Andreas Reichelt

The Final Audit

Zur Erosion wissenschaftlicher Grundlagen der Medizin am Beispiel der klinischen Autopsien

Sinkende Autopsiefrequenzen in USA und BRD bei unveränderter Rechtslage

In den 50er und 60er Jahren warben US-amerikanische Kliniken um Patienten, Ärzte und Studenten mit ihrer hohen Frequenz an Autopsien, die im Landesdurchschnitt 50 %, in einzelnen Institutionen 75 % und mehr betrug (Hill und Anderson 1988). Ein Vorgehen, das heute in den USA, viel mehr aber noch in der Bundesrepublik völlig unvorstellbar ist, sieht sich doch die klinisch-wissenschaftliche Obduktion mittlerweile im Gegensatz zur gerichtlich oder gesundheitsamtlich angeordneten Sektion zunehmend heftigeren Widerständen gegenüber. So sank die Autopsiefrequenz von im Krankenhaus verstorbenen Patienten in den USA von ca. 50 % im Jahre 1960 auf etwa 13 % im Jahre 1988 (Lundberg 1988), in der Bundesrepublik betrug die Autopsierate schon 1980 nur noch 9-10 % (Volkenandt 1989).

Dabei ähneln sich die Entwicklungen in den USA und der BRD bei aller Verschiedenheit in der Struktur des Gesundheitswesens und der diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen so sehr, daß es naheliegt, die Ursachen dafür in gleichartigen gesellschaftlichen Prozessen zu suchen.

Die rechtliche Situation in beiden Ländern hat sich in den letzten 20 bis 30 Jahren nicht verändert: in den USA besteht eine in den einzelnen Bundesstaaten unterschiedlich rigide Zustimmungsregelung (d.h. es muß die Einwilligung der Angehörigen zur Autopsie eingeholt werden); in der BRD und Westberlin existiert keine explizite gesetzliche Regelung für klinische Obduktionen, es finden die allgemeinen Rechtsgrundsätze Anwendung. In diesem Rahmen wird regional unterschiedlich nach der Zustimmungsregelung oder aber nach der Widerspruchsregelung (die Angehörigen müssen innerhalb einer bestimmten Frist aktiv von sich aus Einspruch erheben) verfahren, wobei die Zustimmungsregelung aufgrund einer uneinheitlichen Rechtsprechung und der daraus resultierenden Rechtsunsicherheit sowie dem hier behandelten Trend folgend immer mehr das Übergewicht gewinnt (vgl. Brugger und Kühn 1979).

Diagnostische Technologien und klinische Einstellung zur Autopsie

Da sich die gesetzlichen Grundlagen im Zeitraum des Abfallens der Autopsiefrequenzen nicht geändert haben, erscheint eine Untersuchung derjenigen Instanz sinnvoll, die den meisten Einfluß auf die Autopsiefrequenz hat; dies ist der Stationsarzt bzw. die Stationsärztin. Von ihrem Engagement hängt es unter den Bedingungen einer Zustimmungsregelung ab, ob die Angehörigen von der Notwendigkeit einer Obduktion überzeugt werden können. Sieht man von objektiven Faktoren des Arbeitsablaufs wie Streß, Schichtwechsel und damit verbundene mangelnde Kenntnis des Patienten etc. ab, so spielt die Einstellung der Kliniker zur Obduktion die wichtigste Rolle. Hill und Anderson (1988) zitieren eine Befragung von 72 Klinikern in Schottland nach der Ursache für die sinkende Autopsiefrequenz: 59 % gaben ein gewachsenes Vertrauen in die Treffsicherheit klinischer Diagnosen an; ein fast gleich hoher Prozentsatz machte einen Einstellungswandel gegenüber der Autopsie, insbesondere bei jüngeren Kollegen geltend. Auch andere Autoren konstatieren bei Klinikern zunehmend die Auffassung, Autopsien seien heute angesichts der neueren bildgebenden Verfahren und verfeinerter laborchemischer Methoden obsolet, allenfalls bei »klinisch interessanten« Fällen wünschenswert (Friederici 1988; Thomas und Jungmann 1985).

