

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



Editorial:

AZG und „seine versteckten Konsequenzen“

Facharztausbildung Neu

Endometriom – Was jetzt?

Obduktion bei diagnostischer Unklarheit

Fetalobduktion an der MUW – Status quo

Resilienz und Arzt-Patienten-Interaktion

Mitteilungen der ÖGPPM



Science For A Better Life



Ich habe die Pille seit 2 Jahren, 3 Monaten und 4 Tagen

nicht genommen und bin zu 99,6%* vor einer
Schwangerschaft geschützt.



Jaydess® - das kleinste erhältliche LNG-IUS¹:

- zuverlässige Verhütung für 3 Jahre¹
- 3-Jahres Pearl-Index: 0,33¹
- östrogenfrei und minimal dosiert¹
- einfachere und schmerzärmere Insertion^{**2}

 jaydess®

FKIs befinden sich auf Seite 26.

*Pearl Index Jaydess®: 0,41 (1-Jahres Pearl-Index); 0,33 (3-Jahres Pearl-Index)

**im Vergleich zu Mirena®

¹ Jaydess® Fachinformation, Stand: April 2014

² Gemzell-Danielsson et al. A randomized phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. Fertility and Sterility 2012; 97(3):616-22.e1-3

P. Husslein

Editorial: AZG und „seine versteckten Konsequenzen“ Seite 4

P. Husslein, H. Kiss

„Facharztausbildung Neu“ im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe Seite 7

H. Husslein, L. Küssel, R. Wenzl

Endometriom – Was jetzt? Seite 10

C. BrezinkaOGH bestätigt Rechtmäßigkeit von Obduktion bei diagnostischer Unklarheit:
5 Ob 26/15g vom 25.9.2015 Seite 15**A. Scharrer**

Fetalobduktion an der MUW – Status quo Seite 18

M. Esterl, G. Dietrich, H. Lothaller

Resilienz und Arzt-Patienten-Interaktion Seite 19

RUBRIKEN**Mitteilungen der ÖGPPM** Seite 22

§ 79 StGB – Tötung eines Kindes bei der Geburt Seite 23

Pharma-News

DFmobil – die neue App für DFP-zertifizierte ärztliche Fortbildung Seite 25

Titelbild: Kinga Chalubinski

IMPRESSUM: **Herausgeber:** o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein und Univ.-Prof. DDr. Johannes Huber
 Universitätsklinik für Frauenheilkunde, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
Redaktion: Univ.-Prof. Dr. Kinga Chalubinski, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Abteilung für Geburtshilfe
 und Gynäkologie, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
Medieninhaber, Produktion: Krause & Pachernegg GmbH,
 A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10, Tel. 02231/61258-0, Fax DW 10,
 Homepage: www.kup.at/speculum
Herstellung: Wallig Ennstaler Druckerei und Verlag Ges.m.b.H., A-8962 Gröbming, Mitterbergstraße 36
Erscheinung: 4× jährlich
Sponsor dieser Zeitschrift ist die Fa. Bayer Austria
Abonnementwünsche und Adressenänderungen:
Schweiz: Bayer (Schweiz) AG, Bayer Schering Pharma, Woman's Healthcare, Grubenstrasse 6,
 CH-8045 Zürich, Fax 044/465 83 99
Österreich: Krause & Pachernegg GmbH, A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10, Fax 02231/61 258-10

Besonderer Hinweis: Namentlich gezeichnete Artikel, Leserbriefe, sonstige Beiträge und die darin enthaltenen Therapieangaben sind die wissenschaftliche und/oder persönliche Meinung des Verfassers und müssen daher nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Diese Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Die Druckwiedergabe wird sorgfältig geprüft, erfolgt jedoch ohne Gewähr. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung und Quellennachweis gestattet.
 Zur leichten Lesbarkeit der Beiträge wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils weibliche und männliche Personen gemeint.

Für Angaben zur Anwendung von Arzneimitteln bzw. Einsatz von Geräten kann keine Gewähr übernommen werden. Der Leser muss diese Angaben in jedem Einzelfall anhand der Anwendungsrichtlinien und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüfen.

Angaben lt. Pressegesetz § 25, Abs. 4: SPECULUM ist eine internationale medizinische Fachzeitschrift zur wissenschaftlichen Information und Weiterbildung von Gynäkologen und gynäkologisch interessierten Ärzten.

Editorial

AZG und „seine versteckten Konsequenzen“*

P. Husslein

In eindrucksvoll unverantwortlicher Weise haben die österreichischen Gesundheitspolitiker jahrelang EU-Vorgaben ignoriert und geradezu überfallsartig Ende 2014 einem ohnehin schlecht organisierten österreichischen Gesundheitssystem ein neues Arbeitszeitgesetz mit Stichtag 01.01.2015 aufoktroziert.

In monatelangen Diskussionen ist – mühsam – das durch die Reduktion der Arbeitszeit weggefallene Gehalt so recht und schlecht ergänzt worden – mit viel „Diskussionsreibung“ und Frustration auf beiden Seiten.

Jetzt beginnt der noch viel schwierigere, aber deshalb nicht weniger notwendige Teil der Diskussion, nämlich wie man mit weniger Arbeitszeit pro Arzt ein gleiches Leistungsspektrum anbieten kann. Volksschulmathematik sagt einem, dass man nur entweder

- mehr Ärzte anstellen,
- Leistungen einschränken oder
- die Arbeit – grundlegend – anders strukturieren muss.

Für mehr Ärzte gibt es bei keinem Träger das notwendige Budget, eine Leistungseinschränkung ist politisch derzeit nicht durchsetzbar, somit wird eine Strukturänderung folgen müssen. Und wahrscheinlich ist das gar nicht so schlecht ...

Wir haben in Österreich ein sehr teures Gesundheitssystem, das in Wirklichkeit völlig ineffizient ist:

- Keine besonders hohe Lebenserwartung,
- eine hohe Anzahl an Krankheitsjahren am Lebensende,

- wir sind „Weltmeister“ im Belegen von Spitälern
- und wahrscheinlich „Rekordhalter“ bei Arbeitsausfällen und Frühpensionen.

Und nur weil Frau und Herr Österreicher zu jeder Zeit nahezu jede Gesundheitseinrichtung in Österreich unkontrolliert in Anspruch nehmen können (beispielsweise die Notfallambulanz des Zentralkrankenhauses der Medizinischen Universität Wien), glaubt die Bevölkerung, über das weltbeste Gesundheitssystem zu verfügen.

Dem ist aber zweifelsohne nicht so: Wir geben viel zu viel Geld für ein völlig ineffizientes System aus. Es wird Zeit, darüber ernsthaft zu diskutieren ...

Nachdem aber Veränderungen in Österreich – leider – negativ besetzt sind, fürchte ich, dass der notwendige radikale Schnitt nicht kommen wird. In Wirklichkeit müsste man:

- den Großteil der medizinisch nicht notwendigen Spitäler schließen,
- die vorhandenen Spitäler aufrüsten und diese dann nahezu 24 Stunden lang, 7 Tage die Woche betreiben,
- Zugangsbeschränkungen auf der Basis medizinischer Überlegungen einführen,
- einen sozial gestaffelten Selbstbehalt einführen, um die Verschwendung öffentlicher Mittel durch missbräuchliche Verwendung der vorhandenen medizinischen Infrastruktur zu reduzieren,
- und *last not least* der Bevölkerung klar machen, dass die öffentliche Hand nur bereit sein kann, für medizinisch nachweisbar wirksame Vorgangsweisen (sei es diagnostischer oder therapeutischer Natur) öffentliches Geld aufzuwenden – alles andere muss als unethisch eingestuft werden, weil es die kargen Ressourcen ungerechtfertigt verbraucht.

* Modifizierter Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus: Husslein P. Reform des Gesundheitssystems ist überfällig. Die Presse (Printausgabe), 10.12.2015.

Ich persönlich neige zur Auffassung, dass außerhalb dieser durch öffentliche Mittel finanzierten evidenzbasierten Medizin jeder Einzelne dann noch im Sinne einer „individuellen Gesundheitsleistung“ weitgehend konsumieren kann, was immer sein Herz begehrt – dafür aber dann auch selbst aufkommen muss.

Das erfordert naturgemäß ein gewisses Maß an reflektorischer Autonomie, es unterscheidet sich aber nicht grundsätzlich von anderen Fragen des Konsums.

Die Forderung, kleinere Spitäler zu schließen oder in Pflegeeinrichtungen umzuwandeln, begründet sich nicht nur ökonomisch, sondern vor allem sachlich: Die Medizin erfordert differenziertes Know-how, das in kleineren Spitälern aufgrund der geringen Fallzahl einfach nicht vorgehalten werden kann.

Es ist hinlänglich bekannt, dass die Komplikationsrate beispielsweise bei Operationen invers mit der Häufigkeit der durchgeführten Eingriffe korreliert. Im Gegensatz zu früher ist die Medizin heute komplizierter und der Transport einfacher geworden. Früher war es daher naheliegend, die medizinische Versorgung dezentral zu organisieren, heute ist es notwendig, dass Patienten zumutbare Wegstrecken zurücklegen, um sich in ein qualitativ hochwertiges Spital zu begeben.

In Österreich werden diese Standorte aber vor allem zur Sicherung von Arbeitsplätzen erhalten – auf Kosten der medizinischen Qualität ...

