

Qualitätssicherung vor dem Hintergrund sinkender Obduktionszahlen

Städtisches Klinikum Görlitz
Pathologisches Institut

Eine analytische Betrachtung zu Ursachen und Effektivität

Besonders in den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Leichenöffnungen an deutschen Kliniken stark zurückgegangen. Ein für die Qualitätssicherung alarmierender Zustand, der allerdings von Klinik zu Klinik wie auch von Fach zu Fach starke Unterschiede zeigt. Dramatisch ist das fast völlige Verschwinden von Obduktionen bei zu Hause oder in Pflegeheimen Verstorbener. Es droht der Verlust des „Errando discimus – aus Irrtümern lernen“, wie KIRCH aus Dresden bereits 1997 äußerte.

Die Konsequenzen sind nicht nur der Verlust eines traditionellen Kontrollmechanismus, sondern bergen auch die Gefahr in sich, dass es den erfahrenen Pathologen, wie auch pathologisch anatomisch gebildeten Klinikern, immer weniger geben wird. Zwar gibt es noch in Sachsen einige sehr wenige große Kliniken mit einer Sektionsfrequenz um 30 Prozent und teilweise sogar etwas mehr, wie beispielsweise in Leipzig, Görlitz, Dresden und Chemnitz, doch sind sie gewissermaßen Spitze des Eisbergs. Nur etwa 10 Krankenhäuser in Sachsen erreichen noch eine Sektionsfrequenz etwas unter 20 Prozent. In den restlichen 65 Einrichtungen werden deutlich weniger als 10 Prozent obduziert. Die durchschnittliche Obduktionsfrequenz in Krankenhäusern liegt in Sachsen um 6 %. Außerhalb der Krankenhäuser ist eine Obduktion eine Seltenheit und beschränkt sich auf sehr wenige private Anträge von Angehörigen und auf die sehr seltenen amtsärztlich angeordneten Obduktionen auf der Basis des Bundesseuchengesetzes. Nicht gezählt sind dabei die gerichtsmedizinischen Obduktionen auf Antrag des Staatsanwaltes. Insgesamt hat in Deutschland die Obduktionshäufigkeit in den letzten 10 bis 15 Jahren etwa um mehr als die Hälfte abgenommen. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in den USA zu verzeichnen.

Durch sehr intensive umfangreiche Bemühungen einiger Pathologen in Leipzig, Görlitz und Dresden konnte zwar in den letzten zwei Jahren eine geringe Steigerung der Sektionsfrequenz erreicht werden, ohne dass sich das aber auf die durchschnittliche Obduktionsquote im Freistaat Sachsen wesentlich auswirkt hat.

Eine der vordergründigen Ursachen ist zweifelsohne der Wandel in der Einstellung zur Krankheit, zum Tod und zur Leichenöffnung.

Über den Einstellungswandel zu Krankheit, Tod und Leichenöffnung

Wenn es heute in der Diskussion um die Ausführung und den Stellenwert der inneren Leichenschau geht, so ist es mehr denn je unumgänglich, eingangs auf die Wandlung in der Einstellung zu Krankheit und Tod in der neuzeitigen Gesellschaft einzugehen. Gespräche, wie auch Vorträge über den Tod, wie auch über die Obduktion sind in der Öffentlichkeit, aber auch in der Medizin, auf eine besondere Art und Weise entweder Tabu-Themen oder Skandale geworden und man fragt sich, ob nicht auch die natürliche biologische Schulweisheit zurückgegangen ist.

Jahrhunderte zurückgeschaut, war der Tod und damit auch der Leichnam im Leben aller Menschen ständig gegenwärtig, auch wenn die Menschen vor Krankheit und Sterben immer in Sorge gelebt haben. Doch halfen bei der Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod die Großfamilie, wie auch die Nachbarschaft. Die Neuzeit und vor allem die Aussicht auf Heilung durch eine moderne Medizin trennte nicht nur die Generationen in Jung und Alt, sondern in Gesunde und Kranke. Schwerverrannte und Pflegebedürftige wurden in Einrichtungen von zu Hause weg verlagert und somit auch der Sterbende, das heißt Konfrontation mit dem Tod wurde von der Mehrheit verdrängt. In der heutigen Zeit ist der Mensch mit letztendlich nicht mehr heilbaren Krankheiten und dem Sterben nicht eher existentiell konfrontiert, bis er selbst davon betroffen wird. Das hat tiefe Auswirkungen auf unsere Einstellung zum Leben und zum Tod und hat die frühere allgegenwärtige Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod aufgegeben. Bewundernswerte Leistungen der modernen Medizin, vom Bypass bis zum Organersatz einerseits sowie andererseits, schwindender Glaube in der Religion, haben den Tod zum Störfaktor eines auf Konsum eingestellten Lebens und damit zum Tabu gemacht. Wer nicht vom Sterben, von der unheilbaren Krankheit und damit vom Tode reden will, will auch nicht über den Leichnam und schon gar nicht über die Leichenöffnung reden.

