

Der Pathologe

Pathologie und Klinik

Organ der Deutschen Gesellschaft für Pathologie,
der Internationalen Akademie für Pathologie –
Deutsche Abteilung e. V.,
des Berufsverbands Deutscher Pathologen e. V. und
der Österreichischen Gesellschaft für Pathologie

Herausgeber R. Bässler, Fulda; V. Becker, Erlangen; H. Denk, Graz
G. Dhom, Homburg; W. Doerr, Heidelberg; M. Eder, München
H. J. Födisch, Bonn; A. Georgii, Hannover
Kl. Goertler, Heidelberg; Th. Hardmeier, Münsterlingen
Ph. U. Heitz, Zürich; J. H. Holzner, Wien; G. Klöppel, Brüssel
F.-K. Kößling, Bremen; J. Kracht, Gießen; U. Löhrs, München
H. K. Müller-Hermelink, Würzburg; W. Schachenmayr, Gießen
M. Stolte, Bayreuth; C. Thomas, Marburg

Schriftleitung Prof. Dr. V. Becker
Pathologisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg
Krankenhausstraße 8–10, W-8520 Erlangen, BRD
Telefon: 091 31/85 22 86

Assistent der Schriftleitung Priv.-Doz. Dr. G. Röckelein, Erlangen

Band 12, 1991



**Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
London Paris Tokyo Hong Kong Barcelona
Budapest**

Bayerische
Staatsbibliothek
München

Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Fotokopien für den persönlichen und sonstigen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

Jeder Autor, der Deutscher ist oder ständig in der Bundesrepublik Deutschland lebt oder Bürger Österreichs, der Schweiz oder eines Staates der Europäischen Gemeinschaft ist, kann unter bestimmten Voraussetzungen an der Ausschüttung der Bibliotheks- und Fotokopiertantiemen teilnehmen. Nähere Einzelheiten können direkt von der Verwertungsgesellschaft WORT, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, W-8000 München 2, Bundesrepublik Deutschland, eingeholt werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag *keine Gewähr* übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Gesamtherstellung: Appl, Wemding

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1991

Printed in Germany

Springer-Verlag GmbH & Co. KG, 1000 Berlin 33, Bundesrepublik Deutschland

Inhaltsverzeichnis

- Achtelik W, Wolff HH: Schweißdrüsentumoren und Morbus Paget: immunhistologische Marker zur Differenzierung und Differentialdiagnose 316
- Akuamoa-Boateng E → Philippou S
- Arastéh K → Artigas J
- Artigas J, Artastéh K, Averdunk R, Habedank S, Hornscheidt M, Grosse G, Neidobitek F: Hyaline globuliforme Koazervate mit ausgeprägter AZT-Reaktivität in Hirn und Rückenmark von AIDS-Verstorbenen 106
- Artigas J, Habedank S, Franz H, Niedobitek F: Lektin histochemische Untersuchung HIV-assoziiierter Veränderungen des Zentralnervensystems mit dem Mistellektin I (ML I) 152
- Averdunk R → Artigas J
- Baretton G, Uthgenannt D, Löhrs U: Kimura-Erkrankung (eosinophiles lymphofollikuläres Granulom), assoziiert mit minimal proliferierender Glomerulonephritis und nephrotischem Syndrom 221
- Bässler R → Förster Ch
- Bässler R → Jäger J
- Bauer S → Mezger J
- Becker V: Die assoziative Kreativität in Diagnostik, Krankheitslehre und Ausbildung 57
- Bergmann M, Bernhard C, Frauendienst-Egger G, Müller-Hermelink HK: Morphologische Befunde bei Lues connata 40
- Bergmann M, Edel G: Primäre intrazerebrale Non-Hodgkin-Lymphome 246
- Berndt R → Grouls V
- Berndt R, Weißbrod M: Siegelringzellmetaplasie der Harnblasenschleimhaut 341
- Bernhard C → Bergmann M
- Betke M → Jung E-M
- Betz P → Eisenmenger W
- Beyer WF → Schiwy-Bochat K-H
- Bohle A → Hanatani M
- Böhm E, Tan K-H, Eitner St, Walz PH: Ausbreitungsmuster der intratubulären Keimzellneoplasie - zugleich ein Beitrag zur Bedeutung der Hodenbiopsien bei Risikopatienten 196
- Böhme G → Gaertner H-J
- Bohrer MH, Hastka J: Epitheliale Marker bei zwei Zytokeratin-negativen kleinzelligen Bronchialkarzinomen 21
- Bollmann R: DNA-Zytometrie myogener Tumoren 262
- Borchard F, Heilmann KL, Hermanek P, Gebbers J-O, Heitz PhU, Stolte M, Pfeifer U, Schaefer H-E, Wiebecke B, Schlake W: Definition und klinische Bedeutung der Dysplasie im Verdauungstrakt. Ergebnisse einer Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Gastroenterologische Pathologie der Deutschen Gesellschaft für Pathologie am 25. 11. 1989 in Kronberg 50
- Borchard F, Meier-Ruge W, Wiebecke B, Briner J, Müntefering H, Födisch HF, Holschneider AM, Schmidt A, Enck P, Stolte M: Innervationsstörungen des Dickdarms - Klassifikation und Diagnostik. Ergebnisse einer Konsensus-Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Gastroenteropa-
- thologie vom 01. 12. 1990 in Frankfurt/Main 171
- Bos I, Löhrs U: Morphologie der Sekundärkapsel bei Hüftgelenkendoprothesen und Bedeutung des Materialabriebs. Eine Untersuchung an Autopsien 82
- Bräunig G, Doerr W: Vor 100 Jahren: Friedrich Wilhelm Zahn definiert endgültig den Abscheidungsthrombus 226
- Briner J → Borchard F
- Brunner P: Autorenhäufigkeit in pathologischen Fachpublikationen 350
- Brunner P, Haub K, Helm M: Pathologische Fachperiodika in Deutschland: Quantitative Analyse publizierter Arbeiten von 1894 bis 1989 98
- Chuaqui B → Morales B
- Dieterich F → Horn L-C
- Doerr W → Bräunig G
- Doerr W: Curt Froboese 100 Jahre alt 167
- Doerr W: Mitralklappenprolaps als mittelbare Todesursache. Autoptische Beobachtungen an einem Exhumierten 295
- Drlicek M, Liszka U, Grisold W, Mohn-Staudner A, Lintner F: Zirkulierende anti-neuronale Antikörper (ZANA), ein Hinweis auf einen Subtyp des kleinzelligen Lungenkarzinoms? 311
- Dworak O, Kuhn I: Reaktive Veränderungen in Lymphknotenmetastasen bei Rektumkarzinom 94
- Dziwisch L → Görgen-Mahler B

