



- 4 Medizinrecht
- 4.4 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 4.4.6 Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea

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

Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea

AWMF 015/054 (S1)

Inhalt

1. Entwicklungstendenzen in der Geburtshilfe
2. Begriffliche Klarstellung
 - 2.1 Indizierte Sectio
 - 2.2 Sectio auf Wunsch
3. Risiken der vaginalen und der Schnittentbindung
 - 3.1 Risiken für die Mutter
 - 3.2 Risiken für das Kind
 - 3.3 Primäre und sekundäre Sectio
 - 3.4 Abwägungsprozess und Mitsprache der Schwangeren
 - 3.5 Voraussetzungen, Planung und Durchführung einer Sectio auf Wunsch
 - 3.6 Planung und Durchführung
4. Rechtsfragen
 - 4.1 Zulässigkeit der Sectio auf Wunsch
 - 4.2 Aufklärung und Einwilligung
 - 4.3 Dokumentation
5. Fazit
6. Literatur
7. Abkürzungen

1 Entwicklungstendenzen in der Geburtshilfe

Die Zahl der Schnittentbindungen steigt weltweit immer mehr an. In Deutschland wurde vor 15 Jahren jedes sechste, heute wird bereits nahezu jedes dritte Kind durch Sectio geboren, wobei die Sectorate von Klinik zu Klinik stark variiert. Diese Entwicklung, die sich wahrscheinlich fortsetzen wird, ist Ausdruck einer sich wandelnden Einstellung vieler Schwangerer zur Geburt, aber auch einer vielfach veränderten ärztlichen Verhaltensweise und eines auf beiden Seiten gestiegenen Sicherheitsbedürfnisses.

Eine Umfrage bei geburtshilflich tätigen Ärztinnen in England (3) hat ergeben, dass sich 31 v.H. der Befragten für die eigene Person eine elektive Sectio auch ohne medizinische Indikation im engeren Sinne wünschten. Als Gründe werden Furcht vor Beckenbodenschädigungen, Dammverletzungen, postpartaler sexueller

Dysfunktion, Schädigung des Kindes und Wunsch nach Planbarkeit der Geburt angegeben.

Generell wollen Frauen in zunehmendem Maße von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen. Die deutsche Rechtsprechung räumt ihnen unter bestimmten Voraussetzungen ausdrücklich ein Mitspracherecht bei der Wahl des Entbindungsweges ein.

Aber auch auf Seiten der Ärzte ist ein Wandel zu beobachten. Medizinische Erkenntnisse zeigen, dass die Risiken der verschiedenen Entbindungsmöglichkeiten für Mutter und Kind anders als früher einzuschätzen sind. Daraus ergeben sich andere Aufklärungspflichten und Entscheidungsprärogativen für den Geburtshelfer. Mancher Arzt sieht sich auch aus Gründen, die mit der Größe, Besetzung und Organisation der geburtshilflichen Einheit zusammenhängen, mitunter wohl auch mangels oder aufgrund eigener (negativer) geburtshilflicher Erfahrung oder allein aus defensivmedizinischem Denken veranlasst, der Schnittentbindung den Vorzug zu geben.

Während einerseits unter dem Gesichtspunkt der Qualitätskontrolle geprüft wird, ob Kliniken sowohl mit überdurchschnittlichen als auch mit unterdurchschnittlichen Sectiofrequenzen Anlass zu Bedenken geben, und Haftpflichtversicherer erwägen, in beiden Fällen wegen eines gesteigerten Risikos die Versicherungsbeiträge höher zu bemessen, wird andererseits diskutiert, ob die Schwangere auch ohne jede medizinische Indikation eine Schnittentbindung verlangen kann und wie sich der Geburtshelfer in solchen Fällen zu verhalten hat. Es wird sogar die Frage aufgeworfen, ob die Entwicklung bereits dazu geführt hat, die Schnittentbindung als einen der vaginalen Geburt gleichwertigen Entbindungsweg anzusehen – was nicht zu bejahen ist. Andererseits wird von Hebammenseite die Forderung erhoben, nur noch die pathologische Geburt und namentlich die Geburtsschirurgie dem ärztlichen Aufgabenfeld zuzurechnen, während die vaginale Geburt als natürlicher Vorgang wieder mehr und mehr in die Hände der Hebammen übergehen sollte. Auch das ist nicht zu befürworten, will man nicht den hohen Standard, den die Geburtshilfe in Deutschland in den Nachkriegsjahrzehnten erreicht hat, gefährden.

Die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht kann die vielen Streitfragen, die mit der Sectioindikation verbunden sind, weder medizinisch noch juristisch verbindlich entscheiden. Sie will jedoch mit dieser Stellungnahme versuchen, für begriffliche Klarheit zu sorgen, über den aktuellen Stand der Risikobewertung informieren und durch medizinische und rechtliche Hinweise das Haftungsrisiko vermindern helfen.

2 Begriffliche Klarstellung

Um der begrifflichen Klarheit willen sollte zwischen der – mehr oder minder stark – medizinisch indizierten Sectio und der Sectio auf Wunsch, der kein erkennbares medizinisches Motiv zugrunde liegt, unterschieden werden.

2.1 Indizierte Sectio

a) Von einer **absoluten Indikation** ist zu sprechen, wo der Geburtshelfer aus zwingenden geburtsmedizinischen Gründen, namentlich zur Rettung von Leben und Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter, nur zu diesem Entbindungsweg raten kann. Beispiele dafür sind Querlage, absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, Beckendeformitäten, (drohende) Uterusruptur, Placenta praevia, vorzeitige Plazentalösung, fetale Azidose, Amnioninfektionssyndrom, Eklampsie, Nabelschnurvorfall und HELLP-Syndrom. Diese Indikationen machen weniger als 10 v.H. aller Schnittentbindungen aus.

b) Bei ca. 90 v.H. aller Schnittentbindungen liegt eine **relative Indikation** vor, bei der eine Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind geboten ist. Die häufigsten Fälle sind Beckenendlage, absolute fetale Makrosomie (über 4500 g), Verdacht auf relatives Missverhältnis zwischen Kindsgröße und mütterlichem Becken, Mehrlingsschwangerschaft, Status nach Sectio oder nach vaginal-plastischer Operation, pathologisches CTG, protrahierte Geburt, Geburststillstand und mütterliche Erschöpfung.