Ganz im Gegensatz zu dieser Auffassung steht die Arbeit von Goldman et al. (1983), die den Einfluß der neuen diagnostischen Technologien auf die Rate klinisch relevanter Diskrepanzen zwischen prämortalen und postmortalen Diagnosen untersuchten: Dabei wurden die diskrepanten Diagnosen in vier Klassen eingeteilt, wobei die Klasse I entweder das Hauptleiden oder das unmittelbar zum Tode führende Leiden umfaßt, dessen korrekte Diagnose das Leben des Patienten verlängert hätte und Klasse II Hauptleiden umfaßt, deren Diagnose jedoch keinen lebenserhaltenden Effekt gehabt hätte. Unter Anwendung dieser Klassifikation wurden die diskrepanten Diagnosen an einem Bostoner Krankenhaus zu drei Zeitpunkten, die jeweils verschiedenen Entwicklungsabschnitten diagnostischer Möglichkeiten entsprechen, untersucht.

Diskrepante Diagnosen	1959-1960	1969-1970	1979-1980
Klasse I	8 %	12 %	11 %
Klasse II	14 %	11 %	10 %
Insgesamt	22 %	23 %	21 %

(Goldman et al. 1983)

Dabei wurde im Verlauf von 30 Jahren kein signifikantes Absinken der Rate von Fehldiagnosen festgestellt. Anderson (1984) wertete nach dem Goldman-Schema 13 Studien von insgesamt über 8.000 Obduktionen aus und kam zu einer durchschnittlichen Rate von Fehldiagnosen der Klasse I von 10,05 %. Thomas und Jungmann (1985) fanden in ihrer Untersuchung von 477 Obduktionsfällen 6 % falsche (d.h. Grunderkrankungen, Begleiterkrankungen und Todesursache wurden nicht erkannt) und 8 % unzureichende Diagnosen (Grundleiden oder wesentliche Begleiterkrankungen wurden nicht richtig diagnostiziert); beispielsweise blieben 53 % der durch Obduktion nachgewiesenen Tuberkulosen klinisch unerkannt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich das Argument, die diagnostischen Technologien machten die Autopsie überflüssig, als eine technikgläubige Selbsttäuschung dar. Man kann sich weiterhin fragen, ob die mit 10 % trotz aller technischen Fortschritte über Jahrzehnte hin konstante Rate an Fehldiagnosen eine Art »Schallmauer« diagnostischer Treffsicherheit darstellt (Thomas und Jungmann 1985) oder ob bei diagnostischen Verfahren mit einer Treffsicherheit von 90 % und darüber — eingedenk der Tatsache, daß die Befunde von Menschen und nicht von Maschinen erstellt werden — nicht zwangsläufig ein Mehr an falsch positiven und falsch negativen Befunden entsteht, deren Überbewertung möglicherweise, unter Vernachlässigung anamnestisch oder mit traditionellen Methoden erhobener Befunde, vermehrt zu Fehlschlüssen führt (Hill und Anderson 1988).

Einflüsse auf Art und Rate der Fehldiagnosen

Das Panorama der Fehldiagnosen hat sich in jüngster Zeit gegenüber der »vortechnologischen« Ära einerseits bedingt geändert, dies betrifft vor allem die Infektionen: Die Einführung immunsupressiver Therapien begünstigt das Angehen von Infektionen, maskiert gleichzeitig deren klinisches Erscheinungsbild und erweitert das Erregerspektrum um die opportunistischen Mikroorganismen. Andererseits wird das Gesamtbild der am häufigsten fehldiagnostizierten Erkrankungen weiterhin von keineswegs exotischen und neuartigen Krankheitsbildern bestimmt: Neben der Lungenembolie (an erster Stelle) finden sich Peritonitis, Myokardinfarkt, Aortenruptur, intestinale Durchblutungsstörungen usw. (Battle 1987, zitiert nach Hill und Anderson 1988). Die relative Begrenztheit dieser Versuche, fehldiagnostizierte Krankheitsbilder statistisch zu erfassen, wird deutlich, wenn man berücksichtigt, welchen Einfluß die Zusammensetzung der obduzierten Patientenpopulation auf

