



**Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.**

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen  
Stand August 2010

- 4 Medizinrecht
- 4.4 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 4.4.3 Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe

---

*Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR)*

## **Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe**

AWMF 015/030 (S1)

### **Inhalt**

1. Vorbemerkung
2. Die ärztliche Beratung während der Schwangerschaft
3. Die einzelnen Entbindungsstätten und Versorgungsstufen
  - 3.1 Hausgeburt und Entbindung im Geburtshaus
  - 3.2 Praxisgeburt
  - 3.3 Entbindung im Belegkrankenhaus oder in der Belegabteilung einer Vollanstalt
  - 3.4 Entbindung im Krankenhaus (Vollanstalt)
4. Allgemeine Grundsätze der Zusammenarbeit

### **1. Vorbemerkung**

Ärzte (Ärztinnen) und Hebammen (Entbindungspfleger) haben als Angehörige unterschiedlicher, aber gleichermaßen wichtiger Heilberufe in der Geburtshilfe ihren Beitrag zu der Spitzenstellung geleistet, die die deutsche Geburtsmedizin im Weltvergleich heute erreicht hat. Die Schwangere selbst entscheidet darüber, ob sie die Geburtshilfe einer freiberuflich tätigen Hebamme oder ärztliche Geburtshilfe in Anspruch nehmen will. Im ersten Fall besitzt die Hebamme die Erstkompetenz, die jedoch ihre Grenze findet, sobald sich Komplikationen abzeichnen, zu deren Beherrschung ärztliche Hilfe nötig ist. Diese Grenze zu erkennen, gehört zu den besonders verantwortungsvollen Aufgaben der Hebamme. Im zweiten Fall liegt die Erstkompetenz beim Arzt, der darüber befindet, in welchem Umfang er bestimmte Aufgaben der Geburtshilfe durch eine sinnvolle, an Leistungsvermögen und Berufserfahrung orientierte Arbeitsteilung selbst wahrnimmt oder der Hebamme überlässt. Auch die Kassenpatientin hat nach §§ 195, 196 RVO das Recht, ärztliche Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen, und zwar auch dann, wenn nichts auf eine Risikogeburt hinweist. Weit über 90% aller Schwangeren machen von dieser Möglichkeit Gebrauch, zumeist im Wege stationärer Entbindung, weil diese in der Regel das wünschenswerte Höchstmaß an Sicherheit bietet. Aber gerade auch bei der klinischen Geburtshilfe ist die Mitarbeit der Hebamme unverzichtbar.

So sind sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Bereich Ärzte und Hebammen auf Zusammenarbeit angewiesen. Dabei können Rechtsfragen auftauchen,

in welchem Umfang jede Seite zur Tätigkeit berechtigt und verpflichtet ist, wie die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche gegeneinander abzugrenzen sind und inwieweit Weisungsrechte und Abhängigkeiten bestehen, also von vertikaler oder horizontaler Arbeitsteilung auszugehen ist.

Die folgenden Empfehlungen und Hinweise sollen zur Klärung solcher Rechtsfragen in der Praxis beitragen.

## **2. Die ärztliche Beratung während der Schwangerschaft**

Wie die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AGMedR) bereits in ihren Empfehlungen zu den ärztlichen Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung und bei der Geburtshilfe im Einzelnen ausgeführt hat, gehört es zu den ärztlichen Pflichten bei der Schwangerenberatung, mit der Patientin rechtzeitig zu besprechen, wo und von wem Geburtshilfe geleistet werden soll. Will sich die Schwangere zur Hausgeburt oder Entbindung in einem Geburtshaus entschließen, muss sie wissen, dass sie damit gewisse Risiken für sich und ihr Kind eingeht, weil die Kompetenz der freiberuflich tätigen Hebamme trotz guter Ausbildung und auch bei reicher Berufserfahrung endet, sobald gewisse Komplikationen im Geburtsverlauf auftreten. Deshalb darf der Hinweis nicht fehlen, dass auch nach problemlosem Verlauf der Schwangerschaft unter der Geburt unvorhergesehene Komplikationen auftreten können, die schnelle ärztliche Hilfe und womöglich auch operative Eingriffe erfordern, eine hierfür nötige Verlegung ins Krankenhaus in einem fortgeschrittenen Stadium dann aber nicht mehr oder nur noch mit erheblichen Risiken für Mutter und Kind möglich ist.

