

Anja Constance Gaca • Carolina Fink

Deine Bauchgeburt

Anja Constance Gaca
Carolina Fink

Deine Bauchgeburt

Wie du dein Baby selbstbestimmt
per Kaiserschnitt zur Welt bringst

Mit einem
Beitrag von
**MANDY
MANGLER**

 **KÖSEL**

Der Verlag behält sich die Verwertung der urheberrechtlich geschützten Inhalte dieses Werkes für Zwecke des Text- und Data-Minings nach § 44b UrhG ausdrücklich vor. Jegliche unbefugte Nutzung ist hiermit ausgeschlossen.

Alle Behandlungsvorschläge, Hinweise, Ratschläge und Übungen in diesem Buch sind von den Autorinnen sorgfältig geprüft worden. Sie ersetzen jedoch keine ärztliche Abklärung. Im Zweifelsfall muss für eine korrekte Diagnose und entsprechende Behandlung stets eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht werden. Eine Haftung vonseiten der Autorinnen oder des Verlags wird ausdrücklich ausgeschlossen.

Wir haben uns bewusst dazu entschieden, im generischen Femininum zu schreiben, da sich der Großteil der Schwangeren, aber auch Hebammen und Gynäkologinnen als weiblich identifizieren. Dennoch dürfen sich alle Geschlechtsidentitäten angesprochen fühlen. Wir versuchen, ausgrenzende Begrifflichkeiten zu vermeiden, was in der Welt der Geburtshilfe und des Elternseins gar nicht so einfach ist. Deshalb verwenden wir manchmal die neutraleren Fachbegriffe, an manchen Stellen lassen sich geschlechtsspezifische Begriffe leider nicht vermeiden.

Copyright © 2026 Kösel-Verlag, München,
in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,
Neumarkter Straße 28, D-81673 München
produktsicherheit@penguinrandomhouse.de
Umschlaggestaltung: FAVORITBUERO, München
Umschlagmotiv: © Inge Berken
Innenteilabbildungen: © Claudia Meitert
Redaktion: Julia Sommerfeld
Satz: satz-bau Leingärtner, Nabburg
Druck: Alfoldi Nyomda Zrt., Debrecen
Printed in Hungary
ISBN 978-3-466-31259-7

www.koesel.de

Inhalt

Über dieses Buch	9
1. Immer mehr Bauchgeburten?	13
2. Arten und Gründe für eine Sectio	22
Die primäre Sectio	23
Die sekundäre Sectio	31
Die Notsectio	34
Die Wunschsectio	36
3. Entscheidungshilfen und was du tun kannst	41
Was gegen eine Bauchgeburt spricht	42
Was für eine Bauchgeburt spricht	52
Was keinen Unterschied macht	54
4. Vorbereitung der Bauchgeburt	59
Mentale Vorbereitung	60
Der richtige Zeitpunkt für die Bauchgeburt	63
Zeitpunkt des Blasenkatheters	65
Das Mikrobiom unterstützen	66
Mehr Teilhabe durch Kaiserschnittgeburten	70
Auspulsieren der Nabelschnur	74
Anwesenheit deiner Begleitperson	75
Bonding	78

Die Plazenta	82
Die erste Untersuchung eures Babys	83
Das Wochenbett vorbereiten	84
5. Die Bauchgeburt Schritt für Schritt	93
Vorgehen bei einer geplanten Bauchgeburt	93
Vorgehen bei einer ungeplanten Bauchgeburt	106
Vorgehen bei einer Notsectio	110
Wenn dein Baby Unterstützung benötigt	115
6. Mandy Mangler: Die Operation	119
Narkose	123
Die Sectio als chirurgischer Eingriff	126
Lagerung	137
Kommunikation is key	139
7. Dein Körper im Wochenbett	142
Start ins Wochenbett	145
Umgang mit Schmerzen nach der Bauchgeburt	149
Blase und Darm entleeren	152
Hämorrhoiden	154
Die Sectio-Wunde	156
Rückbildung und Wochenfluss	163
Der Beckenboden	167
Bauch und Bauchmuskulatur	171
Das Baby tragen nach Sectio	173
8. Die Geburt seelisch verarbeiten	174
Wenn es anders gekommen ist als geplant	176
Die Geburt nachbesprechen	178
Wenn die Seele erkrankt	180