eine solche Statistik haben muß; in der Gruppe der Obduzierten finden sich überwiegend Patienten mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (d.h. z.B. in den USA überwiegend Schwarze) und überwiegend Männer, die Autopsierate fällt ab dem 50. Lebensjahr zum Greisenalter hin steil ab (Hill und Anderson 1988; Brunner und Schilling 1984). Da die Rate an fehldiagnostizierten Krankheitsbildern der Klasse I (nach Goldman) positiv mit dem weiblichen Geschlecht (weiblich zu männlich wie 1,2:1) und mit dem Lebensalter (Überlagerung mehrerer Krankheitsbilder durch Multimorbidität und oftmals maskierter Symptomatik) korrelliert, ist somit ein gewichtiger Einfluß der »stummen« Selektion der zu Obduzierenden auf jede derartige Statistik gegeben (vgl. Battle 1987; Hill und Anderson 1988; Brunner und Schilling 1984).

Auswirkungen selektiver Obduktionen auf Statistik und Epidemiologie

Wenn sich staatliche Gesundheitspolitik auch nicht oder nur unzureichend nach der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik richten mag, so tut sie es wenigstens dem Anspruch nach, und es sind diese Statistiken, die in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung wichtige Argumente liefern. Jede epidemiologische Forschung, die auf schon jetzt nur noch begrenzt aussagefähige Statistiken angewiesen ist, wird bei einem weiteren Absinken der Obduktionsfrequenz zu einer Karikatur ihrer selbst. Folgte man dem Vorschlag, die gegenwärtige, »stumme«, relativ naturwüchsig sich vollziehende Selektion des obduzierten Patientenkollektivs um eine zusätzliche bewußte Selektion »interessanter Fälle« zu ergänzen, würde der Aussagewert der klinischen Autopsie für die Epidemiologie gegen Null tendieren. Das heutige, zu einem nicht unbedeutenden Teil auf Autopsiestatistiken basierende medizinische Lehrbuchwissen geht zum Beispiel davon aus, daß die Inzidenz der Sarkoidose bei Schwarzen in den USA wesentlich größer ist als bei Weißen (Harrison's 1987), und daß die Häufigkeit des Magenkarzinoms im Abnehmen begriffen ist (Remmele 1984). Becker (1986) stellte die Frage, ob die statistisch nachweisbare Abnahme der Häufigkeit des Magenkarzinoms möglicherweise mit der gleichzeitigen Abnahme der Obduktionsfrequenz zusammenhängt. Und was ist von der Lehrmeinung über die Sarkoidose zu halten, wenn man weiß, daß die Autopsiefrequenz der Schwarzen deutlich höher als die der Weißen liegt (Hill und Anderson 1988)?

Die Praxis der Pathologie und das Bild der Kliniker vom Pathologen

Nach den großen Erfolgen der autoptischen Pathologie im 19. Jahrhundert, mit denen ein Großteil des wissenschaftlichen Fundaments der Medizin gelegt wurde, trat mit der stürmischen Entwicklung der Histologie seit Anfang des 20. Jahrhunderts und insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg die Autopsie in den Hintergrund. Die Bioptik (»surgical pathology«) und die Forschung zuerst mittels Elektronenmikroskopie, später mittels Immunhistochemie, d.h. auf zellulärer und molekularer Ebene, rückte immer stärker in den Mittelpunkt der Tätigkeit der Pathologen, hier waren die Gebiete, auf denen sich wissenschaftliche Karrieren aufbauen ließen. Währenddessen änderte sich bis heute an der autoptischen Methode seit Virchows und Rokitanskys Zeiten nichts Prinzipielles; zwar gehören bakteriologische und virologische Untersuchungen bei der Autopsie schon weitgehend zum Standard, doch werden andere, z.B. immunhistochemische Untersuchungen nur in Ausnahmefällen herangezogen. Die so entstandene wissenschaftliche Totwasserzone der autoptischen Pathologie, in der Karrieren schlecht möglich sind, zieht in der Regel nicht gerade vorwärtstreibende und veränderungswillige Persönlichkeiten an. Dies erklärt die vielerorts noch üblichen, sich kulinarischer Vergleiche oder eines Vokabulars aus dem Bereich der Gemüse und Feldfrüchte bedienenden, in der Manier des 19. Jahrhunderts langatmig-deskriptiv abgefaßten Obduktionsprotokolle, die oft nicht explizit auf die klinischen Fragestellungen eingehen und so nicht gerade das Interesse des Klinikers erregen.