Nachdem eine solche umfassende Strukturreform in Österreich zumindest kurzfristig nicht möglich ist, wird es zwangsläufig zu folgenden – versteckten – Konsequenzen der neuen Arbeitszeitgesetzregelung kommen:

- Weniger Personal wird verdichtete Arbeit vollführen müssen.
- Das wird die Anwesenheit von Spezialisten in den Spitälern reduzieren, sodass außerhalb der „Kernarbeitszeit“ vor allem in den kleinen Spitälern die Qualität zum Teil dramatisch sinken wird.
- Häufigere Übergaben werden das Risiko, insbesondere bei langwierigen Krankheitsverläufen (oder Geburten), erhöhen – einerseits weil es bei jeder Übergabe zu einem objektiven Informationsverlust

kommen kann, aber auch die subjektiv empfundene Sorge über einen suboptimalen Verlauf geht bei einer Übergabe zwangsläufig verloren.

- Für die Ausbildung unserer Fachärzte wird das auch nichts Gutes bedeuten.

Niemand hat mir bisher erklären können, wie dieselben Ausbildungsinhalte, die man sich früher in 6 Jahren bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 60–70 Stunden erarbeitet hat, in Zukunft in 48 Stunden pro Woche vermittelt werden können. Versuche der neuen Ausbildungsordnung durch Delegierung von Teilen der nicht rein ärztlichen Tätigkeit an das Pflegepersonal oder an Dokumentationsassistenten werden hier nicht ausreichen. Die Medizin hat sich in einem Ausmaß spezialisiert, dass diese – kleinen – Veränderungen nicht genügen werden. Man wird im Fach Frauenheilkunde unausweichlich darüber nachdenken müssen, ob es wirklich notwendig ist, dass jeder Frauenarzt „alles lernt“ und zwar auf einem Niveau, auf dem er es auch tatsächlich – angeblich – können sollte.

Wozu muss jeder niedergelassene Frauenarzt beispielsweise unbedingt 40 Hysterektomien selbst vorgenommen haben? Und warum muss jemand, der sich mit Reproduktionsmedizin beschäftigt, tatsächlich mehr als „eine grobe Ahnung“ von der gynäkologischen Onkologie oder von der heute sehr spezifischen operativen Gynäkologie haben?

Die beginnende Diskussion über die Subspezialisierung mit so genannten „Fellowships“ ist der richtige Weg, es wird aber zusätzlich einer radikalen Hinterfragung des „allgemeinen Facharztes“ bedürfen.

Wie kann das System auf diese Herausforderungen reagieren?

Neben der Thematisierung der Probleme müssen wir uns im täglichen Leben „nach der Decke strecken“. Unter anderem müssen wir unsere Medizin vereinfachen – differenzierte Medizin wird nicht mehr 24 Stunden/7 Tage die Woche/365 Tage im Jahr vorgenommen werden können.

Ein eindrucksvolles Beispiel dafür ist das Anbieten der vaginalen Entbindung bei Beckenendlage (BEL): Es ist unbestritten, dass nach ausführlicher Aufklärung entspre-

chend erfahrene Kollegen bei guter Auswahl der Schwangeren eine BEL vaginal entbinden könnten. Wenn aber das Arbeitszeitgesetz beispielweise eine längere Geburtsbetreuung verbietet und derjenige, der die Geburt dann übernehmen soll, über diese Erfahrung nicht verfügt, ist es weder medizinisch noch psychologisch gerechtfertigt, einer Schwangeren eine vaginale Geburtsbeendigung bei BEL anzubieten.

Aber das geht noch viel weiter. Fehlbildungen müssen schon heute in der Kern-dienstzeit mittels Kaiserschnitt geboren werden – nicht wegen eines Vorteils der Sectio, sondern damit alle notwendigen Experten für die optimale medizinische Betreuung anwesend sein können und die entsprechende Behandlung gesichert geplant werden kann.

Wir sind in der Vergangenheit aber auch dazu übergegangen, Frühgeburten lieber 2, 3 Tage früher als grundsätzlich möglich mittels Kaiserschnitt zu entbinden, um das Risiko auszuschalten, beispielsweise in der Nacht von Samstag auf Sonntag Drillinge in der 26. Woche bei eingeschränkten personellen Ressourcen notfallmäßig entbinden zu müssen.

Und in anderen Sparten der Medizin verhält es sich ähnlich ...

Die Öffentlichkeit, insbesondere die Politiker, mögen es nicht gerne hören, aber es ist unausweichlich:

Wer komplizierte medizinische Behandlungen für sich in Anspruch nehmen möchte, wird diese im öffentlichen System nicht mehr bekommen können.

Daher ist das Arbeitszeitgesetz auch ein Katalysator für eine Zweiklassenmedizin.

All diese Konsequenzen werden nicht leicht zu verdauen sein, es wäre aber schön, wenn das Arbeitszeitgesetz – endlich – zu einer effizienten Reorganisation des nicht mehr zeitgemäß aufgestellten österreichischen Gesundheitssystems führen könnte.

o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein

Vorstand der Frauenheilkunde der Medizinischen Universität Wien

„Facharztausbildung Neu“ im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe

P. Husslein, H. Kiss

Einleitung

Panta rhei ...

Heraklit, 5.–6. Jahrhundert vor Christus

Die Zunahme des Wissens nicht nur, aber eben auch in klinischen Fächern hat es notwendig gemacht, Änderungen in der Facharztausbildung vorzunehmen. Aus Qualitätssicherungsgründen ist es auch notwendig, nicht nur zu dokumentieren, dass Information übermittelt und Kenntnisse erworben, sondern auch Fertigkeiten nachweisbar erlernt wurden.

Die im vergangenen Jahr in Kraft getretene neue Ausbildungsordnung versucht, diesen Herausforderungen gerecht zu werden, setzt neue Maßstäbe und ist als solche in hohem Maße begrüßenswert. Sie stellt aber im Zusammenhang mit der Herabsetzung der gesetzlichen Arbeitszeit als Folge einer EU-Richtlinie eine große Herausforderung für die Ausbildungsstätten dar.

Die Universitätsklinik für Frauenheilkunde der Medizinischen Universität Wien war über die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) maßgeblich an der Entwicklung dieser neuen Facharztausbildungsordnung involviert. Unser Bemühen war es, die Ausbildung auf einem hohen Qualitätsniveau mit international vergleichbaren Standards einzuführen.

Chronologie

1.1.2015: Inkrafttreten der Ärztegesetznovelle, die die Grundlage für die Reform der neuen Ärztausbildungsordnung darstellt.

1.6.2015: Inkrafttreten der neuen Ärztausbildungsordnung mit Festlegung aller Sonderfächer, deren Gestaltung und Schaffung von Übergangsbestimmungen.

19.6.2015: Beschluss der KEF RZ-V 2015 durch die Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer mit Definition der Ausbildungsinhalte und Gestaltung der Rasterzeugnisse.

1.3.2016: Beginn einer Facharztausbildung in der neuen Ausbildungsordnung. Option zum Wechsel in die neue Ausbildungsordnung im Rahmen der Übergangsbestimmungen.

Sonderfach Grund- und Schwerpunktausbildung in Frauenheilkunde & Geburtshilfe

Die Facharztausbildung ist in eine Basisausbildung und eine Sonderfachausbildung gegliedert. Die Basisausbildung ersetzt die Gegenfächer der alten Ausbildungsordnung. Nach der 9-monatigen Basisausbildung (organisiert durch die ärztliche Direktion einer Krankenanstalt) folgt für insgesamt 5 Jahre und 3 Monate die Facharztausbildung, welche aus einer Sonderfach-Grundausbildung (3 Jahre) und nachfolgend einer Sonderfach-Schwerpunktausbildung (2 Jahre und 3 Monate) besteht. Die Sonderfach-Schwerpunktausbildung besteht wiederum aus 3 Modulen à 9 Monate, was 2 Jahre und 3 Monate ergibt. Seitens der Ärztekammer existiert ein Rasterzeugnis mit aufgelisteten Ausbildungsinhalten sowohl für die Sonderfach-Grundausbildung als auch für die folgenden Module:

- Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Gynäkologische Onkologie
- Feto-maternale Medizin
- Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie
- Ambulante Gynäkologie
- Operative Gynäkologie
- Wissenschaft und Forschung

Ausbildungskonzept

Im Rahmen des Antrags auf Anerkennung als Ausbildungsstätte muss eine Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ein Ausbildungskonzept bei der Ärztekammer einreichen. Ziel für die Ärztekammer ist es, die Ausbildung auf ein hohes qualitatives Niveau zu bringen, auch im internationalen Vergleich Qualitätsmerkmale zu sichern und eine Verpflichtung zur Ausbildung sicherzustellen. Die Ausbildung muss auch laufend in einem Log-Buch dokumentiert werden, obwohl bis heute noch nicht geklärt ist, wie dieses Log-Buch gestaltet werden soll.

Diesen Gedanken einer Ausbildungsqualität Rechnung tragend, haben wir an der Frauenklinik der Medizinischen Universität Wien ein detailliertes Ausbildungskonzept der Sonderfach-Grundausbildung sowie auch der Schwerpunktausbildung ausgearbeitet:

Das Ausbildungsprogramm gliedert sich in eine theoretische und eine praktische Ausbildung.

