prognos
Wir geben Orientierung.

Endbericht

Regionale qualitative und quantitative Analysen zu Todesbescheinigungen; Entwicklung von Modellkonzeptionen

erstellt von der Prognos AG in Zusammenarbeit mit

Prof. Dr. med. univ. Michael Klintschar
Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover

Prof. Dr. med. Christian Wittekind
Institut für Pathologie am Universitätsklinikum Leipzig

Prognos Ansprechpartner
Andreas Heimer
Sören Mohr
Laura Sulzer

Im Auftrag des
Landeszentrums Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

25. November 2020

Das Unternehmen im Überblick

Prognos – wir geben Orientierung.

Wer heute die richtigen Entscheidungen für morgen treffen will, benötigt gesicherte Grundlagen. Prognos liefert sie - unabhängig, wissenschaftlich fundiert und praxisnah. Seit 1959 erarbeiten wir Analysen für Unternehmen, Verbände, Stiftungen und öffentliche Auftraggeber. Nah an ihrer Seite verschaffen wir unseren Kunden den nötigen Gestaltungsspielraum für die Zukunft - durch Forschung, Beratung und Begleitung. Die bewährten Modelle der Prognos AG liefern die Basis für belastbare Prognosen und Szenarien. Mit rund 150 Experten ist das Unternehmen an acht Standorten vertreten: Basel, Berlin, Düsseldorf, Bremen, München, Stuttgart, Freiburg und Brüssel. Die Projektteams arbeiten interdisziplinär, verbinden Theorie und Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Unser Ziel ist stets das eine: Ihnen einen Vorsprung zu verschaffen, im Wissen, im Wettbewerb, in der Zeit.

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates
Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer
Berlin HRB 87447 B

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer
DE 122787052

Rechtsform
Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel
Handelsregisternummer
CH-270.3.003.262-6

Gründungsjahr
1959

Arbeitssprachen
Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG
St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel | Schweiz
Tel.: +41 61 3273-310
Fax: +41 61 3273-300

Beteiligte Standorte

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin | Deutschland
Tel.: +49 30 5200 59-210
Fax: +49 30 5200 59-201

Prognos AG
Werdener Str. 4
40227 Düsseldorf | Deutschland
Tel.: +49 211 913 16-110
Fax: +49 211 913 16-141

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 23
79100 Freiburg | Deutschland
Tel.: +49 761 766 1164-810
Fax: +49 761 766 1164-820

---

info@prognos.com | www.prognos.com | www.twitter.com/prognos_ag

Inhaltsverzeichnis

Abbildungen VI

Tabellen VII

Executive Summary 1

1 Zielsetzung und Vorgehen im Projekt 9

2 Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen der Modellregionen 12

2.1 Grundauswertungen zur Struktur der Todesbescheinigungsdaten 13

2.1.1 Situationsmerkmale der Durchführung der äußeren Leichenschau 14

2.1.2 Zeitdauer zwischen Todeseintritt und Leichenschau sowie dokumentierte Todeszeichen 21

2.1.3 Klassifikation der Todesart und Todesursachendiagnosen 25

2.2 Analyse der Qualität der Todesbescheinigungsdaten 32

2.2.1 Erkennbarkeit und Lesbarkeit 32

2.2.2 Bewertung der inhaltlichen und formalen Qualität der medizinischen Angaben 33

2.3 Zusammenfassung und Bewertung 43

3 Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren rund um ärztliche Leichenschau und die Todesbescheinigung 45

3.1 Durchführung der ärztlichen Leichenschau und Todesbescheinigung 46

3.1.1 Ärztliche Leichenschau mit Fokus auf vorbehandelnde niedergelassene Ärztinnen und Ärzte 46

3.1.2 Besonderheiten bei der Durchführung der Leichenschau durch Ärztinnen und Ärzte im Notdienst 53

3.1.3 Besonderheiten bei der Durchführung der Leichenschau durch Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst 58

3.1.4 Durchführung der Leichenschau durch Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte 61

3.2 Verfahren rund um die Leichenschau und Todesbescheinigung 62

3.2.1 Teilprozess: Natürliche Todesart 65

3.2.2 Teilprozess: Nichtnatürliche bzw. ungeklärte Todesart 72

3.2.3 Kodierung der Todesursache für die Todesursachenstatistik 76

3.3 Zusammenfassung und Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität 79

3.3.1 Prozessqualität 79

3.3.2 Ergebnisqualität 81

4 Regelungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung außerhalb von Nordrhein-Westfalen 84

4.1 Regelungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung im europäischen Ausland 84

4.2 Regelungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung in den Bundesländern 91

5 Handlungsfelder und Gestaltungsoptionen zur Weiterentwicklung der Leichenschau und Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen 102

5.1 Zentrale Handlungsfelder zur Weiterentwicklung der Todesbescheinigung und der Leichenschau 102

5.1.1 Verstärkter Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte 102

5.1.2 Unsicherheiten und Wissensdefizite bei der Durchführung der Leichenschau und dem Ausfüllen der Todesbescheinigung 107

5.1.3 Struktur des Todesbescheinigungsformulars 111

5.1.4 Qualitätskontrolle der Todesbescheinigungsformulare 117

5.2 Gestaltungsoptionen für den Prozess der Leichenschau und Todesbescheinigung 121

5.2.1 Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung und Verbesserungen bei der Informationsgrundlage am Sterbeort 121

5.2.2 Fortbildungen, Information, Sensibilisierung von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten 131

5.2.3 Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars 137

5.2.4 Möglichkeiten der Qualitätskontrolle durch das Gesundheitsamt 141

5.3 Zusammenfassung und Bewertung 145

6 Darstellung der Konzepte für Modellprojekte 147

6.1 Einführung der vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst 147

6.1.1 Maßnahme: Zielgruppe und Ausgestaltung 148

6.1.2 Umsetzung 150

6.1.3 Evaluation 154

6.2 Etablierung eines Fortbildungsangebots 156

6.2.1 Maßnahme: Zielgruppe und Ausgestaltung 157

6.2.2 Umsetzung 159

6.2.3 Evaluation 160

6.3 Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars 163

6.3.1 Maßnahme: Zielgruppe und Ausgestaltung 163

6.3.2 Umsetzung 169

6.3.3 Evaluation 169

Einbezogene Literatur VII

Anhang VII

Abbildungen

Abbildung 1: Das Vorgehen im Überblick 10

Abbildung 2: Analysierte Todesbescheinigungen nach Modellregionen 13

Abbildung 3: Verteilung der Sterbe- bzw. Auffindeorte nach Modellregion 15

Abbildung 4: Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte 17

Abbildung 5: Verteilung von Erd- und Feuerbestattungen nach Modellregionen 63

Abbildung 6: Verfahren rund um die Leichenschau und Todesbescheinigung 64

Abbildung 7: Übersicht zur Leichenschau bei Rettungsdienst -Einsätzen 149

Abbildung 8: Regelungsbereiche zur vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung 152

Tabellen

Tabelle 1: Überblick über Handlungsfelder und Gestaltungsoptionen 8

Tabelle 2: Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte nach Sterbeort 18

Tabelle 3: Behandlungsbeziehung zwischen Verstorbenen und Ärztinnen und Ärzten nach Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte 19

Tabelle 4: Fachrichtungen und/oder Zusatzbezeichnungen der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte 20

Tabelle 5: Zeitdifferenz zwischen Sterbe- bzw. Auffindezeitpunkt und der Leichenschau 22

Tabelle 6: Sichere Todeszeichen nach der Zeitdauer zwischen Sterbezeitpunkt und Leichenschau 24

Tabelle 7: Verteilung der Todesarten – Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen und Todesart 26

Tabelle 8: Verteilung der Todesarten nach Sterbe- bzw. Auffindeort und Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte 27

Tabelle 9: Verteilung der ermittelten Grundleiden nach ICD-Kapiteln und Modellregionen (Projekt-Auswertungen) 30

Tabelle 10: Verteilung der ermittelten Grundleiden nach ICD-Kapiteln und Kreisen 2015 (Todesursachenstatistik) 31

Tabelle 11: Qualitätsbewertung der Todesbescheinigungen durch Prof. Klintschar (Stichprobe) 35

Tabelle 12: Qualitätsmerkmale der medizinischen Angaben zur Todesursache 36

Tabelle 13: Qualitätsmerkmale der medizinischen Angaben zur Todesursache nach Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte 39

Tabelle 14: Analysierte Todesbescheinigungen nach möglichen Hinweisen auf eine nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart 42

Tabelle 15: Obduktionsraten im europäischen Vergleich 90

Tabelle 16: Ausnahmeregelungen für Leichenschau und Todesbescheinigung für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst 95

Tabelle 17: Adressaten des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung bzw. der Durchschläge 98

Tabelle 18: Auswahl quantitativer Ergebnisse zur Leichenschau und Todesbescheinigung 104

Tabelle 19: Ansätze zur Einbindung von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten 131

Tabelle 20: Ansätze zur verbesserten Fortbildung, Information und Sensibilisierung von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte 137

Tabelle 21: Ansätze zur Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars 141

Tabelle 22: Ansätze zur Stärkung der Qualitätskontrolle durch das Gesundheitsamt 145

Tabelle 23: Überblick über die zentralen Handlungsfelder und Gestaltungsoptionen 146

Tabelle 24: Anhang—Todesbescheinigungen mit unlesbaren medizinischen Angaben (Blatt 2, Ziffern 15 bis 19) VIII

Tabelle 25: Anhang—Verteilung der ermittelten Grundleiden bei Anhaltspunkten für äußere Einwirkungen (nichtnatürliche Todesart) und bei ungeklärter Todesart VIII

Tabelle 26: Anhang—Verteilung der ermittelten Grundleiden durch den Rettungsdienst bei Anhaltspunkten für äußere Einwirkungen (nichtnatürliche Todesart) und bei ungeklärter Todesart XII

Tabelle 27: Anhang—Qualitätsmerkmale der medizinischen Angaben zur Todesursache nach Todesarten XIV

Tabelle 28: Anhang—Ausnahmeregelungen für Rettungsdienst bzw. ärztlichen Notdienst VII

Tabelle 29: Anhang—Todesart und Todesursache in den Bundesländern X

Tabelle 30: Anhang—Sterbezeitpunkt und Warnhinweise XIV

Executive Summary

Kapitel 1

Zielsetzung und Vorgehen im Projekt

Ziel des vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen beauftragten Projekts war es, die Verfahren und Abläufe der ärztlichen Leichenschau und damit zusammenhängender Prozesse zu analysieren und Gestaltungsoptionen zu entwickeln, die die wesentlichen Ziele der Leichenschau in verbesserter Weise gewährleisten können: (1) die zuverlässige Erkennung nichtnatürlicher und insbesondere fremdverschuldeter Todesarten und (2) die Pflege einer zuverlässigen und aussagekräftigen Todesursachenstatistik als Grundlage für die sachgerechte Allokation von Mitteln für die Versorgung, Prävention und Forschung.

Kapitel 2

Grundauswertung zur Struktur der Todesbescheinigungen der Modellregionen (Kapitel 2.1)

Eine zentrale Aufgabe des Projektes bestand in der Auswertung der Todesbescheinigungen aus den Modellregionen. Dafür wurden die Todesbescheinigungen sämtlicher im Jahr 2015 im Zuständigkeitsbereich der Standesämter der Städte Mettmann (500; 30,2 %) und Detmold (1.157; 69,8 %) verstorbenen bzw. tot aufgefundenen Personen einbezogen. Insgesamt wurden 1.657 Todesbescheinigungen deskriptiv ausgewertet. Die zentralen Ergebnisse dieser Grundauswertung sind im Folgenden zusammengefasst:

- Das durchschnittliche Alter der Verstorbenen lag in den Modellregionen bei 80,2 Jahren, das Medianalter bei 83 Jahren. Nur ein geringer Teil der Sterbefälle entfällt auf jüngere Menschen: 90 Prozent der Verstorbenen waren zum Sterbezeitpunkt mindestens 62 Jahre alt, 80 Prozent mindestens 73 Jahre alt und 60 Prozent hochaltrig, d. h. 80 Jahre oder älter.
- Rund die Hälfte der Todesfälle in den Modellregionen verstarb im Krankenhaus (50,8 %). Etwa jeder Fünfte verstarb in einer Pflege- oder Senioreneinrichtung (21,7 %) und 5,9 Prozent verstarben in einem Hospiz. Zusammengerechnet sind in den Modellregionen 78,4 Prozent der Personen in Einrichtungen verstorben, bei denen von besseren Diagnosemöglichkeiten bzw. einer Bekanntheit der Krankengeschichte ausgegangen werden kann – was beides wesentliche Bedingungen für eine sachgerechte Diagnosestellung sind. Die meisten anderen Personen verstarben zu Hause (18,6 %).
- In der Hälfte der Fälle ist die leichenschauende Ärztin bzw. der leichenschauende Arzt an einem Krankhaus beschäftigt. 22,5 Prozent der Todesbescheinigungen wurden von vorbehandelnden ambulanten Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt, 15,0 Prozent vom ärztlichen Notdienst. Knapp jede zehnte Todesbescheinigung von Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst (9,1 %).

- 90,3 Prozent der Todesfälle in den Modellregionen wurden im Rahmen der ärztlichen Leichenschau als natürlich klassifiziert, 2,1 Prozent als nichtnatürlich und 7,6 Prozent als ungeklärt. Nichtnatürliche und ungeklärte Todesarten werden mit Abstand am häufigsten von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst vermerkt. Bei Krankenhausärztinnen und -ärzten liegt der Anteil der als natürlich klassifizierten Todesfälle bei 92,5 Prozent, im ambulanten Bereich – inklusive des ärztlichen Notdienstes – sogar durchgängig bei über 96 Prozent.
- In über der Hälfte aller Fälle (56,4 %) wurde die Leichenschau durch Ärztinnen oder Ärzte durchgeführt, die die Verstorbenen zuvor bzw. zuletzt behandelt hatten. In 35 Prozent der Fälle wurde die Todesbescheinigung nicht von der vorbehandelnden Ärztin oder dem vorbehandelnden Arzt ausgestellt, darunter in der Hälfte der Fälle ohne Angaben der vorbehandelnden Ärztin oder des vorbehandelnden Arztes. Ohne Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten ausgestellte Todesbescheinigungen werden am häufigsten vom ärztlichen Notdienst ausgestellt. Der ärztliche Notdienst gibt nur bei einer Minderzahl der ausgestellten Todesbescheinigungen (36,7 %) im dafür vorgesehenen Feld an, Angaben der vorbehandelnden Ärztin bzw. des vorbehandelnden Arztes einbezogen zu haben.

Analyse der Qualität der Todesbescheinigungsdaten (Kapitel 2.2)

Um Einschätzungen zur Qualität und zu Einflüssen auf die Qualität der Todesbescheinigungen zu ermöglichen, wurden alle erfassten Todesbescheinigungen der Modellregionen von Prognos nach verschiedenen messbaren Qualitätsindikatoren ausgewertet. Zudem erfolgte eine Bewertung der Plausibilität der Todesart-Klassifizierung durch den Rechtsmediziner Prof. Dr. Klintschar anhand einer zufälligen Auswahl von knapp 20 Prozent der als natürlich klassifizierten Todesbescheinigungen. Im Folgenden ist das Ergebnis der Qualitätsprüfung zusammengefasst:

- Lediglich 45,6 Prozent der Todesbescheinigungen wurden mit Blick auf die medizinischen Angaben (Blatt 2, Ziffer 15-20) als uneingeschränkt vollständig, lesbar und plausibel beurteilt. Bei den zusammen 5,9 Prozent Todesbescheinigungen ohne oder mit lediglich eingeschränkt aussagekräftigen Angaben zur Todesursache ist eine Verwertung der Angaben für die Todesursachenstatistik nur mit höchster Unsicherheit möglich.
- Vorbehandelnde niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stellten am häufigsten Todesbescheinigungen ohne qualitative Auffälligkeiten aus (59,2 %). Bei den Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst sind dagegen lediglich 23 Prozent der Todesbescheinigungen ohne Auffälligkeiten.
- Die Bewertung durch Prof. Dr. Klintschar kam zu dem Ergebnis, dass in 2,4 Prozent der analysierten Fälle aufgrund der angegebenen Todesursachenkaskade bzw. der Epikrise ein nichtnatürlicher Tod hätte bescheinigt werden müssen, in weiteren 5,4 Prozent eine ungeklärte Todesart. In weiteren 4,4 Prozent der Fälle konnte aufgrund spärlicher Angaben keine Einschätzung zur Plausibilität der Todesart-Klassifizierung getroffen werden.

Kapitel 3

Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung (Kapitel 3.1)

Zur Analyse der ärztlichen Leichenschau in Nordrhein-Westfalen wurden Fachgespräche mit medizinischen Akteuren geführt, um einerseits ergänzende Einschätzungen zu den Ergebnissen der statistischen Analysen zu erfassen sowie andererseits eine Bewertung der Prozessqualität rund um die ärztliche Leichenschau vorzunehmen. Die zentralen Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt:

- Zentral für die ärztliche Leichenschau und die Bestimmung der Todesart und -ursache sind die Vorkenntnisse über die verstorbene Person bzw. die Informationen am Sterbeort. Die vorbehandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geben an, im Regelfall über umfassende Kenntnisse der Krankengeschichte der von ihnen im Rahmen der Leichenschau untersuchten Verstorbenen zu verfügen, sie sind häufig mit dem pflegerischen Umfeld der Verstorbenen vertraut. Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst oder im ärztlichen Notdienst finden in den meisten Fällen Patientenunterlagen am Sterbeort vor, teilweise kann auch mit Angehörigen oder beruflich Pflegenden gesprochen werden. Diese Informationen sind insbesondere bei mangelnden Vorkenntnissen jedoch immer mit einem Restzweifel behaftet. Im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten im Notdienst sind Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst nach der Todesfeststellung gesetzlich nicht zur weiteren Durchführung der Leichenschau und zum Ausfüllen der Todesbescheinigung verpflichtet, dies führt nach Einschätzung der Gesprächspartnerinnen und -partner und wie die Analyse der Todesbescheinigungen zeigt einerseits dazu, dass die Todesbescheinigung gar nicht ausgefüllt wird, aber andererseits auch dazu, dass ohne medizinische Notwendigkeit eine ungeklärte Todesart angegeben wird.
- Die Vorgabe, die Leichenschau unverzüglich nach Erhalt der Todesanzeige durchzuführen, führt nach Einschätzung der Gesprächspartnerinnen und -partner zu verschiedenen Herausforderungen: Einerseits sind die Ärztinnen und Ärzte an ihre Praxisöffnungszeiten gebunden, zudem steht die Versorgung lebender Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Die Feststellung sicherer Todeszeichen steht nach Auffassung der Befragten darüber hinaus in einem Konflikt mit der Vorschrift einer unverzüglichen Leichenschau.
- Während die Notwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung unbestritten ist, wird von den Gesprächspartnerinnen und -partnern insbesondere die Untersuchung sämtlicher Körperöffnungen sowohl als unpraktikabel als auch als unzweckmäßig bewertet. Insbesondere bei Leichenschauen zu Hause bei den Verstorbenen, aber auch im Pflegeheim und Hospiz werden die Vorschriften wegen der fehlenden personellen und technischen Unterstützung als oftmals praktisch undurchführbar eingeschätzt. Zudem besteht Skepsis, inwiefern die Untersuchung sämtlicher Körperöffnungen zu einer verbesserten Entdeckung nichtnatürlicher Todesfälle beitragen kann.
- Das korrekte Ausfüllen der Todesbescheinigung und insbesondere der Todesursachenkaskade stellt für viele Ärztinnen und Ärzte eine Herausforderung dar. Auch ist der Stellenwert des Grundleidens für die Todesursachenstatistik vielen leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten nicht bewusst. Generell sind Kenntnisse darüber, was im Weiteren mit der Todesbescheinigung passiert und wie die Angaben für die Todesursachenstatistik ausgewertet werden, eher gering verbreitet.

Verfahren und Prozesse im Anschluss an die ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung (Kapitel 3.2)

Die Verfahren und Prozesse nach der ärztlichen Leichenschau und nach Ausfüllen der Todesbescheinigung wurden im Rahmen von Fachgesprächen mit Bestattern, Standesämtern und Gesundheitsämtern nachgezeichnet. Die zentralen Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt:

- Die sich an eine ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung anschließenden Verfahren und Prozesse hängen im Wesentlichen von zwei Faktoren ab: der festgestellten Todesart sowie der Bestattungsform.
- Bei der Feststellung einer natürlichen Todesart, können Bestatter kontaktiert und der Transport des Verstorbenen vorgenommen werden. Beide Teile der Todesbescheinigung liegen nach der ärztlichen Leichenschau in den meisten Fällen beim Verstorbenen und werden vom Bestatter zusammen mit dem Leichnam mitgenommen. Der Bestatter übernimmt dann in der Regel die Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt. Das weitere Verfahren hängt von der Bestattungsform ab: Im Falle einer Erdbestattung werden sowohl der nichtvertrauliche Teil als auch der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung beim Standesamt eingereicht. Erfolgt eine Feuerbestattung, ist die Durchführung einer zweiten Leichenschau gesetzlich vorgeschrieben. Entgegen dem Verfahren bei einer Erdbestattung und entgegen dem Runderlass „Todesbescheinigung“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25.07.2003, verbleibt der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung bei einer Feuerbestattung in der Praxis meist beim Bestatter, um den Ärztinnen und Ärzten der zweiten Leichenschau vorgelegt zu werden. Beide Teile der Todesbescheinigung werden abschließend ans Gesundheitsamt übermittelt und dort archiviert.
- Ergeben sich Anhaltspunkte auf eine nichtnatürliche Todesart oder ist die Todesart ungeklärt, ist die Leichenschau nach Feststellung des Todes umgehend abzubrechen und die zuständige Polizeibehörde zu unterrichten. Die Todesbescheinigung verbleibt bis zum Abschluss des Ermittlungsverfahrens bzw. bis zur Freigabe der Leiche bei der Kreispolizei und wird dann mit dem Leichnam an den Bestatter übergeben. Da nach einem Ermittlungsverfahren keine zweite Leichenschau durchzuführen ist, werden sowohl bei Erd- als auch Feuerbestattung beide Teile der Todesbescheinigung vom Bestatter an das Standesamt übergeben und abschließend ans Gesundheitsamt übermittelt und dort archiviert.
- Die Kodierung der Todesursache für die Todesursachenstatistik erfolgt durch das Statistische Landesamt (IT.NRW) im Referat Todesursachenstatistik. Hierfür wird das Blatt 4 der Todesbescheinigung (vertraulicher Teil) von den Gesundheitsämtern postalisch an IT.NRW übersendet. Die Kodierung der Todesursachen erfolgt bei IT.NRW unter Verwendung des elektronischen Kodiersystems IRIS.
  Personenbezogene Angaben werden nicht auf Grundlage der Todesbescheinigungen erfasst, sondern unter Verwendung der Sterbebuch-Nummer aus der zum Zeitpunkt der Kodierung bereits vorliegenden Sterbefallstatistik entnommen. Die Daten der Statistik der Sterbefälle werden von den Standesämtern an das Bayerische Landesamt für Statistik als bundesweite Koordinationsstelle und von dort an IT.NRW übermittelt. Das Referat Todesursachenstatistik ergänzt die Sterbefallstatistik durch die Todesursachen. Die Zusammenführung erfolgt mittels der Sterbebuchnummer.

- Es gibt verschiedene Akteure, die eine Kontrolle der Angaben der Todesbescheinigung vornehmen: Die Bestatter und Standesämter führen eine formale Kontrolle der Angaben des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung durch. Häufige formale Mängel betreffen nach Einschätzung der Befragten fehlende Angaben zum Sterbezeitpunkt, eine mangelhafte Lesbarkeit, nicht eindeutige oder gesondert bestätigte Korrekturen der Angaben sowie fehlende Angaben zum Namen der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte. Die Gesundheitsämter prüfen abschließend zum einen, ob Anhaltspunkte für die Annahme eines Todes aus nichtnatürlicher Ursache bestehen. Zum anderen überprüfen sie die Lesbarkeit der Diagnose und stellen sie erforderlichenfalls her. Die Prüfung umfasst jedoch keine fachliche, medizinische Prüfung der Ursachenkaskade.

Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität (Kapitel 3.3)

Aufbauend auf den Ergebnissen der statistischen Analyse und der Fachgespräche wurden folgende Einschränkungen der Prozess- und Ergebnisqualität identifiziert:

- Eine unmittelbare Rücksprache mit den vorbehandelnden Kolleginnen und Kollegen zur Einschätzung der Todesart und -ursache wird seitens leichenschauender Ärztinnen und Ärzte, die über keine Vorkenntnisse über den Verstorbenen verfügen, prinzipiell als hilfreich angesehen, jedoch bislang wenig eingeholt.
- Da bei Hinweisen auf eine nichtnatürliche bzw. ungeklärte Todesart die Leichenschau abzubrechen und unverzüglich die Kreispolizei zu informieren ist, liegen bei ungeklärter Todesart, vielfach keine Angaben oder nur unvollständige und als Vermutungen gekennzeichnete Hinweise zu den Todesursachen und der Epikrise vor. Dies betrifft insbesondere Leichenschauen, die vom Rettungsdienst durchgeführt werden.
- Die Angaben auf der Todesbescheinigung zur Todesursachenkaskade bilden die Grundlage der Todesursachenstatistik. Jedoch ist den ausfüllenden Ärztinnen und Ärzten in aller Regel nicht bekannt, von welchen Stellen und mit welcher Zielsetzung die Todesbescheinigungen ausgewertet werden und mindert somit die Qualität der Todesursachenstatistik.
- Bei den Prozessakteuren bestehen Unsicherheiten, welche Aufgabe der Qualitätskontrolle die Gesundheitsämter konkret zu erfüllen haben und wie die Berücksichtigung von ergänzenden Informationen zur Todesbescheinigung im Prozess erfolgen soll. Vor dem Hintergrund nicht eindeutig festgelegter und standardisierter Prüf- und Nachfrageverfahren sind Qualitätseinschränkungen bei der Prüfung der Todesbescheinigungen möglich.
- Da bei Feuerbestattungen der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung nach Angaben der Gesprächspartnerinnen und -partner das Gesundheitsamt zudem häufig verzögert und nicht gleichzeitig mit dem nichtvertraulichen Teil erreicht, kann die Prüfung durch die Gesundheitsämter teilweise erst mehrere Wochen nach Ausstellung der Todesbescheinigung bzw. wenn der Verstorbene bereits kremiert ist erfolgen.

Kapitel 4

Regelungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung im europäischen Ausland (Kapitel 4.1)

Um Anregungen für Gestaltungsoptionen zur Verbesserung der Qualität der Leichenschau in Nordrhein-Westfalen zu erhalten, wurde im Rahmen des Projektes eine Recherche zu Regelungen zur ärztlichen Leichenschau und Todesbescheinigung außerhalb von Nordrhein-Westfalen vorgenommen. Die Recherche im Ausland erfolgte zielgerichtet zu den bereits identifizierten Problem- und Fragestellungen. Bei den Recherchen wurden insbesondere die Übertragungsfähigkeit und etwaige Potenziale bzw. Risikofaktoren in den Blick genommen. Die Ergebnisse der Recherchen sind im Folgenden zusammengefasst:

- Bei den Regulierungen und Zuständigkeiten zur Durchführung der Leichenschau im Ausland zeigt sich eine große Vielfalt. Die gesetzlichen Bestimmungen sind vielfach unterhalb der nationalen Ebene geregelt. In sämtlichen Ländern der EU ist jedoch bei Sterbefällen eine Leichenschau mit einer Feststellung von Todesart und Dokumentation von Todesursachen in Form einer Kaskade gemäß ICD-Systematik vorgesehen.
- In zahlreichen europäischen Ländern ist die Leichenschau und insbesondere die Todesursachendiagnose obligatorisch von den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten durchzuführen. Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst ist die Ausstellung von Todesbescheinigungen dagegen in verschiedenen Ländern nicht gestattet.
- Bei der Prozesssteuerung der Verfahren der Leichenschau kommt in zahlreichen Ländern dem Kriterium der Erwartbarkeit des Todeseintritts eine entscheidende Bedeutung zu. Dies setzt i. d. R. die oben angeführte zentrale Rolle der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte bei der Leichenschau voraus, da letztlich nur diese Personen die Erwartbarkeit des Todes fundiert bewerten können. Von der Erwartbarkeit des Todes hängt ab, ob tiefergehende rechtsmedizinische oder – wie im angelsächsischen Coroner-System – behördliche Untersuchungen durchgeführt werden.
- Bei ungeklärten und nichtnatürlichen Todesarten liegt die Ermittlungsverantwortung in den meisten Ländern bei der Kriminalpolizei. Dennoch existieren – abweichend zu Nordrhein-Westfalen – in mehreren Ländern, darunter in Österreich und der Schweiz, Regelungen, die auch in diesen Fällen ärztliche Untersuchungen obligatorisch vorsehen und sich allenfalls in Ausnahmefällen auf nichtmedizinische polizeiliche Untersuchungen beschränken.
- In einigen Ländern werden bei ungeklärter oder nichtnatürlicher Todesart die Ergebnisse der Leichenschauen durch die Justizbehörden dokumentiert und – wie etwa in Spanien – direkt dem für die Führung der Todesursachenstatistik zuständigen Statistischen Amt übermittelt.
- Die Einrichtung eines Medical Examiner-Systems in England und Wales überträgt den örtlichen Gesundheitsbehörden weitreichende Kontroll- und Qualitätssicherungsaufgaben. Es ist zu erwarten, dass dieses System bei einer erfolgreichen Bewährung in der Praxis in den kommenden Jahren die Rolle eines Best Practice-Beispiels in der internationalen Diskussion zur Weiterentwicklung der Leichenschau einnehmen wird.

Regelungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung in den Bundesländern (Kapitel 4.2)

In Deutschland gibt es für Leichenschau und Todesbescheinigung keine bundeseinheitlichen Vorgaben. Vielmehr weichen Gesetze und Verordnungen über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen in den Bundesländern deutlich voneinander ab. Nachfolgend werden die im Hinblick auf gute Praktiken identifizierten Regelungen bzw. Prozesse zur Leichenschau und der Todesbescheinigung in anderen Bundesländern zusammengefasst:

- In den meisten Bundesländern können sich Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst nur dann auf die Todesfeststellung beschränken, wenn sie neben der Feststellung des Todes auch Todeszeitpunkt und äußere Umstände des Todes feststellen und dokumentieren. Neun Bundesländer haben für diese Fälle ein Formular für eine vorläufige Todesbescheinigung vorgesehen: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen
- In fünf Bundesländern wird ein zeitlicher Rahmen für die „unverzügliche“ Durchführung der Leichenschau definiert: Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern Durch die Ausweitung der zeitlichen Rahmensetzung kann einerseits der Einbezug von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten erleichtert werden und andererseits wird die rechtliche Situation leichenschauender Ärztinnen und Ärzte durch klare und praxisnahe Vorgaben gestärkt.
- Einführung eines Durchschlages für die Kremationsleichenschau anstatt des Krebsregisters, letzteren gibt es nur in zwei Bundesländern: Bayern und Nordrhein-Westfalen. Die Einbehaltung des vertraulichen Teils für die zweite Leichenschau bei Feuerbestattungen durch die leichenschauende Ärztin bzw. den leichenschauenden Arzt wäre nicht mehr nötig und somit könnte die Übermittlung des vertraulichen Teils an das Gesundheitsamt gleichzeitig mit dem nichtvertraulichen Teil erfolgen.
- Vereinfachungen des Todesbescheinigungsformulars können die Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren rund um die Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen vereinfachen. Angelehnt an die Formulierung in anderen Bundesländern könnte die Todesart ohne doppelte Verneinung auf der Todesbescheinigung erfasst werden. Zudem könnte die Todesart auf beiden Teilen der Todesbescheinigung angegeben werden.

Kapitel 5

Handlungsfelder und Gestaltungsoptionen zur Weiterentwicklung der Leichenschau und Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen (Kapitel 5.1 und Kapitel 5.2)

Die in den vorausgegangenen Arbeitsschritten erfassten Probleme, Optimierungsmöglichkeiten und -ansätze wurden anschließend einer vertiefenden qualitativen Analyse (Einzelinterviews, Fokusgruppen) unterzogen, die die erneute Beteiligung der medizinischen Akteure sowie Prozessakteure der Modellstädte vorsah. Durch diesen Prozess wurden die in der folgenden Tabelle dargestellten Handlungsfelder priorisiert und identifiziert. Die grau hinterlegten Gestaltungsoptionen wurden in drei Modellkonzeptionen überführt:

Tabelle 1: Überblick über Handlungsfelder und Gestaltungsoptionen

Handlungsfelder	Gestaltungsoptionen
Schaffung besserer Voraussetzungen für einen **verstärkten Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte** bei der Diagnose der Todesursachen bei Leichenschauen von nichtvorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten.	Die Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung für Leichenschauen des Rettungsdienstes soll den verstärkten Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte sichern und gleichzeitig ein einheitliches Verfahren und Prozesssicherheit schaffen.
	Für Leichenschauen des ärztlichen Notdienstes gilt es, die Behandlungsdokumentation am Sterbeort zu verbessern. Grundsätzlich bedarf es hierfür einerseits einer Sensibilisierung behandelnder Ärztinnen und Ärzte, entsprechende Dokumente insbesondere in Pflegesituationen am Wohnort zu hinterlassen. Andererseits müssen die Ärztinnen und Ärzte im Notdienst sensibilisiert werden, vorliegende Informationen für die Feststellung der Todesursachenkaskade angemessen zu berücksichtigen bzw. nach Bedarf Rücksprache mit der vorbehandelnden Ärztin bzw. dem vorbehandelnden Arzt zu halten.
	Die Möglichkeit, eine zeitverzögerte Veranlassung bzw. Durchführung der Leichenschau und Ausfüllen der Todesbescheinigung rechtlich zu ermöglichen, kann den Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte stärken und zu mehr Rechtssicherheit beitragen.
Verstärkter Blick auf **Fortbildungen, Information und Sensibilisierung** von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten, um auf Unsicherheiten bei der Durchführung der Leichenschau und dem Ausfüllen der Todesbescheinigung zu reagieren.	Um die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten zur Leichenschau an leichenschauende Ärztinnen und Ärzte zu fördern, kann die Bekanntheit von Fortbildungsangeboten insbesondere bei jüngeren Ärztinnen und Ärzten erhöht und die Attraktivität von Fortbildungen durch den verstärkten Einsatz von E-Learning-Methoden gesteigert werden. Eine Verankerung der Leichenschau im Curriculum von Fortbildungskursen, wäre u. a. insbesondere für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst und Rettungsdienst nützlich, die die Verstorbenen nicht gekannt oder behandelt haben und somit bei der Leichenschau vor besonderen Herausforderungen stehen.
Prüfung des **Aufbaus und der Inhalte des Todesbescheinigungsformulars** und der Möglichkeiten zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands sowie Identifikation des Anpassungsbedarfs.	Überarbeitung des Aufbaus des Todesbescheinigungsformulars und Entwicklung alternativer Formulierungen, um eine bessere Nachvollziehbarkeit der Anforderungen beim Ausfüllen der Todesbescheinigung zu erzielen und unnötigen Dokumentationsaufwand zu reduzieren.
Prüfung, wie die Gesundheitsämter effektivere **Prüfungen der Todesbescheinigung** durchführen können und welche Verfahren eine standardisierte und zeitnahe Informationsweitergabe gewährleisten.	Aufnahme eines gesonderten Durchschlagsblattes des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung in den Formularsatz, das für die Kremationsleichenschau bestimmt ist. Dadurch besteht für den Bestatter keine Notwendigkeit mehr, im Falle einer Feuerbestattung das für das Gesundheitsamt bestimmte Blatt 1 einzubehalten und zur zweiten Leichenschau mitzunehmen.

© Prognos AG 2020

Kapitel 6

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Todesbescheinigung und der Leichenschau in Nordrhein-Westfalen (Kapitel 6.1 bis 6.3)

Neben den für eine modellhafte Erprobung ausgewählten Gestaltungsoptionen (grau hinterlegt in vorangestellter Tabelle) versprechen auch die anderen aufgelisteten Gestaltungsoptionen bzw. Einzelmaßnahmen ein hohes Potential für eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität der Leichenschau.

1 Zielsetzung und Vorgehen im Projekt

Mit der Novellierung des Gesetzes über das Friedhofs- und Bestattungswesen (BestG NRW) vom 9. Juli 2014, in Kraft getreten am 1. Oktober 2014, wurde mit § 9 Absatz 3a ff. BestG NRW die Grundlage geschaffen, verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau zu erproben. In diesem Zusammenhang wurden u. a. Modellvorhaben zu einer ärztlich arbeitsteiligen Feststellung des Todes und Durchführung der Leichenschau, Stichproben zur Überprüfung der Leichenschau sowie eine Einsichtnahme in die Todesbescheinigungen zu Forschungszwecken ermöglicht.

Vor diesem Hintergrund wurde Prognos vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) beauftragt, die Abläufe im Zusammenhang mit der Leichenschau und der zu erstellenden Todesbescheinigung in der Stadt Detmold und der Stadt Mettmann (Modellregionen) detailliert zu betrachten und zu analysieren.

Ziel des beauftragten Projekts war es, Modellkonzeptionen für Verfahren und Abläufe der ärztlichen Leichenschau und damit zusammenhängender Prozesse zu entwickeln, die die wesentlichen Ziele der Leichenschau in verbesserter Weise gewährleisten können: (1) die zuverlässige Erkennung nichtnatürlicher und insbesondere fremdverschuldeter Todesarten und (2) die Pflege einer zuverlässigen und aussagekräftigen Todesursachenstatistik als Grundlage für die sachgerechte Allokation von Mitteln für die Versorgung, Prävention und Forschung.

Vorgehen und Arbeitsschritte im Projekt

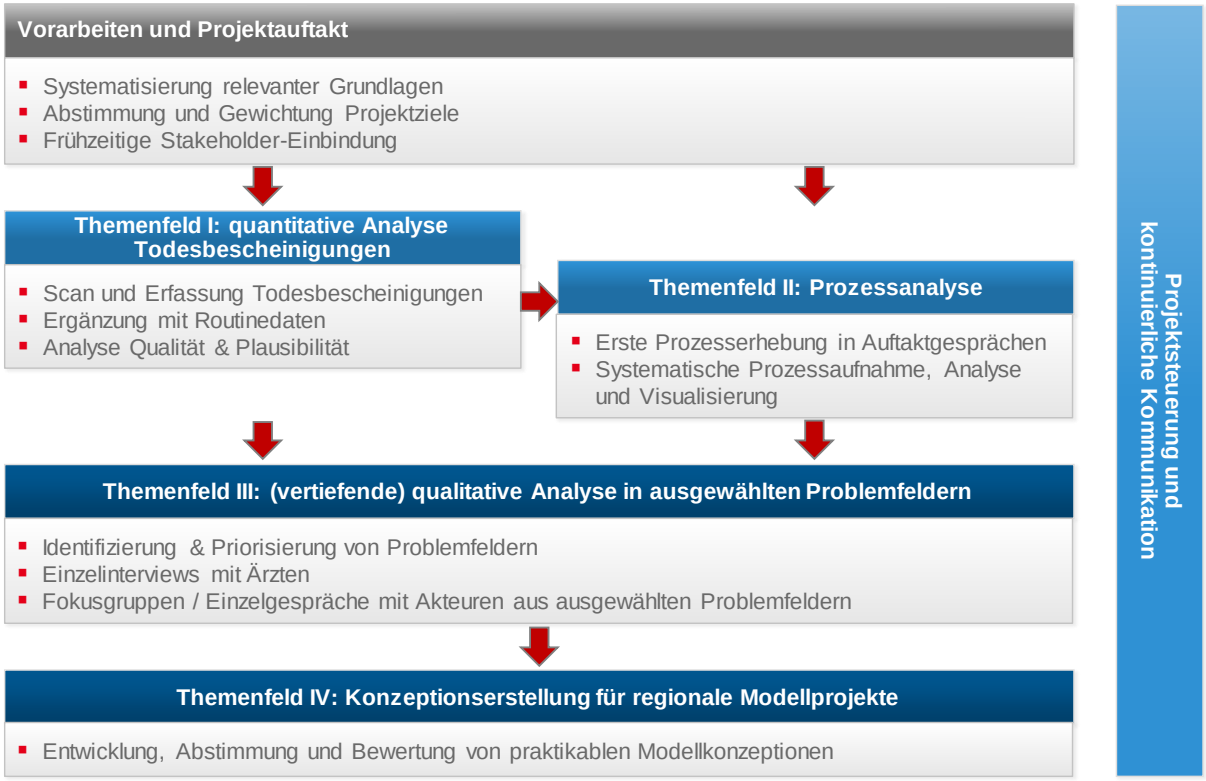
Das Projekt und der vorliegende Endbericht umfassen die folgenden Arbeitsschritte:

- Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen der beiden Modellregionen aus dem Jahr 2015 (Kapitel 2).
- Analyse der ärztlichen Leichenschau sowie der Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren rund um die Leichenschau und Todesbescheinigung (Kapitel 3).
- Recherche zu Regelungen zur ärztlichen Leichenschau und Todesbescheinigung außerhalb von Nordrhein-Westfalen (Kapitel 4)
- Identifikation und Beschreibung von Handlungsfeldern und Gestaltungsoptionen im Zusammenhang mit Leichenschau und Todesbescheinigung (Kapitel 5).
- Konzeption von problemorientierten Modellprojekten zur Verbesserung der Qualität der ärztlichen Leichenschau sowie der Todesbescheinigungen (Kapitel 6).

Im Rahmen der Auftaktphase des Projektes erfolgte zudem eine Literaturanalyse zentraler Dokumente, Regelungen und fachlicher Literatur, deren Ergebnisse in diesem Bericht nicht zentral, sondern an den jeweiligen, thematisch passenden Stellen dargestellt werden.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über das Vorgehen im Projekt. Das genaue methodische Vorgehen bei den zugehörigen Arbeitsschritten wird im vorliegenden Bericht in den entsprechenden Kapiteln jeweils einleitend erläutert.

Abbildung 1: Das Vorgehen im Überblick



© Prognos AG 2020

Bezeichnung der am Projekt beteiligten Ärztegruppen

Im vorliegenden Bericht werden verschiedene Ärztegruppen entsprechend ihrer Arbeitssituation während der Durchführung der Leichenschau unterschieden. Für diese Ärztegruppen können im allgemeinen Sprachgebrauch andere oder mehrere unterschiedliche Bezeichnungen üblich sein. Die folgende Info-Box zeigt die in diesem Bericht einheitlich verwendeten Bezeichnungen. Zudem kann es Überschneidungen zwischen den hier aufgeführten Gruppen geben. Beispielweise sind Ärztinnen und Ärzte im Notdienst zugleich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die hier ausgewiesene Gruppe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurde auf Grundlage ihrer Rolle während der Durchführung der Leichenschau identifiziert.

Differenzierung der am Projekt beteiligten Ärztegruppen entsprechend ihrer Arbeitssituation während der Durchführung der Leichenschau

- **Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst bzw. alternativ Rettungsdienst:**
  Die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst sind überwiegend im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte, die über ihre Arbeitgeber im Rahmen einer Ausschreibung vom Kreis mit der Durchführung beauftragt werden. Bei der Auswahl wird auf eine überschaubare Anzahl von Ärztinnen und Ärzten geachtet, damit die Einsatzroutine sowie die Ortskenntnisse und die Vertrautheit mit den weiteren Teammitgliedern der Rettungsassistentinnen bzw. -assistenten gewährleistet sind.
- **Ärztinnen und Ärzte im Notdienst bzw. alternativ ärztlicher Notdienst:**
  Als weitere Gruppe waren Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des ärztlichen Notdienstes die Todesbescheinigung ausfüllen, am Projekt beteiligt. Der ärztliche Notdienst stellt die Vertretung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte außerhalb ihrer regulären Öffnungszeiten dar. Er ist auch Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Abs. 1b SGB V. Daher spricht man auch oft vom Kassenärztlichen Notdienst oder Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Im Heilberufsgesetz ist die Rede vom ärztlichen Notfalldienst in den sprechstundenfreien Zeiten. Der ärztliche Notdienst umfasst auf der einen Seite Notfall-Praxen, auf der anderen Seite einen Fahrdienst für Hausbesuche.
- **Niedergelassene vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte:**
  Als niedergelassene vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sind Ärztinnen und Ärzte einer ambulanten Praxis – typischerweise die (in einer Niederlassung angestellten) Hausärztinnen und -ärzte nach § 73 Abs. 1a SGB V – gemeint, die die Verstorbenen zuvor bzw. zuletzt behandelt haben.
- **Krankenhausärztinnen und -ärzte:**
  Im Krankenhaus beschäftigte Ärztinnen und Ärzte. Ausgenommen sind Notärztinnen und -ärzte, die im Rahmen des Rettungsdienstes tätig sind (s. o.).

2 Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen der Modellregionen

Im Rahmen der Erhebung wurden alle Todesbescheinigungen der im Jahr 2015 im Zuständigkeitsbereich der Standesämter der Städte Mettmann und Detmold verstorbenen Personen als anonymisierte Kopie oder als anonymisierte elektronische Kopie (gescanntes Dokument) erfasst. Zur Analyse lagen insgesamt 1.657 Todesbescheinigungen in Papierform aus den Städten Detmold und Mettmann in den jeweiligen Kreisgesundheitsämtern vor. Zur Wahrung datenschutzrechtlicher Vorgaben wurden personenbezogene Angaben – mit Ausnahme des Geschlechts und des Geburtsortes – beim Scannen bzw. Kopieren durch eine Schablone abgedeckt. Ergänzend wurde die Postleitzahl der Wohnadresse sowie das Geburtsjahr händisch miterfasst. Berücksichtigt wurden zudem – soweit vorhanden – Informationen zu den Ergebnissen polizeilicher Untersuchungen, die den Todesbescheinigungen teilweise angeheftet sind. Das Vorgehen bei der Erfassung und Auswertung der Daten wurde in einem mit den Datenschutzbeauftragten des LZG.NRW und der Gesundheitsämter der Modellregionen abgestimmt.

i

Todesbescheinigungsformular in Nordrhein-Westfalen

Die Todesbescheinigung ist als Durchschlagsformular aufgebaut und besteht aus dem nichtvertraulichen Teil (Blatt 1) und dem vertraulichen Teil (Blätter 2 bis 5).

Nichtvertraulicher Teil:

- Blatt 1 (hellgrün): über das Standesamt an das Gesundheitsamt zu übermitteln

Vertraulicher Teil:

- Blatt 2 (hellrot): für das Gesundheitsamt zur Aufbewahrung
- Blatt 3 (hellblau): für das Gesundheitsamt zur Einsichtgewährung an das Krebsregister und zur Weiterleitung an das Gesundheitsamt der Wohnsitzgemeinde
- Blatt 4 (gelb): für das Gesundheitsamt zur Weiterleitung an IT.NRW
- Blatt 5 (papierfarben): für die ausstellende Ärztin bzw. den ausstellenden Arzt

Zudem liegen dem Vordruck drei Umschläge bei:

- Umschlag (grün) für den nichtvertraulichen Teil (Blatt 1)
- Umschlag (rot) für den vertraulichen Teil (Blätter 2, 3, 4) mit Sichtfenster und Aussparung für Einträge des Standesamts

Die Angaben der gescannten bzw. kopierten Todesbescheinigungen wurden manuell in einen elektronischen Datensatz übertragen. Die hierbei gegebene Fehlerwahrscheinlichkeit bei der Übertragung der Angaben wurde durch ein Data-Cleansing-Verfahren (Identifikation auffallender Werte mit anschließender Überprüfung und Bereinigung) sowie bei den medizinischen Angaben (Blatt 2, Ziffern 15-19) durch Maßnahmen der Qualitätssicherung reduziert. Im Rahmen dieses Kapitels werden die erfassten Daten aus den Todesbescheinigungen größtenteils deskriptiv

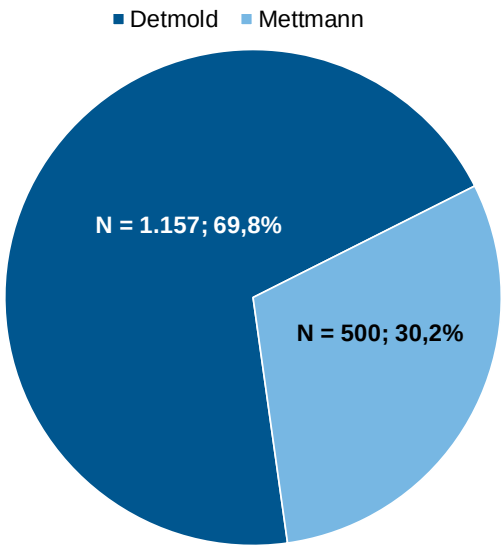
dargestellt, um einen belastbaren Überblick über Mengengerüste und Verteilungen beim Prozess der Todesbescheinigung zu geben und Einschätzungen zur Qualität und zu Einflüssen auf die Qualität der Todesbescheinigungen zu ermöglichen.