Das schwindende Interesse an der Autopsie selbst bei Pathologen drückt sich am sinnfälligsten darin aus, daß die leitenden pathologischen Chefärzte entweder gar nicht mehr oder kaum noch am Obduktionsbetrieb teilnehmen und die Obduktionen weitgehend den Berufsanfängern überlassen werden (Hill und Anderson 1988). Paradoxerweise obduziert ein Pathologe um so weniger, je mehr Obduktionserfahrung er hat. Bei einer Umfrage unter 205 internistischen und chirurgischen Chefärzten (Hill und Anderson 1988) gaben 114 (56 %) als Hauptkritikpunkt an der Obduktionstätigkeit das zu späte Eintreffen der Sektionsprotokolle auf der Station an. Dieser Kritikpunkt trifft sicher auch auf hiesige Verhältnisse zu.

So ist das Bild der Kliniker vom Pathologen das eines mit veralteten Methoden arbeitenden, oft schwerfällig und nicht präzise auf aktuelle klinische Fragestellungen eingehenden Arztes, und immer noch durch die fast ausschließliche Assoziation der pathologischen Tätigkeit auf den Umgang mit Leichen negativ besetzt. Die Pathologen wiederum

versuchen den negativ besetzten Umgang mit Leichen durch das Herausstellen der vermeintlich allein zukunftsträchtigen Bioptik verblassen zu lassen, ohne an der gegenwärtigen Situation der Sektionspathologie etwas grundlegend zu ändern. Beide Haltungen sind einer Weiterentwicklung und damit einer Wiederherstellung der Attraktivität der Sektionspathologie nicht förderlich und tragen nicht zu einem fruchtbaren Dialog zwischen Klinik und Pathologie bei, wie er auf eindrucksvolle Weise jede Woche in den im New England Journal of Medicine abgedruckten klinisch-pathologischen Konferenzen des Massachusetts General Hospital praktiziert wird.

Exkurs: Nachrichten aus dem Inneren des Landes

Schließlich unterliegen auch Ärzte — offenbar weitgehend unabhängig von ihrer sonstigen politischen Orientierung — in starkem Maße dem Einfluß des gerade vorherrschenden ideologischen Trends, in diesem Fall einer zunehmend virulenter werdenden irrationalen Autopsiefeindlichkeit in der Öffentlichkeit. Dieses Phänomen steht offenbar in Zusammenhang mit der immer extremeren Tabuisierung des Todes, bei fortschreitender Auflösung der Familienstruktur mit der Exterritorialisierung des Todes in die Altenheime und Krankenhäuser (vgl. Ariès 1982) und einem zunehmenden Jugend-, Kraft- und Gesundheitskult.

Aufgrund der in der BRD und Westberlin fehlenden Sektionsgesetzgebung kommt es immer wieder im Zusammenhang mit Obduktionen zu »Skandalen«, in denen deutlich wird, wie der Stellenwert der klinischen Obduktion in der Öffentlichkeit und insbesondere der Ärztlichen Öffentlichkeit bewertet wird.

Mehr oder minder zufälliger Schauplatz der Szene ist Berlin (West) im Frühjahr '88: in einem Institut für Pathologie wird die Leiche einer türkischen Frau obduziert und später zur Bestattung in die Türkei überführt; dort soll nach islamischem Ritus eine Leichenwaschung vorgenommen werden, bevor das Totengebet gesprochen wird. Bei dieser Gelegenheit registrieren die offenbar uninformierten Angehörigen — es handelt sich um eine Ganzkörperwaschung, die Transportzeit der Leiche (möglicherweise ohne Kühlung) muß in Rechnung gestellt werden — Spuren der Obduktion, die nach islamischen Grundsätzen nicht prinzipiell verwerflich ist. Nichtsdestotrotz sind die Angehörigen verständlicherweise verstört.

