertrauen in die eigene Gebärkompetenz <input type="checkbox"/> Keine medizinischen Interventionen, Betreuung durch die Hebammen <input type="checkbox"/> Hausgeburt, Geburtshaus oder besonders alternative Kliniken mit persönlichem Ambiente, medizinische Ausstattung nicht wichtig. <input type="checkbox"/> Emotionale Ablehnung der Sectio <input type="checkbox"/> Geburtsschmerz als Herausforderung zu persönlichem Wachstum <input type="checkbox"/> Verzicht auf Schmerzmittel <input type="checkbox"/> Ausgeprägter Stillwunsch 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Idealisierung der Geburt, eher pragmatische Einstellung <input type="checkbox"/> Die Geburt soll möglichst ungestört verlaufen <input type="checkbox"/> Frau möchte ihr Kind selbst gebären <input type="checkbox"/> Zutrauen in die eigene Gebärkompetenz <input type="checkbox"/> So wenig medizinische Maßnahmen wie möglich, Hebamme sehr wichtig <input type="checkbox"/> Geburt in einer Klinik, die natürliches Gebären unterstützt, jedoch über eine moderne medizinische Ausstattung verfügt <input type="checkbox"/> Keine generelle Ablehnung der Sectio <input type="checkbox"/> Keine Idealisierung des Geburtsschmerzes <input type="checkbox"/> Nutzung von Schmerzmitteln und PDA <input type="checkbox"/> Stillwunsch 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Idealisierung der Medizin <input type="checkbox"/> Geburt als Risiko <input type="checkbox"/> Geburt soll intensiv überwacht werden <input type="checkbox"/> Emotionale Ablehnung des aktiven Geburtserlebens <input type="checkbox"/> Angst vor Kontrollverlust <input type="checkbox"/> Ärztliche Betreuung wichtig, Hebamme zweitrangig <input type="checkbox"/> Geburt in einem Perinatalzentrum oder Geburtsklinik mit hoher Geburtenrate, auch Belegkliniken <input type="checkbox"/> Positive Bewertung der Sectio im Vergleich zur Spontangeburt <input type="checkbox"/> Angst und negative Bewertung des Geburtsschmerzes <input type="checkbox"/> Ausdrücklicher Wunsch nach Schmerzerleichterung <input type="checkbox"/> Stillwunsch

3.1.4. Medizinethische Überlegungen

Medizinethische Überlegungen betreffend, stellt sich die Frage, ob nicht indizierte Kaiserschnitte gerechtfertigt sind. Diese Frage soll ganz bewusst das Nicht-Eindeutig-Sein unterstreichen und Kaiserschnitte ausklammern, die dem Lebenserhalt von Mutter und Kind dienen.

Betrachtet man die aktuellen Entwicklungen in der Medizin, die die Patientenautonomie

¹¹⁸ C. JURGELUCKS, Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? 110.

und ebenso ökonomische wie juristische Überlegungen umfassen, ergibt sich die Überlegung, ob der Hippokratische Eid in seiner ursprünglichen Form noch für heutige ÄrztInnen gültig ist oder ob dieser möglicherweise in Zukunft einer Modifikation unterzogen wird.

Der Hippokratische Eid

Der Hippokratische Eid war Teil des *Corpus Hippocraticum* und wurde in der ersten Hälfte des 4. Jahrhunderts vor Christus verfasst. Ob Hippokrates tatsächlich der Autor war, ist nicht gewiss. Dennoch ist der Eid des Hippokrates der bekannteste Abschnitt aus dem Korpus und hat bis heute für die Ärzteschaft und ihrem Vorgehen sowie Verhalten den Kranken gegenüber Gültigkeit. Seinem Ursprungsort, dem antiken Griechenland, folgend, war der Eid des Hippokrates in seiner Originalversion in Griechisch verfasst. Die deutsche Übersetzung lautet in Anlehnung an Florian Steger wie folgt:¹¹⁹

„Ich schwöre bei Apollon, dem Arzt, und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach meinem besten Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen werde:

Den, der mich diese Kunst lehrte, gleich zu achten meinen Eltern, insbesondere mit ihm den Lebensunterhalt zu teilen und ihn mitzuversorgen, falls er Not leidet; seine Nachkommen gleich zu achten meinen männlichen Geschwistern, insbesondere, wenn sie es wünschen, sie diese Kunst zu lehren ohne Entgelt und ohne vertragliche Verpflichtung, und so Ratschlag und Vorlesung und alle sonstige Belehrung zu erteilen meinen und meines Lehrers Söhnen wie auch den Schülern, die durch den Vertrag gebunden und vereidigt sind nach ärztlichem Brauch, sonst aber niemandem.

Meine Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem besten Vermögen und Urteil, sie schützen vor allem, was ihnen schaden und Unrecht zufügen könnte.

Nie werde ich, auch nicht auf eine Bitte hin, ein tödlich wirkendes Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen; gleicherweise werde ich niemals einer Frau ein fruchtatreibendes Zäpfchen geben.

Heilig und rein werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst.

¹¹⁹ Vgl. W. ECKART, Geschichte der Medizin 11-17.

Ich werde nicht schneiden, und zwar auch nicht bei solchen, die ein Steinleiden haben, sondern ich werde den Männern Platz machen, die in diesem Handwerk beschäftigt sind.

In welche Häuser ich eintrete, stets will ich eintreten zum Nutzen der Kranken, mich fernhaltend von willkürlichem Unrecht und jeder anderen Schädigung, insbesondere von sexuellen Handlungen gegenüber Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was ich auch bei der Behandlung sehe oder höre oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, soweit man es nicht ausplaudern darf, werde ich darüber schweigen, in der Überzeugung, dass hier Schweigen heilige Pflicht ist.

Wenn ich nun diesen meinen Eid erfülle und nicht verletze, möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg beschieden sein, Ruhm und Ansehen bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, dessen Gegenteil.¹²⁰

Die im Hippokratischen Eid behandelten Aspekte beziehen sich auf zentrale ethische Themen. Ebenso wie heute war auch in der Antike keine Trennung zwischen alltäglicher und ärztlicher Moral vorzunehmen, da beide Bereiche in sich greifen und aufeinander verweisen. Im Zentrum des Hippokratischen Eides steht die Aussage, den PatientInnen entweder zu nützen, oder wenn dies nicht möglich ist, auf der anderen Seite nicht zu schaden.¹²¹ Manche im Hippokratischen Eid angesprochenen Verbote wie das Steinschnittgebot sind heute nicht mehr gültig.¹²² So hält auch Eduard Seiler bereits 1979 fest, dass der Hippokratische Eid in einzelnen Aussagen zeitgebunden ist und diese deshalb auch in ihrer historischen Dimension betrachtet und abgewogen werden müssen. Dennoch sind einige ethische Leitkonstanten enthalten, die bis heute grundlegend für das Arzt/Ärztin-PatientInnen-Verhältnis und das medizinische Handeln sind. Wie bereits oben erwähnt, zählen dazu das Prinzip des Nicht-Schadens, die Anerkennung der Menschenwürde sowie die eigene Kompetenz als Arzt/Ärztin.¹²³ So hält auch Wolfgang Eckart fest, dass der Hippokratische Eid in vielen Aspekten der Beachtung wert ist, auch in einer Zeit, die durch absolut naturwissenschaftlich bestimmte und technisierte Medizin gekennzeichnet ist.¹²⁴

¹²⁰ STEGER, Florian, Das Erbe des Hippokrates. Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln, Göttingen 2008, 34; [in Folge: F. STEGER, Das Erbe des Hippokrates].

¹²¹ Vgl. BERGDOLT, Klaus, Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute, München 2004, 45; [in Folge: K. BERGDOLT, Ärztliche Moral von der Antike bis heute].

¹²² Vgl. W. ECKART, Geschichte der Medizin 16.

¹²³ Vgl. F. STEGER, Das Erbe des Hippokrates 34-35.

¹²⁴ Vgl. W. ECKART, Geschichte der Medizin 16-17.

So bleibt die Frage offen, ob es in ferner Zukunft zu Modifizierungen des Eides kommen wird, die mehr die ökonomischen Beweggründe bei der medizinischen Behandlung eines Pateinten/einer Patientin in das Bewusstsein und die Verpflichtung des Arztes/der Ärztin miteinfließen werden lassen.

3.2. Differenzierte Betrachtung der gestiegenen Sectio-Rate

Letztlich muss die Sectiorate jedoch gerade in entwickelten Ländern differenziert betrachtet werden. So führen zum einen die abnehmende Risikobereitschaft von werdenden Müttern sowie die vermehrten Haftpflichtklagen, aber auch die abnehmende Erfahrung von FrauenärztInnen bei relativen Indikationen, wie sie die Beckenendlage zum Beispiel darstellt, zu einem Ansteigen der Sectiorate.¹²⁵

Daneben lässt sich auch ein gesellschaftlicher Wandel feststellen, innerhalb dessen Gesundheit immer mehr als Konsumgut angesehen wird und dies vor allem auch in der Geburtsmedizin. Dennoch ergibt sich die wachsende Sectiorate auch aus dem Umstand, dass immer mehr Frauen im fortgeschrittenen Alter Mütter werden. Das höhere Alter hat wiederum Einfluss auf mögliche Schwangerschaftskomplikationen, wie zum Beispiel Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, eine Placenta praevia (Fehllage der Plazenta, insofern sich diese vor oder am Rand des Muttermundes befindet), aber auch intrauterine (innerhalb des Uterus) Wachstumsverzögerungen und Frühgeburten. Ebenso steigt das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft im fortgeschrittenen Alter, da es zu Mehrfachovulationen kommt. Im Allgemeinen stellen Mehrlingsschwangerschaften ein zwei- bis dreimal höheres Komplikationsrisiko dar, als die Schwangerschaft mit nur einem Kind. Aus diesem Grund wird auch der überwiegende Teil von Mehrlingsschwangerschaften per Kaiserschnitt entbunden. Ebenso trägt das fortschreitende Alter der Mütter zu Schwangerschaften nach vorangegangenen reproduktionsmedizinischen Maßnahmen bei, welche in sich schon ein erhöhtes Risiko vorweisen.¹²⁶

Bei der Abwägung der unterschiedlichen Geburtsmodi und dem zu beobachtenden Anstieg der Sectiorate stellt sich dennoch die Frage, ob die Art der Geburt auch längerfristige Auswirkungen auf das Kind hat. Hierbei sprechen neuere Studien, darunter die 2012 in der

¹²⁵ Vgl. D. SURBEK, *Sectio caesarea: Machen wir zu viele?* 971.

¹²⁶ Vgl. ebd. 970-972.

Fachzeitschrift *Obstet* von Schuller veröffentlichte Untersuchung, vom sogenannten *Fetal Programming*. Unter dem Begriff Fetal Programming subsumieren sich die Erkenntnisse, dass sowohl das intrauterine Leben des Fötus, als auch der Geburtsmodus langfristigen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben. So zeigen sich im Vergleich von Kindern, die zum einen per Kaiserschnitt oder zum anderen per vaginaler Spontangeburt zur Welt gekommen sind, noch Monate nach der Geburt Unterschiede im Schmerz- sowie Stressempfinden. Dies resultiert aus der Programmierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse beim Neugeborenen. Dieser Vorgang trägt wahrscheinlich wiederum zu einer lebenslangen Veränderung des metabolisch-endokrinen Systems (Hormonsystem) bei.¹²⁷

4. Medizinisch nicht eindeutig indizierte Kaiserschnitte aus theologisch-ethischer Sicht

Um im Folgenden eine theologisch-ethische Betrachtung von medizinisch nicht eindeutig indizierten Kaiserschnitten vorzunehmen, werden der Arzt, Philosoph und Psychotherapeut Viktor Frankl, sowie Hannah Arendt und ihr Begriff der Geburtlichkeit herangezogen. Anhand ihrer Gedanken sollen Kaiserschnitte, die aus einer Motivation heraus getroffen wurden, die nicht der lebensrettenden Funktion von Mutter und Kind dienen, analysiert werden. Um den Ansatz von Viktor Frankl und Hannah Arendt besser zu verstehen, sollen ihre Lehren und bei Viktor Frankl darüber hinausgehend sein biografischer Hintergrund betrachtet werden.

4.1. Die Geburt aus Sicht der feministischen Theologie

In der feministischen Theologie ist es hinsichtlich des Lebens, des Todes und der Geburt zu einem Paradigmenwechsel gekommen. Der Blick richtet sich nicht mehr auf das Leben mit seinen vorhandenen Ausstattungen und dessen Ende, sondern kehrt die Sichtweise um und fokussiert die Geburt.¹²⁸ Dazu wird das Natalitätskonzept von Hannah Arendt herangezogen. Arendt setzt durch ihre neue Sichtweise des Menschen einen Gegenakzent zu der bis dahin vorherrschenden Philosophie seit Plato. So definiert sie den Menschen nicht mehr wie bis dahin von seiner Sterblichkeit her, sondern über sein Geborenssein und

¹²⁷ Vgl. D. SURBEK, *Sectio caesarea: Machen wir zu viele?* 972.

¹²⁸ Vgl. ULRICH-ESCHEMANN, Karin, *Vom Geborenwerden des Menschen. Theologische und philosophische Erkundungen*, Münster 2000, 90; [*in Folge*: K. ULRICH-ESCHEMANN, *Vom Geborenwerden des Menschen*].

die Möglichkeiten des Handelns, die sich dadurch eröffnen.¹²⁹ Auch biblisch gesehen kam der Geburt und dem Gebären immer schon eine besondere Bedeutung zu. Dies geschah in Hinblick auf das Leben von Frauen und deren Kampf darum, aber auch in Anbetracht der Erneuerung des Lebens durch die Erde und der Gottesbezeichnung. Die oftmals in Verbindung mit der Geburt zitierte Stelle aus Genesis 3,16 verzerrte durch eine Fehlübersetzung bedingt jedoch die Sicht auf die Geburt. So steht nicht geschrieben, dass die Frau unter *Schmerzen* gebären soll, sondern unter Anstrengung und Mühe. Diese Fehlübersetzung führte dazu, dass Frauen Schmerzen rund um die Geburt als Strafe ansahen. Betrachtet man die Paradiesgeschichte so zeigt sich aber, dass weder mit der Frau noch mit der Geburt ein Fluch verbunden ist.¹³⁰

Innerhalb der feministischen Betrachtungen rückt nun nicht der Akt der Geburt, sondern genauer gesagt das *Geborenwerden* ins Zentrum. Der Vorgang des Geborenwerdens soll dabei als eine Orientierung im Verständnis von Mensch und Welt dienen.¹³¹ So kommt „*jeder Mensch [...] als Neuanfang auf die Welt, in dem er an diesem Anfang, der bei Gott ist, Anteil hat.*“¹³² Die Frage, wann das Menschsein beginnt, beschäftigt dabei auch die Medizinerin Barbara Maier, welche sie aus einer philosophischen Perspektive heraus beantwortet, in dem sie festhält:

*„Der Beginn menschlichen Lebens ist nicht einfach festzumachen, sein Anfang und Ursprung zeigt sich im Werden. Die einseitig naturwissenschaftlich-technische Betrachtung von Phänomenen, die uns emotional als Lebensgeheimnis erfahrbar sind, hat eine lebensweltliche Verwirrung zur Folge“*¹³³

Und so handelt es sich bei jedem Kind um einen neuen Schöpfungsprozess, der von Gott in Kooperation mit der werdenden Mutter ausgeht. So wie Gott zu Beginn der Schöpfung einen Anfang setzte, wiederholt sich dieser Vorgang in jedem Menschen. So schenkte Gott dem Menschen nicht das Geheimnis des Anfangs, sondern des Wiederanfangs. Theologisch

¹²⁹ Vgl. GASSER, Christine, Natalität bei Hannah Arendt. Feministische und theologische Konsequenzen, in: ESSER, Annette/GÜNTER, Andrea/SCHEEPERS, Rajah (Hg.), Kinder haben. Kind sein. Geboren sein. Philosophische und theologische Beiträge zu Kindheit und Geburt, Königstein/Taunus 2008, 260; [in Folge: C. GASSER, Feministische und theologische Konsequenzen des Natalitätsbegriffes bei Hannah Arendt].

