

Vorwort

Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland

Prof. Dr. med. Thea Koch
Präsidentin DGAI

In der vorliegenden Ausgabe dieser Zeitschrift wird die unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Perinatalmedizin entwickelte S1-Leitlinie „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ (Stand: 05/2015) vorgestellt, die die perinatologische Sicherheit von Mutter und Kind zukünftig weiter optimieren soll. Sie entspricht den qualitätssichernden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA vom 20.06.2013; zwischenzeitlich überarbeitet, Stand: 04.02.2016) und einem praxisrelevanten Konsens von sieben deutschen Fachgesellschaften und einem Patientenvertreter*. Seitens der DGAI haben mitgewirkt: K. Becke, D. Bremerich und G. Marx.

Zur Einstimmung auf das Thema einige Fakten: 2014 wurden in Deutschland 714.566 Kinder geboren, 31,2% der Frauen, die im Krankenhaus entbunden haben, mussten sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes einem Kaiserschnitt unterziehen. Die Sectio caesarea ist nach der Katarakt-Operation der häufigste operative Eingriff; jeder Anästhesist muss im Rahmen seiner Facharztweiterbildung eine Expertise in der geburtshilflichen Analgesie und Anästhesie erwerben. Die mütterliche Letalitätsrate ist in Deutschland mit 7 auf 100.000 Lebendgeborenen niedrig, allerdings noch hoch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wie Finnland, Island (je 4 mütterliche Todesfälle auf

100.000 Lebendgeborenen) und Griechenland (5 mütterliche Todesfälle auf 100.000 Lebendgeborenen). In Bezug auf die neonatale Sterblichkeit ist bekannt, dass in Kliniken mit einer Geburtenzahl von unter 500/Jahr eine höhere neonatale Sterblichkeit beobachtet wird [1]. Daher sind Mindestzahlen für die Behandlung von Frühgeborenen mit niedrigem und mit sehr niedrigem Geburtsgewicht in der fortwährenden öffentlichen Diskussion.

Neu in dieser Leitlinie ist, dass jede geburtshilflich tätige Klinik zukünftig ein regelmäßiges Notfall- und Teamtraining sicherstellen muss. Jede geburtshilfliche Klinik muss darüber hinaus gewährleisten, dass eine Entscheidungs-Entbindungszeit („E-E-Zeit“) unter 20 Minuten jederzeit einzuhalten ist. Hierfür muss im Bereich der Geburtshilfe eine anästhesiologische ärztliche und pflegerische 24-Stunden-Bereitschaftsdienstleistung zur Verfügung stehen; erstmals wird hier die Notwendigkeit einer anästhesiologischen Pflegekraft postuliert mit der fachlichen Expertise, gegebenenfalls auch bei der Erstversorgung von Neugeborenen. Da es bei jeder Schwangeren jederzeit zu perinatalen Komplikationen kommen kann, ist eine entsprechende Möglichkeit zu einer fachgerechten Intensivtherapie zeitnah sicherzustellen, ggf. durch Absprachen mit einer kooperierenden, spezialisierten intensivmedizinischen Klinik.

Neben der Durchführung von Qualitäts sicherungsverfahren fordert die neue Leitlinie auch die Implementierung anästhesiologischer Qualitätsindikatoren.

Die Schlüsselrolle des Anästhesisten als peripartaler Mediziner wird durch die Forderung nach einer regelhaften **antepartalen** anästhesiologischen Vorstellung aller identifizierbaren Risikoschwangeren durch den Geburtshelfer, dem frühzeitigen Einbeziehen eines Anästhesisten in den **peripartalen** Ablauf bei Risikoschwangeren und der notwendigen Erstellung von SOPs zu definierten Risikokonstellationen und Verfahrensbeschreibungen für anästhesiologische Standardverfahren in der geburtshilflichen Analgesie und Anästhesie verdeutlicht.

In einem weiteren Teil der Leitlinie wird auf die Kriterien zur Berechnungen des Pflegeschlüssels auf neonatologischen Intensivstationen für Intensivtherapie-, Intensivüberwachungs-Patienten und in der Neugeborenen-Spezialpflege eingegangen, ein Thema, das für uns zukünftig an Bedeutung gewinnen wird.

Kostendruck ist kein Rechtfertigungsgrund für die Unterschreitung struktureller Mindestanforderungen an geburtshilflich tätigen Kliniken – ich wünsche Ihnen viele, neue Erkenntnisse bei der Lektüre dieser Leitlinie, die nicht nur für geburtshilflich tätige Anästhesisten von großer Wichtigkeit ist.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V., Hrsg. 25 Jahre Arbeitsgemeinschaft – 25 Jahre Arzthaftung – Von der Krähentheorie zum groben Behandlungsfehler. Heidelberg: Springer; 2011:55-62.

* Die Leitlinie „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung“ (AWMF – Reg.-Nr. 015/078) hat zum 31.05.2016 ihre Gültigkeit verloren.