- Ecke M → Theuring F
 Edel G → Bergmann M
 Eisenmenger W, Betz P, Penning R: Arztrechtliche Fragen in der Pathologie. I. Zur Rechtslage bei klinischen Sektionen 126
 Eisenmenger W, Betz P, Penning R: Arztrechtliche Fragen in der Pathologie. II. Rechtliche Aspekte zu Transplantationen, Fehl- und Totgeburten sowie weiteren Problembereichen 182
 Eitner St → Böhm E
 Enck P → Borchard F
- Farrú O → Morales B
 Fasske E: Tracheobronchopathia chondroosteoplastica mit Bronchusamyloidose und Bronchialkarzinom 209
 Fischer H-P, Schachenmayr W: Das metastasierende Meningeom 70
 Födisch HF → Borchard F
 Förster Ch, Bässler R: Vergleichende immunhistochemische Untersuchungen zur Histopathologie der Mamma mit Hilfe der monoklonalen Antikörper Lu-5 und b-12 60
 Franz H → Artigas J
 Frauentdienst-Egger G → Bergmann M
- Gaertner H-J, Kunze KD, Böhme G, Kelly LU, Platzbecker H: Hygrom der Nierenkapsel als ungewöhnliche Differentialdiagnose zum Nierenkarzinom 102
 Gebbers J-O → Borchard F
 Gloning KP → Nerlich AG
 Goertchen R → Grunow N
 Goertchen R → Modelmog D
 Gokel JM → Jung E-M
 Görgen-Mahler B, Saeger W, Dziwisch L: Endokrine Zellen in Pankreaskarzinomen: Bedeutung für Grading und Prognose? 306
 Gottschalk J, Sperner J: Desmoplastisches infantiles Gangliogliom 109
 Grisold W → Drlicek M
 Grosse G → Artigas J
 Grosse G, Manthey N, Merker H-J, Niedobitek F: Elektronenmikroskopische Untersuchungen am Oberflächenepithel der Magenschleimhaut des Menschen unter Berücksichtigung sekretorischer Vorgänge und der Zelldesquamation 239
 Grouls V, Iwaszkiewicz J, Berndt R: Malignes dermales Zylindrom 157
 Grunow N, Goertchen R: Mikrometastasen der Wirbelsäule in einem unselektierten Obduktionsgut bei fast 100%iger Obduktionsfrequenz (Görlitzer Studie) 270
 Gullotta F → Kuchelmeister K
- Habedank S → Artigas J
 Hamann W, Kadegis A: „Abfälle“ in der Pathologie. Recycling, Entsorgung - Kosteneinsparung 123
 Hanatani M, Wehrmann M, Bohle A: Dekompensierte benigne Nephrosklerose und fokale sklerosierende Glomerulonephritis. Diagnose und Differentialdiagnose 233
 Hardmeier Th → Hürlimann AF
- Harms D, Schmidt D, Jürgens H: Therapiestudien aus der pädiatrischen Onkologie 175
 Hastka J → Bohrer MH
 Haub K → Brunner P
 Heidl G → Meister P
 Heilmann KL → Borchard F
 Heitz PhU → Borchard F
 Helm M → Brunner P
 Hermanek P → Borchard F
 Hernández I → Morales B
 Hillemanns P → Nerlich AG
 Hittmair A, Sandbichler P, Tötsch M, Mikuz G, Schmid KW: Primäres Angiosarkom der Gallenblase. Fallbericht mit Review der Literatur 279
 Holch M → Scola E
 Holschneider AM → Borchard F
 Holzhausen HJ → Oemus K
 Horn L-C, Dieterich F, Klöppel R: Myelolipom der Nebenniere von ungewöhnlicher Größe 331
 Horn L-C, Rosenkranz M: Histologische Altersbestimmung von Plazentazotten. Eine Übersicht mit schematischen Darstellungen 24
 Hornscheidt M → Artigas J
 Hübner G → Nerlich AG
 Hübner K: Die Immundefekte und ihre Folgen. Zur 75. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie in Friedrichshafen vom 21.-25.5.1991 119
 Hürlimann AF, Hardmeier Th: Der dysplastische Nävus: morphologische Kriterien für die Diagnose 5
- Iwaszkiewicz J → Grouls V
- Jäger J, Bässler R: Über ein intraduktales, lipidbildendes histiozytoides Mammakarzinom. Beitrag zur Differentialdiagnose intraduktaler Lipophagenproliferationen 44
 Jansen HH: Jean Baptiste Cruveilhier (1791-1874) 288
 Jung E-M, Betke M, Gokel M: Generalisierte Melanose bei metastasierendem Melanom - immunhistologische Untersuchungen 343
 Jürgens H → Harms D
 Justus J → Reich O
- Kádas I: Seltene kutane Erscheinungsform von Mucormycose 347
 Kadegis A → Hamann W
 Kelly LU → Gaertner H-J
 Kindermann D → Nikorowitsch R
 Klöppel R → Horn L-C
 Kogel H → Mohr W
 Köhler W → Nennung H
 Kolkman F-W: Qualitätssicherung in der Pathologie 120
 Kracht J, Möbius G: ... wieder zusammen. Deutsche Einheit auch in der Pathologie 1
 Kuchelmeister K, Gullotta F: Lhermitte-Duclos-Krankheit. Immunhistochemische Befunde und pathogenetische Betrachtungen 145
 Kühn H → Schiwy-Bochat K-H
- Kuhn I → Dworak O
 Kunze KD → Gaertner H-J
- Lintner F → Drlicek M
 Liszka U → Drlicek M
 Löhrs U → Baretton G
 Löhrs U → Bos I
- Mahnke PF → Nennung H
 Manthey N → Grosse G
 Meier-Ruge W → Borchard F
 Meister P, Heidl G: Postoperativer Spindelzellknoten der Harnblase und Prostata 214
 Merker H-J → Grosse G
 Mezger J, Stötzer O, Schilli G, Bauer S, Wilmanns W: Können Karzinomzellen in Aszites- und Pleurapunktaten durch den immunzytochemischen Nachweis der „pan-epithelialen Antigene“ EMA, egp34, BW-495 und TAG-72 zuverlässig identifiziert werden? 30
 Mikuz G → Hittmair A
 Möbius G → Kracht J
 Modelmog D, Goertchen R, Steinhard K, Sinn HP, Stahr H: Vergleich der Mortalitätsstatistik einer Stadt bei unterschiedlicher Obduktionsquote (Görlitzer Studie) 191
 Mohn-Staudner A → Drlicek M
 Mohr W, Wessinghage D, Kogel H: „Massive“ chronische Sinushistiozytose inguinärer Lymphknoten bei Patienten mit Gelenkendoprothesen 17
 Morales B, Hernández I, Farrú O, Chuaqui B: Herzknoten und Unterbrechung des Hischen Bündels bei einem Fall mit konatalem AV-Block und korrigierter Transposition 254
 Morath R: Leitsätze für eine praxisorientierte Datenverarbeitung in der pathologischen Anatomie 259
 Müller-Hermelink HK → Bergmann M
 Müntefering H → Borchard F
- Neidobitek F → Artigas J
 Nennung H, Köhler W, Mahnke PF: Streptokokkenbedingter toxischer Schock 275
 Nerlich A, Parsche F, Vogl T, Pirsig W: „Der Riese vom Tegernsee“ - pathophysiologische und pathomorphologische Aspekte eines Falles mit ungewöhnlichem Riesenschwamm 322
 Nerlich AG, Schwarz TF, Hillemanns P, Roggendorf H, Roggendorf M, Schramm T, Gloning KP, Hübner G: Pathomorphologie der fetalen Parvovirus-B19-Infektion 204
 Niedobitek F → Artigas J
 Niedobitek F → Grosse G
 Nikorowitsch R, Kindermann D: Zum Spindelzellhämangioendotheliom. Histomorphologische, immunhistochemische und DNA-zytometrische Befunde 327
- Oemus K, Holzhausen H-J, Stiller D: Die Nemaleine-Myopathie 301
 Orthner H: Über das Sheehan-Syndrom 113
- Padberg B-C → Schröder S
 Parsche F → Nerlich A

