



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand Dezember 2011

- 3 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 3.3 Geburtshilfe
- 3.3.8 Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung

*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

Einleitung

Diese ursprüngliche Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde 1995 publiziert. Sie hat dazu beigetragen, das Niveau der klinischen geburtshilflichen Versorgung zu verbessern. Aus haftungsrechtlicher Sicht definieren die „Mindestanforderungen“ den heute gebotenen Standard der Versorgung.

Die Gesamtzahl der Haftungsklagen ist angestiegen. In der Geburtshilfe beeindruckt allerdings weniger die Zahl der geltend gemachten Ansprüche als vielmehr deren Höhe. Neben den Schmerzensgeldern sind dies insbesondere die hohen Kosten, die durch die Betreuung geschädigter Kinder entstehen. In zahlreichen Fällen waren hier defizitäre Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung des gebotenen Standards ursächlich.

Der Frauenarzt¹ schuldet seiner Patientin bei all seinen Maßnahmen die gebotene Sorgfalt, d.h. die Einhaltung eines fachspezifischen Standards. Mit dieser Formulierung, die inhaltsgleich mit den „anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst“ oder dem „Stand der Wissenschaft“ ist, umschreibt die Haftungsrechtsprechung des Zivil- und Strafrechts den stets zu fordernden, deshalb objektiv-typisierenden Sorgfaltsmaßstab. Nicht „das Übliche“, nicht „individuelle, örtliche Qualitätsdefizite“ oder optimale, ja maximale Bedingungen, sondern der Standard des jeweiligen Fachgebiets ohne Ansehen der Person und ohne Rücksicht auf die subjektiven Fähigkeiten des Arztes ist maßgebend für das ärztliche Tun und Lassen. Abstrakt lässt sich der Standard als das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis Gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können umschreiben, mit den Worten des Mediziners als „die gute, verantwortungsbewusste ärztliche Übung“ im Sinne der Facharztqualität.

Mit anderen Worten, das Versorgungsniveau von Frauen und Kindern in der Geburtshilfe ist unabhängig von Ort und Krankenhausgröße und unabhängig von der Uhrzeit jederzeit zu realisieren.

Seit 1995 haben die Rechtsprechung bei Arzthaftungsprozessen, sowie auch der Gemeinsame Bundesausschuss wichtige Maßstäbe gesetzt. Daher lag es nahe, die ursprüngliche Empfehlung der

¹ zur besseren Lesbarkeit sind mit der männlichen Form „Arzt“ auch die Ärztin, bzw. mit der weiblichen Form „Krankenschwester“ auch männliche Pflegekräfte gemeint.

Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe dem heutigen Stand der Versorgungsansprüche anzupassen.

1 Voraussetzungen für eine dem Standard entsprechende geburtshilfliche Versorgung

1.1 Personelle Voraussetzungen

1.1.1

Es muss ein im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätiger Arzt (abgeschlossene oder begonnene Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe) ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Dem entspricht auch eine Rufbereitschaft, wenn sie gegenüber einer unmittelbaren Präsenz in der Klinik keine Nachteile beinhaltet, also der Arzt in gleicher Zeit wie ein Arzt im Bereitschaftsdienst bei der Gebärenden sein kann.

1.1.2

Es muss ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe innerhalb von 10 min im Krankenhaus verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten, wenn vorbereitende Arbeiten durch fachkundiges Personal im Krankenhaus (Hebamme, Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen des Facharztes kompetent erbracht werden können.

1.1.3

Es muss mindestens eine Hebamme ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Vergleichbar ist ein Rufbereitschaftsdienst der Hebamme, wenn sie innerhalb fünf Minuten bei der Schwangeren erscheinen kann.

1.1.4

Es muss ein Anästhesist innerhalb von 10 min bei der Schwangeren verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten, wenn vorbereitende Arbeiten durch fachkundiges Personal im Krankenhaus (Hebamme, Pflegekräfte, Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen des Facharztes kompetent erbracht werden können.

1.1.5

Es soll mindestens eine examinierte Kinderkrankenschwester ständig rund um die Uhr anwesend sein (Bereitschaftsdienst). Wo dies nicht möglich ist, müssen die in der „integrierten Wochenbettpflege“ tätigen Mitarbeiter (Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern, Hebammen) soweit fortgebildet sein, dass sie in der Lage sind, einerseits die mütterliche (Wund-) Versorgung sicherzustellen, sowie andererseits Notfälle und Krankheiten Neugeborener zu erkennen und entsprechend zu handeln.

1.1.6

Es muss die jederzeitige (24 h x 7 Tage) Operationsbereitschaft durch die ständige Anwesenheit entsprechend ausgebildeten Funktionspersonals sichergestellt sein.

1.1.7

Es müssen jederzeit wichtige Laborergebnisse (rund um die Uhr innerhalb von 2 h verfügbar sein (siehe 1.2.3.4).