Die theoretische Ausbildung umfasst: Eine wöchentliche Assistentenfortbildung: Sowohl an der Abteilung Geburtshilfe als auch an der Abteilung Gynäkologie wird ein Jahresprogramm zu verschiedensten Themen erstellt. Dabei geht es nicht nur um Ausbildungsinhalte, die im Ausbildungscurriculum definiert sind, sondern auch um viele andere wichtige Inhalte des Krankenhaus-Alltags, wie zum Beispiel das Thema Hygiene (z. B. Händehygiene und chirurgische Hände- und Wunddesinfektion). Auch Geräteeinschulungen und die Erstellung von Gerätepässen, wie sie in zertifizierten Krankenhäusern erforderlich sind, sind Themen der Assistentenfortbildung.

Allgemeine Morgenfortbildung: An der Klinik für Frauenheilkunde werden regelmäßig mehrmals in der Woche DFP-akkre-

dierte Fortbildungen abgehalten, die auch ein Teil des Ausbildungsprogramms für Assistenten sind.

Simulationstrainings und Surgical-Skills-Training: In Zusammenarbeit mit dem Medsim Wien (Medizinische Simulation und Patientensicherheit, Univ.-Klinik f. Anästhesie) werden jährliche Simulationstrainings abgehalten, bei denen für Assistenten eine verpflichtende Teilnahme besteht. Des Weiteren verfügt die Frauenklinik über 6 LapSim-Pelvitainer, mit denen regelmäßig Trainingsprogramme abgehalten werden. Bevor eine Operation am Patienten erfolgt, muss ein standardisiertes Trainingsprogramm verschiedener Simulationsoperationen durchgeführt werden.

Morbidity-Mortality-Fallbesprechungen sowie auch die Teilnahme am Tumorboard auf der Onkologie sind ebenfalls Teil des theoretischen Ausbildungsprogramms.

Die praktische Ausbildung, Hands-on-Training, Bed-side-Teaching und die operative Ausbildung sind ebenfalls im Ausbildungskonzept definiert.

Zusätzlich wurde ein eigenes Programm zur Ultraschallausbildung erstellt, welches detailliert in geburtshilfliche Inhalte und gynäkologische Ultraschallausbildungsinhalte gegliedert ist. Diese Ausbildung umfasst mehrere Wochen und wird in einem 1:1-Teaching-Verfahren mit einem Auszubildenden und einem Assistenten abgehalten. Die Absolvierung dieses gesamten geburtshilflich-gynäkologischen Programms entspricht einem Ultraschall-Kurs zur Erlangung des Sonographiezertifikats der Ärztekammer und der ÖGUM-DEGUM-Stufe-1-Qualifikation.

Die Frauenklinik hat auch für die Module der Sonderfach-Schwerpunktausbildung ein Ausbildungskonzept erarbeitet:

Da die Ausbildung in den Modulen erst nach dem 3. Ausbildungsjahr folgt, besteht hier noch kein Zeitdruck für ein detailliertes Ausbildungsprogramm. Die Inhalte des Programms sind im Facharztcurriculum definiert. Geplant ist, dass ein Ausbildungsassistent während der Zeit im Modul einem Facharzt zugeordnet wird, der zeitgleich ein EBCOG-akkreditiertes Fellowship bzw. eine Spezialisierung in folgenden Bereichen macht:

- Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Gynäkologische Onkologie
- Feto-maternale Medizin
- Urogynäkologie und Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie

Als Medizinische Universität können auch sämtliche Inhalte des wissenschaftlichen Moduls an der Frauenklinik durchgeführt werden. Die Betreuung im wissenschaftlichen Modul soll durch den Arbeitsgruppenleiter einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe erfolgen. Geplant ist auch, dass eine klinische Tätigkeit zulässig ist, wenn diese in Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Tätigkeit steht.

Spezialisierungen

Im Jahr 2015 wurde von der Ärztekammer auch beschlossen, dass es die Möglichkeit zu Spezialisierungen nach der Facharztausbildung geben soll.

Spezialisierung bedeutet Weiterbildung im Bereich eines Sonderfaches; diese muss international vergleichbar auch in anderen europäischen Ländern durchgeführt werden können. Die Dauer beträgt 1–3 Jahre. Seitens der Ärztekammer wird ein Spezialisierungsdiplom ausgestellt, das etwa dem früheren Additivfach entspricht. Im Laufe des Jahres 2016 werden durch die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer die Spezialisierung

nach internationaler Vergleichbarkeit definiert und frühestens gegen Ende des Jahres 2016 die entsprechenden Curricula für die Spezialisierung fertiggestellt werden.

Die Universitätsklinik für Frauenheilkunde hat aber bereits folgende 2-jährige Fellowships eingerichtet. Diese sind bzw. werden nach europäischem Standard EBCOG-akkreditiert (European Board & College of Obstetrics and Gynecology):

- Gynäkologische Onkologie
- Endometriose
- Urogynäkologie
- Feto-maternale Medizin
- Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Diese Subspezialisierungen spiegeln unserer Ansicht nach recht gut die Diversität des Faches Frauenheilkunde wider. Ob sich aus dieser Differenzierung (Basis- bzw. spezialisierter Facharzt) mittelfristig auch juristische Konsequenzen ergeben werden, ist derzeit noch offen.

Alles in allem dient die Strukturierung der Facharztausbildung der notwendigen Qualitätserhöhung der Ausbildung, die der Wissenszunahme einerseits und der berechtigten höheren Anspruchshaltung der sich uns anvertrauenden Patientinnen andererseits gerecht werden soll.

*o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein und
Univ.-Prof. Dr. Herbert Kiss, MBA*

*Universitätsklinik für Frauenheilkunde
der Medizinischen Universität Wien*

Endometriom – Was jetzt?

H. Husslein, L. Küssel, R. Wenzl

Einleitung

Endometriose ist eine häufige, gutartige Erkrankung bei Frauen im gebärfähigen Alter. Symptome der Endometriose sind typischerweise der chronische Unterbauchschmerz, Dysmenorrhö, Dyspareunie oder Infertilität, wobei auch ein asymptomatischer Verlauf möglich ist. Grundsätzlich werden heutzutage 3 Arten der Endometriose unterschieden: (1) peritoneale Endometriose, (2) ovarielle Endometriose und (3) tief infiltrierende Endometriose (TIE, Invasion > 5 mm). Die genaue Pathogenese der Endometriose ist weiterhin unklar. Bei der ovariellen Endometriose kommt es wahrscheinlich zu einer Invagination von Endometriumzellen, welche durch retrograde Menstruation in den Bauchraum gelangen, in den ovariellen Kortex. Durch Proliferation der Zellen entsprechend dem hormonellen Zyklus kommt es zur Ausbildung einer mit altem Blut gefüllten Pseudozyste, dem so genannten Endometriom (Schokoladezyste).

Diagnose

Das typische Endometriom stellt sich im Ultraschall als uni- oder multilokuläre (< 5) Zyste dar, mit geringer homogener Echogenität des Zysteninhalts (sog. „ground glass echogenicity“) und keiner oder geringer Vaskularisation im Farbdoppler. Papilläre Strukturen innerhalb der Zyste können bei atypischen Endometriomen vorkommen, wobei diese ebenfalls keinen Blutfluss im Farbdoppler aufweisen [1]. Das insgesamt charakteristische Erscheinungsbild erlaubt eine relativ zuverlässige Diagnose mittels alleiniger Ultraschalluntersuchung [2].

Der Tumormarker CA-125 hat bei der Diagnosestellung keine Bedeutung, wobei Werte > 100 IU/ml mit ausgeprägteren Endometriosestadien (rAFS Stadium III und IV) kor-

relieren [3]. In gewissen Situationen kann das CA-125 zur Abgrenzung von anderen gutartigen Adnexprozessen (z. B. einer Dermoidzyste) herangezogen werden [4].

Neben der verlässlichen Diagnostik zum Vorliegen von Endometriomen ist auch die – ggf. präoperative – Einschätzung der Ausprägung der Endometriosemanifestation von erheblicher Wichtigkeit. Endometriome sind häufig mit Adhäsionen, Hydrosalpinx und TIE vergesellschaftet [5]. Bilaterale Endometriome sind häufig hinter dem Uterus fixiert und scheinbar miteinander verwachsen (sog. „kissing ovaries“). In ausgeprägten Fällen ist eine Separation der einzelnen Organe nicht mehr eindeutig möglich und es zeigt sich das Bild eines Konglomerat-Tumors aus Endometriom, Hydrosalpinx und möglicherweise TIE.

Es ist unabdingbar notwendig, dass die Ausprägung der Erkrankung, insbesondere das Vorliegen einer TIE, präoperativ bekannt bzw. zumindest abschätzbar ist. Hier ist, neben der Ultraschalluntersuchung, auch die klinische Untersuchung von großer Bedeutung. Das Vorhandensein von Endometriomen stellt einen Risikofaktor für das Vorhandensein von TIE dar; vor allem intestinale TIE und ureterale TIE scheinen deutlich häufiger in Kombination mit Endometriomen vorzukommen [6].

Die vollständige Entfernung der TIE, im Gegensatz zur oberflächlichen Koagulation dieser Läsionen, ist für den Erfolg der Operation ausschlaggebend. Diese Eingriffe, insbesondere bei Darm- bzw. Ureterbeteiligung, sind jedoch deutlich komplexer als eine reine Verschorfung oberflächlicher Peritonealläsionen oder eine Zystenausschälung und mit einem deutlich erhöhten Komplikationsrisiko verbunden.

