



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

- 3 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 3.6. Sonstige Texte (keine Leitlinien)
- 3.6.2 Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Berufsverband der Frauenärzte (BVF), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)

Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe

Inhalt

Präambel

A. In der operativen Gynäkologie

1. Prinzip der Arbeitsteilung und Vertrauensgrundsatz
2. Zuständigkeit für das Betäubungsverfahren
3. Ambulantes Operieren
4. Planung und Durchführung des Operationsprogrammes
5. Patientenlagerung
6. Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase

B. In der Geburtshilfe

1. Personalbedarf
2. Indikationsstellung und vorbereitende Maßnahmen
3. Aufgabenteilung bei der Durchführung der Betäubungsverfahren
4. Die Durchführung der Periduralanästhesie durch den Geburtshelfer
5. Dem Anästhesisten vorbehaltene Aufgaben
6. Die Erstversorgung des Neugeborenen

Präambel

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen in einer Stellungnahme publiziert, die im Inhalt, soweit sie die Anästhesiologie betreffen, mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin abgestimmt wurden. Auf diese Stellungnahme wird im Zusammenhang mit der Fortschreibung der im Folgenden dargestellten Vereinbarungen verwiesen, insbesondere auf die Ziffern 2.1 bis 2.6 und die Schlussfolgerung, dass die unter diesen Ziffern dargestellten Auflagen, von den Leitern des Fachgebietes Frauenheilkunde und Geburtshilfe und des Fachgebietes Anästhesiologie einvernehmlich in einem für beide Bereiche verbindlichen Organisationsplan erarbeitet, ggf. mit dem Krankenhausträger abgestimmt werden müssen. Die genannte Stellungnahme wurde in „DER FRAUENARZT, 36. Jahrgang, 11/95, S. 1237“ veröffentlicht.

Frauenarzt und Anästhesist erfüllen bei ihrer Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe eine gemeinsame Aufgabe im Dienste der Patientin. Ihre Kooperation auf der Grundlage präziser Aufgabenteilung und wechselseitigen Vertrauens bietet die beste Gewähr für die Ausschaltung vermeidbarer Risiken sowie für eine reibungslose und zügige Abwicklung des gemeinsamen Arbeitsprogrammes.

Das Ziel beider Fachgebiete ist es, im Geiste kollegialen Einverständnisses und in ständiger wechselseitiger Konsultation das interdisziplinäre Zusammenwirken überall dort noch zu verbessern, wo in der täglichen Arbeit Zweifel, Fragen und Meinungsverschiedenheiten auftreten können. Die beteiligten Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften vereinbaren folgende Leitsätze für die Zusammenarbeit:

A. In der operativen Gynäkologie

1. Prinzip der Arbeitsteilung und Vertrauensgrundsatz

1.1

Der Frauenarzt ist nach den Grundsätzen einer strikten Arbeitsteilung zuständig und verantwortlich für die Planung und Durchführung des operativen Eingriffs, der Anästhesist für die Planung und Durchführung des Betäubungsverfahrens sowie für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen.

Insoweit der Frauenarzt für ein bestimmtes Operationsverfahren aus fachlichen Gründen einem bestimmten Anästhesieverfahren den Vorzug geben möchte, sollte dies vom Anästhesisten nach Darlegung der Gründe im Rahmen seiner fachlichen Entscheidungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

Das Gleiche gilt umgekehrt, wenn der Anästhesist aus der Sicht seines Fachgebietes Wünsche hinsichtlich des operativen Vorgehens an den Frauenarzt richtet. Beide Ärzte dürfen, solange keine offensichtlichen Qualitätsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, wechselseitig darauf vertrauen, dass der Partner der Zusammenarbeit die ihm obliegenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Strikte Objektivität auf beiden Seiten und die Wahrung der gebotenen Sorgfalt bei der Planung und Durchführung der Behandlung sind eine unabdingbare Voraussetzung für eine Zusammenarbeit auf der Grundlage dieses Übereinkommens. Eine reibungslose interdisziplinäre Zusammenarbeit bietet die beste Gewähr für eine wirtschaftliche Behandlungsweise, die angesichts knapper Mittel wesentliche Bedeutung gewinnt. Die medizinischen Erfordernisse, die den Behandlungserfolg und die Sicherheit der Patientin gewährleisten, haben jedoch absoluten Vorrang vor allen anderen Interessen.

1.2

Der Frauenarzt entscheidet über die Indikation zum Eingriff sowie über Art und Zeitpunkt der Operation. Der Anästhesist entscheidet über die Art des Betäubungsverfahrens. Der Frauenarzt unterrichtet den Anästhesisten zum frühestmög-

lichen Zeitpunkt über den beabsichtigten Eingriff, in der Regel also, sobald er bei einer Patientin über die Indikation zum operativen Eingriff entschieden hat. Er stellt ihm möglichst bald auch die vollständigen Behandlungsunterlagen zur Verfügung.

Der Anästhesist unterrichtet den Frauenarzt umgehend, wenn aus der Sicht seines Fachgebietes Kontraindikationen gegen den Eingriff oder seine Durchführung zu dem vorgesehenen Zeitpunkt erkennbar werden. Die Entscheidung, ob der Eingriff aus medizinischer Indikation dennoch durchgeführt werden muss oder aufgeschoben werden kann, obliegt dem Frauenarzt. Wenn sich dieser entgegen den Bedenken des Anästhesisten für den Eingriff entscheidet, so übernimmt er damit die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die richtige Abwägung der indizierenden und der ihm vom Anästhesisten mitgeteilten kontraindizierenden Faktoren. Der Anästhesist trägt bei der Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens dem durch kontraindizierende Faktoren erhöhten Risiko- und Schwierigkeitsgrad im Rahmen seiner Möglichkeiten Rechnung.

1.3

Art und Umfang der präoperativen Untersuchungen sind abhängig vom Alter und Allgemeinzustand der Patientin sowie von der Belastung durch den operativen Eingriff. Für den Regelfall empfiehlt sich eine Abstimmung zwischen Frauenarzt und Anästhesist über ein Basis-Untersuchungsprogramm. Ziel der Abstimmung sollte sein, das Absetzen von Operationen wegen unzureichender Voruntersuchung oder Vorverhandlung weitgehend zu vermeiden.

1.4

Meinungsverschiedenheiten zwischen Frauenarzt und Anästhesist über den Eingriff und seine Voraussetzungen dürfen nicht vor den Patientinnen erörtert werden.

1.5

Frauenarzt und Anästhesist klären die Patientin aus der Sicht ihrer Fachgebiete über die Art des Eingriffs und des Anästhesieabteilung auf. In Risikofällen kann sich die gemeinsame Aufklärung der Patientin durch Frauenarzt und Anästhesist empfehlen.

1.6

Der Frauenarzt weist die Patientin rechtzeitig auf die Möglichkeit einer Eigenblutspende hin. Er überweist sie zeitgerecht an die Einrichtung, die die Eigenblutspende durchführt.

2. Zuständigkeit für das Betäubungsverfahren

2.1

Der Krankenhausträger, der für die zweckentsprechende Organisation seines Hauses verantwortlich ist, überträgt dem Leiter der Anästhesieabteilung in der Regel die gesamte anästhesiologische Versorgung der stationären Patientinnen als Dienstaufgabe. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Betäubungsverfahren von der Anästhesieabteilung durchgeführt werden müssen. Es ist vielmehr üblich, durch interkollegiale Absprachen zwischen dem leitenden Anästhesisten und dem leitenden Frauenarzt bestimmte Bereiche festzulegen, in denen dieser für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens zuständig ist.

2.2

Wo hier im Einzelnen die Grenzen zu ziehen sind, bestimmt sich nach den Erfordernissen einer rationellen Zusammenarbeit, die Sicherheitsrisiken vermeidet und den speziellen Eingriff und das Betäubungsverfahren nach Möglichkeit dort in einer Hand belässt, wo sich die Verantwortungsbereiche bei Komplikationen nicht trennen lassen.