- Penning R → Eisenmenger W
Pfeifer U → Borchard F
Philippou S, Rühl GH, Akuamo-Boateng E: Immunhistochemische Untersuchungen zur Histogenese des Mukoepidermoidtumors der Speicheldrüsen 77
Pirsig W → Nerlich A
Platzbecker H → Gaertner H-J
- Reich O, Justus J: Exokrines Pankreaskarzinom - ein Klassifikationsvergleich 13
Roggendorf H → Nerlich AG
Roggendorf M → Nerlich AG
Rosenkranz M → Horn L-C
Rothacker D: Benigne und präkanzeröse Veränderungen des ovariellen Oberflächenepithels 266
Rothacker D: Unklare maligne Peritonealtumoren im Sektionsgut von 28 Jahren Histologische Reklassifikation 138
Rühl GH → Philippou S
Rüschhoff J, Thomas C: Plastination in der Pathologie. Methodische und didaktische Erfahrungen mit der Biodur-S10-Standardtechnik 35
- Saeger W → Görgen-Mahler B
Saeger W, Sautner D: Klassifikation von Hypophysenadenomen. Überlegungen zu einem Entwurf der internationalen Expertkommission 187
Sandbichler P → Hittmair A
Sautner D → Saeger W
Schachenmayr W → Fischer H-P
- Schaefer H-E → Borchard F
Schilli G → Mezger J
Schiwy-Bochat K-H, Kühn H, Beyer WF: Beitrag zur hepatogenen Osteopathie. Ergebnisse histomorphometrischer Untersuchungen 89
Schlake W → Borchard F
Schmid F: Das letzte Semester - Impressionen am Pathologischen Institut Königsberg/Pr. 1944 292
Schmid KW → Hittmair A
Schmidt A → Borchard F
Schmidt D → Harms D
Schnalke Th: Frederick Grant Banting (1891-1941) 290
Schnalke Th: Hermann Dürck (1869-1941) 115
Schnalke Th: Philipp Friedrich Arnold (1803-1890) 48
Schramm T → Nerlich AG
Schröder S, Padberg B-C: Pathologie der multiplen endokrinen Neoplasien 2A und 2B - eine aktuelle Bestandsaufnahme 131
Schröder S, Teßmann D: Maligner desmoplastischer kleinzelliger Tumor des Peritoneums mit divergenter Differenzierung 334
Schwarz TF → Nerlich AG
Scola E, Holch M: Der spontane Blutungsstillstand bei Zerreißung von Extremitätenstammarterien 28
Sieber E → Stöß H
Sinn HP → Modelmog D
Sperner J → Gottschalk J
- Stahr H → Modelmog D
Steinhard K → Modelmog D
Stiller D → Oemus K
Stolte M → Borchard F
Stöß H, Sieber E, Tietze H-U: Osteoglophone Skelettdysplasie - Variante einer generalisierten fibrösen Dysplasie? Fallbeschreibung und Literaturübersicht 161
Stötzer O → Mezger J
- Tan K-H → Böhm E
Teßmann D → Schröder S
Theuring F, Ecke M: Polypös-tubuläre Metaplasie in der Harnblase (sog. nephrogenes Adenom) 282
Thomas C → Rüschhoff J
Tietze H-U → Stöß H
Tötsch M → Hittmair A
- Uthgenannt D → Baretton G
- Vogl T → Nerlich A
- Walz PH → Böhm E
Wehrmann M → Hanatani M
Weißbrod M → Berndt R
Wessinghage D → Mohr W
Wiebecke B → Borchard F
Wiesemann C: Regnier de Graaf (1641-1673) 352
Wilmanns W → Mezger J
Wolff HH → Achtelik W
- Zschoch H: Postmortale Hinweiszeichen auf eine Hypertonie 66

Arztrechtliche Fragen in der Pathologie

I. Zur Rechtslage bei klinischen Sektionen

W. Eisenmenger, P. Betz und R. Penning

Institut für Rechtsmedizin (Direktor: Prof. Dr. W. Eisenmenger) der Universität München

Zusammenfassung. Die kontrovers diskutierte Problematik der Zulässigkeit klinischer Sektionen wird aus arztrechtlicher Sicht unter Berücksichtigung aktueller gerichtlicher Entscheidungen dargestellt und insbesondere auf die praktische Bedeutung sogenannter „Sektionsklauseln“ in Krankenhausverträgen eingegangen.

Schlüsselwörter: Arztrecht – Sektionsrecht – klinische Sektion

Die Problematik arztrechtlicher Fragen unterliegt einem ständigen Wandel und ist heute in erster Linie geprägt von der Grundstimmung des Bürgers, keine Einschränkungen im persönlichen Bereich zu tolerieren. Für die Ärzteschaft hat dies zur Folge, daß die juristischen Grundlagen ihrer Tätigkeit zunehmend in das Bewußtsein getreten sind und nunmehr eine Verrechtlichung ärztlichen Tuns Platz gegriffen hat, die spontanes Handeln fast nicht mehr erlaubt. Davon ist jeder Zweig der Medizin betroffen, auch die Pathologie.

Es sind grundsätzlich 2 Bereiche, die den Pathologen beruflich mit arztrechtlichen Problemen in Kontakt bringen können. Zum einen handelt es sich hierbei um die histologische bzw. zytologische Untersuchung beim lebenden Patienten, zum anderen um die Sektion des Verstorbenen, wobei das Ergebnis im ersteren Fall möglicherweise weitestgehende Konsequenzen für den Betroffenen selbst hat, die Erkenntnisse aus der Obduktion jedoch nur noch für Dritte von Bedeutung und Nutzen sein können. Um so erstaunlicher ist es, daß gerade im Bereich des Leichenrechtes in jüngerer Zeit immer wieder Konflikte zwischen Pathologen, Klinikern, Hinterbliebenen und Juristen auftraten. Diese für die Pathologie sehr unerfreuliche Entwicklung beruht in erster Linie darauf, daß unser Gesetzgeber im Gegensatz zu anderen Staaten bisher die Situation nach dem Tode nicht optimal geregelt und Freiräume gelassen hat, die zunehmend von Spezialinteressen der Angehörigen bzw. mutmaßlich fortwährenden Interessen des Verstorbenen gegen das Interesse der behandelnden Ärzte sowie gegen präventive

Gesichtspunkte und Forschung im Interesse der Allgemeinheit ausgefüllt werden.

Allgemeines Sektionsrecht

Ein Sektionsrecht ist in der Bundesrepublik Deutschland nur insofern etabliert, als Sektionen im Auftrag von Behörden vorgesehen und gesetzlich reglementiert sind. Hierbei handelt es sich um Aufträge von Gericht und Staatsanwaltschaft bei Anhaltspunkten für nicht natürlichen Tod bzw. bei Leichen Unbekannter, geregelt in den §§ 87 ff. StPO, um Aufträge des Gesundheitsamtes bei Verdacht auf Vorliegen einer ansteckenden Krankheit nach dem Bundesseuchengesetz und in einigen Bundesländern um Aufträge von Amtsärzten für die Erteilung der Genehmigung zur Feuerbestattung nach § 3 Abs. 2 des Feuerbestattungsgesetzes von 1934, welches in den meisten Bundesländern als Landesrecht auch weiterhin Gültigkeit besitzt.

Die nicht gerichtlichen Sektionen, die noch vor einigen Jahren die Mehrzahl darstellten, sind dagegen nicht gesetzlich geregelt. Es sind dies je nach Fragestellung anatomische Sektionen, Privat-, Verwaltungs- und Versicherungssektionen sowie klinische Sektionen. Insbesondere letztere haben es zum Ziel, Krankheitsursachen, pathophysiologische Zusammenhänge und Todesursachen abzuklären. Der Vergleich zwischen klinischen Daten und pathologisch-anatomischen Befunden dient der Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung und letztlich der Grundlagenforschung. Trotz dieser allgemein anerkannten ethisch hohen Ziele hat es der Gesetzgeber in unserem Lande bisher peinlich vermieden, die klinische Sektion gesetzlich zu regeln. Damit ergibt sich eine rechtliche „Grauzone“, die von Juristen mit deren persönlicher Meinung ausgefüllt wird. Da entsprechende Stellungnahmen pro und kontra in wissenschaftlichen Publikationen verbreitet werden, glaubt der juristische Laie häufig fälschlich, daß es sich bei den vertretenen Auffassungen um eine gefestigte Rechtsprechung oder gar um geltendes Recht handelt. Letztlich werden aber beim Fehlen eindeutiger

Gesetze die Eckpunkte durch Entscheidungen der Obergerichte gesetzt, die bisher dankenswerterweise Augenmaß bewahrt haben.

Eine wesentliche Entscheidung betraf die Frage, ob eine klinische Sektion ohne oder gar gegen den Willen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen eine Straftat im Sinne des deutschen Strafrechtes darstelle. Als Tatbestand im StGB kam nur der § 168 – Störung der Totenruhe – in Betracht. Dieser lautet in seiner neuesten Fassung: „Wer unbefugt aus dem Gewahrsam des Berechtigten eine Leiche, Leichenteile, eine tote Leibesfrucht, Teile einer solchen oder die Asche eines Verstorbenen wegnimmt, wer daran oder an einer Beisetzungsstätte beschimpfenden Unfug verübt oder wer eine Beisetzungsstätte zerstört oder beschädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder Geldstrafe bestraft.“

Durch eine Entscheidung des OLG München vom 31.05. 1976 [9] wurde klargestellt, daß eine Sektion kein beschimpfender Unfug ist und daß, wenn Leichenteile aus dem körperlichen Zusammenhang in einem Krankenhaus entnommen werden, dies nicht unbefugt aus dem Gewahrsam des Berechtigten geschieht, weil Gewahrsam am Toten derjenige hat, bei dem die Leiche lagert. Demnach kann man allgemein davon ausgehen, daß die Leitung der Klinik, in der der Patient verstorben ist, so lange Gewahrsamsberechtigter ist, solange sich die Leiche in den Baulichkeiten der Klinik befindet.

Grundsätzlich und generell kann man somit feststellen, daß eine klinische Sektion auch gegen den Willen der Angehörigen oder des Verstorbenen keine strafbare Handlung darstellt, da die klinische Sektion keinen eigenen Tatbestand im deutschen Strafrecht darstellt und auch nicht die Tatbestände des § 168 StGB – Störung der Totenruhe – erfüllt.

Komplizierter wird die Situation allerdings im Zivilrecht, wo es um Schadensersatz oder Schmerzensgeldansprüche geht. Der zentrale Punkt ist hier die Frage der Einwilligung, sowohl von Seiten des Verstorbenen wie auch seiner Angehörigen. Völlig unproblematisch ist die klinische Sektion bei Einwilligung des Verstorbenen und seiner nächsten Angehörigen bzw. ausschließlich letzterer, wenn keine Äußerung des Verstorbenen zu Lebzeiten vorliegt. Praktische Schwierigkeiten können sich jedoch bereits bei der Frage ergeben, wer die nächsten Angehörigen sind. Bisher geht man in der Rechtslehre davon aus, daß dies – in Anlehnung an die im Feuerbestattungsgesetz aufgeführte Folge der Totensorgeberechtigten – der Reihe nach Ehegatte, volljährige Kinder, Eltern, Großeltern, volljährige Enkelkinder und volljährige Geschwister sind. Man kann aber aus praktischen Überlegungen nicht verlangen, daß der Arzt, der die Zustimmung einholen will, in einer so heiklen Situation die jeweiligen diesbezüglichen Verhältnisse klären muß. Der bekannte Jurist Kohlhaas hat hierzu die Auffassung vertreten, daß sich ein Arzt grundsätzlich darauf verlassen könne, daß die Angehörigen, die den Verstorbenen zu Lebzeiten in das Krankenhaus gebracht und ihn dort besucht haben, die ihm nächststehenden sind. Zur Frage, wie zu verfahren sei, wenn keine Einigkeit unter gleichrangigen Angehörigen bezüglich der Zustimmung besteht, existiert ein Urteil des Landgerichtes Saarbrücken vom 28.09. 1982 [7]. In dem

zugrundeliegenden Fall war ein Kind auf Zustimmung des Vaters, jedoch gegen den Willen der Mutter obduziert worden, wobei der Vater später die Zustimmung widerrufen. In dem Urteil, das allerdings nicht durch Obergerichte überprüft wurde, ist ausgeführt, daß regelmäßig nur beide Elternteile gemeinsam das ihnen zustehende Bestimmungsrecht über die Leiche des Kindes ausüben könnten, es sei denn, ein Elternteil wäre verhindert. Viel bedeutungsvoller ist aber an diesem Urteil die Auffassung, daß Voraussetzung für eine Einwilligung eine umfassende Aufklärung über den Verlauf der Sektion sei. Hier kann man sich nur noch fragen, ob die Gedanken mancher Richter noch Verbindung mit der Realität haben. Denn wer wird verlangen wollen, daß man den Vorgang der Leichenöffnung den Angehörigen eines gerade Verstorbenen schildert? Aus der praktischen Erfahrung hat es sich bewährt, zur Erklärung einer Sektion lediglich den Vergleich mit einer großen Operation heranzuziehen. Ob dies allerdings den Anforderungen des LG Saarbrücken genügen würde, mag bezweifelt werden.

Für den Fall, daß es widersprechende Äußerungen zwischen Verstorbenem und Angehörigen gibt, befindet man sich bereits wieder in der Situation, daß noch kein Gerichtsurteil, dafür aber um so mehr Meinungen von Juristen vorliegen. Eine dieser Meinungen, die explizit keine Leitlinie für gerichtliche Entscheidungen sind, ist die von Haas [4] zur Zulässigkeit klinischer Sektionen. Dieser vertritt die Auffassung, es liege keine wirksame Zustimmung vor, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten der Sektion zugestimmt habe, die Angehörigen aber widersprüchen. Haas stellt somit das Recht zur Totensorge über das auch nach dem Tode fortwirkende Persönlichkeitsrecht. Dies kann sicher nicht richtig sein, zieht man einen Vergleich mit dem Erbrecht, in welchem der erklärte Wille des Verstorbenen Vorrang vor den Interessen der Hinterbliebenen hat.

Die dringendste Frage für den Pathologen ist jedoch die, ob es Rechtfertigungsgründe gibt, die eine Sektion auch dann erlauben, wenn keine Zustimmung der Angehörigen vorliegt, da letztere nicht erreichbar sind oder gar keine Angehörigen existieren oder aber gar eine Weigerung vorliegt. Viele Krankenhäuser glaubten hier, durch eine Sektionsklausel in ihren Krankenhausaufnahmeverträgen eine Rechtsgrundlage zu schaffen. Dagegen wurde schon bald eingewandt, daß solche Klauseln vergleichbar dem Kleingedruckten bei allgemeinen Verträgen seien. Zu dieser Problematik nahm das OLG Koblenz am 15.09. 1989 [8] Stellung. Grundlage war die Klage eines Vereins zur Wahrung der Interessen der Verbraucher durch Aufklärung und Beratung. Der Verein wandte sich im Rahmen einer Unterlassungsklage u. a. gegen die Verwendung einer Sektionsklausel in den „Allgemeinen Vertragsbestimmungen“ der Klinikumsbehandlungsverträge. In dieser wurde „vereinbart“ bzw. bestimmt, daß von der inneren Leichenschau dann abzusehen sei, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten widersprochen habe oder der Widerspruch der nächsten Angehörigen innerhalb von 8 Tagesstunden erfolgt sei. Auch nach Ablauf dieser Frist eingegangene Widersprüche seien zu berücksichtigen. Die Unterlassungsklage gegen die Aufnahme der Sektionsklausel wurde als unbegründet abgewiesen.

