

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1446–1451  
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-03044-3>  
 Online publiziert: 11. November 2019  
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil  
 von Springer Nature 2019



Klaus Weckbecker<sup>1</sup> · Markus Bleckwenn<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

<sup>2</sup> Institut für Hausarztmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Bonn, Deutschland

# Leichenschau und Todesbescheinigung durch den Hausarzt: Probleme beim Bescheinigen vor Ort

## Einleitung

Durch die Leichenschau muss der Arzt, neben der sicheren Feststellung des Todes und des Todeszeitpunktes, die Todesart diagnostizieren, die natürlich, nichtnatürlich oder ungeklärt sein kann. Auch müssen übertragbare Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz gemeldet werden [1]. Über die Hälfte der Menschen versterben im Krankenhaus, während ca. 23 % zu Hause und 19 % im Pflegeheim versterben. Zählt man die Sterbefälle im Hospiz hinzu, erfolgt etwas weniger als die Hälfte aller Leichenschauen außerhalb der Klinik [2].

Außerhalb der Klinik ist in der Regel der behandelnde Hausarzt für die Leichenschau verantwortlich. Er kennt die aktuelle und die persönliche Anamnese, die aktuellen Befunde und möglichen Umstände des Todeseintritts und ist somit für die Leichenschau kompetent [1]. Dennoch bestehen für ihn bei der Bescheinigung vor Ort spezifische Probleme [2].

Der Hausarzt befindet sich zum Zeitpunkt der Leichenschau meist nicht im ärztlich geprägten und geschützten Umfeld eines Krankenhauses, sondern am Sterbeort in der Häuslichkeit des Verstorbenen [3]. Er muss bei der Leichenschau vor Ort mit den zur Verfügung stehenden Informationen und diagnostischen Mitteln den Tod, die Todesart und die Todesursache feststellen. Die S1-Leitlinie „Regeln zur Durchführung der ärztlichen

Leichenschau“ [4] fasst die Empfehlungen zur praktischen Durchführung zusammen (siehe auch Beitrag von Schmelting et al. in diesem Heft). Gleichzeitig muss der Hausarzt auf das häusliche Umfeld Rücksicht nehmen. Die Rolle des Hausarztes ist immer auch mit der Erwartung verknüpft, dass er sich auch in der Situation der Leichenschau der Angehörigen annimmt, die sich in einer extremen Lebenssituation befinden. Schließlich ist der Hausarzt oft auch Behandler der Familie [5, 6]. Diese vielfältigen Anforderungen und die daraus entstehenden Probleme sollten offen kommuniziert werden und bei der Beurteilung der Leichenschau außerhalb der Klinik und der sich u. a. aus ihr ergebenden Todesfallstatistik beachtet werden.

## Position des niedergelassenen Arztes bei der Leichenschau

Die Leichenschau ist eine ärztliche Aufgabe. In den meisten Bundesländern sind alle Ärzte, also auch die niedergelassenen verpflichtet, eine Leichenschau durchzuführen. Studien belegen aber, dass niedergelassene Ärzte sich nicht ausreichend qualifiziert fühlen. Trotzdem müssen sie die Leichenschau – meist allein und ohne weitere Unterstützung – ausführen [7, 8]. Die Untersuchungstechniken der Leichenschau sind spezifisch. Der Arzt kann nur sehr bedingt seine Erfahrungen in der klinischen Medizin am Lebenden auf die Situation der Leichenschau übertragen. Studien zur Übereinstimmung zwi-

schen durch Leichenschau diagnostizierter Todesursache und durch Obduktion gesicherter postmortaler Diagnose zeigen, dass diese auch im Krankenhaus nur in etwa der Hälfte der Fälle übereinstimmen [9, 10]. Die Übereinstimmung sinkt im ambulanten Bereich sogar noch weiter, was nicht überrascht, da im häuslichen Umfeld meist weniger aktuelle Befunde zur Einschätzung der Lage zur Verfügung stehen [9, 10]. Die Herausforderung der Leichenschau ist dem niedergelassenen Arzt durchaus bewusst. Trotzdem wird die Leichenschau kaum speziell geschult oder praktisch gelehrt – weder in der Weiterbildung zum Facharzt noch in der Fortbildung der niedergelassenen Ärzte [8]. In kaum einem anderen Bereich werden Professionelle ohne intensive praktische Schulung einer solch schwerwiegenden und anspruchsvollen Situation allein ausgesetzt. Erste Ansätze zur Verbesserung der Situation bestehen in den Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin, die das Thema Leichenschau in ihr Curriculum aufnehmen [7].