Zeichnet sich bereits eine Risikogeburt ab, ist der Schwangeren unbedingt eine Versorgungsstufe vorzuschlagen, in der ärztliche Geburtshilfe, auch in Gestalt operativer Eingriffe, sowie notfalls sofortige kinderärztliche Anschlussbehandlung gewährleistet sind. Bei entsprechenden Risiken ist entsprechend den Vorgaben des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) auf die zuständigen klinischen Einheiten zu verweisen. Will die Schwangere diesem Rat nicht folgen, ist ihr das damit für sie selbst und ihr Kind eingegangene Risiko eindringlich deutlich zu machen und dieser Hinweis zu dokumentieren, am besten auch im Mutterpass.

## **3. Die einzelnen Entbindungsstätten und Versorgungsstufen**

### 3.1 Hausgeburt und Entbindung im Geburtshaus

Auf dieser Versorgungsstufe werden in der Regel zunächst nur frei praktizierende Hebammen tätig. Ihre Arbeit ist in den meisten Bundesländern in den letzten Jahren in Hebammenberufsordnungen näher geregelt worden, die in der Form von Rechts- oder Verwaltungsvorschriften ergangen sind. Bei dieser Rechtsetzung haben die Länder europarechtliche Vorgaben, namentlich die Richtlinie des Rates 80/150/EWG vom 21.1.1980, zu beachten. Artikel 4 dieser Richtlinie enthält den Auftrag an die Mitgliedstaaten, dafür Sorge zu tragen, dass Hebammen die in dieser Vorschrift aufgeführten Aufgaben grundsätzlich in eigener Verantwortung erfüllen können. Die Hebammenberufsordnungen, die sich an dieser Richtlinie orientieren, weichen zwar in Einzelheiten voneinander ab, stimmen aber im We-

sentlichen darin überein, dass die Hebamme auf Regelwidrigkeiten und Risikofaktoren zu achten und ggf. für Zuziehung des Arztes oder Einweisung ins Krankenhaus zu sorgen hat.

In der Regel liegt in der Wahl dieser Entbindungsstätte jedoch der Verzicht auf jederzeit präsente ärztliche Geburtshilfe. Freiberuflich tätige Hebammen können zwar mit niedergelassenen Frauenärzten eine ständige Kooperation vereinbaren, um im Bedarfsfall schnell auf die Hilfe eines bestimmten Arztes zurückgreifen zu können. Es besteht jedoch keine ärztliche Berufspflicht, sich auf eine solche auf Dauer angelegte Zusammenarbeit einzulassen. Findet der Arzt sich hierzu bereit, sollten klare und schriftlich niedergelegte Absprachen darüber getroffen werden,

- in welcher Situation der Arzt zu benachrichtigen ist und zu erscheinen hat,
- welche Tätigkeiten der Geburtshilfe der Hebamme auch in diesem Fall verbleiben,
- inwieweit sie bereit ist, sich den Weisungen des Arztes zu unterwerfen und als dessen Gehilfin tätig zu werden, und
- wem die Dokumentation des Geburtsverlaufs obliegt.

Der Arzt sollte wissen, dass er bei solcher Kooperation seine ständige Erreichbarkeit und rasche Präsenz gewährleisten muss, dabei auch Beeinträchtigungen seiner Sprechstunde in Kauf zu nehmen und bei jeder Abwesenheit für Vertretung zu sorgen hat. Er muss ferner eine Zusammenarbeit mit einer geburtshilflichen Abteilung sicherstellen und darauf achten, dass diese Form regelmäßiger aktiver ambulanter Geburtshilfe von seiner Haftpflichtversicherung gedeckt ist.

Wo Absprachen über eine solche Zusammenarbeit fehlen, ist der niedergelassene Arzt – außerhalb seiner Teilnahme am allgemeinen Notfalldienst – nur aufgrund seiner allgemeinen Hilfeleistungspflicht gehalten, in Notfällen die ihm mögliche und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten zumutbare Hilfe außerhalb seiner Praxisräume zu leisten. Für eine solche nur vereinzelt in Notfällen geleistete Geburtshilfe benötigt der Arzt, der sonst keine Geburtshilfe leistet, keine diese Tätigkeit besonders abdeckende Haftpflichtversicherung.

Niemals darf der Arzt im Notfall seine Hilfe mit der Begründung verweigern, die Hebamme oder auch die Schwangere selbst hätten die Notsituation verschuldet oder es seien bereits schwere Fehler bei der Geburtshilfe begangen worden. Für Fehler, die vor seiner Zuziehung gemacht worden sind, hat der Arzt nicht einzustehen, weil die Hebamme insoweit nicht als seine Gehilfin tätig geworden ist. Zu seinem Schutz sollte er jedoch den vorgefundenen Zustand genau dokumentieren, um die Grenze seiner beginnenden Verantwortung klar zu markieren, und diese Aufzeichnung nach Möglichkeit von der Hebamme mit unterzeichnen lassen.

Klinikärzte, die nicht als Notärzte eingesetzt sind, dürfen während ihres Dienstes oder Bereitschaftsdienstes auch in Notfällen grundsätzlich nicht außerhalb des Krankenhauses ärztlich tätig werden, weil sie damit ihre dem Krankenhaus gegenüber bestehende Präsenzpflcht verletzen würden. Selbst ein in der Nähe eines Krankenhauses eingerichtetes Geburtshaus darf deshalb nicht damit rechnen und schon gar nicht damit werben, dass ihm im Notfall von Seiten des Krankenhauses schnelle ärztliche Hilfe zuteil werden kann.

### 3.2 Praxisgeburt

Entscheidet sich die Schwangere für die Entbindung in der Praxis eines niedergelassenen Frauenarztes, hat sie Anspruch auf den Standard einer fachärztlich geleisteten ambulanten Geburtshilfe. Der Arzt hat nach § 4, Abs. 1, Satz 2 HebG die Pflicht, für die Zuziehung einer Hebamme zu sorgen. Er kann sich der Mitwirkung einer bei ihm fest angestellten Hebamme, aber auch einer von Fall zu Fall zugezogenen freiberuflich tätigen Hebamme bedienen, auf deren Auswahl die Schwangere Einfluss nehmen kann.

Im ersten Fall haftet der Arzt für Fehler, die die Hebamme als seine Gehilfin begeht. Aber auch im zweiten Fall hat er für die Fehler der Hebamme einzustehen, soweit sie nach seinen Weisungen und als seine Gehilfin tätig wird.

Bedient sich der Arzt bei der Geburtshilfe statt einer Hebamme nur der Mitwirkung einer Arzthelferin und kommen Mutter oder Kind bei der Geburt zu Schaden, muss der Arzt unter Umständen mit einer Umkehr der Beweislast rechnen. In diesem Fall müsste er beweisen, dass der Schaden auch bei Mitwirkung einer Hebamme nicht zu vermeiden gewesen wäre.

Schäden, die daraus erwachsen, dass eine Risikogeburt nicht rechtzeitig erkannt und die Schwangere deshalb nicht oder nicht rechtzeitig ins Krankenhaus verlegt worden ist, in der Praxis operative Eingriffe unter unzulänglichen Bedingungen vorgenommen worden sind oder zur Versorgung des Neugeborenen nicht rechtzeitig ein Pädiater zugezogen worden ist, gehen unter dem rechtlichen Gesichtspunkt des Übernahmeverschuldens zu Lasten des für die Praxisgeburt verantwortlichen niedergelassenen Arztes.

Anders als bei der Hausgeburt und Entbindung im Geburtshaus trägt bei der Praxisgeburt der Arzt die Verantwortung für eine gehörige Dokumentation des Geburtsverlaufs, mag er sie im Einzelnen auch einer Hebamme überlassen können<sup>1</sup>.

### 3.3 Entbindung im Belegkrankenhaus oder in der Belegabteilung einer Vollenstalt

Hier müssen verschiedene Vertragsgestaltungen unterschieden werden.

#### *3.3.1 Vertrag mit Beleghebamme*

In den (seltenen) Fällen, in denen die Schwangere nur in Vertragsbeziehungen zu einer Beleghebamme tritt, ist die rechtliche Situation ähnlich einer Hausgeburt, freilich mit dem Unterschied, dass die Entbindung im Krankenhaus stattfindet, also unter besseren Arbeitsbedingungen und schneller erreichbarer ärztlicher Hilfe. Die Schwangere hat jedoch nur Anspruch auf den Standard einer (Beleg-)Hebammen-Geburtshilfe. Wird ärztliche Hilfe notwendig, gelten die Ausführungen zu 3.1 entsprechend. Erst wenn der Arzt wirklich zugezogen wird, entstehen auch zu ihm Vertragsbeziehungen und setzt seine Verantwortung ein.

