

# Zur Frage der postoperativen Überwachung von Kaiserschnittpatientinnen

**Verblutungstodesfälle nach Kaiserschnitten, die bei ordnungsgemäßer Überwachung der postoperativen Phase vermeidbar gewesen wären, geben Veranlassung, auf die geltenden Richtlinien für die postoperative Betreuung hinzuweisen.**

Die Grundsätze für die postoperative Überwachung wurden von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zusammengefasst (2, 3). Die Kernsätze lauten:

■ „Nach Anästhesien im Zusammenhang mit therapeutischen Eingriffen ist die Patientin durch deren Auswirkung auf die vitalen Funktionen noch für mehrere Stunden akut gefährdet. Sie bedarf deshalb einer lückenlosen intensiven Überwachung.

■ Diese lückenlose Überwachung erfordert eine ständige Präsenz des zuständigen Pflegepersonals. Das Pflegepersonal muss in der Lage sein, die Gefährdung von Vitalfunktionen zuverlässig und rechtzeitig zu erkennen. Nach Möglichkeit sollten Anästhesieschwestern zur Verfügung stehen.“

Für die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe besteht seit 1995 zwischen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der DGAI eine gesonderte Vereinbarung (1). Über die postoperative Betreuung heißt es darin:

■ „Der Aufwachraum ist ein Überwachungsraum ohne Stationscharakter, in dem die frisch Operierte so lange verbleibt, bis sie aus der Narkose erwacht und im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe ist und keine unmittelbaren Komplikationen seitens der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind.

■ Der Aufwachraum untersteht dem Anästhesisten.

■ Frauenarzt und Anästhesist haben 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 Aufsichtigung des ihm unterstellten Pflegepersonals.“

Die **Organisation von Aufwachheiten** ist geregelt durch die Empfehlung der DGAI und des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) in der Fassung von 1997 (2, 3), in der es über die Zuständigkeit heißt:

„Die Zusammenarbeit zwischen Operateur und Anästhesist richtet sich in der postoperativen Aufwachphase nach dem Vertrauensgrundsatz. Jeder der beiden Ärzte kann und muss sich darauf verlassen, dass der Partner mit dem ihm zugeordneten Pflegepersonal seine Tätigkeit mit der erforderlichen Qualifikation und gebotenen Sorgfalt ausübt.

Solange sich der Patient in der Aufwachheit befindet, fällt die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen in die Zuständigkeit und Verantwortung des Anästhesisten. Nach dem Vertrauensgrundsatz kann und muss sich der Operateur darauf verlassen, dass er vom Anästhesisten gerufen wird, falls Komplikationen sein Eingreifen erforderlich machen.“

Die **apparative Ausstattung eines Aufwachraums** ist seit 1997 durch die DGAI ebenfalls geregelt (Anästhesiologie und Intensivmedizin 38, 1997, 470–474):

„Minimalanforderungen an die apparative Ausstattung eines Aufwachraumes  
A. Ausstattungen, deren Standard nicht unterschritten werden soll (Minimalanforderungen) und die an jedem Arbeitsplatz benötigt werden:

1. EKG-Monitor,
2. Blutdruckmessung (unblutig),
3. Sauerstoff-Insufflation,
4. Pulsoxymetrie,
5. Absaugung.

B. Ausstattungen, deren Standard nicht unterschritten werden soll (Minimalanforderungen), die im Bedarfsfall in angemessener Zeit in Anspruch genommen werden können:

1. Temperaturmessung,
2. Defibrillator,
3. Notfallinstrumente,
4. Beatmungsmöglichkeit (manuell, mit Sauerstoffanreicherung),
5. Kommunikationstechnik (Sicherstellung, dass jederzeit mit anderen Bereichen Verbindung aufgenommen werden kann).“

Kaiserschnitte, auch wenn sie meist problemlos verlaufen, haben nicht selten intra- und postoperativ ein erhebliches mütterliches Gefährdungspotenzial. Während jedoch gynäkologische Patientinnen in der Regel nach einer Operation, auch nach kleineren Eingriffen, in einem Aufwachraum betreut werden, werden Frauen nach einem Kaiserschnitt häufig in den Kreißsaal oder in eine ihm angegliederte Räumlichkeit verlegt und dort von den Hebammen bzw. dem geburtshilflichen Personal mitversorgt.

