

Todesbescheinigung NRW

Das Ausfüllen birgt erhebliche Probleme, die auch durch größte ärztliche Sorgfalt nicht auszuräumen sind – Folge 2 der dreiteiligen RhÄ-Reihe „Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung“

*von Brigitte Hefer und Markus Wenning**

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) erwägt die Einführung eines amtlichen Leichenschauers, um die Qualität der Leichenschau zu erhöhen. Mit diesem Beitrag wird die dreiteilige Artikelserie fortgesetzt, die sich befasst mit den Verpflichtungen und Problemen für Ärztinnen und Ärzte in NRW aus

- dem Bestattungsgesetz NRW
- der Todesbescheinigung NRW
- der Liquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte

und die Möglichkeit der Verbesserung durch die amtliche Leichenschau diskutiert.

Das Bestattungsgesetz NRW ermächtigt das zuständige Ministerium, durch Rechtsverordnung die Anforderungen an die Todesbescheinigung NRW festzulegen. Die Todesbescheinigung ist ein amtliches Dokument.

Feststellung des Todes

Die sichere Todesfeststellung anhand mindestens eines sicheren To-

deszeichens ist jedem Arzt in der Regel auch ohne Hilfsmittel vor Ort möglich.

Darüber hinaus werden in der Todesbescheinigung Angaben zum Todeszeitpunkt, zur Todesart, zur Infektionsgefährdung, zur Todesursache und ihrer Kausalität sowie gegebenenfalls zur Art eines Unfalls gefordert.

Hieraus ergeben sich folgende Probleme:

Feststellen des Todeszeitpunktes

In der Regel ist eine retrospektive Festlegung des Todeszeitpunktes durch den Arzt mit den Mitteln vor Ort spekulativ.

Der Todeszeitpunkt kann erhebliche (z. B. erbrechtliche) Konsequenzen haben. Die Anforderung an die Festlegung des Todeszeitpunktes soll diesen Interessen gerecht werden. Die einfache Leichenschau nach dem Bestattungsgesetz NRW erfüllt diese Anforderungen nicht.

Feststellen der Todesart

Der Arzt hat im Rahmen der Leichenschau festzustellen, ob es

Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen gibt, die den Tod zur Folge hatten. Hierunter zählen zum Beispiel Selbsttötung, Unfälle oder Unfallfolgen, Tötungsdelikte oder Todesfälle in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen.

„Bei ungeklärter oder nicht natürlicher Todesart unterbricht die Ärztin/der Arzt – will sie/er sich nicht einem möglichen Vorwurf der Strafreitelung aussetzen – nach sicherer Feststellung des Todes die weitere Leichenschau sofort, unterrichtet unverzüglich die Polizeibehörde und verhindert bis zum Eintreffen der Polizei nach Möglichkeit Veränderungen an der Leiche und am Auffindeort.“¹

Der Arzt dient damit als „Verwaltungshelfer“ der Verfolgung von Rechtsinteressen, zum Beispiel beim Erkennen fremdverschuldeter Todesfälle und der Wahrnehmung mutmaßlicher Interessen des Verstorbenen (wie zum Beispiel Versicherungsleistungen an Hinterbliebene bei Tod durch Unfallfolge).

„Spurenarme Tötungsdelikte“

Madea² formuliert das Problem wie folgt:

„Häufig bereitet die Interpretation von Untersuchungsergebnissen an der Leiche dann Probleme, wenn es sich um dezente Veränderungen handelt, die nicht offensichtliche Hinweise für eine gewaltsame Todesart darstellen. Dies betrifft besonders die Untersuchungen von... alten Menschen,... bei welchen besonders häufig so genannte spurenarme Tötungsdelikte vorkommen.“

Methodische Probleme

Die Leichenschau muss an den Möglichkeiten gemessen werden, die dem Arzt vor Ort zur Verfügung stehen. Das sind in der Regel seine fünf Sinne unter teilweise erschwerten Umweltbedingungen (zum Beispiel Lichtverhältnisse). Damit kann er Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod feststellen, zum Beispiel das „Messer im Rücken“. Stellt der Arzt keine Anhaltspunkte fest, kann und soll (sonst gäbe es die Rubrik „unklar“ nicht) er daraus nicht automatisch auf einen natürlichen Tod schließen. Wie bereits ausgeführt unterlaufen den Ärzten bereits formale Fehler bei der Klassifikation der Todesart.

