

Liebe Patientin,

dieser Aufklärungsbogen dient der Vorbereitung auf die Geburt. Bitte lesen Sie ihn bereits vor ihrem ersten Besuch im Krankenhaus aufmerksam durch und stellen Ihre Fragen dazu der/m aufnehmenden Ärztin/Arzt.

## **Zur Geburt**

Über die Geburt, ihren Ablauf und mögliche geburtshilfliche Maßnahmen sind Sie durch Gespräche mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt (im Folgenden nur Arzt), Ihrer Hebamme, mit anderen Frauen, durch Kurse und Medien wahrscheinlich bereits gut informiert. Arzt und Hebamme werden sich um eine möglichst natürliche Entbindung bemühen und nur so weit in den Geburtsablauf eingreifen, wie dies für Sie und Ihr Kind medizinisch erforderlich ist.

Die moderne Geburtshilfe mit Überwachung der Geburt hat die Risiken für Mutter und Kind auf ein geringes Maß reduziert. Gefahrensituationen lassen sich meist frühzeitig erkennen, sodass ein rechtzeitiges Eingreifen möglich wird. Die dazu erforderlichen medizinischen Maßnahmen bedürfen jedoch Ihrer Einwilligung.

Sollte eine Geburtseinleitung bei Ihnen vorgesehen sein, werden Sie über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Verfahren, ihre unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Erfolgsaussichten gesondert aufgeklärt.

## **Die Schmerzlinderung/Schmerzausschaltung**

Zu Beginn der Geburt kann eine elastische Kanüle in die Armvene gelegt werden, um bei Bedarf ohne Zeitverlust Medikamente, auch Schmerzmittel oder Mittel zur Verbesserung des kindlichen Befindens geben zu können.

Zur Schmerzerleichterung hilft häufig das in den Kursen zur Geburtsvorbereitung Erlernte (z.B. Entspannungsübungen, Atemtechnik, Hypnobirthing). Ergänzend können die Schmerzen durch homöopathische und andere naturheilkundliche Mittel (z.B. Aromabad, Akupunktur), die alle für das Kind unschädlich sind, gelindert werden. Es stehen auch in der Geburtshilfe erprobte Schmerzmittel, wie Buscopan, Meptid oder Paracetamol jederzeit auf Wunsch zur Verfügung.

Eine besonders wirksame Methode zur Schmerzausschaltung ist die Periduralanästhesie. Hierbei werden die Nerven des rückenmarksnahen Raumes betäubt (Leitungsanästhesie). Falls dies für Sie infrage kommt, werden Sie über das Verfahren und dessen Risiken gesondert aufgeklärt.

## **Die geburtshilflichen Überwachungsmethoden**

Während der Geburt werden Sie und Ihr Kind von Hebammen und Ärzten überwacht. Die hier aufgeführten Überwachungsmethoden bieten ein hohes Maß an Sicherheit. Sie sollten ihre Anwendung akzeptieren, weil damit eine mögliche Gefährdung Ihres Kindes frühzeitig erkannt werden kann.

Die wichtigste Überwachungsmethode zum Schutz des Kindes ist die Kardiotokografie (CTG). Messköpfe, die mit einem Gurt auf der Bauchdecke befestigt werden, ermöglichen die Aufzeichnung des kindlichen Herzschlags sowie die Wehentätigkeit. Bei bereits eröffneter Fruchtblase kann der kindliche Herzschlag auch mittels einer Elektrode direkt von der Kopfhaut des Kindes abgeleitet werden.

Weist das Kardiotokogramm auf eine mögliche Gefährdung des Kindes hin und ist der Muttermund bereits ausreichend eröffnet, können aus der Kopfhaut des Kindes ein- oder mehrmals einige Tröpfchen Blut zur Mikroblutuntersuchung (MBU) entnommen werden. Das Ergebnis gibt besseren Aufschluss über das Befinden des Kindes und kann für die weitere Geburtsleitung (Fortführen der vaginalen Entbindung oder Kaiserschnitt) entscheidend sein.

## **Der Dammschnitt**

Beim Dammschnitt wird der Scheidenausgang im letzten Moment der Presswehen durch einen Schnitt erweitert. Ob ein Dammschnitt sinnvoll bzw. notwendig ist, z.B. um einem großen Kind den Austritt aus dem Geburtskanal zu erleichtern, kann der Geburtshelfer oft erst kurz vor Austritt des kindlichen Köpfchens beurteilen. Der Dammschnitt wird ggf. in örtlicher Betäubung durchgeführt. Trotz eines Dammschnitts oder bei Unterlassen eines Dammschnitts kann es bei Austritt des Kindes zu weiteren Rissen des Dammes und/oder der Scheide kommen. Dammrisse und Dammschnitt müssen mittels Naht versorgt werden.

