

# Kaiserschnitt: Ja! Nein! Vielleicht?



Eine Informationsbroschüre  
in der Schwangerschaft

## Inhalt

	Ein Wort zu Beginn	3
<b>1</b>	Das „Wo und Wie“ der Geburt	4
	Der Kaiserschnitt als lebensrettende Maßnahme	4
	Die steigende Kaiserschnitt-Rate	5
<b>2</b>	Persönliche Aspekte bei der Entscheidung	6
	Schwangerschaft als Zeit der Veränderung	6
	Geburt als Übergangsphase	6
	Bindung und Beziehung	7
	Längere Erholungsphase	8
<b>3</b>	Prozess der Entscheidungsfindung	9
	Einordnen von Informationen	10
	Einschätzung von Risiken	10
	Wunsch nach einem Kaiserschnitt	11
<b>4</b>	Informationen über den Kaiserschnitt	15
	Das Erleben eines Kaiserschnittes	15
	Narkosearten	17
	Operationsmethoden	18
	Anwesenheit des Vaters oder anderer Bezugspersonen	18
	Entscheidung für einen Kaiserschnitt	18
	Kaiserschnitt auf Wunsch	20
<b>5</b>	Medizinische Aspekte bei der Entscheidung	22
	Mögliche Folgen eines Kaiserschnittes für die Frau	22
	Vergleichende Übersicht	27
	Mögliche Folgen eines Kaiserschnittes für das Kind	29
	Vergleichende Übersicht	31
	Möglichkeiten der eigenen Einflussnahme	31
<b>6</b>	Beratungsmöglichkeiten	33
	Weitere Informationen	34
	Anlaufstellen/Adressen	35
	Glossar	36
	Impressum	39

## Ein Wort zu Beginn

Fast ein Drittel aller Kinder in Deutschland kommt durch einen Kaiserschnitt zur Welt. Vielleicht hat Ihnen die Frauenärztin oder der Frauenarzt zu einem Kaiserschnitt geraten? Oder Sie nehmen an, unter der Geburt könne ein Kaiserschnitt notwendig werden? Oder Sie selbst wünschen sich von vornherein einen Kaiserschnitt?

In vielen Fällen ist es nützlich, sich schon in der Schwangerschaft über die Vor- und Nachteile eines Kaiserschnittes zu informieren. Diese Broschüre will Ihnen dabei helfen, offene Fragen zu klären und Sie anregen, eine Entscheidung zu treffen, die Ihren Wünschen und Bedürfnissen entspricht. Deshalb finden Sie in der Broschüre neben medizinischen Informationen auch Hintergrundinformationen zum Kaiserschnitt, seelische Aspekte und Tipps für eine gute medizinische und persönliche Betreuung.

In den Abschnitten „Das können Sie tun“ sind verschiedene Vorschläge zusammengestellt, die zu den beschriebenen Situationen passen könnten. Wir möchten Ihnen damit Anregungen geben, das auszuwählen, was Sie für sich als nützlich und hilfreich empfinden.

Die Fußnotenzeichen im Text beziehen sich auf Literaturhinweise, die Sie online einsehen können unter [www.berliner-hebammenverband.de](http://www.berliner-hebammenverband.de) und unter [www.familienzelt-berlin.de](http://www.familienzelt-berlin.de).

Die Bezeichnung der Berufe ist der Alltagssprache entnommen. Die weiblichen und männlichen Formen wurden im zufälligen Wechsel verwendet.



## Das „Wo und Wie“ der Geburt

Im Laufe der Schwangerschaft setzen sich Frauen und ihre Partner oder Partnerinnen immer wieder mit der bevorstehenden Geburt auseinander. Die Gefühle und Vorstellungen dazu können sich durchaus ändern. Mal lässt Neugier und Freude auf das Kind alle Sorgen in den Hintergrund treten. Dann kann es auch Momente geben, in denen die Angst vor der Geburt überwiegt. Die Zeit der Schwangerschaft bietet eine gute Möglichkeit, Sorgen, Ängste und Befürchtungen zur Geburt abzubauen, indem man das Wie und Wo der Geburt im Vorhinein überdenkt.

## Der Kaiserschnitt als lebensrettende Maßnahme

Es gibt Situationen, in denen eine natürliche Geburt nicht möglich ist. In diesen Fällen ist ein Kaiserschnitt das unverzichtbare Mittel, das Leben von Mutter und Kind zu schützen.

Es wird geschätzt, dass etwa 2 % aller Geburten in Deutschland von vornherein einen Kaiserschnitt erfordern, zum Beispiel wenn der Mutterkuchen vor dem Muttermund liegt. Bei ungefähr weiteren 10 % wird ein Kaiserschnitt während der Geburt nötig, zum Beispiel weil dem Baby Sauerstoffmangel droht.

## Die steigende Kaiserschnitt-Rate

2009 wurden in Deutschland 31,3 % aller Babys per Kaiserschnitt geboren.<sup>1</sup> Das sind bis zu 20 % mehr als von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen. Studien zeigen,<sup>2</sup> dass die besten Ergebnisse für Mütter und Babys bei einer Kaiserschnitttrate von 5–10 % erreicht werden. Raten von über 15 % scheinen mehr Schaden als Nutzen zu bringen. Noch 1991 betrug die Kaiserschnitttrate in Deutschland 15,2 % und hat sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt.

Die Gründe für den Anstieg der Kaiserschnitttrate sind vielfältig. Da wären zum Beispiel verbesserte Operations- und Anästhesiemethoden oder breite Verfügbarkeit von Antibiotika und Bluttransfusionen zu nennen, die die Risiken dieses Eingriffs verringert haben.<sup>3</sup>

Ein weiterer Grund für die steigende Kaiserschnitttrate ist, dass Frauen, die bereits einen Kaiserschnitt hatten, mit höherer Wahrscheinlichkeit bei einer folgenden Schwangerschaft ebenfalls auf diese Weise entbunden werden.

Auch der Wunsch der Frau ist zunehmend in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung gerückt. Die Geburtsmedizin möchte gewährleisten, dass Schwangere die Versorgung erhalten, die ihren individuellen Bedürfnissen angepasst ist. Es gibt aber auch Stimmen, die sich besorgt darüber äußern, Frauen mehr Mitspracherecht bei der Kaiserschnittentscheidung einzuräumen.<sup>4</sup> Denn dies könnte bedeuten, dass mehr Frauen einen Kaiserschnitt wünschen, ohne die Kurz- und Langzeitfolgen dieser Operation vollkommen zu überschauen. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass Frauen in der Schwangerschaft Informationen über ihre eigene Gesundheit und die ihres Babys erhalten. Nur so sind sie in der Lage, die für sie bedeutsamen Umstände mit den Ärzten und Hebammen zu besprechen.

## **Persönliche Aspekte bei der Entscheidung**



### **Schwangerschaft als Zeit der Veränderung**

Die Schwangerschaft bietet eine einzigartige Möglichkeit zum Wachstum und zur Festigung der Persönlichkeit. Es ist eine Zeit umfassender Veränderungen. Da sind widersprüchliche Gedanken und Gefühle nicht ungewöhnlich. Viele Schwangere beschäftigen sich mit zentralen Fragen des Lebens. Welche Ziele und Träume habe ich? Welche Erwartungen habe ich an meine Partnerschaft? Wie und wo möchte ich mein Kind aufziehen? Was sind meine beruflichen Ambitionen? Wie lassen sich Beruf und Familie vereinbaren?

Diese Themen können natürlich verunsichern. Die Beschäftigung mit zentralen Lebensfragen ist ein natürlicher Bestandteil der Schwangerschaft. Sie hat ihren Sinn wahrscheinlich darin, sich mit allen wichtigen Fragen auseinanderzusetzen, bevor das Kind geboren ist. So ist es leichter, Entscheidungen oder Vorbereitungen zu treffen und später, in schwierigen Situationen, gelassener zu reagieren. Oft wird der bisherige Lebensplan verändert und es werden neue Pläne gemacht. Das erhöht die Zuversicht und Freude auf das Leben mit dem Baby.

In der Schwangerschaft scheinen die Problemlösefähigkeiten besonders aktiv zu sein. So tief die Krise manchmal empfunden wird, so kraftvoll sind Schwangere auch oft dabei, Lösungen herbeizuführen und ihre Zuversicht zurückzugewinnen. Viele Schwangere gehen aus ihren Erfahrungen in Schwangerschaft und Geburt gestärkt hervor.

### **Geburt als Übergangsphase**

Die Geburt eines Menschen kann als Übergangsphase zwischen dem Leben im Bauch der Mutter und dem Leben außerhalb gesehen werden. Es wird angenommen, dass das Ungeborene durch die Aussendung von Hormonen zum Start der Geburt beiträgt,<sup>5</sup> wenn es reif ist und im Mutterleib nicht mehr ausreichend versorgt wird. Der mütterliche Hormonkreislauf reagiert auf die Aussendungen des kindlichen Organismus. Dadurch werden die Geburtswehen ausgelöst und das Baby auf die Geburt und das Leben außerhalb des Mutterleibes vorbereitet.

Eine vaginale Geburt bereitet das Kind körperlich, hormonell und emotional optimal vor.

Bei einem geplanten Kaiserschnitt vor Einsetzen der Wehen wird das Kind innerhalb von Minuten

überraschend aus seinem gewohnten Lebensumfeld geholt. Die Übergangsphase Geburt erlebt das Baby nicht. Aus diesem Grund ist es wichtig, darauf zu achten, wie es die Anpassungsleistung an das Leben außerhalb der Gebärmutter bewältigt. Die Hebammen und Ärzte werden den medizinischen Zustand des Kindes überwachen und ihm bei Bedarf helfen. Es sollte aber auch darauf geachtet werden, wie es diese Umstellung seelisch verkraftet. Es ist möglich, dass das Baby nach dem Kaiserschnitt etwas länger braucht, um sich an seine neue Umgebung zu gewöhnen.

### Das können Sie tun:

- In Einzelfällen kann es möglich sein, das Einsetzen der Wehen abzuwarten oder diese vor dem geplanten Kaiserschnitt künstlich auszulösen, um das Baby vorzubereiten. Besprechen Sie diese Möglichkeiten mit den betreuenden Ärzten.
- Nehmen Sie vor dem Kaiserschnitt Kontakt mit Ihrem Baby auf und bereiten Sie es vor, indem Sie ihm erklären, was passieren wird. Das kann auch bei einem unter der Geburt notwendigen Kaiserschnitt der Partner übernehmen.
- Ausgiebiges Bonding direkt nach der Geburt hilft dem Baby sich an die neuen Bedingungen anzupassen. Im Hautkontakt erkennt es den Herzschlag, die Geborgenheit und die Stimmen der Eltern wieder.
- Dämpfen Sie das Licht. Lassen Sie dem Baby etwas Zeit, sich an die Helligkeit zu gewöhnen.
- Wickeln Sie Ihr Baby in den ersten Tagen in eine Decke oder ein Tuch ein, damit es sich nicht so verloren fühlt. Das Baby ist aus dem Mutterleib an feste Grenzen gewöhnt.

## Bindung und Beziehung

Die Beziehung zwischen Mutter und Kind entwickelt sich schon im Mutterleib. Nach der Geburt erleben viele Frauen Momente großen Glücks und intensiver Nähe zum Neugeborenen, und sie sind stolz auf die von ihnen geleistete Geburtsarbeit. Diese Gefühle können auch die Beziehung zum Kind stärken. Die Geburt ist ein einzigartiges Abenteuer, das beide zusammen gemeistert haben.

Auch die Geburtshormone haben bei Mutter und Kind eine intensive, verbindende Wirkung. Eines der wichtigsten Geburtshormone ist das Oxytocin, das die Wehen anregt und für den Milchfluss in der Stillzeit sorgt. Es scheint aber auch Auswirkungen auf die Bindung zwischen Mutter und Kind zu haben. Die Ausschüttung von Oxytocin wird mit Gefühlen der Verbundenheit, Vertrauen, Ruhe und Geborgenheit in Verbindung gebracht. Untersuchungen lassen darauf schließen, dass es auch Anspannung, Angst und Stresserleben verringern kann und unser Einfühlungsvermögen in andere Menschen verbessert. Das ist enorm hilfreich, wenn nach der Geburt eine neue Beziehung zwischen Mutter und Kind wächst.<sup>6</sup> Nach einem Kaiserschnitt können verschiedene Faktoren die ungestörte Entwicklung einer tiefen Bindung zwischen Mutter und Kind beeinflussen. Sorgen, Trennungen, die Wirkungen von Medikamenten bei Mutter und Kind - all diese Erlebnisse können die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung stören. Als Folge können Schwierigkeiten beim Stillen auftreten. Einigen Frauen fällt es schwer die Signale des Kindes zu deuten oder sie fühlen sich überfordert.

