Recht und Pathologie

Skriptum zur Facharztprüfung

2005

Prim. Dr. Alexander Nader
Pathologisches Institut des Hanusch-Krankenhauses
der Wiener Gebietskrankenkasse
Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger

1. Grundbegriffe

1.1. Rechtsordnung und Normen

Vorschläge und Vorschriften ermöglichen das Zusammenleben in der Gemeinschaft. Rechtsordnung ist ein Teil dieses Normensystems. Andere, wesentliche Normen:

1.1.1. Sitte, Brauch und Moral

1.1.1.1. Sitten und Bräuche

sind allgemein ausgeübte Verhaltensweisen einer bestimmten Gruppe, die befolgt werden ***sollen***, um die Zuneigung der Gruppe nicht zu verlieren.
Beispiele: Bestattungsbräuche, Tabus, Grußformeln

1.1.1.2. Moral

Anforderungen an das Gewissen des Einzelnen. Nicht die Gruppe, sondern das Individuum selbst ist zugleich Maßstab und Kontrollinstanz des Handelns.
Beispiel: Hilfsbereitschaft

„'s ist mal bei uns so Sitte, chacun à son gôut"

1.1.2. Recht

Norm***vorschriften***, die mit **staatlicher Zwangsgewalt** durchgesetzt werden können.

1.1.2.1. Grundvoraussetzungen

- Normen
- schriftliche Form
- staatliche Gewalt

1.1.2.2. Inhalt der Rechtsvorschriften

- was soll getan bzw. nicht getan werden
- welche Folgen hat das Handeln bzw. Nicht-Handeln
- wer darf die Gewalt ausüben

1.1.2.3. Arten des Rechts

1.1.2.3.1. Naturrecht

1.1.2.3.2. Objektives und subjektives Recht

1.1.2.3.3. Materielles und formelles Recht

- **materielles** Recht regelt die Lebensbereiche Beispiel: Gewährleistung
- **formelles** Recht regelt Weg und **Form der Durchsetzbarkeit** der Ansprüche

1.1.2.3.4. Zwingendes, relativ zwingendes und nachgiebiges Recht

- **Zwingendes** Recht kann **von keinem Beteiligten** (der sog. Partei) **abgeändert** werden.
- Relativ zwingendes Recht kann nur von einer Partei (meist der schwächeren) zu seinen Gunsten verändert werden (z.B. Kündigungsschutzregeln, Behandlungsvertrag)
- **nachgiebiges** Recht kann von **beiden Parteien** im Einvernehmen vereinbart werden (z.B. Lieferfristen)

1.1.2.3.5. Öffentliches Recht und Privatrecht

- **öffentliches Recht** regelt das **Verhältnis der Staatsgewalt zum Einzelnen** (z.B. Verfassung)
- **Privatrecht** regelt die dynamischen **Beziehungen** unter den **Gruppenmitgliedern** (z.B. Erbrecht)

1.1.2.3.6. innerstaatliches Recht und Völkerrecht bzw. EU-Recht

1.2. Arten der ärztlichen Tätigkeit (modifiert nach DDr. Gernot Orasche)

1.2.1. Turnusarzt, Turnusärztin

Arzt bzw. Ärztin in **Ausbildung** zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt (zur Fachärztin), ***ausschließlich*** zur ***unselbständigen*** Berufsausübung berechtigt. Darf nur ***„unter Anleitung und Aufsicht“*** eines ausgebildeten Arztes tätig werden. Nur ***ausnahmsweise*** können Turnusärzte, die bereits über entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, ***vorübergehend*** auch ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes tätig werden. (Sog. „gleitende Aufsicht in die Selbständigkeit“).

Dies ist ernst zu nehmen!

Selbstüberschätzung und mangelnde Selbsterkenntnis sind die häufigsten Gründe für ärztliche Fehlleistungen. Diese Gratwanderung im Rahmen der Ausbildung zum FA, zur FÄ für Pathologie und Zytodiagnostik hat unter Anleitung eines erfahrenen Kollegen zu erfolgen, und die Ergebnisse müssen ständig überprüft werden.

„Es ist nur vor dem Richter peinlich, Nichtwissen zuzugeben“

Beispiele:

- Turnusärztin fährt auswärts obduzieren: 95jähriger Pflegeheimpatient mit bil. Pneumonie, röntgenologisch gesichert und St.p. radikaler Prostatektomie vor 2 Jahren.
- Turnusärztin fährt auswärts obduzieren: 32jährige Patientin, am 2. Tag postoperativ nach Sectio caesarea verstorben.
- Turnusarzt soll Gefrierschnitt eines retroperitonealen Weichgewebstumors auswärts befunden, ohne Fachaufsicht.

Abgeleitete Anforderungen an die Ausbildung von Fachärztinnen und -ärzten:

- **Holschuld** des in Ausbildung Stehenden
- **Bringschuld** des Ausbilders
- **Selbsterkenntnis** beim Auszubildenden
- Erkennung der **eigenen Grenzen**

γνῶθι σ᾽αὐτόν

1.2.2. Approbierter Arzt, approbierte Ärztin

Angehörige(r) eines EU-Staates, der (die) zur Ausübung des ärztlichen Berufes in Österreich berechtigt und in die Ärzteliste eingetragen ist.

1.2.3. Amtsarzt, Amtsärztin

Hauptberuflich bei den Sanitätsbehörden (Bürgermeister, Gemeinderat, Bezirkshauptmannschaft, Magistrat, Landesregierung, Bundesministerium) tätige Ärzte, die behördliche Aufgaben vollziehen (z.B. auch Ärzte als Arbeitsinspektoren). Sie arbeiten „hoheitlich", sind mit ***Befehls- und Zwangsgewalt*** ausgestattet. Spezielle ***Ausbildung erforderlich*** (Physikat). Sind im Rahmen ihrer dienstlichen Tätigkeit ***nicht auf das Sonderfach beschränkt.***
Militärärzte sind, so sie als Amtssachverständige der Militärbehörden agieren, Amtsärzten ***gleichgestellt*** und daher nicht auf das Sonderfach beschränkt. Im ***Heeresspital*** ist ihre ärztliche Tätigkeit auf ihr Sonderfach beschränkt.

1.2.4. Gemeindeärztinnen und Gemeindeärzte (auch Distrikts-, Kreis-, und Sprengelärztinnen und –ärzte)

Keine amtsärztliche Stellung! Übernehmen ***sanitätspolizeiliche*** Aufgaben, die den Gemeinden übertragen wurden. ***Freiwillige, entgeltliche*** Ausführung der übertragenen Aufgaben. **Totenbeschau**.