Eventuell ist ein Dammschnitt aus medizinischen Gründen notwendig, z.B. bei Saugglocken-/Zangenentbindung, bei auffälliger Herztonfrequenz des Kindes oder bei einer Frühgeburt.

## **Saugglocke und Zange**

Gefahrensituationen für das Kind erfordern gelegentlich die rasche Beendigung der Geburt.

Manchmal schafft es die Mutter nicht mehr, das Kind selbstständig herauszupressen. Ist die Geburt bereits ausreichend fortgeschritten, lässt sich der Geburtsvorgang mittels Saugglocke oder Zange beschleunigen. Die Vor- und Nachteile beider Maßnahmen für Mutter und Kind wird Ihnen der Arzt erläutern. Die Geburtszange oder die Saugglocke wird durch die Scheide eingeführt und am kindlichen Köpfchen angelegt. Durch vorsichtigen Zug wird die Mutter beim Pressen unterstützt und der kindliche Kopf in die optimale Geburtsposition geführt.

## **Der Kaiserschnitt (Sectio caesarea)**

In manchen Fällen ist der Kaiserschnitt eine echte Alternative zur normalen Geburt (z.B. bei Beckenendlage, sehr großem kindlichem Kopf). Falls dies auf Sie zutrifft, werden wir die Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts gegenüber der natürlichen Geburt sowie gegenüber dem Einsatz von Saugglocke und Zange, die für Sie und das Kind unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Erfolgchancen näher mit Ihnen besprechen, damit Sie sich selbst entscheiden können.

Ist bei Ihnen eine normale Entbindung geplant, können sich dennoch während der Entbindung Situationen ergeben, die einen Kaiserschnitt erforderlich machen (z.B. übermäßige Blutungen, Nabelschnurvorfal, Riss der Gebärmutter, Veränderung der kindlichen Herztöne mit Zeichen einer drohenden Gefährdung, mütterliche Begleiterkrankungen, Geburtsstillstand). Möglicherweise können wir dann nicht mehr mit Ihnen über die Vor- und Nachteile, Risiken und Belastungen des Kaiserschnitts für Mutter und Kind sprechen und Ihre Einwilligung einholen. Daher bitten wir Sie schon jetzt um Ihr Einverständnis für den Fall einer Notsituation.

## Die Nachgeburtsphase

Die Nachgeburtsphase umfasst den Zeitpunkt von der Entwicklung des Neugeborenen bis zum vollständigen Vorliegen der Plazenta und der Eihäute.

Die Zeit unmittelbar nach der Geburt ist für das gegenseitige Kennenlernen der Mutter (mit ihrer Begleitung) und des Neugeborenen wichtig (Bonding). Wir versuchen, alle pflegerischen und diagnostischen Maßnahmen oder medizinischen Eingriffe auf ein Mindestmaß zu reduzieren, um die Trennung oder Unterbrechung des Bondings zwischen Mutter und Kind zu verhindern.

Für das Management der Nachgeburtsphase gibt es verschiedene Optionen:

### 1. Aktives Management

Das aktive Management der Nachgeburtsphase umfasst folgende Maßnahmen:

- routinemäßige Anwendung wehenfördernder Medikamente
- verzögertes Abklemmen und Durchtrennen der Nabelschnur (1-5 Minuten)
- Kontrollierter Zug an der Nabelschnur nach positiven Zeichen der Plazentalösung

### 2. Abwartendes / passives Management

Das abwartende / passive Management der Nachgeburtsphase umfasst folgende Maßnahmen:

- keine routinemäßige Anwendung von Wehenmittel
- kein Abklemmen der Nabelschnur, bevor deren Pulsation beendet ist
- Geburt der Plazenta und der Eihäute spontan durch die Mutter

In unserer Klinik nutzen wir routinemäßig ein **aktives Management**, da hier in verschiedenen Studien ein geringeres Risiko für eine verstärkte Blutung mit ihren Folgen wie Ausschabung, Bluttransfusionen und Kreislaufproblemen beschrieben wird.