Soweit nicht die spezifischen Verhältnisse des einzelnen Krankenhauses eine andere Absprache als zweckmäßig erscheinen lassen, empfehlen die beiden Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften folgende Abgrenzung: Bei Eingriffen, die – nach dem jeweiligen Stand der Medizin – üblicherweise in örtlicher Betäubung durch Infiltration des Operationsgebietes oder in einer operationsfeldnahen Regionalanästhesie ausgeführt werden, bleibt die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens, einschließlich der Überwachung der vitalen Funktionen, in der Regel dem Frauenarzt überlassen. Das Gleiche gilt auch bei anderen Eingriffen, bei denen sich Frauenarzt und Anästhesist gemeinsam für eines dieser Verfahren entscheiden.

Übernimmt der Frauenarzt die Durchführung des Betäubungsverfahrens, so ist von dem Grundsatz auszugehen, dass die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Voruntersuchung und eine etwaige Vorbehandlung sowie für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens in einer Hand liegen. Soll die Überwachung der vitalen Funktionen gleichwohl vom Anästhesisten übernommen werden, bedarf dies einer generellen oder speziellen Einigung zwischen den Beteiligten.

3. Ambulantes Operieren

Die ambulante Durchführung von Eingriffen im Krankenhaus und in der Praxis niedergelassener Frauenärzte setzt voraus, dass aus operativer wie aus anästhesiologischer Sicht der volle Leistungsstandard gewahrt wird und die Eingriffsfahren nicht erhöht werden. Ambulantes Operieren erfordert die gleiche sorgfältige Voruntersuchung und Vorbereitung der Patientin wie der stationäre Eingriff. Wirkt der Anästhesist bei dem Eingriff mit, so hat er den Frauenarzt auch auf etwaige Bedenken hinzuweisen, die sich aus seiner fachlichen Sicht gegen die ambulante

Durchführung ergeben. Ferner muss er rechtzeitig Gelegenheit haben, die Anamnese zu erheben, die Patientin körperlich zu untersuchen, die vorliegenden Befunde zu überprüfen und erforderliche ergänzende Untersuchungen anzuordnen.

Beim praxisambulanten Operieren ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die personellen und sachlichen Voraussetzungen gegeben sind. Die persönliche Qualifikation und apparative Ausstattung müssen auch den Erfordernissen einer dringlichen Zwischenfallstherapie genügen. Eine ausreichende postoperative Überwachung muss gewährleistet sein.

4. Planung und Durchführung des Operationsprogrammes

4.1

Der Frauenarzt teilt dem Anästhesisten das Operationsprogramm spätestens am frühen Nachmittag des Vortages mit, damit dieser während des restlichen Tagesdienstes die anstehenden Prämedikationsvisiten und die notwendigen Voruntersuchungen durchführen kann.

4.2

Das Operationsprogramm ist so zu planen, dass es innerhalb der üblichen Arbeitszeit abgewickelt werden kann. Eine ständige Überschreitung der physischen und psychischen Leistungsgrenzen durch die Ausdehnung des Operationsprogrammes bis in die Nachmittagsstunden geht zu Lasten der Konzentrationsfähigkeit der beteiligten Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger und gefährdet die ordnungsgemäße Erledigung der übrigen Dienstaufgaben.

4.3

Zeitverluste beim Beginn des Operationsprogrammes und Verzögerungen in seiner Abwicklung sind durch eine enge Koordination der Zeitpläne und wechselseitige Rücksichtnahme zu vermeiden. Hierzu ist es u. a. erforderlich, dass festgelegte Zeiten von allen Beteiligten in gleicher Weise als verbindlich angesehen werden. Störfaktoren und Fehlerquellen, die eine zügige Abwicklung des Operationsprogrammes behindern, sollten gemeinsam ermittelt und im vertrauensvollen interdisziplinären Gespräch offen beim Namen genannt werden. Dienstbesprechungen, Weiterbildungsprogramme und Fortbildungsveranstaltungen sollten im wechselseitigen Einverständnis so eingeplant werden, dass sie das Operationsprogramm nicht beeinträchtigen. Es empfiehlt sich, die Terminierung miteinander abzustimmen.

4.4

Bei der Organisation des Dienstbetriebes und bei allen Planungen ist in Rechnung zu stellen, dass die Versorgung von Notfällen Frauenärzte und Anästhesisten zusätzlich in Anspruch nimmt.

