

**MedR** Schriftenreihe Medizinrecht

Albrecht Wienke  
Markus A. Rothschild  
Kathrin Janke  
Herausgeber

**Rechtsfragen  
der Obduktion  
und postmortalen  
Gewebe spende**

 Springer

# MedR Schriftenreihe Medizinrecht

---

Herausgegeben von  
Professor Dr. Andreas Spickhoff, Göttingen

Weitere Bände in dieser Reihe  
<http://www.springer.com/series/852>

Albrecht Wienke · Markus A. Rothschild  
Kathrin Janke  
Herausgeber

---

# Rechtsfragen der Obduktion und postmortalen Gewebespende

Mit Beiträgen von  
M. Brockmann, R. Dettmeyer, W. Höfling, H.-F. Kienzle,  
B. Kretschmer, H.-D. Lippert, M. Parzeller, H. Pollähne,  
K. Püschel, I. Schliephorst, B. Wulff

*Herausgeber*

Dr. jur. Albrecht Wienke  
Wienke & Becker – Köln  
Köln  
Deutschland

Dr. jur. Kathrin Janke  
Düsseldorf  
Deutschland

Prof. Dr. Markus A. Rothschild  
Universitätsklinikum Köln  
Institut für Rechtsmedizin  
Köln  
Deutschland

ISSN 1431-1151

ISBN 978-3-642-29472-3

ISBN 978-3-642-29473-0 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-29473-0

Springer Heidelberg Dordrecht London New York

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk 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.

Gedruckt auf säurefreiem Papier

Springer ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media ([www.springer.com](http://www.springer.com))

# Vorwort

Im Oktober 1990 hat sich die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e. V. anlässlich ihres 4. Einbecker Workshops mit Rechtsfragen der Obduktion befasst. Bereits damals standen Fragen zur Indikation, zur Erforderlichkeit und zur Form der Einwilligung bei der Obduktion im Vordergrund. Mit den damaligen Einbecker Empfehlungen der DGMR wurde der Gesetzgeber aufgerufen, rechtssichere Regelungen zu schaffen, die dazu führen, dass unter Wahrung der Grundrechtsposition des Verstorbenen und der Angehörigen im Interesse der Qualitätssicherung und des medizinischen Fortschritts Sektionen im erforderlichen Ausmaß durchgeführt werden können. Solche normativen Vorgaben sollten sich nicht nur auf klinische Sektionen beschränken, sondern auch Todesfälle außerhalb der Klinik umfassen, um auch dort berechtigten Anliegen – wie ärztlich-fürsorgerischen und epidemiologischen Erfordernissen – Rechnung zu tragen. Auch der 93. Deutsche Ärztetag in Würzburg hatte 1990 ein einheitliches Obduktionsgesetz gefordert, um der Vielfalt der Sektions- und Obduktionsarten mit unterschriftlichen Zielsetzungen, Voraussetzungen und unübersichtlichen Rechtsgrundlagen wirksam zu begegnen.

In den mehr als 20 Jahren, die seit dem vergangenen sind, hat sich indes die Hoffnung auf eine rechtssichere, einheitliche und vor allem praxistaugliche Regelungsmaterie nicht erfüllt. Gerade die sehr unterschiedlichen Rechtsgrundlagen in den Landesgesetzen über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen machen es den betroffenen Angehörigen und den Medizinern in der praktischen Umsetzung der oft widerstreitenden Interessen nicht leicht. Die klinische und anatomische Sektion ist nach derzeit allgemeiner Meinung auch im wissenschaftlichen Interesse oder zu Ausbildungszwecken ohne Zustimmung des Verstorbenen oder seiner Angehörigen unzulässig. Die medizinische Forschungs- und Ausbildungssituation wird durch diese Zustimmungslösung nachhaltig beeinträchtigt; eine Widerspruchslösung könnte hierbei viele Hindernisse in der praktischen Handhabung beseitigen. Gleichzeitig machen Negativbeispiele deutlich, dass den im Zusammenhang mit Organ- und Gewebehandel vorherrschenden wirtschaftlichen Interessen wirksam Einhalt geboten werden muss.

Die DGMR hat sich angesichts dieser nach wie vor unbefriedigenden Situation entschlossen, die bis heute ungeklärten Rechtsfragen der Obduktion und postmortalen Gewebespende noch einmal aufzugreifen und dazu einen Experten-Workshop

durchzuführen. Dazu konnten namenhafte Referenten gewonnen werden, die sich in Lehre, Klinik und Praxis mit der gesetzten Thematik bereits eingehend beschäftigt haben. Die DGMR bleibt damit zugleich ihren satzungsgemäßen Aufgaben verpflichtet, auf dem Gebiet des Medizinrechts wissenschaftlich tätig zu sein, die interdisziplinären Beziehungen zwischen Recht und Medizin zu vertiefen und für ein besseres wechselseitiges Verständnis zu sorgen.

Im Zusammenhang mit den andauernden rechtspolitischen Diskussionen zur Novellierung des Transplantationsgesetzes stehen die rechtlichen und ordnungspolitischen Fragen zur Obduktion und postmortalen Gewebespende im Hintergrund und werden von grundsätzlichen Diskussionen über eine erweiterte Zustimmungslösung oder eine Erklärungslösung im Zusammenhang mit der Organtransplantation überlagert.

Die DGMR hat sich in ihren aktuellen Empfehlungen daher für eine gesetzliche Abkopplung der postmortalen Gewebespende von der Organtransplantation im Transplantationsgesetz ausgesprochen. Die DGMR fordert eine gesonderte gesetzliche Regelung der klinischen Obduktion und postmortalen Gewebespende, um insbesondere die seit Jahren niedrige Obduktionsquote in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Obduktion neben der Todesursachenfeststellung vornehmlich der Qualitätssicherung ärztlicher Behandlungsmaßnahmen und der Gewinnung gesicherter epidemiologischer Erkenntnisse zu Krankheitsbildern dient. Bei über 95 % aller Verstorbenen bestehen derzeit in Deutschland keine autoptisch gesicherten Erkenntnisse über die eigentliche Todesursache und etwaige Begleiterkrankungen. Die auf einer solchen unsicheren Datengrundlage beruhenden gesundheitspolitischen Entscheidungen zu Disease-Management-Programmen, zu Prävention und strukturellen Maßnahmen der Krankenversorgung entsprechen daher nicht der eigentlich zu erwartenden Evidenz. Dies hat zugleich negative Auswirkungen auf die Qualität ärztlicher Diagnostik und Therapie und somit auf die Patientensicherheit.

Die DGMR hat die aufgeworfenen Rechtsfragen mit ausgewählten Experten aus Klinik und ärztlicher Praxis, mit Fachleuten aus den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung sowie Richtern, Rechtsanwälten, Strafverteidigern und Rechtswissenschaftlern eingehend diskutiert und dazu in bewährter Weise Empfehlungen verabschiedet. Diese sollen die Diskussion um die aufgeworfenen Rechtsfragen in der Ärzteschaft, in der Rechtsanwendung und Gesetzgebung bereichern. Das abschließende Ergebnis der Tagung der DGMR ist in einem Empfehlungstext festgehalten, den die an der Tagung beteiligten Referenten in der hier vorliegenden Fassung gemeinsam mit dem Präsidium der DGMR verabschiedet haben. Es ist damit zugleich gelungen, Empfehlungen zu erarbeiten, welche von allen Beteiligten des Workshops getragen werden und welche der Lehre und Rechtsprechung, aber auch den Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitswesen und der Legislative neuen Impulse verleihen sollen.

Besonderer Dank gebührt an dieser Stelle allen Beteiligten, die in kenntnisreichem und engagiertem Einsatz zum Gelingen der vorliegenden Publikation beigetragen haben. Hervorheben möchten die Herausgeber hierbei insbesondere das Engagement der Referenten und die maßgebliche Hilfe des Springer-Verlages, ohne

deren Unterstützung die Publikation des vorliegenden Werkes nicht möglich gewesen wäre. Die Herausgeber und die DGMR hoffen, dass das vorliegende Werk einen konstruktiven Beitrag und insbesondere einen Anstoß zur weiterführenden juristischen Debatte zu den Rechtsfragen der Obduktion und postmortalen Gewebespende leistet.

Köln  
im Februar 2012

Rechtsanwalt Dr. A. Wienke  
Präsident der DGMR e.V.

# Inhalt

<b>Obduktion im klinischen Alltag – eine Bestandsaufnahme aus chirurgischer und pathologischer Sicht – 5 Thesen</b> .....	1
Hans-Friedrich Kienzle und Michael Brockmann	
<b>Obduktionsrecht in Deutschland seit 1949 – gesetzliche Regelungen, Reformvorschläge und Regelungsdefizite</b> .....	5
Reinhard Dettmeyer	
<b>Rechtsgrundlagen einer klinischen Sektion in den Landesgesetzen und Krankenhausaufnahmeverträgen – Zustimmungslösung vs. Widerspruchslösung</b> .....	23
Ingo Schliephorst	
<b>Die von Amts wegen angeordnete Sektion – Verwaltungssektion als Option für den Gesetzgeber?</b> .....	33
Helmut Pollähne	
<b>Leichenversuche im Dienste der Wissenschaft und der Patientenversorgung</b> .....	53
Bernhard Kretschmer	
<b>Die Verwendung von Organen und Geweben aus dem Leichnam zu Forschungszwecken</b> .....	81
Hans-Dieter Lippert	
<b>Die Gewebespende in der Rechtsmedizin am Beispiel Hamburg</b> .....	89
Klaus Püschel und Birgit Wulff	
<b>Von der erweiterten Zustimmung- zur Widerspruchslösung in der postmortalen Gewebespende – Thesen zur Diskussion</b> .....	97
Wolfram Höfling	

**Der Nachweis des Todes vor der postmortalen Gewebespende –  
Kritische Analyse des Gesetzeswortlautes  
de lege lata und de lege ferenda ..... 105**  
Markus Parzeller

**Einbecker Empfehlungen der DGMR zu Rechtsfragen der  
Obduktion und postmortalen Gewebespende ..... 123**

# Autorenverzeichnis

**Priv.-Doz. Dr. med. M. Brockmann** Institut für Pathologie, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Krankenhaus Merheim, Ostmerheimerstraße 208a, 51109 Köln, Deutschland  
E-Mail: BrockmannM@kliniken-koeln.de

**Prof. Dr. jur. Dr. med. Reinhard Dettmeyer** Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Frankfurter Straße 58, 35392 Gießen, Deutschland  
E-Mail: reinhard.dettmeyer@forens.med.uni-giessen.de

**Prof. Dr. jur. Wolfram Höfling, M.A.** Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht, Institut für Staatsrecht, Universität zu Köln, Albertus Magnus Platz, 50923 Köln, Deutschland  
E-Mail: sekretariat@institut-staatsrecht.de

**Prof. Dr. med. Hans-Friedrich Kienzle** ehem. Chefarzt der Chirurgischen Klinik, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Am Wildwechsel 14a, 51109 Köln, Deutschland  
E-Mail: Kienzle-koeln@netcologne.de

**Prof. Dr. jur. Bernhard Kretschmer** Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstraße 150, 44801 Bochum, Deutschland  
E-Mail: Bernhard.Kretschmer@rub.de

**Dr. jur. Hans-Dieter Lippert** KNORR Rechtsanwälte AG Ulm, Frauenstraße 11, 89073 Ulm, Deutschland  
E-Mail: office@knorr.org

**Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Markus Parzeller** Institut für Rechtsmedizin, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Kennedyallee 104, 60594 Frankfurt Main, Deutschland  
E-Mail: parzeller@em.uni-frankfurt.de

**Priv.-Doz. Dr. jur. Helmut Pollähne** Joester & Partner Strafverteidigerkanzlei,  
Willy-Brandt-Platz 3, 28215 Bremen, Deutschland  
E-Mail: [pollaehne@strafverteidigerkanzlei-bremen.de](mailto:pollaehne@strafverteidigerkanzlei-bremen.de)

**Prof. Dr. med. Klaus Püschel** Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum  
Hamburg Eppendorf, Butenfeld 34, 22529 Hamburg, Deutschland  
E-Mail: [pueschel@uke.de](mailto:pueschel@uke.de)

**Assessor Ingo Schliephorst** Rechtsabteilung, Deutsche Krankenhausgesellschaft  
(DKG), Wegelystraße 3, 10623 Berlin, Deutschland  
E-Mail: [i.schliephorst@dkgev.de](mailto:i.schliephorst@dkgev.de)

**Dr. Birgit Wulff** Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg  
Eppendorf, Butenfeld 34, 22529 Hamburg, Deutschland  
E-Mail: [Birgit.Wulff@uke-hh.de](mailto:Birgit.Wulff@uke-hh.de)

# Obduktion im klinischen Alltag – eine Bestandsaufnahme aus chirurgischer und pathologischer Sicht – 5 Thesen

Hans-Friedrich Kienzle und Michael Brockmann

## I. Aus chirurgischer Sicht

1. Die moderne klinische Diagnostik hat sich apparativ und seitens des Labors wesentlich verbessert, sodass die post mortem-Diagnose nicht mehr in der früher notwendigen Weise zu fordern ist, um wenigstens postmortal zu einer sicheren Diagnose zu gelangen („die klinischen Diagnosen sind heute sicherer als früher“).
2. Klinikärzte haben kein wesentliches Interesse an der Obduktion: sie ist zeitaufwendig, Morphologie spielt nicht mehr eine so große Rolle wie früher, auch schon in der Ausbildung nicht mehr. Das zeitliche Korsett der Klinikärzte ist zu eng, als dass man sich noch Zeit für eine Obduktion nehmen wollte. Bürokratische Erfordernisse wie Schreibarbeiten der verschiedensten Art, Dokumentation für ärztliche und abrechnungstechnische Belange spielen eine große, unabwiesbare Rolle. Die Prioritäten ärztlicher Tätigkeit haben sich durch ärztliche und außerärztliche Einflüsse deutlich verschoben.
3. Furcht vor unliebsamen Überraschungen: im Falle einer Komplikation oder gar einer Fehldiagnose werden heute häufiger als früher sofort juristische Wege beschritten, mit für den betreffenden Arzt u. U. sehr unliebsamen Konsequenzen. Gedanklich und praktisch wird der eher leicht zu bewältigende Weg ohne Obduktion beschritten getreu dem Sprichwort „was ich nicht weiß, macht mich nicht

---

H.-F. Kienzle (✉)

ehem. Chefarzt der Chirurgischen Klinik, Kliniken der Stadt Köln gGmbH,  
Am Wildwechsel 14a, 51109 Köln, Deutschland  
E-Mail: Kienzle-koeln@netcologne.de

M. Brockmann

Institut für Pathologie, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Krankenhaus Merheim,  
Ostmerheimerstraße 208a, 51109 Köln, Deutschland  
E-Mail: BrockmannM@kliniken-koeln.de

heiß“. Diesbezügliche Skrupel lassen sich am einfachsten aus der Welt schaffen, wenn auf der Todesbescheinigung „natürlicher Tod“ angekreuzt wird. „Unklare Todesursache“ o. ä. führen nicht selten zu unerwünschten Weiterungen.

4. Verbot der Obduktion durch Angehörige.
5. „Aus logistischen Gründen“ und „der Einfachheit halber“ wird die Leiche häufig sehr schnell vom Bestatter abgeholt; wenn man nicht dringend an der Obduktion interessiert ist, ist die Leiche abgeholt, bevor sie in der Prosektur ankommt. Im umgekehrten Fall sollte man – bei erlaubter Obduktion – sehr genau darauf achten, dass obduziert wird; wird die Leiche vor der gestatteten Obduktion abgeholt, könnten seitens der Angehörigen leicht Missverständnisse aufkommen.

## II. Aus pathologischer Sicht

Ad 1 – Aus Sicht der Pathologie muss diesem klinischen Eindruck widersprochen werden. Studien der letzten Jahre, die die klinischen Diagnosen und den Obduktionsbefund verglichen haben, konnten zwar belegen, dass die Anzahl der klinisch nicht erkannten Diagnosen, die sich während der Obduktion als Grundleiden für den Tod des Patienten erweisen, gering rückläufig sind, der Anteil wird aber immer noch auf gut 8 % geschätzt. Zudem konnte gezeigt werden, dass klinische Abteilungen mit einer Obduktionsrate über 30 % eine deutlich niedrigere Komplikationsrate haben als Abteilungen mit niedrigerer Obduktionsrate. Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist festzustellen, dass nur derjenige eine Chance hat, sich zu verbessern, der seine Arbeit auch kontrollieren lässt.

Ad 2 – Auch bei den Pathologen ist das Interesse an den Obduktionen – allen gegenteiligen Behauptungen zum Trotz – deutlich zurückgegangen. Mit dem Rückgang der Krankenhaus-eigenen Pathologien und der Ansiedlung von Pathologie-Praxen an Krankenhäusern („outsourcing“) haben Wirtschaftlichkeitsüberlegungen eine zentrale Bedeutung erlangt. Da sich eine Obduktion für den Pathologen „nicht rechnet“, sondern für ihn ein Zuschussgeschäft darstellt, haben auch Pathologen kein Interesse daran, die Anzahl der Obduktionen zu halten bzw. zu steigern. Eine Reihe niedergelassener Pathologen führt auf Grund solcher wirtschaftlicher Erwägungen grundsätzlich keine Obduktion mehr durch.

Ad 3 – Klinische Obduktionen werden nur durchgeführt, wenn auf der Todesbescheinigung „natürlicher Tod“ angegeben ist; den Antrag stellt dann der klinische Kollege. In den übrigen Fällen wird die Staatsanwaltschaft eingeschaltet, die Obduktion erfolgt dann in der Regel durch die Rechtsmedizin. Somit kann diese Verfahrensvariante keinen Einfluss auf die Anzahl der klinischen Obduktionen haben.

Ad 4 – Angehörige können eine Obduktion weder genehmigen noch verbieten. Entscheidend ist allein der mutmaßliche Wille des Verstorbenen; dieser muss bei den nächsten Angehörigen gegebenenfalls erfragt werden. Daher ist es in Nordrhein-Westfalen im „Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen“

geregelt, dass die Krankenhausträger verpflichtet sind, anlässlich des Abschlusses eines Aufnahmevertrags nach der Einstellung zur Obduktion zu fragen. Da ein Verstoß gegen dieses Gesetz aber nicht sanktioniert wird, wird diese Frage bei der stationären Aufnahme in der Regel üblicherweise nicht gestellt.

Ad 5 – Das „logistische Problem“ ließe sich aus pathologischer Sicht bei gutem Willen aller Beteiligten und wirklichem Interesse an der Obduktion lösen.

Aus pathologischer Sicht kommt noch ein weiterer Punkt hinzu:

Wer bezahlt die Obduktion?

Die Durchführung einer klinischen Obduktion ist nur im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung möglich. Stirbt ein Patient zu Hause, existiert kein Kostenträger, da die Krankenkassen nur bis zum Tode zuständig sind. Im Krankenhaus werden die Unkosten der Pathologie vielfach auf die einzelnen klinischen Abteilungen umgelegt. Vor diesem Hintergrund kann die Durchführung einer Obduktion eine „Budget-Belastung“ bedeuten, die der klinisch tätige Kollege nicht zu tragen gewillt ist. Daher wurde der Vorschlag gemacht, die Unkosten für Obduktionen nicht den klinischen Abteilungen, sondern dem Qualitätsmanagement zuzurechnen, da die Obduktion als Maßnahme zur Qualitätssicherung zu verstehen ist.

Für Krankenhäuser „rechnet sich“ eine hohe Obduktionsfrequenz, da die Kosten der Krankenhausbehandlung durch die – nachzuweisende – Verringerung der Komplikationen sinken und nicht selten auf Grund des Obduktionsergebnisses im DRG-System ein höherer Fallwert abgerechnet werden kann, als dies ohne Kenntnis der durch die Obduktion gewonnen Zusatzerkrankungen möglich gewesen wäre.