Der Zeitpunkt des Abnabelns beeinflusst das mütterliche Befinden nicht, während für das Kind das verzögerte Abnabeln zu einer längerfristigen Verbesserung der Eisenversorgung führt. Weitere Unterschiede konnten nicht belegt werden, auch nicht für die verschiedenen Applikationszeitpunkte von Wehenmitteln. Es fanden sich keine Unterschiede zwischen aktivem und abwartendem Management in Bezug auf den Stillbeginn oder –erfolg.

Sollten Sie sich aufgrund eines **geringen postpartalen Blutungsrisikos** für ein abwartendes Management der Nachgeburtsperiode entscheiden, so bitten wir Sie, uns dies explizit mitzuteilen damit dieser Wunsch respektiert werden kann. Sie werden dann entsprechend ihrer Entscheidung unterstützt.

Ein **Wechsel** vom abwartenden zum aktiven Management kann erfolgen, wenn eine verstärkte vaginale Blutung auftritt, die Plazenta nicht innerhalb einer Stunde geboren wird oder Sie diese Phase verkürzen möchten.

## Neben- und Folgeeingriffe

Gelegentlich löst sich nach der Geburt der Mutterkuchen nicht selbstständig oder nicht vollständig. Man muss ihn dann je nach Situation in Kurznarkose, unter Periduralanästhesie oder evtl. ohne Betäubung mit der Hand aus der Gebärmutter herausholen (manuelle Plazentalösung). Oft wird anschließend bzw. wenn der Mutterkuchen nicht sicher vollständig entfernt ist, eine Ausschabung der Gebärmutter durchgeführt. In sehr seltenen Fällen kann es durch die Ausschabung zu Verletzungen der Gebärmutter kommen und zur Versorgung der Verletzung ein Bauchschnitt notwendig werden. Das Risiko anschließender Entzündungen ist etwas erhöht und eine Behandlung mit Antibiotika dann meist erforderlich.

Ist Ihr Blut Rhesusfaktor-negativ, das Ihres Kindes jedoch positiv, wird Ihnen nach der Geburt ein Medikament (Rhesus-Antikörper) gespritzt, um bei späteren Schwangerschaften einer Rhesus-Unverträglichkeit zwischen Mutter und Kind vorzubeugen (Rhesusprophylaxe = Anti-D-Prophylaxe). Darüber klären wir Sie gesondert auf.

## Risiken und mögliche Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es zu – u.U. auch lebensbedrohlichen – Komplikationen für Mutter und/oder Kind kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern. Die Häufigkeitsangaben sind eine allgemeine Einschätzung und sollen helfen, die Risiken untereinander zu gewichten. Sie entsprechen nicht den Definitionen für Nebenwirkungen in den Beipackzetteln von Medikamenten. Vor- und Begleiterkrankungen sowie individuelle Besonderheiten können die Häufigkeiten von Komplikationen wesentlich beeinflussen.

### Risiken bei der Geburt

Während und nach der Geburt treten manchmal **starke Blutungen** auf, die nahezu immer beherrschbar sind. Ursachen können z.B. sein: Verletzungen der Geburtswege, Riss der Gebärmutter, Reste des Mutterkuchens in der Gebärmutter oder unzureichendes Zusammenziehen der Gebärmutter (Atonie). Verletzungen müssen chirurgisch versorgt werden. Verbliebene Reste des Mutterkuchens (Plazentaresten) in der Gebärmutter müssen ausgeschabt werden. Bei einer Atonie werden Medikamente verabreicht, z.B. das Wehenhormon Oxytocin oder ein Prostaglandinpräparat, die das Zusammenziehen der Gebärmutter unterstützen.

In manchen Fällen müssen **Blutkonserven** und/oder **Blutgerinnungsfaktoren** verabreicht oder selten eine operative Blutstillung durchgeführt werden. Bei einer Fremdblutübertragung ist das Infektionsrisiko (z.B. mit Hepatitis, AIDS) äußerst gering. Nach einer Transfusion kann durch eine Kontrolluntersuchung geprüft werden, ob es wider Erwarten zu einer derartigen Infektion gekommen ist.

Eventuell kann die Blutung durch einen großen Ballonkatheter gestoppt werden, der von der Scheide aus in die Gebärmutter eingelegt wird. Es kann aber auch ein Bauchschnitt notwendig werden, bei dem die Gebärmutter mittels Nähten zusammengedrückt wird. Diese Fäden müssen dann eventuell später in einem weiteren Eingriff wieder entfernt werden. In seltensten Fällen ist eine Entfernung der Gebärmutter notwendig.

