

**Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg**  
**Fachbereich Sozialpädagogik**  
**Studiengang Pflege**

Wie Frauen die Geburt ihres ersten Kindes per Kaiserschnitt  
erleben -

Eine qualitative Studie

**Diplomarbeit**

Tag der Abgabe: 21.02.2004  
Vorgelegt von: Christiane Jurgelucks  
Kanonierstraße 15  
76185 Karlsruhe  
Matrikelnummer: 15215443  
Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Dr. K.-H. Wehkamp  
Zweiter Prüfer: Dr. V. Maaßen

## ***Gegen die Sprachlosigkeit***

<b>Inhaltsverzeichnis</b>		<b>Seite</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Der Forschungsprozess</b>	<b>10</b>
2.1	Mein Ausgangsinteresse und die Entwicklung der Fragestellung	10
2.2	Literaturrecherche	11
2.3	Theoretische Vorüberlegungen	13
2.3.1	Begründung des qualitativen Forschungsansatzes	13
2.3.2	Auswahl der Studienteilnehmerinnen	15
2.4	Die Durchführung der Studie	15
2.4.1	Gewinnung von Interviewteilnehmerinnen und Kontaktaufnahme	15
2.4.2	Die Durchführung der Interviews	16
2.4.3	Datensicherung	17
2.4.4	Die Auswertung	18
<b>3</b>	<b>Geschichte der Kaiserschnitt-Geburt und ihre Bedeutung in der heutigen Geburtshilfe</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>Medizinische Aspekte der Sectio Caesarea</b>	<b>21</b>
4.1	Indikationen, die zur Sectio führen können	22
4.2	Die Wahl der Narkose	23
4.2.1	Die Intubationsnarkose	24
4.2.2	Die Regionalanästhesie	25
4.3	Risiken der Schnittentbindung	26
4.3.1	Auswirkungen auf das Kind	27
4.3.2	Spätfolgen für die Frau	27
4.4	Medikamente nach einem Kaiserschnitt	27
4.5	Das Stillen nach einer Sectio	29
<b>5</b>	<b>Psychosoziale Aspekte</b>	<b>29</b>
5.1	Die Auseinandersetzung mit dem Kaiserschnitt	29
5.1.1	Faktoren, die das Erleben beeinflussen	30
5.1.2	Dimensionen des Erlebens	30

5.1.3	Die Bewertung des „Erlebnisses“ Kaiserschnitt	31
5.1.3.1	Weiblichkeitsideale und Leistungsdruck	32
5.2	Mögliche psychische Folgen des Kaiserschnittlebens	32
5.2.1	Depressionen nach der Geburt	33
5.2.2	Posttraumatische Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung	35
5.3	Bewältigung und Verarbeitung einer Kaiserschnitt Erfahrung	37
5.3.1	Die Phasen der Kaiserschnittverarbeitung nach Julienne G. Lipson und Virginia Peterson Tilden	37
<b>6</b>	<b>Übersicht über die Studienteilnehmerinnen</b>	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>Ergebnisse der Studie</b>	<b>43</b>
7.1	In der Schwangerschaft	43
7.1.1	Wie sich Erstgebärende die Geburt in der Schwangerschaft vorstellen	43
7.1.1.1	Das Ideal der „natürlichen“ Geburt	43
7.1.1.2	Das Ideal der „bewussten“ Geburt	44
7.1.1.3	Das Ideal der „kontrollierten“ Geburt	45
7.2.1	Schlussfolgerungen	46
7.2	Die real erlebte Geburt	47
7.2.1	Dimensionen des Erlebens	47
7.2.1.1	Über die Schwierigkeit Worte für das Erleben zu finden	48
7.2.1.2	Bedrohung des Lebens für Mutter oder Kind verbunden mit Trennung	50
7.2.1.3	Wenn die Geburtshilfe als Geburtsgewalt erlebt wird	55
7.2.1.4	Trennung von Körper und Seele - Entfremdung des Leibes	59
7.2.1.5	Von Gegenüberlosigkeit und unbefriedigenden Beziehungen	63
7.2.1.6	Von schwierigen Gefühlen nach der Sectio	69
7.2.1.7	Die Folgen	74
<b>8</b>	<b>Konsequenzen für die Praxis</b>	<b>75</b>
8.1	Aufklärung und Information über die Schnittentbindung in der Schwangerschaft	75
8.2	Infoabende und Tage „der offenen Tür“	76
8.3	Geburtsplanung im Krankenhaus	77
8.4	Im Kreißaal	78
8.5	Vorbereitung zur Operation	80

<b>8.6</b>	<b>Einschleusung und Aufenthalt im OP</b>	<b>81</b>
<b>8.7</b>	<b>Der Vater im OP</b>	<b>82</b>
<b>8.8</b>	<b>Unmittelbar nach der Sectio</b>	<b>82</b>
<b>8.9</b>	<b>Im Wochenbett</b>	<b>83</b>
<b>8.10</b>	<b>Möglichkeiten zur Geburtsverarbeitung schaffen</b>	<b>87</b>
<b>8.11</b>	<b>Sensibilisierung für die Thematik der Postpartalen Depression</b>	<b>88</b>
<b>9</b>	<b>Abschließende Betrachtung und Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>89</b>
<b>10</b>	<b>Literatur</b>	<b>101</b>
<b>11</b>	<b>Anhang</b>	<b>105</b>
<b>11.1</b>	<b>Interviewbegleitbogen und –leitfaden</b>	<b>105</b>
<b>11.2</b>	<b>Geburtsgeschichten</b>	<b>108</b>
	Isabelle: „Die haben mir das Kind aus dem Bauch gerissen.“	<b>108</b>
	Kathrin: „Ich bin optimal betreut worden.“	<b>110</b>
	Marianne: „Traumatisch war nicht der Kaiserschnitt, sondern der Wehenschmerz davor.“	<b>112</b>
	Martina: „Ich kann das nicht verarbeiten, weil es so existenziell war.“	<b>114</b>
	Daniela: „Einmal barfuß durch die Hölle.“	<b>117</b>
	Kerstin: „Und für mich stand wieder mal ein Kind auf dem Spiel.“	<b>120</b>
<b>12</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	<b>123</b>

# 1 Einleitung

Die Geburt meines ersten Kindes: Wie wird sie wohl werden? Wie werde ich mit dem Geburtsschmerz umgehen und wer wird mich auf diesem Weg begleiten? Wohl jede Frau, die ein Kind erwartet, stellt sich diese Fragen.

Die Geburt des ersten Kindes bringt neben freudiger Erwartung vielleicht auch Unsicherheit und Unklarheit mit sich. Ein Geburtseignis entzieht sich zumeist der bewussten Kontrolle. Niemand kann vorhersehen, wie das sein wird und ob alles gut geht. Da klingt die Idee der „sanften Geburt“ oder der „Geburt ohne Gewalt“ verlockend, schön und schmerzfrei. Doch diese Ideen und Gedanken Leboyers, mit denen viele Frauen groß geworden sind, beziehen sich nicht auf die schwangere Frau, sondern auf die Bedürfnisse des Neugeborenen.

Mythos Geburt: In Geburtsvorbereitungskursen versuchen sich werdende Eltern auf ein Ereignis vorzubereiten, das immer häufiger einmalig im Leben eines Paares bleiben wird.

Viele wollen die Geburt bewusst erleben, ihr Kind „sanft“ auf der Welt begrüßen und die ersten Stunden als Familie genießen. Paare wollen das Beste für sich und ihr Kind: eine liebevolle Atmosphäre im Kreißaal, Unterstützung bei natürlichen Vorgängen und maximale medizinische Sicherheit (Stauber 1999: 259-260). Entsprechend sorgfältig suchen sie sich den Geburtsort ihres Kindes aus.

Kliniken und GeburtshelferInnen haben schon lange auf die Bedürfnisse der werdenden Eltern reagiert und nähren die Hoffnung auf eine schöne, möglichst schmerzarme Geburt.

Sie werben einerseits mit besonders schön ausgestatteten Kreißsälen und alternativen Geburtsunterstützenden Maßnahmen, andererseits mit maximaler Sicherheit, um werdende Eltern auf einem konkurrierenden Markt als Kunden zu gewinnen.

Bei vielen Paaren entsteht der Eindruck, dass alles machbar ist und die Risiken einer Geburt gut beherrschbar sind. Theoretisch wissen sie, dass nicht jede Geburt komplikationsarm verläuft: Dennoch wird die schmerzfreie Geburt, die mit einem gesunden Kind endet, als einzige Möglichkeit gesehen. Die Geburt wird idealisiert und unlustvolle Gefühle werden abgewehrt (Kentenich, 1999: 279).

Auch in den meisten Geburtsvorbereitungskursen scheint eine kollektive Abwehr der Realität stattzufinden. Obwohl mittlerweile gut jedes vierte<sup>1</sup> Kind per Kaiserschnitt zur Welt kommt, werden

---

<sup>1</sup> Qualitätssicherung Geburtshilfe, Jahresauswertung 2002, Baden-Württemberg

Geburtskomplikationen und die daraus resultierenden operativ beendeten Entbindungen selten ausführlich thematisiert. Es scheint so, als gingen werdende Eltern und professionelle GeburtshelferInnen häufig ein Bündnis ein, das die Enttarnung der oft idealisierten Geburtsvorstellungen verhindert.

Viele Geburten sind aber - zumindest phasenweise - mit gewaltigen Schmerzen und mit einer nicht kontrollierbaren Naturkraft verbunden: Angst, es nicht zu schaffen, Angst, das Kind durchzupressen, Angst, zu sterben, sterben wollen. Das Erleben einer Geburt kann die Grenzen des Alltäglichen sprengen.

*„Eine Frau, die entbindet, entdeckt oder findet bei der Geburt auch die Möglichkeit, in Abgründe zu blicken – wenn sie will bzw. wenn sie kann. Die weibliche Psyche gerät an dieser Stelle in ein Minengelände. Im Geburtsgeschehen verdichtet sich die gesamte bisherige Biografie. (...) Und in dieser Verdichtung wird nichts ausgelassen. (...) Die Geburt ist die Stunde der Wahrheit. Dort ist die Luft dünn. (...) Die Stabilität, die erforderlich wäre, um eine Entbindung unversehrt zu überstehen, gibt es nicht. (...) Denn mit der physischen Qual der Geburt geht eine metaphysische Bedrohung einher, deren Spuren langsamer heilen als Dammschnitt oder Dammriss und die Erinnerung – soweit sie zugelassen wird – den eigentlichen Schmerz ausmacht (Azoulay 1998: 29f)*

So beschreibt es I.A. in ihrer Streitschrift: Dieses hilflose Ausgeliefertsein, das Verlieren der Selbstkontrolle, das Erleben von unbeherrschbaren Schmerzen und Grenzsituationen, kann soviel Angst auslösen, dass manche Schwangere von Beginn an die Entscheidung trifft, nicht (noch mal) „natürlich“ entbinden zu wollen. Sie favorisiert den geplanten Kaiserschnitt und hofft dadurch, dieser „metaphysischen Bedrohung“ ausweichen zu können.

Gesicherte Zahlen darüber, wie viele Frauen die Sectio ohne medizinische Indikation wünschen, existieren nicht. Krankenhäuser, die der Forderung nach dem „Wunschkaiserschnitt“ offen gegenüberstehen, bewegen sich in einer rechtlichen Grauzone, da Krankenkassen *„Maßnahmen, die das Maß der Notwendigkeit überschreiten“ (SGB V, §§11 und 12)* nicht übernehmen dürfen. Das macht die quantitative Erfassung bundesweit schwierig, da Sectiones ohne medizinische Indikation in den Perinatalerhebungen nicht als solche ausgewiesen werden.

In den Medien und in den Berufsverbänden der Hebammen und GynäkologInnen wird der Trend zum „Wunschkaiserschnitt“ zum Teil sehr heftig und kontrovers diskutiert.

Die einen meinen, dass jede Frau das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt habe, die auch das Recht auf eine Sectio ohne medizinische Indikation miteinschließe. Die anderen vertreten die Ansicht, dass jede Frau mit der nötigen professionellen Unterstützung die Kraft zu einer natürlichen Geburt habe und ihr durch einen „Wunschkaiserschnitt“ eine existentielle Erfahrung entgehe (DER SPIEGEL 6/2003: 136).

Diese stark polarisierende (Werte-)Diskussion um die Vor- und Nachteile einer Sectio erschweren meines Erachtens eine differenzierte Auseinandersetzung, sowohl zwischen den Fachleuten als auch zwischen GeburtshelferInnen und betroffenen Frauen.

Das Beharren auf dem jeweiligen eigenen Standpunkt verringert die Chance einer dialogisch gefundenen Lösungsstrategie für das individuelle Problem einer Frau. Meiner Ansicht nach zum Nachteil der Frau, die trotz wachsender Informiertheit und dem Recht auf Selbstbestimmung häufig kompetente Hilfe bei der Entscheidungsfindung benötigt. Es gilt: subjektives Erleben, individuelle Bedeutungen von Schwangerschaft und Geburt sowie medizinisches Risiko gemeinsam zu bewerten, sorgfältig gegeneinander abzuwägen und mögliche Alternativen in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen.

Dazu bedarf es neben der ausführlichen Beratung, der individuellen Geburtsplanung und der guten Geburtsvorbereitung aber auch eines grundlegenden wissenschaftlichen Diskurses, der neben Mortalität, Morbidität und wirtschaftlichen Aspekten der Sectio Caesarea auch das subjektive Erleben einer Frau in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses rückt.

Die Gesamtzahl der Sectiones steigt Jahr für Jahr, in Baden-Württemberg von 23,5% im Jahr 2001 auf 26% 2002<sup>2</sup>. Frauen, die diese Art der Geburt erleben, sind mittlerweile zu einer relevanten Größe in der Geburtshilfe geworden.

So verwundert es, dass wissenschaftliche Studien nach wie vor fast ausschließlich die physischen Begleiterscheinungen und Risiken einer Sectio Caesarea berücksichtigen. Ein im Jahr 2000 durchgeführtes Expertenmeeting zum Thema belegt: Von 54 Beiträgen beschäftigen sich nur 3 mit dem Geburtserleben der Frau (Schücking 2001, Waldenström 2001, Ehlert 2001). Von diesen Beiträgen untersucht nur die Arbeit von Ehlert mögliche negative Konsequenzen unterschiedlicher geburtshilflicher Maßnahmen (Ehlert, U. 2001: 199 ff.)

Es scheint so zu sein, als sei es zumeist von untergeordnetem Interesse, wie sich eine Frau während oder nach einer Sectio fühlen kann. Über die realen Bedürfnisse sectionierter Frauen ist wenig bekannt.

Deshalb beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit dem Erleben von Frauen, die von ihrem ersten Kind per Sectio entbunden wurden.

Was empfindet eine Frau, die eine natürliche Geburt geplant hatte, wenn plötzlich ein Kaiserschnitt gemacht werden muss? Wie erlebt sie die Betreuung während und nach der Geburt im Krankenhaus und welche Bedürfnisse hat sie?

---

<sup>2</sup> Schätzungen für das Jahr 2003 gehen von einer 30-prozentigen Sectionerate aus.



Wie werden Geburtserfahrungen bewertet und welche Folgen entstehen daraus für die Mutter und die Beziehung zu ihrem Kind? Welche Folgen haben verschiedene Geburtsideale für das Erleben der konkreten Geburtsrealität?

Ziel meiner Arbeit ist, diesen Fragen nachzugehen, wohl wissend, dass Erleben nichts Objektives ist, sondern durch den persönlichen Lebenskontext, die eigene Persönlichkeit und nicht zuletzt auch durch die vorgenommenen Bewertungen bestimmt wird.

Ein wesentlicher Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Erforschung solcher Geburtsaspekte, die von der Frau negativ bewertet und krisenhaft oder traumatisch erlebt wurden.

Ich vermute, dass traumatisches Erleben während und nach der Geburt sowohl das subjektive Befinden der Frau als auch die Beziehung zu ihrem Kind und zu ihrem Partner längerfristig stark beeinträchtigen kann.

Die Folge könnte eine vermehrte Inzidenz psychischer Störungen nach traumatisch erlebter Sectio Caesarea sein. *„Es gibt Belege dafür, dass die postpartale Depression – wenn sie nicht erkannt und behandelt wird, was leider sehr oft der Fall ist – nachteilige Konsequenzen für die langfristige psychische Gesundheit und das soziale Funktionieren der Frauen hat, sich auf die eheliche Beziehung und die psychische Gesundheit der Väter negativ auswirkt sowie für die Beeinträchtigungen der kognitiven und sozialen Entwicklung der Kinder dieser Mütter mitverantwortlich ist“ (Brockington 2001: 7)*

Deshalb möchte ich GeburtshelferInnen von der Wichtigkeit Traumata vermeidender Haltungen und Handlungsstrategien überzeugen.

Ich möchte mit dieser Arbeit erreichen, dass diejenigen Erlebensdimensionen, die traumatisierendes Potential in sich tragen, in der geburtshilflichen Praxis bekannt werden. Die Kenntnis und die Vermeidung solcher Faktoren könnte dazu beitragen, dass eine Frau - auch unter widrigen Umständen - die Geburt ihres Kindes per Sectio möglichst positiv erleben kann.

Deshalb habe ich zusätzlich Vorschläge und mögliche Konsequenzen für die Praxis erarbeitet.

Diese sollen sowohl auf dem positiv geschilderten Erleben, als auch auf den geäußerten Wünschen und Bedürfnissen der Studienteilnehmerinnen basieren. Zusätzlich wurden Beobachtungen und Gespräche mit MitarbeiterInnen sowie entbindenden Frauen während einer mehrmonatigen Hospitation im Kreißaal des St. Vincentius Krankenhaus in Karlsruhe in das Kapitel Konsequenzen für die Praxis integriert.

In diesem Sinne verstehe ich diese Arbeit auch als einen Beitrag zur Qualitätssicherung im ärztlichen und pflegerischen Bereich.

## 2 Der Forschungsprozess

### 2.1 Mein Ausgangsinteresse und die Entwicklung der Fragestellung

Flick schreibt zum Zuschnitt von Fragestellungen im Forschungsprozess: „Fragestellungen erwachsen nicht aus dem Nichts. Sie haben häufig ihren Ursprung in der persönlichen Biographie des Forschers und in seinem sozialen Kontext (Flick, 1998: 65).“

Der Wunsch, mich mit dem Thema „Kaiserschnitt“ zu beschäftigen, entstand aus der persönlichen Betroffenheit heraus.

Die Geburt meines Sohnes Ende 2000 habe ich in schmerzhafter Erinnerung. Nicht nur mein Körper litt, sondern auch meine Seele. Ich brauchte lange, um mein Geburtserleben zu „verdauen“. Im Gespräch<sup>3</sup> mit anderen Frauen lernte ich, dass ein Kaiserschnitt nicht immer „*Narben an Körper und Seele*“ verursachen muss (Kemmler / de Jong 1999/2003).

So begann ich mich dafür zu interessieren, von welchen Faktoren es wohl abhängen könnte, ob eine Sectio eher positiv oder eher negativ bewertet würde und stellte erste Hypothesen auf.

Im Verlauf weiterer Gespräche mit betroffenen Frauen in meiner Umgebung merkte ich aber bald, dass das Erleben eines Kaiserschnittes hoch komplex ist und nicht so leicht an Hand einiger isolierter Faktoren beschrieben werden kann.

So richtete sich mein Forschungsinteresse auf das Erleben selbst. Dabei suchte ich vor allem nach Gemeinsamkeiten, also Themen, die von mehreren Frauen angesprochen wurden. Der Studienschwerpunkt war dabei die Ermittlung von problematischen und traumatischen Erlebensdimensionen, die zu einer negativen Bewertung des Geburtserlebens führten, Ich nahm an, dass ein traumatisches Erleben unter der Geburt zu Problemen bei der „Geburtsverarbeitung“ führen würde. Ich erwartete ein schlechteres subjektives Befinden, mehr Probleme beim Stillen und negative Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung.

---

<sup>3</sup> Um meine eigenen Erfahrungen zu teilen, habe ich mit vielen anderen „Kaiserschnittmüttern“ über mein Erleben gesprochen. Im Dezember 2002 besuchte ich ein Kaiserschnittseminar, das von B. Meissner, einer Hebamme, die sich seit längerem mit diesem Thema auseinandersetzt, geleitet wurde. Hier hatten alle teilnehmenden Frauen Gelegenheit, sich in Ruhe über ihre Erfahrungen und Probleme auszutauschen. Interessant war die Tatsache, dass auch Frauen anwesend waren, deren Geburtserleben schon über 10 Jahre zurück lag.

Solche Kaiserschnittseminare sind in den USA üblich. Auch in Deutschland wächst das Interesse. Bislang bieten meines Wissens nur G. Kemmler, die Mitautorin eines sehr guten Ratgebers für betroffene Frauen, solche Seminare im Frauengesundheitszentrum in Frankfurt am Main an und B. Meissner, die vor allem in der Schweiz tätig ist.

## 2.2 Literaturrecherche

Ich begann systematisch, Fachliteratur zu recherchieren, und bis auf die Untersuchung von Bornemann (1989) fand ich keine weiteren wissenschaftlichen Publikationen, die ein „ganzheitliches Erleben“<sup>4</sup> von Frauen berücksichtigt hätten.

Die meisten Studien zum Thema Sectio Caesarea beschäftigen sich mit den physischen Folgen für die Mutter oder das Kind. *„There is a wealth of literature regarding the rising CS rate and ways in which we can reverse this trend. Furthermore, there is an abundance of research into the physical outcomes of the procedure such as maternal and neonatal morbidity and mortality. In contrast, research into the psychological effects and woman’s views of their experience is comparatively scarce“*, schreibt die englische Hebamme Jo Coggins in einer Literaturstudie (Coggins J.; 2003: 76).

Auch im deutschsprachigen Raum sind nur wenige Studien verfügbar, die das Erleben der betroffenen Frauen in den Mittelpunkt rücken. Biographische Lebenszusammenhänge und die subjektiven Bedeutungen der gewonnenen Daten für die befragten Personen, sind in den allermeisten Studien nicht Gegenstand des Forschungsinteresses.

Dazu Brähler und Unger, Herausgeber einer Studiensammlung zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Übergang zur Elternschaft: *„Die wissenschaftliche Darstellung einzelner empirischer Studien macht es nicht immer einfach, hinter Versuchsplanung, Testtheorie, Datenanalyse und Ergebnisdiskussion die ursprünglich handlungssteuernden Emotionen und Kognitionen der untersuchten Menschen, zu erkennen; ganz zu schweigen vom sozialen Kontext, in dem sich, fern der Forschungswelt, die eigene Sexualität und Fertilität abspielt. (...) Denn trotz unseres psychosomatischen Ansatzes sehen wir Wissenschaftler den uns interessierenden Menschen oder das Paar zunächst als einen beispielhaften ‚Erkenntnishelfer‘ oder anders ausgedrückt, als ‚Datenlieferant‘, versuchen ihn anhand unserer Fragestellungen und Hypothesen, die möglichst konkret zu operationalisieren sind, in ‚Einzeldimensionen‘ zu erfassen, diese dann unter verschiedenen Bedingungen zu testen, um am Ende den zunächst eingeeengten Blick auf einen ausgewählten Bereich menschlichen Verhaltens, wieder auf den großen sozialen Kontext zu lenken“* (Brähler E., Unger U., 2001:7).

Auch im Internet gestaltete sich die Suche nach wissenschaftlichen Publikationen, die sich konkret mit dem Erleben einer Kaiserschnittfahrung befassen, schwierig. Dafür fanden sich aber einige

---

<sup>4</sup> Ich stehe dem Ganzheitsbegriff kritisch gegenüber, dennoch möchte ich den Begriff hier verwenden im Sinne einer *Annäherung* an das Ganze.

Web-Sites, die den betroffenen Frauen ein Forum für Diskussion und Austausch zur Verfügung stellt. Dieser Austausch findet leider nur unter den Betroffenen und nicht mit Professionellen statt.

Selbst unter Hebammen, die den Anspruch haben „ihre Frauen“ durch die Geburt zu begleiten, scheint das Thema Kaiserschnittleben nicht von vorrangigem Interesse zu sein. Obwohl im Zuge der „Wunschkaiserschnittdiskussion“ das Hebammenforum und die Zeitschrift: Die Hebamme 2003 jeweils ein Heft dem Schwerpunkt: Sectio Caesarea gewidmet haben, ist das Erleben und die Bedeutung eines Kaiserschnittes für eine Frau nur durch einen Artikel vertreten. In diesem beschreibt die Hebamme Brigitte Meissner die Möglichkeiten der Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung nach einer Sectio (Meissner 2003: 169 ff).

Weitere Veröffentlichungen zum Thema betonen vor allem die immer geringer werdende Bereitschaft der Mütter, sich dem Risiko und der Erfahrung einer normalen Schwangerschaft und Geburt zu überlassen (Löbner 2002: 160ff).

Manche Autorin geht in ihren Ausführungen so weit, zum Boykott der „Wunschsectio“ aufzurufen: *„Die Frauen verweigern sich der Spontangeburt, was liegt da näher, als sich als Hebamme der Wunschsectio zu verweigern“* (Eirich 2003: 21 ff.).

Leider scheint wenig Interesse an einer differenzierten Diskussion zu bestehen, wie die bestätigenden Leserbriefe als Reaktion auf die Glosse von Martina Eirich zeigen. Nur eine Hebamme ermahnte ihre Kolleginnen: *„Dass die Tätigkeit dort (im OP) keine anspruchsvolle ist, ist unbestritten. Das Berufsbild der Hebamme hängt untrennbar mit dem gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaft und Geburt zusammen. (...) Professionelles Handeln schließt ein, die Autonomie der Schwangeren in der Betreuung, Beratung, Behandlung zu berücksichtigen. Empathie ist angesagt, wobei persönliche Vorlieben für Geburtsmodi keine Rolle spielen dürfen“* (Schneider 2003: 8).

Offensichtlich geht es in dieser Diskussion nicht nur um die mangelnde Bereitschaft vieler Frauen, die Belastungen einer Spontangeburt auszuhalten, sondern, und das scheint mir vorrangig, um die Abwertung der Sectio gegenüber der Spontangeburt, weil zunehmende Sectiozahlen die „eigentliche“ Profession der Hebamme gefährden und sie zu ausschließlicher ärztlicher „Handlangertätigkeit“ degradieren wie es Martina Eirich in ihrer Glosse ausdrückt. Es scheint also auch um Konkurrenz und Macht im Kreißaal beziehungsweise im OP zu gehen.

Zu dieser Problematik stellte Jo Coggins folgendes fest: *„Having spent the majority of my training focusing on ‚normal midwifery‘ and examining ways in which to help woman to achieve normal vaginal deliveries and avoid complications, working in theatre is comparatively unfulfilling. Perhaps as midwives we are so focused on ‚normal‘ birth, we are not so adept at caring for woman for whom it is more problematic? (Coggins J., 2003:76)“*

Während die Spontangeburt und das damit verbundene Erleben in die Berufskompetenz der Hebamme fallen, ist die operative Entbindung Sache der ÄrztInnen, die sich aber vorwiegend um eine „technisch“ gut durchgeführte OP bemühen. Für die „Kaiserschnittfrau“ scheint sich keine Berufsgruppe wirklich zuständig zu fühlen, auch wenn nahezu alle an ihr tätig werden.

So ist es vielleicht auch kein Zufall, dass die wenigen verfügbaren Ratgeber, die Kaiserschnitt-erfahrung differenziert und kritisch betrachten, von (Fach-)Frauen publiziert wurden, die selbst einen Kaiserschnitt erlebt haben.

## **2.3 Theoretische Vorüberlegungen**

### **2.3.1 Begründung des qualitativen Forschungsansatzes**

Unter dem Begriff der „qualitativen Sozialforschung“ finden sich all jene Ansätze, die einen anderen Zugang zum Menschen fordern und suchen als den gängigen und weit verbreiteten Zugang in Form von Forschungsinstrumenten wie Skalen, Tests, Fragebögen und standardisierten Instrumenten. Statt den Menschen zu testen und zu vermessen, sein Verhalten quantifizierbar zu machen, zielen qualitative Denkansätze verstärkt auf die Annäherung an den Menschen und sein Verhalten, Handeln und Erleben durch „Verstehen“. Dies erfordert jedoch einen Zugang, der den Menschen im Ganzen zu betrachten versucht. Im Ganzen, das bedeutet in seinen Lebensbezügen, seinem „so Gewordensein“, d. h. seiner Biographie und in seinem subjektiven Erleben und Deuten von Situationen. Bezogen auf die Arbeit ist es notwendig, die Forschungspartnerin nicht auf die Beantwortung vorgegebener Antwortalternativen zu reduzieren, sondern sie selbst als Expertin ihrer eigenen subjektiven Erfahrungswelt zu Wort kommen zu lassen. Sie wird nicht als reine ‚Datenträgerin‘ als Forschungsobjekt betrachtet, sondern vielmehr als Subjekt, mit der ich als Forscherin in einen wechselseitigen kommunikativen Prozess trete, mit dem Ziel, sich ihre Welt ein Stück weit zu erschließen. Dabei ist die Beziehung zwischen der Forschenden und ihren Forschungspartnerinnen nicht statisch, sondern im Sinne einer sozialen Interaktion als Prozess zwischen beiden Personen anzusehen. Die Daten, die in diesem Kommunikationsprozess gewonnen werden, sind immer subjektive Deutungen, die in diesem Prozess entstehen und die sich durch die Auseinandersetzung auch verändern (können). Ebenso verändern sich die InteraktionspartnerInnen durch den Forschungsprozess (Hoffmann-Riem 1980: 339-372).

Da die vorliegende Studie die subjektive Sichtweise der betroffenen Frauen fokussiert, erschien mir der qualitative Forschungsansatz der geeignetste Zugang. Meine Gesprächspartnerinnen sollten die Möglichkeit haben, ihre subjektive Perspektive, ihr Erleben und Deuten von Situationen darzustellen.

Deshalb habe ich auf ein qualitatives Untersuchungsverfahren, in Anlehnung an das von F. Schütze 1977 entwickelte narrative Interview zurückgegriffen. „ *Im Unterschied zu projektiven Verfahren bemühen sich halbstrukturierte Interviews (dazu zählt auch das narrative Interview) (...) das Bezugssystem der untersuchten Person im Sinne einer natürlichen, theoretisch nicht vorgeformten Beschreibung abzubilden. Es geht also darum, empirisch vorfindbare Sichtweisen zu beschreiben, ohne auf eine ‚hinter‘ den Schilderungen der Person ‚verborgene‘ Persönlichkeitsdynamik zurückzugreifen, die dieser selbst im Moment ihrer Schilderungen nicht gegenwärtig (unbewußt) ist. Anders gesagt: Es wird bei der Auswertung der halbstrukturierten Interviews auf eine Expertenposition des Forschers verzichtet, es wird davon ausgegangen, dass die befragte Person in der Lage ist, Auskunft zu geben*“ (Kruse, A./Schmitt, E., 1999: 163).

Dieser Aspekt - keine bestimmte Persönlichkeitstheorie vorauszusetzen, sondern individuelle Perspektiven zu beschreiben, die in einem weiteren Schritt verallgemeinert werden können - ist mir besonders wichtig.

Beim narrativen Interview steht die Aufforderung, sich zu einem in die eigene Lebensgeschichte integrierten Thema in erzählender Weise zu äußern, im Mittelpunkt.

In dieser Erzählung werden die eigenen Erfahrungen, Orientierungen, Sinn- und Bedeutungszuschreibungen rekonstruiert und retrospektiv interpretiert.

Die Konzeption Schützes sieht eine relativ strenge Einteilung in drei Interviewphasen vor. In der Einleitungsphase ist abzuklären, wie weit oder eng gefasst das Thema im Interview behandelt werden soll und hier wird durch eine Eingangsfrage der Interviewten der Einstieg ins Erzählen ermöglicht. In der zweiten, der Erzählphase, tritt die Interviewerin weitgehend zurück, stellt Verständnis- und andere Fragen zurück, bis die Interviewpartnerin zu verstehen gibt, dass diese Sequenz beendet ist. Daraufhin ist in einer so genannten Nachfragephase vorgesehen, Fragen zur Klärung und Erweiterung des schon Angesprochenen zu stellen, die jetzt auch direkt formuliert werden können (Lamnek 1995: 70-72).

In einem Punkt habe ich nicht an der strikten Struktur Schützes festgehalten.

Für die Nachfragephase hatte ich einen Leitfaden (siehe Anhang) entwickelt, der Aspekte des Kaiserschnitterlebens enthielt, die mich in jedem Fall interessierten. Da ich nicht wusste, worüber meine Interviewpartnerinnen sprechen würden, und ich annahm, dass die Erzählungen der einzelnen Frauen recht unterschiedlich sein würden, gab der Leitfaden im Hintergrund auch mir eine gewisse Sicherheit, die wichtigsten Themen angesprochen zu wissen.

### **2.3.2 Auswahl der Studienteilnehmerinnen**

Um das Erleben einer Kaiserschnittgeburt untersuchen und darstellen zu können, war es nötig Gesprächspartnerinnen zu finden, die bereit sein würden, ein längeres Gespräch über diese Erfahrung mit mir zu führen. Ich nahm an, dass ein Zeitaufwand von mindestens zwei Stunden erforderlich sei. Außerdem schien mir wichtig, dass die Interviewpartnerinnen ungestört sprechen könnten. Aus eigener Erfahrung wusste ich, dass dies mit einem Kleinkind in unmittelbarer Nähe nicht möglich ist.

Ein weiteres Kriterium war die Geburt des *ersten* Kindes per Sectio, um eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviewpartnerinnen zu erreichen. Außerdem strebte ich an, ein möglichst breites (hinsichtlich der vorgenommenen Bewertungen) Erfahrungsspektrum zu untersuchen.

Anfangs sollten nur Frauen in die Studie aufgenommen werden, deren Geburtserfahrung nicht länger als zwei Jahre zurücklag, da ich annahm, dass länger zurückliegende Erfahrungen nicht so gut erinnert würden. Im direkten telefonischen Kontakt mit den potentiellen Interviewpartnerinnen beschloss ich dann aber, keine engen Zeitvorgaben zu machen, da ich den Eindruck gewann, dass diejenigen Frauen, die sich gemeldet hatten, ihre Geburtserfahrung auch gut erinnerten.

## **2.4 Die Durchführung der Studie**

### **2.4.1 Gewinnung von Interviewteilernehmerinnen und Kontaktaufnahme**

Um den Kontakt zu den betroffenen Frauen herzustellen, annoncierte ich einmalig im Karlsruher Kind, einem kostenlosen Monatsblatt für Familien mit Kindern.

Auf die Annonce meldeten sich 22 Frauen. Mit jeder führte ich ein längeres telefonisches Vorgespräch, in dem ich die Untersuchung erläuterte und meine eigene Motivation und Betroffenheit thematisierte. Ich besprach den Studienablauf (Zielsetzung, Methoden, Tonbandaufzeichnung, Veröffentlichung der Ergebnisse) und bot den interessierten Frauen Bedenkzeit an, um zu überlegen, ob sie teilnehmen wollen. Von den 22 Frauen willigten 20 spontan in einen Gesprächstermin ein. Mir wurde zu diesem Zeitpunkt schon deutlich, dass ein enormer Gesprächsbedarf besteht. Viele Frauen äußerten sich sehr positiv darüber, dass dieses Thema endlich wissenschaftliches Interesse findet. Dies wurde auch von denjenigen verbalisiert, die ihren Kaiserschnitt in guter Erinnerung haben.

Die hohe Motivation der Teilnehmerinnen zeigte sich auch darin, dass ein gutes Drittel zu mir nach Hause kam und die Termine verbindlich eingehalten wurden. Nur eine Frau versetzte mich. Eine andere wollte nach der Bedenkzeit nicht teilnehmen, da sie Angst hatte, sich nochmals mit dem

Erleben zu konfrontieren. Eine Frau schloss ich aus, da ihre Geburtserfahrung schon 13 Jahre zurücklag und sie nur teilnehmen wollte, falls sich nicht genügend Frauen meldeten.

#### **2.4.2 Die Durchführung der Interviews**

Von den 19 Interviews, die ich durchführte, fanden 12 bei den jeweiligen Teilnehmerinnen und 7 bei mir zu Hause statt. Ich richtete mich dabei nach den Wünschen der Frauen, da mir wichtig war, dass sie sich während des Interviews wohlfühlen und gleichzeitig ihr Kind gut versorgt wissen.

Bei keinem Interview war eine dritte Person anwesend. Der Ablauf gestaltete sich immer gleich. Zuerst begrüßte ich die Frau und sorgte für eine Gesprächsmöglichkeit an einem normalen Tisch, um eine möglichst gute Tonbandaufzeichnung zu gewährleisten. Das Tonband (Diktiergerät) stellte ich mit dem Einverständnis der Teilnehmerinnen sofort ein.

Nach einer kurzen Aufwärmphase erklärte ich den Interviewablauf, die Frauen wurden nochmals auf die Gewährleistung der Anonymität hingewiesen. Im Anschluss daran füllten wir gemeinsam den Interviewbegleitbogen aus. Hier wurden Fragen zum Alter und Beruf der Frau, zum Alter des Kindes (der Kinder), der Sectioindikation und der ausgewählten Entbindungsklinik gestellt.

Das eigentliche Interview begann jeweils mit einer formulierten Eingangsfrage, beziehungsweise mit der Bitte an die Gesprächspartnerin, ausführlich über ihr Geburtserleben zu berichten, insbesondere über die Gefühle dabei. Äußere Zeitmarkierungen sollten Schwangerschaft und Wochenbett sein. Ich betonte, dass mich alles interessiere, was meine Gesprächspartnerin für wichtig und bedeutsam halte.

Alle Frauen fanden einen leichten Einstieg in das Interview, nachdem sie sich für einen Anfangszeitpunkt entschieden hatten und begannen ohne größeres Zögern, sehr offen zu erzählen. Durch Kopfnicken, Blickkontakt und Äußerungen wie „hmm“ und „ja“ versuchte ich den Frauen zu signalisieren, dass ich sie höre und verstehe.

Die reine Erzählphase nahm je nach Frau einen unterschiedlichen Zeitraum in Anspruch, der sehr stark variierte - von zehn Minuten für vier Fehlgeburten und drei Kaiserschnittentbindungen einer Frau bis hin zu neunzig Minuten für die Erzählung eines geplanten Kaiserschnittes.

Durchschnittlich dauerten die Gespräche zwischen zwei und drei Stunden; das kürzeste neunzig Minuten, das längste 180 Minuten. Es war sehr auffällig, dass einige Frauen überhaupt keine



Schwierigkeiten hatten, in aller Ruhe ihr Geburtserleben zu reflektieren, während andere eher der konkreten Nachfrage bedurften – insofern erwies sich der Leitfaden als sehr hilfreich.

In der Nachfragephase fasste ich dann jeweils mit meinen Worten zusammen, was ich bislang zu einem Themenkomplex verstanden hatte und gab den Frauen die Möglichkeit, etwas zu ergänzen oder richtig zu stellen. Häufig führte das dazu, dass wir nochmals auf einer tieferen Ebene in das Thema einstiegen.

Der Leitfaden im Hintergrund erwies sich als sehr relevant für jene Themen, die Frauen von sich aus ansprachen. Offensichtlich war es mir gelungen, die wichtigsten Themenkomplexe auszuwählen.

Die meisten Frauen erkundigten sich im Laufe des Gesprächs nach meiner eigenen Geburtserfahrung, von der ich, allerdings erst nach Abschluss des eigentlichen Interviews, erzählte. Bei einigen Frauen ergaben sich längere interessante Nachgespräche.

Das Führen der Gespräche machte mir unwahrscheinlich viel Freude. Es war schön zu spüren, dass mir Vertrauen und Offenheit entgegengebracht wurde. Mir selbst gelang es, die Schilderungen weitgehend nicht zu bewerten, obwohl ich mich in meinem Wertesystem von einigen Frauen grundsätzlich unterschied. Ich betrachtete die mir erzählten Denkansätze und Erlebnisse als Bereicherung meiner eigenen Erfahrung im Sinne von: „So kann man das also auch sehen.“

Ich begann, meine Geburtserfahrung einzuordnen, indem ich feststellte, welche Erfahrungen ich mit den meisten Frauen teilte, aber auch, in welchem Erleben ich mich grundsätzlich unterschied.

### **2.4.3 Datensicherung**

Alle Gespräche wurden zu Bearbeitungs- und Auswertungszwecken auf Band aufgezeichnet. Nach jedem Interview machte ich mir Notizen über Besonderheiten, die mir aufgefallen waren.

Alle Gespräche wurden im Nachhinein nochmals vom Band abgehört. Eine direkte Transkription habe ich von acht Gesprächen angefertigt. Von allen anderen Interviews wurden nur im Hinblick auf bestimmte Fragestellungen Transkripte angefertigt.

Alle Namen wurden im Hinblick auf den Schutz der Intimsphäre verändert.

#### 2.4.4 Die Auswertung

Die Auswertung und Interpretation wurde für alle vollständig transkribierten Gespräche mit der gleichen Systematik und Intensität vorgenommen.

Ich untersuchte das Gesprächsmaterial daraufhin, welche Erlebnisse, Erfahrungen, Gedanken, Gefühle und Folgen im Zusammenhang mit dem Geburtserleben von den Frauen thematisiert wurden. Wegen der Fülle des Materials und dem großen Zeitrahmen wurde eine zeitliche Segmentierung der Daten notwendig: Schwangerschaft, Geburtsbeginn im Kreißsaal bis zur Indikationsstellung zur Sectio, Vorbereitungen zur Sectio, im Operationssaal, unmittelbar nach der Sectio, auf der Wochenstation. Diese Zeitabschnitte habe ich dann anschließend auf inhaltlich bedeutsame Themenkomplexe hin untersucht.

In der Schwangerschaft spielten vor allem die Vorstellungen, Wünsche und Träume, die sich Frauen von der Geburt gemacht haben, eine Rolle. Ich bezeichne diesen Themenkomplex als Geburtsideale.