Über die deskriptive Auswertung der Angaben in den Todesbescheinigungen hinaus erfolgte als zentraler Arbeitsauftrag eine Analyse der Qualität der ausgefüllten Todesbescheinigungen mittels einer Bewertung der Vollständigkeit, Konsistenz und Plausibilität der Einträge. Zentrale Zielsetzung bei dieser Prüfung war, zu untersuchen, inwiefern die Todesbescheinigung zur Erstellung einer zuverlässigen Todesursachenstatistik – in der ausschließlich ein den Tod verursachendes hauptsächliches Grundleiden je Sterbefall erfasst wird – geeignet ist.

2.1 Grundauswertungen zur Struktur der Todesbescheinigungsdaten

In die Datenerfassung und -analyse wurden die Todesbescheinigungen sämtlicher im Jahr 2015 im Zuständigkeitsbereich der Standesämter der Städte Mettmann und Detmold verstorbenen bzw. aufgefundenen Personen einbezogen.[1] Die Datengrundlage umfasst insgesamt 1.657 Todesbescheinigungen, davon 1.157 aus der Modellregion Detmold (69,8 %) und 500 aus Mettmann (30,2 %) (Abbildung 2).

Abbildung 2: Analysierte Todesbescheinigungen nach Modellregionen



Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

[1] Die Auswertung über den Wohnort der Verstorbenen mittels Postleitzahl zeigt, dass 612 Verstorbene (36,9 %) zum Zeitpunkt ihres Todes außerhalb der jeweils betrachteten Modellregionen gemeldet waren, aber dort verstarben (v. a. im Krankenhaus), während 1.045 Sterbefälle (63,1 %) in den Modellregionen gemeldet waren und dort verstarben. In der amtlichen Sterbefallstatistik, in der die Sterbefälle nach dem Wohnort ausgewiesen werden, sind für das Jahr 2015 für die Modellregionen (Stadt Detmold und Stadt Mettmann) zusammen 1.304 Sterbefälle angegeben. Demnach verstarben 259 in den Modellregionen wohnhafte Personen (19,9 %) außerhalb und wurden in den ausgewerteten Todesbescheinigungen nicht erfasst.

Geschlechter- und Altersverteilung der Verstorbenen

52,6 Prozent (N = 872) der in den ausgewerteten Todesbescheinigungen dokumentierten Sterbefälle waren weiblich, 47 Prozent (N = 775) waren männlich. Auf zehn Todesbescheinigungen (0,6 %) wurde das Geschlecht nicht vermerkt.[2]

Das durchschnittliche Alter der Verstorbenen – berechnet als Differenz von Sterbe- und Geburtsjahr – lag in den Modellregionen bei 80,2 Jahren und das Medianalter bei Versterben lag bei 83 Jahren. Bei drei Todesbescheinigungen konnte aufgrund fehlender Angaben beim Geburtsjahr sowie beim Sterbezeitpunkt kein Alter ermittelt werden. Die Analysen zeigen, dass nur ein geringer Teil der Sterbefälle auf jüngere Menschen entfällt: 90 Prozent der Verstorbenen waren zum Sterbezeitpunkt mindestens 62 Jahre alt, 80 Prozent mindestens 73 Jahre alt und 60 Prozent hochaltrig, d. h. 80 Jahre oder älter. Frauen waren mit einem durchschnittlichen Sterbealter von 83,2 Jahren im Mittel 6,3 Jahre älter als Männer mit einem durchschnittlichen Sterbealter von 76,9 Jahren. Diese Altersstruktur legt nahe, dass in der weit überwiegenden Zahl der Fälle ein Versterben nicht unerwartet erfolgt.

2.1.1 Situationsmerkmale der Durchführung der äußeren Leichenschau

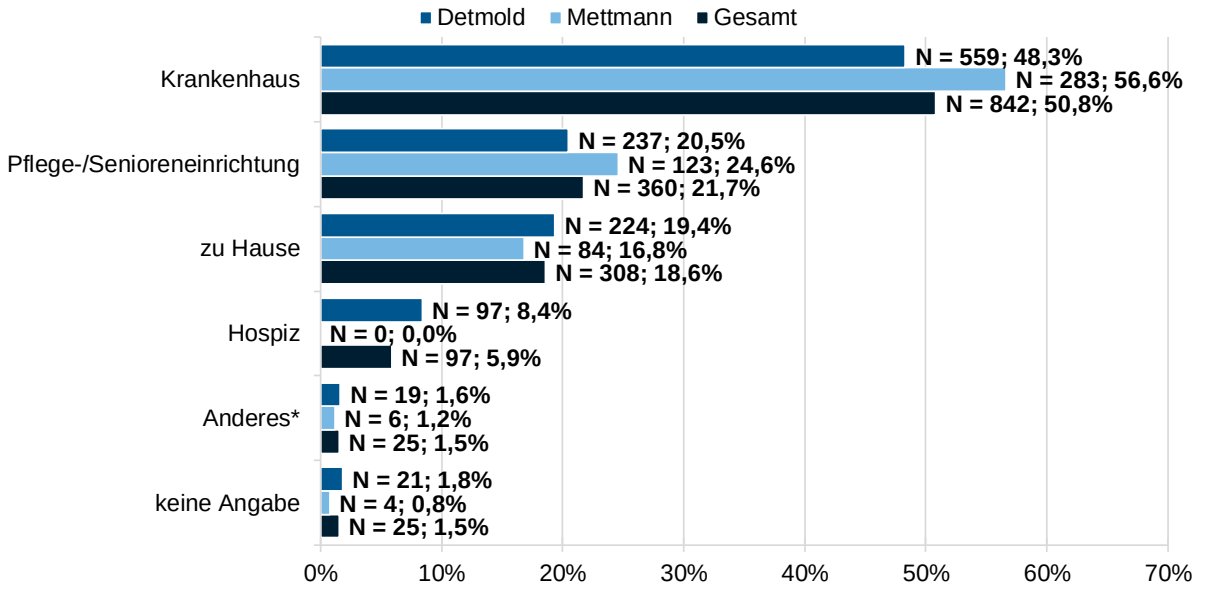
Sterbe- bzw. Auffindeort

Bei der Erfassung der Daten wurden auf Grundlage von Blatt 1 Ziffer 11/12 die entsprechenden Angaben bzw. der Stempel dazu verwendet, eine Sterbeort-Kategorie für jede Todesbescheinigung zu bestimmen. Eine Zuordnung zu den Kategorien Pflege- und Senioreneinrichtung, Krankenhaus/Klinik (inkl. Notfallambulanz) oder Hospiz wurde ausschließlich dann vorgenommen, wenn dies aus den Angaben explizit und zweifelsfrei hervorging. Der Sterbeort „zu Hause“ wurde den Fällen zugeordnet, in denen auf der Todesbescheinigung „zu Hause“ oder „Wohnung“ vermerkt wurde. Bei Hinweisen wie „siehe oben“ (Bezug auf Meldeadresse) wurde die Meldeadresse zur Zuordnung der Fälle zur Kategorie „zu Hause“ genutzt. Für weitere oder fehlende Angaben wurden die Kategorien „Anderes“ und „Keine Angabe“ gebildet.

In den beiden Modellregionen verstarb die Hälfte der Todesfälle im Krankenhaus (N = 842; 50,8 %). In Mettmann liegt der Anteil mit 56,6 Prozent (N = 283) etwas höher als in Detmold (N = 559, 48,3 %). Etwa jeder Fünfte verstarb in einer Pflege- oder Senioreneinrichtung (N = 360, 21,7 %). 18,6 Prozent (N = 308) verstarben zu Hause (Abbildung 3).

[2] Das Fehlen des Eintrags zum Geschlecht bleibt für die Qualität der Todesursachenstatistik ohne Auswirkungen, da die Identität der Verstorbenen von den Standesämtern mittels Ausweisdokumenten (oder ggf. auf Grundlage polizeilicher Ermittlungen) festgestellt und unabhängig von den Todesbescheinigungen unter Angabe der Sterbebuch-Nummer an IT.NRW für die Sterbefall- und Todesursachenstatistik übermittelt wird. Negative Auswirkungen auf die Prozessqualität sind allerdings etwa dahingehend nicht auszuschließen, dass Plausibilitätsprüfungen der Todesbescheinigungen durch die Gesundheitsämter erschwert werden können.

Abbildung 3: Verteilung der Sterbe- bzw. Auffindeorte nach Modellregion



* Unter „Anderes“ fallen insbesondere Sterbefälle im öffentlichen Raum.

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Todesfälle im Hospiz gab es nur in Detmold (N = 97, 8,4 %), da im Zuständigkeitsbereich des Standesamtes Mettmann keine Hospize existieren. 25 Verstorbene wurden an anderen Orten, vorwiegend im Freien, aufgefunden (1,5 %). Eine populationsbasierte Studie, die Todesbescheinigungen aus den Jahren 2001 und 2011 auswertete, zeigt eine ähnliche Verteilung der Sterbeorte. Demnach war mit über 50 Prozent das Krankenhaus der häufigste Sterbeort in Deutschland, jeder vierte Sterbefall ereignete sich zu Hause und jeder Fünfte verstarb in einer Pflege- oder Senioreneinrichtung. Im zeitlichen Verlauf konnte eine Sterbeortverlagerung weg vom häuslichen Umfeld und vom Krankenhaus, hin zu Pflege- oder Senioreneinrichtungen beobachtet werden.[3]

Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte

Zur Bestimmung und Beschreibung der Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte wurden folgende sechs Kategorien gebildet:

- Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus
- Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst
- Niedergelassene oder in der Niederlassung angestellte vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte
- Ärztinnen und Ärzte im Notdienst
- Sonstige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Nicht identifizierbar/Sonstige

[3] Dasch, B. et al. (2015): Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts. Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. In: Deutsches Ärzteblatt International 2015; 112: S. 496–504.

Eine Zuordnung zu den Kategorien Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus sowie Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst erfolgte ausschließlich dann, wenn dies durch entsprechende Stempel oder explizite Nennung mit ausreichender Sicherheit erkennbar war.

Die, soweit anhand ihres Stempels, ihres Namens oder ihrer Adresse identifizierbaren, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurden unter Berücksichtigung ihrer Beziehung zu den Verstorbenen (Blatt 2, Ziffer 13 und 14) sowie ihrer Einsatzbedingungen einer von drei Gruppen zugeordnet:

Als vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte einer ambulanten Praxis, typischerweise die Hausärztinnen und -ärzte der Verstorbenen, wurden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eingestuft, die sich auf der Todesbescheinigung (Blatt 2, Ziffer 13) selbst als behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt ausgewiesen und/oder bei dem Feld „zuletzt behandelt durch“ (Blatt 2, Ziffer 14) den eigenen Namen genannt haben. In Zweifelsfällen wurde zusätzlich noch das Feld „Identifikation nach eigener Kenntnis“ (Blatt 1/2, Ziffer 8) zur Beurteilung herangezogen, aus dem eine persönliche Bekanntheit mit dem Verstorbenen abgeleitet werden kann.

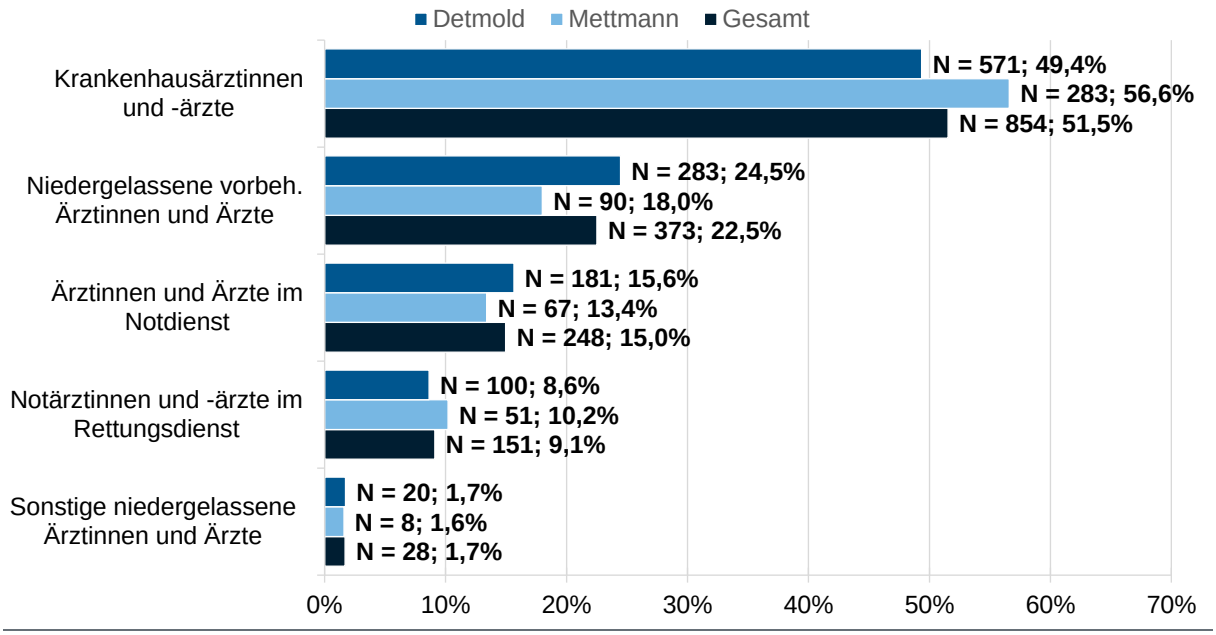
Als weitere Gruppe wurden die Ärztinnen und Ärzte identifiziert, die im Rahmen des ärztlichen Notdienstes[4] (u. a. nach § 75 Abs. 1b SGB V) die Todesbescheinigung ausgefüllt haben. Ärztinnen und Ärzte im Notdienst sind nicht unmittelbar z. B. über einen Stempel identifizierbar. Zur operationalen Definition dieser Gruppe wurden zunächst alle Fälle berücksichtigt, auf die die Kombination der Merkmale niedergelassene ambulante Praxis (hervorgehend aus den Angaben Blatt 1 Ziffer 18 bzw. Blatt 2 Ziffer 30) und „nicht behandelnder Arzt …“ (Blatt 2, Ziffer 13) zutraf. Zudem wurden nur Todesbescheinigungen berücksichtigt, die innerhalb der von der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Zeiträume (Wochentage und Uhrzeiten) für den ärztlichen Notdienst bescheinigt wurden. Vorbehandelnde niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des ärztlichen Notdienstes – zufälligerweise – für eigene Patientinnen und Patienten die Todesbescheinigung ausfüllen, werden nach dieser operationalen Definition der Gruppe der Hausärztinnen und -ärzte zugeordnet.

Die Gruppe sonstige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte umfasst Ärztinnen und Ärzte, die weder als vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte in der Todesbescheinigung kenntlich gemacht werden konnten noch im ärztlichen Notdienst, sondern zu üblichen Sprechstundenzeiten die ärztliche Leichenschau durchgeführt haben.

Sachlich konsistent mit der oben dargestellten Verteilung der Sterbe- bzw. Auffindeorte ist in der Hälfte der Fälle die leichenschauende Ärztin bzw. der leichenschauende Arzt an einem Krankhaus beschäftigt (N = 854, 51,5 %; Abbildung 4). Knapp jede zehnte Todesbescheinigung wurde von Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst (N = 151, 9,1 %) ausgestellt. 22,5 Prozent (N = 373) der Todesbescheinigungen wurden von vorbehandelnden ambulanten Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt, 15,0 Prozent (N = 248) vom ärztlichen Notdienst. In 28 Fällen (1,7 %) waren sonstige ambulante Ärztinnen und Ärzte für die Todesbescheinigung verantwortlich.

[4] Der ärztliche Notdienst stellt die Vertretung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte außerhalb ihrer regulären Öffnungszeiten dar. Er ist auch Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Abs. 1b SGB V. Daher spricht man auch oft vom Kassenärztlichen Notdienst oder Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Im Heilberufsgesetz ist die Rede vom ärztlichen Notfalldienst in den sprechstundenfreien Zeiten. In den jeweiligen Modellregionen ist dieser über die Gemeinsame Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein bzw. Gemeinsame Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) geregelt.

Abbildung 4: Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte



Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Zusammenhang zwischen Sterbe- bzw. Auffindeort und der Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte

Wie aus den bereits dargestellten Daten zu erwarten, zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen den Sterbeorten und der Arbeitssituation der die Todesbescheinigung ausfüllenden Ärztinnen und Ärzte (Tabelle 2). Krankenhausärztinnen und -ärzte stellen Todesbescheinigungen erwartungsgemäß nahezu ausschließlich in Krankenhäusern aus. Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst, die insgesamt etwa jede zehnte Todesbescheinigung ausfüllen, bescheinigen weit überwiegend (zu 78,8 %) den Tod von zu Hause verstorbenen Personen. In etwa 9,9 Prozent der Fälle werden sie zu Verstorbenen in Pflegeheimen, in 7,3 Prozent der Fälle an sonstige Sterbeorte gerufen. Vorbehandelnde ambulante Ärztinnen und Ärzte, die mit 22,5 Prozent nach den Krankenhausärztinnen und -ärzten die größte Gruppe der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte darstellen, stellen Todesbescheinigungen am häufigsten für in Pflegeheimen verstorbene Personen aus (47,7 %) sowie zu 27,3 Prozent für zu Hause und zu 21,7 Prozent für im Hospiz Verstorbene. Der ärztliche Notdienst (15,0 % aller leichenschauender Ärztinnen und Ärzte) ist im Rahmen von Leichenschauen vor allem in Pflegeheimen und Senioreneinrichtungen aktiv (60,5 %) und zu 30,6 Prozent bei häuslichen Sterbefällen, seltener dagegen in Hospizen (5,2 %).

Tabelle 2: Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte nach Sterbeort

Sterbeort (Kategorie)	Krankenhausärztinnen und -ärzte		Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst		Niedergelassene vorbeh. Ärztinnen und Ärzte		Ärztinnen und Ärzte im Notdienst		Sonstige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte		nicht identifizierbar	
	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %
Krankenhaus	840	98,4	1	0,7	-	-	1	0,4	-	-	-	-
Pflege-/ Seniorenheim	1	0,1	15	9,9	178	47,7	150	60,5	16	57,1	-	-
Hospiz	-	-	-	-	81	21,7	13	5,2	3	10,7	-	-
zu Hause	-	-	119	78,8	102	27,3	76	30,6	9	32,1	2	66,7
anderes	1	0,1	11	7,3	7	1,9	6	2,4	-	-	-	-
keine Angabe	*12*	*1,4*	*5*	*3,3*	*5*	*1,3*	*2*	*0,8*	-	-	*1*	*33,3*
Gesamt	**854**	**100,0**	**151**	**100,0**	**373**	**100,0**	**248**	**100,0**	**28**	**100,0**	**3**	**100,0**

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Behandlungsbeziehung zwischen leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten und Verstorbenen

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung (Blatt 2, Ziffer 13) ist anzugeben, ob die Todesbescheinigung „vom behandelnden Arzt“, „vom nicht behandelnden Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes“ oder „vom nicht behandelnden Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes“ ausgestellt wird. In über der Hälfte aller Fälle (N = 935, 56,4 %) wurde die Leichenschau durch die vorbehandelnde Ärztin oder den vorbehandelnden Arzt durchgeführt (Tabelle 3). In 35 Prozent der Fälle (N = 588) wurde vermerkt, dass die Leichenschau nicht von der vorbehandelnden Ärztin bzw. vorbehandelnden Arzt durchgeführt wurde. In 8,1 Prozent der Fälle (N = 134) wurden keine expliziten Angaben zu einer Behandlungsbeziehung zwischen Verstorbenem und leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten gemacht.

Der ärztliche Notdienst sowie der Rettungsdienst sind die Ärztegruppen, die am häufigsten Todesbescheinigungen ohne Angaben der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte ausfüllen (55,6 % bzw. 49,7 %). Bei Sterbefällen im Krankenhaus werden die Todesbescheinigungen in 65,9 Prozent der Fälle von den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten ausgestellt.

Tabelle 3: Behandlungsbeziehung zwischen Verstorbenen und Ärztinnen und Ärzten nach Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte

Behandlungs-beziehung	Kranken-hausärztin-nen und -ärzte		Notärztinnen und -ärzte im Rettungs-dienst		Niedergelas-sene vorbeh. Ärztinnen und Ärzte		Ärztinnen und Ärzte im Notdienst		Sonstige nie-dergelassene Ärztinnen und Ärzte		nicht identi-fizierbar	
	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %
«beh. Arzt»	563	65,9	16	10,6	355	95,2	-	-	-	-	1	33,3
«nicht beh. Arzt nach Angaben des beh. Arztes»	156	18,3	30	19,9	-	-	91	36,7	19	67,9	-	-
«nicht beh. Arzt ohne Angaben des beh. Arztes»	72	8,4	75	49,7	-	-	138	55,6	6	21,4	1	33,3
keine Angabe	*63*	*7,4*	*30*	*19,9*	*18*	*4,8*	*19*	*7,7*	*3*	*10,7*	*1*	*33,3*
Gesamt	**854**	**100,0**	**151**	**100,0**	**373**	**100,0**	**248**	**100,0**	**28**	**100,0**	**3**	**100,0**

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

i

Ergebnis der medizinischen Fachgespräche zur Berücksichtigung von Angaben vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte

Die medizinischen Fachgespräche zur ärztlichen Leichenschau (*siehe Kapitel 3.1*) haben Hinweise geliefert, dass die Frage, wer die Todesursache festgestellt hat (Blatt 1, Ziffer 13), von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich interpretiert und ausgefüllt wird. Ein Teil der Befragten versteht eine Bejahung bei „nach Abgaben des behandelnden Arztes“ in einem engen Sinne, bei dem ein persönliches Gespräch stattgefunden haben muss. Für einen anderen Teil der Befragten müssen lediglich Unterlagen von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten bei der Leichenschau vorliegen, um die entsprechende Frage zu bejahen.

Aufgrund dieser Auskünfte der befragten Ärztinnen und Ärzte müssen die Ergebnisse der statistischen Auswertung der Todesbescheinigungen in den Modellregionen dahingehend relativiert werden, dass nur in einem (geringen) Teil der durchgeführten Leichenschauen, bei dem „nach Angaben des behandelnden Arztes“ vermerkt wurde, tatsächlich eine persönliche Rücksprache mit Kolleginnen und Kollegen erfolgt ist. Zudem kann vermutet werden, dass bei Leichenschauen, bei denen „ohne Angaben des behandelnden Arztes“ vermerkt wurde, möglicherweise Patientenunterlagen verfügbar waren und genutzt wurden.

Fachrichtungen der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte

Auf 1.207 Todesbescheinigungen (72,8 %) konnte der Ziffer 18 auf Blatt 1 bzw. der Ziffer 30 auf Blatt 2 die Fachrichtung der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte entnommen werden (Tabelle 4). Auf 450 Todesbescheinigungen (27,2 %) enthielt der Stempel keine Angaben zur Fachrichtung. Insbesondere wenn der Verstorbene in einem Krankenhaus verstarb, ließ der Stempel häufig keine Rückschlüsse auf die Fachrichtung zu. Am häufigsten wurde die Fachrichtung der Allgemeinmedizin angegeben (N = 326, 19,7 %), gefolgt von Innere Medizin (N = 311, 18,8 %) und Intensivmedizin (N = 291, 17,6 %).

