

Aus dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
der Universität zu Köln
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt

Leben und Lehre des Kölner Geburtshelfers Ignaz Düntzer

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Veronika Elisabeth Karola Betz
aus Gummersbach

promoviert am 11. Juli 2012

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, 2012.

Druckerei: Color-Copy-Studio - Luxemburger Straße 433 - 50939 Köln

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Professor Dr. med. Dr. phil. D. Schäfer
2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. B. Roth

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Köln, den 09. Januar 2012

Die in dieser Arbeit verwendeten Quellen und Sekundärliteratur wurden von mir Veronika Elisabeth Karola Betz recherchiert, ausgewählt und bearbeitet.

Die Anleitung zur literaturwissenschaftlichen Recherche erfolgte durch meinen Betreuer Professor Dr. med. Dr. phil. D. Schäfer.

Danksagung

Ich bedanke mich außerordentlich bei Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. D. Schäfer, der mich bei der Ausarbeitung der folgenden Abhandlung betreute und jederzeit unterstützte.

Ein besonderer Dank geht an Christopher Kulla, der mir bei computertechnischen Problemen immer tatkräftig zur Seite stand.

Caroline Steinbach und Kristina Dreckmann danke ich für den Beistand bei grammatikalischen Schwierigkeiten.

Außerdem bedanke ich mich bei meinen Eltern und meiner Familie, die mich während meines gesamten Studiums unterstützt haben.

Wissenschaft ohne Religion ist lahm, Religion ohne Wissenschaft ist blind.

Albert Einstein

Meinem Großvater.

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Schemata	XIV
1 Einleitung	1
2 Quellen, Methoden und Aufbau der Arbeit, Medizinhistorischer Überblick: Die „schwere Geburt“ im frühen 19. Jahrhundert.....	2
2.1 Quellen	2
2.2 Methoden und Aufbau der Arbeit	3
2.3 Medizinhistorischer Überblick: Die „schwere Geburt“ im frühen 19. Jahrhundert....	4
2.3.1 Der Kaiserschnitt	5
2.3.2 Die Embryotomie.....	10
2.3.3 Die Symphyseotomie.....	12
2.3.4 Die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg (accouchement forcè).....	13
3 Ignaz Düntzer – Leben und Werke.....	16
3.1 Biographie	16
3.2 Ergographie	20
3.3 Einordnung des Autors in den zeitgenössischen Kontext.....	25
4 Geburtshilfliche Ethik im Werk Ignaz Düntzers.....	29
4.1 Entbindung in schweren Geburtsfällen	29
4.1.1 Grundsätzliche Überlegungen	29
4.1.2 Fall 1: Das Becken der Gebärenden ist kleiner oder gleich 2 ½ Zoll Conjugata	31
4.1.3 Fall 2: Der Beckenraum ist verkleinert, aber größer als 2 ½ Zoll Conjugata... 4.1.3.1 Lebendes Kind.....	32
4.1.3.2 Totes Kind	32
4.1.4 Fall 3: Das Becken hat eine normale Weite, die Geburt nimmt aber nicht den natürlichen Lauf.....	33
4.1.4.1 Lebendes Kind.....	33
4.1.4.2 Entkräftung von Gegenargumenten.....	34
4.1.4.3 Totes oder fraglich lebendes Kind.....	40
4.1.5 Fall 4: Lange Dauer der Geburt und geschwächte Gebärende	40
4.1.5.1 Lebendes Kind.....	40
4.1.5.2 Totes oder fraglich lebendes Kind.....	41
4.1.6 Fall 5: Einkeilung des Kindeskopfes im Becken der Mutter	42

4.1.7	Fall 6: Weigerung der Mutter sich den Gefahren des Kaiserschnitts auszusetzen	42
4.1.7.1	Diskussion der Vorschläge von Kollegen	44
4.1.8	Gefahren des Kaiserschnitts und der Perforation	46
4.1.8.1	Kaiserschnitt	46
4.1.8.2	Perforation	50
4.2	Entbindung der toten Schwangeren	53
4.2.1	Vorstellungen über den Zustand des Kindes nach dem Tod der Mutter	53
4.2.2	Vorteile des natürlichen Entbindungswegs gegenüber dem Kaiserschnitt nach dem Tod der Mutter	56
4.2.3	Kaiserschnittbefürworter	57
4.2.4	Kaiserschnittgegner	59
4.2.5	Gesetzliche Vorschriften	60
4.2.6	Gesetzesentwurf zur Entbindung toter Schwangerer	64
4.2.6.1	Schwangere in Lebensgefahr	64
4.2.6.2	Unterlassung der Hilfeholung	64
4.2.6.3	Entbindung toter Schwangerer	64
4.2.6.4	Die Problematik der „bestimmte[n] Ermittlung des Todes der Frau“ vor dem Kaiserschnitt	64
4.2.6.5	Zustand des Kindes. Ist es am Leben oder tot?	66
4.2.6.6	Lebensfähigkeit der Frucht	68
4.2.6.7	Entbindung	70
4.2.6.8	Durchführung der geburtshilflichen Maßnahmen	72
4.2.6.9	Sonderfälle	72
4.2.6.10	Unterschiedlicher Zeitpunkt der Entbindungsmethoden	72
4.2.6.11	Bezahlung und Publikation	73
5	Katholische Lehren zur Geburtshilfe im 19. Jahrhundert	74
5.1	Quellen	74
5.1.1	Pastoralmedizinische Werke	74
5.1.2	Moraltheologische Schriften	78
5.1.3	Theologische Fakultät der Sorbonne	78
5.1.4	Wiener Geburtshelfer	78
5.1.5	Francesco Emanuele Cangiamila	80
5.1.6	Leitsätze der katholischen Lehrmeinung	80

5.2	Katholische Handlungsvorgaben in geburtshilflichen Situationen	81
5.2.1	Vorgehensweise bei verstorbener Schwangeren und noch lebendem Kind	82
5.2.1.1	Beseelung der Frucht.....	83
5.2.1.2	Lebensfähigkeit der Frucht.....	85
5.2.1.3	Problematik der Taufe	87
5.2.2	Entbindung einer Schwangeren, deren Tod nicht sicher festgestellt ist, deren Kind aber lebt	88
5.2.3	Entbindung einer lebenden Schwangeren mit lebendem Kind in schwierigen Geburtsfällen.....	91
5.2.3.1	Ist die Tötung des einen zu Gunsten des anderen erlaubt?	92
5.2.3.2	Intrauterine Nottaufe	94
5.2.3.3	Gleichschätzung von Mutter und Kind	95
5.2.4	Entbindung einer lebenden Schwangeren, deren Kind verstorben ist	96
5.2.5	Entbindung einer lebenden Schwangeren, deren Kind nicht mit Sicherheit lebendig ist.....	98
6	Diskussion	101
6.1	Grundhaltungen.....	101
6.2	Schwere Geburt bei lebender Mutter und bereits verstorbenem Kind	102
6.3	Schwere Geburt bei unsicher lebendem Kind	103
6.4	Schwere Geburt bei sicher lebendem Kind und sicher lebender Mutter.....	104
6.5	Die Schwangere ist bereits gestorben, ihr Kind lebt	108
6.6	Die Schwangere ist tot, der Zustand des Kindes ist ungewiss oder es ist tot.....	110
6.7	Der Zustand der Schwangeren ist ungewiss, ihr Kind lebt, ist tot oder sein Zustand ist ungewiss	111
6.8	Sonstiges.....	113
6.9	Conclusio.....	114
7	Zusammenfassung	115
8	Literaturverzeichnis.....	118
9	Anhang	123
10	Lebenslauf	131

Verzeichnis der Schemata

Schema 1:	Handlungsschema nach Düntzer zur Entbindung bei einer lebenden Schwangeren.....	123
Schema 2:	Handlungsschema nach Düntzer zur Entbindung einer toten Schwangeren ..	124
Schema 3:	Handlungsschema bei nicht sicher bestimmbar Zustand der Schwangeren nach Düntzer	125
Schema 4:	Indikationen für den Kaiserschnitt nach Düntzer	126
Schema 5:	Indikationen für die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg nach Düntzer	127
Schema 6:	Handlungsschema zur Entbindung einer <i>lebenden</i> Schwangeren nach der Lehrmeinung der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts	128
Schema 7:	Handlungsschema zur Entbindung einer <i>toten</i> Schwangeren nach der Lehrmeinung der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts	129
Schema 8:	Handlungsschema zur Entbindung einer <i>unsicher lebenden</i> Schwangeren nach der Lehrmeinung der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts	130

1 Einleitung

Der Begriff *Geburtshelfer* bezeichnete im beginnenden 19. Jahrhundert einen praktischen Arzt oder Chirurgen, der sich besonders in dem Fachbereich der Geburtshilfe auskannte und in schwierigen Geburtssituationen der Hebamme und auch der Schwangeren zur Hilfe kam, um die Geburt zu beenden. Die Geburtshilfe ist grundsätzlich eine Jahrtausende alte Disziplin. Viele Urvölker besaßen eine Geburtsgottheit¹ (z. B. *Artemis*, *Hekate*) oder haben die Thematik der Geburt in ihre Überlieferungen integriert, z. B. in der Mythologie. Fast zwei Jahrtausende lang blieb die Geburtshilfe den Frauen reserviert.² Männer waren in den Vorgang des Gebärens nicht eingebunden. „Wenn überhaupt, so wurden nur in schweren Fällen Männer an das Kreissbett gerufen“,³ sonst blieb ihnen der Zutritt verwehrt. Erst im 17. Jahrhundert⁴ rückte das Fach in den Aufgabenbereich der Ärzte, und die männliche Geburtshilfe begann sich zu entwickeln. Die ersten Bestrebungen in diese Richtung entstanden in Frankreich. In Deutschland wurde die Geburtshilfe erst gegen Ende des 17. bzw. Anfang des 18. Jahrhunderts in den Arbeitsbereich der Ärzte eingegliedert. In der folgenden Epoche der Aufklärung entstanden dann zahlreiche Schriften, welche die unterschiedlichen Aspekte der Geburtshilfe erörterten und sich ausführlich mit dieser befassten. Die Problematik der „schweren Geburt“⁵ wurde in diesem Zusammenhang ebenfalls kontrovers diskutiert und bot viel Stoff für fachliche Auseinandersetzungen zwischen den Ärzten des beginnenden 19. Jahrhunderts. Zu einer herausragenden Persönlichkeit auf dem Gebiet der Geburtshilfe zählt Ignaz Düntzer. Sein Leben und besonders seine geburtshilflichen Lehren, die den Gegenstand der schweren Geburt betreffen, sollen in dieser Studie dargestellt werden.

¹ Vgl. Heinrich Fasbender: *Geschichte der Geburtshilfe* (1964), S. 1

² Vgl. Fasbender: *Geschichte der Geburtshilfe*, S. 146

³ Ebd., S. 146

⁴ Vgl. ebd., S. 146

⁵ Schwere Geburt: Die Geburt kann nicht auf natürliche Weise erfolgen, und andere Entbindungsverfahren über die natürlichen Geburtswege wie z. B. Zange oder Wendung führen nicht unmittelbar zur Beendigung der Geburt.

2 Quellen, Methoden und Aufbau der Arbeit, Medizinhistorischer Überblick: Die „schwere Geburt“ im frühen 19. Jahrhundert

2.1 Quellen

In dieser Arbeit sollen Düntzers moralische Haltungen und Argumentationsweisen bezüglich der schweren Geburt kritisch betrachtet werden. Die Grundlage für die Erarbeitung seiner Ansichten bilden seine beiden größeren geburtshilflichen Werke. Die erste Schrift, „Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod“, stammt aus dem Jahr 1842, die zweite, „Die Entbindung verstorbener Schwangeren in geburtshilflicher und forensischer Beziehung“, aus dem Jahr 1845. Beide Abhandlungen beschäftigen sich mit der Thematik der schweren Geburt. Die damit verbundenen Probleme sollen möglichst textnah wiedergegeben und Düntzers Anschauungen präzise dargestellt werden. Neben seinen geburtshilflichen Hauptwerken war es für diese Arbeit wichtig, biographische Daten über den Autor mit einzubeziehen, um einen vollständigen Eindruck von Düntzers Person zu erhalten. Diese wurden zum Teil aus eigenen Schriftstücken Düntzers entnommen, andere aus fremden Berichten über ihn. Einige der verwendeten Daten beruhen auf Quellen aus dem Kölner Stadtarchiv, diese konnten aufgrund des Einsturzes leider nicht eingehender verifiziert werden.

Um Düntzers Handlungsmaximen einordnen zu können, wurde ihr die katholische Lehrmeinung in Bezug auf die Geburtshilfe zu Beginn des 19. Jahrhunderts gegenübergestellt. Die Materialien zur Erarbeitung der Lehren der katholischen Kirche wurden aus unterschiedlichen Bibliotheken zusammengetragen. Die meisten Informationen stammen aus der *Deutschen Zentralbibliothek für Medizin zu Köln*, dem *Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität zu Köln* und der ebenfalls in Köln befindlichen *Erzbischöflichen Diözesan- und Dombibliothek der Stadt Köln*. Neben diesen Fundorten kommen weitere Quellen aus der *Johann Christian Senckenberg Universitätsbibliothek in Frankfurt am Main*, der *Universitätsbibliothek des Institutes für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in Mainz* sowie der *Universitätsbibliothek in Tübingen*. Die Literatur zur Erschließung der Lehren der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts wurde unter zeitlichen Aspekten ausgesucht. Die ausgewählte Literatur stammt aus den Jahren vor und um den Entstehungszeitraum von Düntzers Werken. Neben der chronologischen Beschränkung sollen die Texte die Lehrmeinung der katholischen Kirche wiedergeben. Aus diesem Grund wurden

ihre Verfasser auch auf ihre konfessionelle Zugehörigkeit überprüft.⁶ Zusätzlich zu den medizinischen Werken wurden theologische Texte miteinbezogen, unter anderem die Abhandlungen der theologischen Fakultät der Sorbonne. Dadurch soll ein möglichst umfassender Einblick in die katholische Lehre des frühen 19. Jahrhunderts gewährleistet werden.

Von der Sekundärliteratur zum Thema Geburtshilfe des beginnenden 19. Jahrhunderts, die für diese Arbeit ausgewertet worden ist, sind besonders die folgenden Werke/Monographien hervorzuheben: „Geschichte der Geburtshilfe“ von *Fasbender* aus dem Jahr 1906, „Alternativen zum Kaiserschnitt. Medizinhistorische Untersuchung zur Sectio caesarea, Embryotomie, Symphyseotomie und künstliche Frühgeburt im 18. und 19. Jahrhundert“ von *Sahmland* aus dem Jahr 1997, „Geburt aus dem Tod“ von *Schäfer* aus dem Jahr 1999 sowie „Die schwere Geburt als moralisches Problem. Das Denkkollektiv der Wiener Geburtshelfer 1754 – 1838“ von *Schulz* aus dem Jahr 2000.

2.2 Methoden und Aufbau der Arbeit

Im 3. Kapitel dieser Studie wird das Leben des Kölner Arztes und Geburtshelfers Ignaz Düntzer eingehender beleuchtet. Mit Hilfe der Biographie soll für den Leser ein umfangreiches und möglichst genaues Bild seiner Person geschaffen werden. Dieses soll bei der späteren Betrachtung seiner geburtshilflichen Lehren dazu beitragen, seine moralischen Haltungen und Argumentationen zu verstehen. Dem Lebenslauf schließt sich die Ergographie der ermittelbaren Werke Düntzers an. Anhand der Zusammenstellung seiner Schriften soll der literarische Anspruch und die wissenschaftliche Vielfältigkeit Düntzers erfasst werden. Dies ist wiederum dem Verständnis seiner Ansichten dienlich. Um das Persönlichkeitsbild zu vervollständigen und um seine Texte einordnen zu können, wurde der Arzt in seinen zeitgenössischen Kontext eingeordnet. So soll die Stellung Düntzers in der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft des frühen 19. Jahrhunderts begutachtet sowie die Bedeutung seiner Abhandlungen für die Medizin dargelegt werden.

Im darauf folgenden 4. Teil der Arbeit werden die beiden größeren Schriften Düntzers zum Themenbereich der Geburtshilfe, insbesondere die Materie der schweren Geburt intensiv bearbeitet. Auf der Grundlage seiner Abfassungen werden seine Handlungsmaximen in unterschiedlichen geburtshilflichen Situationen herausgestellt. Die Werke werden unter den folgenden Fragestellungen betrachtet: Was ist das richtige Verhalten des Geburtshelfers in der

⁶ Siehe Kapitel 5.1

jeweiligen geburtshilflichen Situation? Trägt der Geburtshelfer die Schuld am Tod der Mutter oder des Kindes? Darf der Geburtshelfer der Mutter oder dem Kind mehr Wert zusprechen? Darf er einem von beiden schaden, um dem anderen zu helfen? Welche Entbindungsmethoden stehen zur Auswahl? Welche von diesen sind zulässig? Wie stark darf man den einen zu Gunsten des anderen gefährden? Welche Methode ist vor dem Gewissen und vor Gott vertretbar? Ziel der Bearbeitung von Düntzers Hauptwerken ist es dabei, die (vermeintlichen) Auswege Düntzers aus den moralischen Dilemmata im Themenkreis der problematischen Entbindung herauszuarbeiten.

Hieran schließt sich die Erarbeitung der Lehren der katholischen Kirche am Anfang des 19. Jahrhunderts im Bezug auf die Thematik der schweren Geburt an. Die Quellen, die in diesem Abschnitt Verwendung finden, werden zu Beginn auf ihre konfessionelle Zugehörigkeit geprüft, um die möglichst exakte Wiedergabe der katholischen Haltungen zu sichern. Das in diesem Kontext ausgearbeitete Kapitel orientiert sich an den gleichen Fragestellungen wie im vorigen Kapitel und soll auf dieselbe Problematik Antworten liefern. Die katholische Lehrmeinung des beginnenden 19. Jahrhunderts wurde als vergleichende Position zu Düntzers Anschauungen gewählt, da Düntzer dem katholischen Glauben angehörte.

Der nachfolgende Abschnitt dieser Studie beschäftigt sich mit der direkten Gegenüberstellung der Handlungsmaximen Düntzers und der katholischen Kirche des frühen 19. Jahrhunderts. In diesem Teil sollen die Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede sowie deren Ursachen herausgearbeitet werden.

Das letzte Kapitel enthält eine Zusammenfassung dieser Arbeit.

2.3 Medizinhistorischer Überblick: Die „schwere Geburt“ im frühen 19. Jahrhundert

In der Geburtshilfe um 1800 spielten viele Faktoren bei der Entscheidung eines Geburtshelfers für ein Entbindungsverfahren eine Rolle, besonders in einer schwierigen Geburtsituation. Es gab unterschiedliche Entbindungsmethoden, die von den jeweiligen Ärzten bevorzugt wurden. Bei der Wahl des Verfahrens waren die grundsätzlichen Einstellungen des entbindenden Arztes nicht unerheblich. Die grundsätzlichen Fragen, die für einzelne Geburtshelfer von zentraler Bedeutung waren, um eine Entscheidung fällen zu können und um eine Methode zu finden, die mit ihrem Gewissen im Einklang stand, waren im Wesentlichen folgende:

- Darf ich das Leben der Mutter riskieren, um das des Kindes zu retten?
- Darf ich das Leben des Kindes riskieren, um das der Mutter zu retten?
- Darf der Geburtshelfer die Entscheidung zugunsten von einem der beiden treffen?

2.3.1 Der Kaiserschnitt

In schwierigen Geburtsfällen, d. h. wenn das Kind nicht auf natürlichem Weg geboren werden konnte, stand der Geburtshelfer vor dem Problem, welches Verfahren er zur Beendigung der schweren Geburt anwenden sollte. Im Idealfall sollte der entbindende Arzt die Gravida und das Ungeborene am Leben erhalten und für beide eine ungefährliche Entbindungsmethode wählen.

Eine der am Anfang des 19. Jahrhunderts verwendeten Entbindungsmethoden zur Beendigung der schweren Geburt war der Kaiserschnitt, „oder auch Gebärmutterschnitt (sectio caesarea, Gastrohysterotomia)“.⁷ Dieser ist die „kunstmäßige Oeffnung des Bauches und des Uterus“⁸ einer Schwangeren mit der Entwicklung des Kindes durch den Schnitt.

Der Kaiserschnitt war bereits als Entbindungsmethode an der toten Gravida bekannt und hatte in diesem geburtshilflichen Rahmen schon viel früher Einzug in die Geburtshilfe gefunden. Die ersten Berichte über den Kaiserschnitt lassen sich bis in die Zeit der Mythologie verfolgen.⁹ Sie war auch im 19. Jahrhundert eine verbreitete Option, um eine verstorbene Schwangere zu entbinden und damit das Ungeborene zu retten. In Preußen wurden um 1850 noch 80 % der durchgeführten Kaiserschnitte an der toten Schwangeren ausgeführt.¹⁰ Darüber hinaus waren bis „1830 [...] teilweise sehr differenzierte Gesetze und Verordnungen in fast allen Territorialstaaten Europas“¹¹ entstanden, die die Entbindung toter Schwangerer mittels Sectio caesarea vorschrieben. Das Ziel der Entbindung verstorbener Schwangerer war, den Fötus vielleicht noch lebend zur Welt zu holen. Die Rettung des Kindes war aus theologischer Sicht von immenser Bedeutung, da das Ungeborene ab dem Moment der Erzeugung als beseelt galt (Simulanbeseelung)¹² und deshalb Gefahr lief, sein Seelenheil zu verlieren, wenn es vor dem Eintritt des Todes nicht getauft wurde. Es schien

⁷ Ludwig Friedrich von Froriep: Theoretisch-praktisches Handbuch der Geburtshülfe, zum Gebrauche bei akademischen Vorlesungen und für angehende Geburtshelfer (1832), S. 481

⁸ Ebd., S. 481

⁹ Vgl. Fasbender: Geschichte der Geburtshilfe, S. 979

¹⁰ Vgl. Daniel Schäfer: Geburt aus dem Tod. Der Kaiserschnitt an verstorbenen in der abendländischen Kultur (1999), S. 144

¹¹ Ebd., S. 124

¹² Siehe Kapitel 5.1

auch als bevölkerungspolitische Maßnahme zur „Peuplierung des Territoriums“¹³ notwendig, den Fötus zu retten. Dadurch wurde die Finanzkraft des Gemeinwesens, die staatliche Führungskraft und das Ansehen des Staates verstärkt.¹⁴

Jedoch traten bei der realen Ausführung der Sectio caesarea an der Toten einige Probleme auf. So war es vor allem „schwierig, den Tod der Frau sehr frühzeitig und sicher zu diagnostizieren, um dem Kind die größtmögliche Überlebenschance“¹⁵ zu ermöglichen.

Die Schwierigkeit der unzweifelhaften Todesfeststellung lag darin begründet, dass die Geburtshelfer nur wenige Zeichen, wie z. B. die „Fäulniß“,¹⁶ als sichere Todeszeichen ansahen und nur bei Eintritt der sicheren Todeszeichen die Frau wirklich als tot erachteten. Problematisch hieran war allerdings, dass der Eintritt dieser Merkmale einige Zeit dauerte, der Arzt jedoch nicht so lange warten konnte, da mit fortschreitender Zeit die Überlebenschancen des Fötus abnahmen. Aus diesem Grund konnten sich die Geburtshelfer nur auf die unsicheren Todeszeichen verlassen. „[D]ie Gefahr, mit dieser Maßnahme eine tatsächlich noch lebende Frau zu töten“,¹⁷ war also gegeben, da diese insbesondere durch ihren geschwächten Zustand am Kaiserschnitt versterben konnte. Der Geburtshelfer hatte in solchen Fällen den Tod der Schwangeren zu verantworten.

Über den Inhalt der unsicheren Todeszeichen herrschte in der medizinischen Gesellschaft des beginnenden 19. Jahrhunderts Uneinigkeit. Diese Tatsache machte die zweifelsfreie Diagnose des Todes noch komplizierter. Der Arzt *Mathias Macher*¹⁸ zählt zu den unsicheren Zeichen z. B. die Phänomene, die in der letzten Lebensphase kurz vor dem Tod auftreten. Dann wird „das Athemhohlen schwer, das Gesicht leichenblaß, die Nase spitzig; die Augen fallen ein, und verlieren ihren Glanz; der Lebenstugor verschwindet; ein klebriger Schweiß bedeckt die Haut; die Extremitäten werden kalt, die Pulsschläge unfühlbar; mit dem letzten Hauche hört alle Bewegung auf; Leichenblässe überzieht den ganzen Körper;

¹³ Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 121

¹⁴ Vgl. ebd., S. 121

¹⁵ Irmtraut Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt. Medizinhistorische Untersuchung zur Sectio caesarea, Embryotomie, Symphyseotomie und künstlichen Frühgeburt im 18. und 19. Jahrhundert (1997), S. 55

¹⁶ Mathias Macher: Pastoral-Heilkunde. Eine kurzgefaßte Pastoral=Anthropologie=Diätetik und Medizin für Seelsorger (1838), S. 89; Franz Xaver Britzger: Handbuch der Pastoral-Medizin für Seelsorger auf dem Lande. Mit besonderer Rücksicht auf die in den süddeutschen Statten geltenden Sanitäts-Gesetze und Verordnungen bearbeitet von Dr. Fr. X. Britzger, kath. Pfarrer. (1859), S. 380

¹⁷ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 55

¹⁸ Mathias Macher (1793 – 1876), Mediziner aus der Steiermark; vgl. Franz Ilwolf: Artikel „M. Macher“, in Allgemeine Deutsche Biographie 52 (1906), S. 146 ff.

die Muskeln erstarren, und die Lebenswärme ist dahin“.¹⁹ *Franz Xaver Britzger*²⁰ hingegen hält „den vollkommene[n] Stillstand des Athmens“,²¹ „das Aufhören des Kreislaufs“,²² die „erloschene Empfindlichkeit“²³ und die Oberhaut, welche „sich nicht in Blasen erhebt“,²⁴ wenn sie verbrannt wurde, für die unsicheren Todeszeichen.

Für den Arzt am Anfang des 19. Jahrhunderts gestaltete sich die Diagnose des wirklich eingetretenen Todes eines Patienten vor Auftreten der sicheren Todeszeichen also als überaus schwierig. Dazu kam die Uneinigkeit über die Inhalte der unsicheren Zeichen hinzu, was die Problematik der Diagnose verstärkte. Manche der Geburtshelfer führten den Kaiserschnitt trotz der bestehenden Unsicherheit über den eindeutig festgestellten Tod der Gravida hinaus durch. Sie nahmen damit die Gefahr in Kauf, die vielleicht lebende Schwangere mit dem Eingriff zu töten, um das Kind vor dem Tod zu bewahren. Andere Geburtshelfer waren daher in zweifelhaften Fällen gegen die Sectio caesarea an der Verstorbenen.

Betrachtet man die Ergebnisse der Sectio caesarea an der toten Schwangeren, so zeigt die Zusammenstellung der Erfolge und Misserfolge von Kaiserschnitten durch *Ludwig Friedrich Reinhardt*²⁵ aus dem Jahr 1829

„ein überwiegend ungünstiges Ergebnis: Knapp die Hälfte dieser Fälle waren bis dahin nicht in der Literatur dokumentiert worden, und nur eines dieser Beispiele aus jüngerer Zeit verzeichnet einen Erfolg“.²⁶

Somit war die Argumentation für den Kaiserschnitt an der bereits Verstorbenen statistisch entkräftet, da die Chance für das Überleben des Kindes als gering einzuschätzen war.

Eine weitere, aus heutiger Sicht fundierte Zusammenfassung über das Gelingen des Kaiserschnittes im frühen 19. Jahrhundert stammt von *Johann Peter Heymann*.²⁷ Seine

¹⁹ Macher: Pastoral-Heilkunde, S. 89

²⁰ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

²¹ Britzger: Handbuch der Pastoral-Medizin, S. 380

²² Ebd., S.380

²³ Ebd., S.380

²⁴ Ebd., S.380

²⁵ Ludwig Friedrich Reinhardt: „vielleicht der Regtsarzt. Reinhardt, der 1834 zu Hohenasperg in Würtemb. practicirte“; Adolph Carl Peter Callisen: Medicinisches Schriftsteller-Lexicon der jetzt lebenden Verfasser (1843), S. 403

²⁶ Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 140

²⁷ Johann Peter Heymann (1787 – 1832), Medizinalrath; vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Herausgeber: Friedrich August Schmidt (Jg. 1 und 2), Bernhard Friedrich Voigt (Jg. 3-30), 30 Bände, (1824 – 1856), Jahrgang 10, 1832 (1834), S. 717 f.

Übersicht, die 1832 veröffentlicht wurde, offenbarte noch katastrophalere Ergebnisse²⁸ als die von *Reinhardt*. Beide Arbeiten zeigen sehr deutlich, dass die Überlebenschancen des Ungeborenen bei verstorbener Mutter minimal waren. Ein wesentlicher Grund lag in der Problematik der Todesfeststellung bei der Schwangeren, da bei ihrem wirklichen Versterben und dem noch lebenden Kind zu viel Zeit verloren ging, bis der Geburtshelfer auch anhand der unsicheren Todeszeichen den Tod der Gravida feststellte und die Sectio caesarea ausführte.

Am Anfang des 19. Jahrhunderts wurde die Sectio caesarea aber nicht nur an der Toten, sondern auch an der lebenden Schwangeren ausgeübt. Die medizinische Fachwelt war in diesem Punkt ebenso gespalten. Man war sich uneinig, ob die lebende Gravida den Eingriff überhaupt überleben konnte. Die Kaiserschnittbefürworter verwiesen auf überlieferte Berichte von Geburtshelfern, die mittels Kaiserschnitt die Kreißende und das Kind am Leben erhalten hatten. Die Kaiserschnittgegner zweifelten diese Beschreibungen an. Allerdings galt auch bei den Kaiserschnittbefürwortern der Eingriff als nicht ungefährlich. Mit ihm waren lebensgefährliche Komplikationen verbunden, wie z. B. arterielle Blutungen oder Wundinfektionen. Insbesondere waren Blutungen aus den bis dahin nicht vernähten Wunden des Uterus ein großes Problem. Die Naht des Uterus rückte erst am Anfang des 19. Jahrhunderts ins Bewusstsein der Geburtshelfer, erst gegen Ende des Jahrhunderts findet sich dazu eine sichere Lösung.

Hinzu kam die grundsätzlich zweifelhafte diagnostische Sicherheit über das Befinden des Fötus, und ob infolgedessen die Gebärende überhaupt den Eingriff wagen sollte. Die Diagnose über den Zustand des Ungeborenen gestaltete sich noch schwieriger als die Aussagen über das Befinden der Mutter. Unter den Ärzten herrschte große „Unsicherheit[...], das Leben oder den Tod des Kindes intrauterin durch die üblichen Todeszeichen festzustellen“.²⁹ Der Geburtshelfer *Johann Philipp Horn*³⁰ schreibt dazu, dass es in den meisten Fällen unmöglich sei, den Tod des Kindes festzustellen.³¹ Der Arzt *Heinrich Johann*

²⁸ Vgl. Schäfer: *Geburt aus dem Tod*, S. 142

²⁹ Stefan Schulz: *Die schwere Geburt als moralisches Problem. Das Denkkollektiv der Wiener Geburtshelfer 1754 – 1838* (2000), S. 96

³⁰ Johann Philipp Horn (1774 – 1845), Gynäkologe, Militärarzt, Professor der Geburtshilfe, Lehrbuchautor für Geburtshilfe; vgl. *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker*, Herausgeber: August Hirsch; dritte, unveränderte Auflage durchgesehen und ergänzt von W. Haberling, F. Hübotter, H. Vierordt, Band 3, (1962), S. 296

³¹ Vgl. Schulz: *Die schwere Geburt als moralisches Problem*, S. 182

*Nepomuk Edler von Crantz*³² sieht bei der Todesdiagnose des Ungeborenen eine gewisse Restunsicherheit ebenfalls als unvermeidbar.³³ Außerdem konnte mit der Sectio caesarea das Leben des Föten nicht immer sicher erhalten werden; womöglich starben beide bei der Operation.

„Die Resultate des Kaiserschnitts im 18. wie im 19. Jahrhundert bis in die antiseptische Aera hinein sind so ungünstig, dass man wohl die Scheu der Geburtshelfer [...] versteht“,³⁴ welche diese Operation nicht durchführen wollten. So zeigt die Statistik von *Gustav Adolph Michaelis*³⁵ aus dem Jahr 1833, dass von 258 Fällen 118 günstig verliefen und 140 ungünstig,³⁶ woraus sich ein Verhältnis von 54 % gestorbenen zu 45 % geretteten Schwangeren ergibt. Eine andere Statistik aus dem Jahr 1841, die sich ebenfalls mit den Kaiserschnitten im 18. und 19. Jahrhundert beschäftigt, stammt von *C. Kayser*.³⁷ *Kayser* fand allerdings „unter einer Gesamtzahl von 338 Operationen aus den Jahren 1750 – 1839 128 glückliche und 210 unglückliche“³⁸ Fälle. Dies bedeutet ein Verhältnis von 64 % an der Operation gestorbene zu 36 % durch die Operation gerettete Gebärende, was ebenfalls nicht für den Kaiserschnitt spricht. In der Subgruppe der Aufzählungen aus Gebäranstalten beträgt die „Mortalität der Mütter [sogar] 79 %“.³⁹ Neben der Sterberate für die Mütter berechnete *Kayser* die Sterberate für die ungeborenen Kinder bei der Sectio caesarea. Diese lag bei 30 %.⁴⁰ Sie war damit deutlich niedriger als die der Schwangeren, aber realistisch betrachtet dennoch schlecht.

Der Kaiserschnitt war somit am Anfang des 19. Jahrhunderts ein Entbindungsverfahren, das weniger als die Hälfte der Kreißenden überlebte und mit dem nur 2/3 der Kinder lebend geboren werden konnten.

³² Heinrich Johann Nepomuk Edler von Crantz (1722 – 1797), Geburtshelfer, Gynäkologe und österreichischer Regierungsrath; vgl. Karl von Hecker: Artikel „H. J. N. Edler von Crantz“, in ADB 4 (1876), S. 564

³³ Vgl. Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 134

³⁴ Fasbender: Geschichte der Geburtshilfe, S. 996

³⁵ Gustav Adolph Michaelis (1798 – 1848), Gynäkologe, Professor der Gynäkologie in Kiel; vgl. Franz von Winckel: Artikel „G. A. Michaelis“, in ADB 21 (1885), S. 679 ff.

³⁶ Fasbender: Geschichte der Geburtshilfe, S. 997

³⁷ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

³⁸ Fasbender: Geschichte der Geburtshilfe, S. 997

³⁹ Ebd., S. 997

⁴⁰ Vgl. ebd., S. 996 f., Fußnote 11

2.3.2 Die Embryotomie

Eine andere Entbindungsmethode zur Beendigung der schweren Geburt war die Embryotomie. Der Begriff Embryotomie umschließt die „unterschiedlichsten zerstückelnden Operationen“⁴¹ des Kindes, wie z. B. Brachiotomie⁴² oder Perforation,⁴³ mit deren Hilfe der Fötus zerkleinert werden sollte, um das Leben der Mutter zu retten. In dieser Arbeit wird das Wort Embryotomie als Oberbegriff für die unterschiedlichen Operationsmethoden verwendet.

„Die Embryotomie ist das älteste bekannte und angewandte Verfahren zur Beendigung von Geburten, die auf natürliche Weise nicht erfolgen konnten“.⁴⁴ Erste Hinweise auf diese Operation lassen sich in Indien im Jahr 1000 v. Chr. finden⁴⁵ und sie ist auch in den hippokratischen Schriften beschrieben.⁴⁶ Die Embryotomie hatte auch am Anfang des 19. Jahrhunderts einen festen Platz in der Geburtshilfe und war bei bereits im Uterus verstorbenen Föten grundsätzlich erlaubt. Durch diese Entbindungsmethode konnte wenigstens die Schwangere vor dem Tod bewahrt werden. Allerdings war die Regel, aus der sich die Indikation zur Embryotomie ergab, in der Praxis sehr mangelhaft,⁴⁷ da die Bestimmung des Todes des ungeborenen Kindes sich sehr schwierig gestaltete.⁴⁸ Die Indikation ist deshalb als sehr theoretische Vorschrift zu betrachten.

Neben der Ausführung der Embryotomie am toten Kind wurde diese von manchen Geburtshelfern auch am lebenden Fötus erlaubt. Dies war jedoch strittig, da die Entbindungsmethode für das Ungeborene tödlich verlief. Durch sie erhielt der Arzt zwar die Möglichkeit, die Mutter im Vergleich zum Kaiserschnitt deutlich sicherer lebend zu entbinden, musste aber das Kind für sie opfern.

Ferner beinhaltete auch diese Methode Risiken für die Gebärende. So konnten die zur Zerstückelung des Föten angewendeten Instrumente den Geburtskanal, die Gebärmutter oder

⁴¹ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 115

⁴² Brachiotomie: Abtrennung der oberen Extremitäten; vgl. Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 115

⁴³ Perforation: Anbohrung des kindlichen Kopfes damit der Inhalt ausfließen kann; Zitat nach Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 115 Fußnote: „vgl. Hans Guggisberg: Geburtshilfliche Operationslehre für Studierende und Ärzte. Mit 241 Textabbildungen (1916), S. 390“

⁴⁴ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 115

⁴⁵ Vgl. ebd., S. 116

⁴⁶ Vgl. Fasbender: Geschichte der Geburtshilfe, S. 970

⁴⁷ Vgl. James Blundell: Vorlesungen über Geburtshilfe. Mit Anmerkungen und Erklärungen von Thomas Castle, M. D. F. L. S. Mitglied des Trinity College, Cambridge etc. etc. Deutsch bearbeitet von Dr. Ludwig Calmann (1838), S. 159

⁴⁸ Siehe Kapitel 2.3.1

andere anliegende Strukturen verletzen. Dies hatte lebensbedrohliche Komplikationen für die Gravida zur Folge, wodurch die Gefahr bestand, die Mutter durch den Eingriff zu verlieren. Der Geburtshelfer hätte so weder die Kreißende, noch das Kind erhalten. Nach einer Statistik von *Thomas Radford*⁴⁹ betrug die Mortalitätsrate für die Kreißende bei der Embryotomie 20 %.⁵⁰ Damit hat der Geburtshelfer bei 1/5 der durchgeführten Embryotomien keinen vor dem Tod bewahrt.

Bei der Erlaubnis der Embryotomie am lebenden Föten war auch die internationale Fachwelt gespalten. In der englischen Geburtshilfe wurde im Gegensatz zur deutschen „das Leben der Schwangeren gegenüber dem kindlichen traditionell deutlich höher bewertet“,⁵¹ und deshalb war in England die Embryotomie auch an lebenden Föten erlaubt. In Deutschland dominierte in der Geburtshilfe eher eine „restriktive Grundauffassung“,⁵² und die deutschen Geburtshelfer standen der Embryotomie am lebenden Kind skeptisch gegenüber.

Auch die Wiener Geburtshelfer waren in diesem Punkt uneinig, Befürworter waren unter anderem *Johann Andreas Deisch*,⁵³ Gegner beispielsweise *Heinrich Johann Nepomuk Edler von Crantz*.⁵⁴

Eine besondere Stellung in diesem Kontext nimmt der Einfluss des Christentums auf die Geburtshilfe ein, denn „[g]egenüber der Antike hatte das Christentum eine ganz neue Bewertung des kindlichen und des fötalen Lebens vorgenommen“,⁵⁵ wodurch die Embryotomie am lebenden Kind vom christlichen Standpunkt aus nicht erlaubt war. Dennoch musste die Embryotomie in gewissen Situationen toleriert werden, da die Möglichkeiten, die Geburt auf andere Weise zu beenden, fehlten.⁵⁶

⁴⁹ Thomas Radford (1793 – 1881), Geburtshelfer; vgl. Frederic Boase: *Modern English Biography: Containing Many Thousand Concise Memoirs of Persons who Have Died Since the Year 1850, with an Index of the most Interesting Matter*, 6 vols, (1892 – 1921)

⁵⁰ Vgl. Sahmland: *Alternativen zum Kaiserschnitt*, S. 187

⁵¹ Schäfer: *Geburt aus dem Tod*, S. 148

⁵² Vgl. Sahmland: *Alternativen zum Kaiserschnitt*, S. 137

⁵³ Johann Andreas Deisch (1713 – 1780), Arzt; vgl. Clemens Alois Baader: *Lexikon verstorbener bayerischer Schriftsteller des achtzehnten und neunzehnten Jahrhunderts (1824 – 1825)*; vgl. *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker*, Band 2, S. 205

⁵⁴ Heinrich Johann Nepomuk Edler von Crantz (1722 – 1797), Geburtshelfer, Gynäkologe und österreichischer Regierungsrath; vgl. Karl von Hecker: Artikel „H. J. N. Edler von Crantz“, in *ADB* 4 (1876), S. 564; vgl. Schulz: *Die schwere Geburt als moralisches Problem*, S. 100

⁵⁵ Sahmland: *Alternativen zum Kaiserschnitt*, S. 119

⁵⁶ Vgl. ebd., S. 119

2.3.3 Die Symphyseotomie

Eine dritte Variante zur Beendigung der schweren Geburt im frühen 19. Jahrhundert stellte die Symphyseotomie dar. Bei dieser Operationsmethode wurde die „Symphysis ossium pubis“⁵⁷ durchtrennt und so die engste Stelle des Beckens erweitert. Dadurch wurde die Inkongruenz zwischen mütterlichem Becken und kindlichem Kopf beseitigt, und das Kind konnte auf natürlichem Weg entbunden werden. Die Symphyseotomie wurde im Jahr 1777⁵⁸ in Frankreich das erste Mal durchgeführt und ist damit von den bisher genannten das jüngste Operationsverfahren. Mit Hilfe der Symphyseotomie hofften die Geburtshelfer ein Entbindungsverfahren gefunden zu haben, das eine nicht allzu große Bedrohung für das Leben der Mutter und des Kindes beinhaltete und eine Alternative zum problematischen Kaiserschnitt darstellte.

Aber auch diese Methode beinhaltet erhebliche Risiken für die Mutter. Es konnte z. B. zu lebensbedrohlichen Infektionen kommen sowie zu fehlerhaftem Zusammenwachsen der Wunde mit daraus resultierender Instabilität des Beckens. Als Langzeitschaden war auch die Inkontinenz ein Problem. Weitere mögliche Komplikationen waren Blutungen oder Verletzungen der anliegenden Strukturen, die den Tod der Gebärenden herbeiführten.

Die Gefahren der Symphyseotomie für die Mutter wurden von einigen Geburtshelfern hoch eingestuft und für gravierender bewertet als bei der Sectio caesarea, weshalb sich der Wiener Geburtshelfer *Friedrich Colland*⁵⁹ „für den Kaiserschnitt und gegen eine Symphyseotomie“⁶⁰ entschied. Andere Geburtshelfer wie *Collands* Wiener Kollege *Johann Philipp Horn*⁶¹ schätzten die Gefahren für die Mutter bei der Symphyseotomie hingegen deutlich niedriger ein als beim Kaiserschnitt.⁶² Die Mediziner des frühen 19. Jahrhunderts waren sich über das Risiko des Verfahrens und der daraus resultierenden Indikationen für diese Entbindungsmethode nicht einig.

Aus heutiger Sicht ist die Symphyseotomie allerdings von ihren Befürwortern zu positiv bewertet worden, da sie „tatsächlich ganz erhebliche Risiken für Mutter und Kind“⁶³

⁵⁷ Ebd., S. 314

⁵⁸ Vgl. ebd., S. 341

⁵⁹ Friedrich Colland (1754 – 1815), Geburtshelfer; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 2, S. 74

⁶⁰ Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 168

⁶¹ Johann Philipp Horn (1774 – 1845), Gynäkologe, Militärarzt, Professor der Geburtshilfe; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 2, S. 74

⁶² Vgl. Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 184

⁶³ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 395

beinhaltete. Statistiken über die Mortalitätsrate von Gebärenden bei der Symphyseotomie zufolge starben 32 % der Mütter an der Operation,⁶⁴ in einer anderen Studie sogar 35 %.⁶⁵

Neben der schlechten Überlebensrate für die Mutter beinhaltete dieses Verfahren auch Gefahren für das Kind. Diese wurden zwar von den Geburtshelfern als niedrig eingeschätzt, besonders im Vergleich zu den Gefahren für das Kind bei der künstlichen Entbindung auf natürlichem Weg oder bei der Embryotomie. Allerdings zeigen die Statistiken eine Sterberate der Kinder von 66 %, ⁶⁶ was eine schlechte Überlebensrate für die Kinder bedeutete und nicht wirklich eine ungefährliche Methode darstellt.

Ein weiteres Problem der Symphyseotomie war, dass diese Operation nicht immer angewendet werden konnte, da sich durch die Symphyseotomie die engste Stelle des Beckens höchstens um „2 Zoll“⁶⁷, vergrößern ließ. War das Geburtshindernis größer, konnte die Operationsmethode nicht genutzt werden. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie der entbindende Arzt den Umfang des Ungeborenen angesichts der damaligen mangelnden Möglichkeiten beurteilen wollte. Die Größe konnte er nur schätzen und hoffen, dass der Fötus nach dem erfolgten Schnitt durch das Hindernis passte.

Die Symphyseotomie war zwar für die Mutter ungefährlicher als der Kaiserschnitt und für das Kind ungefährlicher als die Embryotomie, dennoch konnte sie das Problem der schweren Geburt längst nicht immer lösen.

2.3.4 Die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg (accouchement forcè)

Ein weiteres im 19. Jahrhundert immer noch verbreitetes Verfahren stellt die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg da. Sie wurde auch Accouchment forcè genannt und bereits im 16. Jahrhundert entwickelt.⁶⁸ Bei dieser Entbindungsmethode wurde der Muttermund soweit nötig gewaltsam aufgedehnt und anschließend das Kind mit dem Forceps oder nach der Wendung auf die Füße manuell extrahiert.⁶⁹ Im Laufe der Jahrhunderte wurden viele

⁶⁴ Vgl. ebd., S. 396

⁶⁵ Vgl. ebd., S. 396

⁶⁶ Vgl. ebd., S. 396

⁶⁷ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 364; 1 Zoll = 26,1545 mm nach der preußischen Definition von 1755; 2 Zoll sind somit gleich 52,309 mm = 5,2309 cm; [http://de.wikipedia.org/wiki/Zoll_\(Einheit\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Zoll_(Einheit)) (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

⁶⁸ Vgl. Janet Isaacs Ashford: A History of Accouchement Forcè: 1550 – 1985 Birth 13 (4. Dezember 1986), S. 241 ff.

⁶⁹ Vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 149

verschiedene Formvarianten des Forceps wie auch Methoden und Instrumente zur Erweiterung des Muttermundes entwickelt. Eine Besonderheit der künstlichen Entbindung auf natürlichem Weg mit dem Forceps gegenüber der manuellen Extraktion besteht darin, dass das Kind in Kopflage entbunden werden konnte.⁷⁰

Ein Vorteil des Accouchment forcé im Vergleich zum Kaiserschnitt lag in seiner relativen Gefahrlosigkeit für die Schwangere. Aus diesem Grund konnte die Operation auch an einer sterbenden oder noch nicht sicher verstorbenen Schwangeren angewendet werden. Die Gefahr, die Gravida durch das Verfahren zu töten, wurde von den damaligen Geburtshelfern als gering angesehen und die „nach den Regeln der Kunst geübte Operation zu den mildesten“⁷¹ gezählt. Unter Umständen führte die Durchführung dieser Methode „vielleicht sogar zu ihrer Wiederbelebung“.⁷² Der Arzt hätte dann durch dieses Verfahren die Mutter und das Kind gerettet. Allerdings gab es auch bei dieser Methode Komplikationen, die zum Tod der Gravida oder des Föten führen konnten. So konnten z. B. „Einrisse und heftige Reizungen“⁷³ entstehen, oder es konnte zu Verletzungen des Uterus bzw. anliegender Strukturen durch die Manipulation des Geburtskanals mit den Entbindungsinstrumenten kommen, die dann durch Verbluten oder Infektion den Tod der Schwangeren zur Folge hatte. Das Kind konnte ebenfalls durch die Entbindungsinstrumente verletzt werden und an den Folgen versterben.

Die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg war aber nur dann anwendbar, wenn das Becken der Gravida genug Platz für seine Ausführung bot und kein Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und Beckenweite der Mutter bestand. War eine Inkongruenz gegeben, konnte es nicht genutzt werden. Wie auch bei der Symphyseotomie bestand bei diesem Entbindungsmittel das Problem, wie sicher der Geburtshelfer den Umfang des kindlichen Kopfes und das Verhältnis zwischen kindlichem Kopf und Beckenweite der Mutter bestimmen konnte.

⁷⁰ Vgl. Ashford: A History of Accouchement Forcé, S. 242 ff.

⁷¹ Hermann Friedrich Kilian: Operationslehre für Geburtshelfer. In zwei Theilen. (1849), erster Theil: die operative Geburtshülfe, S. 223

⁷² Vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 149

⁷³ Carl Christian Schmidt: Encyklopädie der gesammten Medicin, im Vereine mit mehreren Aerzten (1841), Band 2, S. 250

Über diese Entbindungsprozedur war sich auch die Fachwelt am Anfang des 19. Jahrhunderts nicht einig. So waren *Franz Xaver Mezler*⁷⁴ und *Hermann Friedrich Kilian*⁷⁵ Verfechter des Accouchment forcé. Für sie war diese Verfahren schneller durchführbar war als der Kaiserschnitt,⁷⁶ da der Arzt nicht auf den sicheren Tod der Schwangeren warten musste. Ihr Kollege *Heymann* war ebenfalls ein Befürworter⁷⁷ der Entbindungsmethode. Manche Ärzte, unter anderem *Kilian* wollte darüber hinaus das Verfahren mit der Symphyseotomie verbinden,⁷⁸ um so die Sectio caesarea zu umgehen und die Operation auch bei Geburtshindernissen anwenden zu können. Andere Geburtshelfer, wie z. B. *Carl Gustav Carus*,⁷⁹ schätzten die erfolgreiche Durchführung dieses Entbindungsmittels für das Kind als ungewiss ein⁸⁰ und sprachen sich deshalb gegen diese Operation aus. Insgesamt gab es also in der Fachwelt des beginnenden 19. Jahrhunderts ebenfalls keine einheitliche Indikation für dieses Verfahren. Somit konnte auch diese Methode das Problem der schweren Geburt nicht immer beheben.

Zusammenfassend betrachtet herrschte unter den Geburtshelfern des frühen 19. Jahrhunderts große Uneinigkeit über die richtige Vorgehensweise bei einer schweren Geburt. Nur in wenigen Fällen gab es eine einheitliche Handlungsvorgabe.

⁷⁴ Franz Xaver Mezler (1756 - 1812), praktischer Arzt in Gengenbach, später Hofrat des Fürsten von Hohenzollern-Sigmaringen, Hofrat und Brunnenarzt zu Imnau und noch später Leibarzt des Königs von Bayern; vgl. August Hirsch: Artikel „F. X Mezler“, in ADB 21 (1885), S. 670

⁷⁵ Hermann Friedrich Kilian (1800 – 1863), Professor der Gynäkologie; vgl. Karl von Hecker: Artikel „H. F. Kilian“, in ADB 15 (1882), S. 739 f.

⁷⁶ Vgl. Franz Xaver Mezler: Ueber den Einfluß der Heilkunst auf die praktische Theologie. Ein Beytrag zur Pastoralmedizin. (1806), S. 263; vgl. Kilian: Operationslehre, S. 225 f.

⁷⁷ Vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 149

⁷⁸ Vgl. Kilian: Operationslehre, S. 225 f.

⁷⁹ Carl Gustav Carus (1789 – 1869), Naturwissenschaftler, Gynäkologe, vergleichender Anatom; vgl. Victor Carus: Artikel „C. G. Carus“, in ADB 4 (1876), S. 37 f.

⁸⁰ Vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 149

3 Ignaz Düntzer – Leben und Werke

3.1 Biographie

Dr. med. et chir. Joseph Ignaz Düntzer wurde am 27. Mai 1808 in Köln am Rhein geboren.⁸¹ Er war der älteste Sohn von Job. Joseph Düntzer und Maria Cäcilia Düntzer, geborene Seydlitz.⁸² Sein Vater war ein wohlhabender Kaufmann. Ignaz Düntzer wurde von seinen Eltern im katholischen Glauben erzogen⁸³ und verstand sich auch als Katholik.

Seit dem Jahr 1817 besuchte er das Karmeliter-Gymnasium in Köln. Zehn Jahre nach Schulbeginn beendete er zusammen mit seinem Freund *Karl Schwarz*⁸⁴ die Schullaufbahn als Abiturient.⁸⁵ Danach begann Ignaz Düntzer sein Medizinstudium in Bonn an der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität,⁸⁶ wo er fünf Semester lang Medizin studierte.⁸⁷

Während des Studiums in Bonn besuchte Ignaz Düntzer medizinische Vorlesungen in den Bereichen Logik und Psychologie, Experimentalphysik, Botanik, Zoologie, Sezieren von Lebendigem, Experimentalchemie und Mineralogie. Weitere Vorlesungen hörte er über Osteologie, Syndesmologie, allgemeine und spezielle Anatomie, „materia medica“ (Pharmakologie), richtiges Zusammenstellen von Formeln, Theorie der praktischen Medizin, Kinderkrankheiten, Pathologie, Heilen von chirurgischen Krankheiten, richtiges Erkennen und Behandeln von Augenkrankheiten sowie über gebrochene und verrenkte Knochen. Neben den medizinischen Veranstaltungen hörte er auch philosophische Vorlesungen.

Nachdem Düntzer fünf Semester an der Universität in Bonn unterrichtet worden war, wechselte er im Herbst 1829⁸⁸ nach Berlin. Dort freundete er sich mit seinen Kommilitonen *Karl Koblenz*⁸⁹ und *Karl Esser*⁹⁰ sowie mit *Prof. Dr. Eduard Wolff*⁹¹ an. Er setzte sein

⁸¹ Vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 636

⁸² Siehe im Folgenden ebd., S. 636 ff.

⁸³ Vgl. Ignaz Düntzer: De delirio tremente; curriculum vitae (1831); Anmerkung: Für die Übersetzung bin ich stud. phil. Jürgen Ankele sehr dankbar.

⁸⁴ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

⁸⁵ Vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 636

⁸⁶ Vgl. Düntzer: De delirio tremente

⁸⁷ Siehe im Folgenden ebd.

⁸⁸ Vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 636

⁸⁹ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

⁹⁰ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

Medizinstudium in Berlin fort und wurde in den Bereichen spezielle Therapie von chronischen und akuten Krankheiten, Akiurgie⁹², Hebammenkunst und Sektion von Leichen unterrichtet.⁹³ In Berlin legte er Prüfungen in klinischer Medizin und Chirurgie ab.⁹⁴

Am 9. März 1831 promovierte Düntzer mit einer Dissertation, welche unter dem Titel „De delirio tremente“ erschien.⁹⁵ Nachdem Düntzer die vorschriftsmäßigen Staatsprüfungen bestanden hatte, ging er wieder zurück nach Köln.⁹⁶ In seiner Heimatstadt blieb er allerdings nur für eine kurze Zeit und zog wenig später nach Bedburg bei Bergheim. An diesem Ort eröffnete er eine Praxis und arbeitete als praktischer Arzt.

Ende des Jahres 1835 heiratete Ignaz Düntzer Margaretha Hertmanni. Neben diesem positiven Ereignis in seinem Privatleben entwickelte sich seine Praxis weiter und vergrößerte sich mit den Jahren. Zusätzlich zur Arbeit stellte Düntzer wissenschaftliche Studien an. Er führte mehrere kleine Medikamentenversuche in Zusammenarbeit mit dem Apotheker *Anton Monheim* durch.⁹⁷ Darüber hinaus veröffentlichte er kleinere Texte in medizinischen Fachzeitschriften.⁹⁸ Durch seine Arbeiten erhoffte sich Düntzer, eine gesellschaftlich höher stehende Stelle angeboten zu bekommen. Um seine Chancen auf eine bessere Stelle weiter zu verbessern, absolvierte er auch das „Physikatsexamen“.⁹⁹ Das erwünschte Stellenangebot blieb jedoch aus.¹⁰⁰

Nach einigen Jahren erfolgreicher Praxis erkrankte Düntzer und geriet durch ein „Unterleibsübel“¹⁰¹ in einen gesundheitlich kritischen Zustand. Er wurde von seinem

⁹¹ Vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 636; Eduard Wolff (1794 – 1878), Arzt beim Militär, General-Arzt, zeitweise medizinischer Leiter der medizinischen Wundärzte an der Charite; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 5, S. 985

⁹² „Akiurgie: Operationslehre, ist die Lehre oder Wissenschaft von den blutigen chirurgischen Operationen. Sie zerfällt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil, deren letzterer die einzelnen chirurgischen Operationen, ihre Anzeige oder Nichtanzeige behandelt.“ In: Herders Conversations-Lexikon. Freiburg im Breisgau 1854, Band 1, S. 87; <http://www.zeno.org/Herder-1854/A/Akiurgie?hl=akiurgie> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

⁹³ Vgl. Düntzer: De delirio tremente

⁹⁴ Vgl. ebd.

⁹⁵ Vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 636

⁹⁶ Siehe im Folgenden ebd., S. 636 ff.

⁹⁷ Vgl. Herausgeber: Casper, Mitredaktion: Romberg, v. Stosch, Thaer: Wochenschrift für die gesammte Heilkunde (29. Januar 1836), No.5, S. 73

⁹⁸ Vgl. ebd., No.5, S. 73

⁹⁹ Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 637

¹⁰⁰ Siehe im Folgenden ebd., S. 636 ff.

¹⁰¹ Es gibt keinen genauen Anhalt, welche Erkrankung Düntzer hatte.

Kollegen *Dr. Alken*¹⁰² behandelt und war angeblich nach der Erkrankung seiner Arbeit in der Praxis nicht mehr gewachsen.

Anschließend zog er 1838 wieder zurück nach Köln. In seiner Heimatstadt übernahm er trotz der Erkrankung eine große Arztpraxis und arbeitete als praktischer Arzt,¹⁰³ Wundarzt und Geburtshelfer.¹⁰⁴

1841 zog Ignaz Düntzer in die Hohe Strasse 15 in Köln.¹⁰⁵ Ein Jahr später (1842) erschien seine erste größere Schrift aus dem Bereich der Geburtshilfe mit dem Titel „Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod“, nur drei Jahre danach seine zweite größere Schrift, die ebenfalls ein geburtshilfliches Thema behandelt („Die Entbindung verstorbener Schwangeren in geburtshilflicher und forensischer Beziehung“). Seine 1842 erschienene Schrift fand in der medizinischen Fachwelt großen Anklang und war sein bekanntestes Werk.

Im Jahr 1846 zog Düntzer in die Komödienstrasse 16 um.¹⁰⁶ In folgenden Jahren arbeitete Düntzer auch weiterhin als praktischer Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer. Während seines Lebensabschnitts in Köln schrieb und veröffentlichte er kleinere Artikel in medizinischen Fachzeitschriften.¹⁰⁷ Abgesehen von seinen medizinischen Studien interessierte er sich für die bildende Kunst und sammelte in seinen letzten Lebensjahren Gemälde, unter denen einige wertvolle Bilder waren.¹⁰⁸

Anfang des Jahres 1843 erkrankte Düntzer erneut schwer an seinem alten Leiden.¹⁰⁹ Sein kritischer Gesundheitszustand besserte sich allerdings in der folgenden Periode wieder.

¹⁰² Karl Alken (1806 – 1843), Kreisphysikus; vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 21, 1843 (1845), S. 297 ff.

¹⁰³ Vgl. Herausgeber: Casper, Mitredaktion: Romberg, v. Stosch: Wochenschrift für die gesammte Heilkunde (30. März 1839), No. 13, S. 203

¹⁰⁴ Ignaz Düntzer: Regimen sanitatis Salernitanum. Gesundheitsregeln der Salernitanischen Schule. Lateinisch und im Vermaße der Urschrift verdeutscht nebst der Geschichte der Schule, Titelblatt

¹⁰⁵ Vgl. Historisches Archiv der Stadt Köln; Anmerkung: Aufgrund des Einsturzes des historischen Archivs der Stadt Köln war es nicht möglich, die Quellen bezüglich der Daten zu Ignaz Düntzer zu verifizieren.

¹⁰⁶ Vgl. ebd.

¹⁰⁷ Vgl. Dietr. Willh. Heinr. Busch, Joseph von d’Outrepoint, Ferdinand August von Ritgen, Eduard Casp. Jac. von Siebold: Neue Zeitschrift für Geburtskunde (1842), Eilfter Band, Artikel von Düntzer: „Geburtshilfliche Beobachtungen und Erfahrungen“, S. 360 ff.; vgl. Neue Zeitschrift für Geburtskunde (1840), Achter Band, Artikel von Düntzer: „Merkwürdige steatomatöse und tuberkulöse Entartung der Gebärmutter, bei gleichzeitiger Schwangerschaft von normaler Dauer“, S.219 ff.

¹⁰⁸ Vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 367 f.

¹⁰⁹ Siehe im Folgenden ebd., S. 637 f.

Düntzer übernahm 1848 eine Stelle als Armenarzt. Diese Stelle übte er wohl äußerst gewissenhaft aus.¹¹⁰

Im September des Jahres 1848 erlitt Düntzer eine erneute Attacke seiner alten Erkrankung. Sein Zustand verbesserte sich zunächst unter der Behandlung durch seine Freunde *Dr. Bock*¹¹¹ und Medizinalrat *Dr. Merrem*.¹¹² Gegen Ende September verschlechterte sich seine Verfassung aber wieder. Zu der alten Krankheit trat ein „Nervenfieber“¹¹³ hinzu, woran er am 30. September 1848 im Alter von 40 Jahren verstarb.¹¹⁴ Düntzer hinterließ seiner Frau die wertvolle Gemäldesammlung,¹¹⁵ durch die sie nach seinem Tod finanziell versorgt war.

Ignaz Düntzer setzte sich zu Lebzeiten besonders mit geburtshilflichen Themen auseinander. Daneben interessierte er sich außerdem noch für Geisteskrankheiten.¹¹⁶ Darüber hinaus verfasste er auch Abhandlungen über andere medizinische Themenbereiche, so z. B. über das Delirium, verspätetes Zahnen oder Anwendungen von verschiedenen Arzneimitteln. Sein Wissensdrang galt darüber hinaus nicht nur aktuellen medizinischen Themen, sondern ebenso medizingeschichtlichen Texten. Dies zeigt sich an seiner 1841 veröffentlichten Schrift „Regimen sanitatis Salernitanum. Gesundheitsregeln der Salernitanischen Schule. Lateinisch und im Vermaße der Urschrift verdeutscht nebst der Geschichte der Schule“, in der er die

¹¹⁰ Vgl. ebd.

¹¹¹ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

¹¹² Daniel Karl Theodor Merrem (1790 – 1895), Arzt, Medizinalrat; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 4, S. 176

¹¹³ „Nervenfieber: sind menschliche Krankheitszustände, welche vorwaltendes Ergriffensein des Nervensystems und wirkliche allgemeine Lebensschwäche ohne gleichzeitige Säfteentmischung auszeichnet. Selten entwickeln sie sich selbständig, sondern meist aus andern Krankheiten, namentlich andern Fiebern und kommen auch nur selten einfach und rein, weit häufiger dagegen mit Entzündungen, Katarrhen, Rheumatismen, hitzigen Hautausschlägen, Verdauungsstörungen und andern Krankheitszuständen zusammengesetzt vor. Ihr Verlauf ist bald rascher, bald langsamer, kann ansteckend sein und nicht, und unterscheidet sich wesentlich durch seinen Charakter, je nachdem erhöhte oder verminderte Reizbarkeit des Nervensystems, d.h. ein Zustand von allgemeiner Aufregung oder im Gegentheil von Unempfindlichkeit und Stumpfheit, damit verbunden ist.“ In: Brockhaus Bilder-Conversations-Lexikon, Band 3, (1839), S. 264-265; <http://www.zeno.org/Brockhaus-1837/A/Nervenfieber?hl=nervenfieber> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

¹¹⁴ Siehe im Folgenden ebd.

¹¹⁵ Vgl. Historisches Archiv der Stadt Köln; Anmerkung: Aufgrund des Einsturzes des historischen Archivs der Stadt Köln war es nicht möglich, die Quellen bezüglich der Daten zu Ignaz Düntzer zu verifizieren.

¹¹⁶ Vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 637

Gesundheitsregeln aus dem Lateinischen ins Deutsche übersetzte, wodurch er das historische Gut der Verse für die Nachwelt erhalten wollte. Ältere Übersetzungen der Verse waren Düntzer zufolge nicht wortgetreu aus dem Lateinischen ins Deutsche übertragen worden, und er wollte eine möglichst exakte Übersetzung schaffen. In dem Werk distanziert sich Düntzer vom Inhalt der Texte, da diese Regeln nicht mehr mit seinen medizinischen Vorstellungen übereinstimmten. Die Erhaltung des historischen Wertes war für ihn entscheidend. Düntzer war Zeit seines Lebens an wissenschaftlicher Forschung interessiert,¹¹⁷ und er versuchte diese voran zu treiben.

3.2 Ergographie

3.2.1 „De delirio tremente“, 1831 (Dissertation über das Zitterdelir bei Exzess oder Entzug chronisch zugeführter Gifte, meist Alkohol)

3.2.2 „Ueber die innere Anwendung des Chlors“, veröffentlicht in „Wochenschrift für die gesammte Heilkunde“, No. 5 vom 29. Januar 1836, Herausgeber: Casper, Mitredaktion:

Romberg, v. Stosch, Thaer

Inhalt:

Düntzer schildert die Durchführung und die Ergebnisse von Versuchen mit Chlor, die er in Zusammenarbeit mit dem Apotheker Anton Monheim unternommen hatte. Durch die Experimente wollte er das Verhalten von Chlor in Zusammenhang mit verschiedenen Arzneimischungen, die Bedingungen und Ursachen der Zersetzung sowie die Zeiträume der Zersetzungsprozesse bestimmen. Er verglich seine Ergebnisse mit denen anderer Autoren und gab als Resümee seiner neu erworbenen Erkenntnisse Dosierungsvorschläge für Patienten.

3.2.3 „Vermischtes“

„1. Spätes Zahnen“ und **„2. Beschreibung eines Monstri“**, veröffentlicht in „Wochenschrift für die gesammte Heilkunde“, No. 13 vom 30. März 1839, Herausgeber: Casper,

Mitredaktion: Romberg, v. Stosch

Inhalt 1.:

Düntzer berichtet von einer 43-jährigen Frau, die nicht in ihrer Kindheit gezahnt hatte und erst im Erwachsenenalter zahnte. Die Frau hatte Kopf- und Oberkieferschmerzen, angeschwollenes Zahnfleisch und anhaltende Diarrhoen. Ihr brach zuerst im vorderen

¹¹⁷ S. o.

Mundbereich eine zweite Reihe Zähne durch, und ein Jahr nach Wiederauftreten der Symptome die Backenzähne auf der rechten Seite.

Inhalt 2.:

Im November 1838 wurde Düntzer zu einem Neugeborenen gerufen. Er beschreibt seine bei dem Kind erhobenen Befunde. Das Kind wies einen Anenzephalus und Anophthalmus auf. Außerdem hatte es noch weitere Fehlbildungen im Bereich der Hirnnerven und der äußerlichen Form des Kopfes. Der restliche Körper war normal gebildet. Sechs Stunden nach der Geburt starb das Kind.

3.2.4 „Merkwürdige steatomatöse und tuberkulöse Entartung der Gebärmutter, bei gleichzeitiger Schwangerschaft von normaler Dauer“, veröffentlicht in „Neue Zeitschrift für Geburtskunde“, Achter Band von 1840, Herausgeber: Dr. Busch, Dr. von d’Outrepont, Dr. von Ritgen und Dr. von Siebold

Inhalt:

In dieser Abhandlung berichtet Düntzer über die Leidensgeschichte und die ungewöhnliche Niederkunft einer 37-jährigen Erstgebärenden, die durch die Anstrengungen und die damit verbundene Operation nach der Geburt ihres Kindes verstarb. Die Frau gebar einen monströsen, toten Anenzephalus, der bereits Zeichen der Fäulnis aufwies. Nach weiterlaufender Wehentätigkeit und Untersuchung der Gebärenden durch Düntzer entfernte dieser eine Geschwulst aus der Gebärmutter.

Bei der Untersuchung des nach dem Eintritt des Todes der Schwangeren entfernten Präparates von Ovarien und Gebärmutter zeigten sich normal gebildete Ovarien und eine veränderte Gebärmutter. Diese wies mehrere Geschwülste und Tuberkel auf, die Düntzer zu der Diagnose „Dyscrasia steatomatosa“ kommen ließen. Düntzer machte die Veränderung der Gebärmutter für die seit dem 25. Lebensjahr bestehenden starken Beschwerden während der Menstruation verantwortlich und sah die Ursache für die Veränderung zum einen in der vorher bestehenden Disposition der Frau und zum anderen in dem langen Zeitraum der erzwungenen Ehelosigkeit. Die Frau durfte erst im Alter von 35 Jahren heiraten. Durch die Ehelosigkeit konnte die Gebärmutter ihren Zweck nicht erfüllen und entartete. Auch der häufige Koitus in der späteren Ehe und die Schwangerschaft hätten die Erkrankung gefördert. Einen weiteren Verstärker sah Düntzer in der Lebensgeschichte der Frau, die ihren Geliebten tragisch verloren hatte.

Er führte den Beginn der Erkrankung auf das 25. Lebensjahr zurück, da in diesem Alter die Beschwerden erstmals auftraten. Das aufgetretene Osteosteatom im Mund ordnete er

ebenfalls dem Erkrankungsgeschehen zu.¹¹⁸

Im weiteren Text nimmt Düntzer Bezug zu anderen Verfassern, die ähnliche Fälle beschrieben hatten, und zählt die Besonderheiten seines Falles auf. Weiter begründet er die Gabe einzelner von ihm verabreichten Medikamente. Er beschreibt den Tod der Frau als „rettenden Engel“ und spricht sich selber von aller Schuld am Tod frei.

3.2.5 „Regimen sanitatis Salernitanum“ (Gesundheitsregeln der Salernitanischen Schule. Lateinisch und im Versmaße der Urschrift verdeutscht nebst der Geschichte der Schule), 1841

Inhalt:

Düntzer übersetzte die Gesundheitsregeln der salernitanischen Schule ins Deutsche. Im Vorwort des Buches schreibt er, dass er diese übertrug, um sie als medizingeschichtliches Gut für die Gesellschaft zu erhalten.

Vor der Aufzählung der Gesundheitsvorschriften berichtet er über die Entstehungsgeschichte der Salernitanischen Schule, von ihren Anfängen, ihrer Hochzeit bis hin zu ihrem Bedeutungsverlust am Ende des 14. Jahrhunderts. Daran anschließend stellt er die lateinischen Verse seiner deutschen Übersetzung gegenüber.

Die Verse der salernitanischen Schule beschäftigen sich mit Verhaltensvorschlägen für unterschiedliche Alltagssituationen. Sie empfehlen Speisen und Getränke sowie die Mengen, in welchen diese zu sich genommen werden sollten. In den Regeln wird darüber hinaus die Zeit angegeben, zu welcher sie verabreicht werden sollten und bei welchen Erkrankungen sie Linderung verschaffen können. Weiter wird in dem Text über Kräuter und Gewürze berichtet, welche bei bestimmten Leiden einzunehmen sind, um diese zu beseitigen. Gleichzeitig wird geschildert, welche Nahrungsmittel nicht eingenommen werden sollten. Die Verse enthalten zudem Hygieneregeln für den Umgang mit Lebensmitteln, aber auch für den Menschen. Unter anderem wird in ihnen die „Viersäftelehre“ (gelbe Galle, schwarze Galle, Schleim und Blut) aufgegriffen und erläutert. Ebenso werden in den Gesundheitsregeln die einzelnen Jahreszeiten angesprochen, und wie man sich in der entsprechenden Jahreszeit zu verhalten habe.

Die Befolgung der Handlungsvorschläge in den Versen sollte zu einem langen und gesunden Leben beitragen.

¹¹⁸ Mögliche Diagnosen aus heutiger Sicht sind: Tuberkulose, Endometriose, Karzinom

3.2.6 „Geburtshülfliche Beobachtungen und Erfahrungen“

„1) Bedeutender Eindruck des Stirnbeins bei einem Neugeborenen, veranlasst durch eine Exostose zwischen dem 4ten und 5ten Lendenwirbel“

„2) Abgestorbenes Monstrum bei lebendem und wohlgebildetem Kinde“

„3) Eclampsia parturientium“

„4) Zwei Fälle von Placenta praevia, durch Application der Zange und Anwendung des Secale cornutum glücklich beendigt“, veröffentlicht in „Neue Zeitschrift für Geburtskunde“, Eilfter Band von 1842, Herausgeber: Busch, von d’Outrepoint, von Ritgen und von Siebold
Inhalt 1):

In diesem Text berichtet Düntzer von einem neugeborenen Mädchen, welches eine Eindellung an der linken Seite des Kopfes im Knochen aufwies. Die Eindellung war ohne Rötung, Fissur oder Fraktur. Das Kind wurde mit Hilfe der Zange entwickelt, da die Geburt nicht von alleine zu Ende ging.

Die Schwangerschaft war außer Verdauungsproblemen und dumpf, drückenden Schmerzen im Lendenwirbelbereich ohne Komplikationen verlaufen. Die Viertgebärende hatte in ihrer Jugend an Rachitis gelitten und zeigte auch zu späteren Lebenszeiten noch Spuren der Erkrankung. Beim Kontrollieren des inneren Beckens stellte Düntzer eine taubeneigroße, knöcherne Vorwölbung zwischen dem 4ten und 5ten Lendenwirbel fest. Diese Vorwölbung macht er für die Schmerzen und die Eindellung des Kindeskopfes verantwortlich. Bei weiterer Beobachtung des Kindes in monatlichen Abständen zeigte sich eine gesunde Entwicklung desselben und eine langsame Abnahme der Eindellung bis hin zur normalen Schädelform. Im letzten Teil des Textes verweist Düntzer auf ähnliche Beobachtungen von anderen Geburtshelfern.

Inhalt 2):

Düntzer schildert die Entbindung einer Drittgebärenden, die unter der Geburt zunächst ein gesundes Mädchen mit der Reife eines neun Monate alten Neugeborenen austrieb. An die Austreibung des Mädchens schloss sich die einer toten Missgeburt an. Letztere zeigte die Merkmale eines sieben Monate weit entwickelten weiblichen Fötus; Zeichen der Fäulnis fehlten, und die Kopfform war auffällig verändert. Die Bauchwand war fehlerhaft gebildet, die Haut mit Fettsuren belegt, und es präsentierten sich Auffälligkeiten an der Plazenta. Besonders eigenartig fand Düntzer, dass es während der Schwangerschaft keine Spuren des intrauterinen Fruchttodes gegeben hatte und dass das andere Kind lebend und normal entwickelt zur Welt gekommen war.

Inhalt 3):

Im März 1838 wurde Düntzer zu einer 23 jährigen Primipara gerufen, um die Nachgeburt zu entwickeln, was der Hebamme bis dahin nicht gelungen war. Die Frau hatte zuvor nach langer und schwerer Geburtsarbeit ein Mädchen geboren. Nach der Geburt des Kindes erlitt sie in stündlichen Abständen konvulsive Anfälle. Krampfanfälle waren bei der Frau schon vor der Schwangerschaft aufgetreten, jedoch nicht in diesem Ausmaß. Düntzer entfernte zunächst die Nachgeburt. Bei einem erneuten Krampfanfall verstarb die Frau jedoch. Dies begründete er durch den starken Einfluss des langen Geburtsaktes auf das Nervensystem, wodurch die Anfälle sich verstärkt hatten. Die Frau hätte, um gerettet werden zu können, frühzeitig mittels Zange entbunden werden müssen.

Inhalt 4):

In dieser Abhandlung beschreibt Düntzer zwei Fälle von einer Mehrgebärenden mit Plazenta praevia. Bei beiden Geburten hatte er „Secale cornutum“ verabreicht, um die Geburten voranzutreiben und den vaginalen Blutabgang zu stoppen. In beiden Fällen überlebten die Schwangeren die Geburt, ihre Kinder wurden aber tot geboren. Den Tod des Kindes im ersten Fall schrieb Düntzer den negativen Gemütsbewegungen der Frau während der Schwangerschaft zu. Die Annahme vieler seiner Kollegen, die das „Secale cornutum“ für den Tod verantwortlich machten, hielt er für unwahrscheinlich. Im zweiten Fall bleibt offen, ob er den Grund für den Fruchttod in der Verabreichung des „Secale cornutum“, im Blutverlust oder in einem anderen „Zufall“ sah.

Im zweiten Fallbericht richtete sich Düntzer an seine Kollegen, die in dem Fall von Placenta praevia eine Durchbohrung der Placenta mit Wendung oder auch nur eine Wendung des Kindes zur Entbindung durchführen würden. Für Düntzer wären diese Methoden nicht zielführend gewesen und hätten nicht den Tod des Kindes verhindern können.

3.2.7 „Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod“, 1842

Inhalt:

Siehe Kapitel 4.1.

3.2.8 „Die Entbindung verstorbener Schwangeren in geburtshülflicher und forensischer Beziehung“, 1845

Inhalt:

Siehe Kapitel 4.2.

3.3 Einordnung des Autors in den zeitgenössischen Kontext

Düntzer lebte in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts und studierte Medizin zunächst in Bonn und später an der Charite in Berlin. Letztere galt schon damals als große und bedeutende medizinische Ausbildungsstätte. Während seines Studiums an der Charite kam er mit einigen angesehenen Ärzten in Kontakt und begann sich in die medizinische Welt einzugliedern.

Zu Lebzeiten verfasste er einige wissenschaftliche Texte, welche in unterschiedlichen medizinischen Zeitschriften veröffentlicht wurden. Mit Hilfe der Artikel wollte er sich in der scientific community etablieren.

Manche der von Düntzer erschienenen Schriftstücke fanden Anklang unter seinen Kollegen, und seine Äußerungen wurden von anderen medizinischen Autoren mit in ihre Werke einbezogen. So wird er z. B. in einer Ausgabe der Zeitschrift „Neue Zeitschrift für Geburtskunde“ aus dem Jahr 1842 als Quelle für die Beobachtung eines Anencephalus angegeben.¹¹⁹

Seine bekannteste Abhandlung stammt aus dem Jahr 1842 und erschien unter dem Titel „Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod“. Diese Arbeit wurde ebenfalls in einigen anderen Schriften von Verfassern des beginnenden 19. Jahrhunderts aufgegriffen,¹²⁰ unter anderem von den Medizinern *Friedrich Ludwig Meissner*¹²¹ und *Johann Eugen Rosshirt*.¹²² Darüber hinaus wurde sogar ein Jahr nach der Publikation des Textes zu diesem ein Kommentar von *Ebert*¹²³ in der „Neuen Zeitschrift für Geburtskunde“ gedruckt. *Ebert* analysiert und diskutiert in diesem Düntzers Haltungen. Den dort von Düntzer aufgestellten Indikationen für den Kaiserschnitt wie auch dessen Ansicht, das Ungeborene als Mensch zu

¹¹⁹ Siehe: Neue Zeitschrift für Geburtskunde (1842), Eilfter Band, S. 116

¹²⁰ Siehe: Neue Zeitschrift für Geburtskunde (1843), Vierzehnter Band, S. 471; siehe C. S. F. Crede, F. A. von Ritgen, Ed. C. J. von Siebold: Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Im Verein mit der Gesellschaft für Geburthülfe zu Berlin (1858), Elfter Band, Artikel von Friedrich Ludwig Meissner: „Hülfswege für den Geburtshelfer in Fällen derartiger Verunstaltungen des mütterlichen Beckens, dass ein reifes Kind unverkleinert nicht hindurch geleitet werden kann“, S. 177

¹²¹ Friedrich Ludwig Meissner (1796 – 1860), Chirurg; vgl. Maurice Genty: Index biographique des membres, des associés et des correspondants de l'Academie de médecine: de 1820 à 1970/ par Maurice Genty, deuxième édition revue et complétée par Geneviève Nicole-Genty et Monique Chapuis, 2. éd., (1972)

¹²² Johann Eugen Rosshirt (1795 – 1872), Professor für Geburtshilfe, Direktor der Entbindungsanstalt zu Erlangen; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 4, S. 886

¹²³ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

betrachten, pflichtet *Ebert* bei.¹²⁴ Allerdings kritisiert er Düntzers Risikoeinschätzung des mütterlichen Überlebens beim Kaiserschnitt scharf und tadelt Düntzer, der sich bei seiner Begründung auf nur eine Quelle stütze, die *Ebert* zudem als unseriös einstuft.¹²⁵ Darüber hinaus diskutiert *Ebert* Düntzers grundsätzliche Einstellung, bei lebendem Kind den Kaiserschnitt als Entbindungsmethode der Perforation vorzuziehen. Er betrachtet diese Haltung zwar grundsätzlich als richtig, rügt in diesem Zusammenhang allerdings die seiner Meinung nach fehlende Betrachtung spezieller individueller Situationen, in denen laut ihm aus praxisnahen Gründen doch die Perforation vorzuziehen sei. Auch Düntzers Ansatz, in speziellen Situationen die Schwangere zu verlassen, kritisiert *Ebert*, und er favorisiert aus pragmatischen Motiven eine andere Lösung.

Düntzers nachfolgend geschriebene Texte erhielten allerdings keine große Resonanz in der medizinischen Welt, was auch für sein zweites größeres Werk „Die Entbindung verstorbenen Schwangerschaften in geburtshilflicher und forensischer Beziehung“ aus dem Jahr 1845 gilt. Dieses beschäftigt sich ebenfalls mit der Thematik der Geburtshilfe, ist aber im Vergleich zu dem 1842 erschienenen relativ unbekannt, dies liegt wahrscheinlich an der damals schon überholten Entbindungsmethode, die Düntzer in diesem Werk favorisiert und detailliert darstellt.

Es scheint, dass sich Düntzer mit Hilfe der Veröffentlichungen literarische Anerkennung verschaffen wollte, um beruflich weiter aufzusteigen. Zusätzlich zu seinen medizinischen Schriftstücken absolvierte er das „Physikatsexamen“¹²⁶ in der Hoffnung, durch diese Weiterbildung beruflich voran zu kommen. Ein erwünschtes Stellenangebot blieb jedoch aus.

Auch in der medizinhistorischen Sekundärliteratur über das 19. Jahrhundert wird Düntzer aufgegriffen. So erwähnt ihn *Sahmland* in ihrem Buch „Alternativen zum Kaiserschnitt“ an mehreren Stellen.¹²⁷ Sie beurteilte ihn darin als typischen Geburtshelfers des frühen 19. Jahrhunderts.

Düntzer war regional bekannt, was sich an seinen beiden gut laufenden Arztpraxen zeigt. Zusätzlich war er zwar in der wissenschaftlichen Geburtshilfe eine relativ populäre Persönlichkeit, besonders durch sein 1842 erschienenes Werk; er erreichte allerdings keinen

¹²⁴ Vgl. Ebert: Literatur. Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod von Dr. Ignaz Düntzer. Köln am Rhein. 1842, in: Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Band 13 (1843), S. 152 f. und S. 157

¹²⁵ Siehe Ebert: Literatur. Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 152 ff.

¹²⁶ Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 26, 1848 (1850), S. 637

¹²⁷ Siehe: Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 69, S. 71, S. 75, S. 137, S. 152, S. 202, S. 232 - S. 233, S. 236 - S. 237, S. 250, S. 252, S. 254 - S. 255, S. 259 - S. 260, S. 268, S. 277, S. 279, S. 286, S. 291, S. 294 - S. 297, S. 300, S. 303 - S. 308

so hohen Bekanntheitsgrad, wie z. B. sein Kollege *G. W. Stein der Jüngere*,¹²⁸ nicht zuletzt auch, weil er keine akademische Laufbahn eingeschlagen hatte.

Insgesamt betrachtet ist er ein repräsentativer Vertreter eines Arztes des frühen 19. Jahrhunderts und kann aufgrund seiner beruflichen Laufbahn als Geburtshelfer der zweiten Reihe eingeordnet werden.

Betrachtet man neben Düntzers gesellschaftlicher Stellung seine Lehrmeinung in der Geburtshilfe, so lässt er sich nicht eindeutig einer der damals vertretenen Positionen in der Medizin zuordnen. Die wissenschaftliche Geburtshilfe war am Anfang des 19. Jahrhunderts, was die Bevorzugung der Entbindungsmethode in extremen geburtshilflichen Konstellationen anbelangte, gespalten. Eine Gruppe war für den Kaiserschnitt an der lebenden Schwangeren, so z. B. *Justus Christian Loder*.¹²⁹ Deren Gegner, wie *August Gottlieb Richter*,¹³⁰ waren grundsätzlich gegen den Kaiserschnitt an der lebenden Schwangeren.¹³¹ Ebenso teilte die Frage der Erlaubtheit der Embryotomie des lebenden Kindes die Geburtshelfer in verschiedene Lager. *Johann Georg Roederer*¹³² war z. B. ein Befürworteter der Embryotomie des lebenden Kindes.¹³³ Andere Ärzte wie *Friedrich Benjamin Osiander*¹³⁴ waren strikt gegen die Embryotomie des lebenden Kindes.¹³⁵

Düntzers Zuteilung zu einer der extremen Gruppen ist nicht eindeutig möglich.¹³⁶ Er erlaubte in besonderen Lagen die Embryotomie am lebenden Kind, war aber gleichzeitig nicht grundsätzlich gegen den Kaiserschnitt an der lebenden Schwangeren. Für ihn musste der Geburtshelfer in der individuellen Situation entscheiden, welches Entbindungsverfahren das

¹²⁸ Georg Wilhelm Stein (1773 – 1870), Mediziner, Professor der Medizin; vgl. Franz von Winckel: Artikel „G. W. Stein“, in ADB 35 (1893), S. 614

¹²⁹ Justus Christian Loder (1753 - 1832) Mediziner, Anatom; vgl. Ernst Gurtl: Artikel „J. C. Loder“, in ADB 19 (1884), S. 76 ff.; vgl. Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 62 f.

¹³⁰ August Gottlieb Richter (1742 – 1812), Chirurg; vgl. Ernst Gurtl: Artikel „A.G. Richter“, in ADB 28 (1889), S. 447 ff.

¹³¹ Siehe Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 62

¹³² Johann Georg Roederer (1726 – 1763), Professor der Anatom, Professor der Chirurgie; vgl. Volker Zimmermann: Artikel „J. G. Roederer“, in ADB 29 (1889), S. 20 f.

¹³³ Siehe Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 136

¹³⁴ Friedrich Benjamin Osiander (1759 - 1822), Gynäkologe; vgl. Franz von Winckel: Artikel „Fr. B. Osiander“, in ADB 24 (1887), S. 486 f.

¹³⁵ Siehe Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 133 f.

¹³⁶ Siehe Kapitel 4.2.3 und Kapitel 4.2.4

Beste war. Er wählte somit in seinen Werken einen Mittelweg zwischen den extremen Positionen und ist deshalb zwischen den Parteien anzuordnen.

4 Geburtshilfliche Ethik im Werk Ignaz Düntzers

In diesem Kapitel wurden die beiden größeren Schriften Düntzers näher betrachtet und seine Lehren bezüglich der problematischen Geburt wiedergegeben.

4.1 Entbindung in schweren Geburtsfällen

Für Ignaz Düntzer stellt die Problematik, wie der Arzt in einem schweren Geburtsfall handeln soll, eine wichtige und sehr komplexe Frage dar. Um die Unsicherheit, die in der Medizin herrschte, zu beheben, verfasste Düntzer 1842 in dem Text „Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod“ Richtlinien für andere Geburtshelfer, mit deren Hilfe diese nach gutem Gewissen und ethisch begründet handeln können.

4.1.1 Grundsätzliche Überlegungen

Düntzer beschreibt, dass der Geburtshelfer eine große Verantwortung für das ungeborene Kind und für das Leben der Mutter trägt. Für den Geburtshelfer ist es eine hohe Aufgabe,

„das Gedeihen des werdenden Menschen vom Anbeginne seines Embryonenlebens bis zu endlich erlangter Reife zu fördern und sowohl in dieser Zeit, als ganz besonders während des Geburtsaktes und nach demselben alle dessen Wohlseyn und Lebenserhaltung bedrohenden Schädlichkeiten kräftig, umsichtig, gewissenhaft abzuwehren, mit steter schützender Rücksicht gegen das hierbei auf's höchste interessierte, nicht selten bedeutend gefährdete Befinden der Mutter“.¹³⁷

So hat der Arzt bei jeder seiner Handlungen auf das Wohl des ungeborenen Kindes und auf das Wohl der Mutter zu achten und dafür Sorge zu tragen, dass er alle Gefahren, die er abwenden kann, von den beiden fern hält. Der Geburtshelfer soll das Ungeborene vom Anfang seiner Entstehung bis zur Geburt und darüber hinaus schützen und folglich für die Rechte des Kindes eintreten und dessen Recht auf Leben verteidigen. Gleichzeitig soll er aber auch das Leben der Schwangeren beschützen und für dieses eintreten.

Ein weiterer wichtiger Grundsatz Düntzers ist die Gleichschätzung des Lebens der Mutter und des Kindes. Der Geburtshelfer soll

„beide Theile gleichmässig berücksichtigen, dass weder der Mutter, noch dem Kinde ein vorzugsweiser Anspruch zu eignen Gunsten mit Hintansetzung der Vorteile des Anderen zugestanden werden darf, dass somit nichts unternommen werden soll, was mit dem Grundsatz der gleichen Rechte und Gerechtsame beider Theile im Widerspruche steht“.¹³⁸

¹³⁷ Ignaz Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod (1842), S. 1

¹³⁸ Ebd., S. 1 f.

Diesen Grundsatz muss der entbindende Arzt bei seinen Handlungen immer beachten und, besonders bei schwierigen Entscheidungen, berücksichtigen. Er soll nie durch die höhere Wertschätzung eines der beiden Leben sein Verhalten beeinflussen lassen.

Beide Maximen sollen dem entbindenden Arzt als Fundament des richtigen Handelns dienen. Lässt er sich durch diese Grundsätze leiten, so hat er „vor dem Richterstuhl der Vernunft, der Kunst und des Gewissens“¹³⁹ immer eine reine Erscheinung und braucht sich auch bei einem unglücklichen Ausgang einer gewählten Operationsmethode nicht mit Schuldgefühlen zu plagen, sondern hat auch dann ein reines Gewissen und weiß, dass es Fälle gibt, in denen sich der Mensch beugen muss.¹⁴⁰

Lässt er sich allerdings nicht durch diese Prinzipien leiten, werden

„durch verkehrtes Handeln oder unzeitiges Nichtsthun ein, ja oft zwei Menschenleben geopfert werden, deren Einbusse mit schwerer Verantwortung auf der Seele des von schwankenden oder falschen Grundsätzen geleiteten Geburtshelfers lastet“.¹⁴¹

Als Folge der falschen Leitsätze muss der entbindende Arzt Düntzers Ansichten folgend damit leben, zwei Menschen getötet zu haben und dies auch nach seinem Tod vor Gott verantworten.

Die verschiedenen Operationsverfahren, die der Geburtshelfer bei schwierigen Fällen nutzen kann, beinhalten jeweils nicht dasselbe Risiko für die Mutter oder das Kind.¹⁴² Einzelne Methoden können das Leben des Kindes mehr bedrohen als das der Schwangeren, wie z. B. bei der künstliche Frühgeburt, oder sie können das Leben des Ungeborenen gegenüber dem Leben der Kreißenden begünstigen, wie z. B. beim Kaiserschnitt.¹⁴³ Es ist jedoch nicht die Aufgabe des Arztes, darüber zu richten. Der Arzt muss nach Düntzer lediglich versuchen, die Gefahren, die die jeweilige Methode mit sich bringt, so klein wie möglich zu halten und aus der individuellen Situation heraus entscheiden, „ob eine[r] mehr die Mutter oder eine mehr das Kind gefährdende Verfahrensweise der Vorzug gebühre“.¹⁴⁴ Niemals darf der Geburtshelfer sein Handeln durch „die Höherschätzung des einen oder anderen Lebens“¹⁴⁵ bestimmen lassen. Er muss bei allen Entscheidungen versuchen, beide in gleichem Maße zu berücksichtigen und das Beste für beide zu ermöglichen.

¹³⁹ Ebd., S. 3

¹⁴⁰ Vgl. ebd., S. 3

¹⁴¹ Ebd., S. 5

¹⁴² S. u. Abschnitt 4.3

¹⁴³ Vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 2

¹⁴⁴ Ebd., S. 3

¹⁴⁵ Ebd., S. 3

Im Folgenden beschreibt Düntzer systematisch verschiedene Fallkonstellationen und diskutiert die daraus entstehenden Handlungsoptionen (Übersicht siehe Schema 1).

4.1.2 Fall 1: Das Becken der Gebärenden ist kleiner oder gleich 2 ½ Zoll¹⁴⁶ Conjugata

Hat eine Gebärende eine Beckenenge von 2 ½ Zoll Conjugata¹⁴⁷, dann kann ein „ausgetragenes Kind (mag es lebend, oder todt seyn) auf keine andere Weise, weder durch Perforation, noch durch Embryotomie zu Tage gefördert werden“¹⁴⁸ als durch den Kaiserschnitt. In einer solchen Situation den Kaiserschnitt zu unternehmen, gebieten für Düntzer die Grundsätze der wissenschaftlichen Geburtshilfe.¹⁴⁹

Er gesteht manchen Kollegen zwar zu, dass diese auch bei geringerer Conjugata im Stande sind, eine Embryotomie oder Perforation durchzuführen, dass diese Fälle jedoch seltene Einzelfälle sind und man diese gelungenen Wagestücke nicht als Richtschnur des Handelns nehmen darf.¹⁵⁰

Weiter gibt er zu bedenken, dass bei einem zu kleinen Beckendurchmesser bei der Embryotomie oder der Perforation der Kreißenden mit großer Wahrscheinlichkeit lebensgefährliche Verletzungen auf Grund des Platzmangels zugefügt werden, an welchen diese nach der Operation verstirbt.¹⁵¹ Aus diesem Grund ist es laut Düntzer nicht zu verantworten, bei einem derart kleinen Becken diese Methode durchzuführen. Darüber hinaus birgt die genaue Bestimmung der Beckenmaße deutliche Schwierigkeiten, und oft sind genaue Angaben nicht immer sicher zu geben.

Aufgrund dieser Überlegungen plädiert Düntzer ab einer Conjugata von 2 ½ Zoll und kleiner für die Sectio caesarea als Entbindungsverfahren. Die Entbindung mittels Perforation oder Embryotomie sind für ihn in diesem Kontext unzulänglich. Somit ist bei dieser Sachlage der Kaiserschnitt nicht nur bei lebendem, sondern auch bei totem Kind durchzuführen, um die Geburt beenden zu können und der Gebärenden eine Möglichkeit zum Überleben zu geben.

¹⁴⁶ 1 Zoll = 26,1545 mm nach der preußischen Definition von 1755; 2 ½ Zoll sind somit gleich 65,804 mm = 6,5804 cm; [http://de.wikipedia.org/wiki/Zoll_\(Einheit\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Zoll_(Einheit)) (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

¹⁴⁷ Vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 6

¹⁴⁸ Ebd., S. 6

¹⁴⁹ Vgl. ebd., S. 6

¹⁵⁰ Vgl. ebd., S. 6

¹⁵¹ Siehe im Folgenden ebd., S. 6 f.

4.1.3 Fall 2: Der Beckenraum ist verkleinert, aber größer als 2 ½ Zoll Conjugata

4.1.3.1 Lebendes Kind

Ist der Beckenraum der Gebärenden beschränkt, aber größer als 2 ½ Zoll Conjugata, und das Kind kommt nicht auf natürliche Weise heraus, so gestaltet sich die Situation für den Geburtshelfer anders. Dem Geburtshelfer stehen neben dem Kaiserschnitt auch die Embryotomie und die Perforation als mögliche Entbindungsverfahren zur Verfügung.¹⁵² Um die richtige Methode wählen zu können, muss sich der Geburtshelfer nach Düntzers Auffassung über den Zustand des Fötus im Uterus der Kreißenden klar werden und herausfinden, ob das Kind im Mutterleib noch lebt. Zeigt der Fötus Lebenszeichen und kann der Geburtshelfer annehmen, dass es lebt, darf er weder die Embryotomie noch die Perforation als Operationsmethoden ausführen, da diese beiden Verfahren die Tötung des Kindes beinhalten.

Mit der Wahl eines dieser Entbindungsmittel würde der Geburtshelfer dem Leben der Mutter eine höhere Bedeutung zukommen lassen als dem des Kindes. Diese Wertschätzung widerspricht laut Düntzer aber den Grundsätzen der Geburtshilfe.¹⁵³

Außerdem erhält der Arzt durch die Entbindung mit dem Kaiserschnitt die Option, das Leben des Kindes und das Leben der Gebärenden zu erhalten, wogegen er bei der Embryotomie oder der Perforation nur das Leben der Mutter retten kann. Dem entbindenden Arzt steht im Allgemeinen nie das Recht und die Befugnis zu, das Kind durch die Perforation zu töten, so lange er vernünftigerweise erwarten darf, beide Leben durch den Kaiserschnitt zu erhalten.¹⁵⁴ Aus diesem Grund muss, wenn

„bei einer Beschränkung des Beckenraumes, die bei totem Kinde die Perforation oder Embryotomie gebieten würde, diese Operationen durch das Leben des Kindes von der Hand gewiesen werden, [...] zur Rettung des Kindes der Kaiserschnitt in Anwendung kommen.“¹⁵⁵

4.1.3.2 Totes Kind

Wenn in einer solchen geburtshilflichen Konstellation der Fötus bereits im Mutterleib abgestorben ist, so sind Perforation oder Embryotomie zulässige Operationsverfahren und

¹⁵² Siehe im Folgenden ebd., S. 7

¹⁵³ S. o.

¹⁵⁴ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 36

¹⁵⁵ Vgl. ebd., S. 7

müssen zur Rettung der Kreißenden nach Düntzers Lehrmeinung durchgeführt werden.¹⁵⁶ Diese beiden Prozeduren beinhalten insgesamt betrachtet - auch bei Beschränkung des Beckens - ein geringeres Risiko für das Leben der Mutter im Vergleich zur Sectio caesarea und sind möglichst schonende Methoden. Diese sollen angewendet werden, um wenigstens das eine Leben sichern zu können.

4.1.4 Fall 3: Das Becken hat eine normale Weite, die Geburt nimmt aber nicht den natürlichen Lauf

4.1.4.1 Lebendes Kind

Ist das Becken der Schwangeren normal gestaltet, die Beckenweite normal groß, aber das Kind kommt nicht auf natürliche Weise zur Welt und es zeigen sich deutliche Lebenszeichen des Kindes, dann müssen zuerst Zangen- und Wendungsversuche unternommen werden, um die Geburt erfolgreich zu beenden. Schlagen diese Mittel fehl, stellt sich für den entbindenden Arzt das Problem, welche Operationstechnik in dieser Situation anzuwenden ist, also, ob die Perforation oder der Kaiserschnitt zulänglich sind.

Düntzer ist in dieser Lage bei lebendem Kind strikt gegen die Perforation, da der Geburtshelfer die Aufgabe hat,

„so viele Menschenleben, als vernünftigerweise möglich, zu wahren, nicht aber durch eine unerlaubte Werthschätzung der selben und das daraus resultierende Mordattentat gegen einen Menschen, einen zweiten zu retten, sofern wahrscheinlicherwise durch irgend ein anderes, wenn auch noch so gefahrvolles, Einschreiten der Kunst beide Leben zu erhalten sind“¹⁵⁷.

Er bezeichnet die Perforation des lebenden Kindes in diesem Zusammenhang als Mord und unterstellt der Handlung einen niederen Beweggrund. Der Geburtshelfer müsste dann den Mord verantworten und nach den preußischen Gesetzen „mit der Strafe des Todes von oben herab belegt werden“.¹⁵⁸ Auch widerspricht die Perforation in diesem Kontext seinen zuvor definierten Grundsätzen der Geburtshilfe, denn es sollen ja Mutter und Kind gleichmäßig berücksichtigt werden.¹⁵⁹ Hier würde der Arzt bei der Durchführung der Perforation dem

¹⁵⁶ Siehe im Folgenden ebd., S. 7 und S. 11

¹⁵⁷ Ebd., S. 19

¹⁵⁸ Zweiter Teil des Allgemeinen Landrechts für die preußischen Staaten (ALR) aus dem Jahr 1794; Mord §. 826 - §. 838 b); „§. 826 Derjenige, welcher mit vorher überlegtem Vorsatze zu tödten einen Todschatz wirklich verübt, soll als ein Mörder mit der Strafe des Rades von oben herab belegt werden.“;

http://www.smixx.de/ra/Links_F-R/PrALR/PrALR_II_20.pdf (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

¹⁵⁹ S. o. Abschnitt 4.2

Leben der Mutter eine größere Achtung entgegenbringen als dem Leben des Kindes, was nach Düntzer nicht mit dem ethischen Handeln eines Arztes im Einklang steht. Es ist für ihn auch nicht die Aufgabe des Geburtshelfers, eine Wertschätzung der beiden vorzunehmen, und

„so lange der höhere Werth des mütterlichen Lebens vor dem des Kindes nicht dargethan ist, [gebe] selbst der höchste Grad von Wahrscheinlichkeit, ja von Gewissheit eines baldigen Absterbens des Kindes keineswegs dem Arzte das Recht, dasselbe zu tödten“.¹⁶⁰

Darüber hinaus hält Düntzer die Perforation für unzulässig, solange die Chance besteht mit einer Methode beide Leben zu retten, denn bei „der Perforation wird das Kind einem gewissen Tode geweiht, die Mutter sehr wahrscheinlich am Leben erhalten“,¹⁶¹ was den „sicheren Verlust des einen Lebens bei wahrscheinlicher Erhaltung des anderen“¹⁶² bewirkt, wodurch die Möglichkeit der Erhaltung beider Leben nicht gegeben ist. Im Gegensatz dazu steht der Kaiserschnitt, welcher „Gewissheit für das Kindesleben“¹⁶³ und „für die Mutter eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit der Rettung als des Todes (4 zu 5)“¹⁶⁴ und somit die „sichere Rettung des einen Lebens mit gegründeter Aussicht der Erhaltung des anderen“¹⁶⁵ beinhaltet und dadurch die Aussicht der Sicherung beider Leben besteht. Aus den angeführten Gründen ist in diesem Fall die Sectio caesarea nach Düntzers Argumentation die zulässige und sogar die einzige vertretbare Entbindungsmethode.

4.1.4.2 Entkräftung von Gegenargumenten

Die Vertreter der Gegenposition, die in einem solchen Kontext die Perforation als zulässig erachten, kritisiert Düntzer sehr scharf. Seine Gegner stützen sich seiner Meinung nach mit der Behauptung, die Schwangere könne sich auf ihr Recht zur Notwehr berufen,¹⁶⁶ auf eine falsche Rechtsauffassung, denn der Akt der Perforation ist keine Selbsthilfe, insofern die Mutter nicht selber das Perforatorium benutzt und der Geburtshelfer „kein mechanisches Instrument, kein durch der Mutterhand zu dirigirendes Perforatorium ist, dessen sie sich nach Gutdünken bedienen darf“.¹⁶⁷ Die Gravida agiert laut Düntzer nicht eigenständig. Der

¹⁶⁰ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 27

¹⁶¹ Ebd., S. 11

¹⁶² Ebd., S. 11

¹⁶³ Ebd., S. 11

¹⁶⁴ Ebd., S. 11

¹⁶⁵ Ebd., S. 11

¹⁶⁶ Ebd., S. 18

¹⁶⁷ Ebd., S. 18

Geburtshelfer wiederum befindet sich in dieser Situation nicht im Notstand,¹⁶⁸ da sein Leben nicht durch das Kind bedroht wird, deshalb hat er keine Berechtigung, aus Notwehr zu handeln und die Perforation eines lebenden Kindes durchzuführen. Über dies hinaus müsste man Düntzer folgend in einem solchen Fall auch dem Kind das Recht auf Notwehr zugestehen¹⁶⁹, da man annehmen muss, dass „das Hindernis des Geborenwerdens doch fast durchgängig auf Seiten der Mutter, nämlich in der fehlerhaften Gestaltung ihres Beckens liegt, welches als feindliches Hemmniss dem natürlichen Hergang entgegensteht“.¹⁷⁰ Somit ist für Düntzer die Gravida die Ursache des Problems und sie nimmt dem Ungeborenen dadurch die Chance zu leben. Das Kind wird folglich von der Mutter bedroht und hat auch das Recht zur Notwehr. Dieses Argument spricht ebenfalls gegen die Perforation des lebenden Kindes.

Die Ausführungen des Juristen *Jenull*¹⁷¹ und anderer Geburtshelfer sind Düntzers Ansicht nach ebenfalls nicht statthaft, da der Fötus als Mensch anzusehen ist und ihm somit die gleichen Rechte zustehen wie einem bereits geborenen Menschen und der Fötus in keinem Fall, wie *Jenull* es sieht, nicht als Mensch anzusehen sei¹⁷² und deshalb ungestraft getötet werden dürfe.¹⁷³ Diese Annahmen seiner Gegner stehen nach Düntzer allen Rechtsgrundsätzen entgegen und sind deshalb nicht vertretbar.

*Wilde*¹⁷⁴ tritt mit *Ulpian*¹⁷⁵ dafür ein, der Mutter ein größeres Recht zuzusprechen, das Kind töten zu lassen,¹⁷⁶ als dem Kind, die Mutter töten zu lassen, da das Ungeborene ein Teil des mütterlichen Körpers sei und die Kreißende so die Berechtigung habe, über es zu entscheiden.¹⁷⁷

¹⁶⁸ Siehe im Folgenden ebd., S. 18 f.

¹⁶⁹ Vgl. ebd., S. 19

¹⁷⁰ Ebd., S. 19

¹⁷¹ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

¹⁷² Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 19: „vgl. Jenull: In Wagner’s Zeitschrift für österr. Rechtsgel. (1826), Bd. I.“

¹⁷³ Vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 19 f.

¹⁷⁴ Friedrich Adolph Wilde (1801 – 1851), Arzt; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 5, S. 936.

¹⁷⁵ Ulpianus Domitius (170 n. Ch. - um 223 n. Ch.), er war ein römischer Rechtsgelehrter und hat als hoher Beamter Einfluss auf die Leitung des römischen Staates genommen. Werke: dogmatische Darstellungen des prätorischen Rechts (Ad edictum) und des Zivilrechtes (Ad Sabinum) (beide bilden die Grundlage für die Pandekten), *Tiuli ex copore Ulpiani*; vgl. <http://www.peter-hug.ch/lexikon/Ulpianus> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

¹⁷⁶ Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S.20 f.: „vgl. Diacolog., §. 101“

¹⁷⁷ Vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 21

Auch diesen Standpunkt hält Düntzer für unhaltbar, und er spricht sich dahingehend aus, dass das Kind kein Eingeweide ist, da es „alle Qualitäten und Functionen eines Eingeweides entbehrt, vielmehr einen ganz andern Rang in Anspruch nimmt“,¹⁷⁸ und dass der Fötus nicht als ein Teil der Gebärenden angesehen werden kann,¹⁷⁹ sondern als eigenständiger Mensch, betrachtet werden muss. Darüber hinaus ist der Hauptzweck der Geburt für Düntzer, „nicht eine Person, nein einen Menschen zutage zu fördern“¹⁸⁰, was ferner darauf hindeutet, den Fötus als eigenständigen Menschen anzusehen und ihm dieselben Rechte wie einem bereits Geborenen zuzugestehen.

Andere Befürworter der Perforation bei dieser Sachlage orientieren sich an der „Beseelungstheorie der Alten“¹⁸¹ und sehen den Fötus als noch nicht beseelt an. Sie sprechen ihm deshalb seine Rechte ab. Diese Haltung ist nach Düntzer allerdings überholt und stimmt nicht mit den medizinischen Erkenntnissen überein, da man mit „der Hand deutlich durch die Bauchdecken fühlbare[n] Bewegungen, die weit größere Zahl der Pulsschläge des Fötalherzens“¹⁸² und noch weitere Zeichen fühlen und hören kann, die deutlich zeigen, „dass das Kind im Mutterleibe als ein Ganzes im Ganzen, ein vegetatives Dasein führend, zu betrachten sey“.¹⁸³ Folglich lebt das Kind als selbständiges Wesen in der Gravida und muss als ein solches angesehen werden. Infolgedessen müssen ihm nach Düntzers Auffassung die gleichen Rechte wie einem bereits Geborenen zugesprochen werden. Würde der Geburtshelfer den Fötus in diesem Zustand nicht als beseelt ansehen, dann bräuchte man „die scharfen Gesetze gegen den Abortus provocatus“¹⁸⁴ nicht, denn so würde nicht ein Mensch mit Seele, sondern ein unbeseeltes Etwas abgetrieben, welches man nicht schützen braucht. Für Düntzer ist der Fötus ein Mensch, und diesem Menschen gebühren die gleichen Rechte wie allen anderen.

Janouli,¹⁸⁵ ebenfalls ein Verfechter der Perforation, ist der Ansicht, dass die Frau als Braut bei der Hochzeit mit dem Staat einen stillschweigenden Vertrag¹⁸⁶ geschlossen habe, „kraft

¹⁷⁸ Ebd., S. 22

¹⁷⁹ Vgl. ebd., S. 22

¹⁸⁰ Ebd., S. 21

¹⁸¹ Ebd., S. 22

¹⁸² Ebd., S. 22

¹⁸³ Ebd., S. 22

¹⁸⁴ Ebd., S. 22

¹⁸⁵ Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.

¹⁸⁶ Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 22: „vgl. Digst. De inspiciend. Ventr. XXV. Lit. IV. leg. I. §. 1 partus, antequam edatur, mulieris portio est vel viscerum“

dessen jene von diesem die Tödtung des Kindes zu eigenen Gunsten zu fordern das Recht habe“.¹⁸⁷ Diesem Pakt pflichtet Düntzer nicht bei, da dieser das männliche Geschlecht vollkommen ausschließt und sich gegen das Ungeborene richtet, welchem der Staat bereits schon Rechte zugesprochen hat. Demgemäß ist dieses Abkommen nicht statthaft und widerspricht den geltenden Gesetzen. Düntzer verweist in diesem Kontext auf das Allgemeine Preußische Landrecht, welches vorschreibt, dass die allgemeinen Rechte der Menschheit auch dem ungeborenen Kind gebühren, was ab dem Zeitpunkt der Empfängnis gilt.¹⁸⁸ Darüber hinaus habe jeder, der für Kinder Verantwortung trägt, auch bei Ungeborenen, für diese die Verantwortung. Deshalb hat der Arzt für die Rechte des Kindes einzutreten und diese zu wahren.

Der Vater ist laut Düntzer ebenfalls dazu in der Lage, einen stillschweigenden Vertrag mit dem Staat zu schließen, und er kann in diesem festhalten, dass der Staat verpflichtet ist, das von ihm Erzeugte zu erhalten.¹⁸⁹ Somit verliert das Abkommen zwischen der Mutter und dem Staat seine Wirkung. Darüber hinaus ist dieser Pakt zwischen dem Staat und der Mutter für den Staat im Grunde ein großer Nachteil,

„indem die wirkliche Erfüllung des Pactes den Mord eines Menschen involviert, von dem der Analogie nach eine Reihe Nachkommen zu erwarten sind, und zwar zu Gunsten einer Frau, die vermöge ihrer Beckenbildung und bei der Geltung solcher Grundsätze nie ein lebendes Kind zu Tage bringen kann, und damit auch ihrem Manne alle Aussicht auf Nachkommenschaft (eheliche), da die erzeugte gleicherweise an der Schwelle des Lebens hingemordet wird“,¹⁹⁰

genommen wird. Der Staat hätte bei diesem Abkommen als Resultat den Mord eines Mitgliedes des Staates gebilligt und sich der Möglichkeit beraubt, ein Staatsmitglied zu bekommen, welches ihm weitere Nachkommen bringen und für diesen arbeiten kann. Des Weiteren ist dem Vater die Chance genommen, eheliche Nachkommen zu erhalten. Die Mehrzahl der aus dem Vertrag resultierenden Folgen sind für den Staat nachteilig und lassen daran zweifeln, dass der Staat diesen mit einer Frau eingeht. Abgesehen von dem Inhalt des Abkommens und dem Resultat, das dieses mit sich bringt, ist nach Düntzer der Arzt nicht dazu verpflichtet, sich an dieses zu halten, da erstens der Vertrag zwischen der Frau und dem Staat besteht und der Arzt nicht mit in dieses Abkommen eingebunden ist,¹⁹¹ und zweitens der Arzt das Recht besitzt, sich auf seinen Eid zu berufen, „der alle feindlichen Attentate auf

¹⁸⁷ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 23

¹⁸⁸ Siehe im Folgenden ebd., S. 22 f.

¹⁸⁹ Vgl. ebd., S. 24

¹⁹⁰ Ebd., S. 26

¹⁹¹ Siehe im Folgenden ebd., S. 26

Menschenleben unbedingt ausschliesst“.¹⁹² Ferner würde der Arzt bei der Perforation trotz dieses Paktes kein reines Gewissen haben können, denn „er allein hat seine Handlungen zu verantworten“¹⁹³ und darf sich nach Düntzer nicht von äußeren Einflüssen beirren und sein Gewissen überstimmen lassen. Der Geburtshelfer hat feste Grundsätze, nach denen er zu handeln hat. Diese Maximen stehen über dem Staat und richten sich nach dem Gewissen des Geburtshelfers.¹⁹⁴ In diesen muss der Arzt sich treu bleiben.

Janouli begründet seine Theorie bezüglich des Vertrages zwischen der Braut und dem Staat damit, dass er dieses Abkommen als Voraussetzung ansieht, damit sich ein Mädchen überhaupt auf die Ehe einließe, denn aus welchem Grund solle sich das Mädchen sonst den Gefahren der Fortpflanzung aussetzen, wenn sie nicht durch den Vertrag abgesichert wäre.¹⁹⁵ Diese Annahme hält Düntzer ebenfalls für falsch, denn das Mädchen folgt bei der Eheschließung ihrem Natur- und Geschlechtstrieb, und es darf „die Macht des Natur- und Geschlechtstriebs in ihrer ganzen Grösse“¹⁹⁶ nicht unterschätzt werden.

Weitere Befürworter der Perforation nutzen das Argument, dass diese Situation

„der Natur überlassen, den sicheren Tod des Kindes herbeiführe, die Mutter aber gleichzeitig der grössten Lebensgefahr aussetze, dass mithin das doch einmal dem Tode verfallene Kind ohne allen Anstand und Vorwurf durch den Geburtshelfer des Lebens beraubt werden könne, um doch wenigstens Ein Leben zu retten“.¹⁹⁷

Diese Begründung ist für Düntzer nicht statthaft, da zum einen dem Leben der Kreißenden mehr Bedeutung zugesprochen wird als dem des Kindes, und zum anderen sich der Arzt nicht sicher sein kann, dass in solch einer Situation das Ungeborene zuerst stirbt.¹⁹⁸ Es könnte auch die Mutter vor dem Kind versterben und der Geburtshelfer hätte die Pflicht, die Sectio caesarea auszuführen. Da der Geburtshelfer nicht vorhersehen kann, wer zuerst stirbt, ist die Perforation auf Grund der Spekulation, dass das Kind dem Tode verfallen ist, nicht zu rechtfertigen. Darüber hinaus verweist Düntzer auf mehrere Berichte, in denen ausgeführt wird, dass es nicht nur bei Gebärungsvermögen trotz normalen Beckens, sondern auch bei Gebärungsvermögen bei zu kleinem Becken nach anfänglicher Stagnation und bereits getroffenen Vorkehrungen zum Kaiserschnitt oder zur Perforation doch noch von allein zur

¹⁹² Ebd., S. 26

¹⁹³ Ebd., S. 26

¹⁹⁴ Siehe im Folgenden ebd., S. 26 f.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S. 25

¹⁹⁶ Ebd., S. 25

¹⁹⁷ Ebd., S. 27

¹⁹⁸ Siehe im Folgenden ebd., S. 27 f.

Vollendung der Geburt gekommen ist.¹⁹⁹ Diese Fälle, die unter anderen *Osiander jun.*,²⁰⁰ *Stein sen.*²⁰¹ und *Baudelocque*²⁰² beschreiben,²⁰³ gestehen dem Geburtshelfer nicht das Recht zu, das Kind zu töten.

*Nägele*²⁰⁴ spricht sich ebenfalls gegen den Kaiserschnitt²⁰⁵ aus und begründet seine Ansicht damit, dass er es als das schlimmste Ereignis bezeichnet, welches einem Geburtshelfer passieren könne, einen Kaiserschnitt bei totem Kind durchzuführen zu müssen.²⁰⁶ Düntzer betrachtet dies zwar gleichfalls als schlimmes Ereignis, aber hat sich laut Düntzer der entbindende Arzt, vor dem Eingriff „umsichtig, gewissenhaft erwägenden und durch alle zu Gebote stehenden Hilfsmittel der Kunst“ vom Leben des Kindes überzeugt, ist es sehr unwahrscheinlich, bei der Sectio caesarea ein totes Kind zu Tage zu befördern; da „nur die notorische Gewissheit des Lebens die Anzeige zum Kaiserschnitt“²⁰⁷ gibt, darf der Geburtshelfer auch nur bei Gewissheit den Kaiserschnitt durchführen. Sollte trotzdem die Sectio caesarea nur ein totes Kind hervorbringen, ist nach Düntzer „der Operateur von aller Schuld der Lebensgefährdung der Mutter durchaus freizusprechen“²⁰⁸, da er versucht hat beide zu retten.

Aus den oben beschriebenen Überlegungen und den Gegenargumenten zu den Perforationsbefürwortern geht hervor, dass die Perforation des sicher lebenden Kindes bei Gebärungsvermögen der Mutter, aber normalem Beckendurchmesser für Düntzer nicht als Mittel der Wahl in Frage kam, und für ihn nur der Kaiserschnitt zulässig ist.

¹⁹⁹ Siehe im Folgenden ebd., S. 28

²⁰⁰ Osiander jun.: vermutlich meinte Düntzer Johann Friedrich Osiander (1787 – 1855), Arzt, Geburtshelfer; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 4, S. 453

²⁰¹ Stein sen.: vermutlich meinte Düntzer Georg Wilhelm Stein (1737 – 1803), Mediziner, Professor der Geburtshilfe; vgl. Franz von Winkel: Artikel „G. W. Stein“, in ADB 35 (1893), S. 613

²⁰² Jean Louis Baudelocque (1746 – 1810), Chirurg; vgl. Alphonse de Beauchampe et Étienne Psaume: Biographie moderne: ou Galerie historique, civile, militaire, politique et judiciaire contenant les portraits politiques de Français [...] depuis le commencement de la révolution jusqu'à nos jours. - 2e éd., rev., corr. et augm., 3 tomes, (1816)

²⁰³ Siehe ebd., S. 28

²⁰⁴ Franz Carl Joseph Nägele (1778 – 1851), Gynäkologe, Geburtshelfer; vgl. Franz von Winckel: Artikel „F. C. J. Nägele“, in ADB 23 (1886), S. 218 f.

²⁰⁵ Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 28 f.: „vgl. Nägele: Progr. „De jure et necis, quod competit medico in partu., Heidelb. (1826), S. 7 Anmerk.“

²⁰⁶ Siehe ebd., S. 28 f.

²⁰⁷ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 29

²⁰⁸ Ebd., S. 29

4.1.4.3 Totes oder fraglich lebendes Kind

Das Becken der Schwangeren ist normal gestaltet, die Beckenweite normal groß, das Kind kommt nicht auf natürliche Weise zur Welt, und die üblichen anderen Entbindungsmethoden, wie Zangen- oder Wendungsversuche zeigen keine Wirkung. Infolgedessen muss sich der Arzt nach Düntzers Meinung erst vom Leben des Kindes überzeugen. Ist der Geburtshelfer nach gründlicher Untersuchung (z.B. Auskultation²⁰⁹) zu dem Schluss gekommen, dass das Kind im Uterus bereits abgestorben ist, so kann er die Vorbereitungen zur Perforation oder Embryotomie treffen, um die Geburt möglichst schnell zu beenden und der Mutter das Leben zu retten, denn bei sicher ermitteltem Tod des Kindes ist nach Düntzers Auffassung die Perforation zulässig.

Ist der Geburtshelfer nach gründlicher Untersuchung nicht sicher, ob das Kind lebt oder bereits schon verstorben ist, so ist er Düntzers Ausführungen folgend gleichfalls dazu berechtigt, die Vorbereitungen für die Embryotomie oder die Perforation zu treffen und diese Operationen durchzuführen, da „nur die notorische Gewissheit des Lebens die Anzeige zum Kaiserschnitte bietet“.²¹⁰

4.1.5 Fall 4: Lange Dauer der Geburt und geschwächte Gebärende

4.1.5.1 Lebendes Kind

Dauert die Geburt schon sehr lange und ist die Gebärende durch die lange Zeit, in der sie in den Wehen liegt, geschwächt, stellt sich für den Geburtshelfer bei sicher lebendem Kind eine neue Situation dar. Der entbindende Arzt muss entscheiden, ob in dieser Situation die Sectio caesarea überhaupt noch als Therapieoption zur Verfügung steht.

Die Gebärmutter ist durch die lange Zeitdauer der Geburt, den damit verbundenen Wehen, dem mechanischen Druck, den der Kopf des Kindes ausübt und der Zangen- und Wendungsversuche des Geburtshelfers stark beansprucht und gereizt und durch diese Einwirkungen den Gefahren der Entzündung, der Zerreißung oder des Brandes ausgesetzt.²¹¹ Diese Gefahren sollte der Geburtshelfer Düntzers Meinung nach mittels „Aderlässe, gefolgt von narkotischen Mittel (Opium, Belladonna)“²¹² abwenden.

²⁰⁹ Vgl. ebd., S. 48

²¹⁰ Ebd., S. 29

²¹¹ Ebd., S. 31

²¹² Ebd., S. 31

In diesem Zustand eine Sectio caesarea auszuüben, bedeutet eine große Gefährdung des Lebens der Gebärenden und kann bei einem so stark gereiztem Organ, durch einen so bedeutenden Eingriff wie den Kaiserschnitt dem drohenden Verderben einen Vorschub leisten und dass unausbleibliche tödliche Ende beschleunigen.²¹³ Die Sectio caesarea ist bei dieser Konstellation nicht als Entbindungsmittel anzusehen, da sie immense Gefahren birgt und die Mutter in diesem schwachen Zustand töten würde.

Jedoch schreibt Düntzer, dass in diesem Zusammenhang

„vernünftigerweise die Alternative zwischen Perforation des lebenden Kindes und Kaiserschnitt gestellt werden kann, und wo die individuellen Verhältnisse des concreten Falles es als zulässig erscheinen lassen der Erhaltung der Mutter den Vorzug vor der des Kindes einräumen, indem hier in der That das eine oder das andere Leben als Opfer fallen muss, wenn es nicht gelingt den durch die Geburtsabnormalität hervorgerufenen und diese so mächtig verwickelnden Krankheitszustand zu heben“.²¹⁴

Er gesteht also dem einzelnen Fall eine individuelle Abwägung zu und ist auch in dieser Situation nicht vollkommen gegen die Perforation.

Verschlechtert sich der Zustand der Gebärenden weiter und ist

„die möglichst schnelle Beendigung der Geburt in dem gegebenen Fall nur durch die Perforation zu erzielen [...], und es feststeht, dass durch sie allein das sonst sicher verlorene Leben der Mutter gerettet werden kann: so ist dieselbe nicht nur zulässig, sondern das einzige zu verantwortende Mittel“.²¹⁵

Die Perforation oder die Embryotomie ist bei stark geschwächter Schwangeren für Düntzer erlaubt und für den Geburtshelfer vertretbar.

4.1.5.2 Totes oder fraglich lebendes Kind

Bestehen im oben erläuterten Kontext Zweifel am Leben des Kindes und ist die Perforation nach Düntzers Auffassung schon beim sicher lebenden Kind gerechtfertigt, „wie viel mehr muss dieses bei zweifelhaftem Leben des Kindes, d. h. bei zwar nicht notorisch totem aber ebenso wenig sicher als lebend erkanntem Kinde der Fall seyn“.²¹⁶ Mit dieser Aussage, gibt er eindeutig zu, dass er bei dieser Sachlage die Perforation als Entbindungsverfahren als geboten erachtet.

²¹³ Vgl. ebd., S. 31

²¹⁴ Ebd., S. 31 f.

²¹⁵ Ebd., S. 32

²¹⁶ Ebd., S. 32

4.1.6 Fall 5: Einkeilung des Kindeskopfes im Becken der Mutter

Hat sich der Kopf des Kindes im Becken der Mutter eingekleilt, ist für Düntzer die Perforation das Mittel der Wahl. Die Sectio caesarea ist im Fall der Kopfeinkeilung zwecklos, da sich das Ungeborene bei dieser Sachlage nicht mehr aus dem Becken zurück in den Uterus ziehen lässt. Somit kann das Kind nicht durch den Bauch herausgeholt werden. Auch wird der Fötus nicht auf natürlichem Weg hinaus kommen, da er im Becken steckt und nicht tiefer treten kann. Düntzer merkt hierzu an, dass es bei der Einkeilung „auf den Grad der Einkeilung“²¹⁷ ankommt und es möglich ist, dass sich das Kind bei leichter Einkeilung wieder entkeilt und normal zur Welt kommt.²¹⁸ Der Geburtshelfer sollte aus diesem Grund nicht in jedem Fall die Perforation durchführen, sondern sich erst versichern, wie stark das Kind eingeklemmt ist, und nur bei starker Einkeilung die Perforation durchführen.

4.1.7 Fall 6: Weigerung der Mutter sich den Gefahren des Kaiserschnitts auszusetzen

Befindet sich die Mutter in einer schwierigen Geburtslage, bei der das Kind lebt, es aber nicht auf natürlichem Weg zur Welt kommt und die üblichen Mittel, wie Wendungsversuche und Zangenanwendung, keinen Erfolg zeigen, ist der Kaiserschnitt das Mittel der Wahl.²¹⁹

Weigert sich die Mutter in dieser Situation, sich den Gefahren der Sectio caesarea auszusetzen, steht der Arzt vor dem Problem, ob nun die Perforation zulässig ist, oder welches andere Verfahren der Geburtshelfer anwenden kann. Darüber hinaus sollte er prüfen, ob er die Schwangere ggf. zum Kaiserschnitt zwingen kann.

Düntzer ist allerdings der Ansicht, dass dem Arzte kein anderes Benehmen zusteht, „als die Frau ihrem Schicksale bis zum erfolgten Absterben des Kindes zu überlassen, welches eine neue Indication begründet“,²²⁰ nach welcher der Geburtshelfer dann reinen Gewissens handeln kann.

Der Geburtshelfer braucht sich, wenn das Kind infolge des Starrsinns der Mutter stirbt, nicht dafür zu verantworten, sondern die Kreißende trägt die Schuld. Sie gilt „als Mörderinn des Kindes“²²¹ und, wenn sie selber auch noch durch ihren Starrsinn stirbt, steht sie auch noch

²¹⁷ Ebd., S. 33

²¹⁸ Vgl. ebd., S. 33

²¹⁹ S. o.

²²⁰ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 43 f.

²²¹ Ebd., S. 45

als „Selbstmörderin“²²² dar, wohingegen „der Arzt vernünftigermaassen von aller Schuld freizusprechen ist und das widrige Gefühl eines vollbrachten Mordes in seinem schuldlosen Busen keinen Platz greifen kann“.²²³

Die Perforation im Weigerungsfall durchzuführen, hält Düntzer für eine nicht begründete Entbindungsmethode, da die Perforation eine strenge Indikation erfordert und nur bei seltenen Umständen vertretbar ist. Sie wird durch die Weigerung der Kreißenden nicht gerechtfertigt und ist deshalb verwerflich. So

„kann doch wahrlich der Starrsinn eines Weibes und die Furcht vor der Einbusse ihres Lebens ein sonst verdammliches Unternehmen nicht zu einem erlaubten stempeln, und eine gegründete Anzeige zur Ausführung desselben bilden“.²²⁴

Der Geburtshelfer darf sich auch nicht durch den „naturwidrigen, herzempörenden und aller Muttergefühle erstickenden Starrsinn“²²⁵ eines Weibes berechtigt fühlen, eine gegen seine moralischen Grundsätze verstoßende und rechtswidrige Operation durchzuführen. Für diese trägt der Geburtshelfer „als alleinschuldiger Mörder“²²⁶ die Verantwortung und muss den Mord vor seinem Gewissen verantworten.

Aber auch die Sectio caesarea gegen den Willen der Gebärenden durchzuführen ist für Düntzer keine vertretbare Lösung. Zwingt der Arzt die Schwangere zum Kaiserschnitt, verstößt er damit gegen die Achtung und die Humanität für Menschenrechte.²²⁷ Für Düntzer darf weder die „Kunst, noch irgend ein Rechtsgrund solchem Handeln Vorschub leist[en]. [...] [D]as Bestimmungsrecht, ob sie ihre Existenz durch eine lebensgefährliche Operation auf's Spiel setzen wolle, [ist] der Mutter nicht abzusprechen“,²²⁸ und deshalb darf der Kaiserschnitt nicht gegen den Willen der Gebärenden durchgeführt werden. Die Sectio caesarea unter Zwang ist damit für Düntzer keine Möglichkeit, um die Geburt zu beenden.

Düntzer gibt für den Weigerungsfall der Gebärenden allerdings zu bedenken, dass dieser höchst selten eintritt und dass die Weigerung der Schwangeren meistens durch die „zweideutige[...] Rede des Arztes“²²⁹ begründet ist, nämlich, dass er „den Kaiserschnitt

²²² Ebd., S. 45

²²³ Ebd., S. 45 f.

²²⁴ Ebd., S. 37

²²⁵ Ebd., S. 45

²²⁶ Ebd., S. 46

²²⁷ Vgl. ebd., S. 41

²²⁸ Ebd., S. 41

²²⁹ Ebd., S. 42

persönlich scheut[e] und von dessen Vollführung sich befreit zu sehen wünscht[e]“,²³⁰ denn grundsätzlich hat die Gebärende dem Arzt ihr ganzes Vertrauen geschenkt und richtet sich nach seiner Meinung. Hält dieser die Perforation für die richtige Methode, dann kann das „zarte Band der Mutterliebe“²³¹ zerreißen und die Gravida lässt „den Mord des eigenen Kindes“²³² zu. Die Ursache der Weigerung beruht nach Düntzers Ansicht dann auf der Unsicherheit des Geburtshelfers und nicht auf dem Starrsinn der Mutter. Deshalb sollte der Arzt sein Anliegen ruhig und bestimmt vortragen.

4.1.7.1 Diskussion der Vorschläge von Kollegen

*Ludwig Friedrich Froriep*²³³ und *Raphael Ferdinand Hussian*²³⁴ halten es in dieser Situation für angebracht, einen zweiten Geburtshelfer holen zu lassen, welcher versuchen sollte, die Kreißende vom Kaiserschnitt zu überzeugen.²³⁵ Ließe sich die Schwangere in ihrer Meinung aber nicht beirren, so könne der herbeigeholte Geburtshelfer die Perforation vollführen.

Diese Lösung des Problems ist in Düntzers Augen nicht zu legitimieren, da sich der Geburtshelfer trotz der Abwälzung der Ausführung des Mordes auf seinen Kollegen nicht aus der Verantwortung des Mordes ziehen kann²³⁶ und damit sein Gewissen belastet. Darüber hinaus ist die Herbeiholung und Übertragung der Entscheidungen in dieser Situation auf seinen Kollegen ein „Zeichen grosser Schwäche“²³⁷ und „unwürdig“²³⁸ für den Arzt. Die Angelegenheit auf diese Weise zu beenden, ist für Düntzer somit inakzeptabel.

²³⁰ Ebd., S. 42

²³¹ Ebd., S. 42

²³² Ebd., S. 42

²³³ Ludwig Friedrich Froriep (1779 – 1847), Professor der Medizin, Schriftsteller, Verleger; vgl. Kurt Schreinert: Artikel „Friedrich Justin Bertuch“, in ADB 2 (1875), S. 552 f.

²³⁴ Raphael Ferdinand Hussian (1802 – 1869), Chirurg, Geburtshelfer; vgl. Felix Czeike: Historisches Lexikon Wien, 5 Bände, (1992 – 1997)

²³⁵ Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 37 f.: „vgl. Froriep: Handbuch d. Geburtsh., Weimar (1822), §492“; Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 37 f.: „vgl. Hussian: Handbuch d. Geburtsh., Wien (1828). Bd. 3 §. 183“; siehe im Folgenden Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 37 f.

²³⁶ Vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 27 ff.

²³⁷ Ebd., S. 37

²³⁸ Ebd., S. 37

*Stein sen., Raphael Johann Steidele*²³⁹ und andere wollen hingegen das Problem lösen, indem sie den Kopf des Kindes so lange mit der Zange misshandeln, bis sie sich sicher sein können, dass das Kind tot sei. Diese Methode setzt Düntzer mit Mord gleich und bezeichnet sie als „methodische[s] Hinmorden des Kindes“²⁴⁰, womit er sein Entsetzen ausdrückt. Darüber hinaus führt er aus, dass die Perforation eine schnellere und deshalb nicht so grausame Tötung des Kindes bedeutet,²⁴¹ wie es der „qualvolle[...] Martyrertod durch Zerquetschung des Kopfes“²⁴² ist. Außerdem wird nach Düntzers Meinung durch die Zangenanwendung die Mutter in eine größere Lebensgefahr gebracht,²⁴³ da sie durch die Misshandlung der Gebärmutter viel anfälliger für Komplikationen ist, an denen sie nach der Operation versterben kann.

Wilde vertritt die Ansicht, man könne die Entscheidung über Kaiserschnitt oder Perforation dem Ehemann²⁴⁴ oder den Angehörigen überlassen und dann nach deren Entscheidung handeln und im Zweifel die Schwangere zum Kaiserschnitt zwingen.²⁴⁵ Die Problematik so zu beheben, ist für Düntzer ebenfalls nicht akzeptabel, da zum einen die Einstellung der Gebärenden zum Kaiserschnitt eine wichtige Rolle für das Gelingen desselben spielt.²⁴⁶ Zum anderen hat weder der Staat noch der Arzt das Recht, die Schwangere zu dieser Operation zu zwingen. Es ist ein Gefühl von „Humanität und Achtung für Menschenrechte“²⁴⁷, dass weder die Kunst „noch irgend ein Rechtsgrund solchem Handeln Vorschub leistet, dass das Bestimmungsrecht, ob sie ihre Existenz durch eine lebensgefährliche Operation auf `s Spiel setzen wolle, der Mutter nicht abzusprechen ist“.²⁴⁸ Die Kreißende hat ein Entscheidungsrecht über sich selbst, und an dieses muss sich der Arzt halten.

²³⁹ Raphael Johann Steidele (1737 – 1823), Geburtshelfer; vgl. Constant von Wurzbach: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Österreich: enthaltend die Lebensskizzen der denkwürdigen Personen, welche 1750 bis 1850 im Kaiserstaate und in seinen Kronländern gelebt haben, Wien (1856 – 1891)

²⁴⁰ Ebd., S. 38

²⁴¹ Vgl. ebd., S. 39

²⁴² Ebd., S. 39

²⁴³ Vgl. ebd., S. 39

²⁴⁴ Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 39 f.: „vgl. Wilde: Das weibliche Gebärunvermögen, Berlin (1838), S. 384“

²⁴⁵ Vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 40

²⁴⁶ Siehe Kapitel 4.3.1

²⁴⁷ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 41

²⁴⁸ Ebd., S. 41

Insgesamt betrachtet ist Düntzer im Weigerungsfall dafür, die Gebärende ihrem Schicksal zu überlassen und abzuwarten, bis entweder die Mutter oder das Kind gestorben ist. Dadurch erhält der Geburtshelfer eine neue Indikation, nach welcher er mit gutem Gewissen handeln kann. Aber vor allem soll der Arzt hoffen, die Schwangere durch ein Verlassen zu einem Sinneswandel zu bewegen und dadurch vielleicht doch noch die Sectio caesarea mit der Einwilligung der Frau durchführen zu können.²⁴⁹ Der Sinneswandel würde die Möglichkeit bringen, beide Leben zu erhalten.

4.1.8 Gefahren des Kaiserschnitts und der Perforation

4.1.8.1 Kaiserschnitt

Bei der Bestimmung des Verhältnisses der glücklich ausgegangenen Kaiserschnitte zu den unglücklich ausgegangenen gestaltet sich die Suche nach richtigen und der Wahrheit entsprechenden Statistiken schwierig, da nicht alle Fälle in der Literatur verzeichnet sind, die durchgeführt worden sind.

Jedoch kann man nach Düntzer nicht darauf schließen, dass alle Fälle, die nicht veröffentlicht worden sind, auch zwangsläufig unglückliche Ausgänge genommen haben, und ebenso wenig darauf, dass alle nicht veröffentlichten Fälle glückliche Ausgänge genommen haben.²⁵⁰ Diese Annahme begründet Düntzer mit der Aussage:

„Zeigt doch unsere Zeit gerade ein löbliches Streben, sowohl in der innern und äussern Heilkunde²⁵¹, als in der Geburtshülfe die unglücklich abgelaufenen Fälle, als aus welchen die meiste Belehrung erwachsen dürfte, mitzuteilen!“²⁵²

Die Wahrheit liegt in der Mitte der beiden Behauptungen. Düntzer schließt sich mit leichten Vorbehalten der Statistik²⁵³ von *Michaelis* an. Dieser nimmt ein Verhältnis von fünf Gestorbenen zu vier Geretteten an, welches er aus seiner Sammlung von Kaiserschnitten bis zum Jahr 1833 schließt.²⁵⁴ Diese Statistik zeigt eine für das beginnende 19. Jahrhundert relativ positive Bewertung der Operation.

