

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 26. August 2005
auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats beschlossen:

Stellungnahme zur „Autopsie“

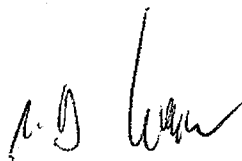
- Kurzfassung -

Vorwort

Die Autopsie (Obduktion, Sektion, innere Leichenschau) ist ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Qualitätssicherung und trägt somit essentiell zur Gesundheitsfürsorge bei. Dem steht die nach wie vor unsichere, lückenhafte und uneinheitliche Rechtslage im Obduktionswesen gegenüber. Während bei Todesfällen in den Krankenhäusern als Rechtsgrundlage für eine Obduktion der Krankenhausaufnahmevertrag herangezogen werden kann, gibt es bei den übrigen Todesfällen nur unter bestimmten Voraussetzungen eine Rechtsgrundlage, etwa bei Anhaltspunkten für ein Fremdverschulden im Strafprozessrecht oder nach dem Infektionsschutzgesetz sowie dem Unfallversicherungsrecht. Die oft geforderte bundeseinheitliche Regelung, etwa durch Einführung einer generellen sog. „Verwaltungssektion“ bei medizinisch unklaren Todesfällen, gibt es nicht. Ein Grund für die stark rückläufige Sektionsfrequenz liegt u. a. in der bestehenden Rechtsunsicherheit. Über diese und weitere Ursachen sowie Folgen der zu niedrigen Autopsierate wird sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb der Ärzteschaft eine intensive Diskussion geführt.

Aufgabe des Arbeitskreises „Autopsie“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer war die Erarbeitung einer umfassenden Stellungnahme, die im wesentlichen Fragen der Begriffsbestimmung, der Zulässigkeit bzw. Einwilligung, des Antragsverfahrens, der Durchführungsbestimmungen, der Dokumentation und insbesondere auch die vielschichtigen juristischen Aspekte des Umgangs mit der Leiche aufarbeiten sollte. Darüber hinaus wird ein Forderungskatalog mit Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Behandlungsqualität durch Steigerung der Autopsierate vorgestellt, welcher sich auf vielfältige Bereiche wie Medizinstudium, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung aber auch Finanzierung und Gesetzgebung erstreckt und unterschiedliche Adressaten hat. Im Ergebnis liegen zwei Papiere vor: [1] die hier publizierte **Kurzfassung** und [2] eine im Internet abrufbare ausführliche **Langfassung**.

Die vorliegende Stellungnahme in Kurz- und Langfassung soll dazu beitragen, innerhalb der Ärzteschaft aber auch in der Bevölkerung ein Bewusstsein für die Folgen der sinkenden Autopsierate zu schaffen und deren Ursachen entgegenzuwirken.



Prof. Dr. med. Dr. h. c. J.-D. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages



Prof. Dr. med. Dr. h. c. P. C. Scriba
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats
der Bundesärztekammer

Einleitung

„Nam qui plura inciderunt, aut inspexerunt, hi saltem, cum illi minime dubitant, ipsi dubitare didicerunt.“ (Morgagni, um 1761, Band II, Brief XVI, Art. 25)

„Denn diejenigen, die vieles aufgeschnitten oder häufig [bei Leichenöffnungen] zugesehen haben, diese haben wenigstens gelernt zu zweifeln, wo jene [andere] gar nicht zweifeln.“

Es gehört zu den zentralen Aufgaben des Staates, die Gesundheit, das Leben und die Sicherheit seiner Bürger* zu schützen und die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die Obduktion (Sektion, Autopsie, innere Leichenschau) ist eine zentrale Säule der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und stellt somit einen essentiellen Bestandteil der Gesundheitsfürsorge dar. Der Gesetzgeber sollte sich daher verpflichtet fühlen, die zur Durchführung einer ausreichenden Anzahl von Obduktionen notwendigen rechtlichen, ökonomischen und faktischen Voraussetzungen zu schaffen. Dies ist eine langjährige Forderung der Ärzteschaft.

Durch das für deutsche Krankenhäuser neu eingeführte pauschalierte Entgeltsystem (DRGs) gewinnt die qualitätssichernde Funktion der Autopsie grundsätzlich eine noch höhere Bedeutung, da sie der Gefahr einer aus ökonomischen Gründen reduzierten Medizin mit ggf. fatalen Folgen für die Patienten entgegenwirkt. Dies geschieht durch die systematische Erfassung und Benennung der Todesursachen einschließlich möglicher Fehlbehandlungen.

Ergänzend bedarf es einer öffentlichen Diskussion darüber, ob nicht jeder Bürger zu dieser Aufgabenerfüllung beitragen sollte. Das setzt voraus, dass die Durchführung einer Obduktion primär als selbstverständlich angesehen wird und nicht als etwas Besonderes gelten darf. Auf die zwingende Notwendigkeit einer selbstkritischen Medizin, d. h. eigene Fehler zu erkennen, als Voraussetzung für eine menschenwürdige Medizin, sei hier noch einmal ausdrücklich hingewiesen. In dieser Frage sind auch die Religionsgemeinschaften gefordert.

Im Hinblick auf noch offene ethische Fragen und die nicht abschließend geklärte rechtliche Bewertung der Autopsie möchte diese Stellungnahme Bewusstsein schaffen, informieren und wichtige Argumente darlegen. Es wird dabei das Ziel verfolgt, zwischen dem legitimen Anliegen der hochqualifizierten Medizin nach vermehrter qualitätssichernder Obduktionen und den Persönlichkeitsrechten der von der Autopsie unmittelbar und mittelbar Betroffenen einen Wertungsgleichklang herbeizuführen und einen Vorschlag zur einheitlichen Regelung des Themenkreises aufzuzeigen.

1 Begriffserklärung und -bestimmung

1.1 Klinische Sektion

Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung im Rahmen der medizinischen Behandlung der Patienten. Dazu gehört auch die sogenannte „Verwaltungssektion“, die im Rahmen der postmortalen Untersuchung von Todesfällen, die sich plötzlich und unerwartet oder unter unklaren Bedingungen ereignet haben, durchgeführt wird.

Sektionen (innere Leichenschau) sind die ärztliche, fachgerechte Öffnung einer Leiche, die Entnahme und Untersuchung von Teilen sowie die äußere Wiederherstellung des Leichnams. Sie dienen der Qualitätssicherung und Überprüfung ärztlichen und pflegerischen Handelns im Hinblick auf Diagnose, Therapie und Todesursache, der Lehre und Ausbildung, der Epidemiologie sowie der medizinischen Forschung.

1.2 Anatomische Sektion

Die anatomische Sektion ist die Zergliederung von Leichen oder Leichenteilen in anatomischen Instituten zum Zwecke der Lehre und Forschung über den Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers.

1.3 Gerichtliche Sektion

Die gerichtliche Sektion ist in der Strafprozessordnung geregelt und erfolgt im behördlichen Auftrag. Sie dient zur Klärung der Frage, ob jemand eines nicht-natürlichen Todes gestorben ist, ob ein Verschulden Dritter in Betracht kommt und zur Sicherung von Beweisunterlagen für einen eventuellen Strafprozess (siehe §§ 87 ff. StPO).