Gegen diese Praxis ist jedoch nur dann nichts einzuwenden, wenn die postoperative Überwachung unter den gleichen Bedingungen wie in einem Aufwachraum stattfindet, also

mit ständiger Präsenz kompetenten Betreuungspersonals sowie der vorgeschriebenen apparativen Ausstattung. Diese Voraussetzungen sind aber oft nicht gegeben. Die gleichzeitige Leitung einer Entbindung durch die überwachende Hebamme erfüllt die Bedingung einer ständigen Präsenz z.B. nicht, da bei einer Geburt jederzeit mit einer unvorhergesehenen Unabkömmlichkeit gerechnet werden muss.

Wenn keine Anästheseschwestern zur Verfügung stehen, muss nach den geltenden Vorschriften gesichert sein, dass das gesamte Pflegepersonal in der Lage ist, „die Gefährdung von Vitalfunktionen zuverlässig und rechtzeitig zu erkennen“. Hebammen und Kreißaalpersonal können überfordert sein, wenn von allen rund um die Uhr auch noch die Spezialkenntnisse der postoperativen Überwachung erwartet werden, die in den Richtlinien vorgeschrieben sind.

Die ärztliche Zuständigkeit muss klar geregelt und auch allen Beteiligten bekannt sein, wobei die Verantwortung für eine so organisierte Aufwacheinheit in erster Linie beim Anästhesisten liegt. Sie kann aber auch bei der geburtshilflichen Einheit liegen oder gemeinsam von beiden getragen werden.

Eine klare Regelung der Kompetenzen und Zuständigkeiten ist besonders dann wichtig, wenn es sich um geburtshilfliche Einheiten handelt, die mit Belegärzten zusammenarbeiten.

Der für die Geburtshilfe verantwortliche Arzt muss damit rechnen, dass ihm Zwischenfälle, die auf das Fehlen der Voraussetzungen für die postoperative Überwachung zurückzuführen sind, als Organisationsverschulden angelastet werden (4).

## Zusammenfassung

Die postoperative Überwachung einer Kaiserschnittpatientin muss nach

den gleichen Prinzipien erfolgen wie bei allen anderen operativen Eingriffen. Diese Prinzipien sind durch Vereinbarungen zwischen den wissenschaftlichen Gesellschaften der Geburtshilfe und der Anästhesie klar definiert. Wenn – etwa bei der Überwachung im Kreißaal – diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, trifft den für die Organisation der postoperativen Überwachung Verantwortlichen der Vorwurf des Organisationsverschuldens. Letztlich ist dies der leitende Arzt der geburtshilflichen Abteilung, der diese Mängel erkennen und beheben muss, darüber hinaus aber auch der Krankenhausträger, der für eine zweckentsprechende Organisation des Krankenhauses zu sorgen hat.

## Literatur

1. Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte. FRAUENARZT 37 (1996) 1172–1177.
2. Leitlinien für die postoperative Überwachung, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Anästhesiol Intensivmed 39 (1998) 202.
3. Empfehlungen zur Organisation und Einrichtung von Aufwacheinheiten in Krankenhäusern. Anästhesiol Intensivmed 23 (1982) 373–375, zit. n.: Weissauer W, Opderbecke HW: Entschließungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie. Aktiv Druck & Verlags-G.m.b.H., Ebelsbach, 1999, S. III 5–14.
4. Weissauer W: pers. Mitt. 4.11.2004

## Mitglieder der AG Medizinrecht

- Prof. Dr. D. Berg
- PD Dr. Gabriele Bonatz
- Prof Dr. J.W. Dudenhausen
- Prof. Dr. W. Geiger
- RAin Claudia Halstrick
- Dr. jur. U. Hamann
- Prof. Dr. H. Hepp
- Prof. Dr. E.J. Hickl (federführend)
- Prof. Dr. E. Keller
- Prof. Dr. jur. B.R. Kern
- Prof. Dr. jur. H. Lilie
- Dr. H. M. Mörlein (†)
- OSTAin Silvia Nemetschek
- RA E. Neumann
- Dr. jur. F.J. Pelz
- RA F.M. Petry
- Dr. jur. R. Ratzel
- Prof. Dr. R. Rauskolb
- Prof. Dr. K. Renziehausen
- Dr. jur. Pia Rumler-Detzel
- Prof. Dr. T. Schwenzer
- Dr. F. Staufer
- Prof. Dr. A. Teichmann
- Prof. Dr. jur. K. Ulsenheimer
- RA P. Weidinger
- Prof. Dr. H. Welsch