Grundsätzlich sind drei unterschiedliche Szenarien denkbar, die zu einer Leichenschau durch den niedergelassenen Arzt führen [11]:

- a) Ein dem niedergelassenen Arzt aus persönlicher Behandlung bekannter Patient verstirbt zu Hause oder in der Dauerpflege. Der Hausarzt kann sich auf seine Kenntnisse über den Patienten, den Krankheitsverlauf und die Todesumstände stützen.

- b) Ein von dem niedergelassenen Arzt in der Kurzzeitpflege betreuter Patient verstirbt. Der Hausarzt kann nicht auf die persönlich mit dem Patienten erlebte Vorgeschichte, auf die sogenannte „erlebte Anamnese“ zurückgreifen. Meist liegen jedoch Befunde von stationären Behandlungen vor. Der Arzt kann sich auf diese schriftlich vorliegenden Informationen berufen.
- c) Im Bereitschaftsdienst oder in der Urlaubsvertretung wird der niedergelassene Arzt zu einem Verstorbenen gerufen, den er nicht persönlich behandelt hat. In dieser Situation fehlt oft der Zugang zu den notwendigen Informationen. Der niedergelassene Arzt, der die Leichenschau durchführt, ist in dieser Situation nicht mehr der zuletzt behandelnde Arzt. Der sonst besonders wichtige Vorteil des niedergelassenen Arztes als letzter Behandler existiert in dieser Situation nicht.

Ein Aspekt der Leichenschau vor Ort ist die Honorierung. Auch bei hohen Anforderungen an die fachliche Qualifikation und unverzüglicher Ausführung kann die Leichenschau nach der Gebührenordnung für Ärzte ausschließlich mit der Gebührensatznummer 100 (je nach eingesetztem Steigerungssatz maximal 51,00 €) abgerechnet werden. Bei unklaren Erbverhältnissen und ausgeschlagenem Erbe wird dieser Betrag oft nicht gezahlt.

Notärzte können sich auf die Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung ohne Ursachenfeststellung beschränken. Durch diese Regelung soll der Notarzt möglichst schnell wieder für Notfälle verfügbar sein. Gleichzeitig entkoppelt die vorläufige Todesbescheinigung die Feststellung des Todes von der Leichenschau, in der die Todesart und auch die Todesursache dokumentiert werden [1].

### Keine bundeseinheitliche digitale Todesbescheinigung

Die Leichenschau und die daraus hervorgehende Todesbescheinigung sind nicht bundeseinheitlich geregelt und erfolgen im Gegensatz zu anderen europäischen

Ländern papiergebunden im Durchschlagverfahren und nicht digital. Der im Grenzgebiet zweier Bundesländer niedergelassene Arzt muss sich mit zwei unterschiedlichen Dokumenten vertraut machen und stets beide mitführen. Eine menügeführte digitale Dokumentation könnte bei nichtplausiblen Einträgen direkt eine Fehlermeldung geben und Ausfüllhilfen einblenden. Sie existiert in Deutschland aber noch nicht (siehe auch Beitrag von Eckert et al. in diesem Heft zum Thema Entwicklung einer elektronischen Todesbescheinigung).