Tabelle 4: Fachrichtungen und/oder Zusatzbezeichnungen der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte

Fachrichtungen	Nennungen	in %
Allgemeinmedizin	326	19,7
Innere Medizin	311	18,8
Intensivmedizin	291	17,6
Notfallmedizin	147	8,9
Anästhesiologie	57	3,4
Palliativmedizin	48	2,9
Nephrologie	45	2,7
Chirurgie	44	2,7
Diabetologie	36	2,2
Physikalische und Rehabilitative Medizin	24	1,4
sonstige Fachrichtungen	151	9,1
keine Angabe/unlesbar	*450*	*27,2*

Mehrfachangaben je Todesbescheinigung möglich. Anteil bezogen auf Gesamtzahl der Todesbescheinigungen.

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Identifikation, Todes/Sterbezeitpunkt, Warnhinweise

Die leichenschauende Ärztin bzw. der leichenschauende Arzt soll im nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung (Blatt 1, Ziffer 8) Angaben zur Identifikation des Leichnams machen. In gut der Hälfte der Fälle (N = 943, 56,9 %) erfolgte die Identifikation des Leichnams nach eigener Kenntnis der leichenschauenden Ärztin oder des leichenschauenden Arztes (Ziffer 8, Blatt 1). In knapp einem Drittel der Fälle (N = 511, 30,8 %) wurde der Leichnam anhand des Personalausweises identifiziert und in jedem vierten Fall (N = 391, 23,6 %) nach Angaben Angehöriger oder Dritter. In fünf Fällen (0,3 %) war die Identifikation nach Angaben der leichenschauenden Ärztin

oder des leichenschauenden Arztes nicht möglich. In 6,0 Prozent der Fälle (N = 100) wurde auf der Todesbescheinigung keine Angabe gemacht, wie der Leichnam identifiziert wurde.

Die Feststellung des Todes- bzw. Sterbezeitpunktes (Blatt 1, Ziffer 9) erfolgt in 56,0 Prozent der Todesbescheinigungen (N = 928) durch die leichenschauende Ärztin oder den leichenschauenden Arzt und in 39,6 Prozent (N = 657) nach Angaben Angehöriger oder Dritter. In 15 Fällen (0,9 %) wurden beide Möglichkeiten genannt.

Auf Blatt 1 Ziffer 15 (Warnhinweise) ist von den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten anzukreuzen, ob Hinweise auf meldepflichtige Krankheiten nach § 6 oder meldepflichtige Krankheitserreger nach § 7 Infektionsschutzgesetz vorliegen. Auf lediglich 47 Todesbescheinigungen (2,8 %) wurde ein Kreuz bei „ja“ gesetzt, in 95,2 Prozent der Fälle ein Kreuz bei „nein“. In 33 Fällen (2,0 %) wurde hierzu keine Angabe gemacht. In 121 Fällen (7,3 %) wurden Hinweise auf besondere Verhaltensmaßnahmen im Textfeld dokumentiert, die bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten sind (Blatt 1, Ziffer 16). Bei „Sonstiges“ unter Ziffer 17 erfolgten in 22 Fällen (1,3 %) Hinweise.

2.1.2 Zeitdauer zwischen Todeseintritt und Leichenschau sowie dokumentierte Todeszeichen

In den insgesamt 1.657 ausgewerteten Todesbescheinigungen wurden in 1.576 Fällen (95,1 %) Angaben zum Sterbezeitpunkt gemacht, in 79 Fällen (4,8 %) stattdessen Angaben zum Zeitpunkt der Leichenauffindung. Die Zeitspanne zwischen Todeseintritt und Abschluss der Leichenschau ist für die verlässliche Feststellung des Todes anhand sicherer Todeszeichen und Leichenerscheinungen von hoher Bedeutung. Wie in Tabelle 5 dargestellt, werden in den Fällen, in denen der Zeitpunkt des Todes bekannt ist, 10,9 Prozent der Todesbescheinigungen innerhalb der ersten halben Stunde nach Eintritt des Todes abgeschlossen. Im Zeitraum zwischen 30 und 90 Minuten nach Todeseintritt werden weitere 14,3 Prozent der Todesbescheinigungen ausgestellt, so dass insgesamt etwa ein Viertel der Leichenschauen innerhalb der ersten 90 Minuten nach Versterben abgeschlossen werden.

Am häufigsten werden ärztliche Leichenschauen im Zeitraum zwischen 1,5 Stunden bis zu 4 Stunden durchgeführt und abgeschlossen. In diesen Zeitraum fallen 55,8 Prozent aller Leichenschauen, bei denen der Sterbezeitpunkt bekannt ist. Weitere 15,6 Prozent der Todesbescheinigungen werden zwischen 4 Stunden bis 12 Stunden nach Todeseintritt durchgeführt, so dass spätere Leichenschauen mit einem Anteil von 2,4 Prozent die Ausnahme bilden.

Ein verlässlicher Abgleich der Zeitspanne zwischen dokumentiertem Sterbe- bzw. Auffindezeitpunkt und der Ausstellung der Todesbescheinigung konnte in insgesamt 16 Fällen (1,0 %) nicht durchgeführt werden: In zehn Fällen fehlte mindestens eine exakte Zeitangabe, und in sechs Fällen waren die Zeitangaben unplausibel, da ein dem dokumentierten Sterbe- bzw. Auffindezeitpunkt zeitlich vorangehender Ausstellungszeitpunkt der Todesbescheinigung angegeben wurde. In 68 Fällen wurde eine identische Angabe für den Sterbezeitpunkt und den Zeitpunkt der Ausstellung der Todesbescheinigung vermerkt. In weiteren 10 Fällen wurden für den Auffinde- und Leichenschauzeitpunkt identische Angaben eingetragen.

Tabelle 5: Zeitdifferenz zwischen Sterbe- bzw. Auffindezeitpunkt und der Leichenschau

Zeitdifferenz	zum Sterbe- oder Auffindezeitpunkt		zum Sterbezeitpunkt		zum Auffindezeitpunkt	
	N	in %	N	in %	N	in %
identische Zeitangaben	78	4,7	68	4,3	10	12,7
bis 10 Minuten	51	3,1	35	2,2	16	20,3
über 10 bis 20 Minuten	45	2,7	29	1,8	16	20,3
über 20 bis 30 Minuten	49	3,0	40	2,5	9	11,4
über 30 bis 45 Minuten	44	2,7	36	2,3	8	10,1
über 45 bis 60 Minuten	54	3,3	54	3,4	-	-
über 60 bis 90 Minuten	138	8,3	135	8,6	3	3,8
über 1,5 bis 2 Stunden	221	13,3	220	14,0	1	1,3
über 2 bis 3 Stunden	491	29,6	486	30,8	5	6,3
über 3 bis 4 Stunden	178	10,7	173	11,0	5	6,3
über 4 bis 6 Stunden	137	8,3	133	8,4	3	3,8
über 6 bis 12 Stunden	115	6,9	113	7,2	2	2,5
über 12 bis 24 Stunden	30	1,8	29	1,8	1	1,3
über 24 Stunden	10	0,6	10	0,6	-	-
unplausible Zeitangabe	6	0,3	6	0,4	-	-
fehlende Datumsangabe	10	0,6	9	0,6	-	-
Gesamt	**1.657**	**100,0**	**1.576**	**100,0**	**79**	**100,0**

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Dokumentierte sichere Todeszeichen in Abhängigkeit des Zeitpunkts der Leichenschau

Als sichere Todeszeichen gelten Totenflecke (Livores), die Totenstarre (Rigor mortis) sowie Fäulnis. Alternativ ist eine Todesfeststellung auch anhand nicht mit dem Leben vereinbarer Verletzungen oder bei entsprechenden Diagnosemöglichkeiten anhand des Hirntods möglich. Die sicheren Todeszeichen treten in einem unterschiedlichen zeitlichen Abstand zum Tod auf, wobei im Gutachten „Möglichkeiten und Grenzen der ärztlichen Leichenschau“[5] des Universitätsklinikums Heidelberg folgende Richtwerte angeführt werden:

[5] Vgl. Universitätsklinikum Heidelberg (2017): Möglichkeiten und Grenzen der ärztlichen Leichenschau. Kapitel 2.1 Durchführung der äußeren Leichenschau. S. 19f.

- Die Ausbildung der Totenflecke als frühestem sicheren Todeszeichen beginnt ca. 20 bis 30 Minuten nach dem Kreislaufstillstand.
- Die Totenstarre beginnt ca. 3 bis 4 Stunden nach Eintritt des Todes und ist nach etwa 6 bis 10 Stunden vollständig ausgeprägt.
- Der Beginn einer Fäulnis hängt stark von den Umgebungsbedingungen und insbesondere der Umgebungstemperatur ab und tritt innerhalb der jahreszeitlichen Schwankungen etwa zwei bis fünf Tage nach Versterben auf.

Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass der Eintritt der sicheren Todeszeichen, individuell bzw. durch spezifische Fallumstände beeinflusst, erheblich variieren kann, lassen sich aus einem Abgleich der Zeitspanne zwischen Versterben und Leichenschau mit den aufgeführten sicheren Todeszeichen Rückschlüsse auf die Konsistenz und damit auf die sachliche Qualität der Angaben in den Todesbescheinigungen ziehen. Für die folgende entsprechende Auswertung werden die 1.576 Todesbescheinigen mit Angaben zum Sterbezeitpunkt berücksichtigt. In insgesamt 94,4 Prozent der ausgewerteten Todesbescheinigungen mit Angaben zum Sterbezeitpunkt werden Totenflecke dokumentiert, in 51,6 Prozent eine Totenstarre bemerkt und in 0,8 Prozent Fäulnis beobachtet. Nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen werden in 0,6 Prozent der Todesbescheinigungen und eine Hirntod-Diagnose in 2,5 Prozent der Todesbescheinigungen vermerkt. Tabelle 6 weist die dokumentierten sicheren Todeszeichen aus.

Totenflecke werden bereits bei einer Ausstellung der Todesbescheinigung bis zu 10 Minuten nach dem festgestellten Sterbezeitpunkt in 94,3 Prozent der Bescheinigungen dokumentiert, was im Widerspruch zum erwartbaren Zeitpunkt des Auftretens der Flecke steht. Im Rahmen der Auswertungen kann mangels weiterführender Informationen nicht näher geklärt werden, inwiefern diese Implausibilitäten auf ungenaue Zeitangaben, fehlerhafte Beobachtungen oder eine fehlerhafte Dokumentation zurückzuführen sind.

Je mehr Zeit zwischen Todeseintritt und Leichenschau liegt, desto häufiger wird – passend zur medizinischen Erwartbarkeit – eine Totenstarre als sicheres Todeszeichen vermerkt. Bei Leichenschauen zwischen zwei und drei Stunden nach dem Eintritt des Todes wird bereits in über der Hälfte der Fälle (51,6 %) die Totenstarre beobachtet, bei später durchgeführten Leichenschauen zwischen sechs und 24 Stunden nach Versterben wird in über 90 Prozent der Fälle eine Totenstarre dokumentiert. Nicht plausibel erscheint dagegen die ebenfalls verbreitete Dokumentation einer Totenstarre bei Fällen, in denen zwischen dem Todeseintritt und der Leichenschau maximal eine Stunde liegt. Bei diesen zeitnah zum Sterbezeitpunkt ausgestellten Todesbescheinigungen wird immerhin etwa in einem Drittel der Fälle die Beobachtung einer Totenstarre dokumentiert.

Als durchgängig unplausibel müssen die insgesamt 12 Fälle (0,8 % der Todesbescheinigungen mit bekanntem Sterbedatum) gewertet werden, in denen Fäulnis als Todeszeichen dokumentiert ist – bei gleichzeitiger Angabe einer Zeitdauer zwischen Todeseintritt und Leichenschau von maximal 12 Stunden. Auf offensichtliche Unstimmigkeiten in der Dokumentation der sicheren Todeszeichen weist hierbei auch das Auswertungsergebnis hin, dass bei zehn Sterbefällen im Krankenhaus eine – angesichts der Behandlungsfrequenz und -intensität faktisch auszuschließende – Fäulnis als beobachtetes Todeszeichen eingetragen wurde.

Tabelle 6: Sichere Todeszeichen nach der Zeitdauer zwischen Sterbezeitpunkt und Leichenschau

Zeitdifferenz Sterbezeitpunkt und Ausstellung der Todesbescheinigung	Dokumentierte sichere Todeszeichen (in %)						
	gesamt N	Totenflecke	Totenstarre	Fäulnis	Verletzungen	Hirntod	keine Angabe
identische Zeitangaben	*68*	77,9	44,1	2,9	2,9	5,9	4,4
bis 10 Minuten	*35*	94,3	34,3	-	11,4	11,4	-
über 10 bis 20 Minuten	*29*	96,6	31,0	-	10,3	3,4	3,4
über 20 bis 30 Minuten	*40*	95,0	22,5	-	-	-	5,0
über 30 bis 45 Minuten	*36*	97,2	30,6	-	-	2,8	2,8
über 45 bis 60 Minuten	*54*	98,1	38,9	-	-	1,9	
über 60 bis 90 Minuten	*135*	90,4	36,3	-	-	3,7	4,4
über 1,5 bis 2 Stunden	*220*	96,4	36,8	-	0,5	2,7	2,3
über 2 bis 3 Stunden	*486*	95,9	51,6	0,8	-	1,2	1,4
über 3 bis 4 Stunden	*173*	98,3	59,5	2,3	-	2,3	
über 4 bis 6 Stunden	*133*	94,7	74,4	0,8	-	3,0	3,0
über 6 bis 12 Stunden	*113*	94,7	90,3	0,9	-	1,8	-
über 12 bis 24 Stunden	*29*	96,6	93,1	-	-	-	-
über 24 Stunden	*10*	90,0	40,0	-	-	10,0	-
unplausible oder fehlende Zeitangabe	*15*	100,0	33,3	-	-	6,7	-
Gesamt	***1.576***	**94,9**	**51,6**	**0,8**	**0,6**	**2,5**	**1,8**

Berücksichtigt wurden ausschließlich Todesbescheinigungen mit Angaben zum Sterbezeitpunkt.
Mehrfachangaben je Todesbescheinigung möglich. Anteil bezogen auf Gesamtzahl der Todesbescheinigungen mit der jeweiligen Zeitdifferenz (gesamt N).

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Erhebliche Implausibilitäten zeigen sich auch bei den Todesbescheinigungen, auf denen eine Hirntoddiagnose als sicheres Todeszeichen vermerkt ist. Unstimmig ist hierbei nicht der Zeitpunkt der Leichenschau, sondern der Sterbe- bzw. Diagnoseort und die Funktion der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte: Von den 40 Todesbescheinigungen, bei denen ein Hirntod angegeben wurde, wurden lediglich 15 Leichenschauen im Krankenhaus bzw. durch Krankenhausärztinnen und -ärzte durchgeführt, was als notwendige Voraussetzung für eine sachgerechte Hirntoddiagnose zu betrachten ist. Stattdessen wurden Hirntod-Diagnosen häufig bei Leichenschauen in Pflege- und Senioreneinrichtungen (19 Fälle) bzw. durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und

den ärztlichen Notdienst (25 Fälle) gestellt. Aufgrund der fehlenden Diagnosemöglichkeiten[6] müssen die entsprechenden Eintragungen außerhalb der Krankenhäuser als Dokumentationsfehler betrachtet werden.

2.1.3 Klassifikation der Todesart und Todesursachendiagnosen

Todesart

Unter Ziffer 14 auf Blatt 1 der Todesbescheinigung ist von der leichenschauenden Ärztin bzw. dem leichenschauenden Arzt die Todesart anzugeben. Zuerst ist anzugeben, ob Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen vorliegen, die den Tod zur Folge hatten. Wenn es keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen gibt, ist weiter zu differenzieren, ob eine natürliche oder ungeklärte Todesart vorliegt.

Die Einschätzung der Todesart ist in erster Linie für den weiteren Fortgang der ärztlichen Leichenschau und die nachfolgenden Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren relevant (*siehe Ausführungen in Kapitel 3.2)*. Bei Anzeichen für eine nichtnatürliche Todesart ist die Leichenschau nach Feststellung des Todes umgehend abzubrechen. Die Angabe zur Todesart wird nicht unmittelbar für die Todesursachenstatistik herangezogen. Sie wird in Nordrhein-Westfalen nicht auf dem vertraulichen Teil der Todesbescheinigung vermerkt und somit nicht auf dem IT.NRW zugehenden Durchschlag vermerkt.

Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen (nichtnatürliche Todesart) wurden in 2,1 Prozent aller Fälle (N = 35) bescheinigt und in 7,7 Prozent aller Fälle (N = 127) wurde eine ungeklärte Todesart angegeben (ungeklärt, ob natürlicher oder nichtnatürlicher Tod) (6,4 %) (Tabelle 7). Insgesamt wurden somit in jeder zehnten Todesbescheinigung (N = 161, 9,7 %) entweder Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen oder eine ungeklärte Todesart angegeben (*für Auswertungen der einzelnen Diagnosen dieser Todesbescheinigungen siehe Tabelle 25 im Anhang A*). In 90,3 Prozent (N = 1.496) wurde ein natürlicher Tod bescheinigt oder angegeben, dass keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen vorgelegen haben.[7]

Aus der zweigeteilten Frage nach der Todesart wurde für die Analysen eine integrierte Variable mit den folgenden Ausprägungen gebildet:

- Keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen: natürliche Todesart
- Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen: nichtnatürliche Todesart
- Ungeklärte Todesart

[6] Vgl. Gabriel, P., Huckenbeck, W. (2009): Todesfeststellung. Grundregeln, Durchführung und häufige Fehler. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2009. S.460 - 465. (S. 462)
[7] In einem Fall wurden Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen angegeben, gleichzeitig aber die Todesart als ungeklärt angegeben. Der Fall wird in den Auswertungen als nichtnatürliche Todesart berücksichtigt.

Tabelle 7: Verteilung der Todesarten – Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen und Todesart

	N	in %
Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen (Blatt 1, Ziffer 14)		
nein	1.586	95,7
ja	35	2,1
keine Angabe	*36*	*2,2*
Todesart bei Ausschluss von Anzeichen auf äußere Einwirkungen (Blatt 1, Ziffer 14)		
natürlich	1.491	90,0
ungeklärt	127	7,7
keine Angabe	*39*	*2,4*
Integrierte Auswertung: Todesart (Blatt 1, Ziffer 14)		
Keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen (natürliche Todesart)	1.496	90,3
Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen (nichtnatürliche Todesart)	35	2,1
Ungeklärte Todesart	126	7,6

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

In Tabelle 8 ist die Verteilung der Todesarten differenziert nach Sterbe- bzw. Auffindeort und Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte dargestellt. Die Auswertung nach dem Sterbe- bzw. Auffindeort zeigt, dass nichtnatürliche und ungeklärte Todesarten – neben der unspezifischen Kategorie „anderes“, in die auch Unfälle im öffentlichen Raum fallen – überproportional häufig bei Todesfällen zu Hause angegeben werden: jeder vierte Todesfall zu Hause wird als ungeklärt oder nichtnatürlich eingestuft.

Tabelle 8: Verteilung der Todesarten nach Sterbe- bzw. Auffindeort und Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte

	Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen: nichtnatürliche Todesart (N = 35)		Ungeklärte Todesart (N = 126)		Keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen: natürliche Todesart (N = 1.496)	
	N	in %	N	in %	N	in %
Insgesamt	**35**	**2,1**	**126**	**7,6**	**1.496**	**90,3**
Sterbe- bzw. Auffindeort						
zu Hause	11	3,6	65	21,1	232	75,3
Krankenhaus	16	1,9	46	5,5	780	92,6
Pflege-/Seniorenheim	2	0,6	5	1,4	353	98,1
Hospiz	-	-	-	-	97	100,0
anderes	6	24,0	4	16,0	15	60,0
keine Angabe	-	-	*6*	*24,0*	*19*	*76,0*
Arbeitssituation der Ärztinnen und Ärzte						
Krankenhausärztinnen und -ärzte	16	1,9	48	5,6	790	92,5
Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst	16	10,6	71	47,0	64	42,4
Niedergelassene vorbeh. Ärztinnen und Ärzte	1	0,3	2	0,5	370	99,2
Ärztinnen und Ärzte im Notdienst	2	0,8	3	1,2	243	98,0
Sonstige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	-	-	1	3,6	27	96,4
nicht identifizierbar	-	-	*1*	*33,3*	*2*	*66,7*

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Bei Krankenhausärztinnen und-ärzten liegt der Anteil der als natürlich klassifizierten Todesfälle bei 92,5 Prozent, beim ärztlichen Notdienst sogar bei 98 Prozent (Tabelle 8). Insgesamt stellen nichtnatürliche oder ungeklärte Todesfälle, die nicht vom Rettungsdienst oder von Krankenhausärztinnen und -ärzten vermerkt werden, in den Modellregionen Einzelfälle dar. Nichtnatürliche und ungeklärte Todesarten werden sowohl in absoluter als auch in relativer Häufigkeit mit

Abstand am häufigsten von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst vermerkt werden. Prozentuiert auf alle Todesbescheinigungen mit nichtnatürlicher Todesart (N = 35) zeigt sich, dass davon 45,7 Prozent (N = 16) durch den Rettungsdienst ausgestellt wurden. Ebenso entfallen 56,3 Prozent (N = 71) aller Todesbescheinigungen mit ungeklärter Todesart (N = 126) auf den Rettungsdienst (*für Auswertungen der einzelnen Diagnosen dieser Todesbescheinigungen siehe Tabelle 26 im Anhang A*).

Auffällig ist der geringe Anteil an ungeklärten Todesarten unter den vom ärztlichen Notdienst ausgestellten Todesbescheinigungen. Wie bereits oben dargestellt, verfügt der ärztliche Notdienst – qua der verwendeten operationalen Definition – über keine Vorkenntnisse des Verstorbenen aufgrund einer vorausgehenden Behandlungsbeziehung. Zudem greift der ärztliche Notdienst in über der Hälfte der Fälle (55,7 %) nicht auf Angaben der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte zurück. Dennoch vermerkt er lediglich in 1,2 Prozent der Fälle (N = 3) eine ungeklärte Todesart.

i

Ergebnis der medizinischen Fachgespräche zur Bestimmung und Angabe der Todesart durch unterschiedliche Ärztegruppen

Nach den Einschätzungen aus den medizinischen Fachgesprächen sind bei vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten aufgrund der persönlichen Bekanntheit mit den Verstorbenen und der häufig umfassenden Kenntnis der Krankengeschichte wichtige Voraussetzungen für eine verlässliche Bestimmung der Todesart gegeben. Schwierigkeiten bei der Todesart-Klassifikation werden von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei von ihnen zuvor behandelten Patienten daher explizit nur bezogen auf diagnostische Grenzfälle geäußert. Dies erklärt den – zumindest im ambulanten Bereich – vergleichsweise geringen Anteil der als ungeklärt klassifizierten Todesfälle durch vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte (0,5 %) *(siehe Kapitel 3.1.1)*.

Der geringe Anteil an ungeklärten Todesarten bei den vom ärztlichen Notdienst ausgefüllten Todesbescheinigungen ist darauf zurückzuführen, dass die Einleitung einer polizeilichen Ermittlung von den interviewten Ärztinnen und Ärzten insbesondere bei hochaltrig Verstorbenen weder als erforderlich, noch als zielführend zur Aufklärung des Sachverhalts gesehen wird und daher aus Verantwortungsgefühl gegenüber der Polizei unterlassen wird. Als gleichermaßen gewichtiges Argument werden die Belastungen für die Angehörigen genannt, die durch eine polizeiliche Ermittlung entstehen *(siehe Kapitel 3.1.2)*.

Der hohe Anteil an ungeklärten Todesarten, der von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst dokumentiert wird, ist zum einen mit deren spezifischer Tätigkeit und Zuständigkeit erklärbar. Notärztinnen und -ärzte des Rettungsdienstes verfügen selbst in aller Regel über keine Vorkenntnisse der Krankengeschichte des Verstorbenen. Dieser Umstand und die fehlende Verpflichtung der Rettungsdienste zur Durchführung der Leichenschau insbesondere bei weiteren zeitkritischen Einsätzen sind Erklärungen dafür, dass häufig eine ungeklärte Todesart dokumentiert wird *(siehe Kapitel 3.1.3)*.

