



# Empfehlung zur Verhinderung lagerungsbedingter Schäden in der operativen Gynäkologie



Federführender Autor/en:

Autor/in	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. Dr. Markus Fleisch	DGGG



## Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/
Prof. Dr. Werner Bader	AGUB
Prof. Dr. Kai Baltzer	DGG
Prof. Dr. Carsten Boeing	AGO Vulva und Vagina
Prof. Dr. Dorothee Bremerich	DGAI
PD Dr. Verena Geissbühler	SGGG
Kristina Lippach, MHBA	DGP
Dr. Klaus Pietzner	NOGGO
Prof. Dr. Stefan Renner	EEL
Prof. Dr. Thomas Römer	AGE
Prof. Dr. Stephan Roth	DGU
Prof. Dr. Jalid Sehouli	AGO Ovar
Prof. Dr. Florian Schütz	AGO Mamma
Prof. Dr. Wilhelm Schulte-Mattler	DGN
Prof. Dr. Karl Tamussino	OEGGG
Prof. Dr. Alexander Teichmann	Experte
Prof. Dr. Clemens Tempfer	AGO Uterus
Prof. Dr. Marc Thill	AWOGyn
Prof. Dr. Hans Tinneberg	SEF



## Beteiligte Fachgesellschaft/en:

DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
AG Gynäkologische Endoskopie (AGE)
AG Gynäkologische Onkologie (AGO)
AGO Organkommission Mamma
AGO Organkommission Ovar
AGO Organkommission Uterus
AGO Organkommission Vulva/Vagina
Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB e.V.)
Arbeitsgemeinschaft Wiederherstellende Operationen in der Gynäkologie (awoGyn)
Europäische Endometrioseliga (EEL)
Nord-Ostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie (NOGGO)
Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Stiftung Endometrioseforschung (SEF)



# Dokumentation



## Dokumentation

### Zusammenfassende Statements & Empfehlungen

<b>Konsensbasiertes Statement 3.S1</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Die Lagerung ist eine gemeinsame interdisziplinäre und interprofessionelle Aufgabe	

<b>Konsensbasiertes Statement 3.S2</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Die konkrete Verantwortlichkeit für die Lagerung ist aufgeteilt nach unterschiedlichen Phasen: Präoperative P. (Anästhesist), intraoperative P. (Operateur), bewusste intraoperative Lagerungsänderung (Operateur), postoperative P. (Anästhesist).	



## Dokumentation

### Zusammenfassende Statements & Empfehlungen

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E1</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Bei Vorliegen von patienten-spezifischen Risikofaktoren oder bei Lagerungsmethoden, bei denen bestimmte Lagerungsschäden als eingriffsimmanent angesehen werden müssen (z. B. und v. a. bei absehbar langdauernden Eingriffen in Steinschnittlage), sollte über spezifische mögliche Lagerungsschäden (z. B. das Kompartmentsyndrom) ärztlich aufgeklärt werden.	

<b>Konsensbasiertes Empfehlung 3.E2</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Die Dokumentation über die Lagerung kann durch den Verweis auf hausinterne hinterlegte verbindliche Lagerungsstandards erfolgen. Eine Abweichung von den Standards ist zu dokumentieren.	



## Dokumentation

### Zusammenfassende Statements & Empfehlungen

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E3</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei nicht vorhandenen verbindlichen Standards soll eine detaillierte Beschreibung der Lagerung und der verwendeten Hilfsmittel (Gelmatten etc.) im Protokoll bzw. OP-Bericht erfolgen.	

<b>Konsensbasiertes Statement 3.S3</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Intraoperative Kontrollen der richtigen Lagerung durch den Operateur müssen nicht jedes Mal besonders dokumentiert werden, zweckmäßig ist jedoch ein Verweis auf routinemäßige Kontrollen z.B. im OP-Protokoll oder –Bericht.	
Literatur: (21)	



## Dokumentation

### Zusammenfassende Statements & Empfehlungen

<b>Konsensbasiertes Statement 3.S4</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Die resultierende Lage nach intraoperativ vorgenommenen Lagerungsänderungen (z.B. Änderung klassische Steinschnittlage in Steinschnittlage flach) ist in der Verantwortung des Operateurs, soll kontrolliert und der Vorgang entsprechend dokumentiert werden. Dabei ist Umfang und Art der Kontrolle nicht spezifiziert.	