1.2.5. Belegarzt, Belegärztin

Unter Belegarzt wird jener Arzt verstanden, den man vertraglich das Recht einräumt, Patienten unter Anspruchnahme von bereitzustellenden Räumen und Einrichtungen im Krankenhaus stationär zu behandeln. Im Rahmen des gespaltenen Krankenhaus-aufnahmevertrages übernimmt der Rechtsträger des Krankenhauses die Hotelleistung, d.h. volle Anstaltspflege ohne ärztliche Dienstleistungen. Letztere vereinbart der Patient gesondert und persönlich mit einem bestimmten in der betreffenden Krankenanstalt als Belegarzt tätigen Mediziner. Der Belegarzt agiert in allen Tätigkeiten im Rahmen der von ihm selbst geschuldeten Leistung nicht als Erfüllungsgehilfe gem § 1313a ABGB des Belegkrankenhauses, sondern ist allein verantwortlich. Der gespaltene Krankenhausaufnahmevertrag ist daher ein Instrument zur Verkleinerung des Pflichtenkreises des Rechtsträgers der Krankenanstalten.
Masal hält aus verwaltungsrechtlicher Sicht die Aufspaltung medizinischer Leistungen bei öffentlichen Krankenanstalten für unzulässig, weil diese gesetzlich zur Gewährung der vollen, d.h. unteilbaren Anstaltspflege verpflichtet sind.
Der Belegarzt ist **alleiniger Vertragspartner des Patienten** hinsichtlich medizinischer Leistungen **und haftet dem Patienten gegenüber für Aufklärung und Behandlungsfehler**, und nicht der Rechtsträger der Krankenanstalt.
Hinsichtlich der Ärzte und Bediensteten des Rechtsträgers der Krankenanstalt geht die überwiegende Meinung davon aus, dass bei einem gespaltenem Vertragsverhältnis andererseits Arzt – Patient einerseits, Patient - Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits zur Bereitstellung der ärztlichen Grundversorgung nach wie vor das Krankenhaus verpflichtet ist. Entsprechend dem OGH haftet der Arzt jedenfalls dann für das Verschulden seiner Erfüllungsgehilfen, wenn er sich bei stationärer Versorgung seines Patienten der Mitwirkung voll ausgebildeter Ärzte des Sanatoriums bedient. Umgekehrt haftet ein Sanatorium auch für das Verschulden von ihm bereit gestellten Operationsschwester, wenn ein vom Patienten mitgebrachter Arzt die Operation durchführt. Der Patient scheint also zweiseitig gesichert. Arzt und Krankenanstalt schulden eine einheitliche medizinische Leistung, bei der sie wechselseitig Erfüllungsgehilfen anzusehen sind. Kommt es zu einer entschuldbaren Fehlleistung, so haften die Krankenanstalt und der Arzt solidarisch.

1.2.6. Konsiliararzt, Konsiliarärztin

Zieht der Behandler aus Diagnosegründen oder Therapiezwecken einen anderen Arzt bei, wird dieser als **Konsiliararzt** bezeichnet. Die Beziehung eines Konsiliararztes zum Patienten hängt von der Vertragsgestaltung zwischen erstbehandelndem Arzt und Konsiliararzt ab. Kommt es dabei zwischen Patient und Konsiliararzt zu keinem Vertragsschluß, ist der Konsiliararzt Erfüllungsgehilfe des erstbehandelnden Arztes anzusehen, sodaß dieser schadenersatzrechtlich für Fehlleistungen des Konsiliararztes einzustehen hat.

> *Zieht der behandelnde Arzt im ausdrücklichen oder auch stillschweigenden Einverständnis seines Patienten einen weiteren Arzt für die zu stellende Diagnose oder die Therapie hinzu, so kommt zwischen diesem Konsiliarius und dem Patienten ein eigenes Vertragsverhältnis zustande. Bei einem lediglich internen Konsultationsverfahren aufgrund einer Vereinbarung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliarius entstehen hingegen keine Rechtsbeziehungen zwischen Konsiliarius und Patient.* gekürzt aus OGH 3 Ob 237/00, s.a. RdM 2002/20.

1.3. Voraussetzungen zur Ausübung des ärztlichen Berufes

- Ordination oder Dienstverhältnis
  die freiberufliche Ausübung des ärztlichen Berufes ohne bestimmten Berufssitz ist nach dem Ärztegesetz (ÄG) verboten („Wanderpraxis“)
- Staatsbürgerschaft eines EU-Landes oder Nostrifikationsprüfung
- gesundheitliche Eignung
- ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache
- Absolvierung der vorgeschriebenen Ausbildungen

1.4. Definition weiterer relevanter Termini

1.4.1. Gutachten

Von **Sachverständigen** auf Grund sachverständig getroffener Tatsachenfeststellungen geschlossene **Folgerungen**

1.4.2. Befund

Sachverständig getroffene **Tatsachenfeststellungen**

1.4.3. Diagnose, Expertise

kein besonderer rechtlicher Inhalt dieser Begriffe

1.4.4. Behandlungsvertrag

Behandler und Patient schließen einen Behandlungsvertrag.
Rechtliche Grundlagen davon abhängig, ob:

1.4.4.1. Abschluß

- Patient einem **frei praktizierenden Arzt** gegenübersteht oder
- Patient mit einer **Krankenanstalt** oder
- Patient mit einem **Belegarzt und einer Privatkrankenanstalt** einen Vertrag oder
- einen **Behandlungszusatzvertrag** mit **einem Vorstand einer Universitätsklinik** oder einem **Leiter einer klinischen Abteilung** bzw. eines Departements abschließt. Durch diesen Vertrag verpflichtet sich der Arzt, den Patienten **höchstpersönlich** zu behandeln

und erhält dafür ein „besonderes Honorar“. Dabei handelt es sich um eine privatrechtliche Vereinbarung, weder Höhe noch Einbringung unterliegen dem KaKuG.
- in der Praxis tritt zum Behandlungsverhältnis Arzt-Patient ein Dritter, der **Sozialversicherungsträger**. Dieses Rechtsverhältnis ist **nicht vertraglich, sondern gesetzlich geregelt (ASVG, u.a.)**.

1.4.4.2. Gültigkeit

Damit ein Behandlungsvertrag gültig ist, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- **übereinstimmende Willenserklärungen** zw. Behandler und Patient
  - kann mündlich geschlossen werden
  - Schweigen ist aber keine Einwilligung, **dem Schweigen darf grundsätzlich kein Erklärungswert beigemessen werden**

- **Geschäftsfähigkeit,** Beurteilung obliegt dem Behandler

- **Einwilligung**
  - nach § 110 Abs 1 StGB …*macht sich strafbar, wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt.*
  - nur wenn
    1. **Patient nicht einwilligungsfähig** ist und es durch die Einholung der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters zu einem
    2. zeitlichen Aufschub käme, der das **Leben des Patienten** gefährden würde oder
    3. die Gefahr einer **schweren Schädigung** der Gesundheit mit sich brächte, darf der Behandler ohne Einwilligung agieren.

1.4.4.3. rechtliche Stellung

Rechtlich fast immer als freier Dienstvertrag mit Elementen des Werksvertrags:

im Gegensatz zum Werkvertrag kein Erfolg geschuldet, sondern nur die fachgerechte Behandlung, daher aber auch Aufklärungspflicht.

> *Der ärztliche Behandlungsvertrag ist ein im Gesetz nicht näher typisiertes Vertragsverhältnis, auf Grund dessen der Arzt dem Patienten eine fachgerechte, dem objektiven Standard des besonderen Fachs entsprechende Behandlung, nicht aber einen bestimmten Erfolg schuldet. (OGH 6 Ob558/91)*

1.4.4.4. Beendigung

Beendigung des Behandlungsvertrags durch

- **Erfüllung**
  - durch Heilerfolg
  - durch Abschluß eines Behandlungsvertrags mit einem anderen Behandler (Überstellung in andere Krankenanstalt
- **Tod** eines Vertragspartners
- **Kündigung** durch Behandler oder Patient
  - jederzeit möglich, auch mündlich, soweit Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorausgesetzt werden kann

1.4.4.5. Behandlung ohne Behandlungsvertrag

bei

- **Notfällen** von Bewußtlosen oder Minderjährigen
- Unterbringung gem. UbG
- Vorliegen einer Einwilligungsfähigkeit trotz fehlender Geschäftsfähigkeit

2. Rechtsvorschriften in der Pathologie

2.1. Leichenschau

Das Leichen- und Bestattungswesen ist nach Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG und Art 15 B-VG **Landessache** und daher in neun, zum Teil im Text voneinander stark abweichenden Landesgesetzen geregelt, die alle aus der Mitte des 20. Jhdts. stammen und die bis dahin gültigen Maria-Theresianischen Hofkanzleidekrete abgelöst haben.

Zentrale Gemeinsamkeiten aller Landesregelungen sind:

- der Todeseintritt ist durch einen **behördlich bestellten Totenbeschauarzt** festzustellen;
- kann die Todesursache nicht eindeutig festgestellt werden oder besteht Verdacht auf eine anzeigepflichtige Erkrankung, so ist die Sanitätsbehörde 1. Instanz (Bezirksverwaltungsbehörde) zu verständigen. Diese kann eine sanitätspolizeiliche Leichenöffnung durch einen Amtsarzt anordnen.
- ergibt sich der Verdacht, daß der Tod durch eine gerichtlich strafbare Handlung oder Unterlassung verursacht wurde, hat der Totenbeschauer Anzeige bei der Staatsanwaltschaft oder bei der nächsten Sicherheitsdienststelle zu erstatten.

Bundesgesetzlich einheitlich geregelt sind im Gegensatz dazu:

- die gerichtliche Leichenbeschau (StPO 1975 § 127 und RGBl. 26/1855)
- Anzeige und Meldepflichten gem.

  1. Epidemiegesetz
  2. Tuberkulosegesetz
  3. AIDS-Gesetz
  4. Suchtmittelgesetz
  5. Ärztegesetz
  6. Personenstandsgesetz
  7. Hebammengesetz
  8. Krebsstatistikverordnung
  9. Giftinformationsverordnung
  10. zwischenstaatliche Vereinbarungen über den Transport von Leichen
  11. Kriegsopferverträge
  12. u.a.

2.1.1. Gültigkeit und Umfang

Zum Leichenwesen gehören

- Totenbeschau
- Leichenöffnung
- Einbalsamierung
- Entnahme von Leichenteilen
- Transport und Aufbewahrung
- Exhumierung
- Begutachtung von Leichenteilen

2.1.2. wesentliche Gesetzestexte (Fassungen vom 22.3.2005)

StPO § 127, Abs 1: *Ist bei einem Todesfalle zweifelhaft, ob der Tod durch ein Verbrechen oder Vergehen verursacht worden sei, so ist vor der Beerdigung die Leichenbeschau und Leichenöffnung vorzunehmen.*

StPO § 128, Abs 2: *Der Arzt, der den Verstorbenen in der dessen Tod allenfalls vorhergegangenen Krankheit behandelt hat, ist, wenn es zur Aufklärung des Sachverhaltes beitragen und ohne Verzögerung geschehen kann, zur Gegenwart bei der Leichenbeschau aufzufordern.*

StPO § 129. (1) *Das Gutachten hat sich darüber auszusprechen, was im vorliegenden Falle die den eingetretenen Tod zunächst bewirkende Ursache gewesen und wodurch sie erzeugt worden ist.*

(2) *Werden Verletzungen wahrgenommen, so ist insbesondere zu erörtern:*

1. ob sie dem Verstorbenen durch die Handlung eines anderen zugefügt wurden und, falls diese Frage bejaht wird,

2. ob diese Handlung

a) schon ihrer allgemeinen Natur wegen,

b) wegen der eigentümlichen persönlichen Beschaffenheit oder eines besonderen Zustandes des Verletzten,

c) wegen der zufälligen Umstände, unter denen sie verübt wurde,

oder

d) wegen zufällig hinzugekommener, jedoch durch sie veranlaßter oder aus ihr entstandener Zwischenursachen den Tod herbeigeführt habe,

und ob endlich

e) der Tod durch rechtzeitige und zweckmäßige Hilfe hätte abgewendet werden können.

(3) *Insofern sich das Gutachten nicht über alle für die Entscheidung erheblichen Umstände verbreitet, sind hierüber vom Untersuchungsrichter besondere Fragen an die Sachverständigen zu stellen.*

ÄG §54 Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht

§ 54. (1) *Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.*

(2) *Die **Verschwiegenheitspflicht besteht nicht**, wenn*

*1. nach **gesetzlichen Vorschriften eine Meldung** des Arztes über den Gesundheitszustand bestimmter Personen vorgeschrieben ist,*

*2. Mitteilungen oder Befunde des Arztes an die **Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten** oder sonstigen Kostenträger in dem Umfang, als er für den Empfänger zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, erforderlich sind,*

*3. die durch die Offenbarung des Geheimnisses bedrohte Person den Arzt von der Geheimhaltung **entbunden** hat,*

*4. die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz **höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.***

(3) *Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch insoweit nicht, als die für die **Honorar- oder Medikamentenabrechnung** gegenüber den Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten, sonstigen Kostenträgern oder Patienten erforderlichen Unterlagen **zum Zweck der Abrechnung**, auch im automationsunterstützten Verfahren, Dienstleistungsunternehmen überlassen*

werden. Eine allfällige Speicherung darf nur so erfolgen, daß Betroffene weder bestimmt werden können noch mit hoher Wahrscheinlichkeit bestimmbar sind. Diese anonymen Daten sind ausschließlich mit Zustimmung des Auftraggebers an die zuständige Ärztekammer über deren Verlangen weiterzugeben.

(4) *Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der* ***Verdacht****, dass durch* ***eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung*** *herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine* ***volljährige Person****, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag,* ***misshandelt, gequält, vernachlässigt*** *oder sexuell missbraucht worden ist.*

(5) *Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§ 166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.*

(6) *In den Fällen einer vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzung hat der Arzt auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen. In den Fällen des Abs 5 hat er überdies unverzüglich und nachweislich Meldung an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger zu erstatten.*

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KaKuG)
§ 25 Leichenöffnung (Obduktion)

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

(2) Liegt keiner der in Abs 1 erwähnten Fälle vor und hat der Verstorbene nicht schon bei Lebzeiten einer Obduktion zugestimmt, darf eine Obduktion nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

(3) Über jede Obduktion ist eine ***Niederschrift*** *zur Krankengeschichte aufzunehmen und gemäß § 10 Abs 1 Z 3 zu verwahren.*

Krebsstatistikverordnung
§ 2. (1) Die gemäß § 4 des Krebsstatistikgesetzes zur Meldung Verpflichteten haben das ausgefertigte Formblatt jeweils nach Beendigung des Anstaltsaufenthaltes eines Kranken oder, im Falle ambulanter Behandlung, nach Klärung der Diagnose, spätestens bis zum 15. des diesem Zeitpunkt folgenden Monats an das Österreichische Statistische Zentralamt einzusenden.
(2) Bei einer neuerlichen stationären oder ambulanten Behandlung eines Kranken ist wiederum ein Formblatt auszufertigen und gemäß Abs 1 einzusenden.
(3) Ein Formblatt ist ***auch nach einer Obduktion*** *auszufertigen und gemäß Abs 1 einzusenden, wenn durch die* ***Obduktion eine früher gestellte Diagnose einer Geschwulstkrankheit nicht bestätigt*** *worden ist.*
§ 3. Bei Todesfällen, denen keine stationäre Behandlung vorangegangen ist, haben die in § 4 lit c und d des Krebsstatistikgesetzes angeführten Meldepflichtigen die Punkte A bis C des Formblattes dann auszufüllen, wenn sie eine Obduktion vorgenommen haben.

Giftinformations-Verordnung 1999
BGBl. II Nr. 137/1999
Mitteilungspflicht bei Vergiftungen

*§ 7. (1) Die verantwortlichen Leiter von Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten in Krankenanstalten, in denen die Diagnose und Behandlung oder die Beurteilung der **Folgen einer Erkrankung** erfolgt, bei der zumindest der **begründete Verdacht besteht, daß sie durch einen Stoff oder eine Zubereitung verursacht** worden ist, haben diese Vergiftungsfälle dem Bundeskanzleramt mitzuteilen. Dies gilt auch für Arbeitsmediziner und ärztliche Leiter von arbeitsmedizinischen Zentren.*

(2) Die Mitteilung hat hinsichtlich der Person des Patienten in anonymisierter Form unter Verwendung eines Formblattes nach dem Muster der Anlage 3 zu erfolgen.

(3) Sie hat

1. bei akuten Erkrankungen nach erfolgter Therapie bzw. bei Entlassung aus stationärer Behandlung,
2. bei chronischen Erkrankungen nach Stellung der Diagnose,
*3. sofern im Falle einer Erkrankung mit Todesfolge eine **Obduktion durchgeführt wird, nach deren Abschluß unverzüglich zu erfolgen.***

(4) Mitteilungen gemäß Abs 1 gelten auch als Meldungen gemäß § 7 Abs 1 des Produktsicherheitsgesetzes 1994.

Strafgesetzbuch
Störung der Totenruhe

*§ 190. (1) Wer einen Leichnam oder **Teile eines Leichnams** oder die Asche eines Toten einem Verfügungsberechtigten **entzieht** oder aus einer Beisetzungs- oder Aufbahrungsstätte wegschafft, ferner wer einen Leichnam mißhandelt oder einen Leichnam, die Asche eines Toten oder eine Beisetzungs-, Aufbahrungs- oder Totengedenkstätte verunehrt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.*

Anmerkung
Zur Zulässigkeit von Organentnahmen siehe § 62a KAG, BGBl. Nr. 1/1957.

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz KaKuG
BGBl. Nr. 1/1957 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 35/2004
§ 62a Hauptstück F
Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation

*§ 62a. (1) Es ist zulässig, Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen. Die Entnahme ist unzulässig, wenn den Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit der der Verstorbene oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Eine Erklärung liegt auch vor, wenn sie in dem beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen geführten Widerspruchsregister eingetragen ist. Die Entnahme darf nicht zu einer die **Pietät verletzenden Verunstaltung** der Leiche führen.*

(2) Die Entnahme darf erst durchgeführt werden, wenn ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt den eingetretenen Tod festgestellt hat. Dieser Arzt darf weder die Entnahme noch die Transplantation durchführen. Er darf an diesen Eingriffen auch sonst nicht beteiligt oder durch sie betroffen sein.

(3) Die Entnahme darf nur in Krankenanstalten vorgenommen werden, die die Voraussetzungen des § 16 Abs 1 lit a und c bis g erfüllen.

*(4) Organe oder Organteile Verstorbener **dürfen nicht Gegenstand von Rechtsgeschäften sein, die auf Gewinn gerichtet sind.***

Hebammengesetz HebG
BGBl. Nr. 310/1994 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 116/1999
§ 8 Personenstandsrechtliche Pflichten

§ 8. (1) Hebammen haben jede Lebend- und Totgeburt innerhalb einer Woche der zuständigen Personenstandsbehörde anzuzeigen. Fehlgeburten sind nicht anzuzeigen. Die Anzeige hat neben den von der Personenstandsbehörde benötigten Daten auch jene medizinischen und sozialmedizinischen Daten zu enthalten, die der Personenstandsbehörde ausschließlich zum Zweck der Übermittlung an das Österreichische Statistische Zentralamt bekanntgegeben werden. Bei der Anzeige sind folgende Geburtsfälle zu unterscheiden:

1. ***Lebendgeburt**: als lebendgeboren gilt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer eine Leibesfrucht dann, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die **Atmung** eingesetzt hat oder irgendein **anderes Lebenszeichen** erkennbar ist, wie **Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur** oder **deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln**, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchgeschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht;*
2. ***Totgeburt**: als totgeboren oder in der Geburt verstorben gilt eine Leibesfrucht dann, wenn **keines der unter Z 1 angeführten Zeichen erkennbar** ist **und** sie ein Geburtsgewicht von **mindestens 500 Gramm** aufweist;*
3. ***Fehlgeburt**: diese liegt vor, wenn bei einer Leibesfrucht **keines der unter Z 1 angeführten Zeichen** vorhanden ist und die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht **von weniger als 500 Gramm** aufweist.*

2.2. Histologie, Zytologie, Mikrobiologie, Molekularbiologie und Genetik

2.2.1. Nutzung von Körpersubstanzen (© Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki, Vortrag beim Seminar Recht und Pathologie 2002)

Wird bei einer Intervention ein Teil des menschlichen Körpers entnommen, so darf **er nur zu dem Zweck aufbewahrt und verwendet werden, zu dem er entnommen worden** ist; jede andere Verwendung setzt angemessene Informations- und Einwilligungsverfahren voraus.

2.2.1.1. Wichtige Differenzierungen

2.2.1.1.1. Nach Herkunft:

- Leichen/Lebende

2.2.1.1.2. Nach dem Verwendungszweck

- Diagnostisch
- Wissenschaftlich
- Kommerziell

2.2.1.1.3. Nach Art der rechtlichen Schranken

- Eigentum (wem gehört es?)
- Persönlichkeitsrecht (was darf ich damit tun?)

2.2.1.2. Rechtspositionen an Körpermaterial und ihre Schranken

2.2.1.2.1. Rechtsnatur des Körpermaterials: Sache

- Sachenrechte (Eigentum)
- Persönlichkeitsrechte
- Vertragliche Schranken
- Sonstige gesetzliche Einschränkungen, z.B.
  - Bestattungspflicht
  - Gentechnikgesetz
  - Arzneimittelrecht

Körpermaterial aus Leichen = Rechtsnatur: Sache ab Entnahme
Nach h.A. „herrenlos“, fällt nicht in Verlassenschaft, daher: Aneignungsrecht

2.2.1.2.2. Wer kann Eigentümer werden?

Rechtsträger der Institution

2.2.1.2.3. Zulässigkeit der Entnahme aus Leichen

Strafrechtlicher Hintergrund: § 190 StGB (Entnahme von Leichenteilen ohne Zustimmung = Störung der Totenruhe

- bedeutet Notwendigkeit eines Rechtfertigungsgrundes
- Transplantation (§ 62a KaKuG) – Zweckbindung!
- Obduktion (§ 25 KaKuG)
- Öffentliche KA
- Private KA
- Lehre („Anatomieleichen“)
- Arzneimittelherstellung etc: OGH 1986
- Sonstige Nutzung (insb. kommerziell)

Entnahme bei Obduktionen

§ 25 Abs 1 KaKuG: „Die Leichen der in öffentlichen KA verstorbenen Pfleglinge sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder gerichtlich angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insb. wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs, erforderlich ist“.

- Entnahme als Element der Obduktion
- Zulässige Zwecke der Obduktion und Entnahme
- Feststellung der Todesursache u. KH-Verlauf
- Organentnahme § 62a Abs 4 KaKuG

damit geregelt.

Aber:

- Sonstige wissenschaftliche Zwecke?
- Kommerziell orientierte Forschung?
- Nicht auf Erkenntnis gerichtete Zwecke?

- Verdrängung der Bestattungspflicht
- Verkauf?

2.2.1.2.4. Entnahme bei Lebenden

DD: Entnahme/Verwendung legal entnommenen Materials

- Entnahme als Körperverletzung ist immer aufklärungs- und einwilligungsbedürftig

Diagnostisch oder therapeutisch motivierte Entnahme folgt den allgemeinen Regeln des informed consent

- Lebende – Verfügungsbefugnisse über Körpersubstanzen

- Patient als „erster Eigentümer“

Zivilrechtliche Verfügungsbefugnis des Patienten (selbst behalten, Weitergabe an Dritte)
Schranken der Verfügung durch Patienten:
Sonderregelungen (z.B. EpidemieG)
Abfallentsorgung?
Sittenwidrigkeit bei Verkauf/Aufwandsentschädigung; Art 21 MRB

- Rechte des Arztes (z.B. durch Verarbeitung)

- Lebende – Eigentumsübergang an Dritte?

- Ausdrückliche Vereinbarung (z.B. Überlassung = Schenkung)
- Aufklärung über Zwecke
- Geschäftsfähigkeit/Vertretung
- Tatsächliche Übergabe
- Entgelt/Aufwandsentschädigung?

Strittig: der „schweigende Patient“
„Stillschweigende Überlassung“

Jedenfalls im Rahmen der Indikation
Jedenfalls nicht, soweit Persönlichkeitsrechte verletzt werden (personenbezogene Merkmale; anonym?)

- Vertragliche Schranken (fortdauernde diagnostische Zwecke – Kontrolluntersuchung etc)

All diese Schranken sind unabhängig von Eigentumsfrage

- „Stillschweigende Überlassung“

Eigentumsübergang höchst strittig:
„Dereliktion“?
Konkludente Überlassung – ergänzende Vertragsauslegung, „übliche Zwecke“
Werterhöhende Verarbeitung
Wer kann Eigentümer werden?

- Legitime Verwendungszwecke

Bei ausdrücklicher Vereinbarung: grundsätzlich alles, solange nicht sittenwidrig
Bei Schweigen: jedenfalls alles, was indiziert ist sowie Entsorgung

- Wissenschaftliche Untersuchungen

„kommerzielle Forschung“
Ethikkommission?

- Sonderregel für prädiktive Genanalysen

- Qualitätssicherung etc
- Kommerzielle Verwertung/Verkauf wohl zustimmungspflichtig

2.2.2. Aufbewahrung von Tumormaterial

Unter GZ 21.600/5-VIII/D/5/02 hat das BMSG im Februar 2002 zur Frage der Pflicht von Krankenanstalten, Tumormaterial aufzubewahren sowie zur allfälligen Zulässigkeit, derartiges Material anderen Einrichtungen zu Forschungszwecken zu übermitteln, folgende Ausführungen getroffen:
Nach den Bestimmungen über die Führung von Krankengeschichten ist festzuhalten, dass zwar Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, zehn Jahre hindurch aufzubewahren sind. Diese Regelung ist allerdings nicht so weit auszulegen, dass vom Patienten stammendes biologisches Untersuchungsmaterial als Bestandteil der Krankengeschichte dieser Aufbewahrungspflicht unterliegen würde. **Die sich aus dem Untersuchungsmaterial ergebenden Befunde hingegen sind als Teil der Krankengeschichte 30 Jahre aufzubewahren.**
Davon ist die Frage zu unterscheiden, dass dem Spitalsträger ungeachtet der Aufbewahrungsregelungen des Krankenanstaltengesetzes aus dem Behandlungsvertrag umfassende vertragliche Neben- und Schutzpflichten zu Gunsten der Patienten treffen. Weiters ist darauf hinzuweisen, dass der Spitalträger im eigenen Interesse während der Verjährungsfrist entsprechende Beweismittel sicherstellen sollte. Beide Aspekte sprechen daher dafür, Beweismaterial aufzubewahren.
Abgesehen davon wird vor dem Hintergrund europäischer Rechtsentwicklung vermehrt die Auffassung vertreten, dass die Einwilligung des Patienten im Rahmen des Behandlungsvertrages nur die **Entfernung von Gewebe zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken umfasst, darüber hinausgehende Verwendungen des entfernten Materials jedoch einer gesonderten Einwilligung nach Aufklärung bedürften.** In diesem Sinne hat auch das BMJ 1998 im Zusammenhang mit der Frage der Verwendung von bei Operationen entfernten Knochen- oder Gewebeteilen für Transplantations- zwecke nach Aufbereitung die Auffassung vertreten, dass dafür die ausdrückliche Zustimmung des betroffenen Patienten, dem Körperbestandteile entfernt werden, einzuholen ist.

Gerhard Aigner

2.2.3. Gentechnikgesetz GTG

Genanalysen gem. § 4 Z 24 GTG sind molekulargenetische Untersuchungen an der DNA der Chromosomen zur Feststellung von Mutationen

2.2.3.1. Genanalysen für wissenschaftliche Zwecke nur bei

- Zustimmung des Probenspenders oder
- an anonymisierten Proben

2.2.3.2. prädiktive Genanalysen am Menschen zu medizinischen Zwecken

- Feststellung der Prädisposition
- Feststellung des Überträgerstatus

Prädiktive Genanalysen dürfen nur auf Veranlassung eines in Humangenetik ausgebildeten Arztes oder eines für das entsprechende Indikationsgebiet zuständigen Facharztes gemacht werden. Diese Analysen am gesunden Menschen müssen in einer behördlich genehmigten Einrichtung durchgeführt werden. Zulassungsbehörde ist das Gesundheitsministerium, welches nach Anhörung des wissenschaftlichen Ausschusses für Gentechnik die Zulassung erteilen kann.

2.2.3.3. Genanalysen zur Diagnose oder Kontrolle einer bereits manifesten Erkrankung

Diese dürfen von jedem behandelnden Arzt veranlasst werden.

2.2.3.4. Pränataldiagnostik in § 65 Abs 3 GTG geregelt

ausführliche medizinische, soziale und psychologische Beratung wesentlich

2.2.3.5. Gentechnik und Datenschutz

§ 67 GTG:
Arbeitgebern … ist es verboten, **Ergebnisse** von Genanalysen von ihren **Arbeitnehmern** … zu **erheben**, zu verlangen, anzunehmen oder sonst zu verwerten.

§ 71 Abs 1 Z 2 GTG:
der untersuchten Person sind unerwartete Ergebnisse dann mitzuteilen,

- wenn sie von unmittelbarer klinischer Bedeutung sind oder
- die Person ausdrücklich danach gefragt hat.

Diese Mitteilung ist insbesondere dann, wenn die untersuchte Person nicht danach gefragt hat, so zu gestalten, daß sie auf die untersuchte Person nicht beunruhigend wirkt; in Grenzfällen kann diese Mitteilung gänzlich unterbleiben.

2.2.3.6. Gesetzestexte

Gentechnikgesetz
BGBl. Nr. 510/1994

§ 67 Verbot der Erhebung und Verwendung von Daten aus Genanalysen für bestimmte Zwecke

§ 67. Arbeitgebern und Versicherern einschließlich deren Beauftragten und Mitarbeitern ist es verboten, Ergebnisse von Genanalysen von ihren Arbeitnehmern, Arbeitsuchenden oder Versicherungsnehmern oder Versicherungswerbern zu erheben, zu verlangen, anzunehmen oder sonst zu verwerten.

§ 71 Datenschutz

§ 71. (1) Wer Genanalysen durchführt oder veranlaßt, hat die dabei gewonnenen Daten im Sinne dieses Bundesgesetzes geheimzuhalten und dabei die folgenden Bestimmungen zu beachten:

1. Der untersuchten Person ist über deren Verlangen Einsicht in alle sie betreffenden Daten zu gewähren.
2. Der untersuchten Person sind unerwartete Ergebnisse mitzuteilen, die von unmittelbarer klinischer Bedeutung sind oder nach denen sie ausdrücklich gefragt hat. Diese Mitteilung ist insbesondere dann, wenn die untersuchte Person nicht danach gefragt hat, so zu gestalten, daß sie auf die untersuchte Person nicht beunruhigend wirkt; in Grenzfällen kann diese Mitteilung gänzlich unterbleiben.
3. Daten in nicht anonymisierter Form dürfen für einen anderen als den Zweck, für den sie ursprünglich erhoben worden sind, nur mit ausdrücklicher und schriftlicher Zustimmung der untersuchten Person verwendet werden.
4. Daten dürfen nur weitergegeben werden
   a) an Personen, die in der Einrichtung, in der sie erhoben worden sind, mit der Ermittlung, Verarbeitung oder Auswertung der Daten unmittelbar befaßt sind,
   b) an die untersuchte Person,
   c) an die in § 65 Abs 3 und 4 genannten Personen,
   d) an den Arzt, der die Genanalyse veranlaßt hat, und an den behandelnden oder diagnosestellenden Arzt,
   e) an andere Personen nur, soweit die untersuchte Person hiezu ausdrücklich und schriftlich zugestimmt hat, wobei ein schriftlicher Widerruf dieser Zustimmung möglich ist.

5. Daten müssen vor dem Zugriff Unbefugter in geeigneter Weise geschützt werden.
6. Daten, die nicht anonymisiert worden sind, dürfen nur in der Einrichtung, in der sie erhoben worden sind, und nur bei dem Arzt, der die Genanalyse veranlaßt hat, automationsunterstützt verarbeitet werden; sie sind von anderen Datenarten gesondert zu speichern und dürfen nur von den nach diesem Bundesgesetz berechtigten Personen und nur mit einer gesonderten Zugriffsmöglichkeit abrufbar sein.
7. Die Verpflichtungen gemäß Z 3 bis 6 gelten auch für Personen, die bei der Durchführung von Genanalysen oder bei der Aufbewahrung oder Verwaltung der dabei erhobenen Daten mitwirken.

(2) Soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt ist, bleiben das Datenschutzgesetz, BGBl. Nr. 565/1978, sowie Vorschriften, die besondere Verschwiegenheits- oder Meldepflichten beinhalten, unberührt.

2.3. Behandlungsfehler

Gem § 1298 ABGB hat die Kausalität, d.h. die **Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers**, der Patient nachzuweisen, wobei dem OGH der prima-facie-Beweis, das ist **ein hoher Grad an Wahrscheinlichkeit, genügt.**

Die **Schuldlosigkeit** oder auch andere Schadensursachen hätten entsprechend dem Behandlungsvertrag entweder der **Arzt oder auch das Spital** nachzuweisen, wenn der sog vertragsmäßige Erfolg oder auch die Behandlung lege artis nicht ordnungsgemäß erfolgte, d.h. der Arzt haftet dann, wenn er seine Schuldlosigkeit an der Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages nicht beweisen kann.

Zur Rechtswidrigkeit führt jedenfalls die mangelnde Einwilligung des Patienten, wobei der Arzt eine diesbezügliche **Beweis- bzw Dokumentationspflicht** hat.

Der Einwilligung muss eine ausreichende Aufklärung vorangegangen sein, wobei eine allgemeine Aufklärung bloß mängelfrei sein muss, eine therapeutische Aufklärung darüber hinausgehend eine optimale Mitwirkung des Patienten am Behandlungsvorgang bewirken soll, d.h. zur Vermeidung möglicher Schäden wie schädlicher Nebenwirkungen beitragen muss.

Unter ärztlichen Behandlungsfehlern werden sowohl Diagnose wie auch Therapie und Konsultationsfehler verstanden. **Konsultationsfehler ist z.B.**

- **die Unterlassung der Heranziehung eines Spezialisten** oder die Unterlassung der Einweisung in ein Krankenhaus, weiters auch die
- **Verletzung von Organisations-, Anleitungs- und Aufsichtspflichten** von Personal und Geräten.

Keine Arzthaftung besteht jedenfalls bei einem bestimmten Heilerfolg, für die Erhaltung eines bestimmten Gesundheitszustandes, für die Verminderung des Fortschreitens der Krankheit, für das Gelingen einer Operation, d.h. es besteht auch grundsätzlich keine Haftung, wenn kein Behandlungsfehler vorliegt und die Einwilligung des Patienten bei entsprechender Aufklärung gegeben ist.

Der Behandlungsfehler verlangt in jedem Fall einen Sorgfaltspflichtverstoß. Gegen seine Sorgfaltspflicht verstößt der Arzt, wenn er gegenüber dem Patienten nicht die fachlich gebotene Sorgfalt walten läßt. Damit der Arzt die gebotene berufsfachliche Sorgfalt beachten kann, muß er die für seine Disziplinen aktuellen medizinischen Standards kennen und beherrschen.
Da die medizinische Wissenschaft recht schnell voranschreitet, entsteht für den Arzt somit eine Rechtspflicht zur Fortbildung.
Im Einzelfall kann der Arzt aufgrund dieses Ermessens- und Beurteilungsspielraums zu dem Schluß gelangen, daß eine vom medizinischen Standard abweichende Behandlung angezeigt ist. Dieser Weg ist ihm durch die ihm obliegende Sorgfaltspflicht, die sich an besagtem medizinischen Standard orientiert, keineswegs verschlossen. Die Sorgfaltspflicht gibt allerdings den Rahmen der Therapiefreiheit vor.

3. Ausgewählte Kasuistik

3.1. 97-jähriger Patient mit Beckenbruch und Oberschenkelhalsbruch re, Platzwunde am Hinterkopf. Anamnestisch schwere Osteoporose. Von Passanten am Gehsteig aufgefunden. OP am 2. Tag, Versorgung mit SH-Prothese. Tod am 13. postop. Tag mit Pneumonie.

○ Beschau

Text:

○ Obduktion
○ Anzeige
○ Kliniker fragen

Text:

3.2. 68-jährige Patientin mit anamnestisch bekannter, vermutlich alimentär bedingter Leberzirrhose. Wird zu Hause von Angehörigen gepflegt, Pflegestufe 3. Einlieferung mit multiplen Hämatomen im Gesichtsbereich, massive Exsikkose, tiefe, bis zum Os sacrum reichende Dekubitalgeschwüre. Tod nach 24h auf der Aufnahmestation.

○ Beschau

Text:

○ Obduktion
○ Anzeige
○ Kliniker fragen

Text:

3.3. 58-jähriger Patient, Z.n. aortocor. 4-fach Bypass 1998, 3x Hinterwandinfarkt. Aufnahme zur Herzkatheteruntersuchung, bei Dilatationsversuch verstirbt Patient nach frustraner Reanimation.

○ Beschau

Text:

○ Obduktion
○ Anzeige
○ Kliniker fragen

Text:

4. Literatur und Abkürzungsverzeichnis

4.1. Literatur

- Gerhard **Aigner**, Michael Kierein, Christian Kopetzki: *Ärztegesetz 1998*. Manz, Wien 2001.
- Gerhard **Aigner**, Maria Kletečka-Pulker, Andreas Kletečka, Michael Memmer: *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Manz, Wien 2004.
- Elgin **Drda**, Gerald Fleisch, Christian Höftberger: *Recht für Mediziner. Ein Leitfaden für Studium und Praxis*. WUV, Wien 2003.
- Herbert **Emberger**, Johannes Zahrl, Hans Erich Diemath, Kurt Grabner: *Das ärztliche Gutachten*. ÖÄK Verlag, Wien 2002.
- Karsten **Fehn**: *Die rechtliche Bedeutung des ärztlichen Behandlungsfehlers*. Medizin im Dialog 2001;4, 1-4 und 2002;1, 2-6.
- Lydia **Fuchs**: *Zur Haftung des Belegarztes*. Recht der Medizin 9(2002)5, 138-146.
- Christian **Kopetzki**: *Ärztliche Überweisung*. Recht der Medizin 9(2002)3, 88-92.
- Christian **Kopetzki**: *Obduktionsrecht und private Verfügung über Leichenteile.* Recht der Medizin 9(2002)3, 92-94.
- Christian **Kopetzki**, Heinz Mayer: *Biotechnologie und Recht*. Manz, Wien 2002.
- Heinz **Krejci**: *Wem gehört die Nabelschnur?* Recht der Medizin 8(2001)3, 67-72.
- Gert **Lecher**, Christoph Neugebauer: *Aufbewahrungsdauer von Röntgen- und Sonographiebildern.* Recht der Medizin 9(2001)5, 146-150.
- Günther **Löschnigg**, Nora Melzer-Azodanloo: *Haftungsrecht für Führungskräfte. Ein Überblick*. ÖGB-Verlag, Wien 2003.
- Burkhard **Madea** (Hrsg.): *Die Ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen Praktische Durchführung Problemlösungen.* Springer, Berlin – Heidelberg – New York, 1999.
- Leopold-Michael **Marzi**, Oliver Ginthör, Eduard Heinz: *Der Arzt im Rechts- und Wirtschaftleben*. ARD Orac, Wien 2003.
- **Österreichische Gesellschaft für Pathologie** (Organisatoren A. Nader, T. Mairinger): *Mitschriften und Unterlagen der jährlichen Intensivseminare „Recht und Pathologie“ 1-4.* 2002-2005.
- **Österreichische Gesellschaft für Pathologie** (Koordinationskomitee H.P. Dinges, G. Breitenecker, G. Breitfellner, H. Denk, D. Kerjaschki, G. Mikuz, M. Ratschek*): ÖGP - Qualitätsstandards in der Pathologie.* Loseblatt-Edition im Selbstverlag, 2000.
- Einar **Sladeček**, Leopold-Michael Marzi, Thomas Schmiedbauer: *Recht für Gesundheitsberufe*. Orac, Wien 2001.