¹³⁰ Vgl. SUTTER REHMANN, Luzia, Geburt / Natalität. Biblisch, in: GÖSSMANN, Elisabeth (Hg.), Wörterbuch der Feministischen Theologie, 2., vollständig überarbeitete und grundlegend erweiterte Auflage, Gütersloh 2002, 195; [in Folge: L. SUTTER REHMANN, Geburt / Natalität].

¹³¹ Vgl. K. URLICH-ESCHEMANN, Vom Geborenwerden des Menschen 79.

¹³² Ebd. 78.

¹³³ MAIER, Barbara, Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele, Berlin - Heidelberg 2000, 27; [in Folge: B. MAIER, Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe].

gesprochen steht es daher auch dem Menschen nicht zu, einen Anfang zu setzen, dennoch gehört der Neubeginn zu jedem Menschen dazu.¹³⁴ Im Rahmen dieser Betrachtungen ist allen voran die Philosophin Hannah Arendt und ihr Begriff der Geburtlichkeit zu nennen. Um Hannah Arendt in ihrem Denken besser verorten zu können, sollen anschließend das Leben sowie die philosophischen Leitsätze Arendts erläutert werden.

4.1.1. Hannah Arendt

In ihren Abhandlungen spricht Hannah Arendt immer wieder von Tatsächlichkeiten. Dabei versteht Arendt unter Tatsächlichkeiten jedoch nicht einfach empirische Gegebenheiten. Vielmehr handelt es sich dabei um Phänomene, die in ihrer Vielfältigkeit und Vieldeutigkeit nicht reduziert werden, sondern als Phänomene gewahrt werden sollen. Diesem Ansatz ist das Denken und Sprechen in Metaphern dienlich, da dieses ein Phänomen beschreibt, ohne es in Theorien aufzulösen. Diesem Bewusstsein folgt auch Karin Ulrich-Eschemann, wenn sie sich mit Hannah Arendt und dem Thema der Geburtlichkeit auseinandersetzt.¹³⁵

4.1.2. Geburtlichkeit

Den Begriff der *Geburtlichkeit*, auch *Natalität* genannt, entnimmt Hannah Arendt der Theologie Augustinus, wobei sie sich von ihrem philosophischen Lehrer, Martin Heidegger, distanziert, dessen philosophisches Denken vom Tod als zentralem Bestimmungsmerkmal des Lebens ausging. Ihre These ist, dass der Mensch nicht von seinem Tod her bestimmt wird, sondern von seiner Geburt her, die als Neuanfang gedacht wird. Damit wurde die Denkrichtung umgekehrt. Nicht das Bestehen vor dem Tod steht im Mittelpunkt, sondern was sich dem Menschen durch die Geburt eröffnet.¹³⁶ Ebenso wird der Mensch ihrer Ansicht nach nicht ins Dasein geworfen und *ist*, was die Sicht Heideggers darstellt, sondern er *kommt* in die Welt. Dieses *In-die-Welt-Kommen* impliziert gleichzeitig mehr als das bloße *In-der-Welt-Sein*, da dem Kommen bereits eine Beziehungsebene

¹³⁴ Vgl. THEIßEN, Henning, Natalität. Eine noch junge Begriffskarriere in der Anthropologie, in: De Gruyter (2012) 285-311 [Online-Ausgabe, URL: <https://www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/downloadpdf/j/nzsth.2012.54.issue-3/nzsth-2012-0011/nzsth-2012-0011.pdf> (Stand 10.12.2016)]; [in Folge: H. THEIßEN, Natalität].

¹³⁵ K. ULRICH-ESCHEMANN, Vom Geborenwerden des Menschen 12f.

¹³⁶ Vgl. ebd. 25f.

zugrunde liegt, in dem der Mensch durch die Geburt in Beziehung zu anderen Menschen tritt.¹³⁷ Diese umgekehrte Sicht eröffnete sich für Hannah Arendt, nachdem sie sich von einer patriarchalen, sprich männlich geprägten Philosophie abgewandt hatte, die stets den Tod als Ausgangspunkt ihrer Überlegungen hatte.¹³⁸

Den Gedanken, das Leben von der Mortalität her zu betrachten, findet sich auch in der Theologie Karl Rahners. Durch einen Ausschnitt aus seinem Werk *Die Theologie des Todes* lässt sich diese bis zu Hannah Arendt vorherrschende Art der Lebensbetrachtung gut zusammenzufassen. So schrieb Rahner:

„Aber eben weil wir den Tod im Leben sterben, weil wir dauernd lassen, dauernd Abschied nehmen, dauernd durchschauen auf das Ende hin, dauernd enttäuscht werden, dauernd durch Wirklichkeiten hindurch in ihre Nichtigkeit hindurchbrechen, dauernd durch die tatsächlichen Entscheidungen und das wirklich Gelebte die Möglichkeiten des freien Lebens einengen, bis wir das Leben in die Enge des Todes getrieben und verbraucht haben, weil wir immer das Bodenlose erfahren, [...] darum sterben wir durch das ganze Leben hindurch und ist das, was wir Tod nennen, eigentlich das Ende des Todes, der Tod des Todes, bei dem nur von uns aus offen bleibt, ob dieser Tod des Todes der zweite Tod oder die Tötung des Todes und der Sieg des Leben ist.“¹³⁹

Ausgehend bei Hannah Arendt stand bei der jüdischen Philosophin zu Beginn die Frage, was denn der Mensch sei. Doch Arendt beließ diese Frage nicht in ihrer ursprünglichen Form, sondern fragte breiter nach und stellte die Frage in den Raum, was denn Menschen seien. In dieser Art der Fragestellung ging der Blick von der Individualität des Menschen hin zu der Gemeinsamkeit, die allen Menschen gleich ist: die Geburtlichkeit. Alle Menschen werden zu Beginn geboren und setzen so einen Neu-Beginn. So ist es für menschliches Leben grundlegend, dass Menschen geboren werden.

Diesen Gedanken fasste auch die feministische Theologin Hanna Strack in Anlehnung an Hannah Arendt auf und schrieb daran anknüpfend den Text von Karl Rahner im Sinne des Gedankens der Geburtlichkeit um:

¹³⁷ VGL. C. GASSER, Feministische und theologische Konsequenzen des Natalitätsbegriffes bei Hannah Arendt, 266.

¹³⁸ Vgl. ebd. 260f.

¹³⁹ RAHNER, Karl, Zur Theologie des Todes, Bd. 2, Quaestiones Disputatae, RAHNER, Karl/SCHLIER, Heinrich (Hg.), Innsbruck 1958, 76-77.

„Aber eben weil wir die Geburt im Leben geboren werden lassen, weil wir dauernd anfangen, neu zu begrüßen, dauernd von unserem Anfang her leben, dauernd neu hoffen, durch Wirklichkeiten in ihre Zukunft durchbrechen, dauernd durch die tatsächlichen Entscheidungen und das wirklich Gelebte die Möglichkeiten des freien Lebens erweitern, bis wir das Leben in die Weite hinein entfaltet und gestaltet haben, weil wir immer wieder die Chance zum Neuanfang erfahren, ... darum werden wir auch das ganze Leben hindurch neu geboren, und ist das, was wir Geburt nennen, eigentlich der Anfang des Wiedergeborenwerdens, die Geburt des Neuanfangs, bei dem nur von uns aus offen bleibt, ob diese Geburt des Geborenwerdens die zweite Geburt oder das Geborenwerden der Geburt und der Sieg des Lebens ist.“¹⁴⁰

Wenn Hannah Arendt von der Geburt als Beginn spricht, spricht sie dabei nicht nur vom Menschen als Initium (lat. Anfang), sondern auch als Initiator (lat. Anfänger). Jeder Mensch setzt einen Neu-Beginn in einer bereits bestehenden Welt. Der einzelne Mensch wird in ein Beziehungsgefüge und bereits bestehende Strukturen hineingeboren, „in die er nun aber selbst einen neuen Faden einwebt“¹⁴¹ und somit einen Neu-Beginn darstellt. Dieses Denken ist sehr stark mit dem biblischen Denken verhaftet, wenn es heißt *Im Anfang war*. Gott schuf einen Anfang.

Des Weiteren verweist der Gedanke wiederum auf Augustinus. So unterbricht die Geburt jedes/jeder Einzelnen das Zeitkontinuum, in das er//sie hineingeboren wird, aber auch den bestehenden Raum. So werden bestehende Abläufe immer wieder durch die Geburt eines neuen Menschen unterbrochen und die Geburt stellt einen Moment dar, in dem Vergangenheit und Zukunft ausgeblendet werden und nur der Moment im Mittelpunkt steht, dass die Frau gebiert und das Kind *auf die Welt kommt*.¹⁴²

Gerade aus feministischer Perspektive gilt es eine weitere Differenzierung vorzunehmen. Adrienne Rich, eine amerikanische Feministin, betont, dass das Kind nicht von einem Menschen, sondern im speziellen von einer Frau geboren wird. Der Frau kommt somit eine fundamentale Bedeutung zu. Sie verkörpert eine gewisse Autorität, insofern sie durch diesen Initiativakt ermöglicht, dass der Handlungsraum für den *Neuankömmling in der Welt*¹⁴³ eröffnet wird.¹⁴⁴ In diesem Zusammenhang spricht Hannah Strack, feministische

¹⁴⁰ STRACK, Hanna, Theologie der Geburtlichkeit, URL: <http://www.hanna-strack.de/theologie-der-geburtlichkeit/> (Stand: 12.12.2016).

¹⁴¹ K. URLICH-ESCHEMANN, Vom Geborenwerden des Menschen 30.

¹⁴² Vgl. ebd. 30.

¹⁴³ C. GASSER, Feministische und theologische Konsequenzen des Natalitätsbegriffes bei Hannah Arendt 266. (Begriff wurde von der Autorin übernommen)

¹⁴⁴ Vgl. ebd. 260f.

Theologin, von der Frau als *Mit-Schöpferin Gottes*.¹⁴⁵ Diese Sichtweise der Frau würde auch zu einer Neubewertung ihrer Rolle in der Gesellschaft führen. Dennoch ist es hier von besonderer Bedeutung, zwischen Mutterschaft und Mütterlichkeit zu unterscheiden. Mutterschaft definiert die Frau darüber, einen Anfang zu ermöglichen. Unter Mütterlichkeit werden hingegen gesellschaftliche Vorstellungen subsummiert, wie eine Frau zu handeln und zu sein hat. Diese Vorstellungen beruhen jedoch auf einem vorbelasteten Fundament. Insofern sich der Blick auf das *Geborensein* richtet, kann der Geburt mehr an kulturellem Wert zukommen, in dem das stark von einem Naturbegriff her geprägte Verständnis des Gebärens einer philosophischen Sichtweise weicht. In diesem Zusammenhang schreibt Andrea Günter:¹⁴⁶

„Solange nun die weibliche Position im Generationengefüge auf Natur, das heißt auf die rein biologische Reproduktion der Generationen reduziert bleibt, ohne dass die Gebürtigkeit als geistiges und weltliches, geschichtsstiftendes Prinzip erkannt wird, korrespondiert die Geschichtslosigkeit der Frauen mit der Weltlosigkeit des Frau- bzw. Mutterseins.“¹⁴⁷

4.1.3. Die Freiheit des Menschen und die Suche nach Sinn

Das Geborensein, also die Freiheit, die dem einzelnen Menschen zukommt, ruft den Menschen auch zugleich in Verantwortung. Der Mensch *muss* handeln, damit sich die Freiheit erfüllt.¹⁴⁸ Das politische Handeln¹⁴⁹ steht dabei im Gegensatz zum Arbeiten und Herstellen. Durch sein Handeln stellt der Mensch nicht nur her, sondern gestaltet den sozialen, politischen und geschichtlichen Raum. In Anlehnung daran spricht Arendt vom Handeln als *politisches Handeln*.¹⁵⁰ Der Mensch ist erst dann frei, wenn er sich bewusst für

¹⁴⁵ STRACK, Hanna, Die Frau ist Mitschöpferin. Eine Theologie der Geburt, Rüsselsheim 2006, zitiert in: C. GASSER, Feministische und theologische Konsequenzen des Natalitätsbegriffes bei Hannah Arendt 266.

¹⁴⁶ Vgl. C. GASSER, Feministische und theologische Konsequenzen des Natalitätsbegriffes bei Hannah Arendt 271.

¹⁴⁷ GÜNTER, Andrea, Die weibliche Hoffnung der Welt. Die Bedeutung des Geborenseins und der Sinn der Geschlechterdifferenz, Gütersloh 2000, 85, zitiert in: C. GASSER, Feministische und theologische Konsequenzen des Natalitätsbegriffes bei Hannah Arendt 266.

¹⁴⁸ Vgl. K. URLICH-ESCHEMANN, Vom Geborenwerden des Menschen 31.

¹⁴⁹ Vgl. GÜNTER, Andrea, Philosophie der Gebürtigkeit: eine ethische Perspektive für den Umgang mit dem Leben, der Kindheit, der Frauenfrage, der Technik und der Welt, in: ESSER, Annette/GÜNTER, Andrea/SCHEEPERS, Rajah (Hg.), Kinder haben. Kind sein. Geboren sein. Philosophische und theologische Beiträge zu Kindheit und Geburt, Königstein/Taunus 2008, 277; [in Folge: A. GÜNTER, Philosophie der Gebürtigkeit – eine ethische Perspektive].

¹⁵⁰ Vgl. HARTLIEB, Elisabeth, Warum als christlich-feministische Theologin Hannah Arendt lesen?, in: GASSER, Christine, Natalität bei Hannah Arendt. Feministische und theologische Konsequenzen, in: ESSER, Annette/GÜNTER, Andrea/SCHEEPERS, Rajah (Hg.), Kinder haben. Kind sein. Geboren sein. Philosophische und theologische Beiträge zu Kindheit und Geburt, Königstein/Taunus 2008, 252; [in Folge: E. HARTLIEB,

oder gegen etwas entscheidet. So erfüllt sich die Freiheit erst im Handeln und im Treffen von Entscheidungen.¹⁵¹ Mit der Geburt beginnt nicht etwas, das, nachdem es erschaffen wurde, einfach in seinem Wesen besteht. Sondern die Geburt ist „*das Anfangen eines Wesens, das selbst im Besitz der Fähigkeit ist, anzufangen: es ist der Anfang des Anfangs oder des Anfanges selbst.*“¹⁵² War bei der Schöpfung durch das Handeln Gottes der Anfang gleichsam noch *außerhalb* der Welt, ist er nun durch den Menschen *in* die Welt gekommen. Solange es den Menschen geben wird, ist der Welt dieser Anfang inne. Letztlich bedeutet die Erschaffung des Menschen als ein *Jemand* und nicht nur als ein *Etwas* gleichzeitig die Schaffung der Freiheit.¹⁵³ Für Arendt stellt sich hierbei die ausschlaggebende Frage, wie menschliche Bindungen entstehen, innerhalb derer politisches Handeln möglich ist. Die Differenz, die in der Pluralität der Menschen besteht, wird somit für sie zum Ausgangspunkt, von dem aus das Gemeinsame immer wieder aufs Neue in Frage gestellt wird.¹⁵⁴ Bedenken, dass eine gewisse Machbarkeit in Form von Technik überhandnimmt, negiert sie, da hierbei die Pluralität der Menschen als Korrektiv dient. Unter Techniken werden nicht nur mechanische Errungenschaften, sondern auch soziale Ordnungen, Wert- und Erziehungsvorstellungen oder auch Curricula für therapeutische Methoden verstanden. Oftmals nimmt in gesellschaftlichen Diskussionen der Hinweis auf die Natur die Funktion ein, darauf hinzuweisen, wo die Grenze von menschlichem Handeln liegt. Die Natur wird aber auch als Moment der Grenzziehung dahingehend missbraucht, Gegebenes als unveränderlich und nicht hintergebar darzustellen. Gerade in Hinblick auf Frauen und *ihre* Natur wurde immer wieder auf dieses Argument verwiesen. In diesem Zusammenhang betont Hannah Arendt jedoch, dass es in der Hand des Menschen und seinem Sprechen und Handeln liegt, was er von der Natur in Kultur transformiert. Zu sagen, dass die Natur unverfügbar ist, ist oftmals ein zu schneller Trugschluss, der unter Natur nur den Status quo und die zu einem Zeitpunkt geltenden Normen meint. Natürlich ist ein verantworteter Umgang mit der Schöpfung gewollt, aber nicht, wenn sie dabei auf die Natur reduziert wird und nicht mehr die Welt als Ganzes erfasst. Zu leicht wird in diesem Verständnis die Wahrung der Natur mit dem Weiblich-Mütterlichen und die Veränderung und Gestaltung mit dem Männlichen gleichgesetzt. Unter der Wahrung der Welt wird auch das Schützen von sozialen Errungenschaften wie der Sozialversicherung verstanden. Ebenso der Schutz

Warum als christlich-feministische Theologin Hannah Arendt lesen?].

¹⁵¹ Vgl. K. URLICH-ESCHEMANN, Vom Geborenwerden des Menschen 31.

¹⁵² ARENDT, Hannah, Vita activa oder Vom tätigen Leben, München⁶ 2007, 216.

¹⁵³ Vgl. ebd. 216.

¹⁵⁴ Vgl. A. GÜNTER, Philosophie der Gebürtigkeit – eine ethische Perspektive 277.

von Institutionen, Kulturkreisen oder technischen Errungenschaften wie Flughäfen oder Kenntnissen, mithilfe derer sich der Mensch der Natur gegenüber verhalten kann und wenn notwendig auch in sie eingreifen kann. So wird der Mensch bereits in ein Gefüge der Pluralität hineingeboren, innerhalb dessen er handeln kann. Die Geburt jedes Menschen setzt bereits die Welt voraus. Dies macht auch deutlich, dass es keine a-historische Natur vor dem Menschen oder jenseits der Welt gab, da der Mensch seit jeher in Beziehung zur Natur steht und diese durch die jeweiligen historischen Möglichkeiten prägt.¹⁵⁵

In Bezug auf das Leben stellt sich für Ulrich-Eschemann jedoch die Frage, inwiefern diese Freiheit vom Menschen gewünscht ist und dieser jene auch als *großartiges Geschenk*¹⁵⁶ versteht.¹⁵⁷

So ist festzuhalten, dass das Geborenwerden etwas ist, das dem Menschen widerfährt. Es ist keine bewusste Entscheidung, sondern es geschieht und wird sozusagen einem Menschen geschenkt. Nicht immer wird der Sinn des Geborenwerdens sofort erkannt und so verweist auch Ulrich-Eschemann auf zwei bekannte Stellen bei Jesaja, in denen die eigene Geburt und deren Sinn in Frage gestellt werden.¹⁵⁸ So heißt es bei Jesaja 15,10 und 20,14:

„*Besser, meine Mutter hätte mich nicht geboren!*“ (Jes 15,10&20,14)

Auch Hannah Arendt spricht die mit dem Leben verbundene Sinnfrage und deren mögliche Negation an, da mit dem Geborensein nicht immer der Wunsch einhergeht, diese Existenz auch annehmen zu wollen.¹⁵⁹ Hannah Arendt entgegnet der Frage und dem Zweifel nach Sinn jedoch mit der Freiheit des Menschen. Das Leben selber kann nicht in Frage gestellt werden, da es aufgrund seiner nackten Faktizität schlichtweg gegeben ist. Dennoch ist der Mensch frei. Das Freisein des Menschen realisiert sich in Handlungen sowie im Sprechen, worin sich für Hannah Arendt wiederum der Sinn realisiert. Doch die Sinnfrage ist für den Menschen virulent, da sie sich in den verschiedensten Lebenserfahrungen des Menschen zeigt. Gerade in solchen Momenten ist dem Menschen seine eigene Freiheit und die damit verbundenen Handlungsoptionen nicht immer bewusst. Oftmals wird sogar der Wunsch laut, nicht handeln zu wollen. Doch nicht nicht zu handeln, ist laut Hannah Arendt gar

¹⁵⁵ Vgl. A. GÜNTER, Philosophie der Gebürtigkeit – eine ethische Perspektive 280-285.

¹⁵⁶ K. URLICH-ESCHEMANN, Vom Geborenwerden des Menschen 31.

¹⁵⁷ Vgl. ebd.31.

¹⁵⁸ Vgl. ebd.51.

¹⁵⁹ Vgl. ARENDT, Hannah, Vom Leben des Geistes, Band 2, Das Wollen, München² 1989, 89.

nicht möglich.¹⁶⁰

„Das Problem ist, dass es für die Menschen nicht unbedingt leicht ist, mit diesen Ausichten, dieser Bestimmung der absoluten Spontaneität, des absoluten Beginnens fertig zu werden, und dies ist auch nicht etwas, was sie sich bequem zu eigen machen können ... So trägt das Wollen, selbst wenn im günstigen Licht – in Augustins Bild vom Wunderbaren der Gebürtlichkeit – gesehen, immer noch etwas Zwanghaftes in sich als etwas Positiv-Anziehendes. Denn schließlich suchen wir es uns nicht aus, geboren zu werden. Geborenwerden ist etwas, das uns widerfährt, ob wir das mögen oder nicht. Das Problem bleibt: Wie kann die Freiheit bejaht werden?“¹⁶¹

Um sich der Frage Hannah Arendts anzunähern, wie diese Freiheit dennoch bejaht werden kann und wie der Tod nicht nur die Sterblichkeit des Menschen manifestiert, sondern ebenso wie die Geburtlichkeit dem Menschen eine Option zum Handeln eröffnet, soll im folgenden Kapitel auf Viktor E. Frankl und die Existenzanalyse eingegangen werden.

4.2. Viktor Frankl

4.2.1. Biografie

Viktor E. Frankl wurde 1905 in Wien geboren und verstarb 1997 im Alter von 92 Jahren ebenfalls dort. An der Wiener Universitätsklinik war er sowohl als Professor für Neurologie als auch Psychiatrie tätig und begründete darüber hinaus die Dritte Wiener Schule. Ihm vorausgehend waren Freud mit der Psychoanalyse und Alfred Adler mit der Individualpsychologie. Die von Frankl begründete Richtung der Psychotherapie nannte er *Logotherapie und Existenzanalyse*.

Entscheidend für die Entwicklung seiner Richtung waren die Beschäftigung mit der Philosophie Max Schelers, die zu einer Ausdifferenzierung seiner Position im Vergleich zur Individualpsychologie führte, sowie das Überleben des Konzentrationslagers. Viktor E. Frankl wurde 1942 gemeinsam mit seiner gesamten Familie in das Konzentrationslager Theresienstadt deportiert und überlebte als einziger mit seiner Schwester. Frankl verfasste mehrere Bücher, darunter auch *Trotzdem Ja zum Leben sagen (1946)* und *Ärztliche Seelsorge (1946)*, in denen er sich mit dem Menschen und dessen Reaktionen auf Grenzsituationen auseinandersetzt. Schwerpunkt seiner vielzähligen Werke und Schriften

¹⁶⁰ Vgl. K. ULRICH-ESCHEMANN, Vom Geborenwerden des Menschen 51.

¹⁶¹ R. BEINER, Hannah Arendt über das Urteilen, München 1985, zitiert in: ULRICH-ESCHEMANN, Karin, Vom Geborenwerden des Menschen. Theologische und philosophische Erkundungen, Münster 2000, 51.

ist die Sinn- und Wertproblematik im Leben des einzelnen.¹⁶²

Die Logotherapie umfasst eine Anthropologie, eine therapeutische Theorie sowie eine methodisch strukturierte Praxis. Die drei Teilbereiche werden dabei durch einen Theoriekern zusammengehalten. Dieser setzt sich aus der Suche nach Sinn, der Verantwortung des Menschen, die sich aus dessen Freiheit ergibt, sowie dem Phänomen des Geistig-Personalen zusammen. Gerade die Berücksichtigung des Geistig-Personalen gilt als Unterscheidungsmerkmal der Logotherapie im Vergleich zur Psychoanalyse und Individualpsychologie. Die zentralen logotherapeutischen Aussagen kreisen dabei um eine differenzierte Auffassung des Menschen in seinen unterschiedlichen Seinsdimensionen sowie der Welt und der beiden potentiell inneseienden Ausrichtung auf Sinn. In den folgenden Unterkapiteln soll auf dieses logotherapeutische Verständnis und dessen Entfaltung innerhalb der persönlichen Entscheidungsfindung in (Grenz-)Situationen, so wie sie auch die Geburt darstellt, eingegangen werden.¹⁶³

4.2.2. Die Auffassung des Menschen und des Lebens nach Viktor Frankl

Für Viktor E. Frankl bedeutet das Mensch-sein gleichzeitig ein Sich-Bewusst-sein und ein Verantwortlich-sein. In dieser Bestimmung des Menschen liegt für Frankl ein unwiderlegbarer Tatbestand der Anthropologie. Der Mensch muss Verantwortung für sein Dasein übernehmen. Dabei ist Verantwortung als ethischer Begriff inhaltlich gesehen neutral, denn er sagt nicht aus, *wovor* und *wofür* Verantwortung übernommen wird. Folglich ist die Existenzanalyse unparteiisch, denn sie gibt nicht an, *wovor* sich der einzelne Mensch verantwortlich fühlen soll: Ob dies nun das eigene Gewissen, ein Gott, eine Gemeinschaft oder eine Institution ist, steht dem einzelnen frei. Dazu zählt ebenso das *wofür* sich der Mensch verantwortlich fühlt. Auch beim Wofür können die Vorstellungen zwischen verschiedenen Werten, persönlicher Anliegen oder dem konkreten Lebenssinn einer einzelnen Person divergieren. Viktor Frankl zeigt, dass es *den* einen Sinn nicht gibt.¹⁶⁴ Dieser Feststellung folgend erläutert Alfred Längle die Ebenen des Sinns und unterscheidet dabei grundsätzlich zwischen existentiell und ontologischem Sinn. Der ontologische Sinn ist im Gegensatz zum existentiellen Sinn nicht Aufgabe und Thema der

¹⁶² Vgl. BILLER, Karlheinz/DE LOURDES STIEGELER, Maria (Hg.), Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl, Wien – Köln – Weimar 2008, 7f; [in Folge: K. BILLER, Wörterbuch der Logotherapie].

¹⁶³ Vgl. ebd. 9-11.

¹⁶⁴ Vgl. FRANKL, Viktor E., Ärztliche Seelsorge, 10., ergänzte Auflage, Wien 1982, 226; [in Folge: V. FRANKL, Ärztliche Seelsorge].

Psychologie. Er betrifft die Bereiche der Religion und/oder der Philosophie. Den Sinn in der eigenen Existenz zu finden, hängt hingegen maßgeblich von der einzelnen Person ab, die jenen in jeder einzelnen Situation zu suchen und zu realisieren hat. Diese Feststellung führt auch schon zum nächsten Punkt, dass das Leben nur potentiell sinnvoll ist. Zu behaupten, dass das Leben egal unter welchen Gegebenheiten sinnvoll ist, würde einer Ideologie gleichkommen. So bleibt dem Leben stets die Spannung zwischen Sinn sowie Abgründigkeit und Absurdität inne. Zeitlebens wird der Mensch ebenso in der Diskrepanz von Sein und Sollen sein. Das Sein stellt das bereits Verwirklichte dar, das Sollen, das noch Ausstehende und zu Verwirklichende. Dies drückt auch die nachfolgende Kategorie aus, die das Leben als Möglichkeit definiert. Das Leben *ist* nicht etwas, sondern stellt die Möglichkeit dar, Dinge zu verwirklichen. Es bietet Aufgaben und Chancen, die es zu erfüllen gilt. Somit hat das Leben einen Appellcharakter, der an den Menschen gerichtet ist.¹⁶⁵ Nachfolgend soll noch einmal die Unterscheidung der einzelnen Sinnebenen in Anlehnung an Alfried Länge angeführt werden:

Sinn	Erläuterung¹⁶⁶
Existentieller Sinn	Der Sinn der Existenz hängt entscheidend vom Subjekt selbst ab (existentieller Sinn). Er ist nicht vorgegeben, sondern stets zu suchen und persönlich in jeder Situation zu realisieren.
Ontologischer Sinn	Im Gegensatz zum existentiellen Sinn ist der ontologische Sinn nicht Thema der Psychologie, sondern Thema der Religion bzw. der Philosophie.
Das Leben ist „potentiell“ sinnvoll	Die Logotherapie sieht das Leben des Menschen als potenziell (!) sinnvoll an. Die Behauptung, das Leben sei „unter allen Umständen“ sinnvoll, wäre Ideologie bzw. Glaube und nicht mehr Psychologie. So bleibt dem Leben eine Spannung, seine potentielle Abgründigkeit und Absurdität wird im Blick behalten.
Spannung zwischen Sein und	Der Mensch steht zeitlebens in der Spannung zwischen Sein und Sollen, also vor der Aufgabe, Ausstehendes zu verwirklichen.
Leben ist Gelegenheit zu etwas	Das Leben ist die Kategorie der Möglichkeit. „Das Leben ist nie etwas, es ist nur die Gelegenheit zu einem Etwas.“ (Friedrich Hebbel)
Appellcharakter der Situation	Jede Situation spricht den Menschen an (hat

¹⁶⁵ Vgl. LÄNGLE, Alfried, Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen, Wien² 2014, 56; [in Folge: A. LÄNGLE, Lehrbuch zur Existenzanalyse].