# Allgemeine und spezifische Aspekte zur korrekten Lagerung



## Allgemeine und spezifische Aspekte zur korrekten Lagerung

### Allgemeine Lagerungsempfehlungen für alle Lagerungsformen

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Operativen Einheiten sollen Lagerungsstandards vorhalten, diese allgemein zugänglich hinterlegen, diesen interdisziplinär und interprofessionell kommunizieren, und in regelmäßigen Abständen hinsichtlich inhaltlicher Aktualität überprüfen.

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

In OPs soll eine ausreichende Menge und Qualität an Lagerungsmaterialien vorgehalten werden. Art und der Umfang der Anschaffung sollten am Patientenkollektiv und dem Stand der Wissenschaft ausgerichtet sein. Insbesondere bei adipösen Patientinnen sollen Tische verwendet werden, die eine entsprechende Gewichtsspezifikation aufweisen.

## Allgemeine und spezifische Aspekte zur korrekten Lagerung

### Allgemeine Lagerungsempfehlungen für alle Lagerungsformen

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E6</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Lagerungsrelevante Co-Morbiditäten und Zustände sollten präoperativ erhoben und bei der Lagerung berücksichtigt werden (ASA, AORN). Hierzu gehören das Vorhandensein von Endoprothesen, Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit, anatomische Varianten (sofern präoperativ bekannt).	
Literatur: (9, 10)	

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E7</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Lagerung und eventuelle Umlagerungen sollen durch eine ausreichende Anzahl an Personen durchgeführt werden (AST, AORN), um Patientensicherheit und Ergonomie für das Personal zu gewährleisten.	
Literatur: (11, 9)	

## Allgemeine und spezifische Aspekte zur korrekten Lagerung

Allgemeine Lagerungsempfehlungen für alle Lagerungsformen

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E8</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei Umlagerung auf den OP-Tisch sollte die Patientin nicht gezogen sondern mit geeigneten Lagerungshilfen (Rutschbretter, Lift) möglichst reibungsarm bewegt werden, um Hautverletzungen durch Scherkräfte zu vermeiden (AST).	
Literatur: (11)	

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E9</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
OP-Unterlagen sollen trocken und faltenfrei sein.	

## Allgemeine und spezifische Aspekte zur korrekten Lagerung

Allgemeine Lagerungsempfehlungen für alle Lagerungsformen

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E10</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Körperteile sollen nicht über den Rand des Tisches hängen, das (knöcherne) Gesäß soll nicht über die Tischkante hängen (AST, AORN).	
Literatur: (11, 9)	

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E11</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Eine Unterpolsterung des Kopfes soll vorgenommen werden, damit die Halswirbelsäule (HWS) sich in Neutralposition befindet und keine Druckstelle am Hinterkopf entsteht.	

## Allgemeine und spezifische Aspekte zur korrekten Lagerung

### Allgemeine Lagerungsempfehlungen für alle Lagerungsformen

Konsensbasierte Empfehlung 3.E12	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Bei der Lagerung von Schwangeren bei anderen operativen Eingriffen (Einlingsschwangerschaft) kann zur Vermeidung eines Vena-Cava-Kompressionssyndroms ab dem späteren zweiten Trimenon weiterhin eine 15% Linksseitenlage oder ein rechts-lumbaler Lagerungskeil verwendet werden (Cochrane).	
Literatur: (2)	

## Allgemeine und spezifische Aspekte zur korrekten Lagerung

### Allgemeine Empfehlungen Steinschnittlage (Good Practice Points)

Konsensbasierte Empfehlung 3.E13	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei der Lagerung mit Beinhaltern sollen beide Beinhalter gepolstert und auf gleicher Höhe sein (AST, AORN)	
Literatur: (11, 9)	