Äußern Schwangere von sich aus den Wunsch nach einer primären Sectio, wird dieser fast immer mit Angstgefühlen motiviert und ist deshalb den „weichen“ relativen, allgemein medizinischen Sectioindikationen zuzuordnen. Die Motive der Frauen lassen sich in drei Gruppen einteilen:

- Sicherheit für das Kind, besonders nach der Geburt eigener geburtsbeeinträchtigter Kinder oder von solchen aus dem Bekanntenkreis,
- Angst vor Schmerzen, besonders nach vorangegangener eigener schwerer, psychisch traumatisierter Entbindung oder entsprechenden Berichten aus dem Bekanntenkreis,
- Furcht vor eigenen organischen Spätschäden wie Senkung und Inkontinenz (gestörter Schließmuskelfunktion von Blase und Mastdarm), Sorge vor postpartalen Sexualstörungen oder Furcht vor Gefährdung eines Operationsergebnisses im Genitalbereich (z.B. Sphinkterplastik).

In der öffentlichen Diskussion, aber auch im medizinischen Sprachgebrauch wird der Begriff „Wunschsectio“ häufig auch für die schwächer medizinisch, überwiegend psychisch motivierte Sectio gebraucht. Das sollte jedoch vermieden werden, um die medizinisch indizierte Sectio begrifflich klar von der eigentlichen Wunschsectio ohne jede medizinische Indikation abgrenzen zu können.

Zu den relativ indizierten Schnittentbindungen zählen auch solche, zu denen sich der Arzt aus Gründen der Klinikorganisation und Personalbesetzung (Entbindung in der Kernarbeitszeit durch erfahrenes Personal, sofortige Bereitschaft der Sekundärabteilungen), aus Mangel an Erfahrung (z.B. bei der Leitung einer vaginalen BEL-Geburt), also namentlich aus einer prophylaktischen, womöglich defensiven Haltung heraus entschließt; denn auch dieses Vorgehen ist letztlich durch Sorge vor Schäden und haftungsrechtlicher Verantwortung geprägt. Wie sehr derartige Überlegungen eine Rolle spielen können, zeigt die Tatsache, dass in kleinen Abteilungen mit weniger als 500 Geburten im Jahr Schnittentbindungen zwischen 18.00 und 22.00 Uhr wesentlich häufiger durchgeführt werden als in größeren Einheiten.

2.2 Sectio auf Wunsch

Als Sectio auf Wunsch (auch „Sectio kraft Vereinbarung“ oder „Gefälligkeitssectio“ genannt) bleibt hiernach begrifflich nur der Fall, in dem keine medizinische Indikation ersichtlich ist. In Betracht kommen die Fälle, in denen aus beruflichen oder terminlichen Gründen Zeit und Ort der Entbindung im Voraus fest bestimmbar sein sollen (z.B. Tag der Jahrtausendwende oder Geburt unter einem günstigen Horoskop) oder die Teilnahme des Partners gewünscht wird, der zeitlich nicht frei verfügbar ist.

3 Risiken der vaginalen und der Schnittentbindung

Der Geburtshelfer kann eine Risikobewertung nur vornehmen und seine Aufklärungs- und Beratungspflicht nur erfüllen, wenn er über die aktuelle Risikoeinschätzung für Mutter und Kind bei beiden Entbindungswegen zutreffend informiert ist.

3.1 Risiken für die Mutter

3.1.1 Bei Schnittentbindung

Hauptgrund für die Ablehnung der Sectio durch den Arzt war lange Zeit und mit Recht die deutlich höhere mütterliche Sterblichkeit bei dieser Entbindungsart.

Durch Zusammenführung der Sectiozahlen der Bayerischen Perinatalerhebung (BPE, bis 1997) und der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (ab 1998) mit den Daten der seit 1983 laufenden Einzelfalluntersuchungen von Müttersterbefällen in Bayern (16) sind jetzt gesicherte Aussagen zum aktuellen landesweiten mütterlichen Sterblichkeitsrisiko bei der Sectio möglich.

Danach sank die Sectioletalität, d.h. das operations- und anästhesiebedingte Sterblichkeitsrisiko während und innerhalb von 42 Tagen nach der Schnittentbindung von 0,23‰ in den Jahren 1983 bis 1988 über 0,13‰ in den Jahren 1989 bis 1994 und 0,04‰ in den Jahren 1995 bis 2000 auf 0,02‰ in den Jahren 2001 bis 2006 (17).

Dies sind mit derzeit 492.229 Schnittentbindungen die bisher umfassendsten Analysen von Sectioletalitätsraten im deutschen Sprachraum und in Europa. Die Sectioletalität reduzierte sich von (Müttersterbefall pro Schnittentbindung) 1 : 4300 (1983 bis 1988) auf 1 : 57.300 (2001 bis 2006). Das Sterblichkeitsrisiko Vaginalgeburt vs. Sectio verminderte sich von 1 : 7,0 (1983 bis 1988) auf 1 : 2,6 (2001 bis 2006). Diese Entwicklung ist vor allem Fortschritten in der Operationstechnik, der Leitungsanästhesie, der Thromboseprophylaxe sowie im Antibiotikaeinsatz zu verdanken. Das Argument höherer Müttersterblichkeit verliert damit – vor allem bei elektiver Sectio – immer mehr an Bedeutung.

