



Guten Tag,

dieser Aufklärungsbogen dient der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs. Bitte lesen Sie ihn vor dem Gespräch aufmerksam durch und füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus.

Zur Geburt

Die Geburt ist ein natürlicher Vorgang. Die modernen geburtshilflichen Methoden, insbesondere auch die Verfahren zur Überwachung der Geburt, haben die Risiken für Mutter und Kind deutlich vermindert. Gefahrensituationen lassen sich meist frühzeitig erkennen, sodass bei Bedarf ein rechtzeitiges Eingreifen möglich wird. Die dazu erforderlichen medizinischen Maßnahmen bedürfen jedoch Ihrer Einwilligung.

Wie wird die Geburt überwacht?

Während der Geburt werden Sie und Ihr Kind von Geburtshelferinnen/Geburtshelfern und Ärzten/Ärztinnen überwacht. Die aufgeführten Überwachungsmethoden bieten ein hohes Maß an Sicherheit, weil damit mögliche Gefährdungen frühzeitig erkannt und Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden können.

- **Abhören der kindlichen Herztöne**

Über ein spezielles Hörrohr, das Pinard-Stethoskop, werden in regelmäßigen Abständen über die Bauchdecke der Mutter die kindlichen Herztöne abgehört und beurteilt. Die kindlichen Herztöne können auch durch Ultraschall bzw. eine Ultraschall-Doppleruntersuchung über die mütterliche Bauchdecke beurteilt werden.

- **Kardiotokografie (CTG)**

Durch Elektroden auf der Bauchdecke der Mutter können Wehentätigkeit und Herzschlag des Kindes aufgezeichnet werden.

Ist die Fruchtblase bereits geplatzt und der Muttermund eröffnet, kann – falls erforderlich – eine Elektrode an der kindlichen Kopfhaut befestigt werden, was eine kleine Hautverletzung des Kindes zur Folge hat. Zur

Wehendruckmessung kann eine Sonde in die Gebärmutter eingeführt werden.

- **Mikroblutuntersuchung**

Besteht der Verdacht, das Kind könnte gefährdet sein, kann die Ärztin/der Arzt bei eröffnetem Muttermund und gesprungener Fruchtblase – je nach Lage des Kindes – aus Kopf- oder Steißhaut des Kindes einige Tropfen Blut zur Untersuchung entnehmen. So erhält sie/er Informationen und kann ggf. bei Sauerstoffmangel notwendige Maßnahmen ergreifen.

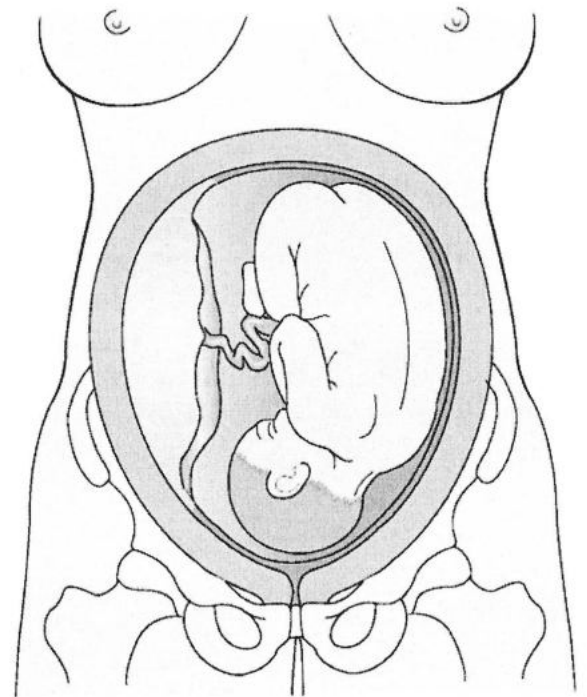


Abb.: Normale Geburtslage (Schädellage)

Linderung von Geburtsschmerzen

Die Geburt ist körperlich sehr anstrengend und schmerzhaft. Bei der Schmerzbewältigung helfen bestimmte Techniken (z.B. Entspannungsübungen, Atemtechnik), naturheilkundliche Maßnahmen und verschiedene Arten medikamentöser Schmerzlinderung. Folgende Möglichkeiten stehen zur Verfügung:

- Die Schmerzen durch die **Eröffnungswehen** – vom Beginn der Wehen bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermunds auf etwa 10 cm – können durch naturheilkundliche Verfahren, Akupunktur, Akupressur, Aromatherapie, Hypnose, Yoga, homöopathische Mittel, Quaddeln, TENS (transkutane elektronische Nervenstimulation) oder durch schmerzdämpfende und beruhigende Mittel in Form von Tabletten, Zäpfchen, Spritzen oder Infusionen gelindert werden.
- In der letzten Geburtsphase, der sog. **Austrittsphase**, kann zusätzlich der Beckenboden schmerzempfindlich gemacht werden (**Pudendus-Anästhesie**). Dabei wird ein örtliches Betäubungsmittel durch die Scheide in die Nähe der schmerzleitenden Nerven gespritzt. Sofern ein Dammschnitt erforderlich ist, kann dort örtlich betäubt werden.
- Im Verlauf der Geburt können auch durch **Lachgas** Schmerzen gelindert werden. Das Lachgas-Sauerstoff-Gemisch atmen Sie bedarfsweise über eine Gesichtsmaske ein, wenn sich eine schmerzhafte Wehe aufbaut.
- Eine besonders wirksame Methode zur Schmerzausschaltung ist die **Periduralanästhesie (PDA)**. Hierbei werden die Nerven des rückenmarksnahen Raumes betäubt.

Ihre Ärztin/Ihr Arzt klärt Sie über die Methoden zur Schmerzlinderung und Schmerzausschaltung (PDA) sowie über Ihre spezifischen Risiken und möglichen Komplikationen gesondert auf. Danach entscheiden Sie gemeinsam, welche Behandlungsmaßnahmen eingesetzt werden sollen.

Zusatzmaßnahmen

Wehenverstärkende/-hemmende Medikamente

Wehenverstärkende Medikamente sind z.B. bei mangelnder Wehentätigkeit erforderlich, um den natürlichen Geburtsverlauf zu unterstützen. Sie können auch zur Geburtseinleitung (z.B. bei vorzeitigem Blasensprung, Terminüberschreitung, verschiedenen Erkrankungen der Mutter und Störungen der Entwicklung des Kindes) eingesetzt werden. Sofern bei Ihnen eine Geburtseinleitung vorgesehen ist, werden Sie über die verschiedenen möglichen Verfahren sowie deren Vor- und Nachteile bzw. Risiken gesondert aufgeklärt. Wehenhemmende Medikamente werden gegeben, wenn z.B.

- der Geburtsvorgang verlangsamt werden muss, um Positionsveränderungen des Kindes zu ermöglichen,
- die Wehen zu häufig sind,
- bei CTG-Veränderungen dem Kind eine Erholungsphase gegeben werden soll,
- für einen Notkaiserschnitt oder einen eiligen Kaiserschnitt Zeit überbrückt werden muss.

Gabe von Antibiotika: In bestimmten Situationen (z.B. drohende Frühgeburt, lange zurückliegender Blasensprung, Fieber, Streptokokkennachweis in der Schwangerschaft) erhalten Sie bei der Geburt Antibiotika zur Vorbeugung bzw. Behandlung einer Infektion.

Dammschnitt

Die Geburt erfolgt möglichst ohne Dammschnitt. Bereits während der Geburt werden Ihnen ggf. Maßnahmen angeboten, die das Risiko einer Dammverletzung reduzieren, z.B. warme Kompressen bzw. eine Dammassage. Die Hebamme führt

beim Durchtritt des kindlichen Köpfchens durch die Scheide mit der Hand einen Dammschutz durch und leitet das kindliche Köpfchen bzw. anschließend die Schultern des Kindes, um Geburtsverletzungen, welche sowohl mit als auch ohne Dammschnitt möglich sind, soweit möglich zu verhindern oder zu minimieren. Alternativ kann die Hebamme den mütterlichen Damm und das kindliche Köpfchen beim Austreten aus der Scheide auch beobachten und nur bei Besonderheit eingreifen. Ein Dammschnitt kann sinnvoll oder notwendig werden. Damit können eine extreme Überdehnung des Beckenbodens und Rissverletzungen (auch der Harnröhre und des Afterschließmuskels) meist verhindert werden. Außerdem vermindert ein Dammschnitt den Druck auf den kindlichen Kopf beim Durchtritt durch den Beckenboden und verkürzt oft die kritische Pressphase. Daher legt die Ärztin/der Arzt bei CTG-Veränderungen, die auf einen Sauerstoffmangel hindeuten, bei verlängerter Pressperiode, bei sehr kleinem oder sehr großem Kind sowie bei Saugglocken- oder Zangen- geburt häufiger einen Dammschnitt an.

Saugglocke oder Zange

In einer Gefahrensituation für Kind oder Mutter (z.B. bei Stillstand der Geburt oder Abfall der kindlichen Herztöne in der Pressperiode bei tief stehendem Kopf des Kindes) wird eine Saugglocke oder eine Zange verwendet, um den Geburtsvorgang zu beschleunigen. Das Instrument wird durch die Scheide eingeführt, seitlich (Geburtszange) oder oben (Saugglocke) am kindlichen Köpfchen angelegt und ermöglicht, die Mutter beim Pressen durch vorsichtigen Zug zu unterstützen.

Schnittentbindung (Kaiserschnitt, Sectio caesarea)

Wenn bereits vor Geburtsbeginn bestimmte Risikofaktoren (z.B. sehr großes Kind, Mehrlingsschwangerschaft, drohende Frühgeburt, anormale Lage des Kindes wie Steißlage) bekannt sind, ist ein Kaiserschnitt in manchen Fällen eine **echte Alternative** zur spontanen Geburt. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird die Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts gegenüber der natürlichen Geburt mit Ihnen besprechen, damit Sie gemeinsam eine Entscheidung treffen können.

Bei einer Spontangeburt können sich während der Entbindung Situationen ergeben, die einen Kaiserschnitt erforderlich machen (z.B. übermäßige Blutungen, Nabelschnurvorfälle, Riss der Gebärmutter, Veränderung der kindlichen Herztöne mit Zeichen einer drohenden Gefährdung, mütterliche Begleiterkrankungen, Geburtsstillstand). Möglicherweise (z.B. bei einem Notkaiserschnitt, bei starker Beeinträchtigung durch Schmerzen oder Medikamenten) können wir dann nicht mehr mit Ihnen über die Vor- und Nachteile, Risiken und Belastungen des Kaiserschnitts sprechen und Ihre Einwilligung einholen. Daher bitten wir Sie schon jetzt für diesen Fall um Ihr Einverständnis.

Falls Sie einen Kaiserschnitt verweigern, kann es zu lebensgefährlichen Situationen sowohl für Ihr Kind, das schwerstbehindert geboren werden oder auch versterben kann, als auch für Sie selbst (z.B. bei vorzeitigem Plazentalösung) kommen.

Bei einem Kaiserschnitt wird zuerst die Bauchdecke durch einen Schnitt – meist knapp oberhalb der Schamhaargrenze – geöffnet, die Gebärmutter eröffnet und das Kind herausgenommen. Danach wird die Plazenta entfernt, und Gebärmutter sowie Bauchdecke werden wieder verschlossen.

Wassergeburt

Falls Sie eine Wassergeburt wünschen, werden Sie gesondert über die Besonderheiten und Risiken informiert.

Nachgeburtsperiode

Kurze Zeit nach der Geburt Ihres Kindes wird der Mutterkuchen (Plazenta) ausgestoßen. Dies geschieht meist spontan, gelegentlich muss ein wehenauslösendes Medikament

verabreicht werden. Die Plazenta wird auf Vollständigkeit untersucht.

Anti-D-Prophylaxe

Ist Ihre Blutgruppe Rhesus-negativ, die Ihres Kindes Rhesus-positiv, erhalten Sie nach der Geburt eine Impfung, um Komplikationen bei späteren Schwangerschaften zu vermeiden. Darüber klären wir Sie gesondert auf.

Mögliche Risiken und Komplikationen

Der Geburtsvorgang birgt sowohl für Ihr Kind als auch für Sie gewisse Risiken. Trotz fachgerechter Geburtsleitung kann es keine Garantie für ein gesundes Kind geben. Trotz aller Sorgfalt kann es zu – u.U. auch lebensbedrohlichen – Komplikationen 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 bzgl. Nebenwirkungen in den Beipackzetteln von Medikamenten. Vorerkrankungen und individuelle Besonderheiten können die Häufigkeiten von Komplikationen wesentlich beeinflussen.

Allgemeine Risiken

- **Thrombose/Embolie:** Bilden sich Blutgerinnsel oder werden sie verschleppt und verschließen ein Blutgefäß, kann dies schwerwiegende Folgen haben (z.B. Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Schlaganfall, Herzinfarkt). Zur Vorbeugung werden oft blutverdünnende Medikamente gegeben. Sie erhöhen jedoch alle das Risiko von Blutungen. Der Wirkstoff Heparin kann selten auch eine lebensbedrohliche Gerinnselbildung verursachen (HIT II).
- **Fruchtwasserembolie:** In Ausnahmefällen kann Fruchtwasser auch in die Blutgefäße gelangen und eine Embolie auslösen. Dies erfordert eine intensivmedizinische Behandlung.

Bei der Schmerzbekämpfung

- **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. auf Latex, Medikamente) kann zu einem akuten Kreislaufschock führen, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert. Sehr selten sind schwerwiegende, u.U. bleibende Schäden (z.B. Organversagen, Hirnschädigung, Lähmungen).
- Sehr selten treten **Blutergüsse** (Hämatome) und **Infektionen** an der Einstichstelle auf, die sich aber meist nach wenigen Tagen zurückbilden und nur selten behandlungsbedürftig sind.
- **Atemstörungen** beim Kind durch Medikamente sind selten und treten vor allem auf, wenn es kurz nach der Verabreichung eines Beruhigungs- oder Schmerzmittels geboren wird. In diesem Fall wird die Ärztin/der Arzt entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen (z.B. Sauerstoffgabe).
- Bei **Lachgas:** Manchmal treten Schwindel, kurzfristige Benommenheit, Euphorie, Übelkeit und Erbrechen auf. Ein Druckgefühl im Mittelohr, Müdigkeit und Blähungen kommen gelegentlich vor. Durch die mit Unterbrechung erfolgende und kurzzeitige Lachgasanwendung lassen die Nebenwirkungen schnell wieder nach.

Bei den Überwachungsmethoden

- Eine seltene geringfügige **Wundinfektion** durch eine Blutentnahme oder die Elektrode des CTG sowie eine mögliche seltene Infektion der Gebärmutter durch die Sonde zur Wehendruckmessung bedürfen meist keiner Behandlung. Gelegentlich werden Antibiotika erforderlich.
- Sehr selten 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 Behandlungsbedürftige Entzündungen beschrieben worden.

Bei der Geburt

- **Verletzungen der Scheide, des äußeren Genitaltrakts** (z.B. Scheidenrisse, Risse an den Schamlippen, an der Klitoris), des Damms, des äußeren Afterschließmuskels und des Darms bei Dammriss oder Dammschnitt sind möglich, vor allem wenn eine Geburtszange oder Sauglocke eingesetzt wird. Meistens heilen diese nach Versorgung durch Nähte komplikationslos ab. Nur selten kann es zu einer Darm-Scheiden-Fistel (unnatürlicher Verbindungsgang zwischen Darm und Scheide), Blasen-Scheiden-Fistel, einem häutigen Damm (Folge evtl. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) oder einer Stuhlinkontinenz kommen. Ggf. können weitere Behandlungsmaßnahmen und Nachoperationen (selten mit vorübergehender Anlage eines künstlichen Darmausgangs) erforderlich werden.
- Eine **Überdehnung der Beckenbodenmuskulatur** kann langfristig zu Harn- oder Stuhlhalteschwäche (Harn- bzw. Stuhlinkontinenz) führen. Durch Beckenbodengymnastik kann diese Schwäche meistens behoben bzw. verbessert werden. Eventuell sind jedoch später operative Eingriffe notwendig.
- Selten **reißt** die Gebärmutter bei den Wehen ein oder es **platzt** eine alte Gebärmutternarbe (z.B. von einer früheren Kaiserschnittentbindung oder einer Gebärmutteroperation) auf. Dies gefährdet Mutter und Kind. Ein sofortiger Kaiserschnitt und eine chirurgische Versorgung sind dann notwendig.
- **Harnwegsinfektionen** (Harnblase, Harnleiter) können auch mehrere Tage nach der Entbindung auftreten. Durch Antibiotika sind sie meist gut beherrschbar.
- **Stärkere Blutungen** aus der Gebärmutter sind möglich, wenn sich die Plazenta nicht oder nur unvollständig ablöst oder bei Verletzungen. Das Risiko ist nach einer früheren Kaiserschnittentbindung erhöht. Diese Blutungen können meist mit operativen Maßnahmen, einer manuellen Plazentalösung sowie einer Ausschabung und mit Medikamenten gestillt werden. Falls sich die Plazenta nicht löst oder unvollständig ist, muss auch ohne Blutungen behandelt werden. Wenn die Plazenta in die Gebärmutter eingewachsen ist oder die Blutung nicht gestillt werden kann, kann die **Entfernung der Gebärmutter** notwendig werden. Eine erneute Schwangerschaft ist in diesem Fall nicht mehr möglich. Ein unzureichendes Zusammenziehen der Gebärmutter (Atonie) kann ebenfalls zu sehr starken Blutungen führen. Es werden Medikamente verabreicht, manchmal ist auch die vorübergehende Einlage eines Ballonkatheters in die Gebärmutter sinnvoll. Selten ist ein Bauchschnitt erforderlich, um die Gebärmutter mit Nähten, die evtl. in einem weiteren Eingriff wieder entfernt werden, zu komprimieren. Sehr selten ist die Entfernung der Gebärmutter nötig. Auch bei anderen Geburtsverletzungen (z.B. Scheide, Damm, Klitoris, Darm) sind stärkere Blutungen möglich. Blutungen/Nachblutungen können eine operative Blutstillung und/oder Bluttransfusion erfordern. Bei einer Fremdblutübertragung ist das Infektionsrisiko (z.B. Hepatitis, AIDS) extrem selten geworden. Nach einer Transfusion besteht die Möglichkeit einer Kontrolluntersuchung.
- Durch Verletzungen, verzögerte Rückbildung der Gebärmutter bzw. durch Plazentaresten besteht die Gefahr

von **Infektionen**, die durch Medikamente meist gut behandelbar sind. Sie können jedoch auch aufsteigen, zur Funktionseinschränkung und zum Verkleben der Eileiter (mögliche Folge: Sterilität) und zur Keimverschleppung in das Bauchfell (Bauchfellentzündung) oder unter ungünstigen Umständen zu einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung (Sepsis) führen. Sehr selten kann eine Infektion so stark sein, dass die Gebärmutter und ggf. auch die Eierstöcke operativ entfernt werden müssen.

- Falls der vorangehende Teil Ihres Kindes noch nicht fest im Becken steht und ein vorzeitiger Blasensprung auftritt, besteht die Gefahr eines Nabelschnurvorfalles. Die Nabelschnur kann dann abgedrückt werden, was zu Sauerstoffmangel mit Spätschäden bei Ihrem Kind führen kann.
- **Schulterdystokie** (v.a. bei hohem Geburtsgewicht, Übergewicht der Mutter, Diabetes): Dabei bleibt nach der Geburt des Kopfes die Schulter des Kindes unvorhersehbar im Becken der Mutter hängen, da sie sich nicht in die richtige Lage dreht. Je mehr Zeit vergeht, desto größer ist die Gefahr einer Sauerstoffunterversorgung des Kindes. Daher muss sofort gehandelt werden. Dies kann u.a. geschehen in Form von (ggf. mehrmaliger) Streckung und anschließender Beugung der Beine der Schwangeren in der Hüfte, um hiermit mehr Platz für die kindliche Schulter zu schaffen. Evtl. wird zusätzlich Druck auf den Bauch oberhalb des Schambeins ausgeübt. Auch ein Lagerungswechsel kann hilfreich sein. Ein tiefes Eingehen mit der Hand in die Scheide der Frau, um die kindliche Schulter zu lösen, ist ebenfalls eine wirksame Maßnahme. Häufig muss auch der Dammschnitt erweitert werden. Trotz aller Maßnahmen können Verletzungen der Schulter, des Schlüsselbeins und/oder des Oberarms des Kindes auftreten. Nervenverletzungen können zu einer unterschiedlich ausgeprägten dauerhaften Lähmung des kindlichen Arms führen.
- Bei einer Spontangeburt aus Beckenendlage werden zur Entwicklung des Kindes bestimmte Handgriffe angewendet, über die Sie gesondert aufgeklärt werden. Häufig wird die „Manualhilfe nach Bracht“ angewandt. Hierbei wird zunächst abgewartet, bis der kindliche Körper etwa bis zur Unterkante der Schulterblätter geboren ist. Der Steiß wird dann mit beiden Händen umfasst und nach oben über den Bauch der Mutter geführt. Ggf. erfolgt auch ein sanfter Druck auf den Bauch der Mutter. Sollten sich die Arme Ihres Kindes nach oben geschlagen haben, gibt es verschiedene Methoden der Armlösung. Dabei wird der Körper Ihres Kindes mehrmals gedreht, ggf. wird mit einer Hand vorsichtig in die Scheide eingegangen, und nacheinander werden die Arme nach unten gebracht. Auch der „Veit-Smellie-Handgriff“ zur schonenden Geburt des Kopfes ist eventuell erforderlich. Hierbei wird das Kind von der Ärztin/vom Arzt gehalten bzw. es liegt auf dem Unterarm und die Ärztin/der Arzt legt einen Finger vorsichtig in den Mund des Kindes, sodass der Kopf bei der Geburt richtig geleitet werden kann, während mit der anderen Hand die Entwicklung des Schultergürtels unterstützt wird. Eine Sauerstoffmangelsituation bzw. erniedrigte Sauerstoffwerte im Nabelschnurblut sowie in seltenen Fällen ein Nabelschnurvorfal und Schädigungen der Armnerven, sehr selten auch mit dauerhaften Funktionseinschränkungen, sind möglich. Insgesamt ist das Risiko im Vergleich zur Geburt aus Kopflage erhöht, es besteht jedoch bei einer normal verlaufenden Spontangeburt aus Beckenendlage kein wesentlicher Unterschied für die langfristige Gesund-

heit des Kindes im Vergleich zu einem geplanten Kaiserschnitt.

- Grundsätzlich ist auch bei einer Zwillingschwangerschaft häufig eine Spontangeburt in einer spezialisierten geburtshilflichen Klinik möglich. Verschiedene Faktoren (z.B. Dauer der Schwangerschaft, Lage der Kinder, Anzahl der Plazenten) werden dabei berücksichtigt.

Bei Saugglocken-/Zangenentbindung (für die Mutter)

- Gelegentlich werden **Scheide oder Gebärmutterwand bzw. Gebärmutterhals** verletzt, selten kommt es zum **Durchriss der Gebärmutter (Ruptur)**. Eine sofortige operative Versorgung ist dann erforderlich, ggf. muss die Gebärmutter entfernt werden; bei der Saugglockenentbindung ist dieses Risiko einer Verletzung seltener.
- **Verletzungen von Blase und Darm** sind selten und können eine Harn- oder Stuhlhalteschwäche (Inkontinenz) oder eine Fistelbildung zur Folge haben, die evtl. Nachoperationen erfordern.

Bei Saugglocken-/Zangenentbindung (für das Kind)

- **Druckstellen, Abschürfungen, Blutergüsse oder Schwellungen am Kopf**, die meist ohne besondere Behandlung von selbst abheilen, sind möglich.
- **Erhöhte Blutungsneigung im Gehirn**; deshalb wird häufig Vitamin K verabreicht, um die Blutgerinnung zu fördern.
- **Schwere Komplikationen** beim Kind (z.B. Schädelbruch, Hirnblutung, Gesichtslähmung) sind bei beiden Verfahren sehr selten, lassen sich aber trotz aller Sorgfalt nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen.

Beim Dammschnitt und Dammriss

- **Blutungen und Nachblutungen** werden durch eine Dammaht gestillt, ggf. in Vollnarkose, meist jedoch in örtlicher Betäubung. Schmerzen in den ersten Tagen nach der Entbindung, kleine Blutergüsse, **Wundheilungsstörungen** und **Infektionen** lassen sich weder bei Dammriss noch bei Dammschnitt ausschließen, können aber auch bei äußerlich intaktem Damm aufgrund der Dehnung der Scheide und des Bindegewebes auftreten. **Wundinfektionen** können eine medikamentöse, operative oder symptomatische Behandlung erfordern (z.B. Antibiotikagabe, Eröffnung der Naht, lokale Maßnahmen wie Kühlung, Sitzbäder). Sehr selten kommt es zu einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung (Sepsis), die intensivmedizinisch behandelt werden muss. Meist sind Wundinfektionen jedoch gut beherrschbar. Da eine 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 erneute Nahtversorgung nach Wundreinigung notwendig machen oder man kann je nach Situation ein selbstständiges Zuheilen der Wunde abwarten, das dann mehrere Wochen dauern wird.
- **Narbenwucherungen (Keloide)** durch entsprechende Veranlagung oder Wundheilungsstörungen können auftreten. Mögliche, u.U. dauerhafte Folgen können z.B. Hautverfärbungen, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sein. Ein späterer Korrektureingriff ist u.U. möglich.

Spezielle Risiken beim Kaiserschnitt

Dieser Aufklärungsbogen kann nur über die wichtigsten Risiken eines Kaiserschnitts informieren. Falls ein Kaiserschnitt bei Ihnen geplant ist, werden Sie mit einem gesonderten Bogen aufgeklärt.

Für die Mutter

- Selten werden benachbarte Organe verletzt (z.B. Blutgefäße, Nerven, Darm, Harnblase/-leiter) und weitere sofortige operative Maßnahmen, ggf. auch Nachoperationen sind erforderlich, um die jeweiligen Folgen zu vermeiden bzw. zu behandeln (z.B. stärkere Blutungen, schmerzhafte Missempfindungen, Bauchfellentzündung, Darmverschluss, Fistelbildung, Urinvergiftung). Das Risiko ist erhöht nach Voroperationen, bei Verwachsungen oder bei schwierigen anatomischen Verhältnissen.
- Sehr selten treten stärkere, nicht beherrschbare Blutungen auf. Blut muss dann übertragen, die Blutungsquelle operativ versorgt, Medikamente verabreicht und die Gebärmutter, selten auch die Eileiter und Eierstöcke, ggf. genäht oder auch entfernt werden.
- Haut-/Gewebe-/Nervenschäden durch die Lagerung und eingriffsbegleitende Maßnahmen (z.B. Einspritzungen, Desinfektionen, Laser, elektrischer Strom) sind selten. Mögliche, u.U. dauerhafte Folgen: Schmerzen, Entzündungen, Absterben von Gewebe, Narben sowie Empfindungs-, Funktionsstörungen, Lähmungen (z.B. der Gliedmaßen).
- Infektionen (z.B. Harnwegsinfektionen, Bauchfellentzündung, Lungenentzündung), die mit Antibiotika meist gut beherrschbar sind, sind möglich. Gelegentlich sind Nachoperationen (z.B. bei einer Bauchfellentzündung), selten auch mit Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken erforderlich. Bei einer Wundinfektion kann es zu Wundheilungsstörungen mit der Folge von überschießender Narbenbildung oder Narbenbruch kommen, die dann Nachoperationen erfordern.
- Selten ist ein Darmverschluss infolge vorübergehender Darmlähmung oder Verwachsungen im Bauchraum – auch in späteren Jahren; ggf. muss dann die Bauchhöhle erneut eröffnet und – in Einzelfällen – dabei ein künstlicher Darmausgang angelegt werden.
- Ein Zerreißen der Narbe an der Gebärmutter bei der nächsten Geburt kann auftreten, was in Einzelfällen einen Notkaiserschnitt erforderlich macht. Auch Plazentationsstörungen treten bei weiteren Schwangerschaften häufiger auf.
- Schmerzen und Missempfindungen im Bereich des Schnitts treten in den ersten Tagen nach der Entbindung häufig auf und sind kein Grund zur Besorgnis, auch wenn sie manchmal über Monate bestehen bleiben und sich nur sehr langsam bessern.

Für das Kind

- Eine geringfügige Schnittverletzung bei der Gebärmuttereröffnung, die in den meisten Fällen von selbst abheilt, ist möglich. Selten muss die Verletzung mit einer kleinen Naht versorgt werden.
- Manchmal kommt es zu Anpassungsstörungen nach Kaiserschnitt (z.B. gestörte Atmung mit der Notwendigkeit, Sauerstoff zu geben bzw. künstlich zu beatmen), selten zu Verletzungen des Kindes. Verschiedene Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Allergien, entzündliche Darmerkrankungen, Übergewicht) scheinen bei Kindern, die durch Kaiserschnitt geboren werden, häufiger vorzukommen.

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

Verhaltenshinweise

Bitte suchen Sie ärztliche Hilfe auf bei Fieber über 38 °C, zunehmenden Bauchschmerzen, Blutungen, die über den üblichen Wochenfluss hinausgehen, oder zunehmender

Rötung und Schmerzen in einer Brust oder beiden Brüsten, Rötung, Schmerzen, Schwellung in einem Bein bzw. Atemnot, auch wenn diese Beschwerden erst einige Tage nach der Entlassung aus der Klinik auftreten. Stellen Sie bitte die Betreuung durch eine Hebamme zu Hause sicher.

Fragenteil (Anamnese)

Das Risiko ärztlicher Eingriffe hängt von der körperlichen Verfassung und von Vorschäden ab. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Für Betreuer, Bevollmächtigte: Bitte beantworten Sie alle Fragen aus der Sicht der Patientin.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: _____
2. Größe (in cm): _____
3. Gewicht (in kg): _____
4. Geschlecht:
 - weiblich
 - männlich
 - divers
 - ohne Angabe

Wichtige Fragen

n = nein/j = ja

1. Werden regelmäßig oder zurzeit Medikamente n j (auch pflanzliche und rezeptfreie) eingenommen oder angewendet?
Wenn ja, bitte vollständig angeben: _____

2. Besteht eine Allergie?
 - nein
 - Medikamente (z.B. Antibiotika, Metamizol, Paracetamol)
 - Betäubungsmittel
 - Kontrastmittel
 - Latex
 - Desinfektionsmittel
 - Jod
 - Pflaster
 - Kunststoffe
 - und/oder: _____
3. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. n j häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, längeres Bluten nach Verletzungen?
4. Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit?
 - nein
 - Hepatitis
 - HIV/AIDS
 - Tuberkulose
 - und/oder: _____
5. Besteht/Bestand eine (weitere) Herz-/Kreislauf-Erkrankung?
 - nein
 - koronare Herzkrankheit
 - Bluthochdruck
 - Rhythmusstörungen
 - Schlaganfall
 - Herzinfarkt
 - Angina pectoris
 - Herzmuskelentzündung

- Klappenfehler
 und/oder: _____
6. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss n j durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)?
7. Besteht eine Blutgerinnungsstörung?
 nein
 Hämophilie
 Thrombozytopenie
 Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom
 Faktorenmangel
 und/oder: _____
8. Besteht eine Stoffwechselerkrankung?
 nein
 Zuckerkrankheit
 Gicht
 und/oder: _____
9. Bestehen weitere Erkrankungen? n j
 Wenn ja, bitte angeben: _____
10. Tragen Sie ein Piercing?
 nein
 Zungenpiercing
 Genitalpiercing
 und/oder: _____
11. Wurde schon einmal eine Operation im Unterleib durchgeführt?
 nein
 Gebärmutter
 Eierstöcke
 Eileiter
 Scheide
 Harnorgane
 und/oder: _____
12. Hatten Sie schon einmal eine Entbindung/Ge- n j burt?
 Wenn ja, wann? _____
 Wenn ja, traten während oder nach der Geburt Komplikationen auf?
 nein
 verstärkte Blutungen
 Nachblutungen
 Notkaiserschnitt
 und/oder: _____
13. Ergaben sich während der jetzigen Schwanger- n j schaft Besonderheiten?
 Wenn ja, bitte angeben: _____

Arztanmerkungen

(z.B. Vor- und Nachteile der geburtshilflichen Methoden [Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt], individuelle Risiken/mögliche Komplikationen – beispielsweise bei einer Geburt aus der Beckenendlage, mögliche Neben-/Folgebmaßnahmen, Ablehnung bestimmter geburtshilflicher Maßnahmen, Nachteile einer Ablehnung, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter, Gesprächsdauer)

Nur im Fall einer Ablehnung

Ich wurde über die vorgeschlagenen Maßnahmen aufgeklärt. Ich willige in deren Durchführung nicht ein. Ich wurde nachdrücklich darüber informiert, dass sich aus meiner Ablehnung eventuell erhebliche gesundheitliche Nachteile ergeben können.

 Ort, Datum

 werdende Mutter

 ggf. Zeugin/Zeuge

 Ärztin/Arzt

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Über die verschiedenen geburtshilflichen Maßnahmen (z.B. Überwachung, Schmerzlinderung, Dammschnitt), Art und Bedeutung der Maßnahmen, Alternativen (z.B. Kaiserschnitt), Risiken und mögliche Komplikationen sowie medizinisch erforderliche Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Versorgung eines Dammrisses) und unvorhersehbare, sich erst während der Geburt als medizinisch notwendig erweisende Maßnahmen (z.B. Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange) wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt _____

ausführlich informiert. Alle mir wichtig erscheinenden Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert, benötige keine weitere Bedenkzeit und willige in die geplante Maßnahme und etwaige medizinisch erforderliche, auch unvorhersehbare Änderungen, Erweiterungen, Neben- und Folgebmaßnahmen ein. Verhaltenshinweise werde ich beachten.

 Ort, Datum

 werdende Mutter

 Ärztin/Arzt

Einverständniserklärung der Begleitperson

Wenn Sie als Begleitperson einer Geburt beiwohnen wollen, nehmen Sie dadurch ein geringes Risiko auf sich, das Ihnen die Ärztin/der Arzt nicht abnehmen kann (z.B. infolge einer Ohnmacht oder auch psychische Schäden). Deshalb benötigen wir folgendes Einverständnis von Ihnen:

Ich weiß, dass ich auf eigene Gefahr und eigenes Risiko der Geburt beiwohne. Sollten mir aufgrund meiner Anwesenheit im Kreiß- oder Operationssaal gesundheitliche Schäden entstehen, verzichte ich schon heute unwiderruflich gegenüber Ärzten, dem Krankenhausträger und anderen Personen (Hebammen, Schwestern und Pflegern etc.) auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen.

Ort, Datum

ggf. Begleitperson



Patientenname und -adresse

Guten Tag,

dieser Aufklärungsbogen informiert Sie darüber, wie Schmerzen bei einer Geburt wirksam gelindert werden können. Bitte lesen Sie ihn möglichst bald durch und füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus.

Regionalanästhesie zur Schmerzbetäubung bei der Geburt

Viele natürliche Geburten und auch die meisten Kaiserschnittentbindungen erfolgen bevorzugt in regionaler Schmerzbetäubung (Regionalanästhesie).

Bei der Regionalanästhesie in der Geburtshilfe werden Schmerzen in der unteren Körperhälfte unterdrückt. Wenn Sie eine Regionalanästhesie wünschen, hilft Ihnen diese, sich zu entspannen. Anders als bei einer Narkose (Allgemeinanästhesie) können Sie die Geburt Ihres Kindes bewusst miterleben.

Vor einer Regionalanästhesie wird eine Verweilkanüle in Ihre Hand- oder Armvene gelegt. Darüber können dann Infusionen und Medikamente verabreicht werden (z.B. Flüssigkeit, um einem niedrigen Blutdruck vorzubeugen).

Es gibt in der Geburtshilfe 2 Verfahren zur regionalen Schmerzbetäubung: die Periduralanästhesie (PDA) und die Spinalanästhesie.

Bei beiden Verfahren spritzt die Ärztin/der Arzt im Bereich der Lendenwirbelsäule ein örtliches Betäubungsmittel in die Nähe schmerzleitender Nerven. Dieses „blockiert“ vorübergehend die Weiterleitung von Schmerzreizen über das Rückenmark zum Gehirn. Solange das Mittel wirkt, empfängt und verarbeitet das Gehirn kaum noch Schmerzsignale. Dadurch ist die Schmerzwahrnehmung und vor allem das Schmerzempfinden im Bauch- und Beckenbereich für einige Stunden ausgeschaltet oder deutlich reduziert.

Die Betäubung macht sich zunächst durch ein Kribbeln und ein Wärmegefühl bemerkbar. Mit zunehmender Wirkung verspüren Sie dann nur noch sehr wenige Wehenschmerzen.

Regionalanästhesie in der Geburtshilfe (Periduralanästhesie/Spinalanästhesie)

Bei einer niedrigen Dosierung des Betäubungsmittels bleiben die Beine normal beweglich. Bei einer höheren Dosierung im Falle einer nötigen Kaiserschnittentbindung werden neben dem gesamten Beckenbereich auch teilweise die Beine gefühllos und können vorübergehend nicht mehr bewegt werden. Mit dem Nachlassen der Betäubung kehren Gefühl und Beweglichkeit wieder zurück.

Die Ärztin/Der Arzt wird Sie im Aufklärungsgespräch über die jeweiligen Vorteile, Nachteile, unterschiedlichen Belastungen und Risiken der beiden Verfahren zur Regionalanästhesie – auch im Vergleich mit anderen noch infrage kom-

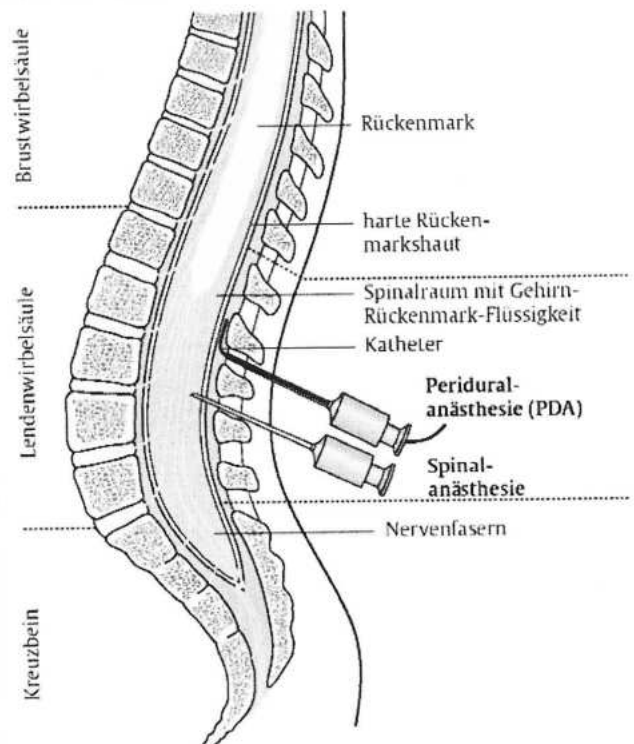


Abb.: Injektionsbereich bei der geburtshilflichen Regionalanästhesie

menden Möglichkeiten der Schmerzlinderung (z.B. einer intravenösen Gabe von Schmerzmitteln) – informieren und mit Ihnen besprechen, welches Vorgehen bei Ihnen empfehlenswert ist.

Die Periduralanästhesie

Die PDA wird am häufigsten zur Schmerzbetäubung bei einer natürlichen Geburt angewandt; sie gilt als die Methode der Wahl.

Zur Durchführung der PDA wird die Einstichstelle am Rücken örtlich betäubt. Dann führt die Ärztin/der Arzt am Rücken eine Hohladel und durch diese einen dünnen Schlauch (Katheter) in den Periduralraum ein (Abb.). Dieser befindet sich vor der harten Rückenmarkshaut und wird von Nervenfasern durchzogen, die aus dem Rückenmark austreten. Nachdem die Ärztin/der Arzt die Nadel wieder entfernt hat, können über den Katheter wiederholt oder nach der Geburt auch fortlaufend örtliche Betäubungsmittel und zusätzliche Schmerzmittel gegeben werden.

Oft wird der Katheter auch mit einer Dosierpumpe verbunden. Darüber kann sich die Schwangere bei Bedarf in bestimmten Zeitabständen eine vorgegebene Menge an Betäubungsmitteln und/oder Schmerzmitteln verabreichen.

Die Wirkung einer niedrig dosierten PDA setzt frühestens nach circa 15 Minuten ein. Deshalb empfiehlt es sich, den Katheter für die PDA schon früh im Geburtsverlauf anzulegen und die Betäubung frühzeitig einzuleiten, damit sichergestellt ist, dass die Schmerzlinderung rechtzeitig zur Geburt eintritt.

Wird die PDA erst im fortgeschrittenen Geburtsverlauf eingeleitet, entfaltet sich die Wirkung eventuell zu spät. Reicht die Zeit nicht mehr aus, um noch eine PDA durchzuführen und die Wirkung abzuwarten, kann meist eine Spinalanästhesie erfolgen.

Eine PDA führt in der Regel nicht dazu, dass die Wehen und der Drang zum Pressen schwächer werden, dass die Geburt länger dauert, dass das Kind ungeplant durch einen Kaiserschnitt oder mithilfe einer Saugglocke oder Geburtszange entbunden werden muss oder dass sich der Zustand des Neugeborenen ändert. Allerdings lassen sich solche unerwünschten Wirkungen der PDA nicht mit Sicherheit ausschließen.

Wird ein Kaiserschnitt notwendig, kann die PDA verstärkt werden. Allerdings kann die Wirkverstärkung bis zu 20 Minuten dauern. Wenn so lange nicht mehr gewartet werden kann, ist eine Narkose erforderlich.

Die Spinalanästhesie

Die Spinalanästhesie ist vor allem in folgenden Situationen das bevorzugte Anästhesieverfahren:

- wenn unvorhergesehen eine eilige Kaiserschnittentbindung erfolgen muss und keine PDA eingeleitet wurde.
- wenn von vornherein eine Kaiserschnittentbindung vorgesehen ist (z.B. bei Risikofaktoren wie einer Mehrlingsschwangerschaft, Präeklampsie oder Beckenendlage).

Zur Durchführung der Spinalanästhesie führt die Ärztin/der Arzt nach örtlicher Betäubung der Einstichstelle am Rücken eine Führungskanüle bis kurz vor den Periduralraum ein. Durch die Kanüle wird dann eine sehr dünne Nadel vorgeschoben, bis die Nadelspitze durch die harte Rückenmarkshaut in den Spinalraum eintritt (Abb.). Dieser enthält das Rückenmark mit den daraus austretenden Nerven und ist mit Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit (Liquor) gefüllt. Das Betäubungsmittel wird oft zusammen mit einem Schmerzmittel in den Spinalraum eingespritzt. Die Wirkung der Betäubung setzt i.d.R. schon nach wenigen Minuten ein.

Kombinierte Spinal- und Periduralanästhesie

Im Einzelfall kann auch eine Spinalanästhesie und eine Periduralanästhesie kombiniert erfolgen. Auf diese Weise können die schnelle Wirkung der Spinalanästhesie und die lange Wirkdauer der PDA genutzt werden. Allerdings ist dieses Vorgehen auch mit den jeweiligen Risiken beider Verfahren verbunden.

Eine noch relativ neue Form der kombinierten Regionalanästhesie ist eine PDA, bei der vorab mit einer feinen Nadel die harte Rückenmarkshaut durchstochen wird, ehe das Betäubungsmittel über eine etwas größere Nadel oder über einen Katheter in den Periduralraum eingespritzt wird. Das Mittel gelangt dann durch das kleine Loch in der harten Rückenmarkshaut in den Spinalraum. Dadurch tritt die Wirkung der PDA möglicherweise schneller ein.

Wechsel von einer Regionalanästhesie zur Narkose

Die Narkose hebt vorübergehend das Bewusstsein und das Schmerzempfinden im gesamten Körper auf. In der Geburtshilfe wird eine Narkose hauptsächlich in Notfallsituationen durchgeführt. Sie ermöglicht ein schnelles Handeln, falls Komplikationen auftreten und das Kind (sehr) rasch durch einen Kaiserschnitt entbunden werden muss (z.B. bei Herz-, Kreislauf- und Atemproblemen der Schwangeren, starken Blutungen, einer vorzeitigen Ablösung der Plazenta, einem Nabelschnurvorfall oder einer Verlangsamung des Herzschlags des Kindes).

In Einzelfällen kann eine Narkose auch ungeplant nötig werden, falls die Regionalanästhesie nicht ausreichend wirkt oder sich zu weit ausbreitet.

Zur Einleitung der Narkose wird ein schnell wirkendes Narkosemittel über die Venenkanüle an der Hand bzw. am Arm eingespritzt. Anschließend führt die Ärztin/der Arzt einen Beatmungsschlauch (Tubus) durch den Mund in die Luftröhre ein. Die Narkose sorgt dafür, dass die Schwangere dies nicht mitbekommt. Der Tubus hält den Atemweg frei und stellt die Versorgung mit Sauerstoff sicher. Zudem verringert er die Gefahr, dass Speichel oder Mageninhalt in die Lunge fließt (Aspiration). Damit der Tubus schonend eingeführt werden kann, wird ein muskelerschlaffendes Medikament gegeben.

Zur Fortführung der Narkose verabreicht die Ärztin/der Arzt weitere Narkose-/Schmerzmittel (intravenöse Narkose) oder führt Narkosegase über den Beatmungsschlauch (Tubus) zu. Oft werden beide Verfahren auch kombiniert.

Off-Label-Use von Medikamenten

Bei einer geburtshilflichen Regionalanästhesie oder Narkose werden oft Betäubungsmittel, Schmerzmittel oder andere Medikamente eingesetzt, die sich in der Geburtshilfe bewährt haben, aber für eine Anwendung bei Schwangeren nicht formell zugelassen sind (Off-Label-Use). Dies bedeutet jedoch nicht, dass ihre Anwendung über die Zulassung hinaus nicht erlaubt wäre.

Zum Beispiel werden bei einer PDA oder Spinalanästhesie oft zusätzlich Schmerzmittel (Opioide) gegeben, weil eine alleinige Gabe von Betäubungsmitteln die Beweglichkeit und Muskelkraft der Schwangeren zu sehr einschränken würde. Zum Einsatz kommen vor allem die Opioide Sufentanil und Fentanyl. Zur geburtshilflichen PDA ist Sufentanil zugelassen, nicht aber Fentanyl. Beide Schmerzmittel sind nicht für eine geburtshilfliche Spinalanästhesie zugelassen. Inzwischen werden sie aber so häufig zur Spinalan-

ästhesie bei Kaiserschnittentbindungen eingesetzt, dass es sich um ein wissenschaftlich anerkanntes Standardvorgehen (einen etablierten Off-Label-Use) handelt.

Die Ärztin/Der Arzt wird Sie über einen eventuellen Off-Label-Use von Medikamenten aufklären und Sie über die bekannten Risiken informieren. Unbekannte Risiken lassen sich allerdings nicht ausschließen. Zudem besteht u.U. keine Haftung des Herstellers.

Neben- und Folgemaßnahmen

Über vorhersehbare Neben- und Folgemaßnahmen (z.B. Legen eines Blasendauerkatheters) wird die Ärztin/der Arzt Sie gesondert aufklären. Auch wenn eine Fremdbluttransfusion ernsthaft in Betracht kommen sollte, werden Sie über die Durchführung und Risiken (z.B. Unverträglichkeitsreaktionen, Infektionen, u.U. auch mit unbekanntem Krankheitserregern) gesondert aufgeklärt. Das Risiko, dass durch Blutprodukte Viren übertragen werden, die eine HIV-Infektion oder Hepatitis verursachen, ist äußerst gering.

Risiken und mögliche Komplikationen

Während der Anästhesie werden Ihre wichtigen Körperfunktionen (v.a. Puls, Blutdruck, Atmung, Herzaktivität) überwacht. Da kaum eine medizinische Maßnahme ohne Risiken ist, lässt sich auch bei einer Anästhesie nicht ausschließen, dass es trotz aller Sorgfalt zu – u.U. auch lebensbedrohlichen – Komplikationen kommen kann, die weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern. Die Häufigkeitsangaben sind eine allgemeine Einschätzung und sollen helfen, die Risiken untereinander zu gewichten. Sie entsprechen nicht den Definitionen bezüglich Nebenwirkungen in den Beipackzetteln von Medikamenten. Vor- und Begleiterkrankungen sowie individuelle Besonderheiten können die Häufigkeiten von Komplikationen wesentlich beeinflussen.

Allgemeine Risiken

- **Verletzungen von Blutgefäßen** durch Injektionsnadeln, Kanülen oder Katheter können zu **Blutungen** und **Blutergüssen** führen. Nur selten ist eine Behandlung, insbesondere eine Operation, nötig.
- **Infektionen** können an der Einführungsstelle oder im Verlauf einer Verweilkanüle/eines Katheters auftreten. Mögliche Folgen sind **Venenentzündungen**, eitrige **Abszesse**, **Absterben** von Gewebe und **Narbenbildung**. Sehr selten führen solche Infektionen zu einer lebensbedrohlichen **Blutvergiftung (Sepsis)**.
- **Haut-, Gewebe- und Nervenschäden** können durch **Nadeln/Kanülen/Katheter**, durch **Injektionen** und **eingriffsbegleitende Maßnahmen** (z.B. Hautdesinfektion) sowie durch **Druck**, **Zug** oder **Überstreckung** während der Anästhesie („Lagerungsschäden“) verursacht werden. In der Folge können **Schmerzen**, **Missempfindungen**, **Taubheitsgefühl**, **Bewegungsstörungen** bis hin zu **Lähmungen** am Arm/Bein auftreten. Meist bilden sie sich innerhalb weniger Monate zurück und sind nur selten von Dauer.
- **Thrombose/Embolie:** Bilden sich **Blutgerinnsel** oder werden sie verschleppt und verschließen ein Blutgefäß, kann dies schwerwiegende, u.U. auch lebensgefährliche Folgen haben (z.B. **Lungenembolie**, **Schlaganfall**, **Herzinfarkt**).
- **Benötigte Medikamente und Materialien** (z.B. **Betäubungsmittel**, **Opiode** oder andere **Schmerzmittel**,

muskelentspannende Mittel, **Desinfektionsmittel**, **Latexhandschuhe**) können unerwünschte Reaktionen wie z.B. **Übelkeit**, **Erbrechen**, **Muskelzittern**, **Juckreiz**, **Hautausschlag** oder **Atem- und Kreislaufbeschwerden** hervorrufen. Solche eher leichteren, oft allergisch bedingten Reaktionen lassen sich i.d.R. rasch und gut behandeln.

Schwere Nebenwirkungen und **schwere allergische Reaktionen** bis hin zum akuten **Kreislaufschock** oder **unerwartet auftretende Komplikationen** wie **Krämpfe** oder ein **Herz-, Kreislauf-, Atem- und Organversagen** sind sehr selten. Auch **schwerwiegende bleibende Schäden** (z.B. **Hirnschädigung**, **andere Organschäden**, **Lähmungen**) kommen nur äußerst selten vor.

Spezielle Risiken der Spinal- und Periduralanästhesie

- **Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit** und **schwerwiegende**, in sehr seltenen Fällen auch **lebensbedrohliche Herz-Kreislauf- und Atemstörungen** können auftreten, falls das **Betäubungsmittel** bei der **Einspritzung** direkt in den **Blutkreislauf** gelangt oder sehr schnell vom **Gewebe** in das **Blut** übertritt. Zusätzlich sind **vorübergehende Lähmungen** möglich, falls sich das **Betäubungsmittel** bei der **Spinalanästhesie** zu weit **ausbreitet** oder bei der **PDA** **unbeabsichtigt** in den **Spinalraum** gelangt. Eine **kurzfristige intensivmedizinische Behandlung** ist dann **nötig**.
- **Direkte Verletzungen des Rückenmarks** sind bei der geburtshilflichen **PDA** und **Spinalanästhesie** nahezu **ausgeschlossen**, weil der **Katheter** bzw. die **Injektionsnadel** in der Regel **unterhalb** des **Rückenmarks** eingeführt wird.
- **Bleibende Lähmungen** (z.B. **Störungen der Blasen-/Darmentleerung**), im Extremfall bis hin zu einer **Querschnittslähmung**, sind **selten**. Sie können durch **Blutergüsse** oder **Infektionen (Abszess)** im **Spinal-/Periduralraum** oder durch **Schädigungen von Rückenmarksnerven** oder des **Rückenmarks** verursacht werden. **Selten** kann eine **aufsteigende Infektion** auch zu einer **Hirnhautentzündung** führen.
- Bei einer **Spinalanästhesie** oder falls bei einer **PDA** die **harte Rückenmarkshaut** **unbeabsichtigt** durchstochen wird, sind folgende **Komplikationen** möglich:
 - eine **Reizung von Hirnnerven**, die **vorübergehende**, selten auch **dauerhafte Seh- und Hörstörungen** sowie **starke Kopfschmerzen** zur Folge haben kann. **Klingen** die **Kopfschmerzen** trotz **Medikamentengabe** nicht ab, kann **Eigenblut** **eingespritzt** werden, um die **Stelle abzudecken**, an der die **Nadel** die **harte Rückenmarkshaut** durchstoßen hat. **Dadurch** lassen sich die **Kopfschmerzen** fast immer **beseitigen**. Nur **sehr selten** können sie noch **längere Zeit** anhalten.
 - **selten** eine **lebensbedrohende Hirnblutung**, eine **Ansammlung von Blut** bzw. **Flüssigkeit** unter der das **Gehirn** umgebenden **harten Rückenmarkshaut (subdurales Hämatom/Hygrom)** oder eine **Hirnvenenthrombose** mit möglichen **bleibenden Schädigungen des Gehirns** (z.B. **Halbseitenlähmung**, **Sprachstörungen**).
- **Vorübergehende Rückenschmerzen** sind **häufig**, **chronische Rückenschmerzen** **sehr selten**.
- **Vorübergehende Probleme beim Wasserlassen (Harnverhalt)** sind ebenfalls **häufig**. Eventuell muss dann für

kurze Zeit ein Blasenkatheter gelegt werden. Dadurch kann es u.a. zu Blutungen und Harnwegsinfekten/-verletzungen kommen.

- Bei einem Periduralkatheter kann es in sehr seltenen Fällen zu Schlingenbildungen oder einem Abriss von Katheterteilen und dadurch zu Gefäß- und Nervenverletzungen kommen. Eine operative Behandlung und/oder die operative Entfernung des Katheters/der abgerissenen Katheterteile kann dann nötig sein.

Mögliche Auswirkungen von Betäubungs- und Schmerzmitteln auf das Kind

- Eine Medikamentenwirkung auf das Kind lässt sich nicht völlig ausschließen. Betäubungsmittel und Schmerzmittel können beim Kind zu Atemproblemen führen. Nach der Geburt kann das Kind auch noch einige Zeit „verschlafen“ und inaktiv sein.
- Kommt es durch die Regionalanästhesie, eine eventuell nötige Narkose oder die Gabe von Schmerzmitteln bei der Mutter zu einem Blutdruckabfall, so kann dies beim Kind zu einem verlangsamten Herzschlag führen. Dann kann ein Notfall-Kaiserschnitt nötig sein.

Verhaltenshinweise

Vor der Anästhesie/Entbindung

Bitte geben Sie im Fragebogen alle Medikamente – auch pflanzliche und rezeptfreie – an, die Sie derzeit einnehmen. Die Ärztin/Der Arzt wird dann entscheiden, ob ein Medikament abgesetzt oder durch ein anderes ersetzt werden muss.

Bitte legen Sie vorhandene Ausweise (z.B. Mutterpass, Narkose-, Allergie-, Impfpass, Diabetikerausweis) vor.

Kontaktlinsen, Ringe, Schmuck (auch Piercings!) und künstliche Haarteile müssen vor der Anästhesie entfernt werden. Verwenden Sie bitte keine Gesichtsschminken und Kosmetika (Make-up, Nagellack etc.)!

Bei fortgeschrittener Wehentätigkeit sollten Sie auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme achten und nur noch geringe Mengen leichter Kost zu sich nehmen.

Hinweise zur Nüchternheit, falls die Ärztin/der Arzt diese anordnet oder falls ein Kaiserschnitt geplant ist

Sie dürfen

- bis zu 6 Stunden vor der Anästhesie/Entbindung noch eine leicht verdauliche kleine Mahlzeit (z.B. 1 Scheibe Weißbrot mit Marmelade, 1 Glas Milch) zu sich nehmen. Ab dann dürfen Sie nichts mehr essen!
- 6–2 Stunden vor der Anästhesie/Entbindung nur noch 1–2 Gläser/Tassen klare Flüssigkeit (z.B. Wasser, Tee ohne Milch) trinken. Diese darf kein Fett, keine festen Bestandteile und keinen Alkohol enthalten! 2 Stunden vor der Anästhesie/Entbindung dürfen Sie nichts mehr trinken!

Informieren Sie unbedingt die Ärztin/den Arzt oder die Mitarbeiter, falls Sie sich nicht genau an die Nüchternheitsgebote gehalten haben!

Während der PDA

Bitte beachten Sie, dass Sie nur bei einer niedrig dosierten PDA aufstehen und umhergehen dürfen, und dies wegen der bestehenden Sturzgefahr nur mit ärztlicher Erlaubnis und mithilfe einer Begleitperson.

Nach der Anästhesie/Entbindung

Bitte verständigen Sie sofort eine Ärztin/einen Arzt, wenn Beschwerden auftreten wie z.B. hartnäckige Kopfschmerzen, Missempfindungen (z.B. an einer Einstichstelle oder an Gliedmaßen), in die Beine ausstrahlende Rückenschmerzen nach Abklingen der Regionalanästhesie, Muskelschwäche, Bewegungsstörungen, Anzeichen von Lähmungen, Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Atem- oder Kreislaufstörungen, Störungen des Bewusstseins, erhöhte Temperatur/Fieber, Schüttelfrost oder – falls eine Narkose erfolgt ist – bei Halsschmerzen, Heiserkeit, Sprechstörungen oder Schluckbeschwerden!

Wegen der Sturzgefahr dürfen Sie zunächst nicht allein aufstehen! Bitte schützen Sie eventuell noch betäubte Körperbereiche vor Druckschäden und Verletzungen. Medikamente dürfen Sie nur nach ärztlicher Anweisung einnehmen.

Hinweise für ambulante Anästhesien/Entbindungen

Bitte beachten Sie, dass Ihr Reaktionsvermögen durch Betäubungsmittel, Schmerzmittel oder andere Medikamente vorübergehend beeinträchtigt ist. Wenn Sie die Klinik nach einer ambulanten Geburt (d.h. in den ersten 24 Stunden) verlassen können, müssen Sie sich deshalb von einer erwachsenen Person abholen und in den ersten 24 Stunden bzw. für die von der Ärztin/dem Arzt angegebene Zeit zu Hause betreuen lassen.

Wegen der Medikamentennachwirkungen dürfen Sie 24 Stunden bzw. so lange, wie vom Arzt angegeben, auch nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, keine gefahrträchtigen Tätigkeiten ausüben, keinen Alkohol trinken und nicht rauchen. Sie sollten in dieser Zeit auch keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: _____
2. Größe (in cm): _____
3. Gewicht (in kg): _____
4. Geschlecht:
 - weiblich
 - männlich
 - divers
 - ohne Angabe

Fragen zur Schwangerschaft

n = nein/j = ja

1. Wie war Ihr Körpergewicht vor der Schwangerschaft (Kilogramm)? _____
2. Waren Sie schon einmal schwanger? n j
Wenn ja, traten während oder nach der Schwangerschaft/Geburt Komplikationen auf?
 nein
 stärkere Blutungen
 Thrombose
 Präeklampsie
 Fehlgeburt
 und/oder: _____
3. Wurde bereits eine Kaiserschnittbindung durchgeführt? n j

Fragen zur Blutgerinnung

1. Besteht eine Blutgerinnungsstörung?
 nein
 Hämophilie
 Thrombozytopenie
 Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom
 Faktorenmangel
 und/oder: _____
2. Besteht in der Blutsverwandschaft eine Blutgerinnungsstörung? n j
3. Besteht/Bestand eine Bluterkrankung?
 nein
 Anämie
 Leukämie
 Multiples Myelom
 und/oder: _____
4. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, längeres Bluten nach Verletzungen? n j
5. Besteht in der Blutsverwandschaft eine erhöhte Blutungsneigung? n j
6. Haben Sie schon einmal punktförmige Blutungen an Ihrem Körper bemerkt (z.B. am Körperstamm oder an den Gliedmaßen), auch wenn Sie sich vorher nicht angestoßen hatten? n j
7. Trat schon einmal eine Blutung in ein Gelenk, Weichteile oder einen Muskel auf? n j
8. Dauern Ihre Regelblutungen länger als 7 Tage? n j
9. Kommt es zu verstärkten Regelblutungen, die einen häufigen Binden- oder Tamponwechsel erfordern? n j
10. Wurde Ihnen schon einmal ein Zahn gezogen? n j
Wenn ja, trat ein längeres/verstärktes Nachbluten auf? n j
11. Ist schon einmal eine Übertragung von Blut/Blutbestandteilen (Transfusion) erfolgt? n j
Wenn ja, gab es dabei Komplikationen? n j