Der IX. Zivilsenat des BGH bestätigte die Auffassung des OLG Koblenz in einem Urteil vom 31.05. 1990 [1]. In der Begründung wird angeführt, daß die Vertragsbestimmung nach dem Wortlaut und systematischen Zusammenhang als Einwilligung in eine Leichenöffnung zu verstehen sei und nicht nur als Hinweis auf die Rechtslage ohne eine solche Einwilligung. Die Klausel verstoße nicht gegen § 9 AGBG (Allgemeine Geschäftsbedingungen-Gesetz), da sie den Vertragspartner nicht unangemessen entgegen den Geboten von Treu und Glauben benachteilige. Es werde nicht versucht, eigene Interessen mißbräuchlich auf Kosten des Patienten durchzusetzen. Die Notwendigkeit von Obduktionen für die medizinische Wissenschaft sei unbestritten. Das nicht ausdrücklich erklärte Interesse des Patienten oder seiner Angehörigen an der Bestattung eines unversehrten Leichnams sei gemessen daran weniger gewichtig. Die Sektionsklausel trage dem Umstand Rechnung, daß die Rechtsprechung (Anm.: soweit vorhanden) und der ganz überwiegende Teil des Schrifttums die Einwilligung des Patienten fordern. Der Patient werde nicht unangemessen benachteiligt, da die Leichenöffnung nach den Vertragsbestimmungen nur vorgenommen werden dürfe, wenn sie zur Feststellung der Todesursache notwendig sei oder ein wissenschaftliches Interesse bestehe. Auch sei ein Widerspruchsrecht hervorgehoben und auch nicht erschwert, da es z. B. jederzeit mündlich wahrgenommen werden könne. Außerdem sei der Umfang der Leichenschau auf das notwendige Maß beschränkt. Insgesamt erwiesen sich die Klauseln als ausgewogene Regelungen.

Der wichtigste Punkt dieses vielfach – z. B. auch im Rundschreiben des Berufsverbandes Deutscher Pathologen vom 14.01. 1991 – überinterpretierten BGH-Urteiles ist jedoch die Feststellung, daß in einer Verbandsklage wie der vorliegenden überhaupt nicht über einen Verstoß gegen § 3 AGBG entschieden werden könne. Dieser § 3 AGBG bestimmt aber, daß Klauseln, die nach den Umständen, insbesondere nach dem äußeren Erscheinungsbild des Vertrages (= im Kleingedruckten versteckt!), so ungewöhnlich sind, daß der Vertragspartner nicht mit ihnen zu rechnen braucht, nicht Vertragsbestandteil werden. Das Urteil erklärt also nur die Verwendung der üblichen Sektionsklauseln für zulässig, *es erklärt diese Klauseln aber keinesfalls für wirksam*. Daß solche Klauseln, meist in der zweiten Hälfte mehrseitiger Klinikaufnahmebedingungen unauffällig plazierte, aber für den Laien überraschend sind, kann kaum ernsthaft bestritten werden. Auch nach dem BGH-Urteil vom 31.05. 1990 ist deshalb wohl mit der überwiegenden Literaturmeinung von der rechtlichen Unwirksamkeit solcher allgemeinen Sektionsklauseln auszugehen, zumindest bleibt diese Frage, so Deutsch in seiner Urteilsbesprechung [2], auf Ebene des BGH weiterhin offen. Mit sog. Sektionsklauseln kann man allenfalls den juristischen Unerfahrenen bluffen. Die rechtliche Absicherung einer Sektion ohne Einwilligung aber müßte auf einer anderen Ebene erfolgen. Ausdrücklich bestätigte diese Auffassung das Kammergericht Berlin. Dem Urteil vom 26. 11. 1989 [5] lag die Strafanzeige eines türkischen Ehemannes zugrunde, dessen Frau in der Pathologie obduziert worden war. Er war, obwohl beim Tode der Ehefrau anwesend, von den behandelnden

Ärzten nicht um seine Einwilligung ersucht worden, was den Obduzenten nicht mitgeteilt wurde. Die Tatsache einer Sektion („mit wenigen Stichen wieder zugenäht“) soll dem Ehemann erst bei der Trauerfeier in der Moschee bekannt geworden sein.

Das KG erklärte ohne weitere Ausführungen Sektionsklauseln nach § 3 AGBG für unwirksam. Es erklärte weiter, die Leichenöffnung als solche stelle keinen Gewahrsamsbruch dar. Es sei jedoch die Wegnahme kleiner Gewebeproben für histologische Untersuchungen als Wegnahme von Teilen einer Leiche i. S. des § 168 StGB anzusehen. Das Gericht führte dabei aus, der Ehemann erlange spätestens dann Mitgewahrsam an der Leiche, wenn der Arzt ihm mitteile, daß die Tätigkeit des Krankenhauses abgeschlossen sei und er ein Bestattungsunternehmen beauftragen solle. Diese ausdrücklich gegen die bisherige Rechtsprechung vorgenommene Erweiterung des Gewahrsamsbegriffes begründete das KG mit der „Einengung bedenklicher Strafbarkeitslücken“.

Eine Überprüfung dieser Diskrepanz durch den BGH entfiel, weil das KG im Endergebnis eine Strafbarkeit der behandelnden Ärzte (nicht des Pathologen!) an einem nicht vermeidbaren Verbotsirrtum scheitern ließ; die Ärzte hätten nämlich aufgrund der bisherigen Rechtsprechung die Strafbarkeit ihrer Handlung nicht erkennen können. Dieser unvermeidbare Verbotsirrtum gelte nach dem Urteil aber nicht mehr für Ärzte, die künftig unter vergleichbaren Umständen rechtswidrig obduzieren und dabei Leichenteile entfernen.

Ob diese Auffassung gegebenenfalls auch vor dem BGH Bestand haben würde, bliebe abzuwarten. Andererseits appelliert aber auch das KG, der Gesetzgeber solle nun endlich handeln und eine Regelung finden, durch die die Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten beseitigt wird.

Man wird jedoch insgesamt zur Zeit weiterhin empfehlen müssen, grundsätzlich nicht gegen den ausdrücklichen Willen eines Verstorbenen oder seiner Angehörigen zu sezieren, insbesondere dann nicht, wenn der Verstorbene einer Glaubensgemeinschaft angehört, die Sektionen aus religiösen Gründen ablehnt. Juristisch gesehen wird es nur wenige Fälle geben, wo das Interesse der Allgemeinheit an Vervollkommnung der medizinischen Erfahrung höher anzusetzen ist als das Totensorgerecht der Angehörigen, und selbst diese sind sehr umstritten. Erfahrungsgemäß gelingt es dagegen mit einiger Wahrscheinlichkeit, Angehörige zur Zustimmung zu einer klinischen Sektion dann zu bewegen, wenn eventuell auftretende finanzielle Folgen einer nicht einwandfrei geklärten Todesursache oder nicht nachgewiesenen Berufserkrankung, z. B. in Form eines nicht belegbaren Rentenanspruches, aufgezeigt werden.

Es bleibt die Frage nach den zivilrechtlichen Folgen einer Sektion ohne Einwilligung oder gegen den Willen der Angehörigen. Grundsätzlich kommen hier Geldforderungen als Schadensersatz oder Schmerzensgeld in Betracht. Schadensersatz scheidet praktisch aus, da ein Kläger nachweisen müßte, daß er durch die Sektion einen Vermögensschaden erlitten hat. Bei der Klage nach Schmerzensgeld wird man mit dem Geltendmachen eines schweren seelischen Schocks durch die Nachricht von der Sektion zu rechnen haben. Die herrschende Recht-

sprechung sagt allerdings, daß beim Ersatz immateriellen Schadens durch Geld bei Verletzung des Persönlichkeitsrechtes die Schwere der Beeinträchtigung sehr groß sein muß. Mit Recht hat Zimmermann in einem Grundsatzartikel darauf hingewiesen, daß „ein Versilbernlassen intimer Gefühle wie Pietät und Trauer“ peinlich wirkt [10].

Die jüngst von Haas geäußerte Meinung, man könne Schmerzensgeldansprüche an die Verletzung des Persönlichkeitsrechtes des Verstorbenen knüpfen [4], verfehlt das Rechtsprinzip des Schmerzensgeldes völlig, hat doch der BGH zu Recht hervorgehoben, daß das Schmerzensgeld eine Genugtuungsfunktion für das verletzte Persönlichkeitsrecht hat. Diese kann es aber für einen Toten nicht mehr geben, Schmerzensgeld kann nur höchstpersönlich und damit nur vor dem Tode eingeklagt werden. Als Fazit ist auch bei Sektion ohne Einwilligung oder gegen den Willen von Angehörigen wohl nicht mit zivilrechtlichen Folgen zu rechnen. Zu der Forderung von Haas, eine Sektion ohne Zustimmung müsse dienstrechtliche Folgen für den Pathologen haben [4], ist anzumerken, daß tatsächlich in letzter Zeit offenbar Klinikverwaltungen und Gesundheitsbehörden großer Kommunen dazu neigen, interne Anweisungen zur Regelung der Voraussetzungen klinischer Sektionen zu erlassen. Ein Abweichen von diesen Anweisungen würde dienstrechtliche Sanktionen rechtfertigen. Der Sinn solcher Dienstanweisungen ist jedoch nicht ersichtlich, denn ein Schutz des Pathologen ist nicht erforderlich: Weder straf- noch zivilrechtlich wurde der rechtsfreie Raum bezüglich der gesetzlichen Regelung klinischer Sektionen bisher von der Rechtsprechung zu seinem Nachteil ausgefüllt. Wenn aber Bundes- oder Landesgesetzgeber eindeutig Individualinteressen höher hätten bewerten wollen als das Interesse an präventiver Wissenschaft und Forschung, wäre es ein leichtes gewesen, ein Sektions- und Transplantationsgesetz zu schaffen, wie dies übrigens in den meisten Staaten Europas geschehen ist.

An dieser Stelle sei kurz auf die rechtliche Stellung der Leiche in der Gesetzgebung der ehemaligen DDR eingegangen, die als Regelung von den 5 östlichen Bundesländern übernommen wurde und dort weiterhin Gültigkeit besitzt. Nach dem in der ehemaligen DDR gültigen Gesetz bildeten bei der Erörterung des rechtlichen Status der Leiche eigentumsrechtliche Betrachtungen keine Grundlage [6]. Die Konsequenz war und ist, daß eine Sektion bei begründetem wissenschaftlichen Interesse zulässig sei und einer würdigen Bestattung bzw. Beisetzung der Leiche nicht entgegenstehe. Die Hinterbliebenen seien nicht Eigentümer des Körpers des Verstorbenen. Nach § 8 der Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 04. 12. 1978 [3] muß die Leichenöffnung u. a. vorgenommen werden bei unklarer Todesursache, bei verstorbenen Schwangeren sowie bei Todesfällen von Frauen bis 6 Wochen nach der Geburt, bei allen Totgeburten sowie bei allen Verstorbenen mit einem Lebensalter unter 16 Jahren. Die Obduktion soll vorgenommen werden u. a. bei nicht natürlichem Tod oder unaufgeklärter Todesart, bei meldepflichtigen Erkrankungen (übertragbare Krankheiten, Berufskrankheiten, Geschwulstkrankheiten) bzw. bei Verdacht auf diese, bei Todesfällen innerhalb von 4 Wo-

chen nach Impfungen, bei Verstorbenen mit trans- oder implantierten Organen sowie Herzschrittmachern und bei begründetem wissenschaftlichen Interesse. Der Antrag auf Leichenöffnung ist bei dem jeweils zuständigen Kreisarzt zu stellen. Die Vornahme der Leichenöffnung im Rahmen dieser sog. „Verwaltungssektionen“ kann also ohne Zustimmung der Angehörigen vorgenommen werden. Für gerichtlich angeordnete Sektionen sowie für die Meldepflicht bei Verdacht auf nicht natürlichen Tod gelten Regelungen, die den in den westlichen Bundesländern gültigen vergleichbar sind. Ebenfalls ohne Zustimmung der Angehörigen können Organe am Verstorbenen entnommen werden, lediglich eine zu Lebzeiten von diesem geäußerte Weigerung stellt ein Hindernis dar.

Meldepflicht bei nicht natürlichem Tod

In engem Zusammenhang mit dem Sektionsrecht steht die Meldepflicht des Pathologen gegenüber Polizei und Staatsanwaltschaft bei Anzeichen für nicht natürlichen Tod. Diese Pflicht, die so dezidiert nur in Bayern nach Art. 18 des Bestattungsgesetzes besteht, wirft immer wieder einmal Probleme auf. Diese resultieren aus dem Interessenkonflikt zwischen vertraulicher Zusammenarbeit von Klinikern und Pathologen einerseits und der Wahrung der Interessen des Verstorbenen andererseits. Der Hinweis in Rechtsgutachten, daß diese Meldepflicht wohl nicht verfassungskonform sei, da sezierenden Ärzten Pflichten auferlegt würden, die andere Ärzte nicht haben, nämlich Straftaten nachträglich zu melden, nützt wenig. Konflikte mit dem Kliniker können nur vermieden werden, wenn diesem klargemacht wird, daß er bereits bei der Leichenschau die Weichen zur klinischen oder aber gerichtlichen Sektion stellt. Wenn ein Kliniker trotz des Verdachtes auf einen eigenen Behandlungsfehler eine klinische Sektion veranlaßt und bei der Bestätigung des Fehlers durch den Pathologen erwartet, daß dieser schweigt, so fordert er eine Solidarität, die gegen das Gesetz ist und deshalb vom Pathologen nicht erbracht werden kann. Man muß die Kliniker immer wieder darauf hinweisen, daß sie und nur sie allein für Interessenkonflikte in solchen Fällen verantwortlich sind.

Grundsätzlich wäre hier ein Umdenken bei einigen klinisch tätigen Kollegen nötig. Wenn auch nur der Verdacht auf eine eigene Fehlleistung besteht oder von den Angehörigen geäußert wird, sollte bei der Leichenschau „Todesart nicht aufgeklärt“ angekreuzt werden und eine Meldung an die Polizei bzw. an die Staatsanwaltschaft erfolgen. Erfahrungsgemäß sieht es nämlich für den kritischen Betrachter sehr viel besser aus, wenn ein Arzt beim unerwarteten Tod eines Patienten selbst die Todesursache behördlich geklärt wissen möchte. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle trägt die gerichtliche Sektion zu seiner Entlastung bei. Selbst bei Fehlleistungen wird aus Gründen, die in der deutschen Rechtssystematik verankert sind, sehr oft keine strafrechtliche Konsequenz erwachsen, da die hohen Anforderungen an Beweissicherheit, Kausalität und den Nachweis persönlicher Schuld, die das deutsche Strafrecht stellt, im Zusammenhang mit Krankheit, Diagnose und Therapie in der Regel nicht er-

füllt werden können. Für zivilrechtliche Folgen tritt aber die Haftpflichtversicherung ein, und der finanzielle Ausgleich eines tatsächlich verursachten Schadens muß auch im Interesse der Ärzte liegen. Die Betonung liegt hierbei auf „schuldhaft“, denn bereits das Reichsgericht hat vor vielen Jahren festgeschrieben, daß eben auch einem Arzt Fehler ohne Schuld unterlaufen können.

Wenn man als Pathologe allerdings im Rahmen einer klinischen Sektion Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod findet, so wird einem nichts anderes übrig bleiben, als die Sektion abubrechen und die Staatsanwaltschaft zu verständigen. Andernfalls droht nicht nur Geldbuße, sondern die Klinikverwaltung bzw. der Krankenhaussträger könnte dies als Anlaß für arbeits- oder disziplinarrechtliche Maßnahmen nehmen.

Literatur

1. BGH (1990) NJW: 2313
2. Deutsch E (1990) NJW: 2315
3. Dürwald W (1986) Gerichtliche Medizin. Barth, Leipzig
4. Haas L (1988) Die Zulässigkeit klinischer Sektionen. NJW: 2929–2934
5. KG Berlin (1990) NJW: 782–784
6. Leipold D, Hunger H (1979) Die ärztliche Leichenschau. Barth, Leipzig
7. LG Saarbrücken (1983) Med R 4: 154–155
8. OLG Koblenz (1989) NJW: 2950

9. OLG München (1976) NJW: 1805–1806
10. Zimmermann R (1979) Gesellschaft, Tod und medizinische Erkenntnis. NJW: 569–576

Nachtrag

Unsere Auffassung, daß das BGH-Urteil vom 31.05.1990 Sektionsklauseln keinesfalls für wirksam erklärt, halten wir auch in Kenntnis des nach Fertigstellung unseres Manuskriptes erschienenen Artikels von Jansen (Dtsch. Ärzteblatt 88 (1991), 458–460) aufrecht. Jansen übersieht, daß solche Sektionsklauseln in der Regel im Kleingedruckten (bewußt?) versteckt sind und daß der Patient bei Krankenhausaufnahme nur die Modalitäten seiner Heilung, nicht aber seines Ablebens geregelt wissen will. Daß der durchschnittliche Krankenhauspatient eine Sektionsklausel als überraschend im Rechtssinne empfinden wird, kann kaum Zweifeln unterliegen. Außerdem stammt das o.g. Urteil vom IX. Zivilsenat, nicht von dem auf Arztrechtfragen spezialisierten VI. Zivilsenat. Es hat deshalb wohl keinerlei Signalwirkung für eine etwaige Entscheidung des dann zuständigen VI. Senats.

Prof. Dr. W. Eisenmenger
 Institut für Rechtsmedizin
 der Universität München
 Frauenlobstraße 7a
 W-8000 München 2
 Bundesrepublik Deutschland