Es bleiben freilich ein spezifisches mütterliches Morbiditätsrisiko (z. B. Sekundärheilung mit unschöner Narbenbildung), und bei einer weiteren Schwanger-

schaft besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine erneute Sectio, eine Plazentationsstörung (Placenta praevia und/oder Placenta accreta, increta, percreta) und eine Uterusruptur.

Die quoad vitam bei weitem gefährlichste mütterliche Spätkomplikation bei Zustand nach Sectio ist nicht die Uterusruptur, sondern die Placenta praevia, häufig in Kombination mit einem oft erst intraoperativ diagnostizierten, infiltrierenden Tiefenwachstum der Plazenta. Bei Lokalisation im Bereich der alten Sectionarbe muss in bis zu 40% der Fälle mit derartigen Plazentationsstörungen gerechnet werden (1).

Neun mütterliche Verblutungstodesfälle bei Plazentationsstörungen im Zustand nach Sectio in der BPE und BAQ zwischen 1983 und 2007 (16, 17), vier identische Müttersterbefälle in einem anderen Bundesland 1992 bis 2002 (17), zehn derartige Verblutungsfälle in Großbritannien 1997 bis 2005 (9, 10, 11) und drei in Österreich 1991 bis 2006 (4) demonstrieren eindrucksvoll die zwingende Notwendigkeit eines generellen Risikomanagements bei Plazentationsstörungen bei Zustand nach Sectio (2, siehe dazu Leitlinie „Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio“, AG MedR, *Punkt 4 Risk-Management bei Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio*).

Im Übrigen bedingt heute eine komplikationslose Sectio nur noch einen geringfügig längeren stationären Aufenthalt. Ein Einfluss einer Schnittentbindung auf die spätere Fertilität ist nicht evident.

3.1.2 Bei vaginaler Geburt

Die mütterliche Letalität bei Vaginalgeburt lag von 1983 bis 1988 in der BPE noch bei 0,033‰ und sank im Zeitraum von 2001 bis 2008 auf 0,007‰. In den letzten sechs Jahren kam nur noch ein Müttersterbefall einer präpartal gesunden Schwangeren auf 149.700 Entbindungen. Aus diesen Zahlen errechnet sich die derzeit nur noch um den Faktor 2,6 erhöhte mütterliche Gesamtlealität bei Sectio (1 Sectioletalitätstodesfall auf 57.300 Kaiserschnittentbindungen).

Mit abnehmender Müttersterblichkeit bei Schnittentbindungen gewinnt jedoch das Risiko für den mütterlichen Beckenboden durch die vaginale Geburt heute ein wesentlich größeres Gewicht. Morphologische und funktionelle Beckenbodenschädigungen sind nach Spontangeburt in bis zu 20 v.H. der Fälle zu erwarten. Eine Harninkontinenz und eine anorektale Inkontinenz treten nach vaginaler Geburt viermal häufiger als nach Schnittentbindung auf. Das gilt insbesondere für Zangengeburt, die mit einer höheren Rate an Analsphinkterläsionen einhergehen. Auch Störungen des Sexualverkehrs sind beschrieben (Gefühl der zu weiten Vagina, narbenbedingte Schmerzen). Sie sind am häufigsten nach Zangen- und Vakuumgeburten.

Ein traumatisches Geburtserleben bei einer Vaginalgeburt kann schließlich bewirken, dass trotz eigentlich fortbestehenden Kinderwunsches eine weitere Schwangerschaft vermieden wird.

3.2 Risiken für das Kind

Als Risiken, denen das Kind bei vaginaler Geburt (verstärkt bei Mehrlingsgeburten) ausgesetzt sein kann, sind insbesondere subpartuale Sauerstoffmangelzustände mit konsekutiver Enzephalopathie und Zerebralparese, intrauterine Infektion bei protrahierter Geburt, Armplexuslähmung und andere geburtstraumatische Schädigungen sowie heute nur noch sehr selten ein intrauteriner Fruchttod zu benennen. Die oft lebenslange schwere Beeinträchtigung des Kindes beim Eintritt solcher Schäden trägt wesentlich dazu bei, dass die Geburtshilfe die am stärksten schadensbelastete medizinische Fachrichtung ist und die höchsten Haftpflichtversicherungsbeiträge schuldet. Viele Mütter nehmen eher das Sectionisrisiko für den eigenen Körper in Kauf, um ihrem Kind derartige Schäden, selbst wenn ihr Eintritt wenig wahrscheinlich ist, zu ersparen.

Generell ist jedenfalls das Risiko für das Kind bei vaginaler Geburt größer. Wird eine Sectio nicht vor der 39. Woche vorgenommen, so ist das Risiko eines fetalen Todesfalles intra partum mit 1 : 3000 im Vergleich zur vaginalen Entbindung sehr gering, insbesondere wenn es sich um Abweichungen von der Norm wie Makrosomie, Wachstumsverzögerung oder Einstellungsanomalien handelt (8). Besonders gilt das für die Beckenendlagegeburt. Es kann heute als gesichert gelten, dass hier ein geplanter primärer Kaiserschnitt – jedenfalls bei reifen Einlingschwangerschaften – die sicherste Entbindungsart für das Kind ist. Sowohl die perinatale Sterblichkeit als auch die schwere Morbidität liegen bei einer geplanten vaginalen Entbindung um ein Mehrfaches höher (7, 8).

Zu beachten ist, dass bei schnittentwickelten Neugeborenen bei Sectio ohne Wehen häufiger als bei Spontangeborenen vorübergehende pulmonale Anpassungsstörungen (Atemdepressionen) auftreten können. Eine Sectio am wehenlosen Uterus sollte demnach nach Möglichkeit vermieden werden.

