

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Brezinka C

**OGH bestätigt Rechtmäßigkeit von Obduktion bei
diagnostischer Unklarheit: 5 Ob 26/15g vom
25.9.2015**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2016; 34 (2)
(Ausgabe für Österreich), 15-17*

Homepage:

www.kup.at/speculum

**Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



OGH bestätigt Rechtmäßigkeit von Obduktion bei diagnostischer Unklarheit: 5 Ob 26/15g vom 25.9.2015

C. Brezinka

Der Fall

Bei der Schwangerschaft war im Ultraschall schon früh aufgefallen, dass etwas nicht stimmte: Der Fetus wies eine ausgesprochen große Harnblase, eine Megacystis, auf, die Verdachtsdiagnose lautete auf ein Prune-Belly-Syndrom [1]. Da die Eltern eine Fortsetzung der Schwangerschaft wünschten, wurde ein vesiko-amnialer Shunt gelegt, mit dem Ziel, die fetale Harnblase zu entlasten. In der 27. SSW kam es zu Wehen und vorzeitigem Blasensprung mit grünlichem Fruchtwasser. Man entschloss, eine Sectio durchzuführen, die das Kind leider auch nicht retten konnte: Die hypoplastischen Lungen ließen sich nicht suffizient beatmen, das Kind verstarb.

Das Ansinnen der Ärzte, das Kind zu obduzieren und so Sicherheit darüber zu erlangen, ob die Ultraschalldiagnose richtig und die während der Schwangerschaft gewählte pränatale Therapie mit Shunt-Ableitung auch der Fehlbildung angepasst war, wurde von den Eltern des Kindes heftig abgelehnt. Die Obduktion wurde dennoch durchgeführt, die Leiche dann zur Beisetzung übergeben. Der Leichnam wurde in die Türkei transportiert, dort konnten die Trauerfeierlichkeiten nicht wie geplant stattfinden, da bei der Vorbereitung der rituellen Waschung befunden wurde, dass der Körper des Kindes durch die Obduktion zu entstellt sei. Die Mutter klagte den Krankenhaussträger wegen der psychischen Belastung auf 50.000 Euro, weiters 4500 Euro für die misslungene Bestattungsfeier und 4000 Euro Reisekosten [2].

In der ersten Instanz gab das zuständige Landesgericht in Vorarlberg der Klage statt

– ein öffentliches oder wissenschaftliches Interesse an der Durchführung der Obduktion konnte dieses Gericht nicht erkennen. Das Oberlandesgericht hob als Berufungsgericht dieses Urteil auf und gab den Ärzten Recht, da sie im Rahmen des § 25 KAKuG (siehe Kasten) gehandelt hatten. Die diagnostische Unklarheit des Falles schien dem Gericht plausibel gegeben, da es neben dem Prune-Belly-Syndrom eine Reihe anderer Fehlbildungen mit pränatal erkennbarer Megacystis gibt.

Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)

§ 25. (1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Pflegelinge sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder strafprozessual angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist.

Die Klage gelangte im Instanzenzug zum Obersten Gerichtshof (OGH), der aufgefordert wurde, zu klären, ob denn diagnostische Unklarheit allein ausreiche, um eine Obduktion auch gegen den Willen der Angehörigen vorzunehmen. Der OGH bestätigte das Urteil des Oberlandesgerichts und kam dem Wunsch der Klägerin auf höchstgerichtliche Erläuterung des Gesetzestextes nach (5 Ob 26/15g vom 25.9.2015): „Gesetzgeberisches Ziel ist also die Ermöglichung eines Erkenntnisgewinns, ohne dass (ex ante) die Absicht und Möglichkeit bestehen

muss, die im jeweiligen Einzelfall gewonnenen Daten und Erkenntnisse auch im engeren Sinn wissenschaftlich zu verwerten.“ Weiters stellte der OGH fest, dass der § 25 KAKuG nicht im Widerspruch zur verfassungsmäßig garantierten Religionsfreiheit stehe: *„Die Beseitigung diagnostischer Unklarheiten und die dafür notwendige Obduktion liegt angesichts seiner Bedeutung für die Entwicklung der Medizin und der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns im Interesse der Gesundheit und verfolgt damit ein allfällige Beschränkungen der Religionsausübung rechtfertigendes Ziel im Sinne des Art 9 Abs 2 der europäischen Menschenrechtskonvention.“* Auch einen Aufklärungsfehler über Wesen und Ausdehnung der Obduktion konnte der OGH nicht erkennen.