¹⁶⁶ Ebd. 56.

	einen „Appell“ in Form einer Gelegenheit, einer Chance, eines Angebots bzw. einer Aufgabe.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------

Die Differenzierung des Sinns, der Appellcharakter sowie die Feststellung, dass das Leben *potentiell* sinnvoll ist, zeigen, dass dem Menschen nicht ein Leben voller Sinn geschenkt wird. Vielmehr fordert jede Situation den Menschen aufs Neue heraus. Jede einzelne Person wird in jeder einzelnen Situation neu angesprochen. Der Sinn ist nicht gegeben, sondern muss dem Leben von der jeweiligen Person verliehen werden.¹⁶⁷ Daraus ergibt sich auch Frankls Kategorie, die den Menschen als Gefragten definiert. Um den Menschen zu erkennen, muss der Blick weggehen, von dem, was der Mensch *hat*: so etwa wie Geld und Macht. Übrig bleibt das Menschliche, das was der Mensch *ist*. Der Mensch ist jenes Wesen, das stets die Möglichkeit hat, zu entscheiden, was es ist: Der Mensch ist ein denkendes Wesen. Und genau in diesem Denken, in dieser Verantwortlichkeit und diesem Bewusstsein liegt die Würde des Menschen begründet. Ob er diese Würde bejaht oder verneint, liegt nur an ihm selbst und seinem persönlichen Verdienst. Woraus folgt, dass man auch nur von persönlicher und nicht kollektiver Schuld sprechen kann.¹⁶⁸

In anderen Worten:

„Es geht in der Existenzanalyse darum, das jeweils Wesentliche der Situation zu erkennen und darin selbst wesentlich zu werden.“¹⁶⁹

Der Mensch ist ein Gefragter

Der Mensch ist ein Gefragter. Seine Freiheit zwingt ihn dazu, dem Leben Antworten zu geben. Dies impliziert im Umkehrschluss auch, dass er nicht nur ein Fragender ist, sondern Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten hat. Das Leben stellt vor Fragen, die der Mensch bestmöglich beantworten soll. Diese „Be-Antworten“ ist gleichzeitig auch ein „Ver-antworten“ der getroffenen Entscheidungen.¹⁷⁰

„Nein, die Welt ist kein Manuskript, das wir zu entziffern haben (und nicht entziffern können) – die Welt ist vielmehr ein Protokoll, das wir zu diktieren haben. Und dieses Protokoll ist dramatisch. Hat doch Martin Buber uns gelehrt, daß [sic] das Leben des Geistes nicht monologisch, sondern dialogisch sei. Und haben wir nicht selber gefun-

¹⁶⁷ Vgl. A. LÄNGLE, Lehrbuch zur Existenzanalyse 56.

¹⁶⁸ Vgl. FRANKL, Viktor E., Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn, München⁴ 1985, 98f; [*in Folge*: V. FRANKL, Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn].

¹⁶⁹ A. LÄNGLE, Lehrbuch zur Existenzanalyse 56.

¹⁷⁰ Vgl. ebd. 26.

*den, daß [sic] es das Leben ist, das uns ständig Fragen stellt? Und verstehen wir jetzt nicht endlich, warum das Protokoll der Welt dramatisch ist? Weil es mit das Protokoll unseres Lebens ist, und unser Leben letztlich ein Verhör ist: ständig stellt uns das Leben Fragen, ständig geben wir dem Leben Antwort – wahrlich, das Leben ist ein Frage- und Antwort-Ernst.*¹⁷¹

In dem oben angeführten Auszug aus einem Vortrag von Viktor Frankl, gehalten 1947 in Innsbruck, zeigt sich sehr deutlich das *Gefragt-Sein* des Menschen. Aufgabe ist es nicht, nach etwas Vorgegebenem, einem wie Frankl es bezeichnet, *Manuskript* zu leben. Der Mensch ist gefordert, für ihn selbst kongruente Antworten zu finden. Und dies geschieht nicht in einem inneren Monolog, sondern in einem Dialog mit dem Gegenüber und der Welt. Dabei betont Frankl aber auch die Dramatik von solch einer Verantwortung, in die der Mensch steht. Dies wird deutlich, wenn er vom Leben als Frage- und Antwort-Ernst spricht. Trifft der Mensch seine Entscheidungen nicht eigenständig, spricht die Existenzanalyse von einem *Sich-Hergeben* oder auch einem *Sich-aus-der-Hand-Geben*. Das bedeutet, dass das eigene Handeln von außen her bestimmt wird, was wiederum dazu führt, dass der Mensch instrumentalisiert und fremdbestimmt wird und die Entscheidung innerlich nicht trägt, da sie von außen an ihn herangetragen wurde. Die Folge dessen ist, dass der Mensch die Handlung als sinnentleert und nicht erfüllend empfindet.¹⁷²

Der Mensch als personales Wesen – unaufhebbare Beziehung zur Welt

Bereits Martin Buber schrieb, dass das Ich erst am Du wird und drückte damit die fundamentale Notwendigkeit der menschlichen Beziehung zu seinen Mitmenschen aus.¹⁷³

Und so hält auch Alfred Längle in Anlehnung an Frankl und die Existenzanalyse fest:

*„‘Ganz‘ ist der Mensch in der Existenzanalyse zufolge nicht aus sich selbst, auch wenn er gesund ist und alle Triebe befriedigt sind. Der Mensch ist als Person (d.h. als geistiges Wesen) darauf hin angelegt, über sich selbst hinauszugehen und sich anderem (Dingen, Menschen, Aufgaben) zuzuwenden. Darin findet er seine existentielle Erfüllung.*¹⁷⁴

¹⁷¹ Auszug aus einem Vortrag, gehalten in Innsbruck am 19. Februar 1947 unter dem Titel *Der seelisch kranke Mensch vor der Frage nach dem Sinn des Daseins*, zit. nach V. E. FRANKL, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, München⁴ 1985, 30.

¹⁷² Vgl. A. LÄNGLE, *Lehrbuch zur Existenzanalyse* 36f.

¹⁷³ Vgl. BUBER, Martin, *Ich und Du*, Heidelberg 1958, 19; [*in Folge*: M. BUBER, *Ich und Du*].

¹⁷⁴ A. LÄNGLE, *Lehrbuch zur Existenzanalyse* 19.

In dieser Aussage spiegelt sich deutlich die Differenz von Frankls Logotherapie als 3. Wiener Schule und den Inhalten der 1. Wiener Schule, der Psychoanalyse Freuds, wider. Für Frankl ist der Mensch kein *Getriebener*, weil von seinen Trieben geleitet, sondern ein auf die Welt Ausgerichteter.¹⁷⁵ Was den Menschen letztlich ausmacht, ist kein Wille zur Macht oder zur Lust, sondern der Wille, Sinn im Leben zu finden. Aufgrund dieses Willens nach Sinn sucht, findet und erfüllt der Mensch Sinn, und begegnet „*auch anderem menschlichen Sein in Form eines Du*“¹⁷⁶, um dieses zu lieben. In der Erfüllung von Sinn und in der Begegnung findet der Mensch einen *Grund* zum Glücklichsein und zur Lust. Denn wie Frankl schrieb, strebt der Mensch letztlich nicht nach dem Glücklichsein an sich. Denn hat der Mensch einen *Grund* zum Glücklichsein, ergeben sich Lust und Glück automatisch.¹⁷⁷ Doch das Leben besteht nicht nur aus Glück und Freude. So stellt sich die Frage, wie Frankl das Leid im Leben eines Menschen wertet.

Der Umgang mit Schmerz

Viktor Frankl verneint das Leid im Leben eines Menschen nicht. Er benennt es sogar als eine dem menschlichen Leben zugrunde liegende Struktur und hält fest, dass der Mensch letztlich immer ein Leidender bleibt, dass das Leiden zu seinem Wesen gehört. Dennoch dämonisiert Frankl dieses Leiden nicht und zeichnet die Konfrontation mit den Abgründen des Lebens nicht in dunklen Tönen, sondern vielmehr als *Intensivierung* der Erfahrung, die letztlich über den banalen, alltäglich, wenn auch angenehmen Erfahrungen, in ihrer tiefgründigen und intensiven Erfahrung stehen.

„Das Leiden macht den Menschen hellichtig und die Welt durchsichtig. Das Sein wird transparent hinein in eine metaphysische Dimensionalität. [...]Der [sic] Mensch durchschaut es, es eröffnen sich ihm, dem Leidenden, Durchblicke auf den Grund. Vor den Abgrund gestellt, sieht der Mensch in die Tiefe, und wessen er auf dem Grund des Abgrunds gewahr wird, das ist die tragische Struktur des Daseins. Was sich ihm erschliesst [sic], das ist: dass menschliches Sein zutiefst und zuletzt Passion ist – dass es das Wesen des Menschen ist, ein Leidender zu sein: homo patiens.“¹⁷⁸

¹⁷⁵ Vgl. A. LÄNGLE, Lehrbuch zur Existenzanalyse 19.

¹⁷⁶ V. FRANKL, Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn 101.

¹⁷⁷ Vgl. ebd. 100f.

¹⁷⁸ V. FRANKL, Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie 319-320.

Der Umgang mit der Endlichkeit

Dem Wunsch nach einem langen und einem leidfreien Leben steht nicht nur die fundamentale Erfahrung des Schmerzes, sondern auch die des eigenen Todes entgegen. Viktor Frankl wendet den Blick von diesen Gegebenheiten nicht ab, sondern fasst den Tod bewusst ins Auge, indem er dessen Deutung umkehrt: Der Tod macht dem Menschen die Vergänglichkeit bewusst. Umgekehrt betrachtet ist er hingegen eine Aufforderung, um das Leben aktiv zu gestalten und die Momente dadurch unvergänglich zu machen, indem sie gelebt werden.¹⁷⁹

„Ja, mehr als dies: gäbe es gar keinen Tod, wäre das Leben also überhaupt endlos, so wäre es eben darum auch schon sinnlos. Der Mensch könnte alsdann alles und jedes immer wieder aufschieben: Ebensogut wie heute könnte er etwas ja auch morgen und übermorgen tun. Es gäbe keinerlei Verpflichtung dazu und keinerlei Verantwortung dafür, den Augenblick zu nützen, um Werte zu verwirklichen und das Dasein mit Sinn zu erfüllen.“¹⁸⁰

Diese Sichtweise Frankls untermauert auch der deutsche Philosoph Rainer Marten. Er hält fest, dass der Mensch den Tod braucht: Erst durch den Tod wird das Leben überschaubar. Dabei vergisst er nicht das Elend und die Unerträglichkeit, die mit dem Tod einhergehen können. Doch trennt er strikt zwischen der Angst vor den Umständen des Sterbeprozesses und dem Todsein an sich. Die Angst vor Schmerzen ist berechtigt. Doch es geht um eine übergeordnetere Sichtweise. Tod und Endlichkeit gehen den Menschen unbedingt an. Erst durch den Tod erhält das Leben seinen Wert. Durch ihn wird das Leben kostbar. Denn ohne den Tod gäbe es keinen Kairos und alles könnte in die unbestimmte Zukunft hin vertagt werden.¹⁸¹

„Nicht die Dauer der Existenz ist maßgebend und ausschlaggebend, sondern die Sinnfülle der Existenz. Kann doch ein kurzes Leben sinnvoll sein, während ein langes Leben sinnlos bleiben kann.“¹⁸²

Frankl weist mit dieser oben genannten Passage aus seinem Werk *Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie* von 1975 schon sehr pointiert darauf hin, dass der Sinn

¹⁷⁹ Vgl. FRANKL, Viktor E., Grundkonzepte der Logotherapie, Wien 2015, 41.

¹⁸⁰ V. FRANKL, Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie 325.

¹⁸¹ Vgl. MARTEN, Rainer, Endlichkeit, Unendlichkeit und die Frage nach dem menschlichen Maß des Lebens, in: HÖFNER, Markus/SCHAEDE, Stephan/THOMAS, Günter (Hg.), Endliches Leben. Interdisziplinäre Zugänge zum Phänomen der Krankheit, Bd. 18, Religion und Aufklärung, herausgegeben von der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft Heidelberg, Tübingen 2010, 65; [in Folge: R. MARTEN, Die Frage nach dem menschlichen Maß des Lebens].

¹⁸² FRANKL, Viktor E., Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Bern 1975, 325.

des Lebens nicht von dessen Dauer abhängt.¹⁸³ Ebenso verleugnet Frankl den Tod nicht und sieht diesen auch nicht als Schreckgespenst. Gerade das Thema der Vergänglichkeit, die impliziert, dass eines Tages das Gelebte zur Vergangenheit wird, resümiert Frankl wie folgt:

„Die Furcht bangt davor, was in der Zukunft verborgen ist; aber der Trost weiß darum, was in der Vergangenheit geborgen ist.“¹⁸⁴

Alles, was bisher gelebt wurde, kann nicht ungeschehen gemacht werden. Die Vergangenheit bewahrt das Gelebte und macht dieses unsterblich.¹⁸⁵ Somit zeigt sich der Sinn immer erst am Schluss des Lebens.

Die Sinnfindung

Um am Ende des Lebens positiv resümieren zu können, ist es von großer Bedeutung, dass der Mensch zwischen seinem Wunsch und den tatsächlich vollzogenen Maßnahmen eine Stimmigkeit, Kongruenz spürt. Ist diese nicht gegeben, führt dies zu Spannungen und auf lange Sicht hin gesehen zu Verzweiflung. Dass zwischen Wunsch und Realität eine größtmögliche Kongruenz besteht, bestimmt alle Lebensbereiche – so auch Entscheidungen, die hinsichtlich Krankheit, Behandlungen und Eingriffen und somit auch Kaiserschnitte betreffen.¹⁸⁶ So hält Viktor Frankl in *Die Ärztliche Seelsorge* fest, dass es auch bei Entscheidungen, die die Gesundheit des Menschen betreffen, nicht die Aufgabe und Kompetenz des Arztes ist, Entscheidungen für den Patienten zu treffen, oder diese ihm aufzudrängen.¹⁸⁷

„Der Arzt darf demnach niemals dem Kranken die Verantwortung abnehmen, [...] darf niemals Entscheidungen vorwegnehmen oder dem Kranken aufoktroieren.“¹⁸⁸

Letztlich ist es die einzelne Person, die in ihren Entscheidungen Kongruenz finden muss.¹⁸⁹

¹⁸³ Vgl. FRANKL, Viktor E., *Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Bern 1975, 325.

¹⁸⁴ Ebd. 198.

¹⁸⁵ Vgl. ebd. 198f.

¹⁸⁶ Vgl. A. LÄNGLE, *Lehrbuch zur Existenzanalyse* 53.

¹⁸⁷ Vgl. V. FRANKL, *Ärztliche Seelsorge* 225-227.

¹⁸⁸ Ebd. 227.

¹⁸⁹ Vgl. A. LÄNGLE, *Lehrbuch zur Existenzanalyse* 53.

5. Angst als markanter Faktor bei der Entscheidungsfindung und die Auswirkung von brüchigen Beziehungen

Angst ist ein entscheidender Faktor bei der Entscheidungsfindung, sowohl im alltäglichen Leben als auch in sogenannten Extremsituationen. Bereits in der Evolution angelegt, dient Angst dem Überleben des Individuums. Die Konfrontation mit der Angst kann einerseits zur Auseinandersetzung mit der Situation oder andererseits zum Fluchtverhalten führen. In einer zivilisierten Welt, in der für den Menschen keine offensichtlichen, lebensbedrohlichen Situationen mehr gegeben sind, stellt sich die Frage, worin die Ängste des modernen Menschen gründen und was diese begünstigen.¹⁹⁰

5.1. Die Entfremdung des Menschen – Technisierung und Medizinalisierung

„Je entfremdeter die Geburtsumstände wurden und je weniger die Frauen über den Vorgang wussten, desto größer wurde die Angst.“¹⁹¹

In der Moderne kam es zu einer Verschiebung der Schwerpunkte im Weltverständnis. So trat der Mensch als Subjekt in den Mittelpunkt und löste sich folgedessen aus seiner Tradition, die ihn in einem gewissen Maße dazu verpflichtet hatte, Dinge in einer bestimmten Art und Weise zu sehen. Die Folge daraus war eine größer gewordene Freiheit. Jede Freiheit ruft jedoch zu Entscheidung auf, da sie ohne Entscheidung ungelebt bleiben würde. In einem aufeinander verwiesenen Verhältnis zeigt sich jedoch auch, dass mit dem Wachsen der Freiheit auch die eigene Verantwortung zunimmt und sie die Möglichkeit des Scheiterns impliziert, falls nicht die richtige Entscheidung getroffen wird. Dies kann wiederum zu Überforderung führen.

Des Weiteren wurde die Vernunft des Menschen in den Mittelpunkt gerückt. In Einzelbereichen kam es zu einer Fokussierung der Dinge. Diese fokussierte Betrachtung von Gegebenheiten beschrieb der Philosoph Karl Popper als sogenannte Scheinwerfertheorie. Einzelbereiche erfahren an Wissenszuwachs, bedürfen jedoch auch der gesamtheitlichen Sicht, die das Wissen auf einer Ebene wieder verbindet. Impliziert im Begriff der Moderne war auch das Fortschrittsdenken. Dabei wird der Fortschritt als ein Voranschreiten auf einen besseren Zustand hin gesehen.

¹⁹⁰ Vgl. V. SCHMID, Der Geburtsschmerz 42.

¹⁹¹ Ebd. 43.

So weist Barbara Maier in ihrem Werk *Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe* darauf hin, dass Technik jeweils neue Möglichkeiten eröffnet, aber wiederum auch andere verstellt.¹⁹² Zum einen führte die Technisierung innerhalb der Geburtshilfe zu einem großen Fortschritt was die Diagnose und Therapie betrifft. Auf der anderen Seite wurde die Geburt durch den technischen Wissenszuwachs zu einem Ereignis, welches mithilfe medizinischer Mittel nicht nur kontrolliert, sondern auch gesteuert werden muss und die Schwangere zu einer Patientin machte.¹⁹³ So ist laut Barbara Maier in der Gesellschaft ein Ruf zu vernehmen, der gerade in der Gynäkologie ein Zurück zur natürlichen Geburt fordert.¹⁹⁴ Durch das Mehrwissen an Interventionsmöglichkeiten konnte sich innerhalb der Geburtshilfe ein medizinisches Versorgungsparadigma durchsetzen.¹⁹⁵ Trotz der großen Begeisterung für die Möglichkeiten der Medizintechnik wird diese dennoch oft als dehumanisierend erlebt. Dies bedeutet nicht, dass die Chancen der neuen Medizintechnik dämonisiert werden. Vielmehr wird ethische Normierung gefordert, die den Fortschritt begrenzt beziehungsweise das Fortschreiten in der Medizin. Naturwissenschaften und Technik sollen daraufhin analysiert werden, sodass sie für den Menschen als sinnvoll und human erlebt werden,¹⁹⁶ da die innerhalb der Geburtsmedizin häufig vorgenommenen Interventionen zu einer Verdrängung der psychosozialen und sozioökonomischen Faktoren geführt hat.¹⁹⁷ Keine anderen Phasen des Lebens sind so gut überwacht wie die Schwangerschaft und Geburt. Und trotz des stetigen Bemühens, Schwangerschaft und Geburt nicht zu pathologisieren und zu unterstreichen, dass es sich dabei um normale körperliche Vorgänge handelt, kommt es dennoch zu deren Medikalisierung. Als physiologische und somit nicht krankhafte Vorgänge bedürfen sie im Normalfall keiner medizinischen Hilfe. Doch die gute Überwachung bedingt innerhalb der vorzufindenden Medizinalisierung eine eigene Dynamik, die die Schwangerschaft und Geburt als Risiko erscheinen lassen. So besteht die Grundannahme, dass entweder beim Kind oder bei der Mutter eine Fehlfunktion vorliegen könnte. Von dieser Annahme ausgehend werden unspezifisch Screenings und medizinische Interventionen durchgeführt. So entsteht innerhalb der Geburtsmedizin ein Paradoxon: Einerseits wird betont, dass die Schwangerschaft und die Geburt normale körperliche Prozesse darstellen und auf der

¹⁹² Vgl. B. MAIER, *Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe* 33.

¹⁹³ Vgl. F. ZU SAYN-WITTGENSTEIN, Friederike (Hg.), *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*, Bern 2007, 185; [*in Folge*: F. ZU SAYN-WITTGENSTEIN, *Geburtshilfe neu denken*].

¹⁹⁴ Vgl. B. MAIER, *Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe* 33.

¹⁹⁵ Vgl. F. ZU SAYN-WITTGENSTEIN, *Geburtshilfe neu denken* 185.

¹⁹⁶ Vgl. B. MAIER, *Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe* 33.

¹⁹⁷ Vgl. F. ZU SAYN-WITTGENSTEIN, *Geburtshilfe neu denken* 185.

anderen Seite ist kaum ein anderer Lebensabschnitt so stark medizinisch kontrolliert. So ist es oftmals schwer, eine Über-, Fehl- oder auch Unterversorgung innerhalb der Schwangerschaft und des Geburtsprozesses zu verhindern.¹⁹⁸

So betont auch der Philosoph Arnold Gruen, dass uns die unaufhaltsamen wissenschaftlichen Erkenntnisse, modernen Technikfortschritte und die vielen vorhandenen Informationen vom Leben entfremden, da das abstrakte Bewusstsein in den Vordergrund tritt.¹⁹⁹ Innerhalb der Geburtsmedizin kann ab den 1950er Jahren von einer medizinisch geprägten Betrachtung und Handhabung der Geburt gesprochen werden. Die zuvor zuhause oder im Krankenhaus durchgeführten Entbindungen waren noch von der *gekonnten Nichtintervention*²⁰⁰ geprägt, die mit dem Eintreten der medizinisch geprägten Betrachtung von Geburt und Schwangerschaft durch eine Zunahme an Interventionen abgelöst wurde.²⁰¹ Und wer legt nun fest, was im Kreißaal geschieht? Sind es die Ärzte im Kreiß- bzw. Operationssaal oder ist es die Schwangere in ihrer Autonomie und aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechtes? Diese Frage steht im Zentrum der aktuellen Überlegungen rund um das Ansteigen der Kaiserschnitte.²⁰²

5.2. Die Geburt – ein Übergang

Die Geburt stellt für die Frau sowohl psychisch als auch körperlich eine Ausnahmesituation dar. Aus einer zuvor bestehenden Dyade zwischen Mutter und Kind soll in der auf die Geburt des Kindes folgenden Zeit eine Triade werden, die zwischen Mutter, Vater und Kind besteht. Diese Zeit ist sehr intensiv und stellt nicht nur eine Herausforderung, sondern oftmals auch eine Krise für die Eltern dar, da sowohl psychische als auch physische Ressourcen in Anspruch genommen werden.²⁰³ Dass dieser Übergang oftmals mit gewissen Schwierigkeiten einhergeht, verdeutlicht die nachfolgende Darstellung, in der der Übergang von zwei auf drei Säulen fließend, ja mit verwirrenden Anteilen, einhergeht.

¹⁹⁸ Vgl. F. ZU SAYN-WITTGENSTEIN, Geburtshilfe neu denken 51f.

¹⁹⁹ Vgl. A. GRUEN, Dem Leben entfremdet 42-44.

²⁰⁰ F. ZU SAYN-WITTGENSTEIN, Geburtshilfe neu denken 53.

²⁰¹ Vgl. ebd. 53f.

²⁰² Vgl. HUSSLEIN, P./LANGER, M., Elektive Sektio vs. vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe?, in: Der Gynäkologe Nr. 12 (2000) 849-856 [Online-Zeitschrift, URL: <http://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/article/10.1007/s001290050653>] 849; [in Folge: P. HUSSLEIN, Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe?].

²⁰³ Vgl. NEISES, M., Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau, in: Der Gynäkologe Nr. 37 (2004) 580f [Online-Zeitschrift, URL: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/article/10.1007/s00129-004-1546-3>]; [zit: M. NEISES, Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau].

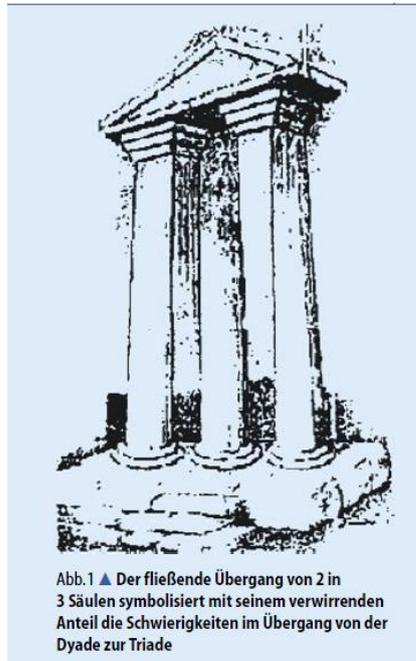


Abbildung 1: Von der Dyade zur Triade

Generell ist der Gebärvorgang in sich ein potentieller Trigger dafür, das bereits verdrängte Traumata der Frau wieder zum Vorschein kommen. Ängste, die im Verlauf der Geburt auftreten, können sowohl Erwartungsängste als auch Versagensängste sein.²⁰⁴ So schrieb auch schon Viktor Frankl:

„Schuld hatte ein Geschlecht, das nicht tat, was es sollte; Angst hat ein Geschlecht, das nicht weiß, was es soll.“²⁰⁵

Ängste sind evolutionsgeschichtlich gesehen wichtig, da sie Menschen vor Schäden schützen und im Moment ihres Auftretens die Sinne und die Wahrnehmung schärfen. Ziel dabei ist die Selbsterhaltung der jeweiligen Person. Auch die Geburt stellt einen angstbehafteten Zustand für die Frau dar. Und auch hierbei erfüllen diese Ängste wichtige Funktionen. So verzögern Ängste bei der Eröffnungsphase den Geburtsprozess, damit es nicht zu einer plötzlichen Sturzgeburt kommt, beschleunigen hingegen die Geburt, wenn sich diese bereits in der Austreibungsphase befindet²⁰⁶. Bei Ängsten, die rund um die Geburt auftreten können, wird zwischen phylogenetischen Ängsten und ontogenetischen Ängsten unterschieden. *Phylogenetische* Ängste sind in allen Kulturkreisen gleich, als sie

²⁰⁴ Vgl. V. WEISS, Aktive Eröffnungsphase 188.

²⁰⁵ FRANKL, Viktor E., Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse, 5., erweiterte und ergänzte Auflage, München 1982, 135.

²⁰⁶ Vgl. V. SCHMID, Der Geburtsschmerz 43.

in einem Vorgang wie der Geburt die Angst „vor dem Leben und vor seinen polaren Dynamiken, [...]“²⁰⁷ widerspiegeln. Dazu gehören die Angst vor Veränderung, dem Unbekanntem, Angst, sich zu verlieren, Angst vor der Trennung und dem Verlust der Einheit mit dem Kind. Dazu können sogenannte *ontogenetischen* Ängste hinzukommen, die der eigenen Erfahrung, die hier negative Erlebnisse als auch Erzählungen umfassen kann, entspringen oder auch aufgrund von gegebenen, äußeren Bedingungen resultieren.²⁰⁸ Da zwischen bestehenden Ängsten, der Anspannung und dem Erleben von Schmerzen ein Zusammenhang besteht, gilt es hier, diesen Ängsten entgegenzuwirken. Die sogenannte *Psychoprophylaxe* beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Schmerz und Angst, und deren Verminderung. Exemplarisch zu nennen sind hier der französische Chirurg Odent und der Arzt Dick-Read. So betont Odent die Wirkung der äußeren Umgebung und Dick-Read die Macht der Aufklärung über die Verringerung von Angst und Schmerzen.²⁰⁹ Verena Schmid gliedert die ontogenetischen Ängste nach einem Schema, das zum einen den Einfluss von persönlichen Lebenserfahrungen, zum anderen auch die negative Konditionierung des Geburtsschmerzes durch kulturelle Faktoren umfasst.²¹⁰

Psychische Faktoren des Geburtsschmerzes²¹¹	
Negative Konditionierung durch ungünstige kulturelle Faktoren:	Geringschätzung des schöpferischen Aktes der Geburt, geringe Selbstachtung, frühere traumatische Lebenserfahrungen oder Horror-Erzählungen von Geburten, ein schwieriges Verhältnis zum Schmerz, ein schmerzhaft erlebtes Selber-geboren-werden, die eigene soziale Rolle als Frau.
Kulturelle Prägung:	die Wert- oder Geringschätzung, die im eigenen Kulturkreis dem Leiden beigemessen wird, das gesellschaftliche Erleben von Geburt und vom Frausein, der Hang zur Unterwürfigkeit oder Passivität, die Beachtung des Schmerzes und der Umgang mit ihm, die in einer Gesellschaft üblich sind
Persönliche Lebenserfahrung:	alle schmerzhaften, persönlichen Erlebnisse, Verlusterlebnisse, die Art des Verhältnisses zu sich selbst,

²⁰⁷ V. SCHMID, Der Geburtsschmerz 43f.

²⁰⁸ Vgl. ebd. 43f.

²⁰⁹ Vgl. ebd. 44.

²¹⁰ Vgl. ebd. 43.

²¹¹ Ebd. 12.

	Ängste, emotionale Belastungen durch ungelöste Probleme, die eigene Sexualität, die eigene Geburt, die Einstellung gegenüber Veränderungen im Leben, die emotionale Reife
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Welche Bedeutung kommt einem positiven Geburtserlebnis zu?

Um die Frage der Relevanz eines positiv besetzten Geburtserlebnisses zu beantworten, soll zuerst geklärt werden, was ein solches überhaupt möglich macht. In den vorangehenden Kapiteln wurden bereits die persönlichen sowie kulturellen Einflussfaktoren, ebenso wie die ontogenetischen und phylogenetischen Ängste genannt, die auf das Geburtserlebnis Einfluss haben können.²¹² Diese Einflussfaktoren sind von Frau zu Frau sehr unterschiedlich, da sie sowohl von persönlichen Wertvorstellungen als auch gesellschaftlichen Prämissen geprägt sind.²¹³ Im Gegenzug ist die Eingrenzung, wie es zu einem positivem Geburtserleben kommt, relativ einfach: Je erwünschter die Schwangerschaft ist, desto positiver das Geburtserlebnis. Faktoren, die dazu beitragen, umfassen sowohl eine stabile Beziehung zum Partner, egal ob verheiratet oder nicht, die Entstehung der Schwangerschaft sowie die vorherrschende Akzeptanz der Schwangerschaft im sozialen Umfeld der Frau. Die Entstehung der Schwangerschaft ist positiv zu werten, insofern diese durch ein bewusstes Absetzen der Verhütung und in einem erwünschten sexuellen Kontakt entstanden ist. Hinsichtlich der Akzeptanz durch das soziale Umfeld der Frau sind die Zustimmung durch die Herkunftsfamilie, sowie die ideologische und/oder religiöse Bindung als auch die Akzeptanz durch den Vater des Kindes anzuführen. Je mehr diese Faktoren zutreffen, desto eher wird die Geburt als positiv erlebt werden. Interessant an dieser Stelle ist, dass Komplikationen während der Schwangerschaft keinen einschränkenden Einfluss auf das Geburtserlebnis haben, sondern dieses sogar eher verstärken, da letztlich die Geburt für die Frau als *gelingen* empfunden wird.²¹⁴

Die Frage nach einem positiven Geburtserlebnis und dessen Folgen stehen vor allem auch in der Spannung rund um die Frage *Kaiserschnitt oder vaginale Spontangeburt*, die weitgehend stark polarisiert. Folgt man Befragungen von Schwangeren so zeigt sich ein Spektrum, welches sich von extrem negativen bis hin zu extrem positiven Erfahrungen bei

²¹² Vgl. V. SCHMID, Der Geburtsschmerz 43.

