

Zur Frage der postoperativen Überwachung von Kaiserschnittpatientinnen*

BDAktuell DGAInfo

Gemeinsame Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG),
der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR),
der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und
des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA)

Seitens der DGAI und des BDA haben maßgeblich mitgewirkt:

Prof. Dr. Dr. h.c. H. Van Aken, Münster
Dr. iur. E. Biermann, Nürnberg
Prof. Dr. D. Bremerich, Frankfurt/Main
Prof. Dr. P. Kessler, Frankfurt/Main

Sicherheit der Patientin ist oberstes Gebot

Verblutungstodesfälle nach Kaiserschnitten, die bei ordnungsgemäßer Überwachung der postoperativen Phase vermeidbar gewesen wären, geben Anlass, auf die geltenden Richtlinien (i.S. von Empfehlungen und Vereinbarungen der Fachgesellschaften [1,2,3]) für die postoperative Betreuung hinzuweisen. Diese Empfehlung gilt auch für die Überwachung von Patientinnen nach anderen postpartalen Prozeduren, wie manuelle Plazentalösungen, Versorgung geburtsbedingter Verletzungen wie Zervixriß etc..

Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten

Die postoperative Überwachung gynäkologischer und geburtshilflicher Patientinnen ist seit 1995 zwischen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und den betreffenden Berufsverbänden geregelt [1,2].

Die **wesentlichen Forderungen** dieser Vereinbarung und der Empfehlungen der DGAI sowie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) für die postoperative Überwachung [3] sind:

- Nach Anästhesien im Zusammenhang mit therapeutischen Eingriffen ist die Patientin durch deren Auswirkung auf die vitalen Funktionen noch für mehrere Stunden akut gefährdet. Sie bedarf deshalb einer lückenlosen intensiven Überwachung.

- Diese lückenlose Überwachung erfordert eine ständige Präsenz des zuständigen Pflegepersonals. Das Pflegepersonal muss in der Lage sein, die Gefährdung von Vitalfunktionen zuverlässig und rechtzeitig zu erkennen.
- Der Aufwachraum ist ein Überwachungsraum ohne Stationscharakter, in dem die frisch Operierte so lange verbleibt, bis sie im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe ist und keine unmittelbaren Komplikationen seitens der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind.
- Der Aufwachraum untersteht dem Anästhesisten.
- Frauenarzt und Anästhesist haben dafür zu sorgen, dass bei Komplikationen der fachlich zuständige Arzt umgehend zur Mitbehandlung zugezogen wird. Jeder der beteiligten Ärzte trägt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Unterweisung und Beaufsichtigung des ihm unterstellten Pflege- und Funktionspersonals.

Betreuung der Patientin im Aufwachraum

Die Organisation von Aufwacheinheiten ist durch die Empfehlung der DGAI und des BDA zur Überwachung nach Anästhesieverfahren in der Fassung von 2009 [3] geregelt, in der es über die Zuständigkeit heißt:

- „Solange sich der Patient in der Aufwacheinheit befindet, fällt die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen in die Zuständig-

* Beschluss des Engeren Präsidiums der DGAI vom 11.03.2015 und des Präsidiums des BDA vom 12.04.2015.

Ist auch in Heft 12/2015 der Zeitschrift „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ im Thieme-Verlag erschienen.

keit und Verantwortung des verantwortlichen Anästhesisten.

- Wie bei der Anästhesie gelten auch in der Erholungsphase für die Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und Operateur die Prinzipien der Arbeitsteilung und des Vertrauensgrundsatzes.... Beide Ärzte haben die jeweiligen Zuständigkeiten klar zu regeln und dafür zu sorgen, dass bei Komplikationen der fachlich zuständige Arzt umgehend zur Mitbehandlung zugezogen wird“.

Die apparative Ausstattung eines Aufwachraums ist in dieser Empfehlung ebenfalls geregelt. Sie muss eine kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen sowie eine akute Wiederherstellung und kurzfristige Aufrechterhaltung gestörter Vitalfunktionen jederzeit ohne Verzug ermöglichen. Zum Minimalstandard der apparativen Ausstattung wird auf die diesbezügliche Empfehlung verwiesen [4], in der es heißt:

Minimalanforderungen an die apparative Ausstattung eines Aufwachraumes

A. Ausstattungen, deren Standard nicht unterschritten werden soll (Minimalforderungen) und die an jedem Arbeitsplatz benötigt werden

1. EKG-Monitor,
2. Blutdruckmessung (unblutig),
3. Sauerstoff-Insufflation,
4. Pulsoxymetrie,
5. Absaugung.

B. Ausstattungen, deren Standard nicht unterschritten werden soll (Minimalforderungen), die im Bedarfsfall in angemessener Zeit in Anspruch genommen werden können

1. Temperaturmessung,
2. Defibrillator,
3. Notfallinstrumente,
4. Beatmungsmöglichkeit (manuell, mit Sauerstoffanreicherung),
5. Kommunikationstechnik (Sicherstellung, dass jederzeit mit anderen Bereichen Verbindung aufgenommen werden kann).

Betreuung der Patientin im Kreißaal

Kaiserschnitte, auch wenn sie meist problemlos verlaufen, haben nicht selten intra- und postoperativ ein erhebliches mütterliches Gefährdungspotential.

Während gynäkologische Patientinnen in der Regel nach einer Operation, auch nach kleineren Eingriffen, in einem Aufwachraum unter anästhesiologischer Verantwortung überwacht werden, verbleiben Frauen nach einem Kaiserschnitt häufig im Kreißaal oder in einer ihm angegliederten Räumlichkeit, die unter der Verantwortung des Geburtshelfers steht.

Gegen diese Praxis ist nichts einzuwenden, wenn die postoperative Überwachung dort unter den gleichen Bedingungen wie in einem Aufwachraum stattfindet, also mit ständiger Präsenz kompetenten Betreuungspersonals sowie der vorgeschriebenen apparativen Ausstattung.

Wenn kein anästhesiologisches Pflegepersonal zur Verfügung steht, muss dennoch gesichert sein, dass das vorhandene Personal in der Lage ist, „die Gefährdung von Vitalfunktionen zuverlässig und rechtzeitig zu erkennen“. Auf Grund ihrer spezifischen Ausbildung insbesondere hinsichtlich der frühzeitigen Erkennung geburtshilflich bedingter Komplikationen, insbesondere postpartaler Blutungen, kann die Überwachung durch Hebammen durchgeführt werden. Die gleichzeitige Leitung einer Entbindung durch die überwachende Hebamme erfüllt die Bedingung einer ständigen Präsenz allerdings nicht. Eine zentrale Überwachung (bspw. durch Telemetrie) durch eine im gleichen Bereich befindliche Person, die durch keine anderen Aufgaben abgelenkt wird und im Bedarfsfall mit wenigen Schritten zu der Patientin eilen kann, muss mindestens gewährleistet sein.

Mit der dokumentierten Übergabe der Patientin durch die Anästhesie an das Personal des Kreißaals übernimmt der Geburtshelfer mit seinem Personal die alleinige Verantwortung für die weitere Überwachung der Patientin. Eine inhaltlich und zeitlich klare Regelung der

Kompetenzen und Zuständigkeiten, die dem Krankenträger mit der Bitte um zustimmende Kenntnisnahme zuzuleiten ist, ist besonders dann wichtig, wenn es sich um geburtshilfliche Einheiten handelt, die mit Beleghebammen und/oder -ärzten zusammenarbeiten.

Bewährt hat sich im Bereich der peripartalen Überwachung im Kreißaal der Einsatz des sogenannten „Modified early obstetric warning scores (MEOWS, Anhang)“, wie von der Obstetric Anaesthetists' Association vorgeschlagen [5].

Die farbliche Markierung von definierten Gefahrenbereichen innerhalb der einzelnen Parameter führt dazu, unphysiologische Werte bei den Patientinnen nicht nur zu dokumentieren, sondern eine adäquate Handlung, z.B. das frühzeitige Hinzuziehen des verantwortlichen Geburtshelfers und/oder Anästhesisten, zu triggern.

Mit der gleichen Zielsetzung können auch andere, gemeinsam zwischen Anästhesie und Geburtshilfe abgestimmte und vereinbarte Protokolle zur peripartalen Überwachung verwendet werden. Die Benutzung eines derartigen Scores bei allen nach Kaiserschnitt im Kreißaal überwachten Patientinnen wird empfohlen.

Fazit

Die postoperative Überwachung einer Kaiserschnittpatientin muss den gleichen Sicherheitsanforderungen genügen wie bei allen anderen operativen Eingriffen. Diese Anforderungen sind durch Vereinbarungen zwischen den wissenschaftlichen Gesellschaften der Geburtshilfe und der Anästhesiologie klar definiert. Nach der Rechtsprechung geht die Sicherheit der Patientin allen anderen Gesichtspunkten vor. Wenn diese Voraussetzungen nicht eingehalten werden, droht den für die Organisation der postoperativen Überwachung als auch den für die apparative und personelle Ausstattung Verantwortlichen in zivil-, aber auch strafrechtlicher Hinsicht der Vorwurf des Organisationsverschuldens. Verantwortlich sind nicht nur die leitenden Ärzte der geburtshilflichen und anästhesiologischen Abteilungen, welche diese Mängel erkennen und auf

Abhilfe drängen müssen, sondern vor allem auch der Krankenhausträger, der diese Mängel beheben und für eine ausreichende personelle und apparative Ausstattung sowie eine zweckentsprechende Organisation des Krankenhauses und der Versorgungsabläufe sorgen muss.

Zur Qualitätssicherung wird zudem empfohlen, das Procedere bei der Überwachung von Patientinnen nach Kaiserschnitt mittels einer interdisziplinären SOP zwischen der geburtshilflichen und anästhesiologischen Klinik des Krankenhauses vor Ort verbindlich zu regeln, wobei ggf. eine Abstimmung mit Beleghebammen und/oder -ärzten erforderlich sein kann.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR): Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung. DGGG 2013, AWMF-Register Nr. 015/078 – S1-Leitlinie
2. Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin

und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte. Frauenarzt 1996; 37(8):1172-1177

3. Überwachung nach Anästhesieverfahren. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 2009;50:486-489
4. Apparative Ausstattung für Aufwachraum, Intensivüberwachung und Intensivtherapie. Gemeinsame Empfehlung des Engeren Präsidiums der DGAI und des Präsidiums des BDA auf der Basis einer von der Kommission Normung und Technische Sicherheit der DGAI erarbeiteten Empfehlung. Anästh Intensivmed 1997;9(38):470-474
5. http://www.oaa-anaes.ac.uk/assets/_managed/editor/file/guidelines/meows/royal%20free%20meows%20guideline%20-%20mcglennan_.pdf
6. <http://www.rcog.org.uk/news/cmace-release-saving-mothers'-lives-report-reviewing-maternal-deaths-2006-2008>

Appendix

Modified early obstetric warning score (MEOWS); dieser Score hilft in der peripartalen Phase, geburtshilfliche Patientinnen frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln, die eine Verschlechterung

ihres Allgemeinzustands erfahren und/oder eine Komplikation entwickeln.

Die Anwendung solcher Scoringsysteme ist eine der zehn Schlüsselempfehlungen des letzten CMACE Reports: Saving Mothers' Lives report – reviewing maternal deaths 2006-2008 [6]. Die farbliche Markierung von definierten Gefahrenbereichen innerhalb der einzelnen Vitalparameter und Werte führt dazu, unphysiologische Werte bei den Patientinnen nicht nur zu dokumentieren, sondern eine adäquate Handlung, z.B. das frühzeitige Hinzuziehen des verantwortlichen Geburtshelfers und/oder Anästhesisten zu triggern.

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hugo Van Aken**

Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Geb. A1
48149 Münster, Deutschland
Tel.: 0251 83472-51 o. -52
Fax: 0251 88704
E-Mail: hva@uni-muenster.de