In den Fällen, in denen eine Person zu Hause verstarb, wurde insgesamt jeder vierte Sterbefall als nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart bescheinigt (N = 76, 24,7 %). Bis auf wenige Ausnahmen wurde dies von Ärztinnen und Ärzten angegeben, die dem Rettungsdienst zuzuordnen sind.

Todesursachen (Diagnosen)

Auf Grundlage der Angaben in der Todesursachenkaskade (Blatt 2, Ziffern 15-18) und den mit zum Tode führenden Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden (Blatt 2, Ziffer 19) wurden anhand der ICD-10-Regeln für die Todesbescheinigungen[8] wo möglich, d. h. unter Inkaufnahme von Unsicherheiten, jeweils ein Grundleiden zugeordnet. Zum zumindest näherungsweisen Abgleich der ermittelten Ergebnisse mit der amtlichen Todesursachenstatistik wurden die Ergebnisse der Modellregionen der amtlichen Statistik der Kreise Lippe und Mettmann gegenübergestellt. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Abweichungen zwischen eigener Erfassung und amtlicher Kreisstatistik nur sehr geringfügig, bezogen auf die Diagnosekapitel im Durchschnitt weniger als 1,5 Prozent, abweichen. Regionale Unterschiede, wie der im Kreis Lippe deutlich höhere Anteil an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10-Schlüssel I00 - I99) von 43 Prozent gegenüber dem Kreis Mettmann mit 33 Prozent, bilden sich in vergleichbarer Weise in den erfassten und kodierten Daten ab (auf der folgenden Seite: Tabelle 9 und Tabelle 10).

[8] Weber, S., Schelhase T (2008): Todesursachenverschlüsselung auf dem Totenschein. Fortbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Berlin. http://www.bfr.bund.de/cm/343/todesursachenverschluesselung_auf_dem_totenschein_weber.pdf (zuletzt abgerufen am 09.11.19)

Tabelle 9: Verteilung der ermittelten Grundleiden nach ICD-Kapiteln und Modellregionen (Projekt-Auswertungen)

Grundleiden nach ICD-10-Kapiteln (WHO 2016)	Detmold (N = 1.157)		Mettmann (N = 500)		Gesamt (N = 1.657)	
	N	in %	N	in %	N	in %
A00 - B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	23	2,0	23	4,6	46	2,8
C00 - D48: Neubildungen	266	23,0	112	22,4	378	22,8
D50 - D89: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	5	0,4	-	-	5	0,3
E00 - E90: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	74	6,4	14	2,8	88	5,3
F00 - F99: Psychische und Verhaltensstörungen	49	4,2	38	7,6	87	5,3
G00 - G99: Krankheiten des Nervensystems	34	2,9	25	5,0	59	3,6
I00 - I99: Krankheiten des Kreislaufsystems	440	38,0	147	29,4	587	35,4
J00 - J99: Krankheiten des Atmungssystems	68	5,9	37	7,4	105	6,3
K00 - K93: Krankheiten des Verdauungssystems	55	4,8	24	4,8	79	4,8
L00 - L99: Krankheiten der Haut und der Unterhaut	-	-	1	0,2	1	0,1
M00 - M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11	1,0	-	-	11	0,7
N00 - N99: Krankheiten des Urogenitalsystems	30	2,6	5	1,0	35	2,1
O00 - O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-	-	-	-	-	-
P00 - P96: Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	4	0,3	1	0,2	5	0,3
Q00 - Q99: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1	0,1	2	0,4	3	0,2
R00 - R99: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5	0,4	7	1,4	12	0,7
S00 - Y34: Äußere Ursachen	35	3,0	17	3,4	52	3,1
Keine Einträge/vollständig oder teilweise unlesbare Angaben	*57*	*4,9*	*47*	*9,4*	*104*	*6,3*

© Prognos AG 2020

Tabelle 10: Verteilung der ermittelten Grundleiden nach ICD-Kapiteln und Kreisen 2015 (Todesursachenstatistik)

Grundleiden nach ICD-10-Kapiteln (WHO 2016)	Kreis Lippe (N = 4.427)		Kreis Mettmann (N = 6.104)		Gesamt (N = 10.531)	
	N	in %	N	in %	N	in %
A00 - B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	115	2,6	175	2,9	290	2,8
C00 - D48: Neubildungen	1.012	22,9	1.612	26,4	2.624	24,9
D50 - D89: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	15	0,3	28	0,5	43	0,4
E00 - E90: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	119	2,7	127	2,1	246	2,3
F00 - F99: Psychische und Verhaltensstörungen	219	4,9	262	4,3	481	4,6
G00 - G99: Krankheiten des Nervensystems	115	2,6	189	3,1	304	2,9
I00 - I99: Krankheiten des Kreislaufsystems	1.889	42,7	1.985	32,5	3.874	36,8
J00 - J99: Krankheiten des Atmungssystems	319	7,2	512	8,4	831	7,9
K00 - K93: Krankheiten des Verdauungssystems	138	3,1	269	4,4	407	3,9
L00 - L99: Krankheiten der Haut und der Unterhaut	-	-	-	-	-	-
M00 - M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	-	-	-	-	-	-
N00 - N99: Krankheiten des Urogenitalsystems	140	3,2	229	3,8	369	3,5
O00 - O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-	-	-	-	-	-
P00 - P96: Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	4	0,1	7	0,1	11	0,1
Q00 - Q99: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3	0,1	6	0,1	9	0,1
R00 - R99: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	109	2,5	306	5,0	415	3,9
S00 - Y34: Äußere Ursachen	216	4,9	342	5,6	558	5,3
nicht zugeordnet	*14*	*0,3*	*55*	*0,9*	*69*	*0,7*

Quelle: IT.NRW: Todesursachenstatistik nach Kreisen 2015

Unfallkategorien

Hinsichtlich der auf der Todesbescheinigung vorgegebenen Unfallkategorien (Blatt 2, Ziffer 21) wurde in 35 Fällen (2,1 %) eine Angabe gemacht: In 14 Todesfällen bescheinigten die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte einen häuslichen Unfall. Zwölfmal wurde die Kategorie unbekannt angegeben und in fünf Fällen ein Verkehrsunfall. Weiter zeigt sich einmal ein Wegeunfall und in drei Todesfällen wurde die Kategorie sonstiger Unfall angekreuzt. Auffällig ist, dass bei lediglich 10 der 35 Todesbescheinigungen mit Hinweis auf einen Unfall Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten, angegeben wurden. In 12 Fällen wurde eine natürliche Todesart angegeben, in 14 Fällen auf eine ungeklärte Todesart verwiesen.

Sonstiges

- Vorliegen einer Schwangerschaft (Blatt 2 Ziffer 22): Auf Todesbescheinigungen von Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt (N = 7), wurde bei Ziffer 22 in vier Fällen keine Angabe gemacht (57,1 %).
- Sicherung der Diagnose durch Obduktion / Beilage des Obduktionsbefundes (Blatt 2 Ziffer 24 / Ziffer 25): 18 Prozent der Todesbescheinigungen (N = 301) enthalten bei Ziffer 24 keine Angabe, ob die Diagnose durch eine Obduktion gesichert ist. In fünf Fällen (0,3 %) wurde angegeben, dass die Diagnose durch eine Obduktion gesichert ist. Das entspricht der Verteilung der Fälle bei der Angabe, ob der Obduktionsbefund beiliegt. Hier ist ebenfalls auf 18 Prozent der Todesbescheinigungen (N = 301) keine Angabe enthalten und in fünf Fällen (0,3 %) wurde angegeben, dass der Obduktionsbefund beiliegt.
- Einbezug der gesamten Körperoberfläche und aller Körperöffnungen (Blatt 2 Ziffer 20): in 13,3 Prozent der Fälle wurde angekreuzt, dass in die Untersuchung nicht die gesamte Körperoberfläche mitsamt Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen wurde. 8,6 Prozent der Todesbescheinigungen enthalten hierzu keine Information.
- Unterrichtung der Polizei bei nichtnatürlicher Todesart (Blatt 2 Ziffer 26): von 35 Fällen mit Anhaltspunkten für äußere Einwirkungen (nichtnatürliche Todesart) wurde lediglich in 18 Fällen (51,4 %) und von den 126 Fällen mit ungeklärter Todesart in lediglich 74 Fällen (58,7 %) angekreuzt, dass die Polizei unterrichtet wurde.

2.2 Analyse der Qualität der Todesbescheinigungsdaten

Die Todesbescheinigungen wurden auftragsgemäß unter verschiedenen inhaltlichen und formalen Qualitätsaspekten untersucht und bewertet, die im Folgenden dargestellt werden.

2.2.1 Erkennbarkeit und Lesbarkeit

Im Rahmen der manuellen Übertragung in einen elektronischen Datensatz wurden von den eingebenden Personen jeweils Einschätzungen zur Lesbarkeit notiert. Im Rahmen der Datenerfassung wurde der Durchdruck von Blatt 1 auf Blatt 2 durch die hektografische Funktion des Formulars in vielen Fällen (40,4 %; N = 669) als stark bewertet (eher stark: 32,5 %; N = 538), in 6,2 Prozent (N = 102) als schwach (eher schwach: 21,0 %; N = 348). Ein geringes Durchschreiben erschwert die Lesbarkeit der Angaben und kann möglicherweise dazu führen, dass Angaben im weiteren Verlauf nicht korrekt verarbeitet oder genutzt werden. Dies gilt in besonderer Weise für das Durchschlagsblatt 4, das an IT.NRW zur Erstellung der Todesursachenstatistik weitergeleitet wird.

Daneben ist es möglich, dass es bei den nicht identischen Feldern der Formularblätter zu ungewollten (irritierenden) Durchdrucken von Blatt 1 auf Blatt 2 kommen kann. Dies ist in 11,5 Prozent (N = 190) der Todesbescheinigungen der Fall. Durch ungewollten Durchdruck ist es möglich, dass es insbesondere bei Multiple-Choice-Angaben zu einer Fehlinterpretation kommt und Angaben mithin verfälscht verarbeitet oder genutzt werden.

Unter Ziffer 18 (Blatt 1) sind die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte zum Aufdrucken ihres Stempels aufgefordert. Bei über der Hälfte der Todesbescheinigungen (N = 976, 58,9 %) ist der Stempel (deutlich) erkennbar. Nicht verlässlich lesbar oder nicht vorhanden ist er hingegen in knapp 9,7 Prozent (N = 162) der Todesbescheinigungen (teilweise erkennbar: N = 519, 31,3 %).

Hinsichtlich der anzugebenden Telefonnummer ist zu bemerken, dass 1.131 (68,3 %) der Todesbescheinigungen einen Stempel mit Telefonnummer enthalten und auf 123 (7,4 %) eine Telefonnummer händisch hinzugefügt wurde. In den anderen Fällen – immerhin 24 Prozent – ist entweder kein Stempel vorhanden bzw. in diesem keine Telefonnummer enthalten oder aufgrund der Lesbarkeit diese nicht entzifferbar.

Hinsichtlich der Lesbarkeit der medizinischen Angaben (Blatt 2, Ziffer 15-19) ist festzustellen, dass nach der Eingabe mit anschließender Qualitätskontrolle durch einen qualifizierten Mitarbeitenden der Prognos sowie durch Qualitätssicherung durch einen weiteren Mitarbeitenden mit medizinisch-pflegerischer Ausbildung in 197 Fällen (11,9 %) bei mindestens einer der Angaben unter Ziffer 15 bis 19 eine Angabe nicht vollständig reproduziert werden konnte. Nach einer weiteren Qualitätssicherungsschleife durch die involvierten medizinischen Experten aus dem Bereich Rechtswissenschaft und Pathologie konnte dieser Anteil nochmals deutlich reduziert werden. Letztendlich sind auf 57 Todesbescheinigungen (3,4 %) bei den medizinischen Angaben teilweise oder vollständig unlesbare Einträge enthalten. Hinsichtlich der einzelnen Ziffern ist die abschließende Lesbarkeit in Tabelle 24 im Anhang A dargestellt.

Sind einzelne Angaben bei den Todesursachen oder der Epikrise unlesbar, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass das Grundleiden durch IT.NRW nicht korrekt erfasst werden kann. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Sicherheit bei der Übertragung und Identifizierung eines Grundleidens eingeschränkt ist.

2.2.2 Bewertung der inhaltlichen und formalen Qualität der medizinischen Angaben

Die Bewertung der inhaltlichen und formalen Qualität der Einträge zur Todesursachenkaskade und der Epikrise zur korrekten Übertragung des Grundleidens zu den Todesbescheinigungen hat sich als in hohem Maße komplexe Aufgabe erwiesen. Da der Prozess der Erfassung des Grundleidens nach den Erläuterungen von IT.NRW durch erhebliche Interpretationsspielräume der Kodierer gekennzeichnet ist, ist eine exakte intersubjektiv nachvollziehbare Qualitätsbewertung schwierig realisierbar.

Als belastbar messbare Annäherung wurden daher verschiedene messbare Qualitätsindikatoren definiert. Als Grundlage für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren führte Prof. Klintschar eine Qualitätsprüfung einer Teilstichprobe von 294 Todesbescheinigungen mit vermerkter natürlicher Todesart durch, was knapp 20 Prozent der erfassten Bescheinigungen mit natürlicher Todesart entspricht. Die Stichprobe umfasst 211 Todesbescheinigungen aus Detmold (18,2 %) und 135 Todesbescheinigungen aus Mettmann (27,0 %).

Die Ergebnisse dieser Prüfung lassen auf erhebliche Einschränkungen der Qualität und Aussagekraft der Todesbescheinigungen schließen. Lediglich in 60 Prozent bzw. 175 Todesbescheinigungen konnten umfassend nachvollziehbare und stimmige Kausalketten identifiziert werden (Tabelle 11). Umgekehrt waren bei 40 Prozent der Todesbescheinigungen Unstimmigkeiten zu entdecken:

- In 83 Fällen war die Kausalkette nicht nachvollziehbar, aber es bestand kein Anhalt für einen nichtnatürlichen Tod (28,2 %), wie in folgendem Beispiel:

I	**a) Unmittelbare Todesursache:**		*Akuter Gefäßverschluss*
	b) Dies ist eine Folge von:	**b1**	*COPD*
		b2	*Herzinsuffizienz*

- In 7 Fällen (2,4 %) hätten die Ärztinnen und Ärzte einen nichtnatürlichen Tod bescheinigen müssen, wie z. B. in folgendem Fall:

I	**a) Unmittelbare Todesursache:**		*Herzinsuffizienz*
	b) Dies ist eine Folge von:	**b1**	*Proximale Femurfraktur links, Anämie*
		b2	-
	c) Hierfür ursächliche Grundleiden:		*Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Herzrhythmusstörung*

- In 16 Fällen (5,4 %) hätten die Ärztinnen und Ärzte eine nicht aufgeklärte Todesart bescheinigen müssen, wie in folgendem Beispiel:

I	**a) Unmittelbare Todesursache:**		*akutes Herzversagen*
	b) Dies ist eine Folge von:	**b1**	*fortgeschrittene pAVK*
		b2	-
	c) Hierfür ursächliche Grundleiden:		*Dementielles Syndrom*
II	**Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden:**		*Z. n. Schenkelhalsfraktur*

- In 13 Fällen (4,4 %) waren die Angaben so spärlich, dass die Todesart sowohl natürlich als auch nichtnatürlich hätte sein können. In diesen Fällen war zumeist lediglich ein Endzustand angegeben.

Tabelle 11: Qualitätsbewertung der Todesbescheinigungen durch Prof. Klintschar (Stichprobe)

Ergebnis der Qualitätsbewertung (Todesbescheinigungen mit natürlicher Todesart)	Stichprobe (N = 294)	
	N	in %
Nachvollziehbare Kausalkette mit konsistenter Angabe der Todesart	175	59,5
Nicht nachvollziehbare Kausalkette ohne Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod	83	28,2
Fälschliche Bescheinigung einer natürlichen statt nichtnatürlicher Todesart	7	2,4
Fälschliche Bescheinigung einer natürlichen statt ungeklärter Todesart	16	5,4
Zu geringe Informationsgrundlage zur Klassifizierung der Todesart	13	4,4

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Eine zusätzliche Einzelprüfung von 52 der 161 Todesbescheinigungen mit nichtnatürlicher bzw. ungeklärter Todesart ergab keine Hinweise auf falsche Klassifikationen. Lediglich in einem Fall waren die Angaben für eine Prüfung inhaltlich nicht ausreichend.

Die Ergebnisse der Prüfung und die einzelnen Fallbewertungen wurden von Prognos zur Kalibrierung der folgenden **Qualitätsindikatoren** herangezogen, die für die Gesamtheit der analysierten Todesbescheinigungen verwendet wurden:

- Gänzlich fehlende Angaben zur Todesursache
- Eingeschränkte Aussagekraft der medizinischen Angaben, worunter vor allem Fälle gezählt werden, in denen lediglich ein Endzustand ohne Krankheiten oder Ursachen aufgeführt oder ein Endzustand als Grundleiden angegeben ist.
- Fehlende Angaben für eine vollständige Kausalkette, wo diejenigen Fälle zugeordnet werden, bei denen lediglich eine einzelne Diagnose (zusammen mit oder ohne weiteren Krankheiten in Blatt 2 Ziffer 19) vermerkt ist, oder wo lediglich in der ersten Zeile (Blatt 2, Ziffer 15) Einträge notiert sind, oder wo ausschließlich mit zum Tod führende Krankheiten (Blatt 2, Ziffer 19), aber keine Todesursachen enthalten sind.
- Formale Qualitätsmängel in der angegebenen Kausalkette, wo insbesondere die Ursachen und Folgen der Todesursachenkaskade nicht stimmig angegeben sind und ohne eine Interpretations- und Korrekturleistung – die zwangsläufig zu Unsicherheiten und einer Beliebigkeit führt – nicht für eine plausible Feststellung des Grundleidens verwendet werden kann.
- Unlesbare Angaben/niedrige Zuordnungssicherheit, worunter neben nur eingeschränkt lesbaren Angaben auch erhebliche Mängel und Unklarheiten bei der Zuordnung von Einträgen zu spezifischen Formularfeldern zählen (z. B. eine nicht eindeutige Zuordnung zu den Feldern „Grundleiden“ (Blatt 2, Ziffer 18) und „Mit zum Tod führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden“ (Blatt 2, Ziffer 19).

Tabelle 12 zeigt das Ergebnis der Prüfung nach den genannten Qualitätsindikatoren. Gänzlich ohne Auffälligkeiten sind demnach lediglich 45,6 Prozent der Todesbescheinigungen. Bei weiteren 14,7 Prozent zeigen sich teilweise unlesbare Einträge oder eine eingeschränkte

Zuordnungssicherheit, die allerdings in den meisten Fällen durch eine fachkundige Interpretationsleistung bei der Kodierung korrigiert werden dürften.

Bei den übrigen 39,7 Prozent der Todesbescheinigungen ist von deutlichen Einschränkungen bei der Nachvollziehbarkeit der Todesursachenkaskade und damit verbundenen erheblichen Unsicherheiten bei der Identifizierung des korrekten Grundleidens auszugehen. Dies trifft in besonderer Weise auf die zusammen 13,9 Prozent der Todesbescheinigungen zu, bei denen keine Kausalkette oder als Grundleiden infrage kommende Diagnosen oder überhaupt keine Angaben zu Krankheiten und Grundleiden eingetragen sind.

Tabelle 12: Qualitätsmerkmale der medizinischen Angaben zur Todesursache

Qualitätsindikator	N	in %
Keine Angaben (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20)*	**47**	**2,8**
Eingeschränkte Aussagekraft der medizinischen Angaben	**51**	**3,1**
Lediglich ein Endzustand eingetragen (Blatt 2, Ziffer 15)	7	0,4
Endzustand als Grundleiden ausgewählt	42	2,5
Unbekannte unmittelbare Todesursache	2	0,1
Fehlende Angabe einer Kausalkette	**133**	**8,0**
Lediglich eine Diagnose eingetragen (Blatt 2, Ziffer 15)	70	4,2
Lediglich eine Diagnose eingetragen (Blatt 2, Ziffer 15) und Krankheit(en) (Blatt 2, Ziffer 19)	27	1,6
Lediglich Einträge in erster Zeile (Blatt 2, Ziffer 15)	18	1,1
Lediglich Einträge in erster Zeile (Blatt 2, Ziffer 15) und Krankheit(en) (Blatt 2, Ziffer 19)	9	0,5
Lediglich Krankheit(en) eingetragen (Blatt 2, Ziffer 19)	9	0,5
Formale Qualitätsmängel in angegebener Kausalkette	**428**	**25,8**
Unlesbare Angaben/niedrige Zuordnungssicherheit	**243**	**14,7**
Vollständig oder teilweise unlesbare Angaben (Blatt 2, Ziffer 15 bis 19)	57	3,4
Niedrige Zuordnungssicherheit	186	11,2
Keine Auffälligkeiten bei medizinischen Angaben (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20)	**755**	**45,6**
Gesamt	**1.657**	**100,0**

*Hierbei handelt es sich ausschließlich um Todesbescheinigungen mit nichtnatürlicher bzw. ungeklärter Todesart.

© Prognos AG 2020

Die Ergebnisse der qualitätsindikatorenbasierten Prüfung sind im Folgenden im Detail dargestellt.

Keinerlei medizinische Angaben

Insgesamt enthalten 47 Todesbescheinigungen (2,8 %) keinerlei medizinische Angaben, d. h. auf Blatt 2 Ziffer 15 bis 19 sind keine Einträge zur Todesursache und zu Krankheiten enthalten und auch zur Epikrise (Ziffer 20) wurden keine Angaben gemacht, so dass diese 47 Todesbescheinigungen für die Todesursachenstatistik nicht verwertbar sind. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Fälle mit einer nichtnatürlichen oder ungeklärten Todesart (*siehe auch Tabelle 27 Anhang A*).

Grund für die fehlenden Einträge ist die Vorschrift, dass bei Anzeichen für einen nichtnatürlichen Tod oder bei einer im Rahmen der Leichenschau nicht aufklärbaren Todesart die Leichenschau abgebrochen und die Polizei verständigt wird. Aufgabe der polizeilichen Untersuchung ist jedoch ausschließlich die Feststellung der Todesart bzw. die Prüfung eines Fremdverschuldens insbesondere unter Berücksichtigung der äußeren Umstände der Sterbesituation. Eine Ermittlung kann mit dem Ergebnis abgeschlossen werden, dass sich keine Hinweise für ein Fremdverschulden ergeben haben, ohne dass die Todesursache festgestellt und genannt wird. Eine nachträgliche Ergänzung und Vervollständigung der Todesbescheinigungen erfolgen nicht *(für genauere Ausführungen siehe Kapitel 3.2.2)*.

Eingeschränkte Aussagekraft der medizinischen Angaben

In 51 Todesbescheinigungen (3,1 %) ist die Aussagekraft der medizinischen Angaben sehr gering. In sieben Fällen (0,4 %) wurde auf der Todesbescheinigung ausschließlich ein funktioneller Endzustand (Herz-Kreislauf-Versagen oder Herzstillstand) angegeben. In 42 Fällen (2,5 %) wurde ein funktioneller Endzustand als Grundleiden bestimmt, wie z. B. kardiale Insuffizienz im folgenden Fall:

I	**a) Unmittelbare Todesursache:**		*Multiorganversagen*
	b) Dies ist eine Folge von:	**b1**	*Schwäche*
		b2	*keine Nahrungsaufnahme*
	c) Hierfür ursächliche Grundleiden:		*Kardiale Insuffizienz*

Funktionelle Endzustände sind als konsekutiver Bestandteil von Sterbeprozessen nichtssagende Diagnosen, die den Anforderungen an eine aussagekräftige Todesursachenstatistik nicht entsprechen. In Anbetracht der in diesem Beispiel angegebenen unzureichend bezeichneten Krankheitszustände (Multiorganversagen, Schwäche, keine Nahrungsaufnahme) ist Kardiale Insuffizienz (funktioneller Endzustand) als Grundleiden auszuwählen.