### Zeitpunkt der Durchführung der Leichenschau

Die erste Funktion der Leichenschau ist die sichere Feststellung des Todes durch den Arzt. Daher sollte sich gerade im ambulanten Bereich, wo die Alarmierung meist durch Laien erfolgt, der Arzt auf dem schnellsten Wege zur Leichenschau begeben, um sicherzustellen, dass die Person verstorben ist und nicht fälschlicherweise für tot gehalten wird und in Wirklichkeit auf ärztliche Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus regeln die Bestattungsgesetze einheitlich, dass die Leichenschau unverzüglich ausgeführt werden muss, auch wenn der Arzt davon ausgeht, dass die Person verstorben ist. Auf der anderen Seite ist die Akutbehandlung von Lebenden, insbesondere wenn sie notfallmäßig notwendig ist, vorrangig. Hier ergeben sich für den niedergelassenen Arzt konkurrierende Vorgaben: die möglichst rasche Behandlung von Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen zum Beispiel in der Praxis, die umgehende Klärung, ob eine Person verstorben ist, und die durch das Bestattungsgesetz vorgegebene, unverzügliche Durchführung der Leichenschau. Erschwerend kann hinzukommen, dass bei einer sehr raschen Ausführung der Leichenschau sichere Todeszeichen noch nicht eingetreten sind und der Arzt entweder bis zum Eintreten der Leichenflecke warten oder die Leichenschau – nach Ausschluss einer Notfallsituation – bei einem weiteren Besuch durchführen muss.

### Probleme aufgrund der örtlichen Situation

Bei der Durchführung der Leichenschau im häuslichen Umfeld, was auch eine Pflegeeinrichtung sein kann, sind die Bedingungen nicht vergleichbar mit der Durchführung einer Leichenschau in der Rechtsmedizin [11]. Auf der einen Seite hat die Auffindsituation eine ganz entscheidende Bedeutung sowohl für die Feststellung der Todesart als auch für die Feststellung der Todesursache. Viele Informationen über den Sterbeort, der immer auch ein Unfall- oder Tatort sein kann, gehen verloren, wenn der Leichnam transportiert wird.

Auf der anderen Seite befindet sich der Leichnam oft in einer für eine Leichenschau ungünstigen Position. Der Leichnam ist meist nicht entkleidet. Die Lichtverhältnisse entsprechen oft nicht den Anforderungen einer Leichenschau. Gerade die Beurteilung der Farbe der Leichenflecke kann durch ungeeignete Lichtquellen massiv gestört werden [11]. Idealerweise erfolgt die Leichenschau bei Tageslicht oder gleichwertigem künstlichen Licht. Der die Leichenschau durchführende Arzt ist in der Regel allein. Die Entkleidung und Inspektion der gesamten Haut kann allein aus physischen Gründen unmöglich sein. Das Entkleiden und Wenden eines Leichnams erfordert meist die Kraft von zwei Personen. Auch hat der Arzt keine Möglichkeit, bei Unsicherheit oder Fragen einen zweiten, sachkundigeren oder spezialisierten Arzt hinzuzuziehen. Dies unterscheidet die Leichenschau von den allermeisten ärztlichen Tätigkeiten. Im ärztlichen Alltag hat der Arzt praktisch immer die Möglichkeit, durch Überweisung, Einweisung oder Alarmierung des Rettungsdienstes einen weiteren Arzt hinzuzuziehen. Dies ist bei der Leichenschau kaum möglich oder unüblich. Die Möglichkeit des Hinzuziehens eines weiteren Arztes wäre indiziert in Situationen, in denen sich der Arzt subjektiv überfordert fühlt oder in denen auch objektiv eine sachgerechte Leichenschau für einen Arzt allein, ohne spezielle Vorkenntnisse, nicht durchführbar ist.

## Probleme bei der Identifizierung der Leiche

Im Rahmen der Leichenschau muss die Leiche eindeutig identifiziert werden. Kennt der Arzt den Verstorbenen aus der Behandlung in den Wochen vor dem Tod, ist dies problemlos möglich. Bei Personen, die dem Arzt persönlich nicht bekannt waren, ist der Arzt dagegen auf die Angaben Dritter angewiesen. Ausweispapiere, die häufig nur sehr alte Fotos enthalten, sind nur bedingt verwertbar. Zudem kann der Sterbeprozess das Aussehen der verstorbenen Person massiv verändert haben, sodass eine Identifizierung über das Ausweisfoto schwierig sein kann. Bei nichtgeklärter Identität ist immer die Polizei zu informieren.