Um eine vollständige operative Sanierung in diesen Fällen gewährleisten und

die Patientin auch adäquat über die Risiken des bevorstehenden Eingriffes aufklären zu können, sollte daher das Vorhandensein von TIE präoperativ bekannt sein. TIE und ausgeprägte Adhäsionen sind die Hauptgründe für eine inkomplette Resektion von Endometriose im Rahmen der Primäroperation und auch für die daraus resultierende Notwendigkeit wiederholter Operationen [6–8].

Chirurgische Therapie

Die chirurgische Therapie in Form einer laparoskopischen Ausschälung der kompletten Endometriosezyste mit der sog. „stripping technique“ stellt weiterhin den Goldstandard dar [9, 10]. Sie reduziert assoziierte Dysmenorrhö, Dyspareunie und nichtzyklische Unterbauschmerzen und erhöht die spontane Schwangerschaftsrate um durchschnittlich 50 % innerhalb der ersten 1–2 Jahre nach der Operation [11].

Es muss jedoch beachtet werden, dass es im Rahmen der chirurgischen Therapie auch stets zu einer ungewollten Schädigung des Restovars kommt. Selbst bei optimaler chirurgischer Technik ist ein Entfernen von gesundem ovariellen Gewebe unvermeidbar, welches sich durch ein postoperatives Abfallen des AMH, eine Reduktion des ovariellen Volumens und eine Reduktion der Anzahl von Antralfollikeln bemerkbar macht [12, 13]. Patientinnen mit bilateralen Endometriomen sind naturgemäß besonders gefährdet. Bei diesen Patientinnen kann, wenn auch sehr selten, eine vollständige Ovarialinsuffizienz durch die Operation hervorgerufen werden.

Die Frage der chirurgischen Expertise scheint einen Einfluss auf das Ausmaß der ovariellen Schädigung zu haben. Beispielsweise zeigte eine italienische Studie, dass bei der Zystenausschälung von Endometriomen mittels „stripping technique“, welche von Assistenten durchgeführt wurde, 0,97 mm gesundes ovarielles Gewebe entfernt wurde, während es bei Fachärzten mit Spezialisierung im Bereich der Endometriose 0,49 mm waren [14]. Es wurde schon öfters betont, dass die Lernkurve einer adäquaten Endometriomausschälung besonders lang ist [11].

Die Verwendung von bipolarer Energie zur Blutstillung scheint eine zusätzliche Schädigung von gesundem ovariellen Ge-

webe hervorzurufen. Der Einsatz von hämostyptischen Substanzen oder das Nähen des Ovars als Mittel der Blutstillung reduzieren die ovarielle Schädigung verglichen mit dem Einsatz bipolarer Energie [15].

Weniger invasive chirurgische Methoden, wie beispielsweise die reine Drainage oder die Fenestrierung der Zyste und Koagulation bzw. Laservaporisation des Zystenbals, stellen keine empfehlenswerten Alternativen dar, da diese Techniken im Gegensatz zur „stripping technique“ nur einen geringen oder gar keinen positiven Einfluss auf die postoperative spontane Schwangerschaftsrate haben, zu weniger Schmerzreduktion führen, mit höheren Rezidivraten vergesellschaftet sind und häufiger Zweitoperationen notwendig machen [11]. Die erhöhte Rezidivrate und die daraus resultierenden wiederholten chirurgischen Eingriffe sind von besonderer Bedeutung, da der verursachte Schaden am gesunden Restovar bei Rezidiveingriffen im Gegensatz zu Primäroperationen nochmals deutlich erhöht ist [16]. Auch der Effekt einer Zweitoperation auf die postoperative Schwangerschaftsrate ist nicht mehr vergleichbar zur Primäroperation [17].

Die Frage, ob Endometriome *per se* zu einer Schädigung des Ovars führen, ist umstritten und die diesbezüglichen Studien widersprüchlich [18]. Es wurde gezeigt, dass bei Frauen mit Endometriomen die Rate von spontanen Ovulationen im nicht betroffenen Ovar höher ist [19]. Auch histopathologisch hat sich gezeigt, dass die Follikelanzahl rund um Endometriome, verglichen zu anderen gutartigen ovariellen Zysten, reduziert ist [20].

Im Rahmen der IVF scheinen jedoch Frauen mit Endometriomen, verglichen mit Frauen ohne Endometriome, keine schlechteren Schwangerschaftsraten haben. Zwar scheint das Ansprechen der Ovarien auf die Hyperstimulation und die Anzahl der gewonnenen Oozyten pro Zyklus etwas reduziert zu sein, die Qualität der Oozyten, die Befruchtungsrate, die Implantationsrate und die Lebendgeburtenrate scheinen jedoch nicht unterschiedlich zu sein [21].

Der Schwangerschaftsverlauf, die Häufigkeit von Schwangerschaftskomplikationen und die Lebendgeburtenrate scheinen durch das Vorhandensein von Endometri-

men während der Schwangerschaft nicht negativ beeinflusst zu sein [22, 23]. Komplikationen wie Zystenruptur mit Haemoperitoneum und Abszessbildung wurden zwar beschrieben, sind jedoch selten.

Neben der ovariellen Schädigung durch die chirurgische Therapie von Endometriomen ist die hohe Rezidivrate, auch nach optimaler chirurgischer Therapie, ein relevantes Problem.

Im Zuge dieser Überlegungen stellt daher das Hinauszögern der chirurgischen Therapie, insbesondere bei asymptomatischen Patientinnen, eine durchaus attraktive Option dar.

Alternativen zur chirurgischen Therapie

Asymptomatische Endometriome von geringer Größe (≤ 5 cm) können ohne Bedenken konservativ im Sinne einer „Wait-and-see“-Strategie behandelt werden. Einige der initial als Endometriome diagnostizierten Zysten stellen in Wirklichkeit hämorrhagische Zysten dar und verschwinden somit ohne weitere Therapie, meistens innerhalb von 8 Wochen [24].

Die komplette Regression von echten Endometriomen ist selten, jedoch ist eine Größenzunahme nicht zwingend. Kommt es allerdings zu einer Größenzunahme im Rahmen der konservativen Therapie, sollte eine operative Therapie in Erwägung gezogen werden, da die ovarielle Schädigung, welche durch eine Operation gesetzt wird, in einem gewissen Zusammenhang mit der Größe der operierten Endometriome stehen dürfte [25].

Eine maligne Entartung (meistens endometroides oder klarzelliges Ovarialkarzinom) von Endometriomen ist mit ca. 1–2 % sehr selten und findet sich insbesondere bei einem Zystendurchmesser von ≥ 9 cm und Frauen über dem 45. Lebensjahr oder in der Menopause [26].

Eine hormonelle Therapie sollte bei Endometriomen, welche mit Schmerzen assoziiert sind, in jedem Fall möglichst schnell begonnen werden. Bei vorliegenden Kontraindikationen oder Ablehnung einer hormonellen Therapie durch die Patientin sollte zumindest eine Therapie mit adäquaten

Schmerzmitteln begonnen werden. Eine schnelle und effektive Behandlung von Schmerzen im Rahmen der Endometriose ist von besonderer Bedeutung, um eine Chronifizierung der Schmerzen zu verhindern [27]. Als Therapieoptionen kommen unter anderem der Einsatz von kombinierten Pillen (vorzugsweise mittels kontinuierlicher Gabe), Gestagenen (oral oder wahrscheinlich besser lokal mittels Hormonspirale) oder in ausgeprägten Fällen GnRH-Analoga infrage. Bei fehlendem Ansprechen auf die Therapie sollten andere Schmerzsachen wie beispielsweise die interstitielle Zystitis, das Reizdarmsyndrom oder die Fibromyalgie in Betracht gezogen und eventuell abgeklärt werden.

Ob eine hormonelle Therapie zu einer Stabilisierung bzw. Größenreduktion von nichtoperierten Endometriomen führt, ist unklar. Im Gegensatz dazu ist der Einsatz hormoneller Therapien als postoperative Rezidivprophylaxe gut belegt. Die Rezidivrate von Endometriomen wurde in einer rezenten Übersichtsarbeit mit 21,5 % nach 2 Jahren und 40–50 % nach 5 Jahren angegeben, wobei jüngere Patientinnen und Patientinnen mit höherem rAFS-Staging ein höheres Risiko haben [28]. Daher sollte jeder Patientin, die nach erfolgter Zystenausschälung eines Endometrioms nicht sofort schwanger werden möchte, eine langfristige (in jedem Fall länger als 6 Monate) hormonelle Therapie angeboten werden.

Das Mittel der Wahl zur Reduktion des Risikos eines Rezidivs scheint die kombinierte Pille zu sein, idealerweise in Form einer kontinuierlichen (im Gegensatz zur zyklischen) Einnahme. Beispielsweise zeigte eine Studie, dass das Rezidivrisiko durch 2-jährige Pilleneinnahme von 35,8 % auf 2,9 % reduziert werden konnte [29]. Wenn die Einnahme einer kombinierten Pille nicht toleriert wird bzw. kontraindiziert ist, scheint eine Levonorgestrel-freisetzende Hormonspirale die zweitbeste Methode zu sein [30].