Ein Bekenntnis zur Obduktionspflicht – aber wer kann noch Pädopathologie?

In gewisser Weise ist das Erkenntnis des OGH ein Beharren auf den Werten der Aufklärung des 18. Jahrhunderts, als die rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen gelegt wurden, aus denen sich im 19. Jahrhundert eine rationale, naturwissenschaftliche Medizin entwickeln konnte. Die Aufklärung und ihre Werte waren in Österreich, vor allem im Westen, immer nur durch Zwang von oben durchsetzbar. Hier bleiben verblüffende geographische Kontinuitäten, auch wenn die Religion und die Volksgruppen, die sich dem aufgeklärten Staat und seinen Gesundheitsbestimmungen widersetzen, etwas andere sind.

Dies heißt aber nicht, dass nun, bestärkt durch ein OGH-Urteil, eine neue Ära der besonders gründlich praktizierten Pädopathologie in Österreich anbricht. Pathologie ist eines der extremen Mangelfächer innerhalb der Ärzteschaft, die wenigen, die dieses Fach noch betreiben, sind an den Prosekturen mit Befundungen mehr als ausgelastet; für zeitaufwendige Obduktionen, erst recht Obduktionen von kleinen Feten, bei denen alle wichtigen Strukturen nur mit der Lupe erkennbar sind, bleibt kaum Zeit.

Traditionell wurde in Österreich die Obduktion totgeborener Kinder immer den jüngsten Assistentinnen überantwortet, wohl mit dem Hintergedanken, dass diese Tätigkeit abschreckend-kontrazeptiv auf

deren Familienplanung wirke. Mit dieser Art von „human resources management“ baut man aber keine personelle Basis für ein Spezialgebiet wie die Pädopathologie auf, vor allem in einer Zeit, in der für junge Pathologen jede Tätigkeit, die nicht zumindest immunhistochemisch oder doch besser molekulargenetisch ist, der absolute Karrierekiller ist. Genauso wie man in der klinischen Medizin nur Karriere machen kann, wenn man möglichst viel Zeit weg vom Patienten zubringt, ist es in der Pathologie die Arbeitszeit, die man weg von der Leiche zubringt, die Punkte bringt.

Das Problem ist nicht auf Österreich beschränkt: In den ganzen Niederlanden werden fetale Herzfehlbildungen seit Jahren nur in Leiden obduziert und analysiert, und dort an der Anatomie und nicht der Pathologie. Im Großraum London, mit mehr als doppelt so viel Einwohnern wie ganz Österreich, gibt es nur die Abteilung in der Great Ormond Street, die gezielte und fundierte Pädopathologie betreibt.

Minimalinvasive Obduktions-Ersatzmethoden

In den meisten Ländern ist die Obduktion von Feten, totgeborenen und verstorbenen Neugeborenen, ohne Zustimmung der Eltern nicht möglich. Österreich hat durch die gerade vom OGH bestätigte josefinische Regelung im § 25 KAKuG eine gewisse Sonderstellung. Vor allem bei Spätabbrüchen wegen im Ultraschall diagnostizierter Fehlbildungen ist eine zweifelsfreie Bestätigung bzw. auch Erweiterung der Diagnose aber enorm wichtig [3]. Die Not mit der Zustimmung der Angehörigen machte erfinderisch und man hat Alternativen entwickelt, die auch ohne das „volle Programm“ der Obduktion wichtige diagnostische Erkenntnisse bringen. Dies beginnt mit postnatalen Röntgenaufnahmen, wobei Mammographie-Geräte sich bei Feten als besonders geeignet erwiesen haben. Die Kombination von Bildgebung mit den Körper unversehrt lassenden, gezielten Feinnadel-Punktionen hat sich als „minimally invasive fetal and neonatal autopsy“ in einigen Ländern bereits etabliert [4].