Fehlende Angabe einer Kausalkette

In 133 Todesbescheinigungen (8,0 %) ist aufgrund von unvollständigen Angaben überhaupt keine Kausalkette angegeben, d. h. in diesen Todesbescheinigungen ist keine Kausalkette vorhanden, die vom Grundleiden über einen Zwischenschritt zur unmittelbaren Todesursache führt. Auf 70 Todesbescheinigungen (4,2 %) liegt keine Kausalkette vor, weil lediglich eine Diagnose

eingetragen wurde. In 27 Todesbescheinigungen (1,6 %) wurde ausschließlich eine Diagnose eingetragen und zusätzlich eine oder mehrere Krankheiten angeben. Auch in diesen Fällen ist keine Kausalkette vorhanden, da die unter Ziffer 19 anzugebenen Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden stehen. In 18 Fällen (1,1 %) wurden lediglich in der ersten Zeile (unmittelbare Todesursachen) Angaben gemacht und in neun Todesbescheinigungen (0,5 %) wurden zusätzlich zu Angaben in der ersten Zeile eine oder mehrere Krankheiten erwähnt. In neun weiteren Todesbescheinigungen (0,5 %) finden sich ausschließlich Angaben zu Krankheiten. Bei ungeklärter oder nichtnatürlicher Todesart ist nicht zu erwarten, dass die leichenschauende Ärztin oder der leichenschauende Arzt im Stande ist, eine Kausalkette anzugeben. Jedoch wurde auch auf 103 von 1.496 Todesbescheinigungen (6,9 %), auf denen eine natürliche Todesart bescheinigt wurde, keine Kausalkette angegeben.

Formale Qualitätsmängel in angegebener Kausalkette

Auf jeder vierten Todesbescheinigung (25,8 %) finden sich formale Fehler in der angegebenen Kausalkette, d. h. in diesen Fällen wurde eine Kausalkette angegeben, die sich über mindestens zwei Stufen erstreckt, aber an mindestens einer Stelle in sich formale Fehler enthält. Ein Beispiel einer solchen formal fehlerhaften Kaskade:

I	**a) Unmittelbare Todesursache:**		*Magenkarzinom*
	b) Dies ist eine Folge von:	**b1**	*Nierenversagen*
		b2	*Hyponatriämie*
	c) Hierfür ursächliche Grundleiden:		*Kardiale Dekompensation*
II	**Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden:**		*Harnwegsinfektion*

In diesem Fall ist eine Kausalkette angegeben, die mit der terminalen Todesursache endet. Das Nierenversagen kann das Magenkarzinom allerdings nicht verursacht haben. Die Angabe des Krebsleidens ermöglicht zwar die Bestimmung des Grundleidens, die angegebene Kaskade ist hingegen nicht stimmig.

Unlesbare Angaben oder niedrige Zuordnungssicherheit

Bei 243 Todesbescheinigungen (14,7 %) weisen die Angaben eine eingeschränkte Aussagekraft auf. 57 dieser 243 Todesbescheinigungen enthalten zur Todesursache und zu Krankheiten (Blatt 2, Ziffer 15 bis 19) auch nach der Qualitätssicherungsschleife durch die involvierten medizinischen Experten vollständig oder teilweise unlesbare Angaben. Wichtige Informationen zum todesursächlichen Geschehen und zur Bestimmung des Grundleidens können hier übersehen werden. Auf 186 Todesbescheinigungen sind zwar alle medizinischen Angaben lesbar, die Zuordenbarkeit der einzelnen Angaben zu den Ziffern ist hingegen erheblich eingeschränkt. Die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte haben sich in diesen Fällen bei der Angabe der Todesursache nicht an das Formular der Todesbescheinigung gehalten. Eine eindeutige Abgrenzung der unmittelbaren Todesursache, des Grundleidens und möglichen Nebendiagnosen ist nicht gegeben. Damit ist in diesen Fällen der Interpretationsspielraum bei der Bestimmung des Grundleidens und der Kontrolle der Plausibilität, ob der Kausalverlauf zwischen Grundleiden, Folgezuständen und Todesursache stimmig ist, erhöht.

Qualitätsmerkmale der medizinischen Angaben von unterschiedlichen Ärztegruppen

Bei einer Auswertung der Qualitätsindikatoren nach der Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten (Tabelle 13) zeigt sich, dass die vorbehandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte am häufigsten Todesbescheinigungen ohne qualitative Auffälligkeiten ausstellen (59,2 %). Bei den Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst sind dagegen lediglich 23 Prozent der Todesbescheinigungen ohne Auffälligkeiten.

Tabelle 13: Qualitätsmerkmale der medizinischen Angaben zur Todesursache nach Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte

Qualitätsindikator	Krankenhausärztinnen und -ärzte		Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst		Niedergelassene vorbeh. Ärztinnen und Ärzte		Ärztinnen und Ärzte im Notdienst		Sonstige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte		nicht identifizierbar	
	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %
Keine Angaben (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20)	7	0,8	37	24,5	2	0,5	-	-	-	-	1	33,3
Eingeschränkte Aussagekraft der medizinischen Angaben	20	2,3	5	3,3	12	3,2	13	5,2	1	3,6	-	-
Fehlende Angabe einer Kausalkette	47	5,5	29	19,2	31	8,3	23	9,3	3	10,7	-	-
Formale Qualitätsmängel in angegebener Kausalkette	235	27,5	29	19,2	71	19,0	82	33,1	11	39,3	-	-
Unlesbare Angaben/niedrige Zuordnungssicherheit	157	18,4	16	10,6	36	9,7	32	12,9	2	7,1	-	-
Keine Auffälligkeiten bei medizinischen Angaben	388	45,4	35	23,2	221	59,2	98	39,5	11	39,3	2	66,7
Gesamt	**854**	**100,0**	**151**	**100,0**	**373**	**100,0**	**248**	**100,0**	**28**	**100,0**	**3**	**100,0**

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Übereinstimmung der medizinischen Angaben und der bescheinigten Todesart

Bei der ärztlichen Leichenschau ist auf Blatt 1 Ziffer 14 die Todesart zu vermerken. Hierbei ist festzustellen, ob Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen vorliegen, die möglicherweise den Tod (mit-) verursacht haben können. Bei Vorliegen entsprechender Anhaltspunkte ist eine nichtnatürliche Todesart anzugeben.

Die Bestimmungen der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)[9] schränken den Ermessensspielraum der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte bei der Todesart-Klassifikation weitestgehend ein (*siehe Info-Box)*: bei jeglichen äußeren Einwirkungen – gleich, ob Anhaltspunkte für eine kausale Verbindung zum Tod vorliegen oder nicht – sowie bei jeglicher Unsicherheit bezüglich der Todesart ist von einer Klassifizierung als natürlicher Tod abzusehen. Zu berücksichtigen ist, dass die AWMF-Leitlinie keine rechtliche Verbindlichkeit besitzt, sondern lediglich eine Empfehlung darstellt.

Auf dem Formular der Todesbescheinigung ist die Frage nach einer nichtnatürlichen Todesart in knapper Form, inhaltlich mit der AWMF-Leitlinie weitgehend identisch formuliert. Gefragt wird auf Blatt 1 Ziffer 14 der Todesbescheinigung NRW nach dem Vorliegen von „Anhaltspunkten für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten“, wozu erläuternd als Beispiele neben Suizid, Unfall und Tötungsdelikten „auch durch äußere Einwirkungen evtl. mitverursachte Todesfälle oder Spättodesfälle nach Verletzung“ genannt werden.

Weitere Erläuterungen zur sachgerechten Klassifikation der Todesart werden jedoch weder auf dem Formular noch im Runderlass „Todesbescheinigung“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25.07.2003 noch in der zum Runderlass gehörenden Anlage „Anleitung zum Ausfüllen der Todesbescheinigung NRW“ in der Fassung vom 25.07.2003 genannt.

i

Definition natürlicher und nichtnatürlicher Tod

Im Rahmen der ärztlichen Leichenschau soll die Frage nach der Todesart anhand der medizinischen Definition beantwortet werden. Demnach ist jeder durch eine nichtnatürliche Ursache – also ein äußeres Ereignis – ausgelöste, beeinflusste oder herbeigeführte Tod ein nichtnatürlicher Tod. Nach der kriminalistischen bzw. juristischen Definition eines nichtnatürlichen Todes wird ein absichtliches oder nicht absichtliches Eigen- oder Fremdverschulden als (mit-)ursächlich am Tod vorausgesetzt. Durch diese verschiedenen Definitionen der Todesarten treten in der Praxis nicht selten Unklarheiten und Fehleinstufungen auf.[10] Hinzu kommt, dass die Begriffe des natürlichen und nichtnatürlichen Todes in verschiedenen Dokumenten und Handlungsanleitungen zur ärztlichen Leichenschau unterschiedlich präzise und weitreichend definiert sind.

Eine ausführliche Erläuterung und gleichzeitig weitreichende Definition wird in der AWMF-Leitlinie Nr. 054/002 Abschnitt 5 der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin zu den Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau gegeben. Entscheidend für die Feststellung eines nichtnatürlichen Todes bzw. den Verdacht auf nichtnatürlichen Tod ist gemäß der Richtlinie „die naturwissenschaftliche Definition eines von außen einwirkenden Ereignisses“, wobei die „Klassifikation ohne Berücksichtigung anderer, rechtlich relevanter Ursachen und Begleitumstände“

[9] AWMF-Leitlinie Nr. 054/002.

[10] In der von Wilmes (2014) durchgeführten Befragung von 500 Ärztinnen und Ärzten gaben 23 Prozent der Befragten an, „gelegentlich“, „häufig“ oder „immer“ Zweifel an der von ihnen bescheinigten Todesart zu haben. Bei Madea (2014) werden weitere empirische Studien hierzu angeführt und zusammenfassend die Fehlklassifikations-Quote auf bis zu 20 Prozent geschätzt. Die AWMF-Leitlinie Nr. 054/002 formuliert hierzu als Cave: „Der Arzt irrt sich am häufigsten bei der Festlegung der Todesart“ (Abs. 5).
Siehe auch: Gaidzig, P., Eikert, H.D (2001): Gutachten für private Unfallversicherung: Angabe von Todesursachen und Todesarten häufig fehlerhaft. Dtsch Arztebl; 98(36). und Germerott, T. et al. (2012): Die Kremationsleichenschau – Instrument zur Qualitätskontrolle der ärztlichen Leichenschau und Aufdeckung nichtnatürlicher Todesfälle? In: Arch Kriminol. 230(1-2): S. 13-23.

erfolgen soll.[11] Ein absichtliches oder nicht absichtliches Eigen- oder Fremdverschulden, das den Tod (mit-)verursacht ist nach dieser Definition keine Voraussetzung für einen nichtnatürlichen Tod. Die Klassifikation einer nichtnatürlichen Todesart bedarf gemäß der AWMF-Leitlinie „keiner hohen Evidenz“[12], ein Verdacht ist bereits ausreichend.

Eine unklare Todesart liegt gemäß der AWMF-Leitlinie immer dann vor, „wenn eine eindeutige Todesursache fehlt. Gleiches gilt für Todesfälle im Krankenhaus mit unklarer Wechselwirkung zwischen einem Eingriff (ohne Fehlerzuweisung!) und einem Grundleiden. Auch der Mors in tabula muss mindestens als ‚unklar‘ klassifiziert werden, auch wenn das Grundleiden gravierend war. Todesfälle unter Injektionen, Infusionen und Transfusionen sollten unbedingt als ‚ungeklärt‘ klassifiziert werden.“[13]

Ein natürlicher Tod ist dagegen ausschließlich „ein Tod aus krankhafter Ursache, der völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren eingetreten ist“. Als notwendige Voraussetzungen[14] für die Berechtigung zur Klassifikation als natürlicher Tod nennt die AWMF-Leitlinie:

- Hohe Evidenz der Diagnose,
- Konkrete und dokumentierte Kenntnis von einer gravierenden, lebensbedrohenden Erkrankung
- Erwartbarkeit des Todes vor dem Hintergrund des Krankheitsverlaufs
- Keinerlei Hinweise für ein nichtnatürliches Ereignis, welches die natürliche medizinische Kausalkette beeinflussen könnte.

Bei den erfassten Todesbescheinigungen wurde eine Prüfung der Konsistenz von klassifizierter Todesart und angegebener Todesursachenkaskade bzw. Epikrise vorgenommen. Bei den Diagnosen sowie in den Freitexten wurde hierfür – im Sinne der AWMF-Leitlinie – systematisch nach dokumentierten äußeren Einwirkungen gesucht. In 90 Prozent der analysierten Todesbescheinigungen (N = 1.496) wurde attestiert, dass keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen vorgelegen haben bzw. wurde eine natürliche Todesart bescheinigt. Eine Analyse der medizinischen Angaben zur Todesursache zeigt jedoch (Tabelle 14), dass in 21 Todesbescheinigungen (1,3 % aller Todesbescheinigungen), auf denen eine natürliche Todesart bescheinigt wurde, ein Grundleiden aus den ICD-10-Kapiteln XIX.-XX. ermittelt wurde, wie z. B. in folgendem Fall:

I	**a) Unmittelbare Todesursache:**		*NSTEM*
	b) Dies ist eine Folge von:	**b1**	*Kardiale Dekompensation*
		b2	*Pneumonie rechts*
	c) Hierfür ursächliche Grundleiden:		*Pertrochantäre Femurfraktur links nach Sturz*

[11] AWMF-Leitlinie Nr. 054/002. Abschnitt 5 Festlegung der Todesart. Hiermit übereinstimmend spricht sich Madea (2014: 35) explizit dafür aus, dass bei der ärztlichen Leichenschau ausschließlich die naturwissenschaftliche Todesart-Definition angewendet werden soll und die Ärztinnen und Ärzte keinerlei Ermittlungsfunktion übernehmen sollen.
[12] AWMF-Leitlinie Nr. 054/002. Abschnitt 5 Festlegung der Todesart.
[13] Ebd.
[14] AWMF-Leitlinie Nr. 054/002.

In 50 weiteren Fällen (3,0 %) wurden bei Todesursachen, Krankheiten oder in der Epikrise äußere Ursachen erwähnt, oder es wurde bei Ziffer 21 eine Unfallkategorie angegeben, dennoch wurde eine natürliche Todesart bescheinigt.

Tabelle 14: Analysierte Todesbescheinigungen nach möglichen Hinweisen auf eine nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart

	N	in %
Grundleiden aus ICD-10-Kapitel XIX.-XX. (S00 - Y34: Äußere Ursachen)	21	1,3
Hinweis auf Diagnose aus ICD-10-Kapitel XIX.-XX. (S00 - Y34: Äußere Ursachen)	50	3,0
Hinweis auf operativen Eingriff/ärztliche Maßnahme	95	5,7
kein Hinweis auf nichtnatürliche/ungeklärte Todesart	1.330	80,3
nichtnatürliche Todesart bescheinigt	*35*	*2,1*
ungeklärte Todesart bescheinigt	*126*	*7,6*
Gesamt	**1.657**	**100,0**

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

In weiteren 95 Fällen (5,7 %) gab es einen Hinweis auf eine Operation, i. d. R. als Zustand nach einem chirurgischen Eingriff beschrieben. In diesen Fällen ist allerdings nicht ersichtlich, inwiefern womöglich Komplikationen bei ärztlichen Maßnahmen todesursächlich relevante Ereignisse darstellen, geschweige denn, ob mögliche Komplikationen auf einem ärztlichen Fehlverhalten beruhen. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass bei einer wörtlichen Auslegung der AWMF-Leitlinie korrekterweise in mindestens einem Teil dieser Fälle eine ungeklärte Todesursache hätte vermerkt werden müssen. In 1.330 Todesbescheinigungen (80,3 % aller Todesbescheinigungen), die eine natürliche Todesart attestieren, gab es auch an anderer Stelle auf der Todesbescheinigung keine Hinweise auf äußere Einflüsse, die in der Todesursachenkaskade eine Rolle spielen könnten. Mithin sind unter den 9,7 Prozent der Todesbescheinigungen, auf denen im Rahmen der ärztlichen Leichenschau eine nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart klassifiziert wurde, weitere 10,0 Prozent enthalten, die bei einer wortgetreuen Befolgung der AWMF-Leitlinie als nichtnatürlich oder ungeklärt eingestuft hätten werden müssen.[15] Unabhängig von diesem Befund können keine Aussagen darüber getroffen werden, inwiefern bzw. wie häufig zu einem nichtnatürlichen Tod führende Umstände nicht dokumentiert worden sind.

[15] Die von Prof. Klintschar durchgeführte Einzelprüfung einer Stichprobe von 294 Todesbescheinigungen, bei denen eine natürliche Todesart vermerkt war, ergab eine Fehlbeurteilungs-Quote von 7,8 Prozent zuzüglich 4,4 Prozent Todesbescheinigungen mit zur (Prüfung der) Klassifizierung der Todesart nicht ausreichenden Angaben.

2.3 Zusammenfassung und Bewertung

Sterbeort und leichenschauende Ärztegruppen

In den Modellregionen verstarb rund die Hälfte der Todesfälle im Krankenhaus (50,8 %). Etwa jeder Fünfte verstarb in einer Pflege- oder Senioreneinrichtung (21,7 %). 18,6 Prozent verstarben zu Hause und 5,9 Prozent verstarben in einem Hospiz. Lediglich 25 Verstorbene wurden an anderen Orten, vorwiegend im Freien, aufgefunden (1,5 %). Mithin sind in den Modellregionen 78,4 Prozent der Personen in Einrichtungen verstorben, bei denen von besseren Diagnosemöglichkeiten bzw. einer Bekanntheit der Krankengeschichte ausgegangen werden kann – was beides wesentliche Bedingungen für eine sachgerechte Diagnosestellung sind.

Zwischen Sterbeort und der Arbeitssituation der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten zeigen sich typische Zusammenhänge: Krankenhausärztinnen und -ärzte stellen Todesbescheinigungen erwartungsgemäß nahezu ausschließlich in Krankenhäusern aus. Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst bescheinigen weit überwiegend den Tod von zu Hause verstorbenen Personen. In etwa jedem zehnten Fall werden sie zu Verstorbenen in Pflegeheimen gerufen. Vorbehandelnde ambulante Ärztinnen und Ärzte stellen Todesbescheinigungen in knapp der Hälfte der Fälle (47,7 %) für in Pflegeheimen verstorbene Personen aus sowie zu 27,3 Prozent für zu Hause und zu 21,7 Prozent für im Hospiz Verstorbene. Der ärztliche Notdienst ist im Rahmen von Leichenschauen vor allem in Pflegeheimen aktiv (60,5 %) und zu 30,6 Prozent bei häuslichen Sterbefällen, seltener dagegen in Hospizen (5,2 %).

Häufigkeit natürlicher und nichtnatürlicher Todesart

Von den 1.657 Todesfällen in den Modellregionen wurden im Rahmen der ärztlichen Leichenschau 1.496 Todesfälle (90,3 %) als natürlich klassifiziert, 35 Fälle als nichtnatürlich (2,1 %) und 126 Fälle als ungeklärt (7,6 %). Nichtnatürliche und ungeklärte Todesarten werden mit Abstand am häufigsten von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst vermerkt: Auf den Rettungsdienst entfallen 45,7 Prozent (N = 16) aller Todesbescheinigungen mit nichtnatürlicher Todesart und 56,3 Prozent aller ungeklärten Todesarten. Bei Krankenhausärztinnen und -ärzten liegt der Anteil der als natürlich klassifizierten Todesfälle bei 92,5 Prozent, im ambulanten Bereich – inklusive des ärztlichen Notdienstes – sogar durchgängig bei über 96 Prozent.

Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten

In über der Hälfte aller Fälle (56,4 %) wurde die Leichenschau durch Ärztinnen oder Ärzte ausgestellt, die die Verstorbenen zuvor bzw. zuletzt behandelt hatten. In 35 Prozent der Fälle wurde die Todesbescheinigung nicht von der vorbehandelnden Ärztin oder dem vorbehandelnden Arzt ausgestellt, darunter in der Hälfte der Fälle ohne Angaben der vorbehandelnden Ärztin oder des vorbehandelnden Arztes (17,6 % aller Todesbescheinigungen).

Ohne Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten ausgestellte Todesbescheinigungen werden am häufigsten vom ärztlichen Notdienst ausgestellt. Der ärztliche Notdienst gibt nur bei einer Minderzahl der ausgestellten Todesbescheinigungen (36,7 %) im dafür vorgesehenen Feld an, Angaben der vorbehandelnden Ärztin bzw. des vorbehandelnden Arztes einbezogen zu haben. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Rettungsdienst, wobei bei diesem lediglich in 42,4 Prozent der Todesbescheinigungen die Todesart als natürlich klassifiziert wird und die Untersuchung der Todesursachen und -umstände damit abgeschlossen wird. Beim ärztlichen Notdienst ist die Dokumentation einer natürlichen Todesart dagegen der Regelfall.

Qualität der ausgewerteten Todesbescheinigungen

Als Ergebnis der Qualitätsprüfung wurde ermittelt, dass lediglich 45,6 Prozent der Todesbescheinigungen mit Blick auf die medizinischen Angaben (Blatt 2, Ziffer 15-19) als uneingeschränkt vollständig, lesbar und plausibel zu betrachten sind. Bei den zusammen 5,9 Prozent Todesbescheinigungen ohne oder mit lediglich eingeschränkt aussagekräftigen Angaben zur Todesursache ist eine Verwertung der Angaben für die Todesursachenstatistik nur mit höchster Unsicherheit möglich.

Die Bewertung der Plausibilität der Todesart-Klassifizierung durch Prof. Dr. Klintschar anhand einer zufälligen Auswahl von knapp 20 Prozent der als natürlich klassifizierten Todesbescheinigungen, kommt zu dem Ergebnis, dass in 2,4 Prozent der analysierten Fälle aufgrund der angegebenen Todesursachenkaskade bzw. der Epikrise ein nichtnatürlicher Tod hätte bescheinigt werden müssen, in weiteren 5,4 Prozent eine ungeklärte Todesart. In weiteren 4,4 Prozent der Fälle konnte aufgrund spärlicher Angaben keine Einschätzung zur Plausibilität der Todesart-Klassifizierung getroffen werden. Die Ergebnisse dieser Qualitätsanalyse legen nahe, dass bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten Interpretationsspielräume und Unklarheiten bei der korrekten Klassifizierung der Todesart bestehen.

Für eine weitere Qualitätsprüfung wurden die sicheren Todeszeichen in Abhängigkeit der zwischen dokumentiertem Sterbezeitpunkt und dem Abschluss der Leichenschau verstrichenen Zeit nach Plausibilitätsaspekten ausgewertet. Bei etwa einem Drittel der Todesbescheinigungen, die höchstens eine Stunde nach dem Todeseintritt ausgestellt wurden, wurde eine medizinisch nicht erwartbare Totenstarre dokumentiert. Totenflecke wurden im Regelfall bereits bei wenige Minuten nach dem Sterbezeitpunkt ausgestellten Todesbescheinigungen vermerkt. Im Rahmen der Auswertungen kann mangels weiterführender Informationen nicht näher geklärt werden, inwiefern diese Implausibilitäten auf ungenaue Zeitangaben, fehlerhafte Beobachtungen oder eine fehlerhafte Dokumentation zurückzuführen sind. Als gänzlich unplausibel und als klare Dokumentationsfehler müssen die insgesamt 37 Fälle (2,3 %) gewertet werden, bei denen bereits wenige Stunden nach Versterben Fäulnis als Todeszeichen vermerkt wird oder außerhalb der dafür erforderlichen Krankenhausumgebung ein Hirntod diagnostiziert wird.

Fokus: Rettungsdienst und ärztlicher Notdienst

Bei der Auswertung der Qualität der Todesbescheinigungen nach Ärztegruppen zeigen sich Auffälligkeiten insbesondere bei zwei Gruppen:

- Eine erheblich eingeschränkte Qualität und eine verbreitete Unvollständigkeit der Angaben wurde bei den Todesbescheinigungen des Rettungsdienstes festgestellt.
- Beim ärztlichen Notdienst zeigten sich Hinweise, dass hier vergleichsweise selten Angaben der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte eingeholt werden und gleichzeitig sehr selten eine ungeklärte Todesart angegeben wird.

3 Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren rund um ärztliche Leichenschau und die Todesbescheinigung

Entsprechend den landesrechtlichen Regelungen sind in Nordrhein-Westfalen sämtliche approbierten Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die Leichenschau gemäß § 9 Abs. 3 Satz 1 BestG NRW unverzüglich nach Erhalt der Todesanzeige sorgfältig durchzuführen und die Todesbescheinigung auszufüllen.[16] Für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst besteht während der Einsatz- und Bereitschaftszeiten nach § 9 Abs. 3 Satz 3 BestG NRW lediglich die Verpflichtung zur Todesfeststellung, nicht aber zur Durchführung der Leichenschau und zum Ausstellen der Todesbescheinigung.

Eine zentrale Aufgabe des Projektauftrags bestand in der Analyse der Vorgänge der ärztlichen Leichenschau sowie der Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren rund um die Todesbescheinigung. Hierfür wurden in beiden Modellregionen Fachgespräche mit folgenden medizinischen Akteuren geführt (Anzahl der Gespräche in Klammern). Es wurde mit insgesamt 19 verschiedenen Medizinerinnen und Medizinern gesprochen:

- Leichenschauende Ärztinnen und Ärzte (16)
- Amtsärztinnen und -ärzte der zweiten Leichenschau (1)
- Vertretungen regionaler Ärztenetze (4)
- regionale Palliativnetze und Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (4)
- Pflegedienstleitungen regionaler Pflegeeinrichtungen (3)
- regionale rechtsmedizinische Institute (2)

Gegenstand der Fachgespräche waren zum einen die Erhebung von ergänzenden Einschätzungen zu den Ergebnissen der statistischen Analysen *(siehe Kapitel 2)*. Zum anderen sollten von den medizinischen Akteuren Einschätzungen bzw. Bewertungen der Prozesse rund um die Todesbescheinigung erfasst werden, z. B. zu einzelnen Bearbeitungs- und Verwaltungsschritten oder Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Die Verfahren und Prozesse nach der ärztlichen Leichenschau und nach Ausfüllen der Todesbescheinigung – in den Modellregionen Stadt Detmold und Stadt Mettmann – wurden im Rahmen von Fachgesprächen mit den folgenden zentralen Prozessakteuren erfasst (Anzahl der Gespräche in Klammern). Insgesamt wurde mit 23 verschiedenen Akteuren aus den Modellregionen gesprochen:

- Bestatter (9)
- Gesundheitsamt (13)
- Kreispolizei (7)
- Staatsanwaltschaft (4)
- Standesamt (3)
- IT.NRW (2)

[16] Vgl. AWMF-Leitlinie Nr. 045/002, Stand 12/2012, S. 2.

Zur Darstellung der Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren wurden Prozessablaufpläne erstellt. Die Prozesspläne wurden den entsprechenden Akteuren der Auftaktgespräche zur Prüfung übermittelt und anschließend in einem persönlichen oder telefonischen Plausibilisierungsgespräch gemeinsam besprochen und nach Bedarf überarbeitet. Die erstellten Prozesspläne sind dem Bericht in Anhang D beigefügt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fachgespräche und der Prozessanalyse dargestellt.

3.1 Durchführung der ärztlichen Leichenschau und Todesbescheinigung

Die Erkenntnisse bezüglich der ärztlichen Leichenschau und der Todesbescheinigung aus den medizinischen Fachgesprächen sind im Folgenden nach Ärztegruppen getrennt dargestellt. Diese Trennung ist nicht personenscharf möglich, da vorbehandelnde niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte zum Teil im Rahmen von Einsätzen des ärztlichen Notdienstes die Leichenschau auch bei fremden Patientinnen und Patienten durchführen. Gleichermaßen sind Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst im Regelfall im Krankenhaus angestellt.

i

Genderspezifische Aspekte bei der Durchführung der Leichenschau

Auffällig ist, dass die geschlechtsspezifischen Häufigkeiten bei Kodierungen mit Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel R „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ in NRW unterschiedlich hoch sind. Die dem Kapitel R zugeordneten Grundleiden, in denen Diagnosen wie Senilität (R54) oder Kachexie (R64) enthalten sind, müssen als allenfalls eingeschränkt aussagekräftig bewertet werden. In der Todesursachenstatistik NRW sind R-Diagnosen bei verstorbenen Männern mit einem Anteil von 6,4 Prozent etwas häufiger als bei Frauen mit 4,9 Prozent.[17]

Besondere genderspezifische Unterschiede bei der Durchführung der Leichenschau werden jedoch von den befragten Akteuren nicht berichtet. Beispielsweise wird die körperliche Belastung der Leichenschau durch leichenschauende Ärztinnen und Ärzte ähnlich eingeschätzt: In Einrichtungen können häufig Pflegekräfte helfen. Lediglich bei der Leichenschau bei Patientinnen und Patienten zu Hause könnte eine sorgfältige und umfassende Leichenschau mangels Assistenz zu Problemen führen – wobei in diesen Fällen die umfassende Leichenschau ohnehin erschwert ist (*siehe Kapitel 3.1.1).*

3.1.1 Ärztliche Leichenschau mit Fokus auf vorbehandelnde niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Nach den Ergebnissen der statistischen Auswertung der Todesbescheinigungen in den Modellstädten *(siehe Kapitel 2.1)* führen niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte die Leichenschau bei von ihnen vorbehandelten Patientinnen und Patienten zumeist in Pflegeheimen (47,7 %), in Hospizen (21,7 %) sowie bei den Verstorbenen zu Hause (27,3 %) durch. An anderen Orten werden von dieser Ärztegruppe nur im Ausnahmefall Leichenschauen durchgeführt. Die

[17] IT.NRW: Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 2015 nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen.

Benachrichtigung wegen eines Todesfalls erfolgt nach Aussage der befragten Akteure zumeist durch Pflegekräfte, bei zu Hause Verstorbenen durch Angehörige.

Leichenschauen, die diese Ärztegruppe bei den Verstorbenen zu Hause durchführen, betreffen laut der interviewten Personen überwiegend Palliativ-Patientinnen und -Patienten, bei denen ein Versterben erwartbar war. Bei weniger erwarteten Todesfällen im häuslichen Umfeld wird, so die Vermutung, in aller Regel der Rettungsdienst gerufen. Im Rahmen einer palliativen Versorgung wird oftmals bereits im Vorfeld bei den Patientinnen und Patienten geklärt, ob im Todesfall die vorbehandelnde Hausärztin bzw. der vorbehandelnde Hausarzt oder außerhalb der Sprechzeiten auch der ärztliche Notdienst informiert werden soll. In den meisten Fällen wird eine Benachrichtigung der bisherigen Hausärztin bzw. des bisherigen Hausarztes von Patientinnen und Patienten und/oder Angehörigen gewünscht.

Sämtliche befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bieten nach eigenen Angaben den von ihnen vorbehandelten Patientinnen und Patienten respektive deren Angehörigen an, auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten in Notfällen zur Verfügung zu stehen. Daher führen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auch unabhängig von Notdienst-Einsätzen teilweise nachts und am Wochenende Leichenschauen zu Hause oder im Pflegeheim durch. Außerhalb der Praxiszeiten ist die Leichenschau durch vorbehandelnde niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Einschätzung der Befragten nicht die Regel und eher rückläufig: zum einen würden die Angehörigen zögern und keine Störung verursachen wollen, zum anderen würden niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner zunehmend außerhalb der Sprechzeiten ihr Telefon ausstellen.

Nach den Schätzungen der befragten Ärztinnen und Ärzte führen die niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner etwa 40 bis 50 Leichenschauen im Jahr durch, die Fachärztinnen und -ärzte mit einem genannten Minimalwert von 10 Todesbescheinigungen führen pro Jahr zum Teil deutlich weniger Leichenschauen durch.

Zeitpunkt der Leichenschau und Ausfüllen des Todesbescheinigungsformulars

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geben übereinstimmend an, nach der telefonischen Benachrichtigung bei erwarteten oder erwartbaren Todesfällen i. d. R. erst nach zwei bis vier Stunden zu den Verstorbenen zu fahren. Die Vorschrift nach § 9 Abs. 3 Satz 1 BestG NRW, die Leichenschau unverzüglich[18] nach Erhalt der Todesanzeige sorgfältig durchzuführen[19], ist den Befragten zu einem kleineren Teil nicht bekannt, zum größeren Teil wird sie als unpraktikabel interpretiert.

> *Zitat: Gibt es so eine Vorschrift, dass man sofort hinfahren muss? Gut, von den Formalismen her absolut nachzuvollziehen, aber in der Praxis völlig undurchführbar, das muss man ganz klar so sagen.*

[18] Unverzüglich bedeutet hierbei ohne schuldhaftes Zögern, d.h. es dürfen ausschließlich dringende, zum Schutz eines höherwertigen Gutes nicht aufschiebbare Tätigkeiten zwischenzeitlich ausgeführt werden.

[19] Die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin verweist in der AWMF-Leitlinie Nr. 045/002 darauf, dass ein unverzügliches Aufsuchen des angezeigten Todesfalls aufgrund des dem Landesrecht übergeordneten Strafgesetzbuches ohnehin verpflichtend ist. Bis zur sicheren Feststellung des Todes, die nur durch Ärztinnen und Ärzte vorgenommen werden kann, besteht die Pflicht zur Hilfeleistung und ggf. zu einer Reanimationsbehandlung.
Madea (2014) teilt diese Einschätzung grundsätzlich, vertritt aber abweichend die Position, dass bei erwartetem Tod, dem Vorliegen einer Palliativvereinbarung o. Ä. und einer aktuellen Kenntnis des Gesundheitszustands des Patienten es „je nach Sachlage des Einzelfalls auch entgegen dem Wortlaut der Leichenschauverordnung vertretbar [ist], die Leichenschau erst vorzunehmen, wenn mit dem Vorliegen sicherer Todeszeichen zu rechnen ist.“ (S. 26).

Zitat: Wenn ich die Praxis voll habe, sitzen da fünf Leute im Wartezimmer, und dann kommt der Anruf - ja was mache ich denn dann? Da wäre ich mindestens eine halbe, dreiviertel Stunde weg. Vielleicht sind da auch noch Verwandte des Verstorbenen da, da muss mich mit denen noch vernünftig und freundlich auseinandersetzen, wie das ja auch meine ärztliche Pflicht ist.

Höchste Priorität bei der Leichenschau hat für die Befragten, dass sie nach Möglichkeit als sichere Todeszeichen sowohl Totenflecke als auch eine zumindest beginnende Leichenstarre feststellen können, um jeglichen Zweifel am Tod ausschließen zu können. Die Feststellung sicherer Todeszeichen steht nach Auffassung der Befragten in einem praktischen und sachlogischen Konflikt mit der Vorschrift einer unverzüglichen Leichenschau, weswegen nur eingeschränkt eine Verpflichtung zur umgehenden Untersuchung des Toten gesehen wird.

Zitat: Manchmal hat man ja die Leichenflecke auch schon, bevor jemand tot ist. Nur auf Leichenflecke würde ich mich da nicht verlassen.

Zitat: Bei den Patienten, die wir kennen und bei denen wir wissen, dass sie bald sterben, warten wir ein paar Stunden ab, und fahren dann hin, um die Leichenschau zu machen – um eben auch die sicheren Todeszeichen feststellen zu können.

Die befragten Ärztinnen und Ärzte interpretieren mehrheitlich die Vorschriften nach § 9 Abs. 3 Satz 1 BestG NRW so, dass rechtlich gesehen eine zweimalige Leichenschau erfolgen müsste. Ein zweimaliges Aufsuchen der Verstorbenen „unverzüglich“ nach der Benachrichtigung für die Todesfeststellung und ein weiteres Mal einige Stunden später, zur Beobachtung mehrerer sicherer Todeszeichen, wird als wenig praktikabel bewertet. Zudem wird die Vergütung der Leichenschau für eine zweimalige Untersuchung in keiner Weise als angemessen betrachtet.

Zudem wird seitens der Befragten in vielen Situationen – insbesondere bei persönlich bekannten Patientinnen und Patienten – keine medizinische Erfordernis für eine „unverzügliche“ Untersuchung und Todesfeststellung gesehen. Zudem werden die Situation am Sterbeort sowie weitere situative und praktische Faktoren in die Abwägung einbezogen, wann die Leichenschau durchgeführt wird.

Zitat: Eine unverzügliche Leichenschau ist eigentlich ja nur indiziert bei Patienten, die man nicht kennt und die relativ jung sind und bei denen man nicht abschätzen kann, warum der jetzt gestorben ist. Aber dann ist das auch meistens eine Sache für den Notarzt.

Zitat: Aus meiner Sicht ist das Hinfahren nach ein paar Stunden bei eigenen Patienten, bei denen der Tod absehbar ist, unproblematisch. Ich würde es sogar noch erweitern auf den Bereitschaftsdienst, der im Palliativbereich oder in Altenheimen auch zwei bis drei Stunden abwarten sollte.

Sorgfältige Durchführung und Dokumentation der Leichenschau

Die per Kreuz auf der Todesbescheinigung zu bestätigende Vorgabe, in die Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einzubeziehen, trifft unter den niedergelassenen Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzten insbesondere bei der Leichenschau bei eigenen Patientinnen und Patienten auf Unverständnis. Während die Notwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung weitgehend unbestritten ist, wird das Entkleiden und die Untersuchung sämtlicher Körperöffnungen sowohl als unpraktikabel als auch als unzweckmäßig und i. d. R. unnötig für die Leichenschau bei eigenen Patientinnen und Patienten zu Hause, im Pflegeheim oder im Hospiz betrachtet. Zweck und Notwendigkeit des vollständigen Entkleidens der Leiche und die Untersuchung sämtlicher Körperöffnungen wird – abhängig von der Situation

des Todeseintritts, der Kenntnis der Patientin oder des Patienten etc. – in Frage gestellt. Das entsprechende Bestätigungs-Feld auf der Todesbescheinigung wird nach der Erwartung der Befragten in der Praxis zumindest teilweise – wenn nicht sogar weitestgehend – nicht dem tatsächlichen Untersuchungsumfang entsprechend ausgefüllt. Insbesondere im Palliativ-Bereich wird eine exakt nach Vorschrift durchgeführte Leichenschau auch als unwürdig und besonders belastend empfunden.

> *Zitat: Ich gucke mir das Gesicht an. Ich gucke, ob irgendwelche Würgemale am Hals sind. Ich gucke auch, ob Blutungen im Auge sind, oder sonst irgendwas. Dann gucke ich oberflächlich den Rest des Körpers an. Ich habe keinen Ohrenspiegel, mit dem ich ins Ohr gucke oder in die Nase. Weil ich nicht erkennen würde, ob dort eine Manipulation – zum Beispiel eine Spritze – gesetzt worden wäre mit Gift, um den umzubringen oder sowas. Oder ob der ein Zäpfchen mit einem Gift gekriegt hat.*

Insbesondere bei Leichenschauen zu Hause bei den Verstorbenen, aber auch im Pflegeheim und Hospiz werden die Vorschriften wegen der fehlenden personellen und technischen Unterstützung als oftmals praktisch undurchführbar bewertet.

> *Zitat: Im Altenheim haben Sie natürlich noch andere Möglichkeiten als zu Hause – da guck ich mir Vorder- und Rückseite an. Die Angehörigen haben ja schon eine Scheu davor, den Verstorbenen auszuziehen, und ich alleine kann das oft nicht, je nachdem, wo der liegt und wie schwer der ist. Und ob ich dem dann die Windel aufknöpfe oder die Unterhose ausziehe, um mir da irgendwas anzugucken, da hat ja kein Angehöriger Verständnis für. Ich müsste die Angehörigen aber bitten zu helfen, weil ich das alleine nicht kann.*

> *Zitat: Pathologen haben eine schöne Blechwanne, die haben eine Dusche, die spritzen die Exkremente weg, die die Toten abgelassen haben, sie haben einen Assistenten, der die Toten schön sauber wäscht, und dann gucken sie sich alles an. Ich habe keine Wanne dabei, ich habe keine Dusche dabei, ich habe keinen, der die Exkremente wegputzt.*

Als Mindestanforderung an die Gründlichkeit und Umfang der Untersuchung im Rahmen der Leichenschau wird mehrfach formuliert, dass in jedem Fall die Entdeckung offensichtlicher äußere Einwirkungen garantiert wird.

> *Zitat: Dass man sich anschaut, ob jemand einen Schrittmacher hat oder ein Messer im Rücken steckt, ist völlig klar.*

> *Zitat: Aber ich gucke mir die Patienten von vorne und hinten an. Einem Kollegen von mir ist es angeblich mal passiert, dass der Bestatter ihn angerufen hat und gefragt hat, ob er mal unter den Schlafanzug geschaut hätte und den Strick gesehen hätte. Ich weiß nicht, ob das stimmt, aber es gibt bestimmt solche Fälle, wo die Verwandten aus Scham zwar den Strick nicht abgenommen haben, aber irgendwas schön drübergelegt haben, und der Doktor hat gesagt: Naja, tot.*

Bestimmung der Todesart und zugehörige Abwägungen

Die vorbehandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geben an, im Regelfall über umfassende Kenntnisse der Krankengeschichte der von ihnen im Rahmen der Leichenschau untersuchten Verstorbenen zu verfügen. Häufig befanden sich die Patientinnen und Patienten in einer Palliativ-Behandlung, im Regelfall war der Tod erwartet oder erwartbar. Zudem sind die Ärztinnen und Ärzte mit dem pflegerischen Umfeld des Verstorbenen vertraut. Schwierigkeiten bei der Todesart-Klassifikation werden von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei von ihnen zuvor

behandelten Patientinnen und Patienten daher explizit nur bezogen auf diagnostische Grenzfälle geäußert.

> *Zitat: Ich habe aus der Vorgeschichte ein ganz anderes Hintergrundwissen, wenn ich irgendwo hinfahre. Auch zum Beispiel zu Misshandlungen in der Familie, ob das z. B. eine Rolle spielen könnte.*

> *Zitat: Es gibt natürlich auch Patienten, die fallen im Altenheim, brechen sich den Oberschenkelhals, werden dann operiert, kommen dann wieder zurück, erholen sich aber nicht richtig von der Operation und sterben dann vier Wochen nach der Krankenhausentlassung eher an Altersschwäche als an dem Bruch. Aber man weiß ja nie, ob der ohne den Bruch nicht noch drei Monate länger gelebt hätte, das ist dann auch so eine schwierige Geschichte. Wahrscheinlich ist er gefallen wegen Altersschwäche – also insgesamt würde ich das schon als natürlichen Tod einsortieren. Wenn ich jetzt nicht eine Lungenembolie vermuten muss aufgrund des gebrochenen Beines.*

Bestimmung der Todesursache und Eintragung der Todesursachen-Kaskade in die Todesbescheinigung

Die befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte berichten von verschiedenen Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Todesursachenkaskade. Aufgrund der in aller Regel vorhandenen umfassenden Kenntnisse der Vorerkrankungen der Verstorbenen stellt die begründete Angabe eines oder mehrerer ursächlicher Grundleiden keine besondere Herausforderung dar. Größere Schwierigkeiten werden bezogen auf die Diagnostik der unmittelbaren Todesursache berichtet, die von den meisten Befragten fälschlicherweise als in der weiteren Auswertung der Todesbescheinigungen wichtigste Angabe vermutet wird.

Generell sind Kenntnisse darüber, was im Weiteren mit der Todesbescheinigung passiert, wie und von wem diese gesichtet wird und wie die Angaben für die Todesursachenstatistik ausgewertet werden, sehr gering verbreitet. Lediglich einzelnen Gesprächspartnerinnen und -partnern war der Stellenwert des Grundleidens für die Todesursachenstatistik bewusst.

> *Zitat: Ich habe immer das Gefühl als Arzt, die wollen von mir wissen, was denn jetzt der Grund ist, dass der tot ist. Also der Grund, dass der plötzlich in diesem Moment tatsächlich gestorben ist.*

> *Zitat: Die Todesbescheinigung ist sehr unglücklich strukturiert. Für leichenschauende Ärzte ist überhaupt nicht klar, wonach gefragt wird. Im Grunde geht es doch um die Frage „An welcher Erkrankung ist der Patient verstorben?“. Aber dafür ist der Aufbau der Kaskade unglücklich. Das muss deutlicher aus der Todesbescheinigung hervorgehen.*

Bei der Angabe der unmittelbaren Todesursache berichten die Befragten von erheblichen Unsicherheiten, wobei die Aussagekraft und Korrektheit der eigenen Angaben explizit in Zweifel gezogen werden.

> *Zitat: Ich mache erst das Grundleiden, und gehe dann nach oben, und was ich da oben hinschreiben soll, weiß ich meistens nicht. Denn Herzversagen oder Atemstillstand soll man ja nicht schreiben, aber letztlich stirbt der am Herzstillstand. Andererseits kann man auch Exsikkose schreiben, wenn einer tagelang keine Flüssigkeit mehr zu sich genommen hat. Und die Exsikkose ist dann Folge der Schluckschwäche und das wiederum Folge von Demenz oder Schlaganfall. Also es geht, man kommt damit zurecht. Aber ich denke, dass viele auch einfach Herzstillstand schreiben.*

Zitat: Wenn ich den Patienten kenne, dann weiß ich, was auch zum Schluss geführt hat, aber auch da bin ich mir nicht immer sicher, warum der jetzt tot ist. Der hatte Krebs, der hat Metastasen, aber hat der jetzt einfach nicht genug Sauerstoff gehabt, der hat nicht mehr geatmet, aber warum?

Grundsätzliche Schwierigkeiten mit der Anforderung, eine Todesursachenkaskade anzugeben, werden jedoch für den Palliativ-Bereich benannt. Die Anforderung verleite zur Angabe von Verlegenheitsdiagnosen. Auch fehlende Informationen zu viele Jahre zurückliegenden Vorerkrankungen bei verstorbenen Hochaltrigen werden als Problem für eine vollständige Dokumentation der Kaskade angeführt.

Zitat: Ich hatte in letzter Zeit viele Palliativ-Fälle. Die sind 95 Jahre alt, die sind schwach, die sagen: Ich möchte einfach nicht mehr, die essen und trinken nicht mehr, was ja eigentlich ganz natürlich ist. Das ist aber keine Erkrankung, keine Diagnose. Da wäre es wirklich gut, wenn man den Freitext hat, dass eine palliative Situation vorliegt, dass der Patient vor einiger Zeit das Essen eingestellt hat und immer schwächer wurde und dass es dann zum Multiorganversagen gekommen ist. Ich finde damit eigentlich auch alles erklärt. Ich finde die Logik schwierig, die einen in die Kaskade zwingen will.

Zitat: Für uns ist es ein großes Problem, dass Alter kein Todesgrund ist. Was tut man dann? Da muss man sich was aus den Fingern saugen. Ich schreibe da ganz oft hinein „Toxisch resorptives Multiorganversagen“, was alles und nichts sagt. Das ist eine Verlegenheitsdiagnose, das ist tatsächlich so.

Zitat: Was ich fast nie aufschreibe, sind die Daten dahinter, also seit wann die Erkrankungen bestehen, weil man das oft auch gar nicht herausbekommt. Ja, der hatte mal einen Schlaganfall, aber wissen Sie noch wann? So vor 10, 11, 12, 15 Jahren oder so?

Bewertung der Vergütung der Leichenschau und Implikationen für die Qualität

Die finanzielle Vergütung der Leichenschau wurde von der deutlichen Mehrheit der Gesprächspartnerinnen und -partner als höchst unzureichend beschrieben (*siehe nachfolgende Info-Box*). Die im Vergleich zu Leistungen an lebenden Patientinnen und Patienten geringen Abrechnungsmöglichkeiten sind aus übereinstimmender Sicht der Befragten nicht nachvollziehbar, stellen für diese ein kontinuierliches Ärgernis dar und wirken sich demotivierend auf das Engagement zur sorgfältigen Durchführung der Leichenschau und die Bereitschaft zur umfassenden Klärung der Todesursachen aus. Durch die geringe Vergütung würde letztlich auch vermittelt, dass der Todesbescheinigung selbst kein hoher Wert vom Gesundheitssystem beigemessen wird. In diesem Zusammenhang wurde – auch ohne genaue Kenntnis des Datenbestandes – auf die bekannt mangelhafte Qualität der Todesursachenstatistik hingewiesen.