Wegen der Fülle und des Reichtums der Daten, die im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Entbindung stehen, habe ich mich entschieden, zuerst abstraktere Dimensionen des Erlebens zusammenhängend zu beschreiben.

Jede dieser Dimensionen ist mit einer Anzahl von typischen Gefühlen assoziiert. Ich möchte mich in diesem Kapitel vor allem auf die problematisch und/oder traumatisch empfundenen Aspekte des Erlebens konzentrieren. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jede an dieser Studie teilnehmende Frau diese Erfahrungen gemacht hat.

Es handelt sich hier um Themenkomplexe, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer negativen Bewertung des Geburtsergebnisses führen. Es fanden sich Hinweise darauf, dass das Erleben der Kombination zweier oder mehrerer im Folgenden genannten Erlebensdimensionen zu einer Traumatisierung einer Frau führen kann.

- Die Unfähigkeit über das Erleben zu sprechen
- Das Erleben von Gewalt
- Das Erleben einer lebensbedrohlichen Situation für Mutter (und/oder) Kind verbunden mit Trennung
- Das Erleben von Trennung von Körper und Seele verbunden mit Entfremdungsgefühlen
- Das Erleben von Gegenüberlosigkeit

Diese Dimensionen habe ich auch daraufhin untersucht, wie sie interagieren.

In Abgrenzung zu den genannten negativen Erlebensdimensionen hatte das Erleben von intensiver, einfühlsamer menschlicher Bezogenheit die Fähigkeit, problematische Erlebensdimensionen auszugleichen.

Die meisten negativ bewerteten oder traumatisch wirkenden Erlebensdimensionen schließen allerdings einfühlsame menschliche Bezogenheit aus.

Schlussfolgernd habe ich in Kapitel 8 dargestellt, wie GeburtshelferInnen und andere an der Versorgung sektionierter Frauen Beteiligte dazu beitragen können, dass eine Frau, die per Kaiserschnitt entbindet, ein möglichst positives Geburtserlebnis ermöglicht wird.

In diese Praxisanregungen gehen dann sowohl die im Interview geäußerten positiven Erfahrungen wie auch die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Frauen ein.

Hier werde ich mich an der zeitlichen Abfolge von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett orientieren.

Zuletzt kommen im Anhang einige Frauen – in stark gekürzten Fallgeschichten dargestellt – selbst zu Wort, so dass für die LeserIn die Möglichkeit besteht das Erleben, die damit verbundenen Gefühle und die vorgenommenen Bewertungen des Geburtserleben nachzuvollziehen.

### **3 Geschichte der Kaiserschnitt-Geburt und ihre Bedeutung in der heutigen Geburtshilfe**

Die Geschichte des Kaiserschnittes zeigt, dass es sich nicht um ein zeitgeschichtlich neues Phänomen handelt. Es geht um ein Thema, mit dem sich Menschen seit Jahrhunderten auseinander gesetzt haben und bei dem sich in besonderer Weise ein Spannungsbogen zwischen Geburt und Tod, Leben und Sterben aufbaut.

Der Kaiserschnitt – als Errettung des Kindes durch Eingriff an einer Toten oder Sterbenden – wird in verschiedensten Kulturkreisen erwähnt (Henze 1997: 143).

Bis zum 15. Jahrhundert wurden Sectiones nur nach dem Tod der Mutter durchgeführt, um das Kind durch die Taufe in die Christengemeinschaft auf zu nehmen. Eine der ersten dokumentierten Kaiserschnittoperationen wurde um 1610 in Wittenberg durchgeführt. Damals wurde die Gebärmutter nicht zugenäht, was in der Regel durch Blutverlust und Infektionen zum Tod der Mutter führte. Die Resultate des Kaiserschnittes waren trostlos und wurden nur empfohlen, um die Erb-

folge bei Königen und Fürsten zu sichern. (Anmerkung: Die wenigsten Kinder haben diesen Eingriff überlebt!)

Seit dem 18. Jahrhundert praktizierten zunehmend Chirurgen in der Geburtshilfe, die Einführung medizinisch indizierter Kaiserschnitte begann. Die Durchführung war nach wie vor lebensbedrohlich, da noch keine Antibiotika, Bluttransfusionen, Narkosen und geeignete Nahttechnik zur Verfügung standen. Bis 1860 hatte in Wien keine Frau diesen Eingriff überlebt (Henze 1997:143).

Durch die Einführung der Infektionsprophylaxe durch Semmelweis und Lister und die Empfehlung von Sänger und Kehler, die erstmals die mehrschichtige Gebärmutternaht einführten, gelang ab 1880 die Absenkung der Müttersterblichkeit. Der Kaiserschnitt wird nun zu einem Verfahren, „das im Vergleich zu althergebrachten Methoden wie Wendung, Schambeindurchsäugung und hohe Zange weniger komplikationsreich und gefährlich ist (Shorter, E. zit. n. Henze 1997: 143).“ Mit dieser Entwicklung einhergehend wird die Entbindung in der Klinik forciert und die kindliche Indikation zur Sectio gewinnt an Bedeutung.

Heute liegt die Mortalität der Mutter bei weniger als ein Promille, trotzdem birgt die Sectio ein höheres Sterberisiko für die Mutter als nach einer vaginalen Geburt. (Häderle, A. 2003: 33-36)

Um das Jahr 1900 wurden etwa ein Prozent aller Geburten per Kaiserschnitt beendet – fast ausschließlich wegen der Mutter, kindliche Belange spielten damals keine Rolle.<sup>5</sup>

Seit dieser Zeit wird ein kontinuierlicher Anstieg der Sectio-Frequenz in Nordamerika und Europa mit teils großen nationalen Unterschieden beobachtet.

Wie kommt es zu dieser rasanten Entwicklung? Die Geburtshilfe hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten stark gewandelt. Galten bis vor einigen Jahren eine niedrige Sectio-Frequenz als wichtiger geburtshilflicher Qualitätsparameter (Krause, Feige 2001: 46) und wurde in den neunziger Jahren noch analysiert, was die steigende Sectio-Rate verursacht, so tritt jetzt an die Stelle der Diskussion über die Notwendigkeit der Sectiozahl die Diskussion über den Wunsch von Schwangeren, durch eine nicht medizinisch induzierte Sectio entbunden zu werden (Dudenhausen 2001: 44).

Warum wünschen sich Frauen eine Sectio? Eine viel zitierte Untersuchung von 1996 bezieht sich auf englische Ärztinnen, die im geburtshilflichen Bereich tätig sind. Danach würden sich bei fiktiver Schwangerschaft 31 Prozent für einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation entscheiden,

---

<sup>5</sup> Im Gegensatz zu heute, wo Paare vielerlei Anstrengungen unternehmen, um das ersehnte Wunschkind in den Armen zu halten. Hier spricht häufig die Indikation des wertvollen Kindes für einen Kaiserschnitt. Man will kein Risiko eingehen.

schreibt Pichler, die die Untersuchungsergebnisse in der Hebammenzeitung vorstellt (Pichler 5/99). Bei den meisten stehe die Angst vor Verletzungen des Beckenbodens und die Angst vor Langzeitfolgen (Stressinkontinenz und anale Sphinkter-Verletzungen) im Vordergrund. Rund 80 % der Befragten gaben diesen Grund an. Weitere 58 Prozent fürchten eine Beeinträchtigung ihres Sexuallebens durch eine vaginale Geburt, 39 Prozent fürchten um die Gesundheit ihres Kindes und 27 Prozent der befragten Ärztinnen wollten den Termin der Geburt planen (Al-Mufti, Fisk, McCarthy, Lancet 1996: 374; 544 zit. nach Pichler 99).

Hierzulande würden nach einer Umfrage in Nordrhein-Westfalen 6,1 Prozent der Gynäkologinnen einen geplanten Kaiserschnitt vorziehen, Hebammen dagegen lehnen eine elektive Sectio ab. Für sie ist eine vaginale Geburt ganz stark mit dem emotionalen Geburtserleben assoziiert.

Der Wunsch nach einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation tendiere in der Bevölkerung gegen Null, schreibt Klaus Vetter (Vetter 2002). Wenn eine Schwangere trotzdem eine Sectio in Erwägung ziehe, dann stünden dahinter oft persönliche Gründe wie eine vorausgegangene traumatische Geburt oder unüberwindbare Ängste vor den Wehenschmerzen. Diese Frauen seien aber schon immer per Sectio entbunden worden. Vetter geht davon aus, dass circa 1,5 Prozent der Schwangeren die elektive Sectio wählt, für die große Mehrheit der Frauen sei dies kein Thema, sondern sie seien eher enttäuscht, wenn sie aufgrund mütterlicher oder kindlicher Indikationen nicht vaginal gebären können (Vetter 2002).

## **4 Medizinische Aspekte der Sectio Caesarea**

Der Fachbegriff Sectio Caesarea steht für die Operation zur Geburt eines Kindes mit Schnitten durch die Bauchdecke und den Uterus.

Der Kaiserschnitt ermöglicht zu jedem Zeitpunkt während Schwangerschaft und Geburt unabhängig vom Geburtsfortschritt eine rasche Entbindung. Die Operation ist dann angezeigt, wenn die Notwendigkeit für eine baldige Geburt besteht und die Voraussetzungen für ein vaginales Vorgehen nicht erfüllt sind.

Diese Operation kann in hohem Maße Leben retten. Einige Sectiones werden aufgrund eindeutiger Indikationen wie Plazenta praevia oder Querlage ausgeführt. Für die Mehrzahl sind die Indikationen doch eher relativ. Die bestehenden Unterschiede der Sectio-Rate zwischen verschiedenen Ländern legen nahe, dass die geburtshilfliche Fachwelt sich nicht einig darüber ist, wann eine Sectio

angezeigt ist. Sie legen außerdem nahe, dass andere Faktoren wie der sozioökonomische Status der Frau, forensische Gründe und finanzielle Überlegungen ebenfalls eine Rolle spielen können (Enkin 1998: 377 ff.).

#### 4.1 Indikationen, die zur Sectio führen können

- **Die Lage des Kindes:** Die häufigste Indikation für eine primäre Sectio ist die Beckenendlage des Kindes. Das Kind liegt mit dem Steiß, den Füßen oder den Knien voran im Becken. Viele Kliniken machen bei Beckenendlage grundsätzlich einen Kaiserschnitt. Einige bieten der Schwangeren auch einen vaginalen Entbindungsversuch an. Neben der BEL gibt es noch andere Lagen des Kindes, die eine Sectio erforderlich machen, vor allem Quer- und Schräglagen, falls sich das Kind nicht drehen lässt.
- **Geburtsgewicht des Kindes:** Bei Frühgeburten bis zur 30. Woche und mangelernährtem Kind (geschätztes Gewicht unter 1200 g) wird eine Sectio empfohlen. Die Kinder sollen geschont und das Risiko einer Hirnblutung vermieden werden (Künzel 2001: 92). Ist das Kind sehr schwer (über 4000/4500g.), wird ebenfalls häufiger zu einer Sectio geraten. Das gleiche gilt für Mehrlinge.
- **Lage der Plazenta:** Eine weitere Indikation für einen geplanten Kaiserschnitt ist die Plazenta praevia, ein den Muttermund ganz oder teilweise verdeckender Mutterkuchen. Manchmal löst sich die Plazenta auch vorzeitig, dann ist ein sofortiger Kaiserschnitt erforderlich.
- **EPH-Gestose und Hellp-Syndrom:** Ein weiterer Grund ist die schwere EPH-Gestose, im Volksmund Schwangerschaftsvergiftung genannt. Hier kündigen sich schwere Krampfstände durch Ödeme, Protein im Urin sowie Hypertonie an. Eine Sonderform dieser Stoffwechselerkrankung stellt das Hellp-Syndrom dar, neben der Hypertonie finden sich Oberbauchbeschwerden und ein für Mutter und Kind lebensgefährlicher Abfall der Thrombozyten im Blut. Es besteht eine extrem große Blutungsgefahr.
- **Vorangegangene Bauchoperationen:** Häufig wird auch bei einem oder mehreren vorangegangenen Kaiserschnitten primär per Sectio entbunden, gleiches gilt für andere vorausgegangenen Uterusoperationen.

- **Missverhältnis von mütterlichem Becken und kindlichem Kopf:** Enge verformte Becken sind heute nur noch nach Unfällen ein Grund, eine primäre Sectio durchzuführen. Bei einem großen Kopf des Kindes und vermutetem engen Becken wird der Geburtsverlauf erst abgewartet. Denn vorher ist kaum absehbar, wie das Zusammenspiel von kindlichem Kopf und Beckeneinstellung funktioniert. Die Diagnose relatives Missverhältnis oder hoher Gradstand wird recht häufig während der Geburt gestellt.
- **Befinden des Kindes:** Ein drohender oder vermuteter Sauerstoffmangel des Kindes ist ebenfalls eine Indikation für einen Kaiserschnitt.
- **Geburtsstillstand:** Häufig wird ein Geburtsstillstand diagnostiziert, das heißt, der Muttermund öffnet sich über Stunden nicht weiter oder die Eröffnungsphase ist verlängert.
- **Komplikationen unter der Geburt:** Ferner kann es passieren, dass der Kopf des Kindes im Geburtskanal auf einer Höhe stecken bleibt, die weder den Einsatz einer Saugglocke noch eine Zangengeburt ermöglicht.
- **Infektionen:** Eine sekundäre Sectio kann nötig sein, wenn nach einem vorzeitigen Blasensprung die Gefahr eines Amnioninfektsyndroms besteht (De Jong/Kemmler 1999:47, Mühlratzer/Horkel 1990: 24, Bornemann 1989: 24).

Dudenhausen unterscheidet zwischen absoluten Indikationen, unter denen er „Regelwidrigkeiten mit Gefährdung der Mutter oder des Kindes, wie zum Beispiel bei der lebensbedrohlichen Blutung ex utero, der Hypoxie des Feten, dem Nabelschnurvorfalle oder der Uterusruptur“ versteht und relativen Indikationen. Hierunter versteht er „Regelwidrigkeiten oder Risikofaktoren, die anzeigen, dass die Belastbarkeit von Mutter und Kind überstiegen werden kann.“ Weiter heißt es: „Gerade im Bereich der relativen Indikationen sind keine schematischen Indikationslisten möglich. Die Indikationsstellung zur Schnittentbindung aufgrund von relativen Indikationen sind abhängig von vielerlei Randbedingungen in der Klinik, den Befunden der Schwangeren und Gebärenden, dem Organisationslevel der Klinik und vielem mehr“ (Dudenhausen 2001: 80 ff.).

## 4.2 Die Wahl der Narkose

Ob eine Vollnarkose (Intubationsnarkose) oder eine Regionalanästhesie (Spinalanästhesie oder Periduralanästhesie) gemacht wird, hängt davon ab, wie viel Zeit bis zur Operation bleibt, den

Möglichkeiten des Krankenhauses (kleine Kliniken haben nicht immer die Möglichkeit zur PDA) und natürlich vom Wunsch sowie den physischen Voraussetzungen der entbindenden Frau.

#### **4.2.1 Die Intubationsnarkose (ITN)**

Die Intubationsnarkose ist bei Notkaiserschnitten angezeigt, aber auch dann, wenn aus gesundheitlichen Gründen (z.B.) der Mutter keine Regionalanästhesie möglich ist.

Die Frau wird durch ein intravenös gegebenes Schlafmittel in einen schlafenden Zustand versetzt. Danach wird ein Medikament zur Muskelerschlaffung gegeben, welches neben der Bauchmuskulatur auch die Atemmuskulatur lähmt. Darum muss die Frau durch einen in die Luftröhre eingelegten Beatmungsschlauch künstlich beatmet werden.

Um das Kind möglichst wenig durch die Narkosemedikamente zu belasten, wird die Narkose erst kurz vor der Operation gegeben. Das heißt die Frau erlebt die Operationsvorbereitungen bei Bewusstsein mit. Nach Beendigung der Narkose, spätestens eine halbe Stunde danach, wacht die Frau wieder auf. Manche Frauen sind bald nach dem Aufwachen wieder ansprechbar, andere befinden sich noch den ganzen Tag in einem Zwischenzustand. (Bornemann 1989: 51 ff.)

##### ***Vorteile der Intubationsnarkose***

Die Vollnarkose ist rasch und zuverlässig wirksam; deshalb wird sie in Notfällen immer eingesetzt. Sie garantiert völlige Schmerzfreiheit, die Operation wird nicht bewusst wahrgenommen. Ergeben sich Komplikationen während der Operation, kann das Narkosemittel nachdosiert werden. Der Kreislauf der Frau kann stabil gehalten werden; es besteht seltener die Gefahr eines Blutdruckabfalls.

##### ***Nachteile der Intubationsnarkose***

Nach dem Aufwachen können verstärkt Nebenwirkungen wie Schüttelfrost, Übelkeit und Erbrechen auftreten. Durch den Hustenreiz, der durch die Intubation verursacht wird, kann es zu Schmerzen an der Wunde kommen.

Auch das Kind kann durch die Narkose stärker beeinträchtigt sein. Weil es eine Weile dauert, bis die Mutter die Medikamente wieder ausgeschieden hat, kann das Kind in der Regel nicht sofort zum Stillen angelegt werden. In der Kombination mit der Tatsache, dass die Frauen nicht bewusst miterleben, wie ihr Kind auf die Welt kommt, kann eine Vollnarkose dazu führen, dass die Mutter ihr Kind zuerst nicht als ihr Kind annehmen kann, die frühe Mutter-Kind-Bindung wird erschwert.



## **4.2.2 Die Regionalanästhesie**

Bei diesem Verfahren bleibt die Frau während der Sectio bei Bewusstsein. Hier werden nur das Empfinden und die Eigenbeweglichkeit in der unteren Körperhälfte ausgeschaltet.

Vor dem Setzen der Regionalanästhesie wird ein venöser Zugang in den Arm oder die Hand der Frau gelegt, da bei der Regionalanästhesie der Blutdruck sehr stark abfallen und im Notfall ein Blutdruck stabilisierendes Medikament gegeben werden muss. Nach einer örtlichen Betäubung am Rücken in Höhe der Lendenwirbelsäule, wird ein Katheter in den Periduralraum zwischen Wirbelkanal und die Rückenmarkshaut geschoben (De Jong/Kemmler 1999: 63).

„Wird die Nadelspitze nun durch die Rückenmarkshäute hindurch gestochen und liegt in der Rückenmarksflüssigkeit, so spricht man von Spinalanästhesie. Wird die Spritze nur bis vor die harte Rückenmarkshaut geschoben, spricht man von der Periduralanästhesie (PDA) (Bornemann 1989: 53).“

In beiden Fällen gelangt das Betäubungsmittel an den Rückenmarksstrang und unterbricht so das Schmerzempfinden und die Eigenbeweglichkeit.

Die Frau wird nun aus Sicherheitsgründen auf dem Operationstisch angeschnallt und es wird ein Tuch vor der Brust aufgespannt, zum einen, um die Sterilität des Operationsfeldes zu gewährleisten; zum anderen, damit die Frau das Operationsfeld nicht sehen kann.

### ***Vorteile der Regionalanästhesie***

Da die Frau die Operation bei vollem Bewusstsein erlebt, kann sie den ersten Schrei ihres Kindes hören, sie kann es sehen und streicheln. Viele Krankenhäuser lassen die Anwesenheit des Partners im Operationssaal zu, das Paar kann die Geburt des Kindes, trotz Sectio, gemeinsam erleben.

Da die Mutter wach und ihr Körper durch die Medikamente nicht so stark beeinträchtigt ist, kann das Kind theoretisch schon im OP angelegt werden. Auch das Kind ist durch die Narkose weniger benommen.

Insgesamt können die Frauen schneller wieder aufstehen.

### ***Nachteile der Regionalanästhesie***

Vor allem bei der Spinalanästhesie können starke Kopfschmerzen auftreten.

Die Gefahr des Blutdruckabfalls bei der Mutter ist relativ hoch, dadurch besteht die Gefahr der Sauerstoffminderversorgung des Kindes.

Bis die Regionalanästhesie wirkt, vergeht eine relativ lange Zeit, auch wirkt sie nicht so zuverlässig (dies gilt vor allem für die PDA) wie eine Vollnarkose; so kann es sein, dass die Frau trotz Anäs-

thesie Schmerzen verspürt und während der Operation noch eine Vollnarkose gemacht werden muss.

Die Atmosphäre im Operationssaal und das Gefühl, „bei lebendigem Leib aufgeschnitten zu werden“, können starke Ängste auslösen. Hier kann die Anwesenheit des Partners während der Operation und die des Kindes während des Zunähens hilfreich sein (de Jong/Kemmler 1999: 63 ff., Bornemann 1989:53 ff.).

Die hier aufgeführten Vor- und Nachteile wurden der Literatur entnommen.

Ich möchte dazu anmerken, dass vor allem die Vorteile der Regionalanästhesie „schön gefärbt“ sind. So dürfen auch heute in einigen Kliniken die Väter nicht anwesend sein, beziehungsweise werden die Paare von der Möglichkeit nicht in Kenntnis gesetzt. Auch das Stillen und die frühe Kontaktaufnahme im OP werden kaum gefördert, meist wird der Mutter das Kind kurz gezeigt und dann - von der Mutter weg - in einen anderen Raum getragen. Häufig bleibt dann der Partner beim Kind und die Frau ist während des Zunähens allein.

An dieser Stelle möchte ich auf die Darstellung der verschiedenen Operationstechniken des Kaiserschnitts verzichten, da sie für das Erleben der Frauen (die in dieser Arbeit zu Wort kommen) kaum eine Rolle spielen.

### **4.3 Risiken der Schnittentbindung**

Jede Geburt ist für die Mutter und das Kind mit einem Risiko verbunden. Es können Thrombosen, Embolien, Entzündungen, Infektionen und Blutungen auftreten. Allerdings kommen diese Risiken bei einer Schnittentbindung häufiger vor. Die Entbindung per Sectio bedeutet also eine zusätzliche Gefährdung, vor allem dann, wenn die Frau vor der Entbindung keinen besonderen Schwangerschaftsrisiken ausgesetzt war.

In einer Analyse aller in der Perinatalerhebung dokumentierten Entbindungen des Landes Baden-Württemberg geht für den analysierten Zeitraum 1998 bis 2001 eine deutlich erhöhte Wochenbettkomplikationsrate bei Sectio (20,21%) gegenüber Spontangeburt (11,79%) hervor. Zu den häufigsten Risiken gehören laut Perinatalerhebung die Anämie, Blutungen, Fieber, Wundheilungsstörungen, Sepsis und die Hysterektomie wegen unstillbarer Blutungen (Häderle, A. 2003: 22 ff.).

Auch eine umfassende epidemiologische Studie für die Jahre 1995-1998 von Welsch bestätigt „bei der Sectio Caesarea ein mindestens um den Faktor 3 höheres Sterblichkeitsrisiko präoperativ gesunder Schwangerer im Vergleich zur Vaginalgeburt“ (Welsch, H. 2001: 47ff).

### **4.3.1 Auswirkung auf das Kind**

Mehrere große Studien zeigen, dass Neugeborene nach einem Kaiserschnitt zwei- bis siebenmal häufiger Atemschwierigkeiten haben (Bucher, H.-U. 2001: 104 ff.). Solche Anpassungsschwierigkeiten sind um so häufiger, wenn die Entbindung – wie bei primären Sectiones üblich – schon in der 37. oder 38. Schwangerschaftswoche vorgenommen wird. Grund für diese Anpassungsprobleme ist der fehlende Wehendruck. Während bei einer spontanen Geburt durch die Wehen das Fruchtwasser aus der kindlichen Lunge herausgestrichen wird, kann sich das Lungengewebe des „Kaiserschnittkindes“ ohne Wehen nicht optimal entfalten, was zur Unterversorgung mit Sauerstoff führen kann.

### **4.3.2 Spätfolgen für die Frau**

Auch wenn der Kaiserschnitt komplikationsarm verlaufen ist, können später noch Probleme auftauchen, die mit der Sectio verbunden sind. Häufig sind Verwachsungen und Verklebungen der verschiedenen Gewebsschichten in der Bauchhöhle. Sie machen sich mit Schmerzen und unangenehmen Ziehen bei Belastungen bemerkbar und können auch die Funktionen der inneren Organe beeinflussen.

Gravierend sind die Folgen, die eine Sectio für eine weitere Schwangerschaft haben kann. So ist das Risiko von Plazentastörungen „und deren Folgen wie Blutung und vorzeitige Lösung bei Status nach Sectio signifikant häufiger“ als nach einer normalen Entbindung. Auch das Risiko der vorzeitigen Plazentalösung verbunden mit akuter Lebensgefahr des Kindes und das Risiko einer Uterusruptur sind erhöht (Düring; Schneider 2001: 66ff).

## **4.4 Medikamente nach einem Kaiserschnitt**

Grundsätzlich wird bei allen Medikamenten nach der Geburt darauf geachtet, in welchem Maße sie in die Muttermilch übergehen und ob die Stillfähigkeit durch sie beeinträchtigt wird. Deshalb werden in der Regel nur solche Medikamente verabreicht, die die Stillfähigkeit nicht herabsetzen und dem Neugeborenen nicht schaden.

### ***Infusionen***

Während und nach der Sectio erhält die Frau Nährstoffe und Flüssigkeit durch eine Infusion. Wie lange vor und nach einem Kaiserschnitt nichts getrunken und gegessen werden darf, ist von Klinik

zu Klinik unterschiedlich. Wenn es der Mutter gut geht, spricht nichts dagegen, wenn sie einige Stunden nach der Sectio etwas trinkt und etwas Leichtes isst.

### ***Schmerzmittel***

Nach einer Sectio werden häufig Schmerzmittel erforderlich. In Frage kommen bei sehr starken Schmerzen künstliche Opiate wie Dolantin und Valoron, die die Weiterleitung der Schmerzempfindungen an das Gehirn verhindern. Dolantin wird nicht nur als effektives Schmerzmittel beschrieben, sondern als Spasmolytikum mit der Fähigkeit Euphorie und manchmal auch eine Dysphorie hervorzurufen. Es kann also auch verändernd auf die Psyche einer Frau wirken.

Bei weniger intensiven Schmerzen werden Mittel wie Diclophenac und Ibuprofen gegeben, die nicht nur schmerzlindernd, sondern auch entzündungshemmend wirken. Da die meisten Medikamente in die Muttermilch übergehen, muss deren Wirkung auf den Säugling bedacht werden. Wenn ein Kind bereits Anpassungsschwierigkeiten hat, so kann das vor allem durch die Opiate noch verstärkt werden.

### ***Hormone zur Rückbildung***

Nach der Geburt des Kindes wird den Infusionslösungen immer Oxytocin beigelegt, um die Blutungen aus dem Uterus durch Zusammenziehen zu minimieren. Dies ist besonders wichtig nach der Geburt von sehr großen Kindern und Mehrlingsgeburten. Manchmal werden auch Prostaglandine zur Behandlung von starken Blutungen in der Nachgeburtphase notwendig. Methergin soll wegen seiner nachteiligen Wirkung auf das Stillen möglichst nicht mehr gegeben werden.

### ***Thromboseprophylaxe***

In der Schwangerschaft und vor allem nach Operationen besteht ein erhöhtes Thromboserisiko. Bei Ablösung der Thromben besteht die Gefahr einer tödlichen Lungenembolie. Deshalb werden vor, während und nach einer Sectio generell Thrombosedrumpfe angelegt und getragen. Dazu wird täglich Heparin subkutan gegeben.

Heute werden die Frauen meist einen Tag postoperativ mobilisiert und ermutigt, das Bett zu verlassen.

### ***Antibiose***

Durch einen Kaiserschnitt ist die Mutter der Gefahr einer peri- oder postoperativ auftretenden Infektion ausgesetzt. Diese Infektionsgefahr bezieht sich vor allem auf den Uterus (Endometritis), welche die häufigste Komplikation nach einer Schnittentbindung darstellt. Die Inzidenz variiert zwischen 5 und 50%. Das Risiko einer postoperativen Infektion kann durch die prophylaktische Gabe eines Antibiotikums (Einzahl: Antibiotikums) signifikant um bis zu 50% gesenkt werden (Dietl 2001: 57 ff.).

## **4.5 Das Stillen nach einer Sectio**

Grundsätzlich ist erfolgreiches Stillen nach einer Sectio genauso möglich wie nach einer Spontangeburt. Dennoch stillen nach einem Kaiserschnitt weniger Mütter als nach Spontangeburt (Reich-Schottky, U. 1998: 110f.).

Als wesentlich für den Stillserfolg hat sich herausgestellt, Mutter und Kind nicht zu trennen. In vielen Kliniken ist dies aber nach einer Sectio üblich. Da die Frau in den ersten postoperativen Tagen körperlich und seelisch noch beeinträchtigt ist, kann sie ihr Kind nicht allein versorgen. Sie ist in einem großen Umfang auf die Hilfe und die Bereitschaft des Pflegepersonals angewiesen, sie beim Anlegen und Stillen sowie der Pflege des Neugeborenen zu unterstützen.

Leider erweist sich die Klinikroutine häufig nicht als besonders stillfreundlich. Die geringe Anzahl der „stillfreundlichen Krankenhäuser“ stimmt bedenklich.

## **5 Psychosoziale Aspekte**

### **5.1 Die Auseinandersetzung mit dem Kaiserschnitt**

Frauen, die ihr Kind per Kaiserschnitt entbinden, stellen keine einheitliche Gruppe dar. Es gibt nicht *den Kaiserschnitt* oder *das Erleben*. Es spielt eine Rolle, ob Frauen sich vorher mit dem Thema auseinandersetzen konnten, weil die Sectio primär geplant war oder nicht, weil der Kaiserschnitt sie völlig überrascht hat. Hinzu kommt, dass der Kaiserschnitt mit anderen geburtlichen Komplikationen wie zum Beispiel der Frühgeburt einhergehen kann. Die Frau muss sich dann nicht nur ihrem eigenen Geburtserleben stellen, sondern häufig tritt die Sorge um das Kind an die erste Stelle. Erst später, oft Monate nach der Geburt, brechen die Erlebnisse wieder durch und die Folgen werden greifbar.

### **5.1.1 Faktoren, die das Erleben beeinflussen**

Wie der Kaiserschnitt erlebt und verarbeitet wird, hängt von höchst unterschiedlichen Faktoren ab. Einige allgemein bedeutsame listet Henze auf (Henze, K.-H.1997: 148):

- Persönlichkeit der Frau
- Vorerfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt
- Bisheriger Verlauf der Schwangerschaft
- Erwartungen an die Geburt
- Vorerfahrungen mit dem System Krankenhaus, seinem Regelwerk und der Fähigkeit, sich in diesen Normen zu bewegen
- Reale, personelle und räumliche Bedingungen im Krankenhaus unter der Geburt
- Die Art und Weise des Umgangs mit Krisen, die Stabilität des Selbstbildes und die zur Verfügung stehenden Abwehr- oder Anpassungsmechanismen der Frau
- Das Ausmaß und die Qualität der sozialen Eingebundenheit

### **5.1.2 Dimensionen des Erlebens**

Im Folgenden werden wichtige Erlebens- und Verhaltensdimensionen des „Erlebnisses Kaiserschnitt“ gegeben, die einem zeitlichen Ablauf entsprechen, aber nicht unbedingt an bestimmte Zeitphasen gekoppelt sind.

- Der Verlust des Geburtserlebens: Die bereits geleistete Wehenarbeit kann häufig nicht gewürdigt werden, da sie nicht zum Erfolg geführt hat. Vor allem wenn die Mutter ein hohes Leistungsideal hat, kann sie sich in ihrem Selbstwert verletzt fühlen.
- Der Verlust der Situationskontrolle: Frauen, die per Notsectio entbinden, werden wegen der Dringlichkeit am wenigsten in die Entscheidungsprozesse einbezogen. Sie haben im Gegensatz zu Frauen, die primär per Sectio entbinden, keinen Einfluss darauf, was mit ihnen geschieht.
- Die Reduktion auf ein passives Körper-Objekt: Eng verbunden mit dem Kontrollverlust sind Erfahrungen, zu einem Objekt zu werden: angebunden, stillgelegt und ausgeliefert. Dazu kommt die Angst, bei lebendigem Leib aufgeschnitten zu werden. Manche Frauen fühlen sich gewaltsam verletzt und gekreuzigt (Lagerung auf dem OP-Tisch).
- Existentielle Angst: Vor allem bei einer Notsectio kommt es zu einer abrupten Veränderung der Atmosphäre: vom intimen Kreißaal in den sterilen OP. Die unvertraute Umgebung und die vielen fremden Menschen machen Angst. Dazu kommen Ängste, die die eigene Existenz oder das Kind betreffen. In diesen Momenten können sich Frauen zutiefst verlassen fühlen (Henze, K.-H 1997: 151).

### 5.1.3 Bewertung des Erlebnisses „Kaiserschnitt“

Wie schon erwähnt, spielen verschiedene Faktoren eine Rolle für das Erleben eines Kaiserschnittes. Es scheint aber so zu sein, dass manche Frauen ein höheres Risiko tragen, ihren Kaiserschnitt negativ zu bewerten. Cynthia S. Mutryn entwickelte nach der Auswertung verschiedenster Studien eine Art Risikoprofil für eine negative Kaiserschnittbewertung. Demnach tragen Frauen,

- die einer höheren Sozialschicht angehören,
- deren Vorstellungen sich eher am natürlichen/alternativen Geburtsmodell orientieren,
- deren Wertvorstellungen nicht zu einer High-Tech-Geburt passen,
- die wenig oder kein Vorwissen über den Kaiserschnitt und seine Folgen hatten,
- die einen ungeplanten Kaiserschnitt erlebt haben,
- die lange Wehen mit Schmerzen hatten,
- die in Vollnarkose von ihrem Kind entbunden wurden,
- die nicht in den Entscheidungsprozess zum Kaiserschnitt mit einbezogen wurden,
- die nicht sofort nach der Entbindung Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen konnten,
- die länger von ihrem Kind getrennt waren,
- die Stillschwierigkeiten hatten,
- die keine Wehen erlebt haben,

ein höheres Risiko, ihren Kaiserschnitt schwer verarbeiten zu können (Mutryn, C. S. 1993 zit. n. de Jong/Kemmler 1999: 137).

Die Verarbeitung des Erlebnisses Kaiserschnitt setzt Auseinandersetzung voraus und ist besonders wichtig, wenn die Sectio sehr negativ bewertet wurde. Geschieht keine Auseinandersetzung und Integration, kann es sein, dass die verdrängten, unangenehmen Gefühle das Leben der Mutter „vergiften“: Sei es in einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung, einer unbefriedigenden Paarbeziehung oder in einer geminderten Selbsteinschätzung. Eine andere Folge kann auch eine verminderte Bereitschaft zu weiteren Schwangerschaften sein. Studien aus den USA fanden „(...), dass Kaiserschnittmütter seltener eine zweite Schwangerschaft anstreben oder aber erheblich größere Schwierigkeiten haben, erneut schwanger zu werden, als Mütter, die vaginal entbunden haben (Garrel, M., et al. zit. n. de Jong /Kemmler 1999: 138).“

Ein weiterer höchst bedeutsamer Faktor für das Erleben und die Bewertung des Kaiserschnittes soll im Folgenden näher beschrieben werden.

### **5.1.3.1 Weiblichkeitsideale und Leistungsdruck**

Die Erwartungen und die Ansprüche an das „Erlebnis Geburt“ sind in den letzten beiden Jahrzehnten gestiegen. Es liegt heute ein enormer Leistungsdruck auf Frauen, diese Erwartungen einer „schönen“ und möglichst selbst bestimmten Geburt, auch zu verwirklichen.

Während Frauen mit einer problemlosen Geburt die Anerkennung ihrer Umwelt bekommen, hören Frauen nach einem Kaiserschnitt sehr häufig, sie hätten es sich leicht gemacht.

Frauen sind nach einer (ungewollten) Sectio in einer Belastungssituation. Bis vor kurzem – mit der Diskussion des „Wunschkaiserschnittes“ werden nun auch die Risiken plötzlich mehr in den Vordergrund gerückt – wurde die Sectio in der Öffentlichkeit als Operation vielfach verharmlost, die Risiken und Schmerzen, denen sektionierte Frauen ausgesetzt sind, wurden in der Gesellschaft oft übersehen und in den Medien nicht dargestellt.

Zudem ist die Frau nach der Operation auch Mutter geworden, die einerseits Schonung für sich benötigt, andererseits aber auch dazu aufgefordert ist, sich um ihr Kind zu kümmern.

Vergleiche mit „natürlich“ gebärenden Frauen schmerzen. Schilderungen wie: *„Nach der Geburt bin ich sofort aufgestanden und habe geduscht und dann bin ich gleich mit meinem Kind nach Hause gegangen“*,<sup>6</sup> konfrontieren die „Kaiserschnittmutter“ mit ihrem Versagen als „richtige“ Frau. Sie fühlt sich abgewertet, und weil sie auch ihrem Kind keine „normale“ Geburt ermöglicht hat, fühlt sie sich als schlechte Mutter und leidet darunter, dass sie nicht mitreden kann.

## **5.2 Mögliche psychische Folgen des Kaiserschnittlebens**

Mit welchen Gefühlen eine Frau nach einem Kaiserschnitt reagiert, ist höchst unterschiedlich. Während einige Frauen das Erlebnis nach kurzer Zeit „zu den Akten“ legen können, macht es anderen Jahre lang zu schaffen. Eine mögliche Reaktionsform ist die postpartale Depression.



## Depressionen nach der Geburt

Viele Frauen merken erst nach der Geburt, dass sie sich nur auf die Entbindung vorbereitet haben<sup>7</sup>. Doch die Entbindung ist nur der Anfang: Was es bedeutet, sich den ganzen Tag und die ganze Nacht um ein Neugeborenes zu kümmern, können sich werdende oft Eltern nicht vorstellen.

Hartnäckig hält sich das Gerücht vom immer schlafenden Neugeborenen, welches der Mutter ausreichend Zeit zum Ausruhen lässt. Auch das Stillen klappt manchmal nicht wie erwartet und die junge Mutter fühlt sich dem Geschehen und den eigenen Ansprüchen, denen ihres Kindes und der sie umgebenden Menschen hilflos ausgeliefert.

Während einige Mütter von den Erfahrungen des Krankenhauspersonals profitieren können, fühlen sich andere völlig überfordert und den verschiedenen Ansichten hilflos ausgeliefert. Ihr Selbstwertgefühl schrumpft und sie trauen sich kaum noch ihr Kind zu versorgen. Wem gehört eigentlich das Kind<sup>8</sup>? Machen die Schwestern nicht sowieso alles besser? Wie soll das nur zu Hause gehen? Fast alle Frauen sind nach der Geburt besonders empfindsam, schließlich haben sie sich geöffnet, um ihr Kind anzunehmen und zu lieben. Diese Empfindsamkeit wird ihnen auch zugestanden, allerdings nur ein paar Tage lang. Ein „Heultag“ im Krankenhaus gilt als normal, aber dann wird die Frau zur schwierigen Patientin im Krankenhaus. Will sie vielleicht noch über ihr Geburtserleben sprechen oder stellt sie die Entscheidung zum Kaiserschnitt in Frage, wird ihr oft gesagt, sie solle doch froh sein, dass alles gut gegangen ist und sich über ihr gesundes Kind freuen.

Es dauert nicht lange, bis die Frau nicht mehr auf das Verständnis ihrer Umgebung hoffen kann. Spätestens wenn der Partner wieder arbeiten muss, ist die „Schonzeit“ beendet. So findet sie sich zwischen Stillen und Wickeln, dem Bemühen, den Haushalt einigermaßen zu versorgen und wartet auf „die schönste Zeit ihres Lebens“.

Was aber, wenn die Zeit nicht schön ist, sie sich nicht an ihrem Kind freuen kann, wenn sie nicht weiß, wie sie den Tag bewältigen soll und eifersüchtig auf den Partner ist, der morgens zur Arbeit gehen darf? Sie spürt, dass ihre Gefühle nicht in Ordnung sind. Sie spürt, dass sie nicht in Ordnung ist, also muss sie sich bemühen, alles richtig zu machen, denn wenn sie oder ihr Kind nicht glücklich sind, dann muss sie etwas falsch machen. Suggestieren nicht Elternzeitschriften und Ratgeber, dass man nur das Richtige machen muss, dass jedes Problem lösbar ist?

---

<sup>6</sup> Diese Schilderung trifft auf die wenigsten Geburten zu, dennoch stellt dieser Kommentar ein Ideal für viele Frauen dar.

<sup>7</sup> Fast jede Frau besucht einen Geburtsvorbereitungskurs, aber es existieren kaum Angebote, die Frauen und Paaren helfen, die enormen Anforderungen des Überganges zur Elternschaft zu bewältigen.

<sup>8</sup> In der wissenschaftlichen Literatur auch als „Whose-Baby?-Syndrom“ bekannt (Freud W. E., 1991:123-137).

Weil die Frau aus dem gesellschaftlichen Rahmen fällt, muss sie damit rechnen, dass man sie ausgrenzt. Deshalb verbergen viele Mütter ihre Gefühle (auch vor dem Partner) und leiden für sich allein. Sie versorgen ihre Kinder, weil es nötig ist, aber sie fühlen nichts. Sie geben sich selbst die Schuld dafür und verstricken sich noch tiefer in die Depression.

Bei 10-15% aller Frauen treten Depressionen im Wochenbett auf (Klier, C.2002).<sup>9</sup> Obwohl die postpartalen Depressionen als Phänomen bekannt sind, fehlt es an therapeutischen Angeboten. Selbst die betroffenen Frauen wissen oft nicht, was mit ihnen los ist.

Grundsätzlich kann jede Frau von einer postpartalen Depression betroffen sein, aber es scheint so, dass Frauen mit Kaiserschnittfahrung häufiger betroffen sind als vaginal Gebärende (Nispel 2001: 84-86, Schücking 1999, Boyce / Todd 1992). Vor allem diejenigen Frauen, „(...) *who felt not in control of the events or felt they received medical interventions that were not necessary were at higher risk for depressed mood*“ (Green 1990 zit. n. Jukelevics 2003).