### Das können Sie tun:

- Lassen Sie sich Ihr Baby direkt nach der Geburt nackt auf Ihre nackte Brust legen. Warm eingepackt können Sie sich so intensiv kennenlernen.
- Noch im Krankenhaus, wieder zu Hause oder auch Monate nach der Geburt kann ein Bondingbad die Mutter-Kind-Bindung stärken: Baden Sie Ihr Kind oder mit ihm zusammen. Legen Sie sich dann das noch nasse Kind im warmen Bett auf Ihre Brust. Genießen Sie diese Zeit wie beim ersten Kennenlernen. Sie können dabei auch an die Geburt zurückdenken, vielleicht mit Ihrem Partner zusammen.
- Sie können Ihre Bindung und auch die Ausschüttung von Oxytocin fördern, wenn Sie Ihr Baby stillen, im Arm halten, ansehen und streicheln.
- Lassen Sie sich Zeit, Ihr Baby kennenzulernen. Seien Sie nicht enttäuscht, wenn es Ihnen zunächst noch fremd ist. Ihre Beziehung wird wachsen und jeden Tag tiefer werden.

## Längere Erholungsphase

Nach einem Kaiserschnitt wird meist nicht nur ein längerer Krankenhausaufenthalt nötig, oft dauert es auch längere Zeit bis die Mütter die Pflege des Babys allein übernehmen können. Laut einer Studie fanden 69 % der Mütter, die durch Kaiserschnitt entbunden hatten, die Versorgung des Kindes sehr erschwert.<sup>7</sup> Sie sind länger auf Hilfe angewiesen, haben Schmerzen, können sich schlechter bewegen und sind dadurch auch bei der Versorgung des Babys, dem Stillen, Wickeln, Tragen usw. eingeschränkt.

Es ist nicht verwunderlich, dass die Erholung nach dem Kaiserschnitt länger braucht, denn der Körper der Frau ist doppelt gefordert. Er muss nicht nur die Regeneration nach einer großen Bauchoperation leisten, sondern auch die Anpassungsleistung nach der Schwangerschaft: zum Beispiel die Rückbildung, die Umstellung des Stoffwechsels, das Einsetzen der Milchproduktion ...

### Das können Sie tun:

- Organisieren Sie schon vor der Geburt eine Hebamme zur Nachbetreuung für die erste Zeit zu Hause.
- Schmerzen erschöpfen zusätzlich und erschweren den Kontakt mit dem Baby. Besprechen Sie die angemessene Behandlung mit Schmerzmitteln mit den betreuenden Hebammen, Schwestern und Ärzten.
- Nehmen Sie alle Möglichkeiten wahr, sich zu entlasten. Beauftragen Sie zum Beispiel Freunde und Verwandte für Sie zu kochen, aber machen Sie auch deutlich, wann Sie Ruhe benötigen und keinen Besuch empfangen wollen.
- Nehmen Sie sich Zeit sich auszuruhen. Oft erfordert es Geduld, sich von einem Kaiserschnitt zu erholen.



# Prozess der Entscheidungsfindung

Die Entscheidung zu einem Kaiserschnitt treffen Ärzte aufgrund klar definierter Richtlinien.<sup>8</sup> Die Begründung der Notwendigkeit und Angemessenheit des Kaiserschnitts wird Indikation genannt. Die Indikation wird davon abgeleitet, welches medizinische Risiko eine natürliche Geburt für die Gesundheit von Mutter und Kind hätte. Dieses Risiko lässt sich nur abschätzen. Dazu werden Untersuchungen durchgeführt. Deuten in der Schwangerschaft Untersuchungsbefunde auf ein erhöhtes Geburtsrisiko hin, kann das eine Indikation für einen Kaiserschnitt darstellen.

In den meisten Fällen (ca. 90 % aller Schnittenbindungen) ist die Kaiserschnittindikation nicht absolut.<sup>9</sup> Das bedeutet, dass eine natürliche Geburt durchführbar, aber möglicherweise mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden ist. In dieser schwierigen Situation müssen die Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten gut abgewogen werden, um zu einer Entscheidung zu gelangen. Zu den relativen „weichen“ Indikationen kann auch übermäßige Angst vor der Geburt gezählt werden.

Vor jedem Kaiserschnitt ist die Aufklärung und Einwilligung der Patientin notwendig. werdende Eltern, Ärzte und Hebammen sollten in der Entscheidung bezüglich eines Kaiserschnittes zusammenarbeiten und Vorteile, Risiken, Befürchtungen und Wünsche offen besprechen.

### Das können Sie tun:

- Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin und Hebamme offen über Ihre Wünsche und mögliche Befürchtungen und Ängste im Zusammenhang mit einer vaginalen Geburt oder einer Kaiserschnittgeburt.
- Lassen Sie sich alles, was Sie nicht verstanden haben, erklären und fragen Sie nach Alternativen.

### Einordnen von Informationen

In der Schwangerschaft ist es gar nicht leicht, die vielen neuen Eindrücke und Informationen einzuordnen. Nicht selten fühlen sich Schwangere damit überfordert, Auskünfte von Frauenärztinnen und Hebammen nachzuvollziehen und zu bewerten. Zum Beispiel kann es schwierig sein, zu verstehen, was ein bestimmtes Untersuchungsergebnis für die Schwangerschaft und die Geburt bedeutet. Fehlt hier die ausdrückliche Erklärung der Untersuchungen und Befunde durch die Betreuenden, können Frauen mit Verunsicherung und Angst reagieren.

Auch Gespräche mit Freunden, Nachbarn oder Kollegen können verwirren. Erzählungen, in denen von schlechten Erfahrungen berichtet wird, können belasten. Ein Gespräch mit der Ärztin oder Hebamme hilft, verunsichernde Informationen zu hinterfragen und einzuordnen.

Es gibt eine Fülle von Ratgebern, Internetseiten und Fernsehsendungen über die Geburt. Die darin enthaltenen Informationen können für schwangere Frauen und ihre Partner interessant sein. Manchmal stiften sie jedoch Verwirrung, rufen unnötige Ängste hervor oder die Inhalte sind sehr einseitig. werdende Eltern sollten kritisch an die Informationen herangehen: nicht alle sind wissenschaftlich gesichert und allgemein gültig.

#### Das können Sie tun:

- Lassen Sie sich Untersuchungen und Befunde erklären, wenn Sie etwas beunruhigt. Es ist Ihr gutes Recht genau nachzufragen, bis Sie alles verstanden haben. Sprechen Sie es an, wenn Sie sich sorgen.
- Erfragen Sie, wie Befunde in Ihrem Fall individuell zu beurteilen sind.
- Wenn Sie Informationen aus den Medien oder dem Bekanntenkreis nicht einordnen können, wird Ihnen Ihre Ärztin oder Hebamme dabei behilflich sein. Sprechen Sie Verunsicherungen an.
- Achten Sie darauf, wie viele und welche Bücher, Broschüren, Webseiten und Sendungen Sie sich anschauen. Entscheiden Sie immer wieder neu, welche Informationen Sie gerade benötigen und ob sie Ihnen persönlich gut tun.

### Einschätzung von Risiken

Risikoangaben treffen Aussagen darüber, wie wahrscheinlich negative Folgen in einer bestimmten Situation sind.<sup>10</sup>

Die Einschätzung medizinischer Risiken ist oft sehr komplex. Ein Beispiel: eine wissenschaftliche Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass das Risiko von Babys nach der Geburt ein Atemnotsyndrom zu entwickeln bei Kaiserschnittkindern 2–4 mal höher ist als nach einer vaginalen Geburt. In derartigen Untersuchungen werden Fälle untersucht, gezählt und verglichen, um dann Wahrscheinlichkeiten abzuleiten. Auch nach einer vaginalen Geburt ist es möglich, dass das Baby ein Atemnotsyndrom entwickelt. Aber nach einem Kaiserschnitt leiden 2–4 mal so viele Babys darunter. Es lässt sich ableiten, dass jedes einzelne Baby nach einer Kaiserschnittentbindung ein 2–4 mal höheres Risiko

hat, genau diese Komplikation zu bekommen. Die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit kann sich ändern, wenn in weiteren wissenschaftlichen Studien zum Beispiel neue statistische Daten oder Auswertungsmethoden verfügbar sind.

Bei einer persönlichen Risikoeinschätzung werden noch weitere Faktoren neben den Wahrscheinlichkeiten wichtig. So kann zum Beispiel die persönliche Bedeutsamkeit der Folgen des Ereignisses großen Einfluss auf die Risikoabwägung haben. Die „richtige“ Risikowahrnehmung gibt es nicht. Über die Einschätzung lässt sich streiten, da sie von vielen persönlichen Faktoren beeinflusst wird.<sup>11</sup>

Oft hilft der Vergleich zweier Risiken bei deren Einschätzung.<sup>12</sup> So kann sowohl der Kaiserschnitt als auch die vaginale Geburt mit Komplikationen verbunden sein. Wie wahrscheinlich diese sind, muss im Einzelfall individuell eingeschätzt werden. Wie gravierend verschiedene Folgen für jede Frau und jede Familie persönlich sind, ist in den Wahrscheinlichkeitsangaben nicht berücksichtigt und sollte mit der betreuenden Ärztin und Hebamme besprochen werden.

Risiken beschreiben mögliche negative Konsequenzen eines Ereignisses. Jedes Ereignis kann jedoch auch neutrale und positive Konsequenzen haben. Bei der vaginalen Geburt können positive Konsequenzen zum Beispiel das Glücksgefühl, die ersten Kennenlernmomente der neuen Familie oder der Stillserfolg sein. Die Risikodiskussion sollte die persönliche Bedeutsamkeit möglicher positiver Konsequenzen nicht vernachlässigen. So können Risiken und Vorteile gegeneinander abgewogen werden. Auch gesunderhaltende Faktoren sollten in die Risikorechnung integriert werden, denn diese können Komplikationen in der Schwangerschaft und im Geburtsverlauf vorbeugen. Gesunderhaltende Faktoren sind bei jeder Frau vorhanden, aber unterschiedlich ausgeprägt. So können Faktoren wie zum Beispiel zuversichtliche Einstellung, hohes Wohlbefinden in der Schwangerschaft, positive Geburtserfahrungen in der Vergangenheit usw. dem Risiko von Komplikationen unter der Geburt entgegenwirken.

### Das können Sie tun:

- Lassen Sie sich alle Untersuchungen und Befunde erklären. Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben.
- Fragen Sie nach Alternativen.
- Fragen Sie nach erfreulichen Befunden und Entwicklungen. Welche Stärken sind vorhanden und wie können Sie diese weiter fördern?

## Wunsch nach einem Kaiserschnitt

Unabhängig davon, ob medizinische Gründe für einen Kaiserschnitt vorliegen, kann es Situationen geben, in denen sich Schwangere und ihre Familien einen Kaiserschnitt wünschen. Der Bedarf an Beratung ist gerade dann besonders groß, wenn ein Kaiserschnitt nicht medizinisch erforderlich ist. Mögliche Vorteile und Risiken eines Kaiserschnitts und einer vaginalen Geburt sollten gründlich abgewogen werden. Ärzte sind nicht verpflichtet, dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation nachzukommen.<sup>13</sup> Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für einen Kaiserschnitt in der Regel nicht, wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

In dieser Situation wünschen sich die werdenden Eltern meist, mit ihren Bedürfnissen ernst genommen zu werden. Darum wird im Folgenden auf einige Beweggründe für den Wunsch nach einem Kaiserschnitt im Folgenden näher eingegangen.

### Angst vor der Geburt

Angst vor der Geburt kann ein Grund sein, einen Kaiserschnitt zu wünschen. Angst ist ein menschliches Grundgefühl, das sich in als bedrohlich empfundenen Situationen äußert.

Die Angst vor der Geburt kann als Furcht bis hin zu Panik erlebt werden. Meist meldet sie sich wiederkehrend in verschiedenen Situationen und unterschiedlich stark. Ihre Funktion ist Warnung und Schutz vor Gefahr.