Die heutige, sehr unterschiedliche, aber insgesamt zu niedriger Sektionsfrequenz zur Erklärung von Todesursachen hat viele Gründe. Eine der Wichtigsten ist aber das „Verdrängungssyndrom Sterben“. Gesetze und die von den Medien verbreiteten Skandale, wie

auch die moderne Medizin selbst, haben ihr übriges dazu letztendlich beigetragen. Hinzu kommen mangelnde naturwissenschaftliche und biologische Aufklärung, zu einseitige theologische Aussagen und persönliches Unbehagen sowie irrationale Ängste hinsichtlich des Vorgangs der Leichenöffnung. Selbst Ärzte sind davon nicht frei, wie unsere zurückliegenden Erhebungen gezeigt haben. Eigenartigerweise verbinden viele die Leichenöffnung mit Gedankengängen, die sie bei der Erdbestattung und beim biologischen Zerfall des Leichnams unter der Erde nicht verspüren. **Was ist die Obduktion und welchen Stellenwert hat sie in der Qualitätssicherung moderner Medizin?**

Die Obduktion ist die letzte ärztliche Handlung zu Gunsten des Patienten und der Allgemeinheit und damit eine Fortsetzung der Kontrolle über den Tod als eine Angelegenheit der menschlichen Würde.

Ohne die Kontrolle über den Tod werden Personen zu Marionetten, so schrieb der amerikanische Ethiker J. Fletcher vor über 30 Jahren. Die klinische Sektion ist eine Qualitätskontrolle und dient der Lehre und Ausbildung, Epidemiologie, medizinischen Forschung und nicht zuletzt der Begutachtung. Hinzu kommt die nicht zu unterschätzende Bedeutung der Obduktion bei der Aufklärung unnatürlicher Todesursachen aus der Sicht der Rechtsmedizin und Rechtssicherheit. Heute spricht die Rechtsmedizin sehr kritisch über den gegenwärtigen Zustand der mangelnden Obduktionen, als eine langanhaltende allgemeine gesellschaftliche Misere mit 1000-mal mehr ungeklärten Todesfällen.

Die negative Seite einer zu geringen Sektionsfrequenz ist nicht nur mangelnde Klärung der Todesursachen und damit fehlende Aufklärung nicht richtig erkannter Krankheitsbilder, sondern auch Minderwertigkeit von wissenschaftlichen Pilotstudien und deren Ergebnisse. Besonders dann, wenn es sich beispielsweise um Untersuchungen zur Rezidivhäufigkeit oder zum Metastasierungsverhalten von Geschwulstleiden in Verlaufsstudien von chronisch Kranken handelt.

Bei einer halbwegs repräsentativen Sektionsfrequenz, die bei 30 Prozent anzusetzen ist, kann davon ausgegangen werden, dass auch heute wesentliche epidemiologische Beiträge als Ergebnis erzielt wurden.

So zeigt sich, dass sich die Myokarditis mit bis zu 5 Prozent im Sektionsgut bei ausgiebigen histologischen Untersuchungen wesentlich häufiger ist, als sie zu Lebzeiten diagnostiziert wird. Dies gilt generell auch für alle Infektionskrankheiten und septische Verläufe. Selbst der akute Myokardinfarkt, wie auch die chronische ischämische Herzkrankheit werden zu Lebzeiten nur zu 50 Prozent richtig diagnostiziert. Im hohen Alter hat jeder zweite eine starke Coronarsklerose, aber nur 3 Prozent davon sterben alleine an der akuten Coronarinsuffizienz ohne Infarktbildung. Maligne Geschwülste setzten Mikrometastasen in die Lunge bis zu 29 Prozent und erklären so nachträglich so manche respiratorische und dextrocardiale Insuffizienz, die trotz umfangreicher klinischer Diagnostik pathogenetisch zu Lebzeiten nicht erklärt werden kann. Fast 1/5 aller Diabetiker zeigen bereits histologische Veränderungen einer diabetischen Nephropathie unterschiedlicher Ausprägung. Die wenigen noch repräsentativen Obduktionsstudien zeigen aber auch, dass die malignen Neubildungen als zum Tode führende Grundleiden zugenommen haben; und dieses mit über 30 Prozent.