5. Patientenlagerung

Die prä-, intra- und postoperative Lagerung der Patientin auf dem Operationstisch und ihre Überwachung ist eine gemeinsame Aufgabe von Frauenarzt und Anästhesist. Druck und Zerrung können in der Narkose zu Lähmungen – insbesondere im Bereich der Extremitäten – und anderen Schäden führen. Die Art der Lagerung sollte vom Operateur dokumentiert werden.

5.1

Für die Lagerung der Patientin zur Einleitung der Narkose und für die Überwachung bis zur operationsbedingten Lagerung ist der Anästhesist verantwortlich.

5.2

Die Entscheidung über die Art der Lagerung zur Operation bestimmt sich nach den Erfordernissen des operativen Vorgehens und der Berücksichtigung des anästhesiologischen Risikos. Hat der Anästhesist gegen die vom Frauenarzt gewünschte Lagerung Bedenken wegen der Erschwerung der Überwachung und der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen oder der Gefahr von Lagerungsschäden, so hat er den Frauenarzt darauf hinzuweisen. Dieser wägt die für und gegen die Lagerung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander ab. Er trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, dass Gründe des operativen Vorgehens die erhöhten Risiken der von ihm gewünschten Lagerung rechtfertigen.

5.3

Die Durchführung der Lagerung auf dem Operationstisch fällt prinzipiell in den Aufgabenbereich des Frauenarztes.

Pflegekräfte, die die Patientin auf den Operationstisch lagern, handeln dabei in seinem Auftrag und unter seiner Verantwortung, gleichgültig welcher Fachabteilung sie dienstplanmäßig zugeordnet sind. Der Frauenarzt hat die erforderlichen Weisungen zu erteilen, er hat die Lagerung vor dem Beginn der Operation zu kontrollieren. Auf erkennbare Fehler bei der Lagerung hat jedoch der Anästhesist hinzuweisen. Der Anästhesist ist verantwortlich für die Lagerung der Extremitäten, die er für die Narkoseüberwachung sowie für die Applikation von Narkosemitteln und Infusionen benötigt. Er hat die spezifischen Sicherungsmaßnahmen zu treffen, die sich aus der Lagerung der Patientin für die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen ergeben.

5.4

Für die Entscheidung über planmäßige Lageveränderungen während der Operation und für ihre Durchführung gelten die eben aufgeführten Grundsätze über die Aufgabenteilung zwischen Frauenarzt und Anästhesist sinngemäß.

Im Verlauf des Eingriffes können sich unbeabsichtigte Lageveränderungen ergeben, die das Lagerungsrisiko erhöhen. Soweit solche Lageveränderungen und an-

dere Einwirkungen auf den Körper der Patientin vom Operateur und seinen Mitarbeitern ausgehen, ist dieser für die Kontrolle verantwortlich. Bemerkt der Anästhesist eine nicht beabsichtigte Lageveränderung oder andere Einwirkungen, die mit Risiken für die Patientin verbunden sind, so muss er den Operateur darauf hinweisen. Dem Anästhesisten obliegt die intraoperative Kontrolle hinsichtlich der Extremitäten, für deren Lagerung er verantwortlich ist.

5.5

Die Verantwortung für die Lagerung einschließlich der Umlagerung der Patientin nach Beendigung der Operation bis zur Beendigung der postanästhesiologischen Überwachung trägt der Anästhesist, soweit nicht besondere Umstände die Mitwirkung des Operateurs bei der Umlagerung erfordern.

6. Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase

6.1

Für Maßnahmen der Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der durch das operative Vorgehen beeinträchtigten Vitalfunktionen sind grundsätzlich beide Fachgebiete fachlich zuständig, der Anästhesist für die Erkennung und Behandlung spezifischer Anästhesiekomplikationen, der Frauenarzt für die Erkennung und Behandlung operativer Komplikationen. Beide Ärzte haben wechselseitig 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 Pflegepersonals.