---

<sup>1</sup> Vgl. Empfehlungen zur Dokumentation der Geburt – Das Partogramm. Frauenarzt 1996; 39 (7): 1061–1063.

Bei der Gestaltung des Beleghebammenvertrags ist darauf zu achten, dass die im Krankenhaus geltenden Organisationsstatuten und Dienstanweisungen in den Vertrag mit einzogen werden (zum Organisationsstatut siehe unter 4.).

### 3.3.2 Vertrag mit Belegarzt

Weit häufiger tritt die Schwangere, die in einem Belegkrankenhaus oder einer Belegabteilung entbunden werden will, von vornherein in Vertragsbeziehungen zum Belegarzt, der sie in der Regel schon während der Schwangerschaft betreut und zur Entbindung stationär aufnimmt. Wie bei der Praxisgeburt (siehe oben 3.2) hat der Belegarzt dafür Sorge zu tragen, dass eine Hebamme zugezogen wird. Auch hier kann er sich entweder einer (von ihm allein oder gemeinsam mit anderen Belegärzten) fest angestellten Hebamme oder einer von Fall zu Fall zugezogenen freiberuflich tätigen Hebamme bedienen. Er kann auch auf Anstaltshebammen des Krankenhauses zurückgreifen. Nur in diesem Fall kommt bei Fehlern der Anstaltshebamme auch eine Haftung des Krankenhausträgers in Betracht. In den anderen Fällen gelten dieselben Haftungsregeln wie bei der Praxisgeburt.

Beim Vertrag mit einem Belegarzt will die Schwangere den fachärztlichen Standard klinischer Geburtshilfe in Anspruch nehmen. Um diesen zu gewährleisten, gehört es zu den Aufgaben und Befugnissen des die Belegabteilung leitenden Arztes, die Zusammenarbeit mit der Hebamme zu regeln, und zwar durch den Vertrag, durch den einer freiberuflich tätigen Hebamme die Arbeit in der Belegabteilung gestattet wird, im Übrigen durch Organisationsstatut (Dienstanweisung). Insoweit gelten die Ausführungen zu 3.4 entsprechend.

### 3.4 Entbindung im Krankenhaus (Vollanstalt)

Begibt sich die Schwangere zur Entbindung in ein Krankenhaus, hat sie Anspruch auf den Standard einer fachärztlich geleiteten klinischen Geburtshilfe, und zwar differenziert danach, ob es sich um ein Haus der Grund- und Regelversorgung, ein Schwerpunktkrankenhaus oder ein Haus der Maximalversorgung handelt. Falls sie nicht ausdrücklich darauf verzichtet, darf sie erwarten, dass die Geburt von einem bestimmten Stadium an unter der Leitung und Verantwortung eines Arztes stattfindet.

Die Arbeit der Hebammen wird in Vollanstalten in der Regel von Anstaltshebammen wahrgenommen. Jedoch kann auch freiberuflich tätigen Hebammen die Mitarbeit im Krankenhaus vertraglich gestattet werden. Gleichgültig, ob die fest angestellten Hebammen der Pflegedienstleitung oder einer anderen Stelle oder Person unterstellt sind, hat in jedem Fall der die Geburtshilfeabteilung leitende Arzt die Aufgabe, über den Einsatz seiner Ärzte und Hebammen zu bestimmen, ihnen ihre Aufgaben- und Verantwortungsbereiche zuzuweisen und für eine sinnvolle Arbeitsteilung zu sorgen. Er ist dabei nicht an Artikel 4 der oben genannten Richtlinie 80/150/ EWG gebunden. Wenn die Schwangere mit dem Aufsuchen eines Krankenhauses ärztliche Geburtshilfe in Anspruch nimmt, ist es Ausfluss der Organisationsgewalt und des Weisungsrechts des Chefarztes, näher zu bestimmen, welche Aufgaben bei der Geburtshilfe den ärztlichen Mitarbeitern vorbehalten bleiben und welche von den Hebammen und dem nichtärztlichen Pflegepersonal wahrzunehmen sind.