Der Arzt, der den Toten, seine Krankengeschichte und sein Umfeld nicht kennt, müsste grundsätzlich die Rubrik „unklar“ ankreuzen und – um sich nicht „dem Vorwurf der Strafreitelung auszusetzen“ – jedes Mal unverzüglich die Polizeibehörden unterrichten, damit diese ermitteln können.

Aber auch wenn der Arzt das Umfeld und den Patienten kennt und sogar mit dem Ableben des Patienten rechnen konnte, ist das Erkennen eines natürlichen Todes mit den Mitteln des Arztes vor Ort problematisch, wie die im ersten Teil der Serie erwähnten, bei der Leichenschau nicht erkannten Tötungsdelikte in einem Altenheim belegen.

* Dipl.-Ing. Dr. med. Brigitte Hefer ist Referentin im Ressort medizinische Grundsatzfragen der Ärztekammer Nordrhein

Dr. med. Markus Wenning ist Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Westfalen-Lippe

¹ „Anleitung zum Ausfüllen der Todesbescheinigung NRW“, Ministerialblatt NRW Nr. 37 vom 9. September 2003

² Madea, Burkhard; Dettmeyer, Reinhard: Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung, in: Dtsch Ärztebl 2003; 100:A 3161-3179 [Heft 48]

Lösungsansatz

Das Erkennen der häufig dezenten Zeichen für einen nicht natürlichen Tod kann problematisch sein und sollten wegen des hohen zu schützenden Rechtsgutes in hierzu besonders geschulte und qualifizierte Hände gelegt werden.

Unbeschadet der Forderung nach qualifizierter Leichenschau kann durch Verbesserung der Systematik das Erkennen nicht natürlicher Todesfälle, zum Beispiel durch einen für alle Todesfälle eines Gebietes zuständigen amtlichen Leichenschauer, gefördert werden. Das systematische Verfolgen von Todesfällen und Häufungen in einer Region – etwa die Häufung von Todesfällen in dem Pflegeheim – deckt statistische Abweichungen auf und kann sie einer Überprüfung zuführen.

Probleme mit der Polizei

Stellt der Arzt einen unklaren oder nicht natürlichen Tod fest, ist er verpflichtet, die Polizei zu rufen. Immer wieder berichten Ärzte, dass die hinzugerufene Polizei den Arzt drängt, die Todesart zu ändern („natürlich“ statt „unklar“) oder eine zweite Todesbescheinigung auszustellen.

Eine Todesbescheinigung ist eine amtliche Urkunde. Das Ändern einer von einem anderen Arzt ausgestellten Todesbescheinigung ohne dessen Einverständnis oder das Ausstellen einer „zweiten Todesbescheinigung“ ist Urkundenfälschung.

Interessenkonflikte

Wenn auch die Einschaltung der Polizei nicht gleichzusetzen ist mit Verdacht auf ein Fremdverschulden, werden diese Begriffe von den Angehörigen häufig gekoppelt, und damit wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient belastet.

Dies kann auch wirtschaftliche Interessen des Arztes berühren, wenn sich die Angehörigen zum Beispiel einem anderen Arzt zuwenden.

Lösungsansatz

Die Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient durch Einschalten der Polizei und der mögliche wirtschaftliche Interessenkonflikt können durch eine Entkoppelung von hausärztlicher Tätigkeit und amtlicher Leichenschau aufgelöst werden.

Todesursache und Kausalkette

Die Erhebung der Daten zur Todesursache und ihrer Kausalkette

dienen der Gewinnung von Daten zur Todesursachenstatistik und über Erkrankungen als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen.

Wie valide sind diese Daten, wenn sie mit der alleinigen äußeren Leichenschau in der Regel gar nicht erhoben werden können?

„In ca. 15 Prozent aller Todesfälle in Krankenhäusern besteht eine Diskrepanz zwischen klinischer Hauptdiagnose und Sektionsbefund, die mit Folgen für Therapie und Überleben der Patienten einhergeht. Diese Fehlerquote kann nur durch eine systematische klinische Autopsie erkannt und benannt sowie durch einen intensivierten klinisch-pathologischen Diskurs zukünftig verringert werden“, heißt es in der Stellungnahme „Autopsie“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer³.

In einer Publikation aus dem Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn⁴ wird eine Übereinstimmung zwischen Angabe der Todesursache in der Todesbescheinigung und Todesursache nach Obduktionsbefund nur in 52 Prozent aller Fälle, bezogen auf Heiminsassen nur in 40 Prozent der Fälle gefunden.

Der behandelnde Arzt kann gegebenenfalls aus der Krankengeschichte die Todesursache und zum Tode führende Erkrankungen ableiten. Dennoch bleibt auch bei sorgfältig durchgeführter Leichenschau die Todesursache oft unklar.

Im Gegensatz zum Krankenhaus wird außerhalb des Krankenhauses ein großer Teil der Leichenschauen an fremden Verstorbenen durchgeführt, soll heißen, Krankengeschichte und Verlauf sind den Ärzten nicht bekannt.

Hier bleibt häufig allein die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, um nach dessen Angaben Todesursache und zum Tode führende Erkrankungen zu ermitteln.

Die Todesbescheinigung muss jedoch unverzüglich ausgestellt und ausgehändigt werden, so dass, wenn

der behandelnde Arzt akut nicht erreichbar ist, für nachträgliche Ermittlungen keine Zeit bleibt.

Die Todesursachenstatistik stellt eine wichtige Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen dar und sollte auf valider Datenbasis fußen. Die Erhebung dieser Daten ist mit der alleinigen äußeren Leichenschau ohne Zeit für weitere Ermittlung der medizinischen Daten in der Regel nicht möglich. Die wenigsten Todesursachen sind postmortal ohne Obduktion feststellbar.

In einem Leserbrief zum oben zitierten Artikel von Madea heißt es:

„Die Schlussfolgerungen sind einfach und doch weitreichend: Die Leichenschau gehört aus der Hand des Hausarztes in die eines Spezialisten (Pathologe, Gerichtsmediziner, Coroner, neu zu definierende Zusatzbezeichnung), der die Möglichkeit haben muss, postmortal an die medizinischen Daten heranzukommen, größere rechtliche Zugriffsmöglichkeiten auf Obduktionen hat, ... und der keine wirtschaftlichen, persönlichen und räumlichen Interessenskonflikte mit den Angehörigen und deren Umfeld hat.“

Fazit

Von den auf der Todesbescheinigung NRW geforderten Angaben ist dem Arzt mit den Mitteln vor Ort allein die Feststellung des Todes zweifelsfrei möglich, alle weiteren Angaben zum Todeszeitpunkt, zur Todesart, zur Todesursache und Kausalkette müssen in der Regel rein spekulativen Charakter haben.

Das Ausfüllen der Todesbescheinigung birgt unter den derzeitigen Rahmenbedingungen der Leichenschau unlösbare Probleme methodischer, ethischer, formaler und grundsätzlicher Art, die durch ärztliches Bemühen um eine sorgfältige und korrekte Durchführung der Leichenschau nach Bestattungsgesetz NRW nicht auszuräumen sind.

Zur sorgfältigen Erhebung dieser Angaben sollten wegen des hohen zu schützenden Rechtsgutes und der gesundheitspolitischen Bedeutung neue rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden.

³ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Stellungnahme zur „Autopsie“, in Dtsch Ärztebl 2005; 50:C 2498-2505 [Heft 50] vom 16.12.2005

⁴ Madea, Burkhard; Dettmeyer, Reinhard: Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung, in: Dtsch Ärztebl 2003; 100:A 3161-3179 [Heft 48]