

Die ärztliche Leichenschau aus der Sicht des Rechtsmediziners - Erfahrungen bei der Auswertung der Totenscheine des Jahres 1995 in Leipzig

Aus dem Institut
für Rechtsmedizin der
Universität Leipzig

Einleitung:

Rechtsmediziner und Pathologen stellten bisher zahlreiche Untersuchungsergebnisse zur Qualität der ärztlichen Leichenschau und der Todesbescheinigungen vor. Übereinstimmend wurden inhaltliche Unzulänglichkeiten und formale Fehler beklagt. Nur in durchschnittlich 50 % konnten die Leichenschaudiagnosen durch die Autopsie bestätigt werden; die Fehlerquote lag zwischen 20 % und 85 %! (SCHLEYER 1968, KLAIBER 1975, ADLER et al. 1981, VOCK 1984, VOCK u. SCHWERD 1985)

Bei der Festlegung der Todesart bestehen oft Unklarheiten, besonders bei Unfällen durch Sturz im häuslichen Milieu und Spätodesfällen nach Unfällen; sie werden häufig fälschlicherweise der natürlichen Todesart zugeordnet (VOCK 1984).

Kasuistische Mitteilungen über grobe Fehldiagnosen bei der Leichenschau mit rechtlicher Relevanz erfaßten BRINKMANN et al. (1997) kürzlich in einer deutschlandweiten Studie. Das wichtigste, auch in den Medien vielbeachtete Ergebnis: wegen Fehldiagnosen bei der Leichenschau bleiben in Deutschland pro Jahr mindestens 1.200 Tötungsdelikte und 11.000 nichtnatürliche Todesfälle unentdeckt, da sie fälschlich als natürliche Todesfälle klassifiziert werden.

Die Leichenschau ist nach unserer Erfahrung für viele Kliniker eine Aufgabe, die teilweise großen Unwillen hervorruft. Vielleicht, weil sie mit dem Anliegen der ärztlichen Tätigkeit, dem Heilen und Helfen, nichts zu tun hat und Zeit kostet. Zeit, die für die Behandlung von Patienten viel nützlicher einzusetzen ist, insbesondere wenn man nach der Feststellung der nichtnatürlichen oder unklaren Todesart noch auf Polizeibeamte warten muß.

Vorangestellt seien einige Bemerkungen zum Leichenschaurecht in Sachsen:

Das Sächsische Bestattungsgesetz ist Grundlage für die Arbeit des Leichenschauarztes. Die Paragraphen 12 und 13 geben einen engen Rahmen für die Leichenschautätigkeit.

Die Pflicht zur Leichenschau besteht für

- jeden erreichbaren niedergelassenen Arzt
- für während des Notfalldienstes (vertragsärztlicher Notfalldienst) tätige Ärzte.

Mit dem Ruf zu einer Leiche oder der Feststellung des Todes ändert sich die Rechtsstellung des Arztes; ihm wird eine

amtliche Funktion übertragen. Das schließt das Recht ein, einen Raum auch gegen den Willen des Verfügungsberechtigten zu betreten. Im Gesetz wurde für diesen Fall sogar das grundgesetzliche Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung eingeschränkt. Angehörige, Pflegepersonen, der behandelnde Arzt und sogar auch Nachbarn verpflichtet das Gesetz zur Auskunft gegenüber dem Leichenschauarzt.

§ 13 Abs. 3 verpflichtet, die Leiche zu entkleiden und „unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere auch des Rückens, der Hals- und Nackenregion und der Kopfhaut, gründlich zu untersuchen“. „Der Arzt hat hierbei vor allem auf Merkmale und Zeichen zu achten, die auf einen nichtnatürlichen Tod hindeuten.“ Durch seine Unterschrift auf dem Totenschein bestätigt der Arzt, die entkleidete Leiche untersucht zu haben.

Die Ergebnisse der Studie von BRINKMANN et al. (1997) unterstreichen die Gültigkeit und Aktualität dieser Forderung. Die natürliche Todesart wurde z. B. trotz Stichverletzungen und sichtbaren frischen Unterblutungen am Hals bescheinigt!

Das Fazit kann nur sein: ein natürlicher Tod darf erst dann bescheinigt werden, wenn der Leichenschauarzt jeden Bezirk der Körperoberfläche besichtigt hat; nach dem Auskleiden oder - wenn das ausnahmsweise z. B. wegen des Gewichtes des Toten nicht möglich ist - nachdem wenigstens die Kleidung geöffnet und nacheinander so verschoben wurde, daß die gesamte Körperoberfläche besichtigt werden konnte.

Bei einem nach längerem Klinikaufenthalt verstorbenen Patienten erscheint die Forderung nach dem Entkleiden überzogen, jedoch ist zu bedenken, daß auch in stationären Einrichtungen schon Tötungsdelikte vorgekommen sind und eine gründliche Leichenschau mit Sicherheit sog. Scheintodesfälle verhindert.

Die Inspektion von Augenbindehäuten und Mundvorhofschleimhaut gehört in jedem Fall zur Leichenschau. Petechien in den Augenbindehäuten können der einzige Hinweis auf einen Angriff gegen den Hals sein, Verletzungen der Mundvorhofschleimhaut das einzige Zeichen für Schläge gegen das Gesicht.

Der Leichenschauarzt ist - bei der Bescheinigung der natürlichen Todesart - der

letzte, der die Pflicht und Gelegenheit hat, den Verstorbenen vollständig zu besichtigen! Nur bei zur Feuerbestattung vorgesehenen Leichen erfolgt noch eine amtsärztliche Leichennachschau. Zur Erdbestattung vorgesehene Verstorbene können aufgrund des Totenscheines bestattet werden. Die Leichenschau sollte prinzipiell nicht in Anwesenheit der Angehörigen durchgeführt werden.

Hinweise auf nichtnatürlichen Tod oder unbekanntes Todesart, unbekanntes Tote und in der Öffentlichkeit Verstorbene sind die Sonderfälle, bei denen das Auskleiden durch den Leichenschauarzt unterbleiben muß bzw. soll. Bei nichtnatürlichen Todesfällen und unbekanntem Toten können dabei Spuren zerstört werden; in der Öffentlichkeit Verstorbene würden der Sensationsgier der meist sehr schnell eintreffenden Medien ausgesetzt sein.

Für die Praxis wichtig ist die Feststellung im § 13 Abs. 3 Satz 4. Danach ist die Leichenschau bei unbekanntem Leichen oder Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod abzubrechen und die Polizei unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, zu verständigen. Sollten sich schon vor Beginn der Leichenschau - z. B. aufgrund der Auffindesituation - Hinweise auf einen nichtnatürlichen Tod ergeben, so hat sich die Untersuchung auf die Feststellung des Todes - also eines sicheren Todezeichens - zu beschränken. Die Leichenschau darf in diesen Fällen erst nach Eintreffen der Polizeibeamten fortgesetzt werden oder sie wird nach Anforderung durch die Polizei vom Rechtsmediziner vorgenommen.

Das Gesetz läßt für Notärzte (im Rettungsdienst) die Möglichkeit offen, zunächst auf eine (ausführliche) Leichenschau zu verzichten und (nur) einen vorläufigen Totenschein auszustellen. Das bedeutet jedoch nicht, daß Rettungsärzte keinen Totenschein ausstellen dürfen. Die Leichenschau soll dann später an einem geeigneteren Ort - zum Beispiel im Aufbewahrungsraum eines Bestattungsunternehmens bzw. in einem pathologischen oder rechtsmedizinischen Institut - fortgesetzt werden. Davon sollte nur im Ausnahmefall Gebrauch gemacht werden, nämlich wenn ein nichtnatürlicher Tod mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Wird die Leiche abtransportiert und stellen sich dann bei der gründlichen Untersuchung Verletzungen und Anzeichen für einen nichtnatürli-

chen Tod heraus, sind sowohl am Auffindort als auch an der Leiche wichtige Spuren vernichtet worden.

§ 13 Abs. 3 verpflichtet den Arzt, bei der Leichenschau auf Hinweise für einen nichtnatürlichen Tod - Selbsttötungen, Unfälle und schuldhaftes Verhalten Dritter - zu achten. Im positiven Fall ist die Polizei unverzüglich zu benachrichtigen und dafür Sorge zu tragen, daß am Ereignisort nichts verändert wird. Diese so lapidar klingende Bestimmung zur Meldepflicht des nichtnatürlichen Todes hat schwerwiegende rechtliche Folgen. Der Leichenschauarzt bekommt durch den Gesetzgeber eine Garantenfunktion für die Feststellung von Straftaten gegen das Leben. Um es noch einmal zu betonen: für das Erkennen nichtnatürlicher Todesfälle ist ganz allein der Leichenschauarzt zuständig. Wenn der am Fundort tätige Arzt bei einem durch fremde Hand Getöteten einen natürlichen Tod attestiert und der Verstorbene erdbestattet wird, also keine zweite Leichenschau vor einer Kremation mehr stattfindet, hat ein Täter sehr gute Chancen, der Strafverfolgung zu entgehen.

Verstärkte Beachtung verdient § 13 Abs. 4: „Ergibt die Untersuchung der Leiche keine Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod, legen aber die Gesamtumstände Zweifel an einem natürlichen Tod nahe, muß die Todesart als nicht aufgeklärt angenommen und dies in der Todesbescheinigung vermerkt werden.“ Das kann z. B. bei einem Verstorbenen in einer verwahrlosten Wohnung mit reichlich leeren Alkoholflaschen der Fall sein: eine tödliche Alkoholvergiftung und damit eine nichtnatürliche Todesart kann ohne Sektion nicht ausgeschlossen werden. Ebenso erscheint es angesichts der sich ausbreitenden Drogenproblematik bedenklich, den Tod eines jungen Menschen ohne wesentliche Vorerkrankungen nach einer äußeren Besichtigung als natürlich zu klassifizieren. Tödliche Vergiftungen sind auch bei nasaler Drogenapplikation möglich; Utensilien können beiseite geschafft worden sein, manche Drogen (Ecstasy) können erst Stunden nach der Einnahme zum Tode führen.

Da in solchen Fällen ein nichtnatürlicher Tod nicht ausgeschlossen ist, besteht auch bei der ungeklärten Todesart die Pflicht zur Benachrichtigung der Polizei.

Für den Arzt steht die Todesursache im

Vordergrund des Interesses. Den Staatsanwalt interessiert diese Frage weniger. Für ihn ist es wichtig, zu wissen, ob dem Tod ein schuldhaftes Verhalten eines Dritten zugrunde liegen könnte. Diese Frage ist letztendlich das, was mit dem Begriff „TODESART“ beschrieben wird. Die Todesart ist also weniger ein medizinischer, sondern eher ein rechtlicher Begriff. Das Gesetz fordert vom Leichenschauarzt eine Entscheidung darüber, ob der Tod durch einen äußeren Einfluß verursacht wurde. Dabei ist es zunächst uninteressant, ob das durch einen Anderen, durch den Verstorbenen selbst oder durch ein unabwendbares Ereignis geschah. Der Leichenschauarzt muß eine nichtnatürliche Todesart attestieren, wenn sich hierfür Hinweise ergeben. Wenn er eine nichtnatürliche Todesart nicht ausschließen kann, muß er eine ungeklärte Todesart bescheinigen. Damit ist die Pflicht des Leichenschauarztes beendet. Die Klärung einer eventuellen Schuldfrage ist Aufgabe von Polizei und Staatsanwaltschaft. Diese Rolle und Verantwortung sollte Grundlage für diesen, mit einigem Recht unbeliebten Teil der ärztlichen Tätigkeit sein.

Ziel und Methode:

1994 trat das Sächsische Bestattungsgesetz in Kraft und es wurde ein neues, unter Datenschutzgesichtspunkten entwickeltes Todesbescheinigungsfomular eingeführt. Das war für uns Anlaß, die 1995 in Leipzig ausgestellten Totenscheine zu analysieren. Untersucht wurden formale Gesichtspunkte; eine Kontrolle der Richtigkeit anhand der Obduktionsscheine erfolgte nicht. Insgesamt wurden die vertraulichen Teile (Blatt 1) von 5.559 Todesbescheinigungen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Leipzig ausgewertet.

Schwerpunkte der Auswertung waren:

- Einordnung der Diagnosen;
- wurden die Diagnosen in eine Kausalkette eingeordnet; das heißt, waren die „unmittelbaren Todesursachen“ unter 1 a und 1 b als Folgen des Grundleidens 1 c erkennbar? Vertauschen von Grundleiden und unmittelbarer Todesursache oder Unterbrechen der Kausalkette durch einen Nebenbefund wurden als Fehler gewertet.
- richtige Festlegung der Todesart auf der

Basis der Diagnosen;

- hier interessierte besonders das fälschliche Attestieren der natürlichen Todesart.
- Dokumentation der Sterbe- bzw. Leichenschauzeit.
- Bekanntlich ist die Sterbezeit auf dem Totenschein zweimal einzutragen. Nur auf dem nichtvertraulichen Teil wird darauf hingewiesen, daß die Auffindezeit nur bei unklarer Sterbezeit eingetragen werden soll. Im vertraulichen Teil kann die Sterbe- oder Auffindezeit scheinbar alternativ angegeben werden; es geht nicht hervor, ob es sich um die Sterbe- oder Findezeit handelt. Als Fehler werden fehlende Angaben (Datum oder Uhrzeit) gewertet.

Im engen Zusammenhang steht damit die

- Übereinstimmung zwischen Sterbezeitangaben und sicheren Todeszeiten
- hier wurden die Angaben zu den „sicheren Zeichen des Todes“ auf Plausibilität gegenüber den Eintragungen unter der Rubrik „Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung“ und „Datum und Zeitpunkt der Leichenschau“ geprüft. Widersprüche werden als „Zeitfehler“ bezeichnet.

Weiterhin interessierte:

- ob die Leichenschau vom Hausarzt, dem vertragsärztlichen Notfalldienst, einem Notarzt im Rettungsdienst oder einem Klinikarzt (bei im Krankenhaus Verstorbenen) durchgeführt wurde
- die Fachrichtung des Leichenschauarztes
- ob der Hirntod als einziges sicheres Todeszeichen als Ergebnis der Leichenschau angegeben war:
- Die alleinige Angabe „Hirntod“ als sicheres Todeszeichen wurde als formaler Fehler gewertet, wenn der Patient nicht in stationärer Behandlung verstarb oder sich sonst keine Hinweise auf Kommissionsentscheidung oder Organexplantation fanden.

Ergebnisse:

3.177, also 57,1 % der 5.559 Leichenschauscheine, wiesen formale Fehler entsprechend dieser Kriterien auf; z. T. kamen verschiedene Fehlerarten auf einem Schein vor. Insgesamt wurden 4.093 Fehler festgestellt. Nur 42,9 % der Totenscheine waren frei von formalen Fehlern. Auf dem Diagramm 1 ist der Anteil der einzelnen Fehlerkategorien an der Gesamtzahl der 4.093 Fehler erfaßt.



Diagramm 1: Häufigkeit der einzelnen Fehler

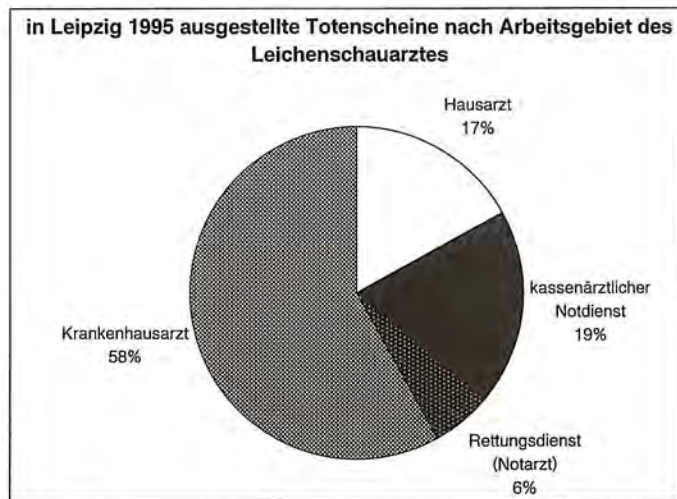


Diagramm 2: In Leipzig ausgestellte Totenscheine nach Arbeitsgebiet des Leichenschauarztes

Am häufigsten traten „Zeitfehler“ auf; das heißt Widersprüche zwischen den angegebenen Todeszeichen und Angaben zur Sterbezeit bzw. Leichenschauzeit. Auf dem Formular befindet sich der Passus „Sterbezeit ggf. Datum der Leichenauffindung“. Trägt der Leichenschauarzt in diese Rubrik eine Zeit ein, geht nicht klar hervor, ob der Sterbezeitpunkt oder der Zeitpunkt der Leichenauffindung gemeint ist. Das Standesamt interpretiert diese Angabe i.d.R. als Sterbezeitpunkt. Dieser angenommene Sterbezeitpunkt kann jedoch im Widerspruch zu den festgestellten Todeszeichen stehen. Solche Widersprüche machten knapp ein Drittel der Fehler aus, obwohl die Maßstäbe niedrig angelegt wurden, z. B. wurde Totenstarre 1 Stunde nach Todeseintritt bei einem kachektischen Patienten oder Fehlen der Totenflecken bei Krebspatienten im Finalstadium nicht als Fehler gewertet.

Eng damit im Zusammenhang stehen **fehlende oder unvollständige Angaben** zum Todeszeitpunkt. Sie machten 21,8 % aller Fehler aus.

Fehler bei der Sterbezeitangabe mögen zwar nur selten rechtliche Relevanz erlangen; z. B. wenn es um die Feststellung von Erbansprüchen geht. Sie können dann aber eine Klärung der Erbfolge erschweren und zu langwierigen Rechtsstreitigkeiten führen.

Das **Unterlassen der Dokumentation der sicheren Todeszeichen** machte 9,2 % aller Fehler aus; auf dem Diagramm als

„keine Angabe der Todeszeichen“ bezeichnet.

Sehr häufig wurde der **Hirntod als einziges sicheres Todeszeichen als Ergebnis der Leichenschau** angegeben. Diese Kategorie stellt fast ein Viertel der Fehler dar. Lediglich in drei Ausnahmefällen - auf einer neurologischen Intensivstation - wurde die apparative Diagnostik des Hirntodes auf dem Totenschein erwähnt. Besonders häufig wurde der Hirntod als alleiniges Todeszeichen von Krankenhausärzten - und hier besonders von Anästhesisten und Intensivmedizinern - angegeben. Selbst bei Patienten, die wegen hohen Alters oder septischer Erkrankungen nicht für die Organspende geeignet waren, wurde der Hirntod als ausschließliches Todeszeichen dokumentiert. Der Hirntod ist jedoch nur dann als alleiniges Todeszeichen vertretbar, wenn er gemäß der gültigen Richtlinien apparativ diagnostiziert und durch Kommissionsentscheid festgestellt wird! Dies muß insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion um das Transplantationsgesetz ausdrücklich betont werden.

Die **falsche oder fehlende Einordnung der Leichenschaudiagnosen in eine Kausalkette** machte 11,5 % aller Fehler aus. Zur Hälfte waren Grundleiden und unmittelbare Todesursache vertauscht. In anderen Fällen standen die Eintragungen in keinem logischen Zusammenhang; z. B. war das Grundleiden ein Tumor, laut Totenschein hatte sich daraus eine Arterio-

sklerose entwickelt und der Tod trat letztlich durch eine Pneumonie ein.

Teilweise war eine lange Tumoranamnese vermerkt, das Tumorleiden jedoch unter 2.1. als Nebenbefund aufgeführt und ein Tod aus kardialer Ursache bescheinigt. Hingewiesen sei auf die Verfälschung der Todesursachenstatistik durch solche Fehler.

Im letzten Jahresbericht teilte das Landesamt für Statistik Sachsens ein starkes Ansteigen der Herzinfarktodesfälle mit. Bei den häufigen Totenscheineintragungen „akuter Myokardinfarkt“ und dies bei plötzlich Verstorbenen, die dem Leichenschauarzt unbekannt sind, hat man den Eindruck, daß es sich um eine Verlegenheitsdiagnose handelt.

Als sehr kritisch ist die Tatsache zu werten, daß bei immerhin 114 Totenscheinen **Widersprüche zwischen der Todesursache und der Todesart** auftraten; das entspricht 2,8 % aller Fehler! Hier wurde durchweg eine natürliche Todesart bescheinigt, obwohl bei kritischer Prüfung entsprechend den Anforderungen des Bestattungsgesetzes die Todesart wenigstens als „nicht aufgeklärt“ hätte bewertet werden müssen.

Den Großteil dieser Fälle machen Sterbefälle alter Patienten nach Oberschenkelbrüchen aus. Todesfälle - selbst wenige Tage nach dem Unfall - wurden fälschlicherweise als natürliche Todesart klassifiziert, obwohl das auslösende Ereignis, nämlich der Sturz, per definitionem eine

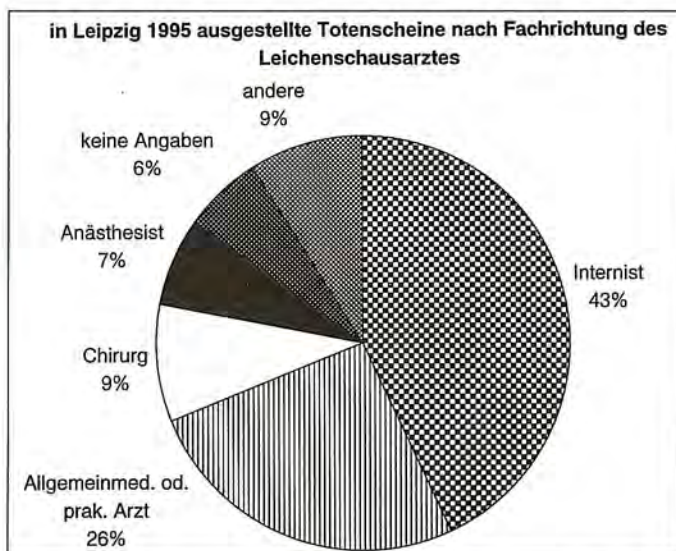


Diagramm 3: zeigt den Anteil der Vertreter der verschiedenen Fachrichtungen an den gesamten Leichenschauen

nichtnatürliche Ursache ist. Bei höchstens 20 % dieser Verstorbenen wurde ein nicht-natürlicher Tod bescheinigt.

Bei an Unterkühlung Verstorbenen wurde ebenfalls fälschlicherweise in ca. der Hälfte der Fälle eine natürliche Todesart attestiert - ein in jedem Winter wieder auftretendes Problem, besonders für die Kriminalpolizei. Die erforderliche Meldung an die Polizei unterbleibt. Dadurch beginnen die polizeilichen Ermittlungen wegen unterlassener Hilfeleistung oder fahrlässiger Tötung erst verspätet oder gelegentlich sogar zu spät. Spättodesfälle nach Unfällen werden häufig als natürlich klassifiziert; z. B. bei einem 8jährigen Jungen, der nach 2 Jahren an einem apallischen Syndrom nach Ertrinkungsunfall verstarb. Zum Thema „Spättodesfall“ noch eine Besonderheit:

Unverständlicherweise fallen Verkehrsunfallopfer, die später als 30 Tage nach dem Unfall verstorben sind, aus der Todesstatistik heraus. Dies bedeutet jedoch für den Leichenschauarzt nicht, in diesen Fällen eine natürliche Todesart anzukreuzen. Ein derartiger Todesfall ist nach wie vor als nichtnatürlich zu kategorisieren; es sei denn, das Opfer ist nach dieser 30-Tage-Frist zweifelsfrei nicht an den Unfallfolgen, sondern z. B. an einem Herzinfarkt gestorben.

Das Umgekehrte, also die fälschliche Annahme eines nichtnatürlichen Todes (z. B.

Verbluten aus einem Ulcus cruris) ist eine absolute Ausnahme und sicherlich weiter nicht tragisch, da sich die wahre Todesursache rasch klären läßt.

Weiterhin interessierten mögliche Unterschiede der Fehlerhäufigkeit zwischen Krankenhausärzten, Hausärzten, ambulant tätigen Ärzten und Notärzten.

Fast 60 % der Leichenschauen wurden von Krankenhausärzten durchgeführt. Hausärzte und im vertragsärztlichen Notfalldienst tätige Kollegen stellten jeweils knapp 20 % der Totenscheine aus. Notärzte im Rettungsdienst hatten mit 6 % den geringsten Anteil.

Bei der Fehlerquote traten deutliche Unterschiede auf: bei den Hausärzten und im vertragsärztlichen Notfalldienst waren jeweils reichlich 50 % der Todesbescheinigungen frei von formalen Fehlern. Krankenhausärzte stellten nur in 37,5 % der Fälle korrekte Totenscheine aus. Zwischen den stationären Einrichtungen gab es deutliche Unterschiede. Neben dem Hirntod als einziges sicheres Todeszeichen waren hier ungenaue und widersprüchliche Zeitangaben gehäuft festzustellen. Von Notärzten ausgestellte Todesbescheinigungen hatten zu knapp 70 % der Fälle formale Fehler. Besonders häufte sich hier die Angabe des Hirntodes - unter den Bedingungen des Notarzteinsatzes dürfte eine apparative Hirntoddiagnostik nicht möglich sein - und damit das Ausstellen einer To-

desbescheinigung, ohne daß sichere Todeszeichen dokumentiert wurden.

Die Totenscheine von Ärzten für Allgemeinmedizin oder praktischen Ärzten hatten mit 50 % die geringste Fehlerquote. Zwischen den Vertretern anderer Fachrichtungen gab es keine wesentlichen Unterschiede. Chirurgen, Anästhesisten und Intensivmediziner machten besonders häufig fehlerhafte Zeitangaben oder es traten Widersprüche zwischen Zeit und Todeszeichen auf. Außerdem gaben sie gehäuft den Hirntod als einziges sicheres Todeszeichen an.

Falsche Angaben der Todesart traten gleichmäßig bei allen Fachrichtungen auf. Das diesjährige Testat im Fach Rechtsmedizin zeigte sehr deutlich, wieviel noch bei der Ausbildung der angehenden Ärzte zu tun ist. In der Hauptvorlesung wurde mehrfach das Problem „Spättod nach Unfall“ erörtert. Hierzu folgende Testatfrage: Wie lautet die Todesart bei einem 65jährigen Mann, der durch einen selbstverschuldeten Sturz eine Beckenrückenfraktur erlitt und 3 Wochen später im Krankenhaus an einer Lungenthrombembolie verstarb? Nur ein Drittel der Studenten beantwortete die Frage korrekt mit „nichtnatürlich“! Allerdings alle, die die Vorlesung regelmäßig besucht hatten.

Bei einer zweiten Frage sollten die Studenten die Todesart bei einem Säugling, der unter dem äußeren Erscheinungsbild

Tabelle 1:

Anteil fehlerhafter Totenscheine nach Arbeitsgebiet des Leichenschauarztes

	korrekt	fehlerhaft
vertragsärztlicher Notfalldienst	53,0 %	47,0 %
Hausarzt	52,6 %	47,4 %
Krankenhausarzt	37,5 %	62,5 %
Rettungsdienst (Notarzt)	33,0 %	67,0 %

Tabelle 2:

Anteil fehlerhafter Totenscheine nach Fachrichtung des Leichenschauarztes

	korrekt	fehlerhaft
Arzt für Allgemeinmedizin/ praktischer Arzt	50,8 %	49,2 %
Internist	40,3 %	59,7 %
Andere (Anteil jeweils unter 5 %)	36,1 %	63,9 %
Anästhesist	34,6 %	65,4 %
Chirurg	34,3 %	65,7 %
keine Angaben	34,8 %	65,2 %

Tabelle 3: Antworten auf Testfrage zur Todesart: 65jähriger Mann erleidet bei einem selbstverschuldeten Sturz einen Beckenrückenbruch und verstirbt 3 Wochen später an einer Lungenthromboembolie

natürlicher Tod	57 %
nichtnatürlicher Tod	33 %
Frage nicht beantwortet	4 %
Angabe der Todesursache	4 %

Tabelle 4: Antworten auf Testfrage zur Todesart: Welche Todesart sollten Sie als Leichenschauarzt bei einem 4 Monate alten Säugling, der unter dem Bild des plötzlichen Kindstodes verstorben ist, attestieren?

natürlicher Tod	48 %
nichtnatürlicher Tod	28 %
nicht aufgeklärt	13 %
Frage nicht beantwortet	7 %
Angabe der Todesursache	2 %
weitere Antworten:	„natürlicher Erstickungstod“ Unfall

des plötzlichen Kindstodes verstarb, angeben. Fast die Hälfte der Studenten hatten einen natürlichen Tod bescheinigt! Auch hier haben die Studenten, die an der Vorlesung teilgenommen haben, diese Frage mit „nicht geklärte Todesart“ richtig beantwortet.

Als Fazit der Untersuchung ist zu nennen:

- Das Thema „Leichenschau“ muß in der Ausbildung der Studenten vermehrt ge-

lehrt werden, auch mit Demonstrationen und Übungen zum Ausstellen des Totenscheines. Für ambulant und klinisch tätige Kollegen sind offenbar ebenfalls Fortbildungsangebote nötig.

- Gesundheitsämter müssen ihre gesetzlichen Pflichten zur Kontrolle der Totenscheine wahrnehmen.
- Die zweite Leichenschau vor der Feuerbestattung wegfällen zu lassen, wäre ein unverzeihlicher Fehler! Dieser geht zu Lasten der Verstorbenen und ihrer Angehörigen und insbesondere zu Lasten der Rechtssicherheit. Hiervor kann nur gewarnt werden.
- Das Totenscheinformular könnte ohne Beeinträchtigung der Datensicherheit von Doppelangaben wie zur Sterbezeit und Hinweisen auf die nichtnatürliche Todesart befreit werden. Wenn die Sterbezeit nur noch wie im mittleren Abschnitt des nichtvertraulichen Teils einzutragen wäre, würde die Zahl der „Zeitfehler“ drastisch abnehmen.
- Zur Problematik der Eintragung der Todeszeit wird auf die Anmerkungen von PROKOP (1998) verwiesen: es liegt nicht im Ermessen des Leichenschauarztes, ob die Sterbe- oder Auffindezeit eingetragen wird. Die Sterbezeit muß möglichst genau eingetragen werden (Erbrecht!). Ist das im Ausnahmefall nicht möglich, muß der Zeitraum eingetragen werden, in dem der Tod mit Sicherheit eingetreten ist - zwischen dem Zeitpunkt, an dem der Verstorbene letztmalig lebend gesehen wurde und dem Auffin-

dezeitpunkt der Leiche. Beginn und Ende des Zeitraumes sind mit Datum und Uhrzeit zu bezeichnen.

- Mut zur nichtnatürlichen und insbesondere nichtgeklärten Todesart! Letztere sollte wesentlich häufiger angekreuzt werden als bisher, besonders von Notärzten.
- Aus unserer Sicht hat es sich als nachteilig erwiesen, daß beim Nichtmarkieren der Felder „nichtnatürlicher Tod“ bzw. „unklare Todesart“, automatisch ein „natürlicher Tod“ attestiert wird. Auch die natürliche Todesart sollte auf dem Totenschein durch das Ankreuzen eines Feldes gesondert dokumentiert werden müssen.
- Der Leichenschauarzt sollte Fragen zur Kausalität mehr beachten! Tod durch Lungenembolie oder Pneumonie nach einem Unfall ist grundsätzlich eine nichtnatürliche Todesart und somit der Polizei zu melden! Die Frage des Verschuldens klären Polizei und Staatsanwaltschaft.
- Bei Fragen im konkreten Fall kann sich der Leichenschauarzt an ein rechtsmedizinisches Institut wenden. Häufig genügt schon eine telefonische Auskunft (hierzu die Tel.-Nr.: Rechtsmedizin Dresden: (03 51) 4 58 26 01, Leipzig: (03 41) 9 71 51 52 / 1 17, Chemnitz: (03 71) 46 65 - 0).

Literatur beim Verfasser / Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Christian König
Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig
Johannisallee 28, 04103 Leipzig
Artikel eingegangen: 12. 11. 1997
Artikel nach Revision angenommen: 12. 5. 1998