

Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen*

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe^{1)/2)}

1. Vorbemerkungen

1.1 Die bisher z.B. in der Bayerischen Landeskrankenhausplanung berücksichtigte Richtzahl von 300 Geburten/Jahr schien seinerzeit aus Gründen der medizinischen Versorgung wie auch der Bürgernähe der Geburtshilfe zwar sehr niedrig gewählt, aber dennoch zu rechtfertigen.

Die heutige Diskussion muß jedoch folgenden Gesichtspunkten Rechnung tragen:

1.1.2 Die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten wurden deutlich verbessert. Sie stellen allerdings höhere personelle, technische und organisatorische Anforderungen. Wo diese Leistungsvorhaltungen nicht zu realisieren sind, muß mit Versorgungslücken gerechnet werden, die im akuten geburtshilflichen Notfall die Gesundheit von Mutter und Kind gefährden können und für den Arzt von großer forensischer Bedeutung sind.

1.1.3 Die Erwartungen und Ansprüche der Bevölkerung sind deutlich gestiegen. Angesichts sinkender Geburtenziffern und der weltweit niedrigsten Sterberate der Kinder in Deutschland werden optimale Leistungen verlangt und Fehlschläge nicht mehr akzeptiert.

1.1.4 Weniger die Zahl der Haftpflichtklagen als die Höhe der verhängten Entschädigungen in Prozessen gegen Ärzte, Hebammen und Krankenhausträger ist in ständigem Anstieg begriffen. Dabei ist besonders zu bedenken, daß oft weniger ein individuelles Versagen angeschuldigt wird als eine mangelhafte Logistik, die zur Vermeidung des Schadens notwendig gewesen wäre (Organisationsverschulden).

1.2 Aus diesen Tatsachen geht zwingend hervor, daß

1.2.1 Anforderungen an strukturelle Gegebenheiten formuliert werden müssen, um die im Notfall relevanten prozessualen Vorgehensweisen zu ermöglichen und

1.2.2 weniger die Geburtenzahl einer geburtshilflichen Abteilung zu diskutieren ist, als die personelle, strukturelle und organisatorische Leistungsfähigkeit.

1.3 Zusammenfassend muß versucht werden, durch die Definition von personellen, strukturellen und organisatorischen Grundvoraussetzungen, unter denen Geburtshilfe heute auf einem für alle Mütter und Kinder gleichen und etablierten medizinischen Niveau und forensisch unangreifbar durchzuführen ist, die Basis für eine landesweite Planung geburtshilflicher Abteilungen zu schaffen. Gesetz- und Verordnungsgeber haben die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß diese Mindestanforderungen realisiert werden können.

Voraussetzungen für eine zeitgemäße geburtshilfliche Versorgung

2. Strukturelle und personelle Voraussetzungen

(Vgl. hierzu die vorgelegten Empfehlungen, insbesondere die der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin zur räumlichen Beschaffenheit, technischen Ausstattung und personellen Besetzung geburtshilflicher Abteilungen (1) und die der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage (2)).

* Anästh. Intensivmed. 37 (1996) 421 - 423

¹⁾ wurde 2008 von der DGGG bestätigt.

²⁾ Vgl. auch die Vereinbarung auf S. 19 (die Red.)

Die folgenden Forderungen beziehen sich auf eine personelle Mindestbesetzung. Im übrigen gilt bei höheren Geburtenzahlen der derzeit gültige Personalberechnungsschlüssel für Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal.

2.1 Es muß ein im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätiger Arzt (abgeschlossene oder begonnene Weiterbildung im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe) ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Die Verfügbarkeit ist entsprechend den örtlichen Gegebenheiten entweder in der Klinik oder in einer Entfernung, die keine Nachteile gegenüber einer unmittelbaren Präsenz in der Klinik beinhaltet, gewährleistet.

2.2 Es soll ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe innerhalb von 10 Minuten im Krankenhaus verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten. Voraussetzung ist allerdings, daß vorbereitende Arbeiten durch im Haus anwesendes fachkundiges Personal (Hebamme, Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen des Facharztes kompetent erbracht werden können.

2.3 Es muß mindestens eine Hebamme ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein.

2.4 Es soll ein Anästhesist innerhalb von 10 Minuten im Krankenhaus verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten. Voraussetzung ist allerdings, daß vorbereitende Arbeiten durch im Haus anwesendes fachkundiges Personal (Schwestern, Pfleger, Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen des Anästhesisten kompetent erbracht werden können.

2.5 Es soll mindestens eine examinierte Kinderkrankenschwester ständig rund um die Uhr anwesend sein (Bereitschaftsdienst).

2.6 Es muß die jederzeitige Operationsbereitschaft rund um die Uhr durch die ständige Anwesenheit entsprechend ausgebildeten Funktionspersonals sichergestellt sein.

Im Rahmen der unter 2.1. bis 2.6. dargestellten Auflagen müssen der Leiter des Fachgebietes Frauenheilkunde und Geburtshilfe und des Fachgebietes Anästhesiologie einvernehmlich einen für beide Bereiche verbindlichen Organisationsplan erarbeiten.

3. Prozessuale und organisatorische Voraussetzungen

(Vgl. hierzu die gemeinsame Stellungnahme 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 zur Erstversorgung von Neugeborenen (3) sowie die Vereinbarung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe (4) sowie Ratzel R: Organisatorische Verantwortungsbereiche in der modernen Geburtshilfe - Kooperation, Delegation, Risikoprophylaxe (5)).

3.1 Ziele der Organisation

Die optimale Versorgung der Kreißenden, des Kindes unter der Geburt und des Neugeborenen ist rund um die Uhr sicherzustellen.

Die Bereitstellung einer für die Notfallversorgung geeigneten Mannschaft ist im Regelfall ausreichend.

3.2 Organisationsstatut

Der Krankenhausträger erarbeitet auf der Basis der oben genannten Empfehlungen ein Organisationsstatut, das verbindlich die Verantwortlichkeiten der an einer Notfallversorgung beteiligten Personengruppen regelt (Frauenarzt, Hebamme, Anästhesist, Kinderarzt, Pflegepersonal, Labor).

3.3 Die Maßnahmen im einzelnen

3.3.1 Die für die Sicherstellung von Mutter und Kind notwendigen Leistungen müssen jederzeit

erbracht werden können, insbesondere soll eine Notsectio innerhalb von etwa 20 Minuten jederzeit durchführbar sein.

Die dieser Forderung zugrundeliegende E-E-Zeit (Entschluß-Entwicklungs-Zeit) von 20 Minuten geht davon aus, daß der Entschluß zur Sectio auf einer ärztlich kompetenten Beurteilung basiert. Die E-E-Zeit beginnt daher mit einer Indikationsstellung durch den Facharzt. Die Zeitvorgabe von 20 Minuten stellt eine Orientierung dar. Im Einzelfall wird der Gesundheitszustand der Kreißenden und des Kindes ebenso zu berücksichtigen sein wie außergewöhnliche Umstände im Organisationsablauf.

3.3.2 Die Erstversorgung eines kranken oder gefährdeten Neugeborenen muß durch einen auf diesem Gebiet erfahrenen Arzt kompetent sichergestellt werden. Ob die Erstversorgung des gefährdeten Neugeborenen durch den Geburtshelfer, den Kinderarzt oder den Anästhesisten durchgeführt wird, ist kein prinzipielles Problem, sondern entscheidet sich danach, wer in der gegebenen Notsituation am kompetentesten ist. Hier müssen bindende Regelungen geschaffen werden.

3.3.3 Kreißsaal, Wochenstation und Neugeborenenzimmer, Operationssaal, Anästhesiearbeitsplatz und Aufwachraum sind apparativ so einzurichten, daß neben der adäquaten Versorgung normaler Geburten auch unerwartete Zwischenfälle rechtzeitig erkannt und effizient behandelt werden können. Es muß eine adäquate postoperative Überwachung möglich und in Fällen von Komplikationen eine intensivmedizinische Versorgung organisatorisch sichergestellt sein.

3.3.4 Es ist ein sog. Notfall-Labor rund um die Uhr bereitzuhalten, das mindestens über folgende Untersuchungsmöglichkeiten verfügt: Hb, Hkt, Kalium, Blutgruppenbestimmung inkl. Antikörpern, Bilirubin, Gerinnung, Infektionsparameter, Blutgasanalyse.

3.4 Weitere Verpflichtungen

3.4.1 Die geburtshilfliche Abteilung nimmt an qualitätssichernden Maßnahmen teil (Perinatalerhebung).

3.4.2 Die geburtshilfliche Abteilung verpflichtet sich zur Regionalisierung von Hoch-Risikofällen, deren Bewältigung offenbar und voraussehbar die personellen, strukturellen und organisatorischen Möglichkeiten des Krankenhauses übersteigt.

3.4.3 Der Krankenhausträger ist für die Bereitstellung der Mindestvoraussetzungen (in Belegabteilungen gemeinsam mit den Belegärzten) verantwortlich und weist dies bei der Beantragung zur Fortsetzung des geburtshilflichen Betriebes nach.

Literatur

1. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin zur räumlichen Beschaffenheit, technischen Ausstattung und personellen Besetzung geburtshilflicher Abteilungen. *Der Frauenarzt* 16, Heft 5 (1975), 344.
2. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage. *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* 16, Heft 2 (1992), 90.
3. Gemeinsame Stellungnahme 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 Perinatale Medizin und der Deutsch-Österreichischen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin zur Erstversorgung von Neugeborenen. *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* 16, Heft 2 (1992), 89.
4. Vereinbarung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe. *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* 12, Heft 1 (1988), 10.
5. *Ratzel R.* (1992): Organisatorische Verantwortungsbereiche in der modernen Geburtshilfe - Kooperation, Delegation, Risikoprophylaxe. *Der Frauenarzt* 33, Heft 2 (1992) 159.