1.4 Weitere Sektionsarten

Neben der klinischen, anatomischen und gerichtlichen Sektion gibt es vereinzelt noch Sektionen nach dem Infektionsschutzgesetz (§§ 1, 25 und 26), dem Gesetz über die Feuerbestattung sowie nach dem Unfallversicherungsrecht im Sozialgesetzbuch VII (§ 63 Abs. 2).

* Mit den in dieser Stellungnahme verwendeten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

2 Bestandsaufnahme

2.1 Darlegung der Gründe, sich in der gegenwärtigen Situation des Themas „Autopsie“ anzunehmen

Die innere Leichenschau ist eine wesentliche Erkenntnisquelle der Medizin. Sie gehört seit dem 19. Jahrhundert zum festen Bestandteil der *good medical practice*. Gerade jüngere Untersuchungen unterstreichen die Überlegenheit der inneren Leichenschau, insbesondere gegenüber bildgebenden Verfahren, bei der Bestimmung der Todesursache. Aus dieser Sicht wiegt die Tatsache, dass die Sektionsrate in der Bundesrepublik Deutschland stark rückläufig ist, besonders schwer. Da der Rückgang weitreichende Folgen für die medizinische Qualität nach sich zieht, ist eine intensive Diskussion des Themas dringend angezeigt.

Die Obduktion dient der definitiven Abklärung der Grund- und Nebenerkrankungen ebenso wie der Feststellung des Krankheitsverlaufs bzw. der Todesursache(n). Eine geringe Sektionsquote führt zu einer falschen Todesursachenstatistik. Da letztere auch eine Basis für die Mittelverteilung in unserem Gesundheitswesen bildet, sind überdies direkte Auswirkungen auf die Güte der Gesundheitsfürsorge zu unterstellen. Fehlgeleitete Investitionen im Gesundheitswesen erscheinen jedoch weder im Hinblick auf die angespannte finanzielle Lage noch mit Blick auf die anzustrebende Verteilungsgerechtigkeit akzeptabel.

Sektionen sind unverzichtbar für die Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung. Die Dokumentation von Sektionsprotokollen, Bildern, histologischen Präparaten und konservierten Organen soll hierfür die Grundlage liefern. Regelmäßige klinische Obduktionen sind eine wesentliche Voraussetzung für den diagnostischen und allgemeinen medizinischen Fortschritt. Sie ermöglichen den Vergleich bewährter und neuer Therapiekonzepte und Medikamenten(neben)wirkungen, den Nachweis von Behandlungsfehlern wie auch die Entlastung von einem derartigen Vorwurf. Die Gewährleistung regelmäßiger Obduktionen ist ein notwendiger Bestandteil der staatlichen Fürsorge. Wäre z. B. in der Bundesrepublik die Einrichtung eines obduktionsgestützten Missbildungsregisters möglich gewesen, hätten - wie entsprechende Berechnungen später ergaben - die fatalen Folgen der Anwendung von Contergan um zwei Jahre früher entdeckt und so zahlreichen Kindern eine Behinderung erspart werden können.

Die rückläufige Sektionsfrequenz zeigt überdies negative Auswirkungen auf die medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung: Ohne regelmäßige Sektionserfahrung gehen Ärzten grundlegende makroskopisch-pathologische Kenntnisse und damit die Fähigkeit zur Bewertung schwerwiegender bzw. komplexer Krankheiten verloren. Zudem lassen sich mit

Hilfe der Obduktion exakte Aussagen zur Epidemiologie verschiedener Erkrankungen treffen. Ferner ist sie zum Nachweis aktueller Umwelt- und Seuchengefahren unverzichtbar (s. Infektionsschutzgesetz).

Auch die Rechtssicherheit ist durch die geringe Sektionsquote bedroht, da neuere Studien beweisen, dass Tötungsdelikte und nicht-natürliche Todesfälle (Tod durch Unfall, Suizid, strafbare Handlungen oder durch sonstige Einwirkungen von außen herbeigeführt) unerkannt bleiben. So wurde in einer multizentrischen Studie nachgewiesen, dass mindestens 1200, max. 2400 Tötungsdelikte in Deutschland jährlich unentdeckt bleiben. Mit dem weitgehenden Verzicht auf Sektionen fehlt ein wichtiges Instrument zur Überführung bzw. Entlastung Tatverdächtiger.

Erwähnung verdient auch das mögliche nachwirkende Eigeninteresse des Verstorbenen an der Sektion: Die epikritische Abklärung einer tödlichen Krankheit im Rahmen der inneren Leichenschau ist als letzter Dienst des Arztes und der Gesellschaft an der verstorbenen Person anzusehen. Besonders augenfällig ist beispielsweise ein solches Eigeninteresse in Fällen, in denen bei der Sektion ein Tod durch Fremdeinwirkung festgestellt wird. Aber auch in allen anderen Fällen, in denen der Tod unvermutet eintritt bzw. aus medizinischer Sicht Fragen aufwirft, ist post mortem ein nachwirkendes Eigeninteresse an der Aufklärung der Todesumstände anzunehmen.

Zudem kann der Verstorbene durch die Einwilligung zur klinischen Sektion ein gemeinnütziges Handeln ermöglichen, indem sich aus der Obduktion auch wissenschaftliche und praxisrelevante Erkenntnisse zu Gunsten der Lebenden ergeben.

Die Information bzw. Aufklärung der Hinterbliebenen kann darüber hinaus ein Ziel der Sektion sein. Das ist insbesondere gegeben, wenn versicherungsrechtliche bzw. sonstige finanzielle Ansprüche wahrscheinlich sind oder aber Behandlungsfehler vermutet werden.

Ebenso können bis dato unbekanntes, krankmachende familiäre Veranlagungen für die Hinterbliebenen von großem Interesse sein - insbesondere dann, wenn diese therapeutisch oder durch Präventivmaßnahmen beeinflussbar sind. Zudem kann die Sektion gerade im Falle eines tragischen, unerwarteten Todes, bei dem die Hinterbliebenen besonders zu Selbstvorwürfen neigen, diagnostische Gewissheit und damit häufig Erleichterung und Entlastung bieten.

Doch nicht nur die weitreichenden *Folgen* der niedrigen Sektionsquote, sondern auch deren mögliche *Ursachen* sind Anlass, sich des Themas „Autopsie“ anzunehmen. Geltend gemacht wird in Sachen Ursachenforschung u. a. eine zunehmend geringere Bereitschaft der Bevölkerung, sich mit dem eigenen Tod auseinander zu setzen. Der distanzierte Umgang mit

Sterben und Tod erfüllt alle Kriterien einer sozialen Verdrängung. Nur noch jeder Fünfte stirbt zu Hause - das Lebensende findet zumeist in Krankenhäusern und Heimen statt. Um so schwerer muss angesichts dieser Tabuisierung eine reflektierte Zustimmung zur Obduktion fallen. Dazu trägt auch eine qualifizierte ärztliche Gesprächsführung mit den Hinterbliebenen bei.

2.2 Mögliche Ursachen für den Rückgang von Obduktionen

Der Rückgang an klinischen Obduktionen hat verschiedene Ursachen, die nicht nur gesamtgesellschaftlicher Natur sind, sondern auch im Gesundheitssystem und im Verantwortungsbereich der darin tätigen Personen liegen.

Im Bereich der Klinik und Pathologie sind mögliche Ursachen:

- die Fehleinschätzung seitens des behandelnden Arztes, ein Fall sei „klar“
- Angst vor Aufdeckung eigener Fehler (Diagnostik, Therapie)
- Arbeits- und Zeitaufwand
- zu lange dauernde oder nicht praxisnahe Beantwortung klinischer Fragen durch die Pathologie
- fehlendes Bewusstsein über den Erkenntniswert der Obduktion
- unzureichende Ausbildung in der Pathologie während des Studiums
- mangelnde Erfahrung im Umgang mit Angehörigen von Verstorbenen und fehlende Anleitung zu Aufklärungsgesprächen
- Kostendenken und Sparzwang
- inadäquate Belastung durch Obduktionen wegen unzureichender Kostenerstattung
- Wandel des Aufgabenfelds der Pathologie (Verschiebung von der Autopsie zur Diagnostik am Operationspräparat oder Biopsat)
- geringe Attraktivität von Publikationen auf der Basis von Obduktionsergebnissen
- unklare Rechtslage

2.3 Sektionsraten im internationalen Vergleich und die Aussagefähigkeit von Sektionen über Fehldiagnosen

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Diversifizierung der Diagnoseverfahren und Therapieabläufe im Krankenhaus, der immer kürzeren Verweildauer und der verstärkt integrierten Versorgung, d. h. Verflechtung der niedergelassenen Ärzte mit der Krankenhausmedizin und der damit unvermeidbaren Unschärfe der Zuordnungen und Verantwortungen, kann ein systematisch und möglichst flächendeckendes Sektionswesen nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Obduktion ist für die Beurteilung qualifizierter

ärztlicher Handlungen sowie für die Ursachenforschung bei Fehlleistungen von ausschlaggebender Bedeutung und kann nicht durch andere Methoden ersetzt werden.

Für die Beurteilung einer medizinischen Behandlung ist in diesem Zusammenhang von besonderer fachlicher und juristischer Bedeutung, ob die aufgrund der Fehldiagnose eingeleitete Behandlung dem später erkannten Krankheitsbild nicht gerecht wird, und sich durch das Nichterkennen der tatsächlich vorliegenden Erkrankung die Prognose des betreffenden Patienten verschlechtert.

Zur Validität der klinischen Todesursachendiagnostik liegen zahlreiche Statistiken vor. In der Regel handelt es sich dabei um eine autopsische Kontrolle der klinischen Diagnosen zu Grundleiden und Todesursache. In den Statistiken werden Fehlerquoten zwischen 33 % und 100 % angegeben. Schon diese große Spanne zeigt, dass offenbar unterschiedliche Parameter bei der jeweiligen Auswertung herangezogen wurden. Aus gesundheitspolitischer und fachlicher Sicht sind die Fehldiagnosen mit Folgen für den Patienten die wirklich relevanten Tatbestände. Daher ist es wichtig, eine Klassifikation der bei der Obduktion erkannten Fehler vorzunehmen.

In ca. 15 % aller Todesfälle in Krankenhäusern besteht eine Diskrepanz zwischen klinischer Hauptdiagnose und Sektionsbefund, die mit Folgen für Therapie und Überleben der Patienten einhergeht. Diese Fehlerquote kann nur durch eine systematische klinische Autopsie erkannt und benannt sowie durch einen intensivierten klinisch-pathologischen Diskurs zukünftig verringert werden.

In weiteren ca. 20 % der Sektionen ergeben sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen klinischer Hauptdiagnose und Sektionsbefund, allerdings ohne Konsequenzen für die Therapie und das Überleben der Patienten.

In Studien nicht erfasst sind bisher die durch fehlerhafte Diagnosestellungen verursachten ökonomischen Folgen, die zweifellos erheblich sind.

Aus den genannten Fakten und Daten ergibt sich zwingend, dass eine Erhöhung der Sektionsfrequenz notwendig ist, da anderenfalls die ethisch und ökonomisch gebotene Selbstkontrolle der Medizin nur unzureichend erfüllt wird.

3 Zukünftige Rolle des Sektionswesens im DRG-System

Mit dem Fallpauschalengesetz und den DRGs (Diagnosis Related Groups.) hat der Gesetzgeber eine neue Vergütungsstruktur für deutsche Krankenhäuser eingeführt. Die grundlegenden Änderungen sind im Wesentlichen die pauschalierte Vergütung der stationären Behandlungsfälle unabhängig von Umfang und Dauer der Diagnostik und Therapie sowie die Vereinheitlichung der Preise für gleiche Leistungen auf Bundeslandebene. Daraus ergeben sich für das Sektionswesen vor allem drei Konsequenzen, die die Qualität, die Ökonomie und die Rechtssicherheit betreffen:

1. **Qualitätskontrolle:** Die im Fallpauschalengesetz geforderte kontinuierliche Prüfung der medizinisch-fachlichen Qualität kann effektiv nur mit Hilfe der klinischen Obduktion als hartem und verlässlichem Qualitätsparameter dauerhaft gesichert und unabhängig dokumentiert werden. Nur so kann der systembedingten Gefahr, notwendige diagnostische Leistungen auf Grund des ökonomischen Drucks nicht mehr zu veranlassen und somit fehlerhafte Diagnosen zu riskieren, entgegengewirkt werden.
2. **Ökonomie:** Die durch eine Obduktion neu aufgedeckten, nach den Deutschen Kodierrichtlinien dokumentationsrelevanten Neben- und Hauptdiagnosen werden nicht selten zu einer Erhöhung der Entgeltberechnung der Krankenhäuser führen. Dies kann aus Sicht der Krankenhausträger von erheblicher finanzieller Bedeutung sein. Aber auch für die Kassen könnte es von großer Relevanz sein, wenn die Obduktion einen geringeren Schweregrad oder weniger Nebendiagnosen zum Vorschein bringt, als bei der Verschlüsselung angegeben worden sind.
3. **Rechtssicherheit:** Klinische Obduktionen führen zur Präzisierung und Objektivierung der Diagnosen. Daher geben Obduktionen dem behandelnden Arzt Sicherheit vor unbedachten, aber dennoch rechtsrelevanten Verdächtigungen, ebenso wie vor ungerechtfertigten Vorwürfen. Dies gilt insbesondere, wenn die Todesursache nicht absolut eindeutig geklärt ist.

Die Bundesärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Pathologie und der Berufsverband Deutscher Pathologen weisen daher auf die neue Bedeutung der klinischen Obduktionen hin.

Die Systematik der DRGs verlangt geradezu unausweichlich die Erhöhung der Frequenz klinischer Obduktionen, da durch sie

- der Gefahr einer im Wesentlichen ökonomisch ausgerichteten Minimalmedizin mit möglichst eingeschränkter Diagnostik und einfacher Therapie entgegengewirkt,
- eine adäquate Vergütung durch neu aufgedeckte Nebendiagnosen ermöglicht sowie

- Rechtssicherheit vor dem Vorwurf einer Falschkodierung und vor unberechtigten Schadensersatzansprüchen erlangt werden kann.

Aus diesen Gründen ist eine Neubewertung der klinischen Sektion als letzte ärztliche Handlung im Interesse der Ärzte, der Pflegekräfte, der Patienten und letztlich der Allgemeinheit geboten, da nur so eine qualitativ hoch stehende Medizin im DRG-System gesichert werden kann.

4 Rechtsfragen beim Umgang mit der Leiche

4.1 Einführung in den Fragenkreis

Die Suche nach Rechtssicherheit und Rechtsklarheit im Umgang mit der Leiche und ihren Organen, Geweben und Zellen, also nach eindeutigen gesetzlichen Handlungsanweisungen und entsprechenden sanktionsbewehrten Ge- und Verboten, ergibt derzeit ein karges Bild fragmentarischer Regelungen. Insbesondere die Zulässigkeit der Sektion für die Forschung und den wissenschaftlichen Fortschritt sowie für epidemiologische und gesundheitspolitische Fragestellungen ist nur rudimentär geregelt. Dies, obgleich sie von herausragender Bedeutung ist, um die Todesursachen, Krankheitsursachen und -zusammenhänge festzustellen, Diagnosen und angewandte Therapien zu überprüfen, die Weiterentwicklung der ärztlichen Wissenschaft zu fördern und damit anderen Patienten zu helfen.

Die bisherige legislative Zurückhaltung hat vielfältige Gründe. In einer pluralistischen Gesellschaft bestehen unterschiedliche Werte und Vorstellungen über den Umgang mit Organen, Organteilen und Gewebe menschlichen Ursprungs oder auch der Leiche insgesamt. Dem freiheitlich-demokratisch verfassten Rechtsstaat obliegt es, diese Positionen – soweit sie mit den Grundwerten der Gemeinschaft im Einklang stehen – zu achten und zu schützen. Seine Aufgabe ist nicht, eine der Positionen für allgemeinverbindlich zu erklären und andere damit auszuschließen.

Zudem war der tote Körper – zumindest bis vor wenigen Jahren – primär für die Klinik, die Pathologie, Anatomie, Rechtsmedizin und in begrenztem Umfang für die Kunst von fachlichem Interesse. Außerhalb dieses eng umgrenzten Bereiches konzentrierte sich der Umgang mit der Leiche auf ethische Fragen sowie auf Vorkehrungen zum Schutz der Hinterbliebenen vor gesundheitlichen Gefahren infolge von Verwesung. Erst durch den medizinischen Fortschritt geriet die Leiche in das Zentrum vielfältiger Interessen, die es nun auszugleichen gilt. Die Frage, wie ein Wertungsgleichklang der sich zum Teil

widersprechenden, zum Teil überschneidenden Interessen zu schaffen ist, wird kontrovers diskutiert.

4.2 Gesetzgebungskompetenz zum Umgang mit der Leiche

Die Regelungskompetenz hinsichtlich der Sektion, dem Leichenschauwesen, dem Bestattungs- und Friedhofswesen liegt bei den Bundesländern. Für ganz Deutschland einheitliche und abschließende Regelungen zum Umgang mit der Leiche gibt es nicht. Demzufolge haben sich unterschiedliche landesrechtliche Regelungen herausgebildet. Bislang verabschiedeten lediglich die Bundesländer Berlin und Hamburg eigene Sektionsgesetze. Etliche Bestattungsgesetze enthalten jedoch mehr oder weniger umfassende Regelungen über die Zulässigkeit von Obduktion und Sektion.

Zudem kann der Bundesgesetzgeber auf das Leichenrecht im Rahmen seiner Kompetenz Einfluss nehmen, so z. B. im Bereich des bürgerlichen Rechts, des Strafrechts und des gerichtlichen Verfahrens, Art. 74 Abs. 1 Nr. 1, des Personenstandswesens, Art. 74 Abs. 1 Nr. 2, dem Infektionsschutz, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 oder auch der künstlichen Befruchtung beim Menschen und der Transplantation von Organen und Geweben, Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG. Um die verbleibenden Regelungslücken in dem erforderlichen Rahmen sinnvoll zu schließen, ist ergänzend auf allgemeine Regelungen und Grundsätze zurückzugreifen. Insoweit kommt untergesetzlichen Regelungen, wie Berufsordnungen, Empfehlungen und Richtlinien die wichtige Rolle zu, bei der Herausarbeitung einheitlicher Maßstäbe wegbereitend zu wirken. Zudem wird ihr derzeit durch die berufliche Selbstbindung der Ärzte ein relativ stabiles Fundament verliehen.

Rechtlicher Ausgangspunkt der Thematik „Autopsie“ ist der zulässige Umgang mit der Leiche und damit auch der Status der Leiche im System unserer Normen.

Welche Pflichten obliegen der Gesellschaft und dem Einzelnen, welchen Schutz kann sie beanspruchen? Erst wenn das beantwortet ist, können Anschlussfragen sinnvoll werden.

5 Eckpunkte einer einheitlichen Regelung des Sektionswesens

5.1 Zulässigkeit (Einwilligung und Anordnung)

5.1.1 Zulässigkeit der klinischen Sektion

Zur Regelung der Frage, wann eine klinische Sektion erlaubt ist, bieten sich zwei Lösungsmodelle an, die zum Teil schon Anwendung in gesetzlichen Regelungen des Sektionswesens auf Länderebene gefunden haben: Die Widerspruchs- sowie die erweiterte Zustimmungslösung. Für beide gibt es Argumente pro und contra. Da keines dieser beiden Modelle eine eindeutige Mehrheit im Arbeitskreis gefunden hat, werden hier die beiden Möglichkeiten nebeneinander gestellt.

Erweiterte Zustimmungslösung

Die klinische Sektion ist außer in den bundesrechtlich geregelten Fällen zulässig, wenn

1. der Verstorbene vor seinem Tode schriftlich eingewilligt hat oder
2. der Verstorbene keine schriftliche Entscheidung hierüber getroffen hat und der in der Rangfolge des § 4 Abs. 1 S. 1 TPG nächste Angehörige des Verstorbenen einwilligt. Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt die Einwilligung eines Angehörigen, sofern keiner der anderen widerspricht. Hat der Verstorbene die Entscheidung über die klinische Sektion einer bestimmten Person übertragen, so ist ihre Entscheidung maßgebend. Die nächsten Angehörigen und die bevollmächtigte Person haben bei ihrer Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu beachten. Sind die nächsten Angehörigen bzw. die bevollmächtigte Person nicht binnen 24 Stunden zu erreichen, kann die klinische Sektion im Einzelfall auch ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie zur Fürsorge der Hinterbliebenen oder zur Qualitätssicherung als so dringend angesehen wird, dass bei Abwägung der widerstreitenden Interessen das Interesse an der Sektion die sonstigen Interessen wesentlich überwiegt. Der Versuch der rechtzeitigen Information ist zu dokumentieren.

Die klinische Sektion ist unzulässig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten dieser widersprochen hat.

Widerspruchslösung

Die klinische Sektion ist außer in den bundesrechtlich geregelten Fällen zulässig, wenn

1. der Verstorbene vor seinem Tode schriftlich eingewilligt hat oder
2. der Verstorbene keine schriftliche Entscheidung über die klinische Sektion getroffen hat und der in der Rangfolge des § 4 Abs. 1 S. 1 TPG nächste Angehörige des Verstorbenen oder die vom Verstorbenen bevollmächtigte Person binnen 24 Stunden über die Möglichkeit informiert wurde, innerhalb von weiteren 8 Stunden ab Kenntnis der Obduktion ohne Angabe von Gründen zu widersprechen, und innerhalb dieser Frist kein Widerspruch erfolgt ist oder
3. der Verstorbene keine schriftliche Entscheidung über die klinische Sektion getroffen hat und der in der Rangfolge des § 4 Abs. 1 S. 1 TPG nächste Angehörige des Verstorbenen oder die vom Verstorbenen bevollmächtigte Person nicht binnen 24 Stunden zu erreichen ist, wenn die klinische Sektion zur Fürsorge der Hinterbliebenen oder zur Qualitätssicherung als so dringend angesehen wird, dass bei Abwägung der widerstreitenden Interessen das Interesse an der Sektion die sonstigen Interessen überwiegt.

Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügen die Information bzw. der Widerspruch eines dieser Angehörigen. Hat der Verstorbene die Entscheidung über die klinische Sektion einer bestimmten Person übertragen, so ist diese maßgebend.

Die klinische Sektion ist in keinem Fall zulässig, wenn sie erkennbar dem letzten Willen des Verstorbenen widerspricht.

Die rechtzeitige Information des nächsten Angehörigen des Verstorbenen oder der vom Verstorbenen bevollmächtigten Person oder der Versuch einer solchen Information sowie eine mögliche Widerspruchsentscheidung sind zu dokumentieren.

Forderung

Da in bestimmten Situationen aus ärztlicher Sicht eine klinische Sektion dringend notwendig erscheint, sollten hierfür die geeigneten und erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Solche Situationen / Indikationen können gegeben sein, wenn die klinische Sektion

1. zur Klärung der Todesursache oder zur Überprüfung der Diagnose- und Therapieverfahren dient oder
2. die Fürsorge für die Hinterbliebenen, insbesondere im Gutachterwesen, im Versicherungsrecht, bei Erb- und Infektionskrankheiten sie erfordert oder
3. wenn ein besonderes, dem Fortschritt der Medizin dienendes wissenschaftliches Interesse in Lehre, Forschung und Epidemiologie besteht.

5.1.2 Zulässigkeit der anatomischen Sektion

Die anatomische Sektion darf nur mit schriftlicher Zustimmung des Verstorbenen zu Lebzeiten oder mit schriftlicher Zustimmung der Eltern bei Fehlgeborenen, Totgeborenen und bei minderjährig verstorbenen Kindern zum Zwecke der Lehre und Forschung über den Aufbau des menschlichen Körpers durchgeführt werden. Die anatomische Sektion eines Unbekannten ist unzulässig.

5.1.3 Zulässigkeit der gerichtlichen Sektion

Die Zulässigkeit der gerichtlichen Sektion richtet sich nach der Strafprozessordnung sowie den entsprechenden Ausführungsbestimmungen.

5.2 Aufbewahrung und Verwendung von Organen und Geweben, die bei Obduktionen gewonnen wurden

Substanzen menschlicher Herkunft und die daraus zu gewinnenden Informationen können für die biomedizinische Forschung und insbesondere die Epidemiologie in besonderem Maße wertvoll sein, wenn sie gesammelt und aufbewahrt werden. Große Sammlungen von menschlichen Körpersubstanzen können zu einer gemeinsamen Nutzung der Forschungsergebnisse und damit zum Fortschritt im Sinne des Gemeinwohls führen. Zugleich aber werden Fragen der Selbstbestimmung, Solidarität, des Altruismus und der Gerechtigkeit aufgeworfen. Nachfolgend empfohlene Rahmenbedingungen sollen dazu beitragen, die zu berücksichtigenden Interessen in Einklang zu bringen.

5.2.1 Aufbewahrung

(1) Substanzen menschlicher Herkunft oder die hieraus gewonnenen Daten dürfen, abgesehen von den Fällen des Absatzes 3, in pseudonymisierter oder unverschlüsselter Form in einer Biobank nur aufbewahrt werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten oder die an ihrer Stelle entscheidungsbefugte Person nach hinreichender Aufklärung frei und schriftlich eingewilligt hat.

(2) Die Aufklärung umfasst insbesondere

- a. Art und Zweck der Biobank
- b. Art und Zweck der Verwendung und Dauer der Aufbewahrung der Materialien oder Daten
- c. eine Weitergabe der Materialien oder Daten, sofern eine solche vorgesehen ist
- d. die Rechte an den Materialien und Daten
- e. die Maßnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes.

(3) Kann die Einwilligung der entscheidungsbefugten Person für die Weiterverwendung von pseudonymisierten oder identifizierten Materialien oder Daten nicht eingeholt werden, kann die zuständige Ethikkommission die Verwendung, Aufbewahrung oder Weitergabe der Materialien oder Daten genehmigen, wenn:

- a. es unmöglich oder unzumutbar ist, die Einwilligung einzuholen
- b. die Forschungsinteressen die Geheimhaltungsinteressen wesentlich überwiegen.

Eine generalisierende und abschließende Regelung zur **Dauer** der Aufbewahrung der bei Obduktionen entnommenen Körpergewebe ergibt sich nicht aus den vorhandenen Regelungen. Die Aufbewahrungsfrist sollte jedoch, um nachfolgende Untersuchungen (z. B. genetische Diagnostik) zu ermöglichen, mindestens 10 Jahre betragen.

5.2.2 Verwendung

Die Entnahme von Organen, Geweben, Gewebsteilen und Körperflüssigkeiten ist zulässig, soweit sie für weitere Untersuchungen oder Begutachtungsfragen von Bedeutung sein können. Hierbei sind Auswahl und Umfang der Proben fallabhängig. Das fortwirkende Persönlichkeitsrecht des/der Verstorbenen und die Pietätsgefühle der Angehörigen sowie eventuelle religiöse Vorstellungen mit einschränkendem Charakter sind zu beachten.

(1) Materialien oder Daten, die im Rahmen einer rechtmässigen Sektion entnommen bzw. erhoben wurden, dürfen zu Forschungszwecken

- a. in anonymisierter Form verwendet, aufbewahrt und weitergegeben werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten oder die an ihrer Stelle entscheidungsbefugte Person eingewilligt oder einer solchen Verwendung zumindest nicht widersprochen hat
- b. in pseudonymisierter Form verwendet, aufbewahrt und weitergegeben werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten oder die an ihrer Stelle entscheidungsbefugte Person nach hinreichender Aufklärung frei und schriftlich eingewilligt hat

- c. in unverschlüsselter Form nur verwendet, aufbewahrt und weitergeben werden, wenn ein konkretes Forschungsprojekt vorliegt und die verstorbene Person zu Lebzeiten oder die an ihrer Stelle entscheidungsbefugte Person nach hinreichender Aufklärung frei und schriftlich eingewilligt hat.

(2) Die zur Entscheidung befugten Personen sind über die ihnen zustehenden Rechte schriftlich zu informieren.

(3) Sind von einem Forschungsprojekt mit pseudonymisierten oder identifizierten Materialien oder Daten Ergebnisse mit direkten Folgen für die Angehörigen der verstorbenen Person zu erwarten, sind diese darüber aufzuklären. Die Angehörigen haben das Recht, auf die Information über die Forschungsergebnisse zu verzichten. Sie sind auf ihr Recht auf Nichtwissen hinzuweisen.

(4) Die zur Entscheidung befugte Person hat grundsätzlich das Recht, die Weiterverwendung der Materialien oder Daten zu untersagen und diese zurückzuziehen oder vernichten zu lassen. Die Forschungsergebnisse aus den Materialien oder Daten dürfen in anonymisierter Form weiterverwendet werden.

5.3 Antragsverfahren

5.3.1 Antragsverfahren für die klinische Sektion

Die klinische Sektion wird von dem behandelnden Arzt, seinem Vertreter oder dem Leiter der klinischen Einrichtung, in der der Verstorbene zuletzt behandelt wurde, bei einer dafür ermächtigten Einrichtung für Pathologie unter Angabe des Grundes angemeldet. Der Anmeldende hat die Voraussetzungen für die Zulässigkeit zu prüfen, gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen einzuholen und zu dokumentieren.

Die klinische Sektion kann auch auf Antrag des jeweils nächsten Angehörigen oder einer hierzu bevollmächtigten Person durchgeführt werden, sofern Persönlichkeitsrechte des Verstorbenen dabei nicht verletzt werden. Dem Antrag ist eine Begründung beizufügen.

Die Entscheidung, ob die Voraussetzungen zur Durchführung der klinischen Sektion vorliegen, trifft der leitende Arzt der ermächtigten Einrichtung oder ein von ihm beauftragter Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung im Fach Pathologie oder im Fach Neuropathologie oder in der Rechtsmedizin.

5.3.2 Antragsverfahren für die anatomische Sektion

Eine anatomische Sektion bedarf keines formalen Antrags, da der Verstorbene durch sein Vermächtnis seinen mutmaßlichen Willen hierzu zu erkennen gegeben hat. Eine zu Lebzeiten erklärte Zustimmung zur Körperspende, z. B. durch eine Vereinbarung mit einem Anatomischen Institut, stellt daher die rechtmäßige Erlaubnis zur Nutzung des toten Körpers für die Aus- und Weiterbildung in Medizin sowie für die spätere ordnungsgemäße Beisetzung dar. Für eine Dauerspende ist eine Sondervereinbarung zu treffen.

5.3.3 Antragsverfahren für die gerichtliche Sektion

Das Antragsverfahren der gerichtlichen Sektion richtet sich nach den Vorgaben der Strafprozessordnung.

5.4 Durchführung (Bevollmächtigung, Dokumentation, Beendigung)

5.4.1 Durchführungsbestimmungen für die klinische Sektion

Bevollmächtigung

Klinische Sektionen dürfen nur unter Anleitung von durch das Berufsrecht dazu berechtigten Ärzten in dafür geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden.

Nichtöffentlichkeit

Die Durchführung der Sektion ist nicht öffentlich. Vorbehaltlich bundes- und ländergesetzlicher Regelungen kann der Zutritt einzelner Personen bei der Sektion vom verantwortlichen Arzt gestattet werden. Einer Anhörung der Beteiligten bedarf es nicht.

Der Ausschluss der Öffentlichkeit steht der Anwesenheit der im Rahmen der Sektion beteiligten Personen sowie von Aus- bzw. Weiterzubildenden und Studierenden nicht entgegen. Der Zutritt zur Sektion kann unerwachsenen und solchen Personen versagt werden, die in einer der Würde der Situation nicht entsprechenden Weise erscheinen. Die Aufrechterhaltung der Ordnung während der Sektion obliegt dem verantwortlichen Arzt. Anwesende, die den zur Aufrechterhaltung der Ordnung getroffenen Anordnungen nicht Folge leisten, können aus den Sektionsräumen verwiesen werden.

Beendigung

Ergeben sich bei der Durchführung der klinischen Sektion erstmals Anhaltspunkte dafür, dass die verstorbene Person eines nicht-natürlichen Todes gestorben ist, muss die Sektion sofort unterbrochen und die Polizei oder die Staatsanwaltschaft unverzüglich benachrichtigt werden.

Nach der klinischen Sektion ist das äußere Erscheinungsbild des Leichnams in Achtung vor der verstorbenen Person in entsprechender Weise wiederherzustellen.

Soweit keine weiteren Untersuchungen an den entnommenen Organen durchgeführt werden, sind diese dem Körper wieder beizugeben oder schicklich zu beseitigen.

Dokumentation

Über die klinische Sektion ist eine Niederschrift (sog. Sektionsprotokoll) anzufertigen. Diese enthält Angaben zur Identität, über das Untersuchungsergebnis und darüber, ob und welche Organe und/oder Gewebe entnommen wurden.

Ein Bericht über das Sektionsergebnis wird dem behandelnden Arzt unverzüglich übersandt und ist von diesem der Patientendokumentation beizufügen.

Die datenschutzrechtlichen Vorgaben sind zu beachten.

Gesetzliche Meldepflichten bleiben unberührt.

5.4.2 Durchführungsbestimmungen für die anatomische Sektion

Der für die anatomische Sektion verantwortliche Arzt oder Hochschullehrer prüft, ob eine rechtmäßig zustande gekommene Körperspendevereinbarung vorliegt und fertigt darüber eine Niederschrift an.

Ergeben sich bei der anatomischen Sektion erstmals Anhaltspunkte dafür, dass die verstorbene Person eines nicht-natürlichen Todes gestorben ist, so unterbricht der verantwortliche Arzt oder Hochschullehrer die Sektion sofort und benachrichtigt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft.

Für die Einwilligung in eine anatomische Sektion darf keine Gegenleistung verlangt oder gewährt werden. Eine teilweise oder vollständige Übernahme der Beerdigungskosten ist in das Ermessen des jeweiligen Instituts gestellt, soweit keine anderslautenden Bestimmungen getroffen wurden.

Ist es im Hinblick auf den Zweck der anatomischen Sektion erforderlich, dürfen Leichenteile zurückbehalten werden, wenn eine entsprechende Sondervereinbarung vorliegt.

Nach Beendigung der anatomischen Sektion hat die verantwortliche Person für die ordentliche Bestattung Sorge zu tragen. Das Einverständnis des Körperspenders zur Feuerbestattung ist entsprechend der gesetzlichen Vorschriften unabdingbar und muss bereits zu Lebzeiten in der Regel schriftlich erklärt werden.

5.4.3 Durchführungsbestimmungen für die gerichtliche Sektion

(1) Die Durchführung der gerichtlichen Sektion bestimmt sich entsprechend den Vorschriften der Strafprozessordnung (§ 87 ff. StPO). So erstreckt sie sich insbesondere auf die Eröffnung aller drei Körperhöhlen und muss von zwei Ärzten vorgenommen werden, wovon einer der Ärzte Gerichtsarzt oder Leiter eines öffentlichen gerichtsmedizinischen oder pathologischen Institutes oder ein von diesem beauftragter Arzt mit gerichtsmedizinischen Fachkenntnissen sein muss.

Der Arzt, der den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, kann aufgefordert werden, der Leichenöffnung beizuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben.

Eine Ausgrabung bereits Bestatteter zum Zwecke der gerichtlichen Sektion ist dann möglich, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Bei der gerichtlichen Sektion eines Neugeborenen sind die besonderen Anforderungen des § 90 StPO zu beachten.

(2) Nach der gerichtlichen Sektion ist das äußere Erscheinungsbild des Leichnams in einen dem fortwirkenden Persönlichkeitsrecht und der Würde des Verstorbenen entsprechenden Zustand zu versetzen.

(3) Das Ergebnis der gerichtlichen Sektion ist auf dem Obduktionsschein (nach vorgegebenem Muster) zu dokumentieren und der zuständigen Behörde zu übersenden.

5.4.3.1 Entnahme und Aufbewahrung von Organen, Geweben und Körperflüssigkeiten

(1) Zur Zulässigkeit der Entnahme von Organen, Geweben, Gewebsteilen und Körperflüssigkeiten vergleiche die Ausführungen zur Aufbewahrung und Verwendung von Organen und Geweben, die bei Obduktionen gewonnen wurden (s. Kap. 5.2).

Das Interesse des Auftraggebers einer gerichtlichen Sektion an einer umfassenderen Asservierung zum Zwecke der Beweismittelsicherung bleibt davon unberührt.

(2) Werden keine weiteren Untersuchungen an den Asservaten vorgenommen bzw. werden die Asservate vom Auftraggeber einer gerichtlichen Sektion freigegeben, hat der Gewahrsamsinhaber dafür zu sorgen, dass sie schicklich beseitigt werden.

Liegen Wünsche des Verstorbenen selbst oder seiner Angehörigen über den weiteren Verbleib oder den Umgang mit den Asservaten vor, sind diese zu beachten.

Die Aufbewahrungsfristen für Asservate richten sich nach den Erfordernissen der strafrechtlichen Beweissicherung. In der Regel ist mit der Rechtskraft eines Urteils das Ziel der Beweissicherung erfüllt.

6 Forderungskatalog und Maßnahmen zur Anhebung der medizinischen Behandlungsqualität durch Steigerung der Obduktionsraten

Es ist unstrittig, dass die klinische Sektion eine Grundvoraussetzung für eine Qualitätssicherung ärztlicher Diagnostik und Therapie, aber auch der Krankenpflege ist. Außerdem kann kein Zweifel daran bestehen, dass eine rückläufige Sektionsfrequenz gravierende Folgen für das Gesundheitswesen (Stichwort: epidemiologische Erkenntnisse) und die Gesundheitsökonomie (Stichwort: Fallpauschalen) sowie für die Zuverlässigkeit von Krankheits- und Todesursachenstatistik hat. Es muss daher alles getan werden, um wieder Sektionsraten zu erreichen, die an früher bereits übliche Standards (etwa 30 Prozent aller Todesfälle in Krankenhäusern) herankommen. Dazu ist ein Bündel von Maßnahmen notwendig. Sie erstrecken sich auf mehrere Bereiche und haben zum Teil unterschiedliche Adressaten.

Gerade die neuen Herausforderungen an das Gesundheitssystem bieten Möglichkeiten, einige der hier geforderten Maßnahmen in die Praxis umzusetzen. Man denke in diesem Zusammenhang etwa an den gesetzgeberischen Auftrag zur Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements (§ 135a Abs. 2 SGB V) sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich. Auch die strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft aufgrund der Einführung des pauschalisierten Entgeltsystems (s. Kapitel 3) eröffnet hier durchaus Chancen. Und schließlich sei auch auf eine Entwicklung hingewiesen, die darauf hinausläuft, dem Patienten mehr Transparenz, Information und Mitspracherechte zu garantieren.

Der folgende Forderungskatalog macht deutlich, dass neben der Ärzteschaft, einzelnen medizinischen Berufsgruppen, aber auch den Patienten und ihren Angehörigen sowie nicht zuletzt den Kostenträgern (Krankenkassen) der Gesetzgeber auf Bundes- und Länderebene gefragt ist.

Da, wie oben angeführt, in Deutschland mindestens 1200 bis max. 2400 Morde unerkannt bleiben, muss auch auf eine Steigerung der Sektionsraten in der Gerichtsmedizin hingewirkt werden. Ein solcher Forderungskatalog könnte beispielsweise umfassen, dass die bisher fakultative Vorlesung Rechtsmedizin für Juristen zur Pflichtvorlesung im Jurastudium

erhoben und dass in den „Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren“ dezidiert festgelegt wird, in welchen Fällen eine gerichtliche Sektion angeordnet werden soll. Außerdem sollte vermehrt Fortbildung auf der Basis der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine zum Thema Leichenschau und zur Einschaltung der Polizei erfolgen.

Für die Hebung der klinischen Sektionsraten sind dagegen Maßnahmen in den folgenden Bereichen erforderlich:

Medizinstudium

- Die Bedeutung und der Nutzen der klinischen Sektion für den ärztlichen Alltag müssen in der ärztlichen Ausbildung stärker betont und konkret verankert werden. So sollen Studierende an 2 - 4 Obduktionen teilnehmen, dies soll als „Sektionspflicht“ ins Studium eingeführt werden.