6.2

Während der unmittelbaren postoperativen Aufwachphase bedarf die Patientin noch so lange, wie mit einer anästhesiebedingten Beeinträchtigung vitaler Funktionen und mit daraus resultierenden Komplikationen zu rechnen ist, einer ständigen unmittelbaren Überwachung. Zuständig für die Überwachung ist die Fachabteilung, in deren Organisationsbereich und Obhut sich die Patientin postoperativ befindet. Nach Aufgabenstellung und fachlicher Zuordnung ist zwischen folgenden Einheiten zu unterscheiden:

a. Aufwachraum:

Überwachungsraum ohne Stationscharakter, in dem die frisch Operierte solange verbleibt, bis sie aus der Narkose erwacht und wieder im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe ist und keine unmittelbaren Komplikationen seitens der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind. Der Aufwachraum untersteht dem Anästhesisten.

b. Wachstation (Intensivüberwachung):

Bettenstation zur Überwachung und Behandlung Schwerkranker und frisch Operierter. Die fachgebundene Wachstation (Intensivüberwachung) steht in der Regel unter der Leitung des Frauenarztes.

c. Intensivbehandlungseinheit:

Betteneinheit für Schwerstkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden müssen. Interdisziplinäre operative Intensivbehandlungseinheiten stehen unter Leitung des Anästhesisten. Dieser hat eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten der beteiligten operativen Fachabteilungen sicherzustellen und die ärztliche Behandlung zu koordinieren. Im Übrigen trägt er die Verantwortung für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen, während der Frauenarzt für die Behandlung des Grundleidens zuständig bleibt.

Die Intensivbehandlungseinheiten und Wachstationen (Intensivüberwachung) können die Funktion eines Aufwachraumes nicht ersetzen. Die Einrichtung von Aufwächräumen ist zur Sicherung der Patienten in allen operativen Krankenhäusern unerlässlich. Besteht kein Aufwachraum und muss die Patientin aus diesem Grunde schon während der postoperativen Aufwachphase auf die gynäkologische Krankenstation zurückverlegt werden, so ist auch dort die Überwachung sicherzustellen. Der Krankenhausträger hat dann im Rahmen seiner Organisationspflicht der gynäkologischen Abteilung die dafür zusätzlich erforderlichen Pflegekräfte zur Verfügung zu stellen.

B. In der Geburtshilfe

Spezielle fachliche und organisatorische Probleme ergeben sich bei der geburtshilflichen Anästhesie. Die erforderliche enge Kooperation zwischen Geburtshelfern und Anästhesisten setzt voraus, dass für geburtshilfliche Eingriffe stets ein Anästhesist verfügbar ist. Es ist Aufgabe des Krankenhausträgers, durch eine ausreichende personelle Besetzung der Anästhesie diese Voraussetzung zu schaffen.

1. Personalbedarf

Die anzustrebende volle anästhesiologische Versorgung der geburtshilflichen Fachabteilung erfordert einen 24-stündigen Anästhesie-Bereitschaftsdienst an sieben Tagen in der Woche. Der hierfür benötigte, besonders auszuweisende Personalbedarf hängt von der jährlichen Geburtenzahl und dem Anteil der Anästhesieleistungen ab. Unabhängig von der Frequenz muss gewährleistet sein, dass bedarfsweise ein Anästhesist innerhalb von zehn Minuten zur Verfügung steht.

Die vertragschließenden Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften betonen nachdrücklich, dass der Krankenhausträger aufgrund seiner Organisationspflicht für eine ausreichende anästhesiologische Versorgung der Geburtshilfe sorgen muss.

2. Indikationsstellung und vorbereitende Maßnahmen

2.1

Die Indikationsstellung für ein Betäubungsverfahren in der Geburtshilfe hängt ab

- a. von der geburtshilflichen Situation,
- b. von speziellen anästhesiologischen Gesichtspunkten,
- c. von den Vorstellungen der Patientin.

2.2

Anamneseerhebung, notwendige Voruntersuchungen und Aufklärung bezüglich eines geplanten oder möglicherweise erforderlich werdenden Anästhesieverfahrens sollten bereits im Rahmen der Schwangerenberatung erfolgen. Prinzipiell ist der Anästhesist für die Aufklärung über diejenigen Verfahren zuständig, die er durchführt.

Aus organisatorischen Gründen kann jedoch die Information der Patientin über die anästhesiologischen Möglichkeiten der Geburtserleichterung zweckmäßigerweise bereits in der Schwangerschaftsberatung durch den Geburtshelfer erfolgen.

