

# **Kaiserschnitt – Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit**

Sven Hildebrandt

Das Thema „Kaiserschnitt“ gehört zu den sensibelsten und besonders kontrovers diskutierten Problemen unserer Gesellschaft. Und es berührt viele Lebensbereiche, viele Lebenswege, viele Interessengruppen. Mit der vorliegenden Publikation wollen wir versuchen, uns den so schwierigen, verletzlichen und leider oft auch verletzenden Themenkomplex ausgewogen, wissenschaftlich korrekt und zugleich mit großer Sensibilität und Achtsamkeit zu nähern.

Wie schwierig es ist, diese Balance zu schaffen, soll eingangs an sieben kurzen Streiflichtern gezeigt werden, die die Vielfalt der Sichtweisen und Betroffenheiten zum Thema Kaiserschnitt darstellen.

■ Maria F., Mutter: „Es war der Schock meines Lebens! Ich saß daheim vor dem Fernseher – plötzlich ist alles nass um mich. Als ich nachsah, hing die Nabelschnur aus meiner Scheide. Zum Glück lag die kleine Maja in diesem Moment quer, dadurch wurde die Nabelschnur nicht abgeklemmt. Alles ging unglaublich schnell ... Ich bin unendlich dankbar!“

■ Falk W., Assistenzarzt: „Heute habe ich gelernt, dass Intuition ein guter Wegweiser sein kann. Ich hatte den 7. Sinn, als ich kurz vor Feierabend nochmal zu Frau S. in Zimmer 418 ging, die am Abend plötzlich erbrochen hatte. Sie lag blass und schwerkrank im Bett, ich hab sie kaum wiedererkannt! Ich dachte sofort: Hellsyndrom! Wir konnten sie retten!“

■ Manuela L., Hebamme: „Es war eine schwere Geburt, aber Karla war tapfer und motiviert und ganz dabei. Aber dann kam die Ärztin und meinte, bei diesem CTG müsse man eine MBU machen. Von diesem Moment an ging gar nichts mehr! Notkaiserschnitt! Es ist frustrierend!“

■ Jörg H., arbeitslos: „Bei jedem neuen Jobangebot lasse ich mich krank schreiben. Ich leide darunter – aber das Unbekannte ist für mich wie ein Sprung ins kalte Wasser, zu dem ich mich einfach nicht überwinden kann. So soll ich mich schon bei meiner Geburt verhalten haben.“

■ Leticia R., Mutter: „Man hatte mir gesagt, dass Leopold weit über 4 Kilo wiegen würde und dass eine Spontangeburt zu gefährlich für uns beide sei. Dabei wog er gerade mal 3590 g und ist damit sogar leichter als Franz, der ja auch durchgepasst hat. Und nun schreit er seit der Geburt pausenlos! Ich weiß nicht, wie ich ihn beruhigen soll!“

■ Prof. Dr. Markus L., Hochschullehrer: „Der Kaiserschnitt gehört zu den wichtigsten Errungenschaften der modernen Geburtsmedizin, mit denen wir das Leben von Mutter und Kind schützen und retten können.“

■ Kira F., Sozialarbeiterin: „Ich wollte erst gar keine Kinder in diese Welt setzen. Aber nun habe ich meine kleine Rosa-Lee, die mein Leben verzaubert. Ich bin den Ärzten unendlich dankbar, dass sie mich nicht zur Geburt gezwungen haben.“

Diese Frauen und Männer würden jeweils ihre ganz eigene Geschichte zum Thema Kaiserschnitt erzählen. Sie stehen symbolhaft für die Vielfalt der Erfahrungen und Haltungen zu dieser so wichtigen geburtshilflichen Operation. Und so hat auch jeder und jede einzelne von uns einen ganz individuellen Bezug zu dem Geburtsweg, den heute jedes dritte Kind in Deutschland einschlagen muss. Alle diese Stimmen müssen wir hören, wenn es uns gelingen soll, dieses so komplexe Thema ausgewogen und ganzheitlich zu behandeln. Niemanden dürfen wir aus der inneren Welt unserer Überlegungen ausschließen.

Deshalb begrüßen wir zu Beginn unserer Lektüre die Mutter, deren Leben durch den Kaiserschnitt gerettet wurde. Wir begrüßen die Hebamme, die ratlos und verbittert ist über eine interventionsreiche Geburtshilfe, die regelmäßig im Fiasko endet. Wir begrüßen die Frau und den Mann, der lebenslang mit den Spuren dieses aus kindlicher Sicht so heftigen Übergangs der Lebenswelten zu kämpfen hat. Wir begrüßen den Geburtsmediziner, der sich Gedanken um die Sicherheit der Geburt macht und mit dem Kaiserschnitt Gesundheit und Leben schützen will. Und wir begrüßen die Frau, die im Kaiserschnitt den für sie einzig denkbaren Geburtsweg sieht.

## Eingangsthesen

Alle diese Sichten auf das Problem Kaiserschnitt sind in der vorliegenden Publikation willkommen. Und wir wollen versuchen, jede dieser Stimmen zu hören und in unser Nachdenken einzubeziehen.

Dafür brauchen wir jedoch eine Grundannahme, eine Art „tragendes Ziel“, das die so verschiedenen Sichten auf den Kaiserschnitt zusammenführt. Dieses Grundmotto kann nicht lauten: „Weg mit den Kaiserschnitten!“ oder: „Kaiserschnitt für alle!“ Ein wirklich alle Stimmen vereinendes Motto müsste vielleicht so lauten:

Die Geburt ist eine unserer prägendsten Lebenserfahrungen, die sich nachhaltig auf unsere körperliche und seelische Gesundheit auswirkt. Wir wollen diesen so wichtigen Lebensmoment für das Kind, aber auch für seine Mutter so sicher und zugleich so sanft wie möglich gestalten.

Wir müssen einsehen, dass es Situationen gibt, wo die Mutter oder das Kind während der Schwangerschaft oder während der Geburt in Gefahr geraten. Unser Ziel ist es, solche Gefahren möglichst zu vermeiden, sie frühzeitig zu erkennen und dann für Mutter und Kind die jeweils beste Lösung der Krise zu finden.

Wir müssen jedoch auch einsehen, dass wir – in aller Regel ohne es zu wissen oder gar zu wollen – immer wieder durch Versäumnisse und Defizite in der Betreuung oder durch falsche Denk- oder Handlungsweisen solche Gefahrensituationen erst erzeugen. Hier ist es unsere Aufgabe, unsere Betreuungskonzepte und Routinen kritisch hinsichtlich potentieller Risikodispositionen zu hinterfragen.

Wir wollen damit erreichen, dass der Kaiserschnitt ausschließlich als unmittelbares Rettungsinstrument und somit nur in unausweichlichen Fällen zur Anwendung kommt. Wir wollen der Tendenz einer stetig steigenden Sectiorate entgegenwirken, weil eine rundum gesunde und nachhaltig heile Geburt nur auf natürlichem Wege erfolgen kann.

Aber wir wollen Müttern und Kindern, denen aus den verschiedensten Gründen dieser gesunde Weg verschlossen blieb, helfen, die mit dem Erleben des Kaiserschnittes verbundenen Nachteile möglichst vollständig zu überwinden und oft lebenslang getragene Folgen – egal in welchem Alter – minimieren.

Sicher sind wichtige Aspekte nicht benannt – die nachfolgenden Beiträge werden dieses „tragende Ziel“ vervollständigen.

Dennoch soll dieses vorläufige Motto als Grundlage für die einführende Darstellung des Problems dienen.

## Geschichte des Kaiserschnitts

Der Kaiserschnitt – oder im Fachdeutsch *Sectio caesarea* genannt – ist eine geburtshilfliche Operation, bei der das Kind durch eine chirurgische Eröffnung der Bauchdecke geboren wird.

Der Kaiserschnitt ist heute der häufigste operative Eingriff während der Geburt. Aber auch in einer anderen Hinsicht nimmt er einen Spitzenplatz ein: Zu keiner anderen Intervention der Geburtshilfe gibt es so viele Mythen und Fehlannahmen.

Schon um die Entstehung des Namens der Operation rankt sich eine Legende, die definitiv nicht der Wahrheit entsprechen kann: Danach soll die Bezeichnung „Kaiserschnitt“ auf den römischen Kaiser Julius Cäsar zurückgehen, der per *Sectio* geboren worden sein soll. Dabei war Cäsar niemals Kaiser und wurde ganz normal geboren. Seine Mutter Aurelia überlebte nachweislich die Geburt. Ein überlebter Kaiserschnitt wäre mit Sicherheit in die Geschichtsschreibung eingegangen. Im Gegenteil: Es gibt keinerlei Hinweis darauf, dass der Kaiserschnitt in der Antike überhaupt zur Anwendung kam. In keinem der antiken Lehrbücher über Operationstechniken wird die *Sectio* erwähnt.

Der römische Gelehrte Plinius der Ältere führt den Namen „Cäsar“ darauf zurück, dass der erste Namensträger aus dem Mutterleib herausgeschnitten worden sei. Und der Name „Cäsar“ ist zugleich die sprachliche Wurzel des Wortes „Kaiser“. Julius Cäsar selbst war Tribun, Imperator und Diktator – aber nicht Kaiser. Sein Name war lediglich sprachliche Quelle des Titels ihm nachfolgender Herrscher.

Dennoch könnten die historischen Wurzeln der Operation sehr alt sein. Möglicherweise wurden Kaiserschnitte schon in Naturvölkern an verstorbenen oder sterbenden Schwangeren vorgenommen. Bereits in der Antike sind vereinzelt Schnittentbindungen wahrscheinlich. So verbietet ein Gesetz aus dem 6. Jahrhundert v. Chr., eine verstorbene Schwangere zu beerdigen, ohne ihr zuvor das ebenfalls verstorbene Kind aus dem Mutterleib zu schneiden. Dies hatte einerseits rituelle Gründe, denn Mutter und Kind sollten voneinander getrennt beerdigt werden. Andererseits ist in der Formulierung des Gesetzes durchaus auch ein therapeutischer Aspekt zu erkennen, denn das Kind der Verstorbenen könnte ja möglicherweise noch leben und somit gerettet werden.

Allerdings gibt es für die tatsächliche Umsetzung dieses Gesetzes keine zuverlässigen Quellen. Spätestens nach dem 6. Jahrhundert wurde jedoch regelmäßig und verpflichtend bei einer sterbenden oder verstorbenen

Schwangeren ein operativer Rettungsversuch des Kindes unternommen. Dies war jedoch zwingend mit dem Tod der Mutter verbunden. Die damaligen Operations- und Anaesthetietechniken und die hygienischen Rahmenbedingungen schlossen ein Überleben der Schwangeren definitiv aus.

Der erste Kaiserschnitt mit einer überlebenden Mutter wurde im Jahre 1500 dokumentiert: Jacob Nufer, ein Schweinekastrierer in Siegershausen (Schweiz), griff in seiner Not zu den Instrumenten, um seiner Frau bei der Geburt zu helfen. Diese überlebte nicht nur den martialischen Akt, sondern gebar später sogar noch Zwillinge spontan.

Dennoch war die Müttersterblichkeit im Rahmen des Kaiserschnittes bis weit ins 20. Jahrhundert so groß, dass er nach wie vor ein auf das Kind ausgerichtete Intervention blieb. Noch um 1900 starben vier von fünf Frauen an den Folgen der Operation. Dies änderte sich erst in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts mit der Einführung moderner Anaesthetieverfahren, konsequenter Asepsis, antibiotischer Abschirmung und mit der Möglichkeit von Bluttransfusionen. Heute endet etwa eine von 10 000 Sectiones mit dem Tod der Mutter. Das bedeutet, dass es in der Bundesrepublik pro Jahr etwa 20 mütterliche Todesfälle im Rahmen eines Kaiserschnittes gibt.

## Aktuelle Entwicklung

Ungeachtet dessen gibt es in den letzten Jahrzehnten einen ständigen Anstieg der Kaiserschnitttrate. Diese hat sich in den letzten 20 Jahren von 15% auf über 30% verdoppelt – mit ständig steigender Tendenz.

Auffallend sind die großen internationalen und regionalen Unterschiede. So ist die Sectionrate in Deutschland doppelt so hoch wie in Finnland – obwohl die skandinavischen Länder deutlich bessere geburtshilfliche Qualitätsparameter wie beispielsweise bei der perinatalen Mortalität vorweisen können. Und innerhalb Deutschlands unterscheiden sich die Kaiserschnitttraten der einzelnen Bundesländer um mehr als ein Drittel. Die Behauptung, dies ginge zu Lasten der Sicherheit der Geburt, lässt sich zumindest für den deutschlandweiten Vergleich anhand der Perinatalerhebungen der Bundesländer klar widerlegen.

Ein zentraler Diskussionspunkt muss deshalb sein, wie es zu derartig gravierenden regionalen Unterschieden kommen kann. Ein wichtiger Faktor dürfte der sich stark unterscheidende Anteil von Migrantinnen sein. Dies könnte zwar einen Teil der Differenz erklären, muss aber dennoch kritisch diskutiert werden – denn wie im gesamtgesellschaftlichen Leben müssen Migrantinnen auch in der Geburtshilfe integriert werden. Aber es

dürfte noch andere Faktoren geben, die diese Differenz erklären. So fällt eine starke Diskrepanz zwischen alten und neuen Bundesländern auf, die möglicherweise mit geburtshilfflichen Traditionen erklärbar sein könnte.

## Operationstechnik

Wir können darüber denken, wie wir wollen: Der Kaiserschnitt gehört zum geburtshilfflichen Alltag. Da dieses Buch auch Leserinnen und Leser ansprechen soll, die nicht aus der Berufsgruppe der Ärzte und Hebammen kommen, sollen deshalb kurz einige wenige Fakten zur Sectio erklärt werden. Zunächst seien einige wichtige Begriffe definiert:

- primäre Sectio: Kaiserschnitt vor Geburtsbeginn (Blasensprung, Wehenbeginn)
- sekundäre Sectio: Kaiserschnitt nach Geburtsbeginn
- Notsectio: Kaiserschnitt zur Lebensrettung
- geplante, terminierte Sectio
- elektive Sectio: der Eingriff ist nicht zwingend notwendig
- Wunschsectio: Kaiserschnitt auf Wunsch der Schwangeren

Zwingende Indikationen zum Kaiserschnitt sind nach heute übereinstimmender und wissenschaftlich gesicherter Meinung:

- drohende Uterusruptur
- vorzeitige Plazentalösung
- Nabelschnurvorfall
- intrauterine Not des Kindes\*
- schwere intrauterine Retardierung/Plazentainsuffizienz\*
- schwere Präeklampsie/Eklampsie\*
- schweres Hellp-Syndrom\*
- Beckenendlage > 4500 g oder Wunsch der Mutter
- Z. n. Myomenukleation mit Eröffnung des Cavum
- Querlage
- Amnioninfektionssyndrom\*
- Placenta praevia

(\* wenn vaginaler Geburtsweg nicht möglich oder zu riskant)

Während die ersten Indikationen zwingend sind, kann man bei den nachfolgenden Situationen unter bestimmten Umständen auch einen vaginalen Geburtsweg erwägen:

- Mehrlingsschwangerschaft
- extreme Frühgeburt

Eindeutig umstritten und teilweise sogar wissenschaftlich widerlegt sind folgende Sectioindikationen:

- Beckenendlage
- „großes Kind“
- Fruchtwasserembolie

Die heute am meisten verbreitete Kaiserschnitt-Technik ist die Sectio caesarea nach Misgav-Ladach. Sie ist benannt nach dem Misgav-Ladach-Krankenhaus in Jerusalem und zeichnet sich gegenüber den konventionellen Techniken durch folgende Merkmale aus:

- kürzere Operationszeit
- weniger Verwachsungen
- schnellere Mobilisation

Hier sei kurz der Ablauf der Operation dargestellt, die bei einem erfahrenen Operateur bis zur Kindsentwicklung weniger als 5 Minuten dauert:

- Hautschnitt („Pfannenstielschnitt“ 3 cm unterhalb der Verbindung der Spinae iliaca ant. sup.)
- Eröffnung der Fascia transversalis über ca. 3 cm
- Auseinanderziehen des Fasziensrandes mit dem Finger,
- analog Eröffnung Peritoneum
- analog Uterotomie
- Entwicklung des Kindes
- Ablösung der Plazenta
- Uterusnaht einschichtig fortlaufend/überwendlich
- Peritoneum bleibt offen
- Faszie einschichtig fortlaufend/überwendlich
- Hautnaht:
- 3 Einzelknopf-Rückstichnähte

## Operationsrisiken

Bevor wir uns mit Detailfragen der Kaiserschnittgeburt beschäftigen, soll noch kurz die Datenlage zu den Operationsrisiken zusammengefasst werden.