Für die Materialtestung von Werkstücken, wie z. B. Kieferprothesen, gibt es so genannte Micro-CT-Geräte in der Größe eines Wandschranks, die in einer Art Schubla-

de bis zu 60 cm lange Objekte aufnehmen können. Damit gelangen hervorragende Diagnosen von hypoplastischem Linksherz und Fallotscher Tetralogie an totgeborenen Feten [5]. Teurer und aufwendiger ist das *Post-mortem*-MRI, das derzeit in einer großen Studie validiert wird [6].

Die Figur des Tag und Nacht am Sezierisch stehenden und in Windeseile eindrucksvolle Blickdiagnosen produzierenden Pathologen ist zwar ein fester Bestandteil von Münster-Tatort und allen CSI-Varianten im Fernsehen, hat aber mit der Realität nichts zu tun. Es kann durchaus sein, dass sich auch bei uns die postmortale Diagnostik gerade im Bereich der fetalen Fehlbildungen von der Pathologie zur Radiologie bewegt. Neben den entsprechenden Geräten braucht es interessierte Ärzte, die an ausgewiesenen Zentren diese Methoden lernen und anwenden, es braucht Ausbildung und Fortbildung, es darf von den eigenen Fachkollegen nicht als exzentrisches Hobby wahrgenommen werden. Hier kommt auch den Gynäkologen und Geburtshelfern eine wichtige Rolle zu – obwohl bzw. weil diese selbst keine Möglichkeiten haben, innerhalb der eigenen Abteilung für postmortales Follow-up zu sorgen: Nur mit aktivem Interesse an qualitativollen und konkludenten Analysen der Spätabbrüche und Totgeburten – sei es mittels klassischer Obduktion, sei es durch Ersatzvornahmen wie Punktionen und Bildgebung – kann der nötige Druck innerhalb der Institutionen aufgebaut werden, dass diese Analysen auch durchgeführt werden. Von Spitälern, bei denen eine Totgeburt im Jahr vorkommt, wird man dies nicht verlangen können. Ähnlich wie in anderen Bereichen wird auch hier eine Konzentration der Ressourcen und des Know-how stattfinden müssen, dafür müssen auch zügige und entsprechend gekühlte Transporte gewährleistet werden, genau

so wie auch Rücktransporte, wenn die Eltern dies wünschen.

Der OGH hat in seiner Urteilsbegründung die „*Qualitätssicherung des ärztlichen Handelns im Interesse der Gesundheit*“ zum schützenswerten Grundprinzip erklärt; ein Prinzip, das auch über individuelle ästhetische und religiöse Überzeugungen zu stellen ist. Wir alle haben die Aufgabe, interdisziplinär dafür zu sorgen, dass die Qualität eben dieser Qualitätssicherung auch gewährleistet ist.

LITERATUR:

1. Tonni G, Ida V, Alessandro V, et al. Prune-belly syndrome: case series and review of the literature regarding early prenatal diagnosis, epidemiology, genetic factors, treatment, and prognosis. *Fetal Pediatr Pathol* 2013; 31: 13–24.
2. Aichinger P. Kind obduziert: Mutter erhält kein Schmerzgeld. *Die Presse*, 27.12.2015.
3. Blanchard S. Trois médecins rappelés à la loi après une interruption médicale de grossesse contestée. *Le Monde*, 11 Décembre 2005.
4. Kang X, Cos T, Guizani M, et al. Parental acceptance of minimally invasive fetal and neonatal autopsy compared with conventional autopsy. *Prenat Diagn* 2014; 34: 1106–10.
5. Hutchinson JC, Arthurs OJ, Ashworth MT, et al. Clinical utility of postmortem microcomputed tomography of the fetal heart: diagnostic imaging vs macroscopic dissection. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 58–64.
6. Arthurs OJ, Thayyil S, Owens CM, et al. Diagnostic accuracy of post mortem MRI for abdominal abnormalities in foetuses and children. *Eur J Radiol* 2015; 84: 474–81.

Korrespondenzadresse:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka
 Vorsitzender der AG Medizin und Recht der OEGGG
 Universitätsklinik für gynäkologische
 Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
 A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
 E-Mail: christoph.brezinka@i-med.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung