



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

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen  
Stand August 2010

- 4 Medizinrecht
- 4.4 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 4.4.4 Empfehlungen zur Dokumentation der Geburt – Das Partogramm

---

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

**Empfehlungen zur Dokumentation der Geburt  
– Das Partogramm –  
AWMF 015/017 (S1)**

**Inhalt**

1. Einleitung
2. Wichtige Merksätze zur Dokumentation der Geburt
3. CTG
4. Zusammenfassende Beurteilung des Neugeborenen
5. Digitale Speicherung

**1. Einleitung**

Die Problematik der Geburtsdokumentation wird häufig unterschätzt. Nicht selten ist es für den Sachverständigen unmöglich, den Geburtsverlauf zu beurteilen, z.T. aufgrund elementarer Mängel, die leicht vermeidbar gewesen wären. Die Notwendigkeit einer sorgfältigen Dokumentation der Geburt kann nicht genug hervorgehoben werden. In vielen Fällen hat ausschließlich eine mangelhafte Dokumentation durch Umkehr der Beweislast zum ungünstigen Ausgang des Haftpflichtverfahrens geführt. Diese Tatsache war Anlass für die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht, Empfehlungen für die Dokumentation der Geburt zu erarbeiten und in der Überarbeitung besonders auf die Bedeutung dieser Dokumentation hinzuweisen, denn es gilt in der Regel: „Was nicht dokumentiert ist, hat nicht stattgefunden.“

Das Partogramm behandelt innerhalb der Gesamtdokumentation den Zeitraum der Geburt. Es entspricht in seiner Bedeutung einem OP-Bericht und soll den Geburtsverlauf so darstellen, dass auch dem fachkundigen Dritten eine Beurteilung über handelnde Personen, Zeiten, Maßnahmen, Beobachtungen und in besonderen Fällen anderen Überlegungen möglich ist.

Insgesamt hat die Dokumentation – auch des Geburtsverlaufs – heute folgende Aufgaben:

- Instrument zur chronologischen und graphischen Darstellung des Geburtsverlaufs,
- Gedächtnisstütze für den behandelnden Arzt,

- Information mit- und nachbehandelnder Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte,
- Information der Patientin.

Nicht zwingend erforderlich, aber zweckmäßig und sinnvoll ist die Dokumentation zur Information Dritter (Qualitätssicherung, Gutachter, Gericht, Krankenkassen).

Um den beteiligten und neu hinzukommenden Hebammen und Ärzten eine rasche und übersichtliche Information über Besonderheiten der Vorgeschichte und den aktuellen Geburtsverlauf zu vermitteln, sollte das Partogramm enthalten:

1. Vermittlung einer aktuellen und übersichtlichen Information über die Besonderheiten der Anamnese und jetzigen Schwangerschaft,
2. Information über Verlauf und Stand der Geburt.

Es wird ergänzt durch

- das CTG,
- evtl. durch OP-Berichte,
- durch Eingaben in das klinikübliche Programm der Qualitätssicherung.

Dabei wird der Zustand von Mutter und Kind post partum nach den Regeln der gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen erfasst.

Zusätzlich werden weitere Maßnahmen wie die Aufklärung über geburtshilfliche Operationen und die PDA, eine eventuelle Blenorrhoe-Prophylaxe, die Konaktion-Gabe etc. dokumentiert.

Für die Betreuung des Neugeborenen post partum gelten die entsprechenden Leitlinien (siehe [www.AWMF.de/Leitlinien](http://www.AWMF.de/Leitlinien)).

## **2. Wichtige Merksätze zur Dokumentation der Geburt**

Das Partogramm entspricht in seiner Bedeutung einem Operationsbericht. Es soll den Geburtsverlauf so darstellen, dass auch dem fachkundigen Dritten eine Beurteilung möglich ist.

Nicht nur die geburtshilfliche Operation, sondern auch die Nichtdurchführung eines zwar erwogenen, aber schließlich doch nicht durchgeführten Eingriffes und die Gründe hierfür sollten dokumentiert werden.

Im Falle geburtshilflicher Operationen ist zu empfehlen, handelnde Personen, Maßnahmen und Uhrzeiten sorgfältig und besonders ausführlich zu dokumentieren. So genügt der pauschale Eintrag „schwere Schulterentwicklung“ bei einer Schulterdystokie keinesfalls und führt häufig zu Missverständnissen. Sie hierzu die Leitlinie der AG Medizinrecht zur Schulterdystokie!

## **3. CTG**

Jedes CTG soll vom Arzt abgezeichnet werden.

Der Arzt soll sich auf eine Diagnose festlegen –am besten nach dem FIGO-Score:

- „pathologisch“,
- „suspekt“,
- „unauffällig“,
- „Wiederholung“ (wenn technisch mangelhaft);.

Jedes CTG muss mit Namen der Patientin, Datum und Uhrzeit versehen werden.

#### 4. Zusammenfassende Beurteilung des Neugeborenen

Apgar-Wert, pH, Gewicht, Länge, Kopfumfang,  
U1,  
Besonderheiten,  
evtl. Verlegung.

Das Geburtsprotokoll sollte zur Vermeidung widersprüchlicher Eintragungen abgeglichen und von Hebamme und Arzt unterschrieben werden!