### Mütterliche Mortalität und Morbidität:

- Mortalität Hessen 24,1 pro 100 000 Geburten (vs. 2,7 bei vaginaler Geburt, Faktor 9,2) (Kitschke et al. 2001)
- „ernsthafte“ Morbidität 1,2% (Waterstone et al. 2001)

### unmittelbare Operationsrisiken für die Mutter: (Sectio vs. vaginale Geburt)

- Verletzung von Nachbarorganen  $\times 50$  (Phipps et al. 2005; Eisenkop et al. 1982)
- Gebärmutterentfernung  $\times 70$  (Clarc et al. 1984; Stanco et al. 1993)
- schwere Blutung  $\times 2,24$  (Stones et al. 1993)
- Thrombose, Lungenembolie, Fruchtwasserembolie  $\times 2$  (Liu et al. 2005)
- Wundheilungsstörung, Narbendehiszenzen, Narbenbrüche
- Infektionen, Sepsis  $\times 11$  (Waterstone et al. 2001)
- postoperative Schmerzen
- Narkosfolgen (sinkende Tendenz durch PDA)

### unmittelbare Operationsrisiken für das Kind:

- Verletzung
- Anpassungsstörung
- Stillprobleme
- Bindungsstörungen
- Störung der Darmflora (Dominques-Bello et al. 2010)

### mögliche Spätfolgen für die Mutter:

- Verwachsungen im Bauchraum
- Narbenbruch
- Narbenendometriose
- Paarprobleme und Sexualstörungen (Spies, 1997)

### mögliche Spätfolgen für das Kind:

- Bindungsprobleme
- Allergie, Asthma (Zwiauier 2012)
- Diabetes mellitus Typ 1 (Forschergruppe Diabetes TU München 2011)

### Risiken für die Folgeschwangerschaft:

- Uterusruptur
- Plazentationsprobleme, Plazenta praevia
- intrauteriner Fruchttod  $\times 2$  (Smith, 2003)
- Lageanomalie

## Szenarien des Kaiserschnittes

Diese Publikation zum Thema Kaiserschnitt soll alle Aspekte dieses komplexen Problems ausgewogen behandeln und sämtliche direkt und indirekt mit Prävention, Durchführung, Nachsorge und Behandlung der Spätfolgen befassten Berufsgruppen ansprechen. Damit dürfen wir nicht bei diesen einfachen medizinischen Fakten verharren, sondern müssen vielmehr ins Detail gehen.

Zunächst: Es gibt nicht DEN Kaiserschnitt, sondern vier Grundtypen sehr verschiedenartiger Geburtsszenarien, bei denen letztendlich eine spontane Geburt des Kindes nicht möglich erscheint. Jedes dieser Szenarien folgt ganz eigenen Gesetzen und kann hinsichtlich ihrer Bedeutung für Mutter und Kind gar nicht unmittelbar verglichen werden.

Diese vier Grundtypen sind:

1. Befreiung aus intrauteriner kindlicher Not
2. Befreiung aus einer destruktiven Geburtssituation
3. medizinische Indikation ohne Krise (z. B. BEL, Geburtsgewicht)
4. Wunschkaiserschnitt

Für jeden dieser Typen gibt es jeweils verschiedene Aspekte

- der Prävention,
- der Durchführung der Operation,
- der unmittelbaren Nachbetreuung von Mutter und Kind
- der langfristigen Aufarbeitung der Folgen für das Kind.

*Kaiserschnitt zur Rettung des Kindes aus einem intrauterinem Notzustand  
(z. B. Plazentainsuffizienz in der 33. SSW)*

Das Kind erlebt eine akute intrauterine Bedrohungssituation. Das Gesamtsystem der Schwangerschaft scheint sich gegen das Kind zu richten. Die Geborgenheit des Uterus wandelt sich in eine Panik auslösende Gefahr – ähnlich wie sie ein Taucher erleben würde, dem man die Sauerstoffversorgung abschneidet. Die Psychodynamik dieses Kaiserschnitt-Szenarios unterscheidet sich stark z. B. von einer primären Sectio wegen Beckenendlage: Das eigentliche Trauma des Kindes ist nicht die Operation selbst, sondern der plötzliche Verlust archaischer Sicherheit. Der Kaiserschnitt dürfte als Befreiung erlebt werden. Sofort wird deutlich, dass dieses Kind ganz andere Bedürfnisse an eine körper- oder psychotherapeutische Nachbetreuung entwickeln wird, die vor allem auf den lebenslangen Umgang mit die-

ser negativen Grundmatrize und auf die Wiederherstellung des Urvertrauens gerichtet sind – ähnlich wie wir es beim überlebten Schwangerschaftskonflikt beobachten.

Beispiele:

- Plazentainsuffizienz: das Schutz- und Nährorgan Plazenta wird plötzlich bedrohlich
- Eklampsie: ein plazentarer Botenstoff führt zu generalisierten Gefäßspasmen mit ausgedehnten Mikrozirkulationsstörungen
- vorzeitige Plazentalösung: abrupter Abbruch der kindlichen Sauerstoffversorgung

Bedeutung: Plötzlich verwandelt sich der uterine Schutzraum in eine Gefahrenzone. Es kommt zu einem fundamentalen Wechsel der Lebenswelt binnen weniger Minuten. Im Vordergrund des traumatischen Geschehens steht jedoch der Verlust an Vertrauen und Sicherheit. Der Kaiserschnitt selbst wird als Befreiung aus einer akuten Krise erlebt.

Prävention:

- optimale Bedingungen für den Beginn der Elternschaft
- umfassende Schwangerenbetreuung
- umfassende Entlastung der Schwangeren
- Veränderung der gesellschaftlichen Haltung zu Elternschaft und Geburt

Durchführung:

- umfassende Reizabschirmung des Kindes nach der Geburt
- schnellstmögliche Wiederherstellung von Hautkontakt – möglichst mit der Mutter
- möglichst umfassende Bindungsförderung Mutter – Kind

Nachbetreuung:

- Überwindung der Schocksituation
- Verarbeitung von Gefühlen der Scham, des Versagens, der Insuffizienz bei der Mutter
- Wiederherstellung des Urvertrauens in den uterinen Schutzraum
- Aufarbeitung der akuten Verlusterfahrung bei Mutter („gute Hoffnung – jähes Ende“) und beim Kind

*Kaiserschnitt zur Rettung des Kindes aus einer destruktiven Geburtskrise  
(z. B. aus destruktivem Geburtsstillstand)*

Im Unterschied zum ersten Szenario hat das Kind hier in der Regel eine ungestörte Schwangerschaft erleben dürfen. Die Krise fällt mit einer sowieso problematischen Sondersituation zusammen, die für jedes Kind mit Belastungen und seelischen Erschütterungen verbunden ist. Hier jedoch werden die Beschwerden unerträglich. Das Kind wird mit heftigen Uteruskontraktionen gegen ein Geburtshindernis gepresst. Im Vordergrund dieses Szenarios steht das akute Schmerzerleben. Diese für das Kind völlig neue und unerwartete Erfahrung wird sowohl somatisch als auch psychisch deutlich traumatischere Folgen haben als der befreiende Kaiserschnitt.

Beispiele:

- Einstellungsanomalie (z.B. hoher Gradstand) – das Kind wird mit erheblicher Kraft gegen ein Geburtshindernis gepresst (Geburtsgehwulst)
- akute intrauterine Not des Kindes – z. B. bei akuter Nabelschnurkompression (Nabelschnurvorfall)

Bedeutung: Die Belastungen während der Geburt werden auf ein unerträgliches Maß gesteigert. Das Kind erlebt Schmerz, Panik, Bedrohung der Vitalfunktion.

Prävention:

- frühzeitige Erkennung disponierender Risiken (z. B. Beckenanomalien)
- interventionsarme Geburtshilfe (Geburtseinleitung!)
- planvolle Gebärposition

Durchführung:

- möglichst keine zusätzliche Belastung für das Kind (vaginal-operative Geburtsversuche)
- empathische und liebevolle Erstversorgung des Kindes
- schnellstmögliche Kontaktherstellung zur Mutter, Bindungsförderung

Nachbetreuung:

- Traumatherapie bei Mutter und Kind
- begleitende Therapie ggf. durch die ganze weitere Kindheit (z. B. positive Recreation der eigenen Geburt)

*Kaiserschnitt aus geburtshilflicher Risikoabwägung (z. B. primäre Sectio wegen eines vermeintlich zu großen Kindes oder wegen Beckenendlage)*

Hier finden wir eine ganz grundsätzlich andere Situation vor. Der Kaiserschnitt erfolgt nicht als Rettung aus einer Krise, sondern wird von Ärzten als der gefahrlosere und weniger belastende Geburtsweg angesehen. Das Kind kennt diese Erwägungen nicht und wird unvorbereitet einem unphysiologischen Geburtsmodus unterzogen. Die uterine Geborgenheit wird abrupt und ohne Not zerstört. Das Kind erlebt übergangslos und ohne jede Anbahnung das Verlassen des uterinen Lebensraumes und wird schlagartig mit der extrauterinen Reizumgebung konfrontiert. Sofort wird deutlich, dass alle beteiligten Berufsgruppen hier vor ganz anderen Herausforderungen stehen: Geburtshelfer müssen ihre Abwägungen und Indikationsstellungen immer wieder neu hinterfragen, Hebammen nach Wegen suchen, das Kind auf die Krise vorzubereiten und das Neugeborene angemessen zu empfangen, Körpertherapeuten müssen die Defizite des unphysiologischen Geburtsweges ausgleichen, Psychotherapeuten müssen die Wechselwirkungen mit späteren Krisen einordnen lernen.

Beispiele:

- Beckenendlage
- Geburtseinleitung bei Übertragung
- Sectio wegen vermeintlich „großem Kind“

Bedeutung: Es gibt keine auslösende Krise. Es kommt zu einer abrupten Änderung des Lebensraumes. Ohne jede Vorwarnung erlebt das Kind einen Verlust von Sicherheit und Geborgenheit.

Prävention:

- sorgfältige Abwägung der Indikationsstellung

Durchführung:

- Vorbereitung des Kindes
- Schaffung möglichst geburtsnaher Bedingungen
- sofortige Herstellung des Körperkontaktes Mutter-Kind

Nachbetreuung:

- Umgang mit dem „besonderen Geburtsweg“
- Aufarbeitung möglicher Enttäuschungen bei Betreuungsdefiziten

*Kaiserschnitt ohne medizinische Notwendigkeit – z. B. auf Wunsch der Mutter*

Bei diesem Szenario steht ein ganz anders Problem im Vordergrund: Die Mutter hat eine Blockade ihrer natürlichen biologischen Mechanismen, die ihr eine Spontangeburt nicht möglich erscheinen lassen. Diese Haltung geht auf eigene Erfahrungen zurück, die die Frau z. B. im Rahmen ihrer eigenen Geburt gemacht hat. Dieses transgenerationale Problem wirkt sich unmittelbar auf das Bindungserleben des Kindes aus und wird im Kontext mit der nun zu erwartenden Geburtserfahrung eine ganz eigene Psychodynamik antriggern.

Beispiele:

- Zustand nach massiver geschlechtsbezogener Traumatisierung
- Zustand nach schwerer Krise bei der eigenen Geburt
- Zustand nach schwerer Krise bei der vorangegangenen Geburt

Prävention:

- frühzeitige Aufdeckung eines „seelischen Verschlusses der Geburtswege“ (Göbel)
- Traumatherapie in der Schwangerschaft

Bedeutung: Im Vordergrund aller Überlegungen steht das auslösende Trauma. Die Sectio erscheint als „einzig möglicher Geburtsweg“.

Durchführung:

- Vorbereitung des Kindes
- Schaffung möglichst geburtsnaher Bedingungen
- sofortige Herstellung des Körperkontaktes Mutter-Kind

Nachbetreuung:

- Biographiearbeit bei Mutter und Kind
- Vermeidung von Stigmatisierungen

Diese vier modellhaften Szenarien decken natürlich nicht die vielen verschiedenen Varianten ab, die zum Kaiserschnitt führen können. Aber sie zeigen sehr deutlich, dass eine höchst differenzierte Betrachtung notwendig ist, um das Phänomen „Kaiserschnitt“ umfassend zu verstehen und wissenschaftlich zu behandeln. Ziel dieser Publikation kann deshalb nicht sein, den Kaiserschnitt als geburtshilfliche Methode in Frage zu stellen, sondern die zu Grunde liegenden Dynamiken hinsichtlich präventiver und thera-

peutischer Ansätze und individueller früher und später Nachbetreuung zu beleuchten.

## Berufsgruppenspezifische Betrachtungen

Dieses Buch soll sehr verschiedene Berufsgruppen ansprechen, die mit dem Kaiserschnitt auf ganz unterschiedliche Weise in Kontakt kommen:

Die Psychotherapie wird ergründen müssen, wie sich die Spezifik der jeweiligen Geburtsszenarien auf künftige psychosoziale Verhaltensmuster auswirkt und wie man den Problemen kompetent begegnet. Die Körpertherapeuten müssen verstehen lernen, dass Kaiserschnitt nicht gleich Kaiserschnitt ist und dass jedes der betroffenen Kinder eine ganz individuelle Nachbetreuung braucht. Und seitens der Ärzte und Hebammen muss über Präventionsstrategien, verantwortungsvolle Indikationsstellungen und über schonende Geburtsbegleitung diskutiert werden.

Zugleich aber sollte jede Berufsgruppe die Überlegungen der anderen Professionen genau kennen und verstehen, weil das Problem eben nur eine ganzheitliche Betrachtung zulässt. Jede einseitige Annäherung an das so komplexe Thema birgt die Gefahr von Verfälschung und Oberflächlichkeit. Insofern kann die Tagung ein ideales Setting darstellen, das alle beteiligten Professionen einbezieht und bereichert.

Im vorliegenden Buch wird versucht, eine solche fachübergreifende Diskussion in Gang zu bringen. Hierfür haben wir Beiträge einer internationalen Fachtagung, die im Herbst 2013 in der sächsischen Kleinstadt Stolpen stattfand, zusammengestellt.

## Ziele der Tagung

- unvoreingenommene und wertungsfreie Darstellung des Problemkomplexes Kaiserschnitt aus einer wissenschaftlichen und multiprofessionellen Perspektive
- Auseinandersetzung mit stigmatisierenden Verallgemeinerungen, die den Platz des Kaiserschnittes als oft lebensrettende geburtshilfliche Intervention verkennen
- differenzierte Betrachtung der vier Grundszenerarien hinsichtlich der Möglichkeiten zur Prävention, korrekter Indikationsstellung, verantwortungsvoller Geburtsbegleitung, körpertherapeutischer Frühprävention und psychotherapeutischer Spätintervention

- Förderung eines Gesamtverständnisses aller beteiligten Berufsgruppen für sämtliche Aspekte des Problems, interprofessioneller Austausch und gegenseitige Bereicherung – in dieser Frage könnte die Tagung ein Alleinstellungsmerkmal haben!
- Auseinandersetzung mit den kulturhistorischen Wurzeln und mit individuellen Erfahrungen betroffener Kinder, Mütter, Väter, Hebammen und Ärzte sowie Körper- und Psychotherapeuten

## Literatur

- Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, Bruce S, Paul RH (1984) Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 64: 376–380
- Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, et al. (2010) Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 107(26): 11971–11975
- Eisenkop SM, Richman R, Platt LD, Paul RH (1982) Urinary tract injury during cesarean section. *Obstet Gynecol* 60: 591–596
- Flügge S (2000) Zur Geschichte des Kaiserschnitts In: Wolff K-D (Hg) *Terz. Stromfeld*, Frankfurt Basel
- Forschergruppe Diabetes TU München (2011) <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/diabetes/article/807636/kaiserschnitt-erhoeht-kindern-diabetesrisiko.html>
- Kitschke HJ, Misselwitz B, Lieb E (2001) Die Sectio caesarea in Hessen. *Der Gynäkologe* 34: 99–101
- Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, Kramer MS (2005) Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System 2005 Risk of maternal post-partum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol* 105: 836–842
- Phipps MG, Watabe B, Clemons JL, Weitzen S, Myers DL (2005) Risk factors for bladder injury during cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 105: 156–160
- Smith GC, Pell JP, Dobbie R (2003) Caesarian section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 362: 1779–
- Spies T (1997) Eine Untersuchung zu den psychologischen Auswirkungen der vaginalen Entbindung versus Sectio Caesarea auf die postpartale Paarbeziehung. Dissertation, Philipps-Universität Marburg
- Stanco LM, Schrimmer DB, Paul RH, Mishell DR Jr. (1993) Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 168: 879–883
- Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ (1993) Risk factors for major obstetric hemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 48: 15–18
- Waterstone M, Bewley S, Wolfe C (2001) Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *B M J* 322: 1089–1093

Zwiauer KF (2012) <http://kurier.at/lebensart/gesundheit/jede-dritte-geburt-mit-kaiserschnitt/1.398.047>