Fazit

- Die chirurgische Zystenausschälung mittels „stripping technique“ stellt den Goldstandard der Therapie von Endometriomen dar.
- Technik und Erfahrung des Operateurs haben einen Einfluss auf das Ausmaß der

- unvermeidbaren Schädigung des gesunden Restovars.
- Das Ausmaß der Erkrankung und das Vorhandensein einer TIE sollten präoperativ abgeklärt werden, um eine vollständige Operation gewährleisten zu können und die Patientin adäquat über das Ausmaß des Eingriffs und das assoziierte Risiko aufklären zu können.
 - Der positive Effekt einer chirurgischen Therapie auf die postoperative spontane Schwangerschaftsrate ist mit 1 bis maximal 2 Jahren zeitlich begrenzt.
 - Kleine Endometriome müssen, bei adäquater Kontrolle von assoziierten Schmerzen, nicht sofort operativ therapiert werden. Eine Operation sollte zeitlich mit der Familienplanung akkordiert werden.
 - Nach erfolgter chirurgischer Therapie von Endometriomen bei Patientinnen, welche aktuell keinen Kinderwunsch haben, sollte eine langfristige hormonelle Therapie zur Rezidivprophylaxe begonnen werden. Mittel der Wahl ist die kontinuierliche Einnahme einer kombinierten Pille.

LITERATUR:

1. Testa AC, Timmerman D, Van Holsbeke C et al. Ovarian cancer arising in endometrioid cysts: ultrasound findings. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 38: 99–106.
2. Guerriero S, Ajossa S, Mais V, et al. The diagnosis of endometriomas using colour Doppler energy imaging. *Hum Reprod* 1998; 6: 1691–5.
3. Cheng YM, Wang ST, Chou CY. Serum CA-125 in preoperative patients at high risk for endometriosis. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 375.
4. Van Holsbeke C, Van Calster B, Bourne T, et al. External validation of diagnostic models to estimate the risk of malignancy in adnexal masses. *Clin Cancer Res* 2012; 18: 815–25.
5. Chapron C, Pietin-Vialle C, Borghese B, et al. Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2009; 92: 453–7.
6. Redwine DB. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. *Fertil Steril* 1999; 72: 310–5.
7. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, et al. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2–5 year follow-up. *Hum Reprod* 2003; 18: 1922–7.
8. Endometriosis Treatment Italian Club. Ovarian endometrioma: what the patient needs. *J Minim Invasive Gynecol* 2014; 21: 505–16.
9. Hart RJ, Hickey M, Maouris P, et al. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 16: CD004992.
10. Carmona F, Martínez-Zamora MA, Rabanal A, et al. Ovarian cystectomy versus laser vaporization in the treatment of ovarian endometriomas: a randomized clinical trial with a five-year follow-up. *Fertil Steril* 2011; 96: 251–4.
11. Canis M, Mage G, Wattiez A, et al. The ovarian endometrioma: why is it so poorly managed? Laparoscopic treatment of large ovarian endometrioma: why such a long learning curve? *Hum Reprod* 2003; 18: 5–7.
12. Muzii L, Bellati F, Bianchi A, et al. Laparoscopic stripping of endometriomas: a randomized trial on different surgical techniques. Part II: pathological results. *Hum Reprod* 2005; 20: 1987–92.
13. Somigliana E, Berlanda N, Benaglia L, et al. Surgical excision of endometriomas and ovarian reserve: a systematic review on serum antimüllerian hormone level modifications. *Fertil Steril* 2012; 98: 1531–8.
14. Muzii L, Marana R, Angioli R, et al. Histologic analysis of specimens from laparoscopic endometrioma excision performed by different surgeons: does the surgeon matter? *Fertil Steril* 2011; 95: 2116–9.
15. Ding W, Li M, Teng Y. The impact on ovarian reserve of haemostasis by bipolar coagulation versus suture following surgical stripping of ovarian endometrioma: a meta-analysis. *Reprod Biomed Online* 2015; 30: 635–42.
16. Muzii L, Achilli C, Lecce F, et al. Second surgery for recurrent endometriomas is more harmful to healthy ovarian tissue and ovarian reserve than first surgery. *Fertil Steril* 2015; 103: 738–43.
17. De Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet* 2010; 376: 730–8.
18. Leone Roberti Maggiore U, Gupta JK, Ferrero S. Treatment of endometrioma for improving fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016 [Epub ahead of print].
19. Benaglia L, Somigliana E, Vercellini P, et al. Endometriotic ovarian cysts negatively affect the rate of spontaneous ovulation. *Hum Reprod* 2009; 24: 2183–6.
20. Maneschi F, Marasa L, Incandela S, et al. Ovarian cortex surrounding benign neoplasms: a histologic study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 388–93.
21. Hamdan M, Dunselman G, Li TC, et al. The impact of endometrioma on IVF/ICSI outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2015; 21: 809–25.
22. Bailleux M, Bernard JP, Benachi A, et al. Ovarian endometriosis during pregnancy: a series of 53 endometriomas. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015 [Epub ahead of print].
23. Benaglia L, Bermejo A, Somigliana E, et al. Pregnancy outcome in women with endometriomas achieving pregnancy through IVF. *Hum Reprod* 2012; 27: 1663–7.
24. Levine D, Brown DL, Andreotti RF, et al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology* 2010; 256: 943–54.
25. Tang Y, Chen SL, Chen X, et al. Ovarian damage after laparoscopic endometrioma excision might be related to the size of cyst. *Fertil Steril* 2013; 100: 464–9.

26. Kobayashi H, Sumimoto K, Kitanaka T, et al. Ovarian endometrioma – risks factors of ovarian cancer development. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008; 138: 187–93.

27. Sikandar S, Dickenson AH. Visceral pain: the ins and outs, the ups and downs. Curr Opin Support Palliat Care 2012; 6: 17–26.

28. Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. Hum Reprod Update 2009; 15: 441–61.

29. Takamura M, Koga K, Osuga Y, et al. Post-operative oral contraceptive use reduces the risk of ovarian endometrioma recurrence after laparoscopic excision. Hum Reprod 2009; 24: 3042–8.

30. Koga K, Takamura M, Fujii T, et al. Prevention of the recurrence of symptom and lesions after conservative surgery for endometriosis. Fertil Steril 2015; 104: 793–801.

Korrespondenzadresse:

*Ass.-Prof. Dr. Heinrich Husslein, PLL.M.
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien*

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

E-Mail:

heinrich.husslein@meduniwien.ac.at

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 Pflege-linge 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 qualitätvollen 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 Schmerzensgeld. *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 fetuses 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

Fetalobduktion an der MUW – Status quo

A. Scharrer

Gerade weil die Fetalmedizin ein auch in forensischer Hinsicht äußerst komplexes Fachgebiet ist, wird am Institut für klinische Pathologie, MUW/AKH Wien, die Fetalobduktion nur von 3 erfahrenen Fachärztinnen durchgeführt.

In enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den einschlägig befassen Pränatalmedizinerinnen, Radiologen (Fetal-MRT) und Geburtshelfern wird am Klinischen Institut für Pathologie versucht, eine Einheit aus den zahlreichen Informationsquellen zu schaffen, um eine bestmögliche Be- und Aufarbeitung jedes einzelnen Falles zu ermöglichen.

In regelmäßigen, in 14-tägigem Abstand stattfindenden Fallkonferenzen werden alle beteiligten Disziplinen (Neonatologen, Geburtshelfer, Pädopathologen, Radiologen etc.) auf ihre zukünftigen, noch ungeborenen Patienten vorbereitet, um gemeinsam den optimalen Entbindungszeitpunkt festzulegen.

Nach der Geburt bzw. nach Totgeburt/Abort von Feten mit pränatal diagnostizierter Fehlbildung wird nahezu ausnahmslos eine Obduktion durchgeführt, wobei die letzte Entscheidung zur Obduktion ungeachtet der vorbestehenden klinischen Situation vom Facharzt für Pathologie getroffen wird – eine Tatsache, die vielen Kollegen immer noch nicht bewusst, aber umso wichtiger ist, da bis dato keine radiologische Untersuchung die Obduktion zur Gänze ersetzen kann. Spezielle Fehlbildungen, wie z. B. die Ösophagusatresie, können durch pränatalen Ultraschall und/oder *In-vivo-/Post-mortem*-MRT allenfalls suspiert wer-

den, den definitiven Nachweis einer solchen bringt aber nur die Obduktion. Auch im Bereich der komplexen Herzfehlbildungen ist vor allem die MRT diagnostisch sehr limitiert, was nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung eine Obduktion unersetzlich macht. Dass nicht an jedem Institut für Pathologie Fetalobduktionen gemacht werden, ist verständlich, aber an großen Zentren, die medizinisch indizierte Interruptiones durchführen, sollte jedenfalls ein Pädopathologe verfügbar sein.

Die Ergebnisse der pathologischen postmortalen Untersuchungen fließen direkt in oben angesprochene interdisziplinäre Fallkonferenzen ein und werden auch in den obligat stattfindenden Gesprächen mit den Eltern nach negativem Schwangerschaftsausgang besprochen.