9. Dein Baby versorgen	184
Das Ankommen deines Babys unterstützen	192
Babys mit großen Bedürfnissen	194
Stillen	196
Babyfreundlich die Flasche geben	213
Gewichtsentwicklung nach der Geburt	215
 10. Wieder schwanger nach deiner Bauchgeburt	 217
Vaginale Geburt nach vorangegangener Bauchgeburt (VBAC)	219
Re-Sectio nach vorangegangener Sectio	221
Geburtsweg nach mehreren Bauchgeburten	221
 Deine Geburt – dein Weg	 223
 Quellen	 225

Über dieses Buch



Über ein Drittel aller Babys werden in Deutschland, Österreich und der Schweiz inzwischen per Kaiserschnitt geboren. Ein Kaiserschnitt ist dabei nicht einfach nur eine Operation. Für dieses Kind und für seine Eltern ist es eine *Geburt*. Deshalb haben wir uns dazu entschieden, mehrheitlich den Begriff **Bauchgeburt** in diesem Buch zu verwenden. Wir möchten ihn in die Welt tragen, um über die Eltern hinaus bei Zugehörigen, aber natürlich auch Geburtshelfenden und anderen Fachpersonen genau dafür ein Bewusstsein zu schaffen. Denn noch ist der Begriff Bauchgeburt nicht so bekannt wie Kaiserschnitt oder die lateinische Bezeichnung *Sectio caesarea*, kurz *Sectio*. Statt Begriffe wie die »normale« Geburt sagen wir »vaginale« Geburt, da eine Geburtsform heutzutage nicht »normaler« ist als die andere.

Unsere Mitautorin, die Gynäkologin Mandy Mangler, hat den Begriff **Kaiserinschnitt** für die Bauchgeburt geprägt. Das Wort Kaiserin würdigt hier explizit die Leistung der Frau bei der Bauchgeburt. Denn jede Geburt ist ein besonderes Ereignis, das Gebärende mit viel Kraft und Mut meistern, ob nun in einem Kreißaal, im Operationssaal oder zu Hause. Jeder Gebärenden wünschen wir als Hebammen, dass ihre Geburt selbstbestimmt verläuft, wozu auch die informierte Entscheidung für eine Bauchgeburt gehört.

Wir möchten dich mit diesem Buch vor und nach einer Bauchgeburt unterstützen. Es gibt kritische Stimmen, die sagen, dass der Begriff Bauchgeburt den Kaiserschnitt mit der vaginalen Geburt gleichsetzt.

Nicht erst nach der Lektüre dieses Buches ist klar, dass es zwei sich in vielen Punkten unterscheidende Geburtswege sind. Aber so vieles ist auch identisch, wenn ein Baby geboren wird und Menschen zu Eltern werden. Denn dies ist bei Weitem nicht nur ein körperlicher Prozess.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, weshalb Geburten und die damit zusammenhängenden Entscheidungen überhaupt verglichen werden sollten. Als Hebammen und Geburtshelfende wissen wir, dass keine Geburt gleich ist. **Jede Familie und jeder Weg ist individuell.** Menschen bringen bereits ihre eigene Geschichte mit, wenn sie ein Kind erwarten. Ihre Erfahrungen beeinflussen die Geburt ebenso wie die aktuelle Lebenssituation. Und oft gibt auch das Baby vor, wie sein Weg auf diese Welt aussieht.

Eine Geburt ist, wie das Leben als Eltern generell, nur bedingt planbar. Auch wenn es bestimmte Vorstellungen und Wünsche gibt, ist es wichtig, sich etwas Offenheit dafür zu bewahren, dass es anders läuft als geplant: Zwar kommt der ungeplante Kaiserschnitt deutlich häufiger vor, es gibt jedoch auch die nicht geplante vaginale Geburt, weil es ein Baby vielleicht besonders eilig hatte, obwohl eigentlich eine Bauchgeburt geplant war.

Wahrscheinlich hast du dieses Buch gerade in der Hand, weil du dich auf die Geburt deines Babys vorbereitest. Als Hebammen, aber auch persönlich wissen wir, wie viele Gedanken, Fragen und auch Sorgen damit verbunden sind. Daher möchten wir dich auf deinem Weg unterstützen, vor allem, wenn eine Bauchgeburt geplant ist oder du darüber nachdenkst, ob dieser Weg für dich passend sein könnte.

Dieses Buch soll darüber informieren, was dich ganz konkret vor, bei und nach einer Bauchgeburt erwartet. Es soll dich auf deiner ganz persönlichen Geburtsreise bestärken, wie auch immer diese aussehen mag. Und es soll dir Unterstützung geben an den Punkten, wo du diese vielleicht benötigst. Im ersten Teil geben wir dir viele Informationen an die

Hand: Du erfährst, wie du dich vorbereiten kannst und wie die Bauchgeburt überhaupt abläuft. Anschließend begleiten wir dich ganzheitlich durch das Wochenbett nach deiner Bauchgeburt.

Die Idee für dieses Buch entstand, als wir gemeinsam eine Fachtagung für Hebammen zum Thema Bauchgeburt konzipierten und feststellten, dass die meiste Literatur für Eltern zum Thema die Szenarien Wunschkaiserschnitt oder traumatisch-operative Geburt behandelt. Für viele Bauchgeburten passen jedoch beide nicht so recht, auch wenn die Themen in diesem Buch ebenfalls und berechtigt ihren Platz finden. **Unser Buch soll dir die Bauchgeburt wertfrei erläutern, ohne dich in die eine oder andere Richtung zu drängen.** Es soll Raum bieten für ein Thema, das in Geburtsvorbereitungskursen und Büchern zu selten ausreichend Aufmerksamkeit findet. Nimm dir aus den folgenden Seiten das mit, was für dich inhaltlich relevant und richtig ist. **Für dich und für deine Geburt.**

eins Immer mehr Bauchgeburten?

Zum Einstieg möchten wir kurz in die Geschichte eintauchen und einige Zahlen zu Bauchgeburten einordnen. Denn was helfen uns Statistiken zur Häufigkeit von Bauchgeburten, wenn nicht klar ist, was diese Entwicklungen begünstigt oder begrenzt? Zu verstehen, wie die Sectorate entsteht, hilft dir bei der gesamten Einordnung des Themas und ist daher essenziell, um Bauchgeburten vollumfänglich zu verstehen und nicht zu bewerten.

Eine kleine Geschichte der Bauchgeburt

Erste Kaiserschnitte wurden bereits in der Antike vor allem an verstorbenen Frauen durchgeführt, weil ein römisches Gesetz verbot, sie mit ungeborenem Kind zu beerdigen. Der Begriff geht vermutlich auf Plinius den Älteren (23–79 n. Chr.) zurück, der mit den Worten »a caeso matris utero« beschrieb, wie einige berühmte Männer durch das Herausschneiden aus dem Bauch ihrer Mutter geboren wurden. »Caesar« bedeutet in diesem Kontext der »Herausgeschnittene«. Die Überlieferung, dass auch der römische Staatsmann und Feldherr Gaius Julius Caesar (100–44 v. Chr.) auf diesem Weg zur Welt gekommen sein soll, gilt als unwahrscheinlich, weil

seine Mutter Aurelia auch nach seiner Geburt noch über vierzig weitere Jahre lebte und Frauen den Kaiserschnitt damals nicht überlebten. Dennoch hält sich die Erzählung, dass der Begriff Sectio caesarea vom Namen Caesars abgeleitet ist, auch durch bildliche historische Darstellungen seiner Geburt. Erst um das Jahr 1500 überlebte erstmals eine Gebärende die Sectio. Doch es blieb noch lange Zeit eine sehr riskante Operation, vor allem wegen der unzureichenden hygienischen Bedingungen und der fehlenden Anästhesie, weshalb sie möglichst vermieden wurde. Lange wurde der Bauch längs geöffnet, was mit viel größeren Risiken behaftet war. Erst zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde begonnen, den Bauch mittels Querschnitt oberhalb der Symphyse (Schambein) zu öffnen – eine Technik, die von dem Geburtshelfer Hermann Johannes Pfannenstiel weiterentwickelt wurde und dann als »Pfannenstiel-Querschnitt« bei einer Sectio üblich wurde.