²¹³ Vgl. ebd. 12.

²¹⁴ Vgl. M. NEISES, Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau 579.

beiden Geburtsmodi erstreckt.²¹⁵ Einige Frauen erleben den Kaiserschnitt als eine notwendige Operation. Andere hingegen fühlen sich durch die Schnittentbindung um das Geburtserlebnis betrogen. Aber auch bei der vaginalen Spontanentbindung divergieren die Erfahrungen: Manche Frauen erleben diese als ein Urerlebnis, welches einem ekstatischen Moment innerhalb der Sexualität gleichkommt und sie somit die Geburt in die schönsten Erlebnisse einreihen lassen, andere wiederum sahen sich im Geburtserlebnis mit Schmerzen, Ängsten und Erfahrungen des Allein-Gelassen-Seins und der Einsamkeit konfrontiert, wodurch die Geburt zu einem der schlimmsten Erlebnisse für sie wurde.²¹⁶ Im Anschluss sollen exemplarisch zwei Geburtserlebnisse angeführt werden, die sowohl das negative als auch positive Erleben eines Kaiserschnittes spiegeln:

	Kaiserschnitt aufgrund von absoluter Indikation
Positives Erleben	„Mutter werden; Trancezustand; Aufregung; Ungeduld (ich konnte es kaum erwarten, nachdem der Termin feststand); „Weichheit“ (es war irgendwie weich, wie die Ärzte an mir gearbeitet haben).“ ²¹⁷
Negatives Erleben	„ <u>Not</u> ausstieg für das Baby“, meine Narben: Bauch + Seele; Traurigkeit wegen des fehlenden Geburtserlebnisses; Glück, dass es die Möglichkeit gab und meine „Kleine“ deshalb gesund zur Welt kam; Schmerz.“ ²¹⁸

So ist festzuhalten, dass die Geburt nicht nur das Ende der Schwangerschaft bedeutet. Der Geburt kommt auch aus psychosomatischer Sicht eine wichtige Bedeutung zu: sie erfasst die Frau als Ganzes. Aus anthropologischer Sicht hat gerade die vaginale Spontangeburt einen Sinn, da die Frau das Kind aktiv gebärt und es darauf folgend unmittelbar annehmen und auf die nackte Haut legen kann. Dazu kommt ein enormes Hochgefühl, die Geburt und die damit verbundenen Anstrengungen und Ängste bewältigt zu haben.²¹⁹

Welcher Geburtsmodus ist nun der bessere?

Jede Geburt ist mit Schmerzen verbunden, doch die Evolution hat den Geburtsvorgang durch eine endogene (körpereigene) Ausschüttung von Endorphinen ergänzt. Dadurch kommt es geradezu zu einem verklärenden Vergessen des Geburtsschmerzes sowie dem

²¹⁵ Vgl. OBLASSER, Caroline/EBNER, Ulrike/WESP, Gudrun, Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen, Salzburg 2007, 76-139; [in Folge: C. OBLASSER, Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht].

²¹⁶ Vgl. P. HUSSLEIN, Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? 849.

²¹⁷ C. OBLASSER, Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht 86.

²¹⁸ Ebd. 88.

²¹⁹ Vgl. M. NEISES, Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau 889.

Auftreten eines starken Glücksgefühls nach der Geburt. Dieses Glückempfinden gründet aber nicht nur im Anblick des Kindes, sondern auch im eigenen Stolz der Frau, diese körperliche als auch mentale Leistung vollbracht zu haben. Schmerzen, Ängste und Erschöpfung werden vergessen und an ihre Stelle treten absolute Freude und ein Gefühl der Seligkeit.²²⁰

Dieses Erlebnis geht nur mit einer vaginalen Spontangeburt einher und bleibt der Frau bei einem Kaiserschnitt verwehrt. Hier setzen auch wiederum die Überlegungen an, inwiefern eine spontane Vaginalgeburt das Bonding zwischen Mutter und Kind im Vergleich zu einem Kaiserschnitt begünstigt. Aus psychosomatischer Sicht ist dabei jedoch festzustellen, dass das Geburtserlebnis einer Spontangeburt nicht für jede Frau von Bedeutung ist. Untersuchungen aus dem Jahr 2000 haben in Hinblick auf das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind darüber hinausgehend gezeigt, dass die elektive und sekundäre Sectio ebenso befriedigend erlebt werden wie die Spontangeburt, insofern drei Faktoren gegeben sind: Zum einen eine Spinalanästhesie, damit die Frau auch nach dem Kaiserschnitt bei vollem Bewusstsein ist; die Anwesenheit des Partners bei der Sectio sowie der unmittelbar auf den Kaiserschnitt stattfindende und uneingeschränkte Eltern-Kind-Kontakt.²²¹ Natürlich stellt die Sectiosituation eine gewisse Barriere für das Bonding dar. Dennoch ist festzuhalten, dass Bonding multifaktoriell bedingt ist. Für das Zustandekommen von einem funktionierenden Bonding zwischen Mutter und Kind sind nicht nur die Geburt sondern auch individuelle Persönlichkeitsmerkmale, der Verlauf der Schwangerschaft und des Wochenbettes ausschlaggebend. In Hinblick auf die Geburtsmodi ist es deshalb wichtig, nicht ideologisch zu werden. Ziel ist weder eine 100%ige vaginale Geburt noch ein 100%iges Stillen. Als psychosomatisches Ziel gilt es immer einen individuellen Weg zu finden, dem sich Arzt/Ärztin und Patientin in einem persönlichen Gespräch annähern und in dem mögliche Ängste und Bedenken aufgelöst werden können.²²²

Die 2000 veröffentlichte Langzeitstudie von Durik AM et al zeigte ebenso, dass der Geburtsmodus, egal ob vaginale Spontangeburt, elektive oder sekundäre Sectio, keinen Einfluss auf das Bonding, sprich die Mutter-Kind-Beziehung, hatte. Alle untersuchten Beziehungen zwischen Mutter und Kind waren zwischen 4-12 Monat postpartum intakt.²²³

²²⁰ Vgl. P. HUSSLEIN, Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? 853.

²²¹ Vgl. ebd. 853.

²²² Vgl. M. NEISES, Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau 889f.

²²³ Vgl. P. HUSSLEIN, Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? 853.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vaginale Spontangeburt nicht einseitig als der natürlichere und in Folge auch bessere Geburtsmodus dargestellt werden kann, da zum einen das Geburtserlebnis der Frau von persönlichen Vorerfahrungen abhängig ist und zum anderen das Zustandekommen des Bondings multifaktoriell bedingt ist. Ein funktionierendes Bindungsverhalten entsteht folglich nicht nur punktuell durch den erhöhten Oxytocin-Spiegel kurz nach der Geburt, sondern wird innerhalb der ersten drei Lebensjahre, auch nach einem Kaiserschnitt, aufgebaut.

5.3. Die (Ver)Bindung wird brüchig – Auswirkung von (Ein-)Schnitten im Leben

Während der Schwangerschaft ist die lebensnotwendige Funktion der Bindung zwischen Mutter und Fötus offensichtlich, da das Kind über die Nabelschnur durch die Mutter versorgt wird. Aber auch nach der Geburt ist das Neugeborene auf die zuverlässige Bindung zu seiner Bezugsperson, welche im Normalfall die Mutter ist, angewiesen. In seiner unselbständigen Daseinsweise benötigt das Neugeborene den Schutz und die lebenserhaltende Unterstützung. Aus dieser Funktion heraus wird die Mutter, respektive Bezugsperson, auch metaphorisch als „*safe haven*“ (sicherer Hafen) bezeichnet, da sie in Gefahrensituationen einen emotional sowie körperlich sicheren Hafen darstellt.²²⁴

Die Verbindung des Menschen zu seinen Mitmenschen und seiner Umwelt ist eine der fundamentalsten Beziehungsstrukturen, innerhalb derer Leben erst möglich wird. Den Menschen als Einzelnen gibt es in diesem Sinne nicht. Dies beschrieb Martin Buber schon prägnant unter dem Satz, dass das Ich am Du wird.²²⁵

Jene Schnittstelle, bei der eine der ersten und grundlegendsten Bindungen gelingen soll, ist die Geburt. Die Geburt bedeutet zum einen die Trennung von Mutter und Kind aus ihrer körperlichen Verbundenheit, aber gleichzeitig auch die neu zu gestaltende Bindung zwischen Mutter und Neugeborenem.²²⁶ Das Nicht-Vorhandensein solcher sicheren Bindungen wurde in mehreren Längsschnittstudien untersucht. Dabei zeigte sich, dass eine sichere Bindung für die weitere kindliche Entwicklung förderlich ist und einen Schutzfaktor in emotional belastenden Situationen wie etwa einer Scheidung der Eltern

²²⁴ Vgl. BRISCH, Karl Heinz, Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention, in: MAIER, Barbara (Hg.) u.a., Ver-bindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Beiträge der 1.Drei-Länder-Tagung der DGPF, ÖGPGG und SAPGG 2009, Frankfurt am Main 2010, 20; [zit: K.H. BRISCH, Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention].

²²⁵ Vgl. M. BUBER, Ich und Du 15.

²²⁶ Vgl. M. NEISES, Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau 580.

darstellt. Diese emotionale Widerstandskraft in belastenden Situationen wird auch als *resilience* bezeichnet.²²⁷ So führen unsichere Bindungen zu unsicheren Beziehungen: Das bedeutet, dass Konflikte innerhalb einer Beziehung weniger sozial kompetent gelöst werden, aber auch Belastungen jeglicher Art leichter zur Ausbildung von psychischen Symptomen führen, da die bereits oben genannte Resilienzfähigkeit nicht vorhanden ist, um mit solchen Situationen adäquat umgehen zu können.²²⁸

So betont Karl Heinz Brisch, deutscher Kinder- und Jugendpsychiater, dass die emotionale sichere Bindung des Kindes eine wichtige Grundlage für dessen weitere Entwicklung ist und es diese anfängliche, postpartale (nach der Geburt stattfindende) Beziehungserfahrung ist, die zeitlebens bei weiteren Begegnungen neu gestaltet wird.²²⁹ Mit der Entstehung und Bedeutung von Bindung beschäftigte sich der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby, welcher 1950 die sogenannte Bindungstheorie begründete. So zeigte sich auch hier, dass die emotionale Bindung der Frau zum Fötus bereits in der Schwangerschaft beginnt und unmittelbar vor und nach der Geburt durch das Hormon Oxytocin gestärkt wird. Dieser Vorgang der Bindung wird in der Fachsprache als *bonding* bezeichnet. Die sogenannte Bindungstheorie, auch *attachment* genannt, untersucht dann den beginnenden Bindungsprozess zwischen Mutter und Kind.²³⁰

5.3.1. Die Folgen einer entfremdeten Beziehung

Im folgenden Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen das Fehlen einer sicheren Beziehung zur Mutter auf die Beziehung zu den Mitmenschen hat. Wie bereits erwähnt, werden Konflikte innerhalb einer Beziehung weniger sozial kompetent gelöst. Das liegt daran, dass diese ersten Bindungen, die das Kind erfährt, von fundamentaler Bedeutung sind und im weiteren Lebensverlauf nicht beliebig ausgetauscht und ersetzt werden können. So beeinflusst die erlebte Kindheit die Jugend, diese wiederum die Zeit als Erwachsener und die Erfahrungen des Erwachsenen prägen wiederum den Abschnitt als ältere Person.²³¹

Das Fehlen von Konfliktlösungsstrategien wird bei Kindern mit einem unsicheren Bindungsmuster bereits im Kindergartenalter deutlich. So weisen diese Kinder ein geringeres soziales Verhalten sowie eine aggressivere Interpretation von Spielsituationen

²²⁷ Vgl. K.H. BRISCH, Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention 22.

²²⁸ Vgl. ebd. 22.

²²⁹ Vgl. ebd. 19.

²³⁰ Vgl. ebd. 19.

²³¹ Vgl. WETTIG, Jürgen, Schicksal Kindheit. Kindheit beeinflusst das ganze Leben. Fakten statt Mythen. Verständlich und Klar, Heidelberg 2009, 3; [zit: J. WETTIG, Schicksal Kindheit].

auf. Im Jugendalter schätzen diese jungen Erwachsenen Beziehungen als generell weniger bedeutsam ein, leben daher auch eher isoliert und pflegen weniger Freundschaftsbeziehungen.²³²

Blickt man auf Kinder mit einem sicheren Bindungsverhalten, so zeigt sich, dass diese mehr Freunde haben, häufiger erfüllte Beziehungen leben, eine größere Gedächtnis- und Lernfähigkeit, sowie eine bessere Sprachfähigkeit aufweisen. Insgesamt verfügen Kinder mit einem sicheren Bindungsverhalten über mehr Bewältigungsstrategien. So agieren sie in Problemsituationen kreativer und flexibler und scheuen auch nicht davor zurück, sich Hilfe oder Rat von einer anderen Person einzuholen. Generell ist ihr gemeinschaftlicheres Verhalten ausgeprägter.²³³

Vergleicht man Kinder mit einem sicheren und einem unsicheren Bindungsverhalten so liegt der größte und entscheidendste Unterschied in deren Empathiefähigkeit. Kinder mit einer sicheren Bindung weisen eine bessere Empathiefähigkeit auf, was wiederum bedeutet, dass sie sich besser in das Denken, Fühlen und Verhalten von anderen Personen hineinversetzen können. Diese Fähigkeit wird als *theory of mind* bezeichnet und beschreibt das Wissen darum²³⁴

„dass das Denken und Fühlen von anderen Menschen von dem eigenen Denken und Fühlen unterschiedlich ist, dass es aber trotzdem möglich ist, aufgrund von Empathiefähigkeit, an dem Denken und Fühlen von anderen teilzuhaben und sich darüber auszutauschen“²³⁵

So können bereits Kinder befriedigende Beziehungen eingehen, später Freundschaften und Partnerschaften durch empathisches Verhalten gestalten und selbst zu einfühlsamen Eltern werden und somit verantwortungsvoll ein gelingendes Miteinander gestalten.²³⁶

²³² Vgl. J. WETTIG, Schicksal Kindheit 22.

²³³ Vgl. ebd. 22.

²³⁴ Vgl. ebd. 22.

²³⁵ Ebd. 22f.

²³⁶ Vgl. K.H. BRISCH, Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention 23.

6. Systematischer Ertrag

Ausgangspunkt für die Frage, ob medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitt aus theologisch-ethischer Sicht vertretbar sind, war die Differenz zwischen den tatsächlich vorgenommenen Kaiserschnitten und der von der WHO empfohlenen Sectiorate zwischen 10-15%, die auch in Österreich mit 27,1% überschritten wird.