Konsensbasierte Empfehlung 3.E14	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Die Beine sollen in Abhängigkeit von der Konstitution der Patientin (Adipositas, Mobilität der Gelenke etc.) von einer ausreichenden Zahl an Helfern in die Beinschalen hinein- und am Ende wieder herausgehoben werden, um z.B. eine lumbosacrale Verletzung und eine Hyperflexion d. Hüfte zu vermeiden (AST, AORN)	
Literatur: (11, 9)	

## Allgemeine und spezifische Aspekte zur korrekten Lagerung

### Allgemeine Empfehlungen Steinschnittlage (Good Practice Points)

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E15</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke ++</b>
Die Zeit in Steinschnittlage soll so kurz wie OP-technisch möglich gehalten werden (AORN).	
Literatur: (9)	

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E16</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Bei angelagerten Armen soll auf die Position der Hand, insbesondere der Finger geachtet werden, um Quetschverletzungen beim Bewegen der Beinstützen zu vermeiden (AORN).	
Literatur: (9)	



# Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Beschriebene Risikofaktoren für lagerungsbedingte Schäden

Patientenseitig	Assoziiertes Risiko
BMI <20 bzw. >30	Dekubitus, Neuropathie
Einschränkungen d. körperlichen Bewegungsfreiheit (Arthrose, Arthritis, M. Bechterew, Knie- und/oder Hüft-Endoprothesen, Arthrodesen etc.)	Neuropathie, Dekubitus
Lebensalter >70Jahre	Neuropathie, Dekubitus
Mangelernährung	Dekubitus
pAVK	Neuropathie
Rauchen u. COPD	Neuropathie d. unteren Extremität, Dekubitus
anatomische Varianten (Halsrippen etc.)	Neuropathie
Vorbestehende Neuropathien	Neuropathie, Dekubitus



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

Beschriebene Risikofaktoren für lagerungsbedingte Schäden

Eingriffsspezifisch	Art d. Risikos
„lange“ OP-Dauer (>4 Stunden)	Dekubitus, Neuropathie, Kompartmentsyndrom
Eingriffe in Steinschnittlage	
Eingriffe mit starker Trendelenburglagerung	

## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Neuropathien

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E17

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Ausmaß und Dauer einer Trendelenburglagerung sollte unter Abwägung operationstechnischer Kriterien so gering wie erforderlich sein.

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E18

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Lagerung des Kopfes in entsprechenden Vorrichtungen wird empfohlen, längere Hyperextension oder Lateralflexion/Rotation sollte vermieden werden (AORN, ASA)

Literatur: (3)(9, 10)



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Neuropathien

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E19

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Armausleger sollten so ausgerichtet werden, dass ein Absinken der Schulter verhindert wird.

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E20

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Das intraoperative Rutschen auf dem OP-Tisch soll vermieden werden (AORN); Die Kombination von Schulterstützen mit nichtrutschenden OP-Auflagen sollte einer alleinigen Verwendung von Schulterstützen vorgezogen werden.

Literatur: (9)

## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Neuropathien

Konsensbasierte Empfehlung 3.E21	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Schulterstützen sollen gepolstert werden, und der Kontaktpunkt in Höhe der Acromio-Clavicular-Gelenke liegen (AORN).	
Literatur: (9)	

Konsensbasierte Empfehlung 3.E22	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Bei der Verwendung von Schulterstützen sollte eine zusätzliche Abduktion des Armes vermieden bzw. minimiert werden. Die Abduktion soll keinesfalls >90° sein.	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Neuropathien

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E23</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Wenn Arme abduziert gelagert werden, dann sollte die Abduktion bis ca. 60° in Neutral-, darüber hinaus in Supinationsstellung erfolgen. Der Arm soll leicht im Ellenbogengelenk gebeugt und Unterarm durch Armhaltevorrichtung unterstützt werden. (AST, AORN).	

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E24</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Wenn der Arm auf Armlagerungsvorrichtungen ausgelagert wird, sollte der Arm in Supinationsstellung liegen (AORN, ASA).	
Literatur: (53, 9, 10)	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Neuropathien

Konsensbasierte Empfehlung 3.E25	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Das Fibulaköpfchen soll druckentlastend gelagert werden.	

Konsensbasierte Empfehlung 3.E26	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei Verwendung von Beinhaltern mit Tuchschlaufen soll das Bein nicht in Kontakt mit den Stangen der Halterung stehen (AORN).	
Literatur: (9)	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Neuropathien

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E27</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Eine Überdehnung der ischio-cruralen Muskulatur soll vermieden werden und die Hüftbeugung wenn möglich nicht $>90^\circ$ liegen.	
Literatur: (10)	

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E28</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Die Beugung im Hüftgelenk $>90^\circ$ bei Steinschnittlage sollte bei länger dauernden vaginalen Eingriffen vermieden werden.	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Neuropathien

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E29

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Extreme Abduktion und Außenrotation im Hüftgelenk sollten vermieden werden.

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E30

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Assistent soll sich nicht an der Oberschenkelinnenseite der Patientin abstützen (AORN)



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Neuropathien

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E31

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Abduktion der unteren Extremität  $>30^\circ$  (Steinschnittlage oder auch Split-Leg-Table) soll von einer Beugung im Hüftgelenk begleitet werden, um eine lagerungsbedingte Neuropathie d. N. obturatorius zu vermeiden. Der max. Abduktionswinkel sollte nicht  $>45^\circ$  liegen.



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Schäden durch Hochfrequenzchirurgie

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E32

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Die Patientin soll mit Ausnahme der EKG-Elektroden nicht mit elektrisch leitfähigem Material in Kontakt stehen.

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E33

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine adäquate Menge von Desinfektionsmittel soll verwendet werden um Pfützen zu vermeiden.



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Schäden durch Hochfrequenzchirurgie

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E34

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Neutralelektrode soll präoperativ in Originalgröße nah am OP-Feld unter Wahrung der Sterilität platziert werden.

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E35

Expertenkonsens

Konsensusstärke +

Die gesamte Fläche der Neutralelektrode soll Kontakt zur Haut der Patientin haben, stark behaarte Extremitäten soll enthaart werden (z.B. durch Clipping).



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Schäden durch Hochfrequenzchirurgie

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E36

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Es sollen keine Flüssigkeitsreste zwischen Haut und Neutralelektrode vorhanden sein, sowie kein zusätzliches Gel angewendet werden.

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E37

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Bei längeren Eingriffen (>3 Stunden) sollte der Urin abgeleitet werden.



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Schäden durch Hochfrequenzchirurgie

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E38</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke ++</b>
Schmuck soll präoperativ entfernt, wenn nicht entfernbar ggf. elektrisch isoliert abgeklebt werden, es soll kein Kontakt mit oder Anwendung von HF-Strom in der Nähe des geschmückten Körperbereichs bestehen.	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Dekubitalulzera

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E39</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Es sollten druckentlastende OP-Tischauflagen verwendet werden.	
Literatur: (81)	

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E40</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Bei der Verwendung von Hilfsmitteln soll darauf geachtet werden, dass das Gewicht des Beines sich über die ganze Wade verteilt und kein Druck auf die Achillessehne ausgeübt wird. Zur Verringerung des Risikos einer perioperativen DVT soll das Knie dabei leicht angewinkelt gelagert werden.	
Literatur: (12)	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Dekubitalulzera

Konsensbasierte Empfehlung 3.E41	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Die Auflagefläche des Körpers soll möglichst groß sein.	

Konsensbasierte Empfehlung 3.E42	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Einrichtungen sollten regelmäßige Schulungen zur perioperativen Dekubitusprophylaxe anbieten. Diese Schulungen sollten an Team und Organisation angepasst werden und folgende Aspekte beinhalten: Ätiologie und Risikofaktoren, Klassifikation, Differentialdiagnostik, Risikoassessment, Hautassessment, Dokumentation, Prophylaxe und Lagerungswechsel.	
Literatur: (13)	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Lagerungsbedingte Dekubitalulzera

<b>Konsensbasiertes Statement 3.S5</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Eine standardisierte Risikoeinschätzung wird nicht empfohlen. Alle Patientinnen sind als gefährdet zu behandeln.	

<b>Konsensbasiertes Statement 3.S6</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Der prophylaktische Einsatz von Wundauflagen (wie Hydrokolloidpflaster) zur Druckentlastung auf gesunder Haut an exponierten Körperstellen (über Knochenvorsprüngen) kann derzeit nicht empfohlen werden, da untersuchte Studien ein zu hohes Risiko der Verzerrung aufweisen und die Ergebnisinterpretation stark limitiert ist.	
Literatur: (13)	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Kompartmentsyndrom

<b>Konsensbasiertes Empfehlung 3.E43</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Die Dauer einer Lagerung in Steinschnittlage sollte auf ein notwendiges Minimum begrenzt werden (AST, AORN), insbesondere wenn kein Zugang zum Perineum bzw. der Vagina erforderlich ist. Mögliche Alternativen, wie z. B. eine Flachlagerung der Beine mit 45° Abduktion in leichter Hüftbeugung sollen erwogen werden.	
Literatur: (11, 9)	

<b>Konsensbasiertes Empfehlung 3.E44</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Wenn möglich, sollten die Beine im oder unterhalb des Niveaus des rechten Vorhofs positioniert werden.	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Kompartmentsyndrom

#### Konsensbasiertes Empfehlung 3.E45

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Die Dauer einer Trendelenburg-Lagerung sollte ebenfalls auf ein notwendiges Minimum beschränkt werden.

#### Konsensbasiertes Empfehlung 3.E46

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Es soll ein Verrutschen nach cranial von Patientinnen mittels geeigneter Lagerungshilfe vermieden werden.

## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Kompartmentsyndrom

#### Konsensbasiertes Empfehlung 3.E47

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Die Verwendung typischer Knie-Unterschenkel-Beinhaltern (Goepel) sollte vermieden werden. Wenn solche Beinhalter eingesetzt werden, soll eine zusätzliche Gelmattenpolsterung durchgeführt werden.

#### Konsensbasiertes Empfehlung 3.E48

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Sämtliche mit der Behandlung und Pflege der Patientin betrauten Personen sollten Kenntnis über die Möglichkeit und die klinischen Zeichen eines postoperativen KS nach langdauernden Operationen in Steinschnittlage haben.



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Kompartmentsyndrom

#### Konsensbasiertes Statement 3.S7

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Eine routinemäßige intraoperative Messung des Kompartimentdrucks ist nicht erforderlich.

#### Konsensbasiertes Empfehlung 3.E49

Expertenkonsens

Konsensusstärke +

Eine routinemäßige intraoperative Umlagerung der Beine z.B. alle drei Stunden, um den intrakompartimentalen Druck zu reduzieren, sollte nicht durchgeführt werden.



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Kompartmentsyndrom

Konsensbasiertes Statement 3.S8	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Treten sensorische oder motorische Ausfallerscheinungen nach einer Operation auf, so ist bei der perioperativen Verwendung eines rückenmarknahen Anästhesieverfahrens zum Ausschluss eines Kompartmentsyndroms differentialdiagnostisch ein Anästhesist hinzuziehen	



## Prävention typischer lagerungsbedingter Schäden in der Gynäkologie

### Vermeidung von perioperativer Hypothermie

<b>Konsensbasierte Empfehlung 3.E50</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Ein aktiver Schutz vor intraoperativer Hypothermie soll vorgenommen werden (s. S3-Leitlinie „Vermeidung intraoperative Hypothermie“).	
Literatur: (14)	