Warum die postpartale Depression nicht nur Mütter betrifft, sondern unsere gesamte Gesellschaft, erläutert die Psychiaterin und Leiterin der Münchener Schreiambulanz, M. Papousek, die sich mit der Kommunikation und der Beziehung bei Säuglingen und Kleinkindern depressiver Mütter beschäftigt. *„Depressive Störungen im Wochenbett können sich selbst bei milder Ausprägung nachhaltig auf die Qualität der präverbalen Kommunikation mit dem Baby auswirken. Dies wird durch eine wachsende Zahl internationaler Studien wie auch durch eigene klinische Erfahrungen und Untersuchungen in der Münchener Sprechstunde für Schrei-Babies belegt. Im Kontext der depressiven Psychopathologie (...) werden die intuitiven elterlichen Verhaltensbereitschaften, (...) damit die Fähigkeit, sich auf das Baby emotional einzulassen und von seinen Signalen leiten zu lassen, auf empfindliche Weise beeinträchtigt.“* Weiter heißt es: *„Damit wird (...) nicht nur das Risiko einer unsicheren oder desorganisierten Bindung des Kindes erhöht, sondern auch das Risiko von langfristigen Belastungen der Mutter-Kind-Beziehung und von kinderpsychiatrisch relevanten Verhaltensstörungen (Papousek. 2002)“*.

Anders ausgedrückt: Die Kinder depressiver Mütter tragen ein höheres Risiko, selbst depressiv oder verhaltensauffällig zu werden. Eindrucksvolles Zeugnis liefert das Buch „Nicht von schlechten Eltern“, in dem Kinder über ihre Erfahrungen mit psychisch kranken Eltern berichten (Mattejat, Lisofsky 1998)

---

<sup>9</sup> Ergebnisse einer von der EU geförderten transkulturellen Studie von 1998-2001 zur Postpartalen Depression, an der weltweit 17 Forschungsteams teilgenommen haben, veröffentlicht auf dem 1. Symposium der Marce´ Gesellschaft in Wiesloch am 25/26.01.02.

## 5.2.1 Posttraumatische Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBR und PTBS)

Wurden die Ereignisse im Zusammenhang mit der Geburt von der Frau als traumatisch erlebt, kann dies zu Trauma spezifischen Erkrankungen führen (Schütt et al 2001: 240, Pantlen 2001: 246, Brockington 2001: 16).

Laut Definition des DSM IV sind traumatische Ereignisse „*potentielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzungen oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird.*“ (Peters 1990: 537) Es handelt sich hier um Erlebnisse, auf welche ein Mensch nicht in adäquater Weise reagieren kann, da er sie nicht verarbeiten kann und daher aus dem Bewusstsein verdrängen muss. Vom Unbewussten aus entfaltet das traumatische Erlebnis ständig eine Wirkung auf den Betroffenen, so als wenn er ständig mit dem Erlebnis konfrontiert würde, auf das sinnvoll zu reagieren seine dauernd ungelöste Aufgabe bleibt (ebd).

Zu den Trauma spezifischen Erkrankungen gehören die akute Belastungsreaktion, die Posttraumatische Belastungsstörung und die dissoziativen Störungen. Sowohl die Posttraumatische Belastungsstörung wie auch die akute Belastungsreaktion sind durch die typischen Symptome gekennzeichnet:

### ***Intrusion***

Darunter versteht man das sich ständige ungewollte Aufdrängen des Erlebten. Das bedeutet, dass ein traumatisierter Mensch ein Ereignis immer wieder so erlebt, als ob es gerade geschähe. Es ist, als ob die Zeit im Augenblick des Traumas stehen geblieben wäre. Der traumatische Augenblick wird abnormal im Gedächtnis gespeichert und gelangt dann immer wieder spontan ins Bewusstsein: Im Wachzustand als plötzliche Rückblende oder im Schlaf als angsterfüllter Alptraum. Kleinste, scheinbar bedeutungslose Gegenstände oder andere Auslöser (Töne, Gerüche, andere visuelle Reize) können Erinnerungen wecken, in denen das ursprüngliche Ereignis mit aller emotionalen Gewalt wiederkehrt (Herman 1998: 58).

### ***Hyperarousal***

Der traumatisierte Mensch befindet sich in einem ständigen Alarmzustand, so als könne die Gefahr jeden Moment wiederkehren. Dieser übererregte Zustand ist durch eine Überwachheit, Schreckhaftigkeit und häufig auch durch überschießende Aggressionen gekennzeichnet.

### ***Konstriktion***

Eine unausweichliche Situation, in der Flucht nicht möglich ist, löst manchmal nicht nur Angst und Wut aus, sondern paradoxerweise auch distanzierte Ruhe, mit der Angst, Schmerz und Wut ver-

schwinden. Die Erlebnisse dringen zwar ins Bewusstsein, aber scheinbar losgelöst von ihrer jeweiligen Bedeutung. Die Wahrnehmung kann eingeschränkt oder verzerrt sein und geht in der Regel mit Gleichgültigkeit, emotionaler Distanz und völliger Passivität einher. Schlimmstenfalls ist der Mensch gar nicht mehr selbst betroffen, sondern er erlebt quasi von außen wie sein Körper verletzt wird.

Dieser distanzierte Bewusstseinszustand mit dem Verzicht auf aktives Handeln, subjektiv empfundener Ruhe und Distanz, verstärkter Bildwahrnehmung, veränderter Sinnesempfindung einschließlich des Verlusts der Schmerzwahrnehmung und verzerrter Realitätswahrnehmung einschließlich Depersonalisation wird auch als Dissoziation bezeichnet.

Bislang setzen sich nur wenige wissenschaftliche Studien mit dem Themenkomplex der traumaspezifischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett auseinander.

Eine noch laufende Studie von Schütt et al. beschäftigt sich mit Peritraumatischem Erleben von Frauen, die von einem Frühgeborenen entbunden werden. Sie kommt zu dem vorläufigen Schluss: *„Wenn sich die Mutter während der Geburt sehr um das Überleben ihres Kindes ängstigt, scheint dissoziatives Erleben ein nicht seltenes Abwehrphänomen der möglicherweise sehr bedrohlich erlebten Angst zu sein. Des Weiteren ergeben sich Hinweise, dass das Risiko (...) gegebenenfalls noch zu versterben, durch einen Teil der Mütter verleugnet werden muss“* (Schütt et al 2001: 239).

Almut Pantlen, die in einer Einzelfallstudie die Folgen eines subjektiv erlebten Traumas während der Entbindung analysiert, schlussfolgert: *„Die dargestellte Kasuistik zeigt nicht nur, dass die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach einer traumatisch erlebten Entbindung die psychische Situation einer betroffenen Frau erheblich beeinträchtigen können. Sie können sich auch dahingehend auswirken, dass die Bereitschaft zu weiteren Schwangerschaften und gegebenenfalls auch das Befinden in einer erneuten Schwangerschaft beeinflusst wird. (...) PTBS nach Entbindung ist ein Problem, dass von Geburtshilfe und Psychotherapie stärkere Beachtung erfordert, um einer Chronifizierung der Symptome entgegenzuwirken und um auf Symptome wie Ängste oder Depressionen in folgenden Schwangerschaften besser reagieren zu können. Ausgeprägte Geburtsängste bei Schwangeren, die bereits eine oder mehrere Geburten hinter sich haben, sollten immer auch an eine frühere als traumatisch erlebte Entbindung denken lassen“* (Pantlen 2001: 250).

### 5.3 Bewältigung und Verarbeitung der Kaiserschnittverfahren

Wie bei anderen persönlichen Krisen, spielen auch bei der Kaiserschnittverfahren die Wahrnehmung und die Bewertung des Erlebten eine große Rolle für die Verarbeitung.

Obwohl jede Frau unterschiedliche Erfahrungen beim Kaiserschnitt macht und eine Fülle von Faktoren auf die Art der Verarbeitung einwirken, stellten zwei amerikanische Wissenschaftlerinnen<sup>10</sup> fest, dass es offensichtlich große Übereinstimmungen gibt, in welchen Phasen Kaiserschnittmütter diese Art der Geburt für sich verarbeiten. Die Phasen verlaufen nach einem bestimmten zeitlichen Ablauf und sind den Phasen der Trauerarbeit sehr ähnlich (Lipson/Tilden 1980 zit. n. Henze 1997: 152).

#### 5.3.1 Die Phasen der Kaiserschnittverarbeitung nach Julienne G. Lipson und Virginia Peterson Tilden

##### *Phase 1: Die ersten Stunden nach der Geburt*

Viele Frauen erleben die ersten postoperativen Stunden als Zeit der Erstarrung, der Müdigkeit und der betäubten Gefühle. Das Bewusstsein ist durch ein Gemisch aus Erschöpfung, Ängsten und Anästhesiefolgen getrübt. Viele Frauen haben keine Kraft, ihr Kind bei sich zu haben und den ersten Kontakt aufzunehmen, sie sind einfach nur froh, dass alles vorbei ist. Lipson/Tilden bemerken, dass die psychische Befindlichkeit in diesen ersten Stunden nach der Geburt unterdrückt bleibt. *„Psychische Schutzmechanismen von Unterdrückung und Verweigerung tragen dazu bei, eine emotionale Überreaktion zu verhindern. Diese mentale Pause hält die Gefühle in Schach und gibt Raum, die Ereignisse langsam einsinken zu lassen“* (de Jong/Kemmler, 2003: 140). Mühlratzer/Horkel beschreiben bei den Frauen Gefühle von Verletztheit, von Verwundung und Leere (Mühlratzer/Horkel 1990).

##### *Phase 2: Die ersten Tage nach der Geburt*

Die zweite Phase löst die Gefühlsstarre der ersten Tage ab. Das nur „Funktionieren“ lässt langsam nach. Gefühle von Enttäuschung, Schuld und Neid auf die vaginal gebärenden Frauen treten an die Stelle der anfänglichen Taubheit. Der Verlust der „Selbsterfahrung Geburt“ wird greifbar. Dieser Zeitraum reicht etwa bis zur Entlassung aus der Klinik und schließt somit den „Heultag“ mit ein.

*„Das Hauptkennzeichen dieser Phase ist aber trotz des psychischen Erwachens auf den Körper bezogen. Die Energie der Frau ist darauf ausgerichtet, die Schmerzen unter Kontrolle zu halten,*

---

<sup>10</sup> Da ich diese Arbeit nicht im Original gelesen habe, weiß ich nicht, auf welche Frauen sie sich bezieht. Aus eigener Erfahrung, Gesprächen mit anderen betroffenen Frauen und eigenen Beobachtungen während einer Hospitation im Kreißsaal möchte ich anmerken, dass ich zu den gleichen Erkenntnissen – zumindest für die Frauen, die ihre Sectio negativ bewertet haben - gekommen bin.

wieder feste Nahrung aufzunehmen, die Blase und den Darm zu entleeren, das Ein- und Aussteigen aus dem Bett zu trainieren und das Stillen in Gang zu bringen. Viele Frauen berichten, dass sie zunächst so mit sich selbst beschäftigt waren, dass sie es kaum schafften, ‚Muttergefühle‘ zu entwickeln – was meist die vorhandenen Schuldgefühle noch verstärkt“ (ebenda: 140).

In dieser Phase ist emotionale Unterstützung durch das Personal, aber auch von Familienangehörigen von großer Bedeutung und Wichtigkeit.

### **Phase 3: Beginn der Bewusstwerdung**

Die Zeit nach der Klinikentlassung bis zwei Monate nach der Entbindung ist nicht nur für Kaiserschnittmütter eine schwierige Zeit. Für diese ist sie aber besonders hart, da die Betreuung des Kindes die nötige Erholung nach der Operation verhindert. Kaiserschnittmütter fühlen sich in dieser Zeit oft völlig überfordert. Gerne würden sie selbst bemuttert werden, müssen aber statt dessen bemuttern. Hieraus leitet sich dann wiederum die Sorge ab, selbst keine gute Mutter für ihr Kind sein zu können und die Frage des „Bonding“ stellt sich erneut. Für manche Frauen ist es erleichternd zu hören, dass auch vaginal gebärende Mütter die gleichen Probleme haben können. Insgesamt besteht die Gefahr, dass alle auftretenden Probleme auf den Kaiserschnitt geschoben werden. Viele Fragen, nun kritischer, tauchen erneut auf. War der Kaiserschnitt wirklich nötig? Hätte es Alternativen gegeben?

Erinnerungen werden jetzt im Traum verarbeitet.

### **Phase 4: Mittelfristige Auflösung**

Diese Phase, die bis etwa ein Jahr nach der Schnittentbindung andauert, ist geprägt „durch intensive innere Auseinandersetzung mit dem Erlebnis, eine Suche nach einem Sinn für das Ganze. Das geschieht durch eine aktive oder passive Aufarbeitung der Geburtserlebnisse und der Erinnerungen und der Gefühle, die damit verbunden sind“ (de Jong/Kemmler 1999: 150). In dieser Phase werden Informationslücken gefüllt. Die Möglichkeit mit anderen Kaiserschnittmüttern über das Erlebte zu sprechen, wird hier als besonders hilfreich und wichtig empfunden. Aber auch die gegenteilige Reaktion kann auftreten: Einige Frauen versuchen in dieser Phase, das Erlebte und die damit verbundenen Gefühle komplett zu verdrängen, um den Schmerz nicht erinnern zu müssen. In dieser Phase geht es darum, die Kaiserschnitterfahrung anzunehmen und zu verstehen.

### **Phase 5: Die (Er-) Lösung**

Nach und nach wird das Erlebnis akzeptiert. Einige Frauen versuchen im Nachhinein dem Erlebten einen Sinn zu geben, indem sie anderen Frauen mit ähnlichen Erfahrungen helfen. Auch berichten Frauen immer wieder, dass der Kaiserschnitt sie so etwas wie „Demut“ gelehrt hätte. Eine völlige Auflösung dieses Lebensereignisses ist selten. Eine erneute Schwangerschaft setzt den Prozess der Auseinandersetzung meist wieder in Gang.

## 6 Übersicht über die Studienteilnehmerinnen

Frau: Name, Alter, Beruf  Geburtsideal in der Schwangerschaft (s. Kap. 7)	Kind(er): Name, Alter, SSW, erster Mutter- Kind-Kontakt (MKK)	Sectio: Geschilderte Indikation, Narkose	Bewertung des Erlebens	Problematische Gefühle und Schwierigkeiten im Wochenbett
Yasmin: 42, Medizinisch technische Assistentin  „Natürlich“ Instinktiv	Michael: 7 Jahre geboren in der 35.SSW  MKK: Nach 5 Tagen, verursacht durch getrennte Unterbringung des Kindes in der Kinderklinik	Unaufhaltsame Wehentätigkeit, befürchtete Schädigung des Kindes durch vag. Geburtsversuch  Notsectio in ITN „Der wollte Feierabend machen. Es war Karfreitag.“	„Ich hab´ mich halb tot gefühlt.“	Postpartale Depression mit Suizidgedanken, Stillprobleme, Fremdheit dem Kind gegenüber „Ich bin heut´ noch distanzierter zu ihm als zu meiner Tochter.“
Uschi: 35, Schriftsetzermeisterin  „Natürlich“ Instinktiv	Niclas: 5 Jahre geboren in der 40.SSW  MKK nach circa 8 Stunden	Kindliche Indikation „Herztöne gingen runter“ Notsectio in ITN	„Ich glaube, so sollte unser Sohn auf die Welt kommen.“	Massive Stillprobleme, viel geweint „Die Stillprobleme waren viel schlimmer für mich als die Probleme bei der Geburt.“
Christiane: 42, Maschinenbauingenieurin  „Bewusst“	Janosch: 7 Jahre geboren in der 40.SSW MKK: einige Stunden nach der Geburt	Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase Sekundäre Sectio in ITN	„Es war ganz traumatisch.“	Stillprobleme, Schuldgefühle „Du versagst als Mutter auf der ganzen Linie.“
Tanja: 33, Verwaltungswirtin  „Natürlich“ Instinktiv	Leon: 1 Jahr geboren in der 42.SSW MKK: sofort	(Beckenendlage) Amnioninfekt Sekundäre Sectio in Spinalanästhesie, Ehemann anwesend	„Es war zwar nicht traumatisch, aber es ging alles viel zu schnell.“	Stillprobleme, keinen Milcheinschuss sonst bis auf „Heultag“ keine Probleme
Imke: 38, Statistikerin  „Natürlich“ Instinktiv	Hannes: 10 Jahre geboren in der 42.SSW MKK: am gleichen Tag nach dem Aufwachen	Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase Sekundäre Sectio in ITN	„Ich weiß bis heute nicht genau, warum der Kaiserschnitt gemacht werden musste.“	Körperlich sehr erschöpft gefühlt, sonst keine Probleme

Ina: 37, Ingenieurin für Verfahrenstechnik  „Bewusst“	Tobias: 6Jahre Geboren in der 42.SSW MKK: am gleichen Tag nach dem Aufwachen  Niclas: 4Jahre, 41.SSW, MKK: sofort Moses: 1Jahr, 41.SSW, MKK: sofort	Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase, hoher Gradstand bei allen Geburten Sekundäre Sectio in ITN bei Tobias,  Sekundäre Sectio in PDA bei Niclas und Moses	„Der erste Kaiserschnitt war schrecklich. Die beiden anderen grandios“	Stillprobleme und starke Schuldgefühle, große Traurigkeit, Gefühl als Frau versagt zu haben  Keine Probleme, schnell wieder fit gewesen
Isa: 38, Ärztin  „Bewusst“	Lennart: 2 Jahre, geboren in der 41.SSW MKK: am gleichen Tag nach dem Aufwachen	Fragliche Uterusruptur Notsectio in ITN	„Dass das keiner begreift, dass das was ganz Traumatisches ist, wenn einem der Bauch aufge- schnitten wird.“	Postpartale Depression, Schuldgefühle: „Was habe ich meinem Kind mit dieser Geburt angetan!“
Gunda: 42, Realschullehrerin  Medizinisch „Kontrolliert“	Lars: 1 Jahr Geboren in der 40. SSW MKK: sofort	Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase Sekundäre Sectio in PDA , Ehemann anwesend Sectio ohne med. Indikation gewünscht, aber durch den Arzt abgelehnt	„Ich war dem ausgeliefert und der hat nicht mit sich reden lassen.“	Extreme Erschöpfung, lange Rekonvaleszenz „So schlecht ging´s mir noch nie. Auch nicht nach 6 Wochen Bestrahlung.“
Doris: 35, Informatikerin  „Natürlich“ Instinktiv	Max: 5 Jahre Geboren in der 40. SSW MKK: am gleichen Tag	Notsectio wegen Hellp-Syndrom in ITN	„Mit dem Kaiserschnitt habe ich abgeschlossen, aber die Erfahrungen auf Intensiv waren traumatisch.“	Gefühl von starker Verunsicherung „Ich hab´ mich nach der Geburt stark verändert (...) Ich war so ausgeliefert, weil ich mich so allein gelassen gefühlt hab´. (...) Es war keiner da. (...) Ich konnte mich auf nichts einstellen.“
Barbara: 33, Personal- Referentin  „Natürlich“ Instinktiv	Lara: 1 Jahr Geboren in der 42. SSW MKK: sofort	Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase, relatives Missverhältnis Sekundäre Sectio in PDA	„Der Kaiserschnitt war eine Erlösung.“	Stillprobleme, (keinen Milcheinschuss) und das Gefühl, gescheitert zu sein. „Ich hatte das Gefühl, bei mir geht alles nicht richtig.“



Karin: 37 Physiotherapeutin, Fachlehrerin für Körperbehinderte  „Bewusst“	Alina: 6 Jahre Geboren in der 40. SSW MKK: am gleichen Tag, viele Stunden später, da Narkoseunverträglichkeit	Sekundäre Sectio wegen relativem Missverhältnis in ITN	„Für mich war es psychisch eine sehr schmerzhaft Erfahrung.“	Gefühlsstarre Fremdheit dem Kind gegenüber „Ich hab´ lange getrauert, dass ich´s nicht richtig erleben konnte.“ rezidivierende Blutungen
Ursel: 37 Referentin für Marketing  „Natürlich“ Instinktiv	Tom: 6 Monate Geboren in der 39. SSW MKK: sofort	Geplante Sectio wegen BEL in Spinalanästhesie, Ehemann anwesend	„Ich find eine gute Vorbereitung auf einen Kaiserschnitt ist, wenn man vorher schon mal was Schlimmes erlebt hat.“	Traurig, depressiv „Für mich war´s wieder ´ne Bestätigung: Krankenhaus ist Scheiße. Ich hab´ jeden Tag geheult.“
Isabelle: 39 Sozialpädagogin  „Bewusst“	Leander: 5 Jahre Geboren in der 32. SSW MKK: nach 2 Tagen durch getrennte Unterbringung in verschiedenen Krankenhäusern, Kind in der Kinderklinik	Notsectio wegen vermuteter vorzeitiger Placentaablösung in ITN	„Die haben mir das Kind aus dem Bauch gerissen.“	Sehr depressiv, wochenlange Gefühlsstarre, Fremdheit dem Kind gegenüber, Selbsthass und Schuldgefühle: „Was hab´ ich nur falsch gemacht, dass mein Kind so früh auf die Welt gekommen ist.“
Kathrin: 40 Hauswirtschafts- leiterin  Medizinisch „Kontrolliert“	Stephan: 3 Jahre Geboren in der 36. SSW MKK: am gleichen Tag nach dem Aufwachen	Geplante Sectio wegen BEL, dann sekundäre Sectio wegen vorzeitigem Blasensprung in ITN	„Ich bin optimal betreut worden.“	Bis auf einen Tag keine Probleme gehabt. „Am 4. Tag hatte ich ein absolutes Down.“
Marianne: 40 Biologin  „Natürlich“ Instinktiv mit Anteilen von „Kontrolliert“	Carla: 6 Monate Geboren in der 40. SSW MKK: sofort	Sekundäre Sectio wegen Geburtsstillstand in der Austreibungsphase in PDA, Partner anwesend	„Traumatisch war nicht der Kaiserschnitt, sondern der Wehenschmerz davor.“	Probleme mit der Hilflosigkeit und Abhängigkeit „Ich hab´ ein paar Wochen gebraucht, bis ich das verdaut hatte.“
Gabi: 39 Fitness und Ernährungs- Trainerin  Medizinisch „Kontrolliert“	Emma: 3 Geboren in der 38. SSW  MKK: am gleichen Tag nach dem Aufwachen	Primäre Sectio wegen Verwachsungen im Bauchraum in ITN, da wegen Einer Gürtelrose die PDA nicht möglich war	„Wir Kaiserschnitt- frauen sind keine Mütter 2.Klasse.“	Depressiv, vermindertes Selbstwertgefühl Schuldgefühle: „Welches Defizit hat mein Kind durch den Kaiserschnitt?“

<p>Martina: 36 Verwaltungs- Angestellte</p> <p>„Natürlich“ Instinktiv</p>	<p>Luisa: 9 Jahre Geboren in der 34. SSW MKK: nach 5 Tagen Kind auf der Frühchenstation</p> <p>Collin: 6 Jahre Geboren in der 38. SSW MKK: nach 4 Tagen Kind auf Intensiv</p> <p>Maja: 1 Jahr Geboren in der 38. SSW MKK: sofort</p>	<p>Notsectio wegen Mangelversorgung des Kindes in ITN</p> <p>Primäre Sectio wegen Placenta praevia in Spinalanästhesie und ITN (wegen massiven Blutungen), Ehemann anwesend</p> <p>Primäre Sectio auf Wunsch von Martina Spinalanästhesie, Ehemann anwesend.</p>	<p>„Es war ja nichts, außer, dass man mir die schönste Zeit meines Lebens genommen hat.“</p> <p>„Wir beiden wären fast verblutet.“</p> <p>„Und mir ging´s richtig gut.“</p>	<p>Depressiv, erstarrt, Schuldgefühle, Fremdheit dem Kind gegenüber, fühlt sich von ihrer Tochter abgelehnt: „Und sie hat mich keines Blickes gewürdigt.“</p> <p>Anhaltend depressiv gequält „Ich war wie im Delirium.“ schwach durch massiven Blutverlust</p> <p>„Ich hab´ die Woche im Krankenhaus richtig genossen.“</p>
<p>Daniela: 32 Arzthelferin</p> <p>„Bewusst“</p>	<p>Ronja: 3 Jahre Geboren in der 27. SSW MKK: am nächsten Tag, Entbindung im Perinatalzentrum Kind auf der Frühchenstation</p>	<p>Notsectio wegen drohendem Kindstod in ITN</p>	<p>„Ich bin barfuß durch die Hölle gegangen.“</p>	<p>Anhaltend depressiv, erstarrt, wie tot, Selbsthass, Schuldgefühle, Angst, verrückt zu werden. „Ich hab´ gedacht, ich bin schizophren: Ich will mein Kind lieben, kann das aber nicht zulassen (..) und ich fang´ an, sie zu hassen.“</p>
<p>Kerstin: 33 Jugendheim- erzieherin</p> <p>„Natürlich“ Instinktiv</p>	<p>Julian: 1 Jahr Geboren in der 28. SSW MKK: am nächsten Tag, Entbindung im Perinatalzentrum Kind auf der Frühchenstation, später Verlegung auf die Intensivstation wegen Sepsis</p>	<p>Sekundäre Sectio wegen unaufhaltsamer Wehentätigkeit in ITN bei Frühgeburt</p>	<p>„Und für mich stand wieder mal ein Kind auf dem Spiel.“</p>	<p>Depressive Gefühle, „Autoaggression, Schuldgefühle „Ich hab´ die Gedanken gegen mich gerichtet. Das erste Kind hatte ich verloren und das 2. war ich nicht fähig auszutragen. Ich hab´ mir für alles die Schuld gegeben. Es war so´n: Ich hab´ s nicht gekonnt.“</p>

## 7 Ergebnisse der Studie

### 7.1 In der Schwangerschaft

#### 7.1.1 Wie sich Erstgebärende die Geburt in der Schwangerschaft vorstellen und welche Bedeutung sie dem aktiven Gebären im Vergleich zur Sectio beimessen

Fast alle Studienteilnehmerinnen entwickelten in der Schwangerschaft ein konkretes Geburtsideal. Dieses Ideal basiert auf individuell unterschiedlichen Bedeutungen, die der Geburt und dem aktiven Gebären verliehen werden.

Für das Erleben der konkreten Geburtsrealität spielt das zugrunde liegende Ideal eine ausschlaggebende Rolle. Frauen, die starke Abweichungen von ihren Wertvorstellungen, Wünschen und Bedürfnissen erlebten, bewerteten die reale Geburt äußerst negativ.

Im Folgenden möchte ich die verschiedenen Geburtsideale beschreiben und auf mögliche psychische Reaktionen beim Erleben einer Sectio eingehen.

##### 7.1.1.1 Das Ideal der „natürlichen“ instinktiven Geburt

Gut die Hälfte der Studienteilnehmerinnen wünschte eine natürliche Geburt. Natürlich ist hier im Sinne, von *„der Natur ihren Lauf lassen“* zu verstehen. Die Geburt, *„ein instinktiver Vorgang, den man nicht stören soll.“* *„Etwas Selbstverständliches und Notwendiges, wenn man ein Kind möchte.“*

*„Gebären ist etwas Natürliches. Jetzt gehörst du zu diesem immerwährenden Kreislauf dazu. Es ist ein Wunder. Da spielt der Instinkt eine große Rolle. (...) Ich hatte Urvertrauen.“*

So wie Tanja sich hier äußert, denken die meisten Frauen in dieser Gruppe. Sie haben keine besonderen Erwartungen an die Geburt, legen aber Wert auf einen möglichst ungestörten Ablauf und wünschen sich ein positives Geburtserleben für sich und ihr Kind.

Das bedeutet konkret: Von einer Hebamme unter der Geburt menschlich begleitet zu werden und so wenig medizinische Interventionen wie möglich zu erleben.

Auffallend häufig äußerten Frauen dieser Gruppe den Wunsch nach einer Wassergeburt. Sie versprechen sich davon nicht nur Schmerzerleichterung und Entspannung, sondern auch einen Schutzraum vor unerwünschten Berührungen und vaginalen Untersuchungen. *„ne Wassergeburt hätte ich schön gefunden. Da kann man sich geborgen fühlen und beschützt.“* (Barbara)

Alle Frauen hatten Vertrauen in ihre Fähigkeit ein Kind zu gebären. Der Geburtsschmerz schien von fast allen Frauen als etwas Dazugehöriges akzeptiert und weder positiv noch negativ bewertet

zu werden. Die Geburt wurde nicht isoliert als *das wichtigste Ereignis* gewichtet, sondern als der Beginn des Mutterseins.

Obwohl Frauen dieser Gruppe natürlich entbinden wollten, stand keine dem Kaiserschnitt in der Schwangerschaft ablehnend gegenüber, falls er notwendig werden sollte. Allerdings hatten sich nur zwei Frauen konkret mit einer möglichen Sectio beschäftigt (Kinder in BEL). Alle anderen hatten die Möglichkeit komplett ignoriert.

Selbst, wenn im Geburtsvorbereitungskurs darüber gesprochen wurde, was ausführlich nur bei Doris der Fall war, kam die Information nicht an. Es scheint so, als weigerten sich viele Schwangere aktiv, diesen Gedanken zuzulassen. *„Kaiserschnitt: Hab´ ich nichts mit zu tun. Geht mich nichts an. Ich war erschreckend naiv. Ich hab´ im Geburtsvorbereitungskurs zugehört, was die Hebamme gesagt hat. Die hat´ s klar gesagt: Jede 5., aber es ist nicht angekommen.“* (Doris)

### **7.1.1.2 Das Ideal der „bewussten“ Geburt**

Ein gutes Drittel der Frauen wünschte eine Geburt, die mit vielen (teils unrealistischen) Erwartungen verknüpft wurde. Eine Frau dieser Gruppe möchte die Geburt wach und mit allen Sinnen „bewusst“ erleben. Der Geburtsschmerz wird hier nicht nur akzeptiert, sondern positiv bewertet, als eine Möglichkeit, die eigene weibliche Kraft unmittelbar zu spüren und über sich selbst hinauszuwachsen.

Frauen, die eine „bewusste“ Geburt wünschen, erhoffen nicht nur ein gesundes Kind, das sie aktiv beim „Übergang von einer Welt in die andere“ (Isabelle) begleiten möchten, sondern dieser Übergang soll auch besonders schön gestaltet werden. *„Es sollte Lennarts schönster Tag werden. Ich hatte mir extra ein Nachthemd mit Schäfchen und Wolken gekauft, damit er gleich was Schönes sieht.“* (Isa)

Eine Frau, die sich eine „bewusste“ Geburt wünscht, möchte außerdem mehr über sich und ihre Persönlichkeit erfahren. Die Geburt wird in der Vorstellung zur herausfordernden Selbsterfahrung jenseits aller bekannten Grenzen und bei Erfolg vielleicht zur Krönung des Frau-Seins.

*„Ich werde Schmerzen haben, aber ich werde das durchstehen wie eine Frau. (...) Seht her, was ich kann, ein richtiges Urweib (...). Ich glaube, ich hätte das schon ein bisschen inszenieren wollen. Ich wollte zeigen, was ich kann, über mich hinauswachsen. Es hört sich blöde an, aber ich wollte einen I-Punkt auf meine Weiblichkeit setzen (...), mir selber zu ´ner Blüte verhelfen (...). Ich war damals nicht mit dem großen Selbstwertgefühl ausgestattet und ich hab´ immer was gesucht in meinem Leben. Schwangerschaft und Geburt hatten für mich eine elementare Bedeutung. Wenn ich ein Ziel in meinem Leben hatte, dann war es das.“*

Was Daniela hier sehr ehrlich erzählt, spielte für einige Frauen dieser Gruppe eine Rolle. Eine gelungene Geburt wird zur Krönung des Frau- und Mutterseins. *„Die Vorstellung, dass ich das*

*schaffe, das war ein erhebender Moment. Das war fast etwas Heiliges. Gebären war für mich der Höhepunkt“,* erzählte auch Christiane.

Es wird deutlich, wie sehr das Selbstbild und das Selbstvertrauen einer Frau, die sich das Gebären so vorstellt, durch Scheitern am überhöhten Ideal, bedroht werden kann. Sie fühlt sich nach einem Kaiserschnitt möglicherweise schuldig und sucht nach persönlichen Gründen für ihr Versagen. *„Geburt ist etwas, was ganz viel mit der eigenen Geschichte und der eigenen Persönlichkeit zu tun hat. Gerade die erste Geburt, wo man noch ganz unrealistische Träume hat: Da fand ich´s besonders schlimm. Da liegt mit einem Rutsch alles, was man sich so erhofft und erträumt hat in Scherben.“* (Isabelle)

Das Erleben einer Sectio kann für Frauen mit „bewusstem“ Geburtsideal zum persönlichen Drama werden: Emotional abgelehnt, auch wenn er rational begründet und notwendig war. Das Versagen wird zur persönlichen Niederlage. Plötzlich gehört die Frau in den Kreis der Gescheiterten, Unvorbereiteten und Unbewussten. *„Ich hab´ gedacht, Kaiserschnitt, das betrifft andere (...), Frauen, die sich nicht vorbereitet haben“,* meint Christiane. Auch Isabelles Einstellung geht in diese Richtung: *„Ich hab´ nie mit einer Frühgeburt oder einem Kaiserschnitt gerechnet. Ich war total überheblich. Das war was, was anderen passiert.“*

### **7.1.1.3 Das Ideal der medizinisch kontrollierten Geburt**

Drei Interviewteilnehmerinnen sahen die Geburt eher als ein medizinisches Problem, welches mit einem gewissen Risiko behaftet ist. Sie wünschen (medizinische) Kontrolle über den Geburtsvorgang und möchten sich möglichst keinem Geburtsschmerz aussetzen. Nicht zu wissen, wie es sein wird, wie sich das Gebären anfühlt, scheint ihnen genauso viel Angst zu machen, wie eventuell auftretende Geburtskomplikationen. Um diese Angst zu kontrollieren, wünschte sich Gunda direkt einen Kaiserschnitt und Kathrin eine PDA während der gesamten Geburt.

*„Ich hab´ schon mit dem Kaiserschnitt geliebäugelt, einfach durch die Vorgeschichte mit meinen Fehlgeburten. Hauptsache: sicher. Ich hatte Angst vor Zwischenfällen bei der vaginalen Geburt und die Geburtsschmerzen wollte ich auch nicht unbedingt.“* (Gunda)

Kathrin meint: *„Also ich bin nicht scharf auf so ´n Geburtserleben. Ich wollte auch keine Schmerzen, deswegen hab´ ich gesagt: PDA, von Anfang an. (...) Es gibt ja Ärzte, die meinen: Das muss man einmal durchmachen. Blödsinn! (...) Ich begreife nicht, wie man jemanden so quälen kann, da durch zu gehen.“*

Eine mögliche Sectio wird hinsichtlich Sicherheit im Vergleich zur vaginalen Geburt positiv bewertet. *„Ich wusste, dass es ein Kaiserschnitt wird und das war OK für mich. (...) Das schätz´ ich an so ´nem Kaiserschnitt: Sie haben ´nen Kinderarzt. Sie haben ´nen Gynäkologen. Sie haben ´nen*

*Anästhesisten und zwei Schwestern. Das sind fünf Leute, die nur um ihr Wohl besorgt sind.“  
(Kathrin)*

Gebären scheint hier ein (noch) notwendiges Übel zu sein, wenn eine Frau ein Kind möchte. Der Geburtsschmerz erscheint bei Kathrin unsinnig und wird von ihr als unnötige Qual bewertet. Frauen, die das Geburtsideal der „kontrollierten“ Geburt in sich tragen, möchten einen natürlichen ungestörten Geburtsverlauf vermeiden, weil er mit Kontrollverlust und Unsicherheit einhergeht. Sie haben Angst vor Abhängigkeit, dem Gefühl ausgeliefert zu sein und versuchen deshalb, so gut wie möglich vorzusorgen. Wenn eine Frau mit diesem Geburtsideal auf GeburtshelferInnen trifft, die eine natürliche Geburt forcieren wollen und der Frau die Selbstkontrolle verweigern, besteht die Gefahr, dass sie durch das Erleben massiver Schmerzen, verbunden mit (Todes-) Ängsten und dem Verlust von Selbstkontrolle, während der Geburt traumatisiert wird.

### **7.1.2 Schlussfolgerungen**

Ich verstehe den Wunsch nach Kontrolle des Geburtseignisses als - für manche Frauen - überlebensnotwendige Abwehr existenzieller Erfahrungen. So wie das Selbstbild und das Selbstvertrauen der „bewussten“ Frauen durch das Erleben des Scheiterns durch den Kaiserschnitt massiv bedroht werden kann, besteht hier die Gefahr, dass die „kontrollierte“ Frau unter einer Spontangeburt so von extremen Ängsten überflutet wird, dass sie diese nicht mehr bewältigen kann.

Möglicherweise ist die zunehmende Forderung nach dem „Wunschkaiserschnitt“ in diese Richtung zu interpretieren. So wie sich wahrscheinlich niemand freiwillig einer schlimmen Krankheit, quälenden Schmerzen oder der Erfahrung von Ohnmacht aussetzen würde, mag die Frau, die eine Sectio ohne medizinische Indikation wünscht, versuchen, diese Grenzerfahrungen abzuwehren, da sie befürchtet, durch diese sehr verletzt zu werden.

Eine verständliche, wahrscheinlich unbewusste Haltung, bedenkt man, dass wahrscheinlich auch GeburtshelferInnen bestimmte Geburtsideale vertreten. So wird vorstellbar, wie viel Leid entstehen kann, wenn etwa eine „bewusste“ Hebamme auf eine „kontrollierte“ Frau trifft und dieser zu Beginn der Geburt eine PDA verweigert, weil sie meint, dass die Schmerzen aushaltbar seien. Ebenso kann eine „kontrollierte“ Ärztin durch ständiges Prüfen des Geburtsfortschrittes das Vertrauen einer „natürlichen“ Frau in den instinktiven Geburtsprozess untergraben.

Wahrscheinlich würden die meisten Frauen Grenzerfahrungen meiden, wenn sie könnten. Eine geplante Sectio scheint allerdings für die wenigsten eine Alternative zu sein, weil eine Sectio ohne medizinische Indikation meist gegen persönliche wie auch (noch) gültige gesellschaftliche Werte verstößt.

Erklärungsversuche, die nur das Recht auf weibliche Selbstbestimmung, die Angst vor Verletzungen des Beckenbodens oder des Damms sowie die bessere Planbarkeit der „Wunschsectio“ berücksichtigen, greifen meiner Ansicht nach zu kurz.

Eine schwedische Studie, die zum Ziel hatte, die Anzahl der Frauen zu ermitteln, die sich eine Sectio als Geburtsmodus wünschen, wenn sie früh in der Schwangerschaft dazu befragt werden, sowie mögliche mit diesem Wunsch in Zusammenhang stehende Variablen zu identifizieren, kam zu dem Schluss, dass nur wenige (8,2%) von 3283 Frauen einen Kaiserschnitt wünschen. Dieser Wunsch stehe im Zusammenhang mit 3 wesentlichen Faktoren: 1. Eine vorangegangene Sectio und 2. Angst vor einer Spontangeburt und vorangegangene negative Geburtserfahrungen. Die AutorInnen der Studie folgern: *„Die Präferenz für einen Kaiserschnitt kann eine rationale Entscheidung angesichts begrenzter Auswahlmöglichkeiten darstellen. Es ist möglicherweise ein Weg, eine gewisse Kontrolle über die Geburtserfahrung zu gewinnen. Alternativ (oder zusätzlich) kann der Wunsch nach einer Sectio auch eine Vermeidungsstrategie darstellen. Menschen, Orte oder Geschehnisse zu vermeiden, die Erinnerungen an traumatische Erfahrungen hervorrufen, ist ein Symptom einer akuten Stressreaktion oder einer posttraumatischen Belastungsstörung und entsteht aus Angst vor einer bestimmten Situation“* (Hildingsson, Radeststad, Rubersson et al 2002 zit. aus die Hebamme 2003).

## **7.2 Die real erlebte Geburt**

### **7.2.1 Dimensionen des Erlebens**

Das nun folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Erleben der tatsächlichen und realen Geburt. Es geht dabei nun nicht mehr um Vorstellungen, Träume und Ängste wie im letzten Kapitel, sondern um wirklich Gefühltes und leibhaftig Wahrgenommenes. Es geht um Freude und Erleichterung, dass das Kind doch noch geboren werden konnte.

Vor allem aber geht es auch um tiefe Ängste, Hilflosigkeit, Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein, um den Wunsch sterben zu wollen oder darum, wie es sich anfühlt, wenn eine Frau unter heftigsten Wehen um Erlösung bittet.

Das sind Grenzerfahrungen, die zum Menschsein dazugehören. Eine Vorbereitung scheint nicht möglich. Erfahrungen dieser Art können uns hilflos in einer Welt machen, die Kontrolle und Autonomie idealisiert, die Scheitern häufig mit persönlicher Schuld gleichsetzt.

Wir alle wollen uns zugehörig fühlen, doch Grenzerfahrungen können das Vertrauen in das Leben und in die Menschen erschüttern.

Wie den Kontakt wieder herstellen, wenn wir das, was wir erlebt haben, nicht ausdrücken können?  
Wie das Erleben teilen, wenn wir keine Worte für das Unsagbare finden?

### **7.2.1.1 Über die Schwierigkeit, Worte für das Erleben zu finden**

Die meisten der oben angesprochenen Gefühle und Erfahrungen sind mit unangenehmen Empfindungen verbunden. Häufig werden sie gesellschaftlich und persönlich negativ bewertet. Zum einen, weil sie sich ganz konkret schlecht anfühlen, zum anderen, weil sie mit oft mit totaler Passivität einhergehen.