**Tab. 1. Besonderheiten der Anamnese und jetzigen Schwangerschaft.**

Notwendige Stammdaten der Patientin	Name, Geburtsdatum, Wohnort, Ansprechpartner in Notfällen, Religion, Krankenkasse
Synopsis früherer Schwangerschaften	Anzahl der Schwangerschaften, Fehlgeburten, EUG, Mole, Geburten mit Angabe des Jahres, relevante Voroperationen  Tragzeit, Geburtsmodus, Geburtsverlauf, Kindsgewicht, „schwere oder lange“ Geburt, Zustand des Kindes, Geburtsverletzungen, sonstige Besonderheiten  Pathologie der Schwangerschaft, der Nachgeburtsperiode oder des Wochenbetts
Besonderheiten der jetzigen Schwangerschaft	z.B. Frühgeburt, Hypertonie, Diabetes, Rh-Inkompatibilität, fetale Retardierung, Einnahme von Medikamenten, Drogen, Nikotin etc.
Angaben zum Geburtstermin	errechneter Termin korrigierter Termin Tragzeit bei Kreißsaaleintritt
Angaben zum Geburtsbeginn	Zeitpunkt des Wehenbeginns Blasensprung? Fruchtwasserfarbe?
Wichtige serologische Angaben	Blutgruppe, Rh-Faktor, Infektionen (z.B. beta-hämolisierende Streptokokken nachgewiesen?) Allergien
Angaben zur Krankenhaus- und Kreißsaalaufnahme und zur Erstuntersuchung	Datum und Uhrzeit des Klinikeintritts Datum und Uhrzeit des Kreißsaaleintritts Datum und Uhrzeit der Erstuntersuchung Befunderhebung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wehentätigkeit,</li> <li>• Schmerzen,</li> <li>• Muttermundseröffnung,</li> <li>• Höhenstand des vorangehenden Teils,</li> <li>• Lage und Haltung des Kindes,</li> <li>• ggf. Pfeilnaht,</li> <li>• geschätztes Kindsgewicht,</li> <li>• Fruchtblase, Fruchtwasser (Abgang, -Farbe),</li> <li>• Aufnahme-CTG (normal, suspekt, pathologisch),</li> <li>• Blutdruck und Puls, ggf. Temperatur der Schwangeren</li> </ul>

**Tab. 2. Informationen über Verlauf und Stand der Geburt.**

<b>Dokumentation des Geburtsverlaufs</b>		
In tabellarischer Form	<p>Die Tabelle enthält Spalten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datum und Uhrzeit,</li> <li>• Befund/Anordnung/Besonderheiten/Aufklärung</li> <li>• Unterschrift von Hebamme oder Arzt</li> </ul>	<p>Hier sind alle erhobenen <b>Befunde</b> zeitgerecht zu dokumentieren und durch Unterschrift zu bestätigen. Erfasst werden sollten auch <b>Anordnungen und Maßnahmen</b> wie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständigung des Arztes bzw. Oberarztes,</li> <li>• Eintreffzeit des Hinzugezogenen,</li> <li>• Gabe von Medikamenten und Infusionen,</li> <li>• besondere Lagerung/Haltung der Gebärenden</li> </ul>
CTG	Jeder CTG-Streifen ist mit Namen der Patientin, Datum und Uhrzeit zu versehen.	<p>Die Zeitangaben des Kardiotokographen müssen mit der tatsächlichen Uhrzeit und allen anderen benutzten Uhren übereinstimmen.</p> <p>Die Eintragung von Befunden, Anordnungen und Maßnahmen auf dem CTG-Streifen gilt als Ersatz für Eintragungen im Partogramm.</p>
Gesonderte Berichte	geburtshilfliche Operationen (auch Nichtdurchführung einer erwogenen Operation)	Im Geburtsbericht ist die geburtshilfliche Gesamtsituation zu beschreiben, die zur Operation, bzw. deren Unterlassung führte. Es sind die Namen aller Beteiligten zu dokumentieren. Wichtig ist die sorgfältige Schilderung der Situation mit Angabe von Zeiten und Personen.
Das Partogramm sollte von Hebamme und Arzt unterschrieben werden.		

## 5. Digitale Speicherung

Ein elektronisches papierloses Dokumentationssystem muss so eingerichtet sein, dass

- die Daten mit den schriftlichen Aufzeichnungen und Registrierungen übereinstimmen, wenn sie lesbar gemacht werden<sup>1</sup>,
- während der Dauer der Aufbewahrungsfrist (10 Jahre) verfügbar sind und jederzeit in angemessener Zeit lesbar gemacht werden können,
- jede Eingabe die Feststellung von Datum, Uhrzeit und Angaben zur eingebenden Person ermöglicht,
- spurlose nachträgliche Änderungen auszuschließen sind.

<sup>1</sup> Zur Erläuterung: In Anlehnung an die Formulierungen in der Röntgenverordnung (§ 28, Abs. 3, 5 und 6).

Das Problem EDV-gestützter Dokumentation liegt

- in der im allgemeinen noch üblichen nachträglichen Manipulierbarkeit,
- in der fraglichen Reproduzierbarkeit: Es muss bezweifelt werden, dass zukünftige Lesegeräte in der Lage sein werden, Daten zu lesen, die vor mehreren Jahren abgespeichert wurden.

Digital erstellte Daten sollten daher zeitnah an die Eingabe ausgedruckt und handschriftlich abgezeichnet werden. Dadurch entstehen im Sinne der Rechtsprechung Urkunden, denen die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit zukommt. Im Gegensatz dazu ist eine ausschließlich digitale Speicherung von geringerem Beweiswert.

**Erstfassung**

1997

Mitglieder der AG Medizinrecht im Jahr 1997:

Prof. Dr. med. D. Berg, Amberg (1. Vorsitzender), Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken, Prof. Dr. med. E.J. Hickl, Hamburg, Ass jur. F.M. Petry, Detmold, Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim.

**Überarbeitung**

2008

**Überarbeitung bestätigt** im Mai 2008 durch die Mitglieder der AG Medizinrecht

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