Das gilt im Übrigen nicht nur für Anstaltshebammen. Soweit freiberuflich tätigen Hebammen eine Mitarbeit im Krankenhaus gestattet wird, muss mit ihnen vertraglich vereinbart werden, dass sie ebenso wie die Anstaltshebammen der Organisationsgewalt und dem Weisungsrecht des Chefarztes unterliegen.

Hierzu ein Urteil des OLG Köln, in dem es heißt:

„Wer sich zur Entbindung in eine voll ausgestattete und auf Geburten spezialisierte Klinik begibt, möchte auch dann nicht auf eine umfassende ärztliche Betreuung im Rahmen eines totalen Krankenhausvertrags verzichten, wenn er eine externe Hebamme zur Geburt mitbringen will (Rn 41).

Der Krankenhausträger muss bereits beim Besichtigungstermin klarstellen, dass er bei Einschaltung einer externen Hebamme die medizinische Verantwortung zur Geburtsleitung ausschließlich bei dieser sehen will (Rn. 42).

Gestattet der Krankenhausträger einer Gebärenden aktiv durch Vorhalten entsprechender Listen, eine freiberufliche Hebamme hinzuzuziehen, ist ein dieser unterlaufener Behandlungsfehler ihr zuzurechnen, denn diese übernimmt die Geburtsleitung als Erfüllungsgehilfin innerhalb der übergeordneten Kompetenz des leitenden Arztes (Rn. 54).

Unklarheiten über Art und Umfang des Pflichten des krankenhausesärztlichen Personals und der externen Hebammen gehen zu Lasten des Krankenhausträgers (Rn. 55).

(OLG Köln 5. Zivilsenat; Entscheidungsdatum 31.1.2005 AZ: 5 U 130/01)

Für das Organisationsstatut einer geburtshilflichen Abteilung kommen besonders folgende Punkte in Betracht.

Es empfiehlt sich die Anordnung, dass von der Aufnahme einer Schwangeren zur Entbindung ein Arzt der gynäkologischen Abteilung unterrichtet wird und er die Schwangere in angemessenem zeitlichen Intervall selbst sieht. Zusätzlich sollte eindeutig bestimmt sein, ab wann der Arzt auch bei normalem Geburtsverlauf ununterbrochen anwesend zu sein hat. Hierfür bietet sich spätestens der Beginn der Pressperiode an.

Bis zu diesem Zeitpunkt entspricht es bewährter Übung, dass die Hebamme die Schwangere in eigener Verantwortung, wenn auch als Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfin des Arztes, betreut. Dazu gehört insbesondere die Vorbereitung auf die Geburt, ein Entspannungsbad, das Anlegen eines CTG sowie dessen laufende Kontrolle und generell die Beobachtung der Schwangeren. Ob auch die Aufnahmeuntersuchung von der Hebamme durchgeführt werden darf, ist im Hinblick auf ein ablehnendes Urteil des OLG Stuttgart strittig. Sachverständig beraten vertritt dieses Gericht die Auffassung, dass die Aufnahmeuntersuchung stets durch einen Arzt der geburtshilflichen Abteilung vorzunehmen sei. Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht teilen in Übereinstimmung mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe diese Auffassung nicht, denn die in vielen geburtshilflichen Abteilungen gelebte Übung, die Be-

rufsordnungen für Hebammen und deren durch ein Staatsexamen abgeschlossene Ausbildung implizieren eben gerade die Delegationsfähigkeit der Aufnahmeuntersuchung. Dies findet seine Parallele in der Überwachung des normalen Geburtsverlaufs, die unstreitig durch Hebammen erfolgen kann.

Diese Aussage gilt allerdings nur für die Kreißsaal-Aufnahme einer risikofreien Gebärenden mit voraussichtlich normalem Geburtsverlauf. In Fall einer Gebärenden mit Schwangerschafts- oder Geburtsrisiken ist der Arzt unverzüglich zu informieren. Im Übrigen ist eine Information des in der geburtshilflichen Abteilung tätigen Arztes in einer der klinischen Situation angemessenen Frist über die erfolgte Aufnahme der Gebärenden obligat.

Ebenso obliegen der Hebamme nach der Geburt die Versorgung des Neugeborenen und die Beobachtung des Wochenbettverlaufs. Das alles bedarf meist keiner besonderen Regelung. Wohl aber empfehlen sich klare Bestimmungen darüber, ob der Hebamme z. B. ohne ärztliche Verordnung die Verabreichung oder Injektion betäubungsmittelfreier krampflösender oder schmerzstillender Medikamente, von Wehenmitteln oder Mutterkornpräparaten, von wehenhemmenden Mitteln oder Lokalanästhetika, das Anlegen der Elektrode am kindlichen Kopf, das Legen eines Intrauterinkatheters, eine Episiotomie sowie die Naht eines Dammschnittes oder Dammrisses, die manuelle Lösung der Plazenta und die manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter überlassen sind. Auch wenn die Hebammenordnungen einzelner Länder in unterschiedlicher Weise diese Tätigkeiten der Hebammen unter bestimmten Voraussetzungen gestatten, ist es zulässig und oft ratsam, bei der klinischen Geburtshilfe einen entsprechenden Arztvorbehalt auszusprechen.

Besonders wichtig und oft regelungsbedürftig ist jedoch, auf welche Risikofaktoren die Hebamme zu achten und wann sie unabhängig vom Geburtsfortschritt den Arzt zu benachrichtigen und dieser zu erscheinen hat. Arzt und Hebammen müssen wissen, dass hier der meiste Konfliktstoff liegt und Fehler in diesem Bereich am häufigsten zur Haftung mit weit reichenden Folgen führen. Je größer das Krankenhaus, desto dringender ist es, hier ein Risikomanagement zu entwickeln, das die unverzügliche Präsenz nicht eines Arztes schlechthin, sondern eines geburtshilflich erfahrenen Arztes oder sogar des Oberarztes sicherstellt.

Zur Aufzählung solcher Facharzt- oder Oberarztindikationen im Organisationsstatut kommen namentlich in Betracht (wobei zwischen absoluter und relativer Indikation unterschieden werden kann):

- a) nicht normales CTG,
- b) pathologische MBU (pH-Wert < 7,20),
- c) Blutungen unter der Geburt,
- d) Nabelschnurvorfal,
- e) Lageanomalien (Beckenendlage, Querlage, Schräglage, Schulterdystokie<sup>2</sup>,
- f) Mehrlinge,
- g) drohende Frühgeburt vor der 32. SSW,
- h) vorzeitiger Blasensprung,
- i) grünes oder blutiges Fruchtwasser,

<sup>2</sup> Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention, Management. Frauenarzt 1998; 39 (9): 1369–1370.

- j) Erstgebärende über 40 Jahre oder vorangegangene Geburt eines toten oder geschädigten Kindes,
- k) ernste mütterliche Erkrankungen (z. B. insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Eklampsie, Herzkrankheiten, Hypertonie, Herpesinfektion, HIV),
- l) Verdacht auf HELLP-Syndrom, Amnioninfektionssyndrom (Fieber der Mutter, Tachykardie des Fetus),
- m) Zustand nach Uterusoperation (inkl. Sectio),
- n) protrahierter Geburtsverlauf,
- o) Geburtseinleitung (Prostaglandingaben),
- p) operativer Eingriff (Vakuumentextraktion, Zangengeburt, Sectio),
- q) Versorgung von Dammrissen 3.Grades (DR III),
- r) unvollständige Plazenta, Störungen oder stärkere Blutungen (> 500 ml) in der Nachgeburtsperiode.

Schließlich sollte jede Rückverlegung einer unentbundenen Schwangeren aus dem Kreißaal auf die Station von der Entscheidung eines geburtshilflich erfahrenen Arztes abhängig gemacht werden.

Diese Empfehlungen bedeuten nicht, dass alle hier erwähnten Punkte zum Gegenstand ausdrücklicher und schriftlicher Dienstweisungen gemacht werden müssen. Je überschaubarer die Verhältnisse, je geringer die Personalfuktuation, je länger die Zusammenarbeit eingespielt und je besser Leistungsvermögen und Berufserfahrung der Hebamme vom Chefarzt zu beurteilen sind, desto eher wird sich dieser auf knappe, womöglich nur mündlich erteilte Anweisungen beschränken können. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass jedenfalls auf größeren Stationen ein eindeutiges Organisationsstatut am besten geeignet ist, Zwischenfälle und Schäden abzuwenden und die Verantwortlichen vor dem Vorwurf verletzter Organisations- und Aufsichtspflichten zu bewahren.

#### **4. Allgemeine Grundsätze der Zusammenarbeit**

Die Rechtsprechung geht von dem Grundsatz aus, dass der Arzt (spätestens) mit seinem Erscheinen und namentlich mit seiner Eingangsuntersuchung die Geburtsleitung übernimmt, gegenüber der Hebamme weisungsberechtigt wird und sie unter Umständen von diesem Zeitpunkt an auch während vorübergehender Abwesenheit des Arztes als seine Gehilfin tätig ist. Gerade jüngere Ärzte, die noch nicht den Facharztstatus besitzen, werden jedoch vielfach an praktischer Berufserfahrung der Hebamme unterlegen sein und sollten deshalb von einem formalen Weisungsrecht nur mit größter Zurückhaltung Gebrauch machen.

Im Übrigen muss jeder Arzt wissen, dass unabhängig davon, ob eine horizontale oder vertikale Arbeitsteilung anzunehmen ist, die Hebamme nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht hat, Bedenken gegen ärztliche Anordnungen oder Tätigkeiten zu erheben, wenn hiermit nach ihrer Überzeugung Gefahren für die Mutter oder das Kind verbunden sein können.

Jede Arbeitsteilung zwischen Arzt und Hebamme sollte die umfassende Berufsausbildung der Hebammen und ihre häufig erworbene praktische Berufserfahrung

berücksichtigen und sie bei aller Weisungsgebundenheit nicht auf den Status eines Heilhilfsberufs herabsetzen.

Schließlich ist zu bedenken, dass sich auch bei der klinischen Geburt die Schwangere in aller Regel längere Zeit unter der Betreuung der Hebamme als der des Arztes befindet und sich dadurch meist eine stärkere Beziehung zur Hebamme als zum Arzt entwickelt. Deshalb ist unbedingt darauf zu achten, dass nicht Schichtwechsel oder allzu formal gehandhabte Arbeitszeitvorschriften noch in der Austreibungsperiode zu einem Wechsel dieser Bezugsperson führen.

### **Erstfassung**

1999

#### Mitglieder der AG Medizinrecht 1999:

Prof. Dr. med. D. Berg, Amberg, Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen, Berlin, Prä-sOLG a.D. Dr. jur. H. Franzki †, Celle (2. Vorsitzender), Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken, RÄ C. Halstrick, München, VizePräsOLG Dr. jur. H. Hamann, Celle, Prof. Dr. med. H. Hepp, München, Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg (1. Vorsitzender), Prof. Dr. med. H.-D. Hiersche, Wiesbaden, Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig, Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle, Prof. Dr. med. M. Link †, Dresden, LtdOstÄ S. Nemetschek, Celle, RÄ B. Nolte, München, VRiOLG a.D. Dr. jur. F.-J. Pelz, Münster, Ass F.M. Petry, Detmold, RA Dr. jur. R. Ratzel, München, Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim, Prof. Dr. med. K. Renziehausen, Chemnitz, VRinOLG a.D. Dr. jur. P. Rumler-Detzel, Köln, Prof. Dr. med. T. Schwenzer, Dortmund, Dr. med. F. Staufer, Dachau, RA Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer, München, RA R. Wehn, München.

### **Überarbeitung**

2008

**Überarbeitung bestätigt** im Mai 2008 durch die Mitglieder der AG Medizinrecht und durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

---

### Mitglieder der AG Medizinrecht 2008

*Juristische Mitglieder:*

R. Baur, Hamm  
RÄ C. Halstrick, München  
Dr. jur. U. Hamann, Celle  
Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig  
Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle  
OStÄ S. Nemetschek, Celle  
Dr. jur. F.-J. Pelz, Münster  
RA F. M. Petry, Detmold  
Dr. jur. R. Ratzel, München  
Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen  
Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Regensburg  
Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer,  
München  
RA P. Weidinger, München

*Medizinische Mitglieder:*

Prof. Dr.med. D. Berg, Amberg  
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum  
Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen,  
Berlin  
Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken  
Prof. Dr. med. H. Hepp, München  
Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg  
Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt  
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim  
Prof. Dr. med. K. Renziehausen,  
Chemnitz  
Prof. Dr. med. T. Schwenger, Dortmund  
Dr. med. F. Staufer, Dachau  
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann,  
Aschaffenburg  
Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin  
Prof. Dr. med. H. Welsch, München  
Prof. Dr. med. A. Wischnik, Augsburg

Gültigkeit bestätigt durch die AGMedRecht und die DGGG im Juni 2010.

© DGGG 2010