

## Neuregelungen der ärztlichen Leichenschau

Dr. med. Matthias Schumann  
 Facharzt für Anästhesiologie/  
 Notfallmedizin, 01917 Kamenz  
 30.08.2009

**Betrifft:** „Neuregelung der ärztlichen Leichenschau“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2009, S. 433

Sehr geehrter Herr Kollege  
 Dr. Hädrich,  
 sehr geehrte Damen,  
 sehr geehrte Herren,

zunächst ist zu begrüßen, dass versucht wurde, durch Neuregelung der ärztlichen Leichenschau eine Aktualisierung bisher überholter Regelungen vorzunehmen. Allerdings ergeben sich bei genauem Studium des Gesetzestextes und Ihrer im Artikel vorgenommenen Darstellung Diskrepanzen, die einer Klärung bedürfen.

### 1. Dokumentation der Todesart/ Entscheidung hierüber

Probleme wird weiterhin die Entscheidung über die Todesart bereiten. Wenn – wie in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin festgeschrieben – der Arzt nur zur Dokumentation eines natürlichen Todes berechtigt ist, „wenn er konkrete und dokumentierte Kenntnis von einer gravierenden, lebensbedrohenden Erkrankung mit ärztlicher Behandlung in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod“ hat, dürfte dies in den allerwenigsten Fällen, noch zumal im Rettungsdienst, der

Fall sein. Selbst bei behandelten Patienten tritt beispielsweise im Falle eines akuten koronaren Ereignisses der Tod selten erwartungsgemäß ein. Auch die Forderung einer „konkret und dokumentierten Kenntnis ...“ kann aus Erfahrungen in der Praxis nur Kopfschütteln auslösen, da oftmals selbst Patienten, geschweige denn Angehörige über eine konkret dokumentierte Akte verfügen.

Da auch Notärzte die endgültige Todesfeststellung vornehmen sollen [§12(3)SächsBestG], wird dies bei strikter Befolgung der neuen Regelung quasi regelmäßig zur absicherungsseitigen Dokumentation einer ungeklärten Todesart führen. Abgesehen von der dann folgenden ausufernden Inanspruchnahme der immer dünner besetzten Polizeidienststellen, wird sich dann auch die dem Notarzt auferlegte Pflicht der Fundortsicherung nach §13(3) schwierig gestalten, wenn Folgeeinsätze warten, die Polizeibeamten jedoch aufgrund der personellen Unterbesetzung ebenfalls nicht zeitnah zur Verfügung stehen.

Unklarheiten ergeben sich auch bei der Interpretation der Formulierung „ärztliche Behandlung in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod“ (Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2009, S. 433, rechte Spalte, Abschnitt „Natürlicher Tod“ Satz 2). Wenn also ein natürlicher Tod nur dann dokumentiert werden darf, wenn eine ärztliche Behandlung in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod erfolgt ist, andererseits ein in relativer Nähe zu medizinischen Behandlungen eingetretener Tod generell als unnatürlich zu verdächtigen ist, ergibt sich hieraus ein diametraler Gegensatz, der die Annahme eines natürlichen Todes quasi ausschließt.

In Ihrem Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“ weisen Sie darauf hin, dass der Verdacht eines Zusammenhangs mit einem ärztlichen Eingriff bereits die Klassifizierung eines nicht natürlichen Todes rechtfertigt. Dies mag dem Wunsche des Rechtsmediziners entsprechen, ergibt sich in dieser Unabdingbarkeit jedoch aus dem Gesetzestext nicht. Dort ist in §13(3) Satz3 SächsBestG festgeschrieben, dass „als nicht natürlich ein Tod anzunehmen ist, der ... durch Komplikation medizinischer Behandlungen, ... eingetreten ist. (Nicht: eingetreten sein könnte!) Dies impliziert, dass ein nicht natürlicher Tod nur dann zu klassifizieren ist, wenn eine hinreichende Kausalität zwischen medizi-

nischer Maßnahme und Tod offenkundig ist (also beispielsweise eine Thoraxdrainage mit Verletzung der Lunge zum Tod führte). Das Versterben eines Patienten im zeitlichen Umfeld einer therapeutischen Maßnahme ohne konkrete Kausalität (z.B. Tod nach einer Kniegelenkspunktion durch Infarkt) ist eher als ungeklärte Todesart zu sehen.

Insofern schießt auch die Formulierung in den Informationen für die Ärztin oder den Arzt auf dem Deckblatt des neuen Totenscheins über das Ziel des Gesetzgebers hinaus, indem im

2. Kasten zu lesen ist: „Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod liegen vor bei: ... oder bei unerwartetem Tod während oder nach ärztlichen Eingriffen“. Rechtlich fehlt hierzu die konkrete Grundlage, auch wenn dies gewiß in guter Absicht gemeint ist.

### 2. Meldepflichten

Einen weiteren Kritikpunkt betrifft die im Artikel erwähnte Pflicht, das an das Gesundheitsamt zu melden sei, wer an einer meldepflichtigen Krankheit nach §6 IfSG „gelitten hatte“. (Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2009, S. 434, linke Spalte, Abschnitt „Weitere Meldepflichten“ Satz 1). Dies würde bedeuten, jeden Todesfall zu melden, der jemals in seinem Leben eine meldepflichtige Erkrankung, sei es eine Hepatitis oder Salmonellose, gehabt hatte. Im Gesetzestext findet sich eine hiervon abweichende Formulierung. In §13(5) steht: Hatte der Verstorbene an einer meldepflichtigen Krankheit im Sinne des §6 IfSG ... gelitten oder besteht ein solcher **Verdacht und ist zu befürchten, dass die Erreger dieser Krankheit durch den Umgang mit der Leiche verbreitet werden**, hat der Arzt unverzüglich das Gesundheitsamt zu benachrichtigen... Der Gesetzgeber hat wohl nicht ohne Grund diese kombinatorische Formulierung gewählt, da auch nur dieser letztgenannte Sachverhalt relevant für den Umgang mit der Leiche ist.

Ergänzend sei noch bemerkt, dass im Gesetzestext keine 3-Monatsfrist für mit Radionuklidien behandelte Verstorbene zu finden ist, wie in Ihrem Artikel erwähnt. Diese 3-Monatsfrist findet sich allein im neuen Totenschein in Bezug auf Anzeichen einer bestandenen/bestehenden Schwangerschaft.

Trotz des zweifellos anzuerkennenden Bemühens, eine modernisierte

Regelung zu schaffen, lässt sich der Eindruck nicht ganz verdrängen, dass hiermit wiederum vorrangig fachgebietseigene Interessen federführend waren, was auch in der über den Gesetzestext hinausgehenden Interpretation augenfällig wird. Ist die Regelung auch stringenter geworden als bisher, wird sie damit leider nicht handhabbarer. In der Praxis wird sie bei rechtstreuer Umsetzung zu einer Ausuferung ungeklärter Todesursachen führen; allein schon, um sich als Arzt nicht einer Rechtsverfolgung ausgesetzt zu sehen. Denn Spielraum für ärztliche Entscheidungen gibt es de facto keinen mehr. Und so geben wir ein weiteres Stück Boden an andere Entscheidungs- und Regulierungsstellen ab.

Die Diskrepanzen zwischen Gesetzestext, Interpretationen und Formularaufdruck sind Indiz dafür, dass auch die neue Regelung eher im Dornröschenturm als auf dem Schlachtfeld der Realität erschaffen wurde.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Matthias Schumann

## An Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“

01.09.2009

Es ist zu begrüßen, dass das „Ärzteblatt Sachsen“ die Novelle des Sächsischen Bestattungsgesetzes mitsamt rechtsmedizinischem Kommentar abdruckt.

Wenn man als klinisch tätiger Arzt nun liest, dass alle jene in Kliniken Verstorbenen unbedingt als „unklare Todesart“ zu klassifizieren sind, deren Tod „während oder kurz nach Injektionen, Infusionen oder Transfusionen“ eintrat, fragt man sich, aus welchem Jahrhundert diese Regelung stammt – denn jeder weiß, dass dieses Kriterium nur für einen kleinen Teil der über zwanzigtausend pro Jahr in Sachsen stationär versterbenden Menschen *nicht* zutreffen würde. Fast möchte man wünschen, dass sich für ein Jahr lang alle Klinikärzte konsequent daran halten, damit der (Un-)sinn dieser Empfehlung deutlich wird. Welche Fülle an Gutachten daraus erwüchse, lässt sich kaum erahnen, insbesondere im Hinblick auf die Komplexität moderner Medizin. Welche Rolle in der letalen Kausalkette würde etwa dem Arzt einerseits und andererseits dem verstorbenen Patienten vom Gericht

zugeschrieben, wenn der Tod durch eine komplikationsreiche Therapie eintrat, von der der Arzt eher abriet, aber der Patientenwille diese ausdrücklich forderte? Zweifellos gibt es eine Tendenz zu risikoreicheren Therapien und Aktionismus in der Medizin; Veränderungen dürfen aber nicht bei Polizei, Staatsanwalt und Misstrauen in den Arzt, sondern müssen an den Ursachen ansetzen (auf die hier nicht eingegangen werden kann). Warum eigentlich soll die Regelung der Attestierung der unklaren Todesart nicht auch für Patienten gelten, die zwei oder mehr orale Präparate einnehmen – wissen wir doch von gefährlichen Interaktionen gerade beim multimorbiden Patienten!?

Den Unterzeichnern sind die alarmierenden Zahlen und befürchteten Dunkelziffern unentdeckter unnatürlicher, ja oft krimineller Todesfälle in Deutschland natürlich bekannt – tatsächlich ein nicht akzeptabler Zustand!

Um daran etwas zu ändern, wäre zunächst eine wirkliche Analyse und Würdigung der Gründe vonnöten, weshalb ein Arzt zum Beispiel der Forderung nach völligem Entkleiden der Leiche nicht nachkommt. Wie soll beispielsweise der Klinikarzt im Nachtdienst dies praktizieren, wenn auf der Palliativstation die trauernde Familie um das blumengeschmückte Bett versammelt ist – soll er in deren Anwesenheit untersuchen oder die Angehörigen des Zimmers verweisen? Was soll er tun, wenn er während der Prozedur für längere Zeit in die Notaufnahme gerufen wird? Oder wie soll der Hausarzt einer Kleinstadt beispielsweise die Leichenschau bei einem stadtbekanntem und zudem ihm als Patienten seit Jahrzehnten bekannten, chronisch herzkranken, übergewichtigen Bäckermeister des Ortes durchführen – soll er etwa die Witwe um Hilfe beim Entkleiden bitten?

Es wäre anschließend die Frage zu klären, ob eine differenziertere Betrachtung der Leichenschau möglich wäre – etwa durch mehr Kenntnis der Kausalketten nicht nur im Zusammenhang mit schuldhaften oder kriminellen Handlungen, sondern auch ggf. lange Zeit nach Unfällen. Da aber zum Zeitpunkt des Todes diese Kausalketten nur selten offen, sofort und eindeutig dem Leichenschau-Arzt erkennbar sind, wäre eine Trennung der Aufgaben der Leichenschau in einen ärztlichen Akt der Todesfeststellung (Todesbescheinigung) und einen der Leichenschau

mit Todesartfeststellung sinnvoll – so wie anderswo zum Beispiel durch Coroner praktiziert und auch für Deutschland (als ärztliche oder nicht-ärztliche Leichenschaubeauftragte) mehrfach vorgeschlagen.

Mit wiederholten Aufrufen, Ermahnungen oder Anschuldigungen an die Ärzte wird sich absehbar nichts ändern. Wie so oft in Deutschland führt der gesetzgeberische Aktivismus – ohne wirkliche Analyse und konstruktive Innovation – in einer inakzeptablen Situation dazu, dass diese paradoxerweise nicht nur nicht geändert, sondern ihre Ursachen für weitere Jahre verdrängt werden und damit keine Veränderung zum Positiven eintreten kann und wird.

Ganz unabhängig von diesen Gesichtspunkten der Leichenschau ist an der Gesetzesnovelle und ihrer Interpretation bemerkenswert, dass ein Hirntoter nicht nur tot ist, sondern als Leiche definiert wird – wohl bemerkt ein Körper, der nichtmal die Merkmale unsicherer Todeszeichen aufweist, ja der sogar über lebensfähige funktionstüchtige Organe verfügt. Diese Widersprüche zum allgemeinen Verständnis von Leben sind schon für den Fachmann schwer verständlich – die Unterzeichner zweifeln zudem, ob sie beim Bürger das Verständnis und das Vertrauen in die Organspende mehren – eher ist auch hier zu fürchten, dass die forsche Verkürzung eigentlich komplizierter Zusammenhänge sich kontraproduktiv auswirken könnte.

Dr. med. Heinrich Günther  
Prof. Dr. med. habil. Gerhard Ehninger  
Medizinische Klinik und Poliklinik I  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

## Antwortbrief auf die Leserbriefे zum Artikel „Neuregelung der Ärztlichen Leichenschau in Sachsen“

23.10.2009

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

über Ihr Interesse und die kritische Diskussion des oben genannten Artikels haben wir uns sehr gefreut. Am 11.07.2009 trat die Novellierung des Sächsischen Bestattungsgesetzes (SächsBestG) in Kraft, deren wichtigste Neuregelungen wir in Abstimmung mit der Sächsischen Landesärztekammer und den Gesundheitsämtern aus rechtsmedizinischer Sicht kommentiert haben.

In die Überarbeitung des SächsBestG waren neben dem Sächsischen Minis-

terium für Soziales, den Fraktionen des Sächsischen Landtages und dem Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Familie, Frauen und Jugend auch medizinische Fachvertreter eingebunden. Das neue SächsBestG ist somit ein Gemeinschaftswerk, dass den Ansprüchen vieler Seiten gerecht werden muss und darüber hinaus – und auch das ist zu begrüßen – an die entsprechenden Leichenschaugesetze anderer Bundesländer angeglichen wurde.

Die Leichenschau ist der letzte Dienst des Arztes am Patienten, mit der über die Feststellung des Todes, der Todesursache und der Todesart hinaus, der Rechtssicherheit und dem öffentlichen Interesse dienende Aufgaben verbunden sind. Uns allen ist bekannt, dass es mit der Qualität der ärztlichen Leichenschau nicht zum Besten bestellt ist. In vielen wissenschaftlichen Studien wurde diese Thematik analysiert. So sollen 6 Prozent der Klinikärzte regelmäßig – und nur – einen natürlichen Tod attestieren. 30 Prozent kreuzen auch bei Gewalteinwirkung, Vergiftung, Suizid oder ärztlichem Eingriff einen natürlichen Tod an (1). Eine Befragung zufällig ausgewählter Ärzte ergab, dass nur 45 Prozent mehr als 10 Leichenschauen im Jahr durchführen (2). Schätzungen gehen davon aus, dass mindestens 11.000 nicht natürliche Todesfälle, darunter 1.200 Tötungsdelikte, pro Jahr nicht erfasst werden, da sie als natürliche Todesfälle deklariert werden (3). Von den zahlreichen Untersuchungen zur Validität der klinischen Todesursachendiagnostik dürfen wir hier lediglich auf die Görlitzer Studie (4) verweisen. Im 1-Jahres-Zeitraum konnten dort nahezu 100 Prozent der Verstorbenen obduziert werden und die klinisch diagnostizierten Grundleiden und Todesursachen mit dem pathologisch-anatomischen Befund verglichen werden. Die Studie ergab, dass sich in 48 Prozent der Fälle keine Übereinstimmung zwischen Leichenschau und Obduktionsdiagnosen feststellen ließ. Vor diesem Hintergrund wiesen Pathologen und Rechtsmediziner wiederholt auf die Notwendigkeit zur Erhöhung der Obduktionsfrequenz hin. Eigene Untersuchungen am Leipziger Institut zwischen 2000 bis 2004 ergaben, dass die Obduktionsrate lediglich 3,1 Prozent betrug (5). International wird eine Obduktionsrate von 30 Prozent gefordert, zum Beispiel verlangt die American Medical Association (AMA),

dass jedes zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten zugelassene Krankenhaus eine Obduktionsfrequenz von mindestens 25 Prozent der klinischen Sterbefälle nachweisen müsse. Unter Berücksichtigung dieser Daten halten wir es für erfreulich, dass es mit der Novellierung des SächsBestG nunmehr wieder die Möglichkeit der Durchführung von Verwaltungssektionen über die Gesundheitsämter gibt. Diese wird durch die Mitarbeiter der Gesundheitsämter geprüft, wenn auf der Todesbescheinigung „Obduktion erforderlich“ angekreuzt wird. Eine besondere rechtliche Bedeutung kommt der Klassifikation der Todesart zu. Die falsche Einschätzung eines nicht natürlichen Todes als natürlicher Tod ist eine der größten Fehlerquellen im „Leichenschauwesen“, denn diese Fälle werden in der Regel nicht obduziert und den Ermittlungsbehörden nicht gemeldet. Die Novellierung des SächsBestG weist nun auch die Meldepflicht der ungeklärten Todesart aus. Gerade bei Todesfällen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen, insbesondere nach Anwendung invasiver Verfahren (Operationen, Katheterimplantationen, Punktionen von Organen und Körperhöhlen, Endoskopien etc.) sowie nach unerwartetem Todeseintritt während der Gabe von Arzneimitteln, sollte in jedem Fall eine Obduktion zur objektiven Todesursachenklärung angestrebt werden. Dazu gehört die Qualifikation des Todesfalls als ungeklärt und eine Meldung an die Polizei. Dem daraus entstehenden Mehraufwand auf Seiten der Ärzte steht der Nutzen für die medizinische Qualitätssicherung gegenüber. Diese Verfahrensweise wird im Übrigen, im Konsens der Institute für Pathologie und Rechtsmedizin mit dem Vorstand, am Universitätsklinikum Dresden praktiziert. Aus eigener jahrzehntelanger rechtsmedizinischer Tätigkeit in Dresden und Leipzig überblicken wir, dass es in der Regel im Rahmen der gerichtlichen Obduktion zum Abschluss einer vermeintlichen ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung kommt. Nachfolgend möchten wir auf einige der aufgeworfenen Fragen eingehen: Bezüglich meldepflichtiger Erkrankungen nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) (6) lässt sich trefflich darüber streiten, ob die verkürzte Darstellung der Meldevorschrift aus § 6 IfSG auf Seite 434 des Artikels die gesetzgeberische Intention richtig oder falsch darstellt. Unzweifelhaft

ist aus der gesamten Kodierung erkennbar, dass sich sowohl die Regelung in § 13 Abs. 5 SächsBestG als auch deren Pendant in § 16 Abs. 4 SächsBestG immer auf den Ereigniszeitpunkt/-raum des Todes beziehen. Zur Behandlung mit Radionukliden ist Herr Kollegen Schumann zuzustimmen. Gem. § 13 Abs. 6 SächsBestG und § 14 Abs. 2 Ziff. 5 SächsBestG ist an der Leiche festgestellte oder vermutete Radioaktivität vom Leichenschauarzt auf dem Totenschein und dem Sarg (so will es der Gesetzgeber) zu kennzeichnen, ohne das es dafür quasi eine „Ausschlussfrist“ gibt.

Die Feststellung, dass ein Hirntoter eine Leiche ist, erklärt sich aus dem Transplantationsgesetz (TPG) (7). Der Tod gilt als Entnahmevoraussetzung in § 3 I 1. und § 3 II 2 TPG. Es ist erforderlich, beim Spender festzustellen, dass ein irreversibler Totalausfall von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm vorliegt. Dies muss auf dem auszustellenden Totenschein angekreuzt werden. Insofern ist der Begriff „Leiche“ nach Ausstellung des Totenscheines nur konsequent. Abgesehen von modernen Möglichkeiten der Hirntodfeststellung haben der Gesetzesgeber und die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin in ihren Leitlinien auf die Notwendigkeit der Überprüfung sicherer Todeszeichen und das Entkleiden der Leiche zur Erhebung des postmortalen Status hingewiesen. Damit sollen Fehler und Irrtümer bei der Leichenschau minimiert werden. Gerade bei der Auffindung lebloser Personen im Freien treten in Deutschland immer wieder Fälle auf, bei denen Todesbescheinigungen ausgefüllt werden, obwohl der besagte Hirntod noch nicht eingetreten war. Dazu käme es nicht, wenn die sicheren Todeszeichen geprüft worden wären. Vor diesen strafrechtlich relevanten Fehldiagnosen sollen Sie geschützt werden.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Jan Dreßler  
 Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig  
 Dr. med. Carsten Hädrich  
 Universität Leipzig  
 04109 Leipzig  
 Institut für Rechtsmedizin  
 Johannisallee 28  
 04103 Leipzig

M. Roick  
 Gesundheitsamt Leipzig  
 Friedrich-Ebert-Straße 19a  
 04109 Leipzig