Im universitären Setting ist die Aus-, Weiter- und Fortbildung von besonderer Bedeutung, daher werden besonders interessante Fälle mit pränataldiagnostischem, radiologischem und autopsischem Bildmaterial in eigenen *Post-mortem*-Konferenzen präsentiert – nicht zuletzt auch, um das Bewusstsein aller beteiligten Disziplinen und Kliniken zu fördern, dass die Fetalobduktion eine wichtige Untersuchung ist, die zuweilen auch unerwartete Ergebnisse liefert.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Anke Scharrer, FÄ f. Pathologie
Leitung AG Fetal- und Kinderobduktion &
Perinatalpathologie
Klinisches Institut für Pathologie
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: anke.scharrer@meduniwien.ac.at*

Resilienz und Arzt-Patienten-Interaktion

Eine quantitative Studie zur medizinischen Versorgung mit 189 Frauen

M. Esterl, G. Dietrich, H. Lothaller

Resilienz und Gesundheit

Der Begriff Resilienz hat seine wissenschaftlichen Ursprünge in den 1950er-Jahren [1, 2] und bedeutet, erfolgreich mit belastenden Situationen sowie den Rahmenbedingungen und deren negativen Auswirkungen umzugehen [3].

Eine bedeutende Erweiterung der Resilienzforschung ermöglichten die Arbeiten von Antonovsky, die durch die salutogenetische Perspektive die Gesundheits- und Humanwissenschaften interdisziplinär beeinflusst haben [4]. Es sind sieben Faktoren der Resilienz beschrieben: Emotionssteuerung, Impulskontrolle, Kausalanalyse, realistischer Optimismus, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Zielorientierung und Empathie [5].

Bezug nehmend auf die Konzeption der Resilienz zeigen sich in der vorhandenen Literatur Zusammenhänge mit verschiedenen Schutzfaktoren, die Überschneidungen mit dem Modell der sieben Faktoren aufweisen.

In der bestehenden Literatur wird der Begriff „posttraumatische Reifung“ in Zusammenhang mit Resilienz gebracht. Es bestehen unterschiedliche Auffassungen und Untersuchungen zu dieser Forschungsfrage [6, 7].

Resilienz und Krankheit

Herzlich [8] schildert drei Krankheitsdefinitionen bei Patienten, die auch drei unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Arzt-Patienten-Beziehung beinhalten:

1. Krankheit wird als destruktiv empfunden, verbunden mit sozialen Verlusten, abhängigen Verhaltensmustern und Passivität. Der Arzt wird als die Person gesehen, die heilt und somit alles wieder korrigiert.
2. Die zweite Beschreibung umfasst ein systemisches Prinzip. Die Krankheit wird als Herausforderung gesehen, durch die man sich aktiv weiterentwickeln darf. Der Arzt hat die Rolle des Kooperationspartners.
3. Die dritte Schilderung beschreibt Krankheit als Befreiung von belastenden Lebensumständen. Der Arzt wird gebraucht, um in Pause gehen zu dürfen. Petzold [9] schildert, dass die Patienten, die uns aufsuchen, uns einem übergeordneten System zuordnen und uns Macht zuschreiben.

In der systemischen Betrachtung wird der Mensch im Ideal ganzheitlich in Resonanz in seinen Lebenskontexten beschrieben. Menschen erscheinen als besonders resilient, wenn sie bei starkem, dauerhaftem Distress immer wieder auf die Sinnhaftigkeit fokussieren können und zu ihren Annäherungszielen finden.

Der verbindende Faden zwischen den unterschiedlichen Konzepten ist die Kausalität zwischen den inneren und äußeren Einflüssen der Betroffenen und der Wechselwirkung zwischen den Systemen. In der Resilienzforschung ermöglichen diese Modelle, die Handlungsfähigkeit des Patienten und die des helfenden Systems zu erweitern. Für anwendungsorientierte Forschung erscheint dabei der Wechsel vom problem- zum lösungsorientierten Fokus nutzbringend. Die alte Annahme, dass Re-

silienz genetisch determiniert sei, ist heute mehrheitlich widerlegt.

Die Einbeziehung von Resilienz in die medizinische Versorgung ermöglicht, die Handlungsfähigkeit und Effektivität im Umgang mit den Patienten und ihren Beschwerden zu verbessern.

Begriff der Interaktion in der Behandlung

Nach Neuberger [10] bezeichnet Interaktion eine Beziehung zwischen Personen, die sich gegenseitig wahrnehmen und an ihrem Verhalten orientieren.

In Bezug auf die Arzt-Patienten-Beziehung analysiert Weidmann [11] kritisch, dass im Krankenhaus die Beteiligten zu meist nicht als Subjekte mit speziellen Bedürfnissen und einer sozialen Anbindung interagieren, sondern der Charakter einer „Warenbeziehung“ dominiert. Eine emotionale Unterstützung für die Patienten ist so nur unzureichend möglich.

Stichprobenbeschreibung

Die Befragung erfolgte über einen anonymen Link, der von an Endometriose erkrankten Frauen in Österreich, Deutschland und der Schweiz ausgefüllt wurde. Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm SPSS berechnet und vom Statistiker und Drittautor unter Berücksichtigung der Variableneigenschaften und Verfahrensvoraussetzungen mit Frequenzanalysen, t-Tests, Korrelationsberechnungen und Varianzanalyse durchgeführt.

Ergebnisse zur Interaktionswahrnehmung

Es wird deutlich, dass die Interaktionswahrnehmung sich in der informativen Kommunikation im ärztlichen und pflegerischen Kontext stationär, ambulant und niedergelassen unterscheidet. Den höchsten Wert zeigt die informative Kommunikation im stationären Setting, in der Mitte liegt die informative Kommunikation im ambulanten Bereich und die geringste Ausprägung hat die informative Kommunikation bei niedergelassenen Fachärzten.

Bei der Interaktionswahrnehmung zur partnerschaftlichen Kommunikation bestehen zwischen ambulantem, stationärem und niedergelassenem Bereich folgende Unterschiede: Die partnerschaftliche Kommunikation ambulant zeigt einen signifikanten Unterschied zu der partnerschaftlichen Kommunikation stationär und zu der partnerschaftlichen Kommunikation niedergelassen. Am höchsten ist der Wert der partnerschaftlichen Kommunikation im niedergelassenen ärztlichen Bereich.

Die Untersuchung belegt, dass sich im Bereich der Interaktionswahrnehmung zur partnerschaftlichen Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patientin im Vergleich zwischen ambulantem und stationärem Bereich eine positivere Bewertung des stationären Bereichs erfolgt.

Es zeigt sich ein tendenzieller Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Unterstützung im Alltag und der Interaktionswahrnehmung zur partnerschaftlichen Kommunikation bei niedergelassenen Fachärzten. Je höher die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Unterstützung, desto höher ist die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Kommunikation im niedergelassenen Bereich.

Fazit für die Praxis

- Das Anamnesegespräch möglichst ausführlich führen mit Raum für Fragen beiderseits.
- Einbeziehen der Patienten in den Behandlungsprozess durch ausreichende Information und Raum für Mitbestimmung.
- Empathische Arbeitshaltung einnehmen; falls dies nicht möglich ist, die eigenen Grenzen transparent machen.
- Es ist wichtig, sensible Themen anzusprechen.
- Erfragen der sozialen Ressourcen und Strategien im Umgang mit ihrer Erkrankung seitens der Patienten – wirkt stützend.
- Vernetzung zu Psychotherapeuten/Psychologen/Selbsthilfegruppen, um gesundheitsfördernde Copingstrategien zu erarbeiten.
- Vernetzung zu anderen Anlaufstellen ermöglichen, falls die eigene Kapazität nicht gegeben ist.

LITERATUR:

1. Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 43. BZgA, Köln, 2012.
2. McCubbin L. Challenge to the Definition of Resilience. 2011. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED458498.pdf> [gesehen: 19.06.2015].
3. Wustmann C. Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. Z f Päd 2005; 51: 192–206.
4. Antonovsky A. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Band 36. dgvt-Verlag, Tübingen, 1997.
5. Reivich K, Shatte A. The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles. 1. Aufl. Random House, New York, 2003.
6. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: Calhoun LG, Tedeschi RG (eds). Handbook of posttraumatic growth: Research & practice. 1. Aufl. Lawrence Erlbaum, Mahwah, 2006; 1–23.
7. Janoff-Bulman, R. Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In: Calhoun LG, Tedeschi RG (eds). Handbook of posttraumatic growth: Research & practice. 1. Aufl. Lawrence Erlbaum, Mahwah, 2006; 81–99.
8. Herzlich C. Health and Illness. A Social Psychological Analysis. Academic Press, Oxford, 1973.
9. Petzold T. Grundlagen einer systemischen Kohärenzregulation. Dynamische und systemische Aspekte einer salutogenetisch orientierten Meta-Theorie für Gesundheitsberufe. 2011. http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/fileadmin/user_upload/Petzold-Theorie-1211-Salutogenese.pdf [gesehen: 19.06.2015].
10. Neuberger C. Interaktivität, Interaktion, Intermet. Publizistik 2007; 52: 33–50.
11. Weidmann R. Rituale im Krankenhaus. 3. Aufl. Verlag Urban & Fischer, München, 2001.

Korrespondenzadresse:*Melanie Esterl, MEd**Interuniversitäres Kolleg Graz/Seggau**A-1030 Wien, Göllnergasse 10/9**E-Mail: praxis@melanieesterl.at*

Mitteilungen der ÖGPPM

Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin – www.perinatal.at

Mit einem sehr traurigen Kapitel in der Perinatalperiode beschäftigt sich unser diesmaliger Beitrag für *Speculum*. Dabei handelt es sich um die Tötung des Neugeborenen. Dies war auch Thema von zwei Vorträgen im Rahmen der Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin durch Frau Dr. Barbara Reichert und Frau MMag. Julia Johnson, Staatsanwältin in Wien. Eine Kurzfassung dieses Vortrages zur allgemeinen Begriffsbestimmung finden Sie im Anschluss.