Noch bis Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts war der Kaiserschnitt riskant und daher ein Notfalleingriff. Durch medizinische Fortschritte in den 1950er-Jahren wie weiterentwickelte Operations- und Narkoseverfahren sowie eine bessere Blutungs- und Infektionsprophylaxe wurde die operative Geburtshilfe dann deutlich sicherer. In den 1960er-Jahren kamen bessere Überwachungsmöglichkeiten für das ungeborene Kind mit Methoden wie dem CTG (Herztonüberwachung) hinzu, sodass Kaiserschnitte zunehmend auch durchgeführt wurden, um vorhersehbare Risiken für das Kind oder die Mutter zu vermeiden. Die Optionen in der Thromboseprophylaxe und bei der Antibiotikatherapie senkten die Risiken für die Mutter weiter. Gleichzeitig steigerten die Möglichkeiten der Intensivmedizin die Überlebenschancen von Frühgeborenen erheblich. Auch dies führte zu mehr Sectio-Geburten aus einer kindlichen Indikation heraus.

Wie eingangs schon erwähnt, erblicken in Deutschland (für die Schweiz und Österreich sind die Daten vergleichbar) knapp **über 30 Prozent der Kinder per Bauchgeburt das Licht der Welt**. Diese Rate hat sich innerhalb der letzten dreißig Jahre verdoppelt und ist seit einiger Zeit nahezu unverändert. Es gibt aber regionale Unterschiede: Im Saarland liegt die Rate an Bauchgeburten deutlich höher als in den östlich gelegenen Bundesländern. Im internationalen Vergleich befindet sich Deutschland im oberen Drittel. »Spitzenreiter«, wenn man dies so nennen möchte, ist Mexiko, wo über die Hälfte der Kinder per Sectio geboren werden. Die niedrigste Sectionrate findet sich in Litauen.

Ihr seid also nicht allein, wenn euer Kind per Bauchgeburt geboren wird. Die Bauchgeburt ist ein absolut routinierter Weg, ein Baby zur Welt zu bringen. Es ist, weltweit gesehen, sogar die häufigste Operation bei Frauen.

Die Häufigkeit von Bauchgeburten variiert stark, auf internationaler Ebene genauso wie auf regionaler. Schnell stellt sich die Frage, wie hoch die Rate an Sectios denn optimalerweise sein sollte. Bereits 1985 formulierte die World Health Organization (WHO) eine optimale Rate von 10 bis 15 Prozent. Später wurde diese Angabe relativiert und insofern eingeschränkt, dass es keine belastbare und vergleichbare Datengrundlage für diese Grenze gab. Aktuellere Untersuchungen bestätigen jedoch aus medizinischer Sicht, dass bis zu einer Bauchgeburtsrate von 15 Prozent lebensbedrohliche medizinische Risiken für Gebärende und Kind durch eine Sectio verringert werden können, sie über diese Rate hinaus aber statistisch nicht gesünder aus einer Geburt kommen.

Die Sectiorate in deiner Klinik

Die Rate an Bauchgeburten gibt an, wie häufig diese Operation in einer Klinik durchgeführt wird, und kann individuell für Kliniken in Deutschland auf der Webseite des Vereins *Motherhood* nachgelesen werden. Dabei sind die Zahlen jedoch differenziert zu betrachten: Große Kliniken mit Kinderstation und weitem Einzugsgebiet haben meist höhere Raten als kleinere Kliniken, die etwa keine frühgeborenen Kinder versorgen können. Aussagekräftiger sind die Anteile an primären und sekundären, also geplanten und ungeplanten, Bauchgeburten. Die Rate geplanter Sectios hängt eng mit der Größe und dem Versorgungsauftrag der Klinik zusammen. Die Rate der sekundären Sectios gibt einen Einblick, wie streng oder großzügig die Klinik bei möglichen Auffälligkeiten unter der spontanen Geburt entscheidet. Eine hohe Rate an sekundären Sectios könnte auf eine großzügige Entscheidung zur Sectio bei Komplikationen während der spontanen Geburt hindeuten. Andererseits könnte man auch interpretieren, dass eine hohe Rate an sekundären Sectios auch damit zusammenhängt, dass man es möglichst vielen Schwangeren ermöglichen möchte, spontan zu gebären, selbst wenn Risiken vorbestehen. Der deutliche Unterschied der Sectioraten zwischen Regionen und Kliniken im gleichen Gesundheitssystem legt nahe, dass Faktoren wie die grundsätzliche Einstellung zur Geburt, die Erfahrung und der Personalschlüssel eine Rolle spielen. Eindeutige Schlüsse lassen sich aus der Sectiorate nicht ziehen. Dennoch kann sie Hinweise auf die geburtshilfliche Praxis und Geburtskultur einer Klinik geben.

Die in Deutschland deutlich höhere Rate an Sectios (als von der WHO als sinnvoll erachtet) wirft zumindest aus rein medizinischer Sicht die Frage auf: Warum liegt sie gerade in einem hoch entwickelten Land wie Deutschland so viel höher? Die Gründe dafür sind vielfältig:

Verbesserte Gesundheitsversorgung: Der medizinische Fortschritt ermöglicht es heute viel mehr Frauen, schwanger zu werden, die in der Vergangenheit kaum eine Chance auf eine Schwangerschaft gehabt hätten. Für viele Frauen bedeutete eine Schwangerschaft und Geburt einst eine lebensbedrohliche Situation. Die Gesundheitsversorgung hat sich durch den medizinischen Fortschritt und Schwangerschaftsvorsorge deutlich verbessert. So können heute Krankheiten behandelt und überwacht werden, die früher eine Schwangerschaft ausgeschlossen hätten. Frauen mit Vorerkrankungen wie Adipositas oder Diabetes haben heute durch moderne Therapien und Betreuung ihrer Grunderkrankungen eine höhere Wahrscheinlichkeit, überhaupt schwanger zu werden.

Auch das **Alter der Mütter** spielt eine Rolle. Neben der verbesserten Gesundheitsversorgung verschiebt sich das Durchschnittsalter bei der Geburt auch aufgrund von gesellschaftlichen Strukturen und Erwartungen nach oben: Heutzutage ist es für Frauen selbstverständlich, erwerbstätig zu sein und eine Karriere zu verfolgen. Das Alter bei einer Geburt ist ein Faktor, der zusätzliche Risiken mit sich bringt. Familien mit unerfülltem Kinderwunsch und Vorerkrankungen profitieren zudem von der **künstlichen Befruchtung**, die heute Schwangerschaften ermöglicht, die früher nicht denkbar gewesen wären. Aber auch eine künstliche Befruchtung bringt unter Umständen Risiken mit sich. Für den Körper bedeutet eine Schwangerschaft und Geburt mit Risikofaktoren oder einer Vorerkrankung eine besondere Höchstleistung. Die Bauchgeburt stellt heute eine sichere Alternative dar, insbesondere in Situationen, in denen eine vaginale Geburt früher mit hoher Wahrscheinlichkeit

tödlich verlaufen wäre oder die Schwangerschaft gar nicht erst zustande gekommen wäre.

Die verbesserte Gesundheitsversorgung bringt jedoch nicht nur Vorteile mit sich: Die stetig **zunehmende Überwachung der Schwangerschaft und Geburt** führt auch zu mehr Fehlalarmen, und manchmal werden Probleme diagnostiziert, die gar keine sind. Denn auch technische Hilfsmittel sind nicht unfehlbar und liefern nicht immer eindeutige Ergebnisse. Die Folge: Mehr Bauchgeburten werden durchgeführt, weil vermeintlich Komplikationen erkannt werden, die auf die verstärkte Überwachung zurückzuführen sind.

Kultur und Gesellschaft: Im internationalen Vergleich ist die medizinische Versorgung geprägt von der Struktur des Gesundheitssystems, aber auch der Kultur des jeweiligen Landes. So wird die Sectio gerade in wirtschaftlich ärmeren Ländern mit ungenügender Gesundheitsversorgung nicht selten als »Statussymbol« betrachtet. Dort ist die Sectorate bei reichen Familien, die sich in einem oftmals privat finanzierten Gesundheitssystem die Sectio leisten können, höher. In ärmeren Regionen hingegen bleibt die vaginale Geburt die Norm, weil den Familien keine andere Wahl bleibt. Aber auch innerhalb eines Landes und somit desselben Gesundheitssystems treten regionale Unterschiede hinsichtlich der Sectorate auf. So war sie in der DDR, genauso wie heute noch in den östlichen Bundesländern, traditionell niedriger als in den Bundesländern der BRD und den heutigen westlichen Bundesländern. Das zeigt: Nicht nur medizinische, sondern auch kulturelle und gesellschaftliche Faktoren beeinflussen die Häufigkeit von Bauchgeburten und sollten bei der Diskussion mit einbezogen werden.

Jeder Mensch hat tief verankerte Vorstellungen von Geburt, die oftmals unbewusst bleiben. Dieses sogenannte **geburtshilfliche Mindset** beschreibt die grundlegende Einstellung von Menschen, wie eine Geburt ablaufen sollte. Die Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin (AWMF, 2021)

hat das Thema als wichtigen weiteren Forschungsbereich erkannt. Um zu verstehen, warum Gebärende Entscheidungen treffen und warum diese manchmal auch entgegen der medizinischen Empfehlung sind, halten wir das Mindset für unerlässlich.

Hast du ein **eher medizinisches Mindset**, gibst du die Verantwortung für deine Gesundheit und die deines Kindes eher an dein geburtshilfliches Team ab. Du fühlst dich sicherer, wenn deine Schwangerschaft häufiger kontrolliert wird, und würdest dich vielleicht eher für eine Geburtsumgebung mit Kinderklinik entscheiden, um für den Ernstfall vorbereitet zu sein. Du gehst davon aus, dass Geburten Risiken bergen, die durch das Eingreifen von Geburtshelfenden minimiert werden können.

Demgegenüber steht ein **Mindset** von Geburt, das die **Geburt als natürlichen Prozess** betrachtet. Du siehst dich als Mittelpunkt der Geburt, das geburtshilfliche Team nimmt eine unterstützende Rolle ein. Du schätzt die Risiken deiner Geburt gering ein und möchtest weniger vorhandene medizinische Technik einsetzen. Sicherheit entsteht für dich nicht durch Kontrollen, sondern durch dein Vertrauen in deinen Körper.

In der Realität lassen sich beide Modelle nicht gänzlich voneinander trennen, wahrscheinlich wirst du Anteile beider Ansichten in dir tragen.

Deine Denkweise zur Geburt entsteht nicht bewusst – sie ist Teil deiner Sozialisation und war schon lange vorhanden, bevor du schwanger wurdest. Denn auch kinderlose Frauen tragen ein geburtsbezogenes Mindset in sich, das sich übrigens nicht wesentlich von dem von Schwangeren und Müttern unterscheidet. Daraus ist zu schlussfolgern, dass nicht nur die eigene Schwangerschaft und Geburt, sondern eher soziale und kulturelle Einstellungen eine Rolle bei der Entstehung des Mindsets von Geburt spielen.

Im deutschsprachigen Raum dominiert heute ein medizinisch geprägtes Umfeld. Während früher Hausgeburten die Regel waren, sind sie heute die Ausnahme – und werden, je nach sozialem Umfeld, ähnlich

moralisiert wie die Sectio. Die Geburt im Krankenhaus gilt nun als der normale Ort, als wäre die Geburt ein rein medizinisches Ereignis. Zusätzlich streben viele Schwangere nach absoluter Sicherheit, und bei Komplikationen werden Schuldige gesucht. Ein schicksalhafter Ereignis, als welches eine komplikationsreiche Geburt früher hingenommen wurde, ist in Zeiten von Ultraschall, regelmäßigen Vorsorgen sowie stetiger Überwachung während der Geburt nur schwer zu akzeptieren. Und so nehmen **juristische Auseinandersetzungen** nach einer problematischen Geburt zu, was den Verdacht nahelegt, dass Sectios aus Angst vor Komplikationen und vor rechtlichen Konsequenzen durchgeführt werden.

Erfahrung der Geburtshelfenden: Wie auch in anderen medizinischen Bereichen benötigt das Personal in der Geburtshilfe Erfahrung im Umgang mit dem Verlauf komplikationsfreier Geburten und mit geburtshilflichen Notfällen. Diese Erfahrung lehrt Geburtshelfende, nur dann einzugreifen, wenn es wirklich nötig ist. Ärztinnen hingegen lernen im Studium jahrelang vor allem, aktiv zu handeln, um Leben zu retten. Nur in der Geburtshilfe, da sollen sie bitte die Füße stillhalten, bis Komplikationen auftreten. Verständlich, dass besonders unerfahrene Geburtshelfende eher dazu neigen, in die Geburt einzugreifen, in der Absicht, etwas Gutes zu tun. Erst mit wachsender Erfahrung lernen Geburtshelfende, dass Gutes tun manchmal »nichts tun« bedeutet. Hinzu kommt, dass auch Geburtshelfende eigene Grundannahmen zur Geburt haben, derer sie sich oft nicht bewusst sind, die ihre Beratung und Eingriffe aber beeinflussen. Damit Geburtshelfende neutral und ergebnisoffen informieren und handeln können, sollten sie sich ihres eigenen geburtshilflichen Mindsets bewusst sein. Denn gerade aus mangelnder Erfahrung und eigenem medizinischen Mindset wird die Sectio manchmal als vermeintlich sicherer Ausweg betrachtet.

Erhält die Klinik mehr Geld bei einer Sectio?

Kliniken im deutschen Gesundheitssystem werden per Fallpauschalen bezahlt und damit nach Diagnosen und nicht nach der tatsächlichen Zeit, die sie mit Patientinnen oder Operationen verbringen. Das gilt auch für die Geburtshilfe. Für eine Sectio bekommt eine Klinik mehr Geld als für eine vaginale Geburt. Der Unterschied liegt je nach Bundesland und Komplexität bei circa 1500 bis 2000 Euro. Das mag zunächst absurd erscheinen, dauert eine vaginale Geburt doch oft viel länger. Doch eine Bauchgeburt erfordert deutlich mehr (steriles) Material und Personal: Neben dem eigentlichen Geburtsteam, das auch bei einer vaginalen Geburt anwesend wäre, kommen das OP-Team und das Anästhesie-Team sowie die Kosten für die Anästhesie selbst und einen längeren Aufenthalt im Krankenhaus hinzu.

Die Frage liegt nahe, ob Kliniken unter finanziellem Druck häufiger Sectios durchführen, da diese höher vergütet werden. In der geburtshilflichen Praxis jedoch stehen die medizinische Notwendigkeit und fachliche Standards im Vordergrund, nicht der finanzielle Anreiz. Zudem verursacht der erhöhte Personal- und Materialaufwand auch höhere Kosten, sodass am Ende kaum mehr Geld in der Klinik bleibt. Eine hohe Sectiorate ist zudem keine gute Werbung für eine Klinik. Du kannst also beruhigt sein: Nur aufgrund der Fallpauschale wird dir keine Geburtshelfende eine Bauchgeburt aufdrängen.

zwei Arten und Gründe für eine Sectio

In diesem Kapitel erklären wir dir die verschiedenen Arten der Sectio und die Gründe, die sie in bestimmten Fällen notwendig werden lassen. Aus Sicht der Geburtshelfenden wird die Sectio als Alternative genutzt, wenn die vaginale Geburt aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Hier erfährst du, um welche Situationen es sich handelt. Manche davon treten häufiger auf, andere seltener. Die Vielzahl der nachfolgenden Auflistung der Gründe mag den Eindruck erwecken, als würden stets zahlreiche Gründe vorliegen, die gegen eine vaginale Geburt sprechen. Das stimmt jedoch nicht, weil niemals alle potenziellen Gründe auf eine Schwangere zutreffen. Eine Sectio wird in der Regel dann durchgeführt, wenn die Geburt nicht normal verläuft oder Risiken für Mutter oder Kind bestehen. Die Gründe für einen Kaiserschnitt weisen daher meist auf eine besondere oder problematische Situation hin. **Fühlst du dich als Schwangere durch diese Informationen verunsichert, überspringe das Kapitel oder bitte eine vertraute Person, es zu lesen und dir die für dich relevanten Punkte zu erläutern.**

