

# Vom „(Aus-) Sterben“ der Obduktion

## Ein Plädoyer des Ausschusses Qualitätsmanagement für ein wenig genutztes QS-Instrument

Der Ausschuss Qualitätsmanagement an der Sächsischen Landesärztekammer beschäftigt sich auch in dieser Legislaturperiode mit praxisorientierten Qualitätsinstrumenten. Ein zentrales, wenn nicht sogar das wichtigste Qualitätssicherungsinstrument im ärztlichen Bereich war und ist die klinische Sektion. Wir möchten darüber berichten, mögliche Ursachen für die Rückläufigkeit beleuchten sowie zur

Nutzung beziehungsweise Veranlassung der Obduktion im Einzelfall erläutern.

Die ersten Sektionen im mittelalterlichen Abendland fanden Ende des 13. Jahrhunderts in Italien statt. Die anatomischen Lehrsektionen an den Universitäten beginnen in Bologna um 1300, es folgten Padua (1348), Perugia (1348), Montpellier (1376) und Florenz (1388).

Verdanken wir doch den Pionieren dieser Zeit eine Unmenge von Wissen, auf welches wir uns auch heute noch stützen können.

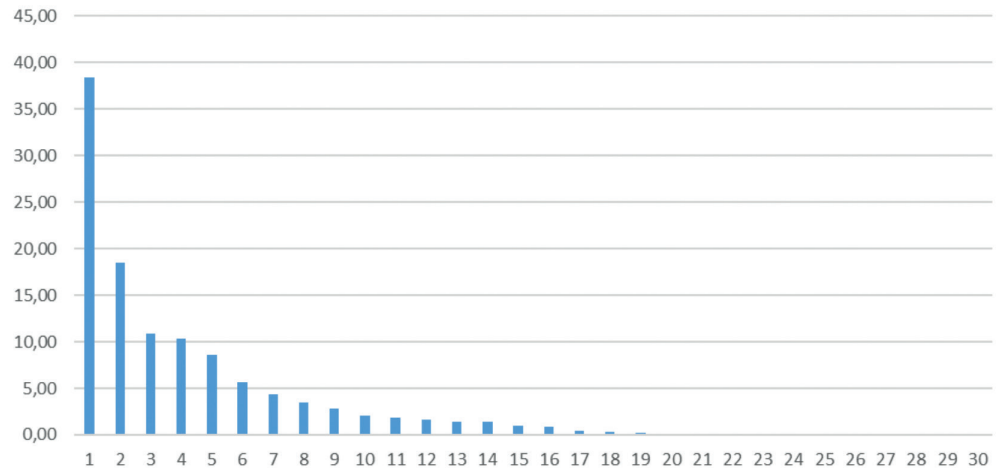
Heute sehen wir die Obduktionen in Deutschland auf einem Tiefpunkt. Es gibt wenig Zahlenmaterial. Eine 2015 vom Bundesverband deutscher Pathologen durchgeführte Umfrage unter deutschen Kliniken (basierend auf einer

Rückläuferquote von 171 bei circa 450 angeschriebenen Instituten) unterschiedlichster Trägerschaft ergab aber eine Sektionsrate unter fünf Prozent. In Sachsen gibt es dazu eindeutige Zahlen: Eine Auswertung des Sächsischen Staatministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt ergab für 2019 eine Spanne bei den Obduktionsraten von circa 40 Prozent bis 0 Prozent (siehe Grafik).

Stichpunktartige Befragungen, insbesondere in stationären Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung im Freistaat Sachsen, ergeben teilweise keine Veranlassungen von klinischen Sektionen im Laufe eines Jahres, was in der Grafik 1 die 30 Einrichtungen erklärt.

Viele der Leserinnen und Leser werden nicht wissen, dass im Zeitraum vom 1. Dezember 1986 bis 30. November 1987 im Einzugsgebiet von Görlitz fast alle 1.384 Sterbefälle (99,84 Prozent) einer klinischen Sektion zugeführt wurden. Die Ergebnisse gingen in die sogenannte „Görlitzer Studie“ ein, erlangten weltweite Beachtung und ergaben somit eine einzigartige Statistik der Todesursachen in diesem Cluster. Die Durchführung war nur unter den politischen Bedingungen der DDR möglich. Auf der Basis dieser historischen Wurzeln erklärt sich auch heute noch die Obduktionsrate von circa 40 Prozent im Klinikum Görlitz, die die Liste beeindruckend anführen. Es ergibt sich die zwangsläufige Frage, warum die Quote der Sektionen in den Krankenhäusern so unterschiedlich ist? Mit welchen strukturellen Voraussetzungen und Mitteln lassen sich die Raten steigern? Für den Ausschuss war daher die zentrale Frage: Was läuft am Görlitzer Klinikum anders?

Am 9. November 2021 gab Dr. med. Norbert Grunow, Chefarzt des Patholo-



Grafik: % Obduktionen von Gesamtverstorbenen je Krankenhaus in Sachsen 2019 (Quelle: SMS)

gischen Institutes der Klinikum Görlitz gGmbH, den Mitgliedern des Ausschusses Qualitätsmanagement in einem spannenden Vortrag tiefe Einblicke in die Kunst des Obduktionsprozesses, der aus weit mehr als einer fachgerechten Durchführung der Sektion als solche besteht. Zahlreiche Informationen durften mit Genehmigung des Referenten in diesen Artikel einfließen.

Eine Ursache für den Rückgang der Obduktionen ist eine ungenügende Kenntnis zur Rechtslage im Einzelfall. Schon im Studium der Medizin ist die Ausbildung im Fach Pathologie unzureichend, sodass uns Mediziner häufig das Bewusstsein über den Erkenntnisgewinn aus einer Obduktion fehlt. Teilweise ist auch der Umgang mit den Autopsieantragsbögen unbekannt, Publikationen, welche auf Obduktionsergebnissen basieren, sind im Selbststudium unattraktiv.

Der mit Abstand am häufigsten genannte Grund ist allerdings das Kostendenken und der Sparzwang, der nicht nur in den stationären Einrichtungen die Obduktion in den Hintergrund rücken lässt. Auch im niedergelassenen Bereich ist die Veranlassung einer Sektion durch einen Hausarzt nicht tri-

via: Es muss viel Zeit investiert werden, um beim Gesundheitsamt über den Amtsarzt finanzielle Mittel für die Durchführung bewilligt zu bekommen. Ein Budget ist dafür weder in den Haushalten der Krankenhäuser noch der Gesundheitsämter vorgesehen.

Als weitere Ursache darf die mangelnde Erfahrung im Umgang mit Angehörigen von Verstorbenen nicht unerwähnt bleiben. Das Führen von Aufklärungsgesprächen verlangt neben Empathie die entsprechende fachliche Kompetenz. Nicht selten werden solche, an sich schon unangenehmen, Gespräche aus Zeitmangel auf unerfahrene Assistenzärzte übertragen. Auch die Angst vor der Aufdeckung von Fehlern in Diagnostik und Therapie schwingen häufig mit. Somit wird sich nicht selten hinter der Formulierung, dass „...der Fall klar ist...“, versteckt. Bei richtiger Argumentation gegenüber den Angehörigen kann das Ergebnis einer Obduktion aber auch zum Trost beitragen, wenn zum Beispiel bis dahin unbekannte Erkrankungen als Nebendiagnosen gefunden werden, welche den Krankheitsverlauf maßgeblich beeinflusst haben. Das erklärende Arztgespräch in adäquater räumlicher und zeitlicher Atmosphäre ist Grundbau-

stein für eine erfolgreiche Argumentation. Die Ressource Zeit ist der limitierende Faktor im Alltag der medizinischen Versorgung, so auch bei diesem Thema. Im Görlitzer Klinikum ist daher die Anwendung der Obduktion in jeder Hinsicht Chefsache. Bei allen Neueinstellungen von Chefärztinnen oder Chefärzten erhalten diese eine Einweisung durch den Chefarzt des Pathologischen Instituts. Damit wird die hohe Wertigkeit in alle Kliniken und Abteilungen hineingetragen. Es ist kein Einzelfall, dass Angehörigengespräche mit dem Ziel der Einwilligung zu einer inneren Leichenschau vom Chefarzt der entsprechenden Klinik persönlich durchgeführt werden. So können auch Ärzte in Weiterbildung geschult werden in einer empathischen und zielführenden Gesprächsführung.

Auch der Wandel innerhalb des Fachgebietes Pathologie ist für den Rückgang der Sektionszahlen verantwortlich. Selbst im Neubau einer der größten universitären Pathologien Deutschlands in Hamburg-Eppendorf sucht man vergeblich nach den Sektionssälen, in vielen kleineren Häusern gibt es sie schon lange nicht mehr. Alarmierend ist darüber hinaus der sich abzeichnende Facharztmangel auch in dieser Fachrichtung.

Der hohe Stellenwert von Sektionen zeigt sich in der Tatsache, dass bei circa 15 Prozent aller Todesfälle in Krankenhäusern eine Diskrepanz zwischen klinischer Hauptdiagnose und dem Sektionsbefund besteht und zwar in dem Maße, dass diese mit Folgen für Therapie und Überleben der Patienten einhergehen. Damit wird endgültig klar, die klinische Sektion war, ist und bleibt die beste und effektivste Art der Qualitätssicherung im klinischen Alltag. Die innere Leichenschau mit Klärung der Todesursache, der Detektierung der Grundleiden und der Nebenerkrankun-

gen ist ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Qualitätssicherung und trägt somit direkt zur Gesundheitsfürsorge bei. Die Ergebnisse der Sektionen werden in den entsprechenden Kliniken und Abteilungen im Rahmen der Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen besprochen und ausgewertet. Aus jedem Einzelfall ergeben sich Erkenntnisgewinne. Am reichsten, aber ohne Zweifel auch am unangenehmsten für alle Beteiligten sind Obduktionen, wenn die Möglichkeit eines Behandlungsfehlers im Raum steht. Aber nur das Leben einer transparenten Fehlerkultur macht uns gegenüber uns selbst, gegenüber den Angehörigen und gegenüber den Juristen authentisch und glaubwürdig.

Das Argument der „unerschwinglichen“ Kosten ist widerlegbar. Außensektionen bei Vorhandensein einer Prosektur werden von den Pathologischen Instituten nach GOÄ (Nr. 6000 ff.) abgerechnet, diese dauern in der Regel etwa eine Stunde vor Ort, die Organproben nimmt der Pathologe mit in sein Institut. Zuzüglich Fahrkosten werden durchschnittlich 750,00 Euro eingefordert. Die Umsetzung der Anforderungen für eine Prosektur sind realisierbar für die einzelnen Häuser. Die Krankenkassen erstatten pro Obduktion aktuell 1.210 Euro, wobei klare Voraussetzungen an die Obduktion gestellt werden ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/abrechnung\\_zu\\_\\_\\_abschlaege/Obduktionsvereinbarung\\_31.10.2021.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung_zu___abschlaege/Obduktionsvereinbarung_31.10.2021.pdf)). Aus dem erheblichen internen Aufwand erklärt sich die Diskrepanz zur reinen Pathologierechnung, die jährliche Pauschale ergibt sich aus einer klaren InEK-Kalkulation. Schwierig ist eine Kostendeckung also nur, wenn gegebenenfalls Transportkosten durch Bestattungsinstitute in eine externe Pathologie die Kosten nach oben treiben.

Auch wenn die Rückläufigkeit der Anwendung der Obduktion eine Art Sterbeprozess darstellt, so sollten wir Ärztinnen und Ärzte darauf achten, dass dieses historische Tool der Qualitätssicherung und deren Bedeutung bis heute nicht ausstirbt. Curricula und Seminare zu den Themen Leichenschau, Lernen des korrekten Ausfüllens der Todesbescheinigungen sowie der Autopsieanträge oder zum Schwerpunkt Obduktionsrecht müssen verstärkt im Studium sowie in Fort- und Weiterbildung angeboten werden. Die Mitglieder des Ausschusses Qualitätsmanagement, welche bei der Erarbeitung des neuen Sächsischen Krankenhausgesetzes gehört wurden, hatten sich die Verankerung einer Mindestsektionsrate im Gesetzestext gewünscht mit dem Ziel von finanziellen Qualitätsprämien. Gleiches galt für Fördermittel zur Anschaffung einer Prosektur. Bedauerlicherweise konnten diese beiden Wünsche durch den Gesetzgeber nicht verwirklicht werden. Allerdings ergeben sich aus dem zukünftigen § 15 Absatz 5 Nr. 1 SächsKHG Möglichkeiten von Zuschlägen für Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der Pauschalen Fördermittel.

Wir sind es unseren Patientinnen und Patienten schuldig, uns weiterzubilden, Fehler zu vermeiden und aus Fehlern zu lernen. Der italienische Arzt und Anatom Morgagni hat es 1761 in die Worte gefasst: „... denn diejenigen, die vieles aufgeschnitten oder häufig bei Leichenöffnungen zugesehen haben, diese haben wenigstens gelernt zu zweifeln, wo andere gar nicht zweifeln...“.

Dr. med. Dirk Müller  
Vorsitzender  
Ausschuss Qualitätsmanagement