6.1. Medizinische Betrachtung von Kaiserschnitt und vaginaler Spontangeburt

Die Schwangerschaft einer Frau ermöglicht das Entstehen neuen Lebens und stellt eine Dualität zwischen Mutter und Kind über neun Monate lang dar. Die Auflösung dieser Dyade tritt mit der Geburt ein: Ein Prozess, der sich bei einer vaginalen Spontangeburt in 4 Phasen einteilen lässt und in welchem dem Hormon Oxytocin eine entscheidende Funktion zukommt. Oxytocin löst nicht nur die körpereigene Schmerzlinderung aus, sondern *begünstigt* auch den Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind. Dabei ist kurz nach der Geburt die Ausschüttung von Oxytocin am höchsten. Aufgrund seiner Funktion wird es in der Wissenschaft auch als *Liebehormon* bezeichnet.

Ist eine vaginale Spontangeburt aufgrund von medizinischen Indikationen wie einer akuten Sauerstoffunterversorgung des Kindes nicht möglich, wird ein Kaiserschnitt vorgenommen. Dabei zeigt sich in der medizinischen Literatur die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Indikation: Wo bei einer primären Indikation eine Schnittentbindung unumgänglich ist, um das Leben von Mutter und Kind zu sichern, erlaubt die sekundäre Indikation ein Abwägen der Vor- und Nachteile von Kaiserschnitt und vaginaler Spontangeburt. Dabei hat sich gezeigt, dass sowohl ökonomische, juristische als auch persönliche Überlegungen eine Tendenz zum Kaiserschnitt hin begünstigen und dadurch auch die über der WHO liegenden Sectiorate erklärt werden kann. Neben den wirtschaftlichen Vorteilen für das Krankenhaus und dem Abwenden einer möglichen Klage auf Schmerzensgeld stehen die persönlichen Ängste der Frau im Mittelpunkt der Überlegungen. Hierbei zeigt sich, dass die Geburt eine Übergangssituation für die Frau darstellt, die es auch in Anbetracht von möglichen Ängsten zu bewältigen gilt.

6.2. Geburt versus entbunden werden – Geburt als Akt der Freiheit und der Selbstbestimmung

Angst ist eine Grundkomponente des menschlichen Lebens und kann die Konfrontation oder auch die Negationen von Situationen zur Konsequenz haben. Durch die Medikalisierung der Medizin und dem Nimbus der Kontrollierbarkeit von Situationen besteht daher auch eher die Tendenz zum Kaiserschnitt, da er scheinbar die sicherere Option darstellt. An diesem Punkt kann das Konzept der Existenzanalyse von Viktor E. Frankl als Hilfestellung zur Entscheidungsfindung herangezogen werden.

Für Frankl ist der Mensch stets ein Gefragter. Das heißt auch, dass der Mensch einen Handlungs- und Gestaltungsraum für sein eigenes Leben inne hat. Entscheidend ist, dass die werdende Mutter eine für sich kongruente Entscheidung treffen muss und es nicht der Arzt oder die Ärztin ist, die die Entscheidung für die schwangere Frau übernimmt. Denn wenn eine Entscheidung von außen an den Menschen herangetragen und diese innerlich nicht mitgetragen wird, so wird diese letztlich als sinnentleert empfunden. In diesem Zusammenhang stellt der Tod für Frankl auch die Aufforderung dar, das Leben aufgrund seiner Endlichkeit zu leben, denn der Sinn des Lebens ergibt sich letztlich erst in dessen Rückschau und erlangt durch seine Begrenztheit an Wert.

6.3. Geburt als Verbildlichung des beständigen Neubeginns im Leben des Menschen

Wo Frankl den Tod als Aufforderung zum Leben sieht, wendet Hannah Arendt den Blick auf den Beginn des Lebens, die Geburt, und entnimmt dafür der Theologie Augustinus‘ den Begriff der Geburtlichkeit, oder auch Natalität genannt. Dieses Verständnis meint, dass dem Menschen ein ständiger Neubeginn innewohnt, der ihn stets zum verantworteten Handeln aufruft. Aber Hannah Arendt weitet ihr Denken aus und merkt an, dass es gerade die Geburtlichkeit ist, die als gemeinsames Merkmale für alle Menschen gilt. Ein Punkt der vor allem aus Sicht der feministischen Theologie interessant ist. Die Frau wird durch die Geburt zur Mitschöpferin und es kommt ihr eine fundamentale Funktion für die Gesellschaft zu. Ein verändertes Rollenbild ist dadurch möglich, jedoch nur insofern strikt zwischen der Mutterschaft, als dem Ermöglichen von neuem Leben und der Mütterlichkeit als Rollenzuschreibung zu unterscheiden ist.

6.4. Resümee

Letztlich gilt es sowohl in Anlehnung an Hannah Arendt als auch an Viktor E. Frankl eine verantwortete Entscheidung zu treffen, die als sinngebend und kongruent erlebt wird. Der Aspekt der Bindung scheint primär durch eine vaginale Spontangeburt und dem erhöhten Oxytocin-Level begünstigt zu sein. Studien haben jedoch gezeigt, dass für das Bindungsverhalten nicht nur die ersten Minuten nach der Geburt entscheidend sind, sondern insgesamt die ersten drei Lebensjahre eines Kindes, die auch laut Entwicklungspsychologie die prägendsten sind.

Deutlich zeigt sich jedoch, dass das Leben eines Menschen, sei es am Beginn oder auch am Ende seines Daseins, der falsche Ort ist, um in ökonomischen oder juristischen Diktionen zu denken, insofern diese eine kongruente Entscheidung verhindern. Der persönliche Faktor Angst kann hingegen als Antrieb gesehen werden, sich mit dem eigenen Sein und der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen, zeugt aber auch von Bewusstsein einer werdenden Mutter über das ungeborene Leben, dass in ihren und den Händen der ÄrztInnen und Hebammen liegt.

Im Besonderen gilt es, eine Ideologisierung der Frage *Pro oder Contra Kaiserschnitt*, zu verhindern. Es geht nicht um eine schwarz-weiß Positionierung im Sinne von „*Ja! Ein Kaiserschnitt ist richtig!*“ oder „*Nein. Ein Kaiserschnitt ist falsch!*“ – Es geht um die Ausgestaltung eines Überganges, der eine 9-monatige Dyade auflöst und die Geburt eines neuen Lebens ermöglicht. Ideologisierung und starre Positionierungen sind nicht angebracht, wenn im Mittelpunkt zwei Menschenleben stehen, deren Leben neue Handlungsräume für sich selber, aber auch im Bezug auf das Beziehungsgefüge mit seinen Mitmenschen ermöglicht.

6.5. Offene Fragestellung

Offen bleibt die Frage, wie in Krankenhäusern eine Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Hebammen entstehen kann, in deren Zentrum die Frau und ihr Kind als Personen stehen und eine Aufklärung erfolgt, die frei von wirtschaftlichem und juristischem Denken ist, aber auch die Zeit hat, sich gemeinsam mit der Schwangeren und ihren Ängsten und Bedenken auseinanderzusetzen?

7. Literaturverzeichnis

- ARENDET, Hannah, Vita activa oder Vom tätigen Leben, München⁶ 2007.
- ARENDET, Hannah, Vom Leben des Geistes, Band 2, Das Wollen, München² 1989.
- ARN, Christof/WEIDMANN-HÜGLE, Tatjana (Hg.), Ethikwissen für Fachpersonen. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 2, Basel 2009; [zit: C. ARN, Ethik im Gesundheitswesen].
- BECKER, Andreas/Eissler, UWE, Die standardisierte primäre Sectorate (SPSR) und ihre Anwendung im Qualitätsmanagement und für Krankenhausvergleiche. Ein Beitrag zur Versachlichung einer komplexen Diskussion, in: Das Krankenhaus 2 (2014) 115-130 [Online Zeitschrift, URL: https://www-wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/toc_list/KH/2014/DT%3D20140201/Heft%202%20%252F%202014/KH?max=25&offset=0 (Stand: 13.02.2017)]; [zit: A. BECKER, Die standardisierte primäre Sectorate].
- BERGDOLT, Klaus, Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute, München 2004, [zit: K. BERGDOLT, Ärztliche Moral von der Antike bis heute].
- BILLER, Karlheinz/DE LOURDES STIEGELER, Maria (Hg.), Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl, Wien – Köln – Weimar 2008; [zit: K. BILLER, Wörterbuch der Logotherapie].
- BOPP, Annette, Kaiserschnitt auf Wunsch. Vorteile – Risiken – Entscheidungshilfen, Hamburg 2003; [zit: A. BOPP, Kaiserschnitt auf Wunsch].
- BRISCH, Karl Heinz, Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention, in: MAIER, Barbara (Hg.) u.a., Ver-bindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Beiträge der 1.Drei-Länder-Tagung der DGPF, ÖGPGG und SAPGG 2009, Frankfurt am Main 2010, 19-31; [zit: K.H. BRISCH, Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention].
- BUBER, Martin, Ich und du, Heidelberg 1958; [zit: M. BUBER, Ich und Du].
- BULGAY-MÖRSCHER, Mehtap/SCHLEUSSNER, E., Trisomie 13 – Betreuung während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett: Eine Kasuistik, in: MAIER, Barbara (Hg.), Ver-bindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frankfurt am Main 2009, 385-391; [zit: M. BULGAY-MÖRSCHER, Trisomie 13 – Betreuung während der Schwangerschaft].
- BÜHLING, Kai Joachim/FRIEDMANN, WOLFGANG, Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe, München² 2009; [zit: K. BÜHLING, Intensivkurs Gynäkologie].
- CONTRERAS CASTRO, Fernando, Der Mönch, das Kind und die Stadt, Zürich 2011 [Original: Los Peor, San José de Costa Rica, 2002].
- DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013; [zit: D. HEBAMMENVERBAND, Geburtsarbeit].
- DITZ, Susanne (Hg.) u.a., Nichts ist unmöglich!? Frauenheilkunde in Grenzbereichen. Beiträge der 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frankfurt am Main 2011.
- ECKART, Wolfgang U., Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 7., völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin – Heidelberg 2013; [zit: W. ECKART, Geschichte der Medizin].
- ESSER, Annette/GÜNTER, Andrea/SCHEEPERS, Rajah (Hg.), Kinder haben. Kind sein. Geboren sein. Philosophische und theologische Beiträge zu Kindheit und Geburt, Königstein/Taunus 2008; [zit: A. ESSER, Philosophische und theologische Beiträge zu Kindheit und Geburt].
- FRANKL, Viktor E., Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Bern 1975; [zit: V. FRANKL, Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie].
- FRANKL, Viktor E., Ärztliche Seelsorge, 10., ergänzte Auflage, Wien 1982; [zit: V. FRANKL, Ärztliche Seelsorge].
- FRANKL, Viktor E.; Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn, München⁴ 1985; [zit: V. FRANKL, Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn].

- FRANKL, Viktor E., Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse, 5., erweiterte und ergänzte Auflage, München 1982.
- FRANKL, Viktor E., Grundkonzepte der Logotherapie, Wien 2015.
- FEIGE, Axel/RATH, Werner/SCHMIDT, Stephan (Hg.), Kreißaal-Kompendium. Das Praxisbuch für die Geburtshilfe, Stuttgart 2013.
- GASSER, Christine, Natalität bei Hannah Arendt. Feministische und theologische Konsequenzen, in: ESSER, Annette/GÜNTER, Andrea/SCHEEPERS, Rajah (Hg.), Kinder haben. Kind sein. Geboren sein. Philosophische und theologische Beiträge zu Kindheit und Geburt, Königstein/Taunus 2008, 260-274; [zit: C. GASSER, Feministische und theologische Konsequenzen des Natalitätsbegriffes bei Hannah Arendt].
- GÜNTER, Andrea, Philosophie der Gebürtigkeit: eine ethische Perspektive für den Umgang mit dem Leben, der Kindheit, der Frauenfrage, der Technik und der Welt, in: ESSER, Annette/GÜNTER, Andrea/SCHEEPERS, Rajah (Hg.), Kinder haben. Kind sein. Geboren sein. Philosophische und theologische Beiträge zu Kindheit und Geburt, Königstein/Taunus 2008, 274-296; [zit: A. GÜNTER, Philosophie der Gebürtigkeit – eine ethische Perspektive].
- GEIST, Christine/HARDER, Ulrike/STIEFEL, Andrea (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2007.
- GENNEP, Arnold van, Übergangsriten (Les rites de passage), 3., erweiterte Auflage, Frankfurt 2005.
- GIBBONS, Luz u.a., The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage, in: WORLD HEALTH REPORT, Backgroundpaper 30 (2010) [Online-Ausgabe, URL: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf> (Stand: 10.12.2016)]; [zit: L. GIBBONS, The Global Number of Unnecessary Caesarean Sections].
- GÖBEL, Esther/SCHMIDT, Gerlinde, Übergangsphase, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND, Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, Stuttgart 2013, 219-246; [zit: E. GÖBEL, Übergangsphase].
- GRUEN, Arnold, Dem Leben entfremdet. Warum wir wieder lernen müssen zu empfinden, München 2013; [zit: A. GRUEN, Dem Leben entfremdet].
- GÖSSMANN, Elisabeth (Hg.), Wörterbuch der Feministischen Theologie, 2., vollständig überarbeitete und grundlegend erweiterte Auflage, Gütersloh 2002; [zit: E. GÖSSMANN, Wörterbuch der Feministischen Theologie].
- HALLE, Horst/FEIGE, Axel/SCHMIDT, Stephan, in: FEIGE, Axel/RATH, Werner/SCHMIDT, Stephan (Hg.), Kreißaal-Kompendium. Das Praxisbuch für die Geburtshilfe, Stuttgart 2013, 34-39.
- HARDER, Ulrike/LIPPENS, Frauke, Geburtsleitung und Betreuung der Gebärenden in der Austreibungsperiode, in: GEIST, Christine/ HARDER, Ulrike/ STIEFEL, Andrea (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2007, 263-274; [zit: U. HARDER, Austreibungsperiode].
- HARTLIEB, Elisabeth, Warum als christlich-feministische Theologin Hannah Arendt lesen?, in: GASSER, Christine, Natalität bei Hannah Arendt. Feministische und theologische Konsequenzen, in: ESSER, Annette/GÜNTER, Andrea/SCHEEPERS, Rajah (Hg.), Kinder haben. Kind sein. Geboren sein. Philosophische und theologische Beiträge zu Kindheit und Geburt, Königstein/Taunus 2008, 251-260; [zit: E. HARTLIEB, Warum als christlich-feministische Theologin Hannah Arendt lesen?].
- HÄUSL, Maria, Geburt – Kampf um Leben und gegen den Tod. Alttestamentliche Vorstellungen und Rituale für Mutter und Kind am Anfang des Lebens, in: HEININGER, Bernhard (Hg.), An den Schwellen des Lebens. Zur Geschlechterdifferenz in Ritualen des Übergangs. Bd 5: Geschlecht – Symbol – Religion, Berlin 2008, 130; [zit: M. Häusl, Geburt – Kampf um Leben und gegen den Tod].
- HEININGER, Bernhard (Hg.), An den Schwellen des Lebens. Zur Geschlechterdifferenz in Ritualen des Übergangs. Bd 5: Geschlecht – Symbol – Religion, Berlin 2008.
- HÖFER, Silvia, Überwachungsmethoden und Pränataldiagnostik, in: GEIST, Christine/HARDER, Ulrike/STIEFEL, Andrea (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4.,

- aktualisierte Auflage, Stuttgart 2007, 176-182; [zit: S. HÖFER, Überwachungsmethoden und Pränataldiagnostik].
- JURGELUCKS, Christiane, Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen, Bücher für Hebammen 2, Frankfurt am Main 2004; [zit: C. JURGELUCKS, Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma?].
- HUSSLEIN, P./LANGER, M., Elektive Sektio vs. vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe?, in: Der Gynäkologe Nr. 12 (2000) 849-856 [Online-Zeitschrift, URL: <http://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/article/10.1007/s001290050653>]; [zit: P. HUSSLEIN, Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe?].
- KEITEL, Hilma, „Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde.“ Schöpfungsglaube und Medizin, in: WEHKAMP, Karl-Heinz/KEITEL, Hilma, Grenzen und Grenzüberschreitungen. Tod und Geschöpflichkeit in der modernen Medizin, Bd. 5: Mensch – Natur – Technik. Beiträge aus christlicher Perspektive, GEISLER, Ralf/KNÜPPEL, Renate/WEGNER, Gerhard (Hg.), Hannover 1998, 35-43; [zit: H. KEITEL, Schöpfungsglaube und Medizin].
- LANG, Christine, Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe, München 2009; [zit: C. LANG, Bonding].
- LÄNGLE, Alfried, Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen, Wien² 2014; [zit: A. LÄNGLE, Lehrbuch zur Existenzanalyse].
- MAIER, Barbara, Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele, Berlin - Heidelberg 2000; [zit: B. MAIER, Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe].
- MAIER, Barbara (Hg.) u.a., Ver-bindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Beiträge der 1.Drei-Länder-Tagung der DGPGF, ÖGPGG und SAPGG 2009, Frankfurt am Main 2010.
- MAIO, Giovanni/BOZZARO, Claudia/EICHTINGER, Tobias (Hg.): Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen, München 2015; [zit: G. MAIO, Konzeptionelle Annäherungen an Leid und Schmerz].
- MARTEN, Rainer, Endlichkeit, Unendlichkeit und die Frage nach dem menschlichen Maß des Lebens, in: HÖFNER, Markus/SCHAEDE, Stephan/THOMAS, Günter (Hg.), Endliches Leben. Interdisziplinäre Zugänge zum Phänomen der Krankheit, Bd. 18, Religion und Aufklärung, herausgegeben von der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft Heidelberg, Tübingen 2010; [zit: R. MARTEN, Die Frage nach dem menschlichen Maß des Lebens].
- MOLTMANN-WENDEL, ELISABETH, Geburt / Natalität. Theologisch, in: GÖSSMANN, Elisabeth (Hg.), Wörterbuch der Feministischen Theologie, 2., vollständig überarbeitete und grundlegend erweiterte Auflage, Gütersloh 2002, 197-198; [zit: E. MOLTMANN-WENDEL, Geburt / Natalität aus theologischer Sicht].
- NEISES, M., Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau, in: Der Gynäkologe Nr. 37 (2004) 579-584 [Online-Zeitschrift, URL: <http://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/article/10.1007/s00129-004-1546-3>]; [zit: M. NEISES, Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau].
- NIELSEN, Renate/OLSHAUSEN, Astrid, Geburt, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 246-266; [zit: R. NIELSEN, Geburt].
- OBLASSER, Caroline/EBNER, Ulrike/WESP, Gudrun, Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen, Salzburg 2007, 76-139; [zit: C. OBLASSER, Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht].
- PÖLTNER, Günther, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien² 2006; [zit: G. PÖLTNER, Grundkurs Medizin-Ethik].
- RAHNER, Karl, Zur Theologie des Todes, Bd. 2, Quaestiones Disputatae, RAHNER, Karl/SCHLIER, Heinrich (Hg.), Innsbruck 1958.
- ROSENBERGER, Christl/SCHILLING, Rose Maria/HARDER, Ulrike, Der Geburtsvorgang, in: GEIST, Christine/HARDER, Ulrike/ STIEFEL, Andrea (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2007, 220-248; [zit: C. ROSENBERGER, Der Geburtsvorgang].

- SCHMIDT-BÄUMLER, Elisabeth/JAHN-ZÖHRENS, Geburtsbeginn/Latenzphase/Frühe Eröffnungsphase, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 156-177; [zit: E. SCHMIDT-BÄUMLER, Geburtsbeginn.]
- SCHMID, Verena, Der Geburtsschmerz. Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung, Stuttgart² 2011; [zit: V. SCHMID, Der Geburtsschmerz].
- SCHÖNBERNER, Petra, Nachgeburtsphase, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 266-291; [zit: P.SCHÖNBERNER, Nachgeburtsphase].
- SKIBBE, Xaver/LÖSEKE, Andrea, Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe, Reihe Krankheitslehre, Stuttgart² 2007; [zit: X. SKIBBE, Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe].
- SOHN, Cristof, Von der Geschichte der Geburtsmedizin zum Dilemma der Pränatalmedizin, in: DITZ, Susanne (Hg.) u.a., Nichts ist unmöglich!? Frauenheilkunde in Grenzbereichen. Beiträge der 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Frankfurt am Main 2011, 43-48; [zit: C. SOHN, Von der Geschichte der Geburtsmedizin zum Dilemma der Pränatalmedizin].
- STARK, Michael (Hg.), Der Kaiserschnitt. Indikationen – Hintergründe – Operatives Management der Misgav-Ladach-Methode, München 2009; [zit: M. STARK, Der Kaiserschnitt].
- STEGER, Florian, Das Erbe des Hippokrates. Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln, Göttingen 2008; [zit: F. STEGER, Das Erbe des Hippokrates].
- SURBEK, Daniel, Gynäkologie und Geburtshilfe: Sectio caesarea: Machen wir zu viele?, in: Schlaglichter, 2014, 970-972 [Online-Ausgabe, URL: <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2014/5152/de/smf-02108.pdf> (Stand: 20.11.2016)]; [zit: D. SURBEK, Sectio caesarea: Machen wir zu viele?].
- SUTTER REHMANN, Luzia, Geburt / Natalität. Biblisch, in: GÖSSMANN, Elisabeth (Hg.), Wörterbuch der Feministischen Theologie, 2., vollständig überarbeitete und grundlegend erweiterte Auflage, Gütersloh 2002, 195-196; [zit: L. SUTTER REHMANN, Geburt / Natalität].
- THEIBEN, Henning, Natalität. Eine noch junge Begriffskarriere in der Anthropologie, in: De Gruyter (2012) 285-311 [Online-Ausgabe, URL: <https://www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/downloadpdf/j/nzsth.2012.54.issue-3/nzsth-2012-0011/nzsth-2012-0011.pdf> (Stand 10.12.2016)]; [zit: H. THEIBEN, Natalität].
- ULRICH-ESCHEMANN, Karin, Vom Geborenwerden des Menschen. Theologische und philosophische Erkundungen, Münster 2000; [zit: K. ULRICH-ESCHEMANN, Vom Geborenwerden des Menschen].
- WEHKAMP, Karl-Heinz/KEITEL, Hilma, Grenzen und Grenzüberschreitungen. Tod und Geschöpflichkeit in der modernen Medizin, Bd. 5: Mensch – Natur – Technik. Beiträge aus christlicher Perspektive, GEISLER, Ralf/KNÜPPEL, Renate/WEGNER, Gerhard (Hg.), Hannover 1998.
- WEHKAMP, Karl-Heinz, Passagen – Geburt als Grenzereignis, in: WEHKAMP, Karl-Heinz/KEITEL, Hilma, Grenzen und Grenzüberschreitungen. Tod und Geschöpflichkeit in der modernen Medizin, Bd. 5: Mensch – Natur – Technik. Beiträge aus christlicher Perspektive, GEISLER, Ralf/KNÜPPEL, Renate/WEGNER, Gerhard (Hg.), Hannover 1998, 81-89; [zit: K.H. WEHKAMP, Geburt als Grenzereignis].
- WEIDMANN, Reiner, Rituale im Krankenhaus. Komplexe Praxisfiguren im Spannungsfeld zwischen verwertender und begegnender Praxis. Organisationen im Gesundheitswesen verstehen und entwickeln, in: MAIER, Barbara u.a. (Hg.), Ver-bindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Beiträge der 1.Drei-Länder-Tagung der DGPPF, ÖGPGG und SAPGG 2009, Frankfurt am Main 2010, 109-135; [zit: R. WEIDMANN, Rituale im Krankenhaus].
- WEISS, Viola/LUFT, Vera, Aktive Eröffnungsphase, in: DEUTSCHER HEBAMMENVERBAND (Hg.), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart 2013, 184; [zit: V. WEISS, Aktive Eröffnungsphase].
- WETTIG, Jürgen, Schicksal Kindheit. Kindheit beeinflusst das ganze Leben. Fakten statt Mythen. Verständlich und Klar, Heidelberg 2009. [zit: J. WETTIG, Schicksal Kindheit].

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO Statement on Caesarean Section Rates (2015) 1, [Online-Ausgabe, URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf (Stand: 12.02.2017)]; [zit: WHO, Statement on Caesarean Section Rates].

ZU SAYN-WITTGENSTEIN, Friederike (Hg.), Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, Bern 2007, 185; [zit: F. ZU SAYN-WITTGENSTEIN, Geburtshilfe neu denken].

Internetquellen

STRACK, Hanna, Theologie der Geburtlichkeit, URL: <http://www.hanna-strack.de/theologie-der-geburtlichkeit/> (Stand: 12.12.2016).

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Von der Dyade zur Triade (M. NEISES, Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau 580)

Anhang

Abstract – Deutsch

Die Weltgesundheitsorganisation ordnet die Rate der medizinisch notwendigen Kaiserschnitte zwischen 10-15% ein. Betrachtet man die tatsächlich vorgenommenen Schnittentbindungen, zeigt sich, so auch in Österreich, dass diese Empfehlung in Europa überwiegend nicht erreicht wird. Die vorliegende Diplomarbeit geht der Frage nach, welche Gründe zu der erhöhten Sectiorate führen. Neben ökonomischen werden auch juristische und persönliche Aspekte näher betrachtet. Letztlich gilt es zu klären, inwiefern medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitte aus theologisch-ethischer Sicht gerechtfertigt sind. Um diese Frage zu klären, werden zu Beginn die medizinischen Unterschiede zwischen vaginaler Spontangeburt und Kaiserschnitt, sowie die Funktion des Bindungshormons Oxytocin, welches während der vaginalen Spontangeburt ausgeschüttet wird und zu einer stabilen und lebenslänglichen Bindungsfähigkeit beiträgt, behandelt. Um die Frage auch aus theologisch-ethischer Sicht zu beantworten, werden der Begriff der *Geburtlichkeit* von Hannah Arendt sowie das Konzept der Logotherapie von Viktor E. Frankl auf die Geburt als Grenz- und Übergangssituation angewendet. Da Langzeitstudien für den Zeitraum der ersten drei Lebensjahre eines Kindes, unabhängig von dessen Geburtsmodus, keine Unterschiede in deren Bindungsfähigkeit feststellen konnten, gilt das Augenmerk der theologisch-ethischen Beurteilung. Diese richtet sich auf die Entscheidung im Rahmen der Geburt für oder gegen einen Kaiserschnitt, die von der schwangeren Frau als mit ihren eigenen Vorstellungen kongruent und sinnerfüllt erlebt werden soll.

Abstract – English

The World Health Organization determines the rate for medically necessary Caesarean sections (C-sections) between 10-15%. If one looks at the carried-out C-sections, it shows that this recommendation is predominantly not reached in Europe, as well as in Austria. This thesis follows the question of which reasons lead to the rising number in C-sections. Apart from economic aspects, juridical and personal ones are also taken into consideration. In the end, it is a matter of finding out whether non-medically indicated C-sections are justified from a theological-ethical point of view or not. In order to clarify this question, the thesis starts with giving the medical differences between vaginal spontaneous birth and C-section, as well as the function of the connection hormone Oxytocin, which is released during the vaginal spontaneous birth and contributes to a stable and lifelong ability of bonding. To answer the question also from a theological-ethical point of view, the concept of *Geburtlichkeit* by Hannah Arendt as well as the concept of speech therapy by Viktor E. Frankl are applied to birth as both a boundary situation and situation of transition. As long time studies on the period of the first three years of a child have not shown any differences in their ability of bonding, regardless of their natal mode, the attention lies on the theological-ethical judgment of C-sections. This one is focused on the decision for or against a C-section within the setting of giving birth. The decision should be experienced by the woman as being congruent with her ideas and as meaningful.

Lebenslauf

Tanja Karrer
Dreyhausenstraße 10/13
1140 Wien
☎ 0664 751 222 64

Persönliche Daten:

Name:	Tanja Karrer
Geburtsdatum:	15.02.1990
Geburtsort:	Steyr
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Familienstand:	ledig
Eltern:	Werner Karrer, Tischler Maria Karrer, Behindertenbetreuerin

Studium:

Seit 2014:	Erweiterungsfach Spanisch – Universität Wien
2010 - 2017:	Geschichte und Katholische Religion auf Lehramt - Universität Wien
2009 - 2010:	Orientalistik - Universität Wien

Berufserfahrung:

Seit Februar 2014:	Lehrtätigkeit im Fach Katholische Religion an der Modeschule Hetzendorf, Hetzendorferstraße 79, 1120 Wien
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Schulischer Werdegang:

2004 - 2009:	HLW Steyr für Kultur- und Kongressmanagement, Reifeprüfung im Juni 2009 und damit Lehrabschluss als: <ul style="list-style-type: none">• Bürokauffrau und• Kultur- und Kongressassistentin
2000 - 2004:	Hauptschule, Großraming
1996 - 2000:	Volksschule, Großraming

Praktika:

August/Sept. 2011:	Gebr. Haider Bauunternehmung, 4463 Großraming
August 2007:	Organisation der Duathlonreihe Powerman im Eventzentrum Eisenwurzen, 3335 Weyer
Juli 2006:	Erstellen von Beiträgen über Veranstaltungen in

der Region Ennstal: Aufnahme, Interviewführung,
Schnitt bei RTV Regionalfernsehen GmbH, 4451
Garsten

Ferial- und geringfügige Tätigkeit:

Seit November 2016:	Ehrenamtliche Tätigkeit als Seelsorgerin im Hanusch-Krankenhaus, Heinrich-Collin-Straße 30, 1140 Wien
Juli/August 2012:	Lehrtätigkeit in der türkischen Gemeinde Çorlu im Ausmaß von 20 Wochenstunden im Unterrichtsgegenstand Englisch [Verein EDIT - Entwicklung durch Interaktion]
3.-5.Juli. 2012:	Mitwirken bei der 3. Bildungsforschungskonferenz in Steyr
April - Oktober 2010:	Geringfügige Kassiertätigkeit bei Merkur
Juli 2009:	Sommer-Au-pair in Korsika
August 2008:	Sommer-Au-pair in Sardinien

Absolvierte Zusatzausbildungen:

November 2016 - Mai 2017:	Ausbildung zur ehrenamtlichen Seelsorgerin – Diözese Wien
---------------------------	--------------------------------------------------------------

Sprachen:

- sehr gute Englisch-, Spanisch- und Französischkenntnisse in Wort und Schrift
- gute Italienisch Kenntnisse in Wort und Schrift
- Grundkenntnisse in Türkisch