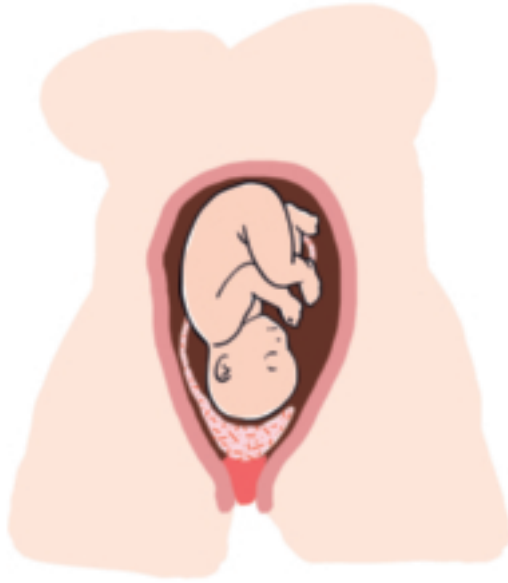
Die primäre Sectio

Eine primäre Sectio ist eine geplante Bauchgeburt, die vor Beginn der natürlichen Wehen stattfindet. Das bedeutet, dass die Geburt noch nicht von selbst begonnen hat, du hattest also weder einen Blasensprung noch Wehentätigkeit, die den Muttermund eröffnet hat.

Normalerweise stehen die Gründe für eine solche Bauchgeburt schon früh fest, sodass genug Zeit bleibt, um sich gut auf die Operation vorzubereiten. Ausnahmen gibt es, wie zum Beispiel schwangerschaftsbedingte Erkrankungen, die sich nicht mehr behandeln lassen. In solchen Fällen kann eine primäre Sectio notwendig werden, ohne dass sie lange im Voraus geplant werden konnte.

Eine primäre Sectio wird meist dann durchgeführt, wenn eine vaginale Geburt unmöglich ist. Solche **absoluten Indikationen**, also Gründe für eine Behandlung, lassen euch leider kaum Spielraum bei der Wahl der Geburtsform.

- **Plazenta praevia:** Bei einer Plazenta praevia ist die Plazenta vollständig über den Muttermund gewachsen. Wird das früh in der Schwangerschaft festgestellt, ist das erst mal kein Grund zur Sorge. Es kann gut sein, dass sich der Sitz der Plazenta mit wachsendem Uterus noch nach oben verlagert, sodass sie später nicht mehr zwingend den Muttermund bedeckt. Liegt die Plazenta auch nach der 36. Schwangerschaftswoche noch vollständig oder teilweise über dem Muttermund, kannst du dein Baby nicht auf spontanem Wege gebären, da dieses Tor zur Welt durch das Versorgungsorgan des Ungeborenen verschlossen ist. Um durch das Becken geboren zu werden, müsste erst die Plazenta geboren werden, was wiederum zur Folge hätte, dass dein Baby nicht mehr versorgt wird. Die Bauchgeburt ist hier also Mittel der Wahl und unumgänglich. Eine



Plazenta praevia kommt im Allgemeinen aber nur bei drei bis fünf pro tausend Geburten vor.

- **Querlage:** Liegt das Baby quer im Uterus, also weder mit dem Köpfchen noch mit dem Popo nach unten, ist eine vaginale Geburt nicht möglich, da es so nicht durch das Becken geboren werden kann. Auch hier gilt: Eine Querlage kommt in frühen Schwangerschaftswochen häufig vor, und in den allermeisten Fällen dreht sich das Baby irgendwann längs. Liegt es nach der 36. Schwangerschaftswoche weiterhin quer, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine äußerliche Wendung versucht werden. Hier bewegen Geburtshelferinnen das Baby durch bestimmte Handgriffe von außen zur Drehung. Führt dies nicht zum Erfolg, ist eine Bauchgeburt unumgänglich.