3.3 Primäre und sekundäre Sectio

Der Risikovergleich fällt für die Sectio noch wesentlich günstiger aus, wenn der vaginalen Entbindung nur die von vornherein geplante, d.h. primäre Sectio gegenübergestellt wird, die gut vorbereitet zur Kernarbeitszeit mit vollzählig bestehendem Klinikpersonal (inklusive Labor und sonstigen Sekundäreinrichtungen) ausgeführt wird. Sie ist in vielen Fällen weniger kostenaufwendig als eine sich über viele Stunden, womöglich Tage hinziehende Geburt mit hohem Personalaufwand, die unter Umständen letztlich doch in einer sekundären Sectio endet.

Dagegen ist die erst während der Geburt und meist unter Zeitdruck getroffene Entscheidung zur (sekundären) Sectio mit erheblich größeren Risiken behaftet. Der Geburtshelfer geht also den gewagteren Weg, wenn er bei prognostizierter Risikogeburt zunächst die vaginale Entbindung versucht, sich dann aber doch, womöglich ohne beizeiten angeordnete Sectiobereitschaft, zur Schnittentbindung entschließen oder einem entsprechenden Verlangen der Kreißenden nachgeben muss.

Nach neueren Erkenntnissen scheint sich das mütterliche Sterblichkeitsrisiko des primären Kaiserschnitts dem der vaginalen Entbindung anzunähern.

Von 1995 bis 2006 entsprach in der BPE und BAQ das Letalitätsrisiko bei primärer Schnittentbindung (ca 1 : 140.000 Schnittentbindungen) praktisch dem Letalitätsrisiko bei vaginalen Geburten (1 : 149.700). Für gesicherte Aussagen sind jedoch wesentlich größere Sectiokollektive aus weiteren Bundesländern erforderlich: Bisher sollte hier erst von einem sich abzeichnenden Trend gesprochen werden.

Die mütterliche Morbidität der primären Sectio ist nicht höher als die der vaginalen Entbindung (16).

Wünscht die Schwangere die Anwesenheit einer Begleitperson bei der Sectio, sollten die beteiligten Medizinalpersonen (Hebammen, Anästhesisten, Pädiater, Schwestern) hiervon informiert werden, um aus ihrer Sicht eventuelle Bedenken geltend machen zu können.

3.4 Abwägungsprozess und Mitsprache der Schwangeren

In einer normalen Entbindungssituation braucht der Geburtshelfer, wie der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 6.12.1988 (5) ausgeführt hat, ohne besondere Veranlassung nicht von sich aus die Möglichkeit einer Schnittentbindung zur Sprache zu bringen. Jeder Geburtshelfer muss aber dort, wo er bei relativer Indikation zu einer Sectio der natürlichen Geburt den Vorzug geben will, die Schwangere in den Abwägungsprozess einbeziehen. Er muss das insbesondere in Anerkennung ihres Selbstbestimmungsrechts tun, wenn es die Schwangere wünscht oder wenn bei vaginaler Geburt dem Kind ernst zu nehmende Gefahren drohen, die Sectio also eine medizinisch verantwortbare Alternative ist. Richtungweisend heißt es in dem soeben erwähnten Urteil des Bundesgerichtshofs:

„Allerdings ist die Entscheidung über das ärztliche Vorgehen primär Sache des Arztes selbst. Der geburtsleitende Arzt braucht daher in einer normalen Entbindungssituation ohne besondere Veranlassung nicht etwa von sich aus die Möglichkeit einer Schnittentbindung zur Sprache zu bringen. Vielmehr kann er, wenn er in einer solchen Lage das Kind auf vaginalem Wege zur Welt kommen lässt und dabei keine Fehler macht, auch von Seiten des Kindes schadensersatzrechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werden.

Anders liegt es jedoch, wenn für den Fall, dass die Geburt vaginal erfolgt, für das Kind ernst zu nehmende Gefahren drohen, daher im Interesse des Kindes gewichtige Gründe für eine Kaiserschnittentbindung sprechen und diese unter Berücksichtigung auch der Konstitution und der Befindlichkeit der Mutter in der konkreten Situation eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellt. In einer solchen Lage darf sich der Arzt nicht eigenmächtig für eine vaginale Geburt entscheiden. Vielmehr muss er die Mutter über die für sie und das Kind bestehenden Risiken aufklären und sich ihrer Einwilligung für die Art der Entbindung versichern. Andernfalls ist das Vorgehen des Arztes, dem die Schädigung, die der Patient erleidet, zuzurechnen ist, mangels (wirksamer) Einwilligung rechtswidrig.

Die unter diesen Voraussetzungen erforderliche Einwilligung der Mutter entfaltet Rechtswirksamkeit auch im Hinblick auf die Risiken des Geburtsablaufs für das Kind. Die Entscheidungszuständigkeit der Mutter folgt daraus, dass der Geburts-

ablauf immer auch sie selbst und ihre körperliche Befindlichkeit betrifft. Darüber hinaus ist sie in dieser Phase die natürliche Sachwalterin der Belange auch des Kindes. Ist sie mit einer bestimmten Art der Entbindung rechtswirksam einverstanden, kann auch eine Beeinträchtigung des Kindes, die sich aus diesem Geburtsablauf ergibt, dem geburtsleitenden Arzt nicht als rechtswidrige Körperverletzung angelastet werden. Fehlt dagegen ihre Einwilligung, so kann der Arzt auch dem Kind für Verletzungen in der Geburt deliktisch haftbar sein.“

Selbst wenn der Arzt die Entscheidung der Frau für „unvernünftig“ hält, hat er ihr Selbstbestimmungsrecht zu achten und sollte wissen, dass – nach einer Formulierung des Bundesverfassungsgerichts – kein Patient verpflichtet ist, „nach Maßstäben Dritter vernünftig zu sein“. Andererseits muss bei der Wahl des Entbindungsweges im Gespräch mit der Schwangeren zur Vermeidung nachträglicher Vorwürfe bedacht und eindringlich darauf hingewiesen werden, dass viele Frauen auf das Geburtserlebnis ganz besonderen Wert legen und ihm sehr große Bedeutung für die Mutter-Kind-Beziehung zuschreiben, auch wenn neuere Untersuchungen den Verdacht einer durch Sectio gestörten Mutter-Kind-Beziehung nicht bestätigt haben.

3.5 Voraussetzungen, Planung und Durchführung einer Sectio auf Wunsch

Da keine medizinischen Gründe die Sectio auf Wunsch rechtfertigen, gelten hier besonders strenge Maßstäbe.

3.5.1 Voraussetzungen

- An der Ernsthaftigkeit des Wunsches und Wirksamkeit der Einwilligung dürfen keinerlei Zweifel bestehen.
- Die Schwangere muss über die Risiken und möglichen Folgen der Sectio extrem aufgeklärt worden sein (siehe hierzu 4.2.2).
- Sie muss ihre Einwilligung nach ausreichender Bedenkzeit freiwillig, unbeeinflusst von Dritten und im Zustand zweifelsfreier Einwilligungsfähigkeit erklärt haben (siehe hierzu 4.2.3). Die Einwilligung kann solange widerrufen werden, wie es das medizinische Vorgehen erlaubt.
- Zeitpunkt und Inhalt des Aufklärungsgesprächs und der Einwilligung sind sorgfältig und zeitgerecht unter Beifügung etwa verwendeter Merkblätter und Formulare zu dokumentieren (siehe hierzu 4.3).
- Die Tragzeit (mindestens abgeschlossene 37. SSW) muss gesichert sein. Nicht behebbare Unsicherheit in diesem Punkt bedeutet Kontraindikation.
- Anamnestische Faktoren, die das Operationsrisiko erhöhen (z.B. Adipositas [BMI > 30], Medikamenten- und Drogengebrauch, Allergien, Gerinnungsstörungen, Zustand nach Thrombose/Embolie in Eigen- und Familienanamnese und nach Voroperation) müssen abgeklärt und weitgehend ausgeschlossen sein.

3.6 Planung und Durchführung

- Der Eingriff ist in Bezug auf Personaleinsatz sowie Bereitschaft von Labor und Konsiliareinrichtungen optimal zu terminieren.
- Es ist für rechtzeitige und ausreichende, auch das Körpergewicht der Frau (> 80 kg doppelte Dosis) berücksichtigende – und bei Risikofaktoren ausreichend lange – Thromboseprophylaxe zu sorgen.
- Kritische Einschätzung des mütterlichen Blutverlustes bedeutet u.U. ausreichende Volumenersatztherapie, ggf. Erythrozyten-Konzentrate.
- Der Kreislauf ist postoperativ lückenlos zu überwachen.

4 Rechtsfragen

4.1 Zulässigkeit der Sectio auf Wunsch

In der Vergangenheit dominierte in der deutschen Ärzteschaft die Ansicht, jede Sectio bedürfe neben der Einwilligung der Schwangeren einer ausreichenden medizinischen Indikation, über deren Gewicht zumeist der Arzt allein befand. Wo diese fehlte, hielt man den Eingriff für rechtswidrig oder zumindest unärztlich. Auch die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht hat diesen Standpunkt noch 1996 in ihren Empfehlungen zu den ärztlichen Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung und bei der Geburtshilfe (6) eingenommen. Sie kann ihn unter Berücksichtigung gewandelter gesellschaftlicher Auffassungen, aktueller medizinischer Erkenntnisse und einer fortentwickelten Rechtsprechung und Rechtslehre nicht aufrechterhalten.

Es ist heute nahezu allgemein anerkannt, dass es eine ganze Reihe von ärztlichen Tätigkeiten gibt, die sich nicht als medizinisch indizierte Heilbehandlung ansehen lassen und dennoch als rechtlich unbedenklich gelten können. Schon im Urteil des Bundesgerichtshofs vom 22.2.1978 (12) heißt es:

„Nicht jede ärztliche Maßnahme geschieht zu Heilzwecken. Der Arzt führt vielmehr in grundsätzlich zulässiger Weise oft Behandlungen durch, die wie Sterilisationen oder kosmetische Operationen anderen Zielen dienen können.“

Die Sectio auf Wunsch ist solchen Eingriffen gleichzustellen, sofern sie nach gehöriger Aufklärung mit wirksamer Einwilligung vollzogen wird und medizinisch jedenfalls nicht kontraindiziert ist.

Als Körperverletzung wäre die Sectio auf Wunsch nach § 228 StGB nur strafbar, wenn sie trotz Einwilligung gegen die guten Sitten verstieße. Davon kann in einer pluralistischen, überwiegend liberal denkenden Gesellschaft im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen (Art. 2 GG) gewiss nicht gesprochen werden. Sie ist aber auch zivil- und berufsrechtlich unbedenklich. Andererseits besteht für den Arzt keine Rechtspflicht, dem Wunsch der Schwangeren ohne jede medizinische Indikation nachzukommen, da ein solcher Eingriff nicht zu den in § 1 der Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) aufgeführten ärztlichen Aufgaben zählt. Auch in den Fällen, in denen der Arzt eine Sectio für medizinisch besonders schwach indiziert hält, wird er das Sectioverlangen zumindest dann ablehnen dürfen, wenn die Schwangere noch zu einem Arztwechsel in der Lage ist.

Ob die gesetzliche und private Krankenversicherung bereit sein wird, die (Mehr-)Kosten einer medizinisch gar nicht oder nur schwach begründeten Sectio zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten zu übernehmen, bleibt abzuwarten. Voraussichtlich wird das ganz von den Umständen des Einzelfalles abhängig gemacht werden.

4.2 Aufklärung und Einwilligung

4.2.1 Notwendigkeit der Einwilligung

Die Spontangeburt ist ein natürlicher Vorgang. Deshalb kann keine Schwangere dadurch, dass sie hierzu ihre „Einwilligung“ verweigert, den Arzt grundlos zu einem operativen Eingriff zwingen. Die Sectio ist dagegen – ebenso wie die vaginal entbindenden Operationen – ein Eingriff in die körperliche Integrität der Frau, der zur Rechtfertigung ihrer (zumindest mutmaßlichen) Einwilligung bedarf. Das gilt selbst bei absoluter Indikation. Auch hier darf sich der Geburtshelfer nicht über den Willen der Frau hinwegsetzen, mag der Eingriff zur Erhaltung von Leben und Gesundheit des Kindes auch noch so unumgänglich erscheinen. Er hat jedoch mit der gebotenen Eindringlichkeit auf diese Gefahren hinzuweisen, um die Gebärende umzustimmen.

Wann der Geburtshelfer die Frau in den Fällen einer in Betracht kommenden Sectio aus relativer Indikation in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess einzu beziehen hat, ist bereits ausgeführt worden (s.o. 3.4).

Sofern eine Schnittentbindung aus medizinischen Gründen nicht ernsthaft in Betracht kommt, braucht der Geburtshelfer nicht von sich aus die Sprache hierauf zu bringen. Zumindest nach dem bisherigen Stand der Entwicklung lassen sich natürliche Geburt und Schnittentbindung nicht als gleichwertige Entbindungsmöglichkeiten ansehen. Die Gegenansicht hätte noch erheblich weiterreichende Aufklärungspflichten und Haftungsrisiken für den Arzt zur Folge. Der Arzt darf also im Normalfall abwarten, ob die Frau von sich aus das Thema berührt, ein entsprechendes Verlangen äußert oder um Aufklärung bittet.

Auch bei der reinen Sectio auf Wunsch liegt in dem Wunsch noch nicht die rechtfertigende Einwilligung. Sie ist nur gegeben, wenn sich der Arzt davon überzeugt hat, dass sich die Frau über die Konsequenzen ihres Wunsches voll im Klaren ist.

4.2.2 Umfang und Zeitpunkt der Aufklärung

Die Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff setzt stets voraus, dass der Patient (die Schwangere) weiß, welchem Zweck der Eingriff dient, mit welchen Risiken (s.o. 3.1 und 3.2) er verbunden ist und welche ernst zu nehmenden Alternativen zur Wahl stehen. Im Urteil des Bundesgerichtshofs vom 6.11.1990 (13) heißt es:

„Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient, dem dieser Eingriff angeraten wird oder den er selbst wünscht, über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren. Der Patient muss in diesen Fällen darüber unterrichtet werden, wel-

che Verbesserungen er günstigenfalls erwarten kann, und ihm müssen etwaige Risiken deutlich vor Augen gestellt werden, damit er genau abwägen kann, ob er einen etwaigen Misserfolg des ihn immerhin belastenden Eingriffs und darüber hinaus sogar bleibende Entstellungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in Kauf nehmen will, selbst wenn diese auch nur entfernt als eine Folge des Eingriffs in Betracht kommen. Noch weniger als sonst ist es selbstverständlich, dass er in Unkenntnis dessen, worauf er sich einlässt, dem ärztlichen Eingriff zustimmt, und es gehört andererseits zu der besonderen Verantwortung des Arztes, der eine kosmetische Operation durchführt, seinem Patienten das Für und Wider mit allen Konsequenzen vor Augen zu stellen.“

Bei der Sectio auf Wunsch muss die Schwangere deshalb so früh wie möglich und besonders umfassend über die Risiken für sich und ihr Kind bei beiden möglichen Entbindungswegen aufgeklärt werden.

Aber auch dort, wo der Geburtshelfer die vaginale Geburt vorzieht, obwohl erhebliche Gründe für die Schnittentbindung sprechen können, muss er durch Aufklärung der Schwangeren ein Mitsprache- und Wahlrecht einräumen. Er muss hierbei die Risiken für Mutter und Kind bei beiden Entbindungswegen in ihrer realen Größenordnung schildern. Hat er, um die Einwilligung zu dem von ihm favorisierten Entbindungsweg zu erhalten, dessen Risiko verharmlost, die des anderen Entbindungsweges dagegen übertrieben, muss er im Schadensfall damit rechnen, dass die Mutter ihre Einwilligung für unwirksam erklärt und er dann auch für Schäden haftet, die nicht von ihm verschuldet sind, sondern sich schicksalhaft verwirklicht haben, aber bei Wahl des anderen Entbindungsweges vermieden worden wären.

Bei der Sectio auf Wunsch oder einer sehr schwachen medizinischen Indikation darf der Hinweis nicht fehlen, dass es fraglich sein kann, ob die Versicherung die (Mehr-)Kosten der Schnittentbindung übernimmt (s.o. 4.1. a.E.), und sich deshalb vorherige Rückfrage empfehlen kann.