²⁴⁹ Siehe ebd., S.46

²⁵⁰ Vgl. ebd., S. 8 f.

²⁵¹ Mit innerer und äußerer Heilkunde sind die innere Medizin und die Chirurgie gemeint.

²⁵² Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 9

²⁵³ Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 8 f.: „vgl. Michaelis: Abhandlungen aus dem Gebiete der Geburtshülfe, Kiel (1833), S. 34 folg.“

²⁵⁴ Vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 8

Ein Vorteil der Sectio caesarea ist, dass sie eine „Gewissheit für das Kindesleben“²⁵⁵ bietet, während sie „für die Mutter eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit der Rettung, als des Todes (4 zu 5)“²⁵⁶ mit sich bringt. So resultiert aus der Entbindung mittels Kaiserschnitt die „sichere Rettung des einen Lebens mit begründeter Aussicht der Erhaltung des andern“²⁵⁷. Die Sectio caesarea beinhaltet die Möglichkeit, beide Leben zu retten. Diese Chance tritt nicht so selten ein, wie viele Gegner der Sectio caesarea es nach Düntzers Ansicht glauben. Folglich ist die Operation nicht so gefährlich, wie es die Kaiserschnittgegner annehmen.

Düntzer teilt die Probleme, die sich beim Kaiserschnitt ergeben können, in fünf Kategorien ein:

1. „Mangelhafte Erkenntniss des Geburtshindernisses“²⁵⁸

und dadurch veranlasste zweckwidrige Behandlung durch erhitzende, wehentreibende Mittel; unzulängliche und über die Gebühr fortgesetzte Zangen- und Wendungsversuche, welche in den also misshandelten Theilen leicht Entzündungen und deren Ausgänge, Vereiterung und Brand, erregen“²⁵⁹, an welchen die Gebärende dann nach dem Kaiserschnitt erliegt. Diese Komplikationen sind grundsätzlich nicht auf die Sectio caesarea, sondern auf die vor der Sectio caesarea unternommenen unzulänglichen Versuche zurückzuführen und können diesem Verfahren nicht angelastet werden. Sie sind ein Verschulden des Geburtshelfers.

2. Zu früh oder zu spät durchgeführte Kaiserschnitte und durch den falschen Zeitpunkt verursachte Komplikationen

Es muss ein günstiger Zeitpunkt abgewartet werden, der für Düntzer am Ende der zweiten und am Anfang der dritten Geburtsperiode auszumachen ist.²⁶⁰ Dieser Ansicht sind auch *André Levret*,²⁶¹ *Stein*, *Wigand*,²⁶² v. *Siebold*,²⁶³ *Dietrich Wilhelm Heinrich Busch*²⁶⁴ und *Hermann*

²⁵⁵ Ebd., S. 11

²⁵⁶ Ebd., S. 11

²⁵⁷ Ebd., S. 11

²⁵⁸ Ebd., S. 12

²⁵⁹ Ebd., S. 12

²⁶⁰ Siehe im Folgenden Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 12 f.

²⁶¹ André Levret (1703 – 1780), Chirurg; vgl. Desessarts, [Nicolas Toussaint Le Moyne]: Les Siècles littéraires de la France: ou Nouveau dictionnaire historique, critique, et bibliographique, de tous les écrivains français, morts et vivans, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle/ par N.-L.-M. Desessart, 6 tomes, (1800 – 1801)

²⁶² Wigand: vermutlich meinte Düntzer Justus Heinrich Wiegand (1769 – 1817), praktischer Arzt, Geburtshelfer; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 5, S. 930 f.

²⁶³ V. Siebold: vermutlich meinte Düntzer Adam Elias von Siebold (1775 – 1828), Arzt Ordinarius in Würzburg oder Eduard Kasper Jakob von Siebold (1801 – 1861), Arzt, Ordinarius in Göttingen; vgl. Franz von Winckel:

*Friedrich Kilian.*²⁶⁵ Durch die Wahl des richtigen Augenblicks beugt der Geburtshelfer vor, die falsche Stelle der Gebärmutter einzuschneiden oder anstatt der Gebärmutter einen anderen Teil, wie z. B. den Eierstock, zu verletzen. Zum Zeitpunkt kurz vor oder kurz nach abgeflossenem Fruchtwasser befindet sich der Uterus in einer Phase, in welcher er für die regelmäßigen Zusammenziehungen bereit ist, wodurch Düntzers Lehren folgend starken Wundblutungen vorgebeugt wird. Ebenso ist der richtige Moment für den Kaiserschnitt wichtig, um die Gebärende nicht noch länger in dem „körperlichen Marterzustand“²⁶⁶ und in dem „zerrütteten und verworrenen Gemüthszustand[es]“²⁶⁷ zu belassen. Durch zu langes Abwarten wird ein schlechter Ausgang gefördert, da die Grundvoraussetzungen für den Kaiserschnitt schlecht stehen und die Kreißende an Kraft verliert. Die Nichtnutzung des rechten Zeitpunktes verurteilt Düntzer, und er beschuldigt den Geburtshelfer, dies „aus übel angebrachter Scheu oder übertriebener Engherzigkeit“²⁶⁸ und die Hebamme, dies aus „Unwissenheit oder Gleichgültigkeit“²⁶⁹ getan zu haben. Mit diesen Anschuldigungen stellt er sehr deutlich heraus, dass er bei dieser Sachlage dem Arzt oder der Hebamme die Verantwortung für den unglücklichen Ausgang zuschreibt und dass sich diese dafür rechtfertigen müssen.

3. „Vernachlässigung oder verkehrte Handhabung der psychischen Vorbereitung“²⁷⁰ der Schwangeren

Diesem Aspekt schreibt Düntzer eine sehr wichtige Rolle zu. Für ihn nimmt die Einstellung, welche die Gebärende vor dem Eingriff zu diesem hat, einen starken Einfluss auf den Ausgang der Operation. Somit ist es entscheidend, dass zum einen der Geburtshelfer selbstsicher und bestimmt sein Anliegen vorträgt, und durch sein Verhalten der Kreißenden Mut macht. Zum anderen ist es relevant der Schwangeren

Artikel: „A. E. von Siebold“, in ADB 34 (1892), S. 183 f. und Artikel: „E. K. J. von Siebold“, in ADB 34 (1892), S. 184 ff.

²⁶⁴ Dietrich Wilhelm Heinrich Busch (1788 – 1858), Professor der Geburtshilfe; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 1, S. 782 f.

²⁶⁵ Hermann Friedrich Kilian (1800 – 1863), Gynäkologe; vgl. Karl von Hecker: Artikel „H. F. Kilian“, in ADB 15 (1882), S. 739 f.; Siehe im Folgenden Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 12 f.

²⁶⁶ Ebd., S. 13

²⁶⁷ Ebd., S. 13; Siehe im Folgenden ebd., S. 12. f.

²⁶⁸ Ebd., S. 13

²⁶⁹ Ebd., S. 13

²⁷⁰ Ebd., S. 13; Siehe im Folgenden ebd., S. 13 ff.

„ja nicht zu früh und erst dann die Nothwendigkeit des Kaiserschnitts vorzutragen, wenn durch den zögernden Fortschritt der Geburt und einen innern sehnenen Drang der Wunsch nach Beendigung derselben mit jedem Augenblicke wächst, das Verlangen nach Erlösung sich immer mahrender und gebieterischer geltend macht“²⁷¹

um den richtigen Zeitpunkt abzuwarten,

„wo sie in befangenem Gemüthe und einem fast geistesunfreien Zustande selbst den schlimmsten, mit grosser Gefahr verknüpften Ausweg, den ein abwägendes Urtheil bei unumnebelten Verstandeskraften meist mit Zagen und Abscheu verschmäht haben würde, als den einzigen und sicheren Hoffungsanker vertrauensvoll ergreift“²⁷²

und dadurch vom Gelingen der Operation überzeugt ist. Durch die positive Einstellung der Gebärenden gegenüber der Operation ist sie vor den Risiken, die die Operation birgt, geschützt. Aus diesem Grund spricht sich Düntzer auch gegen *Kilian*²⁷³ aus, der der Schwangeren alle Gefahren genau erklären will, bevor er den Eingriff durchführen würde. Für Düntzer führt dies nur zu „Wankelmuth und Weigerung von Seiten der Kreissenden“²⁷⁴, was für den erfolgreichen Ausgang der Operation nicht förderlich ist. Außerdem hält er es für eine Peinigung, der ohnehin unter der Geburt leidenden Gebärenden, alle Details zu nennen und spricht ihr auch die unbefangene Beurteilungsmöglichkeit der Situation in ihrem Zustand ab.²⁷⁵ Infolgedessen ist er gegen die Vorschläge von *Osiander*²⁷⁶ und *Stein*, die der Gebärenden die Entscheidung über das Operationsverfahren überlassen wollen. Weiter begründet er dies damit, dass die Kreißende nicht nur die Unbefangenheit, sondern auch die Kompetenz der Beurteilung der Lage fehlt, um sie eine so bedeutsame Entscheidung treffen zu lassen.

4. Die Gefahren, die der Kaiserschnitt während der Durchführung mit sich bringt

Nach Düntzer können während der Operation Komplikationen auftreten, die durch den „hohen physiologischen Standpunkt[e]“²⁷⁷, „auf welchen die Gebärmutter durch die Schwangerschaft gehoben ist, und in dem unausbleiblichen, die Lebenskraft in ihren

²⁷¹ Ebd., S. 14

²⁷² Ebd., S. 14

²⁷³ Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 15: „vgl. Kilian: Kilian’s Geburtslehre, Bd. II. S. 80 a.“

²⁷⁴ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 15

²⁷⁵ Vgl. ebd., S. 15

²⁷⁶ Zitat nach Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 15: „vgl. Osiander: Handbuch der Entbindungskunst, §169“; Siehe im Folgenden Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 15 f.

²⁷⁷ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 16

Grundpfeilern erschütternden Eindrücke auf das Nerven- und Blutsystem²⁷⁸ hervorgerufen werden. Des Weiteren können unvorhergesehene Zufälle, wie z.B. Blutungen, Ohnmacht, Darmvorfall oder Einschnitt an der Stelle der Gebärmutter, an der die Plazenta sitzt,²⁷⁹ auftreten. Diese möglichen Komplikationen erfordern während der Operation die volle Aufmerksamkeit des Geburtshelfers, damit dieser die Komplikationen möglichst vermeidet.

5. Die richtige Nachbehandlung des Kaiserschnitts

Die richtige Nachbehandlung besitzt für Düntzer die größte Bedeutung beim Gelingen des Kaiserschnitts, da durch die falsche Nachbehandlung an den daraus folgenden Komplikationen die meisten Schwangeren nach der Entbindung versterben.

4.1.8.2 Perforation

Die genaue Bestimmung der Erfolgsaussichten der Perforation erweist sich als schwierig, da glaubwürdige und aussagekräftige Statistiken einzelner Geburtshelfer fehlen. Ein Grund dafür ist, dass die Perforation als Notmittel verstanden werden muss, und dass die Operation bei lebendem Fötus die Tötung eines Menschen beinhaltet. Diese Art der Entbindung ist für einen Arzt nicht der optimale Ausgang einer Geburt, denn der Geburtshelfer versucht grundsätzlich bei der Entbindung, möglichst alle Leben zu retten und nicht aus der Not heraus einen Menschen zu töten, um wenigstens ein Leben zu erhalten. Da sich ein Arzt nicht gerne mit dieser Tat öffentlich brüstet, erklärt sich von selbst. Demnach kann laut Düntzer davon ausgegangen werden, dass viele Geburtshelfer davor zurückschrecken, „glückliche Perforationsfälle mitzuteilen“,²⁸⁰ und sie „einen doppelten Grund haben, die unglücklichen zu verschweigen“²⁸¹. Folglich sind über die Perforation keine genauen Angaben in der Literatur des frühen 19. Jahrhunderts zu finden. Es lassen sich auch keine genauen Daten über das Verhältnis zwischen den Müttern, welche die Perforation überlebt haben, und denen, die an den Komplikationen gestorben sind, finden.

In der Literatur sind nach Düntzer einige Fälle verzeichnet, bei denen „nach vollbrachter Perforation des lebenden oder auch toten Kindes auch noch die Mutter als Opfer fallen muss“.²⁸² Die Perforation kann also nicht als sicheres Rettungsmittel für das Leben der

²⁷⁸ Ebd., S. 16

²⁷⁹ Vgl. ebd., S. 16

²⁸⁰ Ebd., S. 9

²⁸¹ Ebd., S. 9

²⁸² Ebd., S. 34

Schwangeren angesehen werden, woraus sich für Düntzer eine strenge Indikation der Perforation ergibt. Insgesamt betrachtet wird bei „der Perforation [...] das Kind einem gewissen Tode geweiht, die Mutter sehr wahrscheinlich am Leben erhalten“,²⁸³ und somit ist das Resultat der Perforation der „sichere Verlust des einen Lebens bei wahrscheinlicher Erhaltung des anderen“,²⁸⁴ aber nicht die definitive Erhaltung des anderen. Dies stellt im Vergleich zur Sectio caesarea einen Nachteil dar (s.o.). Düntzer ist deshalb der Sectio caesarea mehr zugeneigt, als der Perforation.

Des Weiteren enthält die Entscheidung zur Entbindung durch Perforation bei lebendem Kind eine höhere Gewichtung des Lebens der Gravida gegenüber dem Leben des Kindes.

In seltenen Fällen²⁸⁵ kommt „das Kind trotz der Ausleerung mehrerer Unzen Gehirns und heftiger Wundblutung noch lebend und schreiend zu Tage“. ²⁸⁶ Diese Situation stellt für Düntzer eine schreckliche Vorstellung dar, bei der sich der Geburtshelfer lauten Vorwürfen seines an die Henkertat mahnenden Gewissens²⁸⁷ stellen muss, welche „ihm das innerste Mark in den Gebeinen erschüttern“. ²⁸⁸ Der Arzt muss sich der Verantwortung, stellen das Kind in diese klägliche und schreckliche Lage gebracht zu haben, und es ertragen, dass das Kind „durch 46stündiges anhaltendes Aechzen und die Jammertönen eben so viele gellendschreiende Anklagen in die Tiefen der Seele des Geburtshelfers hineindonnert“. ²⁸⁹ Diese mögliche Konsequenz ist für Düntzer weitaus schlimmer, als bei einem Kaiserschnitt ein totes Kind zu entbinden, denn dies ist in guter Absicht geschehen und man kann dem entbindenden Arzt keinen Vorwurf einer absichtlichen Tötung machen, was man bei der Perforation im Gegensatz zum Kaiserschnitt schon machen kann. ²⁹⁰

So ist die Perforation am lebenden Kind immer mit der Tötung eines Menschen verbunden, den der Geburtshelfer tötet und dessen Tod er verantworten muss.

„Alle Bemühungen Einzelner, eine solche That in unserem Falle zu rechtfertigen, alle zu diesem Zwecke vorgebrachten, oft scharfsinnigen Deductionen und gesuchten Philosopheme haben bis jetzt

²⁸³ Ebd., S. 11

²⁸⁴ Ebd., S. 11

²⁸⁵ Düntzer bezieht sich hier auf einen Fall von Hammond, der davon berichtete.; vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 33

²⁸⁶ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 33

²⁸⁷ Vgl. ebd.; S.33

²⁸⁸ Ebd., S. 33

²⁸⁹ Ebd., S. 33

²⁹⁰ Vgl. ebd., S. 34

nicht vermocht und werden es nimmer dahin bringen, die Perforation des lebenden Kindes von dem Verbrechen der Blutschuld zu reinigen“.²⁹¹

Die Kollegen, die demgegenüber die Perforation als zulässiges Verfahren betrachten, begehen in seinen Augen einen Fehler und handeln entgegen der geburtshilflichen Grundsätze.

Ihr rechtfertigendes Gegenargument, dass der Kaiserschnitt genauso tödlich sei wie die Perforation, bezeichnet er als eine „das Gepräge der Unhaltbarkeit an der Stirne tragende [...] Voraussetzung“,²⁹² die nur dadurch einen Schein von Wahrheit und Begründung erlangt, „dass man die Gefahren des Kaiserschnitts über die Gebühr hoch anschlug, ja sogar sich, aller Erfahrung Hohn sprechend, vermass, die Perforation in Beziehung ihrer Tödtlichkeit mit dem Kaiserschnitte auf gleiche Stufe zu stellen“.²⁹³ Damit stellt er deutlich heraus, dass er die Voraussetzung, auf welche die Argumentation seiner Kollegen gestützt ist, als unhaltbar ansieht und diese Belege nur Scheinargumente sind, um die Perforation irgendwie zu legitimieren.

²⁹¹ Ebd., S. 48

²⁹² Ebd., S. 10

²⁹³ Ebd., S. 10 f.

4.2 Entbindung der toten Schwangeren

4.2.1 Vorstellungen über den Zustand des Kindes nach dem Tod der Mutter

Düntzer geht - wie die meisten seiner Zeitgenossen - fest davon aus, dass ein Fötus den Tod der Schwangeren für eine gewisse Zeit überleben kann. Doch er ist sich nicht genau sicher, aus welchem Grund das Kind im Mutterleib über den Tod der Mutter hinaus für einige Zeit weiter lebt. Er hält die Annahme von *Osiander*,²⁹⁴ welcher der Gebärmutter eine besondere Rolle zukommen lässt und annimmt, dass das Leben der Gebärmutter beim Tod der Schwangeren als letztes erlösche,²⁹⁵ für plausibel und einleuchtend. Die Begründung für dieses späte Absterben sieht *Osiander* in dem eigentümlichen Leben der Gebärmutter, der natürlichen Wärme der Frucht, dem höheren Säftezufluss und dem höheren Maß an Lebenskraft.²⁹⁶

Düntzer ist zusätzlich noch der Ansicht, „dass die hohe Dignität des Organs zur Zeit seiner höchsten Blüte ihm ein späteres Entweichen des Lebens sichere“.²⁹⁷ So wird das schwächste Organ beim Eintritt des Todes als erstes seine Funktion einstellen und das „lebenskräftigste“²⁹⁸ Organ als letztes. Durch die Veränderungen im Uterus während der Schwangerschaft ist die Gebärmutter ein lebenskräftiges Organ. Das Kind wird länger am Leben erhalten und kann für einige Zeit überleben.

Für *Mende*²⁹⁹ hingegen erklärt sich das längere Überleben des Fötus durch den längeren Erhalt des Uterus, der wiederum mit der „geringeren Abhängigkeit“³⁰⁰ desselben vom restlichen Körper zu erklären sei. Die Meinung *Mendes* ist für Düntzer ebenfalls einleuchtend.

²⁹⁴ Benjamin Friedrich Osiander (1759 - 1822), Arzt, Gynäkologe; vgl. Franz von Winckel: Artikel „B. F. Osiander“, in ADB 24 (1887), S. 486 f.

²⁹⁵ Zitat nach Ignaz Düntzer: Die Entbindung verstorbener Schwangeren in geburtshülflicher und forensischer Beziehung (1845), S. 4: „vgl. Osiander: Handbuch der Entbindungskunst, Tübingen (1830), II. Bd. 2. Abth. §.27 und 28“

²⁹⁶ Vgl. Ignaz Düntzer: Die Entbindung verstorbener Schwangeren in geburtshülflicher und forensischer Beziehung (1845), S. 4

²⁹⁷ Düntzer: Die Entbindung, S. 4

²⁹⁸ Ebd., S. 4

²⁹⁹ Ludwig Julius Casper Mende (1779 – 1832), Gynäkologe; vgl. Franz von Winckel: Artikel „L. J. C. Mende“, in ADB 21 (1885), S. 315 f.

³⁰⁰ Zitat nach Düntzer: Die Entbindung, S. 4: „Mende: Beobachtungen und Bemerkungen aus der Geburtshilfe und gerichtl. Medicin, Göttingen (1824), Zeitschrift I. S. 137“

*Hebenstreit*³⁰¹ hat hingegen eine andere Theorie für das Überleben des Fötus. Er ist der Auffassung, dass das Kind in der Schwangeren überlebe, da die Gebärmutter noch einige Zeit nach dem Absterben der Mutter Wärme abgibt.³⁰² Diese Wärme halte das Kind am Leben. Die Annahme erscheint Düntzer allerdings nicht überzeugend, da sich für ihn dieser Aspekt durch die Erkenntnisse aus der Physiologie als falsch erwiesen hat.

*J. P. Frank*³⁰³ sieht den Grund für das Weiterleben des Ungeborenen darin, dass das Kind nach dem Absterben der Mutter seinen Kreislauf für einige Zeit übernehme und mit Hilfe seines eigenen Herzens weiterführe.³⁰⁴ Auch diese Erklärung ist für Düntzer nicht schlüssig, und er bezweifelt ihre Richtigkeit.

Besonders abwegig findet Düntzer die älteren Ansichten von *Bauhin, Jansonius, Mery* und *Christian Ehrenfried Eschenbach*.³⁰⁵ Diese haben die Vorstellung „eines gleichzeitigen Absterbens von Mutter und Kind“. ³⁰⁶ Diese Begründung betrachtet Düntzer als „irrig“³⁰⁷, da bei gleichzeitigem Absterben von Mutter und Kind der Arzt nicht versuchen muss, das Kind zu entbinden, da dieses bereits mit dem Eintritt des Todes der Mutter verstorben ist. Die Gesetze zur Entbindung verstorbener Schwangerer wären damit überflüssig. Ebenso ist diese Überlegung durch „[p]hysiologische Betrachtung und gehäufte praktische Erfahrungen“³⁰⁸ Düntzers Meinung nach widerlegt.

Ob nun die Ansicht von *Osiander* oder die von *Mende* die genaue Ursache des längeren Überlebens des Fötus beschreibt, ist für Düntzer unerheblich,

³⁰¹ Ernst Benjamin Gottlieb Hebenstreit (1758 – 1803), Prof. der Medizin, Stadtphysikus; vgl. Georg Christoph Hamberger, Johann Georg Meusel: Das gelehrte Teutschland: oder Lexikon der jetzt lebenden teutschen Schriftsteller/ angefangen von Georg Christoph Hamberger; fortgesetzt von Johann Georg Meusel, 23 Bände, 5. Auflage, (1796 – 1834)

³⁰² Zitat nach Düntzer: Die Entbindung, S. 3: „vgl. Hebenstreit: Zusätze zu Bell’s Lehrbegriff der Wundarzneikunst, V. Bd. 46. Cap.“; vgl. Düntzer: Die Entbindung, S. 3

³⁰³ Johann Peter Frank (1745 – 1821), Internist; vgl. August Hirsch: Artikel „J. P. Frank“, in ADB 7 (1878), S. 254 ff.

³⁰⁴ Vgl. Düntzer: Die Entbindung, S. 3 f.; Zitat nach Düntzer: Die Entbindung, S. 3: „vgl. Frank: Systeme der Med. Polizei, Wien (1786), siehe auch I. Bd. S. 532 u. folg.“

³⁰⁵ Christian Ehrenfried Eschenbach (1712 - 1788), Professor der Mathematik, Professor der Medizin; vgl. August Hirsch: Artikel: „C. E. Eschenbach“, in ADB 6 (1877), S. 338

³⁰⁶ Düntzer: Die Entbindung, S. 3

³⁰⁷ Ebd., S. 3

³⁰⁸ Ebd., S. 3

„mag man nun die Fälle eines nach dem Tode der Mutter lebend zu Tage geförderten Kindes auf die eine oder andere Weise erklären, genug, die Sache steht erfahrungsgemäss ¹⁾ und in wissenschaftlicher Begründung fest“.³⁰⁹

Es ist nur entscheidend, dass der Geburtshelfer das Kind über den Tod der Mutter hinaus als lebend annimmt und, um dieses zu retten, eine verstorbene Schwangere entbindet. Die Annahme, dass der Fötus die Gravida überlebt, schließt er auch aus den alten Überlieferungen. So z. B. aus der Mythologie, in der Personen beschrieben werden, welche aus dem toten Körper ihrer Mütter lebend befreit wurden, unter anderem „*Aesculap*“.³¹⁰ Diese Berichte sind zugleich die ersten Spuren des Kaiserschnitts und deuten darauf hin, dass dieser schon seit sehr langer Zeit an verstorbenen Schwangeren ausgeübt wurde. Des Weiteren verweist Düntzer auf die Lex Regia aus dem Jahr 700 v. Chr., welche Instruktionen für die Sectio caesarea an der Toten beinhaltet. Nach der Vorschrift der Lex Regia sollte „keine Schwangere, ehe sie von der Leibesfrucht befreit war, beerdigt werden“.³¹¹

In späteren Jahrhunderten kam durch die Lehre der Kirche und schließlich „im 16ten auf Anrathen Morgagni’s durch die kirchlichen Beschlüsse von Papst Benedikt XIV.“³¹² der Kaiserschnitt als Entbindungsmethode an der Toten wieder in das Bewusstsein und wurde in den Gesetzen niedergeschrieben. Weiter führt Düntzer Beispiele an, welche in der Literatur verzeichnet sind und zeigen, dass es in der Vergangenheit immer wieder Fälle gegeben hat, in denen ein lebendes Kind aus einer toten Gravida entbunden worden ist. Es lassen sich zudem Schilderungen aus der Tierwelt finden, wo die Jungen auch nach dem Tod der Mutter lebend herausgeholt worden ist. Zweifelt man die Glaubhaftigkeit der Übertragung der Berichte von den Tieren auf den Menschen und der älteren Überlieferungen an,

„so lassen doch die von Harvey, Heister²⁾, Valerus³⁾, Hildanus⁴⁾, Burton⁵⁾, Heymann⁶⁾ und Reinhardt⁷⁾ erzählten zahlreichen Beobachtungen, so wie die vielen Beispiele von noch lebend in

³⁰⁹ Ebd., S. 5

³¹⁰ Ebd., S. 1; Aesculap, griech. Asklepios, ist in der griechischen Mythologie der Gott der Heilkunst. Sein Vater war Apollon und seine Mutter Koronis. Dem Mythos nach ist Aesculap durch Hermes aus dem toten Leib seiner Mutter entbunden worden, nachdem Koronis von Apollon getötet wurde. Apollon soll Koronis getötet haben, da sie sich, nachdem sie mit Aesculap schwanger war, mit einem Sterblichen eingelassen hatte.; vgl.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Asklepios> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

³¹¹ Düntzer: Die Entbindung, S. 1

³¹² Ebd., S. 1; Anmerkung: Düntzer verweist als Beleg seiner Aussage auf Papst Benedikt XIV.. Dieser war aber nicht im 16. Jahrhundert, wie Düntzer es schreibt, sondern im 18. Jahrhundert Papst. Außerdem bezieht sich die Anordnung von Papst Benedikt XIV. im 18. Jahrhundert auf die intrauterine Nottaufe, und er erlaubt diese unter Vorbehalten.; vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 99

Leichen gefundenen Kindern⁸) keinen weiteren Zweifel mehr über die Wirklichkeit des Überlebens der Frucht nach dem Tode der Mutter“.³¹³

Für Düntzer ist durch die vielen Beschreibungen bewiesen, dass das Kind über den Tod der Mutter hinaus überleben kann. Dieses Wissen ist für den Geburtshelfer bedeutend, und er muss versuchen, das Kind einer verstorbenen Schwangeren zu retten.

Düntzer verweist bei seiner Argumentation auf eine Zusammenstellung der Ergebnisse von Kaiserschnitten durch *Reinhardt* (1829) und begründet mit ihrer Hilfe, dass der Kaiserschnitt unternommen werden sollte. Allerdings brachte Reinhardts Übersicht

„ein überwiegend ungünstiges Ergebnis: Knapp die Hälfte dieser Fälle waren bis dahin nicht in der Literatur dokumentiert worden, und nur eines dieser Beispiele aus jüngerer Zeit verzeichnet einen Erfolg“.³¹⁴

Aus *Reinhardts* Zusammenfassung geht zwar hervor, dass es möglich war das Kind zu retten, dass diese Chance jedoch sehr klein war. Eine weitere Zusammenstellung, die aus heutiger Sicht wesentlich kritischer die Quellen der Kaiserschnittberichte beurteilt, stammt von *Johann Peter Heymann*.³¹⁵ *Heymanns* Übersicht ist von 1832 und zeigte „katastrophale Ergebnisse der Operation“³¹⁶ auf. Durch *Heymanns*, aber auch durch *Reinhardts* Arbeit hätte Düntzer die Sectio caesarea kritischer bewerten sollen und diese nicht als erfolgversprechend darstellen dürfen.

4.2.2 Vorteile des natürlichen Entbindungswegs gegenüber dem Kaiserschnitt nach dem Tod der Mutter

Die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg (auch Accouchement forcè genannt) bei einer verstorbenen Schwangeren hat für Düntzer im Vergleich zum Kaiserschnitt generell einige Vorteile. Der Eindruck, den die Entbindung durch den Kaiserschnitt auf die Angehörigen macht ist aufgrund der Eröffnung der Bauchdecke und der Blutung aus der Wunde viel schlimmer als der Eindruck, den die Angehörigen bei der Entbindung auf

³¹³ Düntzer: Die Entbindung, S. 6; Anmerkung: Valerus: Es konnten keine weiteren Daten über die Person ermittelt werden.; Lorenz Heister (1683 - 1758), Anatom, Chirurg, Professor der Medizin, Chirurgie und Botanik; vgl. Ernst Gurlt: Artikel „L. Heister“, in ADB 11 (1880), S. 672 ff.; John Burton (1710 – 1771); vgl. <http://gso.gbv.de/DB=2.1/PPNSET?PPN=137831277> (Zuletzt abgerufen am 23.03.2010); Heymann: s. u.; Reinhardt: s. u.

³¹⁴ Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 140

³¹⁵ Johann Peter Heymann (1787 – 1832), Medizinalrath; vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 10, 1832 (1834), S. 717 f.

³¹⁶ Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 142

natürlichem Weg empfinden.³¹⁷ Denn bei der zuletzt genannten Methode wird der Bauch nicht eröffnet und es kommt meist nicht zu Blutungen. Aus diesem Grund sollte im Falle der Durchführbarkeit des Accouchement forcè diese Methode gewählt werden.

Die Entbindung durch den Kaiserschnitt berücksichtigt darüber hinaus Düntzers Meinung folgend das Leben des Kindes mehr als das der Mutter. So sind die Gefahren bei der Sectio caesarea für das Leben der Mutter sehr hoch einzuordnen, wohingegen sie für das Kind deutlich geringer anzusetzen sind. Im Gegensatz dazu resultieren aus dem natürlichen Entbindungsweg mehr Gefahren für das Kind, aber weniger Gefahren für das Leben der Mutter. Der natürliche Entbindungsweg beinhaltet damit keine so starke Höherschätzung des einen Lebens im Vergleich zum anderen.

Da der Geburtshelfer beide Leben gleichermaßen zu berücksichtigen hat, so „dass Beiden gleiche Rechte und Ansprüche zukommen und keinem Theile ein Vorzug mit Hintansetzung der Interessen des anderen zugestanden werden darf“,³¹⁸ widerspricht der Kaiserschnitt, bei gegebener Möglichkeit einer Geburt auf natürlichem Weg, „gegen eines der Kardinalgesetze der Geburtshülfe“.³¹⁹ Deshalb soll, wenn die Aussicht besteht, die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg durchgeführt werden.

Im konkreten Fall einer verstorbenen Schwangeren ist ein weiterer Vorzug der natürlichen Entbindungsmethode, „dass durch sie eine vielleicht nur Scheintote keinerlei Gefahren ausgesetzt, vielmehr bei ihr ein mächtiges Wiederbelebungsmitel in Anwendung gebracht wird“.³²⁰ Durch das schonendere Verfahren schützt sich der Arzt davor, eine Scheintote durch den Schnitt zu entbinden und diese durch die Entbindungsmethode zu töten.

Die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg kann zudem schon vor dem Eintreten sicherer Todeszeichen ausgeführt werden, was einen weiteren Gewinn bringt und den glücklichen Ausgang der Geburt für das Kind erhöht.

4.2.3 Kaiserschnittbefürworter

In der medizinischen Fachwelt haben sich im Hinblick auf die verstorbene Schwangere zwei Parteien gebildet, die Kaiserschnittbefürworter und die Kaiserschnittgegner. Die

³¹⁷ Vgl. Düntzer: Die Entbindung, S. 17

³¹⁸ Ebd., S. 18; Siehe Kapitel 4.1.1

³¹⁹ Düntzer: Die Entbindung, S. 18

³²⁰ Ebd., S. 21

Kaiserschnittbefürworter, wie z. B. *Heister*, *Haller*³²¹ und *Hebenstreit*, plädieren in allen Sachlagen dafür, die Sectio caesarea auszuführen. Sie halten die Gefahr, eine Scheintote zu entbinden und diese durch den Kaiserschnitt zu töten, für gering, da die Sectio caesarea bei richtiger Durchführung relativ ungefährlich für die Schwangere sei und der Geburtshelfer bei der Entbindung einer Scheintoten „immer durch den guten Willen zu helfen entschuldigt“³²² sei. Würde der Geburtshelfer erst die milderen Kunstmittel anwenden und auf die sicheren Todeszeichen warten, so vergehe die beste Zeit zur Rettung des Kindeslebens.³²³

Diese Ansicht ist für Düntzer zu extrem und widerspricht seinem medizinischen Wissen, denn die Sectio caesarea ist für eine Scheintote eine gefährliche Operation, die ihr Leben bedroht. Diese Gefahr darf nicht unterschätzt werden. Zusätzlich darf man die Wahrscheinlichkeit, eine scheinotote Gravida für tot zu halten, nicht zu niedrig annehmen. Ob die Mutter tot ist oder nicht, lässt sich mit Hilfe der Todeskriterien³²⁴ bestimmen; diese sind allerdings nicht hundertprozentig verlässlich. Der Arzt muss also damit rechnen, eine Scheintote zu entbinden, die an den Folgen der Operation sterben kann. Ebenso muss der Arzt bedenken, dass das Überleben des Kindes im Leib einer verstorbenen Gravida nicht mit Sicherheit festzustellen ist. Deshalb hat der Geburtshelfer nicht die Berechtigung, den Kaiserschnitt in jedem Fall durchzuführen - erst recht nicht, wenn weder der Tod der Mutter noch das Überleben des Kindes gewiss sind.³²⁵

Meissner,³²⁶ *Fulda*³²⁷ und *Görg*³²⁸ sind gleichfalls Befürworter der Sectio caesarea und sprechen sich gegen das Accouchement forcè aus. Sie erachten die Durchführung des natürlichen Wegs für sehr komplex und zweifeln bei diesem Verfahren den sicheren Erhalt des Kindeslebens an. Diese Argumente sind für Düntzer nicht haltbar, denn die Entscheidung für eine Operation darf sich nicht nach dem Schwierigkeitsgrad einer Operation richten oder wegen der Unfähigkeit des Geburtshelfers verworfen werden. Düntzer schließt sich daher der

³²¹ Albrecht von Haller (1708 – 1777), Mediziner, Naturforscher, Dichter, Staatsmann; vgl. Blösch: Artikel „A. von Haller“, in ADB 10 (1879), S. 420 ff.

³²² Düntzer: Die Entbindung, S. 16

³²³ Vgl. ebd., S. 16

³²⁴ Siehe Kapitel 4.2.6.4

³²⁵ Vgl. ebd., S. 19

³²⁶ Friedrich Ludwig Meissner (1796 – 1860), Arzt; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 4, S. 154

³²⁷ Ludwig Fulda, Geburtshelfer; vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 149

³²⁸ Wahrscheinlich meint Düntzer: Johann Christian Gottfried Jörg (1779 – 1856), Arzt; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Völker, Band 3, S. 437

Meinung *Osianders* an, der die Entbindung einer Toten auf natürlichem Weg sogar für leichter hält als bei einer Lebenden, da bei der Toten die Weichteile erschlafft seien.³²⁹

Die Zangenanwendung stößt bei einigen Kaiserschnittbefürwortern auf Ablehnung, da bei diesem Verfahren das Kind durch enorme Kraftanwendung getötet werden könnte.³³⁰ Diese Behauptung ist jedoch für Düntzer unbegründet, da der Geburtshelfer die Zange mit derselben Vorsicht wie bei einer Lebenden anwenden muss. Dies ist auch deshalb möglich, da die Kontraktionskraft der Gebärmutter noch nicht erloschen ist und so bei der Entbindung hilft.

Ebenso wenig darf die Entbindung auf natürlichem Weg unterlassen werden, weil sie mehr Gefahren für das Ungeborene beinhaltet. Denn gleichzeitig bedeutet sie für die Mutter ein viel geringeres Risiko. Ferner ist die Annahme, dass der Kaiserschnitt für das Kind viel sicherer ist für Düntzer nicht richtig, im Gegenteil weist er darauf hin, dass

„dies theils durch Heymann's²) statistische Zusammenstellung, nach welcher von 88 sogleich nach der Mutter Tod durch den Kaiserschnitt Geborenen nur Eins am Leben erhalten wurde, feststeht, theils aber auch seine hinreichende Begründung und Erklärung in der richtigen Auffassung der Verbindung zwischen Mutter und Kind und der dynamischen Rückwirkung jener auf dieses findet, indem in Folgender letztern die Kinder gewöhnlich schon vor der Operation todt waren oder doch während derselben ihr nur schwaches Leben aufgaben“.³³¹

4.2.4 Kaiserschnittgegner

Die Kaiserschnittgegner, wie z.B. *Metzger*,³³² *Frank* und *Petrus Camper*,³³³ vertreten die Ansicht, dass die Gefahr eine Scheintote mit der Sectio caesarea zu entbinden und diese dadurch zu töten, sehr groß sei und nur die sicheren Todeszeichen den Tod der Schwangeren anzeigen, so dass der Tod, „solange noch die Fäulniss fehle, [...] nicht als sicher“³³⁴ angenommen werden könne und dürfe. Wenn der Arzt die Scheintote operiere, so verursache

³²⁹ Zitat nach Düntzer: Die Entbindung, S. 20: „vgl. Osiander: Grundriss der Entbindungskunde, §. 597“; vgl. Düntzer: Die Entbindung, S. 20

³³⁰ Vgl. Düntzer: Die Entbindung, S. 23

³³¹ Ebd., S. 20

³³² Johann Daniel Metzger (1739 - 1805), Mediziner; vgl. August Hirsch: Artikel „J. D. Metzger“, in ADB 21 (1885), S. 530 f.

³³³ Petrus Casper (1722 – 1789), Professor der Medizin, Professor der Philosophie, Professor der Anatomie, Professor der Chirurgie, Professor der Botanik; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 1, S. 813 ff.

³³⁴ Düntzer: Die Entbindung, S. 16

dies den sicheren Tod.³³⁵ Auf diese Zeichen zu warten, um keine Scheintote zu entbinden, dauere sehr lange, und deshalb solle zuerst das Accouchement forcè versucht werden. Auch diese Meinung ist für Düntzer zu extrem, da der Geburtshelfer nicht auf die sicheren Zeichen warten kann. Zudem sind die anderen Kriterien,³³⁶ die auf den Tod der Gravida hinweisen, solange sie alle erfüllt sind, Beweis genug für ihren Tod. Der Geburtshelfer kann laut Düntzer durch die anderen Kriterien schon früher den Tod feststellen und hat vor dem Eintritt der sicheren Todeszeichen die Berechtigung, den Kaiserschnitt durchzuführen.

In Anbetracht der extremen Standpunkte entscheidet sich Düntzer auch hier für einen Mittelweg, nämlich im individuellen Fall zu entscheiden, ob die Sectio caesarea oder die Entbindung auf natürlichem Weg angebracht ist. Er kommentiert seine Aussage mit dem Ausspruch: „veritas in medio neque petit extrema“³³⁷

4.2.5 Gesetzliche Vorschriften

Die Lex Regia schreibt vor,

„dass überall ohne Unterschied das Aufschneiden des schwangeren Unterleibs geboten wird, ohne den vorhergegangenen und den [...] Tod begleitenden Umständen, den Todesursachen, der Möglichkeit des Scheintodes und daraus resultierenden Rettung der Mutter, der Zeit der Schwangerschaft, eingeleiteten Wiederbelebungs-Versuchen etc. die so nöthige und wichtige Berücksichtigung angedeihen zu lassen“.³³⁸

Darüber hinaus ordnet die Lex Regia den Kaiserschnitt an „erblassten“³³⁹ Schwangeren an. Der Arzt muss sich nach dem Gesetz der Lex Regia nicht genau davon überzeugen, ob die Schwangere verstorben ist. Er muss die Sectio caesarea durchführen, wenn nur anzunehmen ist, dass sie tot ist. Der Talmud, das Bürgerliche Recht, das allgemeine Recht der Venetianer, Ulmer und Sizilianer, die kirchlichen Vorschriften aus dem 12. und 15. Jahrhundert, sowie die Hebammenordnung von 1801³⁴⁰ beinhalten alle das Gesetz der Lex Regia. Dieses Gesetz bürgt für Düntzer eine „Ungerechtigkeit“³⁴¹ gegen die scheinote Mutter, da das Kind bevorzugt wird, ohne dass der Scheintod oder richtige Tod der Gravida von Belang für die

³³⁵ Vgl. ebd., S. 16 f.

³³⁶ Siehe Kapitel 4.2.6.4

³³⁷ Düntzer: Die Entbindung, S. 17 (Die Wahrheit liegt in der Mitte, niemals sucht sie das Äußerste.)

³³⁸ Ebd., S. 25

³³⁹ Ebd., S. 25

³⁴⁰ Aus Düntzers Text geht nicht hervor, auf welche Hebammenordnung er sich bezieht.

³⁴¹ Düntzer: Die Entbindung, S. 25

Durchführung des Kaiserschnitts ist. Das Gesetz beinhaltet auch eine „Unmenschlichkeit“³⁴² gegen die Tote, da die Lebensfähigkeit der Frucht nicht berücksichtigt wird und alle toten Schwangeren entbunden werden sollen und zwar unabhängig davon, in welchem Monat sie sich befinden oder ob das Kind Lebenszeichen von sich gibt. Unterlässt der Arzt die Sectio caesarea, droht ihm nach der Lex Regia womöglich die „Todesstrafe“.³⁴³ Gleichzeitig steht der Arzt nach Düntzers Argumentation vor dem Problem, dass er im Fall des Scheintodes die Verantwortung für die Folgen des Kaiserschnitts an der Scheintoten übernehmen muss. Die Scheintote wird den Eingriff wahrscheinlich nicht überleben, und der entbindende Arzt muss sich in diesem Zusammenhang dafür verantworten, eine Schwangere getötet zu haben.

Mit der Lex Regia entsteht für den Arzt also ein juristisches und moralisches Problem, da er in dem Falle, in dem er eine Entbindung auf natürlichem Weg versucht, gegen das Gesetz verstößt und sich somit strafbar macht. Andererseits würde er bei der Möglichkeit, die Schwangere auf natürlichem Weg entbinden zu können, gegen seine Überzeugung handeln, wenn er dem Gesetz folgend, den Kaiserschnitt ausführt. Es entsteht infolgedessen ein Gewissenskonflikt.

Düntzer schließt sich bei der Lösung dieser Problematik *Schreibers*³⁴⁴ Position an. *Schreiber* will die Überzeugung des Arztes entscheiden lassen, auch wenn diese zum Gesetz in Konflikt steht. Er vertritt den Standpunkt, dass die Gesetze nicht absolut sein sollten,³⁴⁵ sondern dem Arzt ein Freiraum für eigene Entscheidungen zugestanden werden müsse. So solle der Arzt entscheiden, ob die Entbindung auf natürlichem Weg oder der Kaiserschnitt das richtige Verfahren sei.

Die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg hatte damals erst seit ein paar Jahrzehnten Einzug in die medizinische Diskussion gefunden. Düntzer sieht die ersten gesetzlichen Hinweise auf Änderungen der strengen Gesetze zum Kaiserschnitt in den Verlautbarungen des „Rathe[s] von Venedig“³⁴⁶, dieser vertraut die Operation den Ärzten an und überlässt ihnen die Entscheidung über die Sectio mit Bedacht für den Fall des Scheintodes. 1740 wurden in Ulm die ersten Gesetzesvorschläge zu diesem Thema gemacht. In der Ulmer Verordnung wurde festgehalten, dass in schwierigen Konstellationen eine

³⁴² Ebd., S. 25

³⁴³ Nach Interpretation der Kaiserschnitt-Befürworter; vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 84

³⁴⁴ Es war nicht möglich weitere Daten über die Person zu ermitteln.

³⁴⁵ Zitat nach Düntzer: Die Entbindung, S. 26: „vgl. Schreiber: Zeitschrift f. d. Geburtsk. (Jahrg. 1844), Bd. 16. Heft I. S. 107“; vgl. Düntzer: Die Entbindung, S. 26

³⁴⁶ Düntzer: Die Entbindung, S. 27

wissenschaftliche Kommission entscheidet. Somit wurden die strengen Regeln für den Kaiserschnitt etwas gelockert und es entstand ein Freiraum für die Entscheidung der Kommission. Die Kommission bekam zusätzlich polizeilichen Schutz und einen geistlichen Berater zur Seite gestellt.³⁴⁷ Bei zweifelhaftem Gelingen der Sectio caesarea sollte jedoch der Vater des Kindes entscheiden.

Düntzer deutet die Änderung der Gesetze, die dem Arzt, dem Vater oder einer medizinischen Kommission in den komplexen Situationen die Entscheidung überlassen, als Lockerung der medizinischen Gesetze. Er versteht dies als Schaffung eines Handlungsspielraums für den Arzt, der ihm erlaubt, auch das Accouchement forcè zu versuchen und diese Operation damit der Sectio caesarea vorzuziehen.

Im Jahr 1785 wurde die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg von der Lippe-Detmold'sche Regierung gesetzlich festgehalten. Das Gesetz besagt, dass der natürliche Entbindungsweg vor dem Kaiserschnitt versucht werden sollte.³⁴⁸ Drei Jahre später wurde Düntzer zufolge in der Lippe-Detmold'schen Medicinalverordnung das Gesetz erweitert. Darin wurde laut ihm festgehalten, dass bei leblosen Schwangeren dann die Indikation für einen Kaiserschnitt gegeben ist, wenn Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg angewendet worden sind, die Erforschung der Todesursache auf den Tod der Schwangeren hindeuten sowie Hindernisse vorhanden sind, welche die Ausführbarkeit der künstlichen Entbindung auf natürlichem Weg verhindern. Bestehen allerdings Zweifel am Tod der Frau, soll diese 48 Stunden wie eine Scheintote behandelt werden.³⁴⁹ Das Kind soll nach seiner Entbindung - wenn nötig - wiederbelebt werden, und der Staat soll die Hilfe bereit stellen, um die Operation durchführen zu können.