Der Vorfall gelangt in die Presse, wie in ähnlichen Fällen zuvor auch; eine neue Rollenverteilung ergibt sich jedoch dadurch, daß im Pressechor jetzt auch die *taz* Stellung bezieht und mit der »Fraktion Gesund-

heit« eine jüngere Ärztegeneration den Kammervorstand mitstellt. — In fast gleichlautender Diktion skandalisierten Springers *BZ* und die *taz* den Vorfall, wobei beide Presseerzeugnisse sich unter Mobilisierung der eigenen Zerstückelungsängste und der ihrer unaufgeklärten Leserschaft zum Anwalt der betroffenen Angehörigen machten. Keine Rolle in der Berichterstattung spielten der Sinn und die Funktion klinisch-wissenschaftlicher Obduktionen und die im vorliegenden Fall bestehende Rechtslage, d.h. das zutage getretene eigentliche Problem wurde erst gar nicht verhandelt, sondern in einer Art Reflexverhalten dorthin zurückverbannt, wo es herkam: in den Keller (tatsächlich befinden sich viele, v.a. ältere Sektionssäle im Kellergeschoß). Ein Vorgang aus dem Kapitel Abwehr und Verdrängung.

Von so massiv vorgetragenem gesunden Volksempfinden aufgescheucht, sah sich die Ärztekammer Berlin — anders als ihre altkonservativen Vorgänger, die sich wohl eher bedeckt gehalten hätten — am 25.3.88 zu einer Erklärung veranlaßt. Darin wird korrekt konstatiert, daß bei fehlender ausdrücklicher Regelung klinischer Sektionen die allgemeinen Rechtsgrundsätze gelten. Letztere sind aber auf das Gebiet der klinischen Sektionen nur bedingt sinnvoll anwendbar und deshalb juristisch äußerst umstritten. Zu den umstrittenen Punkten gehören hauptsächlich die *rechtliche Stellung des Leichnams* (ist der Leichnam eine Sache, an der Eigentumsrechte geltend gemacht werden können? Ist er ein sogenannter Rückstand der Persönlichkeit, an dem Persönlichkeitsrechte geltend gemacht werden können? Steht die Leiche außerhalb des Rechtssystems, genießt also keinen Rechtsschutz?) und das *Fortbestehen des Persönlichkeitsrechts nach dem Tode* (wird das Persönlichkeitsrecht nach dem Tode eingeschränkt oder erlischt es ganz? Kann man — da das Persönlichkeitsrecht weder übertragbar noch vererbbar ist — von einem Obhuts- oder Treuhänderverhältnis der Angehörigen gegenüber dem fraglich existenten Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen sprechen?).

Diese doch elementaren rechtlichen Widersprüche werden in der Erklärung der Ärztekammer Berlin rigoros nach einer Seite hin aufgelöst:

»Danach *reicht der Persönlichkeitsschutz auch über den Tod hinaus*, so daß die Integrität der Leiche zu wahren ist. Sektion oder Transplantatentnahme sind danach nur zulässig, wenn hierzu die Einwilligung des Berechtigten vorliegt ... Hat sich der Verstorbene — wie in der Mehrzahl der Fälle — nicht geäußert, so ist die Einwilligung der Angehörigen erforderlich. Sie werden als die *Treuhänder des über den Tod hinaus wirkenden Persönlichkeitsrechts des Verstorbenen* angesehen.«

Soviel Eindeutiges wird vorausgeschickt, ehe man erklärt:

»Umstritten ist die Frage, ob die Angehörigen ausdrücklich zustimmen müssen (sogen. Zustimmungslösung) oder ob ihre Einwilligung unterstellt wird, wenn sie nicht innerhalb kurzer Zeit widersprechen (sogen. Widerspruchslösung).«

Tatsächlich gelten zum Zeitpunkt der Erklärung die »Zustimmungslösung« lediglich für die Freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser, für die Universitätskliniken und städtischen Krankenhäuser in Berlin(West) jedoch die »Widerspruchsregelung«. Die Ärztekammer Berlin ist in ihrer Erklärung

»der Auffassung, daß der sogenannten Zustimmungslösung der Vorzug vor der Widerspruchslösung zu geben ist.«

und fordert die Krankenhäuser, in denen die »Widerspruchslösung« praktiziert wird, auf, dieselbe zugunsten der Zustimmungslösung aufzugeben. Auch diesem zweiten Schritt liegt eine einseitige Auflösung sich widersprechender rechtlicher Bestimmungen zugrunde, die unter den herrschenden Umständen zu einer sich obduktionsfeindlich auswirkenden Regelung führen muß.

Die Pressekampagne sowie die Erklärung der Ärztekammer Berlin hatte denn auch ein — vorübergehendes? — deutliches Absinken der Sektionsfrequenz zur Folge; eine Folge, die von der Ärztekammer Berlin durchaus einkalkuliert war:

»Sie (die Ärztekammer; d.V.) sieht auch die Gefahr, daß bei Einführung der Zustimmungslösung kurzfristig die Zahlen der Sektionen zurückgehen können.«

Zur Beruhigung etwaiger kritischer Stimmen werden Vorschläge gemacht, denen man auch bei wohlwollender Beurteilung lediglich die Qualität salvatorischer Formeln zubilligen kann:

»Die Ärztekammer Berlin ist sich dessen bewußt, daß ein hoher Anteil von Sektionen zur Qualitätssicherung der ärztlichen Diagnostik und Therapie unentbehrlich ist ... Einer solchen Entwicklung (der Senkung der Sektionsfrequenz; d.V.) muß durch intensive Gespräche mit den Angehörigen begegnet werden können. Der hierfür erforderliche Einsatz von Arbeitszeit ist bei der Gestaltung der Stellenpläne in den Krankenhäusern zu berücksichtigen. Die Ärztekammer Berlin wird selbst im Rahmen ihrer Fortbildungsaufgaben dafür sorgen, daß Ärzte zu diesen Gesprächen besser befähigt sind.

Darüber hinaus ist eine öffentliche Aufklärung darüber notwendig, daß Sektionen zur Qualitätssicherung medizinischer Arbeit und zur Fortentwicklung von Wissenschaft und Forschung unverzichtbar sind. Allgemeines Verständnis und allgemeine Zustimmung zu Sektionen müssen im öffentlichen Bewußtsein verankert werden.«

Bei Ausklammerung der angedeuteten, nach allen Seiten hin problematischen rechtlichen Fragen und alleiniger Berücksichtigung der konkreten Umstände (allgemeine Unaufgeklärtheit der Bevölkerung über Sinn und Verlauf einer Sektion; extreme Tabuisierung des Todes; Psychische Situation der Angehörigen und des behandelnden Arztes), unter denen

die Zustimmung der Angehörigen zur Sektion eingeholt werden muß, erweist sich das unterschwellig vorgetragene demokratische Pathos der Ärztekammererklärung als hohl:

»An dieser Stelle muß jedoch einmal ausdrücklich festgestellt werden, in welch unangenehmer und menschlich peinlicher Situation sich der Arzt befindet, auf dessen Station der Patient verstorben ist und er sich im ungünstigsten Moment, nämlich unmittelbar, nachdem die Angehörigen mit der Todesnachricht konfrontiert wurden, mit der Frage um Einwilligung in eine Sektion an sie wenden muß. Meist sind die Angehörigen in diesem Zustand psychisch gar nicht in der Lage, sich objektiv mit der Obduktionsfrage auseinanderzusetzen. Andererseits ist der Arzt aber gezwungen, diese Frage so schnell wie möglich an die Angehörigen zu richten, da er kaum eine zweite Möglichkeit zu einem derartigen Gespräch findet, zumal spätestens am folgenden Tag die Leiche von einem Bestattungsinstitut bereits aus dem Pathologischen Institut abgeholt wird. Überdies nimmt die Aussagefähigkeit der Ergebnisse der Obduktion mit zunehmender »Leichenliegezeit« rasch ab. Viele Untersuchungen sind dann nicht mehr möglich, bzw. ihre Ergebnisse werden durch einsetzende autolytische Vorgänge wertlos oder zumindest in ihrer Aussagefähigkeit stark eingeschränkt.« (Brugger und Kühn 1979)

Lediglich die Einführung der Zustimmungsregelung ohne Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen zu fordern, heißt, den Stationsarzt immer wieder in die geschilderte Situation zu bringen und die Autopsierate weiterhin niedrig zu halten oder zu senken.

Die meisten Angehörigen sind bei den herrschenden Vorurteilen in dieser belastenden Situation überfordert, eine rationale Entscheidung zu treffen; Untersuchungen zeigen zudem, daß außerhalb dieser akuten Belastung eine Zustimmung zur Autopsie viel eher erfolgen würde. In Österreich, unter den Bedingungen eines sehr obduktionsfreundlichen Gesetzes wird die Autopsie in der Bevölkerung als ein relativ normaler Vorgang empfunden und erreicht Akzeptanzwerte von ca. 80 % (Hill und Anderson 1988).

Eine hohe Rate möglichst randomisierter und nicht selektierter Autopsien ist die Voraussetzung für eine vernünftige medizinische Ausbildung, für eine aussagefähige Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik, für die Aufdeckung neuer Krankheitsbilder (AIDS, Legionellose) und der Wirkungen und Nebenwirkungen von Therapien und nicht zuletzt für die Entwicklung einer Qualitätskontrolle in der Medizin; letzteres spielt in den USA gegenwärtig die Hauptrolle in der Argumentation für eine Erhöhung der Autopsiefrequenz (Friederici 1988; Lundberg 1988; Hill und Anderson 1988).

All dies sollte nicht einer defensiven und opportunistischen Haltung dem sogenannten Zeitgeist gegenüber geopfert werden. Die Obduktion sollte gerade von sich als ganzheitlich begreifenden Medizinern als

Ergänzung der klinischen Untersuchung gesehen werden, ohne die der »Fall« nicht abgeschlossen ist: the final audit.

Literaturverzeichnis

Anderson, R.E., 1984: The autopsy as an instrument of quality assessment: classification of premortem and postmortem diagnostic discrepancies. Arch Pathol Lab Med 108:490-93

Ariès, P., 1982: Geschichte des Todes. München

Battle, R.M., et al., 1987: Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. The Journal of the American Medical Association 258:339-44

Becker, V., 1986: Die klinische Obduktion. Not und Notwendigkeit. Erlangen

Brugger, C.M., und H. Kühn, 1979: Die Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht. Stuttgart

Brunner, P., und A. Schilling, 1984: Zur Epidemiologie der Sektionsverweigerung. Pathologe 5:235-37

Erklärung der Ärztekammer Berlin vom 25.3.1988: Zur Zulässigkeit klinischer Sektionen und zur Entnahme von Organen, Organteilen und Gewebeteilen zum Zwecke der Transplantation. Mitteilungsblatt der Berliner Ärztekammer 5:296-300

Friederici, H.H.R., 1988: Reflections on the postmortem audit. The Journal of the American Medical Association 260 (23):3461-65

Goldman, L., et al., 1983: The value of the autopsy in three medical eras. The New England Journal of Medicine 308:1000-05

Harrison's Principles of Internal Medicine. Braunwald, E., et al. (Eds.). Eleventh Edition, Vol. 2, New York 1987

Hill, R.B., und R.E. Anderson, 1988: The Autopsy-Medical practice and public policy. Boston

Lundberg, G.D., 1988: Now is the time to emphasize the autopsy in quality assurance. The Journal of the American Medical Association 260 (23):3488

Remmele, W. (Hrsg.), 1984: Pathologie. Ein Lehr- und Nachschlagewerk. Bd.2. Berlin, Heidelberg

Thomas, C., und D. Jungmann, 1985: Die klinische Obduktion. Eine Gegenüberstellung der klinischen Diagnosen und der Obduktionsbefunde. Die Medizinische Welt 36:684-87

Volkenandt, M., 1989: Die klinisch-wissenschaftliche Obduktion in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift 114:561-66