Hinsichtlich der Diagnosesicherheit, bezogen auf die Übereinstimmung der zu Lebzeiten gestellten Diagnose mit der Obduktionsdiagnose deutet sich eine leichte Verbesserung an im Vergleich zu den Jahren vor 1990. Eigene Untersuchungen zeigten für das Jahr 2002 in 21 Prozent aller Obduktionen ein nicht zu Lebzeiten richtig erkanntes Grundleiden, so dass von einer Diagnosesicherheit zu Lebzeiten um 80 Prozent ausgegangen werden kann. 1987 lag dieser Anteil noch um

40 Prozent in der Görlitzer Studie. Hier schlägt sich in der Tat möglicherweise die moderne medizinische Diagnostik statistisch nieder. Wieso es allerdings Einrichtungen gibt, in denen nicht oder fast gar nicht obduziert wird und wieso zwischen den einzelnen Fachdisziplinen wie Innere Medizin, Chirurgie, Urologie starke Differenzen hinsichtlich der Sektionsquoten bestehen, bleibt etwas unverständlich und offen. Allein an der ablehnenden Haltung der Angehörigen kann es nicht liegen, da die Angehörigen von Verstorbenen in der Chirurgie oder Urologie oder Inneren Medizin sich eigentlich nicht anders verhalten können.

Es ist unumstritten, dass nicht wenig von der Einstellung der Ärzte zur Obduktion und von dem Gespräch der Ärzte mit den Angehörigen abhängt. Darüber hinaus zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen klinischen Einrichtungen, die über eine eigene Pathologie verfügen oder lediglich sich in einer zufälligen Kooperation mit einer Pathologie, sei es Praxis oder Institut, befinden. Klinische Einrichtungen mit einer eigenen Pathologie zeigen hier eine deutlich höhere Obduktionsquote. Obwohl erst ab 40 Prozent die Selektionsfaktoren verstärkt aus einer Obduktionsstatistik eliminiert werden, bleibt die Mindestforderung nach einer Sektionsfrequenz von 30 Prozent.

Ein Wort zu der heutigen modernen allumfassenden bildgebenden Diagnostik in der Klinik. Vergleicht man sämtliche Diagnosen der bildgebenden Diagnostik mit histologischen Befunden und den Obduktionsergebnissen, so ergibt sich eine positive Korrelation von rich-

tigen Diagnosen zu Lebzeiten um 80 Prozent. Die Grauzone in der bildgebenden Diagnostik bleibt eine unscharfe differenzialdiagnostische Interpretation von Befunden in bis zu 20 Prozent der Fälle.

Die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für leitende Ärzte bestimmter Fachrichtungen in Anknüpfung an die Obduktionsfrequenz nach den Vorstellungen der Bundesärztekammer von 1995 bleibt Wunschdenken, wenn sie nicht konsequent durchgesetzt werden kann, da zum Beispiel 40 Prozent der stationären Einrichtungen gar nicht über einen Sektionstrakt verfügen, 1/3 aller Krankenhäuser keine offizielle Letalitätsstatistik führen als Teil ihrer Qualitätssicherung und bei etwa 30 % aller Sterbefälle eine Obduktion gar nicht angestrebt wird.

Mangel an Obduktionen bedeutet mehr und mehr das Beschreiten immer neuer alter Irr- und Holzwege, weil niemand diese mehr erkennt, wie dies der Cheopathologe Hans Herbert Wegner vom Moabit Krankenhaus Berlin in dem Berliner Ärzteblatt 2001 schrieb. Gesellschaftspolitische und berufspolitische Forderungen nach der auf Evidenz basierten Medizin ohne Obduktion sind so in sich paradox. Es bleibt bei alledem die Forderung einer verbesserten Gesetzgebung, die unseres Erachtens unaufschiebbar ist. Transplantationsgesetz ohne ein Obduktionsgesetz war schon der erste Treppensturz; der nächste Sturz steht vor der Tür.

Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen
Städtisches Klinikum Görlitz GmbH
Pathologisches Institut
Girbigsdorfer Straße 1-3, 02828 Görlitz