4.2. Internetquellen

- http://www.pathology.at
- http://www.fgpw.at/OEGP-RP/rpliteratur.htm
- http://awmf.org
- http://members.aon.at/heiconsulting

4.3. Abkürzungsverzeichnis

ABGB Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
Abs Absatz
ÄG Ärztegesetz
AMG Arzneimittelgesetz
Anm Anmerkung, Glosse
ApG Apothekengesetz
ApKG Apothekerkammergesetz
Art Artikel
ASchG ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BG Bundesgesetz
BGBl Bundesgesetzblatt
BSG Blutsicherheitsgesetz
BSV Blutspenderverordnung
BSVG Bauern-Sozialversicherungsgesetz
B-VG Bundes-Verfassungsgesetz
EB erläuternde Bemerkungen
EpG Epidemiegesetz
FMedG Fortpflanzungsmedizingesetz
FSVG Gesetz zur Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger
gem gemäß
GeschKrG Geschlechtskrankheitengesetz
GGP Großgeräteplan
GSVG Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
GTG Gentechnikgesetz
GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GZ Geschäftszahl
hA herrschende Ansicht
HebG Hebammengesetz
hL herrschende Lehre
hM herrschende Meinung
idF in der Fassung
ieS in engeren Sinn
ImpfSchG Impfschadengesetz
iSd im Sinne des
KA Krankenanstalt
KA-AZG Krankenanstalten-Arbeitszeitgestz
KAG historisch: Krankenanstaltengesetz - frühere Bezeichnung des KaKuG
KaKuG Kranken- und Kuranstaltengesetz
Lit littera (Buchstabe)

MedR Medizinrecht (Zeitschrift)

MPG Medizinproduktegesetz

MRB Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin

MRK Menschenrechtskonvention

MTD-AV Ausbildungsordnung für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste

MTD-G Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste

OGH Oberster Gerichtshof

ÖKAP ÖSterreichischer Krankenanstaltenplan

OSR Oberster Sanitätsrat

PSG Produktsicherheitsgesetz 1994

RDB Rechtsdatenbank

RdM Recht der Medizin (Zeitschrift)

RGBl Reichsgesetzblatt

Rz Randzahl

S Seite

SMG Suchtmittelgesetz

StGB Strafgesetzbuch

StPO Strafprozeßordnung

SVTr Sozialversicherungsträger

TubG Tuberkulosegesetz

UAW unerwünschte Arzneimittelwirkungen

UbG Unterbringungsgesetz

VfGH Verfassungsgerichtshof

VwGH Verwaltungsrichtshof

Z Ziffer

ZPO Zivilprozeßordnung

5. Inhaltsverzeichnis

1. Grundbegriffe ... 3

1.1. Rechtsordnung und Normen ... 3
1.1.1. Sitte, Brauch und Moral ... 3
1.1.1.1. Sitten und Bräuche ... 3
1.1.1.2. Moral ... 3
1.1.2. Recht ... 3
1.1.2.1. Grundvoraussetzungen ... 3
1.1.2.2. Inhalt der Rechtsvorschriften ... 3
1.1.2.3. Arten des Rechts ... 3
1.1.2.3.1. Naturrecht ... 3
1.1.2.3.2. Objektives und subjektives Recht ... 3
1.1.2.3.3. Materielles und formelles Recht ... 3
1.1.2.3.4. Zwingendes, relativ zwingendes und nachgiebiges Recht ... 4
1.1.2.3.5. Öffentliches Recht und Privatrecht ... 4
1.1.2.3.6. innerstaatliches Recht und Völkerrecht bzw. EU-Recht ... 4
1.2. Arten der ärztlichen Tätigkeit (modifiert nach DDr. Gernot Orasche) ... 4
1.2.1. Turnusarzt, Turnusärztin ... 4
1.1.2. Approbierter Arzt, approbierte Ärztin ... 5
1.1.3. Amtsarzt, Amtsärztin ... 5
1.1.4. Gemeindeärztinnen und Gemeindeärzte (auch Distrikts-, Kreis-, und Sprengelärztinnen und –ärzte) ... 5
1.1.5. Belegarzt, Belegärztin ... 5
1.1.6. Konsiliararzt, Konsiliarärztin ... 6
1.3. Voraussetzungen zur Ausübung des ärztlichen Berufes ... 6
1.4. Definition weiterer relevanter Termini ... 6
1.4.1. Gutachten ... 6
1.4.2. Befund ... 6
1.4.3. Diagnose, Expertise ... 6
1.4.4. Behandlungsvertrag ... 6
1.4.4.1. Abschluß ... 6
1.4.4.2. Gültigkeit ... 7
1.4.4.3. rechtliche Stellung ... 7
1.4.4.4. Beendigung ... 7
1.4.4.5. Behandlung ohne Behandlungsvertrag ... 7

2. Rechtsvorschriften in der Pathologie ... 8

2.1. Leichenschau ... 8
2.1.1. Gültigkeit und Umfang ... 8
2.1.2. wesentliche Gesetzestexte (Fassungen vom 22.3.2005) ... 9
2.2. Histologie, Zytologie, Mikrobiologie, Molekularbiologie und Genetik ... 12
2.2.1. Nutzung von Körpersubstanzen (© Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki, Vortrag beim Seminar Recht und Pathologie 2002) ... 12
2.2.1.1. Wichtige Differenzierungen ... 12
2.2.1.1.1. Nach Herkunft: ... 12
2.2.1.1.2. Nach dem Verwendungszweck ... 12
2.2.1.1.3. Nach Art der rechtlichen Schranken ... 13
2.2.1.2. Rechtspositionen an Körpermaterial und ihre Schranken ... 13
2.2.1.2.1. Rechtsnatur des Körpermaterials: Sache ... 13
2.2.1.2.2. Wer kann Eigentümer werden? ... 13
2.2.1.2.3. Zulässigkeit der Entnahme aus Leichen ... 13
2.2.1.2.4. Entnahme bei Lebenden ... 14
2.2.2. Aufbewahrung von Tumormaterial ... 15
2.2.3. Gentechnikgesetz GTG ... 15
2.2.3.1. Genanalysen für wissenschaftliche Zwecke nur bei ... 15
2.2.3.2. prädiktive Genanalysen am Menschen zu medizinischen Zwecken ... 15
2.2.3.3. Genanalysen zur Diagnose oder Kontrolle einer bereits manifesten Erkrankung ... 15
2.2.3.4. Pränataldiagnostik in § 65 Abs 3 GTG geregelt ... 15
2.2.3.5. Gentechnik und Datenschutz ... 16
2.2.3.6. Gesetzestexte ... 16
2.3. Behandlungsfehler ... 17

3. Ausgewählte Kasuistik 18

4. Literatur und Abkürzungsverzeichnis 19

4.1. Literatur 19
4.2. Internetquellen 19
4.3. Abkürzungsverzeichnis 20

5. Inhaltsverzeichnis 22