Weiters darf ich Ihnen in eigener Sache den VIII. Internationalen Dialog „Geburts- hilfe, Hebammen, Anästhesie und Neonatologie im Gespräch“ (22.–24. September 2016) in Wien ankündigen. Viele nationale und internationale Redner haben spannende

Beiträge vorgesehen. Die am weitesten anreisenden Referenten darf ich extra erwähnen; das werden Herr Prof. A. Grunebaum aus New York (Weill Cornell Medical College) und Herr Prof. R. Dyer aus Südafrika (Department of Anaesthesia, University of Cape Town) sein. Das genaue Programm und die Referenten können Sie der Homepage www.perinatal-dialog.at entnehmen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christian Dadak

*Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Prä- und Perinatale Medizin*



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR
PRÄ- UND PERINATALE MEDIZIN

§ 79 StGB – Tötung eines Kindes bei der Geburt

J. Johnson

Einleitung

Tötung von Kindern durch die elterliche Hand hat es in allen Kulturen, Epochen und Schichten der Menschheitsgeschichte gegeben. In unserer Gesellschaft, die wir als zivil und aufgeklärt bezeichnen, stellt sich die Frage: Warum kommt es heute noch dazu? Auf jeden Einzelfall reagieren Presse und Öffentlichkeit in großem Ausmaß, die Bestrafung der Täter wird verfolgt und gefordert. Auch wird diese Thematik mehrfach in der Literatur bearbeitet, den berühmtesten Fall stellt die Figur des Gretchen aus Goethes *Faust* dar, welche ihren unehelichen geborenen Sohn tötet. Oft ging eine Verleugnung der Schwangerschaft voran oder die Geburt erfolgte unerwartet. Die betroffenen Frauen sind meist jung, sozial unerfahren, die Schwangerschaft und die Vorstellung eines Kindes lösen bei ihnen Panik aus.

Objektiver Tatbestand

Das Tatobjekt ist das leibliche Kind der Mutter, das zumindest mit einem Teil seines Körpers den Mutterleib verlassen haben muss (ab diesem Zeitpunkt kommt Schwangerschaftsabbruch nicht mehr in Betracht), nicht also ein anderes Kind dieser Mutter und nicht das Kind einer anderen Mutter [1]. Nur das lebende Kind kann Tatobjekt sein. Um eine Lebendgeburt handelt es sich entweder, wenn das Kind nach dem Austritt aus dem Mutterleib geatmet hat, oder wenn anzunehmen ist, dass bei einer Tötung im Mutterleib die Nabelschnur pulsiert bzw. das Herz geschlagen hat und die Tätigkeit des Gesamthirns nicht schon endgültig erloschen war. Lebensfähigkeit des Neugeborenen ist nicht erforderlich [2].

§ 79 StGB regelt zwei verschiedene Fälle der vorsätzlichen Kindestötung: Zum einen

die Tötung des Kindes während der Geburt, zum anderen die Tötung des Kindes, solange die Mutter noch unter der Einwirkung des Geburtsvorganges steht [3].

Subjektiver Tatbestand

Der Unrechtstatbestand des § 79 StGB ist nur erfüllt, wenn sich der Vorsatz der Täterin auf die Herbeiführung des Todes ihres Kindes richtet, wobei bedingter Vorsatz genügt. Es genügt, dass sich die Mutter mit dem aus ihrem Handeln ergebenden Tod des Kindes abfindet, d. h. das Risiko der Tötung auf sich nimmt, auch wenn sie den Tod nicht wünscht. Am Vorsatz fehlt es, wenn die Mutter ihr Kind irrtümlich für tot hält [4]. Ein Irrtum über die Lebensfähigkeit ist unbeachtlich, weil sie kein Tatbestandsmerkmal ist. Die Mutter muss erkennen, dass die Geburt tatsächlich eingesetzt hat.

Der Vorsatz ist nur schwer feststellbar, vor allem beim Unterlassen oder wenn die Tötungshandlung nur beiläufig passiert, besonders bei psychischer Verdrängung der Schwangerschaft und überraschenden Geburten, sodass die Beziehung eines Sachverständigen erforderlich sein kann [5].

Schuld

Die Privilegierung resultiert aus einer Verminderung der Zurechnungsunfähigkeit im Zusammenhang mit der Geburt [6].

Im ersten Fall des § 79 StGB wird vom Gesetz unwiderleglich vermutet, dass sich eine Mutter in der Phase „während der Geburt“ immer in einem die Schuldfähigkeit vermindernenden psychischen und physischen Ausnahmezustand (Erregungszustand) befindet. Selbst dann, wenn sich die Gebären-

de tatsächlich nicht in einem solchen Ausnahmezustand befunden hat, kommt sie in den Genuss der sie privilegierenden Strafdrohung des § 79 StGB [3]. Die Geburt beginnt mit den regelmäßigen Eröffnungswehen und endet für § 79 StGB mit der Ausstoßung der Nachgeburt [7].

Zu Gunsten der Mutter ist § 79 StGB auch bei einer operativen Entbindung anzunehmen [8].

Diese unwiderlegliche Vermutung bewirkt, dass wenn etwa die Eltern gemeinsam das Kind während der Geburt töten, die Mutter, die vielleicht sogar selbst die Tötungshandlung vornimmt, stets in den Genuss des § 79 StGB kommt, selbst wenn es nicht den geringsten Hinweis auf das Vorliegen eines geburtsbedingten psychischen und physischen Ausnahmezustandes gibt, wohingegen sich der Vater immer nach den §§ 12, 75 oder 76 StGB verantworten müsste [3].

Fasst die Mutter bereits vor der Geburt einen Tötungsvorsatz, so ist sie ebenfalls nur nach § 79 StGB zu bestrafen [9]. Der „vorgefasste Vorsatz“ ist nur als Planung zu verstehen, die wegen der Notwendigkeit der definitiven Überwindung der letzten Hemmschwelle erst im Tatzeitpunkt zum Vorsatz wird. Die vorherige Tatbereitschaft kann sich aber strafscharfend auswirken. Die „eiskalt“ vorgeplante Kindestötung schließt somit die Anwendung des § 79 StGB nicht aus, ebenso kann auch beim Unterlassen geburtshilflicher Fürsorgemaßnahmen bereits vor der Geburt § 79 statt § 75 StGB angenommen werden [3].

Im zweiten Fall – nämlich der Tötung nach der Geburt – wird keine gesetzliche Vermutung aufgestellt. Vielmehr ist in jedem Einzelfall durch Beiziehung eines psychiatrischen (gynäkologischen) Sachverständigen abzuklären, ob sich die Mutter zum Zeitpunkt der Kindestötung immer noch in einem die Zurechnungsfähigkeit vermindern, geburtsbedingten, psychischen und physischen Ausnahmezustand befunden hat [3]. Die erst mit der Aussto-

ßung der Nachgeburt beginnende Zeitspanne ist spät angesetzt und darum relativ kurz, sie wird i. d. R. höchstens wenige Stunden betragen, danach findet § 75 StGB Anwendung. Die Dauer richtet sich nach der Schwierigkeit der Geburt, eventuellen Nachwirkungen einer Narkose und der konkreten körperlichen und seelischen Widerstandskraft der Mutter sowie der Notwendigkeit geburtshilflicher Versorgungen.

Strafzumessung

Schuldmindernde Umstände der Motivation bzw. der Zumutbarkeit verbinden sich zwar meistens mit der verminderten Zurechnungsfähigkeit, sind aber bei der Strafzumessung zu berücksichtigen, auch soziale Konfliktlagen sind zu berücksichtigen [10]. Die Unehelichkeit ist *per se* noch kein Milderungsgrund, kann jedoch nach den Umständen des Einzelfalles herangezogen werden.

Strafdrohung

Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren.

LITERATUR:

1. Moos in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 79, Rz 9.
2. Moos, aaO, Rz 10.
3. Schirhagl/Treichl/Kryspin-Exner/Siebert, „Tötung eines Kindes bei der Geburt“ – eine interdisziplinäre Diskussion zu § 79 StGB, JSt 2005, 18.
4. Moos, aaO, Rz 17.
5. Moos, aaO, Rz 18.
6. Moos, aaO, Rz 22.
7. Moos, aaO, Rz 26.
8. Moos, aaO, Rz 27.
9. Moos, aaO, Rz 28.
10. Moos, aaO, Rz 42.

Korrespondenzadresse:

MMag. Julia Johnson
Landesgerichtsstraße 11
A-1082 Wien, Postfach 400
E-Mail: julia.johnson@justiz.gv.at

Pharma-News

DFmobil – die neue App für DFP-zertifizierte ärztliche Fortbildung

Ärztliche Fortbildung ist wichtiger denn je – auch aufgrund der DFP-Verordnung¹

In beinahe keiner Berufsgruppe ist die Aktualität von Wissen und Wissenschaft so entscheidend wie in medizinischen Berufen und es sind vor allem Fortbildungen, welche Ärztinnen und Ärzte stets auf dem neuesten Stand der Wissenschaft halten und somit eine beständige Qualität der medizinischen Versorgung garantieren. Das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer bietet ein Zertifizierungssystem, welches MedizinerInnen die Möglichkeit bietet, die Aktualität ihres Wissens zu wahren und nachzuweisen.

Bayer Austria unterstützt die Entwicklung und den Betrieb von DFmobil – der mobilen Fortbildungs-App²

Mit DFmobil gibt es eine für Mobilgeräte optimierte Fortbildungsmöglichkeit, wodurch ÄrztInnen ihr Wissen unabhängig von Zeit und Standort erweitern und überprüfen können. Neben sofort aufgebuchten DFP-Punkten³ können auch Elemente wie auditive und visuelle Gestaltung der Fra-

gen und Antworten, optional Highscores, Geschwindigkeitsmessung und Ranglisten genutzt werden, um erprobte Effekte von Lernfortschritt und Motivationssteigerung zu erreichen.

Ein Fortbildungsmodul besteht aus einer Lerneinheit und einer Frageinheit (Test), die gemeinsam auf Mobilgeräte downloadbar sind. Alle Fragen erscheinen schriftlich, werden vorgelesen und auch teilweise mit Animationen und Grafiken versehen. Die Module können aber nicht nur als App auf Ihrem Mobilgerät absolviert, sondern auch auf der Homepage www.med-diplom.at genutzt werden.

DFmobil erleichtert und beschleunigt den Lern- und Testvorgang

Die App macht es nach dem Download von Lernmodulen auch im Offline-Modus möglich, Wissen zu generieren und abzufragen. Damit sind Sie flexibel und geographisch ungebunden. DFmobil ist gratis auf allen Smartphones und Tablets neuerer Generationen mit den Betriebssystemen iOS von Apple (mindestens 7.1) oder Android von Google (mindestens 4.0.3) verwendbar. Die zum Start vorhandenen Lernmodule der App werden in Kooperation mit dem Universimed Verlag laufend erweitert. Es wird sowohl allgemeine als auch fachspezifische Fortbildung zum Beispiel aus dem Bereich Gynäkologie angeboten.

Die Zukunft der Fortbildung ist mobil

Apps finden, auch wenn sie ihren Ursprung vor allem im Unterhaltungsbereich haben, mehr und mehr im professionellen

¹ Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über ärztliche Fortbildung, zuletzt geändert 1. September 2013.

² Bayer nimmt keinen Einfluss auf DFP-approbrierte Inhalte der Schulungsmodule. Diese werden von den jeweiligen ärztlichen Fortbildungsanbietern erstellt und durch ein von der Österreichischen Ärztekammer befugtes Gremium approbiert.

³ Bei bestehender Internetverbindung und positiver Absolvierung des Schulungsmoduls.

Umfeld Anklang. Mit DFmobil wird dieser Trend vorangetrieben und die medizinische Branche weiter in das Zeitalter des digitalen Lernens geführt. Die Fortbildungs-App DFmobil basiert auf einer Entwicklung von triffity technology, die Entwicklung und der Betrieb werden von Bayer Austria finanziell unterstützt. Als Vertragspartner der Akademie der Ärzte und Serviceprovider für die DFP-approbierten Module fungiert Univer-simed.

Weitere Informationen:



Science For A Better Life

Bayer Austria Ges.m.b.H.
A-1160 Wien, Herbststraße 6–10
Internet: www.bayer.at

L,AT,05.2015.2302

Fachkurzinformation zum Inserat auf der 3. Umschlagseite

CAL-D-VITA® – Kautabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Kautablette enthält Kalzium 600 mg als *Calciumcarbonat* 1500 mg, Colecalciferol (Vitamin D3) 400 I.E. (äquivalent zu 10 Mikrogramm) Sonstige Bestandteile: Aspartam (E951) 6 mg, Saccharose 1,7 mg, Sojabohnenöl 0,33 mg. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mannitol, Povidon, Talkum, Magnesiumstearat, Aspartam (E951), Wasserfreie Citronensäure, Aromastoff (Orangenaroma), α -Tocopherol, Sojabohnenöl, Gelatine, Maisstärke, Saccharose. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Kalzium, Kombination mit anderen Produkten, ATC-Code: A12AX. **Anwendungsgebiete:** Zur Prävention und Behandlung von Vitamin-D- und Kalziummangel bei älteren Patienten. Vitamin-D- und Kalzium-Supplementierung als Zusatz zu einer spezifischen Osteoporosebehandlung bei Patienten, bei denen ein erhöhtes Risiko für Vitamin-D- und Kalziummangelzustände besteht. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile, Überempfindlichkeit gegen Erdnüsse oder Soja, Hyperkalzämie und/oder Zustände, die zu Hyperkalzämie führen können, wie Sarkoidose, Malignom und Primärhyperthyreose, schwere Hyperkalzurie, schwere Niereninsuffizienz, Nephrolithiasis, Hypervitaminose D. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6–10, 1160 Wien. **Verschreibungs-/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig; Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** August 2014

Fachkurzinformation zum Inserat auf der 2. Umschlagseite

Jaydess 13,5 mg intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem. ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Das intrauterine Wirkstofffreisetzungssystem enthält 13,5 mg Levonorgestrel. Details zu Freisetzungsraten (siehe Abschnitt 5.2). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Polydimethylsiloxan-Elastomer, Hochdisperses Siliciumdioxid, wasserfrei, Polyethylen, Bariumsulfat, Eisenoxid schwarz (E172), Silber. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Plastik-IUP mit Gestagen, ATC-Code: G02BA03. **Anwendungsgebiete:** Empfängnisverhütung für eine Dauer von bis zu 3 Jahren. **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft; akute oder rezidivierende entzündliche Beckenerkrankung (PID) oder Krankheiten, die mit einem erhöhten Risiko für Beckeninfektionen verbunden sind; akute Zervizitis oder Vaginitis; postpartale Endometritis oder septischer Abort in den vorangegangenen drei Monaten; zervikale intraepitheliale Neoplasie bis zur Rückbildung; maligne Erkrankung von Uterus oder Zervix; gestagen-sensitive Tumoren, z. B. Mammakarzinom; anomale vaginale Blutung unbekannter Ätiologie; angeborene oder erworbene Fehlbildung des Uterus einschließlich Uterusmyome, die die Einlage und/oder Retention des intrauterinen Wirkstofffreisetzungssystems behindern würden (d. h. wenn sie die Gebärmutterhöhle verformen würden); akute Lebererkrankung oder Lebertumor; Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6–10, 1160 Wien. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** Mai 2015

Mirena 20 Mikrogramm/24 Stunden Intrauterinpressar. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Intrauterinpressar enthält 52 mg Levonorgestrel. Die initiale Freisetzungsrate beträgt 20 Mikrogramm/24 Stunden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Polydimethylsiloxan-Elastomer, Polyethylen, Bariumsulfat, Eisenoxid schwarz (E172). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Plastik-IUP mit Progesteron, ATC-Code: G02BA03. **Anwendungsgebiete:** Kontrazeption, Hypermenorrhoe, Endometriumprotektion während einer Östrogen-Substitutionstherapie. **Gegenanzeigen:** Bestehende oder vermutete Schwangerschaft, bekannte oder vermutete durch Sexualhormone beeinflusste Malignome (z. B. Mammakarzinom), akute oder rezidivierende Infektionen innerer Genitalorgane, Zervizitis, Infektion im unteren Genitaltrakt, postpartale Endometritis, septischer Abortus innerhalb der letzten 3 Monate, erhöhte Anfälligkeit für Infektionen, Zervixdysplasie, Malignom von Uterus bzw. Zervix, abnorme Uterus-Blutungen unklarer Genese, angeborene oder erworbene Uterus-Anomalien, sowie Myome, mit Verformungen des Cavum uteri, akute Lebererkrankungen oder Lebertumoren, Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile des IUS. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6–10, 1160 Wien. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** März 2016

KALZIUM-/VITAMIN-D-SUPPLEMENTIERUNG:

Bis zu 40 % geringeres Osteoporose- Risiko¹⁾

Bester therapeutischer
Effekt bei mindestens
1200 mg Kalzium +
800 I.E. Vitamin D²⁾

**1–2 Tabletten
täglich²⁾**

- Bei Osteoporose/Osteopenie³⁾
- Zur Prävention oder Behandlung von Vitamin D- und Kalzium-Mangel



¹⁾ ÖGKM Konsensuspapier „Osteoporose – Prävention & Therapie“, 2011

²⁾ entspricht 2 Tabletten Cal-D-Vita; Quelle: Tang et al., Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis. Lancet. 2007;370(9588):657-66

³⁾ als Zusatz zu einer spezifischen Osteoporosebehandlung bei Patienten, bei denen ein erhöhtes Risiko für Vitamin D- und Kalziummangelzustände besteht.





Gratis - Download!

DFmobil

DIE MOBILE FORTBILDUNGS-APP



Macht DFP-Punkte mobil



Kurse nach Download internetunabhängig absolvieren



DFP-Punkte sofort aufgebucht*

In Kooperation mit:

med-Diplom.at
von **UNIVERSIMED**
MEDIZIN IM FOKUS

Jetzt gratis downloaden!



Entwicklung und Betrieb der DFmobil-App werden durch Bayer Austria GmbH finanziell unterstützt. Bayer Austria GmbH nimmt keinen Einfluss auf DFPapprobierte Inhalte der Schulungsmodule. Diese werden von den jeweiligen ärztlichen Fortbildungsanbietern erstellt und durch ein von der Österreichischen Ärztekammer befugtes Gremium approbiert. *Bei bestehender Internetverbindung und positiver Absolvierung des Schulungsmoduls

L.AT.MKT.07.2015.2727