Es ist wichtig, die Angst anzuerkennen. Das ermöglicht, sie genauer zu betrachten und mit ihr zu arbeiten. Oft fürchten sich Frauen im Vorfeld der Geburt vor Schmerzen und Kontrollverlust oder bringen individuelle Ängste und Sorgen mit. Je genauer diese beschrieben werden können, desto besser lassen sich individuelle Wege und Lösungen erarbeiten.

#### Das können Sie tun:

- Akzeptieren Sie Ihre Angst.
- Lassen Sie die Angst zu, um sie zu erforschen. Wovon genau fürchten Sie sich? Was wäre das Schlimmste, was passieren kann? Welche Folgen hätte das für Sie, Ihr Baby und Ihre Familie?
- Welche Möglichkeiten haben Sie, mit dem umzugehen, was Ihnen Angst macht? Wie können Sie Ihren Befürchtungen entgegenwirken? Wer könnte Sie dabei wie unterstützen?
- Überlegen Sie, in welchen Situationen Ihnen die Gedanken an die bevorstehende Geburt besonders angenehm sind. Welche Gedanken können Ihnen dabei helfen, sich auf die Geburt zu freuen?
- Sie müssen da nicht allein durch. Suchen Sie sich Unterstützung. Besprechen Sie Ihre Sorgen und Ängste z. B. in einer Schwangerschaftsberatungsstelle oder mit einer Therapeutin. Sorgen der Seele verdienen dieselbe Beachtung wie körperliche Beschwerden.

### Wunsch nach Planbarkeit

Ein weiterer Grund, einen Kaiserschnitt zu wünschen, kann sich auf die bessere Planbarkeit einer Operation beziehen. Der Geburtszeitpunkt kann damit im Vorhinein festgelegt werden. Die bessere Planbarkeit gilt jedoch nicht als Kaiserschnittindikation<sup>14</sup>.

#### Das können Sie tun:

- Überlegen Sie, wie Sie in anderen Situationen mit Ungewissheit umgehen. Was hilft Ihnen, Situationen zu meistern, die sich nicht planen lassen?
- Vieles rund um die Geburt lässt sich planen: das Krankenhaus, die Begleitung, die Betreuung von älteren Geschwisterkindern usw. Vielleicht hilft es Ihnen, all das gut vorzubereiten, was planbar ist. So können Sie die Ungewissheit auf den Zeitpunkt und den Verlauf

der Geburt reduzieren und möglicherweise leichter akzeptieren.

- Vertrauen Sie Ihrem Körper und Ihrem Kind, den passenden Zeitpunkt für die Geburt zu finden.
- In den meisten Fällen ist der Geburtsbeginn ganz allmählich, sodass Sie Zeit haben sich sowohl körperlich als auch emotional und organisatorisch auf den Verlauf einzustellen.

### Vorerfahrungen

Frauen, die bei einer vorangegangenen Geburt schlechte Erfahrungen gemacht haben, wünschen sich bei einer erneuten Schwangerschaft möglicherweise einen Kaiserschnitt, um diese Erfahrungen nicht zu wiederholen.

Eine weitere Geburt kann immer auch die Chance bieten, eine positive Erfahrung zu machen. Oft ist es aber wichtig, das traumatische Geburtserlebnis vor der nächsten Geburt aufzuarbeiten, um es neu einordnen und beide Ereignisse als voneinander unabhängig betrachten zu können. Dann bietet sich die Chance, alte Erfahrungen zu nutzen und die neue Geburtssituation nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten.

#### Das können Sie tun:

- Suchen Sie sich Unterstützung, wenn Sie während der Schwangerschaft merken, dass vorangegangene Geburtserfahrungen Sie nicht loslassen.
- Fragen Sie bei Ihrer damaligen Geburtsklinik oder Hebamme nach, ob die Möglichkeit besteht, den Geburtsbericht einzusehen. Vielleicht hilft Ihnen das, offene Fragen zu beantworten.
- Besprechen Sie Ihre Sorgen mit Ihrer Ärztin und Ihrer Hebamme.
- Sie können zu jedem Zeitpunkt in der Schwangerschaft unabhängige, kostenlose Beratung in einer Schwangerenberatungsstelle in Anspruch nehmen.

### Angst vor schlechter Betreuung

Für Frauen, die befürchten, unter der Geburt unzureichend betreut zu werden, kann es ganz besonders wichtig sein, sich im Vorhinein mit den Bedingungen unter der Geburt zu beschäftigen.

#### Das können Sie tun:

- Erforschen Sie Ihre Wünsche und Bedürfnisse zur Geburt: Was bedeutet für Sie gute Betreuung? Was wünschen Sie nicht? Unter welchen Bedingungen fühlen Sie sich stark und spüren Ihre Fähigkeiten? Was brauchen Sie vor und während der Geburt um an sich zu glauben?
- Suchen Sie sich einen Geburtsort aus, der Ihnen Geborgenheit vermittelt. Sie werden ein Gespür dafür entwickeln, wo Sie sich wohl fühlen und was Ihnen gut gefällt und zu Ihnen passt.
- Treffen Sie Vereinbarungen mit Personen, die Sie während der Geburt betreuen: Klären Sie

mit den Hebammen, was Sie wünschen, und was nicht. Welche Möglichkeiten haben Sie, um während der Geburt auf Ihre Bedürfnisse aufmerksam zu machen? Auf welche Weise kann Ihr Partner oder eine andere Bezugsperson Sie während der Geburt unterstützen? Können Sie im Vorfeld über Ihre Ängste sprechen?

### Auswirkungen sexueller Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt

Es ist schwierig zu erforschen, wie viele Frauen in ihrem Leben sexuelle Gewalt erleben müssen. Nur ein Bruchteil aller Fälle wird angezeigt und strafrechtlich verfolgt. In einer deutschen Studie wurde ermittelt, <sup>15</sup> dass circa 20 % der befragten Frauen mindestens einmal in ihrem Leben mit Gewalt zu sexuellen Handlungen gezwungen worden waren, oder es versucht wurde. Es bleibt jedoch offen, inwieweit diese Daten verallgemeinert werden können. Möglicherweise sind die Zahlen tatsächlich höher einzuschätzen.

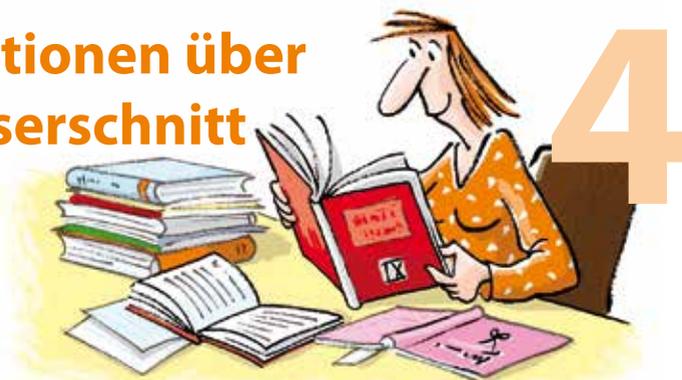
Bisher ist wenig untersucht, welche Auswirkung es auf Schwangerschaft und Geburt hat, wenn Frauen in ihrem bisherigen Leben sexuelle Gewalt erlebt haben. Wahrscheinlich sind diese Auswirkungen sehr unterschiedlich. Es ist denkbar, dass bei einigen Frauen das intensive körperliche Erlebnis einer Schwangerschaft oder Geburt Erinnerungen an das vorangegangene Trauma zurückbringt. Körperliche Empfindungen und Veränderungen durch die Schwangerschaft können mit Angst und Ablehnung verbunden sein. Möglicherweise sind Schwangere, die sexuelle Gewalt erfahren haben, erhöhtem Stresserleben ausgesetzt. Auch routinemäßige Untersuchungen im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf können für betroffene Frauen zur Qual werden. Ebenso können Ängste vor der Geburt und dem Leben mit dem Kind häufiger und stärker vorkommen.

Sexuelle Gewalt ist ein Verbrechen, für das allein der Täter Verantwortung übernehmen muss. Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, leiden oft zusätzlich unter der Tabuisierung durch die Gesellschaft. Wir möchten betroffene Frauen ermutigen, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, wenn es ihnen schwer fällt, die Schwangerschaft zu genießen oder sie Angst vor der Geburt oder dem Leben mit dem Kind haben. So unterschiedlich das Erleben der betroffenen Frauen ist, so unterschiedlich sind auch ihre Bedürfnisse. Deshalb sind persönliche Beratung und Betreuung besonders wichtig.

### Das können Sie tun:

- In Schwangerenberatungsstellen oder Organisationen und Selbsthilfegruppen für Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, können Sie sich kostenlos und auf Wunsch auch anonym beraten lassen, welche Unterstützung für Sie (und Ihr Baby) die Beste ist.
- Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin und Hebamme, wenn Ihnen Untersuchungen unangenehm sind. So können Sie möglicherweise mitbestimmen, wann, wie und von wem die Untersuchungen vorgenommen werden.
- Wenn Sie Angst vor der Geburt haben, könnte es helfen, die Geburt mit einer vertrauten Hebamme zu planen oder Übungen zur Entspannung und Stressreduktion zu erlernen.
- Egal wie Sie sich entscheiden, versuchen Sie die Situation so zu gestalten, dass Sie gut geschützt sind. Nehmen Sie dazu jede Unterstützung in Anspruch.

# Informationen über den Kaiserschnitt



Im Jahr 2009 wurden in Deutschland 31,3 % aller Kinder<sup>16</sup> durch einen Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Die Steigerung von rund 15 %, der von der Weltgesundheitsorganisation als höchste medizinisch sinnvolle Rate bezeichnetem Anteil von maximal 15 %,<sup>17</sup> auf über 30 % erfolgte in den USA<sup>18</sup> innerhalb von zehn Jahren 1996–2007. Bei Müttern über 40 liegt der Anteil von Kaiserschnittgeburten in den USA bereits bei über 40 %.<sup>19</sup>

Es gibt Situationen, in denen ein Kaiserschnitt für Mutter und Kind eine lebensrettende Maßnahme ist. Niemand wird unter solchen Bedingungen die Nachteile einer Schnittentbindung hervorheben.

Ohne gewichtige medizinische Gründe werden die Vorteile jedoch durch Nachteile und Risiken infrage gestellt. In einer 2006 veröffentlichten deutschen Studie<sup>20</sup> gaben 86 % aller Frauen nach einem Kaiserschnitt an, dass sie die Folgen unterschätzt hatten. Es ist also wichtig, die möglichen Folgen zu kennen und abzuwägen.

Wir möchten, dass Sie sich aus voller Überzeugung, versehen mit allen Informationen über die Folgen für sich und Ihr Baby und die im Vergleich mit der natürlichen Geburt bestehenden Vor- und Nachteile entscheiden können.

## Das Erleben eines Kaiserschnittes

Ihre betreuende Kreissaalärztin spricht mit Ihnen über den Ablauf der Operation und klärt Sie über die Risiken und Komplikationen auf. In den meisten Kliniken werden Sie gefragt, ob Ihr Partner mit in den Operationsaal gehen und während der Operation bei Ihnen bleiben soll. Sie werden dann die OP-Einwilligung unterschreiben.<sup>21</sup>

Sie werden gebeten, Ihren Schmuck abzulegen und ein Klinikhemd anzuziehen. Nagellack an den Fingernägeln sollte entfernt werden. Sie nehmen Ihre Kontaktlinsen und eventuelle Zahnprothesen heraus, damit diese sicher für die Zeit der Operation verwahrt werden können. Sie bekommen eine Verweilkanüle in Ihre Armvene. Abhängig von der von Ihnen gewählten Narkoseform kann jetzt schon eine Infusion angehängt werden. Die Schamhaare werden über dem Schambein rasiert oder kurz geschnitten. In vielen Krankenhäusern müssen Sie Kompressionsstrümpfe anziehen, die Sie bis zur Entlassung aus der Klinik tragen müssen. Mit dem CTG wird kontrolliert, dass es Ihrem Baby gut geht. Bei einem vorher geplanten Kaiserschnitt dauert die Überwachung 30 Minuten. Bei einem ungeplanten

Kaiserschnitt ist es wahrscheinlich, dass Sie meist bis zur Fahrt in den OP am CTG-Gerät liegen und die Herztöne Ihres Kindes gehört werden wenn Sie schon im OP sind. Zeigen die Herztöne Ihres Babys an, dass es vielleicht Stress hat, erhalten Sie eventuell bis zur Operation eine wehenhemmende Infusion. Im OP müssen alle, auch Ihr Partner, mit neuer Krankenhauskleidung und Mundschutz erscheinen.

Zum OP-Team gehören: eine Geburtshelferin mit mindestens einer, manchmal zwei Assistentinnen, eine Anästhesistin mit einem Pfleger oder einer Schwester als Assistentin, eine OP-Schwester, die alle Instrumente anreicht und eine OP-Schwester, die „unsteril“ bleibt, d. h. umherlaufen und Dinge anreichen wird. Außerdem gehört noch Ihre Hebamme zum Team, die das Baby mit einem warmen Tuch annehmen und untersuchen wird. Wenn möglich oder notwendig wird noch eine Kinderärztin mit einer Kinderkrankenschwester anwesend sein.

Der OP-Tisch, auf den Sie von Ihrem Bett umsteigen werden, steht meistens schon bereit. Ihre Spinal- oder Periduralanästhesie wird vorbereitet und gelegt. Sie werden an Überwachungsmonitore angeschlossen. Dann werden Sie in den OP hinein gefahren. Ihre Begleitperson darf sich an Ihr Kopfende setzen. Bei einer Regionalanästhesie wird mit Eiswürfeln oder Kanülen getestet, ob die Betäubung schon gut wirkt. Ihr Bauch wird mit Desinfektionsmittel abgewaschen. Wenn Sie sich für eine Vollnarkose entschieden haben, wird diese vorbereitet. Wenn Sie nichts mehr spüren, bekommen Sie einen Blasenkatheter durch die Harnröhre gelegt, damit Ihre Harnblase entleert ist und bei der Operation nicht verletzt werden kann. Sie werden mit sterilen Tüchern abgedeckt und können so bei der Operation Ihren Bauch nicht sehen.

Nun beginnt die Operation. Ihre Geburtshelferin wird einen etwa 15 Zentimeter langen Hautschnitt kurz über dem Schambein anlegen und alle darunter liegenden Gewebeschichten und die Harnblase zur Seite schieben oder durchtrennen, bis die Gebärmutter erreicht ist. Es wird ein weiterer Schnitt, meistens quer am unteren Teil der Gebärmutter angelegt und Ihr Baby wird heraus gehoben. Die Operation dauert bis zum Zeitpunkt der Geburt des Babys maximal zehn Minuten. Wenn Sie bei einer Regionalanästhesie wach sind, werden Sie vielleicht die Erklärungen Ihrer Geburtshelferin oder Musik im OP hören können. Und auch einige Geräusche und Bewegungen in Ihrem Körper, die die Operation begleiten, werden Sie wahrnehmen können.

Dazu gehören:

- ein Rucken und Ziehen,
- das Klappern beim Ablegen der Instrumente auf dem Metalltisch,
- manchmal ein Zittern in Ihrem Körper, eine leichte Übelkeit und ein starkes Kälteempfinden (dann muss Ihre Anästhesistin informiert werden!),
- ein gurgelndes Geräusch vom Absaugen des Fruchtwassers und Blutes,
- vielleicht spüren Sie das leichter werden Ihres Bauches, wenn Ihr Baby aus der Gebärmutter heraus gehoben wird.
- Beim ersten Schrei Ihres Babys wissen Sie, dass es da ist.

Eine Hebamme oder eine Kinderärztin wird Ihr Baby entgegen nehmen und in ein warmes Tuch einschlagen. Wenn Ihr Kind keine Probleme hat, sind Sie und Ihr Partner natürlich die nächsten Personen, die es begrüßen und küssen dürfen. Versuchen Sie diese erste Begrüßung mit direktem Hautkontakt auf Ihrem Oberkörper zu verbinden. Das frühe „aneinander schnuppern“ wird Ihnen später beim glücklichen Aufbau der Stillbeziehung helfen können. Ihr Partner kann Ihr Baby zu seiner ersten Untersuchung begleiten. Sie müssen sich noch ein bisschen gedulden, bis die Plazenta entfernt wurde und die Operationswunde wieder schichtweise zugenäht ist, bevor Sie in Ruhe mit Ihrem Baby knuddeln können und es an die Brust anlegen können. Vielleicht riechen Sie beim Zunähen des Bauches das Veröden der kleinen Blutgefäße und hören ein leicht brutzelndes Geräusch. Die Kaiserschnittoperation dauert insgesamt etwa 35 bis 50 Minuten, manchmal etwas länger, manchmal kürzer.

### Narkosearten

Vor der Operation befragt eine Narkoseärztin Sie zu Ihrer Krankengeschichte und spricht mit Ihnen über die verschiedenen Möglichkeiten der Anästhesie. Sie werden dann eine Aufklärungsschrift zur Anästhesie, PDA/Spinalanästhesie oder Vollnarkose unterschreiben müssen.

Die Periduralanästhesie – PDA – oder die Spinalanästhesie – Spinale – genannt oder eine Kombination der beiden, sind die am häufigsten durchgeführten örtlichen Betäubungen während des Kaiserschnittes. In der Regel sind dies komplikationsarme und effektive Methoden zur Geburtsschmerzausschaltung, die meist von Narkoseärztinnen, mancherorts auch von Geburtshelferinnen durchgeführt werden. Der Vorteil dieser Narkosearten ist, dass Sie Ihr Baby bewusst begrüßen können und im OP mithilfe Ihrer Begleitperson oder einer Hebamme den ersten Körperkontakt (Bonding), der so wichtig für den Aufbau einer Stillbeziehung ist, erleben können.<sup>22</sup>

Vollnarkosen bzw. richtige Intubationsnarkosen werden in der Geburtshilfe nur in Notfallsituationen, in denen keine Zeit zum Legen einer Regionalanästhesie bleibt, empfohlen. Falls Sie aber Angst vor einem bewussten, wenn auch schmerzfreien, Erleben eines geplanten Kaiserschnitts haben sollten, sprechen Sie das bei Ihrem Anästhesiegespräch an. Die Vollnarkose wird Sie in einen künstlichen Tiefschlaf versetzen. Außerdem werden Medikamente verabreicht, die Ihr Schmerzempfinden unterdrücken. Weil Sie durch diese Art des künstlichen Tiefschlafes nicht mehr selbst atmen können, werden Sie künstlich beatmet werden.

Bei der Regionalanästhesie wird zunächst die Einstichstelle der Nadel im unteren Rückenbereich örtlich betäubt. Dann wird zwischen zwei Lendenwirbeln in die im Wirbelkanal gelegene äußere Hülle des Rückenmarks eine Hohlnadel eingeführt, durch die ein dünner Schlauch vorgeschoben wird. Durch diesen Katheter wird das Betäubungsmittel eingespritzt und die dort befindlichen Nervenwurzeln betäubt. Bei einer Spinalanästhesie wird dann entsprechend in den Spinalraum eine Einmaldosis gespritzt und kein Verweilschlauch zum eventuellen Nachspritzen gelegt.

Zur Vorbereitung der Anästhesie wird Ihr Blutdruck gemessen, eine blutdruckstabilisierende Infusion angelegt und Blut abgenommen, das u. a. auf die Gerinnungsfaktoren untersucht wird. Durch die Regionalbetäubung und Entspannung der Muskulatur in der unteren Körperhälfte kann Ihr Blut in die entspannten Bereiche sacken und Ihr Blutdruck kann abfallen. Zum Legen der Regionalanästhesien müssen Sie mit nach vorn gekrümmten Rücken einige Minuten möglichst bewegungslos sitzen oder

liegen. Die Wirkung tritt nach ungefähr 15 bis 20 Minuten ein. Sie hält zwei bis drei Stunden, manchmal auch kürzer an. Bei Bedarf kann bei der PDA durch den Katheter nachbetäubt werden. Die Vorteile dieser Anästhesie liegen darin, dass Sie bei vollem Bewusstsein sind und Ihr Baby wach begrüßen können.

### Operationsmethoden

Große Verbreitung findet inzwischen der sogenannte „sanfte Kaiserschnitt“. Hierbei werden möglichst viele Gewebestrukturen gedehnt oder stumpf präpariert, die bei der bisher üblichen „klassischen“ Methode durchschnitten wurden. Der Vorteil dieser Operationsmethode („Misgav-Ladach-Sectio“) liegt in der Schonung von Blutgefäßen und Nervenbahnen mit geringerem Blutverlust und geringeren Wundschmerzen danach, sowie der Verkürzung der reinen Operationszeit. Der Ausdruck „sanft“ führt aber in die Irre, denn auch bei dieser Technik wird vorher intaktes Gewebe verletzt – mit allen möglichen Risiken, wie Infektionen, Nachblutungen und Verwachsungen.<sup>23</sup>

Das Konzept der nachoperativen Behandlung hat sich mit modernen Operationsmethoden verändert. Die früher über mehrere Tage üblichen Infusionstherapien und die mehrtägige Bettruhe sind nicht mehr notwendig. Sie dürfen schon am ersten Tag des Kaiserschnittes essen und trinken und können mit Ihrem Baby gemeinsam im Zimmer untergebracht werden. Mit der Hilfe eines Partners, einer Partnerin oder des Klinikpersonals muss so der Beziehungsaufbau zu Ihrem Baby nicht mehr durch lange Trennungszeiten unterbrochen sein.

### Anwesenheit des Vaters oder anderer Bezugspersonen

Die Anwesenheit von Vätern oder anderen Bezugspersonen ist in zahlreichen Kliniken inzwischen üblich. Es besteht jedoch kein Rechtsanspruch. Sie müssen es wollen und dann mit allen beteiligten Ärztinnen und Ärzten absprechen. Im Operationssaal sollte die Begleitperson an Ihrem Kopfbereich bleiben und kann dann vielleicht gemeinsam mit Ihnen die ersten Minuten nach der Geburt das Kind begrüßen. In vielen Fällen ist für diese Anwesenheit eine Erklärung zu unterzeichnen.<sup>24</sup>

### Entscheidung für einen Kaiserschnitt

In der internationalen Fachliteratur findet man Unterscheidungen zwischen zwingenden, üblichen und möglichen Gründen zum Kaiserschnitt. Die Zuordnung der Indikationen in diese drei Kategorien ist jedoch von Land zu Land unterschiedlich.

#### Zwingende medizinische Gründe

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe von 2004<sup>25</sup> und 2008<sup>26</sup> geben „absolute Indikationen“ an, d. h. Zustände, die das Leben von Mutter oder Kind gefährden und einen Kaiserschnitt verlangen. Als solche Indikationen gelten u. a. eine Querlage des Kindes, ein

HELLP-Syndrom, das Aufreißen einer Narbe in der Gebärmutter nach vorangegangenem Kaiserschnitt oder ein Nabelschnurvorfall.

Bei einer tiefliegenden oder vor dem Muttermund liegenden Plazenta wird der natürliche Geburtskanal blockiert. Ist eine solche Situation, Placenta praevia genannt, deutlich ausgeprägt, bestehen auch gute Gründe für eine Kaiserschnittgeburt.<sup>27,28</sup>

Es steht die Geburt von mehr als zwei Kindern (Zwillingen), also von Drillingen oder mehr bevor. In Deutschland wird bereits jede Mehrlingsschwangerschaft als relative Indikation betrachtet.<sup>29</sup>

## Übliche medizinische Gründe

Ein geplanter Kaiserschnitt wird bei folgenden Situationen dringend angeraten:

- Der Mutterkuchen sitzt vor oder nahe dem inneren Muttermund (Plazenta praevia).
- Das Baby liegt in einer gebärunfähigen Lage, z. B. einer Querlage.
- Wenn die Mutter HIV-positiv ist, d. h. mit dem AIDS-Virus infiziert ist, verringert ein Kaiserschnitt die Übertragung.<sup>30</sup>
- Bei früheren Operationen ist ein größerer Schnitt durch die Wand der Gebärmutter, z. B. nach Myomentfernungen erfolgt.
- Bei der Frau liegen Erkrankungen vor, wie z. B. bestimmte Herzerkrankungen oder Präeklampsie.
- Es handelt sich um Zwillinge, bei denen sich das erste, unten liegende Baby in eine gebärunfähige Lage gedreht hat.
- Bestimmte Fehlbildungen des Babys legen einen Kaiserschnitt nahe.
- Als nicht als zwingend eingestufte aber empfohlene Indikationen gelten heute Beckenendlage bei Erstgebärenden und Babys, die extrem früh entbunden werden.

Solche Gründe liegen nur bei weniger als jedem zehnten Kaiserschnitt vor.<sup>31</sup>

## Mögliche medizinische Gründe

Einer der häufigsten Gründe für Kaiserschnitte ist der gestresste Zustand des Babys, der zum Beispiel durch eine Sauerstoffunterversorgung entstehen kann. Er zeigt sich durch pathologische Herztonmuster, die während der Geburt aufgezeichnet werden oder durch die Blutwerte des Kindes.<sup>32</sup>

Zum Geburtstermin liegen in 3 bis 5 % aller Schwangerschaften die Babys in einer Beckenendlage (mit dem Popo nach unten). Wenn das Kind in einer solchen Steißlage liegt, können Geburtsrisiken auftreten, die einen Kaiserschnitt aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheinen lassen. Ein wichtiger Grund für die Kaiserschnittempfehlung ist auch, dass viele Ärztinnen die Hilfen bei einer vaginalen Entbindung aus einer Beckenendlage („Steißlage“) nicht mehr beherrschen, weil sie nur noch selten durchgeführt werden. Aktuell liegt die Kaiserschnitttrate bei Beckenendlagen in Deutschland bei über 90 %.<sup>33</sup> In Österreich mussten deutlich weniger Babys nach einer Kaiserschnittgeburt auf eine Neugeborenenstation als Babys nach vaginaler Geburt aus einer Beckenendlage.<sup>34</sup>

Die Mutter hat zur Zeit der Wehen einen ersten aktiven Ausbruch eines genitalen Herpes. In diesem Fall kann das Kind im Geburtskanal mit dem Virus in Kontakt kommen. Dies verhindert ein Kaiserschnitt.<sup>35</sup>

Der Körper insbesondere der Kopf des Kindes scheint zu groß für den mütterlichen Beckendurchgang (fetale Makrosomie). Diese Begründung wird in einem umfassenden britischen Bericht<sup>36</sup> jedoch als eine schlüssige Empfehlung abgelehnt, insbesondere weil die Vermessungen über Ultraschalluntersuchungen das Gewicht oft überschätzen.

Die vorherige Geburt war ein Kaiserschnitt. Dieser Grund gilt derzeit in Deutschland als der häufigste für Kaiserschnitte bei zweiten Geburten. Es gibt aber weiter erhebliche Kontroversen zu dieser Empfehlung, obwohl besondere Risiken bei jeder weiteren Geburt nach einer Schnittentbindung bestehen. Inzwischen wird fast die Hälfte aller Mütter mit früheren Kaiserschnitten wieder per Kaiserschnitt entbunden.<sup>37 38</sup>

Heute können Frauen mit Herzerkrankungen, Diabetes mellitus oder Nierenerkrankungen relativ sicher eine Schwangerschaft erleben. Bei ihnen wird aber oft ein Kaiserschnitt durchgeführt.

Manche Frauen haben vor ihrer ersten Geburt starke Ängste. Aus medizinischer Sicht wird dann oft ein Kaiserschnitt nahe gelegt, obwohl psychotherapeutische Beratungen oder intensive Betreuung durch eine Hebamme erfolgreiche Alternativen darstellen können. Bleiben die Ängste bestehen, zum Beispiel nach traumatischen sexuellen Erlebnissen, ist ein Kaiserschnitt angezeigt.<sup>39 40</sup>

Es ist zu beobachten, dass sich der Katalog der Indikationen, bei denen der Kaiserschnitt angeboten werden soll, ständig ausweitet. Solche Gründe werden in Deutschland als „relative Indikationen“ bezeichnet und bestimmen 90 % aller Kaiserschnitte.<sup>41</sup>

### Wann fällt die Entscheidung?

Ungefähr die Hälfte der Kaiserschnitte wird vor dem Einsetzen der Wehen beschlossen, die andere Hälfte später. Eine deutsche Studie zeigte für Niedersachsen, dass die Entscheidung zu einem Kaiserschnitt in 9 % aller Fälle bereits vor der Schwangerschaft und in 13 % der Fälle gleich zu Beginn der Schwangerschaft gefällt wird. Die meisten Entscheidungen fallen demnach im weiteren Verlauf der Schwangerschaft, meist erst im letzten Drittel. In etwas mehr als der Hälfte der Fälle ging eine Entscheidung für eine Schnittentbindung auf eine direkte ärztliche Empfehlung zurück. In 40 % wurde eine Beckenendlage als wichtiger Grund angegeben.<sup>42</sup>

### Kaiserschnitt auf Wunsch

Die hohe Zahl von Kaiserschnitten in einigen Ländern, insbesondere den USA, weist nicht auf höhere Zahlen von Komplikationen in diesen Ländern hin. Ein Kaiserschnitt wird zunehmend zur wählbaren Alternative für eine Geburt. Es wird vermittelt, dass mit einem Kaiserschnitt weniger Schmerzen als mit einer vaginalen Geburt verbunden wären. Viele Frauen sehen durch eine Geburt ihre sexuelle Attraktivität in Gefahr, befürchten zum Beispiel eine anhaltende Vergrößerung ihrer Vagina. Als weitere Gründe werden Angst vor Beckenbodenschäden und Inkontinenz, Dammverletzungen, sexuelle Beeinträchtigung nach der Geburt und die persönliche Angst vor einer möglichen Schädigung des Kindes genannt.<sup>43 44</sup>

Ein erklärter Vorteil eines geplanten Kaiserschnittes ist die Festlegung eines Zeitpunkts, also der Planbarkeit der Geburt für Mutter und Vater.

Prominente Frauen weisen den Weg zur Entscheidung für einen gewünschten, aber medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitt. In den Vereinigten Staaten gaben  $\frac{3}{4}$  aller Erstgebärenden an, dass sie ihr Verständnis der Geburtsvorgänge aus Fernsehshows und -serien erhielten und  $\frac{1}{3}$  entwickelten daraus Ängste vor einer vaginalen Geburt.<sup>45</sup>

Der Wunsch nach einem Kaiserschnitt kommt auch einigen Bedürfnissen der Geburtskliniken entgegen. Bei enger Personaldecke ist eine kurze, geplante Geburt tagsüber an einem Wochentag einer natürlichen Geburt, die sich nachts oder am Wochenende ereignen kann, vorzuziehen. Die zeitliche Planung von Kaiserschnitten kann Wochenendarbeit vermeiden. In Deutschland betrachtet die Berufsorganisation für Gynäkologie und Geburtshilfe Fälle, die sich aus der Klinikorganisation und Personalbesetzung ergeben als „relativ indizierte Schnittentbindungen“.<sup>46</sup>

US-Amerikanische Veröffentlichungen deuten darauf hin, dass Kliniken auch aus Gründen rechtlicher Haftung geplante Kaiserschnitte den vaginalen Geburten vorziehen, da durch den Einsatz modernster Technik und bereit stehenden Personals Schadensersatzforderungen zu möglichen Geburtsfehlern weniger Chancen haben. Dies gilt in den USA bereits nachweislich in Bezug auf Kaiserschnitte.<sup>47 48</sup>

Immer mehr Frauen entscheiden sich unter diesen Umständen, meist unterstützt von Geburtshelfern, für einen Kaiserschnitt, ohne dass klare medizinische Gründe vorliegen. In den USA beläuft sich der Anteil von Wunsch-Kaiserschnitten wahrscheinlich auf 4–20 % aller Schnittgeburten, wobei der Anteil mit dem Alter der Frauen steigt und bei Müttern über 40 Jahren bei ca. 20 % liegt.<sup>49 50 51</sup>

Dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt durch die Schwangere ist nach Auffassung des zuständigen Ärzteverbandes aus rechtlicher Sicht zu folgen. Jedoch muss die Schwangere umfassend über die Risiken für sich und für ihr Kind bei beiden möglichen Entbindungswegen aufgeklärt werden.<sup>52</sup>

Unklar ist, wie viele Frauen in Deutschland tatsächlich einen Kaiserschnitt ohne klare medizinische Indikation anstreben, da die gesetzlichen Krankenkassen nur Kosten für medizinisch begründete Kaiserschnitte abrechnen dürfen und daher einer der oben genannten medizinischen Gründe gesucht werden. Jedoch versuchte eine umfangreiche deutsche Studie an 1400 Kaiserschnittgeburten eine Schätzung<sup>53</sup>: Nur ein verschwindend geringer Anteil von 2 % konnte ermittelt werden, bei dem andere als medizinische Gründe vermutet werden konnten. Die Forscher folgerten: „Es scheint, dass der „Wunschkaiserschnitt“ in seiner Bedeutung für die Steigerung der Kaiserschnitttrate in der fachwissenschaftlichen Diskussion überschätzt wird.“

# Medizinische Aspekte bei der Entscheidung



## Mögliche Folgen eines Kaiserschnittes für die Frau

### Klinikaufenthalt und Komplikationen

Untersuchungen deutscher Krankenkassen zeigten 2006, dass die mittlere Verweildauer im Krankenhaus nach einem komplikationslosen Kaiserschnitt 6,3 Tage beträgt. Nach einer komplikationslosen vaginalen Entbindung sind es 3,8 Tage.<sup>54</sup>

Von Frauen selbst werden längere Erholungszeiten und eine eingeschränkte Versorgung des Kindes als Nachteile der Kaiserschnittgeburt genannt. In vielen Geburtskliniken in Deutschland wurden in den letzten Jahren integrierte Betreuungskonzepte für Mutter und Kind eingeführt, die eine feste Bezugsperson für die Begleitung in den ersten Tagen bieten. Oftmals fehlen in Kliniken jedoch gute Betreuungskonzepte auf den Wochenbettstationen. Während im Lauf der Geburt Hebammen und Ärztinnen für Mutter und Kind verantwortlich sind, wird die Betreuung auf der Wochenstation in weitere Zuständigkeitsbereiche aufgeteilt. Krankenschwestern kümmern sich um die Belange der Mütter, Kinderkrankenschwestern versorgen die Neugeborenen. Gerade bei Kaiserschnittmüttern, die in den ersten Tagen nach der Geburt noch viel Hilfe bei der Mobilisierung und Körperpflege benötigen, kommen dann psychische Unterstützung und Stillanleitung oft zu kurz.<sup>55</sup>

Eine Auswertung aller Geburten eines Jahres in den Niederlanden zeigte sich, dass sowohl ein Kaiserschnitt bei einer früheren Schwangerschaft als auch eine Kaiserschnittgeburt zu 50 % mehr akuten medizinischen Komplikationen bei der Mutter führten.<sup>56</sup>

Die Rate leichter mütterlicher Komplikationen liegt bei den vaginalen Geburten etwas höher als bei den Kaiserschnittentbindungen. Bestimmend hierfür sind Geburtsverletzungen, wie Scheidendammrisse und Komplikationen durch Wundheilungsstörungen. Jedoch treten, wenn auch selten bei beiden Geburtsarten, selbst nach geplanten Kaiserschnittgeburten mehr schwere mütterliche Komplikationen auf.<sup>57</sup>

### Nebenwirkungen einer Narkose

Wie bei allen medizinischen Eingriffen ist es möglich, dass Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können. Bei den regionalen Anästhesieverfahren Peridural- oder Spinalanästhesie oder der Kombination aus beiden treten gelegentlich Blutdruck- und Pulsabfall, Kopfschmerzen, Brechreiz,

Schwindel, Hör- und Sehstörungen auf. Auch starke Rückenschmerzen, leichte allergische Reaktionen auf die eingesetzten Medikamente, Störungen bei der Blasenentleerung und Durchfall können gelegentlich auftreten. Die schweren Komplikationen wie zum Beispiel Infektionen oder Verletzungen des Rückenmarkraumes, der Nervenstämmen oder ein Herz- und Kreislaufversagen mit Atemstörungen treten zum Glück äußerst selten auf. Bei allen Nebenwirkungen und Komplikationen werden Ärztinnen Sie intensiv betreuen und behandeln.<sup>58</sup>

Die Nebenwirkungen beziehungsweise Komplikationen einer Vollnarkose werden bei gesunden Frauen hauptsächlich unter den folgenden allgemeinen Risiken zusammen gefasst:

- Zurückfließen von Mageninhalt über die Speiseröhre in die Lungen während der Narkoseeinleitung
- Beschädigung der Frontzähne bei der Intubation
- Störungen des Herz- Kreislaufsystems
- Beatmungsprobleme
- Allergische Reaktion auf die gegebenen Narkosemittel
- Heiserkeit und Halsschmerzen (verursacht durch den Tubus)
- Übelkeit und Erbrechen nach der Narkose

In den USA, für die hierzu Auswertungen von einer Million Geburten vorlagen, traten Komplikationen aufgrund der Anästhesie bei 0,3 % aller Geburten, aber bei Kaiserschnitten mehr als doppelt so häufig auf.<sup>59</sup> Mütterliche Todesfälle im Zusammenhang mit der Narkose waren sehr selten, traten aber dennoch bei Kaiserschnitten auf.<sup>60</sup>

### Schmerzen

Ein Kaiserschnitt verläuft nicht ohne Schmerzen. In den ersten Tagen nach der Operation haben die betroffenen Frauen oft erhebliche Wundschmerzen.

Dieser Schmerz bleibt wohl auch länger in der Erinnerung, zumal er nicht durch die Ausschüttung von Endorphinen wie bei der vaginalen Geburt begleitet ist. Endorphine vermitteln das oftmals beschriebene überwältigende Glücksgefühl der Mütter nach der Geburt. Wundschmerzen und Narbenbeschwerden behindern in den ersten Tagen nach der Schnittentbindung bei den Müttern oft die Versorgung des Neugeborenen. Mütter leiden noch Tage und Wochen später an Schmerzen im Unterbauch, was seltener nach vaginalen Geburten auftritt.<sup>61</sup>

Diese Schmerzen ziehen sich über eine längere Zeit hin als der Geburtsschmerz bei einer vaginalen Geburt. Nach einem Jahr leidet jede fünfte Mutter nach Kaiserschnitt, damit im Vergleich zur vaginalen Geburt doppelt so häufig, unter solchem Schmerz.<sup>62</sup>

### Infektionen

Grundsätzlich sollen bei Kaiserschnittgeburten Antibiotika in der Regel eine Stunde vorher verabreicht werden. Nach Geburten können Harnwegsentzündungen (Infektionen der Harnwege) auftreten. Bei vaginalen Geburten liegt die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens bei unter 1 %. Im ersten Monat nach der Geburt erleiden Mütter nach Kaiserschnitten fünfmal häufiger als nach vaginalen Geburten Harnwegsentzündungen.<sup>63</sup>

## Blutungen

Bei Kaiserschnitten kommt es im Allgemeinen zu einem höheren Blutverlust als bei einer vaginalen Geburt. Untersuchungen sprechen von 1–6 % aller Fälle, die zu einer behandlungsbedürftigen Anämie, dabei in vielen Fällen sogar zu einer Bluttransfusion führen.

## Entzündungen der Gebärmutter

Die allgemeine Rate an Wundinfektionen nach Kaiserschnitt wurde Mitte der neunziger Jahre noch mit 5–10 % angegeben. Die routinemäßig durchgeführte Antibiotikagabe senkte das Infektionsrisiko in Deutschland deutlich. Dennoch liegt die Rate an Gebärmutterentzündungen und Wundinfektionen nach Kaiserschnitten höher als bei vaginalen Geburten.<sup>64 65</sup>

## Beckenbodenschädigung

Hormonelle Umstellungen in der Schwangerschaft machen das Gewebe weicher und nachgiebiger. Die größer und schwerer werdende Gebärmutter drückt zunehmend auf die Gewebestrukturen des mütterlichen Beckens. Durch Schwangerschaften und Geburten können in seltenen Fällen daher Veränderungen des Beckenbodens ausgelöst werden, die zu Gebärmutter- und Scheidensenkungen führen können. Ungeklärt ist bislang, ob es vor allem der Druck des Kindes auf den Beckenboden während der Schwangerschaft ist, die hormonellen Steuerungen oder die Belastungen während der Geburt dafür ausschlaggebend sind. Ein Kaiserschnitt schützt nicht vor einem überdehnten Beckenboden. Veränderungen des Beckenbodens können Harn- und Stuhlinkontinenz nach sich ziehen.

## Blasenprobleme

Untersuchungen deuten darauf hin, dass Veranlagungen für die Entwicklung einer Harninkontinenz wichtiger sein könnten, als Schwangerschaften oder vaginale Geburten. Harninkontinenz tritt auch bei Frauen ohne Kinder auf. Unbestritten bleibt derzeit jedoch ein gewisser Einfluss von Schwangerschaften. In einer 2003 veröffentlichten Studie wurde Harninkontinenz bei Frauen, die keine Kinder geboren hatten in 10,1 % bei Frauen nach Kaiserschnitt in 15,9 % und bei Frauen nach vaginaler Geburt in 21,0 % der Fälle beobachtet.<sup>66</sup> Neuere Studien bestätigten dies: Das Auftreten von Harninkontinenz ist demnach bei vaginalen Geburten rund doppelt so hoch wie nach Kaiserschnittgeburten.<sup>67 68</sup> Studien konnten schwere Harninkontinenz aber auch nach Kaiserschnitten feststellen,<sup>69</sup> und eine Unterscheidung zwischen leichter und schwerer Harninkontinenz machte deutlich, dass schwere Fälle bei beiden Geburtsarten gleich häufig auftreten.<sup>70</sup>

## Darmprobleme

Im Alter tritt Stuhlinkontinenz bei 2 % der Bevölkerung auf. Dabei trifft dies Frauen rund 6–8 mal häufiger als Männer. Die Auslöser sind bisher nicht sicher identifiziert. Es ist wahrscheinlich, dass Verletzungen des Damms oder Schädigungen der Beckenbodenmuskulatur im Analbereich bei entsprechender genetischer Veranlagung den Boden für spätere Probleme bereiten können. Derzeit sprechen die Ergebnisse von Studien dagegen, dass Kaiserschnitte im Vergleich zu Geburten das Auftreten der Stuhlinkontinenz nach Schwangerschaften senken könnten.<sup>71</sup> Studien konnten schwere Stuhlin-

kontinenz aber auch nach Kaiserschnitten feststellen.<sup>72</sup> Wichtiger Auslöser einer Stuhlinkontinenz kann bereits die Schwangerschaft selbst sein. Aber vor allem operativ-vaginale und mechanisch unterstützte Geburten, die mit einer Schädigung des Damms oder anderer Strukturen im Beckenboden einschließlich direkter Schäden im Analbereich einhergehen, können hier ursächlich sein.<sup>73 74 75 76</sup>

### Tod

In Deutschland starben in den letzten Jahren „nur noch“ 7 von 1.000.000 Frauen im Zusammenhang mit der Geburt. Weltweit liegt diese Quote bei 4000!<sup>77 78</sup> Betrachtet man die wenigen bisher durchgeführten Erhebungen zum Sterberisiko bei Kaiserschnitten, dann muss angenommen werden, dass dieses Risiko bei einer Schnittentbindung um den Faktor 2–5 höher liegen könnte. Für Deutschland wird eine Zahl von 2,6 genannt, anders gesagt, ein Todesfall auf rund 60.000 Kaiserschnittentbindungen.<sup>79</sup> Diese Zahlen sind mit Vorsicht zu genießen, da Kaiserschnitte in vielen Fällen gerade in schwierigen gefährlichen Geburtssituationen stattfinden. Eine höhere Müttersterblichkeit tritt nicht nur wegen der spezifischen Schnittentbindung, sondern bereits allein aufgrund der üblichen Risiken einer Bauchoperation auf.<sup>80 81 82 83</sup>

### Sexuelles Erleben

Obwohl Berichte nahe legen könnten, dass Frauen mit vaginalen Geburten häufiger Sexualprobleme entwickeln, fehlen hierzu jedoch methodisch anerkannte Studien, die eine Abwägung der Vor- und Nachteile von Kaiserschnitten und vaginalen Geburten erlauben würden. Es erscheint derzeit so, dass Frauen nach Kaiserschnitten und Frauen, die nicht stillen, schneller nach der Geburt wieder Geschlechtsverkehr haben. Gesichert scheint bisher aber ausschließlich, dass Frauen mit vaginal-operativen Geburten häufiger ein längerfristig beeinträchtigtes Sexualinteresse entwickeln. Weitergehende Aussagen sind derzeit nicht möglich. Es gibt keine Hinweise darauf, dass das sexuelle Interesse oder das sexuelle Empfinden bei Müttern nach der Stillzeit mit der Geburtsart, einem Kaiserschnitt oder einer vaginalen Entbindung in Beziehung steht.<sup>84</sup>

### Fruchtbarkeit (Fertilität)

Allgemein zeigen alle Studien, dass Mütter nach Kaiserschnitten nicht so schnell und weniger häufig nochmals schwanger wurden. Inwieweit dies aber auf eine willentliche Entscheidung oder auf eine verringerte Fruchtbarkeit zurück geführt werden kann, bleibt umstritten. In vielen Fällen werden Kaiserschnitte gerade wegen deutlicher Probleme mit der Schwangerschaft, die oft auch mit einem höheren Alter der Schwangeren in Verbindung stehen, durchgeführt. Nachgewiesen ist, dass Mütter mit schlechten oder traumatischen Geburtserfahrungen seltener weitere Kinder bekommen und längere Zeiträume bis zur Geburt des nächsten Kindes verstreichen.<sup>85 86</sup>

## Entfernung der Gebärmutter

In den USA musste nach 0,5–0,8 % der Kaiserschnitte die Gebärmutter entfernt werden. Hauptursache war eine Plazenta accreta. In ungefähr der Hälfte der Fälle handelte es sich um eine erste Kaiserschnittgeburt. Zehnmal höher als beim ersten Kaiserschnitt ist die Gefahr bei einem weiteren Kaiserschnitt. Bei der dritten Schnittgeburt liegt die Wahrscheinlichkeit bereits bei fast 3 %.<sup>87 88</sup>

Ein solcher Eingriff führt nicht nur zu einer vollständigen Verhinderung weiterer Schwangerschaften, sondern auch zu weiteren gesundheitlichen Risiken und langfristigen Belastungen.

## Risiken in weiteren Schwangerschaften

Durch die operationsbedingte Narbenbildung an der Gebärmutter kann es bei einer folgenden Schwangerschaft zu Störungen beim Aufbau der Plazenta, einer vorzeitigen Lösung der Plazenta, einem Aufreißen der Gebärmutter und ähnlichen gefährlichen Situationen kommen. Solche Komplikationen treten in den USA bereits bei fast 2 % aller zweiten Schwangerschaften nach einer Kaiserschnittgeburt auf. Da Belastungen der vorher operierten Gebärmutter bei vaginalen Geburten schneller auftreten können, wird Frauen in der Regel bei einer weiteren Geburt ein Kaiserschnitt empfohlen. Damit entsteht eine sich selbst steigernde Zahl von Schnittentbindungen.<sup>89 90 91</sup>

Die gefährlichsten Spätkomplikationen jedes Kaiserschnitts sind die Plazenta accreta (insbesondere bei mehreren Kaiserschnitten)<sup>92</sup> und die Plazenta praevia bei der folgenden Schwangerschaft.<sup>93</sup> Die am besten abgesicherte britische Studie<sup>94</sup> zeigt auf, dass sich das Risiko für eine Plazenta praevia bei nachfolgenden Schwangerschaften nach einem Kaiserschnitt um 30–60 % erhöht. Solche oder andere Anlagestörungen der Plazenta bergen hohe Risiken. Es kann zu massiven Blutungen kommen, die Versorgung des Kindes kann gefährdet werden. Es kann notwendig werden, die Gebärmutter zu entfernen.

Obwohl das Risiko für Todgeburten in allen Fällen im Promillebereich liegt, treten Todgeburten deutlich häufiger auf, wenn die Frau bei vorangegangenen Geburten per Schnitt entbunden wurde.<sup>95 96</sup>

Obwohl insgesamt relativ selten nach Geburten, kommt es nach Kaiserschnitten zu deutlich mehr nachgeburtlichen Verwachsungen im Gewebe; wiederholte Kaiserschnitte erhöhen dieses Risiko erheblich.<sup>97</sup>

Komplikationen bei späteren Unterbrechungen einer weiteren Schwangerschaft treten bei Frauen mit früheren Kaiserschnittgeburten siebenmal häufiger auf.<sup>98</sup>

Das durch den Schnitt erzeugte Narbengewebe in der Gebärmutter scheint in der folgenden Schwangerschaft die Stabilität des Gewebes zu verringern. Verglichen mit vaginal entbundenen Frauen erhöht sich dieses Risiko nach Kaiserschnitten um ein vielfaches. Auswertungen internationaler Studien durch die zuständige britische Einrichtung sprechen von einer 42fachen Häufigkeit.<sup>99</sup>

Jeder Kaiserschnitt führt demnach zu deutlichen Gefahren für nachfolgende Schwangerschaften, sowohl für die Mutter als auch für das Kind.<sup>100</sup> Selbst bei der sich grundsätzlich positiv zum Wunschkaiserschnitt äussernden Anhörung der Gesundheitsbehörden in den USA wurde erklärt, dass von Kaiserschnitten immer dann abgeraten werden sollte, wenn eine weitere Schwangerschaft angestrebt wird und keine zwingenden medizinischen Gründe einen Kaiserschnitt verlangen.<sup>101</sup>

## Vergleichende Übersicht

Eine Studie aus Großbritannien aus dem Jahr 2004 betrachtete alle Komplikationen, die bei vaginalen Geburten und bei Kaiserschnitten auftreten können und verglich die Häufigkeit ihres Auftretens.<sup>102 103 104</sup>

Komplikation	Bei vaginaler Geburt im Vergleich zum Kaiserschnitt
Geburtsschmerz	öfter
Tod der Mutter	seltener
Blutungen	gleich oft
Intensivmedizin nach der Geburt	seltener
Schmerzen im Scheiden-Damm-Bereich	öfter
Thromboembolien	seltener
Verletzung des Genitaltraktes	gleich oft
Plazentaretention	öfter
Wund- und Narbenschmerzen	seltener
Entfernung der Gebärmutter	seltener
Postnatale Depression	gleich oft *
längerer Krankenhausaufenthalt	seltener
Notwendigkeit eines zweiten Eingriffs	seltener
reduzierte Fruchtbarkeit	seltener
Verletzungen von Blase oder Harnleiter	seltener
Harninkontinenz	öfter
Gebärmutter- bzw. Scheidensenkung	öfter
später Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	gleich oft
Plazenta praevia bei nächster Schwangerschaft	seltener
Reissen der Gebärmutter (Uterusruptur) bei nächster Schwangerschaft	seltener

\* Im Jahr 2011 erschien eine Studie, die ein höheres Risiko für postnatale Depression nach Kaiserschnittgeburten ermittelte.<sup>105</sup>

Zu einer ähnlich kritischen Einschätzung der Vorteile von Schnittenbindungen kommt die von 25 Organisationen der Vereinigten Staaten durchgeführte Auswertung von 300 Studien, aus der eine übersichtliche Information über den Kaiserschnitt entstand. Den wenigen Vorteilen einer Kaiserschnittgeburt, die sich bei der Mutter auf geringere Schmerzen im vaginalen Bereich und ein geringeres Risiko für Harninkontinenz beschränken, wird eine lange Liste von Nachteilen und Risiken entgegengestellt. Hierunter zählen erhebliche Risiken für spätere Schwangerschaften, emotionale Probleme nach dem Schnitt und das höhere Risiko für eine Entnahme der Gebärmutter („Hysterektomie“).<sup>106 107</sup> Eine Auswertung von 2 Millionen Geburten zeigte, dass die Risiken für die mütterliche Gesundheit bei geplanten Kaiserschnitten höher liegen als bei geplanten vaginalen Entbindungen. Hierbei standen Herz-Kreislauf-Probleme und Schäden an der Gebärmutter, die eine Entfernung verlangten, im Vordergrund.<sup>108</sup> Die Zunahme von Geburtskomplikationen in den USA von 1998–2005 konnte überwiegend durch die Zunahme der Kaiserschnittgeburten erklärt werden.<sup>109</sup> Es muss im Auge behalten werden, dass weitere Kaiserschnitte das mit einer solchen früheren Schnittgeburt verbundene Risiko weiter erhöhen. Es wurden daher alle weltweit zugänglichen Daten ausgewertet, um zu prüfen, ob nach vorherigen Kaiserschnitten eine vaginale Geburt oder ein weiterer Kaiserschnitt abgestrebt werden sollte. Eine bisher einmalige umfassende Studie erschien 2010.<sup>110</sup> Ihre Empfehlung lautete: Insgesamt ist das Risiko für Mutter und Kind bei einer vaginalen Geburt geringer. Zudem werden immer mehr Gefahren deutlich, die mit wiederholten Kaiserschnitten einhergehen. Selbst nach mehreren Kaiserschnitten können Frauen bei guter Unterstützung ohne zusätzliche Risiken erfolgreich vaginal gebären.<sup>111</sup> Entsprechend fielen auch die Empfehlungen der Gesundheitsinstitute der USA nach einer Expertenanhörung aus:<sup>112</sup> Jede Geburt nach einem früheren Kaiserschnitt sei mit Risiken behaftet. Dabei gebe es etwa gleich große Vor- und Nachteile bei einer vaginalen Geburt und einem weiteren Kaiserschnitt. Daher sei eine routinemäßige Entscheidung für einen weiteren Kaiserschnitt falsch.

### Mögliche Folgen eines Kaiserschnittes für das Kind

#### Kinderklinik

Babys kommen nach Schnittentbindungen mit viel größerer Wahrscheinlichkeit nach ihrer Geburt in eine Kinderklinik. Da nicht jedes Krankenhaus mit einer geburtshilflichen Abteilung auch über eine Neugeborenenintensivstation verfügt, treten durch eine Verlegung des Babys öfter Trennungen zwischen Mutter und Kind auf.<sup>113</sup>

#### Geburtsverletzungen

Studien zeigen, dass bei fast 2 % aller Kaiserschnitte, es zu Schnittverletzungen beim Kind kommt. Dabei handelt es sich überwiegend um leichte Hautschnitten, die gut ausheilen. Bei diesen Zahlen ist jedoch zu bedenken, dass in den Studien nicht zwischen geplanten und plötzlich notwendig gewordenen Schnittentbindungen unterschieden wurde.<sup>114</sup> Obwohl Knochenbrüche bei Kindern während der Geburt außerordentlich selten sind, treten sie doch bei Kaiserschnitten relativ häufiger auf.<sup>115</sup>

#### Anpassungsschwierigkeiten nach der Geburt

Schnittentbindungen können zu Anpassungsproblemen des Kindes an das Leben außerhalb des mütterlichen Bauches führen. Im Vordergrund steht dabei ein mangelhafter Impuls zur Atmung. Auch das in den Lungen verbliebene Fruchtwasser, das bei vaginaler Geburt heraus gedrückt wird, kann zu Komplikationen führen.

#### Atemnotsyndrom

Kinder entwickeln nach Schnittentbindungen 2–4 mal so häufig Atemstörungen und noch häufiger schwere Atemprobleme. Diese Erfahrungen werden weltweit gemacht und sind in Auswertungen von mehreren hunderttausend Kindern sicher nachgewiesen. Damit werden in rund 1 % aller Kaiserschnitte Verlegungen der Kinder in eine Spezialstation notwendig. Die Ursache hierfür liegt meist in einer mangelhaften Lungenreife des Neugeborenen, die auf eine zu frühe Geburt zurückzuführen ist, und statistisch bei Kaiserschnitten häufiger auftritt. Jedoch kann es sich auch um eine direkte Folge der Schnittentbindung handeln, bei der die nach vaginalen Geburten angeregte Lungenumstellung nicht angestoßen wird.<sup>116 117 118 119 120 121 122 123</sup>

#### Lähmungen und Hirnschäden

Wenn das Kind bei einer vaginalen Geburt nach Austritt des Kopfes mit der Schulter festhängt, entsteht eine sogenannte Schulterdystokie. Mechanische Schäden an der Schulter, die bei Nervenschäden bis zur Armlähmung führen können, sind dann möglich. Bei zusätzlicher Nabelschnurkompression und längerer Geburtsverzögerung kann es in solchen Fällen zu Hirnschäden des Kindes kommen. Solche Fälle sind extrem selten. Schulterdystokien treten vor allem bei Kindern mit einem hohen Geburtsgewicht auf. Geübte Geburtshelferinnen und Hebammen können jedoch mit der Situation einer Schulterdystokie umgehen und die Folgeschäden damit in der Regel verhindern. Solche überwiegend (zu 85 %) nur kurzzeitigen Nervenlähmungen treten bei vaginalen Geburten selten (0,05–0,6 %), jedoch 5–10 mal häufiger als bei Kaiserschnitten auf.<sup>124</sup>

Auch aus anderen Gründen können bei verzögertem Geburtsablauf Sauerstoffmangelzustände entstehen, die in Extremfällen auch lebenslange Beeinträchtigungen des Kindes nach sich ziehen können. Sie stellen die häufigsten Gründe für juristische Auseinandersetzungen nach Geburten dar.<sup>125 126</sup>

### Überleben des Kindes

Aus den deutschen Geburtsstatistiken der letzten Jahre lässt sich ablesen, dass die Steigerungen der Kaiserschnitttraten nicht zur Verbesserung der Lebenserwartung des Kindes bei und nach der Geburt führen. Dabei ist zu betonen, dass das Risiko von reif geborenen Kindern, bei oder nach der Geburt zu sterben, in Deutschland äußerst gering ist. Sowohl vaginale Geburt als auch Kaiserschnitt sind in dieser Hinsicht sichere Verfahren.

Trotzdem verstärken sich die Hinweise, dass Kaiserschnittsgeburten zwischen der 32.–36. Schwangerschaftswoche nicht nur das gesundheitliche Risiko, sondern auch das Sterberisiko für die Kinder gegenüber eingeleiteten vaginalen Geburten erhöhen. Diese Aussage ergab sich aus der Auswertung von über 420.000 Geburten der Jahre 2000–2003 in den USA, stellt also eine fundierte Vermutung dar.<sup>127</sup> Weitere Untersuchungen von mehr als 5,7 Millionen Geburtsverläufen in den USA zeigten, dass auch Kaiserschnitte ab der 37. Schwangerschaftswoche, auch wenn keine Risiken erkennbar waren, zu einem leicht erhöhten Sterberisiko für Kinder führten,<sup>128</sup> wenn auch in allen Fällen die Wahrscheinlichkeit klein war.

### Zwillingsgeburten

Noch bis Anfang 2011 galt allgemein die medizinische Einschätzung, dass Kaiserschnitte bei einer Geburt von Zwillingen die Risiken für die Kinder, insbesondere das Risiko des Zweitgeborenen senken könnten. Bereits 2009 musste festgestellt werden, dass möglicherweise keine unterschiedlichen Risiken bei den verschiedenen Geburtswegen feststellbar sind.<sup>129</sup> Durch umfangreiche Auswertungen von Zwillingsgeburten wurde inzwischen jedoch deutlich, dass es in Bezug auf das Überleben der Zwillinge keine Unterschiede zwischen den Entbindungsarten gibt und bei Zwillingen nach Kaiserschnitten eine höhere Wahrscheinlichkeit für Komplikationen beziehungsweise nachgeburtliche Gesundheitsprobleme besteht.<sup>130</sup>

### Stillen

Statistisch nachweislich, stillen Mütter nach Kaiserschnitten seltener und weniger.<sup>131 132</sup> Nach einem Kaiserschnitt erfolgt der Milcheinschuss später als nach einer vaginalen Geburt. Schmerzbedingte Einschränkungen behindern nach Kaiserschnitten oft eine angenehme Stillposition. Ein erfolgreiches Stillen hängt von den Erfahrungen von Mutter und Kind in den ersten Stunden nach der Geburt und der anfänglichen Unterstützung ab. Besonders geringe Stillfolge fallen bei den Müttern auf, die ihr Kind nicht 24 Stunden am Tag bei sich hatten und die in den ersten 14 Tagen Stillprobleme hatten. Diese Situation treten nach Kaiserschnitten oft auf. Zu Problemen beim Stillen kommt es daher nach Kaiserschnitten viel öfter als bei vaginalen Geburten. Zudem ist die Milchmenge in der ersten Woche geringer.<sup>133</sup>

## Spätere Erkrankungen

Gründe für das erhöhte Auftreten von asthmatischen Erkrankungen bei Kindern 8 Jahre nach Kaiserschnittgeburten sind bisher nicht abschließend geklärt. Asthma tritt dabei besonders bei familiärem Risiko auf.<sup>134</sup> Allergien treten insbesondere häufiger nach Kaiserschnittgeburten bei Kindern ohne entsprechende familiäre Disposition auf.<sup>135</sup> Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass bei Kindern häufiger auch Nahrungsmittelallergien auftreten.<sup>136</sup>

## Risiken bei Geburten nach früherer Kaiserschnittentbindung

Grundsätzlich treten bei den Kindern, deren Mütter bereits frühere Kaiserschnittgeburten hatten, mehr gesundheitliche Probleme auf.<sup>137</sup>

Kinder von Müttern, die bereits eine Kaiserschnittsgeburt hatten, zeigten nach geplanten Kaiserschnittgeburten mehr Atemprobleme als Kinder, die vaginal zur Welt kamen.<sup>138</sup> Geplante Kaiserschnitte vor der 39. Schwangerschaftswoche führten zu 2–4 mal mehr Einweisungen in spezielle Neugeborenenstationen als nach zweiter vaginaler Geburt oder späterem Kaiserschnitt.<sup>139</sup>

## Vergleichende Übersicht

Eine Studie aus Großbritannien betrachtete alle Komplikationen, die bei vaginalen Geburten und bei Kaiserschnitten auftreten können und verglich die Häufigkeit ihres Auftretens.<sup>140 141 142</sup>

Komplikationen Vergleich zum Kaiserschnitt	Bei vaginaler Geburt im
Todgeburt bei folgender Schwangerschaft	seltener
Sterblichkeit des Neugeborenen	gleich oft
Atemstörungen des Babys	seltener
kindliche Hirnblutungen	gleich oft
Anpassungsstörung des Babys	seltener

Zu einer ähnlich kritischen Einschätzung kommt die von 25 Organisationen der Vereinigten Staaten durchgeführte Auswertung von 300 Studien, aus der eine übersichtliche Information über den Kaiserschnitt entstand. Den Vorteilen einer Kaiserschnittgeburt für das Kind, die sich auf die Verhinderung von Schulterdystokien und Nervenschäden beschränken, werden Schnittverletzungen und Atmungsprobleme, sowie Probleme beim Stillen entgegengestellt. Insbesondere aber werden die erheblichen Risiken für die Kinder der nachfolgenden Schwangerschaften betont.<sup>143 144</sup> Im Vergleich zwischen geplantem Kaiserschnitt und vaginaler Geburt zwischen der 38.–40. Schwangerschaftswoche kam eine Studie zu folgenden Ergebnissen: Sowohl die Fälle von Totgeburten als auch die erheblicher gesundheitlicher Probleme der Kinder traten bei geplanten Kaiserschnitten deutlich häufiger auf.<sup>145</sup>

### Möglichkeiten der eigenen Einflussnahme

Lassen Sie nur einen Kaiserschnitt durchführen, wenn er medizinisch notwendig ist.

Lassen Sie soweit möglich anstelle einer Vollnarkose eine regionale Anästhesie vornehmen. Mit einer Regionalanästhesie können Sie die erste Begegnung mit Ihrem Baby mit direktem Hautkontakt und frühem Stillbeginn erleben.

Eine Begleitperson, die beim Kaiserschnitt anwesend ist, kann Ihnen in dieser Phase Unterstützung geben.

Suchen Sie fortlaufende Betreuung durch eine Hebamme vor, während und kurz nach dem Kaiserschnitt. Solche Betreuung führt nachweislich zu weniger Komplikationen nach einer Kaiserschnittgeburt. Sorgen Sie für Beratung und Betreuung beim Umgang mit dem Kind und dem Stillen.

Informieren Sie sich so genau wie möglich bereits in der Zeit vor der Geburt über die Abläufe, die Chancen und vor allem die Risiken und Nebenwirkungen von Kaiserschnitten. Geringes Wissen kann zu verunsichernden Überraschungen bei und nach dem Kaiserschnitt führen.

Kaiserschnitte in der 39. und 40. Schwangerschaftswoche führen zu deutlich weniger Atemproblemen beim Baby als solche in der 37. oder 38. Woche. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin und Hebamme über den Termin und die Unsicherheiten bei der genauen Bestimmung Ihrer persönlichen Schwangerschaftswoche.

# Beratungsmöglichkeiten



Manchmal fühlen sich Frauen bei der Entscheidung zum Kaiserschnitt hin- und hergerissen. Dann kann eine persönliche Beratung helfen, medizinische und persönliche Aspekte abzuwägen und eine Entscheidung zu treffen, mit der Sie zufrieden sind und zuversichtlich in die Zukunft schauen können.

Nach § 195 der Reichsversicherungsordnung hat jede Schwangere das Recht auf Unterstützung durch eine Hebamme. Das umfasst auch Aufklärung und Beratung bei Fragen und Wunsch nach Information rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Nach § 2 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) haben jede Frau und jeder Mann das Recht, sich „in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen.“

Neben Beratungsangeboten öffentlicher Träger stehen auch Angebote freier Träger zur Verfügung. Zu den freien Trägern zählen die Wohlfahrtsverbände selbst und die ihnen angegliederten Träger, sowie kirchlich ausgerichtete oder autonome Vereine, die auch (über)regional tätig sind.

## Weitere Informationen

### **www.kaiserschnitt-netzwerk.de:**

Online-Angebot der Ärztin Katrin Mikolitch mit Beratungsadressen zur Kaiserschnittverarbeitung und einem Internetforum für betroffene Frauen

### **www.familienplanung.de:**

Online-Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit unabhängigen, qualitätsgeprüften Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung sowie einer bundesweiten Suchfunktion für Schwangerenberatungsstellen

**Höfer S, Szász N (2010):** Hebammen-Gesundheitswissen. Für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach. Graefe und Unzer, München.

Der Ratgeber informiert über aktuelle Forschungsergebnisse, Verfahren der Geburtsmedizin und Hebammenwissen. Beide Autorinnen sind erfahrene Hebammen und Ärztinnen.

**Oblasser C, Ebner U, Wesp G (2008):** Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Edition Riedenburg, Salzburg. Das Buch präsentiert neben Fotos von Frauenkörpern mit Kaiserschnittnarben Erfahrungsberichte von Frauen, bei denen ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde. Ergänzend dazu enthält es Kommentare und Beiträge von zahlreichen Expertinnen.

## Anlaufstellen/Adressen

Hebammenverband Niedersachsen e.V.  
Tel.: 04471-930713  
[www.hebammenverband-niedersachsen.de](http://www.hebammenverband-niedersachsen.de)

pro familia Landesverband Niedersachsen e.V.  
Lange Laube 14  
30159 Hannover  
Tel.: 0511-3013578-0  
[www.profamilia.de](http://www.profamilia.de)

Hebammenbetreuung  
freiberufliche Hebammen sind im Internet zu finden unter: [www.hebammen-niedersachsen.de](http://www.hebammen-niedersachsen.de)

Frauenärztliche Betreuung  
Gynäkologische Praxen sind im Internet zu finden unter:  
[www.frauenaerzte.de](http://www.frauenaerzte.de)

## Glossar

Anämie	Zustand der verringerten Konzentration des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin) im Blut
Anästhesist(in)	Arzt oder Ärztin, die für die Betäubung (Narkose) zuständig ist
Antibiotikum	Medikament, dass Mikroorganismen (z. B. krankheitserregende Bakterien) hemmt oder abtötet
Asthma	das Asthma bronchiale ist eine chronische, entzündliche Erkrankung der Atemwege mit dauerhaft bestehender Überempfindlichkeit
Beckenendlage	mit dem Popo nach unten, auch als Steißlage bezeichnet
Befunde	Ergebnisse von Untersuchungen und Tests durch Ärzte und Hebammen
Bluttransfusionen	das Zuführen von Blut oder Blutbestandteilen über eine Vene
CTG	der Kardiotokograph ist ein Überwachungsgerät für die Wehentätigkeit und die kindlichen Herzöne
Drainage	eine Ableitung von Flüssigkeit
Frontzähne	Zähne vorn in der Mitte (Schneidezähne und Eckzähne)
HELLP-Syndrom	ein gefährlicher Zustand in der Schwangerschaft, ähnlich einer erweiterten Präeklampsie mit weiteren Effekten, wie Schädigungen der roten Blutzellen und erhöhten Leberenzymwerten
Herpes genitalis	eine offene Herpesinfektion im Genitalbereich (z. B. den Schamlippen)
Hormon	körpereigener von Drüsen ins Blut abgegebener Botenstoff, der Informationen von einem Organ oder Gewebe auf ein anderes überträgt
Infusion	eine Flüssigkeitseinleitung, beim Kaiserschnitt in ein Blutgefäß (Vene)
Inkontinenz (Stuhl, Harn)	die Unfähigkeit, den Stuhl oder den Harn zu halten
Intubationsnarkose	hierbei wird zur vollständigen Betäubung (Vollnarkose) ein Narkosemittel über einen Schlauch in die Atemwege verabreicht
Komplikation	eine ungünstige Entwicklung, eine schädliche Nebenwirkung

Myom	ein gutartiger Tumor, der aus dem Muskelgewebe entstand
Nabelschnurkompression	Zusammendrücken der Nabelschnur, wodurch die Durchblutung stark behindert oder unterbrochen wird
Nabelschnurvorfal	wenn die Nabelschnur nach einem Blasensprung vor den vorangehenden Teil des Kindes gespült wird
OP	Operation, Operationssaal
Oxytocin	Hormon, das im Gehirn gebildet wird. Es regt bei der Geburt die Wehen an, nach der Geburt die Rückbildung und den Milchflussreflex. Es hat Auswirkungen auf Bindung und soziales Verhalten.
pathologisch	krankhaft, nicht gesund
PDA	siehe „Periduralanästhesie“
Periduralanästhesie	hierbei wird zur Betäubung des unteren Beckenbereichs ein Narkosemittel in die Nähe des Rückenmarks (Periduralraum) gespritzt
Plazenta accreta	die Plazenta (Mutterkuchen) ist zu fest an der Wand des Uterus anhaftend und muss nach der Geburt mit einem Eingriff gelöst werden
Plazenta praevia	die Plazenta (Mutterkuchen) liegt über dem Muttermund und in seiner direkten Nähe
Plazentaretention	verzögerte Ausstoßung der Plazenta nach der Geburt
Postpartale Depression	nach der Geburt beginnende Depression
Präeklampsie	eine Komplikation bei der Eiweiß im Urin, hoher Blutdruck und Wassereinlagerungen im Gewebe zusammenkommen
Regionalanästhesie	Überbegriff für eine Reihe von Anästhesie-Verfahren, die eine Schmerzausschaltung bestimmter Körperregionen zum Ziel
haben,	ohne das Bewusstsein zu beeinträchtigen.
Schulterdystokie Geburtskanal	nach der Geburt des Kopfes klemmt die Schulter des Kindes im
Spinalanästhesie	hierbei wird zur Betäubung des unteren Beckenbereichs ein Narkosemittel in die Nähe des Rückenmarks (Spinalraum) gespritzt

Stress	Zustand der körperlichen und geistigen Beanspruchung, der aus der Auseinandersetzung mit belastenden Bedingungen (Stressoren) entsteht
Syndrom	Kombination verschiedener Krankheitsmerkmale
Thrombose	Verstopfung eines Blutgefäßes durch ein Blutgerinnsel
Thromboembolie	durch ein in den Kreislauf verschlepptes Blutgerinnsel ausgelöster Verschluss eines Gefäßes
traumatische Geburt	eine Geburt, die eine körperliche Verletzung oder seelische Erschütterung mit sich brachte
Tubus	Kunststoff- oder Gummirohr zum Einführen in die Luftöhre wird zur Beatmung bei „Vollnarkosen“ angewandt

# Impressum

## Herausgebende

Berliner Hebammenverband e. V.  
Hebammenverband Niedersachsen e.V.  
Selbstbestimmte Geburt und Familie e. V., Berlin  
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin  
Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Berlin  
Team Gleichstellung, Region Hannover

## Konzept und Koordination

Josefine Remus, Diplom-Psychologin, St. Joseph Krankenhaus, Berlin Tempelhof  
Dr. Jutta Pliefke, Frauenärztin, Pro Familia Berlin  
Lucia Gacinski, Diplom-Pädagogin/MPH, Familienzelt Berlin  
Ulrike von Haldenwang, Hebamme  
Susanna Rinne-Wolf, Familienhebamme, Berliner Hebammenverband

## Autorinnen

Josefine Remus, Diplom-Psychologin (Kapitel 1, 2, 3, 6, Glossar)  
Silvia Höfer, Hebamme, [www.silviahoefer.de](http://www.silviahoefer.de) (Kapitel 4, 5, Glossar)

## Illustrationen

Heike Wiechmann

## Gestaltung

Michaela Radtke

## Gesamtherstellung

Martin Beikirch Grafik

## 3. überarbeitete Auflage, Februar 2016

## Kontakt:

[www.hebammen-niedersachsen.de](http://www.hebammen-niedersachsen.de)  
[kaiserschnitt@familienzelt-berlin.de](mailto:kaiserschnitt@familienzelt-berlin.de)  
[www.profamilia.de](http://www.profamilia.de)

## Druck:

Region Hannover



Hebammenverband Niedersachsen e. V.  
im Deutschen Hebammenverband e. V.



**pro familia**  
Niedersachsen



**Region Hannover**