## Probleme bei der Todesfeststellung

Probleme bei der Todesfeststellung sind sehr selten, treten aber in speziellen Situationen wie Intoxikation und Unterkühlung durchaus auf. Insbesondere, wenn zuvor nichtärztliches Personal bereits den angeblichen Tod festgestellt hat, ist Vorsicht geboten. Beim Bewusstlosen mit minimalen Lebenszeichen, auch Vita minima genannt, wird sonst fälschlicherweise der Tod bescheinigt. Durch die feststellbaren, sicheren Todeszeichen sind solche Fälle allerdings meist auszuschließen. Schwierigkeiten können sich in speziellen Situationen wie Unterkühlung und/oder Vergiftungen ergeben. Der niedergelassene Arzt, der weder über eine ausreichende Ausbildung verfügt noch überhaupt jemals eine Leichenschau bei einer unterkühlten oder vergifteten Person durchgeführt hat, ist in dieser Situation objektiv überfordert.

## Probleme bei der Feststellung der Todeszeit

Im Gegensatz zur Situation in der Klinik wird der Tod im ambulanten Bereich oft nicht beobachtet. Festzustellen ist lediglich der Zeitpunkt, zu dem der Verstorbene zuletzt lebend angetroffen wurde, und der Zeitpunkt, zu dem der Verstorbene tot aufgefunden wurde. Hier ist der Haus-

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1446–1451 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03044-3>  
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

K. Weckbecker · M. Bleckwenn

## Leichenschau und Todesbescheinigung durch den Hausarzt: Probleme beim Bescheinigen vor Ort

### Zusammenfassung

Hausärzte sind aufgrund der Kenntnis des Patienten, seiner Vorgeschichte und der Todesumstände kompetente Personen für die Leichenschau. Die Leichenschau ist eine ärztliche Tätigkeit mit spezifischen Anforderungen an den Arzt. Die Situation vor Ort ermöglicht dem Arzt, wichtige Informationen über die Todesumstände aufzunehmen. Eine Leichenschau vor Ort erfolgt aber auch meist unter schwierigen Bedingungen, ohne personelle oder fachliche Unterstützung durch Assistenzpersonal

oder ärztliche Kollegen und in einem Umfeld, welches weder die Bedeutung noch den Ablauf einer Leichenschau kennt. Unterschiede im Verständnis der Begriffe „nichtnatürliche“ oder „ungeklärte Todesart“ führen zu Konflikten zwischen Arzt und Umfeld des Verstorbenen.

### Schlüsselwörter

Todesart · Todesursache · Todesursachenbescheinigung · Häusliches Umfeld · Familienmedizin

## The postmortem examination and death certificate by the general practitioner: problems with certification on site

### Abstract

Family doctors are the most competent persons for the postmortem examination due to their knowledge of the patient, previous history, and the circumstances of death. The postmortem examination is a medical activity with specific requirements for the physician that require special training. The situation on site enables the physician to gather important information about the circumstances of death. However, a local postmortem examination is also carried out under difficult conditions, without personal or

professional support and in an environment that knows neither the meaning nor the procedure of a postmortem examination. Differences in the understanding of the terms unnatural or unclarified death type lead to conflicts between physicians and the surrounding field of the deceased.

### Keywords

Mode of death · Cause of death · Cause-of-death certificate · Domestic environment · Family medicine

arzt auf die Angaben Dritter angewiesen. Der Arzt ist verpflichtet, diese Angaben zum Zeitpunkt des Todes durch Dritte mit dem Zustand der Totenflecken und/oder der Totenstarre abzugleichen. Stimmen diese nicht überein oder ist auch der ungefähre Todeszeitpunkt, z. B. bei Verwesung, nicht zu bestimmen, muss der Zeitpunkt, an dem die betroffene Person noch gelebt hat, durch die Polizei ermittelt werden. Für die exaktere Bestimmung der Todeszeit fehlen dem niedergelassenen Arzt die Erfahrung und auch zum Beispiel die für die Bestimmung der Kerntemperatur notwendigen Instrumente.