4.2.3 Einwilligungsfähigkeit und Freiwilligkeit

Die Einwilligung ist nur wirksam, wenn sie von der Schwangeren freiwillig, d.h. nicht unter sachfremdem Einfluss, und in einwilligungsfähigem Zustand erteilt oder für sie ein hierzu befugter Vertreter (Eltern, Betreuer, Vorsorgebevollmächtigter) tätig wird. An der Einwilligungsfähigkeit kann es fehlen, wenn die Schwangere noch nicht die nötige Altersreife hat (auf Geschäftsfähigkeit, also Vollendung des 18. Lebensjahres, kommt es nicht an), wenn sie psychisch krank ist oder vorübergehend unter der Einwirkung von Schmerzen, Wehen, Medikamenten und dgl. außerstande ist, einem Aufklärungsgespräch zu folgen und nach Abwägung des Für und Wider über die Einwilligung zu entscheiden. Gerade in der Geburtshilfe befindet sich der Arzt hier mitunter in einem Dilemma, will er einerseits die Schwangere nicht unnötig durch Aufklärung in Ängste versetzen, andererseits aber nicht den Zeitpunkt verpassen, an dem im Geburtsverlauf ein ruhiges Gespräch mit ihr nicht mehr möglich ist. Hierzu sagt der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 16.2.1993 (14):

„Bei Entbindungsvorgängen ist der Arzt allerdings zu einem Abbruch und einer späteren Fortsetzung nach Einholung der Einwilligungserklärung nicht in der Lage. Er muss in der kritischen Phase sofort eine Entscheidung für die eine und gegen die andere Art der Entbindung treffen. Dies macht deutlich, dass der geburtsleitende Arzt verpflichtet ist, in allen Fällen, in denen die ernsthafte Möglichkeit besteht, dass während des Geburtsvorgangs eine Situation eintritt, in der sein weiteres rechtmäßiges Vorgehen von einer besonderen Einwilligung seiner Patientin abhängig ist, rechtzeitig vorher die für diesen Fall erforderliche Aufklärung vorzunehmen und die vorsorgliche Einwilligung der Patientin einzuholen.

Bei der Wahl zwischen vaginaler Entbindung, ggf. mit Vakuumentraktion, und Schnittentbindung handelt es sich nämlich für die davon betroffene Frau um eine grundlegende Entscheidung, bei der sie entweder ihrem eigenen Leben oder dem Leben und der Gesundheit ihres Kindes Priorität einräumt. Das Recht jeder Frau, selbst darüber bestimmen zu dürfen, muss möglichst umfassend gewährleistet werden. Andererseits soll die werdende Mutter während des Geburtsvorgangs aber auch nicht ohne Grund mit Hinweisen über die unterschiedlichen Gefahren und Risiken der verschiedenen Entbindungsmethoden belastet werden und es sollen ihr nicht Entscheidungen für eine dieser Methoden abverlangt werden, solange es noch ganz ungewiss ist, ob eine solche Entscheidung überhaupt getroffen werden muss. Darüber hinaus muss jede Aufklärung auch einen konkreten Gehalt haben; ein Aufklärungsgespräch auf so unsicherer Grundlage müsste weitgehend theoretisch bleiben. Eine vorgezogene Aufklärung über die unterschiedlichen Risiken der verschiedenen Entbindungsmethoden ist deshalb nicht bei jeder Geburt erforderlich und auch dann noch nicht, wenn nur die theoretische Möglichkeit besteht, dass im weiteren Verlauf eine Konstellation eintreten kann, die als relative Indikation für eine Schnittentbindung zu werten ist. Eine solche Aufklärung ist jedoch immer dann erforderlich und muss dann bereits zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, zu dem die Patientin sich noch in einem Zustand befindet, in dem diese Problematik mit ihr besprochen werden kann, wenn deutliche Anzeichen dafür bestehen, dass sich der Geburtsvorgang in Richtung auf eine solche Entscheidungssituation entwickeln kann, in der die Schnittentbindung notwendig oder zumindest zu einer echten Alternative zur vaginalen Entbindung wird. Das ist etwa dann der Fall, wenn es sich bei einer Risikogeburt konkret abzeichnet, dass sich die Risiken in Richtung auf die Notwendigkeit oder die relative Indikation einer Schnittentbindung entwickeln können.“

Diesen Anforderungen wird in der Praxis nicht leicht zu genügen sein. Angesichts steigender Sectiofrequenz empfiehlt es sich deshalb wohl doch in jedem Falle, in ausreichendem zeitlichen Abstand vor der Geburt eine schonende, Ängste vermeidende Aufklärung über die in Betracht kommenden Entbindungsmöglichkeiten vorzunehmen, um hierauf im Bedarfsfall verweisen zu können oder jedenfalls aus diesem Gespräch später Indizien für eine mutmaßliche Einwilligung zu gewinnen.

Die Schwangere kann ausdrücklich auf jede Aufklärung verzichten und die Entscheidung vertrauensvoll ihrem Arzt überlassen. Sie kann auch für den Fall, dass sie nicht mehr einwilligungsfähig ist oder sich durch ein längeres Aufklärungsgespräch überfordert fühlt, einer Begleitperson ihres Vertrauens (Ehemann usw.)

mündlich eine Vollmacht erteilen, was der Arzt in den Krankenpapieren vermerken sollte (Beispiel: „Die Patientin hat dem anwesenden Ehemann Vollmacht zur Einwilligung in notwendig werdende medizinische Eingriffe erteilt.“). Dann ist der Bevollmächtigte Adressat des Aufklärungsgesprächs und entscheidet über die Einwilligung zur Sectio. Solange die Schwangere einwilligungsfähig ist, kann sie diese Vollmacht ebenso wie eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen.

Häufig wird erst unter dem Eindruck einer schweren, schmerzvollen Geburt das Verlangen nach operativer Beendigung geäußert. Wenn die Kreißende unter Wehenschmerzen jetzt nicht mehr einwilligungsfähig ist, für diesen Fall keine vorherige Verabredung mit dem Geburtshelfer getroffen war und kein Bevollmächtigter für sie die Entscheidung treffen kann, muss der Arzt so handeln, wie es ihrem mutmaßlichen Willen in dieser Situation entspricht.

4.3 Dokumentation

Der Arzt trägt stets die Beweislast dafür, dass er ausreichend aufgeklärt hat oder hierauf ausdrücklich verzichtet worden ist und dass die Schwangere in einwilligungsfähigem Zustand seinem Vorgehen zugestimmt hat oder dieses Vorgehen jedenfalls der mutmaßlichen Einwilligung entspricht. Auch wenn hierfür keine Schriftform vorgeschrieben ist und insbesondere auf die Unterschrift der Patientin verzichtet werden kann, ist dem Geburtshelfer doch dringend zu raten, sein Gespräch mit der Gebärenden und deren Erklärungen inhaltlich zumindest in Stichworten zeitnah zu dokumentieren. Bei Erklärungen während des Geburtsverlaufs ist die Uhrzeit zu vermerken. Ist eine Aufklärung schon von dem Arzt, der die Frau während der Schwangerschaft betreut hat, vorgenommen worden und sind danach Erklärungen oder Wünsche der Schwangeren geäußert oder Verabredungen über den Entbindungsweg getroffen worden, ist dafür (z.B. durch Eintragung im Mutterpass) zu sorgen, dass diese Dokumentation später auch den klinischen Geburtshelfer erreicht.

5 Fazit

Trotz steigender Sectiofrequenz ist die natürliche Geburt noch immer als der Normalfall anzusehen. Es ist nicht die Absicht dieser Stellungnahme, die Schnittentbindung besonders zu fördern. Allerdings muss der Geburtshelfer wissen, dass er das Selbstbestimmungsrecht der Frau zu achten und unter welchen Voraussetzungen er ihr ein Mitspracherecht bei der Wahl des Entbindungsweges einzuräumen hat. Dazu gehört die Kenntnis der Risiken für Mutter und Kind bei den Entbindungsmöglichkeiten, um die Schwangere zutreffend aufklären zu können und ihr eine eigenverantwortliche Abwägung zu ermöglichen. Sie ist die Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung. Je schwächer die Indikation für eine Schnittentbindung, desto umfassender die Aufklärungspflicht. Aber auch wo eine medizinische Indikation zur Sectio fehlt, sie freilich auch nicht kontraindiziert ist, darf der Geburtshelfer dem ernsthaften und nachdrücklichen Wunsch der Frau nach einer Schnittentbindung entsprechen. Verpflichtet ist er hierzu nicht. Um im späteren Konfliktfall nicht in Beweisnot zu geraten, ist ihm große Sorgfalt sowohl bei der Aufklärung als auch bei der Dokumentation zu empfehlen.

6 Literatur

1. ACOG Committee opinion No. 266: Placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 169–170
2. AG Medizinrecht der DGGG: Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio – Risk-Management zur Vermeidung von Müttersterbefällen. Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe 2008, Band IV, S. 131-142
2. Al-Mufti et al. . *Lancet* 1996; 347: 544
4. Beck A, Vutuc C. Entwicklung der mütterlichen Mortalität in Österreich. Gemeinsame Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007
5. BGHZ 106,146 = NJW 1989, 1538 = MedR 1989, 139 = ArztR 1990, 17
6. *Frauenarzt* 1996; 37: 525 unter II. 2.
- 7.. Herbst A, Thorngren-Jerneck K. Mode of delivery in breech presentation at term: increased neonatal morbidity with vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 (8): 731–737
8. Hickl EJ. Wandlungen in der Kaiserschnittsindikation. *Gynäkol Geburtsh Rundschau* 2002; 42: 15–18
9. National Institute of Clinical Excellence, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services and Public Safety Northern Ireland: Why mothers die 1997–1999. The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom (CEMD). RCOG Press, London, 2001
10. National Institute of Clinical Excellence, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services and Public Safety Northern Ireland: Why mothers die 2000-2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. RCOG Press London 2004
11. National Patient Safety Agency, Department of Health, Social Services and Public Safety – Health Promotion Agency for Northern Ireland, National Health Services Quality Improvement Scotland. Confidential Enquiries into Maternal and Child Health (CEMACH): Saving Mothers' Lives - Reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005. RCOG Press London 2007
12. NJW 1978, 1206
13. NJW 1991, 2349 = VersR 1991, 227 = MedR 1991, 85 = ArztR 1991, 358
14. NJW 1993, 2372 = VersR 1993, 703 = MedR 1993, 388 = ArztR 1994, 50
15. Schneider KTM. Sectio nach Wunsch: Muss man hinsichtlich der Morbiditätsrisiken umdenken? *Gynäkol Geburtsh Rundschau* 2002; 42: 12–14
16. Welsch H. Müttersterblichkeit während Geburt und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea. *Gynäkologe* 1997; 30: 742–746
17. Welsch H, Wischnik A. Müttersterblichkeit. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.). *Die Geburtshilfe*, 3. Auflage. Springer Verlag, Berlin, 2006: 1049-1063

7 Abkürzungen

BAQ	Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung
BPE	Bayerische Perinatalerhebung
ArztR	Arztrecht, Jahr und Seite
BGHZ	Bundesgerichtshof – amtliche Sammlung in Zivilsachen, Band und Seite
MedR	Medizinrecht, Jahr und Seite
NJW	Neue Juristische Wochenschrift, Jahr und Seite
VersR	Versicherungsrecht, Jahr und Seite

Erstfassung

2001

Mitglieder der AG Medizinrecht im Jahr 2001

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, VizePräsOLG Dr. jur. U. Hamann, Celle, Prof. Dr. med. H. Hepp, München, Prof. Dr. med. E.J. Hickl, Hamburg (1. Vorsitzender), Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle, Prof. Dr. med. M. Link†, Dresden, LtdOstÄ S. Nemetschek, Celle, VRiOLG Dr. jur. F.-J. Pelz, Hamm, Ass. F.M. Petry, Hamm, 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. Schwenger, Dortmund, RA Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer, München, RA P. Weidinger, München, Prof. Dr. med. H. Welsch, München.

Überarbeitung

2004

Erneute Überarbeitungen im November 2007 und im Juli 2008 durch die Mitglieder der AG Medizinrecht.

Gültigkeit bestätigt 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