



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2008

- 3 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 3.5 Neonatologie
- 3.5.2 Mindestanforderung an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Mindestanforderung an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen

Inhalt

- 1 Voraussetzungen für eine zeitgemäße geburtshilfliche Versorgung
- 2 Kommentar der DGGG zur Stellungnahme (1996)
- 3 Kommentar der DGGG zur Stellungnahme (1998)
- 4 Literatur

1 Voraussetzungen für eine zeitgemäße geburtshilfliche Versorgung

1.1 Strukturelle und personelle Voraussetzungen¹

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

1.1.1

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.

1.1.2

Es soll ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe innerhalb von 10 Minuten im Krankenhaus verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft

¹ Vgl. hierzu die vorgelegten Empfehlungen, insbesondere die der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin zur räumlichen Beschaffenheit, technischen Ausstattung und personellen Besetzung geburtshilflicher Abteilungen (2) und die der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage (5).

3.5.2 Mindestanforderung an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen

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.

1.1.3

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

1.1.4

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.

1.1.5

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

1.1.6

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

Im Rahmen der unter 1.1.1 bis 1.1.6 dargestellten Auflagen müssen der Leiter des Fachgebietes Frauenheilkunde und Geburtshilfe und des Fachgebietes Anästhesiologie einvernehmlich einen für beide Bereiche verbindlichen Organisationsplan erarbeiten.

1.2 Prozessuale und organisatorische Voraussetzungen²

1.2.1 Ziele der Organisation

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

² 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 (6) sowie Ratzel R: Organisatorische Verantwortungsbereiche in der modernen Geburtshilfe – Kooperation, Delegation, Risikoprophylaxe (5).

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

1.2.2 Organisationsstatut

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

1.2.3 Die Maßnahmen im Einzelnen

1.2.3.1

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 zugrunde liegende 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.

1.2.3.2

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.

1.2.3.3

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.

1.2.3.4

Es ist ein sog. Notfall-Labor rund um die Uhr bereitzuhalten, das mindestens über folgende Untersuchungsmöglichkeiten verfügt: Hb, Hkt, Kalium, Blutgruppenbe-

stimmung inkl. Antikörpern, Bilirubin, Gerinnung, Infektionsparameter, Blutgasanalyse.

1.2.4 Weitere Verpflichtungen

1.2.4.1

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

1.2.4.2

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

1.2.4.3

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.

2 Kommentar der DGGG zur Stellungnahme (1996)

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:

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.

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.

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).

Aus diesen Tatsachen geht zwingend hervor, dass

- Anforderungen an strukturelle Gegebenheiten formuliert werden müssen, um die im Notfall relevanten prozessualen Vorgehensweisen zu ermöglichen und
- weniger die Geburtenzahl einer geburtshilflichen Abteilung zu diskutieren ist als die personelle, strukturelle und organisatorische Leistungsfähigkeit.

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.

3 Kommentar der DGOG zur Stellungnahme (1998)

Im Januar 1995 wurde eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu **Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen** in DER FRAUENARZT veröffentlicht. Diese Stellungnahme hat erheblichen Diskussionsbedarf erkennen lassen. Insbesondere aus kleineren Abteilungen, seien sie hauptamtlich oder belegärztlich geführt, wurde uns entgegengehalten, unter diesen Bedingungen könne der geburtshilfliche Betrieb nicht aufrechterhalten werden. Manche erhoben sogar den Vorwurf, mit dieser Stellungnahme werde der ohnehin schon kaum noch erträgliche forensische Druck erhöht.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe nimmt diese Einwände sehr ernst. Eine eingehende Diskussion – vor allem mit belegärztlich tätigen Geburtshelfern – hat jedoch ergeben, dass vielfach einzelne Passagen erläutert werden müssen. Ergebnis dieses Diskussionsprozesses ist z. B. aber auch, dass die Formulierungen in Ziffer 2.1 so konkretisiert wurden, dass auch belegärztlich geführte Abteilungen mit der Formulierung leben können. Ergänzend scheinen uns folgende Gesichtspunkte von Bedeutung:

1. Der Vorwurf, die Stellungnahme richte sich gegen kleinere Abteilungen, wird schon in den Vorbemerkungen entkräftet. Die Stellungnahme richtet sich gerade nicht mehr ausschließlich nach der Größe der Abteilung, sondern nach der dort vorgehaltenen und angebotenen Qualität.
2. Die Stellungnahme ist kein Gesetz und keine Richtlinie. Sie stellt eine kompetente Äußerung der führenden Fachgesellschaft auf diesem Gebiet dar.
3. Die Stellungnahme hat Appellcharakter. Sie fordert nicht nur die Ärzte, sondern auch die Kostenträger und Krankenhäuser dazu auf, es den Ge-

burtshelfern zu ermöglichen, ihre verantwortungsvolle Tätigkeit in einem entsprechenden Umfeld durchzuführen. Sie ist nicht nur Verpflichtung, sondern formuliert auch einen Anspruch, der in der Zukunft verwirklicht werden soll, sofern die finanziellen Rahmenbedingungen gegeben sind.

4. Bei alledem sollte man nicht vergessen, dass vieles, was in der Stellungnahme angesprochen ist, bereits Gegenstand bundesdeutscher Gerichtsentscheidungen war und ist. Die Stellungnahme ist daher auch ein Stück Qualitätssicherung. Sie dokumentiert in eindrucksvoller Weise den Anspruch und die Fähigkeit der deutschen Geburtshilfe, ihrer Verantwortung im Rahmen eines modernen Verständnisses der Disziplin gerecht zu werden.

Amberg im Jahr 1998

Prof. Dr. D. Berg, 1. Vizepräsident der DGGG

Dr. iur. R. Ratzel, Rechtsanwalt

4 Literatur

1. (E-E-Zeit) bei einer Notlage. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 1992; 16 (2): 90. Siehe DGGG-Stellungnahme 3.6.1, www.dggg.de Stand 2008).
2. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin zur räumlichen Beschaffenheit, technischen Ausstattung und personellen Besetzung geburtshilflicher Abteilungen. Der Frauenarzt 1975; 16 (5): 344
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 1992; 16 (2): 89, Siehe Leitlinienregister DGGG, 3.8.2. und AWMF 024/002 Stand 2008).
4. Ratzel R. Organisatorische Verantwortungsbereiche in der modernen Geburtshilfe – Kooperation, Delegation, Risikoprophylaxe. Der Frauenarzt 1992; 33 (2): 159
5. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio. Siehe DGGG-Stellungnahme 3.6.1, www.dggg.de Stand 2008).
6. Vereinbarung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anesthesisten 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 1988; 12 (1): 10. Siehe Leitlinienregister der DGGG, 3.6.2 www.dggg.de Stand 2008).

Publiziert in FRAUENARZT 1995; 36: 27

Gültigkeit bestätigt

Juni 2008