3. Aufgabenteilung bei der Durchführung der Betäubungsverfahren

3.1

Geburtswegnahe Lokal- und Leitungsanästhesien werden im Regelfall vom Geburtshelfer durchgeführt.

3.2

Wenn ein Anästhesist nicht durchgehend zur Verfügung steht, kann bei der Katheter-Periduralanästhesie, unbeschadet der Möglichkeit nach Ziffer 4 zu verfahren, eine Arbeitsteilung in der Weise erfolgen, dass der Anästhesist den Periduralkatheter legt, eine erste Volldosis des Anästhetikums appliziert und die Anästhesie anschließend vom Geburtshelfer fortgeführt wird. Diese Zusammenarbeit ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Der Anästhesist bleibt solange anwesend, bis die volle Wirksamkeit der Anästhesie erreicht ist und stabile Kreislaufverhältnisse vorliegen, mindestens aber 30 Minuten nach der ersten vollen Anästhetikadosis.
- Eine Übergabe der Zuständigkeit und Verantwortung für die Fortführung des Anästhesieverfahrens erfolgt im gegenseitigen Einvernehmen der beiden ärztlichen Partner. Auch danach muss ein Anästhesist für die Therapie anästhesiebedingter Zwischenfälle erreichbar bleiben. Er entfernt den Katheter nach Abschluss des Betäubungsverfahrens, wenn nicht zwischen beiden ärztlichen Partnern etwas anderes vereinbart ist.
- Übernimmt der Geburtshelfer Zuständigkeit und Verantwortung für die Fortführung des Anästhesieverfahrens, muss er ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von Zwischenfällen besitzen.
- Die Periduralanästhesie setzt während ihres gesamten Verlaufes die unmittelbare Verfügbarkeit eines Arztes (Anästhesist oder Geburtshelfer) voraus.

- Die Entscheidung über Zeitpunkt und Dosis der Applikation des Lokalanästhetikums ist an eine individuelle ärztliche Anordnung gebunden. Wird die Injektion oder kontinuierliche Infusion in den liegenden Periduralkatheter durch spezielle Anweisung auf unterwiesene Krankenschwestern bzw. -pfleger oder auch Hebammen delegiert, muss sich der anordnende Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten, um bei Komplikationen sofort verfügbar zu sein.
- Der Anästhesieverlauf ist in üblicher Weise zu dokumentieren. Aus dem Protokoll muss der Zeitpunkt der Übergabe an den Geburtshelfer hervorgehen.

4. Die Durchführung der Periduralanästhesie durch den Geburtshelfer

Ist zwischen den beiden Abteilungen vereinbart, dass die Periduralanästhesie vom Geburtshelfer durchgeführt wird, so trägt dieser dafür die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung. Dazu müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- eine ausreichende Übung in diesen Verfahren in einer hinreichenden Anzahl von Fällen,
- eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Erkennung und Behandlung von Zwischenfällen.

5. Dem Anästhesisten vorbehaltene Aufgaben

Die Durchführung von Narkosen ist Aufgabe des Anästhesisten.

Unabhängig von der Art des Betäubungsverfahrens muss in folgenden Fällen grundsätzlich ein Anästhesist zugezogen werden bzw. organisatorisch sichergestellt sein, dass ein Anästhesist innerhalb von zehn Minuten verfügbar ist:

- bei der Schnittentbindung,
- bei anästhesiologischen Risikofällen,
- bei anästhesiebedingten Zwischenfällen.

6. Die Erstversorgung des Neugeborenen

Für die Erstversorgung des Neugeborenen ist der Geburtshelfer zuständig. Die primäre Reanimation des Neugeborenen ist eine Aufgabe, die entweder dem Geburtshelfer, dem Neonatologen oder dem Anästhesisten obliegt. Wer im Einzelfall die erforderlichen Maßnahmen durchführt, richtet sich nach den jeweiligen organisatorischen und personellen Gegebenheiten sowie getroffenen Absprachen.

Publiziert in FRAUENARZT 1996; 37: 1176.

Gültigkeit durch alle beteiligten Organisationen bestätigt:

April 2004

Gültigkeit durch die DGGG bestätigt:

2006, 2008