In das Preußische Landrecht hat nach Düntzer das Accouchement forcè seit dem Jahr 1788 Einzug gefunden. So soll der Arzt, „vor Beerdigung der Gestorbenen die wegen Rettung des Kindes im Mutterleibe erforderlichen Anstalten mit der nöthigen Vorsicht treffen“.³⁵⁰ Die preußische Verordnung gibt keine genauen Richtlinien zur Art der Entbindung vor, sondern überlässt die Entscheidung dem Geburtshelfer und gibt ihm so den erforderlichen Handlungsspielraum.

Das damals nach Düntzers Maßstäben modernste Gesetz zu dieser Thematik ist das württembergische Gesetz aus dem Jahr 1828. Dieses überlässt die Feststellung des

³⁴⁷ Vgl. ebd., S. 27

³⁴⁸ Vgl. ebd., S. 15

³⁴⁹ Siehe im Folgenden ebd., S. 27 f.

³⁵⁰ Ebd., S. 28

Scheintods, der Lebensfähigkeit und der Lebenszeichen des Kindes dem Arzt. Darüber hinaus stellt das Gesetz die Bedingungen auf, die gegeben sein müssen, damit die Entbindung bei bestehender Möglichkeit auf natürlichem Weg ausgeführt werden kann. Zusätzlich setzt das Gesetz die Zeit, bis die Sectio caesarea ausgeführt werden soll, ebenso wie die nötige Wiederbelebungszeit der Mutter fest und gesteht den Ärzten polizeilichen Schutz zu.

Für Düntzer sind die Neuerungen in den Gesetzen ein Fortschritt, trotzdem kann selbst das neueste Gesetz aus Württemberg „nicht als genügend und erforschend angesehen werden, da seine Vorschriften und Bestimmungen über die Wahl des operativen Handelns nicht die gehörige Sicherheit an die Hand geben“. ³⁵¹

Aus diesem Grund entwickelt er selbst den Entwurf eines medizinalpolitischen Gesetzes, welches einem Geburtshelfer das richtige Handeln in jeder Situation erleichtern soll³⁵² (Übersicht siehe Schema 2 und Schema 3).

Düntzer war jedoch nicht der erste, der medizinische Gesetze auf dem Gebiet der Geburtshilfe vorschlug. Bereits *J. P. Frank* hatte in seinen Büchern „Systeme einer vollständigen medicinischen Polizey“ ebenfalls Gesetze zu dieser Thematik entworfen. Er diskutierte in seinen Büchern die Frage der „Unsicherheit der Todesbestimmung [...] bei Schwangeren im besonderen“³⁵³ und „die Frage der Überlebensfähigkeit des Feten nach dem Tod der Mutter“³⁵⁴. Bei seinen Überlegungen kam *J. P. Frank* zu dem Schluss, dass der Fötus über den Tod der Mutter hinaus noch lebe und folglich die tote Gravida entbunden werden solle. Da aber die Gefahr bestehe, eine Scheintote zu entbinden, solle der Eingriff wie an einer lebenden Frau mit größtmöglicher Schonung durchgeführt werden. Um die Rettung des Kindes und die Schonung der Schwangeren zu gewährleisten, solle der Staat für einen flächendeckenden, fachlich kompetenten Notdienst sorgen und die Ärzte überwachen.³⁵⁵

³⁵¹ Ebd., S. 29

³⁵² Siehe Kapitel 4.2.6

³⁵³ Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 124

³⁵⁴ Ebd., S. 124

³⁵⁵ Vgl. ebd., S. 124 ff.

4.2.6 Gesetzesentwurf zur Entbindung toter Schwangerer

4.2.6.1 Schwangere in Lebensgefahr

Hat eine Schwangere „die Mitte des 5. Monats überschritten“³⁵⁶ und befindet sich diese in Lebensgefahr, so müssen die Angehörigen unverzüglich den nächsten Arzt aufsuchen. Wenn dieser nicht zu erreichen ist, muss der nächste Geburtshelfer kontaktiert werden.³⁵⁷ Ist dieser ebenfalls nicht verfügbar, soll die nächste Hebamme geholt werden, damit diese im Notfall eingreifen kann.

4.2.6.2 Unterlassung der Hilfeholung

Weigern sich die Angehörigen oder unterlassen sie es, den nächsten Hilfeleistenden zu holen, soll dieses nicht nur durch „öffentliche Rüge“,³⁵⁸ sondern auch durch eine „angemessene Strafe“³⁵⁹ geahndet werden.

Der Staat soll für die Anfahrt und den persönlichen Schutz des Hilfeleistenden aufkommen.³⁶⁰

4.2.6.3 Entbindung toter Schwangerer

Befindet sich die Schwangere in der zweiten Hälfte der Gravidität, darf sie bei Eintritt des Todes nicht eher beerdigt werden, als bis sie von ihrer Leibesfrucht entbunden ist. Eine Ausnahme stellt die sichere Feststellung des Todes des Kindes durch den Arzt dar.

4.2.6.4 Die Problematik der „bestimmte[n] Ermittlung des Todes der Frau“³⁶¹ vor dem Kaiserschnitt

Für Düntzer ist die sichere Feststellung des Todes der Frau entscheidend, bevor der Arzt den Kaiserschnitt an der Toten durchführen kann. So haben viele Ärzte, auch der „berühmte Vesal“,³⁶² fälschlicherweise den Tod einer Schwangeren angenommen und an der

³⁵⁶ Düntzer: Die Entbindung, S. 30

³⁵⁷ Siehe im Folgenden ebd.

³⁵⁸ Ebd., S. 30

³⁵⁹ Ebd., S. 30

³⁶⁰ Siehe im Folgenden ebd.

³⁶¹ Ebd., S. 10

³⁶² Ebd., S. 10

vermeintlich Toten den Kaiserschnitt ausgeführt, um das noch lebende Kind zu retten.³⁶³ Durch die Sectio caesarea an der Scheintoten könnte diese wieder erwachen und an dem Schrecken und an Blutungen versterben. Der Arzt muss dafür die Verantwortung übernehmen.

Um sich vor dem Problem zu schützen, eine Scheintote entbunden und diese durch den Kaiserschnitt getötet zu haben, muss sich der Geburtshelfer mit möglichst hoher Sicherheit vom Tode der Schwangeren überzeugen. Hierfür können die untrüglichen Zeichen wie Totenstarre, Fäulnis, Absinken der tierischen Wärme auf 14 ° Reaumur und niedriger³⁶⁴ nicht genutzt werden. Der Grund ist, dass auf das Einsetzen der ersten beiden Zeichen nicht gewartet werden kann und das dritte Zeichen, das Sinken der Körpertemperatur, wegen der Raumtemperatur im Wochenzimmer zu spät eintritt.³⁶⁵ Es darf aber nach Düntzers Ansicht nicht zu voreilig nach nur einem eingetretenen Zeichen gehandelt werden. Haller nimmt das „Sichvonselbst-Schliessen[...] der mit Gewalt aufgesperrten unteren Kinnlade“³⁶⁶ als ausschlaggebend an und ist der Auffassung, dass dieses Kriterium alleine ausreicht, um den Tod festzustellen. Nur nach diesem einen Zeichen den Tod als sicher anzusehen, erscheint Düntzer unzuverlässig, denn dieses Kennzeichen ist nur zu einer bestimmten Zeit nachweisbar³⁶⁷ und deshalb nicht unfehlbar. Für Düntzer muss daher der Arzt mehrere Kriterien heranziehen, um den sicheren Tod feststellen zu können.

Seine Kriterien für die Todesfeststellung bei einer Schwangeren lauten:

- Ermittlung, welche bedeutenden Zufälle respektive schweren Krankheiten oder Verletzungen wichtiger Organe dem Tode vorangingen³⁶⁸
- Ermittlung, welcher Kausalnexus vorhanden ist
- Vollkommener Stillstand von Atem, Puls- und Herzschlag
- Eine „matsche Beschaffenheit“³⁶⁹ und Kühle der Haut
- Stehenbleiben aufgehobener Hautfalten
- Herabhängen der Unterkinnlade
- Erschlaffung der Augenlieder

³⁶³ Siehe im Folgenden ebd., S. 10 f. und S. 30 f.

³⁶⁴ Vgl. ebd., S. 30; 14 °Reaumur = 17,5 °Celsius ($T_{\text{Ré}} \times 1,25 = T_{\text{C}}$); vgl.

<http://de.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9aumur-Skala> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

³⁶⁵ Vgl. Düntzer: Die Entbindung, S. 30 f.

³⁶⁶ Ebd., S. 11

³⁶⁷ Siehe im Folgenden ebd., S. 10 f. und S. 30 f.

³⁶⁸ Siehe im Folgenden ebd., S. 11 und S. 30 ff.

³⁶⁹ Ebd., S. 31, siehe im Folgenden ebd., S. 11 und 30 ff.

- Glanzlosigkeit und Unempfindlichkeit der Pupillen auf Lichtreize
- Einsinken und Eintrübung der Cornea
- Offenstehen der Schließmuskeln (Blase, Mastdarm, Mund, Auge)
- Unwirksamkeit der erfahrungsgemäß nützlichen Wiederbelebungs mittel (in richtiger Aufeinanderfolge mit Sorgfalt, Nachdruck und Ausdauer angewendet)

„Wenn sämtliche oder doch die meisten und vorzüglichsten der angegebenen Zeichen das vorhandene Abgestorbensein bekunden, dann erst soll der Arzt zur Annahme des wirklichen Todes berechtigt sein.“³⁷⁰

Erst wenn die meisten Kriterien zutreffen, kann sich der Arzt sicher sein, dass die Frau wirklich tot ist.³⁷¹ Nach der Feststellung des Todes kann er den Kaiserschnitt mit ruhigem Gewissen durchführen.

4.2.6.5 Zustand des Kindes. Ist es am Leben oder tot?

A Die Todesursache der Mutter und der Einfluss der Todesursache auf das Kind

Bevor der Geburtshelfer die Sectio caesarea an der sicher toten Gravida ausübt, muss er sich über die Todesursache der Mutter in Kenntnis setzen und überlegen, ob ihre Frucht überlebt haben kann.³⁷² Es gibt einige Todesursachen der Schwangeren, die nach Düntzers Lehrmeinung ein gleichzeitiges Versterben von Mutter und Kind mit sich bringen. Andere bewirken, dass das Kind schon vor der Mutter verstirbt. Weitere beinhalten eine geringe Überlebenschance für das Kind.

Ursachen, an denen die Mutter verstorben ist und bei denen nicht an ein Überleben des Kindes zu denken ist, sind die „Entzündung des Gehirns, der Brust- oder Bauch-Organen oder deren Ausgängen in Wassersucht oder Gangrän“.³⁷³ Bei an Apoplexie des Gehirns, der Lunge und des Unterleibs, bei an krebshaften Destruktionen, an akuten Hautausschlägen, an Typhus oder Ruptur des Uterus verstorbenen Schwangeren ist ebenfalls nicht an ein Überleben des Kindes zu denken.³⁷⁴

Ist die Schwangere an den Folgen des durch Siechtum herbeigeführten Kraftverlustes verstorben, ist das Überleben des Kindes sehr unwahrscheinlich, da es in den meisten Fällen

³⁷⁰ Ebd., S. 31

³⁷¹ Siehe im Folgenden ebd.

³⁷² Siehe im Folgenden ebd., S. 11 ff. und S. 31

³⁷³ Ebd., S. 13

³⁷⁴ Siehe im Folgenden ebd.

schon vor der Mutter verstorben ist. Der Arzt kann sich jedoch nie sicher sein, dass das Kind bei den oben aufgeführten Krankheiten wirklich verstorben ist, da es nur eingeschränkte Erfahrungen auf diesem Gebiet gibt.

Starb die Gravida an den Folgen „heftigen Schreckens, gewaltiger Gemüthsbewegung, von Convulsionen, Blutflüssen, Darmentzündungen oder allgemeiner Wassersucht“,³⁷⁵ so besteht eine geringe Aussicht für das Überleben des Kindes.

Waren Feuer, Wasser, Messerstiche, Schläge auf den Bauch oder Blitz die Ursache für den Tod der Schwangeren, besteht hingegen eine große Wahrscheinlichkeit für das Überleben des Kindes.³⁷⁶

Darüber hinaus ist die Wirkung der Todesursache der Mutter auf den Zustand des Ungeborenen von der „Constitution der Frau, der Zeit der Schwangerschaft, dem Grade der Heftigkeit der eingewirkt habenden Ursache und sonstigen Zufälligkeiten“³⁷⁷ abhängig. Deshalb soll der Arzt die oben genannten Fälle nur als „allgemeine Haltepunkte“³⁷⁸ für sein Handeln betrachten. So darf er nicht „irgendeine Todesursache der Mutter als absolut lethal oder unschädlich für das Kind“³⁷⁹ annehmen und sich nur durch die Ursache des Todes der Mutter dazu verleiten lassen zu entbinden oder die Entbindung zu unterlassen.

Daraus geht nach Düntzer die folgende Regel hervor:

„dass nur solche Todesursachen der Mutter den Versuch zur Lebensrettung der Frucht ausschliessen, bei deren Einwirkung erfahrungsgemäss das Kindesleben unmöglich fortbestehen konnte, dass hingegen jener Versuch überall da geboten ist, wo auch nur eine Wahrscheinlichkeit für das noch vorhandene Kindesleben spricht“.³⁸⁰

B Todeszeichen des Kindes

Der Mangel an Bewegungen des Föten im Leib der Mutter und die seit dem Tod der Mutter vergangene Zeit dürfen nicht als Kriterien für die Feststellung gelten, ob das Kind als bereits verstorben zu betrachten ist.³⁸¹

³⁷⁵ Ebd., S. 13

³⁷⁶ Siehe im Folgenden ebd., S. 13 f.

³⁷⁷ Ebd., S. 12

³⁷⁸ Ebd., S. 14

³⁷⁹ Ebd., S. 14

³⁸⁰ Ebd., S. 12

³⁸¹ Siehe im Folgenden ebd., S. 31

Um sich vom Tod des ungeborenen Kindes zu überzeugen, sollen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Bestätigung des fehlenden Herzschlages durch Hand und Stethoskop
- Festgestellte Kälte und Pulslosigkeit der Nabelschnur durch innere Untersuchung
- Abgang von Mekonium und stinkendem Abfluss
- Keine Kindesbewegungen feststellbar (nicht sicheres Zeichen)
- Längere Zeitdauer, seitdem die Mutter verstorben ist (nicht sicheres Zeichen)

Treffen diese Kriterien zu, kann der Arzt vom Tod des Kindes ausgehen und die Entbindung der toten Schwangeren unterlassen.

Sind diese Kriterien nicht mit Sicherheit erfüllt und ist sich der Arzt nicht sicher, ob das Kind am Leben ist oder nicht, ist es, bis „sich nicht die unzweideutigsten Zeichen vom Tode des Kindes vorfinden, [...] als noch lebend anzunehmen und zu dessen Herausbeförderung [sind] die geeigneten Kunstmittel in Anwendung zu ziehen“.³⁸²

Treffen die oben genannten Zeichen nicht zu und kann der Geburtshelfer darauf schließen, dass das Kind lebt, so muss dieser unverzüglich versuchen, das Kind zu entbinden.

4.2.6.6 Lebensfähigkeit der Frucht

Diese wird definiert als

„das Vermögen derselben, unabhängig von dem mütterlichen Körper und der zur Ausbildung dienenden Organe (Mutterkuchen und Eihäute) ein selbstständiges Dasein zu beginnen und zu erhalten“.³⁸³

Die Lebensfähigkeit der Frucht ist eine „Hauptbedingung“,³⁸⁴ die gegeben sein muss, damit dem Arzt erlaubt ist, die Schwangere zu entbinden. Den Zeitpunkt, ab welchem die Frucht als lebensfähig angesehen werden muss, ist für Düntzer die „31. Schwangerschaftswoche“.³⁸⁵

Manche seiner Kollegen behaupten zwar, dass sie verstorbene Gravida entbunden haben, welche sich im 6. oder sogar nur im 5. Monat befanden, und dass diese Kinder noch Jahre lang gelebt hätten.³⁸⁶ Diese Berichte möchte Düntzer nicht bestreiten und als unwahr abtun, er gibt aber zu bedenken, diese Fälle, „als höchst seltene Ausnahmen von der Regel, nicht aber als Beleg einer Lebensfähigkeit vor dem durchweg angenommenen Zeitpunkt gelten zu

³⁸² Ebd., S. 14 f.

³⁸³ Ebd., S. 8

³⁸⁴ Ebd., S. 7

³⁸⁵ Ebd., S. 8

³⁸⁶ Siehe im Folgenden ebd., S. 8 f.

lassen“.³⁸⁷ Ältere Berichte, in denen von einer lebensfähigen Frucht noch vor dieser Gestationszeit die Rede ist, hält Düntzer für unwahr. Diese Schilderungen stützen sich auf falsche Berechnungen der Schwangerschaftswoche und ungenaue Berichterstattungen³⁸⁸ und sind nicht als Grundlagen für das ärztliche Handeln zu betrachten. Die Frucht ist somit für ihn ab der 31. Schwangerschaftswoche lebensfähig, und es sollen „alle vor dem Eintritte der 31. Schwangerschaftswoche verstorbenen Frauen kein Gegenstand von Entbindungsversuchen sein“.³⁸⁹

An späterer Stelle in der gleichen Schrift setzt Düntzer diese Grenze auf den „Beginn der 28. Schwangerschaftswoche und [...] nach vollendeter Mitte der Schwangerschaft“ herab, da sich die genaue Bestimmung der Schwangerschaftswoche oft schwierig gestaltet. Die „objectiven Zeichen“³⁹⁰ lassen nicht immer die genaue Bestimmung der Woche zu, „die Angaben der Frau oder der Angehörigen über die Zeitrechnung der Schwangerschaft“³⁹¹ sind meist unzuverlässig, und die richtige Zeit ihrer Schwängerung ist vielen Frauen unbekannt.³⁹² Um sich abzusichern, soll ein forensischer Arzt versuchen, die Schwangerschaftszeit möglichst genau zu bestimmen und alle verstorbenen Frauen nach dem Beginn der 28. Schwangerschaftswoche und nach vollendeter Mitte der Schwangerschaft entbinden.³⁹³ Durch diesen Spielraum ist der gerichtliche Arzt vor Fehlern abgesichert.

Tritt die Situation ein, dass der Arzt nicht genau bestimmen kann, wie weit fortgeschritten die Schwangerschaft ist und ihm weder die Angehörigen noch die objektiven Zeichen Aufschluss darüber geben, dann „soll in allen zweifelhaften Fällen, namentlich aber in solchen, wo die objectiven Zeichen es unentschieden lassen, [...] die Entbindung als zulässig erachtet werden“.³⁹⁴ Der Arzt soll im Zweifelsfall entbinden, um dem vielleicht noch lebenden Kind eine Chance auf Leben zu geben.

³⁸⁷ Ebd., S. 9

³⁸⁸ Siehe. im Folgenden ebd., S.8 f.

³⁸⁹ Ebd., S. 9 f.

³⁹⁰ Ebd., S. 10

³⁹¹ Ebd., S. 9

³⁹² Vgl. ebd., S. 9

³⁹³ Siehe im Folgenden ebd., S. 31 f.

³⁹⁴ Ebd., S. 10

4.2.6.7 Entbindung

A Indikationen für die Entbindung auf natürlichem Weg

Ist das Kind nach den oben genannten Kriterien als lebensfähig und lebend zu betrachten, so soll der Geburtshelfer nach Düntzers Angaben die Entbindung auf natürlichem Weg in folgenden Fällen versuchen³⁹⁵ (Übersicht siehe Schema 5):

Fall 1: Die Voraussetzungen zur Vollendung der Geburt mittels Zangen-, Wendungsoperation oder Erweiterung durch Einschneiden des Muttermundes sind gegeben, und der Arzt ist sich nicht sicher, ob die Mutter tot oder scheinot ist.

Fall 2: Die Gebärende ist während und vor dem Abschluss der Zangen- oder Wendungsoperation verstorben.

Fall 3: „Bei schon begonnener und so weit fortgeschrittener Geburt, dass die Anwendung des einen oder anderen Beförderungsmittels möglich und nicht allzuschwierig erscheint“.³⁹⁶ Das Becken ist normal oder nur leicht anders als im Regelfall geformt, und der Muttermund ist weit genug geöffnet.³⁹⁷

Fall 4: Bei normalen Beckenverhältnissen, die den Durchtritt des Kindes erlauben, wenn der Muttermund ungeöffnet oder zu gering geöffnet ist, dieser aber durch Einschneidung auf die angemessene Größe erweitert werden kann.

Fall 5: Die Schwangere ist schwach lebend³⁹⁸ und die Bedingungen für die Zangen- oder Wendungsoperation sind gegeben.

A.1 Indikation für die Zange:

Die Grundvoraussetzungen für die Zangenanwendung sind der Eintritt des Kindskopfes in den Beckeneingang, ein normal gestaltetes Becken ohne Hindernisse und das richtige Verhältnis zwischen Kindskopf und Becken der Mutter. Sind diese Grundvoraussetzungen erfüllt, ist der Muttermund drei Finger breit geöffnet, lässt sich dieser durch Einführung der Finger oder durch Einschneiden auf diese Größe erweitern, dann ist die Zangenanwendung indiziert.³⁹⁹

³⁹⁵ Siehe im Folgenden ebd., S. 21 f.

³⁹⁶ Ebd., S. 22

³⁹⁷ Siehe im Folgenden ebd., S. 21 f.

³⁹⁸ Vgl. ebd., S. 19

³⁹⁹ Vgl. ebd., S. 22

A.2 Indikation für die Wendung:

Bei günstigen räumlichen Verhältnissen, Querlage der Frucht und genügend Fruchtwasser ist die Wendung als Methode der Wahl zu betrachten.⁴⁰⁰ Es muss auf genügend Fruchtwasser geachtet werden, sonst kann die Operation für das Kind tödlich enden.

B Indikationen für die Entbindung mittels Kaiserschnitt

Der Kaiserschnitt soll nur dann angewandt werden, „wenn dieser eine höhere Wahrscheinlichkeit der Lebensrettung gewährt“⁴⁰¹ als die Entbindung auf natürlichem Weg (Übersicht siehe Schema 4).

Fall 1: Es stellen sich für die Operation mittels Zange oder für die Wendung unüberwindliche Schwierigkeiten heraus.⁴⁰²

Fall 2: Die Gefahren bei der Zangen- oder Wendungsoperation sind für das Kind sehr hoch.

Fall 3: Das Becken der Schwangeren ist so stark verengt (z.B. durch Rachitis, Osteomalazie oder Steatome), dass das Kind nicht hindurchtreten kann.

Fall 4: Das Kind ist missgebildet und es besteht ein Missverhältnis zwischen dem Becken der Mutter und dem Kind (z. B. „übermässig entwickelter oder wassersüchtiger Kindeskopf“⁴⁰³).

Fall 5: Auf natürlichem Weg versuchte Entbindung bleibt ohne Erfolg.

Düntzer ist nicht vollkommen gegen den Kaiserschnitt an der Verstorbenen. Für ihn haben beide Entbindungsverfahren ihre Berechtigung und Indikationen, „dass weder der einen noch der anderen Entbindungsweise in allen Fällen der Vorzug gebührt, dass eine jede ihre eigenen Indikationen haben muss, unter denen sie und nur sie Anwendung verdient“.⁴⁰⁴

Aber es

„muss eine möglichste Ausdehnung der Entbindung auf natürlichem Wege als durchaus wünschenswerth und nur da nicht empfehlbar erscheinen, wo andere wichtige Belange dieselbe verbieten“.⁴⁰⁵

⁴⁰⁰ Vgl. ebd., S. 22 f.

⁴⁰¹ Ebd., S. 32

⁴⁰² Siehe im Folgenden ebd., S. 32

⁴⁰³ Ebd., S. 32

⁴⁰⁴ Ebd., S. 20

⁴⁰⁵ Ebd., S. 21

Der Geburtshelfer soll immer zuerst versuchen, die Mutter auf natürlichem Weg zu entbinden und erst als letzten Ausweg den Kaiserschnitt ansehen.

4.2.6.8 Durchführung der geburtshilflichen Maßnahmen

Der Arzt soll, egal welches Verfahren er gewählt hat, „die höchste Schonung und Vorsicht für beide Theile“⁴⁰⁶ walten lassen. Im Anschluss an die Operation ist die Nachbehandlung wie bei einer lebenden Patientin vorzunehmen.⁴⁰⁷ Der Arzt soll das Kind sorgfältig pflegen und bei Scheintod des Kindes dieses ordnungsgemäß wiederbeleben.

4.2.6.9 Sonderfälle

Sonderfall 1: Ist eine Hebamme bei einer Geburt anwesend, bei der die Schwangere während des Geburtsaktes verstirbt, und kann der Arzt nicht schnell genug vor Ort sein, hat die Hebamme bei leichter Ausführbarkeit der Wendung, „das Recht und die Verpflichtung“,⁴⁰⁸ diese durchzuführen. Unterlässt die Hebamme dies, soll sie dafür bestraft werden und als Strafe für einige Zeit aus ihrem Amt enthoben werden.

Sonderfall 2: Ist der Kaiserschnitt dringend erforderlich und kann dieser nicht mehr hinaus gezögert werden, der geburtshelfende Arzt kann aber nicht schnell genug anwesend sein, dann kann der Kaiserschnitt durch einen Wundarzt I. Cl., durch den Wundarzt II. Cl., oder einen inneren Arzt durchgeführt werden.⁴⁰⁹ Die Hebamme ist nicht befugt, eine Sectio caesarea auszuführen.

4.2.6.10 Unterschiedlicher Zeitpunkt der Entbindungsmethoden

Wendung und Zange sollen während oder kurz nach den Wiederbelebungsversuchen an der Frau durchgeführt werden.⁴¹⁰

Der Kaiserschnitt soll erst angewendet werden, wenn die anderen Verfahren als unpassend oder unzureichend erscheinen, oder wenn der sichere Tod der Frau fest steht.

⁴⁰⁶ Ebd., S. 33

⁴⁰⁷ Siehe im Folgenden ebd., S. 32 f.

⁴⁰⁸ Ebd., S. 33

⁴⁰⁹ Vgl. ebd., S. 33

⁴¹⁰ Siehe im Folgenden ebd., S. 33 f.

Wichtig ist für Düntzer, dass die Wiederbelebungsversuche nicht länger als zwei Stunden ausgedehnt werden, außer es gibt hierfür besondere Gründe. Die Operation soll zudem insgesamt nicht zu lange herausgezögert werden.

4.2.6.11 Bezahlung und Publikation

Der Staat soll alle Kosten aus „allgemeinen oder Staats-Fonds“⁴¹¹ begleichen, um zu verhindern, dass ein Arzt aus Furcht vor Kosten in dieser Notsituation nicht geholt wird. Ebenso ist der Arzt durch die Deckung der Kosten bereitwilliger, in der Notsituation zu helfen. Weiter sollen alle glücklich ausgegangenen Operationen veröffentlicht werden und der Arzt bei glücklichem Ausgang eine „besondere Prämie (Rettungs-Medaille)“⁴¹² bekommen.

⁴¹¹ Ebd., S. 34

⁴¹² Ebd., S. 34

5 Katholische Lehren zur Geburtshilfe im 19. Jahrhundert

5.1 Quellen

Bei der Literaturrecherche kristallisierte sich heraus, dass wesentlich mehr Literatur existiert, die sich mit der katholischen Lehrmeinung befasst als mit der protestantischen. So erschien z.B. das erste entsprechende Werk im protestantischen Raum⁴¹³ erst 1823, nachdem schon 1794 das erste entsprechende Werk⁴¹⁴ aus dem katholischen Bereich veröffentlicht worden war. Ursache für die wenigen protestantischen Werke ist zum einen, dass „die protestantische Theologie angesichts der Vielfalt einzelner Glaubensrichtungen kein dem katholischen vergleichbares monolithisches Glaubensgebäude mit einer entsprechenden Organisationsstruktur“⁴¹⁵ darstellte und deshalb nicht so viele Schriften hervorbrachte. Zum anderen lässt die protestantische Lehre mehr Freiheit für eigene Handlungen als die katholische Lehre, da „die protestantische Lehre inhaltlich weitaus offener [war] als die Dogmen gebundene katholische Theologie“.⁴¹⁶ In der protestantischen Theologie blieb somit mehr Autonomie für eigene Entscheidungen des Arztes in den unterschiedlichen Geburtssituationen bestehen. Im Einzelnen war es schwierig, die Autoren konfessionell einzuordnen. Die nachfolgenden Fakten liefern Hinweise auf die Konfessionszugehörigkeit der Autoren.

5.1.1 Pastoralmedizinische Werke

Um die katholische Anschauung zu den unterschiedlichen Handlungsmethoden in den verschiedenen Geburtssituationen herauszuarbeiten, wurde auf pastoralmedizinische Literatur zurückgegriffen. Pastoralmedizinische Werke behandeln aus heutiger Sicht die wissenschaftlich noch nicht fest umrissenen Aufgaben im Grenzgebiet zwischen der Pastoraltheologie auf der einen und der Medizin, medizinischen Psychologie und den neueren Bestrebungen einer Psychotherapie auf der anderen Seite.⁴¹⁷ Pastoralmedizinische Bücher

⁴¹³ Vgl. Heinrich Pompey: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge im Selbstverständnis der sogenannten Pastoralmedizin (1968), S. 177

⁴¹⁴ Werk von Metzler „Ueber den Einfluß der Heilkunst auf die praktische Theologie. Ein Beytrag zur Pastoralmedizin“ (1794); siehe Kapitel 5.1.1

⁴¹⁵ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 207f., Fußnote

⁴¹⁶ Ebd., S. 207 f., Fußnote

⁴¹⁷ Vgl. Pompey: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge, S. 1

sollten „Hilfen und Ratschläge aus der Medizin für die theologischen Disziplinen und für die Seelsorge“⁴¹⁸ liefern und dadurch die Lehrmeinung der katholischen Kirche im Bezug auf medizinisch-theologische Alltagssituationen verbreiten.

Ein pastoralmedizinischer Schriftsteller des frühen 19. Jahrhunderts ist *Albert Mathias Vering*.⁴¹⁹ *Vering* war praktischer Arzt in Liesborn/Westfalen.⁴²⁰ Er „[fußte] in seiner ganzen Lebensführung auf dem frömmsten Katholizismus“.⁴²¹ 1809 schrieb er den „Versuch einer Pastoral-Medizin“. Nach seinem Tod erschien die Abhandlung in einer zweiten Ausgabe unter dem Titel „Handbuch der Pastoral=Medizin“ im Jahr 1835.⁴²²

Für die 1809 erschienene Schrift erhielt *Vering* im gleichen Jahr vom *Fürsten Primas*⁴²³ und *Großherzog von Frankfurt (Karl Theodor von Dalberg Erzbischof von Mainz und Regensburg)*⁴²⁴ eine bedeutende Huldigungsmedaille.⁴²⁵ Da der Erzbischof ihn für sein Werk ehrte und *Vering* dem katholischen Glauben angehörte, ist der Schluss nahe liegend, dass *Vering* im Sinne der katholischen Kirche geschrieben und in seinem Text die Lehrmeinung der katholischen Kirche wiedergegeben hat.

Ein weiteres, für die Pastoralmedizin wichtiges Schriftstück stammt von *Franz Xaver Mezler*.⁴²⁶ Er war praktischer Arzt und in späteren Jahren Leibarzt des katholischen Fürsten von Hohenzollern-Sigmaringen, Hofrat und Brunnenarzt in Imnau und später Leibarzt des Königs von Bayern.⁴²⁷ Seine Lektüre „Ueber den Einfluß der Heilkunst auf die praktische

⁴¹⁸ Ebd., S. 2

⁴¹⁹ Albert Mathias Vering (1773 – 1829), praktischer Arzt in Liesborn Westfalen; vgl. Theodor Kirchhoff: *Deutsche Irrenärzte: Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens* (1921), Band 1, S. 75 ff.

⁴²⁰ Vgl. Kirchhoff: *Deutsche Irrenärzte: Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens* (1921), Band 1, S. 75

⁴²¹ Ebd., S. 75

⁴²² Vgl. ebd.

⁴²³ Fürstprimas: „Der Fürstprimas führte den Vorsitz der Fürsten des Rheinbundes. Das Amt entstand auf Veranlassung Napoleons im Jahre 1806 und ging 1813 mit dem Rheinbund unter.“;

<http://de.wikipedia.org/wiki/F%C3%BCrstprimas> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

⁴²⁴ Carl Theodor Anton Maria Rechtsfreiherr von Dalberg (1744 – 1817), Fürstprimas, Kurfürst und Erzbischof von Mainz, Erzbischof von Regensburg, Großherzog von Frankfurt; vgl. Bockenheimer: Artikel „C. T. A. M. Rechtsfreiherr von Dahlberg“, in ADB 4, S. 703 ff.

⁴²⁵ Vgl. *Neuer Nekrolog der Deutschen*, Jahrgang 7, 1829 (1831), S. 482 f.

⁴²⁶ Franz Xaver Mezler (1756 - 1812), praktischer Arzt in Gengenbach, später Hofrat des Fürsten von Hohenzollern-Sigmaringen, Hofrat und Brunnenarzt zu Imnau und noch später Leibarzt des Königs von Bayern; vgl. August Hirsch: Artikel „F. X. Mezler“, in ADB 21 (1885), S. 670

⁴²⁷ Vgl. August Hirsch: Artikel „F. X. Mezler“, in ADB 21 (1885), S. 670

Theologie. Ein Beytrag zur Pastoralmedizin“ ist bereits 1794 erschienen. *Mezler* „bediente sich keiner Vorlage“⁴²⁸ bei seinem Buch, sondern er bearbeitete die Pastoralmedizin auf neue Weise. Nachfolgenden Autoren, wie z. B. dem oben genannte *Vering*, dienten seine Schriften als Leitstruktur⁴²⁹ und Vorbild für ihre eigenen Werke. *Mezlers* Konfession ist nicht bekannt. Da allerdings *Vering* „auf Mezler aufbaut und sich sehr an dessen Schrift anlehnt“⁴³⁰ und da *Verings* Abhandlung die Ansichten der katholischen Kirche wiedergibt, ist davon auszugehen, dass *Mezlers* - zumindest teilweise - der katholischen Lehrmeinung entsprochen hat.

*Christian Heinrich Theodor Schreger*⁴³¹ verfasste ebenfalls eine pastoralmedizinische Arbeit. Er studierte zunächst Rechtswissenschaften, beendete das Studium jedoch nicht und begann eine Lehre in der Landwirtschaft.⁴³² In späteren Jahren studierte er Medizin und arbeitet als praktischer Arzt.⁴³³ 1810 wurde er Professor der Chemie und Arzneimittellehre an der Universität Wittenberg und arbeitete auch an der Universität Halle. Sein „Handbuch der Pastoral-Medizin für christliche Seelsorger“ entstand 1823 in seiner Hallenser Zeit. Seine Konfession war nicht sicher ermittelbar, allerdings spricht die lutheranische Prägung der Landesteile zu dieser Zeit eher für seine Zugehörigkeit zum protestantischen Glauben.

Schregers Buch ist „das erste Handbuch im protestantischen Raum“,⁴³⁴ kannte aber „noch keine Konfessionsschranken [...], wie die nachfolgenden protestantischen Werke“.⁴³⁵ Da er sein Handbuch nicht auf evangelische oder katholische Seelsorger einengt und er mit seinem Titel (für christliche Seelsorger) beide kirchlichen Vertreter anspricht, kann seine Lektüre in Teilen auch stellvertretend für die damals geltende Lehrmeinung der katholischen Kirche herangezogen werden. Außerdem orientierte *Schreger* sich bei seinem Text stark an *Mezlers* und *Verings* Arbeiten und integrierte vieles davon in seiner Schrift.⁴³⁶ Da *Mezler* und *Vering* die katholische Lehrmeinung wiedergaben, ist auch *Schregers* Abhandlung davon geprägt.

⁴²⁸ Pompey: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge, S. 165

⁴²⁹ Vgl. ebd., S. 169

⁴³⁰ Ebd., S. 169

⁴³¹ Christian Heinrich Theodor Schreger (1768-1833), Arzt und Chemiker; vgl. Ernst Gurlt: Artikel „C. H. T. Schreger“, in ADB 32 (1891), S. 470 f.

⁴³² Vgl. ebd., S. 470 f.

⁴³³ Vgl. im Folgenden ebd.

⁴³⁴ Pompey: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge, S. 177

⁴³⁵ Pompey: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge, S. 177

⁴³⁶ Vgl. ebd., S. 176 f.

Ein weiterer pastoralmedizinischer Autor ist *Matthias Joseph Bluff*.⁴³⁷ Er war praktischer Arzt in der Umgebung von Aachen und später in Aachen tätig. 1827 schrieb er die pastoralmedizinische Abhandlung „Pastoral-Medicin“. *Bluff* schuf sein pastoralmedizinisches Werk in seinen Lebensjahren in Gangelt bei Aachen. Der Ort Gangelt hatte im Jahr 1827 881 Bewohner, von denen 832 Katholiken waren.⁴³⁸ Aus diesem Grund, und da *Bluff* in Köln geboren wurde, was ebenfalls katholisch geprägt war, kann der Schluss gezogen werden, dass *Bluff* sich in seinem pastoralmedizinischen Schriftstück ebenso auf die Lehren der katholischen Kirche stützt.

Bluffs Kollege *Mathias Macher*⁴³⁹ arbeitete als praktischer Arzt.⁴⁴⁰ 1823 wurde *Macher* Distriktphysiker in Kann und später erhielt er einen Posten der Bezirksarztstelle zu Stainz⁴⁴¹ in der Nähe von Graz. Sein pastoralmedizinisches Buch „Pastoral-Heilkunde. Eine kurzgefaßte Pastoral=Anthropologie=Diätetik und Medizin für Seelsorger“ von 1838 ist dem Erzbischof von Erlau, *Johann Ladislaus Pyrker von Felsö-Eör*⁴⁴² gewidmet und wurde vom Fürstbischof von Seckau, *Roman Sebastian Zängerle*⁴⁴³ zensiert.⁴⁴⁴ Auf Grund der Widmung, aber auch der Zensur durch den Fürstbischof von Seckau, beinhaltet seine Lektüre die Lehren der katholischen Kirche.

*Franz Xaver Britzger*⁴⁴⁵ ist ein weiterer pastoralmedizinischer Schriftsteller. Er verfasste die Abhandlung „Handbuch der Pastoral=Medizin für Seelsorger auf dem Lande“, das 1848 in seiner Erstauflage erschien. *Britzger* war katholischer Pfarrer, was er auf dem Titelblatt angibt.

⁴³⁷ Matthias Joseph Bluff (1804 – 1837), Doktor der Medizin und Chirurgie, praktischer Arzt; vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen, Jahrgang 15, 1837 (1839), S. 612 ff.

⁴³⁸ Vgl. <http://freepages.genealogy.rootsweb.ancestry.com/~mlcarl/gangelt.htm#TopStat> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

⁴³⁹ Mathias Macher (1793 – 1876), Mediziner aus der Steiermark; vgl. Franz Ilwolf: Artikel „M. Macher“, in ADB 52 (1906), S. 146 ff.

⁴⁴⁰ Vgl. Franz Ilwolf: Artikel „M. Macher“, in ADB 52 (1906), S. 146 ff.

⁴⁴¹ Vgl. im Folgenden ebd.

⁴⁴² Johann Ladislaus Pyrker von Felsö-Eör (1772 – 1847), Erzbischof von Erlau, Dichter; vgl. August Sauer: Artikel „J. Ladislav von Pyrker“, in ADB 26 (1888), S. 790 ff.

⁴⁴³ Roman Sebastian Zängerle (1771 – 1848), Fürstbischof von Seckau; vgl. Jakob Lauchert: Artikel „R. S. Zängerle“, in ADB 44 (1898), S. 686 ff.

⁴⁴⁴ Vgl. Franz Ilwolf: Artikel „M. Macher“, in ADB 52 (1906), S. 146 ff.

⁴⁴⁵ Franz Xaver Britzger (1834 – 1860), dt. kath. Theologe, Botaniker; vgl.

<http://thesaurus.cerl.org/record/cnp00386635> (Zuletzt abgerufen am 21.05.2011)

5.1.2 Moraltheologische Schriften

Abgesehen von den pastoralmedizinischen Texten, die meistens von Ärzten verfasst wurden, sind für die Darstellung der katholischen Lehrmeinung auch moraltheologische Arbeiten entscheidend, denn die pastoralmedizinischen Schriften gelten nicht als eigene Disziplin, sondern als Grenzgebiet zwischen Pastoraltheologie und Medizin.⁴⁴⁶ Durch diesen Aspekt ist es für die genaue Betrachtung der kirchlichen Haltungen und der Beantwortung einiger wichtiger Fragen notwendig, die pastoraltheologische Sichtweise mit einfließen zu lassen.

Eine moraltheologische Schrift aus dem katholischen Raum verfasste der Franziskaner *Aloys Adalbert Waibel*.⁴⁴⁷ Dieser hat eine „Moraltheologie, nach dem Geiste des heiligen Alphons Maria Linguori mit reichlicher Kasuistik“ geschrieben. Das Werk ist 1839 erschienen. *Waibel* war Franziskaner und gehörte einem katholischen Orden an.

5.1.3 Theologische Fakultät der Sorbonne

Neben der moraltheologischen Lektüre von *Waibel* werden im Folgenden darüber hinaus die Anschauungen der Doktoren der theologischen Fakultät der Sorbonne analysiert. Die Theologen antworteten bereits 1733 auf ein ihnen vorgelegtes Mémoire, welches sich mit geburtshilflichen Themen beschäftigt hat.

5.1.4 Wiener Geburtshelfer

Weitere, allerdings ältere Texte, stammen von den katholisch geprägten Geburtshelfern *Gerhard Freiherr van Swieten*⁴⁴⁸ und *Heinrich Johann Nepomuk Edler von Crantz*⁴⁴⁹ aus Wien.

⁴⁴⁶ Vgl. Pompey: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge, S. 1

⁴⁴⁷ Aloys Adalbert Waibel (1787 – 1852), Franziskaner (katholisch); vgl. Heinrich Reusch: Artikel „A. A. Waibel“, in ADB 40 (1896), S. 596 f.

⁴⁴⁸ Gerhard Freiherr van Swieten (1700 – 1772), Arzt und Physiker; vgl. Daniel Jacoby: Artikel „G. Freiherr van Swieten“, in ADB 37 (1894), S. 265 ff.

⁴⁴⁹ Heinrich Johann Nepomuk Edler von Crantz (1722 – 1797), Geburtshelfer, Gynäkologe und österreichischer Regierungsrath; vgl. Karl von Hecker: Artikel „H. J. N. Edler von Crantz“, in ADB 4 (1876), S. 564

Van Swieten studierte in Leiden Medizin⁴⁵⁰ und war Schüler von *Hermann Boerhaave*,⁴⁵¹ unter dessen Leitung er auch Vorlesungen hielt.⁴⁵² Nach dem *Boerhaave* in den Ruhestand gegangen war, durfte *van Swieten* nicht mehr unterrichten, da er dem katholischen Glauben angehörte.⁴⁵³ Er schrieb dazu in einem Brief, „daß der Haß gegen die katholische Religion ihn zum Aufgeben der Vorlesungen veranlasst habe“.⁴⁵⁴ Ab 1745 lebte und arbeitete *van Swieten* in Wien und wurde Leibarzt der Kaiserin.⁴⁵⁵ *Van Swieten* hat sich zu Lebzeiten mit den moralischen Problemen der schweren Geburt auseinandergesetzt und die unterschiedlichen Möglichkeiten des Geburtshelfers diskutiert. Da er ein „gläubiger Katholik“⁴⁵⁶ war und in Leiden „als Katholik vom Staatsamt ausgeschlossen“⁴⁵⁷ wurde, ist anzunehmen, dass er nicht nur dem katholischen Glauben angehörte, sondern sich dieser zudem in seinen Lehren wiederfindet.

Crantz stammte aus Luxemburg und war *van Swietens* Schüler.⁴⁵⁸ Er übernahm 1754 in Wien den Lehrstuhl der Geburtshilfe,⁴⁵⁹ später hielt er Vorlesungen über Physiologie und Heilmittellehre und ab 1770 war er österreichischer „Regierungsrath“. Er verfasste zahlreiche Werke, die sich nicht nur auf die Geburtshilfe beschränken. *Crantz* gehörte wie *van Swieten* dem katholischen Glauben an. *Van Swieten* als Vertreter der katholischen Position äußert sich in seiner geburtshilflichen Abhandlung nur positiv zu *Crantz* geburtshilflicher Schrift.⁴⁶⁰ Dies deutet darauf hin, dass *Crantz* seine Arbeit im Einklang mit der katholische Lehrmeinung geschrieben hat.

⁴⁵⁰ Vgl. Daniel Jacoby: Artikel „G. Freiherr van Swieten“, in ADB 37 (1894), S. 265 ff.

⁴⁵¹ Hermann Boerhaave (1668 - 1738), Mediziner, Botaniker, Chemiker; vgl. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 1, S. 597 ff.

⁴⁵² Vgl. Daniel Jacoby: Artikel „G. Freiherr van Swieten“, in ADB 37 (1894), S. 265 ff.

⁴⁵³ Vgl. im Folgenden ebd.

⁴⁵⁴ Ebd., S. 265

⁴⁵⁵ Vgl. ebd., S. 265 ff.

⁴⁵⁶ Ebd., S. 265

⁴⁵⁷ Ebd., S. 265

⁴⁵⁸ Vgl. Karl von Hecker: Artikel „H. J. N. Edler von Crantz“, in ADB 4 (1876), S. 564

⁴⁵⁹ Vgl. im Folgenden ebd.

⁴⁶⁰ Vgl. Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 124

5.1.5 Francesco Emanuele Cangiamila

Eine ebenfalls relevante Quelle für diese Thematik stammt von *Francesco Emanuele Cangiamila*,⁴⁶¹ der Doktor der Theologie war,⁴⁶² dem katholischen Glauben an gehörte und es in Palermo zum Domherrn sowie zum Provinzial-Inquisitor von Sizilien brachte.⁴⁶³ Seine „*Sacra embryologia*“ ist erstmals 1745 in Palermo in lateinischer Sprache erschienen. Der Erstauflage folgten zahlreiche weitere Fassungen und Erscheinungsorte.⁴⁶⁴ Die letzte Ausgabe des Werkes ist 1908 von *Prof. Dr. Ludwig Knapp*⁴⁶⁵ unter dem Titel „Theologie und Geburthilfe nach F. E. Cangiamila’s *Sacra embryologia* (editio latina, MDCCLXIV) mit aktuellen Bemerkungen.“ veröffentlicht worden.⁴⁶⁶ Die Anzahl der Fassungen, die unterschiedlichen Erscheinungsorte und die Neuauflagen vom 18. bis ins 20. Jahrhundert zeigen die große Bedeutung der Abhandlung für die medizinische und kirchliche Diskussion um die richtigen Handlungsweisen bei schwierigen Geburtsfällen. Das Buch *Cangiamilas* diente daher vielen Verfassern des beginnenden 19. Jahrhunderts als Vorbild und Leitfaden für die Praxis, wurde allerdings auch kritisch betrachtet. *Cangiamila* nimmt daher bei der Debatte der katholischen Haltungen des frühen 19. Jahrhunderts eine Sonderstellung ein, auch wenn er in dieser Epoche nicht mehr lebte und sein Werk bereits hundert Jahre zuvor geschrieben hatte.

5.1.6 Leitsätze der katholischen Lehrmeinung

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts war die katholische Lehrmeinung in weiten Teilen des Rheinlandes fest verankert. Im Hinblick auf die Geburtshilfe waren die folgenden Lehrsätze

⁴⁶¹ Francesco Emanuele Cangiamila (1701 – 1763), Doktor der Theologie aus Sizilien; vgl. Allgemeines Gelehrten-Lexicon: Fortsetzung und Ergänzungen zu Christian Gottlieb Jöchers allgemeinem Gelehrten-Lexico, worin die Schriftsteller aller Stände nach ihren vornehmsten Lebensumständen und Schriften beschrieben werden, von Johann Christoph Adelung, (Band 3 – 6) von Heinrich Wilhelm Rotermund, (Band 7) von Otto Günther (1784 – 1897)

⁴⁶² Vgl. Allgemeines Gelehrten-Lexicon

⁴⁶³ Vgl. ebd.

⁴⁶⁴ Erscheinungsorte: Palermo 1753, Livorno 1756, Panormi 1758, Paris 1762, Ingolstadt 1764, Augsburg 1765 Paris 1766, Paris 1774, Ipris 1775, Lisboa 1791/92; vgl. Pompey: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge, S. 155, Fußnote

⁴⁶⁵ Ludwig Karl Knapp (1868 – 1925), Professor für Gynäkologie; vgl. Österreichisches biographisches Lexikon 1815 – 1950, Leitung: Leo Santifaller, bearbeitet von Eva Obermayer-Marnach, Herausgeber: Österreichische Akademie der Wissenschaften (1957 ff.), Bd. 1 ff.

⁴⁶⁶ Vgl. Pompey: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge, S. 155, Fußnote

besonders wichtig: „Du sollst nicht morden“⁴⁶⁷, „[M]an darf nichts schlechtes tun, um damit etwas Gutes zu bewirken“⁴⁶⁸ und „Wenn dem/r einen nicht geholfen werden kann, ohne dass er/sie verletzt wird, dann ist es angemessener, keinem zu helfen“.⁴⁶⁹ Für die christlich orientierte Medizin sind diese Dogmen zentrale Regeln, die es zu befolgen und zu wahren gilt. Außerdem wurde oft in diesem Zusammenhang von den damaligen Geburtshelfern der folgende Ausspruch von *Tertullian*⁴⁷⁰ herangezogen um die Tötung des Kindes zu Gunsten der Mutter zu verhindern:

„Es wird aber doch in gerade dieser Gebärmutter das Kind mit notwendiger Grausamkeit abgeschlachtet, da es schief liegend im Ausgange die Geburt verhindert, und da man Muttermord begeht, wenn man es nicht sterben lässt“.⁴⁷¹

Die katholische Kirche beschäftigte sich nicht wie *Düntzer* mit den einzelnen Operationsverfahren bei der Gebärenden in schwierigen Fällen, sondern mit der zentralen Frage, ob die Embryotomie zur Rettung des Lebens der Mutter oder der Kaiserschnitt zur Erhaltung des Kindes dem christlichen Glauben entspricht. Bei dieser Fragestellung stand die Kirche vor dem Grundproblem, ob und welches Leben mehr Gewicht hatte und aus diesem Grund zuerst zu retten war.

5.2 Katholische Handlungsvorgaben in geburtshilflichen Situationen

Im Folgenden sollen die Leitlinien der katholischen Lehrmeinung an konkrete medizinische Gegebenheiten angebunden und erläutert werden.

⁴⁶⁷ Die Bibel, Exodus 20,13 und Deuteronomium 5,17

⁴⁶⁸ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 208; vgl. Die Bibel, Paulinischen Briefe, Der Brief an die Römer, 3, V. 8; Römer 3,8

⁴⁶⁹ „Si alteri subveniri non potest, nisi alter laedatur, commodius est neutrum juvare“; Zitat des heiligen Ambrosius der Bischof von Mailand und Kirchenvater war (339 – 397); Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 208; Anmerkung: Für die Übersetzung bin ich stud. phil. Jürgen Ankele sehr dankbar.

⁴⁷⁰ Quintus Septimius Florens Tertullianus (Kurzform: Tertullian) (um 150 – um 230) früher christlicher Schriftsteller; vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Tertullian> (Zuletzt abgerufen am 24.03.2011)

⁴⁷¹ „Atquin & in ipso adhuc utero infans trucidatur necessaria crudelitate, quum in exitu obliquatus denegat partem, matricida ni moriturus“; Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 208; Anmerkung: Für die Übersetzung bin ich stud. phil. Jürgen Ankele sehr dankbar. Tertullian hat mit dem Ausspruch nicht die Tötung des Kindes verurteilen wollen, sondern er sah diese Tat als notwendig an, um die Mutter zu retten. Die Geburtshelfer des 19. Jahrhunderts haben jedoch Tertullians Worte in einen anderen Kontext gesetzt und ihnen eine andere Bedeutung beigemessen.

5.2.1 Vorgehensweise bei verstorbenen Schwangeren und noch lebendem Kind

Für diesen Fall war die Vorgehensweise eindeutig beschrieben (Übersicht siehe Schema 7). Die verstorbene Schwangere musste von dem Kind entbunden werden und durfte erst nach der Entbindung beerdigt werden.⁴⁷² Dadurch erhielt das Kind die Möglichkeit, ohne die Mutter weiter zu leben, sodass auf diese Weise wenigstens ein Leben gesichert werden konnte. Diese klare Vorgehensweise bei toten Schwangeren war aber nicht erstmalig von der katholischen Kirche formuliert worden. Sie hat ihren Ursprung bereits viel früher und findet sich in der Lex Regia⁴⁷³ sowie in verschiedenen Geschichten aus der Mythologie wieder.

Die immense Wichtigkeit der Entbindung verstorbener Schwangerer für die katholische Kirche zeigte sich in verschiedenen pastoralmedizinischen Schriften, in welcher der katholische Arzt *Vering* in seiner Arbeit von 1835 eine Anleitung über die Ausführung des Kaiserschnitts für Seelsorger gibt. Denn *Vering* erwartete von einem Geistlichen, dass dieser selbst die Sectio caesarea ausführte, wenn die Schwangere tot, das Kind wahrscheinlich aber noch lebendig war und ein Sachverständiger nicht rechtzeitig vor Ort sein konnte.

„Aus diesen Gründen halte ich es nicht allein für nützlich, sondern auch für nothwendig, daß die Seelsorger mit der Operationsmethode des Kaiserschnittes bei einer verstorbenen Schwangeren genau bekannt gemacht werden, um in dem eben genannten Nothfalle einen Menschen mit eigener Hand von einem gewissen Untergange retten zu können“.⁴⁷⁴

Es war für *Vering* nicht zuletzt auch deshalb relevant, dass auch ein Seelsorger diesen Eingriff erlernte, weil die Überlebensfähigkeit der Frucht nach dem Eintritt des Todes der Mutter mit fortschreitender Zeit abnehme.⁴⁷⁵

Bereits der Theologe *Cangiamila* (1745) hatte in seiner Abhandlung den Pfarrer, die Hebamme, den Physicus und den erfahrenen Barbier dazu aufgefordert, im Notfall den Kaiserschnitt durchzuführen.⁴⁷⁶ Mit dieser Aufforderung, die auch an die nicht ärztlichen Berufsgruppen gerichtet war, hatte *Cangiamila* die Bedeutung und Wichtigkeit der Sectio caesarea hervorgehoben, denn nur so konnte das Kind womöglich lebendig entbunden und getauft werden.

⁴⁷² Vgl. Albert Mathias Vering: Handbuch der Pastoral=Medizin (1835), S. 253 f.; vgl. Christian Heinrich Theodor Schreger: Handbuch der Pastoral-Medizin für christliche Seelsorger (1823), S. 381

⁴⁷³ Vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 21 f.

⁴⁷⁴ Vering: Handbuch, S. 257

⁴⁷⁵ Vgl. Vering: Handbuch, S. 254

⁴⁷⁶ Vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 129

Für die katholische Kirche war die Sectio caesarea das Mittel zur Entbindung der verstorbenen Schwangeren, um damit ein beseeltes, aber ungetauftes Kind vor dem Tod zu bewahren.

5.2.1.1 Beseelung der Frucht

Darüber hinaus war für die Lehre der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts der Schwangerschaftszeitpunkt, ab wann eine tote Schwangere entbunden werden sollte, ein wichtiger Aspekt.

Düntzer (1842) setzte den Zeitpunkt, ab wann eine tote Schwangere entbunden werden sollte, bevor sie beerdigt werden durfte, auf die 28. Schwangerschaftswoche.⁴⁷⁷ Er wählte diesen Zeitpunkt, da für ihn die Lebensfähigkeit der Frucht das wichtigste Kriterium zur Entbindung einer Toten darstellte. Für ihn erschien die Entbindung eines noch nicht lebensfähigen Fötus nicht vertretbar.

Von kirchlicher Seite aus war aber nicht die Lebensfähigkeit des Kindes (über den Tod der Mutter hinaus) das ausschlaggebende Kriterium für die Frist der Entbindung einer verstorbenen Schwangeren, sondern die Beseelung des Kindes. Wenn das Kind beseelt war, musste es vor seinem Tod getauft werden, um Seligkeit erlangen zu können.

Für *Vering* (1809/35) musste entsprechend „die Frucht vom Anfange der Erzeugung an als belebt, und folglich als ein lebendes Geschöpf angesehen werden“,⁴⁷⁸ und für ihn wurde „der Fruchtkern des künftigen Menschen mit dem Momente des Belebtwerdens, auch zugleich beseelt“.⁴⁷⁹ Aus diesem Grund musste die Frucht, um Seligkeit erfahren zu können, getauft werden, bevor sie starb. Deshalb würde „der katholische Seelsorger am sichersten handeln, wenn er einen jeden Abortus, er gebe nun Spuren des Lebens von sich oder nicht, sub conditione“⁴⁸⁰ taufe. Es sollten nach *Vering* darüber hinaus alle Missgeburten getauft werden, da diesen mit großer Wahrscheinlichkeit „eine Seele beiwohne“⁴⁸¹, die ebenfalls ein Recht auf Seligkeit habe.

⁴⁷⁷ Siehe Kapitel 4.2.6.6

⁴⁷⁸ *Vering*: Handbuch, S. 149

⁴⁷⁹ *Vering*: Handbuch, S. 150

⁴⁸⁰ *Vering*: Handbuch, S. 151

⁴⁸¹ *Vering*: Handbuch, S. 151

Diese Anschauung teilte auch der Arzt *Schreger* (1823), der den Fötus gleichermaßen ab dem Zeitpunkt der Empfängnis als beseelt betrachtet.⁴⁸² So war für ihn nach „dem bei Katholiken geltenden Lehrsatz, [...] die Taufe zur Seligkeit unbedingt nothwendig“.⁴⁸³ Gleichfalls hatte für ihn „jedes lebende Geschöpf, das durch menschliche Paarung gezeugt worden ist, seine Bildung [mochte] [...] auch noch so fehlerhaft seyn, auf die Taufe Anspruch [...], und [musste] wenigstens sub conditione getauft werden“.⁴⁸⁴ *Schreger* gestand ebenso wie *Vering* den Missgeburten ein Recht auf das Leben und die Taufe ein.

Für den praktischen Arzt *Macher* (1838) konnte die „Belebung und Beseelung des Menschenkeimes [...] nur in einem und demselben Augenbli[c]ke der Zeugung geschehen.“⁴⁸⁵ Seiner Auffassung nach konnte er den Beweis für die Richtigkeit dieser Tatsache auslassen, „denn die lächerliche Streitfrage über die Zeit der Beseelung des menschlichen Embryo ist vor einer klareren Ansicht der Natur längst verschollen“⁴⁸⁶ und nicht mehr notwendig. *Macher* war wie seine Kollegen *Schreger* und *Vering* überzeugt, dass nach dem katholischen Lehrsatz die Taufe zum ewigen Leben unbedingt notwendig war und das Missgeburten wie auch unreife Früchte darauf Anspruch hatten.⁴⁸⁷

Der Theologe *Cangiamila* (1745) nahm an, dass „der Embryo bereits in seinen ersten Tagen beseelt und damit von Todsünde bedroht sei“.⁴⁸⁸ Aus diesem Grund war es für *Cangiamila* immens wichtig, dass „der Pfarrer entgegen vieler Einwände auch vom Beginn einer Schwangerschaft an dafür Sorge tragen [musste], daß eine Sectio ausgeführt werde, falls die Schwangere sterbe“.⁴⁸⁹ Des Weiteren war für ihn von Belang, dass alle Abortivfrüchte getauft wurden, wenn sie Lebenszeichen von sich gaben.⁴⁹⁰

Zusammengefasst bedeutet dies, dass die katholische Kirche seit der frühen Neuzeit die Frucht vom Moment der Erzeugung an als beseelt betrachtete (Simultanbeseelung) und somit die Frucht seit der Erzeugung gefährdet war, ihre Seligkeit bei Eintritt des Todes der Mutter zu verlieren, und deshalb immer entbunden und getauft werden musste.

⁴⁸² Vgl. *Schreger*: Handbuch, S. 386

⁴⁸³ Ebd., S. 385

⁴⁸⁴ Ebd., S. 385

⁴⁸⁵ *Macher*: Pastoral-Heilkunde, S. 81

⁴⁸⁶ Ebd., S. 81

⁴⁸⁷ Vgl. ebd., S. 218

⁴⁸⁸ Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 130

⁴⁸⁹ Ebd., S. 130 f.

⁴⁹⁰ Vgl. Ludwig Karl Knapp: Theologie und Geburtshilfe nach F. E. Cangiamila's *Sacra Embryologia* (Edition Latina, MDCCCLXIV), mit aktuellen Bemerkungen (1908), S. 56 f.

5.2.1.2 Lebensfähigkeit der Frucht

Die einzelnen ärztlichen Vertreter der kirchlichen Position schildern in ihren Veröffentlichungen unterschiedliche Einschränkungen, ab welchem Schwangerschaftsalter die tote Schwangere entbunden werden sollte.

Vering (1809/35) grenzt die ersten Monate der Gravidität aus, da für ihn die Frucht in dieser Zeit zu schwach sei, um nach dem Tod der Mutter noch weiter leben zu können. Außerdem seien die Schwangerschaftszeichen in den ersten Monaten zu ungenau, um diese sicher zu beweisen. Aus diesen Gründen sei es unnötig, eine verstorbene Schwangere in den ersten Monaten zu eröffnen.⁴⁹¹ Mit dieser Aussage schloss sich *Vering* angeblich *Cangiamila* an, der *Vering* zufolge in seiner Schrift „*Sacra Embryologica*“ auch die ersten Monate von der Entbindungspflicht ausgrenzte.⁴⁹²

Cangiamila schränkte in seinem Werk „*Sacra Embryologia*“ von 1764 die Entbindungspflicht nicht direkt ein. Er ließ es dem Priester offen,

„ob der Priester, da der Foetus schon in den ersten Tagen als belebt gilt, nicht eine Todsünde begehe, wenn er auf Ausführung des Kaiserschnittes, auch zu Beginn der Schwangerschaft nicht dringe! Doch würde er mit Rücksicht auf vorausgehende Begründung seines Standpunktes Niemanden hierzu für verpflichtet erklären“.⁴⁹³

Für *Cangiamila* durfte vom 40. Tag der Gravidität an die Sectio caesarea im Allgemeinen nicht mehr unterlassen werden. Darüber hinaus sollte sogar bei Wunsch der Schwangeren in noch früheren Schwangerschaftszeiten über den Kaiserschnitt nachgedacht werden.⁴⁹⁴ Er legte somit nicht fest, bis zu welchem genauen Graviditätszeitpunkt die Sectio caesarea unterlassen werden sollte und gab dadurch auch keine exakte Angabe für eine Nichtdurchführung des Kaiserschnittes. Um seine Meinung zu belegen, berichtete er von einem durch verlässliche Zeugen beglaubigten Fall, in dem ein Kind am 20. Schwangerschaftstag entbunden und lebendig gefunden wurde.⁴⁹⁵ Dieser Fall sollte andere Ärzte dazu ermuntern, auch in frühen Schwangerschaftsmonaten die Sectio caesarea durchzuführen, da sie erfolgreich sein könne.

Schreger (1823) setzte die Grenze der Entbindung toter Schwangerer auf den sechsten Schwangerschaftsmonat.⁴⁹⁶

⁴⁹¹ Vgl. *Vering*: Handbuch, S. 255

⁴⁹² Vgl. *Vering*: Handbuch, S. 255 Fußnote

⁴⁹³ *Knapp*: Theologie und Geburtshilfe, S. 100

⁴⁹⁴ Vgl. ebd., S. 100

⁴⁹⁵ Vgl. ebd., S. 101

⁴⁹⁶ Vgl. *Schreger*: Handbuch, S. 386

Für den praktischen Arzt *Macher* (1838) war das Kind im siebten Monat „im Wesentlichen bereits vollkommen ausgebildet“,⁴⁹⁷ und somit waren Frühgeburten, die zwischen der 28. und der 40. Schwangerschaftswoche geboren waren, außerhalb der Gebärmutter lebensfähig,⁴⁹⁸ wohingegen Föten die vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden, außerhalb der Gebärmutter noch nicht lebensfähig waren.⁴⁹⁹ *Macher* gibt in seiner Abhandlung an, dass verstorbene Schwangere in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft durch den Kaiserschnitt entbunden werden sollten.⁵⁰⁰ Wie sich der Geburtshelfer allerdings vor der zweiten Hälfte verhalten sollte, bleibt offen. An anderer Stelle schreibt er jedoch, dass die Hebamme im Notfall eine Nottaufe vornehmen solle.⁵⁰¹ Er geht jedoch nicht näher auf die Definition des Begriffes ein, und es bleibt offen, ob er damit auch die intrauterine Nottaufe⁵⁰² einschließt.

Sein Kollege *Mezler* (1794) tat sich schwer mit der Angabe eines Zeitpunktes.

„Auch muß ich gestehen, daß gerade jener Satz der absoluten Nothwendigkeit der Taufe zur Erlangung der Seligkeit die Theologen auf den Gedanken brachte, jeden Abortus, wenn er nur einige Tage alt, und nur so groß als ein Gerstenkörnchen!! wäre, zu taufen, und folglich allen schwangeren Frauen ohne Unterschied, ob sie kurz oder lange geschwängert waren, sobald sie erblissen, den Bauch aufzuschneiden. Diesem Grundsatz gemäß, gäbe es also keine Gränze, wo man taufen oder nicht taufen müsse, und alles Ungetaufte müsste die ewige Seligkeit entbehren.“⁵⁰³

Für ihn war die Taufe die Aufnahme in die christliche Gemeinde. Diese konnte aber nur stattfinden, wenn das Ungeborene noch lebend zur Welt gebracht wurde. Dies war nach *Mezler* erst ab dem siebten Monat⁵⁰⁴ möglich, und so war für ihn auch erst ab diesem Zeitpunkt die Entbindung notwendig.

Mezler sprach sich in seinem Text gegen *Cangiamila* aus,⁵⁰⁵ der seiner Ansicht nach die Frist für den Kaiserschnitt an einer verstorbenen Schwangeren zu früh wählte.

Festzuhalten bleibt, dass in dem Punkt, ab wann genau eine tote Schwangere entbunden werden sollte, sich keine direkte Verhaltensregelung von Seiten der Kirche abzeichnet. Sicher

⁴⁹⁷ Macher: Pastoral-Heilkunde, S. 82

⁴⁹⁸ Vgl. ebd., S. 82

⁴⁹⁹ Vgl. ebd., S. 166

⁵⁰⁰ Vgl. ebd., S. 227

⁵⁰¹ Vgl. ebd., S. 218 f.

⁵⁰² S. u.

⁵⁰³ Mezler: Ueber den Einfluß der Heilkunst auf die praktische Theologie, S. 271

⁵⁰⁴ Vgl. ebd., S. 271

⁵⁰⁵ Vgl. ebd., S. 271

war nur, dass der Fötus für die Kirche ab dem Zeitpunkt der Erzeugung als beseelt angesehen wurde⁵⁰⁶ und zumindest alle verstorbenen Schwangeren entbunden werden sollten, bei denen die Hoffnung auf ein Kind bestand, welches die Taufe noch empfangen konnte.

5.2.1.3 Problematik der Taufe

Die Taufe der Kinder sollte aus kirchlicher Sicht möglichst zügig durchgeführt werden, um nicht zu riskieren, dass das Kind noch vor der Taufe verstarb, weil die Taufhandlung für das Seelenheil von erheblicher Bedeutung war.

Der praktische Arzt *M. J. Bluff* (1827) beschrieb die Taufe als den „erste[n] Akt, welcher das neugeborene Kind unter die Zahl der übrigen Menschen bringt“, ⁵⁰⁷ und betonte mit dieser Aussage, dass die Taufhandlung möglichst zeitnah nach der Geburt vollzogen werden sollte.

Für *Macher* (1838) wurde durch „das Bad der heiligen Taufe [...] der Neugeborene in den Schoos der katholischen Kirche eingeführt“⁵⁰⁸ und deshalb war das Seelenheil des Kindes erst nach der Taufe gesichert.

Die Relevanz der zügigen Durchführung der Taufe in Notfällen zeigt sich für die katholische Kirche auch in der folgenden Anordnung der Allgemeinen Hebammen-Verordnung des Hochstiftes Augsburg von 1778. Die Verordnung war an Hebammen gerichtet, die der „wahren katholischen Religion getreu“⁵⁰⁹ handelten:

„Wenn ein zur Welt gebohrnes Kind sehr schwach ist, hat die Hebamme es zeitlich zu melden, damit es bald zur heiligen Taufe gebracht werden könne. Im äußersten Nothfalle aber soll sie die Nothtaufe selbst verrichten, deren Art, und Weise sie von dem Pfarrer wohl zu erlernen, und alle Fehler bey solcher Taufs Verrichtung sorgfältig zu vermeiden hat.“⁵¹⁰

⁵⁰⁶ „Die in der Geistes- und Religionsgeschichte keineswegs unumstrittene These von der Simultanbeseelung wurde insbesondere durch den Moralthologen Hieronymo Florentino in seinem Werk *De hominibus dubiis, sive de baptismo abortivorum* (1658) vertreten (vgl. Demerson, 1976, S. 188) und daraufhin wiederholt bekräftigt, so im Jahre 1662 von der Wiener medizinischen [!] Fakultät (vgl. L. Schönbauer, *Das medizinische Wien*. Wien 1947, S. 89) und ein Jahr später von der Prager medizinischen Fakultät (vgl. Quecke, 1952, S. 4713 f.)“; zitiert nach Schäfer: *Geburt aus dem Tod*, S. 210, Anmerkung 71

⁵⁰⁷ Matthias Joseph Bluff: *Pastoral=Medizin* (1827), S. 78

⁵⁰⁸ Macher: *Pastoral-Heilkunde*, S. 213

⁵⁰⁹ Allgemeine Hebammen=Verordnung an die sämmtliche Aemter des Hochstifts Augsburg (1778), *Instruction für die Hebammen in dem Hochstift Augsburg*, 1)

⁵¹⁰ Ebd., 18)

Diese Anweisung verdeutlicht die Dringlichkeit der Ausführung der Taufhandlung zur Sicherung des Seelenheils des Kindes, da sie den Hebammen in äußersten Notfällen zugestand, dass diese die Taufhandlung ausübten.

Der Arzt und Chemiker *Schreger* (1823) hob in seiner Lektüre ebenfalls die Wichtigkeit der Taufe hervor und gestand der Hebamme in ganz eiligen Fällen zu, die Taufe durchzuführen, um das Seelenheil des Kindes zu sichern.⁵¹¹ Diese Auffassung teilte auch *Macher*.⁵¹²

Der Theologe *Cangiamila* (1745) ging mit seinen Forderungen bezüglich der Taufe noch weiter. Er forderte die Schnittentbindung sogar an bereits begrabenen Schwangeren, sofern die Schwangerschaft erst nach der Beerdigung bekannt wurde, um das Kind nach der Exhumierung taufen zu können.⁵¹³

Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass die Taufe für die katholische Kirche eine wichtige Handlung darstellte, da sie Grundvoraussetzung für das ewige Leben war. Durch die Notwendigkeit der Taufe zur Erlangung des Seelenheils war die Entbindung toter Schwangerer aus kirchlicher Sicht unbedingt notwendig.

5.2.2 Entbindung einer Schwangeren, deren Tod nicht sicher festgestellt ist, deren Kind aber lebt

Im Vergleich zu der bisher dargestellten Vorgehensweise gestaltete sich die korrekte Handlungsmethode nach katholischen Vorstellungen problematischer, wenn der Tod der Mutter nicht sicher feststand (Übersicht siehe Schema 8), das Kind aber mit Sicherheit noch lebte.

Der Geburtshelfer stand dann vor dem Problem, dass er die möglicherweise nur scheinotote Schwangere entbinden musste, wobei die Schwangere nicht in Gefahr gebracht werden durfte. Würde der Geburtshelfer in dieser Situation die Sectio caesarea ausführen, könnte die Schwangere unter der Operation wieder zu Bewusstsein kommen, allerdings durch ihren geschwächten Zustand an der Operation sterben. Würde der Geburtshelfer in diesem Fall eine Embryotomie vornehmen, könnte der Geburtshelfer dadurch die vielleicht noch lebende

⁵¹¹ Vgl. Schreger: Handbuch, S. 381

⁵¹² Siehe Macher: Pastoral-Heilkunde, S.219

⁵¹³ Vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 129

Mutter retten, hätte aber mit Sicherheit das lebende Kind getötet. Der Geburtshelfer stand vor dem Dilemma, in diesem Zusammenhang die richtige Entscheidung zu treffen.

Vering (1809/35) leitete in seinem „Handbuch der Pastoral=Medizin“ den Seelsorger dazu an, sich mittels der üblichen „Wiederbelebungsversuche“⁵¹⁴ vom Tod der Schwangeren zu überzeugen und dadurch den Scheintod auszuschließen. War der Tod der Schwangeren dann sicher festgestellt, sollte der Kaiserschnitt als Sectio in mortua durchgeführt werden. Er ging nicht näher auf die Problematik ein, wie sich der Geburtshelfer verhalten sollte, wenn er nicht mit Gewissheit den Tod der Schwangeren feststellen konnte. Hingegen beschrieb er an anderer Stelle, wie sich ein Seelsorger verhalten sollte, wenn er zu einer kranken Schwangeren gerufen wurde. In diesem Kontext sollte der Seelsorger die Verwandten der Schwangeren dazu anhalten, dass diese bei ihrem herannahenden Tod einen Geburtshelfer holen lassen, damit dieser bei Eintritt des Todes möglichst schnell die Entbindung vornehmen könne.⁵¹⁵ Diese Fallbeschreibung spricht eher dafür, dass *Vering* der Ansicht war, der Geburtshelfer sollte in der zuvor beschriebenen Situation die Schwangere ihrem Schicksal überlassen und abwarten, bis er mit Bestimmtheit den Tod feststellen konnte, um dann das noch lebende Kind durch den Kaiserschnitt zu entbinden.

Diese Meinung spiegelt sich auch in dem theologischen Gutachten der Sorbonne um 1733 wider, denn es lieferte dem Arzt ebenfalls eine Rechtfertigung, die Mutter und das Kind unentbunden zu verlassen.⁵¹⁶ Der Arzt konnte die Sectio caesarea als verzweifelttes Mittel nur unternehmen, wenn die Lage für beide aussichtslos erschien. Damit folgte er der Richtschnur, von zwei unvermeidbaren Übeln das Geringere zu wählen, und erhielt durch die Sectio caesarea die geringfügige Chance, beide Leben zu retten. Dagegen konnte die Embryotomie nur das Leben der Mutter retten.⁵¹⁷

Für die theologische Fakultät der Sorbonne war zwar „eine unbedingte Präferenz für das Leben des Nasciturus“⁵¹⁸ gegeben, da dieser Gefahr lief, das Seelenleben zu verlieren, (wohingegen die Mutter nur ihr weltliches Leben verlieren würde, was wiederum einen

⁵¹⁴ *Vering*: Handbuch, S. 259

⁵¹⁵ Vgl. ebd., S. 255

⁵¹⁶ Vgl. Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 217

⁵¹⁷ Vgl. ebd., S. 217

⁵¹⁸ Ebd., S. 219

geringeren Wert besitzt⁵¹⁹), doch der Arzt durfte das Leben der Mutter nicht leichtfertig opfern.

Der Wiener Geburtshelfer *van Swieten* (1700 - 1772) sah in der sicheren Bestimmung des Todes der Mutter im Gegensatz zu *Vering* ein Problem. Für ihn war nur die Fäulnis ein „untrügliches Zeichen“⁵²⁰ des Todes. Da aber die Überlebenschancen des Kindes mit ablaufender Zeit geringer werden würden,⁵²¹ durfte der Geburtshelfer nicht auf die eintretende Fäulnis warten und durfte die Diagnose auch ohne die Fäulniszeichen stellen,

„wenn nämlich der Geburtshelfer über eine entsprechende Erfahrung verfüge⁸⁶¹ und die Mutter sorgfältig auf folgende Phänomene hin untersuche: fehlendes Atmen, fehlenden Herzschlag und Puls, ein ‚cadaveröses‘ Gesicht, gebrochene Augen, steife und kalte Glieder sowie einen herabgesunkenen Unterkiefer. Ausserdem sollten keine häufigen ‚Ausleerungen‘ vorangegangen sein und

Wiederbelebungsmaßnahmen und starke Reize versucht werden, etwa das ‚Brennen mit Feuer‘.“⁵²²

War der Arzt nach Überprüfung der oben genannten Symptome zu dem Ergebnis gekommen, dass die Mutter tot sei, hatte er trotz der verbleibenden „Restunsicherheit der Diagnose“⁵²³ die Erlaubnis, die Sectio caesarea durchzuführen. Für *van Swieten* war es nicht verwerflich, wenn der Geburtshelfer den Kaiserschnitt an einer Schwangeren ausführte, die er für tot hielt, selbst wenn diese nur scheinot war, da er den Kaiserschnitt nicht „in böser Absicht“⁵²⁴ beging, sondern „um den Föten zu retten“⁵²⁵ und hierbei lediglich von der Annahme ausging, dass die Schwangere verstorben sei.

Sein Kollege *Schreger* (1823) sah in der eindeutigen Bestimmung des Todes der Schwangeren gleichfalls ein Problem, empfahl aber im Gegensatz zu *van Swieten* - um nicht die Gefahr einzugehen, eine Scheintote mit dem Kaiserschnitt zu entbinden und diese dadurch zu töten -, dass die Schwangere auf natürlichem Geburtsweg künstlich⁵²⁶ (Accouchement forcé) entbunden werden sollte.

Der praktische Arzt *Mezler* (1794) war der gleichen Ansicht wie *Schreger*. Für ihn war die unfehlbare Bestimmung des Todes der Mutter ebenfalls prekär. Er würde in dieser Situation

⁵¹⁹ Vgl. ebd., S. 219; Anmerkung: für die Übersetzung bin ich B. A. Kristina Dreckmann sehr dankbar.

⁵²⁰ Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 129

⁵²¹ Vgl. ebd., S. 128

⁵²² Ebd., S. 129

⁵²³ Ebd., S. 135

⁵²⁴ Ebd., S. 135

⁵²⁵ Ebd., S. 135

⁵²⁶ Vgl. Schreger: Handbuch, S. 386

die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg versuchen, um wie *Schreger* die Gefahr zu umgehen, eine Scheintote durch die Schnittentbindung zu töten.⁵²⁷

Machers (1838) Einstellung war noch radikaler im Vergleich zu den Haltungen seiner Kollegen *Schreger* und *Mezler*. Er wollte schon bei Verdacht auf den Scheintod, „die künstliche Entbindung auf dem gewöhnlichen Wege“⁵²⁸ versuchen und die Sectio caesarea im Zweifelsfall nicht ausführen.

Die verschiedenen Quellen geben somit letztlich keinen genauen Aufschluss darüber, ob die Sectio caesarea oder das Accouchement forcé das bevorzugte Verfahren waren. Denn die medizinische Lehrmeinung war in der Zeit zwischen Ende des 18. Jahrhunderts und Anfang des 19. Jahrhunderts gespalten, was die Bevorzugung des Kaiserschnitts oder der künstlichen Entbindung auf natürlichem Weg anging.⁵²⁹ Dennoch wurde die künstliche Geburt auf natürlichem Weg kritisch bewertet, da sie v. a. bei engem Becken nicht immer durchgeführt werden konnte und das Überleben der Schwangeren keineswegs garantierte.

Gleichermaßen lässt sich die kirchlich bevorzugte Handlungsweise bei vielleicht lebender Mutter, aber sicher lebendem Kind nicht mit Sicherheit festmachen. Es ist nach Würdigung der Quellen wahrscheinlich, dass der Geburtshelfer in diesem Zusammenhang aus kirchlicher Sicht die Erlaubnis hatte, die Gravida mittels Sectio caesarea zu entbinden, wenn diese die Möglichkeit hatte, den Eingriff zu überleben oder wenn für Mutter und Kind die Überlebenschancen gleich schlecht standen.

War jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass die Mutter den Kaiserschnitt überlebte, nicht gegeben, hatte der Geburtshelfer das Recht, Mutter und Kind unentbunden zu verlassen, bis er mit Sicherheit den Tod von einem der beiden bestimmen konnte.⁵³⁰ Dadurch ergab sich für den Geburtshelfer eine neue Konstellation, die einen anderen Handlungsweg zuließ.

5.2.3 Entbindung einer lebenden Schwangeren mit lebendem Kind in schwierigen Geburtsfällen

Die richtige Vorgehensweise bei einer Situation, in der Mutter und Kind lebten, das Kind aber nicht natürlich geboren werden konnte, war kompliziert (Übersicht siehe Schema 6). Der Geburtshelfer musste versuchen, für Mutter und Kind die schonendste Lösung zu finden, um

⁵²⁷ Vgl. *Mezler*: Ueber den Einfluß der Heilkunst auf die praktische Theologie, S. 263

⁵²⁸ *Macher*: Pastoral-Heilkunde, S. 357

⁵²⁹ Vgl. *Schäfer*: Geburt aus dem Tod, S. 149 f.

⁵³⁰ Siehe Kapitel 5.2.2

beide Leben bei der Entbindung zu erhalten und keines der beiden Leben leichtfertig zu opfern beziehungsweise dem anderen vorzuziehen.

Die theologische Fakultät der Sorbonne antwortete 1733 auf ein *Mémoire* eines Arztes in einer Weise, woraus sich schließen lässt, dass ihre Vertreter den Kaiserschnitt nicht per se für tödlich hielten,⁵³¹ da für sie die Möglichkeit bestand, sowohl die Mutter als auch das Kind durch den Kaiserschnitt zu erhalten.

„Sofern die Chance besteht, beider Leben durch die Schnittentbindung zu retten, ist dieses Verfahren nicht allein erlaubt, sondern dringend geboten. Die Mutter ist sogar verpflichtet, sich dieser Operation zu unterziehen und sie gegebenenfalls selbst zu fordern“.⁵³²

Dies galt jedoch nur unter der Grundvoraussetzung, dass die Mutter so stark und gesund war, dass sie die *Sectio caesarea* überleben konnte. Diese Meinung teilte auch *van Swieten*, er erachtete den Kaiserschnitt an der Lebenden nur dann als zulässig, „wenn Mutter und Kind nicht durch eine andere Therapie gerettet werden“⁵³³ konnten und wenn die Mutter die Aussicht hatte, diesen zu überstehen. Er warnte aber gleichzeitig vor voreiligem Handeln.

5.2.3.1 Ist die Tötung des einen zu Gunsten des anderen erlaubt?

War diese Prämisse nicht erfüllt, stand der Arzt wieder vor dem Problem, dass er entweder die Mutter oder das Kind, bevorzugen musste, um helfen zu können. Hier hatte zwar von kirchlicher Seite aus das Seelenheil des Kindes die höchste Priorität, dieses rechtfertigte aber nicht die Tötung eines anderen Menschen. „Gilt am Ende das, womit man uns verleumdet und was einige uns in den Mund legen: Laßt uns Böses tun, damit etwas Gutes entsteht? Diese Leute werden mit Recht verurteilt.“⁵³⁴ Folglich war der Arzt nicht autorisiert, den Kaiserschnitt durchzuführen, wenn dadurch die Mutter sterben würde.

Gleichwohl war die Embryotomie in diesem Fall fragwürdig, da der Arzt das Kind dadurch töten würde. Der Arzt hätte sich dafür verantworten müssen und würde ebenfalls etwas Schlechtes tun, um damit etwas Gutes zu bewirken, was aus Sicht der katholischen Kirche nicht vertretbar gewesen wäre.

Der Franziskaner *A. A. Waibel* (1839) verweist in seiner moraltheologischen Schrift auf das fünfte Gebot („Du sollst nicht morden.“⁵³⁵). Er schrieb: „5. Fünftes Gebot: ‚Töde nicht.‘-

⁵³¹ Vgl. Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 216

⁵³² Ebd., S. 216

⁵³³ Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 130

⁵³⁴ Die Bibel, Römer 3,8

⁵³⁵ Die Bibel, Exodus 20,13 und Deuteronomium 5,17

V. 15. Hier ist die Rede von Tötung eines Menschen, von vorsätzlichem Morde.- Hier ist ein Naturgesetz“.⁵³⁶ *Waibel* schloss mit seinem Verweis auf das fünfte Gebot die Tötung eines Menschen eindeutig aus. Für ihn war die Tötung eines Menschen als vorsätzlicher Mord zu betrachten und damit grundsätzlich nicht zu verantworten. Er ging sogar soweit, das fünfte Gebot als ein Naturgesetz zu bezeichnen und verdeutlichte damit die Standhaftigkeit und Unerschütterlichkeit dieses Gebotes.

Als Konsequenz lieferte die kirchliche Position „dem Arzt also eine Rechtfertigung, Mutter und Kind unentbunden zu verlassen“.⁵³⁷ Der Arzt war gleichzeitig von dem Problem des Tötungsdeliktes infolge unterlassener Hilfeleistung entbunden, da er nur mittels Tötung helfen konnte.⁵³⁸ Außerdem blieb „[d]as absolute Verdikt der Embryotomie des lebenden Kindes mit unbedingter Vorrangstellung des Seelenheils des Nasciturus [...] als die gültige Lehrmeinung der katholischen Kirche bestehen“⁵³⁹ und war nicht durch die mögliche Rettung der Mutter mit Hilfe der Embryotomie gerechtfertigt. Verließ der Arzt Mutter und Kind unentbunden, folgte er damit auch dem Grundsatz des Heiligen *Ambrosius*. („Wenn dem/r einen nicht geholfen werden kann, ohne dass er/sie verletzt wird, dann ist es angemessener keinem zu helfen“.⁵⁴⁰) Der Ausspruch des *Ambrosius* war ursprünglich nicht in dem oben erläuterten Kontext geäußert worden, wurde jedoch von medizinischen Vertretern als kirchliche Rechtfertigung für das unentbundene Verlassen der Gebärenden herangezogen.

Aber nicht nur in katholischen Schriften, sondern auch in evangelisch-theologischen Abhandlungen aus dem 19. Jahrhundert findet sich die eindeutige Ablehnung der Tötung eines Menschen. Der evangelische Theologe *D. F. V. Reinhard*⁵⁴¹ (1802) stellte in seiner Arbeit klar, dass die Tötung eines Menschen nicht zu rechtfertigen ist. Er betrachtete das intrauterine Töten des Kindes als Totschlag und missbilligte folglich diese Operationsmethode.

„Der wirkliche Tod endlich ist dasjenige Verhalten, durch welches Jemand seines Lebens dergestaltet beraubt wird, daß man darüber in Anspruch genommen werden kann^c). Dieses Verhalten besteht entweder in einem vorsätzlichen Unterlassen; so ists, wenn man Jemanden verhungern,

⁵³⁶ Aloys Adalbert Waibel: *Moraltheologie*, nach dem Geiste des heiligen Alphons Maria Linguori mit reichlicher Kasuistik bearbeitet von Alois Adalbert Waibel (1839), S. 207

⁵³⁷ Sahmland: *Alternativen zum Kaiserschnitt*, S. 217

⁵³⁸ Vgl. ebd., S. 217

⁵³⁹ Ebd., S. 220

⁵⁴⁰ S. o.

⁵⁴¹ D. Franz Volkmar Reinhard (1753 - 1811), evangelischer Theologe; vgl. E. Förstemann: Artikel „D. F. V. Reinhard“, in *ADB* 28 (1889), S. 32 ff.

verdursten, ertrinken, verbrennen lässt, da man ihn retten und erhalten könnte: oder in einer wirklichen Handlung; so ists, wenn man Jemand mit oder ohne Gewehr tötet, ihm Gift beybringt, ihn von einer Höhe herabstürzt, eine Leibesfrucht abtreibt, u. s. w.⁵⁴²

„c) Auch ungeborene Kinder gehören hi[er]her. Das Töten und Abtreiben der Leibesfrucht ist vor dem Richterstuhle der Moral ein wahrer Todtschlag“.⁵⁴³

Der Theologe *Cangiamila* (1745) war ebenfalls der Ansicht, dass das Töten des Kindes durch Perforation oder durch andere Methoden unbedingt zu verbieten sei. Seiner Auffassung nach war es die Pflicht des Pfarrers, die Frau an die Liebe zu ihren Nachkommen zu erinnern und ihr zu vermitteln, dass ihre körperliche Erhaltung keineswegs dem Seelenheil des Kindes vorgezogen werden könne.⁵⁴⁴

Somit ließ sich die Embryotomie aus kirchlicher Sicht nicht legitimieren, denn sie stand „unter dem Verdikt der Tötung und [...] [war] damit grundsätzlich keine Methode der Wahl“.⁵⁴⁵

5.2.3.2 Intrauterine Nottaufe

Um das Problem des Seelenheils des Ungeborenen zu umgehen, wurde von einigen Zeitgenossen die intrauterine Nottaufe durchgeführt,⁵⁴⁶ um mit ihrer Hilfe das Seelenheil des Kindes zu sichern. Problematischer war allerdings, dass diese Vorgehensweise nicht überall akzeptiert wurde. Durch sie hatte das Kind zwar die Möglichkeit, das Sakrament der Taufe zu erlangen, jedoch war man sich nicht sicher, ob die Taufe an jedem beliebigen Kindsteil durchgeführt werden konnte, und es bestand die Frage, ob das Kind durch die Taufe wiedergeboren werden konnte, wenn es im Diesseits bisher nicht geboren worden war.⁵⁴⁷ Für alle Seiten gab es Befürworter und Gegner. Allerdings haben viele der damaligen Ärzte die Nottaufe akzeptiert und fühlten sich durch Papst Benedikt XIV. bestärkt, da dieser dem Verfahren zugestimmt hat.⁵⁴⁸ Auch die Doktoren der Theologie in der Sorbonne haben 1773

⁵⁴² D. Franz Volkmar Reinhard: System der Christlichen Moral (1802), S. 665 – S. 666

⁵⁴³ Ebd., S. 665, Fußnote

⁵⁴⁴ Vgl. Knapp: Theologie und Geburtshilfe, S. 62 f.

⁵⁴⁵ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 217

⁵⁴⁶ „Indem dem Ungeborenen in utero Weihwasser an einem erreichbaren Kindesteil mittels einer Spritze [...] in Verbindung mit der Taufformel appliziert wurde, konnte es des Sakraments der Taufe teilhaftig werden, um danach die Geburt durch Embryotomie beenden zu können“; Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 211

⁵⁴⁷ Vgl. Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 211

⁵⁴⁸ Vgl. Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 127; vgl. Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 221

die intrauterine Nottaufe für gültig erklärt, wenn wenigstens ein Teil der Bedeckung des Kindes berührt wurde.⁵⁴⁹ Offen bleibt, was mit Bedeckung des Kindes gemeint ist, ob die Berührung der Eihäute oder des Integument des Kindes als zulässig für die Taufe galten.

Infolgedessen wurde die Nottaufe teilweise auch von kirchlicher Seite aus gebilligt. „Die von der Theologie ungern gestattete intrauterine Taufe war also für die katholisch beeinflusste Medizin eine Möglichkeit“, ⁵⁵⁰ einen geburtshilflichen Handlungsspielraum zu schaffen. Durch die Akzeptanz der Nottaufe war die Option gegeben, das Seelenheil des Kindes und das Leben der Mutter zu retten.

5.2.3.3 Gleichschätzung von Mutter und Kind

Dennoch war mit Hilfe der intrauterinen Nottaufe nur die Problematik der Sicherstellung des Seelenheils des Kindes behoben, nicht aber die Todsünde,⁵⁵¹ die der Arzt beging wenn er das Kind mittels Embryotomie tötete. Durch die Taufe des Kindes hatten Mutter und Kind den gleichen Stellenwert, und die Mutter konnte nun nicht mehr unter dem Vorwand, sich für das Seelenheil ihres Kindes opfern zu müssen, mittels Kaiserschnitt entbunden werden.

Infolgedessen musste die große Gefahr der Sectio caesarea für ihr Leben in Betracht gezogen werden.

Der Arzt *Mezler* (1794) schrieb zu dieser Thematik:

„Was soll der Seelsorger hierzu sagen? Kann er wohl in einem solchen Falle, wenn das Kind getauft ist, noch religiöse Gründe vorbringen, die die Mutter zu diesem fast immer tödtlichen Mittel [dem Kaiserschnitt] verpflichteten?“⁵⁵²

Weiter in seinem Text verwies er auch auf den Aspekt, ob die Situation richtig eingeschätzt wurde, und darauf, dass nur der geübte Arzt die Ausführung des Kaiserschnittes unternehmen dürfe.⁵⁵³ *Mezler* war prinzipiell eher gegen die Sectio caesarea eingestellt und befürwortete das Accouchement forcé. War dieses Entbindungsverfahren allerdings nicht durchführbar und blieb nur noch die Sectio caesarea als einzige Möglichkeit übrig, so durfte nur der erfahrene Arzt entscheiden, ob die Sectio caesarea durchgeführt werden sollte.

⁵⁴⁹ Vgl. Blundell: Vorlesungen über Geburtshilfe, S. 138, Fußnote

⁵⁵⁰ Schäfer: Geburt aus dem Tod, S. 128

⁵⁵¹ Vgl. Blundell: Vorlesungen über Geburtshilfe, S. 138 Fußnote; Anmerkung: Für die Übersetzung bin ich B. A. Kristina Dreckmann sehr dankbar.

⁵⁵² Mezler: Ueber den Einfluß der Heilkunst auf die praktische Theologie, S. 265

⁵⁵³ Vgl. ebd., S. 266

Aus *Mezlers* Ausführungen geht hervor, dass er dem Kaiserschnitt nur dann zustimmte, wenn die Mutter die Chance hatte, diesen zu überleben. Hatte die Mutter diese Möglichkeit nicht, war die Sectio caesarea prinzipiell nicht vertretbar.

Auch sein Wiener Kollege *van Swieten* (1700 – 1772) war nur für den Kaiserschnitt an der Lebenden, wenn die Aussicht bestand, beide retten zu können. Andernfalls betrachtete *van Swieten* die Ausführung der Sectio caesarea als „barbarische [...] Metzeley“.⁵⁵⁴ Er war dennoch in dem Fall, dass die Mutter zu schwach für einen Kaiserschnitt war, nicht für die Embryotomie des lebenden Kindes und bezeichnete diese Tat ebenfalls als eine „abscheuliche Metzeley“.⁵⁵⁵ *Van Swieten* schloss sich in dieser Situation dem Handlungsvorschlag seines Wiener Kollegen *Crantz* (1722 – 1797) an, der für das Abwarten (Geschehen lassen und Unterlassen) war. Der Grund für das „Abwarten“ *Crantz's* war, dass er „eine Entscheidung über Leben und Tod nur dem Willen Gottes zubilligte – und nicht etwa dem Geburtshelfer“.⁵⁵⁶

Aus *van Swietens* Abhandlungen geht hervor, dass nach der damals geltenden katholischen Lehrmeinung der Arzt bei einer Schwangeren, die den Kaiserschnitt nicht überleben würde, weder die Sectio caesarea noch die Embryotomie ausführen durfte. Dies wird darüber hinaus durch die Ausführungen der bisher genannten Autoren und dargestellten Quellen ersichtlich. Der Arzt musste die Schwangere und das Kind unentbunden verlassen und abwarten, bis einer von beiden gestorben war, um dann in der neuen Situation wenigstens dem noch Lebenden helfen zu können.

5.2.4 Entbindung einer lebenden Schwangeren, deren Kind verstorben ist

Die katholische Lehrmeinung stützte sich auch Anfang des 19. Jahrhunderts auf die folgenden Grundsätze: Du sollst nicht morden, und man darf nichts Schlechtes tun, um damit etwas Gutes zu bewirken. Durch diese Handlungsmaxime war die Kirche gegen die Embryotomie des lebenden Kindes eingestellt. Anders verhielt es sich, wenn das Kind im Mutterleib aber bereits verstorben war, denn dann konnte es durch das Operationsverfahren ja nicht mehr getötet werden. In diesem Fall beging der Arzt auch keinen Totschlag oder Mord, wenn er das tote Kind mittels Embryotomie entfernte, und er verstieß bei der Entbindung weder gegen die erste noch gegen die zweite Doktrin, sodass er mit der Entbindung sogar etwas Positives

⁵⁵⁴ Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 130

⁵⁵⁵ Ebd., S. 130

⁵⁵⁶ Ebd., S. 137

vollbrachte, da er die Schwangere bei einem erfolgreichen Eingriff ja vor dem Tod bewahren konnte.

Eine weitere Schwierigkeit bestand für die Kirche in der Sicherung des Seelenheils des Kindes durch das Sakrament der Taufe. Die Problematik entfiel, da ein totes Kind nicht mehr getauft werden konnte, weil es trotz Taufe nicht mehr das ewige Leben erlangen würde, und der Geburtshelfer brauchte darauf folglich keine weitere Rücksicht mehr zu nehmen.

Bei dieser Sachlage stand der Arzt in der Pflicht, der Frau zu helfen, um wenigstens sie am Leben zu erhalten. Würde der Arzt die Embryotomie nicht durchführen, würde die Frau sterben und der Arzt würde „da töten, wo er nicht hilft“.⁵⁵⁷ Er hätte sich somit der unterlassenen Hilfeleistung schuldig gemacht und müsste den Tod der Schwangeren verantworten.

Die Haltung des Wiener Geburtshelfer *van Swieten* (1700 – 1772) war grundsätzlich durch das Handlungsmaxime des „zentralen Tötungsverbotes“⁵⁵⁸ bei seinen geburtshilflichen Entscheidungen und Handlungen geprägt. *Van Swieten* stimmte hingegen in diesem Kontext für die Embryotomie, denn wenn „der Fötus todt ist, darf man solches so sehr nicht mehr schonen, sondern [muss] sich blos um die Erhaltung der Mutter bekümmern.“⁵⁵⁹

Sein Schüler *Crantz* (1722 – 1797) erlaubte nicht nur in dieser Situation die Embryotomie, „sondern forderte sie“,⁵⁶⁰ allerdings unter der Voraussetzung, dass das Kind nicht auf eine andere für die Mutter ungefährlichere Methode entbunden werden konnte.

*Friedrich Benjamin Osiander*⁵⁶¹ (1759 – 1822) führte für die Legitimierung der Embryotomie in diesem Kontext das folgende medizinethische Argument an:

„[e]in todtes Kind aber, eine Kinderleiche im Uterus zu perforieren, zu zerschneiden, zu zerstückeln, ist nicht nur moralisch betrachtet, völlig erlaubt, sondern Pflicht, sobald dadurch die Mutter aus der schrecklichen Lage, unentbunden zu sterben, gerettet, oder eine andere lebensgefährlichere Operation, wie der Kaiser- oder Knorpelschnitt, ihr erspart werden kann.“⁵⁶²

Osiander war ein entschiedener Gegner der Embryotomie am lebenden Kind. Nichtsdestotrotz hatte er bei einem bereits verstorbenen Kind, wie auch die anderen Gegner der Embryotomie

⁵⁵⁷ Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, S. 217

⁵⁵⁸ Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 129

⁵⁵⁹ Ebd., S. 136

⁵⁶⁰ Ebd., S. 98

⁵⁶¹ Friedrich Benjamin Osiander (1759 – 1822), Arzt und Gynäkologe; vgl. Franz von Winckel: Artikel „F. B. Osiander“, in ADB 24 (1887), S. 486 f.

⁵⁶² Friedrich Benjamin Osiander: Handbuch der Entbindungskunst, 3. Bd., bearbeitet von Johann Friedrich Osiander (1825), S. 192 f.

des lebenden Kindes, keine Einwände gegen das Operationsverfahren vorzubringen.⁵⁶³ Die Embryotomiegegner am lebenden Kind hatten in diesem Fall dieselbe Auffassung wie die Embryotomiebefürworter am lebenden Kind. *Osiander* gehörte zwar dem evangelischen Glauben an, dennoch stimmt seine Meinung auch mit der damaligen Lehrmeinung der katholischen Kirche überein.

Sahmland teilt in ihrem Buch die zeitgenössischen Geburtshelfer in zwei Lager: „[D]as eine erlaubt die Embryotomie ausschließlich am abgestorbenen Fötus und verwirft sie darüber hinaus völlig, die andere postuliert, die Operation auch auf das lebende Kind auszudehnen“.⁵⁶⁴ Offensichtlich wurde die Embryotomie am toten Kind von allen Geburtshelfern gebilligt und bedurfte keiner Diskussion. Tatsächlich ging auch die katholische Kirche mit dieser Ansicht konform.

Die Embryotomie war in diesem Zusammenhang das zu favorisierende Verfahren, da es für die Mutter die größte Überlebenschance beinhaltete.

Ein weiterer Aspekt, der für die Embryotomie sprach, war, dass die Mutter durch die Nichtentbindung versterben würde, und das tote Kind würde unbewusst zum „Mörder“ seiner eigenen Mutter werden. Dies erschien aus theologischer Sicht ebenfalls nicht akzeptabel.

Der Arzt hatte bei der oben beschriebenen Konstellation die Pflicht, das Kind mittels Embryotomie zu holen, um dadurch für die Mutter die schonendste Art der Entbindung zu wählen.

5.2.5 Entbindung einer lebenden Schwangeren, deren Kind nicht mit Sicherheit lebendig ist

Bei der Konstellation, dass die Schwangere lebte, ihr Kind aber nicht mit Sicherheit lebendig war, war das richtige Vorgehen für den Geburtshelfer ebenfalls schwierig. Er hätte im Fall der unzweifelhaften Todesfeststellung des Kindes die Erlaubnis, die Entbindung mittels Embryotomie auszuführen. Da der Geburtshelfer hier aber nicht mit Bestimmtheit sagen konnte, ob das Kind bereits verstorben war, bestand die Gefahr, dass er das Kind durch die Entbindungsmethode selbst tötete. Er würde so zwar das Leben der Mutter erhalten, hätte jedoch das Kind getötet und es der Möglichkeit beraubt, die Taufe zu empfangen. Würde der Arzt die Schwangere andererseits mittels Kaiserschnitt entbinden, setzte er sie durch diese

⁵⁶³ Siehe Sahmland: Alternativen zum Kaiserschnitt, Kapitel 4.3 Embryotomie im 18. und 19. Jahrhundert – Indikationen

⁵⁶⁴ Ebd., S. 129

Entbindungsmittel einer großen Lebensgefahr aus. Dieses Risiko wäre bei bereits verstorbenem Kind unnötig und der Arzt hätte, wenn die Schwangere am Kaiserschnitt sterben würde, keinen von beiden gerettet.

Crantz (1722 – 1797) betrachtete das Tötungsverbot als absolut verbindlich. Für ihn war „nur das Vorliegen von sicheren Zeichen des Todes“⁵⁶⁵ und „nicht das Fehlen von Zeichen des Lebens“⁵⁶⁶ eine Berechtigung, die Embryotomie des Kindes zu gestatten. Allerdings galt dies unter der Bedingung, dass das Kind nicht durch ein anderes, für die Mutter wenig gefährliches Mittel, zur Welt gebracht werden konnte. Für ihn war nur die „Ablösung der Oberhaut des Kindes“⁵⁶⁷ ein sicheres Todeszeichen. Alle anderen Merkmale wie „fehlende Reaktionen nach Reizungen, einen faulen Gestank, eine schwarze oder braune Farbe des vorangehenden Körperteils, das Einfallen und Schlappwerden der mütterlichen Brüste sowie das Gefühl eines hin und her fallenden Gewichtes im Bauch und den Abgang von Kot“⁵⁶⁸ wie letztlich auch die „Schwellung der Weichteile des vorangehenden kindlichen Kopfes“⁵⁶⁹ hielt er für unsicher. Gleichfalls waren für ihn fehlende Kindesbewegungen und fehlender Pulsschlag zweifelhafte Zeichen. *Crantz* wollte lieber ein verstorbenes Kind wie ein lebendes behandeln als ein lebendes wie ein verstorbenes, um nicht den Tod des Kindes zu verschulden.

Die katholische Lehrmeinung zu dieser heiklen Situation zeigt sich daneben in dem Gutachten der theologische Fakultät der Sorbonne, die 1733 auf ein ihr vorgelegtes Mémoire reagierte. Für diese stand fest, dass „[s]ofern die Chance besteht, beide Leben durch die Schnittentbindung zu retten, [...] dieses Verfahren nicht allein erlaubt, sondern dringend geboten“⁵⁷⁰ war. Konnte also der Tod des Kindes nicht mit Gewissheit festgestellt werden, dann war die Option vorhanden, dass das Kind noch lebend entbunden werden konnte. Somit existierte die Möglichkeit, dass Mutter und Kind gerettet wurden. Folglich war das vom Arzt durchzuführende Entbindungsverfahren der Kaiserschnitt, jedoch unter der Voraussetzung, dass die Mutter die Aussicht hatte den Eingriff zu überleben. Hatte sie dies nicht, bestand für den Arzt nur die Möglichkeit, um keinen der beiden zu bevorzugen, die Mutter unentbunden

⁵⁶⁵ Schulz: Die schwere Geburt als moralisches Problem, S. 98

⁵⁶⁶ Ebd., S. 98

⁵⁶⁷ Ebd., S.96

⁵⁶⁸ Ebd., S. 97

⁵⁶⁹ Ebd., S. 97

⁵⁷⁰ Ebd., S. 216

zu verlassen und abzuwarten,⁵⁷¹ bis einer von beiden gestorben war und sich dadurch für ihn eine neue Situation ergab.

Aus diesen Betrachtungen lässt sich schlussfolgern, dass nach der katholischen Lehrmeinung des frühen 19. Jahrhunderts der Geburtshelfer das nicht sicher lebende Kind wie ein sicher Lebendes behandeln sollte.

⁵⁷¹ Siehe Kapitel 5.2.2

6 Diskussion

6.1 Grundhaltungen

Düntzer beschreibt in seiner Schrift „Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod“ die Grundeinstellungen, auf die sich seine geburtshilflichen Lehren stützen. Der Geburtshelfer soll das Leben von Mutter und Kind gleich achten und keinem von beiden einen höheren Wert zusprechen.⁵⁷² Gleichzeitig soll er für das Leben des Kindes sowie das der Mutter eintreten und möglichst alle Gefahren von den beiden abwenden. Diese Grundsätze macht er zum Fundament seiner Überlegungen.

Die katholische Lehrmeinung des 19. Jahrhunderts beruft sich bei der geburtshilflichen Debatte ebenfalls auf grundsätzliche Überlegungen. Einer der fundamentalen Aspekte ihrer Argumentation ist das absolute Verbot der Tötung eines Menschen,⁵⁷³ ein anderer, der gleichfalls aus der Bibel stammende Leitsatz „[M]an darf nichts Schlechtes tun, um damit etwas Gutes zu bewirken“.⁵⁷⁴ Neben diesem wird in diesem Zusammenhang das Zitat „Wenn dem/r einen nicht geholfen werden kann, ohne dass er/sie verletzt wird, dann ist es angemessener, keinem zu helfen“⁵⁷⁵ von *Ambrosius* aufgegriffen, wie auch der Ausspruch *Tertullians* von der notwendigen Grausamkeit, ungeborenes Leben in der Gebärmutter zu töten.⁵⁷⁶

Die Zitate werden zum Richtsatz der katholischen Haltung des 19. Jahrhunderts.

Eine zentrale Position nimmt somit die Gleichschätzung beider Leben in Düntzers Debatte ein. Dieser Aspekt ist ebenso in der kirchlichen Grundhaltung vertreten. Das Bibelzitat „Nichts Schlechtes zu tun um dadurch etwas Positives zu erwirken“⁵⁷⁷ enthält Düntzers *Maxime* in abgewandelter Form, denn es darf dem einen kein Nachteil zur Bevorzugung des anderen zugemutet werden; beide müssen gleichermaßen geachtet werden. Darüber hinaus findet sich die Gleichschätzung der beiden nicht nur in dem genannten Bibelzitat, sondern auch in den Worten von *Ambrosius* wieder. Dieser duldet die Schädigung des einen zum

⁵⁷² Siehe Kapitel 4.1

⁵⁷³ Siehe Kapitel 5.1.6

⁵⁷⁴ Ebd., Kapitel 5.1.6

⁵⁷⁵ Ebd., Kapitel 5.1.6

⁵⁷⁶ Vgl. ebd., Kapitel 5.1.6

⁵⁷⁷ S. o.

Vorteil des anderen nicht. Die katholische Grundeinstellung stimmt in diesem Punkt mit Düntzers Denkweise überein.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das absolute Verbot der Tötung, auf welches sich die katholischen Ausführungen stützen. Düntzer formuliert diesen Aspekt im Vergleich zur Kirche nicht so radikal, da er es lediglich in abgeschwächter Form in seiner Betrachtung aufgreift. Er bezieht sich in diesem Zusammenhang eher auf die Achtung der Rechte beider. Dadurch ist er nicht befähigt, die Rechte des einen zu missachten und diesen zu töten. Hier bleibt Düntzer aus gutem Grund unbestimmt. Die Grundeinstellungen beider Standpunkte haben insofern viele Ähnlichkeiten, unterscheiden sich aber in diesem letzten Punkt.

6.2 Schwere Geburt bei lebender Mutter und bereits verstorbenem Kind

Im Fall der schweren Geburt, wenn die Geburt nicht auf natürliche Weise erfolgen kann, andere Entbindungsverfahren über die natürlichen Geburtswege wie z. B. Zange oder Wendung nicht zur Beendigung der Geburt führen und die Mutter am Leben, ihr Kind dagegen bereits sicher verstorben ist, befürwortet Düntzer die Embryotomie. Für Düntzer darf auf ein totes Kind keine Rücksicht mehr genommen werden. Die Erhaltung des Lebens der Schwangeren steht im Vordergrund, und für die Rettung ihres Lebens muss alles unternommen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, hat der Geburtshelfer laut Düntzer das für die Gravida sicherste Verfahren zu wählen, welches er in der Embryotomie sieht.

Die katholische Lehrmeinung am Anfang des 19. Jahrhunderts erlaubt wie auch Düntzer die Embryotomie am bereits verstorbenen Kind.⁵⁷⁸ Auch für sie hat in dieser Lage das Leben der Mutter höchste Priorität.

Düntzer führt bei seinen Erläuterungen noch den Sonderfall eines verengten Beckens an. Ist das Becken der Mutter nämlich kleiner oder gleich $2\frac{1}{2}$ Zoll⁵⁷⁹ Conjugata, kann der Geburtshelfer aus Platzmangel weder die Embryotomie noch ein anderes Entbindungsverfahren über die natürlichen Geburtswege anwenden. Dem Arzt steht somit nur noch der Kaiserschnitt als Mittel zur Verfügung. Die Schwangere wird durch das Entbindungsverfahren einer großen Gefahr für ihr Leben ausgesetzt, erhält aber durch diese Methode zumindest die geringe Chance, die Geburt überhaupt zu überleben.

⁵⁷⁸ Siehe Kapitel 5.2.3

⁵⁷⁹ $2\frac{1}{2}$ Zoll = 65,804 mm = 6,5804 cm; siehe Kapitel 4.1.2

Auf diesen Sonderfall, sowie auf andere konkrete einzelne Situationen geht die Diskussion der katholischen Kirche nicht näher ein. Die Sachlage wird von kirchlicher Seite nur auf theoretischer Ebene erörtert, und praxisbezogene Überlegungen (wie Beckengröße) bleiben außer acht. Düntzer hingegen bezieht seine praktische Erfahrung mit ein und versucht eine für das gedankliche Konstrukt taugliche Lösung zu finden, die alle Eventualitäten mit einbezieht.

6.3 Schwere Geburt bei unsicher lebendem Kind

Düntzer hält bei der Gegebenheit einer schweren Geburt⁵⁸⁰ bei lebender Mutter, aber unsicher lebendem Kind die Embryotomie für das zu wählende Entbindungsmittel. Für ihn bietet „nur die notorische Gewissheit des Lebens die Anzeige zum Kaiserschnitte“.⁵⁸¹ Da aufgrund des unsicheren Zustandes des Feten nicht für dessen Rettung garantiert werden kann und die Sectio caesarea ein großes Risiko für das Leben der Gravida bedeutet, birgt dieser Weg die Gefahr, beide zu verlieren. Dagegen kann bei der Embryotomie der Arzt die Schwangere mit großer Sicherheit vor dem Tod bewahren. Düntzer nimmt damit zwar den sicheren Tod des Kindes in Kauf, rettet aber gleichzeitig das Leben der Mutter. Er favorisiert diese Vorgehensweise auch deshalb, weil durch die Embryotomie die Gefahr, dass die Gravida ebenfalls verstirbt, viel unwahrscheinlicher ist als die Möglichkeit, durch den Kaiserschnitt beide zu verlieren.

Die kirchliche Lehrmeinung weicht hier deutlich von Düntzers ab. Für die katholische Kirche des 19. Jahrhunderts ist die Tötung eines Menschen unter keinen Umständen gestattet. Der Geburtshelfer würde damit gegen eines der Zehn Gebote („Du sollst nicht morden“⁵⁸²) verstoßen, womit die Embryotomie ausscheidet. Das unsicher lebende Kind soll aus kirchlicher Sicht des 19. Jahrhunderts wie ein sicher lebendes behandelt werden.⁵⁸³ Aus diesem Grund favorisiert die katholische Kirche zu Beginn des 19. Jahrhunderts den Kaiserschnitt, da dieser für beide die Chance beinhaltet zu überleben.

Die theologische Stellung orientiert sich bei ihrer Entscheidung an ethischen Normen, womit sie allerdings erneut zu theoretisch bleibt.

⁵⁸⁰ Siehe Kapitel 6.2

⁵⁸¹ Vgl. Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 29

⁵⁸² Siehe Kapitel 5.2.3.1

⁵⁸³ Siehe Kapitel 5.2.4

Düntzer hingegen sieht die Lage pragmatischer und wägt die Wahrscheinlichkeit der Erhaltung von Leben gegeneinander ab. Er wählt damit einen praxisnahen Weg, der sich am Outcome der Entbindungsmethoden orientiert.

Interessant an Düntzers Entscheidung ist auch die Tatsache, dass er damit gegen seine eigenen Prinzipien verstößt. Er opfert den einen zum Vorzug des anderen. Seinem Grundsatz folgend müsste er sich eigentlich der katholischen Lehrmeinung anschließen, beruft sich allerdings darauf, dass „nur die notorische Gewissheit des Lebens die Anzeige zum Kaiserschnitte“⁵⁸⁴ gibt. Da das Leben des Kindes nicht mit Sicherheit feststeht, verwirft er die Sectio caesarea. Ebenso erstaunlich ist seine Haltung unter Berücksichtigung seiner extremen Abneigung gegenüber der Embryotomie bei einem sicher lebenden Feten. Bei dieser Sachlage kritisiert er die Kollegen, welche die Embryotomie erlauben, deutlich und bezeichnet diese Handlung sogar als „Mordattentat“.⁵⁸⁵ Die Abweichung von seinen Maximen kann als Versuch verstanden werden, einen anwendbaren Handlungsweg für Geburtshelfer finden zu wollen, der auch in Realität durchführbar ist. Die quantitativen Aspekte, die er in seine Entscheidung miteinbezieht, zeigen seinen wissenschaftlichen Ansatz bei der Lösung des Problems der schweren Geburt.

6.4 Schwere Geburt bei sicher lebendem Kind und sicher lebender Mutter

Bei der Konstellation der schweren Geburt, bei der die Geburt nicht auf natürliche Weise erfolgen kann, andere Entbindungsverfahren über den natürlichen Geburtsweg nicht zur Beendigung der Geburt führen und Mutter und Kind am Leben sind, plädiert Düntzer für die Entbindung mittels Kaiserschnitt. Er wählt die Sectio caesarea als Entbindungsmethode, denn durch diese besteht die Aussicht, das Leben der Kreißenden und des Ungeborenen zu erhalten. Dies gilt für ihn aber nur unter der Voraussetzung, dass die Gebärende die Möglichkeit hat, den Eingriff zu überleben. In dieser Situation teilt auch die katholische Kirche seine Meinung. Sie ist wie Düntzer für den Kaiserschnitt an der lebenden Schwangeren, wenn das Kind lebt und die Mutter die Chance hat, den Eingriff zu überleben.

Aus heutiger Sicht bleibt es allerdings zweifelhaft, ob die Gravida überhaupt die Möglichkeit hatte, die Sectio caesarea zu überleben. Damals wurde die Operation nicht unter sterilen Bedingungen durchgeführt, arterielle Blutungen konnten nicht gestillt werden, die

⁵⁸⁴ Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 29

⁵⁸⁵ Ebd., S. 19

Uterusnaht war bisher noch nicht gebräuchlich und Antibiotika oder dergleichen existierten ebenfalls nicht.

Düntzer nimmt in seinem 1842 veröffentlichten Text, um den Wert der Sectio caesarea darzustellen, Bezug auf die statistische Zusammenfassung von *Michaelis* aus dem Jahr 1833. Dieser nimmt laut Düntzer ein Verhältnis von fünf am Kaiserschnitt verstorbenen zu vier geretteten Schwangeren an. Durch diese positive Bewertung des Ausganges ist die Sectio caesarea für Düntzer vertretbar.

Betrachtet man die Lage aus heutiger Sicht, so schätzt Düntzer die Quelle von *Michaelis* zu hoch ein. Er hätte die Angaben differenzierter bewerten sollen, bevor er sich bei seiner Argumentation auf diese stützte. *Michaelis* Statistik betrachtet 258 Fälle von Kaiserschnitten,⁵⁸⁶ woraus ein Verhältnis von 54 % gestorbenen zu 45 % geretteten Schwangeren resultiert.⁵⁸⁷ Dies bedeutet, dass weniger als die Hälfte der Schwangeren den Eingriff überhaupt überlebt. Andere Statistiken aus dieser Zeit zeigen schlechtere Ergebnisse, indem die Wahrscheinlichkeit für die Gravida den Eingriff zu überleben nur noch bei 36 % liegt, (*Kayser*).⁵⁸⁸ Noch ungünstigere Resultate weist die separate Betrachtung der von *Kayser* mit aufgeführten Daten aus den Gebäranstalten Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts auf. Die Mortalität der Mütter beträgt in diesen Zusammenstellungen sogar 79 %, ⁵⁸⁹ woraus eine Überlebensrate für die Mutter von nur 21 % resultiert und das Verhältnis von Überleben zu Tod auf eins zu fünf fällt.

Die gesonderte Betrachtung der Zahlen aus den Gebäranstalten liefert aus heutiger Sicht die realistischsten Angaben über die Mortalitätsrate der Mütter, da sie auf ihre eigenen Daten zurückgreifen konnten und keine fremden verwenden musste. Im Gegensatz dazu stützen sich die Statistiken von *Michaelis* bzw. *Kayser* auf in der Literatur verzeichnete Berichte. Bei den Überlieferungen ist allerdings entgegen Düntzers Schlussfolgerung anzunehmen, dass die Geburtshelfer tendenziell positive Ausgänge mit größerer Wahrscheinlichkeit propagiert haben, um ihr Ansehen nicht zu schädigen, als negative und so von den positiven Ausgängen mehr verzeichnet sind als von den negativen. Dadurch wird das Verhältnis der glücklich ausgegangenen zu den unglücklichen verfälscht.

Düntzer greift in seinem Text nicht auf *Kayser* als Quelle für Aufzählungen zur Sectio caesarea zurück und nennt in diesem Zusammenhang nur *Michaelis*. Da *Kaysers* Aufzählung

⁵⁸⁶ Fasbender: Geschichte der Geburtshilfe, S. 997

⁵⁸⁷ Siehe Kapitel 2.3.1

⁵⁸⁸ Siehe Kapitel 2.3.1

⁵⁸⁹ Vgl. ebd., S. 997

erst ein Jahr vor Düntzers Werk erschienen ist, ist anzunehmen, dass Düntzer seine Statistik wahrscheinlich noch nicht kannte. Ob er ansonsten die Gefahr der Sectio caesarea für die lebende Schwangere unter Berücksichtigung von *Kaysers* Aufzählung anders beurteilt hätte, bleibt offen.

Neben der Mortalität für Schwangere bei der Sectio caesarea führt *Kayser* noch die Sterberate für Kinder bei dieser Entbindungsmethode an der Lebenden auf. Diese beträgt 30 %.⁵⁹⁰ Auch hier ist anzunehmen, dass die tatsächliche Zahl höher liegt, da die schlecht ausgegangenen Fälle im Verhältnis zu den positiv ausgegangenen vermutlich weniger oft berichtet wurden.

Sachlich betrachtet ist die Mehrzahl der Gebärenden am Kaiserschnitt verstorben, und nur 2/3 der Kinder konnten lebend geboren werden. Diese glaubhaften Fakten hätten die Zustimmung zum Kaiserschnitt an der Lebenden sowohl von Seiten der katholischen Kirche als auch von Düntzer⁵⁹¹ verringern sollen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass brauchbare Alternativen zur Sectio caesarea fehlten, mit deren Durchführung beide sicher gerettet werden konnten.

Im Kontext der schweren Geburt bei lebender Gravida und lebendem Kind betrachtet Düntzer noch einen weiteren Aspekt. Er beschäftigt sich mit dem Problem der Weigerung der Kreißenden, den Kaiserschnitt durchführen zu lassen. Bei Weigerung der Schwangeren entsteht für ihn keine Indikation für die Perforation, da durch die Weigerung die Perforation nicht gerechtfertigt wird. Andererseits ist nach Düntzer der Arzt ebenso wenig dazu berechtigt, die Sectio caesarea gegen den Willen der Gebärenden durchzuführen. Dies gebieten für ihn „Humanität und Achtung für Menschenrechte“.⁵⁹² Mit diesem Gedanken hebt sich Düntzer stark von der katholischen Lehrmeinung ab und betrachtet das Thema von einem modernen, in der heutigen Gesellschaft verankerten Standpunkt aus. Düntzer entscheidet sich unter den obigen Gegebenheiten und unter der Annahme des Rechts auf Selbstbestimmung der Gravida dafür, die Kreißende zu verlassen und abzuwarten, bis einer der beiden gestorben ist und sich dadurch eine neue Situation ergibt. Er hofft jedoch, die Frau durch die Androhung

⁵⁹⁰ Ebd., S. 996 f., Fußnote 11)

⁵⁹¹ Dies wird Düntzer auch von seinem Kollegen Ebert vorgeworfen, dieser findet, dass Düntzer die Quelle von Michaelis nicht differenziert genug betrachtet und sich bei seiner Argumentation im Kontext der schweren Geburt auf die unseriösen Fakten von Michaelis stützt und damit ein zu positives Risiko für das mütterliche Überleben beim Kaiserschnitt annimmt.; siehe Kapitel 3.3, siehe Ebert: Literatur. Die Kompetenz des Geburtshelfers

⁵⁹² Düntzer: Die Kompetenz des Geburtshelfers, S. 41

des Verlassens zum Umstimmen zu bewegen und mit ihrer Erlaubnis den Kaiserschnitt doch durchführen zu können.⁵⁹³ Auf diesen Aspekt nimmt die Diskussion der katholischen Kirche keinen Bezug. Düntzers Ansatz wirkt hier wieder praxisnäher als der kirchliche.

Im Fall der schweren Geburt bei lebendem Kind, wenn die Mutter nicht die Möglichkeit hat, die Sectio caesarea zu überleben, unterscheiden sich die Lehrmeinungen deutlich. Düntzer favorisiert erneut die Embryotomie, wohingegen die katholische Kirche den Geburtshelfer weder berechtigt sieht, die Embryotomie noch den Kaiserschnitt durchzuführen. Der entbindende Arzt hat aus katholischer Sicht des 19. Jahrhunderts nicht das Recht, einen von beiden zu Gunsten des anderen zu töten. Der Arzt kann die Gebärende nur verlassen und abwarten, bis einer von beiden gestorben ist und sich dadurch für ihn eine neue Situation ergibt. Entweder ist die Kreißende gestorben und der Geburtshelfer kann ohne Bedenken den Kaiserschnitt an der Toten durchführen, um damit wenigstens noch das Leben des Kindes erhalten. Oder das Kind ist gestorben und er kann die Embryotomie zur Rettung des Lebens der Mutter durchführen, ohne die Schuld der Tötung des Fötus auf sich nehmen zu müssen. Der Geburtshelfer ist aus kirchlicher Sicht nicht berechtigt zu entscheiden, wessen Leben mehr Wert besitzt und deshalb gesichert werden soll. Diese Entscheidung liegt bei Gott.

Bei der Betrachtung von Düntzers Handlungsmaxime aus kirchlicher Perspektive verwundert dessen Ansicht, das Kind für die Mutter zu opfern. Aus theologischer Sicht wirkt es sogar eher gerechtfertigt, die Gravida für das Ungeborene zu opfern, da dieses noch nicht getauft ist und der Fötus durch seinen Tod das Seelenheil verliert, wohingegen die Schwangere getauft ist und ihr Seelenheil nicht verliert, wenn sie stirbt. Die jenseitige Existenz des Ungeborenen scheint vom theologischen Standpunkt aus eigentlich mehr gefährdet zu sein, als die der Mutter. Dennoch gestattet die katholische Kirche auch in diesem Fall nicht die Tötung des einen zu Gunsten des anderen.

Die Handlungsanweisung der katholischen Kirche aus dem Blickfeld des Geburtshelfers wirkt vom medizinischen Standpunkt gesehen unmenschlich. Der entbindende Arzt soll weggehen, und beide immer schwächer werden lassen, bis schließlich einer von beiden dem Tod erliegt. Dann erst darf er agieren und kann versuchen, dem anderen Geschwächten noch zu helfen, was nicht sicher gelingt und die Chance, wenigstens ein Leben zu retten, weiter verschlechtert.

Düntzers Grundsätzen folgend müsste er eigentlich dieselbe Handlungsvorgabe geben wie die Kirche, zumal er im vorherigen Fall bei Weigerung der Schwangeren für das Verlassen

⁵⁹³ Vgl. ebd., S. 46

derselben plädiert. Dennoch verstößt er mit seinem Lösungsweg gegen seine Grundsätze. Er wählt damit aber einen für den Geburtshelfer realisierbaren Weg, der es dem Arzt ermöglicht, in der prekären Situation wenigstens ein Leben zu sichern und nicht hilflos zusehen zu müssen, um am Ende durch das Nichtstun beide zu verlieren.

Darüber hinaus tritt ein weiterer Sonderfall in diesem Kontext in Düntzers Überlegungen auf: Das Problem der Einkeilung des kindlichen Kopfes im Becken der Mutter. Ist der Kopf eingeklemt, kann das Kind weder durch die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg noch durch den Kaiserschnitt entbunden werden. Da keine der Methoden zum Ziel führt und das Ungeborene nicht gerettet werden kann, hat für Düntzer der Geburtshelfer das Recht, die Embryotomie durchzuführen, auch wenn das Kind noch lebt. Ohne diese Handlung würde der entbindende Arzt das Leben von beiden einbüßen.

Auf dieses praktische Problem geht die Diskussion der katholischen Kirche ebenfalls nicht konkret ein. Anzunehmen ist, dass sie bei dieser Sachlage dazu tendiert abzuwarten, bis der Fötus sicher verstorben ist, um dann erst die Perforation zu erlauben.

6.5 Die Schwangere ist bereits gestorben, ihr Kind lebt

Ist die Schwangere bereits verstorben, ihr Kind aber noch am Leben, dann steht der Geburtshelfer in der Pflicht, den Fötus vor dem Tod zu bewahren. Düntzer gibt in diesem Kontext keine einheitliche Handlungsanweisung vor. Ob der Kaiserschnitt oder die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg erfolgen soll, hängt von der individuellen Geburtssituation ab. Ist z. B. die Gravida während der Zangenoperation gestorben, soll der Geburtshelfer die Operation zu Ende führen.⁵⁹⁴ Das Accouchement forcé ist für ihn in diesem Zusammenhang aussichtsreicher, als die Operationsmethode zu unterbrechen und eine Sectio caesarea auszuführen. In seinem Gesetzentwurf für die Entbindung verstorbener Schwangerer gibt Düntzer weitere Beispiele, in denen er die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg bei einer verstorbenen Gravida favorisiert,⁵⁹⁵ aber auch Beispiele, in denen er den Kaiserschnitt⁵⁹⁶ als das Mittel der Wahl ansieht. Durch die Untergliederung des Szenarios (tote Schwangere und lebendes Kind) in einzelne untergeordnete Situationen mit den jeweiligen Lösungswegen beweist Düntzer seinen praktischen Bezug. Er versucht mit Hilfe seiner Schrift ein für den

⁵⁹⁴ Siehe Kapitel 4.2.6.7

⁵⁹⁵ Siehe Kapitel 4.2.6.7 A

⁵⁹⁶ Siehe Kapitel 4.2.6.7 B

Geburtshelfer anwendbares Schema zu entwickeln, welches in heiklen Lagen eine konkrete Lösung aufzeigt.

Die kirchliche Lehrmeinung des 19. Jahrhunderts bevorzugt bei den oben beschriebenen Gegebenheiten die Entbindung mittels Kaiserschnitt. Sie beschäftigt sich nicht mit den einzelnen unterschiedlichen Aspekten, die diese Konstellation zu keiner einheitlichen macht, sondern betrachtet nur die verallgemeinerte Sachlage. Die Hauptdiskussion in den katholischen Schriften kreist um die Problematik der Beseelung des Kindes und den Zeitpunkt, ab welchem Schwangerschaftsmonat eine tote Schwangere entbunden werden soll. Hier macht die katholische Lehre nur in Bezug auf die Beseelung eine klare Angabe. Für sie gilt der Fötus von dem Moment der Erzeugung an als beseelt. Wird er nicht entbunden und getauft, verliert er sein Seelenheil. Demzufolge müssten eigentlich alle Früchte entbunden und getauft werden, unabhängig von ihrem Alter. Dieses Dilemma der Kirche spiegelt sich in den unterschiedlichen und ungenauen Angaben der einzelnen kirchlichen Vertreter⁵⁹⁷ bezüglich des Zeitpunktes für die Entbindung einer toten Schwangeren wider. Übereinstimmend legen sie keine klare Zeitangabe fest und formulieren ihre Aussagen über das Unterlassen der Entbindung unpräzise. So kommen die Verfasser nicht mit dem Glauben in Konflikt. Für *Cangiamila* darf z. B. der Kaiserschnitt ab dem 40. Schwangerschaftstag nicht mehr unterlassen werden.⁵⁹⁸ Er grenzt aber mit seiner Aussage die Zeit vor dem 40. Tag nicht aus, sondern sagt nur, dass die *Sectio caesarea* nach diesem Zeitpunkt nicht unterlassen werden darf. Mit dieser Angabe kommt er nicht mit den katholischen Dogmen in Konflikt, gibt aber auch keine praktikable Lösung an.

Diese Schwierigkeit fließt auch in Düntzers Überlegungen mit ein. Er setzt in seinem 1845 erschienen Text den Zeitpunkt für die Entbindung einer toten Schwangeren auf die 28. Schwangerschaftswoche.⁵⁹⁹ Für ihn ist das entscheidende Kriterium für die Entbindung die Lebensfähigkeit der Frucht über den Tod der Mutter hinaus und nicht der Augenblick der Beseelung. Unter Berücksichtigung der katholischen Haltung, die sich nicht sicher auf eine Schwelle festlegt, erstaunt Düntzers klare Zeitangabe, da er sich auch als Katholik⁶⁰⁰ verstand. An späterer Stelle revidiert Düntzer seine strikte Anweisung und räumt in zweifelhaften Fällen, in denen die Schwangerschaftszeit nicht eindeutig ermittelbar ist oder in denen die

⁵⁹⁷ Siehe Kapitel 5.2.1.2

⁵⁹⁸ Siehe Kapitel 5.2.1.2

⁵⁹⁹ Siehe Kapitel 4.2.6.6

⁶⁰⁰ Siehe Kapitel 3.1

Zeichen der Gravidität uneinheitlich sind, dem Geburtshelfer das Recht ein, die Schwangere auch zu einem vielleicht noch früheren Schwangerschaftszeitpunkt zu entbinden.

Düntzers Angabe im Vergleich zur Haltung der katholischen Kirche wirkt als tauglichere Handlungsmaxime für den Geburtshelfer. Die kirchliche Position dagegen versucht, mit ihrer Handlungsvorgabe offen zu bleiben, um nicht gegen ihre Dogmen zu verstoßen, womit allerdings die Nützlichkeit der Angabe verloren geht.

Düntzers einfache, praktisch orientierte Denkweise zeigt sich auch an anderer Stelle. So diskutiert er im 1845 erschienenen Text den Grund, warum das Kind über den Tod der Mutter hinaus im Uterus weiter leben kann. Dazu erläutert er unterschiedliche Auffassungen von verschiedenen Kollegen und analysiert deren Glaubhaftigkeit. Am Schluss der Untersuchung kommt er zwar zu keinem genauen Ergebnis, warum das Kind weiter leben kann; allerdings erscheint es für ihn unerheblich, da es praktisch nicht wichtig sei, den genauen Grund für das Weiterleben zu kennen, sondern das Weiterleben des Kindes zu akzeptieren und deshalb zu handeln.⁶⁰¹ Die Einbeziehung der Vorstellungen seiner Kollegen in die eigenen Überlegungen verdeutlicht erneut seinen wissenschaftlichen Impetus. Daneben zeigt das abschließende Resümee auch seine Bemühungen, eine für die praktische Arbeit sinnvolle und taugliche Lösung zu finden.

Angesichts der unzureichenden Möglichkeit der Todesfeststellung und der verstrichenen Zeit bis zur Todesfeststellung erscheint aus heutiger Sicht die realistische Rettung des Kindes unwahrscheinlich. Düntzer beruft sich bei seinem Plädoyer für die Sectio caesarea an der Toten auf die Aufzählung einzelner Kollegen, die über Ergebnisse mit glücklichem Ausgang berichtet haben. Die Durchführung des Kaiserschnitts und die große Hoffnung in diesen wirken wie ein verzweifelter Versuch, der Situation Herr zu werden und in dieser Unwissenheit doch irgendwie das Kind zu retten.

6.6 Die Schwangere ist tot, der Zustand des Kindes ist ungewiss oder es ist tot

Ist die Schwangere bereits verstorben und kann der Zustand des Kindes nicht genau bestimmt werden, plädiert Düntzer dafür, dass Ungeborene wie ein Lebendes zu behandeln. Die katholische Lehrmeinung Anfang des 19. Jahrhunderts ist derselben Ansicht und verweist auf die Handlungsmaxime beim lebenden Kind.⁶⁰²

⁶⁰¹ Vgl. Düntzer: Die Entbindung, S. 3 ff.

⁶⁰² Siehe Kapitel 6.5

Sind Mutter und Kind bereits verstorben, gehen die Meinung der katholischen Kirche und Düntzers konform. Die Schwangere soll nicht entbunden werden.

6.7 Der Zustand der Schwangeren ist ungewiss, ihr Kind lebt, ist tot oder sein Zustand ist ungewiss

In der Situation, in welcher der Zustand der Schwangeren nicht sicher feststellbar, ihr Kind im Uterus aber sicher am Leben ist, hält Düntzer den Kaiserschnitt als Entbindungsmethode für unzulässig. Für ihn ist diese Entbindungsmethode schon an einer geschwächten Schwangeren grundsätzlich nicht vertretbar, da diese den Eingriff aufgrund ihres körperlichen Zustandes nicht überleben kann. Da eine „schwach Lebende und eine ungewiss Todte [...] aber [...] wahrscheinlich als gleichbedeutend zu erachten“⁶⁰³ sind, ist die Sectio caesarea an der Scheintoten ebenfalls nicht gestattet. Allerdings führt Düntzer spezielle Situationen wie z. B. ein Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und Becken der Mutter an, die trotz des unwahrscheinlichen Überlebens der Kreißenden als einzigen Ausweg zur Beendigung der Geburt den Kaiserschnitt bedingen. Abgesehen von dieser besonderen Konstellation zeichnet sich keine einheitliche Vorgabe in Düntzers Texten ab. In der 1842 geschriebenen Abhandlung gestattet Düntzer die Embryotomie bei einer geschwächten Schwangeren unabhängig vom Zustand des Kindes.⁶⁰⁴ Im 1845 erschienenen Werk nimmt er auf die Embryotomie keinen Bezug mehr, sondern favorisiert das Accouchement forcé als die ultimative Lösung. Ist die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg nicht möglich, so soll laut seinem Gesetzentwurf der Kaiserschnitt ausgeführt werden.⁶⁰⁵ Dies steht jedoch im Widerspruch zur Aussage im 1842 erschienenen Text. Die unterlassene Diskussion über die Embryotomie im 1845 erschienenen Werk hängt wahrscheinlich mit dem Kontext der Abfassung zusammen, welcher die Entbindung verstorbener Schwangerer darlegt. In diesem Zusammenhang ist die Debatte über die Embryotomie unsinnig und entfällt wahrscheinlich genau aus diesem Grund.

Um das Dilemma der sicheren Todesfeststellung und damit die problematische Situation des Scheintodes auszuschließen und dann einen klaren Handlungsweg einschlagen zu können, stellt Düntzer in der 1845 veröffentlichten Schrift Kriterien zur Todesfeststellung der

⁶⁰³ Düntzer: Die Entbindung, S. 19

⁶⁰⁴ Siehe Kapitel 4.1.5.1

⁶⁰⁵ Siehe Kapitel 4.2.6

Schwangeren⁶⁰⁶ auf. Mit Hilfe dieser Kriterien will er die Problematik des Scheintodes eingrenzen und dem Geburtshelfer Richtlinien geben, mit denen dieser die Sachlage eindeutiger einschätzen kann. Aus demselben Grund führt er auch die Kriterien zur Todesfeststellung des Kindes⁶⁰⁷ auf. Diese sollen gleichfalls helfen, die Unsicherheit weiter einzudämmen und den Arzt aus dieser Schwierigkeit zu befreien. Aus heutiger Perspektive bleibt aber die wirkliche Nützlichkeit der Kriterien fraglich, da die Zeitspanne bei wirklich eingetretenem Tod der Mutter bis zur durchgeführten Entbindung des Kindes aus heutiger Sicht relativ lang war. Zuerst mussten die Todesfeststellungskriterien an der Schwangeren überprüft werden; trafen diese zu, durfte anschließend die Sectio caesarea ausgeübt werden. Dies wird sich wahrscheinlich auf eine Zeitspanne von mehreren Minuten bis einer halben Stunde belaufen haben, wodurch es die verstrichene Zeit unwahrscheinlich macht, dass das Kind trotz des Kaiserschnittes eine Überlebenschance hatte. Aber auch die unsicheren Methoden zur Feststellung des Todes des Kindes, die Düntzer zwar versucht zu präzisieren, lassen starke Zweifel aufkommen, dass der Arzt wirklich wusste, in welchem Zustand sich das Kind befand. Düntzer versucht trotzdem mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln, eine möglichst genaue Diagnostik durchzuführen.

Auch kirchliche Vertreter geben einzelne Kriterien an, mit Hilfe derer der Scheintod vom wirklichen Tod unterschieden werden soll, so z. B. der katholische Pfarrer *Britzger* in seinem „Handbuch“ von 1859 oder der praktische Arzt *Macher* in seiner „Pastoral-Heilkunde“ von 1838. Allerdings werden die Kriterien nicht immer in direktem Zusammenhang mit der geburtshilflichen Problematik besprochen, sondern in manchen Texten in anderen Kapiteln abgehandelt. Bei dem Wiener Geburtshelfer *Crantz* findet auch die Debatte um den Zustand des Kindes Einzug in seine Schriften, während die Autoren in anderen Werken nicht näher auf die Bestimmung des Todes eingehen. Die unterschiedlichen Angaben sowie das Fehlen der Kriterien zeigen die in der Literatur herrschende Unsicherheit über die exakte Bestimmung des Todes.

Die katholische Diskussion bietet auf diesem Gebiet keine einheitliche Lösung. Im Gegensatz dazu wirken Düntzers genaue Angaben für die Bestimmung des Todes der Schwangeren bzw. des Zustandes des Feten als konkreter Versuch, die herrschende Uneinigkeit zu beheben und dem Geburtshelfer ein Handlungsschema an die Hand zu geben, nach welchem er sich richten kann.

⁶⁰⁶ Siehe Kapitel 4.2.6.2

⁶⁰⁷ Siehe Kapitel 4.2.6.5

Die katholische Lehrmeinung betrachtet die Embryotomie bei unsicher lebender Mutter und totem Kind als zulässig, weicht jedoch bei lebendem oder ungewiss lebendem Kind deutlich von Düntzers Lehrmeinung ab. Nach der katholischen Handlungsmaxime darf der Geburtshelfer keinen von beiden zu Gunsten des anderen töten;⁶⁰⁸ ihm stehen weder die Embryotomie noch die Sectio caesarea als Verfahren zur Verfügung. Der Geburtshelfer kann aus kirchlicher Sicht des 19. Jahrhunderts nur die Schwangere unentbunden verlassen und abwarten, bis einer von beiden mit Sicherheit verstorben ist. Dann kann der Arzt den noch Lebenden versuchen zu retten. Diese Handlungsvorgabe scheint aus Sicht des Geburtshelfers grausam, legt aber die Entscheidung, wer gerettet werden kann, in Gottes Hände. Für den Arzt bedeutet dies allerdings, dass er die Gravida und die Angehörigen ihrem Schicksal überlassen muss. Die praktische Umsetzung dieser Richtlinie wirkt aus heutiger Sicht unmenschlich und lässt den Geburtshelfer mit der Problematik alleine.

Düntzer hingegen versucht in seinen beiden Texten, die Situation genauer zu betrachten. So dienen z. B. die Todesfeststellungskriterien einer Verringerung der Unsicherheit des entbindenden Arztes, um die Lage besser einschätzen, die wirklich kritischen Fälle weiter eingrenzen und den richtigen Weg einschlagen zu können.

6.8 Sonstiges

In Düntzers Werk „Die Entbindung verstorbener Schwangeren in geburtshülflicher und forensischer Beziehung“ aus dem Jahr 1845 tritt das Accouchement forcé neben dem Kaiserschnitt als Entbindungsmethode in den Vordergrund. Die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg hatte er im 1842 geschriebenen Werk „Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod“ noch nicht mit in seine Betrachtungen einbezogen. Es scheint, dass dieses Verfahren in den Jahren nach 1842 für Düntzer in den Vordergrund der geburtshilflichen Operationstechniken rückte, da es als neues Verfahren große Hoffnung bot, um bei schwierigen geburtshilflichen Gegebenheiten Mutter und Kind erhalten zu können. Die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg findet in dieser Epoche auch Einzug in die Betrachtungen der katholischen Kirche des 19. Jahrhunderts. Die kirchliche Debatte beschäftigt sich jedoch nicht so differenziert wie Düntzer mit den unterschiedlichen Entbindungsmethoden und bleibt allgemeiner.

⁶⁰⁸ Siehe Kapitel 6

6.9 Conclusio

Auffallend bei der Darlegung der katholischen Lehrmeinung des 19. Jahrhunderts ist die zentrale Bedeutung der Taufe für die Katholiken. Erst durch die Taufe gelangt das Kind in den Schoß der katholischen Kirche und hat gleichzeitig die Möglichkeit, das Seelenheil zu erlangen. Dieser Aspekt ist für die Kirche der zentrale Punkt, weshalb die Ungeborenen überhaupt entbunden werden sollen. Die Diskussion um die Taufe, die Möglichkeit der intrauterinen Nottaufe, die Taufe von Aborten und Missgeburten etc. nimmt in der katholischen Debatte einen großen Stellenwert ein. Düntzer dagegen greift in seinen Texten die Problematik der Taufe nicht auf. Er erwähnt nur an einer Stelle, dass „in Folge der Lehre der katholischen Kirche, [...] die Taufe zur Seligkeit der Kinder nothwendig sei“⁶⁰⁹ und aus diesem Grund die Entbindung verstorbener Gravida von kirchlicher Seite aus gefördert wird. Er selbst benutzt dieses Argument jedoch nicht, um die Eröffnung toter Schwangerer zu begründen, sondern für ihn ist nur die Rettung eines Lebens entscheidend. In diesem Punkt unterscheiden sich die beiden Meinungen erheblich. Die katholische Handlungsanweisung bleibt durch die Problematik der Taufe oft ungenau, um nicht gegen ihre Dogmen zu verstoßen. Dadurch sind die Vorgaben für den Geburtshelfer oft zu theoretisch und damit praxisfern. Düntzer lässt bei seiner Argumentation die religiösen Aspekte häufig außer Acht und versucht an einigen Stellen, eine an der Arbeit orientierte Lösung zu finden, die jedoch die Glaubensgrundsätze hintenanstellt.

Insgesamt betrachtet nimmt Düntzer im Vergleich mit den kirchlichen Ansätzen bei seinen Lösungswegen viel stärker Bezug auf das Outcome, welches aus dem gewählten Weg resultiert. Dabei orientiert er sich an den praktischen Problemen, welche sich dem Geburtshelfer stellen können, so z. B. die Beckenenge oder die Einkeilung. Anhand dieser praktischen Probleme diskutiert er die einzelnen Handlungsmöglichkeiten und arbeitet ein mit seinen ethischen Vorgaben in Einklang liegendes Ergebnis heraus. Dabei vernachlässigt er zwar manchmal seine definierten Grundeinstellungen, gibt aber in den meisten Fällen klare Handlungsvorgaben an. Die katholische Lehrmeinung dagegen geht nicht auf die einzelnen konkreten Problemstellungen ein, sondern behandelt das ganze Thema vom moralischen Standpunkt aus, der durch die katholischen Glaubensgrundsätze definiert wird und durch den ihre Dogmen praxisfern bleiben. Der praktische Bezug bleibt hier oft unbeachtet und die kirchliche Handlungsmaxime gibt nicht immer eine taugliche, für den Alltag des Geburtshelfers nutzbare Lösung, vor.

⁶⁰⁹ Düntzer: Die Entbindung, S. 1

7 Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation befasst sich mit der Lehrmeinung Ignaz Düntzers im Bezug auf die schwere Geburt.

Düntzer war ein typischer Vertreter der Geburtshilfe des frühen 19. Jahrhunderts. Zunächst studierte er in Bonn Medizin, anschließend in Berlin. Nach dem Studium führte er für einige Zeit in Aachen und später in Köln eine Allgemeinarztpraxis. Beide Praxen liefen gut, und die Bevölkerung hatte wohl Vertrauen in die beruflichen Fähigkeiten von Düntzer. Zeit seines Lebens war er bestrebt, beruflich voran zu kommen; er schaffte jedoch nie einen großen Durchbruch und kann deshalb als Geburtshelfer der zweiten Reihe verstanden werden.

Neben der Arbeit in den Praxen verfasste Düntzer einige wissenschaftliche Werke zu unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen. Sein größtes fachliterarisches Interesse galt allerdings der Geburtshilfe. In diesem Themenkreis schrieb er auch seine beiden größeren Schriften „Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod“ aus dem Jahr 1842 und „Die Entbindung verstorbener Schwangeren in geburtshilflicher und forensischer Beziehung“ aus dem Jahr 1845.

Beide geburtshilflichen Texte werden in dieser Arbeit eingehender analysiert. In den beiden Abhandlungen bespricht Düntzer die Problematik der schweren Geburt. Im 1842 erschienenen Text befasst er sich vorwiegend mit dem Geburtsvorgang bei der lebenden Schwangeren, hingegen im 1845 veröffentlichten Werk an der bereits verstorbenen Gravida.

Düntzer untergliedert die Situation der schweren Geburt in unterschiedliche Konstellationen und versucht in seinen Schriften, ein rational begründetes Handlungsschema für die komplexen Sachlagen herauszuarbeiten. Dieses sollte einem Geburtshelfer in schwierigen geburtshilflichen Lagen einen Weg vorgeben, nach welchem er sich richten konnte.

Düntzers Lehre orientierte sich an den alltäglichen Problemen der Praxis, die in diesem Kontext für den Geburtshelfer auftreten könnten und bezog hierfür auch Erkenntnisse von Kollegen ein; er versuchte damit zu praxisnahen Lösungsansätzen zu kommen.

Zusätzlich legte er seinen Entscheidungen für ein Entbindungsverfahren grundsätzliche Überlegungen zugrunde, und die aufgestellten Lehrsätze sollten für den Arzt verpflichtend sein. Allerdings vernachlässigte Düntzer selbst seine aufgestellten Leitsätze in einigen speziellen Fällen; insbesondere gestattete er die Perforation auch bei noch lebendem Kind bei geschwächter Mutter oder bei unsicher lebendem Kind, obwohl er im allgemeinen ein Befürworter des Kaiserschnitts war. Darüber hinaus erachtete er geburtshilfliches Handeln

erst ab der 28. Schwangerschaftswoche als sinnvoll.

Neben Düntzers Lehrmeinung sind in dieser Studie die Postulate der katholischen Kirche aus dem frühen 19. Jahrhundert bezogen auf die Problematik der schweren Geburt dargestellt worden. Die kirchlichen Haltungen stützten sich ebenso wie Düntzer auf generelle Überlegungen. Diese Grundsätze waren für die Kirche uneingeschränkt bindend, so z. B. das absolute Verbot der Tötung eines Menschen.

Das Handlungsschema der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts erscheint im Vergleich zu Düntzers aus heutiger Sicht oft deutlich praxisferner und eher ideologischen Grundsätzen verpflichtet. Die Ursache dafür liegt darin begründet, dass die Lehren unausweichlich die Werte der katholischen Kirche berücksichtigen mussten. Durch die festen Vorgaben wurde der Spielraum für rationale und fallorientierte Entscheidungen des Geburtshelfers eingeschränkt. Die Angaben blieben dadurch zwar auf moralischer Ebene aus damaliger Sicht mustergültig und gingen mit den Grundsätzen der katholischen Kirche konform; die Tauglichkeit fehlte allerdings bei manchen Vorgaben. Infolgedessen waren die Handlungsmaximen oft unflexibel und realitätsfremd.

Die kirchliche Position und die davon zum Teil abweichende Lehrmeinung Düntzers erstaunen, da Düntzer zum einen seiner geburtshilflichen Lehre ähnliche Grundsätze zugrunde legte wie die katholische Kirche den ihren. Zum anderen betrachtete er sich als Katholik. Wären seine Ansichten an seine Glaubensrichtung völlig adaptiert gewesen, hätte er dieselben Lösungswege wie die katholische Kirche favorisieren müssen. Gerade an den unterschiedlichen Handlungsumsetzungen der beiden Standpunkte verdeutlicht sich der praktische Ansatz Düntzers und die theoretische Betrachtungsweise der katholischen Lehre. Düntzer versuchte mit Hilfe seiner Werke ein durchführbares Schema zu erarbeiten, das in schwierigen Geburtsfällen eine Lösung bot und sich in vielen Fällen an der Meinung der Kirche orientierte.

In einzelnen Punkten steht der katholische Arzt Düntzer in der preußischen Provinz mit seinen Lehren im Dissens zu den Dogmen der römisch-katholischen Kirche, und der später folgende Konflikt zwischen Wissenschaft und Glauben wird hier vorweggenommen.

Das historische Dilemma zwischen Kaiserschnitt versus Embryotomie ist heute weitgehend obsolet, aber der Konflikt zwischen Recht und Moral ist auch heute noch ein aktuelles Problem in der Geburtshilfe. So bestehen widersprüchliche Intentionen zwischen der Berufspflicht des Arztes, den juristischen Vorgaben und der Autonomie der Schwangeren, insbesondere im Zusammenhang mit der Rettung von Frühgeborenen um jeden Preis mit allen technisch möglichen Mitteln und andererseits der immer noch häufigen Nachfrage nach

Abtreibung.

8 Literaturverzeichnis

1. Académie des sciences (Paris): Index biographique de l'Académie des sciences du 22 décembre 1666 au 1er octobre 1978 et Supplément 1978-1993, 2 vols, Paris 1979-1994
2. Allgemeine Deutsche Biographie, 56 Bände, Leipzig 1875 - 1912
3. Allgemeines Gelehrten-Lexicon: Fortsetzung und Ergänzungen zu Christian Gottlieb Jöchers allgemeinem Gelehrten-Lexico, worin die Schriftsteller aller Stände nach ihren vornehmsten Lebensumständen und Schriften beschrieben werden, von Johann Christoph Adelung, (Band 3 – 6) von Heinrich Wilhelm Rotermund, (Band 7) von Otto Günther, 7 Bände, Leipzig 1784 – 1897
4. Allgemeine Hebammen=Verordnung an die sämtliche Aemter des Hochstifts Augsburg, 1778, Instruction für die Hebammen in dem Hochstift Augsburg, 1)
5. Ashford, Janet Isaacs: A History of Accouchement Forcé: 1550 – 1985, Birth 13, 4 December 1986
6. Baader, Clemens Alois: Lexikon verstorbener baierischer Schriftsteller des achtzehnten und neunzehnten Jahrhunderts, 2 Bände, Augsburg, Jenisch und Stage 1824 -1825
7. Beauchampe, Alphonse de et Psaume, Étienne: Biographie moderne : ou Galerie historique, civile, militaire, politique et judiciaire contenant les portraits politiques de Français [...] depuis le commencement de la révolution jusqu'à nos jours. - 2e éd., rev., corr. et augm., 3 tomes, Paris 1816
8. Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Herausgeber: August Hirsch; dritte unveränderte Auflage durchgesehen und ergänzt von W. Haberling, F. Hübotter, H. Vierordt, 5 Bände, München und Berlin 1962
9. Bluff, Matthias Joseph: Pastoral=Medizin, Köln 1827

10. Blundell, James: Vorlesungen über Geburtshilfe. Mit Anmerkungen und Erklärungen von Thomas Castle, M. D. F. L. S. Mitglied des Trinity College, Cambridge etc. etc. Deutsch bearbeitet von Dr. Ludwig Calmann, Leipzig 1838

11. Boase, Frederic: Modern English Biography: Containing Many Thousand Concise Memoirs of Persons who Have Died Since the Year 1850, with an Index of the most Interesting Matter, 6 vols, Truro 1892 - 1921

12. Britzger, Franz Xaver: Handbuch der Pastoral-Medizin für Seelsorger auf dem Lande. Mit besonderer Rücksicht auf die in den süddeutschen Statten geltenden Sanitäts-Gesetze und Verordnungen bearbeitet von Dr. Fr. X. Britzger, kath. Pfarrer, Regensburg 1859

13. Callisen, Adolph Carl Peter: Medicinisches Schriftsteller-Lexicon der jetzt lebenden Verfasser, 33 Bände, Copenhagen und Altona 1830 - 1845

14. Czeike, Felix: Historisches Lexikon, Band 5, Wien 1992 - 1997

15. Desessarts, (Nicolas Toussaint Le Moyne): Les Siècles littéraires de la France: ou Nouveau dictionnaire historique, critique, et bibliographique, de tous les écrivains français, morts et vivans, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle/ par N.-L.-M. Desessart., 6 tomes, Paris 1800-1801

16. Düntzer, Ignaz: De delirio tremente, Berolini 1831

17. Düntzer, Ignaz: Vermischtes, 2. Beschreibung eines Monstri, in: Wochenschrift für die gesammte Heilkunde, No.5, 29. Januar 1836, S. 73 - 78

18. Düntzer, Ignaz: Vermischtes, 1. Spätes Zahnen, in: Wochenschrift für die gesammte Heilkunde, No. 13, 30. März 1839, S. 202 – 203

19. Düntzer, Ignaz: Merkwürdige steatomatöse und tuberkulöse Entartung der Gebärmutter, bei gleichzeitiger Schwangerschaft von normaler Dauer, in: Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Band 8, Berlin 1840, S. 219 – 235

20. Düntzer, Ignaz: Regimen sanitatis Salernitanum. Gesundheitsregeln der Salernitanischen Schule. Lateinisch und im Vermaße der Urschrift verdeutscht nebst der Geschichte der Schule, Köln 1841
21. Düntzer, Ignaz: Geburtshülfliche Beobachtungen und Erfahrungen, in: Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Band 11, Berlin 1842, S. 360 – 371
22. Düntzer, Ignaz: Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod, Köln 1842
23. Düntzer, Ignaz: Die Entbindung verstorbener Schwängern in geburtshülflicher und forensischer Beziehung, Köln 1845
24. Ebert: Literatur. Die Kompetenz des Geburtshelfers über Leben und Tod von Dr. Ignaz Düntzer. Köln am Rhein. 1842, in: Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Band 13, Berlin 1843, S. 152 - 160
25. Fasbender, Heinrich: Geschichte der Geburtshilfe, Hildesheim 1964
26. Feist, F. L.: XXIV. Literatur. Die geburtshülflichen Operationen von Dr. Eugen Rosshirt, ordl. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Entbindungsanstalt zu Erlangen, in: Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Band 14, Berlin 1843, S. 458 – 473
27. Froriep, Ludwig Friedrich von: Theoretisch-praktisches Handbuch der Geburtshilfe, zum Gebrauche bei akademischen Vorlesungen und für angehende Geburtshelfer, Weimar 1832
28. Genty, Maurice: Index biographique des membres, des associés et des correspondants de l'Académie de médecine: de 1820 à 1970/ par Maurice Genty; deuxième édition revue et complétée par Geneviève Nicole-Genty et Monique Chapuis, 2. éd., Paris 1972
29. Hamberger, Georg Christoph, Meusel, Johann Georg: Das gelehrte Teutschland: oder Lexikon der jetzt lebenden teutschen Schriftsteller, angefangen von Georg Christoph Hamberger; fortgesetzt von Johann Georg Meusel, 23 Bände, 5. Auflage, Lemgo 1796 – 1834

30. Kilian, Hermann Friedrich: Operationslehre für Geburtshelfer. In zwei Theilen, Bonn 1849, erster Theil: die operative Geburtshülfe

31. Kirchhoff, Theodor: Deutsche Irrenärzte: Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens, 2 Bände, Berlin 1921 – 1924

32. Knapp, Ludwig Karl: Theologie und Geburtshilfe nach F. E. Cangiamila's Sacra Embryologia (Edition Latina, MDCCLXIV), mit aktuellen Bemerkungen, Prag 1908

33. Macher, Mathias: Pastoral-Heilkunde. Eine kurzgefaßte Pastoral-Anthropologie-Diätetik und Medizin für Seelsorger, Leipzig 1838

34. Meissner, Friedrich Ludwig: Hülfswege für den Geburtshelfer in Fällen derartiger Verunstaltungen des mütterlichen Beckens, dass ein reifes Kind unverkleinert nicht hindurch geleitet werden kann, in: Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Im Verein mit der Gesellschaft für Geburthülfe zu Berlin, 11 Band, Berlin 1858, S. 172 – 215

35. Mezler, Franz Xaver: Ueber den Einfluß der Heilkunst auf die praktische Theologie. Ein Beytrag zur Pastoralmedizin, Ulm 1806

36. Neuer Nekrolog der Deutschen, Herausgeber: Friedrich August Schmidt (Jg.1 und 2.), Bernhard Friedrich Voigt (Jg. 3 – 30), Ilmenau 1824 – 1856

37. Österreichisches biographisches Lexikon 1815 – 1950, Leitung: Leo Santifaller, bearbeitet von Eva Obermayer-Marnach, Herausgeber: Österreichische Akademie der Wissenschaften, Graz und Böhlau 1957

38. Osiander, Friedrich Benjamin: Handbuch der Entbindungskunst, 3. Bd., bearbeitet von Johann Friedrich Osiander, Tübingen 1825

39. Pompey, Heinrich: Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge im Selbstverständnis der sogenannten Pastoralmedizin, Freiburg im Breisgau 1968

40. Reinhard, D. Franz Volkmar: System der Christlichen Moral, Wittenberg und Zerbst 1802

41. Sahmland, Irmtraut: Alternativen zum Kaiserschnitt. Medizinhistorische Untersuchung zur Sectio caesarea, Embryotomie, Symphyseotomie und künstlichen Frühgeburt im 18. und 19. Jahrhundert, Giessen 1997

42. Schäfer, Daniel: Geburt aus dem Tod. Der Kaiserschnitt an Verstorbenen in der abendländischen Kultur, Hürtgenwald 1999

43. Schmidt, Carl Christian: Encyklopädie der gesammten Medicin, im Vereine mit mehreren Aerzten, 6 Bände, Leipzig 1841 - 1842

44. Schreger, Christian Heinrich Theodor: Handbuch der Pastoral-Medizin für christliche Seelsorger, Halle 1823

45. Schulz, Stefan: Die schwere Geburt als moralisches Problem. Das Denkkollektiv der Wiener Geburtshelfer 1754 – 1838, Salzgitter 2000

46. Verfasser unbekannt: Ergebnisse der neusten Journalistik im Gebiete der Geburtshülfe, Frauenzimmer- u. Kinderkrankheiten im Jahre 1839, in: Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Band 11, Berlin 1842, S. 115 – 152

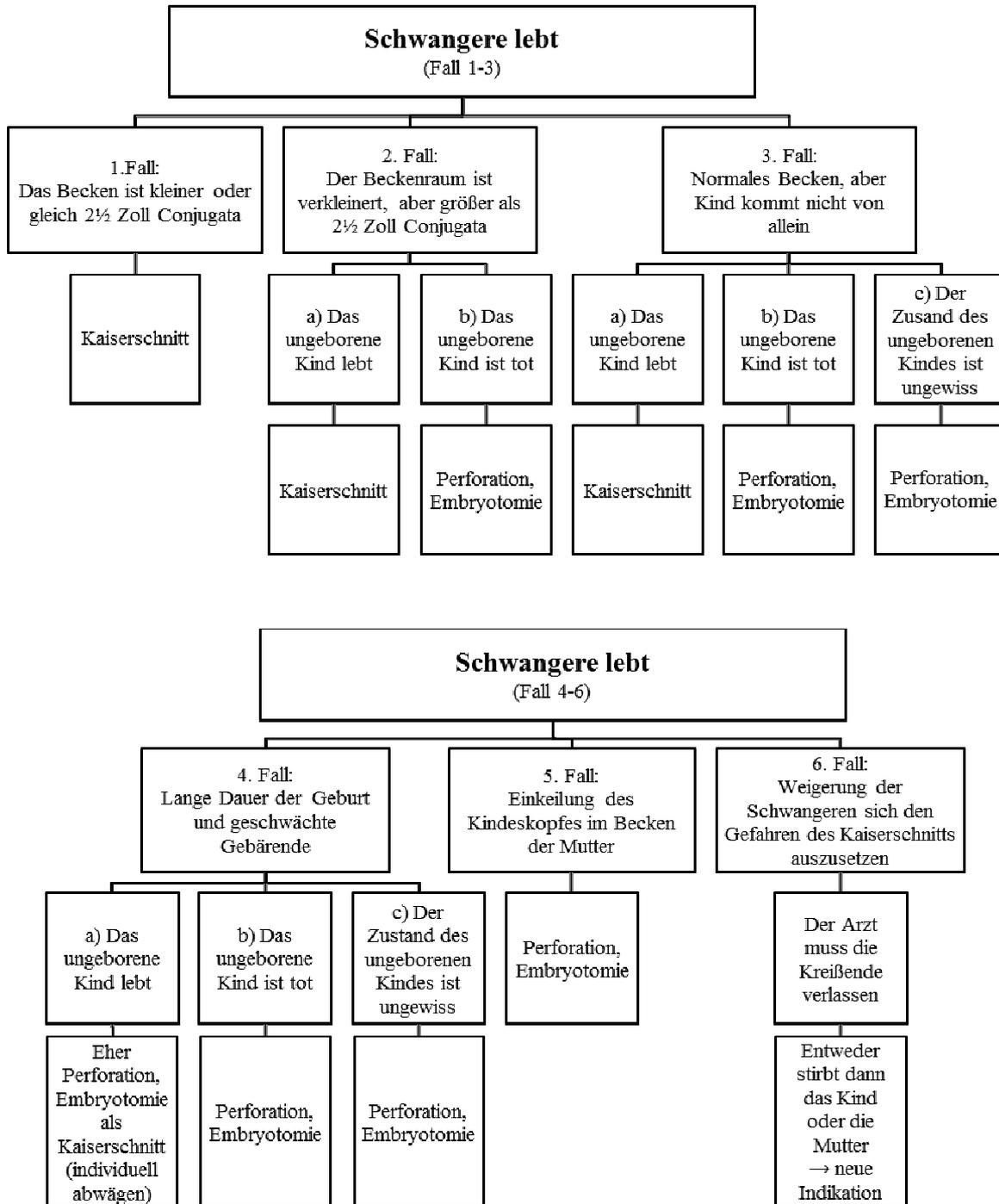
47. Vering, Albert Mathias: Handbuch der Pastoral=Medizin, Münster 1835

48. Waibel Aloys Adalbert: Moraltheologie, nach dem Geiste des heiligen Alphons Maria Linguori mit reichlicher Kasuistik bearbeitet von Alois Adalbert Waibel, Regensburg 1839

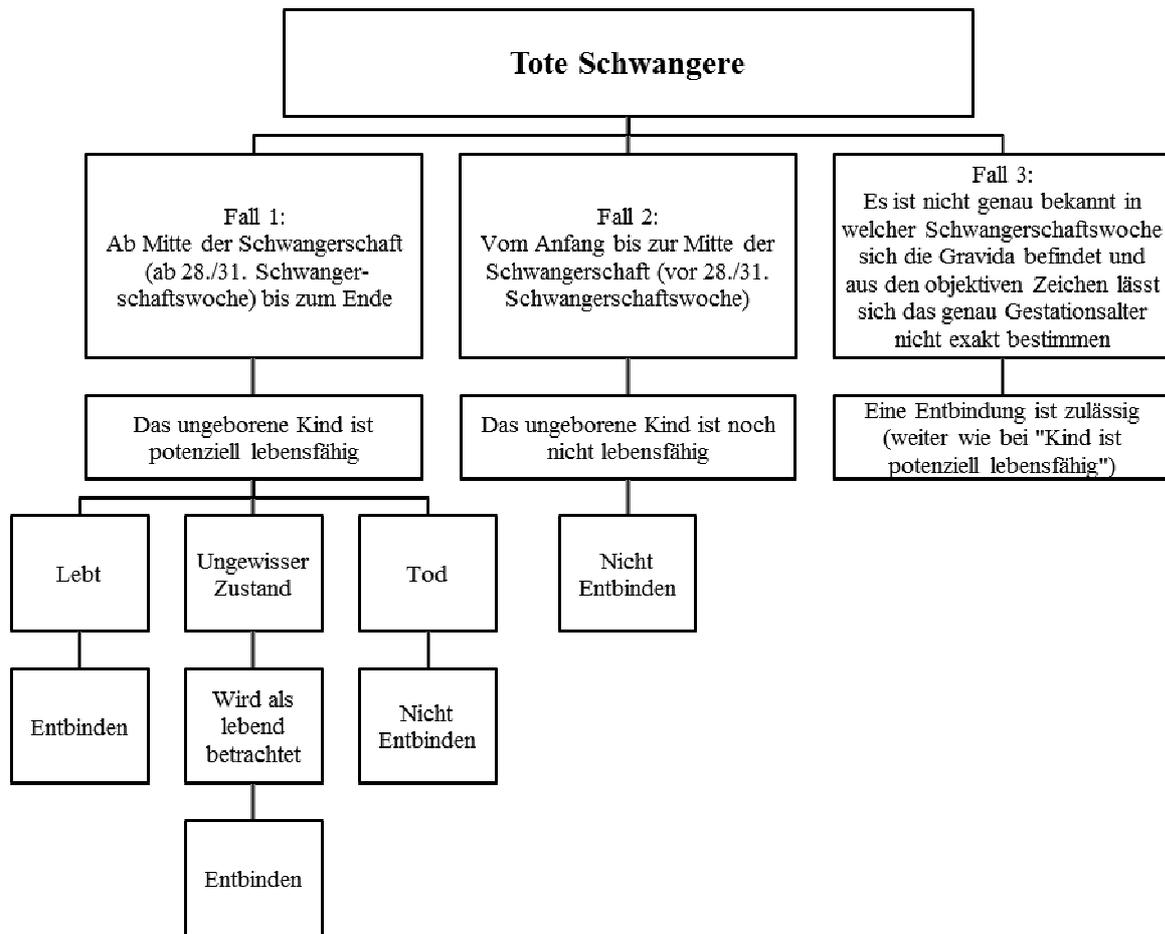
49. Wurzbach, Constant von: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Österreich: enthaltend die Lebensskizzen der denkwürdigen Personen, welche 1750 bis 1850 im Kaiserstaate und in seinen Kronländern gelebt haben, 60 Bände, Wien 1856 – 1891

9 Anhang

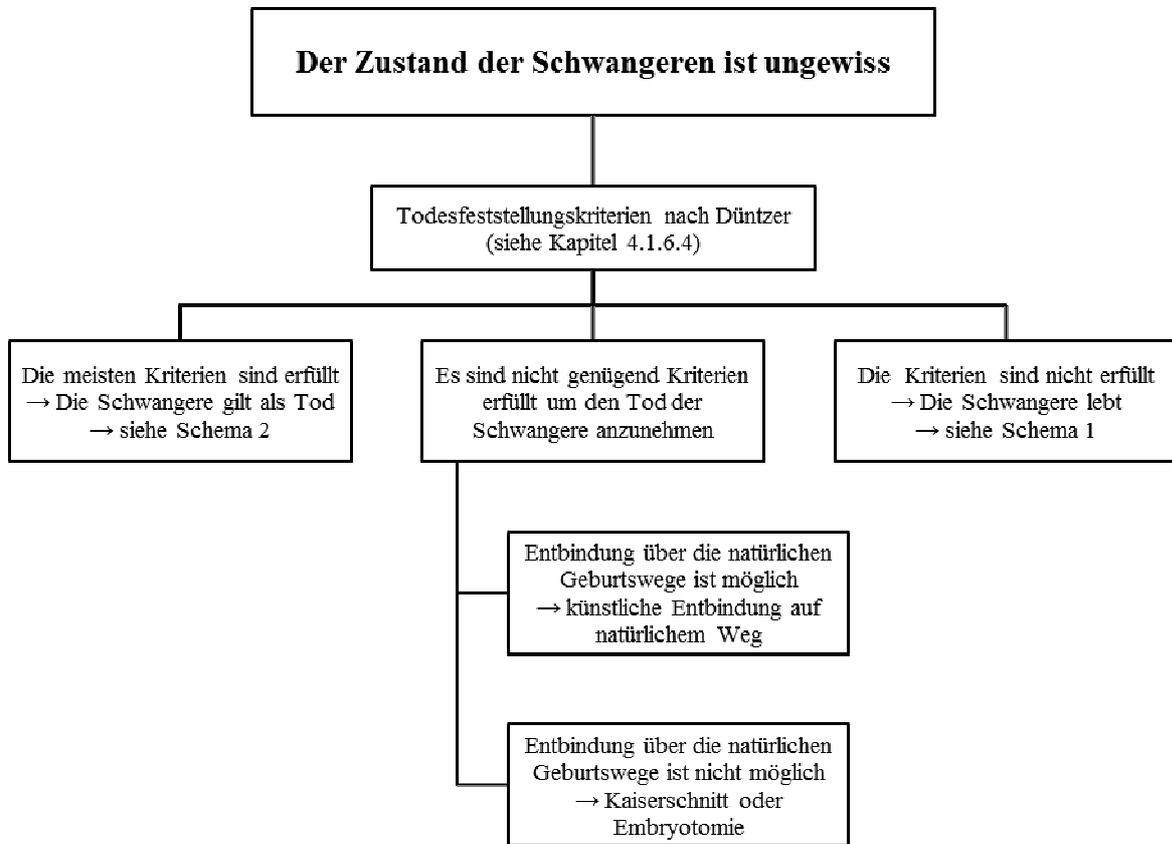
Schema 1: Handlungsschema nach Düntzer zur Entbindung bei einer lebenden Schwangeren



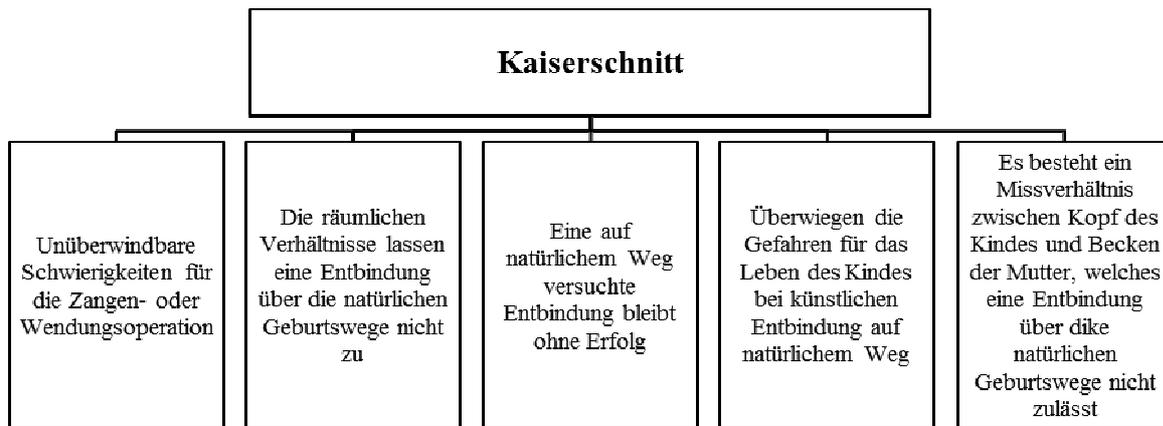
Schema 2: Handlungsschema nach Düntzer zur Entbindung einer toten Schwangeren



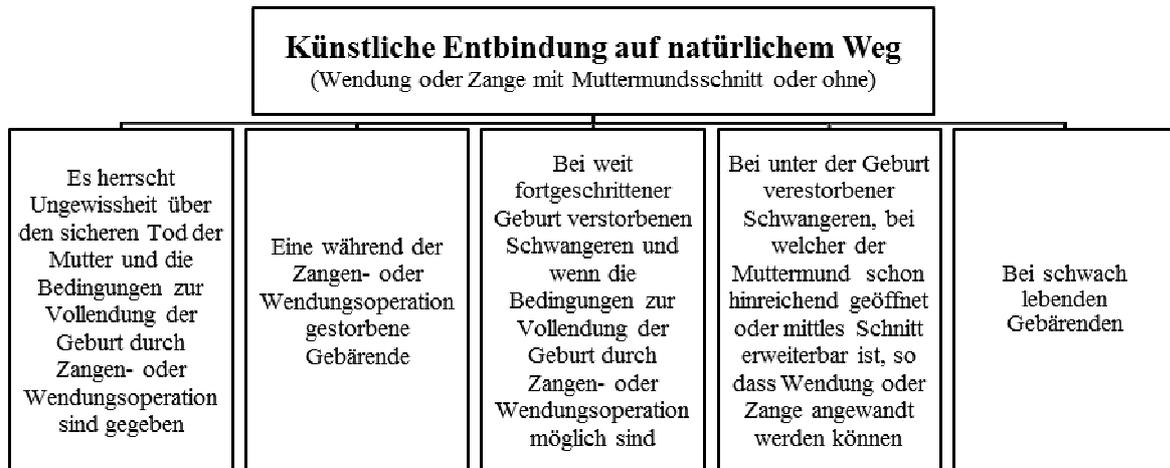
Schema 3: Handlungsschema bei nicht sicher bestimmbarem Zustand der Schwangeren nach Düntzer



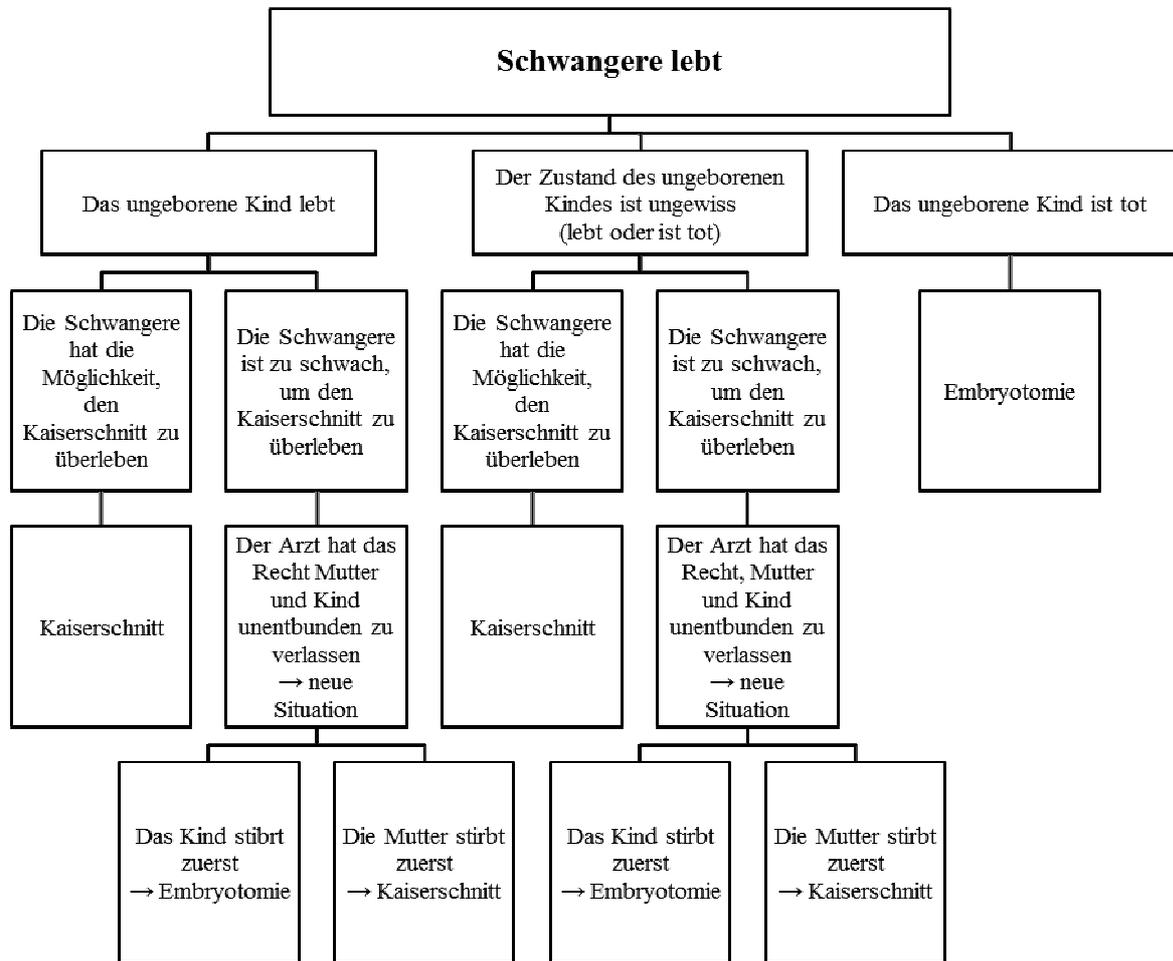
Schema 4: Indikationen für den Kaiserschnitt nach Düntzer



Schema 5: Indikationen für die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg nach Düntzer

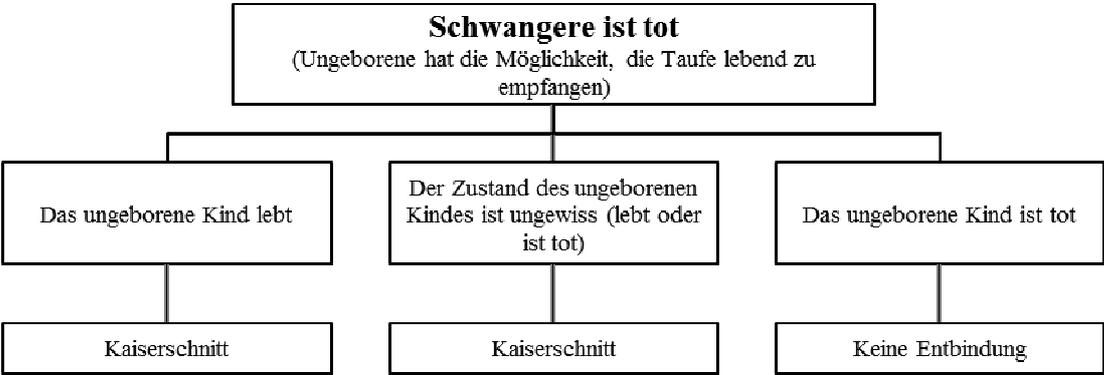


Schema 6: Handlungsschema zur Entbindung einer *lebenden* Schwangeren nach der Lehrmeinung der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts

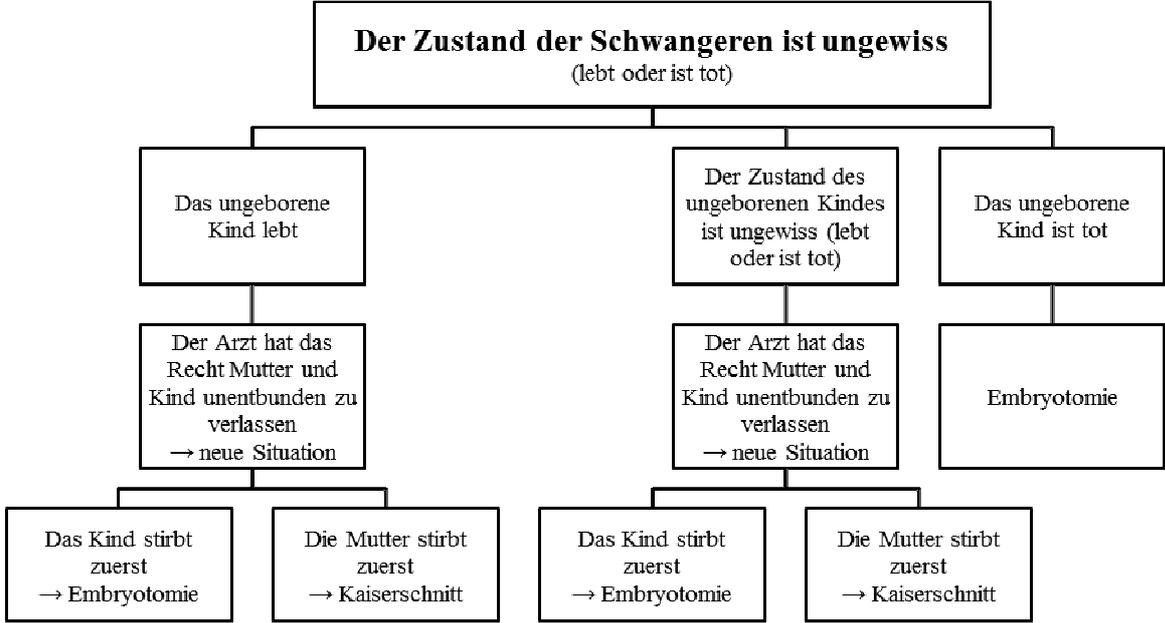


Voraussetzung: Andere Entbindungsverfahren, wie z. B. die künstliche Entbindung auf natürlichem Weg sind in diesem Fall nicht durchführbar.

Schema 7: Handlungsschema zur Entbindung einer *toten* Schwangeren nach der Lehrmeinung der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts



Schema 8: Handlungsschema zur Entbindung einer *unsicher lebenden* Schwangeren nach der Lehrmeinung der katholischen Kirche des beginnenden 19. Jahrhunderts



10 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.