Werte wie Kontrolle und Autonomie werden in unserer Gesellschaft hoch gehandelt. „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“, heißt es in einem Sprichwort. Wir bewundern Menschen, die ihr Leben „im Griff“ haben, die frei entscheiden können, was sie tun und was sie lassen und die in der Lage sind, ihr Leben aktiv zu gestalten.

Das Gefühl der Hilflosigkeit, sich als Opfer fühlen oder wehrlos zu sein, macht den meisten Menschen große Angst. Sich selbst in dieser Passivität, ohnmächtig, ausgeliefert und ohne jegliche Kontrolle zu erleben, ist häufig mit Scham verbunden und kann von anderen Menschen trennen. Das kann das Sprechen über diese Erfahrungen so schwer machen, vor allem dann, wenn das Gegenüber dieses Erleben nicht teilen kann.

Ein anderer Grund, der das (Mit)teilen problematischer Gefühle erschwert, liegt in unserer (Umgangs)sprache selbst begründet. Wie das Un-sag-bare ausdrücken, wenn einem die Worte fehlen oder es einem die Sprache verschlägt.

Dieser Umstand, dass für schwierige Gefühle oft keine passenden Worte gefunden werden können, beeinflusste diese Forschungsarbeit fast im gesamten Prozess.

Während der Durchführung der Interviews machte ich die Erfahrung, dass Frauen, die die Umstände und die menschliche Begleitung während der Geburt als sehr belastend erlebt hatten, zuerst entweder sehr knapp und reduziert über ihr Erleben sprachen oder die Gefühle, die mit dem Erleben verbunden waren, sich direkt in der Interviewsituation darstellten.

Ich möchte dazu ein kurzes Beispiel geben: Als ich Isabelle interviewte, ergab sich folgende Situation: Ich setzte mich an den Tisch, stellte mein Tonbandgerät an, lehnte mich zurück und freute mich auf eine weitere interessante Erzählung. Sie goss mir einen Tee ein, sprach nur wenige Sätze und schon war sie von ihrem Kind in rasender Geschwindigkeit entbunden worden. Ihre Erzählung war zu Ende.

Das hatte ich während der Interviews so noch nie erlebt. Ich fühlte mich total hilflos und handlungsunfähig. Wie sollte ich das Interview weiterführen? Isabelle hatte offensichtlich alles erzählt



und wirkte sichtbar verschlossen. Nach mir endlos erscheinenden Momenten thematisierte ich meine Gefühle von Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit. Das brachte Bewegung in unsere Begegnung. Relativ schnell erkannten wir gemeinsam, dass das, was ich fühlte und so wie sich unsere Begegnung bis jetzt gestaltet hatte, sie im Kreißaal mehr oder weniger bewusst gefühlt hatte.<sup>11</sup> Zum besseren Verständnis für die LeserIn findet sich ihre Geschichte im Anhang.

Manche Frauen erzählten mir selbst sehr belastend erscheinende Aspekte seltsam unberührt und reduziert. Kurz und knapp, scheinbar pragmatisch. Während dieser Interviews hatte ich oft mit meinen eigenen Gefühlen zu kämpfen. Nicht, weil ich es genauso erlebt hatte und wir diese Erfahrung teilten, sondern weil ich wahrscheinlich stellvertretend für die Frauen das fühlte, was sie sich nicht trauten oder zugestanden.

In dieser Situation war ich froh, dass ich diese Gefühle von meinen eigenen unterscheiden konnte.

Ein weiteres interessantes Phänomen fiel mir erst beim Abhören der Tonbänder auf. Auch Frauen, die ihr Erleben relativ gut in Worte fassen konnten, benutzten bei der Darstellung besonders schwieriger Erlebnisse (meist mit dem Tod zusammenhängende Themen) Worte, die mehrere Bedeutungsebenen haben können. Typische Ausdrücke, die sich in mehreren Interviews fanden, waren: *„und dann wurd ´s dunkel“*, *„und das war ´s dann“* sowie *„und dann hab´ ich mich verabschiedet“*.

Verwendet für die Beschreibung des Wirkungseintritts der Intubationsnarkose, bedeuteten diese Ausdrücke in den Interviews aber häufig auch die Konfrontation mit dem entweder befürchteten oder dem in diesem Moment gewünschten Tod.

Während der Interviews fielen mir diese Worte nicht bewusst auf, interessanterweise reagierte ich jedoch jedes Mal relativ kurzfristig durch Nachfrage darauf, in dem ich den drohenden, befürchteten oder gewünschten Tod thematisierte. Ich gewann während der Auswertung den Eindruck, dass diese Begriffe unbewusst als „Köder“ ausgeworfen wurden, um zu prüfen, ob ich auch über die Ebene „dahinter“ zu sprechen in der Lage wäre. Bei allen Interviews, die solche „Köder“ enthielten, vertiefte sich nach meiner Nachfrage das Gespräch.

Aber nicht nur meine Interviewteilnehmerinnen hatten Mühe sich auszudrücken. Während ich die Interviews durchging, nach Gefühlen fahndete und versuchte, diese zu benennen, spürte ich sehr deutlich, dass einzelne Worte oder psychologische Konzepte wie zum Beispiel „Kontrollverlust“ das konkrete Erleben von Frauen nur sehr unzureichend beschrieben.

---

<sup>11</sup> Dieses Phänomen, inneres Erleben oder innere Konflikte innerhalb bestimmter Situationen zu inszenieren, wird in der Psychoanalyse Übertragung genannt.

Angesichts der mir geschilderten Erlebnisse erschienen mir Begriffe wie Angst, Hilflosigkeit und Ärger vergleichsweise harmlos und unpassend. Ja, ich gewann sogar den Eindruck, dass psychologische Kategorien die wirklich erlebten Gefühle der Frauen intellektualisieren und vereiteln. Sie können eine Distanz aufbauen, die (Mit)fühlen verhindert. In diesen Momenten wünschte ich mir keine Diplomarbeit zu schreiben, sondern einen anderen Text, der eine andere bildhaftere Sprache zuließe.

Diesen für mich existenten Sachverhalt erlebte ich als außerordentlich hemmend. Einerseits wollte ich adäquat beschreiben, wie Frauen die Geburt mit Leib und Seele erlebt hatten, andererseits konnte ich nicht von jeder Frau eine ausführliche Einzelfallanalyse anfertigen und darstellen. Das hätte den Rahmen dieser Arbeit deutlich gesprengt. Glücklicherweise löste sich dieses Problem mit dem schriftlichen Verfassen dieses Kapitels.

### **7.2.1.2 Bedrohung des Lebens von Mutter oder Kind verbunden mit Trennung**

Geburt und Tod: Diese beiden Grunderfahrungen menschlichen Lebens berühren uns besonders dann, wenn sie zusammentreffen.

Um dieses zu verhindern, werden in der Schwangerenvorsorge und in der Geburtshilfe enorme Anstrengungen unternommen. Selten ist eine Frau noch „guter Hoffnung“: Engmaschig überwacht, ist die Geburt ein medizinisches Risiko. Behinderung und Tod sollen ausgeschlossen werden. Weil die Geburt immer sicherer für Mutter und Kind geworden ist, wird die Möglichkeit und Wirklichkeit des Todes selten offen thematisiert. „(...), *so fällt die Diskrepanz ins Auge zwischen dem Aufwand der Verhinderung des Todes und dem Zulassen seiner sprachlichen Erwähnung*“ (Wehkamp, K.-H. 1998: 87).

In der nun folgenden Dimension möchte ich beschreiben, wie der mögliche, der befürchtete und der drohende Tod erlebt werden.

***Wenn das Leben des Kindes auf dem Spiel steht*** reagiert die Frau mit Angst und Panik. Häufig gerät sie in einen seelischen Ausnahmezustand, der Fühlen verhindert und nur noch lebensnotwendige Funktionen ermöglicht. Diese emotionale Anästhesie bewahrt vor dem Verrücktwerden, vor dem totalen Zusammenbruch und hilft, in dieser Situation irgendwie handlungsfähig zu bleiben. Diese Fähigkeit, Gefühle von bedrohlichen Ereignissen abzuspalten, ist jedem Menschen gegeben und stellt eine sinnvolle Schutzfunktion der Psyche dar. Äußerungen wie „dicht machen“, „alles wie im Film erleben“, „sich von oben zu beobachten“, können Hinweise auf ein derartiges Erleben

sein, das sich aber dann verheerend auswirken kann, wenn die Spaltung (Dissoziation) in der Folge nicht mehr aufgehoben werden kann.

Eine häufige Reaktion auf die Konfrontation mit dem drohenden Kindstod ist *„dicht zu machen“*. Martina, die während einer Vorsorgeuntersuchung im Krankenhaus mit der bedrohlichen Realität konfrontiert wurde erzählt: *„(...) und dann wurde die Miene von dem Arzt immer ernster und dann hat der gesagt: ‚Ihr Kind kommt heut´noch. Das kriegt schon seit Tagen keine Nahrung mehr und muss sofort geholt werden.‘“* Martina ist durch diese unvermittelte Nachricht derart überwältigt, dass sie die Bedeutung des Gesprochenen negiert. *„Ich kann heut´nicht. Ich muss zu einem Geburtstag.“* Obwohl die Geburt ihrer Tochter schon 9 Jahre zurückliegt, erzählt Martina eigentümlich distanziert. Sie wirkt im Interview wie eingefroren und scheint keinen Kontakt zu ihren Gefühlen zu haben.

Aber nicht alle Frauen reagieren so. Es scheint so, dass die Art und Weise des menschlichen Umgangs, das Ausmaß an empfundener Kontrolle, aber auch das Vertrauen in eine göttliche Ordnung eine Rolle spielen würden. Zur Verdeutlichung möchte ich an dieser Stelle das Erleben von Kerstin beschreiben, die relativ viel Zeit hatte, sich mit dem drohenden Verlust ihres Kindes auseinanderzusetzen. Zusätzlich wurde sie von Hebammen liebevoll begleitet.

Kerstin hatte im gleichen Jahr bereits ein Kind verloren, als sie in der 27. SSW vorzeitige Wehen bekam. Im Krankenhaus wird sie tocolytisch behandelt und erhält zur Beruhigung Valium. Sie leidet unter den Nebenwirkungen der Medikamente, nimmt diese aber aus Sorge um ihr Kind in Kauf. Nach einer Woche setzen erneut Wehen ein, der Muttermund hat sich auf einen cm geöffnet. Sie wird ins Perinatalzentrum verlegt: *„Ich hab´ mich vollkommen überfordert gefühlt. Also schon am Aufnahmetag hatte ich dann zwei Tage damit zu tun, dass ich halt ´ne Frühgeburt erwarten könnte, dass halt wieder mal ein Kind für mich auf dem Spiel steht.“* Die nächsten vier Tage verbringt sie in einem Beobachtungszimmer, mit Valium ruhig gestellt und an Atemnot leidend. *„(...) und das ging dann soweit, dass ich auch keine Luft mehr gekriegt hab´ (...) und ich hab´ mich erbärmlich gefühlt. (...) Ich hab´ nichts mehr gegessen und war wie im Dämmerzustand.“* Dann beginnt die Geburt. *Bei unaufhaltsamer Wehentätigkeit öffnet sich der Muttermund auf 5 cm „(...) und ab da war bei mir so eine Panik da um das Kind, weil er (der Oberarzt) meinte, ich solle es spontan kriegen (...) und für mich war irgendwie klar (...) ich wusste, dass ich das Kind, falls es auch früher kommt, nicht so zur Welt bringen würde. (...) Ich wusste auch, dass man mir das Kind halt wegnimmt, dass es vielleicht noch vor meinen Augen intubiert wird und das wollte ich nicht (weint).“* Kerstin setzt den Kaiserschnitt gegen den Willen des Oberarztes durch.

Kerstins Geschichte hebt sich deshalb von den anderen (mit existenzieller Bedrohung einhergehende Geschichten) ab, weil sie ihr Erleben im Interview sowohl sehr reflektiert als auch emotional schildern konnte. Sie blieb mit ihren Gefühlen verbunden und behielt ein gewisses Maß an Kon-

trolle über die Situation. Möglicherweise wirkt sich hier sowohl die liebevolle Betreuung der Hebammen als auch die Zeit, die bis zur Sectio vergeht, positiv auf die Handlungsfähigkeit Kerstins aus.

***Wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist*** scheinen sich die GeburtshelferInnen grundsätzlich anders zu verhalten, als bei Gefährdung des Kindes. Wurden alle Mütter teilweise sehr unsanft über die Gefährdung ihres Kindes informiert, scheint diese Aufklärung und Information zurückgehalten zu werden, wenn es die Frau (ausschließlich) selbst betrifft. Es scheint so, als solle eine künstliche heile Welt erzeugt werden, die der Frau das Wissen um den eigenen lebensbedrohlichen Zustand vorenthält. Doch dies gelingt häufig nicht: Die Frau spürt das Unheil durch die damit verbundene, nicht transparente und angespannte Atmosphäre. Sie bleibt mit ihren Gefühlen und Ahnungen aber allein, weil sie merkt, dass die GeburtshelferInnen ihr ausweichen oder nicht auf ihre Fragen antworten wollen. Diese Täuschung scheint vor allem Verwirrung und Misstrauen auszulösen. Welcher Wahrnehmung soll die Frau trauen? Ihrem eigenen Gefühl, den subjektiven Deutungen der Situation oder den Aussagen der GeburtshelferInnen?

Dieser Zustand der Verwirrung und des Misstrauens hält meist auch nach Abwendung der Gefahr an. Häufig erfährt die Frau – auch auf Nachfrage - nicht, wie schlimm es um sie stand oder erst dann, wenn sie um Herausgabe der Unterlagen bittet (was offensichtlich einige wegen ihres Misstrauens taten).

Dazu Doris, die wegen Schmerzen im Oberbauch zur Kontrolle stationär aufgenommen wurde: *„Es wurde ein Ultraschall gemacht, aber keine Blutuntersuchung. (...) Ich hab´ immer wieder auf meine Bauchschmerzen hingewiesen, aber keiner hat was gemerkt. Am Montagmorgen kam eine neue Ärztin. Die hat nichts gesagt. Die hat nur die Anweisung gegeben: Sofort Blut abnehmen! Als nach einer Stunde das Ergebnis immer noch nicht da war, wurde die Ärztin unruhig und ich auch. Sie hat wieder nichts gesagt, sondern nur: Sofort Blut abnehmen! (...) Als die Ergebnisse da waren, hat sie sofort reagiert: Das Blutbild ist alarmierend. Wir müssen sofort einen Kaiserschnitt machen.“*

Doris erlebt die Vorbereitungen *„wie im Film“*. *„Meine Fragen wurden abgeschmettert. Es ging mir viel zu schnell. Ich war passiv und überfahren.“* Doris muss nach der Sectio auf der Intensivstation behandelt werden, bekommt Transfusionen. *„Meine Thrombozyten lagen unter dem Wert einer spontanen Blutungsgefahr, aber ich hatte nicht das Gefühl krank zu sein. Es war nicht fassbar und griffig. Mir wurde was vorgemacht, so ´ne Heile-Welt-Stimmung. Nie ist was Kritisches gesagt worden. (...) Dort hatte niemand Interesse, mir irgendetwas zu sagen. (...) Ich hab´ erst sehr viel später erfahren, wie groß die Gefahr für mich und das Kind war.“*

Auch Martina, die bei ihrem zweiten Kind wegen einer Plazenta praevia per primärer Sectio entbunden wurde, merkt während der OP wie die Atmosphäre umschlägt: *„(...) und plötzlich kamen so*

*Schmerzen, unheimliche Schmerzen. Die sind immer schlimmer geworden und ich hab´ gemerkt, dass die Narkose eigentlich nicht wirkt und es ging unheimlich hektisch zu hinter dem Abgehängten. (...) Irgendwann hat dann jemand gesagt, dass der Collin jetzt da ist, aber man konnt´ ihn nicht schreien hören. (...) Irgendwann haben sie meinen Mann nach draußen gerufen und da hab´ ich gedacht: Jetzt ist was mit dem Kind und dann kam die Hebamme und hat gesagt: Es geht ihm sehr schlecht. Er muss beatmet werden und er muss in die Kinderklinik. Er hätte sehr viel Blut verloren. Und ich hab´ mich dann verabschiedet. (...) Als ich aufwachte ging´s mir furchtbar schlecht. (...) Ich war wie im Delirium. (...) Ich hab´ Blutkonserven gekriegt, weil ich soviel Blut verloren hab´ (...) und ich hing halt ziemlich schwer da. (...) Später hab´ ich dann die schweren Depressionen gekriegt. Dann bin ich mit meinem Mann in die Klinik gefahren und hab´ das Gespräch mit der Ärztin gesucht, weil ich mir nicht vorstellen konnte, dass alles so schlimm verlaufen konnte. (...) Sie ist uns ausgewichen und hat gesagt, sie hätte nichts anders gemacht als wenn sie noch mal einen Ultraschall gemacht hätte. Die hat nämlich direkt durch die Plazenta schneiden müssen, die ist in den zwei Wochen doch noch nach oben gerutscht und dadurch, dass man vor der OP keinen Ultraschall gemacht hat, hat man´s nicht gesehen. (...) Ich denk´, dass ging auf ihre Kappe. (...) Man hätte ihm und mir sicher einiges ersparen können, aber sie hat sich rausgeredet und war auch die einzige, die sich überhaupt nicht nach mir erkundigt hat. (...) Ich hab´ gedacht: Die hat ein schlechtes Gewissen und so war´s dann auch. Im Nachhinein haben wir erfahren wie schlimm das eigentlich war.“*

Auch Martina erfährt das gesamte Ausmaß der Gefahr erst, nachdem die angeforderten OP-Berichte eintreffen.

### ***Metaphysische Bedrohung***

Frauen, die in eine Phase des Gebärens eingetreten sind, die von extremen Schmerz, Panik und Verzweiflung gekennzeichnet ist, fühlen sich manchmal in einer derart ausweglosen Situation, dass sie der Tod nicht mehr erschreckt: Nicht mehr wollen, nicht mehr können, nichts mehr wollen, außer, dass es endlich vorbei ist.

Auch viele Frauen, die nicht per Sectio entbinden, kennen diese Gefühle, die manchmal als Ich-Tod beschrieben werden. Sie können vor allem in der Übergangsphase der Geburt auftreten und lösen sich dann aber meistens im aktiven Pressen auf. Die Geburt des Kindes beendet den Schmerz abrupt.

Kann ein Kind nicht auf normalem Wege geboren werden, macht jedoch der Schmerz auch für die duldsamste Frau keinen Sinn mehr. Sie ist ihm derartig ausgeliefert, dass sie nur noch um Erlösung und Rettung bittet. Der Kaiserschnitt wird dann mit großer Dankbarkeit angenommen.

*„Es war ausweglos. Ich hab´ nur noch gedacht: Ich will keine Schmerzen mehr haben. Ich hab´ sogar gesagt: ‚Ich will jetzt sterben.‘ (...) Das, was ich erlebt hab´, das kam an nichts heran, was ich jemals an Schmerzen gehabt hab´. Es gab keine Möglichkeit mehr, keine Rettung. Es war so furchtbar. Ich hätte in diesem Moment alles unterschrieben.“ (Karin)*

Isa glaubt, sterben zu müssen: *„Irgendwann hat bei mir so ein Dauerschmerz eingesetzt. Ich hab´ dann nur noch gebrüllt. Dann hat er geschallt und konnt´ nichts sehen. Ich bin dann weiß geworden und hab´ angefangen zu zittern und dann hat der Arzt Panik gekriegt und hat mir einen Wehenhemmer gegeben und dann hab´ ich nur noch gebrüllt: ‚Noch mehr von dem Zeug. Gebt mir noch mehr von dem Zeug.‘ Also wie der schlimmste Junkie. (...) Dann ging der Blutdruck runter. (...) Mir war alles egal, weil ich gedacht hab´, wenn die jetzt nicht schnell machen, dann werd´ ich das nicht überleben. (...) Mir war ´s scheißegal. Ich hab´ immer Angst gehabt vor der Narkose, aber jetzt habe ich gedacht: Wenn du jetzt nicht mehr aufwachst, dann kriegst du es wenigstens nicht mehr mit.“*

Alle Frauen, deren physische und psychische Qualen durch die Sectio beendet wurden, reagierten erst einmal mit Erleichterung und Dankbarkeit direkt nach dem Eingriff. Viele stellten sich die Frage: Was wäre eigentlich vor 100 Jahren mit mir passiert? *„Wäre ich damals elendig verreckt“*, fragt Barbara. Wie tief die Erfahrung der Bedrohung des Selbst durch den Schmerz ging, wird an der Wortwahl deutlich. Begriffe wie Barmherzigkeit, Erlösung und Rettung durch Engel sind nicht alltäglich, sondern werden im Allgemeinen mit christlichen (spirituellen) Erfahrungen verbunden.

Manchmal scheint die metaphysische Bedrohung so tief zu gehen, dass die Frau nicht mehr aufwachen will. Karin beschreibt einen derartigen Zustand:

*„Der Anästhesist war dann auch noch mal da wegen dem Aufwachen. Er konnt´ sich ´s nicht erklären. (...) Ich war einfach weg und ich wollt´ auch nicht mehr. Er meinte dann auch, ich hätte so komische Sachen von mir gegeben, wo ich aufgewacht und dann wieder weggetreten bin. Also, es war schon so: Ich wollte nicht mehr zu mir kommen. Ich war so ausgepowerd, dass ich in meinem Raum bleiben wollte.“*

Auch Daniela hat es so erlebt: *„Ich hab´ mich in einer absoluten Ausnahmesituation befunden. Ich glaub´, das war auch so ganz tief in mir drin: Oh, lieber Gott, lass mich nicht mehr aufwachen. Das war dann auch. (...) Es war vielleicht nicht nur der Wadenkrampf. Es war, oh Gott ... (leise, stöhnt auf).“*

### 7.2.1.3 Wenn die Geburtshilfe als Geburtsgewalt erlebt wird

Die Darstellung dieser Dimension berührt ein Tabu: Erlebte Gewalt in der Beziehung zwischen HelferInnen und Hilfesuchenden.

Eine Frau, die ihr erstes Kind erwartet, wünscht sich - neben Professionalität - begleitende Menschen, die ihr während der Geburt Mut machen, die sie unterstützen und denen sie vertrauen kann. Gebären bedeutet für viele Frauen, das Herz, die Seele und den Körper zu öffnen, ein Zustand äußerster Verletzlichkeit: Sich zeigen ohne Maske. schutzlos, oft auf behutsame und wohlwollende Unterstützung angewiesen. Wehrlos und ausgeliefert: unüberlegten Worten, unsensiblen Untersuchungen und sie übergehende Entscheidungen.

Das Erleben von Gewalt wird in der Regel von heftigen Gefühlen begleitet: Wut, Hass, das Gefühl der Ohnmacht gegenüber der Krankenhausmaschinerie. Wer entscheidet, was passiert? Die Ärztin, der Arzt, die Hebamme oder die Frau, die mit dem festen Vorsatz in die Klinik kam, nur das zu tun und zuzulassen, was ihren Vorstellungen entspricht.

Beziehungen im Krankenhaus sind nicht symmetrisch. Eine aufgeklärte Kundin ist die Schwangere nur außerhalb der Klinik. Während der Geburt begibt sie sich in Abhängigkeit und ist auf das Wohlwollen der sie Begleitenden angewiesen. Gelingt es nicht, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, kann sich die gebärende Frau einer stärkeren Macht ausgeliefert fühlen, die ihre Bedürfnisse nicht berücksichtigt und willkürliche Entscheidungen trifft.

Erlebte Gewalt in der Geburtshilfe kann viele Gesichter haben. Die wichtigsten möchte ich in diesem Abschnitt beschreiben.

***Gewalt durch Sprache*** kann erlebt werden, wenn Frauen in extrem unsensibler Art und Weise mit dem möglichen Tod ihres Kindes konfrontiert werden.

Daniela, die in der 26. SSW zum Wehenbelastungstest ins Krankenhaus kommt, wird vom Oberarzt beim Ultraschall laut und vorwurfsvoll angefahren: *„Ja haben sie denn nicht gemerkt, dass sie kein Fruchtwasser mehr haben? (...) Ihre Tochter liegt ja auf dem Trockenen! (...) Ja, das ist jetzt eh´ vorbei. Die bewegt sich ja gar nicht mehr.“* Als Daniela dieses Erlebnis während des Interviews erzählt, bin ich fassungslos. Kann das wirklich passiert sein? Ich weiß aus professioneller Erfahrung, dass die Konfrontation mit dem Tod immer Leid und Hilflosigkeit mit sich bringt – für alle Beteiligten. Jedoch kann ich nicht glauben, dass sich ein Arzt derart unmenschlich und zynisch verhält. Das gleiche geschieht mit Daniela. Sie sagt später: *„Das war der Moment, wo ich dicht gemacht hab´, wo ich einfach das Gefühl hatte: Ich schaff´ das nicht mehr.“* Sie muss nicht nur

schlucken, dass ihr Kind in akuter Lebensgefahr ist, sondern auch die Tatsache verkraften, dass der Oberarzt ihr die Schuld dafür gibt. Hätte sie besser auf ihr Fruchtwasser geachtet, dann wäre das nicht passiert, gibt er ihr indirekt zu verstehen. Das Gefühl der Schuld wird für Daniela eine lange Zeit eine zentrale Rolle spielen.

In diesem Zustand der seelischen Erstarrung bräuchte die Frau Menschen, die helfen den Schock auszuhalten: ÄrztInnen, Hebammen und Schwestern, die ihr menschliches Leid teilen, die offen sind für eine menschliche Begegnung und, die sich nicht aus Unsicherheit hinter Befunden und technischen Apparaten verstecken. Scheinbar emotionsloser Umgang mit existenziellen Bedrohungen wird häufig als kalt und verletzend erlebt. Schuldzuweisungen und Unterstellungen können traumatisch wirken.

Verbale Gewalt kann aber muss nicht mit existenzieller Bedrohung einher gehen, häufiger äußert sie sich in abwertenden Kommentaren oder mit beißender Ironie „*Sie sind jung und gesund*“, hörte Gunda, die sowohl eine Krebserkrankung als auch drei Fehlgeburten erlebt hatte, als sie wegen Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase um einen Kaiserschnitt bat.

Isa machte - wie einige andere Frauen auch - die Erfahrung, dass subjektive Empfindungen und Gefühle von GeburtshelferInnen häufig nicht ernst genommen und abgewertet werden. Diese Abwertung kann das Vertrauen und das Selbstwertgefühl einer Frau empfindlich beeinträchtigen.

*„Man kommt sich da so lächerlich vor. (...) Man wird da ja auch, wenn man da rein kommt und man hat noch keine richtigen Wehen, so richtig blöd behandelt.“ (Isa)*

**Gewalt durch grobe Untersuchungen** bedeutet, dass Körper, Seele und die Würde einer Frau bei vaginalen Untersuchungen verletzt werden.

Dabei geschieht die eigentliche Verletzung nicht durch die Handlung an sich, sondern durch die Handlung begleitende zwischenmenschliche Beziehung. Wenn der Untersuchende und Handelnde ein Mann ist, können vaginale Untersuchungen als Vergewaltigung erlebt werden.

Keine Frau hat dieses Erleben direkt ausgesprochen, wahrscheinlich, weil diese Erfahrung mit Scham verbunden ist und die Frau den GeburtshelferInnen kaum absichtsvolles Handeln unterstellen will. Jedoch lässt die Wortwahl wenig Raum für eine andere Interpretation:

*„Der hat an mir rum gemacht. (...) Der hat mir das Ding immer rein gestochen und wieder raus gezogen. Der war grob. Da fühlt man sich (schweigt). (...) Ich kam mir vor wie ein Stück Vieh und er war der Schlächter. (...) Man hat das Gefühl, man ist gar nicht mehr der Mensch.“*

Karin beschreibt hier, wie der Dienst habende Arzt versucht, ihr auf dem OP-Tisch einen Blasen-katheter zu legen. Durch das beziehungslose und grobe Handeln fühlt sie sich als Mensch verletzt.



Ihre Wortwahl legt nicht nur die Verletzung des Menschlichen nahe, sondern auch die Verletzung des Weiblichen.

Auch Isa – selbst Ärztin - beschwerte sich über die Art und Weise der vaginalen Untersuchung, bei der die Fruchtblase gesprengt wurde, ohne, dass sie zuvor darüber informiert wurde: *„Bei der Untersuchung war noch eine andere Hebamme und ein Medizinstudent dabei. Die Hebamme war maulig. Die konnte ich nichts fragen und den Oberarzt kannte ich gar nicht. Ich dachte, ich spinne. Da stemmt der sich mit seinem Körper und der hat solange gedrückt: Es war schon klar, was der vor hatte. Das fand ich echt heftig und das hat mich geärgert.“* In Isas Erleben tritt der Beziehungsaspekt deutlich zu Tage. Da ist niemand, dem sie vertrauen kann. Sie fühlt sich zu Ausbildungszwecken vorgeführt. Obwohl Isa diese Szene sprachlich relativ neutral erzählt, entsteht bei mir ein Bild, in dem ich mich als Voyeurin erlebe. In diesem Bild wissen alle beteiligten Personen außer Isa Bescheid.

Als letztes möchte ich Barbara zitieren, die keinen „guten Draht“ zu ihrer zweiten Hebamme aufbauen konnte. Sie fühlt sich regelrecht abgewiesen und beschreibt den Kontakt so: *„Meine Hebamme hat mir nicht geholfen. (...), wenn da die mütterliche Dortmunderin gewesen wäre: Die hätte da nicht gesessen und hätte da unten rumgestochert. Die hätte sich auch mal neben mich gesetzt und mich in den Arm genommen.“* Auch dieses Beispiel drückt eine unheimliche Beziehungslosigkeit zwischen den beteiligten Menschen aus. Die vaginale Untersuchung wird zum grenzverletzenden Rumstochern.

**Gewalt durch Unterlassen** bedeutet, dass Nicht-Handeln als bewusstes Nicht-Helfen-Wollen erlebt wird.

Eine für diesen Konflikt typische Situation schildert Barbara: *„Unter dem Wehentropf hatte sich der Muttermund auf 9cm geöffnet. Dann sollte der Pressdrang kommen. Die PDA lief aus. (...) Und dann hat mich das ziemlich überrollt. Ich hab´ nur noch geschrieen. Es war nur noch Schmerz. (...) Nach einer Stunde auswegloser Schmerzen und großer Angst fragt sie nach einem Kaiserschnitt. Darauf die Hebamme: „Frau B., das ist jetzt nicht der Befund für einen Kaiserschnitt.“* Barbara versucht es verzweifelt noch einmal: *„Ich will jetzt sofort eine Vollnarkose. Ihr könnt mich auch erschießen. (...) Weil, das war das Schlimmste, dass man den Schmerzen so ausgeliefert war. Vorher denkst du, du schaffst das irgendwie. Dann stehen 5 Leute um dich herum und untersuchen dich. Dann nehmen sie dir die Betäubung weg, die sie dir vorher gegeben haben und du liegst da und schreist und weinst und keiner macht was und alle denken: Ja, ja, das kommt schon, aber es kommt nicht.“*

Barbara fühlt sich der Willkür der Hebamme ohnmächtig ausgeliefert. Sie versteht nicht, warum sie keine Sectio haben kann und es wird ihr auch nicht erklärt. Bettelnd wie ein kleines Kind, macht

sie die Erfahrung, dass sie keine Möglichkeit der Einflussnahme hat: eine demütigende, klein machende Situation.

Sicherlich kennen auch Frauen, die nicht per Kaiserschnitt entbinden, diese Gefühle. Der entscheidende Unterschied besteht aber darin, dass hier das Kind schließlich nicht auf vaginalem Wege geboren werden kann und die Zeit, die bis zur Indikationsstellung zur Sectio vergeht, als unsinnige, unnötige und von den GeburtshelferInnen verursachte beziehungsweise geduldete Qual empfunden werden kann.

Marianne kritisiert: *„Carla hat den Kopf nach oben gehabt. (...) Welche Erfahrungen hat man mit der Lage? Kann man da nicht früher reagieren? (...) Ich hab´ gedacht, was muss man die Leut´ so lang quälen.“*

**Gewalt durch Handeln ohne Einwilligung** bedeutet, dass die Frau sich als Opfer medizinischer Interventionen fühlt, denen sie nicht zustimmen kann. Im Grunde genommen ist hier der Tatbestand der Körperverletzung erfüllt.

Diese Konflikte entstehen häufig im Zusammenhang mit existenzieller Bedrohung. Wegen der gebotenen Eile wird vergessen, die Frau über die geplanten Maßnahmen zu informieren bzw. sie in vorausschauende Überlegungen mit einzubeziehen. Die Folge ist, dass sie sich übergangen und unmenschlich behandelt fühlt.

Isabelle, die in der 32. SSW wegen Bauchschmerzen ins Krankenhaus geht, erzählt: *„Ich bin hingegangen mit dem Gefühl, ich hab´ ne Blasenentzündung und dann kann ich wieder nach Hause gehen. (...) Und dann ging alles rasend schnell, also ohne, dass man mir was gesagt hat, haben die angefangen mich zu rasieren und für den OP fertig zu machen und mir hat immer noch keiner gesagt, was eigentlich los ist. (...) Irgendwann kam der Anästhesist und hat gesagt, ich solle jetzt zum OP einwilligen und das hab´ ich nicht gemacht, weil ich gemerkt hab´, das geht alles viel zu schnell. (...) Irgendwann hab´ ich dann eingewilligt, weil die mir gesagt haben, dass die Herztöne vom Leander immer schlechter werden (...) und dann ging alles rasend schnell. Dann wurd´ ich in den OP geschoben und als ich aufwachte, hatte ich kein Kind mehr im Bauch. Das war das Allerschlimmste: Die haben mir das Kind aus dem Bauch gerissen.“*

So wie Isabelle von der Geburt ihres Kindes erzählt, wird deutlich, dass sie sich gewaltsam verletzt fühlt. Sie kann sich zu keinem Zeitpunkt erklären, was und warum es passiert. Sie fühlt sich ohnmächtig in der Gewalt des Krankenhauspersonals. Niemand spricht mit ihr und lässt sie an den Überlegungen und Befürchtungen teilhaben, die im Raum stehen.

Isabelle sagt: *„Wenn jemand mit mir geredet hätte, wenn´s mir jemand erklärt hätte, dann hätte ich auch mitmachen können. Aber das war wirklich ganz schlimm. (...) Das war menschenunwürdig. (...) dieses Ausgeliefert sein, diese Hilflosigkeit und diese Ohnmacht.“*

Betrachtet man die dargestellten Aspekte erlebter Gewalt, wird deutlich, dass Gewalttaten Beziehungstaten sind. Gewalt spielt sich immer zwischen Menschen ab. Es gibt Täter und Opfer. Menschen, die Macht haben und solche, die ohnmächtig sind.

Gewalt in der Geburtshilfe kommt unerwartet und wirkt auch deshalb besonders verletzend, weil sie das Vertrauen und die Bedürftigkeit abhängiger und auf Hilfe angewiesener Menschen verletzt. GeburtshelferInnen haben gegenüber der entbindenden Frau einen Wissensvorsprung, doch dieser darf nicht dazu missbraucht werden, Anordnungen zum vermeintlichen Wohle von Mutter und Kind zu treffen, ohne diese dialogisch in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Selbst im Notfall muss die Frau erfahren, warum etwas mit ihr passiert. Ausführliche Erklärungen sollten dann nach der Entbindung folgen.

Unterstützende Geburtshilfe scheint sich hier in einem Dilemma zu befinden: Einerseits sollte sie das Selbstbestimmungsrecht der gebärenden Frau berücksichtigen, andererseits kann das Geburtserleben verbunden mit starkem Schmerz zu starker Regression der Frau führen, die nicht mehr selbst bestimmen kann oder will. Ähnlich wie in der Beziehung zwischen Mutter und Kind ist die Gebärende dann auf positive „Bemutterung“ angewiesen, die sie in ihrem Bedürfnis nach Schutz und Hilfe annimmt, aber sie in dieser Bedürftigkeit nicht klein macht.

Die Schwierigkeit besteht darin, dass viele schwangere Frauen vor der ersten Entbindung nicht einschätzen können, welche Bedürfnisse sie unter der realen Geburt entwickeln werden. Oft schätzen Frauen in ihre Fähigkeiten und Bedürfnisse nicht realistisch ein, so dass während der realen Geburt eine Situation entstehen kann, die die Frau mit einem ihr völlig fremden Verhalten konfrontieren kann. Wird dieses Verhalten negativ bewertet, kann dies dazu führen, dass die Schuld bei den unmittelbar unterstützenden Menschen gesucht wird.

#### **7.2.1.4 Trennung von Körper und Seele – Entfremdung des Leibes**

In dieser Dimension soll es um verschiedene Erfahrungen gehen, die Empfindungen des Leibes betreffen. Ich spreche vom Leib, da in meinem Verständnis keine Trennung von Körper und Seele vorhanden ist.

Als ich die Interviews anfangs auf leibliche Empfindungen hin absuchte, fand ich bis auf den physischen Schmerz wenig konkrete Hinweise auf ein solches Erleben. Da aber eine Geburt normalerweise den ganzen Körpereinsatz fordert, fand ich die Abwesenheit von vielfältigen Empfindungen bedenkenswert und kam zu dem Schluss, dass gerade die durch Betäubungsmittel und Narkose hergestellte und beabsichtigte Empfindungslosigkeit, das Auftreten von Entfremdungsgefühlen verstärken könnte. Normalerweise besteht Kontakt zwischen der Vorstellung eines Körperteils und

dem direkten Spüren. Durch die Anästhesie wird dieser Kontakt unterbrochen. Empfindungen verschwinden oder können sich unwirklich anfühlen. Normalerweise ist diese Unterbrechung durch die Anästhesie auf einen kurzen Zeitraum von wenigen Stunden beschränkt. Im Bereich der Narbe werden allerdings immer Nerven durchtrennt und je nach Verletzungsgrad können Taubheitsgefühle lange anhalten.

### ***Die eigene Kontrolle über den Körper verlieren***

Wenn ich in diesem Abschnitt über Entfremdung spreche, dann meine ich damit, dass Körper und Seele getrennt wahrgenommen werden. Der Körper gehört nicht mehr der Frau. Sie spürt sich nicht mehr oder ihre Wahrnehmungen unterscheiden sich in grundlegender Weise von ihrem normalen Erleben. Diese Erfahrungen tauchen meist im direkten Zusammenhang mit der Durchführung der Sectio auf. Sie können großes Unbehagen und starke Ängste auslösen. Hier scheinen nun vorwiegend Frauen betroffen zu sein, deren Wahrnehmung noch nicht durch das Erleben von starkem Schmerz beeinträchtigt ist (z.B. bei primärer Sectio).

Ursel erzählt: *„Ich hab´ überhaupt keine Glücksgefühle gehabt, weil ich war so am Zittern. Ich war so mit mir beschäftigt. (...) Ich muss mein Zittern wegkriegen. (...) Normalerweise wollte ich ohne Medikamente, aber ich hab´ gemerkt das pack´ ich nicht. Ich brauch´ etwas, dass das Zittern weggeht. Ich merk´, dass ich jetzt auch anfangen zu zittern, so extrem ist das Gefühl. Mir wird auch kalt. Das hatte ich auch. Ich hab´ gedacht, wunders wie schlimm (...). Genauso mit der Betäubung der Beine. Für mich war das ganz schrecklich, dass ich meine Beine nicht bewegen konnte. Ich weiß, ich hab´ da im Bett gelegen und hab´ probiert und probiert und ich weiß es ging nicht und diese Angst, oh Gott.“*

### ***Die Reduktion auf ein Objekt***

Das Verletzende dieser Erfahrung ist die Entmenschlichung, die eine Frau vor oder während der OP empfinden kann. Mit der Entscheidung zur Sectio wird aus der gebärenden Frau eine chirurgische Patientin. Damit verbunden ist eine deutliche Änderung der Atmosphäre. Während im gedämpften Licht des Kreißsaals oft nur wenige Menschen anwesend sind, die die Frau während der Geburt unterstützen, kommen im OP schnell 7 bis 10 professionelle HelferInnen zusammen, die an der Durchführung einer Sectio beteiligt sind. Die meisten davon sind der Frau unbekannt. Wenn diese keinerlei Beziehung zur Frau aufnehmen, fühlt sie sich mit ihren Gefühlen und in ihren Bedürfnissen nicht wahrgenommen, sondern reduziert auf ein Objekt. Einige Frauen schilderten mir, dass sie sich wie „ein Stück Vieh“, „ein Stück Stoff“ oder wie in einer „Fleischfabrik“ gefühlt hätten.

Auch Gabi fühlt sich auf ein bloßes Körperobjekt reduziert. *„(...) Und ich fand das auch sehr menschenunwürdig. Ich war dann ja ganz nackt. Ich war ja überall rasiert, nur so ´n Tuch, hab´ schrecklich gefroren. Das hatte aber niemand ernst genommen. (...) Und weil das eben bei mir aufgrund meiner Darmerkrankung was Spezielles war, hat mich der Professor operiert und ich weiß nicht, diverse Studenten waren auch noch dabei und das war für mich: Da kam ich mir gar nicht mehr vor wie ein Mensch, sondern nur noch wie ein Objekt. (...) Um meine Gefühle hat sich keiner gekümmert (...) nur die technischen Dinge waren interessant. Ich als Person war da außen vor. (...) Mir hätten ein paar Worte gereicht, aber ich bin mir vorgekommen wie ein interessantes Objekt, weil es nicht alle Tage vorkommt, für den Professor eine Herausforderung.“*

### ***Totale Kontrolle durch fremde Menschen***

Nicht nur die Tatsache des Gefühls der Entmenschlichung kann Angst machen, sondern auch die reale Erfahrung, dass sich die Frau als Körperobjekt auf dem OP-Tisch festgeschnallt sieht und Körperfunktionen wie Atmung, Ausscheidung und Bewegung von fremden Menschen kontrolliert werden. Dazu kann die Angst kommen, bei lebendigem Leibe und vollem Bewusstsein aufgeschnitten zu werden und die Angst, die Operation zu spüren. Bezeichnungen wie „sanfter Kaiserschnitt“ führen in die Irre, beobachtet man, wie viel Kraft manchmal nötig ist, um ein Kind aus der Gebärmutter zu entwickeln. Da wird gezerzt und geruckelt. Die Frau liegt hinter dem Tuch: gekreuzigt, getrennt in zwei Hälften, ihrem Körper entfremdet.

Kerstin schildert ihre Empfindungen im OP: *„Ja, es war halt. Das wird wahrscheinlich jeder Frau so gehen, die halt in ´n OP kommt, unvorbereitet. Dass man sich da furchtbar ausgeliefert fühlt. Man wird hin und her geschoben. (...) Alles hart. Alles kalt und diese Riesenlichter und man hat mich halt so gedreht wie man mich irgendwie zum Anschließen von irgendwelchen Zugängen oder so braucht und als ich aufgewacht war, weiß ich nur noch, dass mir im Moment, als ich wieder zu mir kam, irgend ´ne Frau auf den Bauch gedrückt hat, dass ich wirklich geschrien hab´. Und die meinte dann. ‚Das muss so sein, damit sich die Gebärmutter zusammenzieht.‘ (...) Die Ärzte waren da schon ein bisschen vorsichtiger und hatten da nicht draufgedrückt wie auf ´n Stück Stoff.“*

Während die meisten Frauen die OP-Vorbereitungen nur bruchstückhaft erinnern, fühlte ich mich bei Tanja fast in Zeitlupe dabei. Sie hat große Angst, weiß nicht, was auf sie zu kommt und fühlt sich verunsichert. Obwohl sie geduldige und freundliche GeburtshelferInnen hat, fühlt sie sich während der Wartezeit und auch später im OP allein. Das Schlimmste für sie: die Erfahrung, gefesselt zu werden, hilflos ausgeliefert *„wie ein Maikäfer auf dem Buckel“*, fremde Augenpaare auf sich gerichtet spüren.

*„Und dann gab ´s einen Moment, wo mir die Tränen in die Augen schossen, wo mir die Arme angeschnallt worden sind. Dann hab´ ich gesagt: Ich will das nicht. ‚Ja, doch, das müssen wir jetzt*

*aber machen'. (...) Da bin ich mir vorgekommen wie ein Stück Vieh auf der Schlachtbank. Da hatte ich das erste Mal Tränen in den Augen. (...) Ich hatte das ja noch nie erlebt (Tanja)“*

Dieses Erleben der totalen Abhängigkeit, der Entfremdung des Leibes während der OP fordert die gesamte psychische Anpassungs- und Integrationsfähigkeit einer Frau. Die Wirkungen dieses Erlebens können meiner Ansicht nach nur durch freundliche, zugewandte, menschliche Bezogenheit gemildert werden.

### ***Dauerhafte Verunsicherung?***

Aber nicht nur die veränderte Wahrnehmung des Körpers unter der OP kann zu Angst und Fremdheit führen, sondern auch das Körpergefühl danach. *„Man hat ewig das Gefühl, da ein großes Loch zu haben. (...) Von heute auf morgen kommt man sich vor wie eine leere Blumenvase. (...) Manchmal kommt mir das jetzt vor wie eine fremde Körperhülle, wo man ganz lange braucht, bis man das wieder als seinen Körper akzeptieren kann.“* Isa beschreibt die Folgen der Entfremdung.

Sich nicht mehr anfassen mögen, kein Leben im Bauch zu spüren, Angst, die Narbe zu berühren, Angst, dass es nicht zusammenwächst und die Angst, dass der Bauch beim Pressen auf der Toilette wieder aufplatzt sind andere wahrgenommene Folgen der fremden Körperwahrnehmung.

Während sich viele Frauen schnell von diesen belastenden Folgen der Sectio erholen, brauchen manche Frauen Jahre, bis sie sich wieder einigermaßen intakt fühlen. Hier sind vor allem diejenigen betroffen, die die Umstände, die zum Kaiserschnitt geführt haben, traumatisch erlebt haben.

Fremdheit und Verunsicherung beziehen sich aber nicht nur auf die Wahrnehmung des Körpers, sondern schließen die Seele und den emotionalen Kontakt zu anderen mit ein. Sich selbst und anderen eine Fremde werden. Sich selbst nicht mehr verstehen. Eine existenzielle Krise kann eine Frau in ihrem Grund erschüttern und völlig unbekannte Reaktionen zu Tage fördern.

Daniela, die sich in ihrem Leben immer als Opfer gefühlt hatte, wehrt sich das erste Mal, als sie eine Krankenschwester anfährt, weil sie die Station ohne Erlaubnis verlassen hatte: *„(...) Das war dann der Moment, wo ich keine Lust mehr gehabt hab', mich von irgend jemand in so 'ner Art und Weise behandeln zu lassen. Ich hab' genauso zurückgeblökt, was ihr einfällt. Ich bin in mein Zimmer. Die staubt mir hinterher und ich hab' nur gebrüllt: ‚Raus! Tür zu!‘ Und dann hab' ich (Pause) mmh 'nen Teller nach ihr geschmissen. Und das war aber ein Moment, wo es mir richtig klasse ging.“*

### 7.2.1.5 Von Gegenüberlosigkeit und unbefriedigenden Beziehungen

Nur durch den anderen kommt der Mensch zur Klarheit über sich selbst (Karl Jaspers).

Für das Erleben und die Bewertung der Geburt ist das Vorhandensein von menschlichem Interesse und empathischer Zuwendung von ausschlaggebender Bedeutung. Sehr positiv erlebte menschliche Zuwendung kann dazu führen, dass Erfahrungen im Zusammenhang mit dem befürchteten oder drohenden Tod sowie Entfremdungsgefühle des Leibes abgemildert werden. Im Erleben von Gewalt ist das Fehlen von positiv erlebter Zuwendung obligat.

Häufig fühlen sich Frauen, die keine Kommunikation, die kein Gegenüber erlebten, in dem sie sich spiegeln konnten, als Objekt: Geschlechtslos, klinisch steril, funktional und auf den Körper reduziert.

Im schlimmsten Fall fühlen sie sich gar nicht. Die Seele, die eigene Geschichtlichkeit außen vor und nicht beachtet.

Einen Arm zum Blutdruckmessen, einen Mund für das Fieberthermometer, reduziert auf Laborwerte und Diagnosen, die zur Beurteilung des Gesundheitszustands eher herangezogen werden als das subjektive Empfinden der Frau. Bei der Visite mag sie hören: *„Das ist der Kaiserschnitt vom Wochenende.“* Oder, wenn sie sich aus Unsicherheit zu früh im Kreißaal meldet: *„Ich kam mir so lächerlich vor.“*

*„Ich als Mensch hab´ nicht gezählt.“* *„Um meine Bedürfnisse hat sich keiner gekümmert.“* *„Ich war denen so egal.“* So haben sich viele meiner Interviewteilnehmerinnen zumindest zeitweise geäußert.

Sehr eindrücklich schildert Doris diese Erfahrung. Nach der Sectio wird sie wegen eines Hellp-Syndroms auf der Intensivstation überwacht. *„Ein Fall, der nicht vorgesehen war“*, sagt sie sichtbar traurig. *„Ich hab´ mich auf der Intensivstation völlig verloren gefühlt. (...) Ich war frisch entbunden. Es hat keiner für nötig befunden, mich über das Kind in Kenntnis zu setzen. Es hat mir keiner gesagt, ob´s dem Kind gut geht. Es hat mir keiner gesagt, ob ich´s sehen kann und wann ich´s sehen kann. Gar nichts. Einfach gar nichts. (weint) Es war so, als: Wir halten die Frau irgendwie am Leben und sonst nichts. (...) Mein Problem war: Ich war nicht stabil genug, um diesen Standardablauf, der dort gefahren wird, zu durchbrechen und von der anderen Seite hat´s keiner für nötig befunden, mir´ne Brücke zu schlagen. (...) Es war so absurd. Ich wusste nicht, wer Arzt oder Schwester war. Es hat sich auch keiner vorgestellt. Es war überhaupt kein Bestreben, irgend etwas transparent zu machen. (...) Es wurde nichts kommentiert. Es wurde nicht gefragt, sondern es wurde gehandelt ohne Mitteilung, so, als sei ich nicht ansprechbar.“*

Glücklicherweise kann Doris ihrem Ehemann alles sagen, sich ihm anvertrauen. Er betätigt sich fortan als „Kommunikationsschnittstelle“. *„Wenn ich meinen Mann nicht gehabt hätte, ich glaub´ dann säße ich jetzt nicht hier und sag´: Ich hab´ s verkräftet.“*

Genau wie Doris vermute ich auch, dass sie dieses Erleben ohne ihren Mann nicht verkräftet hätte. Die Erfahrung, nur (physisch) versorgt zu werden, aber als Mensch überhaupt nicht beachtet zu werden, halte ich für psychisch extrem destabilisierend. Gefühle starker Einsamkeit und Verlassenheit lassen die Frau verstummen. Sie macht die Erfahrung, dass ihr „Rufen“ unbeantwortet bleibt. Mutter-seelen-allein.

Ich glaube, dass Menschen in Krisen - dazu zähle ich die Geburt eines Kindes vor dem Hintergrund existenziell bedrohlicher Umstände - anderer Menschen bedürfen, die durch ihr Da-Sein und die Fähigkeit das eigene Selbst in der zwischenmenschlichen Beziehung zur Verfügung zu stellen, einen „schützenden Mantel“ um die verunsicherte Person legen. Das Durchleben von Grenzsituationen erschüttert den Halt gewohnter Lebensbedingungen. Der Mensch wird radikal auf sich selbst zurückgeworfen, verunsichert und in Frage gestellt. Es droht der Verlust dessen, was bislang als Wesentlich betrachtet wurde. Was bleibt? Jetzt braucht er ein Gegenüber, in dem er sich spiegelnd wieder erkennen kann.

Ich vermute, dass das Erleben von „Gegenüberlosigkeit“ in der Kombination mit starken Entfremdungsgefühlen (auch durch Opiate und Tranquilizer verstärkt) bei entsprechender Vulnerabilität<sup>12</sup> einer Frau in präpsychotische Zustände führen kann, die mit starker Verunsicherung und Angstgefühlen verbunden sind.

Kerstin beschreibt kurz vor der Geburt ihres Sohnes einen Zustand, der an präpsychotisches Erleben erinnert. Auch während des Interviews war ihre Verunsicherung und Verzweiflung über ihre sie verwirrende Wahrnehmung stark spürbar. Sie berichtet von einem Zeitpunkt an dem sie schon einige Tage mit absoluter Bettruhe in der Klinik, durch Valium „niedergestreckt“ lag: *„Und ich war allein in dem Zimmer und ich kann mich auch noch an Details erinnern, wo was stand und wo welches Bild hing und was ganz eigenartig war: Ich hatte durch diesen Wehenhemmer, hatte ich Atemnot gekriegt und das ging dann soweit, dass ich auch keine Luft mehr gekriegt hab´(...) und hab´ mich einfach erbärmlich gefühlt. (...) Ich war wie im Dämmerzustand auch eh und man hat mir Valium gegeben mit dem Hinweis, dass sich dann auch die Gebärmutter beruhigen würd´ und ja, es war dann halt so, dass ich mich wie niedergestreckt gefühlt hab´ und ich hab´ vieles auch gar*

---

<sup>12</sup> Der Begriff Vulnerabilität im Zusammenhang mit psychotischem Erleben wird als Verletzlichkeit und damit als Schwellensenkung gegenüber sozialen Reizen definiert. Der die Psychose auslösende Stress sind für den Begründer der Vulnerabilitätshypothese Joseph Zubins Folgen psychosozialer Belastungen. Für Zubin ist grundsätzlich jeder Mensch psychosozialfähig, wenn er den entsprechenden Belastungen ausgesetzt ist, allerdings in unterschiedlichem Maße (Wienberg 1997: 31).



*nicht mehr wahrgenommen und ich bin auch, im Nachhinein hatt´ ich so ´n Gefühl, als sei ich irgendwie Bewusstseins getrübt gewesen. (...) Ich hätte schwören können, dass ich in einer anderen Umgebung war und das hat mich schier zur Verzweiflung gebracht (seufzt). Ich hätte wirklich schwören können: Ich war nicht in dem Raum und ich konnt´ mich dann auch nur schemenhaft an diese Nacht dann erinnern, als mein Sohn kam.“*

Doris, deren Erleben von „Gegenüberlosigkeit“ ich schon zitiert habe, sagte: *„Ich hab´ mich nach der Geburt stark verändert. Es war nicht greifbar. (...) Es ist schwer auseinander zu halten. Was liegt an der Hormonumstellung? Was liegt an der Atmosphäre? Was liegt an den Schmerzmitteln? (...) Ich war weinerlich und verletztlich. (...) Nichts beeinflussen zu können, nichts verändern können. (...) Ich konnte mich auf nichts einstellen.“*

Das Erleben von Gegenüberlosigkeit scheint ein Gefühl von starker Verunsicherung und Einsamkeit zu verursachen. Ohne Bezogenheit und Ansprache geht das Gefühl für das Selbst verloren. Gefühle und Gedanken münden im Nichts. Anders als beim Erleben von direkter Gewalt, das zumindest meist am Anfang mit Wut und Aggression verbunden ist, kann eine Frau, die Gegenüberlosigkeit erlebt, ihre Gefühle und ihr Erleben kaum benennen. Sie spürt kein konkretes Gegenüber, auf das sie ihre Gefühle beziehen könnte<sup>13</sup>.

### ***Sich in seiner Bedürftigkeit und Unsicherheit nicht angenommen fühlen***

Eine Frau, die entbindet, hat das Bedürfnis nach emotionaler Sicherheit. Sie wünscht sich einfühlsame Begleitung – sowohl während der Geburt als auch im Wochenbett - und vielleicht auch jemanden, der ihr im unbekanntem Terrain die Richtung weist. Dieser Wunsch führt bei vielen Erstgebärenden zur Regression<sup>14</sup>. Sie möchten „bemuttert“, beschützt und angeleitet werden, weil sie nicht wissen, was auf sie zukommt, und weil dieses Gefühl mit Angst verbunden sein kann. Dieser Regressionswunsch ist - vor allem bei Erstgebärenden - oft schon während der ersten schmerzhaften Wehen zu spüren.

---

<sup>13</sup> Interessanterweise ist für mich Gegenüberlosigkeit auch im Kontakt mit Menschen, die an einer Psychose leiden, spürbar. Während ein „gesunder“ Mensch bei Blickkontakt irgendwann eine Grenze errichtet oder wegschaut, habe ich beim Blick in die Augen eines Menschen mit einer Psychose in der Regel das Gefühl, gleich hinten aus den Augen wieder herauszufallen oder von vornherein auf eine Mauer zu prallen. Entscheidend empfinde ich, dass zwar eine Form des Kontaktes vorhanden ist, aber keinerlei Bezogenheit, die aus dem Ich und dem zeitweise ein Wir werden lässt. Ein ähnliches Phänomen kommt ebenfalls beim Erleben von Gegenüberlosigkeit zum Tragen. Auch hier kommt kein Wir zu Stande. Es entsteht große Einsamkeit im Kontakt. Ich möchte diese Beschreibung eines Phänomens als persönliche Anmerkung verstanden wissen, die selbstverständlich keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erhebt.

<sup>14</sup> Regression bedeutet wörtlich: Rückschritt. In der Psychoanalyse versteht man darunter das Wiederauftreten von entwicklungsmäßig früheren (infantilen) Verhaltensweisen.

Diese starke Bedürftigkeit kann die Frau wie ein Kind abhängig machen. Sie ist dadurch auf wohlwollenden und emotionalen Umgang angewiesen. Professionelle Distanz, die häufig ohne Körperkontakt und mit ausschließlich sachlicher Information einhergeht, kann als emotionale Ablehnung empfunden werden. Diese kann ebenfalls mit dem Gefühl von starker Einsamkeit einhergehen. Viele Interviewteilnehmerinnen berichteten, dass sie sich alleingelassen und vergessen gefühlt haben, nicht nur während der Geburt ihres Kindes, sondern auch im Wochenbett.

*„Ich hab´ gedacht, die Hebamme geht auf mich ein. (...) Die war sicher professionell, aber ich hab´ mich nicht angenommen gefühlt.“ (Christiane)*

*„Ich kam mir so weinerlich vor und wurde nicht ernst genommen.“ (Barbara)*

Manche Frauen fühlen sich nicht ernst genommen und abwertend behandelt, weil sie den (vermuteten) Erwartungen der GeburtshelferInnen nicht entsprechen können. *„Und man wird da ja so richtig blöde behandelt: Wenn man da ankommt und noch keine richtigen Wehen hat.“ (Isa)*

Auch Daniela meint: *„Es sind oftmals Kleinigkeiten (...), damit man sich als Patient sicher fühlt, aufgehoben. Das sind nicht die großen. Ich brauch´ keinen Sigmund Freud an meinem Bett, aber ich erwarte, dass man mit Menschen, die sich in einer Ausnahmesituation befinden (...). Da hab´ ich einfach, wenn ich in so ´nem Beruf arbeite, ein bisschen Fingerspitzengefühl mitzubringen. Es muss ja nicht jeder sanft sein. Viele brauchen ja genau das Gegenteil, aber dieser Balanceakt ist genau das, was es ausmacht und ich möchte mich als Patient nicht immer lästig fühlen. Lästig in dem Sinne, dass ich Arbeit mache.“*

### ***Sich auf die Bedürftigkeit und Hilflosigkeit reduziert fühlen***

Nicht jede Frau mag das Gefühl, „bemuttert“ zu werden. Versorgt, gepflegt und auf Hilfe angewiesen zu sein, kann an die eigene Kindheit erinnern und je nach Erfahrung kann das Gefühl von Kleinsein und Kleingehaltenwerden für die Frau sehr unangenehm sein.

Sie möchte nicht, dass für sie entschieden wird, sondern dass sie bei allen Entscheidungen dialogisch miteinbezogen wird. Schließlich ist es ihr Körper, ihre Geburt und ihr Kind. Hilfestellung und Pflege der GeburtshelferInnen können als massive Kontrolle aufgefasst werden. Imke erzählt: *„Also, ich fand die Stillanleitung unmöglich. Es hat meiner Meinung nach auch gut funktioniert. Dann haben sie ´s gewogen. Dann war ´s zu leicht. Dann hieß es: Sie haben zu wenig. Dann war ´s zu schwer. Die haben einen total verrückt gemacht. Ich muss sagen, wenn ich nicht von Haus aus so ein sturer Typ gewesen wäre, dann hätte ich wohl abgestellt.“*

Auch Ina fühlte sich kontrolliert und bevormundet: Sie meinte: *„Du musst dich als Mutter erst beweisen, bevor sie dir das Kind in die Hände geben.“*

Ein anderer Aspekt von asymmetrisch empfundenen Beziehungen ist die Erfahrung, dass GeburtshelferInnen zum vermeintlichen Wohle der Frau handeln, ohne aber die Frau dabei zu berücksichtigen oder sie nach ihrer Einstellung zu fragen.

Gunda, die über Tage erfolglos eingeleitet wurde, bat ihren behandelnden Arzt nach 3 Tagen um einen Kaiserschnitt. *„Er hat halt gesagt, es sei ein gutes Erlebnis für die Frauen, wenn sie normal entbinden. Aber ich finde, das ist kein Argument, wenn sich ´s so lange hinzieht. (...) Ich war dem ausgeliefert und der hat nicht mit sich reden lassen. Das find´ ich nicht in Ordnung wie man da zum Teil behandelt wird. Der hat die Schmerzen ja nicht.“*

Fast immer fühlen sich Frauen in klein machenden Beziehungen schlecht oder überhaupt nicht informiert, manchmal auch wie „entmündigt“. Und das ist ein Umstand, der gerade diesen Frauen zu schaffen macht, da häufig ein großes Bedürfnis nach Planbarkeit und Mitsprache besteht. *„Ich bin ein Typ, der gerne etwas plant, der Vorinformationen braucht: Deshalb war es furchtbar.“* (Gunda)

### ***Erlebte Menschlichkeit***

In den bis jetzt beschriebenen Dimensionen des Erlebens wurden vor allem problematische Aspekte berührt. Es entstand der Eindruck, als setze sich eine Frau bei der Entbindung im Krankenhaus vielen verschiedenen Facetten von äußerst unangenehmen teils existenziellen Erfahrungen aus. Diese Erfahrungen sind erlebte Realität, aber sie bilden nicht die Gesamtheit des Erlebens ab.

In der Folge möchte ich einige Beispielen erlebter Menschlichkeit darstellen und beschreiben, welche Bedeutung dieses Mit- und Da-sein für die betroffene Frau haben kann.

Fast alle Frauen erlebten diese Menschlichkeit als etwas Zusätzliches, nicht unbedingt zur Professionalität Gehöriges, sondern eher als Kontakt von Mensch zu Mensch oder von Herz zu Herz. Menschliche Wärme, Feingefühl, Authentizität und Sorge sind Begriffe, die diese Erfahrungen begleiten.

Daniela machte nach dem Aufwachen aus der Narkose eine solche Erfahrung. *„Die Oberärztin hat mich gehalten. Diese Frau hat mir entscheidend geholfen. Sie war einfach da. Und sie hat mich wahrgenommen als Mensch, als Frau und sie war´ s gewesen, dass ich mich aufgehoben und sicher gefühlt habe (...). Es war ihre Stimme (...) und sie hat mich angeschaut und hat auch mit mir gesprochen. Nicht auf mich ein, mich nicht totgelabert, sondern sie hat mich wahrgenommen und daraus entwickelte sich ein Dialog und im Laufe des Dialoges wurde ich immer sicherer, wie man halt in so ´ner Situation sein kann. (...) Im Nachhinein hab´ ich erfahren, dass sie als sehr taff galt und in dieser Nacht ist irgendetwas ganz Besonderes passiert. (...) Da war was Zwischenmenschliches: Einfach zwei Frauen, die füreinander da sind. Es war in dem Moment auch*

*nebensächlich, dass sie Gynäkologin ist. Es war die Begegnung zweier Menschen. So, wie man sie nicht oft in seinem Leben hat.“*

Auch Karin erlebte Menschlichkeit und Anteilnahme durch die Hebamme, die sie auch während der Sectio begleitet hat. Dieser „rettende Engel“ hilft Karin entscheidend bei der Überwindung der Fremdheit zu ihrer kleinen Tochter. *„Am zweiten und dritten Tag war ich völlig frustriert. Dann kam die Hebamme, die schon bei der Geburt dabei gewesen war und hat erzählt, sie hätte das genauso erlebt. Ob ich denn mein Kind schon mal richtig angeguckt hätte? Und die kam dann abends in mein Zimmer und die hat gesagt: ‚So, jetzt machen wir das mal zusammen.‘ Es war die erste nach 3 Tagen, die aufgrund eigener Erfahrungen gekommen ist und mich richtig hingestellt hat und mir das Kind in den Arm gelegt hat und sagte: ‚Jetzt ziehen wir das mal aus und gucken sie mal ganz in Ruhe.‘ Da hatte ich dann auch das Gefühl: Ich krieg´ einen Bezug zu meiner Tochter. Das hat mir sehr geholfen.“*

Barbara erfuhr sehr liebevolle Pflege. *„Von der Pflege fand ich das ein ganz tolles Krankenhaus. Ich wäre auch noch eine Woche geblieben. (...) Wegen der Gebärmutter (mangelnde Rückbildung) sollte ich auf dem Bauch schlafen, aber ich hab´ mich nicht getraut, weil ich dachte, die Narbe geht auf. Ich hatte das Gefühl, bei mir geht nichts richtig. Da kam dann die Schwester. Die hat mir alles erklärt, dass ich ein großes Kind hätte und deshalb auch die Gebärmutter groß sei. Dass ich keine Schuld habe. Sie hat mir dann ganz lange den Bauch massiert und das war schön und dann haben sie mich umgelegt, und ich bin auf dem Bauch eingeschlafen.“*

Bei allen Erfahrungen fällt auf, dass die GeburtshelferInnen sich als Menschen zeigen. Mit-Fühlen, das Gegenüber als Menschen in Not sehen und wahrnehmen. Etwas von sich selbst geben und erzählen, körperliche Nähe zulassen und schenken. Das alles kann Frauen helfen ihre Sprachlosigkeit zu überwinden, die Fremdheit sich selbst und dem Kind gegenüber abzubauen und den Zugang zum eigenen Körper wieder zu finden. Sanfte, liebevolle Berührungen können wahrhaft heilsam sein.

### 7.2.1.6 Von schwierigen Gefühlen nach der Sectio

#### ***Erschöpfung***

Ein wichtiger Aspekt direkt nach dem Kaiserschnitt ist die totale Erschöpfung. Vor allem Frauen, die vor der Sectio lange Zeit schmerzhaften Wehen ausgesetzt waren, fühlen sich im Anschluss körperlich völlig „kaputt“ und „am Ende“. Manche haben sich in ihrem Leben noch niemals so schlecht gefühlt. „*Ich war halb tot.*“ (Yasmin) und Gunda, die durch eine vorhergehende Krebserkrankung bereits belastende Erfahrungen machte, meinte: „*So schlecht ging es mir noch nie. Auch nicht nach 6 Wochen Bestrahlung.*“

Auch, wenn sich nicht jede Frau (dieser Studie) im Anschluss an die Sectio gebrechlich fühlte, hatten sich die meisten jedoch nicht klar gemacht, dass es sich um eine mittelgroße Bauchoperation handelt. „*Was ein Kaiserschnitt bedeutet, dass hatte ich mir überhaupt nicht klar gemacht. Dass man nichts selber kann. Dass man wegen jedem bisschen um Hilfe bitten muss. Dass man sein Kind nicht selbst versorgen kann. Dass man´s nicht tragen und hochnehmen kann.*“ (Tanja)

Fast alle Frauen erholten sich innerhalb eines Monats von den Strapazen der Geburt. Bei einigen traten rezidivierende Blutungen (Karin), starke Narbenschmerzen (Isa, Yasmin), längerfristige Taubheit des Bauches - nicht nur im Bereich der Narbe - (Marianne, Isa, Barbara) sowie Wundheilungsstörungen (Karin) auf.

#### ***Sich hilflos und abhängig fühlen***

Da ein Kaiserschnitt eine Frau zumindest in den ersten Tagen sehr abhängig von professioneller Hilfe macht, kann dieser Umstand dazu führen, dass die Frau die Unterstützung, die sie eigentlich bräuchte, nicht einfordern kann oder will. Das kann schwerwiegende Folgen für einzelne Frauen haben.

Isa, die ihren Sohn besonders schön auf der Welt willkommen heißen wollte, fügte sich nach traumatisch erlebter Geburt der „Anordnung“ der Schwester, ihren Sohn doch ins Kinderzimmer zu geben, da das das Beste für ihn sei. „*Dass man da keinen Einfluss drauf hat. Ich hab´ ihn ins Kinderzimmer gegeben, weil ich nicht so konnte. Das war schlimm, weil, ich hab´ ihn schreien gehört. Ich hätte ihn lieber bei mir gehabt. (...) Ich hätte´s ja sagen können, aber ich hab´ mich nicht getraut. Ich hab´ gedacht: Die sind die Spezialisten. (...) Das hat mir viel ausgemacht, dass ich nicht die Kraft hatte zu sagen: ‚Lassen sie mir mein Kind hier.‘ Dass man sich nicht wehren kann. Es wird einfach über einen bestimmt. (...) Ich hatte eine Hebamme, die war sehr distanziert. Es war nicht so ein Kontakt, dass ich hätte fragen können.*“ Isa leidet (auch) in der Folge sehr über die erste „verpasste“ Zeit mit ihrem Sohn. Noch zwei Jahre später macht sie sich Vorwürfe, dass sie

ihm nicht nur durch die schwere Geburt etwas „angetan“ hat, sondern ihn in der ersten Zeit seines Lebens allein gelassen hat. *„Ich denke: Ich hab´ ihn allein gelassen und er hat sich allein gefühlt. Das krieg´ ich nicht aus meinem Kopf heraus. Jeden Morgen, wenn ich ihn in die Kita (Kindertagesstätte Anm. d. Verf.) gebe. Immer, wenn er schreit, löst das in mir aus: Der war am Anfang allein. Das hat mich in der Kindererziehung ganz viel beeinflusst zu klammern. Ich hab´ mir immer vorgestellt, dass er das Vertrauen verloren hat und ich hab´ noch nicht den Weg gefunden wie man das vergisst.“*

Fast alle von mir interviewten Frauen hätten ihr Kind gern ausschließlich bei sich gehabt, doch kaum einer wurde es ermöglicht und keine forderte es für sich ein.

Dieser Umstand, dass Mutter und Kind direkt nach einem Kaiserschnitt häufiger getrennt werden als Mutter und Kind mit einer Spontangeburt, kann in der Folge dazu führen, dass die Mutter-Kind-Bindung erschwert ist. Das Kind wird gerade nach einem Kaiserschnitt häufig fremd empfunden und es dauert länger, bis diese Fremdheit überwunden werden kann. Dieses belastet die Mutter sehr.

Auch Stillprobleme sind nach einem Kaiserschnitt häufiger, möglicherweise hängt dies mit der immer noch üblichen Trennung von Mutter und Kind während der ersten Tage zusammen. Fast die Hälfte aller von mir interviewten Frauen konnte ihre Kinder nicht voll stillen.

Neben der „verpatzten“ Geburt, verursacht die schmerzhaft erlebte Trennung von Mutter und Kind, genau wie erfolgloses Stillen, großes Leid, so dass versucht werden sollte, Mütter nicht von ihren Neugeborenen zu trennen oder, wenn das nicht möglich sein sollte, eine Atmosphäre zu schaffen, dass sich auch eine nicht so selbstbewusste Frau traut, ihre Bedürfnisse zu äußern.

### ***Versagensgefühle***

Viele Frauen leiden unter Versagensgefühlen, weil sie keine normale Geburt geschafft haben. Sie fühlen sich vielleicht minderwertig oder wie Gabi es ausdrückte *„als Mutter zweiter Klasse“*.

Die Fähigkeit, ein Kind natürlich zu gebären, ist für viele Frauen eng mit dem Selbstwert als Frau und Mutter verknüpft. Das Gleiche gilt für die Fähigkeit zu stillen. So wird vorstellbar, was es für eine Mutter bedeuten kann, wenn sie nach einem (ungewollten) Kaiserschnitt nicht in der Lage ist, ihr Kind zu ernähren.

Nach einer misslungenen Geburt nun die erneute Konfrontation mit dem Unvermögen, eine richtige Frau und eine gute Mutter zu sein.

*„Da ist dann für mich alles zusammengebrochen: Jetzt hast du das mit der Geburt nicht geschafft und dann klappt das Stillen nicht. Du versagst als Mutter auf der ganzen Linie. (...) Und ich hab´ mich gefragt: Wie bin ich denn als Mutter, wenn ich das nicht schaffe?“ (Christiane)*

Ina machte sich Vorwürfe, dass sie nicht noch länger probiert hat und fühlt sich als Frau minderwertig. *„Es hat ein Kaiserschnitt sein müssen und dann kann man noch nicht mal sein Kind ernähren. Ich hab´ mich als Frau so schlecht gefühlt.“*

Ein besonders schmerzhafter Aspekt ist das Gefühl, das eigene Kind nicht nähren zu können. Mit ansehen zu müssen, dass das Kind hungert, unruhig und unleidlich wird, schmerzt die Frau zutiefst. Das setzt oft einen Teufelskreis von Anspannung, Unsicherheit und noch mehr Stillproblemen in Gang. Verschiedene (oft wohlgemeinte) Ratschläge verunsichern die Frau zusätzlich und resigniert füttert sie zu, obwohl sie es ganz anders wollte. *„Die Kleine schrie und schrie und ich hab´ s nicht geschnallt, dass ich keine Milch hab´. Ich hab´ in dem Moment gedacht: Sie verhungert. Totale Panik. (...) Ich fühlte mich gescheitert. (Barbara)*

Das Gefühl des Scheiterns, welches Barbara hier schildert, spielte auch für andere Frauen eine große Rolle. Vor allem diejenigen, die ein „bewusstes“ Geburtsideal hatten, setzten sich nach der Kaiserschnittfahrung intensiv mit ihrem Erleben auseinander. Bei fast allen führte dies zu einer anderen Sicht auf das Leben und dessen Planbarkeit. Häufig wurde auch das Geburtsideal dahingehend modifiziert, dass eine realistischere Einschätzung von Geburt und Mutterschaft entwickelt wurde.

*„Geburt hat für mich heute einen anderen Stellenwert als damals (...) und ich bin dazu übergegangen, mir einfach nichts mehr vorzustellen. (...) Ich bin froh im Nachhinein, dass alles so gelaufen ist, denn ich war früher ein anderer Mensch (...). Ich hab´ nen Plan gemacht und dann musste das so laufen und genauso habe ich mir die Geburt vorgestellt. Ich war erfolgsverwöhnt.“ (Daniela)*

### ***Von Schuld und dem Gefühl, keine gute Mutter zu sein***

Nicht nur um die Geburt und das Stillen rankt sich ein Mythos, sondern auch um die Mutterliebe. Viele Frauen stellen es sich „wunderschön“ vor, wenn sie ihr Kind das erste Mal in den Armen halten. Bleibt dieses Gefühl nach der Geburt aus oder – noch schlimmer für die Frau – fühlt sie Fremdheit oder gar Ablehnung ihrem Kind gegenüber, ist dies Anlass von heftigen Schuldgefühlen. Sehr oft hörte ich Sätze wie *„Ich hab´ mich wie eine Rabenmutter gefühlt.“* Gefühle von Fremdheit, Distanz, Wut und Ablehnung dürfen nach Ansicht der meisten Frauen nicht sein, deshalb werden sie kaum kommuniziert.

Daniela beschreibt sehr schwierige und ambivalente Gefühle ihrer Tochter gegenüber. Sie hat Angst, verrückt zu werden. *„Meine Beziehung zu ihr war ganz problematisch, weil so unterschiedliche Gefühle da waren (...), auf der einen Seite hab´ ich sie wahrscheinlich genauso geliebt wie ich das heute empfinde, hatte aber Angst das zuzulassen, weil die Angst so groß war, sie doch noch zu verlieren. Ich bin mir sicher, dass ich das nicht verkraftet hätte. Das hat nichts mit suizidalen Ge-*

*danken zu tun. (...) Das war der Punkt, dass ich wusste, wenn ich sie jetzt noch verlier', dann überleb' ich das nicht. Auf der anderen Seite: Das war genau der Zeitpunkt, an dem ich mir ernsthaft überlegt habe, ob ich mich nicht in psychiatrische Behandlung begeben soll. Weil ich gedacht hab': Ich bin schizophren. Ich bin verrückt. Ich möchte mein Kind lieben, kann das aber nicht zulassen. Auf der anderen Seite wünsche ich mir nichts sehnlicher, als zu meinem Kind zu kommen. Und weil das so ist, fang' ich an, mein Kind zu hassen. (...) Ich hab' mir halt Vorwürfe gemacht, dass ich halt Schuld hab', aber dann war da keine Schuld und irgendeinen Schuldigen muss es ja geben. Ja, und dann war 's auf einmal meine Tochter. Und dann ging 's mir richtig dreckig. Was hat mir dieses kleine Menschlein angetan? Es war so schlimm dieses zu erleben. Es war nichts so wie ich es mir je vorgestellt habe.“*

Ich habe Daniela deshalb so ausführlich zitiert, weil sie nicht nur die schwierige Beziehung zu ihrer Tochter thematisiert, sondern auch die Suche nach der Schuld.

Ausnahmslos alle Frauen, die zu früh von ihrem Kind entbunden wurden, quälten sich mit schweren Vorwürfen und gaben sich die Schuld für das Leid ihrer Kinder auf der Intensiv- oder Frühgeborenenstation.

Gerade Frauen, die ausgesprochene Wunsch Kinder erwarteten und sich stark mit der Geburt auseinandergesetzt hatten (bewusstes Geburtsideal) litten unter enormen Schuld- und Schamgefühlen, weil sie sich nicht über ihr Kind freuen konnten.

*„Und ich hab' mich ganz schwer getan mit dem Leander. Ich konnt' mich überhaupt nicht freuen über dieses Kind am Anfang, weil ich auch gar nicht wusste, ist es auch mein Kind. (...) Am meisten ist mir in Erinnerung, dieses Kind nicht annehmen zu können, also keine Muttergefühle für ihn entwickeln zu können, sondern da lag ein Kind, dem ging 's nicht gut, und ich muss es versorgen. Das war am Anfang eher so 'ne mechanische Beziehung (...) und es war ganz furchtbar, weil ich mich so auf den Leander gefreut hatte.“ (Isabelle)*

Martina äußert ihre Schuldgefühle sehr indirekt, als sie von dem Tag erzählt, an dem sie ihre Tochter das erste Mal gesehen hat: *„Ich durfte die Luisa erst am 5. Tag sehen (...) und da hat mein Mann schon 'ne richtig gute Beziehung aufgebaut gehabt und ich überhaupt nicht. Und es war dann so, als ich rein kam, dass ich unter der Tür eigentlich wieder gehen wollte. (...) Es war so 'n schrecklicher Anblick und mein Mann hat mich dann wieder mit rein genommen und sie hat die ganze Zeit geschlafen (sehr berührt). Sie hat mich keines Blickes gewürdigt (harte, zusammengepresste Stimme) und ich war ganz enttäuscht.“*

Martinis Erzählung hat mich während des Interviews sehr berührt: Welche Schuld glaubt sie auf sich geladen zu haben, dass sie sich von ihrem Kind abgelehnt fühlt?



In der Folge gelingt es ihr nicht, eine so enge emotionale Beziehung zum Kind herzustellen, wie es sich Martina eigentlich gewünscht hätte. Auch Yasmin ist es so ergangen. Genau wie Martina durfte sie ihren Sohn auch erst nach 5 Tagen sehen.

Alle anderen Frauen schafften es nach einer Weile, die verlorene Anfangszeit auszugleichen. Sie konnten eine enge Bindung zu ihren Kindern aufbauen, quälten sich aber teilweise mit intensiven autoaggressiven Gefühlen. *„Ich hatte Schuldgefühle, weil ich zum Schluss halt dachte: Ich kann nicht mehr, (...) wo ich dann aufgegeben hab´, zu Ungunsten des Kindes und dann auch noch die Sache mit dem Kaiserschnitt, dass ich dem Kind auch noch ´ne normale Geburt verwehrt hab´ (...), das war schon was, was ich die ganze Zeit mit mir herumgetragen hab´. (...) Wenn etwas von der Norm abweicht, wird die Schuld halt immer bei der Mutter gesucht. Wenn man etwas nicht verstehen kann. Wenn was im Raum steht ohne Antwort, dann kommt man mit dem schlechter zu Recht, als wenn man sich dann die Schuld für alles gibt. Dann hat das irgendwie ´nen zentralen Punkt, auf den man seine ganzen Aggressionen richten kann. In dem Fall dann halt so die eigene Person.“* (Kerstin)

Manche reagierten mit ausgeprägtem Selbsthass. *„Wenn was im Raum steht ohne Antwort, dann kommt man mit dem schlechter zurecht, als wenn man sich dann die Schuld dafür gibt. Dann hat das dann ´nen zentralen Punkt, auf dem man seine gesamten Aggressionen richten kann, in dem Fall dann halt so die eigene Person.“* (Kerstin) *„Die Schmerzen, die hatte ich verdient.“* (Daniela) Isabelle meinte: *„Ich hatte von Anfang an massive Schuldgefühle: Was hab´ ich falsch gemacht, dass mein Kind so früh auf die Welt gekommen ist. Dadurch habe ich meinem Körper überhaupt kein Mitspracherecht mehr eingeräumt, der hatte seine Schuldigkeit getan. (...) Ich musste etwas falsch gemacht haben, auf einer ganzheitlichen Ebene.“*

Martina erlebte die Schuldzuweisungen eher von außen durch Angehörige. Kommentare, wie: *„Warum hast du deinem Kind denn nichts abgegeben“*, verletzen sie sehr. Von ihrer Tochter fühlt sie sich emotional abgelehnt.

Auch die Tatsache, die ersten Stunden und Tage nicht mit dem Kind verbracht zu haben, kann zu Schuldgefühlen führen. *„Ich hab´ ihn allein gelassen und er hat sich allein gelassen gefühlt.“* Frauen, die wie Isa fühlten, berichteten in der Folge über große Schwierigkeiten, sich von ihrem Kind zu trennen.

### 7.2.1.7 Die Folgen

#### *Depressionen, emotionale Taubheit, Ängste und Verunsicherung*

Wenn Schuldgefühle das Leben bestimmen, die Frau leidet und ihre Gedanken immer wieder um die Geburt kreisen, fällt die Auseinandersetzung und Verarbeitung des Erlebten schwer.

Viele Frauen sprachen von ausgeprägter Traurigkeit und dem Gefühl des Scheiterns. Sie brauchten oft lange Zeit, um das Erlebte zu „verdauen“. Gespräche mit dem Partner, aber auch anderen Vertrauten können helfen, aber nicht alle Frauen können davon profitieren. Die Verletzung der Seele ging zu tief und die Umstände der Geburt bedrohten die Existenz.

Alle Frauen dieser Studie, deren Kind zu früh auf die Welt kam, entwickelten eine teilweise ausgeprägte postpartale Depression. Es scheint, als gingen die Erfahrungen, die mit einer Frühgeburt einhergehen, über das Maß des Erträglichen hinaus. Möglicherweise sind es aber auch die Schuldgefühle, die die Frau in einen Kreislauf von Schuld, Versagen und Abwertung der eigenen Person führen.

*„Es gab Tage, da ging es mir so was von Scheiße, einfach, anders kann ich ´s nicht sagen, ich hab funktioniert wie ´ne Maschine: Ich wollt´ unbedingt stillen (...), aber man kann ein 500g Baby nicht anlegen und dann ging diese Abpumperei und so weiter los. Und dann hatte ich, wie ich heute weiß, nicht nur einen Baby-Blues. Ich hatte so eine richtige waschechte Wochenbettdepression, die soweit ging, dass ich ein dreiviertel Jahr auch den Bezug zu meinem Körper und mein Empfinden komplett verloren hab´. Ich hab´ nicht gegessen, weil es mir geschmeckt hat, sondern (...) ich muss jetzt, weil ich als Frau so jämmerlich versagt hab´. Nicht genug, dass ich nicht mal eine gescheite Geburt hingekriegt hab´, sondern ich hab´ `s ja noch nicht mal geschafft, mein Kind bis zum Ende auszutragen. (...) Ich war nicht mehr existent. Ich hätte dann funktionieren sollen, und ich hab´ das nach außen auch getan, aber innerlich war das ganz, ganz anders. Also es war ganz übel.“  
(Daniela)*

Isa, die per Notsectio entbunden hat, entwickelte in der Folge eine posttraumatische Belastungsstörung mit den typischen Symptomen wie das Immer-Wieder-Erleben der traumatischen Situation. Sie sagt auch nach zwei Jahren noch: *„Es vergeht kein Tag, an dem ich nicht an die Geburt denke.“* Häufig hat sie Alpträume, in denen sie erstickt (Sie war während der OP aufgewacht und hatte das Gefühl zu ersticken.). Sie ist bis heute nicht in der Lage, die Straße zu befahren, in der sich das Krankenhaus befindet, eine extreme Vermeidungsreaktion. Dazu kommen teils unerträgliche Angst vor dem plötzlichen Kindstod und die Angst, das Haus zu verlassen.

## **8 Konsequenzen für die Praxis**

Vor dem Hintergrund der durchgeführten Studie, meiner eigenen Betroffenheit und der intensiven theoretischen und praktischen Auseinandersetzung mit dem Thema Kaiserschnitt, ist es nun im Folgenden mein Bestreben, Anregungen und Ideen für eine veränderte Praxis vorzustellen.

### **8.1 Aufklärung und Information über die Schnittentbindung in der Schwangerschaft**

Die Tatsache, dass jede dritte bis vierte Frau in Deutschland heute per Kaiserschnitt entbindet, ist meines Erachtens ein Grund, den Kaiserschnitt zum Thema zu machen.

Spätestens im Geburtsvorbereitungskurs sollten Frauen neben der Vorbereitung auf eine vaginale Spontangeburt auch über Ursachen und Konsequenzen operativ beendeter Entbindungen informiert werden.

Ein besonderes Problem dabei ist, dass die meisten Schwangeren, sich nicht gern mit Geburtskomplikationen konfrontieren und viele Hebammen Angst haben, das Vertrauen der Frauen in eine Spontangeburt zu untergraben, wenn sie in der Geburtsvorbereitung ausführlich über Geburtskomplikationen und deren Folgen sprechen.

Meines Erachtens gebietet das Berufsethos einer Hebamme oder einer Geburtsvorbereiterin eine realistische Vorbereitung auf die Geburt. Das bedeutet, dass auch problematische Themen angesprochen werden sollten, die im Anschluss an eine Entbindung auftreten können.

Möglicherweise könnten mehr Selbsterfahrungsaspekte Frauen und Paare zu einer aktiveren Auseinandersetzung mit schwierigen Themen verhelfen. Denkbar wären Rollenspiele, aktive Imagination einer problematischen Situation, Herausfinden von eigenen Bedürfnissen und möglichen Hilfestellungen in belastenden Momenten, so dass ein möglicher Kaiserschnitt oder andere Geburtskomplikationen nicht völlig abstrakt blieben.

Eine vorherige Auseinandersetzung mit möglichen Komplikationen könnte meiner Ansicht nach dazu beitragen, dass eine Frau dann in der konkreten, realen Situation ein gewisses Maß an Selbstbestimmung und Mitspracherecht behielte, da sie dem Geschehen wahrscheinlich etwas weniger ausgeliefert wäre.

Es kann in der Praxis sehr hilfreich sein, über einen „Notfallplan“ zu verfügen, der vielleicht auch die Rolle des Partners genauer definiert. Denn auch begleitende Ehemänner, Partner oder Freundinnen fühlen sich in der konkreten Situation häufig überfordert und handlungsunfähig.

Konkrete Auseinandersetzung mit möglichen Komplikationen könnte außerdem dazu verhelfen, einer Frau oder einem Paar zu größerer Klarheit über die eigenen Werte und Bedürfnisse zu bringen. Das bedeutet im Idealfall eine Bewusstwerdung des Geburtsideals und der damit verbundenen Risiken der Enttäuschung.

In den USA gibt es die Möglichkeit für Eltern in „Klassen“ über den Kaiserschnitt unterrichtet zu werden. Hier werden die Eltern über Anatomie, Kaiserschnittindikationen, Anästhesieverfahren sowie den eigentlichen Ablauf der Operation unterrichtet. Auch Besonderheiten im Wochenbett oder eventuell psychische Belastungen werden hier zum Thema gemacht.

Die Erfahrungen mit diesen Klassen werden von den Eltern bzw. Frauen als überwiegend positiv empfunden. Diese Ergebnisse sprechen auch dafür, das Thema Kaiserschnitt stärker in die Geburtsvorbereitungskurse mit einzubeziehen (Bornemann 1989: 33).

Alle Studienteilnehmerinnen äußerten zu diesem Punkt übereinstimmend, dass sie sich eine realistischere Geburtsvorbereitung gewünscht hätten.

## **8.2 Infoabende und Tage „der offenen Tür“**

Leider sind viele dieser Veranstaltungen darauf ausgerichtet Kundinnen zu gewinnen. Das bedeutet, eine potentielle Geburtsklinik muss die Information anbieten, die Schwangere und ihre Partner hören wollen (siehe auch Einleitung).

In der Regel führt diese Strategie dazu, dass unangenehme Aspekte einer Geburt nicht angesprochen werden, wenn nicht Mehrgebärende aufgrund persönlicher (problematischer) Erfahrungen deutliche Fragen stellen und klare Information einfordern.

Meiner Ansicht nach müssten Komplikationen und belastende Geburtsaspekte nicht verschwiegen werden. Ganz im Gegenteil: Es böte einer Klinik auch die Möglichkeit, sich mit einer besonderen Kompetenz am Markt zu positionieren. Im Sinne von: Wir haben ein gutes Konzept, das auch im Falle von Komplikationen, die mit einem Kaiserschnitt oder Frühgeburtlichkeit verbunden sind, im hohen Maße auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind ausgerichtet ist.

Das würde Eltern wahrscheinlich das Gefühl geben, gut aufgehoben zu sein und sich auch bei Geburtskomplikationen in guten Händen zu fühlen.

Ein solches Konzept müsste auf die Erfordernisse und Gegebenheiten der jeweiligen Geburtsklinik abgestimmt sein und auf interdisziplinärer Zusammenarbeit beruhen. Da an der Betreuung einer Kaiserschnittgeburt wesentlich mehr Berufsgruppen beteiligt sind als an einer vaginalen Spontangeburt, ist hier die Abstimmung der Abläufe mit dem OP-Personal und der Anästhesie unerlässlich.

Das bedeutet auch, dass manchmal Überzeugungsarbeit geleistet werden muss, da nicht alle Berufsgruppen primär für die Bedürfnisse gebärender Frauen ausgebildet sind.

### **8.3 Geburtsplanung im Krankenhaus**

Fast alle Frauen, die ihr erstes Kind im Krankenhaus gebären wollen, melden sich dort vor der Geburt an.

Die „Papiere werden angelegt“. Das bedeutet, dass eine Anamnese über das Befinden in der Schwangerschaft und mögliche Geburtsrisiken erstellt wird.

Meiner Erfahrung nach werden in dieser Anamnese medizinische Aspekte überbetont. Für Wünsche und Vorstellungen bleibt oft wenig Raum, wenn die Frau nicht von sich aus in der Lage ist, diese anzusprechen.

Hier besteht meines Erachtens Handlungsbedarf: Da eine Anamnese dazu dienen soll, sich ein umfassendes Bild von jemanden zu machen, sollte sie in einer Atmosphäre, die zu Offenheit einlädt, durchgeführt werden.

Konkret bedeutet dies: Räumlichkeiten, die Geborgenheit fördern und keine ständigen Störungen durch andere Menschen oder Telefon.

Für überaus wichtig halte ich eine Form der Kommunikation, die Vertrauen und Offenheit fördert. Die Frau (das Paar) soll sich mit ihren Bedürfnissen ernst genommen fühlen.

„Die Sprache der Annahme“ oder „einführendes Zuhören“ wie Thomas Gordon, ein amerikanischer Psychotherapeut, diese Form der Kommunikation bezeichnet, fördert die Beziehungsaufnahme sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten (Gordon 1999: 11ff).

Leider kann ich an dieser Stelle nicht auf Einzelheiten des Kommunikationsmodells, welches in „Patientenkonferenz“ ausführlich dargestellt wird, eingehen (ebd.). Nur soviel sei gesagt: Es geht vor allem um die Fähigkeit des Zuhörens, die Beseitigung wesentlicher Kontaktsperren und ein Sechs-Stufen-System zur Problemlösung im Team (ÄrztIn-PatientIn). Ich halte dieses Modell für sehr praktikabel und hilfreich, wenn es um Geburtsplanung geht. Auch bei der Abwägung des Für und Wider einer Sectio ohne medizinische Indikation könnte es wertvolle praktische Hilfestellung geben.

Die Geburtsplanung im Krankenhaus sollte nicht nur dazu dienen, sich kennen zu lernen und für die Geburt wichtige Informationen zu sammeln, sondern auch dazu, aus medizinischer Sicht über Schmerzbekämpfung, Narkosemöglichkeiten und –risiken sowie über die Sectio mit möglichen Risiken aufzuklären.

Ich halte die Aufklärung über Risiken der verschiedenen geburtshilflichen Eingriffe während der Geburt für nicht tragbar. Aufgrund vieler Gespräche innerhalb der Studie und während der Hospitation weiß ich, dass die meisten Frauen in einer Notsituation oder unter starkem Wehenschmerz den Ausführungen der ÄrztInnen kaum folgen können, häufig nicht in der Lage sind abzuwägen oder sich in einem Zustand befinden, in dem sie alles unterschreiben würden.

Hier wird meines Erachtens Zeit für vermeintliche Aufklärung genutzt, die in den meisten Fällen nicht ankommt und Ressourcen bindet, die für menschliche Begleitung genutzt werden könnten.

Information und Aufklärung über operative Eingriffe und Narkosemöglichkeiten vor der Geburt (Geburtsplanung findet in der Regel vier Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin statt), könnte ebenfalls dazu beitragen, dass die Schwangere sich mit möglichen Komplikationen konfrontiert.

Ausführliche Geburtsplanung könnte ebenfalls dazu beitragen, besonders ängstliche Frauen oder solche mit einer traumatischen oder risikoreichen Vorgeschichte zu identifizieren und in Teamsitzungen mögliches Vorgehen zu besprechen.

#### **8.4 Im Kreißaal**

Viele Erstgebärende fühlen sich sehr unsicher und nervös, wenn sie die ersten Wehen spüren. Häufig scheint alles anders, als im Geburtsvorbereitungskurs gehört oder in Büchern gelesen.

Diese Unsicherheit ist bei Aufnahme im Kreißaal häufig zu spüren. Obwohl aus Sicht der GeburtshelferInnen die Geburt vielleicht gerade erst begonnen hat, stellt sich die Situation für die Unterstützung suchende Schwangere anders dar: Sie ist essentiell darauf angewiesen, freundlich aufgenommen und mit ihrer Unsicherheit angenommen zu werden. Einige Studienteilnehmerinnen berichteten schon in dieser frühen Phase der Entbindung von Störungen im zwischenmenschlichen Bereich, die dazu führten, dass sie sich abgelehnt oder nicht ernst genommen fühlten. Häufig blieb dieses Gefühl während der gesamten Entbindung bestehen.

Ich habe sowohl durch die Studie als auch durch meine Beobachtungen während der Hospitation, den Eindruck gewonnen, dass der spätere Geburtsverlauf oft schon in den ersten Minuten nach der Aufnahme in den Kreißaal sichtbar wird. Deshalb halte ich die Aufnahme zur Geburt, den Erstkontakt zu den Dienst habenden GeburtshelferInnen für ein wichtiges Detail, das besondere Aufmerksamkeit verdient.

Viele Frauen begrüßen es, wenn die aufnehmende Hebamme sich beim Anlegen des CTGs Zeit nimmt und Interesse zeigt, die Frau und ihren Partner kennen zu lernen. Es stehen sich bei der Erstaufnahme im Kreißsaal ja häufig Fremde gegenüber.

Da nach dem CTG in der Regel auch eine vaginale Untersuchung durchgeführt wird, um die Effektivität der Wehen und den Geburtsfortschritt zu überprüfen, ist eine vertrauensvolle Atmosphäre grundlegende Voraussetzung dafür, dass die gebärende Frau sich nicht in ihren Leibgrenzen verletzt fühlt. Die Berührung der intimsten Körperteile ist normalerweise nur wenigen Menschen gestattet. Durch den Abgang von Blut, Schleim und Fruchtwasser fühlen sich viele Frauen nicht wohl in ihrer Haut, so dass auch Schamgefühle eine wichtige Rolle spielen können, vor allem dann, wenn die Untersuchenden männlichen Geschlechts sind.

Eine zusätzliche Belastung können Zuschauer sein. Viele Kliniken sind Ausbildungsbetriebe. Das bedeutet, eine gebärende Frau ist in der Regel nicht nur mit einer GeburtshelferIn konfrontiert, sondern häufig sind zusätzlich Hebammenschülerinnen, PraktikantInnen und ÄrztInnen in der Ausbildung bei einer Geburt anwesend.

Bedenkt man, dass laut Michel Odent „privacy“ eine wichtige Voraussetzung für eine komplikationsarm verlaufende Geburt ist, muss eigentlich gefordert werden, dass es keine Zuschauer bei einer Geburt geben darf (Odent 1994: 9ff).

Da aber eine praktische Ausbildung an der Frau notwendig ist, sollte darauf geachtet werden, dass nur eine weitere Person anwesend ist. Auch diese Person sollte sich mit dem Paar vertraut machen und in einführende Beziehung gehen.

Einführende Beziehung muss dabei nicht andauerndes Gespräch bedeuten. Häufig genügen gelegentlicher Blickkontakt, wenige Worte und Berührungen oder gemeinsames Atmen, um einer gebärenden Frau das Gefühl von Unterstützung und Anteilnahme zu vermitteln.

Alle Untersuchungen und geburtshilflichen Maßnahmen bei Fortschreiten der Geburt sollten angekündigt und erklärt werden. Dabei kann das Informations- und Mitsprachebedürfnis einer Frau sehr unterschiedlich sein. Während manche Frauen gar nichts wissen wollen, gibt es andere, die gerne jeden Schritt verstehen und mitbestimmen möchten. Das bedeutet: Es sollte danach gefragt werden, ob und wie viel die Gebärende oder das Paar wissen möchte.

Einige Studienteilnehmerinnen reagierten ausgesprochen verunsichert, weil sie während der Entbindung zwar spürten, dass etwas nicht in Ordnung war, ihnen Information aber vorenthalten wurde.

Häufig wurden sie dann von der Indikationsstellung zur Sectio überrollt, weil sie die Entscheidung nicht nachvollziehen konnten. Hier kann die Grenze zum Gewalterleben sehr schnell überschritten werden, da die Frau sich fühlt als sei über ihren Kopf hinweg entschieden worden.

Die meisten Frauen, die dies während der Geburt erlebten, wünschten sich rechtzeitige Information und vorausschauendes Handeln der GeburtshelferInnen. Damit war auch eine ehrliche Aufklärung über den Geburtsfortschritt gemeint

## 8.5 Vorbereitung zur Operation

Ist die Indikationsstellung zur Sectio einmal gestellt, geht es oft ganz schnell. Während der Interviews hörte ich immer wieder die gleichen Worte: Es ging ruck-zuck, zack auf zack oder ähnliches. Eine Frau, die wahnsinnig erleichtert war, sagte: *„Die Hülsen flogen nur so. Endlich tat sich was.“* Die Schnelligkeit, mit denen die Vorbereitungen manchmal ablaufen, wird von vielen Frauen so gedeutet, als wäre ein Notkaiserschnitt erforderlich, was wiederum zu verstärkter Verunsicherung und großer Angst führen kann. Echte Notsectiones sind aber selten, deshalb bleibt in der Regel genügend Zeit, eine Frau in Ruhe vorzubereiten und auf ihre Fragen zu antworten.

Viele Frauen reagieren aber, vor allem wenn die Entscheidung zum Kaiserschnitt für sie unerwartet getroffen wurde, mit Schreck und Panik.

Nicht wenige Frauen haben solche Angst vor dem Operiert werden, dass es ihnen die Sprache verschlägt und sie die Vorbereitungen wie „im Film“ über sich ergehen lassen. Deshalb ist hier besondere Einfühlsamkeit und Bezogenheit gefragt, auch dann, wenn die Gebärende nicht spricht und nichts fragt.

Dies gilt nicht nur für die Vorbereitungen einer sekundären Sectio, sondern im gleichen Maße für Frauen, die per primärer Sectio von ihrem Kind entbunden werden.

Die Studienteilnehmerinnen, die eine Sectio ohne vorangehenden Wehenschmerz erlebten, berichteten über große Ängste, oft schon gegenüber verhältnismäßig „harmlosen“ Eingriffen wie das Legen einer Braunüle oder Einführen des Dauerkatheters.

Professionelle HelferInnen sollten sich immer wieder deutlich machen, dass Klinikroutine die meisten Menschen sehr verunsichert und ängstigt.

Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass Frauen vor einer Sectio in der Regel nicht wie andere Patienten vor einer OP prämediziert werden.



## 8.6 Einschleusung und Aufenthalt im OP

Die Schleuse trennt die Frau von ihrer bisherigen Welt. Sie kommt in einen Raum, den sie in der Regel nie zuvor gesehen hat und den nur ausgewähltes Personal betreten darf..

Die Einschleusung bedeutet Abschied. Die Frau muss sich von ihrem Partner und der sie bis jetzt begleitenden Hebamme trennen, auch wenn beide später wieder dazu kommen (können).

In dieser neuen Welt anzukommen, bedeutet für eine Frau in der Regel Orientierungsverlust, da sie weder die anwesenden Menschen kennt, noch deren Gesichter erkennen kann. Viele Studienteilnehmerinnen berichteten, dass sie diese Orientierungslosigkeit sehr belastend empfunden haben.

Diejenigen Frauen, die nicht darunter litten, erzählten von einem ausgesprochen positiven Kontakt zu den Anästhesisten, die sie „*liebevoll versorgten*“, „*als Frohnatur unterhielten*“ oder einfach „*retteten*“. Anästhesisten sind aufgrund ihrer Position am Kopfende der Frau prädestiniert Kontakt zur wachen Frau zu halten. Wird dieser Kontakt positiv erlebt, scheint eine Frau die OP eher nicht traumatisierend zu erleben.

Besonders problematisch ist der Aufenthalt im OP für Frauen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind und die aufgrund ihrer Religion oder Herkunft Berührungen von Männern ablehnen. Hier sollte meiner Ansicht nach Rücksicht genommen werden, und nach Möglichkeit eine Vertrauensperson, die übersetzen und schützen kann, im OP erlaubt sein, bis die Frau einschläft.

Ich halte diese Erfahrung, Mutter-seelen-allein im OP von fremden Menschen (Männern) angefasst zu werden, ohne den Sinn der einzelnen Maßnahmen zu kennen, ohne die Möglichkeit sich selbst verständlich zu machen auf dem OP-Tisch gefesselt und ausgeliefert zu sein, für extrem belastend. Ich habe einige Male erlebt, wie solche Frauen schreiend und weinend aus der Narkose aufwachten.

Ein weiteres Problem ist für einige Frauen die Tatsache, dass ihre Arme auf dem OP-Tisch festgeschnallt werden und sie eine Maske über Mund und Nase tragen müssen. Auch, das Operationsfeld abtrennende Tuch vermittelt vielen ein Gefühl der Enge und kann Platzangst auslösen. Hier gilt ebenfalls, den Sinn der Maßnahmen erklären und die Bezogenheit aufrechterhalten. Sprechen und Augenkontakt kann vielen Frauen bei der Bewältigung dieser Lage helfen.

Trotzdem wäre zu überlegen, ob eine Maske wirklich sein muss. Einige Frauen berichteten mir, dass sie nur einen Schaumstoffstöpsel in der Nase gehabt haben.

## 8.7 Der Vater im OP

Obwohl nicht immer erwünscht, begleiten mittlerweile viele Väter ihre Frauen in den OP. Die Paare sind allerdings in der Regel nicht darauf vorbereitet, dass sich die Anwesenheit des Vaters oft nur auf wenige Minuten erstreckt, sofern im Vorfeld nichts anderes ausgemacht wurde.

Alle Studienteilnehmerinnen, die in PDA entbunden haben und deren Männer im OP anwesend waren, berichteten, dass sie sich sehr allein fühlten, nachdem der Vater, das Baby und die Hebamme den OP verlassen hatten. Bei einigen stellte sich das Gefühl ein, dass niemand mehr Interesse an ihnen habe. Insofern halte ich es für wichtig entweder die Familie nicht sofort wieder zu trennen oder weiter engen Kontakt zur Frau zu halten, nach ihrem Befinden zu fragen oder einfach die Hand zu halten.

Während meiner Hospitation habe ich diesen Part fast immer übernommen, was ohne Ausnahme mit großer Dankbarkeit angenommen wurde. Wollte ich einmal aufstehen, um nach dem Baby zu schauen, um die Frau über den Stand der Dinge zu informieren, wurde ich in der Regel festgehalten. Viele Frauen legten den Kopf in Richtung meines Armes. Das hat mir verdeutlicht, wie viel Halt die meisten Frauen in dieser Situation benötigen.

Als sehr schlimm wurde von den Frauen empfunden, wenn ihr Kind nach der Geburt einfach weggetragen wurde, ohne ihnen gezeigt zu werden. Dies war immer Anlass zu großer Sorge.

## 8.8 Unmittelbar nach der Sectio

Unmittelbar nach der Sectio fühlen sich manche Frauen einfach nur erleichtert und „*vollkommen fertig*“. Die durchlebte Spannung kann sich in starkem Zittern äußern, was den ersten Kontakt zum Neugeborenen erschwert.

Wenn die Mutter ihr Kind nicht selbst halten kann oder will, sollte sie zumindest so positioniert werden, dass sie ihren Partner und ihr Kind sehen kann. Oft benötigt die Frau, je nach gewählter Anästhesiemethode, längere Zeit, bis sie mit ihrem Mann und dem Kind sprechen oder körperlichen Kontakt aufnehmen kann.

Auf jeden Fall sollte dem Paar ein ruhiges Zimmer zur Verfügung gestellt werden, welches eine intime Atmosphäre bei gleichzeitig guter Überwachungsmöglichkeit gewährt.

Viele Frauen frieren nach der Sectio. Hier könnte ein durch mehrere Decken vorbereitetes und mit Wärmflaschen angewärmtes Bett Abhilfe schaffen.

## 8.9 Im Wochenbett

Nach einer Sectio bleibt die Frau in der Regel zwischen 5 und 8 Tagen im Krankenhaus. Durch die Folgen der Operation nimmt sie zumindest in den ersten Tagen die Rolle der passiven Patientin ein, die der Pflege und der Unterstützung durch das Personal bedarf.

Die Studienteilnehmerinnen machten im Wochenbett sehr unterschiedliche Erfahrungen: Während die Hälfte sich zufrieden über Pflege und Betreuung auf der Wochenstation äußerte, erlebte die andere Hälfte diese Zeit als zusätzliche Belastung.

Diejenigen Frauen, die sich gut betreut fühlten, erlebten menschliches Interesse und Anteilnahme. Nahezu alle berichteten darüber, dass manchmal einfach eine Schwester nur zum Sprechen gekommen wäre, ohne Grund und ohne besondere Aufgabe. Das habe ihnen das Gefühl vermittelt als Mensch wahrgenommen zu werden und ihrer Seele sehr gut getan.

Die anderen Frauen berichteten über Gegenteiliges: Sie drückten die Sehnsucht nach einem Menschen aus, der ihnen in der Krise beisteht, mit dem sie über ihr Erleben sprechen können, der ein Ohr für sie hat. Stattdessen erlebten sie „Gegenüberlosigkeit“ und fühlten sich übersehen, nicht wahrgenommen, störend, vergessen und nicht wichtig. In der Folge blieben sie mit ihrem Erleben allein und zogen sich immer mehr in sich selbst zurück.

Gute Pflege aus Patientinnensicht bedeutet im Wochenbett:

### ***Keine Trennung von Mutter und Kind***

Die meisten Mütter möchten nicht von ihrem Kind getrennt werden. Leider ist komplettes Rooming-in nach einer Sectio selten möglich. Häufig wird der Mutter angeraten ihr Neugeborenes doch zumindest nachts ins Säuglingszimmer zu geben.

Viele Frauen geben diesem Drängen trotz gegenteiligem Gefühl nach, da sie wissen, dass sie am Anfang weder in der Lage sind, ihr Kind allein aus dem Bett zu nehmen geschweige denn, allein zu versorgen. Für jede Hilfestellung und vor allem zum Stillen muss die Unterstützung des Personals in Anspruch genommen werden. Dies fällt den meisten Frauen sehr schwer, so dass sie sich lieber den Wünschen des Personals fügen.

Um das Leid dieser Mütter sowie Stillprobleme zu verringern, wären folgende Konsequenzen denkbar:

Durch die Einrichtung von Familienzimmern, die einen Aufenthalt von Vätern oder anderen praktisch und emotional unterstützenden Personen zuließen, könnte das Personal von praktischer Hilfestellung entlastet werden. Die Familienmitglieder könnten sich in Ruhe kennen lernen sowie erste

Erfahrungen im Umgang mit einem Neugeborenen machen, ohne auf kompetente Hilfe verzichten zu müssen, falls sie notwendig werden sollte.

Hier verstehe ich die Rolle der Pflegenden als BeraterInnen, die für bestimmte Pflegeprobleme hinzugezogen werden können. Gerade für Frauen und Paare, die ein hohes Bedürfnis nach Autonomie und Mitbestimmung haben, könnte sich diese Lösung anbieten.

Einige Krankenhäuser haben solche Familienzimmer/Appartements räumlich von der Wochenstation getrennt, so dass das hinzugezogene Personal dort zu Gast ist und sich dementsprechend verhalten muss.

Da jedoch die wenigsten Kliniken über Familienzimmer verfügen, deshalb Väter und andere Personen nur stundenweise anwesend sein können, bedeutet dies, dass eine Atmosphäre geschaffen werden müsste, die den emotionalen Bedürfnissen einer Wöchnerin gerecht wird.

Viele Studienteilnehmerinnen wünschten sich Fürsorge, menschliche Zuwendung und Wärme, Anteilnahme und Feingefühl, Verlässlichkeit und Aufrichtigkeit sowie ausführliche Information und Menschen, die offen reden und zuhören können. Also eine Atmosphäre, die Frauen Mut macht sich die Unterstützung zu holen, die sie brauchen, ohne Angst vor Zurückweisung und Ablehnung. Ich nenne dieses Konzept „positive Bemutterung“, weil es von Pflegenden nicht nur Fach- und Beratungskompetenz verlangt, sondern eine Form des Da-seins beinhaltet, die von Fürsorge und Mitmenschlichkeit geprägt ist.

(Während meiner Hospitation und durch die Interviews erfuhr ich, dass sich einige Frauen nur von der eigenen Mutter verstanden fühlten, da diese vor allem das Wohl ihres „Kindes“ im Auge hatte.)

### ***Sicherheit durch Kenntnis der Abläufe und wenige Bezugspersonen***

Viele Frauen fühlten sich durch Unkenntnis des Stationsablaufs und die Menge des Personals verunsichert.

Hier könnte eine Eingrenzung der Bezugspersonen hilfreich sein. Pflegeorganisationsformen wie Bezugspflege oder primary nursing könnten der Frau zu mehr Sicherheit verhelfen, da sie ihre AnsprechpartnerInnen kennt und intensivere Beziehungen zwischen ihnen ermöglicht würden.

Die Beratung und Unterstützung durch wenige Menschen könnte auch helfen, Verunsicherungen beim Stillen abzubauen. Einige Frauen klagten über sehr verschiedene Meinungen zu einem Stillproblem, was sie völlig verunsichert habe. Andere Frauen fühlten sich gut angeleitet. Eine Frau berichtete über optimale Anleitung. Das bedeutete konkret: Anleitung durch eine Person, viele Erklärungen, ein atmosphärisch sehr schön eingerichtetes Stillzimmer und die ständige Anwesenheit einer Schwester im Stillzimmer, die jederzeit bereit war, die Fragen der jungen Mütter zu beantworten und ihnen mit Tipps und Tricks zur Seite zu stehen.

In diesem Zusammenhang stelle ich auch die grundlegende Überlegung an, inwieweit die verschiedensten Berufsgruppen auf einer Wochenstation sinnvoll eingesetzt werden können.

Während früher die Wochenschwester für die Mutter zuständig war und die Säuglingsschwester für das Kind, wird heute überwiegend nach dem Konzept der integrativen Wochenpflege gearbeitet. Das bedeutet, dass die Mutter-Kind-Einheit auch in der Betreuung der verschiedenen Berufsgruppen nicht mehr getrennt werden soll. Dieses Konzept bietet den Vorteil, dass die entsprechende Pflegekraft über den Gesundheitszustand von Mutter und Kind informiert ist, aber gleichzeitig je nach Berufsspezialisierung nicht unbedingt gleich kompetent ist.

Das kann immer wieder zu Konflikten führen, die auch die Mütter miterleben. Abhilfe würde meines Erachtens der alleinige Einsatz von Hebammen auf einer Wochenstation schaffen. Dies ist diejenige Berufsgruppe, die sowohl für die Bedürfnisse und Erfordernisse, die mit der Pflege einer Wöchnerin einhergehen, als auch für die Pflege und Beurteilung des Säuglings kompetent ist. Ausnahmen mögen Wochenstationen in Perinatalzentren darstellen, da dort Frauen mit komplizierteren Wochenbettverläufen betreut werden.

### ***Besonderes Feingefühl für eine Mutter, deren Kind in der Kinderklinik untergebracht ist***

Wann immer möglich, sollte eine Frau zusammen mit ihrem Kind verlegt werden, da sich eine Trennung fast immer traumatisch auswirken zu scheint.

Ist dies nicht möglich, sollte die Frau in dem Bestreben ihr Kind zu besuchen, größtmöglich unterstützt werden.

Eine besondere Wichtigkeit fällt der Unterstützung beim Abpumpen der Milch zu. Für viele Mütter ist das Stillen sehr wichtig. Kann das Kind nicht bei ihr sein, möchte die Mutter, dass es wenigstens die Milch von ihr bekommt.

Eine Frau ärgerte sich furchtbar, als man ihr eröffnete, dass die erste Milch verworfen worden wäre, weil sie ihre Brust vor dem Abpumpen nicht desinfiziert habe. Das führte zum emotionalen Kontaktabbruch. Gerade die Gabe der Vormilch war ihr sehr wichtig für ihr Frühgeborenes.

Fast alle Mütter von Frühgeborenen beklagten sich über fehlendes Feingefühl, was das Abpumpen betraf. Übereinstimmend äußerten sie das Bedürfnis nach klarer Information und Anleitung sowie dem Bedürfnis, für sich allein abpumpen zu dürfen. Die Tatsache, dass alle von ihnen im Stillzimmer und damit im Beisein von Müttern mit ihren „Frischgeborenen“ abpumpen sollten, führte zu großem Unverständnis und zu Empörung.

Auch die gemeinsame Unterbringung mit Frauen, die eine problemlose Geburt und ein gesundes Neugeborenes hatten, belastete Mütter, deren Kind in der Kinderklinik untergebracht war, sehr.

### ***Der Umgang mit Medikamenten***

Hier wünschten sich die Mütter, dass Medikamente nicht standardmäßig verordnet werden. Viele Frauen wollten wenige oder keine Medikamente nehmen, aus Angst ihrem Baby damit zu schaden. Werden Medikamente verordnet, sollte die Frau vorher über Sinn und Zweck informiert werden.

Ein besonderes Thema sind Schmerzmittel. Einige Frauen beklagten, dass Schmerz- oder Leidäußerungen immer die Gabe von teils starken Schmerzmitteln oder Psychopharmaka zur Folge gehabt habe. Keine Frau erfuhr Genaueres über Wirkung und Nebenwirkung eines Medikaments.

Hier wäre es sinnvoll, die Frau über die Art und Intensität des Leidens zu befragen, um dann ein geeignetes Medikament zu finden, falls dies gewünscht wird. Vor allem die Frauen, die vor der Sectio starke Wehenschmerzen durchlitten hatten, vertraten die Ansicht, dass der Wundschmerz einer Sectio auch ohne Schmerzmittel relativ erträglich wäre.

Einige Frauen erhielten nach der traumatischen Geburt Valium. Dies wurde von allen äußerst kritisch beurteilt, da es Leiden nur um wenige Stunden verschiebe.

### ***Unterstützung bei der Aufnahme der Mutter-Kind-Beziehung***

Vor allem Mütter, die nach der Sectio noch wie eingefroren wirken und tief verletzt sind, brauchen aktive Unterstützung bei der Überwindung der Fremdheit zu ihrem Kind. Das Kind selbst ausziehen, nackt auf dem Körper zu spüren, es im Bett der Mutter schlafen zu lassen, können hilfreiche Maßnahmen sein.

Brigitte Meissner, eine schweizerische Hebamme, die sich mit dieser Thematik beschäftigt, schlägt ein Ritual vor, in dem der erste liebevolle Mutter-Kind-Kontakt in einer heilenden Weise nachgeholt werden kann. Dazu schlägt sie ein Baderitual vor, bei dem das Kind anschließend nackt und nass auf den Bauch der Mutter gelegt wird. *„Den weichen, warmen und nackten, wenn möglich auch noch nassen, kleinen Körper ihres Babys auf ihrer Haut zu spüren, verbindet die Frau mit tiefsten Instinkten ihrer Mütterlichkeit. (...) Eine Kaiserschnittmutter oder jede Mutter, die eine Trennung von ihrem Baby erfuhr, kommt dadurch leichter in den Kontakt mit diesen Urinstinkten, welche emotional eine tiefe Bedeutung haben“* (Meissner 2003: 124 f).

### ***Unterstützung bei der Wahrnehmung des veränderten Leibes***

Viele Frauen fühlen sich nach einer Sectio sehr fremd in ihrem Körper. Zum einen, weil der Bauch plötzlich leer und schlaff geworden ist, zum anderen, weil der Unterleib zumindest in der Narbengegend noch taub ist.

Je nach Ursache und Verlauf der Sectio kann das Vertrauen in die Fähigkeiten des Körpers völlig erschüttert sein. Es kann sein, dass eine Frau ihrem Körper zukünftig misstraut oder sie ihn ablehnt, weil er sie im entscheidenden Moment im Stich gelassen hat. Dieses Gefühl scheint vor allem bei

Müttern mit Frühgeborenen sehr ausgeprägt zu sein. Einige Frauen trauten sich nicht, ihren Bauch nach der Operation anzufassen.

Aber auch weniger dramatische Geburtsumstände können Misstrauen und Angst zur Folge haben. Mehrere Frauen trauten sich nicht auf die Toilette, da sie Angst hatten, beim Pressen aufzuplatzen.

In diesem Zusammenhang berichteten einige Frauen von sehr liebevoller Pflege. Sie erfuhren sanfte Bauchmassagen mit ätherischen Ölen, um die Rückbildung der Gebärmutter zu unterstützen. Fast immer fühlten sie sich nach einer solchen Behandlung besser mit ihrem Bauch.

Eine Frau regte an, den Rückbildungskurs durch einen Körperwahrnehmungskurs zu ersetzen.

### ***Geburtsnachbesprechung***

Fast alle Studienteilnehmerinnen äußerten das Bedürfnis nach einer ausführlichen Geburtsnachbesprechung. Denjenigen, die von sich aus nach einigen Monaten im Einzelfall nach 3 Jahren ein solches Gespräch einforderten, half es bei der Verarbeitung des Geburtserlebens.

Auch während der Interviews gewann ich manchmal den Eindruck, dass einige Frauen unser Gespräch nutzten, um die Ereignisse in Ruhe nachzuvollziehen.

Ich glaube, dass dieses Nachvollziehen in emotionaler Hinsicht ein wichtiger Baustein für die Geburtsverarbeitung darstellt. Insofern würde ich für jede entbindende Frau einen solchen Termin anbieten. Der Zeitpunkt wäre variabel zu gestalten. Wegen der Organisation wäre natürlich das Wochenbett im Krankenhaus ein geeigneter Zeitpunkt, allerdings mit dem Nachteil, dass einige Fragen erst später auftauchen können und manchen Frauen das Geburtserlebnis noch so in den Knochen steckt, dass sie nicht in der Lage sind, schon wenige Tage danach darüber zu sprechen.

Viele Studienteilnehmerinnen berichteten mir in diesem Zusammenhang, dass sie direkt nach der Geburt in den ersten Wochen und Monaten ein solches Interview nicht verkraftet hätten.

## **8.10 Möglichkeiten zur Geburtsverarbeitung schaffen**

Viele Frauen, vor allem diejenigen, die die Geburt ihres Kindes traumatisch erlebten, wünschten sich die Möglichkeit in einem geschützten Rahmen mit anderen Frauen über ihr Erleben sprechen zu können. Dabei standen die emotionalen Aspekte des Geburtserlebens im Vordergrund, Es wurde aber auch die Aufklärung und Information über mögliche Folgen der Sectio gewünscht.

## **8.11 Sensibilisierung für die Thematik der postpartalen Depression**

Viele Frauen, die nach der Geburt in depressiv reagieren, wissen nicht, was mit ihnen los ist. Deshalb kommt den nachsorgenden Hebammen und GynäkologInnen entscheidende Bedeutung zu, wenn es darum geht, das Leid psychischer Störungen zu identifizieren und zu diagnostizieren. Leider erhalten Frauen und ihre Familien durch Unkenntnis immer noch zu wenig rechtzeitige und adäquate Hilfe in der Not.



## 9 Abschließende Betrachtung und Zusammenfassung der Ergebnisse

Fast alle Studienteilnehmerinnen entwickelten in der Schwangerschaft ein relativ konkretes und gut gegeneinander abgrenzbares Geburtsideal.

Dieses Ideal basiert auf individuell unterschiedlichen Bedeutungen, die der Geburt und dem aktiven Gebären verliehen werden. Es spiegelt Persönlichkeitsaspekte, Werte und konkrete Bedürfnisse einer Frau unter der Geburt. Das Geburtsideal beinhaltet somit die individuellen Kriterien, anhand derer die konkrete Geburtsrealität gemessen wird und es beeinflusst die Wahl der Geburtsklinik.

Gut ein Drittel der Frauen wünschte sich eine „bewusste“ Geburt. Damit verbunden ist eine intensive Auseinandersetzung und Idealisierung der bevorstehenden Geburt sowie eine hohe Wertschätzung des aktiven Gebärens und der Hebammenhilfe.

Frauen mit diesem Geburtsideal fühlten sich mit dem Erleben der realen Geburt des (ungewollten) Kaiserschnitts persönlich gescheitert. Alle litten unter ausgeprägten Schuldgefühlen und setzten sich sehr mit ihrem persönlichen Versagen als Frau und Mutter auseinander.

Gut die Hälfte der Studienteilnehmerinnen strebte eine „natürliche“, instinktive Geburt an. Dieses Geburtsideal zeichnet sich durch Offenheit in beide Richtungen aus. Auch hier wollen Frauen ihr Kind aus eigener Kraft gebären (instinktiv) und weitgehend auf medizinische Interventionen verzichten (natürlich). Der entscheidende Unterschied besteht darin, dass hier ein größeres Bedürfnis nach medizinischer Sicherheit besteht. Dem entsprechend wird auch die Sectio nicht grundsätzlich abgelehnt, sondern akzeptiert, wenn sie notwendig wird.

Frauen dieser Gruppe neigen nicht zu einer ausgeprägten Idealisierung. Das Erleben der Geburt ist für sie nicht unbedingt ein Wert an sich, sondern eine Notwendigkeit, wenn man sich ein Kind wünscht. Schmerzen werden in Kauf genommen, aber nicht als Herausforderung für persönliche Selbsterfahrung und Wachstum betrachtet wie in der „bewussten“ Gruppe.

Die Reaktion auf die Sectio fiel in dieser Gruppe viel heterogener aus als bei Frauen mit „bewusstem“ Geburtsideal. Aber auch hier gab es Gefühle des Scheiterns, Traurigkeit und das Gefühl als Frau versagt zu haben, manchmal auch Neidgefühle anderen Frauen gegenüber. Die meisten Frauen konnten die Sectio akzeptieren. Einige empfanden sie als Erlösung. Das waren diejenigen, die größere Angst vor dem Wehenschmerz geäußert hatten.

Auffällig ist, dass hier und auch in der nächsten Gruppe nur eine Frau ausgeprägte Schuldgefühle entwickelte.

Die wenigsten Frauen wünschten sich eine (medizinisch) kontrollierte Geburt. In dieser Gruppe wurden eher die Vorteile einer möglichen Sectio hervorgehoben. Das Erleben einer Spontangeburt

erscheint hier eher als notwendiges und Angst machendes Übel, der Geburts- und Wehenschmerz wird emotional abgelehnt. Frauen dieser Gruppe legen großen Wert auf Selbstbestimmung sowie medizinische und persönliche Kontrolle. Verläuft die Geburt nach diesen Vorstellungen oder wird die Sectio recht zügig nach Wehenbeginn durchgeführt, wird sie überaus positiv bewertet. Schwierig wird die Situation dann, wenn die Frau zu einer Spontangeburt gedrängt wird, die sie nicht oder nicht mehr will.

Die folgende Tabelle zeigt Indikatoren, die auf das zu Grunde liegende Geburtsideal schließen lassen.

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

### ***Bewertungen der real erlebten Geburt***

Die überwiegend negativen Beurteilungen des Geburtserlebens (Siehe Kap. 6) lassen darauf schließen, dass die meisten Frauen dieser Studie Geburt und Wochenbett konträr zu ihrem Geburtsideal erlebten. Wesentliche Erwartungen, Bedürfnisse und Hoffnungen schienen nicht erfüllt und viele Frauen wurden scheinbar mit einer Realität konfrontiert, die sie weder erwartet noch für möglich gehalten hatten. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass keine Frau ausschließlich negative oder ausschließlich positive Erfahrungen gemacht hat. Die folgende Tabelle zeigt, welche Erfahrungen zu positiven, ausgeglichenen oder negativen Bewertungen geführt haben. Dabei ist die Spalte „überwiegend positiv“ eher ein Anhaltspunkt, da nur eine Frau ihr Geburtserleben positiv bewertet hat.

<b>Überwiegend positive Bewertung des Geburtserlebens</b>	<b>Positiv und negative bewertetes Erleben etwa ausgeglichen</b>	<b>Überwiegend negative Bewertung des Geburtserlebens</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Natürliches oder kontrolliertes Geburtsideal</li> <li>• Hohes Ausmaß an Kontrolle über die Situation, Aufklärung und Mitsprache</li> <li>• Intensive medizinische und menschliche Betreuung während invasiver Maßnahmen</li> <li>• Klare Indikation</li> <li>• Keine existenzielle Gefährdung von Mutter oder Kind</li> <li>• Keine Trennung von Mutter und Kind</li> <li>• Erfolgreiches Stillen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Natürliches oder kontrolliertes Geburtsideal</li> <li>• Ausreichende Aufklärung und Mitspracherecht</li> <li>• Ausreichende menschliche Begleitung während invasiver Maßnahmen und während der Entbindung</li> <li>• Klare Indikation</li> <li>• Notsectio wird toleriert bei gleichzeitiger starker Fürsorglichkeit des Partners oder der GeburtshelferInnen</li> <li>• Keine Trennung von Mutter oder Kind</li> <li>• Stillen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewusstes oder natürliches Geburtsideal</li> <li>• Kontrolliertes Geburtsideal, wenn starker Kontrollverlust erlebt wurde</li> <li>• Keine oder nicht ausreichende menschliche Begleitung während invasiver Maßnahmen und während der Entbindung</li> <li>• Unklare Indikation</li> <li>• Erleben einer Notsectio</li> <li>• Trennung von Mutter und Kind (Kind in der Kinderklinik)</li> <li>• Erleben von Gewalt</li> <li>• Erleben von starken Entfremdungsgefühlen</li> <li>• Erleben von Gegenüberlosigkeit</li> <li>• Stillprobleme</li> </ul>

Die herausgearbeiteten Faktoren decken sich im wesentlichen mit dem Risikoprofil einer potentiell negativen Bewertung des Kaiserschnittes, welches Cynthia Mutryn nach Auswertung verschiedenster Studien entwickelt hat (siehe auch Kap.5.1.3) (Mutryn 1993 zit. nach de Jong/Kemmler 1999: 137).

Allerdings fehlen ihrem Risikoprofil weitgehend diejenigen - im Folgenden zusammengefassten - Erlebensdimensionen, die nicht nur zu einer negativen Bewertung der Sectio führen, sondern zusätzlich ein traumatisch wirkendes Potential in sich tragen sowie in der Folge schwere psychische Krisen auslösen können.

### ***Existenzielle Bedrohung von Mutter oder Kind verbunden mit Trennung***

Wenn das Leben des Kindes bedroht ist, reagieren fast alle Frauen mit Angst und Panik. Sie geraten fast immer in einen seelischen Ausnahmezustand, der Fühlen verhindert und nur noch lebensnotwendige Funktionen ermöglicht.

Diese emotionale Anästhesie scheint vor dem „Verrücktwerden“ zu bewahren, vor dem totalen Zusammenbruch und hilft in dieser Situation handlungsfähig zu bleiben. Diese Fähigkeit, Gefühle von bedrohlichen Ereignissen abzuspalten, ist jedem Menschen gegeben und stellt eine sinnvolle Schutzfunktion der Psyche dar. Äußerungen wie „dicht machen“, „alles wie im Film erleben“ oder sich selbst von oben zu beobachten, können Hinweise auf dissoziatives Erleben geben.

Als Folge kann eine PTBR und/oder PTBS auftreten. Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass das Erleben existenzieller Bedrohung durch intensive menschliche Zugewandtheit und Begleitung Leid gemildert und möglicherweise seelisches Trauma verhindert werden kann.

Existenzielle Erfahrungen sind nicht vermeidbar, auch wenn in der Geburtshilfe enorme Anstrengungen unternommen werden, Behinderung und Tod auszuschließen.

Vielleicht ist dies der Grund, warum so viele Frauen (vor allem diejenigen, deren Kind zu früh geboren wurde) die Schuld für ihr Versagen bei sich selbst suchen.

Intensive Schuldgefühle, dem Kind einen guten Start ins Leben verwehrt zu haben und für das Leid verantwortlich zu sein, verbunden mit Ablehnung des eigenen Körpers bis zum Selbsthass, können die Folgen sein. Alle Frauen, deren Kind zu früh kam, reagierten mit teils schwersten Depressionen, so dass hier davon auszugehen ist, dass Mütter von Frühgeborenen eine ausgesprochene Risikogruppe darstellen, die Geburt und die Umstände, die sie begleiten, schlecht verarbeiten zu können.

Fatalerweise betrifft die emotionale Starre, die mit einer Depression einhergeht, nicht nur die Frau selbst, sondern sie beeinflusst auch die Beziehung zum Kind nachhaltig. Gerade Frauen, die ausgesprochene Wunsch Kinder erwarteten und sich stark mit der Geburt auseinandergesetzt hatten (be-

wusstes Geburtsideal) litten unter enormen Schuld- und Schamgefühlen, weil sie sich nicht über ihr Kind freuen konnten und es ihnen fremd war. Die meisten Frauen schaffen es nach einiger Zeit die Fremdheit zu überwinden, andere können die „verlorene“ Anfangszeit nie mehr ausgleichen. Letzteres betrifft vor allem diejenigen Frauen, die ihr Kind erst nach einigen Tagen sehen konnten.

### ***Das Erleben von Gewalt***

Erlebte Gewalt in der Geburtshilfe kann sich sowohl durch unpassende, abwertende und beschuldigende verbale Äußerungen äußern als auch durch grobe vaginale Untersuchungen sowie die Frau übergehende Entscheidungen.

Erlebte Gewalttaten werden als Beziehungstaten erlebt. Das bedeutet: Es gibt Täter, die Macht ausüben und Opfer, die sich ohnmächtig fühlen und Handlungen über sich ergehen lassen (müssen). Gewalt verletzt die Seele eines Menschen zutiefst und hinterlässt Spuren: Depressionen, Angst, Alpträume, Entfremdungsgefühle sowie Schuld- und Schamgefühle quälen die betroffenen Frauen oft noch lange Zeit nach der Entbindung und stören die Lebensqualität und Beziehungen in der Familie empfindlich.

Das destruktive Potential, das erlebte Gewalt beinhaltet, entfaltet sich im Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten sowie im Kontakt mit anderen Menschen. Häufig sind auch eine Trennung von Denken und Fühlen sowie Erinnerungslücken. Dissoziative Symptome, wie diese Phänomene in der Fachsprache genannt werden, können, wenn sie über längere Zeit bestehen bleiben, zu starken Entfremdungsgefühlen sich selbst oder anderen gegenüber führen und/oder in einer posttraumatischen Belastungsstörung enden.

Zumindest eine Frau zeigte die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die akute traumatische Belastungsreaktion mit dissoziativen Symptomen fand sich wesentlich häufiger. Fast alle Frauen, die per Notsectio von ihren Kindern entbunden wurden, litten darunter, aber auch Frauen, die große Angst vor medizinischen und invasiven Eingriffen hatten.

### ***Gegenüberlosigkeit***

Frauen, die kein menschliches Gegenüber erlebten, fühlten sich als Objekt auf den Körper reduziert. Die Seele, die eigene Geschichtlichkeit außen vor und nicht beachtet. Das Erleben, nur (physisch) versorgt, aber als Mensch überhaupt nicht gesehen zu werden, scheint mit Gefühlen von starker Einsamkeit und Verlassenheit einherzugehen. Die Frau fühlt sich Mutter-seelen-allein; ihre Fragen münden im Nichts. Schlimmstenfalls verliert sie den Kontakt zu sich selbst. Dieser Zustand des Inneren-Eingeschlossen-Seins wird wahrscheinlich noch durch die Gabe von Tranquilizern und Opiaten verstärkt, da diese die ohnehin veränderte Wahrnehmung des Körpers und der Seele nach einer Entbindung beeinflussen können.

Ich vermute, dass das Erleben von Gegenüberlosigkeit in der Kombination von starken (psychischen) Entfremdungsgefühlen bei entsprechender Vulnerabilität einer Frau zu präpsychotischen Zustände führen kann, die mit starker Verunsicherung und Angst verbunden sind.

Zusätzlicher Schlafmangel und die rapide Hormonumstellung der ersten Tage nach der Entbindung könnten eine Wochenbettpsychose<sup>15</sup> manifestieren.

Glücklicherweise ist eine echte Wochenbettpsychose, die in der Regel schon einige Tage nach der Entbindung beginnt, selten. Sie bedarf allerdings immer der stationären psychiatrischen Behandlung, weil die Sicherheit des Kindes und der Mutter gefährdet sind.

### ***Entfremdung des Leibes***

Beim Erleben dieser Dimension geht es um die Erfahrung, dass Körper und Seele getrennt voneinander wahrgenommen werden. Diese Erfahrung taucht meist im unmittelbaren Zusammenhang mit der Durchführung der Sectio auf. Die Kontrolle über den eigenen Körper zu verlieren, starkes Zittern am ganzen Körper und die Unfähigkeit die Beine zu spüren, kann großes Unbehagen und starke Ängste auslösen. Hier sind vor allem Frauen betroffen, deren Wahrnehmung noch nicht durch das Erleben von starkem Wehenschmerz beeinträchtigt ist (z.B. Frauen mit primärer Sectio).

Das Gefühl, auf den Körper reduziert, als medizinisches Objekt wahrgenommen zu werden, trägt die Erfahrung der Gegenüberlosigkeit in sich, deshalb empfinden die meisten Frauen diese Erfahrung seelisch als sehr schmerzhaft.

Aber nicht nur das Gefühl der Entmenschlichung kann Angst machen, sondern auch die reale Erfahrung, dass dieses Körperobjekt auf dem OP-Tisch festgeschnallt wird und Körperfunktionen wie Atmung, Ausscheidung und Bewegung von fremden Menschen kontrolliert werden. Dazu kann die Angst kommen, bei lebendigem Leibe und vollem Bewusstsein aufgeschnitten zu werden. Die Lagerung auf dem OP, gekreuzigt und in zwei Hälften zerteilt ließ bei einigen Frauen Assoziationen zur Schlachtung aufkommen.

Die Erfahrung der totalen Kontrolle durch fremde Menschen trägt ein Potential von Gewalt in sich. Die Frauen, die wenig menschliche Zuwendung während der OP und deren Vorbereitung erhielten, fühlten sich in diesen Momenten wie ein „Vieh auf der Schlachtbank“.

---

<sup>15</sup> Psychotisches Erleben wird laut DSMIII als schwere Beeinträchtigung der Realitätskontrolle beschrieben. Postpartal können drei verschiedene Formen psychotischen Erlebens unterschieden werden: 1. Die manische Psychose, verbunden mit starker Antriebssteigerung, motorischer Unruhe und Wahnvorstellungen. 2. Die depressive Psychose mit extremen Angstzuständen sowie Antriebs-, Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit. 3. Die schizophrene Psychose einhergehend mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Antriebsarmut. Diese schwerste nachgeburtliche Krise betrifft etwa eine von 1000 Frauen.

Dieses Erleben der totalen Abhängigkeit, der Entfremdung des Leibes während der OP lässt sich wahrscheinlich nicht vermeiden. Die Wirkungen dieses Erlebens können meiner Ansicht nach nur durch menschliche Bezogenheit während der OP gemildert werden. Frauen, die ihre Geburtserfahrung nicht negativ beurteilt haben, wurden während der OP häufig intensiv von den AnästhesistInnen betreut.

Frauen, die keine solche Bezogenheit erfuhren, neigten in der Folge zu unangenehmen und fremden Körperempfinden. Teilweise brauchten sie sehr lange, um ihren (Unter)leib wieder zu spüren.

Bei Betrachtung der Folgen von traumatischem Erleben wird verständlich, warum sich viele Frauen nach dieser Erfahrung so schwer tun, ein weiteres Kind zu bekommen. Selbst wenn ein starker Auseinandersetzungsprozess stattgefunden hat und die Mutter sich mit dem Scheitern und ihren ambivalenten Gefühlen aussöhnen konnte, bleibt oft eine existenzielle Verunsicherung und Angst vor einer erneuten Schwangerschaft zurück.

Die Frau hat am eigenen Leibe erfahren, dass vermeintliches Unglück nicht nur andere betrifft, sondern sie selbst zu jeder Zeit gefährdet sein kann.

Eine Frau, die ich während meiner Hospitation im Kreissaal begleitete, sagte nach einer - mit lebensgefährlichen Komplikationen einhergehenden - Sectio, die Bluttransfusionen und einen Aufenthalt auf der Intensivstation nötig machte: *„Ich wusste ja, dass ein Kaiserschnitt relativ sicher ist und trotzdem wäre ich fast gestorben.(...) Es kann mir jederzeit wieder so gehen. Ich fühl´ mich nicht mehr sicher. Wer sagt mir denn, dass in der Bluttransfusion keine AIDS-Erreger waren?“*

### **Resümee**

Das Erleben eines Kaiserschnittes kann eine sehr traumatische Erfahrung für eine Frau sein. Besondere Risikofaktoren scheinen insbesondere ein bewusstes Geburtsideal, das Erleben einer existenziell bedrohlichen Situation, das Erleben von Gewalt, Trennung von Mutter und Kind aufgrund von Frühgeburtlichkeit, das Erleben von starken Entfremdungsgefühlen und das Erleben von Gegenüberlosigkeit zu sein.

Besonders destruktiv scheint sich dabei die Kombination von existenzieller Bedrohung - verbunden mit Trennung - und Gewalt, sowie die Kombination von Gegenüberlosigkeit und Entfremdungsgefühlen auszuwirken.

Existenzielle Bedrohung verbunden mit Gewalt scheint eher in Depressionen und traumaspezifische Erkrankungen zu münden, während ich vermute, dass das Erleben von Entfremdung und Gegenüberlosigkeit zur Manifestation einer Wochenbettpsychose führen kann.

Ich habe gezeigt, dass eine traumatische Kaiserschnittentbindung schwerwiegende Auswirkungen auf die subjektive Lebensqualität einer Frau sowie auf die Beziehungen zu ihrem Kind und zu anderen Menschen haben kann.

Psychische Störungen wie die postpartale Depression und die Posttraumatische Belastungsreaktion, die als Folge traumatischen Erlebens aufzutreten können, bedeuten großes Leid für die Mütter und ihre Familien.

Da nicht gefühltes Mutterglück, ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber und das dauerhafte Leiden an den Erfahrungen, die mit der Entbindung einhergehen, gesellschaftlich tabuisiert sind und jenseits aller Idealvorstellungen liegen, treten häufig sehr heftige Schuldgefühle auf. Der Gedanke, eine schlechte Mutter zu sein und dem eigenen Kind zu schaden, kann die Frau in einen Kreislauf von Schuld, Selbstentwertung und Depression führen. Sie mag die Vorstellung entwickeln, dass es besser für ihr Kind sei, eine andere Mutter zu haben.

Auf das Erleben und Aushalten solcher Gefühle sind vor allem Erstgebärende in der Regel nicht vorbereitet. Große Scham und die Vorstellung, nicht „richtig“ zu sein, kann die Frau von anderen Menschen isolieren und dazu führen, dass sie sich niemandem gegenüber offenbart.

Im Extremfall geht die Depression so weit, dass Suizidgedanken auftreten und die Mutter hrem Leben - und manchmal auch dem Leben ihres Kindes - ein Ende setzen möchte.

Menschen in unmittelbarer Nähe mögen das Leid spüren, doch auch sie sind in der Regel hoffnungslos überfordert und wissen nicht, wie sie helfen sollen oder an wen sie sich wenden können, um die dringend benötigte Hilfe zu erhalten.

Selbst, wenn es gelingt, die Frau davon zu überzeugen, dass ihr Leid einen Namen trägt, häufiger auftritt als gemeinhin angenommen und zu behandeln ist, vergeht oft lange Zeit bis kompetente professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden kann.

Viele Hebammen und Gynäkologen, die Frauen im Wochenbett betreuen, sind unsicher, was das Stellen der Diagnose einer psychischen Erkrankung angeht. Da auch sie häufig keine Fachleute kennen, die sich mit dieser Thematik auskennen bzw., die auf die Behandlung solcher Störungen spezialisiert sind, vergeht oft wertvolle Zeit bis die Frau Hilfe und Behandlung erfahren kann.

Leider werden nach wie vor die meisten psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt nicht rechtzeitig erkannt. Dies kann eine Chronifizierung der Störung zur Folge haben, die ein Leben lang anhält.



Aus diesen Schilderungen ergeben sich für mich folgende Konsequenzen:

1. Psychische Störungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sollten Inhalt der Ausbildungs- und Weiterbildungscurricula von Hebammen und GynäkologInnen sein.
2. Fachleute, Ehrenamtliche und die wenigen öffentlichen Stellen, die sich mit dieser Thematik beschäftigen und auskennen, sollten untereinander vernetzt werden. Sie sollten sowohl Hebammen und GynäkologInnen beraten als auch betroffene Frauen und ihre Familien.
3. Potentiell traumatisierende Erlebensdimensionen, also Risikofaktoren für psychisches Leid, sollten nach Möglichkeit im Zusammenhang mit der Entbindung vermieden werden.

Nicht alle, dieser Risikofaktoren, lassen sich von „außen“ durch GeburtshelferInnen beeinflussen. Dies gilt vor allem für die Werte, die einem bestimmten Geburtsideal zu Grunde liegen können, als auch für die Bedeutungen, die Frauen dem Akt des Gebärens zuschreiben. Dies gilt ebenfalls für die individuelle Vulnerabilität einer Frau und die ihr zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen. Diese Risikofaktoren lassen sich bestenfalls identifizieren und legen eine achtsame Beobachtung der Frau im Anschluss einer Sectio nahe.

Leider entziehen sich auch existenziell bedrohliche Ereignisse während einer Entbindung - und die häufig damit einhergehende Trennung von Mutter und Kind - der vollständigen Kontrolle durch professionelle GeburtshelferInnen. Das bedeutet: Maßnahmen, die aufgrund einer lebensbedrohlichen Gefährdung von Mutter und/oder Kind medizinisch indiziert sind, werden auch im Rahmen einer noch so gut vorbereiteten und überwachten Entbindung, immer durchgeführt werden müssen. Diese oft invasiven medizinischen Handlungen werden von vielen Frauen belastend, jedoch nicht zwingend traumatisierend erlebt. Hier scheint der Kontext und die menschliche Bezogenheit, die diese Handlungen begleiten, entscheidend zu sein.

Anders ausgedrückt: Je belastender eine Maßnahme wirken kann, je mehr sie die Leibgrenzen einer Frau verletzt und desto mehr sie von dem Geburtsideal einer Frau abweicht, desto größer sollte die menschliche Bezogenheit sein, die sie begleitet.

Erfährt eine Frau diese Bezogenheit und Achtsamkeit nicht, können an sich wohl gemeinte und medizinisch indizierte Maßnahmen gewalttätig, verletzend und als die Menschenwürde herabsetzend erlebt werden.

Es ist also von entscheidender Bedeutung, wie etwas getan wird und nicht nur, was getan wird.

### ***Bewertung der Ergebnisse***

Das Ziel dieser Studie war die Exploration des Erlebens von Frauen, die von ihrem ersten Kind per Sectio entbunden wurden. Ein besonderes Gewicht kam der Erforschung derjenigen Erlebensdimensionen zu, die traumatisches Potential beinhalten.

Da diese Studie die subjektive Wirklichkeit der betroffenen Frauen fokussiert, erschien mir ein qualitativer Forschungsansatz der geeignetste Zugang zu sein. Meine Gesprächspartnerinnen sollten die Möglichkeit haben, ihre subjektive Perspektive, ihr Erleben und Deuten von Situationen darzustellen.

Deshalb nutzte ich ein qualitatives Untersuchungsverfahren (halbstandardisiertes Interview), welches auf eine Expertenposition des Forschers verzichtet und davon ausgeht, dass die befragte Person in der Lage und Willens ist, Auskunft zu geben.

Da aber eine ausführliche Exploration des Erlebens stark von der Fähigkeit zu Selbstbeobachtung und Verbalisierung der Studienteilnehmerinnen abhängig ist, schließt die Studie den Erfahrungsschatz solcher Frauen aus, die sich weder in der Lage fühlen, ihr Erleben zu reflektieren noch dieses verbalisieren können (siehe auch Sprachlosigkeit).

Reflexive und verbale Fähigkeiten gehen häufig mit höherem Sozial- und Bildungsniveau einher, wahrscheinlich ist dies der Grund, warum viele (11 von 19) Akademikerinnen an der Studie teilnahmen. Die meisten anderen Teilnehmerinnen arbeiteten in sozialen oder medizinischen Berufen, welche ebenfalls kommunikative und reflexive Fähigkeiten voraussetzen.

So stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse dieser Studie auch z.B. auf junge Frauen mit niedrigem Sozial- und Bildungsniveau übertragen werden könnten, oder ob in dieser Personengruppe grundsätzlich andere Geburtserfahrungen vorkommen.

Ein weiterer interessanter Aspekt der Untersuchung ist, dass diejenigen Frauen, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten, im Erstkontakt am Telefon häufig nicht erwähnten, dass sie ihr Geburtserleben negativ bewerteten. Deshalb vermutete ich anfangs, dass positiv und negative Bewertungen im Sample ausgeglichen seien. Diese vermutete Tatsache war erwünscht, da ich sowohl Interesse an der Schilderung positiver als auch negativer Erfahrungen hatte. Ich beabsichtigte, einen Vergleich zwischen so genannten „Idealtypen“ und „Kontrastrfällen“ (Flick, 1998: 255) herzustellen, um konkret herauszuarbeiten, welche Faktoren zu positivem, ausgeglichenem oder negativem Geburtserleben führen.

Dies ist mir nur bedingt gelungen, da nur ein „Fall“ (siehe Anhang) ausschließlich positiv bewertet wurde. Diese Einseitigkeit stellte sich allerdings erst nach dem Abschluss der Interviews heraus, so dass in Folge versucht werden müsste, weitere Frauen zu finden, die ihr Geburtserleben per Sectio ausschließlich positiv bewerten.

Mir ist nicht klar, warum Die Studienteilnehmerinnen ihr Erleben am Telefon positiver darstellten als später im Interview. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass für das Teilen sehr schwieriger Erfahrungen ein Vertrauensverhältnis Voraussetzung ist, welches sich erst in der konkreten Interviewsituation einstellte. Mehrere Frauen erzählten mir nach Abschluss der Gespräche, dass sie teilweise erst im Interview entschieden hätten, mir bestimmte Dimensionen des Erlebens zu schildern und dies vom Grad der empfundenen Sympathie abhängig gemacht hätten.

Ein anderer Grund das Geburtserleben erst positiver darzustellen könnte die Anpassung an gesellschaftliche Normen sein. Da eine Sectio in den Medien als auch im Diskurs häufig bagatellisiert wird, nehmen manche Frauen ihre Gefühle vielleicht nicht Ernst, weil sie glauben, dass diese nicht angemessen seien.

Weiterhin könnte sich das positiv geschilderte Erleben konkret auf die Durchführung der Sectio bezogen haben und das Erleben davor, wurde von den Frauen als nicht relevant für mein Forschungsinteresse erachtet.

Da bei der Auswertung der Daten sehr viel problematisches Erleben auftauchte, passte ich mich dieser Sachlage während des Forschungsprozesses an. Deshalb fokussierte ich traumatische Aspekte, obwohl dies anfangs nicht beabsichtigt war (Anmerkung: was sich auch im Titel dieser Arbeit zeigt).

Da sich meine Vermutung bestätigt hat, dass traumatisches Erleben im Zusammenhang mit der Entbindung per Sectio sowohl das subjektive Befinden der Frau als auch die Beziehung zu ihrem Kind längerfristig stark beeinträchtigen kann, besteht meines Erachtens Bedarf, weitere Studien zu diesem Themenkomplex zu initiieren.

Ferner vermute ich, dass die Ergebnisse dieser Studie größtenteils auch auf Entbindungen, die nicht per Sectio beendet werden, übertragbar sind. (Manche Frauen erlebten die schließlich durchgeführte Sectio als Erlösung von traumatischem Erleben). Auch dieses wäre in weiteren Studien zu überprüfen.

Möglicherweise ist die gesteigerte Nachfrage nach einer Sectio ohne medizinische Indikation bei Mehrgebärenden unter anderem eine Folge traumatischen Erlebens bei früheren Entbindungen.

Ich meine, das subjektiv empfundene Leid einer Mutter nach traumatischem Erleben im Zusammenhang mit der Entbindung darf nicht persönliches Schicksal einer Frau (Familie) bleiben, sondern sollte aus dem Schatten des Privaten durch wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs in das Licht der Öffentlichkeit gerückt werden.

Dazu möchte ich mit dieser Arbeit beitragen.

## *Zum Meer*

*Wer hat Dich geplant, gewollt  
Dich bestellt und abgeholt  
Wer hat sein Herz an Dich verlorn  
Warum bist Du geboren  
Wer hat Dich geboren*

*Wer hat sich nach Dir geseht  
Wer hat sich an Dich gelehnt  
Dich wie Du bist akzeptiert  
Dass Du Dein Heimweh verlierst  
Dass Du Dein Heimweh verlierst*

*Dreh Dich um, dreh Dich um  
Dreh Dein Kreuz in den Sturm  
Wirst Dich versöhnen, wirst gewährn  
Selbstbefreien für den Weg zum Meer*

*Wer ersetzt Dir Dein Programm  
Nur wer fallen auch fliegen kann  
Wer hilft Dir, dass Du trauern lernst  
Dich nicht von Dir entfernst*

*Dreh Dich um, dreh Dich um  
Vergiss Deine Schuld, Dein Vakuum  
Wende den Wind, bis er Dich bringt  
Weit zum Meer, Du weißt wohin*

*Dreh Dich um, dreh Dich um  
Dreh Dein Kreuz in den Sturm  
Geh gelöst, versönt, bestärkt  
Selbstbefreit den Weg zum Meer  
Selbstbefreit den Weg zum Meer  
Selbstbefreit den Weg zum Meer*

*Herbert Grönemeyer*

## 10 Literatur

- Albrecht-Engel/ Albrecht: Kaiserschnitt-Geburt, Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek 1995
- Al Mufti et al. Lancet 1996: 374:544
- Azoulay, I. Die Gewalt des Gebärens – Streitschrift wider den Mythos der glücklichen Geburt; List Verlag 1998
- Bopp, A.: Kaiserschnitt auf Wunsch. Reinbek bei Hamburg, 2003
- Bornemann, -r.: Kaiserschnitt – Operation und Geburt / von Rainer Bornemann. – Berlin: Karoi-Verl. Bornemann, 1989
- Boyce, P.M. and Todd, A.L.: Increased risk of postnatal depression after emergency cesarean section. Medical Journal of Australia, 157(3): 172-174.
- Brähler, E., Unger, U.: Schwangerschaft, Geburt und Übergang zur Elternschaft: empirische Studien / hrsg. Von Elmar Brähler; Uschi Unger. – Gießen: Psychosozial-Verl., 2001
- Brockington, I.: Die Psychiatrie der Mutterschaft – ein neues Fachgebiet? In: Mutterglück und Mutterleid: Diagnose und Therapie der postpartalen Depression /. Claudia M. Klier. (Hg.). – Wien: Fakultas, 2001
- Bucher, H. U. Vom Feten zum Neugeborenen: kindliche Risiken bei der Entbindung durch Sectio. In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001
- Coggins J: Cesarean section: a birth none the less MIDIRS Midwifery Digest, vol 13, no 1, Mar 2003, pp 76-79
- DER SPIEGEL 6/2003
- De Jong, T. / Kemmler, G.: Kaiserschnitt – Narben an Seele und Bauch – Ein Ratgeber für Kaiserschnittmütter, Fischer Taschenbuch Verlag, 3. Aufl. 1999
- De Jong, T. / Kemmler, G.: Kaiserschnitt – Wie Narben an Bauch und Seele heilen können, Kösel Verlag 2003
- Die Hebamme: Heft 3 16. Jahrgang, September 2003
- Dietl, J.: Infektionsrisiken beim Kaiserschnitt und deren Vermeidung. In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001
- Dudenhausen J. W.: Wenn die Schwangere entscheidet. In: gynäkologie + geburtshilfe 2/2001
- Dudenhausen, J. W.: Absolute und relative Sectio-Indikation. In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001
- Düring, H. und Schneider, H.: Einmal Sectio caesarea immer Sectio caesarea: Wieder zutreffend? In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001

Ehlert, U.: Psychische Aspekte der Entbindung. Ist die Sectio caesarea ein Stressor mit negativen Konsequenzen? In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001

Eirich, M.: Quo vadis, obstetrix? Wem nützt der Wunschkaiserschnitt“ In: DR. MED. MABUSE 143 Mai/Juni 2003

Enkin, M. W., Keirse, M. J. M. C., Renfrew M. J., Neilson, J. P.: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer / Enkin... Dt. Ausg. Hrsg. Von Mechthild M. Groß und Joachim W. Dudenhausen. (Übers.: Isabelle Kluge). – Wiesbaden : Ullstein Medical, 1998

Flick, U.: Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, ro ro ro Taschenbuch 1998

Freud W. E.: „Das „Whose-Baby?“-Syndrom“. Ein Beitrag zum psychodynamischen Verständnis der Perinatologie. In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1990/91 hrsg. Von M. Stauber; F. Conrad; G. Haselbacher. Springer Verlag Berlin; Heidelberg; New York; London; Paris; Tokyo; Hong Kong; Barcelona 1991

Garrel, M., et al.: Psychosocial consequences of cesarean childbirth: A four Year follow-up study. In: Early Human Development, Heft 21,1990

Gordon, T.: Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner, Heyne Verlag 1999

Häderle, A.: Die Sectio caesarea und die damit verbundenen Risiken für Mutter und Kind. Diplomarbeit im Studiengang Medizinische Dokumentation und Informatik, 2003  
Bezug durch die Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus GeQiK Stuttgart

HebammenLiteraturDienst 2/2003: in Die Hebamme Heft 3, 16. Jahrgang, September 2003

Hebammen forum: November 2003

Henze, K.-H.: Kaiserschnittgeburt. In: Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen Hannes Friedrich, Brigitte Hantsche, Karl-Heinz Henze, Gudrun Piechotta – Bern; Göttingen; Seattle : Huber (Reihe Pflegewissenschaft) Bd. 1. Lehrbuch. – 1997

Herman, Lewis, J.: Die Narben der Gewalt – Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Kindler 1998

Hildingsson, I., Radestad, I. , Rubertsson, C. et al 2002 Few women wish to be delivered by caesarean section. FJOG: an International Journal of Obstetrics an Gynaecology 109: 618-23  
In HebammenLiteraturDienst; Die Hebamme 16. Jahrgang, Heft 3, September 2003

Hoffmann-Riem, Ch.(1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, 339-372

Jukelevics, N.: The Emotional Scars of Ceasarean Birth. Aus: <http://www.vbac.com/emotionalscars.html>

Kentenich, H.: Die individuelle Geburt: Eine Bestandsaufnahme psychosomatischer Geburtshilfe. In: Pschosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie / Hrsg.: Manfred Stauber... – Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer, 1999.

- Klier, C.: Ergebnisse der EU-Studie 1998 – 2001 zur postpartalen Depression, unveröffentlichtes Manuskript des 1. Symposiums der Marce´ Gesellschaft im PZN Wiesloch am 25/26.01.02
- Krause, M. / Feige, A.: Die natürliche Geburt muss das Ziel sein. In: gynäkologie + geburtshilfe 2/2001
- Kruse, A. / Schmitt, E.: halbstrukturiertes Interview in Biographische Methoden in den Humanwissenschaften hrsg.: von Gerd Jüttemann und Hans Thomae, Beltz Taschbuch 1999
- Künzel, W.: Kindliche Risiken bei der Entbindung durch Sectio caesarea bei Frühgeburt und am Termin. In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung / Siegfried Lamnek. – Weinheim: Beltz, Psychologie Verlagsunion. Bd. 1 Methodologie – 3., korrigierte Aufl. – 1995a
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung / Siegfried Lamnek. – Weinheim: Beltz, Psychologie Verlagsunion. Bd. 2 Methoden und Techniken – 3., korrigierte Aufl. – 1995b
- Lipson, J. G.; Tilden, V. P.: Psychological integration of the cesarean birth experience. American Journal of Orthopsychiatry, 50, (1980), 598-609.
- Löbner, I.: Wehe dem, der sich dem Leben überlässt. Schwangerschaft und Gebären als Zumutung? In: Hebammenforum März 2002
- Mattejat, F.u. Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker; Bonn: Psychiatrie- Verlag, 1998
- Meissner, B.: Unterstützung der Mutter-Kind-Bindung nach einer Sectio. In: Die Hebamme, 16. Jahrgang, Heft 3, September 2003, Hippokrates Verlag
- Meissner, B.: Kaiserschnitt und Kaiserschnittmütter. Book on Demand. 2003
- Mutryn, Cynthia S.: Psychosocial Impact of Cesarean Section on the family: a Literature Review. In. Social Science and Medicine, 1993, Jg. 37, Heft 10.
- Mühlratzer, E.; Horkel, W.: Kaiserschnitt. Ein praktischer und psychologischer Ratgeber. München 1990.
- Neuhaus, W.: Theorie und Praxis der Geburtsvorbereitung, Entwicklung spezieller Methoden. In: Pschosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie / Hrsg.: Manfred Stauber... – Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer, 1999.
- Nispel, P.: Mutterglück und Tränen. Das seelische Tief nach der Geburt überwinden. Mit einem Vorwort von Dr. Veronika Windsor-Oettel; Herder Freiburg; Basel; Wien 2001.
- Odent, M.: Geburt und Stillen: Über die Natur elementarer Erfahrungen / Michael Odent. Aus dem Amerikanischen von Vivian Weigert. – München: Beck, 1994
- Pantlen, A.: Posttraumatische Belastungsstörung nach Entbindung. In: Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie. Hrsg. Von: Rohde, A. und Riecher-Rössler, A., S. Roderer Verlag, Regensburg, 2001.
- Papousek, M.: Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und –psychotherapie. Aus: <http://www.liga-kind.de/pages/pap101.htm>

Peters, U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie: mit einem englischen und französischen Glossar/Uwe Hendrik Peters. Anhang: Nomenklatur des DSM. – 4. Überarbeitete und erw. Auflage. – München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1990.

Perinatalerhebung: Qualitätsbericht Geburtshilfe Jahresauswertung 2002, Baden-Württemberg Modul 16/1 Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus, Birkenwaldstraße 151, 70191 Stuttgart.

Pichler, A.: Wahl des Geburtsmodus von geburtshilflichem Personal Aus [http://zeitung.hebammen.at/archiv/5\\_99.htm](http://zeitung.hebammen.at/archiv/5_99.htm)

Reich-Schottky, U.: Stillen und Stillprobleme / hrsg. Von der Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen. Red.: Utta Reich-Schottky. Mit Beitr. Von Brigitte Benkert ... – 3., überarb. Aufl. – Stuttgart : Enke, 1998

Schneider, E.: Persönliche Vorlieben. In DR.MED.MABUSE 144 Juli/August 2003

Schücking, B. A.: Kaiserschnitt auf Wunsch – Gesundheitswissenschaftliche und frauenspezifische Aspekte der elektiven Sectio. Vortrag am 20.07.1999 bei der Tagung des Arbeitskreises für Vorsorge- und Sozialmedizin, Bregenz. Aus: [http://zeitung.hebammen.at/archiv/5\\_99.htm](http://zeitung.hebammen.at/archiv/5_99.htm)

Schücking, B. A.: Bedeutung des Geburtserlebnisses für Frau und Partner. In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001

Schütt, K. et al: Traumatisches Erleben und peritraumatische Dissoziation nach Frühgeburt. In: Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie. Hrsg. Von: Rohde, A. und Riecher-Rössler A., S. Roderer Verlag, Regensburg, 2001.

Schwerdt, R.: Gute Pflege: Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf / Hrsg.: Ruth Schwerdt. – Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 2002

Shorter, E.: Der weibliche Körper als Schicksal. Zur Sozialgeschichte der Frau. München, Zürich, 1984.

Stauber, M.: Psychosomatische Forderungen an die Betreuung in der Schwangerschaft. In: Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie / Hrsg.: Manfred Stauber... – Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Spinger, 1999.

Vetter, K.(2002): „Kaiserschnitt auf Wunsch: Wenig Bedarf bei deutschen Frauen“ Aus: <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/6116/>

Waldenström, U.: Significance of the Birth Experience for the Woman and her Partner. In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001

Wehkamp, K.-H.: Passagen – Geburt als Grenzereignis. In: Wehkamp K.-H.; Keitel, H.: Grenzen und Grenzüberschreitung. Tod und Geschöpflichkeit in der modernen Medizin – Hannover: Luth. Verl.-Haus 1998

Welsch, U.: Sectiomortalität und – letalität in Bayern 1983-1999. In: Huch, Albert: Sectio caesarea/ Albert Huch, Rabih Chaoui und Renate Huch. – 1. Auflage – Bremen: UNI-MED, 2001



## 11. Anhang

### 11.1 Interviewbegleitbogen und -leitfaden

<b>Datum:</b>	<b>Ort:</b>	<b>Dauer:</b>
<b>Name der Teilnehmerin:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Adresse:</b>		
<b>Telefon:</b>	<b>Mail:</b>	
<b>Familienstand:</b>		
<b>Beruf und Ausbildung:</b>		
<b>Anzahl der Kinder</b>		
<b>Geburtsdaten der Kinder:</b>		<b>SSW</b>
<b>Indikation, die zur Sectio führte:</b>		
<b>Entbindungsklinik:</b>		

#### Besonderheiten während des Interviews

**1 Schwangerschaft**

**Schwangerschaftsverlauf**

**Die ideale Geburt: Wunschvorstellungen und Vorbereitung**

**Bedeutung des aktiven Gebärens**

**Auswahl der Klinik**

**Wissen um Komplikationen**

**Ängste**

**2 Geburtsverlauf**

**Warum kam es zum Kaiserschnitt**

**OP-Vorbereitung: Gefühle, Ängste und Bedürfnisse**

**OP-Verlauf: Narkoseart und Erleben der Entbindung**

**Nach der OP: Gefühle und Betreuung**

**3 Wochenbett**

**Betreuung und Pflege auf der Wochenstation**

**Schmerzen und Schmerzmittel**

**Stillen und Anleitung**

**Kontakt und Beziehung zum Kind**

**Konkrete positive und negative Erlebnisse auf der Wochenstation**

**Konkrete Veränderungswünsche**

**4 Information und Aufklärung**

**Vor der OP**

**Möglichkeit, die Geburt nach zu besprechen**

**Folgen und Konsequenzen der Sectio: Narbenpflege ect.**

**5 Körpergefühl während und nach der Sectio**

**6 Stimmung nach der Geburt**

**7 Bewertung des Geburtserlebens**

**8 Bewältigung und Integration**

**9**      **Beziehung zum Kind**

**10**     **Qualität des Mutterseins**

**11**     **Motivation zur Interviewteilnahme**

## 11.2 Geburtsgeschichten

**Isabelle:** *„Die haben mir das Kind aus dem Bauch gerissen!“*

Isabelle ist 39 Jahre alt und hat Sozialpädagogik studiert. Sie arbeitet beim Kinderpflegedienst der Stadt. Ihr Sohn ist zur Zeit des Interviews fünf Jahre alt und kam in der 32. SSW zur Welt. Die genaue Indikation für die Sectio in Vollnarkose ist nicht bekannt. Die Ärzte vermuten eine vorzeitige Plazentaablösung.

Sie beginnt ihre Erzählung in der 32. SSW. Eigentlich fertig, um ins Theater zu gehen, habe sie plötzlich starke Schmerzen bekommen. Auf Empfehlung ihrer Hebamme begibt sie sich ins Krankenhaus *„(...)ich bin hingegangen mit dem Gefühl, die sagen mir jetzt, ich hab´ eine Blasenentzündung und kann dann wieder nach Hause gehen, und dem war nicht so. Ich bin ins Krankenhaus gekommen, und dann haben sie mir ein CTG geschrieben, und dann ging alles rasend schnell, also ohne, dass man mir irgendwas gesagt hat, haben die angefangen, mich zu rasieren und für ´n OP fertig zu machen, und mir hat immer noch keiner gesagt, was eigentlich los ist, was hier vor sich geht (...) irgendwann kam der Anästhesist und hat gesagt, ich solle jetzt zum OP einwilligen, und ich hab´ das aber erstmal nicht gemacht, also weil ich gemerkt hab´, es geht mir alles viel zu schnell und hab´ ihn dann noch verärgert, weil seine Schicht zu Ende ging. Er hat gesagt, er macht das nicht mehr mit, das Theater. (...) Und irgendwann haben sie mir gesagt, dass die Herztöne vom Leander immer schlechter werden (...) , und dann habe ich in die OP eingewilligt, und dann ging alles rasend schnell, dann wurd´ ich in den OP rein geschoben, ja, und als ich dann aufwachte, hatt´ ich kein Kind mehr im Bauch, und das war für mich das Allerschlimmste (...) wenn man ein Kind im Bauch hat und aufwacht, und das Kind ist weg, und man hat ´s aber nicht, man hat ´s nicht gesehen und man hat ´s nicht angefasst, und es ist einfach nicht mehr da.“*

Den ersten Kontakt mit ihrem Sohn 48 Stunden nach der Geburt beschreibt sie mit großer Traurigkeit. *„Und ich hab´ mich ganz schwer getan mit dem Leander, ich konnt´ mich überhaupt nicht freuen über dieses Kind am Anfang, weil ich auch gar nicht wusste, ist es auch mein Kind. Am meisten ist mir in Erinnerung, dieses Kind nicht annehmen zu können, also keine Muttergefühle für ihn entwickeln zu können, sondern da lag ein Kind, dem ging ´s nicht gut, und ich muss es versorgen. Das war am Anfang eher so eine mechanische Beziehung (...) und es war ganz furchtbar, weil ich mich so auf den Leander gefreut hatte.“*

Isabelle erlebt die Geburt ihres Sohnes gegen ihren Willen, ohne genau über die Notwendigkeit der Sectio, informiert worden zu sein und ohne menschliche Anteilnahme. *„Und ich denk´ auch, wenn man eine Frau ist, die das einfach nicht möchte, dann ist ´s ein gravierender Eingriff, also ich hatte wirklich das Gefühl, da wird mir was weggenommen, was in dem Moment noch nicht hätte raus sollen. Das wurde mir rausgerissen.“*

Auch zur Zeit des Interviews ist nicht klar, warum die Sectio notwendig wurde. Die behandelnden Ärzte äußern sich widersprüchlich, auch darüber, ob die Plazenta „eingeschickt“ wurde oder nicht. Drei Jahre nach der Geburt sucht sie noch mal das persönliche Gespräch in der Geburtsklinik, aber auch dieses Gespräch bringt keine endgültige Klärung der Sectioindikation. Sie versucht damit abzuschließen.

Im Interview stellt sich ihr Geburtserleben auch überdeutlich dar. Kaum hatte ich das Tonband eingeschaltet, war Leander schon geboren. Ich fühlte mich überrumpelt und fast handlungsunfähig. Es dauerte eine Weile bis wir beide begriffen, dass das in ihrem Erleben genau so war.

Rückblickend sagt sie: *„ Wenn jemand mit mir geredet hätte, wenn ´s mir jemand erklärt hätte, dann hätt´ ich auch einwilligen können, dann hätt´ ich auch mitmachen können, aber dieses war wirklich ganz schlimm. Es war einfach, das denk´ ich nach wie vor, menschenunwürdig (...) dieses Ausgeliefert sein, diese Hilflosigkeit und diese Ohnmacht.“*

In den folgenden Wochen fühlt sich Frau A. sehr depressiv, wie im Nebel. *„Alles hat sich in meinem Kopf abgespielt, meinen Körper hab´ ich gar nicht mehr wahrgenommen, außer über die Schmerzen, aber sonst war es so, und das ist ganz schwierig auszudrücken, durch die Schuldgefühle, die ich mir von Anfang an, schon als ich aufgewacht bin. Was hab´ ich falsch gemacht, dass mein Kind so früh auf die Welt gekommen ist? Dadurch hab´ ich meinem Körper überhaupt kein Mitspracherecht mehr eingeräumt. Der hatte seine Schuldigkeit getan. Ich habe gedacht, ich habe etwas falsch gemacht, ganzheitlich, nicht nur von meinem Körper, sondern ganzheitlich muss ich irgend etwas falsch gemacht haben.“*

Frau A. hat die Sectio körperlich gut verkraftet, aber sie leidet heute noch unter Schuldgefühlen, ihrem Sohn wichtige Erfahrungen vorenthalten zu haben. Bis jetzt kann sie diese Erfahrung nicht völlig bewältigen. *„Ich merke es an der Trauer, jedes Mal, wenn ich darüber rede. Ich glaube diese Traurigkeit geht nie weg. Mir hilft es nach wie vor immer wieder darüber zu reden.“*

**Kathrin: „Ich bin optimal betreut worden!“**

Kathrin ist 40 Jahre alt und von Beruf Hauswirtschaftsleiterin. Sie arbeitet in einem großen Krankenhaus. Ihr Sohn ist zur Zeit des Interviews 3 Jahre alt und wurde in der 36 SSW wegen vorzeitigem Blasensprung und Beckenendlage per Sectio in Intubationsnarkose geboren.

Kathrin berichtet von einer rundum positiven Geburtserfahrung. Sie hatte bereits ein Kind in der 10 SSW verloren und war sehr traurig darüber. Die erneute Schwangerschaft ein halbes Jahr später verlief komplikationslos. Im 6. SSM konfrontierte ihr Frauenarzt sie mit der Möglichkeit einer Sectio, weil sich das Kind noch nicht gedreht hatte. Schon damals erschreckte der Gedanke eines Kaiserschnittes Kathrin nicht. *„Wenn es sein muss, muss es eben sein.“*

Von der Geburt hatte sie sich keine bewussten Vorstellungen gemacht, Sie wollte *„das offen halten.“* Allerdings wollte sie von Anfang an nur unter PDA gebären. *„Was ich wollte, war die PDA, weil ich mir gesagt hab´, ab der Taille keine Schmerzen mehr zu empfinden, das ist doch angenehm. Alles andere kriegst du mit. Du kannst dich verbal äußern. Du kannst sagen, nee, das passt mir jetzt nicht, sorry, das ist mein Körper und nicht ihrer (...) Also es gibt wirklich Leute, die meinen, der Schmerz muss sein, unbedingt, und die Frauen müssen da jetzt durch. (...) Man ist im Krankenhaus immer ein bisschen ausgeliefert. Das ist wie beim Zahnarzt, sie unterhalten sich mit ihm, und sie haben einen offenen Mund und sollen antworten; ja, das ist immer so ein bisschen witzig. Und dieses totale Ausgeliefert sein, ich hab´ nichts gegen medizinisches Personal. Das Problem ist nur, wenn ich was gefragt werde, oder ich etwas möchte, kann ich mich gar nicht äußern vor lauter Schmerz, Schmerz, Schmerz und nichts anderes, ja, wie sollen die das dann auch wissen? Ich finde der Dialog klappt dann besser.“*

Kathrin entscheidet sich für die Entbindung in einem Belegkrankenhaus, in dem auch ihr Frauenarzt belegt hat. In der 36 SSW hat sie einen vorzeitigen Blasensprung. Sie erzählt: *„Es war die Nacht einer Mondfinsternis. Das ist wichtig. 26 Kinder wurden in dieser Nacht dort geboren, und ich war die Nummer, ich weiß nicht. Ich lag auf dem Gang, als ich kam (...) und dann wollt´ ich ja eigentlich ´ne PDA haben, Schmerzen, nein danke. Ich hasse Schmerzen, nur keine Schmerzen. Dabei sein ja. War alles abgesprochen, aber es war keine Zeit mehr, weil es hätte eine halbe Stunde gedauert, das Blut zu nehmen, die PDA für mich richtig anzusetzen. Du brauchst Zeit, und die Zeit hatten wir nicht und dann haben die gesagt, das geht nicht, wir machen ´ne Vollnarkose. Wir haben keine Zeit mehr, das Wasser ist weg, wir müssen jetzt Gas geben. Um sechs war mein Arzt da, und um sieben war das Kind da.“*

Kathrin kann sich mühelos auf die neue Situation einstellen, sie fühlt keine Angst und vertraut der Professionalität des med. Personals. *„(...) und ich muss sagen, das schätz´ ich an so ´nem Kaiserschnitt, sie haben ´nen Kinderarzt, sie haben ´nen Gynäkologen, sie haben ´ne Anästhesistin und zwei Schwestern. Das sind fünf Leute, die wirklich nur um ihr Wohl besorgt sind.“*

Die Zeit auf der Wöchnerinnenstation erlebt sie optimal: „(...) ein Superkrankenhaus, eine Wöchnerinnenstation 1a, eine Fürsorge unwahrscheinlich, obwohl ich normalerweise mit den geistlichen Damen so meine Probleme habe, aber von Kinderpflege haben die Ahnung (...) und in den zehn Tagen kannst du soviel lernen und soviel mitkriegen und soviel fragen (...) Die Schwestern, das war eine gute Mischung. Da gab ´s eine, die hat sich immer besonders liebevoll um das Essen für die Mütter gekümmert, die andere war eine absolute Stillexpertin.“

Kathrin kennt auf Grund der eigenen Berufstätigkeit die Regeln eines Krankenhauses und akzeptiert sie. Sie hat Vertrauen in die menschliche und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter, „(...)wenn man die Grundeinstellung hat, ist alles wunderbar, ihr helft mir hier, dann ist man ganz offen, ist nicht ängstlich und verspannt (...) die erklären ´s dir auch (was sie machen), aber man muss auch auf die Leute ein bisschen zugehen.“

Die Schwestern vermitteln ihr ein Gefühl von Sicherheit und „bemuttern“ sie in einer Weise, die ihr hilft Verantwortung für das Kind und sich selbst abzugeben, aber trotzdem entscheidungs- und handlungsfähig zu bleiben „(...) und da haben mich die Schwester und die Hebamme angesprochen, von sich aus, und haben gemeint, wir wollen ihnen nicht reinreden, aber wollen sie nicht mal eine Nacht durchschlafen, dann haben sie auch am nächsten Tag richtig Kraft, und das ist auch für den Milchfluss besser. Setzen sie mal eine Nacht aus, und morgens rufen wir sie gleich. (...) Und nach dieser einen Nacht, da ging dann alles viel besser. Ich hatte wieder mehr Kraft. Sie sehen ja das sind Leute, die haben Ahnung, und dann muss ich mich auch mal fügen und sagen, die wissen das, und die wissen warum die mir das jetzt sagen, ja, und das konnt´ich gut annehmen.“

Rückblickend ist Kathrin froh, dass sie die „normale Geburt ganz groß umschiff“ hat. „Es ist nicht so, dass ich glaube, dass mir da irgendetwas fehlt (...) und ich sag´ihnen, ich bin meinem Sohn dankbar, dass er sich nicht mehr gedreht hat. Ich bin froh, dass es ´ne PDA gibt, und ich begreif´ nicht warum man jemanden quälen muss, dadurch zu gehen.“

Frau F. erzählt ihre Geburtserfahrung sehr überzeugend. Ich bin beeindruckt von der klaren Argumentation.

**Marianne: „Traumatisch war nicht der Kaiserschnitt, sondern der Wehenschmerz davor!“**

Marianne ist 40 Jahre alt und hat Biologie studiert. Sie arbeitet als wissenschaftliche Angestellte. Ihre Tochter ist zur Zeit des Interviews 7 Monate alt und kam per Sekundärer Sectio auf die Welt.

Marianne beginnt ihre Erzählung so: *„Vielleicht generell zum Kaiserschnitt, wollt´ ich vorab sagen, dass das für mich eigentlich nie ein Problem war, auch vor der Geburt nicht. (...) Es war sogar so, weil ich ein Schisser bin, was Schmerzen angeht, hab´ ich gedacht, ha, so unangenehm kann das vielleicht auch nicht sein. Man geht dahin. Du kriegst ´ne Betäubung und gut ist. (...) Also, es war für mich keine Horrorvision, das Kind kommt per Kaiserschnitt. Dazu bin ich irgendwie zu naturwissenschaftlich geprägt. Das nur vorab“*

Nach problemloser Schwangerschaft setzen in der 40. SSW die Wehen ein. Zuerst läuft alles gut, der Muttermund öffnet sich für eine Erstgebärende recht schnell, doch irgendwann werden die Schmerzen unerträglich *„(...) und das ging dann schon den ganzen Samstag (...) und irgendwann war´s so, dass der Muttermund dann schon ganz offen war und alles prima, und ich hab´ dann aber irgendwie schon die Krise gekriegt und hab´ gemeint, ich halt´ das nicht mehr aus. Ich will jetzt irgendwie eine Betäubung haben oder ein Schmerzmittel. Dann nee, nee, bräucht´ ich nicht, kein Thema. Das kommt jetzt demnächst und dann war auch Schichtwechsel und bis der Anästhesist kommt mit der PDA, das dauert viel zu lange, auch bis es wirkt, und dann ist das Kind schon längst da. Und es tat sich nichts und es tat sich nichts (...), dann haben sie versucht über bestimmte Stellungen den Kopf von der Carla in die richtige Position zu drehen, und ich weiß nicht genau, was dann da war. Ich war schon jenseits von Gut und Böse (...) ich hab´ das nur so halber im Tran mitgekriegt, und es war mir in dem Moment auch völlig wurscht.“*

Die Wehen lassen nach. Per Wehentropf *„soll noch mal so richtig Speed gemacht werden“*, Marianne erhält jetzt die PDA und fühlt sich etwas besser. Trotz Wehentropf rutscht Carlas Kopf nicht in Geburtsposition, so dass die Entscheidung zum Kaiserschnitt fällt. Für Marianne eine Gnade. *„Also mein Problem war, also als Geburtstrauma sozusagen (...), dass ich nicht klar kam mit den Schmerzen, also das war für mich ganz schlimm. Und ich hab´ mich gefragt (...) muss das so sein? Kann man da nicht früher reagieren. Kann man nicht früher anfangen mit ´nem Kaiserschnitt? Ich hab´ gedacht, was muss man die Leut´ so lang quälen.“*

Die Vorbereitung zur OP beschreibt sie so: *„Ich war dann auch so fix und fertig (...) und hatte da auch das erste Mal Angst, ja ich war völlig hinüber, war nur noch am Zittern und konnte nicht aufhören. Irgendwann hat das Zittern dann aufgehört. Ich weiß nicht, was sie mir da gegeben haben (...), aber ich hatte ein mulmiges Gefühl, die Vorstellung bei lebendigem Leib den Bauch aufgeschnitten zu kriegen (...). Da war die Angst, die Betäubung wirkt nicht.“*

Die Anästhesisten können Frau L. die Angst nehmen, die Stimmung im OP ist ruhig und angenehm. Tochter Carla wird ohne Komplikationen geboren und der Mutter nach 10 Minuten kurz an die Wange gehalten und dann weggetragen. *„Das einzige was ich schlimm fand, also wirklich*



*schlimm, man hört sie dann brüllen, aber ich seh´ nichts. Ich lag´ da hinter dem grünen Ding da, und man liegt da, und man sieht das Kind nicht und weiß nicht, und das war schrecklich (...). Die machen dann irgendwelche Sachen und waschen sie und wiegen sie, aber man hat das nicht gesehen. Man kriegt sie nicht blutig in Tücher gewickelt, sondern erst gesäubert, gereinigt und gestylt.“* Positiv empfindet sie, dass sie sofort nach der OP stillen kann, dennoch bleibt ein paar Tage ein Fremdheitsgefühl ihrer Tochter gegenüber. *„Es war nicht vorstellbar. Wie, das ist jetzt meins und das ging auch noch ein paar Tage danach so. (...) Vielleicht ist das auch typisch für einen Kaiserschnitt, weil man ja nicht sieht wie es rauskommt, dass da was fehlt. (...) Ich hatte erwartet, es muss irgendwie ein absolutes Glücksgefühl einen überkommen, was man noch nie in seinem Leben gefühlt hat. Aber das war nicht der Fall.“*

Die Pflege und Betreuung auf der Wochenstation erlebt Marianne befriedigend, aber die Hilflosigkeit und die Abhängigkeit, die mit einem Kaiserschnitt verbunden sind, machen ihr zu schaffen. Im Rückblick auf die Geburtserfahrung sagt sie im Interview: *„Es war der reinste Horrortrip.“* Sie fühlte sich trotz Geburtsvorbereitungskurs überhaupt nicht vorbereitet. *„Man hatte es schon gern, dass einen jemand vorbereitet und sagt: ‚Mach dich da mal auf einiges gefasst. Das macht ja auch die Hebamme nicht, die will ja die Schwangeren nicht erschrecken.‘ (...) Die (Hebamme) sagt: ‚Man muss die zulassen und muss sich von Wehe zu Wehe, muss auf Aaaaa ausatmen und so‘, und ich hab´ dann während der Wehen gedacht, so ´n Scheiß, nützt sowieso nichts (...) am Anfang, da konnt´ ich noch ein paar Sachen umsetzen, und dann hab´ ich nur noch gedacht, ich will hier weg. Ich will davonlaufen von dem Ganzen, und ich will das nicht mehr (...). Und ich hab´ getobt und geflucht und was weiß ich nicht noch und gebrüllt, und ja, musste das sein?“*

Marianne erzählt ihre Geburtserfahrung mit einer gehörigen Portion Selbstironie. Kann auch im Interview noch nicht fassen, wieso sie so die Kontrolle verloren hat.

**Martina:** „*Ich kann das nicht verarbeiten, weil es so existenziell war.*“

Martina ist 36 Jahre alt und von Beruf Verwaltungsfachangestellte. Seit der Geburt ihres ersten Kindes ist sie Hausfrau.

Zur Zeit des Interviews sind ihre Kinder 9, 6 und ein gutes Jahr alt. Alle drei kamen per Kaiserschnitt auf die Welt.

Luisa, die erste Tochter, wurde in der 34. SSW per Notkaiserschnitt wegen drohendem Kindstod entbunden. Im vierten Schwangerschaftsmonat hatte Martina Blutungen bekommen und war dauerhaft krankgeschrieben worden. Mit einer Frühgeburt hatte sie aber nicht gerechnet. Luisa war allerdings auf dem Ultraschall schon immer etwas zu klein gewesen.

Als Martina sich in der Entbindungsklinik vorstellte und dort ein Ultraschall durchgeführt wurde, riet der Arzt ihr zu einer Doppleruntersuchung. „(...) *Und dann wurde die Miene immer ernster von dem Arzt, und dann hat er gesagt: ‚Ihr Kind kommt heut` noch, das kriegt schon seit Tagen keine Nahrung mehr und muss sofort geholt werden.‘ Wir waren total weg und ich weiß noch wie ich gesagt hab: ‚Ich kann heut` nicht. Ich muss auf einen Geburtstag.‘*

*Es war dann ein Notkaiserschnitt, Vollnarkose, und als ich aufgewacht bin, war das Kind weg, und so ist es mir dann auch gegangen. Ich war ziemlich allein (...) und dann durfte ich die Luisa erst am 5. Tag sehen, und da hatte mein Mann schon ´ne richtig gute Beziehung aufgebaut, und ich überhaupt nicht. Und es war dann so, als ich reinkam (beim ersten Besuch in der Kinderklinik), dass ich unter der Tür eigentlich wieder gehen wollte, als ich den Brutkasten gesehen hab´. Sie war nur 1300 gr. schwer und es war ein schrecklicher Anblick und mein Mann hat mich dann wieder rein genommen und sie hat die ganze Zeit geschlafen. Sie hat mich keines Blickes gewürdigt und ich war ganz enttäuscht.“*

Martina erholt sich bald von der OP, die Mutter-Tochter-Beziehung wird nie so eng wie sich Martina das gewünscht hätte.

Die Schwangerschaft mit dem zweiten Kind verlief unproblematisch, allerdings wurde im 7.SSM eine Plazenta praevia festgestellt.

Der Entbindungstermin wurde festgelegt. Martina entschied sich für die PDA und wollte gern, dass ihr Mann bei der Sectio anwesend ist. „(...) *Dann ist mir die Rückenmarkspritze gelegt worden und mein Mann war auch schon da. Wir haben gescherzt im OP wegen der Musik, war eigentlich alles ganz nett und dann ist angefangen worden, und ich hab´ noch gesagt, man merkt ja gar nichts, Ja, der Bauch ist geöffnet, und plötzlich kamen halt so Schmerzen, unheimliche Schmerzen, sie sind immer schlimmer geworden, und ich hab´ gemerkt, dass die Narkose eigentlich nicht wirkt, und es ging auch unheimlich hektisch hinter dem Abgehängten zu, mein Mann hat mir dann später erzählt, wie sich die Ärztin in meinen Bauch hineingestemmt hat. Und ich hab´ das auch gemerkt. Ich hab´ alles gespürt und irgendwann hat dann jemand gesagt, dass der Collin jetzt da ist, aber man konnt´ ihn nicht schreien hören. Er ist dann raus gebracht worden und net mir gezeigt, und plötzlich hat*

*man meinen Mann nach draußen gerufen, und da hab´ ich gedacht, jetzt ist was mit dem Kind. (...) Irgendwann kam dann die Hebamme und hat ihn gebracht und hat dann gesagt, es geht ihm sehr schlecht, er muss beatmet werden und er muss in die Kinderklinik, er hätte sehr viel Blut verloren und ich hab´ mich dann verabschiedet.*

*(...) Und ich bin aufgewacht, und mir ging ´s furchtbar schlecht, trotz allem, dass ich ihn gesehen hab.“*

Nach der OP ging es Martina sehr schlecht. Die operierende Ärztin hatte durch die Plazenta geschnitten, beide, Mutter und Kind haben sehr viel Blut verloren. *„(...) Am vierten Tag durfte ich dann ins Krankenhaus, der Collin war auf der Intensivstation, hat auch Blut gekriegt, und er lag halt auch da wie die Luisa ziemlich klein 2000gr. (...) Und ich hing ziemlich schwer da und bin trotzdem am 8. Tag entlassen worden. Der Stationsarzt hat mich dann mal in sein Zimmer geholt und hat gesagt, ich müsste dringend psychologische Hilfe in Anspruch nehmen. Hab´ ich dann aber hinterher nicht gemacht, weil der Collin immer so krank war.“*

Martina sucht Monate später das Gespräch mit der operierenden Ärztin, weil sie sich nicht vorstellen konnte, warum der Kaiserschnitt so dramatisch verlaufen ist. Die Ärztin weicht ihr aus.

Später stellt sich heraus, dass vor der OP kein Ultraschall gemacht worden war; die operierende Ärztin hatte nicht gewusst, dass die Plazenta in den letzten Schwangerschaftswochen ein Stück nach oben gewachsen war und hatte deshalb die Gebärmutter genau durch die Plazenta eröffnet.

Collin ist das erste Jahr ständig krank und wird zum Sorgenkind der Familie. Martina ist erschöpft und entwickelt eine schwere Depression. Trotzdem wünscht sie sich bald ein drittes Kind. Ihr Mann möchte nicht, und es dauert lange, bis auch er einverstanden ist. *„(...) Und irgendwann hab´ ich dann gesagt, jetzt muss das Kind her. Ich wollt ´s für mich, einfach zum besser Fühlen wieder.“*

Frau S. erlebt eine wunderbare Schwangerschaft. Auch Maja soll per Kaiserschnitt entbunden werden. *„(...) Ich möchte wieder ins (...)Krankenhaus. Ich möchte, dass die alles gut machen, was die da versaut haben, und inzwischen war der neue Chefarzt da und wir haben auch ein Gespräch gehabt und dem hab´ ich ´s dann auch gesagt, wie ich mich gefühlt hab´ bei der letzten Geburt und er hat dann auch zugegeben, dass da viele Fehler gemacht wurden.“*

Martina hatte ziemlich viel Angst vor der Narkose *„(...) Und ich hab ´s auch gesagt, dass ich so Angst hab´ und es war ein ganz toller Arzt und ein toller Assistent, die mich da versorgt haben. (...) Der Oberarzt hat dann die OP gemacht und es war superschön, ich hab´ überhaupt nichts gespürt und dann kam die Maja raus und hat gleich geschrieen und dann ist sie mir dann da vorne hingelegt worden und ich hab´ nur Speckfalten gesehen und hab´ gesagt, das kann nicht mein Kind sein. (...) Und mir ging ´s richtig gut, außer den starken Nachwehen, ich hab´ dann endlich mal gewusst, was Wehen sind. (...) Und ich hab´ dann die Woche im Krankenhaus richtig genossen.“*

Obwohl die Geburt von Maja rundum positiv verläuft und die Mitarbeiter des Krankenhauses sich sehr um Martina sorgen und kümmern, können sie die zweite Geburtserfahrung nicht heilen. Mar-

tina ist immer noch depressiv und sagt, dass sie dieses Erlebnis nicht verarbeiten kann, weil „(...) *zwei Leben in Gefahr waren, und die Situation so existenziell war.*“

Frau S. schildert die Geburt ihrer drei Kinder sehr neutral, möchte und kann nicht fühlen. Ihr war im Interview wichtig, die Kontrolle zu behalten und nicht zu weinen, wie sie zum Abschied bemerkte.

**Daniela : „Einmal barfuß durch die Hölle!“**

Daniela ist 32 Jahre alt und von Beruf Arztfachangestellte. Ihre Tochter Ronja ist zur Zeit des Interviews 3 Jahre alt. Sie wurde in der 27. SSW mit nur 565gr per Notkaiserschnitt geboren. Auch Daniela hatte im gleichen Jahr schon ein Kind in der 9. Woche verloren.

Sie beginnt ihre Erzählung in der 24. SSW. *„Ja, wo fang ich jetzt an? Ja, 24. Woche. Ich war super fröhlich schwanger. Ich hab´ das genossen ohne Ende. Ich fand das ein schönes Gefühl, die Schwangerschaft an sich, nur hatt´ ich ein Arbeitsverhältnis, was mich psychisch sehr unter Druck gesetzt hat. Ich war Erstkraft in einer großen Arztpraxis mit sehr viel Verantwortung und mein Arbeitgeber hat mir die Schwangerschaft persönlich sehr übel genommen.“*

Daniela merkt bereits zu diesem Zeitpunkt, dass irgend etwas nicht „ganz rund läuft“, spricht dieses Gefühl auch bei ihrem Frauenarzt bei einer der Vorsorgeuntersuchungen an: *„(...) Und dann hab´ ich eben geäußert, dass ich das Bedürfnis nach Ruhe hätte.(...) Ich bin müde; ich hab´ irgendwie körperlich das Gefühl; ich hab´ keine Reserven mehr. Hier läuft irgendwas auch nicht rund.“ Ihr Frauenarzt weigert sich, sie ein paar Tage krankzuschreiben „Stellen Sie sich nicht so an. Schwangerschaft ist ja keine Krankheit.“*

Daniela versteht bis heute nicht, warum sie den Frauenarzt nicht einfach gewechselt und gegen ihr Gefühl weiter gearbeitet hat.

In der 27. SSW wacht sie auf. Ihr ist schlecht und sie kann ihr Kind nicht mehr spüren. Trotzdem geht sie am Morgen zur Arbeit, will ihren Arbeitgeber nicht verärgern. Sie hat Angst um ihr Kind, möchte früher gehen, aber ihr Chef ist nicht einverstanden. In der Mittagspause sucht sie ihren Frauenarzt auf. Der kümmert sich erstmal nicht um sie, sondern Daniela wird zwei Stunden an ein CTG gehängt: *„Und auf einmal krieg´ ich einen brettharten Bauch, (...) ich hab´ nicht gewusst, dass das Wehen sind. Ich war erstmal glücklich. Aah, da ist noch was in meinem Bauch (...) dann hab´ ich tatsächlich meinen Gynäkologen noch mal gesehen, der dann: ‚Na ja, so ganz in Ordnung ist das nicht. Sie sollten einfach mal zu einem Wehenbelastungstest ins Krankenhaus fahren. Das Kind spielt wahrscheinlich nur mit der Nabelschnur.‘ Ich soll mir keine Sorgen machen.“*

Daniela fährt mit ihrem Mann gegen 16:00 Uhr ins (...)Krankenhaus: *„Ich lag dann wiederum zwei Stunden am CTG und immer, wenn ich was spüre, soll ich Striche machen, und ich mach´ da meine Striche und kein Mensch sagt mir was.“* Irgendwann kommt eine Ärztin, die sich den Befund anschaut. *„In dem Moment kommt dann noch ´ne Assistenzärztin rein, guckt sich das an, kriegt ein sorgenvolles Gesicht, verschwindet. Ich lieg´ wieder da und mach´ meine Striche. In dem Moment steht der Oberarzt dann da: ‚Jetzt machen wir mal ´nen Ultraschall, gucken und machen... Ja haben Sie denn nicht gemerkt, dass sie kein Fruchtwasser mehr haben (laut und vorwurfsvoll).‘ Und ich: ‚Bitte, was habe ich nicht mehr?‘ ‚Ihre Tochter liegt ja im Trockenem!‘ Und ich: ‚Ach meine Tochter, ich wusst´ gar nicht, dass wir ein Mädchen bekommen.‘ ‚Ja, das ist jetzt eh vorbei, die*

*bewegt sich ja gar nicht mehr', so in diesem Ton, und ich lag da und ich hab' angefangen zu heulen. Ich fand das einfach furchtbar, diese Art und Weise.“*

Daniela erhält eine Spritze, die die Lungenreife bei Ronja forcieren soll. Der Oberarzt glaubt nicht, dass das Kind eine Chance haben wird. *„Das war auch der Moment, wo ich mich irgendwo ein Stück weit ausgeklinkt habe, wo ich einfach das Gefühl hatte, ich schaff' das nicht mehr.“*

Frau W. und ihr Mann möchten in das Perinatalzentrum verlegt werden, wenn ihr Kind eine Chance hat, dann dort. *„Sie haben sich geweigert, mir einen Krankenwagen zu bestellen (...) sie haben mir auch keine CTGs mitgegeben (...) diese junge Assistenzärztin hat dann angerufen im Klinikum gegen die ausdrückliche Order vom ihrem Oberarzt.“*

Gegen 20:00 Uhr kommen sie im Perinatalzentrum an, um 22:00Uhr „klappt“ Daniela zusammen, die Geburt lässt sich nicht mehr herauszögern. *„(...) In der Viertelstunde ging' s dann aber so rapide bergab, dass wir nicht mehr warten konnten, bis Prof. U. da war. Sie haben mich dann da rein gefahren in den Kreißsaal, und es war klar aufgrund der Situation, dass ich keine Periduale mehr haben kann, dass ich 'ne Vollnarkose kriege. Und dann weiß ich eigentlich nur noch, dass ich wahnsinnige Angst gehabt hab', ich hab' mein Kind (zögert) gespürt, ich hab' das in dem Moment, die ganze Zeit auch schon so wahnsinnig geliebt, weil ich wollte nicht aufgrund von dem Geburtsgewicht und der SSW, dass man sie am Leben erhält, nur, weil man 's kann. Mir ist das zwar wahnsinnig schwer gefallen, aber ich hab' das gesagt (...) Dann weiß ich nur noch, in dem Moment kam Prof. U. rein und hat 's mir versprochen und dann wurd' s dunkel.“*

Daniela wacht in der Nacht mit „wahnsinnigen Wadenkrämpfen“ auf: *„Und das erste, was ich gemacht habe, ich hab' geschrien wie am Spieß, (...) und dann war die Dr. V. da gewesen, und die hat mich einfach nur festgehalten, und dann sind da so ziemlich alle Dämme gebrochen. Ich wollte zu meinem Kind (...), dieses Gefühl war ein ganz Eigenartiges. Das ganze Geburtserleben hab' ich nicht gehabt. Ich hab' nur diesen leeren Bauch und ich weiß, es ist alles viel zu früh und meiner Tochter und mir fehlen ganz wichtige Sachen, Sachen, die auch mir emotional wichtig gewesen wären.“*

Die nächsten drei Tage fehlen komplett in der Erinnerung. Nur langsam tauchen Einzelheiten wieder auf. Der erste Kontakt zwischen Mutter und Kind: *„(...) dann durfte ich meine Tochter endlich richtig sehen, und sie war angeschlossen an ein Beatmungsgerät, also 'zig Monitore, und ich hab' das nicht gesehen, ich hab' mein Kind gesehen und obwohl sie so klein war wie eine Hand (...), war' s natürlich das allerschönste Kind dieser Welt, weil ein Kind, was mit so vielen Widerständen kämpfen muss und fertig wird, das ist einfach nur klasse.“*

Ronja entwickelt sich gut und wird am 6. Lebenstag extubiert, beide Eltern wissen, dass es ihre kleine Tochter (31cm) schaffen wird. Trotzdem ist es ein Leben zwischen Hoffen und Bangen. *„Es gab' Tage, da ging es mir wirklich so was von scheiße, einfach, anders kann ich 's nicht sagen, weil ich hab' funktioniert wie 'ne Maschine, ich wollt' unbedingt stillen und grad, wenn man versucht, so was aus so 'ner Brust rauszukriegen, ich meine, das ist schlimm genug, wenn man sein*

*Kind anlegt, aber man kann ein 500gr. Baby nicht anlegen, und dann ging diese Abpumperei und so weiter los und dann hatte ich, wie ich heute weiß, nicht nur ein Baby-Blues, ich hatte so ´ne richtige waschechte Wochenbettdepression, die soweit ging, dass ich ein dreiviertel Jahr auch den Bezug zu meinem Körper und mein Empfinden komplett verloren hab´. (...) Ich hab´ nicht gegessen, weil es mir jetzt geschmeckt hat, sondern weil ich gedacht hab´, ich mach´ das jetzt für mein Kind. Ich muss jetzt, weil ich als Frau so jämmerlich versagt hab´. Nicht genug, dass ich nicht mal eine gescheite Geburt hingekriegt hab´, ich hab´ s ja noch nicht einmal geschafft, mein Kind bis zum Ende auszutragen, ja, das war ´s.*

Zeitweise hat Daniela verrückt zu werden, überlegt psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie die ambivalenten Gefühle ihrem Kind gegenüber kaum aushalten kann.

Die Bewältigung des Gefühlschaos dauert lange, der Ehemann wird zur einzigen Stütze.

Daniela schildert ihre Geburtserfahrung und die damit verbundenen Gefühle vorbehaltlos offen.

Das Interview wird zum Test. *„Wie weit bin ich tatsächlich, weil ich ja wusste, wenn ich so ein Gespräch mache, was das bedeutet und natürlich die stille Hoffnung, dass auch mein Beitrag hilft.*

*Und ich hab´ nicht geheult; das war gut.“*

**Kerstin:** *„Und für mich stand wieder mal ein Kind auf dem Spiel!“*

Kerstin ist 33 Jahre alt und von Beruf Heilerziehungspflegerin. Ihr Sohn Julian ist zur Zeit des Interviews 14 Monate alt und kam in der 28. SSW im Oktober 2001 per sekundärer Sectio zur Welt.

Im gleichen Jahr hatte sie schon ein Kind in der 12. SSW verloren.

Die erneute Schwangerschaft wurde von ihr zwar erfreut wahrgenommen, gleichzeitig fühlte sie sich aber auch sehr unsicher und verhalten durch die zurückliegende Fehlgeburt.

In der 27. SSW traten vorzeitige Wehen auf, denen Blutungen vorausgingen. Zusätzlich wurde eine Muttermundsinfektion festgestellt, die aber durch die behandelnde Frauenärztin nicht antibiotisch behandelt wurde.

Daniela wurde Krank geschrieben und freute sich, eine Weile zu Hause sein zu können. In der Nacht darauf setzten Wehen ein, was eine sofortige Einweisung in die Klinik zur Folge hatte. Sie wurde dort erstmals mit dem Gedanken konfrontiert, dass ihr Kind zu früh kommen könnte.

In der folgenden Woche wurde sie tocolytisch (Wehen hemmend) behandelt, weiter erhielt sie Antibiotika und zur Beruhigung Valium. Daniela litt sehr unter den Nebenwirkungen der Medikamente, nahm diese aber aus Sorge in Kauf. *„Und man hat mir in Aussicht gestellt, wenn sich der innere und äußere Muttermund nicht weiter verkürzt, dann könnt´ ich eventuell mit ´ner Medikation nach Hause entlassen werden, und das war auch ´n bisschen das, wo ich innerlich drauf hingearbeitet habe.“*

Nach einer Woche traten nachts wieder Wehen auf, der Muttermund hatte sich auf einen cm geöffnet, Frau K. wurde sofort Perinatalzentrum verlegt. *„Ich hab´ mich vollkommen überfordert gefühlt, also schon am Aufnahmetag hatte ich dann zwei Tage damit zu tun, dass ich halt ´ne Frühgeburt erwarten könnte, dass halt wieder mal ´n Kind für mich auf dem Spiel steht.“*

Die nächsten vier Tage verbrachte sie in einem Beobachtungszimmer, mit Valium ruhig gestellt und unter Atemnot leidend *„(...)das ging dann soweit, dass ich auch keine Luft mehr gekriegt hab´, dann hatt´ ich halt so ´n Sättigungsgerät an ´nem Finger hängen und hab´ mich erbärmlich gefühlt. (...) Ich hab´ nichts mehr gegessen, und ich war wie im Dämmerzustand.“*

Den Geburtsbeginn beschreibt sie so: *„Ich hab´ dann Wehen gekriegt und in der Nacht war das dann so, dass ich eh keine Luft mehr gekriegt hab´, dass das richtig heftig war (...). Ich hatte das Gefühl, dass es mir den Brustkorb zusammendrückt, ich wusst´ nicht mehr wie ich mich legen sollte und ab dem Moment hab´ ich dann auch alles nur so ganz verschwommen in Erinnerung, ich hab´ dann ´ner Schwester Bescheid gesagt, die hat dann ´ne Ärztin geholt und die hatte dann, wie ich im Nachhinein erfahren habe, den Oberarzt hinzugezogen, der hatte dann geguckt und gemeint: ‚Das lässt sich nicht mehr aufhalten, der Muttermund sei schon auf 5 cm und ja und ab da war bei mir so eine Panik da um das Kind, weil er meinte dann, ich soll das spontan kriegen (...) und für mich war irgendwie klar (...), ich wusste, dass ich das Kind, falls es auch früher kommt, nicht so zur Welt bringen würde, weil ich, ich wusst´ auch, dass man mir das Kind halt wegnimmt, dass es*



*vielleicht noch vor meinen Augen intubiert wird und das wollt´ ich nicht (wird leise und beginnt zu weinen).“*

Kerstin setzt den Kaiserschnitt gegen den Willen des Oberarztes durch.

Als sie aus der Narkose aufwacht, ist ihr Freund an ihrem Bett und zeigt ihr ein Foto des gemeinsamen Kindes. *„Ich kann das ganz schlecht beschreiben, irgendwie, was man da fühlt in so ´nem Moment, so wie hin- und hergerissen (weint), man hat irgend etwas verloren und hat dann was, mit dem man sich noch gar nicht so richtig identifizieren kann, auch mit dieser plötzlichen Mutterrolle.“*

Kerstin erholt sich körperlich recht schnell. Julian wird erst auf die Frühchenstation, dann aber noch wegen einer Sepsis auf die Intensivstation verlegt. Die erste Zeit beschreibt sie so: *„Was mir halt alles ein bisschen erschwerte, war einfach meine Übersensibilität (...) Ehm, es war am Anfang unheimlich schwer, das Kind als meins zu betrachten und ich hatte auch gar nicht am Anfang dieses erwartete Muttergefühl. Es war befremdend und distanziert und ich musst´ mich einfach irgendwie daran gewöhnen, dass ich jetzt erstmal als Mutter zurückgestellt bin, ja die Schwestern da jetzt die kompetenteren sind und mehr mit meinem Kind zu tun haben.“* Sie leidet unter der teilweisen schlechten Kommunikation und mangelnder Empathie des medizinischen Fachpersonals. *„Also ich finde, man müsste da schon etwas mehr Eltern bezogen arbeiten oder auch sich besser einfühlen, also ein bisschen empathischer vorgehen und das war halt nicht der Fall (...). Und es war halt auch ein paar mal so, dass man mir das Kind einfach weggenommen hat beim Stillen (traurig), ja der Augenarzt sei jetzt da (...) und ich hab´ das Kind dann schreien hören im anderen Zimmer und ich wär´ halt gern dabei gewesen und die wollten das partout nicht. Oder einmal musste der Julian auch ´ne Stunde vorher getropft werden, ja und die hatten dann mit der Taschenlampe, also während dem Stillen, ich musste das Kind von der Brust nehmen, die hatten dem dann die Augen aufgemacht, reingeleuchtet und diese Tropfen rein gemacht und einmal hatt´ ich da auch geweint (traurig). Ja ich konnt´ einfach nicht mehr, ich war einfach überfordert. Mein Alltag bestand ohnehin aus Milchabpumpen und Klinikbesuchen und der (Julian) tat mir halt unheimlich leid.“*

Frau K. schildert ihre Geburtserfahrung sehr reflektiert und emotional. Am stärksten belastet hat sie die Auseinandersetzung mit dem Oberarzt. Während des Interviews liest sie mir aus dem Arztbericht vor *„(...) bei unaufhaltsamer Wehentätigkeit mit Muttermundsöffnung bis 5 cm bei strikter Ablehnung einer spontanen Geburt durch Frau K. sekundäre Sectio.“* Sie kommentiert *„Ich fand das einfach unmöglich, dass man so was da rein schreibt. Aus diesem Arztbericht geht nicht hervor, dass ich Fieber hatte (...), dass ich Wasser in der Lunge hatte und dass das Nebenwirkungen von dieser Tocolyse waren (...), so was stand hier nicht drin, aber, dass ich ´ne Spontangeburt abgelehnt habe, das stand hier drin (...). Also das klingt wie ein Weihnachtswunschzettel, als hätt´ ich schon immer mal ´ne Intubationsnarkose gewollt, und ich denk´ halt, so was geht durch mehrere Hände und stellt ein Bild von mir dar wie irgendeine zickige Gans.“*

Daniela sucht ein halbes Jahr nach der Geburt Kontakt mit dem betreffenden Oberarzt und schildert ihm ihre Sicht der Dinge. Dieses Gespräch, in dem sie sehr wertschätzend behandelt wird, hilft ihr wesentlich bei der Bewältigung ihres Geburtserlebens.

## **Eidesstattliche Erklärung**

**„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“**

**Christiane Jurgelucks**