## Probleme bei der Feststellung der Todesart

Tötungsdelikte sind in Deutschland im Verhältnis zur Anzahl der Verstorbenen selten. Die meisten Hausärzte werden selbst bei jahrzehntelanger Tätigkeit sehr selten eine Leiche untersuchen, die Opfer eines nichtentdeckten Gewaltverbrechens wurde. Daher kann der Hausarzt, welcher die Leichenschau vor Ort durchführt, nicht auf persönliche Erfahrung zurückgreifen. Erfahrung mit spurenarmen nichtnatürlichen Todesarten, wie Vergiftungen oder Stromunfälle, fehlen praktisch immer. Hausärzte gehen bei der Leichenschau in der Regel nicht von einem Gewaltverbrechen aus. Einzelne Untersuchungsabschnitte der Leichenschau erscheinen ihnen daher oft

nicht plausibel. Der Sinn der geforderten Untersuchung der Körperöffnungen (Mund, Nase, Ohren, Rektum, Scheide; [4]) erschließt sich dem Hausarzt in den allermeisten Fällen nicht. Für den Hausarzt ist in seinem klinischen Alltag ein symptomorientiertes Vorgehen zwingend notwendig. Bei der Leichenschau soll er hiervon abweichen und immer komplett untersuchen. Eine solche standardisierte Ganzkörperuntersuchung entsprechend der Leitlinie sichert den Arzt jedoch in der schwierigen Situation der Leichenschau ab, auch wenn möglicherweise einzelne Untersuchungsschritte, wie die Inspektion aller Körperöffnungen, gerade in palliativer Situation nicht sinnvoll erscheinen.

Es gibt Aspekte, die den Umfang der Leichenschau beeinflussen können. Bei erwartetem Tod einer sterbenden Patientin, die in den letzten Wochen und Tagen palliativmedizinisch betreut wurde, verzichten manche niedergelassenen Ärzte auf die Untersuchung der Scheide oder des Rektums, da sie fürchten, dass dies von den Angehörigen und Pflegekräften nicht verstanden würde. Überhaupt findet der vom Hausarzt miterlebte Verlauf des Sterbeprozesses wenig Eingang in den Ablauf der Leichenschau und in die Todesbescheinigung. Handelt es sich um einen erwarteten Tod bei einem Sterbenden, einen nicht ganz unerwarteten Tod bei einem schwer kranken Menschen oder um einen unerwarteten Tod [2]? Diese Faktoren können den Hausarzt bei der Durchführung der Leichenschau und Ausstellung der Todesbescheinigung beeinflussen. Diese Überlegungen können jedoch zu einem diagnostischen Nihilismus führen, sodass die Leichenschau nicht mit der notwendigen Sorgfalt durchgeführt wird. Selbst spurtenreiche Tötungsdelikte wurden bei der Leichenschau übersehen und erst durch den Bestatter oder die zweite Leichenschau vor der Einäscherung entdeckt.

Tötungsdelikte sind im hausärztlichen Arbeitsfeld selten. Häufig sieht der Hausarzt dagegen Todesfälle nach Unfällen oder Stürzen. Dies sind nach medizinischer Definition Todesfälle aus nichtnatürlicher Ursache. Während die Folge eines Unfalls im Rahmen der Leichenschau also immer als nichtnatürliche To-

desursache zu dokumentieren ist, sieht das Umfeld des Verstorbenen zum Beispiel im Sturz eine natürliche Manifestation der Gangunsicherheit im Alter. Das Umfeld des Patienten und der Arzt gehen also von einer ganz unterschiedlichen Bedeutung des Begriffs „nichtnatürliche Todesursache“ aus. Dies kann zu Konflikten führen.

Problematisch kann bei der nichtnatürlichen Todesart auch der zeitliche Ablauf sein. So ist zum Beispiel die Aspirationspneumonie eindeutig eine nichtnatürliche Todesursache, wenn sie aufgrund eines schweren Hirnschadens auftritt, der wiederum Folge eines Sturzes ist. Umgekehrt ist die Aspiration im Rahmen einer Demenzerkrankung eine natürliche Todesursache. Die Komplikation des Unfalls bzw. der Unfallfolge kann aber Jahre nach dem Sturzereignis auftreten. Problematisch kann hier sein, dass der Arzt, der die Leichenschau durchführt, nicht über die notwendigen Informationen der Vorgeschichte verfügt und so fälschlicherweise von einer natürlichen Ursache des Todes ausgeht. Die häufigste Ursache für einen nichtnatürlichen Tod im hausärztlichen Bereich ist der Sturz. Mit den Sturzfolgen, wie Schenkelhalsfraktur oder Schädelfraktur, ist eine hohe Mortalität verknüpft. Trotzdem belegen Studien, dass sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich in dieser Situation häufig eine natürliche Todesart attestiert wird.

Wenn dagegen korrekterweise die nichtnatürliche Todesart dokumentiert wird, ist auch in dieser Situation die Polizei zu verständigen. Dieses Vorgehen ruft jedoch bei Angehörigen, Pflegekräften, Bestattern und teilweise sogar bei Polizeibeamten Unverständnis bis zu Beschuldigungen des Arztes hervor. Dieses Unverständnis wird durch den weiteren Verlauf sogar noch verstärkt. Die Staatsanwaltschaft stellt das Verfahren meist ein, da es keinen Hinweis auf die Einwirkung Dritter gibt. Angehörige, Pflegekräfte, Bestatter u. a. m. fühlen sich in ihrer Meinung bestätigt, dass das Einschalten der Polizei nicht notwendig war und der Arzt nicht in der Lage war, eine korrekte Leichenschau mit Todesbescheinigung durchzuführen.

Der vor Ort die Leichenschau ausführende Arzt, der sich absolut korrekt verhalten hat, sieht sich nicht selten Vorwürfen ausgesetzt. Es ist für das soziale und familiäre Umfeld schwierig nachzuvollziehen, dass der Arzt mit der Feststellung des Verdachtes auf eine nichtnatürliche Todesursache oder auch nur ungeklärte Todesursache keine Wertung ausspricht. Da er in dieser Situation die Polizei benachrichtigen muss, empfinden Angehörige oder betreuende Personen das Handeln des Arztes als unangemessen. Für das Umfeld ist auch schwer nachvollziehbar, dass Arzt und Staatsanwaltschaft andere Kriterien für ihre Entscheidung zugrunde legen müssen. Während der Arzt bei Verdacht auf nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart die Polizei verständigen muss, entscheidet die Staatsanwaltschaft zusätzlich nach dem Kriterium „Einwirkung Dritter“.

Vor diesem Hintergrund und nach entsprechenden Erfahrungen zweifeln viele Ärzte bei Unfallfolgen an der Sinnhaftigkeit der Dokumentation der Todesart „nichtnatürlich“. Sie attestieren in der Klinik, aber auch im niedergelassenen Bereich bei Menschen, die an den Folgeerkrankungen eines Unfalls verstorben sind, fälschlicherweise eine natürliche Todesart [2]. So wird ein Ermittlungsverfahren unterbunden, welches aus Sicht des Umfeldes – aber auch aus Sicht des die Leichenschau durchführenden Arztes – nicht angemessen wäre. Der Arzt trifft somit de facto eine Entscheidung, die in die Zuständigkeit der Ermittlungsbehörden fällt.

Klare – auch für Laien nachvollziehbare – Vorgaben, wann der Arzt grundsätzlich die Polizei verständigen muss, fehlen in Deutschland. So würde zum Beispiel die Regel, dass bei allen Personen, die sich zwei Wochen vor dem Tod nicht in ärztlicher Behandlung befanden, die Todesart ungeklärt ist, den Arzt in der Situation der Leichenschau entlasten, aber auch die Zahl der Ermittlungsverfahren drastisch erhöhen.

Problematisch ist in der Kommunikation mit den Angehörigen und den Pflegekräften auch das Vorgehen bei ungeklärter Todesursache. Der Laie kann nicht nachvollziehen, dass der Arzt, obwohl er nicht von einer Straftat ausgeht,

die Polizei benachrichtigt. Auch dies führt zu den oben bereits aufgeführten Problemen. Dies wiegt umso schwerer, da der niedergelassene Arzt keine Möglichkeit hat, in Zweifelsfällen einen zweiten Arzt hinzuzuziehen. Eine solche Zwischeninstanz könnte den niedergelassenen Arzt entlasten und auch die Qualität der Leichenschau verbessern.

Zudem macht der niedergelassene Arzt die Erfahrung, dass selbst in Fällen, in denen er selbst eine weitere Abklärung der Todesursache durch eine Obduktion für indiziert hält, diese praktisch nie durchgeführt wird. Der niedergelassene Arzt hat keine Möglichkeit, eine Obduktion als Maßnahme der Qualitätssicherung und Klärung der Todesursache zu veranlassen. Im ambulanten Bereich kommt es praktisch nie zu außergerichtlichen Obduktionen. Dieses Instrument der Qualitätssicherung existiert in Deutschland im ambulanten Bereich nicht.

### Probleme bei der Benennung der Todesursache

Die Benennung der Todesursache ist sicher am fehleranfälligsten. In die Todesursachenstatistik fließt nur die Grunderkrankung ein. Dies ist den die Leichenschau durchführenden Ärzten oft nicht bekannt. Umgekehrt reicht die Benennung der Grunderkrankung nicht aus. Die Benennung einer Verdachtsdiagnose bedeutet, dass die Todesursache ungeklärt ist und die Polizei zu verständigen ist, mit den oben geschilderten Konsequenzen. Die in der Todesursachenbescheinigung geforderte logische Kausalkette eines Grundleidens, mit der daraus erfolgenden gesundheitlichen Beeinträchtigung und dann der daraus folgenden unmittelbaren Todesursache, entspricht nicht der Realität der Patientenversorgung, auch nicht der Berufstheorie der Allgemeinmedizin. Für den Hausarzt ist der Ausschluss eines sogenannten abwendbaren gefährlichen Verlaufs vorrangig. Meist ist es nicht möglich oder nicht sinnvoll, eine gesicherte Diagnose zu stellen. Der Hausarzt wartet nach dem Ausschluss des abwendbar gefährlichen Verlaufs zunächst den weiteren Verlauf ab und behält seine di-

agnostische Aufmerksamkeit, ein sogenanntes abwartendes Offenhalten. Diese allgemeinmedizinische Vorgehensweise widerspricht der in der Todesursachenbescheinigung geforderten Kausalkette der Diagnosen, die zum Tode führten. Eine solche monokausale oder multikausale Kette lässt sich oft nur vermuten und selten sicher annehmen. Die von der Leitlinie geforderte hohe Plausibilität ist in der Praxis schwer zu erreichen. Monokausale Ketten sind durch den Fortschritt der Medizin auch seltener geworden. Viele früher schon zum Tode führende Erkrankungen werden heute überlebt. Die Multimorbidität nimmt zu. Bei einem multimorbiden Patienten mit koronarer Herzkrankheit, metastasiertem Prostatakarzinom, Thrombose des Unterschenkels und erweiterter Aorta kommt es zum unerwarteten Tod im Schlaf. Auch hier bleibt die exakte Todesursache unklar. Im Rahmen der Leichenschau vor Ort kann der Arzt nicht feststellen, welche der Grunderkrankungen zum Tode geführt hat. Studien aus dem Bereich des Krankenhauses, aber auch aus dem ambulanten Bereich belegen, dass selbst wenn der Arzt von einer ihm plausiblen Kausalkette ausgeht, sich diese Annahme in der Obduktion oft nicht bestätigt.

Auch eine hochbetagte Heimbewohnerin, die morgens vom Pflegepersonal tot in ihrem Bett aufgefunden wird, bei der aber in den letzten Wochen zuvor keine gesundheitlichen Auffälligkeiten aufgetreten waren, stirbt letztendlich an einer ungeklärten Ursache. Obwohl der Arzt nach sorgfältiger Leichenschau keine Hinweise auf Einwirkung von außen findet, kann er auf der anderen Seite nur Verdachtsdiagnosen äußern, die zum plötzlichen Tod im Schlaf führten. In einer solchen Situation führt die korrekt ausgestellte Todesbescheinigung mit fehlender Kausalkette und somit ungeklärter Todesursache zum Polizeieinsatz. Das Umfeld kann dieses Vorgehen nicht nachvollziehen.

Eine besonders komplexe Situation ist die Feststellung der Todesursache, wenn diese Folge einer ärztlichen Behandlung sein könnte. Hier können sich massive Interessenkollisionen ergeben.

### Fazit

- Der Hausarzt ist im ambulanten Bereich aufgrund seiner Kenntnisse über die von ihm behandelten Patienten für die Leichenschau die kompetenteste Person.
- Die Leichenschau ist eine ärztliche Tätigkeit, die eine spezielle Aus- und Weiterbildung sowie eine kontinuierliche praktische Fortbildung erfordert.
- Die Dokumentation der Leichenschau und der Todesursachenbescheinigung ist nicht bundeseinheitlich geregelt und ausschließlich papiergebunden möglich.
- Die Honorierung der Leichenschau ist nicht angemessen.
- Es bestehen strukturelle Probleme bei der praktischen Durchführung der Leichenschau. Der Hausarzt muss in die Lage versetzt werden, eine angemessene Leichenschau durchzuführen und bei Bedarf hierfür personelle und fachliche Unterstützung anfordern zu können.
- Unterschiede im Verständnis des Begriffes „nichtnatürliche Todesursache“ in der Gesellschaft und im Rahmen der Leichenschau führen zu Konflikten zwischen dem Arzt, der die Leichenschau durchführt, und dem Umfeld des Verstorbenen.
- Die Obduktion als Instrument der Qualitätssicherung und zur exakten Klärung der Todesursache existiert im ambulanten Bereich nicht.

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker**  
 Institut für Allgemeinmedizin (ifam),  
 Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-  
 Universität Düsseldorf  
 Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland  
 Klaus.Weckbecker@med.uni-duesseldorf.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** K. Weckbecker und M. Bleckwenn geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

---

## Literatur

1. Madea B, Rothschild M (2010) Ärztliche Leichenschau. *Dtsch Arztebl Int* 107(33):575–588
2. Madea B (2009) Strukturelle Probleme bei der Leichenschau. *Rechtsmedizin* 19:399–406
3. Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C (2015) Place of death: trends over the course of a decade—a population-based study of death certificates from the years 2001 and 2011. *Dtsch Arztebl Int* 112:496–504
4. Leitliniengruppe der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (2017) Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau (S1-Leitlinie AWMF Registernummer 054-001)
5. Nowels D (2004) Completing and signing the death certificate. *Am Fam Physician* 70(9):1813–1818
6. Swain GR, Ward GK, Hartlaub PP (2005) Death certificates: let's get it right. *Am Fam Physician* 71(4):652–656
7. Valentini J, Goetz K, Yen K et al (2018) Knowledge, competencies and attitudes regarding external post-mortem physical examination: a survey among German post-graduate trainees in general practice. *Eur J Gen Pract* 24(1):26–31
8. Schröder AS, Wilmes S, Sehner S, Ehrhardt M, Kaduszkiewicz H, Anders S (2017) Post-mortem external examination: competence, education and accuracy of general practitioners in a metropolitan area. *Int J Legal Med* 131(6):1701–1706
9. Washirasaksiri C, Raksasagulwong P, Chouriyagune C, Phisalprapa P, Srivanichakorn W (2018) Accuracy and the factors influencing the accuracy of death certificates completed by first-year general practitioners in Thailand. *BMC Health Serv Res* 18:478
10. Modelmog D, Rahlenbeck S, Trichopoulos D (1992) Accuracy of death certificates: a population-based, complete-coverage, one-year autopsy study in East Germany. *Cancer Causes Control* 3:541–546
11. Rothschild M (2009) Probleme bei der ärztlichen Leichenschau. *Rechtsmedizin* 19:407–412