

## **Schwerste chronische Organbefunde im sanitätspolizeilichen Obduktionsgut – ein medizin-soziologischer Beitrag**

**G. Bauer und W. Thurner**

Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Wien, Sensengasse 2, A-1090 Wien,  
Österreich

### **Grave Chronic Findings in Organs at Public Health Autopsies**

#### **A Medicosociological Point of View**

**Summary.** At the Vienna Institute, in the year 1986, 79 carcinoma findings were recorded in 1736 cases of natural death. The most common were carcinomas of the respiratory and gastrointestinal tracts. Seventeen unidentified tumors were found to have been the cause of death. Public health autopsies, therefore, contribute to the clarification of tumor disease and thus to cancer statistics. Although diagnosed fatal cancer cases correspond to only 0.33% of all cancer deaths in Vienna, the question arises why a patient with very advanced cancer is not under medical care and why the affliction is revealed only in autopsy, the purpose of which is to elucidate sudden, unexpected deaths. The comparatively few individual cases should nevertheless give cause for reflection and are discussed from a medicosociological view, taking into consideration the statistical and epidemiological data relating to cancer diseases.

**Key words:** Carcinoma findings – Public health autopsies – Cancer deaths – Cancer epidemiology – Medicosociology

**Zusammenfassung.** Am Wiener Institut fanden sich 1986 unter 1736 natürlichen Todesfällen 79 Karzinombefunde. Am häufigsten waren die Atemwege und der Magen-Darmtrakt betroffen. Siebzehn unbekannt gebliebene Tumoren wurden als Todesursache aufgedeckt. Die sanitätspolizeiliche Obduktion nimmt daher auch an der Aufklärung von Tumorerkrankungen Anteil und leistet einen Beitrag zur Krebsstatistik. Die aufgedeckten Krebserkrankungen entsprechen zwar nur 0,33% der gesamten Krebsmortalität in Wien. Dennoch scheinen Überlegungen geboten, warum ein Patient mit bereits weit fortgeschrittener Krebserkrankung nicht in ärztliche Behandlung

kommt, und sein Leiden erst bei einer Autopsie aufgedeckt wird, die der Aufklärung plötzlicher, unerwarteter Todesfälle dienen soll. Die vergleichsweise wenigen Einzelfälle sollten daher zum Nachdenken Anlaß geben und werden aus medizinsoziologischer Sicht unter Berücksichtigung statistischer und epidemiologischer Daten zur Krebserkrankung diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Krebsbefunde – Sanitätspolizeiliche Obduktion – Krebsmortalität – Krebsepidemiologie – Medizinsoziologie

## Einleitung

Beim sogenannten plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache überwiegen die kardiovaskulären Erkrankungen. Auffallen müssen schwerste und chronische Organbefunde vor allem auch dann, wenn wir in der dürftigen Anamnese Vermerke lesen wie „war nie krank“ oder „war nie beim Arzt“, etwa bei einer fortgeschrittenen Leberzirrhose oder bei einem Cor bovinum. Gegenüber entzündlichen, degenerativen, oder arteriosklerotisch bedingten pathologisch-anatomischen Veränderungen sind Karzinomerkrankungen nach Auswahl und Zuordnungskriterien besser definierbar, vergleichbar und daher auch besser auswertbar. Zur gegenständlichen Untersuchung haben wir daher die Tumorfälle herausgegriffen.

## Die Tumoren im sanitätspolizeilichen Sektionsgut

Im Jahr 1986 wurden am Wiener Institut über 2000 sanitätspolizeiliche Obduktionen durchgeführt, davon in 1736 Fällen ein natürlicher Tod festgestellt und 79mal ein Karzinombefund erhoben, was 4,6% entspricht. Die Erfassung der erhobenen Befunde und die Auswertung der weiteren Patientendaten erfolgten computergestützt [6, 18].

Am häufigsten waren Karzinome der Atemwege mit 32, gefolgt vom Magen-Darmkrebs mit 29 Fällen. Nach der Vorgeschichte wurde in bekannte und nicht bekannte Tumoren eingeteilt. Insgesamt 39 Karzinomfälle sind bis zum Tod unbekannt geblieben, die meisten bekannten Neubildungen betrafen die Atemwege, die meisten nicht bekannten Tumoren den Magen-Darmtrakt (Tabelle 1).

Es wurde zwischen tödlichen und nicht tödlichen Befunden unterschieden, je nachdem, ob der Tumor autoptischer Hauptbefund war. Achtunddreißig Tumoren stellten auch die Todesursache dar, entsprechend 2,2% Krebsmortalität bei den natürlichen Todesfällen im sanitätspolizeilichen Obduktionsgut des Jahres 1986.

Ein Karzinom wurde bei 44 Männern und 35 Frauen diagnostiziert. Bei Aufschlüsselung nach Lokalisation und Geschlecht dominiert bei den Männern mit 57% das Atemwegskarzinom, während bei den Frauen der Magen-Darmkrebs mehr als das Doppelte der Atemwegstumoren ausmacht.

Den Männern war ihr Krebsleiden viel häufiger bekannt als den Frauen. Unter den aus der Vorgeschichte bekannten 40 Karzinomfällen fanden sich 27 Männer und 13 Frauen.

**Tabelle 1.** Krebsbefund nach Lokalisation und Vorgeschichte

Lokalisation	Bekannt	Nicht bekannt
Atemwege	20 (62,5%)	12
Intestinaltrakt	12 (41,4%)	17
Andere	8 (44,4%)	10
Gesamt ( $n = 79$ )	40 (50,6%)	39 (49,4%)

Als typische Konstellation ergibt sich also der bereits zu Lebzeiten diagnostizierte Lungenkrebs des Mannes und das erst bei der Obduktion aufgedeckte Magen-Darmkarzinom der Frau.

### Vergleich mit der allgemeinen Krebsstatistik

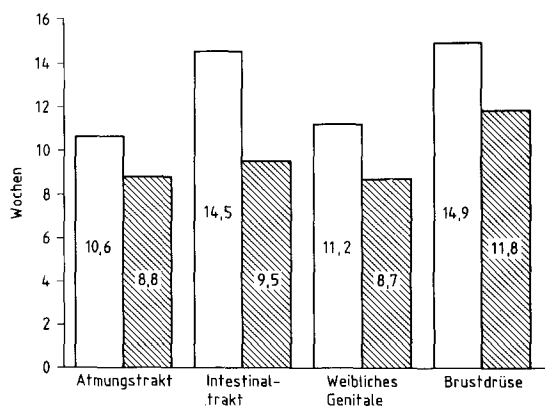
Die Tumoren als Todesursache beim plötzlichen Tod wurden, soweit als möglich, aus der Literatur zusammengestellt [2, 11, 13, 14, 17, 19, 20]. Vor allem wenn man auf die vergleichbaren Kollektive abstellt, sind diese Befunde bis in die siebziger Jahre – 3,8% 1976 – angestiegen und haben seither an Häufigkeit, und zwar offenbar beträchtlich, auf 2,2% im Jahr 1986 abgenommen.

Die Gesamtkrebsmortalität ist im Wiener Raum von 1913 bis 1985 von 7,8 auf 21,4% angestiegen [5, 8], somit nahezu auf das Dreifache. Dem würde die relative Zunahme im sanitätspolizeilichen Obduktionsgut entsprechen. Seit den siebziger Jahren ist eine leicht fallende Tendenz bei den Karzinomerkrankungen zu beobachten. Der überproportionale Abfall in unserem Sektionsgut von 3,8% – 1976 auf 2,2% – 1986 ist dadurch allein aber nicht erklärbar.

Die Krebsstatistik des Jahresberichtes über das Gesundheitswesen in Österreich enthält auch eine Tabelle, in welcher die Ersterkrankungen nach Lokalisation, Zeitraum zwischen ersten Anzeichen und erster Untersuchung und Tumorstadium aufgelistet sind [3, 4]. Daraus wurde die mittlere Zeitspanne in Wochen berechnet, nach der der Patient den Arzt erstmals aufgesucht hat. Dabei konnte gezeigt werden, daß die Menschen heute früher als vor 10 Jahren zum Doktor gehen (Abb. 1). Diese Erkenntnis könnte eine weitere Erklärung dafür bieten, daß die Häufigkeit der Tumoren im sanitätspolizeilichen Obduktionsgut innerhalb der letzten 10 Jahre überproportional – verglichen mit der Gesamtkrebsmortalität – zurückgegangen ist.

Manche Befunde sind aus unserem Beobachtungsgut völlig verschwunden, wie z. B. der Schädel-Hirntumor. Weyrich (1932) fand in den zwanziger Jahren 9%, Möller (1928) in seinem Material sogar 23% derartiger Tumoren. 1986 war kein einziges Gliom dabei.

Es wurde auch ein Vergleich mit dem Sektionsgut einer großen Pathologie gezogen, wo pro Jahr etwa 80 klinisch unerkant gebliebene Tumoren erst autoptisch diagnostiziert wurden [1]. An unserem Institut wurden 1986 17 unbekannte Tumoren als Todesursache verifiziert. An dieser Zahlenrelation sieht man, daß an der Aufklärung von Tumorerkrankungen auch die sanitätspolizei-



**Abb. 1.** Durchschnittlicher Zeitraum zwischen ersten Anzeichen und erster Untersuchung je nach Tumorlokalisation in Wochen.

□ 1976; ▨ 1986

liche Obduktion einen Anteil nimmt, im weiteren Sinn an der Krebsstatistik überhaupt.

### Diskussion und Interpretation

Die 1986 aufgedeckten 17 unbekannt gebliebenen Tumoren als Todesursache entsprechen lediglich 0,33% der gesamten Krebsmortalität in Wien. Somit wird nahezu jeder derartige Befund in Österreich heute schon zu Lebzeiten erhoben. Diese Tatsache spricht nicht unbedingt für eine optimale medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung, aber dafür, daß Menschen mit ernstesten oder länger anhaltenden Beschwerden letztlich doch einen Arzt aufsuchen. Die vergleichsweise wenigen Einzelfälle, deren Leiden erst durch die Obduktion bekannt wurden, repräsentieren aber eindrucksvoll und unübersehbar jene Personen, die auch heute noch trotz bestehender schwerer Krankheit eine medizinische Versorgung nicht in Anspruch nehmen können oder wollen.

Das Durchschnittsalter der Patienten mit bekanntem Tumoren lag bei 67 Jahren, während die Personen, deren Krebsleiden erst autopsisch verifiziert wurde, durchschnittlich 75 Jahre alt geworden waren. Wir wissen, daß die Allgemeinpraxen heute zu 60% von über Sechzigjährigen frequentiert werden [10]. Die Kommunikation mit dem alten Menschen ist jedoch schwierig. Ein Karzinom läßt sich bei alten Patienten schwerer aufdecken, da sich Beschwerden und Symptome schwieriger interpretieren und zuordnen lassen [15]. Junge Patienten haben, wenn sie an Krebs erkrankt sind, meist nur diese eine Krankheit. Umgekehrt sind gerade alte Krebskranke oft ausgesprochen angepaßt, wollen sozial erwünscht sein, fürchten, zur Last zu fallen und verschweigen ihre Beschwerden. Viele wollen auch einer Einweisung in das Krankenhaus entgehen. Nicht ganz zu Unrecht, denn bei einer retrospektiven Untersuchung 3 Jahre nach empfohlener Verlegung in ein Heim war gerade jenes Drittel noch am Leben, das trotz ärztlicher Empfehlung zu Hause geblieben war, oder das Heim nach kurzer Zeit wieder verlassen hatte [10].

Aus medizin-soziologischen Untersuchungen wissen wir, daß etwa 15% der Bevölkerung eine Unterstützung durch soziale Bezugspersonen ablehnt und

letztlich auch nur wenig Bereitschaft zeigt, Hilfe von anderen Personen anzunehmen [9]. Auch gibt es mittlerweile eine große Zahl von Personen, die bewußt die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen vermeidet [9].

Elisabeth Kübler-Ross (1986) hat uns in ihren Interviews mit Krebspatienten sehr deutlich die Phase des „Nicht-wahrhaben-wollens“ gezeigt. Diese Phase kann sehr stark ausgeprägt sein, etwa dann, wenn der Patient zu früh über die Wahrheit aufgeklärt worden ist, z. B. durch jemanden, der dieses Aufklärungsgespräch „schnell hinter sich“ haben wollte.

Gersuny (1884) hat schon im vorigen Jahrhundert darauf hingewiesen, daß die allzu große Offenheit des Arztes dem Kranken gegenüber in unheilbaren oder verlorenen Fällen zwar eine Grausamkeit sei, dann aber doch ohne üble Wirkung bleiben könne, wenn der Kranke das Ungünstige einfach nicht glaubt. Denn zuweilen sucht der Patient so lange, bis er einen Arzt findet, der ihm sein Leiden als gering darstellt. Nightingale (1858) hat beobachtet, daß der Patient durch seine Krankheit den Bezug zur Realität verlieren und in eine krankheitsbedingte Regression verfallen kann. Damit wird auch eine völlige Negation möglich, vergleichbar etwa Schwangeren, die sich bis zum Ende der Gravidität ihres Zustandes nicht bewußt wurden bzw. diesen Zustand eben vielleicht auch „nicht wahr haben wollten“.

## Schlußfolgerung

Letztlich muß offenbleiben, warum diese Karzinompatienten zu Hause blieben und medizinisch unversorgt starben. Vor allem sind wohl die Besonderheiten des betagten Patienten ausschlaggebend. Katamnestiche Untersuchungen der Einzelfälle würden uns sinnvoll und zweckmäßig erscheinen. Unberührt von jeder Analyse bleibt aber die Tatsache, wie von Elisabeth Kübler-Ross (1986) eindrucksvoll dargelegt, daß das Sterben heute grausamer ist als früher, und mit dem Transport in das Krankenhaus eine lange Leidenszeit beginnt, der sich vielleicht mancher unserer Karzinompatienten entziehen wollte.

## Literatur

1. Bankl H, Krepler R (1971) Das klinisch fehldiagnostizierte Karzinom. Wiener Klin Wochenschr 83:1-5
2. Boltz W (1961) Jahresbericht 1959. Beitr Gerichtl Med 21:221-256
3. Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz in Zusammenarbeit mit dem österreichischen statistischen Zentralamt (Hrsg) (1978). Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1976. Ueberreuter, Wien
4. Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz in Zusammenarbeit mit dem österreichischen statistischen Zentralamt (Hrsg) (1986). Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1985. Ueberreuter, Wien
5. Bureau der K. K. statistischen Zentralkommission (Hrsg) (1918). Bewegung der Bevölkerung Österreichs im Jahre 1913. Kaiserlich-Königliche Hof- und Staatsdruckerei, Wien
6. Dorda W, Laminger B, Reichetzedler Ch, Sachs P (1985) Computereinsatz zur Analyse medizinischer Daten: Die Auswertungssysteme WAMAS und WAMASTAT. In: Koller G, Reichert PL, Überla K (Hrsg) Medizinische Informatik und Statistik, Bd 59. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 251-291

7. Gersuny R (1884) *Arzt und Patient, Winke für beide*, 5. Aufl. Enke, Stuttgart
8. Gesundheitsamt der Stadt Wien (1986) *Gesundheitsbericht für Wien 1985*
9. Grunow D (1986) *Selbst- und Laienhilfe in der Praemedizinischen Phase*. In: Schaefer H, Sturm E (Hrsg) *Der kranke Mensch*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 194–208
10. Irniger W (1986) *Probleme im Umgang mit betagten Patienten in der täglichen Praxis*. In: Kielholz K, Adams C (Hrsg) *Der alte Mensch als Patient*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich, S 31–49
11. Koopmann H (1926) *Über den plötzlichen Tod aus natürlichen Ursachen*. Dtsch Z Gesamte Gerichtl Med 8:91–115
12. Kübler-Ross E (1986) *Interviews mit Sterbenden*, 13. Aufl. Mohn, Gütersloh
13. Lochte (1904) *Beobachtungen über den plötzlichen Tod aus inneren Ursachen*. Vierteljahresschr Gerichtl Med Oeff Sanitätswes 27: 1–30
14. Möller P (1928) *Die Geschwulstfrage in ihrer gerichtsärztlichen Bedeutung*. Beitr Gerichtl Med 7: 49–82
15. Nagel GA, Mönch H (1986) *Psychosoziale Implikationen bei alten Patienten mit malignen Tumoren*. In: Kielholz P, Adams C (Hrsg) *Der alte Mensch als Patient*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich, S 65–75
16. „Notes on nursing“ (dt Übers)
17. Pollak ST, Köberl D (1978) *Mortalitätsstatistik des sanitätspolizeilichen Obduktionsgutes – ein Anwendungsgebiet der Klartextanalyse*. Beitr Gerichtl Med 36:175–189
18. SAS Institute INC (1985) *SAS User's Guide: Basics*, 5th ed. Cary, NC, USA
19. Schneider WH (1923) *Ursachen des sogenannten „plötzlichen“ Todes*. Dtsch Z Gesamte Gerichtl Med 2:293–309
20. Weyrich G (1932) *Statistische Untersuchungen über den plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache beim Erwachsenen*. Beitr Gerichtl Med 12:146–237

Eingegangen am 8. Oktober 1987