

Informationen für Schwangere mit 1 oder 2 vorangegangenen Kaiserschnittentbindungen

(Bitte behalten Sie dieses Informationsblatt für Ihre Unterlagen)

Liebe Schwangere,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Entbindung in unserer Geburtsklinik entschlossen haben. In einer zurückliegenden Schwangerschaft wurde bei Ihnen ein Kaiserschnitt durchgeführt. Deshalb ist es notwendig, für die bevorstehende Entbindung mit Ihnen zu entscheiden, ob eine Normalgeburt möglich oder ein erneuter Kaiserschnitt sicherer ist. Diese Entscheidung werden wir in einem ärztlichen Gespräch gemeinsam mit Ihnen treffen. Als Grundlage für das bevorstehende Arztgespräch möchten wir Ihnen folgende Aussagen mitteilen:

1. Die überwiegende Mehrzahl der Schwangeren kann auch nach einem Kaiserschnitt das Kind auf normalem Weg sicher gebären.

- a. Das trifft besonders dann zu, wenn die Geburt nach 37 Schwangerschaftswochen aus Schädellage erfolgen wird.
- b. Eine Normalgeburt hat für Mutter und Kind die geringste Komplikationsrate.
- c. Wird eine normale Geburt geplant, so ist diese zu 60-85% erfolgreich.

2. Mögliche Probleme oder Risiken bei einer Normalgeburt:

- a. Durch den ersten Kaiserschnitt hat die Gebärmutter eine Narbe (es ist nicht die äußerlich sichtbare Narbe am Bauch gemeint). Diese kommt bei Geburtswehen unter starke Zugspannung und kann einreißen. Ein solcher Riss kann eine akute Gefährdung der Gesundheit von Mutter und Kind zur Folge haben. Zum Glück sind solche Risse mit 0,5% (1 von 200 Frauen) selten und selbst wenn es zu einem Riss kommt, kann durch eine sofortige Erkennung und umgehendes ärztliches Handeln (Notkaiserschnitt) eine Gefahr meist abgewendet werden. Das Risiko gar eines kindlichen Todesfalles ist extrem niedrig und vergleichbar mit dem Risiko bei einer Erstgebärenden ohne vorherigen Kaiserschnitt. Das mütterliche Risiko ist ebenfalls extrem gering und in Zahlen kaum belegbar.
- b. Die vorgeburtliche Untersuchung der Narbe mittels Ultraschall, um deren Stabilität und damit das Rissrisiko präzise einschätzen zu können, hat noch keinen ausreichend wissenschaftlich bewiesenen praktischen Stellenwert.
- c. Es ist notwendig, eine Normalgeburt nach Kaiserschnitt intensiviert zu überwachen. Dazu gehört u.a. die kontinuierliche Aufzeichnung der kindlichen Herztöne (CTG) ab regelmäßigen Geburtswehen.
- d. Die Bedenken, dass die Schmerztherapie, insbesondere eine rückenmarksnahen Anästhesie (PDA), Symptome eines drohenden Narbenrisses verschleiert, haben sich nicht bewahrheitet. Demnach gibt es keine Einschränkungen bezüglich einer geburtshilflichen Schmerztherapie. Ist während des Versuchs der Normalgeburt ein ungeplanter Kaiserschnitt, akut notwendig so hat dieser eine höhere Komplikationsrate als ein geplanter Kaiserschnitt.

3. Risiken / Folgen / Zeitpunkt des geplanten Kaiserschnittes

- a. **Risiken:** Das Risiko eines geplanten Kaiserschnittes ist für das Kind sehr gering. Todesfälle kommen extrem selten vor. Durch einen geplanten Kaiserschnitt geborene Kinder haben manchmal Atemanpassungsstörungen, die selbst bei Reifgeburt eine kurzfristige Atemunterstützung (Beatmung) erforderlich machen können. Man geht davon aus, dass sich der „Stress“ einer problemlosen Normalgeburt günstig auf die Langzeitentwicklung von Kindern auswirkt. So haben normalgeborene Kinder im späteren Leben etwas seltener allergische Erkrankungen, Diabetes und Übergewicht. Auch führt die Besiedlung des Kindes

mit mütterlichen Darm- und Scheidenbakterien bei der Normalgeburt wahrscheinlich zu einer geringeren Infektanfälligkeit im späteren Leben.

- b. **Wann:** Allgemein gilt, je später ein Kaiserschnitt erfolgt, d.h. je reifer das Kind ist, desto seltener treten Probleme auf. Deshalb planen wir in der Regel die Operation erst bei 39 Schwangerschaftswochen, d.h. eine Woche vor dem rechnerischen Geburtstermin. Wir würden den konkreten Termin individuell mit Ihnen zusammen festlegen.
- c. **Folgen:** Jeder weitere Kaiserschnitt führt zu einem steigenden Risiko bei zukünftigen Schwangerschaften. Die Narbe an der Gebärmutter kann dazu führen, dass hier der Mutterkuchen (Plazenta) zu tief in die Gebärmutterwand einwächst (sog. „Plazenta increta oder P. percreta“) oder der Mutterkuchen sich vor dem Muttermund (sog. „Plazenta prävia“) entwickelt. Beide Fälle stellen bei einer zukünftigen Entbindung ein relevantes Problem dar (Blutungskomplikationen, bis hin zur Notwendigkeit einer Gebärmutterentfernung).
- d. Im Falle der Entscheidung für einen Kaiserschnitt verweisen wir ergänzend auf den Aufklärungsbogen >Kaiserschnitt< (Thieme Compliance Beb 2) und das weiterführende Arztgespräch.

4. Falls eine Einleitung der Geburt erforderlich ist

- a. Eine Geburtseinleitung sollte bei Zustand nach Kaiserschnitt nur durchgeführt werden, wenn sie medizinisch notwendig ist. Das Risiko eines Gebärmutternarbenrisses ist bei einer Einleitung 2 bis 3-fach höher als bei einem spontanen Wehenbeginn (1 bis 1,5%), auch in Abhängigkeit der gewählten Einleitungsmethode.
- b. Bei Überschreitung des errechneten Geburtstermins wird bis zu 10 Tagen abgewartet. Bis dahin wird das kindliche Wohlbefinden regelmäßig kontrolliert.
- c. Wir werden mit Ihnen das Für und Wider einer Geburtseinleitung im Vergleich zu einer erneuten Kaiserschnittentbindung besprechen.

Obwohl Sie jetzt so oft das Wort „Risiko“ gelesen oder gehört haben, sollten Sie sich nicht verunsichert fühlen. Bitte gehen Sie von folgenden Grundsätzen aus:

Die überwiegende Mehrzahl der Schwangeren kann auch nach einem Kaiserschnitt das Kind auf normalem Weg sicher gebären.

Ist ein Kaiserschnitt medizinisch angeraten oder sollten Sie diesen Weg für sich wählen, sind die Risiken für Mutter und Kind ebenfalls gering. Sie sollten auch in dieser Situation ohne Sorgen sein.

Wir werden gemeinsam mit Ihnen den bestmöglichen Entbindungsweg und den Zeitpunkt dafür planen. Im anschließenden Arztgespräch wird ausreichend Raum für Ihre Fragen sein.

Dr. med. S. Seeger
Chefarzt Geburtshilfe