Durch Verletzungen, verzögerte Rückbildung der Gebärmutter bzw. durch Plazentaresten besteht die Gefahr für **Infektionen**, die durch Medikamente meist gut behandelbar sind. Sie können jedoch auch zur Keimverschleppung in die Bauchhöhle (Bauchfellentzündung)

oder unter ungünstigen Umständen zu einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung (Sepsis) führen. Extrem selten kann eine Infektion so stark sein, dass die Gebärmutter und ggf. auch die Eierstöcke operativ entfernt werden müssen.

Sehr selten kann es zu einer Funktionseinschränkung der Eileiter durch aufsteigende Entzündungen kommen, die aber in der Regel mit Antibiotika gut beherrschbar sind. In seltenen Fällen können die Eileiter jedoch verkleben; eine dauerhafte Sterilität ist dann nicht ausgeschlossen.

**Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. auf Schmerz- und Betäubungsmittel, Medikamente, Latex) kann zu einem akuten Kreislaufschock führen, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert. Sehr selten sind schwerwiegende, u.U. bleibende Schäden (z.B. Organversagen, Hirnschädigung, Lähmungen) möglich. Falls Sie eine bekannte Allergie gegen lokale Betäubungsmittel haben, teilen Sie uns dies bitte mit, da Sie diese dann nicht erhalten dürfen.

Haut-/Gewebe-/Nervenschäden durch begleitende Maßnahmen (z.B. Einspritzungen bei der Lokalanästhesie, Einstichstelle der Infusion) sind selten. Mögliche, u.U. dauerhafte Folgen: Schmerzen, Entzündungen, Absterben von Gewebe, Narben sowie Empfindungs-, Funktionsstörungen, Lähmungen.

**Thrombose/Embolie:** Bilden sich Blutgerinnsel oder werden sie verschleppt und verschließen ein Blutgefäß, kann dies schwerwiegende, u.U. lebensgefährliche Folgen haben (z.B. Lungenembolie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Beinvenenthrombose). Das Risiko ist im Zeitraum der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts grundsätzlich größer und kann sich durch ärztliche Maßnahmen (z.B. Kaiserschnitt) noch zusätzlich erhöhen. Zur Vorbeugung werden oft blutverdünnende Medikamente gegeben. Sie erhöhen jedoch alle das Risiko von Blutungen. Der Wirkstoff Heparin kann auch eine lebensbedrohliche Gerinnselbildung verursachen (HIT II).

**Fruchtwasserembolie:** In Ausnahmefällen kann Fruchtwasser auch über die Gebärmutter in den mütterlichen Blutkreislauf gelangen und eine lebensgefährliche Embolie auslösen. Wenn dies eintritt, ist meist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.

Sehr selten kommt es nach der Geburt zu Anpassungs- und Atemstörungen beim Kind. Es kann sein, dass dann nach der Geburt die Atmung des Kindes durch die Gabe von Sauerstoff unterstützt werden muss.

Eine Überdehnung der Beckenbodenmuskulatur kann langfristig zu Harn- oder Stuhlhalteschwäche (Harn- bzw. Stuhlinkontinenz) führen. Durch Beckenbodengymnastik kann dieser Schwäche meist vorgebeugt werden. Eventuell sind jedoch im späteren Lebensalter operative Eingriffe notwendig.

Selten reißt die Gebärmutter bei den Wehen ein oder es platzt eine alte Gebärmutternarbe auf (z.B. von einem früheren Kaiserschnitt). Dies gefährdet Mutter und Kind. Ein sofortiger Kaiserschnitt und eine chirurgische Versorgung sind dann unabdingbar.

**Harnwegsinfektionen** (Harnblase, Harnleiter) – auch mehrere Tage nach der Entbindung – sind durch die Gabe von Antibiotika gut beherrschbar.

**Schulterdystokie:** V.a. bei hohem Geburtsgewicht. Dabei bleibt nach der Geburt des Kopfes unvorhersehbar die Schulter des Kindes im Becken der Mutter hängen. Je mehr Zeit vergeht, desto größer ist die Gefahr einer Sauerstoffunterversorgung des Kindes. Es muss deshalb sofort gehandelt werden, um helfend die Geburt des kindlichen Körpers zu

ermöglichen. Dies kann geschehen in Form von schnellem Lagerungswechsel, maximaler Bewegung der Beine der Schwangeren auf dem Kreißbett durch Arzt und Hebamme oder tiefes Eingehen mit der Hand in die Scheide der Frau, um die Schulter zu lösen. Trotz aller Maßnahmen können Verletzungen der Schulter, des Schlüsselbeins und/oder des Oberarms des Kindes auftreten. In Einzelfällen können Nervenverletzungen zu einer unterschiedlich ausgeprägten dauerhaften Lähmung des kindlichen Armes führen.

### **Risiken der Mikrobiutuntersuchung und der CTG-Ableitung**

Die sehr seltene, geringfügige Wundinfektion an der Kopfhaut des Kindes durch die Elektrode des CTG oder Blutentnahme bedarf meist keiner Behandlung.

In äußerst seltenen Fällen kann es nach einer Blutabnahme vom kindlichen Köpfchen zu anhaltendem Blutverlust des Kindes kommen, was nach der Geburt eine Intensivbehandlung mit eventueller Bluttransfusion notwendig machen kann. Auch sind in sehr seltenen Fällen schwere lokale Entzündungen der Kopfhaut beschrieben worden.

### **Risiken eines Dammschnitts/Dammrisses**

Schmerzen in den ersten Tagen nach der Entbindung, kleine Blutergüsse, Wundheilungsstörungen und Infektionen lassen sich beim Dammriss bzw. Dammschnitt nicht ausschließen, können aber auch bei intaktem Damm durch die Dehnung der Scheide und des Bindegewebes auftreten. Da die Wunde im Bereich der Scheide nie steril heilen kann, kommt es in manchen Fällen nach einigen Tagen zum Austritt der Fäden mit teilweisem oder komplettem Klaffen der Wunde. Dies kann eine Wundreinigung und Versorgung der Naht (z.B. Blutstillung, Nahtverschluss) notwendig machen. Man kann aber je nach Situation auch abwarten, bis die Wunde zuheilt. Dies dauert mehrere Wochen. Sehr selten kommt es zu einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung (Sepsis), die intensivmedizinisch behandelt werden muss.

Narbige Veränderungen nach einem Dammschnitt oder -riss können gelegentlich später Beschwerden beim Geschlechtsverkehr verursachen. Oft klingen diese Beschwerden von selbst wieder ab. Eine operative Narbenkorrektur ist manchmal erforderlich.

### **Risiken einer Saugglocken- oder Zangengeburt**

Bei Einsatz der Saugglocke am kindlichen Köpfchen kann es zu einer – manchmal auch deutlich ausgeprägten – Hautschwellung, zu Abschürfungen oder Verfärbungen an der Haftstelle der Saugglocke kommen. Sie sind meist harmlos und bilden sich in aller Regel in kurzer Zeit von selbst zurück. Größere Blutergüsse sind selten. Bei Verwendung der Zange sind am kindlichen Kopf manchmal Druckspuren erkennbar, die nach kurzer Zeit von selbst verschwinden.

Schwere Komplikationen beim Kind (z.B. Schädelbruch, Hirnblutung, Gesichtslähmung) sind sowohl bei der Saugglocken- als auch bei der Zangengeburt sehr selten, lassen sich aber trotz aller Sorgfalt nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen.

Verletzungen der Mutter können die Gebärmutter, besonders den Gebärmutterhals und vor allen Dingen die Scheide betreffen. Sie bedürfen meist einer Nahtversorgung. In äußerst seltenen Fällen kann bei unstillbaren Blutungen eine Entfernung der Gebärmutter mittels Bauchschnitt notwendig werden.

Verletzungen von Blase und Darm sind sehr selten. Sie können eine Darm-Scheidenfistel oder eine Harn- oder Stuhlhalteschwäche (Inkontinenz) zur Folge haben, die evtl.

Nachoperationen (ggf. mit vorübergehender Anlage eines künstlichen Darmausgangs) erfordern.

### **Risiken eines Kaiserschnitts**

Hierfür gibt es einen gesonderten Aufklärungsbogen.

Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen unklar oder wichtig erscheint.

### **Verhaltenshinweise**

Bitte verständigen Sie Ihren Arzt bei Fieber über 38°C, zunehmenden Bauchschmerzen, Blutungen, die über den üblichen Wochenfluss hinausgehen, oder zunehmender Rötung und Schmerzen einer Brust nach dem Stillen, auch wenn diese Beschwerden erst einige Tage nach der Entlassung aus der Klinik auftreten.

Patientenklebchen

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Meine Fragen dazu wurden mir verständlich beantwortet.

Gehrden, \_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_  
Patientin

Ergänzungen: