

Antje Kahl:
Das Trajekt der klinischen Sektion und die Gründe für den Rückgang derselben.
Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse (11/2008-11/2010)

1. Ausgangsfrage und Ziel des Teilprojektes

Zentrales Anliegen meines Teilprojektes war es, die Gründe für die sinkende Sektionsquote zu erforschen. Da in Deutschland die Durchführung der klinischen Sektion von der Zustimmung des einzelnen Patienten bzw. seiner Interessenvertreter abhängig ist und der Sektion entsprechend ein Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Betroffenen vorangeht, gingen wir ursprünglich von der Annahme aus, dass diese Interaktion zwischen Ärzten und Angehörigen im Rahmen des Aufklärungsgesprächs zur möglichen Freigabe des toten Körpers von großer Relevanz für die Sektionsquote wäre. Ziel war es deshalb, diese von uns als zentral erachtete Interaktion sowie die Perspektiven der daran beteiligten Personen zu rekonstruieren. Da jede Interaktion aber auch in einen institutionellen Kontext eingebunden ist (im Fall der klinischen Sektion ist dieser Kontext das Krankenhaus), galt es für die Suche nach den Gründen für die rückläufige Sektionsquote ebenso, die Organisationsebene der Sektion zu rekonstruieren.

2. Erarbeitung eines konzeptionellen Rahmens: Das Trajekt¹

Zunächst unterschieden wir zwischen einer Akteursebene (Wissen, Meinungen, Deutungen und Motive der Akteure hinsichtlich der Sektion; Rekonstruktion des personalen Verhältnisses der Beteiligten zur Sektion und zum toten Körper) und einer Strukturebene (organisationelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Sektion; Praxis der klinischen Sektion von der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus bis zur Abrechnung der Sektion; institutionelle Arrangements, Abläufe und Routinen). Auf beiden Ebenen war nach den Punkten zu suchen, an denen die Gründe für die sinkende Sektionsquote verortet werden können. Unterschieden wurden entsprechend motivationale Gründe auf Seiten der Akteure sowie strukturelle Gründe, die sich in der Organisation der Sektion verorten lassen.

Zur konzeptionellen Rahmung griffen wir auf das von Anselm Strass in den 1980er Jahren entwickelte Trajektmodell zurück.² Dabei wird sozusagen der Weg der (potentiellen) Leiche durch die Organisation Krankenhaus nachvollzogen. Ausgehend von der Leiche werden die einzelnen Stationen, die diese „durchläuft“, und die dabei jeweils vollzogenen Praktiken analysiert. Der Trajekt-Begriff bietet sich hier an, da er die Kopplung von institutionellen Strukturen, den in Institutionen auftretenden Akteuren sowie ihrem Handeln und ihren Einstellungen vollzieht und darüber hinaus Rahmenbedingungen wie z. B. Rechtsnormen oder die Medienberichterstattung aufnehmen kann.

Die Trajekt-Rekonstruktion, also die Beschreibung des Kommunikationszusammenhanges „klinische Sektion“ mit seinen Institutionen, Akteuren, Abläufen, Bedeutungen und Rahmenbedingungen, erfolgt auf der Basis sowohl qualitativer als auch quantitativer Daten.

¹ Vgl. hierzu ausführlicher Kahl, Antje (2010): Das Trajekt der Obduktion, in: Knoblauch, Hubert/Esser, Andrea/Groß, Dominik/Tag, Brigitte/Kahl, Antje (Hrsg.): Der Tod, der tote Körper und die klinische Sektion, Berlin: Duncker & Humblot, S. 89-108.

² Vgl. hierzu v. a. Strauss, Anselm; Fagerhaugh, Shizuko; Sucek, Barbara; Wiener, Carolyn: The Social Organization of Medical Work, Chicago, 1985 und Strauss, Anselm / Corbin, Juliet: Shaping a New Health Care System: The Explosion of Chronic Illness as a Catalyst for Change, San Francisco, 1988, S. 34-48.

Zu den qualitativen Daten gehören dabei teilnehmende Beobachtungen im Kontext der klinischen Sektion sowie Interviews mit Pathologen, Klinikern und Laien.³ Zusätzlich werden quantitative Daten in Form von Befragungsergebnissen und Erhebungen zur Sektionstätigkeit in Deutschland herangezogen bzw. erhoben.

3. Die Strukturebene der Sektion und die Perspektive der professionellen Akteure

Dass es sich bei einer Sektionsquote nicht nur um das Ergebnis individueller Motive von Akteuren handelt, sondern dass auch organisationelle Gründe eine Rolle spielen, zeigt sich bereits, wenn man die Sektionsquoten unterschiedlicher Krankenhaustypen miteinander vergleicht und dabei feststellt, dass Universitätskliniken eine signifikant höhere Sektionsrate aufweisen als kommunale Kliniken.⁴

Zu dem im Krankenhaus stattfindenden und dem Trajekt zuzurechnenden Ablauf gehören folgende Stationen und Entscheidungssituationen, die wir auf der Basis von teilnehmenden Beobachtungen und Experteninterviews unterscheiden konnten: Bei jeder Einlieferung eines Patienten in ein Krankenhaus muss ein Patientenaufnahmevertrag ausgefüllt werden, der eine Sektionsklausel enthalten kann. Stirbt ein Patient, muss eine Todesfeststellung vorgenommen werden, wobei die Todesart und eine Todesursache zu bestimmen ist. Außerdem muss von Seiten der Ärzte entschieden werden, ob eine Sektion gewollt ist oder nicht. Ist dies der Fall, gibt es im Zuge dessen verschiedene Praxen der Zustimmungserfragung. Wenn der Sektion zugestimmt wurde bzw. eine Sektion stattfinden kann, muss der Kliniker einen Sektionsantrag ausfüllen, welcher zusammen mit anderen Dokumenten an die Pathologie geschickt wird. Dort wird anschließend die Sektion durchgeführt. Abschließend findet eine Übermittlung der Sektionsergebnisse statt und es werden verschiedene Formalitäten erledigt.

Die wichtigsten Ergebnisse hinsichtlich der Frage nach den Ursachen für die rückläufige Sektionsquote im Bereich dieses Ablaufes sind:

- Die gesetzliche Möglichkeit, die Zustimmung zur Sektion über Sektionsklauseln zu erfragen, wird nicht genutzt; die praktische Umsetzung ist entsprechend mangelhaft.
- Zu beobachten ist, dass das Aufklärungsgespräch nicht hinreichend institutionalisiert ist. Es ist nicht Bestandteil der medizinischen Ausbildung. Auch ist die Initiation der klinischen Sektion unzureichend formalisiert und standardisiert. Die Entscheidung, ob die Angehörigen nach ihrer Zustimmung zu einer Sektion gefragt werden, liegt zumeist beim je einzelnen behandelnden Arzt. Hat dieser kein Interesse an einer Sektion, wird es zu einer solchen auch nicht kommen.⁵ Das Aufklärungsgespräch wird darüber hinaus nirgendwo dokumentiert und es taucht auch im Verwaltungsakt an keiner Stelle auf. Es lässt sich entsprechend nicht nachvollziehen, wie viele Aufklärungsgespräche (unabhängig vom Ergebnis) geführt werden.
- Ärztliches Interesse an der Sektion (welches die Voraussetzung für die Initiation einer Sektionsanfrage darstellt) besteht offenbar vor allem dann, wenn sich der behandelnde Arzt nicht erklären kann, warum ein Patient verstorben ist – *und* er daran interessiert ist, dies aufzuklären. Die ursprüngliche Funktion der Sektion (Akkumulation

³ Mit Laien konnten bisher nur sehr wenige Interviews realisiert werden, da sich der Zugang als sehr schwierig herausstellte. Wir versuchen jedoch, weiteres qualitatives Material zu erheben.

⁴ Schwarze, Ernst-Wilhelm / Pawlitschko, Jörg: Autopsie in Deutschland. Derzeitiger Stand, Gründe für den Rückgang der Obduktionszahlen und deren Folgen, in: Deutsches Ärzteblatt, 43, 2003, A2802-2808.

⁵ Die einzelnen Gründe, warum Kliniker eine Sektion anfragen oder dies unterlassen, versuchen wir in einem nächsten Schritt mit Hilfe einer quantitativen Befragung zu eruieren (siehe unten).

medizinischen Wissens) scheint für die Kliniker heutzutage kaum von Relevanz zu sein.

- Es kann entsprechend keine Rede davon sein, dass Kliniker Sektionen als generellen Qualitätssicherungsmechanismus betrachten. Die Durchführung von Sektionen gehört nicht zur Standardprozedur nach Eintritt eines Todesfalles (wie z. B. das Ausfüllen eines Totenscheines).
- Findet eine Sektion statt und sollen Befunde demonstriert werden, kommt es hierbei häufig zu Koordinations- und Zeitproblemen zwischen Klinikern und Pathologen. Findet deshalb keine Befunddemonstration vor Ort statt, werden die Ergebnisse der Sektion schriftlich übermittelt. Der hierbei entstehende zeitliche Abstand kann dazu führen, dass der entsprechende Kliniker diese Befunde nicht angemessen zur Kenntnis nimmt. In der Folge wird er möglichen zukünftigen Sektionsergebnissen noch weniger Wert beimessen.
- Auch für die Pathologen selbst, die auf die Kliniker einwirken könnten um zu erreichen, dass Sektionen häufiger angefragt werden, nimmt die Sektion an Relevanz ab; sie steht jedenfalls nicht mehr allein im Zentrum des professionellen Selbstverständnisses. Den Großteil der Arbeit eines Pathologen nehmen heute dagegen Biopsien ein, wovon auch das Selbstbild der Pathologen nicht unberührt bleibt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass der gesamte Vorgang einer klinischen Sektion zu schwach institutionalisiert ist. In der fehlenden Verankerung der Frage um die Freigabe des Körpers zur Sektion in den Abläufen, die nach dem Versterben eines Patienten einsetzen, in der fehlenden Formalisierung und Standardisierung des Ablaufs, was dazu führt, dass es keine klaren und einheitlichen Strukturen gibt, dürfte ein entscheidender Grund für die geringe Anzahl durchgeführter Sektionen liegen.

Die wichtigsten Ergebnisse hinsichtlich der Frage nach den Ursachen für die rückläufige Sektionsquote, die wir im Umfeld des Krankenhauses (u. a. Rolle der Politik, Krankenkassen, berufsspezifischen Verbände und Gesellschaften) gefunden haben, sind:

- Es gibt keine eigenständige Vergütung für Sektionen. Die Kosten für Sektionen sind in der Kalkulation der einzelnen DRGs beinhaltet – es macht aber keinen Unterschied in der Vergütung eines Krankenfalles, ob eine Sektion stattfindet oder nicht. Das eher diffuse Kosten-Nutzen-Verhältnis der Sektion verschärft dann gerade vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen und zunehmender Sparzwänge die Frage, wozu Sektionen gut sind und ob sie durchgeführt werden sollen.
- Trotz der immer wieder betonten Relevanz der klinischen Sektion für die Qualitätssicherung ist diese laut Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen kein festgeschriebener Qualitätssicherungsmechanismus bzw. in der Qualitätsprüfung von der BQS abzufragender Indikator. Die klinische Sektion hat entsprechend offiziell keinen festgeschriebenen Status als Qualitätssicherungsmechanismus.
- Berufsverbände und berufsspezifische Gesellschaften betreiben offensichtlich zu wenig Öffentlichkeitsarbeit, um die Akzeptanz der klinischen Sektion zu fördern und auf diese Weise dem Absinken der Sektionsquote entgegenzuwirken (keine Diskussion über die Zulässigkeit von Werbung, keine flächendeckende Information der Bevölkerung, keine Initiative zur Festschreibung der Sektion als Qualitätssicherungsmechanismus⁶, kein Versuch der Etablierung von

⁶ Das wird allerdings gerade versucht, zumindest von einzelnen Pathologen (vgl. z. B. *Friemann*, Johannes (2010): Klinische Obduktionen. Praktisches Vorgehen, rechtliche Grundlagen und ethische Überlegungen, in: *Der Pathologe*, 31, S. 256-267.). Gelänge dieses Vorhaben und würde die Sektion entsprechend zum

Vorverfügungen). Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pathologie kommt in einer Fachzeitschrift noch 2008 zu dem Ergebnis: „In den letzten 10-20 Jahren ist es der Pathologenschaft in Deutschland nicht gelungen, das Fach entsprechend seiner Bedeutung in der Öffentlichkeit zu präsentieren“.⁷

- Weiterhin kann festgestellt werden, dass neben den Krankenkassen (siehe oben: fehlende eigenständige Vergütung der Sektion) auch politische Entscheidungsträger insgesamt sehr wenig Interesse für die Problematik der sinkenden Sektionsquoten aufbringen, was u. a. in dem fehlenden Gestaltungswillen (es gibt noch immer kaum gesetzliche Regelungen für die klinische Sektion) zum Ausdruck kommt.

4. Die Perspektive der Laien⁸

Sowohl in medizinischen Fachpublikationen als auch in den von uns durchgeführten Experteninterviews wird häufig von einer negativen Einstellung der Bevölkerung zur klinischen Sektion ausgegangen und diese dann als Hauptgrund für die rückläufige Sektionsquote angegeben. Um die Rolle der Angehörigen für die Sektionsquote zu prüfen, wurden von uns deutschlandweit 1.003 Bundesbürger im Alter ab 18 Jahren unter anderem zu folgenden Aspekten befragt: zu ihrer prinzipiellen Einstellung zur klinischen Sektion, zu ihrer Einstellung zur Sektion eines verstorbenen Angehörigen und zur Sektion ihres eigenen dereinst toten Körpers sowie zu ihrer tatsächlichen Entscheidung in der konkreten Situation, wenn es diese schon einmal gab.

Es konnte festgestellt werden, dass sich die große Mehrheit der Bundesbürger für klinische Sektionen aussprechen. 84 Prozent der Befragten waren prinzipiell dafür, dass klinische Sektionen durchgeführt werden. Lediglich zehn Prozent der Befragten lehnten dies ab. In Nord-, Süd- und Ostdeutschland lag die Zustimmung zur Sektion dabei etwas unter dem Durchschnitt (80 bis 82 Prozent), in Westdeutschland etwas darüber (90 Prozent). Jüngere Personen und Männer stimmten der Sektion etwas häufiger zu als ältere Befragte und Frauen. Befragte mit einem Hauptschulabschluss sowie Protestanten lehnten die Sektion eher ab als Befragte mit einem höheren Bildungsabschluss sowie Katholiken und Befragte ohne Konfessionszugehörigkeit. Der Großteil der Befragten zeigte sich bereit, sowohl den eigenen toten Körper (72 Prozent) als auch den Körper eines verstorbenen Angehörigen (im Durchschnitt 65 Prozent) zur klinischen Sektion freizugeben. 45 Prozent der Befragten waren nach eigenen Angaben noch nie in der Situation, in der sie über eine Sektion entscheiden mussten, da noch kein Angehöriger von ihnen im Krankenhaus gestorben war. Fast ebenso viele (40 Prozent) hatten zwar bereits einen Angehörigen im Krankenhaus verloren, wurden jedoch vom Arzt nicht nach einer Sektion gefragt. Lediglich fünf Prozent gaben an, dass schon einmal ein Angehöriger im Krankenhaus gestorben sei, sie vom Arzt nach einer Sektion gefragt wurden und dieser auch zugestimmt haben. Vier Prozent wurden nach dem Tod eines Angehörigen im Krankenhaus von einem Arzt nach einer Sektion gefragt und haben dies abgelehnt. Dass die Befragten sich bei Todesfällen nahestehender Personen selbst für eine Sektion ausgesprochen hätten, während der Arzt ihnen davon abriet, hat weniger als ein Prozent der Befragten erlebt.

Qualitätsindikator ernannt, wäre hierin eine Prozedur zu erkennen, die der Sektion den Weg zurück ins medizinische System ebnet. Ob dies gelingt, bleibt abzuwarten.

⁷ Dietel, Manfred: Pathologie. Wandlung tut Not, in: Der Pathologe 29, 2008, S. 97-99, hier S. 97.

⁸ Vgl. hierzu ausführlicher Kahl, Antje (2010): Klinische Sektionen: Umfrage zeigt allgemeine Zustimmung, in: Deutsches Ärzteblatt; 107 (50): A 2492-3 sowie Kahl, Antje: Der Niedergang der klinischen Sektion: Dysfunktionalität der Praxis statt Tabuisierung des toten Körpers (in Begutachtung).

Die Ergebnisse lassen folgende Schlüsse zu:

- Die grundsätzliche Einstellung der Laien gegenüber der klinischen Sektion ist überraschend positiv. Die Vorstellung der Desintegration des eigenen bzw. des nahestehenden toten Körpers scheint nicht abschreckend zu wirken. Die Hypothese, der Rückgang der klinischen Sektionsrate sei Ausdruck der Verdrängung oder Tabuisierung des Todes durch die Angehörigen bzw. Laien, lässt sich kaum aufrechterhalten. Im Gegenteil dürften die hohen Zustimmungsraten (auch, wenn diese hypothetisch zustande gekommen sind, also nicht gleichzusetzen sind mit der Entscheidung in der tatsächlichen Situation) eher ein Hinweis auf eine Enttabuisierung und Entdramatisierung im Umgang mit dem toten Körper sein.
- Dass die Einstellung der Angehörigen als Begründung für die niedrige Sektionsquote gelten kann, ist zu verneinen. Ihre Rolle als Entscheidungsträger kommt in der Praxis nicht wirklich zum Tragen, weil von den Klinikern so selten tatsächlich gefragt wird, ob eine Sektion stattfinden kann. Die abnehmende Sektionsquote ist entsprechend ein innermedizinisch-strukturelles Problem.⁹
- Wenn das Verhältnis von Zustimmung und Ablehnung in der Praxis ähnlich dem ist, wie es sich in der Befragung abzeichnet, bedeutet dies, dass eine ungefähr 50-prozentige Sektionsquote möglich wäre, wenn die Sektionsanfrage zur Standardprozedur im Zuge eines Todesfalls in einem Krankenhaus gehören würde.

Es lässt sich also feststellen, dass die klinische Sektion durchaus mit Legitimitätsproblemen zu kämpfen hat, allerdings nicht in erster Linie in der breiten Öffentlichkeit, sondern medizinintern und dies sowohl hinsichtlich ihrer Funktion als auch ihres Stellenwertes. Der Niedergang der Sektion ist nicht auf Ablehnung der Angehörigen zurückzuführen, sondern hat innermedizinische Gründe (*These der Dysfunktionalität der Praxis*).

Die Rolle des Aufklärungsgespräches als zentrale Entscheidungssituation wurde von uns im Vorfeld offenbar überschätzt. Vielmehr scheint es so zu sein, dass die vorgelagerte Entscheidung des Klinikers, ob er die Angehörigen eines Verstorbenen nach ihrer Zustimmung zu einer Sektion fragt oder nicht, von höherer Relevanz für die Sektionsquote ist. Aus diesem Grund erschien es notwendig, die Einstellung der Kliniker zur Sektion noch einmal genauer zu untersuchen.

5. Erweiterung der Datenbasis zur Perspektive der professionellen Akteure

Wie bereits beschrieben, haben wir es mit einer fehlenden Institutionalisierung des Aufklärungsgespräches zu tun, vor allem mit dessen Initiation: Ob die Zustimmung zu einer Sektion eingeholt wird oder nicht, liegt im Ermessen des einzelnen Arztes. Weil diese Gespräche bisher nicht teilnehmend beobachtet werden konnten, müssen wir uns für die Rekonstruktion eines solchen Gesprächsablaufs auf die Darstellungen der beteiligten professionellen Akteure verlassen. Dabei lässt sich zunächst feststellen, dass die eigentliche Gesprächssituation, die die Frage nach der Zustimmung zur Sektion beinhaltet, relativ kurz

⁹ Auf eine für die Sektionsquote eher untergeordnete Rolle der Angehörigen als Entscheidungsträger weisen auch Studien hin, in denen eine höhere Sektionsquote explizit angestrebt wurde. Diese zeigen, dass Sektionsquoten erhöht werden können, wenn dieses Ziel konsequent verfolgt wird – und zwar ausschließlich durch medizinische Akteure und über die Einflussnahme auf Faktoren innerhalb des Medizinsystems. Vgl. z. B. Lugli, A./Anabitare, M./Beer, J. H. (1999): Effect of simple interventions on necropsy rate when active informed consent is required, in: *Lancet*, 354, S. 1391 und Souza, V. L./Rosner, F. (1997): Increasing autopsy rates at a public hospital, in: *Journal of general internal medicine*, 12 (5), S. 315-317.

und standardisiert stattzufinden scheint. Zunächst fasst der Arzt den Krankheitsverlauf noch einmal zusammen und

„sagt woran derjenige vermutlich verstorben ist, sagt aber auch dann, dass man eben bestimmte Sachen in den Zusammenhängen vielleicht noch nicht ganz verstanden hat oder zumindest einem nicht klar ist, warum es dann jetzt, nachdem es erst besser wurde, dann wieder plötzlich ganz ... zu ner starken Verschlechterung gekommen ist und dass wir eben bestimmte Sachen nicht verstanden haben bzw. wir uns nicht erklären können, dass wir deswegen gerne eine Obduktion durch den Pathologen hätten“ (aus einem Interview mit einem Arzt).

Dieser Frage wird im nächsten Zug von den Angehörigen zugestimmt oder sie wird abgelehnt. Die Zustimmung scheint dabei ohne weitere Zusätze zu erfolgen, wogegen eine Ablehnung mit einer Begründung versehen wird, z. B. dass der Verstorbene das nicht gewollt hätte oder die Angehörigen der Meinung sind, der Verstorbene hätte bereits genug durchgemacht. Wenn kein großes Interesse der Kliniker an einer Sektion besteht, ist die die Sektion betreffende Gesprächssituation damit beendet. Besteht dagegen großes Interesse an einer Sektion auf Seiten der Kliniker, dann wird bei einer Ablehnung durch die Angehörigen eventuell nachgehakt.

Da wir nun vermuten, dass die Entscheidung des Klinikers, ob er die Angehörigen eines Verstorbenen nach ihrer Zustimmung zu einer Sektion fragt oder nicht, von zentraler Relevanz für die Sektionsquote ist, werden wir in einem nächsten Schritt diese Entscheidungssituation genauer untersuchen. Zu diesem Zweck haben wir einen Fragebogen entwickelt, in welchem u. a. die Motive für oder gegen die Initiation der Bitte um die Freigabe des toten Körpers eruiert werden. Darüber hinaus wird die Einschätzung der Situation des Aufklärungsgesprächs durch die Kliniker erfragt.

6. Fazit

Die klinische Sektion hat mit Legitimitätsproblemen zu kämpfen – sowohl hinsichtlich ihrer Funktion, ihres Stellenwertes als auch ihrer Akzeptanz. Legitimitätsprobleme lassen sich jedoch vor allem bei den professionell beteiligten Akteuren (Pathologen, Kliniker) feststellen – sie lassen sich hingegen nicht für die Laien/ in der breiten Öffentlichkeit diagnostizieren. In der Bevölkerung gibt es wider Erwarten keine verbreiteten Vorbehalte gegenüber der Öffnung toter Körper. Die Gründe für den Rückgang der Quote klinischer Sektion sind entsprechend innermedizinischer Art. Es scheint so zu sein, dass es einfach zu wenig Interesse an der klinischen Sektion gibt und der tote Körper als Erkenntnisobjekt für die moderne Medizin an Relevanz verliert. Ließ Michel Foucault in seiner Studie über die *Geburt der Klinik* den Beginn der modernen klinischen Medizin noch mit der „Wiederentdeckung“ der Anatomie zusammenfallen und war somit die Herausbildung des ärztlichen Blicks durch den Blick ins Innere des menschlichen (toten) Körpers bedingt,¹⁰ so muss heute festgestellt werden, dass die klinische Sektion diese prominente Stellung innerhalb des Medizinsystems nicht mehr einnimmt. Die klassische Funktion der Sektion, die Akkumulation medizinischen Wissens, nimmt in ihrer Relevanz ab, was zum einen damit zusammenhängt, dass das medizinische Wissen ist heute viel fortgeschrittener ist als zu Beginn der modernen klinischen Medizin. Vor allem die fortschreitende Entwicklung labormedizinischer, medizintechnischer und bildgebender Verfahren führt dazu, dass immer mehr Wissen über einen Patienten zu Lebzeiten generiert werden kann, als es jemals zuvor in der Geschichte der Medizin der Fall war. Sogar in der Fachliteratur wird die Relevanz der gegenwärtigen Pathologie mittlerweile v. a. über den „Dienst am lebenden Patienten“ hergestellt.¹¹ Die feste Verankerung der

¹⁰ Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt/Main, 1988, hier S. 160ff.

¹¹ Dietel, Manfred: Pathologie. Wandlung tut Not, in: Der Pathologe 29, 2008, S. 97-99.

Sektion in den Abläufen, die nach dem Eintreten des Todes stattfinden, fehlt heute. Der Funktionswandel hin zum etablierten Qualitätssicherungsmechanismus scheint (noch) nicht zu gelingen. Und politisches Desinteresse führt dazu, dass es noch immer keine flächendeckende gesetzliche Regelung der klinischen Sektion gibt.

Hinsichtlich der These der Enttabuisierung des Todes kann abschließend festgestellt werden, dass diese aufrechterhalten werden kann. Allerdings verläuft die Grenze zwischen Tabuisierung und Enttabuisierung nicht wie angenommen zwischen der klinischen Sektion auf der einen Seite (Rückgang der Quote aufgrund einer Tabuisierung) und der forensischen und der anatomischen Sektion bzw. der Plastination (mediale Präsenz und Zunahme der Körperspender als Ausdruck der Enttabuisierung) auf der anderen Seite. Stattdessen muss nun angenommen werden, dass die relevante Grenze nicht die zwischen Tabuisierung und Enttabuisierung ist, sondern die zwischen der Lebenswelt bzw. der lebensweltlichen Perspektive der Laien auf der einen Seite und dem Medizinsystem auf der anderen Seite. Für die Lebenswelt lässt sich feststellen, dass eine Enttabuisierung stattfindet – und zwar sowohl hinsichtlich der klinischen Sektion (vgl. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung) als auch hinsichtlich der forensischen und der anatomischen Sektion bzw. der Plastination (vgl. Erfolg der medialen und musealen Darstellungen sowie die Zunahme der Körperspender). Die Diagnose der Popularisierung der forensischen wie der anatomischen Sektion bzw. der Plastination lässt sich auf die klinische Sektion zumindest insofern übertragen, als zumindest festgestellt werden kann, dass diese in der breiten Bevölkerung bei weitem nicht so unpopulär ist, wie zunächst angenommen.¹² Die Popularisierung der klinischen Sektion lässt sich sogar im Zeitvergleich feststellen: 1973 gaben nämlich nur 64% der Befragten an, zur Klärung der Todesursache einer Sektion zuzustimmen.¹³ Die Einstellung der Bevölkerung hat sich entsprechend im Vergleich zu früher sogar noch verbessert. Der Rückgang der klinischen Sektion ist vor allem auf Veränderungen im institutionellen Bereich des Medizinsystems zurückzuführen (systemimmanente Legitimationsprobleme, Wechsel des medizinischen Blicks). In diesem Zusammenhang macht es jedoch wenig Sinn, von einer Tabuisierung zu sprechen (auch, wenn gemeinhin die Auslagerung des Todes ins Krankenhaus als institutionelle Komponente der Tabuisierungsthese angesehen wird). Stattdessen dürfte es sich um eine gewisse Dysfunktionalität der klinischen Sektion innerhalb des Medizinsystems handeln.¹⁴ Diese These lässt sich dann wiederum gewissermaßen auch auf die anderen Sektionsformen übertragen (Schließung gerichtsmedizinischer Institute und Nachlassen der Relevanz anatomischer Sektionskurse während des Medizinstudiums). Mit anderen Worten: Wir beobachten zum einen eine Enttabuisierung aller Sektionsformen und somit die Popularisierung dieser wissenschaftlicher Praxen in der breiten (medialen) Öffentlichkeit und gleichzeitig zum anderen den Rückgang aller Sektionsformen bzw. ihrer praktischen Relevanz in der wissenschaftlichen Praxis.

Konnten wir für den Fall der klinischen Sektion des toten Körpers beobachten, dass sie für den Dienst am Leben ihre Bedeutung immer mehr verliert und sich die Medizin von der Leiche zurückzieht, ist für den Bereich der Transplantationsmedizin das genaue Gegenteil der

¹² Vgl. hierzu und zu der Annahme einer „zunehmende[n] Scheu vor der Sektion“ auf Seiten der Bevölkerung ausführlicher *Knoblauch, Hubert/Kahl, Antje: Der gespaltene Leichnam. Die zwei Seiten des Todes, die Obduktion und der Körper*, in: Müller, Michael (Hrsg.): *Körper Haben*. Wiesbaden (im Erscheinen).

¹³ Vgl. Brugger, Claudia/Kühn, Hermann (1999): *Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht*. Stuttgart, S. 119.

¹⁴ Vgl. *Timmermans, Stefan (2006): Postmortem. How medical examiners explain suspicious deaths*. Chicago/London.

Fall. Diese rückt gerade den Tod ins Zentrum der Medizin.¹⁵ Dass also die Relevanz des toten Körpers im Medizinsystem abnimmt, kann nicht komplett verallgemeinert werden, da er (als *hirntoter Körper*) für das Transplantationssystem von zentraler Relevanz ist – jedoch ganz anders, als von Foucault beschrieben.

¹⁵ Vgl. *Schneider, Werner* (2001): Vom schlechten Sterben und dem guten Tod – Die Neu-Ordnung des Todes in der politischen Debatte, in: *Schlich, Thomas/Wiesemann, Claudia* (2001): Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 279-317, hier S. 311f.