Wenn ja, bitte angeben: _____

12. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)? n j
13. Trat in der Blutsverwandschaft schon einmal eine Thrombose oder Embolie auf? n j

Weitere Fragen

1. Beruf (aktuell/früher): _____
2. Wurde schon einmal eine Operation durchgeführt? n j
Wenn ja, bitte angeben: _____
Wenn ja, traten Komplikationen auf? n j
Wenn ja, bitte angeben: _____
3. Ist in den letzten Wochen eine andere ärztliche Behandlung erfolgt? n j
Wenn ja, weswegen? _____
4. Wurde schon einmal eine Betäubung durchgeführt? n j
Wenn ja, bitte angeben:
 Narkose
 Regionalanästhesie
 örtliche Betäubung (z.B. beim Zahnarzt)
 Sedierung
 und/oder: _____
 Wenn ja, gab es Komplikationen? n j
 Wenn ja, bitte angeben: _____
5. Besteht eine Neigung zu Übelkeit/Erbrechen? n j
6. Wurde eine erbliche Veranlagung zu hohem Fieber und Muskelsteife bei/nach einer Narkose (maligne Hyperthermie) festgestellt? n j
7. Wurde bei Blutsverwandten eine erbliche Veranlagung zur malignen Hyperthermie festgestellt? n j
8. Bestand in den letzten 4 Wochen ein Infekt?
 nein
 Atemwege
 Magen-Darm
 Harnwege
 und/oder: _____
9. Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit?
 nein
 Hepatitis
 HIV/AIDS
 Tuberkulose
 und/oder: _____
10. Werden regelmäßig oder zurzeit Medikamente (auch pflanzliche und rezeptfreie) eingenommen oder angewendet? n j
Wenn ja, bitte vollständig angeben: _____

11. Besteht eine Allergie?
 nein
 Medikamente (z.B. Antibiotika, Metamizol, Paracetamol)
 Betäubungsmittel
 Kontrastmittel
 Latex
 Desinfektionsmittel
 Jod
 Pflaster

- Kunststoffe
 und/oder: _____
12. Besteht/Bestand eine (weitere) Gefäßerkrankung?
 nein
 Arteriosklerose
 Krampfadern
 Erkrankung der Herzkranzgefäße
 Durchblutungsstörung
 Aneurysma
 Verengung der Halsschlagader
 und/oder: _____
13. Besteht/Bestand eine (weitere) Herz-/Kreislauf-Erkrankung?
 nein
 koronare Herzkrankheit
 Bluthochdruck
 Rhythmusstörungen
 Schlaganfall
 Herzinfarkt
 Angina pectoris
 Herzmuskelentzündung
 Klappenfehler
 und/oder: _____
14. Besteht ein niedriger Blutdruck? n j
15. Tritt Atemnot beim Treppensteigen auf? n j
Wenn ja, nach wie vielen Treppenstufen müssen Sie stehen bleiben? _____
16. Besteht/Bestand eine Atemwegs-/Lungenerkrankung?
 nein
 chronische Bronchitis
 Lungenentzündung
 Asthma bronchiale
 Lungenblähung
 angeborene Fehlbildung
 und/oder: _____
17. Treten nächtliche Atemstörungen auf?
 nein
 starkes Schnarchen
 Schlafapnoe
 und/oder: _____
18. Besteht eine Stimmbandlähmung? n j
19. Besteht eine Zwerchfelllähmung? n j
20. Besteht/Bestand eine Erkrankung des Verdauungssystems?
 nein
 Speiseröhre
 Magen
 Darm
 und/oder: _____
21. Tritt häufiger Sodbrennen auf? n j
22. Besteht eine Refluxkrankheit? n j
23. Besteht/Bestand eine Erkrankung der Oberbauchorgane?
 nein
 Leberentzündung/Hepatitis
 Fettleber
 Zirrhose
 Gallenkoliken
 Gallensteine
 Gelbsucht
 Pankreatitis
 und/oder: _____
24. Besteht/Bestand eine Erkrankung oder Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane?
 nein
 Nierenfunktionsstörung
 Nierensteine
 chronischer Harnwegsinfekt
 Nierenentzündung
 angeborene Fehlbildung (z.B. Doppelnieren)
 Blasenentleerungsstörung/verzögerte Blasenentleerung
 und/oder: _____
25. Besteht eine Stoffwechselerkrankung?
 nein
 Zuckerkrankheit
 Gicht
 und/oder: _____
26. Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung?
 nein
 Überfunktion
 Unterfunktion
 Kropf
 Hashimoto
 und/oder: _____
27. Besteht/Bestand eine Muskel- oder Skeletterkrankung?
 nein
 Muskelschwäche
 Gelenkerkrankung
 Osteoporose
 Osteomalazie
 und/oder: _____
28. Besteht/Bestand eine Erkrankung des Nervensystems?
 nein
 Gehstörungen/Lähmungen
 Krampfleiden (Epilepsie)
 Parkinson
 Gefühlsstörungen
 Polyneuropathie
 Schmerzen
 und/oder: _____
29. Besteht eine Augenerkrankung?
 nein
 Grauer Star
 Grüner Star
 und/oder: _____
30. Bestehen weitere Erkrankungen/Beeinträchtigungen?
 nein
 Wirbelsäulenschäden
 Schulter-Arm-Syndrom
 Multiple Sklerose
 Restless-Legs-Syndrom
 häufige Kopfschmerzen
 Depressionen
 Hörschwäche
 und/oder: _____
31. Gibt es Besonderheiten beim Zustand der Zähne?
 nein
 lockere Zähne
 Zahnspange
 Prothese
 Brücke
 Krone
 Implantat
 Retainer
 Parodontose
 und/oder: _____
32. Sind Sie tätowiert? n j
33. Rauchen Sie? n j
34. Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?
 nein
 Bier
 Wein
 hochprozentige Alkoholika
 und/oder: _____
35. Nehmen Sie Drogen? n j

Arztanmerkungen

Ich habe die Schwangere anhand des vorliegenden Aufklärungsbogens über die geburtshilfliche Regionalanästhesie aufgeklärt und insbesondere folgende Aspekte und individuellen Besonderheiten besprochen (z.B. Indikation, Vorteile, Nachteile, unterschiedliche Risiken und Belastungen der Regionalanästhesie gegenüber anderen Verfahren zur Schmerzlinderung, zusätzliche Gabe von Schmerzmitteln, Off-Label-Use von Medikamenten, Verstärkung der PDA oder Narkose bei einem nötigen Kaiserschnitt, mögliche Auswirkungen von Betäubungs- und Schmerzmitteln auf das Kind, individuelles Risikoprofil und Begleiterkrankungen der Schwangeren, etwaige Neben- und Folgemaßnahmen (z.B. Legen eines Blasenkateters), ggf. separate Aufklärung über eine Bluttransfusion, Verhaltenshinweise, ggf. Einwilligungsfähigkeit der Schwangeren bei einer Aufklärung nach Einsetzen der Wehen, ggf. Einsichtsfähigkeit einer minderjährigen Schwangeren, Betreuungsfall, Erläuterungen auf Fragen der Schwangeren, ggf. Ablehnung einer Maßnahme/eines Anästhesieverfahrens/der Anästhesie und mögliche nachteilige Folgen, Gesprächsdauer etc.):

Anmerkungen zum Zahnstatus der Schwangeren:

Vorgesehene geburtshilfliche Regionalanästhesie:

- Periduralanästhesie (PDA)
- Spinalanästhesie
- Kombinierte Spinalanästhesie und Periduralanästhesie mit zusätzlicher Gabe von Schmerzmitteln.

Nur im Fall einer Ablehnung

Ich wurde über die Regionalanästhesie aufgeklärt, willige aber nicht in ihre Durchführung ein. Ich weiß, dass ich u.U. mit starken Geburtsschmerzen rechnen muss.

Ort, Datum

Schwangere

ggf. Zeugin/Zeuge

Ärztin/Arzt

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Über die geburtshilfliche Regionalanästhesie, ihre Art und Bedeutung, Alternativen, Risiken und mögliche Komplikationen, eventuell erforderliche Änderungen, Erweiterungen sowie Neben- und Folgemaßnahmen wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt _____

ausführlich informiert. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert, benötige keine weitere Bedenkzeit und willige in die Regionalanästhesie und etwaige medizinisch erforderliche, auch unvorhersehbare Änderungen, Erweiterungen, Neben- und Folgemaßnahmen ein. Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ort, Datum

Schwangere

Ärztin/Arzt