1.2 Prozessuale und organisatorische Voraussetzungen

1.2.1 Ziel der Organisation

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

Dabei ist die Bereitstellung eines für die Notfallversorgung geeigneten Teams - interdisziplinär und interprofessionell - im Regelfall ausreichend.

1.2.2 Organisationsstatut

Der Krankenhausträger erarbeitet auf der Basis bestehender Empfehlungen und Vorschriften ein Organisationsstatut, das verbindlich die Verantwortlichkeiten der an einer dem Standard entsprechenden Versorgung beteiligten Personengruppen regelt (Frauenarzt, Hebamme, Anästhesist, Kinderarzt, OP- und Pflege-Personal, Labor etc.).

- Der antenatale Transfer der Mutter bei drohender Frühgeburt oder anderen kindlichen oder mütterlichen Risiken soll in ein dem Risiko und der Erkrankung entsprechendes Zentrum (z.B. Perinatalzentrum Level 1 entsprechend G-BA) erfolgen.
- Die bestehenden Vereinbarungen mit Anästhesisten und Pädiatern müssen als Basis einer im Organisationsstatut verankerten Regelung herangezogen werden^{2,3,4,5}.
- Basis der Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfer und Hebamme ist die Leitlinie der AG Medizinrecht der DGGG⁶.
- Die Beherrschung von Notfällen muss rund um die Uhr und auch an Feiertagen sichergestellt werden. Dabei ist eine EE-Zeit von maximal 20 min vorzugeben. Einzelheiten hierzu finden sich in der entsprechenden Leitlinie der DGGG⁷. Im Organisationsstatut muss eine gemeinsame Durchführungsvereinbarung von Geburtshelfern, Hebammen, Anästhesisten, Pädiatern und Pflegepersonal schriftlich niedergelegt werden.
- Weitere Handlungsempfehlungen und Dienstanweisungen („Clinical Pathways“), zum Beispiel für
 - das Vorgehen und die Beratung/Aufklärung bei Klinikeintritt der Gebärenden,
 - das Vorgehen bei mutmaßlicher fetaler Makrosomie
 - das Vorgehen bei mütterlichem Gestationsdiabetes
 - das Vorgehen bei drohender Frühgeburt/Verdacht
 - das Vorgehen bei Verdacht auf Intrauterine Infektion
 - die Behandlung einer Schulterdystokie,
 - eines HELLP-Syndroms,
 - einer Beckenendlage etc.

sollen ebenfalls Gegenstand des Organisationsstatuts sein und ausformuliert werden.

² Gemeinsame Stellungnahme der DGGG, des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) zur Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe. www.dggg.de/Leitlinien

³ Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI), DGGG, DGAI, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM): die Erstversorgung von Neugeborenen. www.dggg.de/Leitlinien

⁴ GNPI, DGGG: Betreuung des gesunden Neugeborenen im Kreissaal und während des Wochenbettes der Mutter. www.dggg.de/Leitlinien

⁵ GNPI, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), DGPM, DGGG: Verlegung Neugeborener aus Geburtskliniken in Kinderkliniken (neonataler Transport). www.dggg.de/Leitlinien

⁶ Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe. www.dggg.de/Leitlinien

⁷ DGGG: zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (EE-Zeit) bei einer Notlage. www.dggg.de/Leitlinien

1.2.2.3 Die Ausstattung des Kreißsaals

- Gerätschaften und Einrichtungen zur kontinuierlichen Herzfrequenz- und Wehenregistrierung sowie für die mütterliche transkutane Sauerstoffsättigungsmessung
- Gerätschaften zur kontinuierlichen Blutdruckmessung der Mutter
- Gerätschaft für die Entnahme und Untersuchung fetalen Blutes (Amnioskop, pH-Meter mit der Option der Messung von metabolischen Parametern)
- Ein Gerät zur Blutgasanalyse aus fetalem, neonatalem und mütterlichem Blut
- funktionsgeprüfte Gerätschaften zur Reanimation des Neugeborenen: Reanimationstisch, Wärmestrahler, regulierbare Absaugung, Säuglings-Stethoskop, , Pulsoximeter, Säuglings-Blutdruckmessgerät, Beatmungsbeutel, Atemmaske, Laryngoskop, Magill-Zange, Nasotrachealtuben, Nabelgefäßkatheterbesteck
- Es ist ein so genanntes Notfall-Labor rund um die Uhr bereitzuhalten, das mindestens über folgende Untersuchungsmöglichkeiten verfügt: Differenzialblutbild, Gerinnung, Elektrolyte, Blutgruppenbestimmung inklusive Antikörpern, Infektionsparameter wie CRP und IL-6 oder -8, Bilirubin

2. Die Maßnahmen im Einzelnen

2.1

Die für die Sicherstellung von Mutter und Kind notwendigen Leistungen müssen jederzeit erbracht werden können, insbesondere soll eine Notsectio innerhalb von 20 min jederzeit durchführbar sein⁹.

Die dieser Forderung zu Grunde liegende EE-Zeit, (Entschluss-Entwicklungs-Zeit) von 20 min geht davon aus, dass der Entschluss zur Sectio auf einer kompetenten Beurteilung der Situation basiert. Die EE-Zeit beginnt daher mit einer Indikationsstellung durch den Facharzt. Das Ausrufen des Notfalls mit der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen kann auch zum Beispiel durch die Hebamme oder den Assistenzarzt erfolgen.

Die Zeitvorgabe von 20 min stellt eine Orientierungsgröße dar. Im Einzelfall wird der Gesundheitszustand der Kreißenden und des Kindes ebenso zu berücksichtigen sein wie außergewöhnliche Umstände im Organisationsablauf.

2.2

Die Erstversorgung des Neugeborenen muss durch einen auf diesem Gebiet erfahrenen Arzt kompetent sichergestellt werden. Ob dies der Geburtshelfer, der Kinderarzt oder der Anästhesist ist, ist kein prinzipielles Problem, sondern entscheidet sich danach, wer in der gegebenen Notsituation am kompetentesten ist. Diesbezüglich müssen bindende Regelungen im Organisationsstatut geschaffen werden.

2.3

Der Geburtsbereich

- soll auf der gleichen Ebene liegen wie OP-Bereich, Aufwachraum und Intensivstation (der Schlüssel zum Op-Bereich ist ständig verfügbar)
- ist apparativ so einzurichten, dass neben der adäquaten Versorgung normaler Geburten auch unerwartete Zwischenfälle rechtzeitig erkannt und effizient behandelt werden können
- muss eine adäquate, d.h. einem Aufwachraum vergleichbare, postoperative Überwachung möglich machen

- muss in Fällen von Komplikationen eine intensivmedizinische Versorgung organisatorisch sicherstellen⁸
- muss eine ständige geregelte Kommunikation und Kooperation mit dem regionalen Perinatalzentrum organisieren.

3 Weitere Verpflichtungen

3.1

Die geburtshilfliche Abteilung verpflichtet sich zur Regionalisierung entsprechend der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen⁹. Dabei ist explizit vorzugeben, welche Patientinnen mit welchen Risiken nicht in dieser geburtshilflichen Abteilung behandelt werden können, sondern vor der Klinikaufnahme an eine andere größere geburtshilfliche Abteilung beziehungsweise Perinatalzentrum abgegeben werden müssen¹⁰.

3.2

Die geburtshilfliche Abteilung verpflichtet sich zu regelmäßiger, interprofessioneller, strukturierter Weiterbildung.

3.3

Der Krankenhausträger ist für die Bereitstellung der Mindestversorgung (in Belegabteilungen gemeinsam mit den Belegärzten) verantwortlich.

3.4

In Qualitätsberichten der geburtshilflichen Abteilungen ist auf die Erfüllung dieser Mindestanforderungen gesondert hinzuweisen.

3.5

Kostendruck ist kein Rechtfertigungsgrund für die Unterschreitung dieser Mindestanforderungen. Wo dies nicht gewährleistet werden kann, bleibt als Ausweg in der Regel die Regionalisierung, konkret: die rechtzeitige Verlegung der Patientin oder die Schließung der Abteilung.

⁸ AG Medizinrecht der DGGG: Zur Frage der postoperativen Überwachung von Kaiserschnittpatientinnen. www.dggg.de/Leitlinien

⁹ Vereinbarung des gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen in der Fassung vom 27. Mai 2009. www.dggg.de/Leitlinien

¹⁰ DGGG, DGPM, GNPI, DGKJ und BLFG: Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe. www.dggg.de/Leitlinien

Leitlinienreport

Federführend für die AG Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. D. Berg, Dr. R. Ratzel, Prof. Vetter, Prof. Dudenhausen, Prof. Obladen, Berlin

Mitglieder der AG Medizinrecht:

*Vors. Richter R. Baur, Hamm (Münster)
Prof. Dr. med. D. Berg, Amberg
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum
Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen, Berlin
Dr. med. M. Gonser, Wiesbaden
*Frau RÄ C. Halstrick, München
*Dr. jur. U. Hamann, Celle (2. Vorsitzender)
Prof. Dr. med. H. Hepp, München
Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt
*Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig
*Frau OStÄ S. Nemetschek, Celle
*RA F. M. Petry, Detmold
*Dr. jur. R. Ratzel, München
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim(1. Vorsitzender)
Prof. Dr. med. K. Renziehausen, Chemnitz
*Frau Ruth Schimmelpfeng-Schütte, Celle
*Frau Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen
Prof. Dr. med. T. Schwenzler, Dortmund
*Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Göttingen
Dr. med. F. Staufer, Dachau
Prof. Dr. med. A. Strauss, Kiel
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann, Aschaffenburg
*Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer, München
Dr. med. A. Umlandt, Bremen- BVF
Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin
*RA P. Weidinger, München
Prof. Dr. med. A. Wischnik, Augsburg
* (Juristen)

Publiziert In Frauenarzt 1995; 36:27ff

Aktualisiert Oktober 2011