Fort- und Weiterbildung

- Als Qualitätssicherungsmaßnahme ist die Weiterbildungsbefugnis einer Klinik mit einer Mindestzahl von Obduktionen in den entsprechenden Einrichtungen und der regelmäßigen Abhaltung von klinisch-pathologischen bzw. interdisziplinären Fallkonferenzen zu verbinden. Beispielsweise erhält eine chirurgische Abteilung die vollständige Weiterbildungszulassung nur, wenn 30 % der Todesfälle obduziert und vor Ort demonstriert werden. Im DRG-System mit der systembedingten Problematik der (zu) frühen Entlassung ist dies von besonderer Bedeutung. In den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sollten klare fachbezogene Mussvorgaben über die Zahl von Obduktionen entsprechend der Vorschriften des SGB V (§ 137 usw.) oder in QS-Programmen der Selbstverwaltung festgelegt werden.
- Ferner ist obligatorisch eine abteilungsbezogene Angabe der Obduktionsfrequenz zu fordern und in den Leistungsbericht aufzunehmen.
- Die Weiterbildung in bestimmten Fächern, z. B. allen chirurgischen und internistischen Fächern, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Gynäkologie, Neurologie etc., ist mit der Pflicht zu verbinden, z. B. 5 - 10 eigene Sektionen durchgeführt oder daran teilgenommen zu haben. Wünschenswert sind weiterhin eine Ausweitung der klinisch-pathologischen bzw. interdisziplinären Fallkonferenzen und deren Einbeziehung in die Weiterbildungsordnung. Zugespielt formuliert: Man kann heute, ohne jemals einen Fuß in den Obduktionssaal gesetzt oder eine Leberzirrhose, eine Pneumonie, einen cerebralen Insult, einen Herzinfarkt, einen Hirntumor in natura gesehen zu haben, Facharzt werden. Das sind „vor-morgagnische Zustände“. In zwei sorgfältig

durchgeführten Studien zeigen Bayer-Garner et al. und Rosenbaum et al., dass substantielle Defizite in der Heranführung junger Ärzte an die Obduktion und damit auch an die eigenen Grenzen im Sinne einer kritischen Medizin bestehen.

Qualitätssicherung

- Eine Erhöhung der Obduktionsfrequenz ist eine notwendige Voraussetzung für die Schaffung eines aus epidemiologischen und aus „public health“-Gründen wünschenswerten Obduktionsregisters.
- Die verschiedenen, in sozialgesetzlichem Auftrag oder auf Basis der Heilberufs- und Kammergesetze für die Qualitätssicherung stationärer Leistungen zuständigen Gremien auf Bundes- und Landesebene werden aufgefordert, Qualitätsindikatoren zur Steigerung der Sektionsraten zu entwickeln und einzuführen, z. B. durch Einführung eines von allen Krankenhäusern zu erfassenden Generalindikators der einrichtungsinternen Obduktionsrate oder eines Zusatzindikators „Obduktion“ in die bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SBG V.
- Die Ärztliche Selbstverwaltung wird gebeten, die Erarbeitung eines Positionspapiers für die Bedeutung der Obduktion als Bestandteil der Fehleranalyse und Qualitätsanalyse bei dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Auftrag zu geben.

Finanzierung

- Die Kosten einer inneren Leichenschau sollten transparent sein. Bisher liegen nur Kostenschätzungen seitens des Berufsverbandes der Pathologen vor. Die Abrechnung nach GOÄ (einfach) muss mindestens die tatsächlich anfallenden Kosten decken.
- Die Kosten für eine klinische Obduktion (ca. 750,00 €) wurde bisher im Rahmen des Gesamtbudgets der Krankenhäuser vergütet. Durch die Einführung der Fallkostenpauschalen für Krankenhausbehandlungen (DRGs) ändert sich dieser Abrechnungsmodus, da zukünftig die Kalkulation der einzelnen DRGs auch die Kosten für klinische Obduktionen beinhaltet. Durch die jährlich neu kalkulierten Relativgewichte der DRGs werden die Erlöse fortlaufend überprüft. Eine steigende Obduktionszahl würde somit voraussichtlich deren Gewichtung bei der Kalkulation der DRGs erhöhen (allerdings mit einer zeitlichen Verzögerung von 2 Jahren, da immer die Daten des Vorjahres kalkuliert werden und dann die Basis für die DRGs des Folgejahres bilden). Die Pathologen sollten daher fortan die für die Obduktionen kalkulierten Anteile innerhalb der DRGs nutzen, um eine angemessene Vergütung für die Krankenhäuser zu erwirken.

Gesetzgebung

- Der Gesetzgeber wird aufgefordert, einheitliche rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die sich an den in dieser Stellungnahme aufgeführten Eckpunkten orientieren.
- Ein erster Schritt wäre die Umsetzung der vom Vorstand der Bundesärztekammer im Januar 2002 verabschiedeten Musterregelung zur Durchführung der Leichenschau. Der wohlwollenden Aufnahme des Vorschlags seitens der Arbeitsgemeinschaft der obersten leitenden Medizinalbeamten der Länder sollten jetzt Taten folgen.

Informations- und Aufklärungskampagnen

- Die AWMF und einzelne Fachverbände sollen weiterhin und verstärkt durch Pressemitteilungen und Pressekonferenzen sowie durch andere PR-Maßnahmen (Internet-Seiten etc.) die breite Öffentlichkeit über die Notwendigkeit und Vorteile einer hohen Sektionsrate aufklären.
- Weiterhin soll auch die Fachöffentlichkeit durch Fortbildungsveranstaltungen (z. B. interdisziplinäres Forum) auf die Notwendigkeit und Vorteile von Obduktionen hingewiesen werden.
- Der Umgang mit Angehörigen von Verstorbenen, die obduziert werden sollen, setzt eine kompetente und erfahrene ärztliche Aufklärung voraus, die Berufsanfängern z. B. durch einen erfahrenen Oberarzt, Seminare zur Gesprächsführung und entsprechende schriftliche Anleitungen vermittelt werden kann. Ein solches Kommunikationsverhalten trägt nicht zuletzt zu einer verbesserten Akzeptanz der Obduktion durch die Angehörigen bei.

Hinweis:

Die **Langfassung** der Stellungnahme „Autopsie“ einschließlich sämtlicher **Literaturangaben** ist im Internet unter <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Wb/index.html> abrufbar.

Mitgliederverzeichnis des Arbeitskreises „Autopsie“

Dr. med. Andreas Crusius
Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
und Vizepräsident der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Manfred Dietel
Direktor des Instituts für Pathologie
Universitätsmedizin Berlin
Campus Charité Mitte

Prof. Dr. med. Wolfgang Eisenmenger
Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin,
Universitätsklinikum Aachen

Prof. Dr. phil. Robert Jütte (**federführend**)
Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann
Ehrenpräsident der
Landesärztekammer Baden-Württemberg

Prof. Dr. med. Hans A. Kretzschmar
Vorstand des Instituts für Neuropathologie, Zentrum für
Neuropathologie und Prionforschung (ZNP)
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba
em. Direktor der Medizinischen Klinik Innenstadt
der Ludwig-Maximilians-Universität München
und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats

Frau Prof. Dr. jur. utr. Brigitte Tag
Rechtswissenschaftliches Institut
Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht der
Universität Zürich

Geschäftsführung: Dez. VI - Wissenschaft und Forschung -

Dr. med. Gert Schomburg
Dezernent

Frau Dr. med. Petra Zschieschang
Referentin

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 / 4004 56 – 460
Fax: 030 / 4004 56 – 486
E-Mail: dezernat6@baek.de