

Aktuelle Bedeutung der klinischen Autopsie

Einführung

Herrn Prof. Dr. med. habil. Peter Stosiek, Institut für Pathologie am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, stellt fest, dass die Obduktionspathologie in unserem Lande aufgehört hat, als nennenswerte Größe zu existieren. Die Obduktionsquote ist in Brandenburg seit der Wende auf 5 % aller Todesfälle gesunken und verdient damit nicht mehr das Prädikat einer Qualitätskontrolle. Leidtragende sind nicht die Pathologen, die haben genügend biopsische Arbeit, sondern die Kliniker, denen die Qualitätskontrolle und der Lerneffekt aus dem Vergleich von klinischem und morphologischem Befund entgehen, die Angehörigen, die in 30 - 40 % der Fälle nicht mehr die sichere Todesursache erfahren und schließlich die Gesundheitspolitiker, die aus falschen Statistiken richtige Analysen und Konsequenzen ziehen sollen.

Einer der Gründe für diesen Missstand der deutschen Medizin ist die mangelnde Sensibilisierung vieler Ärzte gegenüber dem Thema.

Aus diesem Grund hatte die Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer zu ihrem Kongress in Kleinmachnow am 12. Oktober 2001 ein Symposium aufgelegt, in dem kompetente Vertreter aus Politik, Gesellschaft und Medizin zu diesem wichtigen Thema ärztlicher Qualitätssicherung Stellung genommen haben. Im Folgenden sollen daher wichtige Stimmen zu Worte kommen.

Obduktionen in

Brandenburgischen Krankenhäusern

Herr U. Hoffmann, MASGF Land Brandenburg, Potsdam, berichtete, dass eine Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen folgendes ergab:

1. Die Umfrage zur Anzahl der in Krankenhäusern des Landes durchgeführten oder von ihnen veranlassten Obduktionen hatte bis zum einen zufriedenstellenden Rücklauf von bis heute 50 Antworten (= N). Das sind bezogen auf die

Gesamtzahl der angeschriebenen Krankenhäuser gut 94 %.

2. 29 Krankenhäuser (= 58 %) verfügen über eigene Räumlichkeiten, in denen Obduktionen vorgenommen werden können, 21 Krankenhäuser (=42 %) haben keine solchen Räume und müssen Obduktionen an anderer Stelle veranlassen.

3. In den 29 Krankenhäusern mit eigener Obduktionsmöglichkeit wurden im Jahr 1999 1.130 Obduktionen durchgeführt. Von den 21 Krankenhäusern ohne eigene Obduktionsmöglichkeit wurden im Jahr 1999 121 Obduktionen veranlasst.

4. Die Gesamtzahl der Obduktionen im Jahr 1999 lässt sich auf Grund des „Designs“ unserer Schnell-Umfrage leider nicht exakt ermitteln, da ein Teil der „außer Haus“ veranlassten Fälle in den im Hause durchgeführten Fällen anderer Krankenhäuser enthalten sein kann. Das betrifft allerdings nicht alle, da auch an niedergelassene Pathologen Obduktionsaufträge erteilt wurden. Man hat mit insgesamt rund 1.150 bis 1.200 Obduktionsfällen aus Krankenhäusern im Jahr 1999 gerechnet.

5. Ein auffälliges Ergebnis ist die extrem unterschiedliche Obduktionshäufigkeit bezogen auf die einzelnen Krankenhäuser; ein klarer Trend oder ein aussagekräftiger Mittelwert kann nicht genannt werden: die Zahl schwankt zwischen 0 und 296. Tendenziell werden in großen Häusern absolut und relativ mehr Obduktionen durchgeführt als in kleinen. Wiederum lässt das „Umfragedesign“ keine weitergehenden Interpretationen zu.

6. Vier Häuser (= 8 %) decken mit zusammen 759 Obduktionen knapp zwei Drittel des gemeldeten Aufkommens ab, die übrigen 46 Häuser (= 92 %) ein Drittel. Im Durchschnitt wären das bei diesen 46 Häusern rund 9 Fälle pro Haus, doch liegt die Schwankungsbreite auch hier immer noch zwischen 0 und 43 Fällen – und dies ungeachtet des Unterschiedes zwischen selbst durchgeführten und nur veranlassten Obduktionen.

7. Bezogen auf die Sterbefälle in Krankenhäusern (11.427, Zahl aus 1997)

Auszüge aus dem Symposium der 5. Fortbildungstagung der Landesärztekammer Brandenburg 12. 10. 2001 in Kleinmachnow

würden damit rund 10 % der Verstorbenen obduziert; bezogen auf alle Gestorbenen im Land (26.327, Zahl aus 1998) betrüge die Obduktionsrate rund 5 %.

Hat die Klinische Obduktion ihre Bedeutung verloren

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, Chirurgische Klinik des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt:

Als Kliniker schließe ich mich der Auffassung von Koslowski an, ein Plädoyer für die Obduktion halten zu müssen.

Nicht nur, weil ich vor meiner universitären chirurgischen Ausbildung einige Jahre selbst in der Pathologie tätig war, sondern auch als Chirurg die Bedeutung dieses Fachgebietes Pathologie unterstreichen möchte und auf den unerträglichen Zustand hinweisen will, die Obduktion als zu vernachlässigende Größe in unserem Lande behandelt zu wissen.

Ich habe eine Zeit erlebt, in der in einem Teil Deutschlands nach der „Anordnung über die ärztliche Leichenschau“ vom 4. 12. 1978 eine Autopsie bei Verstorbenen ohne ersichtliche Todesursache, bei Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen, bei denen der Tod innerhalb von 6 Wochen nach der Entbindung eingetreten war, bei Totgeborenen, bei unbekanntem Toten und auf Wunsch der Angehörigen durchgeführt wurden.

Eine Obduktion sollte bei nichtnatürlichen Todesfällen, unaufgeklärten Todesfällen, übertragbaren Krankheiten, meldepflichtigen Geschwulstkrankheiten, bei Todesfällen nach Schutzimpfungen und Organtransplantationen und bei begründetem wissenschaftlichem Interesse erfolgen.

Ganz ohne Zweifel könnte man mit einer solch gesetzesähnlichen Anordnung landesweit bis zu 40%ige Sektionsquoten erzielen, die letztlich für eine solide Todesursachenstatistik als verlässliche Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen und wissenschaftlicher Analysen von Bedeutung ist.

Es ist im Zeitalter der von den Politikern vehement geforderten Qualitätssicherung in der Medizin umso unverständlicher,

dass in Deutschland solche gesetzlichen Grundlagen fehlen.

Ich habe mir als ehemaliger Kammerpräsident die Mühe gemacht, die zahlreichen Qualitätssicherungsgremien aufzulisten, die in Summa ein nicht zu unterschätzendes Finanzbudget verschlingen, aber meine Damen und Herren, die wichtige interne Qualitätssicherung, die Obduktion, wird eklatant vernachlässigt.

Auswahl einiger „Qualitätssicherungs-Gremien“ auf Bundesebene:

- Bundeskuratorium Qualitätssicherung (externe QS nach §137 SGB V)
- AQS – Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
- ÄZQ – Ärztliche Zentralsteile Qualitätssicherung
- Ständige Konferenz Qualitätssicherung der BÄK
- Ausschuss Qualitätssicherung der BÄK (ähnliche Gremien haben auch die KBV, die DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen)
- nahezu alle medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände haben auch eine Arbeitsgruppe oder einen Ausschuss Qualitätssicherung...

Wenn man bedenkt, dass am Pathologischen Institut der Technischen Universität in Dresden im Jahre 2000

121 Erwachsene

20 Kinder und

16 fetale Sektionen

obduziert wurden, muss uns das, die wir berufspolitisch und wissenschaftlich verantwortlich sind, sehr nachdenklich stimmen.

Wenn ich aus Zeitgründen nicht auf alle Negativwirkungen, wie Aus- und Weiterbildungsdefizite, eingehen kann, gestatten sie mir zwei wesentliche Negativwirkungen kurz zu erwähnen.

Wir Kliniker werden immer wieder durch Staatsanwaltsgutachten und Gutachten der Schlichtungsstellen mit der Fragestellung „woran ist der Patient verstorben und hätte der Tod des Patienten verhindert werden können“ konfrontiert.

In den meisten Fällen gelingt uns eine wissenschaftlich vertretbare Aussage an Hand der Aktenlage, bei einem Teil dieser Fälle gelingt dies verständlicher Weise nicht, wenn eben kein Sektionsbefund vorliegt.

Der leider zu früh verstorbene Ordinarius Vock der Leipziger Universität hat mir bestätigt, dass die Zahl der zunehmenden Exhumierungen Folge dieser ungeklärten Todesfälle ist. Das aber verschlingt finanzielle Ressourcen, die über das Maß einer normalen Obduktion hinausgehen. Ein weiteres Beispiel für die partielle Ineffizienz der Aussagen ohne Obduktion sind die Studien. Trotz sorgfältiger Erhebung, und daran zweifle ich nicht, wird zum Beispiel die Rubrik „Rezidivhäufigkeit“ und „Todesursache“ mit Prozentzahlen versehen, die nicht zuverlässig sein können, da eben durch höchstens 5 % der Verstorbenen mit Obduktion die von mir genannten Fragen nicht zuverlässig beantwortet werden.

Fazit:

Die derzeitigen Obduktionszahlen bedürfen dringend der deutlichen Steigerung. Das allein ist nur durch die Politiker mit einer entsprechenden Gesetzgebung zu regulieren. Die neuen Bundesländer sollten ihre Erfahrungen mit einer solchen Verordnung permanent in Erinnerung rufen und ich verwende ein Zitat von Prof. Stosiek:

„Was beim Krebsregister recht war, kann bei einem Obduktionsgesetz nur billig sein.“

Ermutigen wir also immer wieder unsere Fachgesellschaften, die Landesorganisationen und unsere Politiker zur Veränderung und Beseitigung dieser fatalen Situation. Wenn diese, Ihre Tagung, dazu einen kleinen Beitrag geleistet hätte, wäre dies ein lobenswerter Beginn!

(Literatur: Koslowski, L., Die Klinische Obduktion. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2/1999; Seite 108 - 110)

Die Obduktion als Element und Ausdruck von Qualitätssicherung an den sächsischen Krankenhäusern – Ergebnisse einer Umfrage des Ausschusses Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer

Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen, Institut für Pathologie des Städtischen Klinikums Görlitz:

Die Sektionsfrequenz von Krankenhaus zu Krankenhaus zeigt sehr große Unterschiede und bewegt sich von fast 0 % bis zu max. 39 %, so dass der daraus resultierende Durchschnittswert von 6,7 % für Sachsen nur wenig aussagt, aber dennoch als Vergleichszahl herangezogen werden kann. Allein 20 stationäre Einrichtungen erreichen diesen Durchschnitt von 6,7 % nicht. Von 9 Krankenhäusern wird eine Obduktionsfrequenz von über 10 - zu 20 % angegeben. Nur 2 große stationäre Einrichtungen in Sachsen erreichen 30 % und mehr.

Befragt wurden alle 90 stationären Einrichtungen des Freistaates Sachsen. Von 66 liegen schriftliche Antworten vor. Die endgültige Auswertung ist noch nicht abgeschlossen.

Es versteht sich von selbst, dass die Krankenhausstrukturen untereinander sehr unterschiedlich sind und dieses sich auch auf die Sektionsfrequenz auswirken muss, so dass in gewisser Weise die Autopsie nicht nur Ausdruck der Ergebnisqualität, sondern auch der Strukturqualität darstellt. Bemerkenswert ist es in diesem Zusammenhang, dass fast 50 % der Krankenhäuser, d. h. jedes 2. Krankenhaus nicht mal über einen Sektionssaal verfügt.

So unterschiedlich die Obduktionshäufigkeit von Haus zu Haus ist, so unterschiedlich ist sie auch innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen. Erwartungsgemäß hat die innere Medizin mit durchschnittlich 39 % die höchste Sektionsfrequenz: In der Chirurgie werden durchschnittlich 15 % und in der Radiologie/Strahlentherapie wie auch in der Urologie nur zwischen 3 und 4 % obduziert. Noch seltener ist die Frequenz der Autopsien im Bereich

der Geriatrie, Orthopädie und unverständlicherweise in der Notfallaufnahme bzw. Notfallambulanz der Krankenhäuser mit 1,4 - 2,6 %. Die Unfallchirurgie ist durch den relativ hohen Anteil gerichtsmedizinischer Obduktionen nicht genau einzuschätzen, da diese nicht gesondert abgefragt worden sind.

Eine Letalitäts- und Sektionsstatistik, für jedes größere Krankenhaus eine Selbstverständlichkeit, wird aber nur an 45 % der stationären Einrichtungen geführt. Allein 20 %, das heißt jedes 5. Krankenhaus, konnten keine genauen Angaben über die Mortalität und Sektionshäufigkeit vermitteln. Ein Drittel der Krankenhäuser Sachsens führen keine Letalitätsstatistik.

Die Frage, ob die Autopsie in der Weiter- und Fortbildung eine Rolle spielt, wurde von nur 61 bejaht, obwohl sie grundsätzlich Teil der Ermächtigung zur Weiterbildung ist. Überraschend ist – ähnlich wie die starken Unterschiede in der Autopsiehäufigkeit – auch die Häufigkeit der durch Angehörige abgelehnte Sektionen. Exakte Angaben darüber wurden kaum gemacht, da die meisten Häuser erwartungsgemäß dieses nicht gesondert erfassen. Dennoch gibt es Krankenhäuser, die nur über 10 % abgelehnte Autopsieanträge berichten und andere wiederum mit einem Anteil von 90 %. Der Durchschnitt abgelehnter Autopsieanträge bewegt sich um 60 - 75 %, so dass man alleine daraus entnehmen könnte, dass so gesehen eigentlich die restlichen 25 % obduziert hätten werden. Dass dies aber nicht der Fall ist, geht aus den eingangs ausgeführten Ergebnissen hervor. Das heißt, dass die gesetzliche Situation in Sachsen und der BRD und die stets im Vordergrund angeführte ablehnende Haltung der Angehörigen auf keinen Fall die einzige schwerwiegende Barriere darstellt, die der klinischen Obduktion im Wege steht.

Der andere, nicht wesentlich geringere Teil geht zu Lasten der Krankenhausleitungen und Ärzteschaft. Wir konnten durch interne Erhebungen feststellen, dass zu

etwa 30 % bei im Krankenhaus Verstorbenen ärztlicherseits primär gar keine Sektion angestrebt worden ist und nicht selten den jüngsten und unerfahrenen Ärzten das Gespräch mit den Angehörigen übertragen wird. Es ist darüber hinaus kaum vorstellbar, dass eine negative Einstellung von Angehörigen von Ort zu Ort in Sachsen um 20 oder 30 % voneinander abweicht und Angehörige von Verstorbenen einer inneren Klinik sich wesentlich anders verhalten, als die von Verstorbenen beispielsweise der benachbarten Urologischen Klinik. All das spricht dafür, dass die Einstellung sowie die Bemühungen der Krankenhausleitungen und Ärzte wesentlich mitentscheidend ist für eine Obduktionsfrequenz um 20 %, die immerhin von 10 Krankenhäusern Sachsens angegeben wird.

Hin und wieder wird von leitenden Ärzten das Kostenproblem als Grund nicht durchgeführter Obduktionen hervorgehoben. Hierzu ist zu sagen, dass dieses Problem ganz sicherlich steht, aber nur dann, wenn die Krankenhausleitungen und Vertreter der Kassen die gesetzlichen Gegebenheiten entweder nicht kennen oder nicht berücksichtigen. Zwar besteht keine grundsätzliche Pflegesatzfähigkeit von Obduktionen, wohl aber sind Obduktionskosten pflegesatzfähig, wenn die betroffene Obduktion zur notwendigen Klärung der Todesursache erforderlich ist oder der Fort- und Weiterbildung dient (§7, Abs. 1, Satz 2, Nr. 5 BPfIV). Unter der Voraussetzung, dass die zuständigen Vertragspartner die Obduktion als Mittel der Qualitätssicherung anerkennen, können darüber hinaus nach § 137 SGB V i. V. mit § 11, Abs. 4 BPfIV die Mehraufwendungen für Obduktionen durch Zuschläge bei Sonderentgelten und Fallpauschalen geltend gemacht werden. Natürlich wird man einer Krankenhausleitung nicht ohne weiteres diese Kosten zugestehen. Dennoch dürfte es wohl nicht schwer fallen mit Hinweis auf zahlreiche Studien und Analysen zu beweisen, dass die Obduktion im Grunde genommen immer sowohl der Fort- und Weiterbildung dient,

als auch ein Mittel der Qualitätssicherung darstellt. Bedenkt man die nach wie vor relativ hohe mangelnde Übereinstimmung zwischen der klinischen Diagnose und dem Obduktionsbefund, die trotz moderner diagnostischer Methoden sich in den letzten 10 Jahren nicht wesentlich verändert hat, so dürfte es keine Zweifel geben, dass nach wie vor die Autopsie eine der wesentlichsten Maßnahmen zur Qualitätssicherung darstellt.

Schlussbemerkung

In der Zwischenzeit ist mit dem Brandenburgischen Bestattungsgesetz ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung getan. Erstmals wird in einem Flächenland der Bundesrepublik Deutschland die Sektion als „letzte ärztliche Handlung zugunsten der Patienten und der Allgemeinheit“ definiert, die Bedeutung als ärztliche Qualitätskontrolle erfasst und die Zulässigkeit festgelegt. Um wenigstens andeutungs-

weise an alte DDR-Verhältnisse oder auch die österreichische Praxis heranzukommen, ist aber eine gesetzlich verbindliche und bezahlbare „Indikationsliste“ von Todesursachen (unklar, kindlich/jugendlich, mütterlich, AIDS, Prionenkrankheit) vonnöten. Brandenburg könnte auch hier wieder Vorreiter sein.

Prof. Dr. med. habil. Peter Stosiek
Institut für Pathologie
am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus