

## Anmerkung

### zur gemeinsamen Stellungnahme „Erstversorgung von Neugeborenen“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und der Deutsch-Österreichischen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin\*

H. W. Opderbecke

Auf unsere Veranlassung hat sich ein interdisziplinärer Gesprächskreis, bestehend aus Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, der Deutsch-Österreichischen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, mit organisatorischen Fragen der Erstversorgung des Neugeborenen an geburtshilflichen Abteilungen befaßt.

Aus der Sicht unseres Fachgebietes liegt ein Problem darin, daß an vielen mittleren und kleineren Krankenhäusern ohne pädiatrische Fachabteilung der zur geburtshilflichen Anästhesie hinzugezogene Anästhesist nicht selten mit der Notwendigkeit konfrontiert wird, sich an der notfallmäßigen Erstversorgung des Neugeborenen zu beteiligen, wenn auch die primäre Zuständigkeit beim Geburtshelfer liegt.

Andererseits fällt an größeren Zentren diese Aufgabe in der Regel in die Kompetenz des Pädiaters bzw. Neonatologen, so daß für den Anästhesisten oft keine Möglichkeit besteht, im Rahmen seiner Weiterbildung ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Neugeborenenreanimation zu erwerben. In einer von dem Gesprächskreis vereinbarten gemeinsamen Stellungnahme „Erstversorgung des Neugeborenen“<sup>(1)</sup> wird u. a. festgestellt, daß bei absehbarer Risikogeburt und/oder Intensivbehandlungsbedürftigkeit des Neugeborenen die Schwangere nach Möglichkeit rechtzeitig in eine Frauenklinik mit angeschlossener Kinderklinik bzw. in ein Perinatalzentrum verlegt werden sollte.

Ungeachtet dieser Empfehlung muß aber auch der zur geburtshilflichen Anästhesie zugezogene Anästhesist in der Lage sein, sich notfalls an der

Erstversorgung des Neugeborenen zu beteiligen. Pädiater und Neonatologen haben zugesichert, daß auch an Zentren, an denen die Notfallversorgung des Neugeborenen grundsätzlich in ihren Händen liegt, in Weiterbildung stehende Anästhesisten Gelegenheit erhalten, die erforderlichen Kenntnisse zu erwerben.

Ein weiteres Problem liegt darin, daß es in kleineren Krankenhäusern und Belegkrankenhäusern oft nicht möglich ist, einen anästhesiologischen Bereitschaftsdienst einzurichten. Während es im allgemeinen genügt, wenn der fachärztliche Hintergrunddienst imstande ist, die Behandlung innerhalb von 20 Minuten zu übernehmen<sup>(2)</sup>, gelten für den Geburtshelfer circa fünf bis zehn Minuten als Obergrenze<sup>(3)</sup>.

Die gemeinsame Stellungnahme weist darauf hin, daß den speziellen Erfordernissen der Geburtshilfe bei der Organisation der anästhesiologischen Dienste Rechnung zu tragen ist, eine Forderung, die auch die Organisationspflicht des Krankenhausträgers berührt.

Es ist zu hoffen, daß sich die zustande gekommene Gesprächsrunde zu einer ständigen Einrichtung entwickelt, um bedarfsweise weitere gemeinsam beruhende Probleme zu erörtern und sich um einvernehmliche Lösungen zu bemühen.

\* Anästh. Intensivmed. 33 (1992) 206

<sup>1)</sup> Vgl. vorstehenden Abdruck (die Red.)

<sup>2)</sup> Entschließung zum Bereitschaftsdienst und zur Rufbereitschaft in der Anästhesiologie und in der Chirurgie, Anästh. Intensivmed. 29 (1988) 56.

Beachte die nachstehend abgedruckte Vereinbarung, insbesondere im Anhang Punkt 2.4 (die Red.)

<sup>3)</sup> R. Ratzel: Organisatorische Verantwortungsbereiche in der modernen Geburtshilfe, Der Frauenarzt 33 (1992) 159, mit weiteren Hinweisen.