Zitat: Ich glaube, man schaut sich als Arzt ja an, wie etwas honoriert wird, wie etwas goutiert wird und wie nicht. Und wenn ich für Peanuts mich differentialdiagnostisch da stark ins Zeug legen sollte, da fehlt dann einfach die Motivation und wo die Motivation fehlt, können Sie auch keine guten Leistungen erwarten – das ist wie überall.

Zitat: Das ist weniger, als wenn Sie nachts im Heim einen lebendigen Patienten besuchen. Da krieg ich 50-60 Euro, dass ich da am Abend hinfahre, nur weil der ein bisschen Nasenbluten hat. Das steht in keinem Verhältnis. Und bei der Leichenschau: Wie soll ich denn da hinkommen, warum krieg ich kein Geld dafür?

Die geringe Vergütung für die Durchführung der Leichenschau wird zudem als Grund dafür angeführt, dass Fortbildungen zum Thema Leichenschau nur auf verhaltene Resonanz stoßen.

Anpassung der Gebühren für die Leichenschau

Nach der „Fünften Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ [20], die am 01.01.2020 in Kraft trat, wird die Leichenschau höher und differenzierter vergütet. Demnach wird bei der Vergütung der Leichenschau zwischen der Feststellung des Todes und der Todesart (vorläufige Leichenschau) und der gutachterlichen Tätigkeit der Diagnose der Todesursachen (eingehende Leichenschau) unterschieden. Eingeschlossen in die vorläufige Leichenschau ist die Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung gemäß landesrechtlichen Vorschriften. Zudem soll die Vergütung bei einer Unterschreitung der Dauer einer leitliniengerechten Leichenschau geringer ausfallen. Die durchschnittliche leitliniengerechte Dauer für eine vorläufige Leichenschau liegt bei rund 30 Minuten (mindestens 20 Minuten) und soll mit rund 111 Euro vergütet werden. Die Dauer für eine leitliniengerechte eingehende Leichenschau liegt bei rund 60 Minuten (mindestens 40 Minuten) und soll mit rund 166 Euro vergütet werden. Können vorgeschriebene Mindestzeiten für eine leitlinienregerechte Leichenschau nicht eingehalten werden – dauert die Leichenschau aber mindestens 10 Minuten (vorläufige) bzw. 20 Minuten (eingehende), sind 60 Prozent der Gebühren abzurechnen.[21]

Eignung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die Leichenschau

Aufgrund der breiten Qualifikation in der Allgemeinmedizin und der oft langjährigen persönlichen Kenntnis der Krankengeschichte der Verstorbenen sind aus Sicht der niedergelassenen vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige Voraussetzungen für eine fundierte Angabe der ursächlichen Grundleiden vorhanden.

Die persönliche Bekanntheit mit dem Verstorbenen wird dabei auch als förderlich für eine verlässliche Bestimmung der Todesart bewertet. Zum einen ist durch die vorausgegangenen Behandlungen eine fundierte Einschätzung der Erwartbarkeit des Todes möglich. Die gewonnenen Einblicke in das persönliche Umfeld der Verstorbenen liefern über die rein medizinische Diagnostik hinaus Anhaltspunkte zur Einschätzung, ob eine natürliche Todesart plausibel ist oder möglicherweise eine strafrechtlich relevante Fremdeinwirkung vorliegen kann. Der Einbezug weiterer situativer Umfeldfaktoren ist zwar formal nicht Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der ersten Leichenschau, wird von diesen aber faktisch zur Bestimmung und Plausibilisierung von Todesart und Todesursache berücksichtigt.

Aufgrund dieser Eignungsfaktoren plädieren die befragten Ärztinnen und Ärzte aus Qualitätsgründen für die Stärkung der Leichenschau durch vorbehandelnde niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Eine Delegierung der Leichenschau an eine spezialisierte Ärztegruppe wird abgelehnt.

[20] Vgl. Bundesgesetzblatt (BGBL) vom 31.10.2019: 5. Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 21.10.2019.
[21] Die konkreten Vorhaben zur Anpassung der Gebührenordnung waren zur Zeit der von Prognos durchgeführten Gespräche noch nicht bekannt. In den Interviews und Fokusgruppen zur Diskussion der Gestaltungsoptionen (siehe Kapitel 5) wurden die von der Ärztekammer erarbeiteten Vorschläge zum Umfang der Gebührenerhöhung jedoch als zweckmäßig und angemessen erachtet.

Zitat: Dass jemand nur rumreist und alle Leichenschauen durchführt, halte ich für Quatsch. Das möchte kein Arzt machen, da bräuchte man extra Ärzte, und die müsste man ordentlich bezahlen. Und denen geht dann natürlich die Kenntnis der Vorgeschichte des Patienten ab. Ich habe ja aus der Vorgeschichte ein ganz anderes Hintergrundwissen, wenn ich irgendwo hinfahre. Auch zum Beispiel zu Misshandlungen in der Familie, ob das z. B. eine Rolle spielen könnte – das hat der Coroner ja gar nicht. Von daher wäre ein Coroner für einige Fälle vielleicht besser, für die meisten Fälle aber nicht.

3.1.2 Besonderheiten bei der Durchführung der Leichenschau durch Ärztinnen und Ärzte im Notdienst

Im Folgenden werden die spezifischen Konsequenzen für die ärztliche Leichenschau dargestellt, die sich aus den besonderen Bedingungen des ärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung ergeben. Da der Personenkreis der Ärztinnen und Ärzte im Notdienst weitgehend identisch mit den im vorhergehenden Kapitel dargestellten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist, wird insbesondere auf spezifische Besonderheiten der Leichenschau und Todesbescheinigung im Notdienst eingegangen.

In beiden betrachteten Modellregionen gibt es ausreichend Bewerberinnen und Bewerber mit Interesse an der Übernahme von Schichten im ärztlichen Notdienst, so dass Dienste auf Wunsch abgegeben werden können. Als Gründe für eine Nichtbeteiligung am ärztlichen Notdienst werden neben persönlichen Präferenzen auch Befürchtungen genannt, aufgrund einer Spezialisierung (z. B. auf Gynäkologie) keine umfassende und qualitativ hochstehende allgemeinärztliche Behandlung gewährleisten zu können.

Die befragten am Notdienst teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte geben als Schätzung an, dass sie im Durchschnitt je Dienst einmal, im Extremfall bis zu viermal zu Sterbefällen gerufen werden.

i

Ärztlicher Notdienst in der Modellregion Mettmann

Für die Fahrdienste wird in der untersuchten Modellregion Mettmann von der Kassenärztlichen Vereinigung ein Auto mit einer Rettungsassistentin bzw. einem Rettungsassistenten des DRK als Fahrer zur Verfügung gestellt, der bei Untersuchungen auch Hilfestellung z. B. beim Entkleiden oder Drehen einer Leiche leisten kann. Insofern steht dem ärztlichen Notdienst im KV-Bezirk Mettmann bei Leichenschauen im Regelfall eine Unterstützung – sei es durch den Fahrer, sei es durch Pflegepersonal in Einrichtungen – zur Verfügung. Die Beteiligung von Rettungsassistentinnen und -assistenten bei den Fahrdiensten wird nach Auskunft der KV Mettmann jedoch nicht flächendeckend in Nordrhein-Westfalen umgesetzt. Insbesondere in kleineren Notdienstbezirken fahren die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte selbst und allein. In anderen Bezirken werden die Ärztinnen und Ärzte auch durch Taxifahrerinnen/-fahrer gefahren, die in aller Regel bei Einsätzen im Auto bleiben und keine Unterstützung bei Untersuchungen leisten.

Zeitpunkt der Durchführung der Leichenschau und des Ausfüllens des Todesbescheinigungsformulars

Anders als bei eigenen Patientinnen und Patienten verfügen Ärztinnen und Ärzte im Notdienst i. d. R. über keine Hintergrundinformationen, wenn sie wegen eines Sterbefalls gerufen werden. In Abhängigkeit vom Kontext der Sterbesituation wird die Entscheidung getroffen, wann die Untersuchung der Leiche stattfindet. Ein wesentlicher Entscheidungsfaktor ist, ob der Sterbefall in einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause stattgefunden hat. Während bei Sterbefällen in Pflegeheimen oder Hospizen von den befragten Ärztinnen und Ärzten keine Notwendigkeit für eine unmittelbare Durchführung der Leichenschau gesehen wird, erfolgt die Untersuchung bei häuslichen Sterbefällen nach Möglichkeit zeitnah. Allerdings wird die Priorität von Leichenschauen auch bei häuslichen Sterbefällen als nachrangig gegenüber der Behandlung anderer Patientinnen und Patienten gesehen und entsprechend zurückgestellt.

> *Zitat: Das sind ja auch Fälle, wo der Tod halbwegs erwartet ist, wenn der ärztliche Notdienst gerufen wird. Ist ein Tod plötzlich eingetreten, ohne dass Angehörige irgendwas geahnt haben, wird fast immer der Rettungsdienst gerufen.*

> *Zitat: Es ist ja häufig gar nicht leistbar, direkt hinzufahren. Ich habe Leute, die hochfiebrig sind oder die erbrechen. Da muss ich klären, ob da kein Herzinfarkt dahintersteckt. Also wofür entscheide ich mich? Da wird ihnen wohl jeder Kollege sagen: Ich fahre zu dem, der prinzipiell noch lebt.*

Bei einer „unverzüglichen“ Leichenschau ergibt sich, wie bereits in Kapitel 3.1.1 ausgeführt, das Problem, dass noch keine sicheren Todeszeichen beobachtbar sind. Die Möglichkeit einer „unverzüglichen“ oder „zweizeitigen“ Leichenschau während des ärztlichen Notdienstes wird überwiegend bzw. für die meisten Fälle aber als unpraktikabel bewertet. Die Verpflichtung zur unverzüglichen Leichenschau im ärztlichen Notdienst wird auch mit dem Verweis relativiert, dass das Notdienst-System gar nicht auf eine flächendeckende lebensrettende Versorgung ausgelegt sei und diese auch nicht leisten kann.

> *Zitat: Ich glaube, kein Mensch fährt das erste Mal hin. Sondern man fährt nach zwei Stunden hin und kreuzt die sicheren Todeszeichen an. Ich meine, wir machen nach dem Notdienst unsere normale Praxis auf, und zwei Stunden mehr schlafen sind da schon von Bedeutung. Mein längster Weg beim Notdienst sind rund 60 Kilometer. Wenn ich da hin und zurückfahren wollte, könnte ich gleich wieder losfahren. Wenn ich sowieso unterwegs bin, mache ich die Leichenschau eher am Ende der Schicht, insbesondere im Pflegeheim-Bereich.*

> *Zitat: Das ist eine aus akademischer Sicht entstandene Vorstellung. Natürlich heißt es, dass wir sofort hinfahren müssen und vielleicht noch retten können. Wir sagen, bis wir da sind, ist eh zappenduster. Wir fahren nicht mit Blaulicht und Sonderrechten, sondern stellen uns an der roten Ampel im Stau an. Das finde ich ein ganz, ganz großes juristisches Spannungsfeld, in dem wir uns da bewegen. Wenn wir zum Beispiel nach Gemeinde X fahren, haben wir eine Stunde Anfahrtsweg – so viel zum Thema direkt hinfahren.*

Zumeist wird daher die Leichenschau im ärztlichen Notdienst vergleichbar mit den Leichenschauen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte i. d. R. einige Stunden nach der Meldung des Todesfalls durchgeführt.

Grundlagen der Diagnose: Krankenakte

Nach Auskunft der befragten Ärztinnen und Ärzte sind bei Leichenschauen im ärztlichen Notdienst in der überwiegenden Zahl der Fälle – wenn auch nicht durchgehend – Patientenunterlagen zur Einsichtnahme verfügbar. Bei Sterbefällen im Pflegeheim oder Hospiz stellt dies die Regel dar. Insofern beruht die Feststellung von Todesart und Todesursache durch den ärztlichen Notdienst zumeist auf vorherigen Diagnosen vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte. Als zusätzliche Informationsquelle werden auch vorliegende Medikamente herangezogen.

> *Zitat: Das funktioniert unterschiedlich gut. Es gibt Pflegeheime, wo das sehr gut funktioniert. Für mich sind die Diagnosen besonders interessant. Was für mich immer spannend ist, sind Entlassbriefe. Wenn ich mal einen vernünftigen internistischen Bericht habe, reicht das völlig. Aber das ist nicht immer da. Diagnosen haben die natürlich da, aber die sind mitunter auch fehlerbehaftet.*

> *Zitat: Im häuslichen Umfeld ist das sehr unterschiedlich. Mal hat man Pflegedienste, die ihre Mappen dalassen, wo etwas drinsteht. Ansonsten ist man darauf angewiesen, was zu Hause vorliegt, also alte Arztbriefe. Manche Leute führen auch super persönliche Krankenakten – aber manchmal steht man auch da und hat gar nichts.*

Feststellung der Todesart

Bei der Feststellung der Todesart steht der ärztliche Notdienst als nicht vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich vor der Schwierigkeit, die Klassifizierung ohne eigene Kenntnis der Erwartbarkeit des Todes noch des persönlichen Umfeldes der Verstorbenen vorzunehmen. Fälle mit offensichtlichen Verletzungen oder Fremdeinwirkungen werden bei einer sorgfältigen Leichenschau als unproblematisch erkennbar gesehen.

Auf Grundlage der am Sterbeort vorliegenden Patientenunterlagen und Dokumente, die mangels eigener Vorkenntnisse jedoch immer mit einem Restzweifel behaftet sind, sowie der ebenfalls zu hinterfragenden Aussagen von Pflegepersonal bzw. Angehörigen, ist nach dem Urteil der Befragten zwar eine plausible und begründete Einschätzung, aber keine letztliche Sicherheit zu erreichen. Eine wesentliche Bedeutung wird somit der Plausibilisierung der Erwartbarkeit des Todes beigemessen.

> *Zitat: Für mich ist wichtig, was in der Krankenakte steht, welche Medikamente rumliegen und was mir die Pfleger oder Angehörigen erzählen, ob der Tod erwartet war und welche Erkrankungen bekannt waren. Und natürlich wie und wo der Tote aufgefunden wurde. Und wenn sich da irgendwelche Ungereimtheiten ergeben, dann rufe ich auch die Polizei. Also wenn die mir falsche Angaben zu den Erkrankungen machen oder der Tote nicht im Bett liegt und ich mir das nicht erklären kann.*

> *Zitat: Das ist natürlich noch schwieriger, wenn Sie den Menschen nicht kennen. Dann können Sie sich nur auf irgendwelche Protokolle oder Arztbriefe verlassen, die vielleicht irgendwo rumliegen, wenn es ältere Patienten sind. Ansonsten müsste man im Notdienst eigentlich immer "ungeklärt" angeben, wenn man es nicht gerade mit einem völlig ausgemergelten Patienten mit vielen Diagnosen und vielen Medikamenten zu tun hat, wo man sich das eine oder andere zusammenreimen kann. Die 100prozentige Ursache können Sie nie sagen, das ist immer eine Vermutung.*

Zurückhaltung bei der Feststellung einer unklaren Todesart

Trotz der bestehenden (Rest-)Unsicherheiten sind die befragten Ärztinnen und Ärzte äußerst zurückhaltend, eine ungeklärte Todesart zu bescheinigen. Die Klassifizierung eines Todes als ungeklärt wird von den Befragten in keiner Weise als angemessene Option bei medizinisch nicht zweifelsfrei geklärten Todesursachen bewertet.

Wesentliche Gründe für diese Zurückhaltung sind, dass gemäß der gesetzlichen Regelung durch die Bescheinigung einer unklaren Todesart zwangsläufig eine polizeiliche Ermittlung eingeleitet wird – die insbesondere bei hochaltrig Verstorbenen weder als erforderlich, noch als zielführend zur Aufklärung des Sachverhalts gesehen wird und daher aus Verantwortungsgefühl gegenüber der Polizei unterlassen wird. Als gleichermaßen gewichtiges Argument werden die Belastungen für die Angehörigen genannt, die durch eine polizeiliche Ermittlung entstehen.

> *Zitat: Soll ich jetzt tatsächlich eine aufwändige, teure, ressourcenfressende, nicht zuletzt für die Angehörigen wahnsinnig belastende Geschichte lostreten? Denn das zieht einen Rattenschwanz nach sich: Die wissen nicht, wann die Beerdigung stattfindet und und und. Und wer das mal erlebt hat, wenn in einem Privathaushalt die Spurensicherung anrollt, weiß, dass das kein Spaß ist. Im ländlichen Bereich gucken da die Nachbarn – das ist wirklich nicht schön.*

> *Zitat: Ich würde mal sagen, dass heute aus Angst vor juristischen Konsequenzen und aus Unwissenheit manche Ärzte oder viele Ärzte im Bereitschaftsdienst ungeklärt ankreuzen, weil sie dann einer intensiven Ursachenforschung enthoben sind. Da kann Ihnen keiner an den Karren fahren. Von daher glaube ich, dass die Kriminalpolizei heute häufiger mit solchen ungeklärten Todesfällen zu tun hat, die früher als eindeutig natürlicher Tod angekreuzt worden wären.*

Insofern wird nach Angaben der befragten Ärztinnen und Ärzte ein Tod im Regelfall nur dann als ungeklärt klassifiziert, wenn er als vollkommen unerwartet bewertet wird und/oder konkrete Anhaltspunkte für eine Fremdeinwirkung gefunden werden. In mehreren Gesprächen wurde die Zweckmäßigkeit und Sinnhaftigkeit der Klassifizierungsmöglichkeit als ungeklärte Todesursache in Frage gestellt, da sich aus einer medizinischen Ungeklärtheit allein noch keine Notwendigkeit für polizeiliche Ermittlungen ergebe. Bei der praktischen Durchführung der Leichenschau sind Anhaltspunkte für Fremdverschulden oder Unfall, die Erwartbarkeit des Tods und die Plausibilität der Informationen zu den Todesumständen letztlich die entscheidenden Kriterien für bzw. gegen die Einschaltung der Kriminalpolizei.

Als typisches Problem bzw. Unklarheit bei der Bestimmung der Todesart bzw. dem Ausschluss einer Fremdeinwirkung wurden in mehreren Gesprächen beobachtbare Spuren von Injektionen angeführt, deren Ursache im Rahmen der ärztlichen Leichenschau allerdings nicht immer genau bestimmt werden können.

> *Zitat: Aber selbst, wenn irgendwelche Injektionen da sind, also blaue Flecken, weil irgendetwas gespritzt worden ist: Meistens haben die Leute ja Heparin-Spritzen oder Morphin-Spritzen bekommen. Wenn eine von diesen Injektionen jetzt mit einem Gift versehen worden wäre, würde man das nicht feststellen von außen, das geht gar nicht.*

> *Zitat: Ich bilde mir zumindest ein, zu sehen, ob es da eine äußere Einwirkung gibt oder nicht. Wenn der Verstorbene natürlich eine Nadel bei sich liegen hat - ein alter Mensch, Kachexie, der noch Flüssigkeit bekommt als Infusion unter die Haut - was weiß ich, wer da was reinmacht?.*

Versuch der Einflussnahme Dritter auf die Bescheinigung einer natürlichen Todesart

Selten entstehen Situationen, bei denen eine Einflussnahme auf Ärztinnen und Ärzte zur Bescheinigung eines natürlichen Todes erfolgen kann. Eine spürbare Einflussnahme Dritter auf die Todesart-Klassifikation lässt sich aus den Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten nicht ableiten.

Diskussionen zur Todesart ergeben sich nach Aussage der Ärztinnen und Ärzte teilweise bei Palliativ-Sterbefällen. Seitens der befragten Pflegeheime wird diese Haltung bestätigt. Bei der Klassifizierung der Todesart bei Palliativpatientinnen und -patienten als ungeklärt wird Unverständnis geäußert und in Zweifel gezogen, dass die vorliegenden Patientenunterlagen bei Palliativfällen ausreichend gewürdigt werden. Die Beschlagnahmung der Leiche und die polizeilichen Ermittlungen als unmittelbare Folgen einer Klassifizierung als ungeklärte Todesart werden gerade bei Palliativpatientinnen und -patienten als in höchstem Maße belastend angesehen. Ein auf das bewusste Abschiednehmen der Angehörigen ausgerichteter, häufig mehrwöchiger oder -monatiger Weg würde dadurch massiv gestört und vollständig zunichte gemacht. Von versuchten Einflussnahmen seitens der Polizei wird lediglich anekdotisch berichtet.

Angabe der Todesursachenkaskade und Nachfragen bei behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Als wesentliche Grundlage zur Bestimmung von Grundleiden und Folgeerkrankungen werden, wie vorab beschrieben, von den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten frühere Diagnosen und die Kenntnis der Krankengeschichte insgesamt herangezogen. Die befragten Ärztinnen und Ärzte sind sich dieser Unsicherheit bewusst, sehen es aber insbesondere im Rahmen des ärztlichen Notdienstes – im Unterschied zur Feststellung des Todes und der Todesart – nicht als ihre primäre Aufgabe und als realistische Anforderung an, eine exakte und belastbare Todesursachenkaskade zu erstellen.

Die Möglichkeit, bei Leichenschauen im Rahmen des ärztlichen Notdienstes in Zweifelsfällen die Todesursachen-Diagnose mit den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten zu diskutieren und abzustimmen, wird von einer Mehrheit der Befragten – wenn auch nicht allen – grundsätzlich als sinnvoll bewertet. Hierdurch könne eine höhere Sicherheit und Qualität der Diagnose erreicht werden. Tatsächlich gibt jedoch nur ein kleiner Teil der Befragten an, selbst bei Kolleginnen und Kollegen nachzufragen und dies zumeist auch nur in absoluten Ausnahmefällen zu tun.

> *Zitat: Man könnte ja den zuletzt behandelnden Arzt kontaktieren, wenn der Bereitschaftsdienst zum Beispiel den Tod festgestellt hat. Und fragen wie der den Tod einschätzt. Das wäre wahrscheinlich ein bisschen valider als die Vermutung des Bereitschaftsarztes.*

Als Gründe für den Verzicht auf eine Rücksprache werden zum Teil praktische Aspekte angeführt, allem voran der zeitliche Druck, die vollständige Todesbescheinigung auszustellen und beim Verstorbenen zu lassen, damit der Bestatter den Leichnam abholen und mit den formalen Vorbereitungen für die Bestattung beginnen kann. Die Möglichkeit, den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung zu einem späteren Zeitpunkt nachzureichen, wird zumindest vielfach nicht in Erwägung gezogen. In Einzelfällen wird eine spätere Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten generell als zu aufwändig bewertet und kategorisch ausgeschlossen. Es wird zudem vorgeschlagen, die Prüfung, ob Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Todesart oder ungeklärten Tod vorliegen, von der Erstellung der Todesursachenkaskade zu trennen.

> *Zitat: Eigentlich wäre es im einen oder anderen Fall viel besser, den Schein erst mal mitzunehmen, am nächsten Morgen den vorbehandelnden Kollegen anzurufen und kurz darüber zu reden, die Informationen abzugleichen, um das Ding dann endgültig auszustellen und abzuschicken. Aber da*

sitzen einem ja immer die Bestatter im Genick, die die Leichen nicht abholen dürfen, solange der Schein nicht da ist. Manche Angehörigen begrüßen es, wenn der Leichnam bleibt, um sich verabschieden zu können. Andere sagen: Um Gottes Willen, holt mir den aus dem Haus – ich will keine Minute länger neben dem Leichnam sitzen.

Zitat: Für vernünftige Daten wäre ein zweigeteilter Schein meiner Meinung nach besser, dass man einmal etwas dalassen könnte und sagen: ich gebe den Leichnam frei, ich gehe von einer natürlichen Todesursache aus, um dann nochmal die Ursachen für die Statistik dezidiert aufzuarbeiten und loszuschicken. Das würde in meinen Augen sehr viel Sinn machen.

Zitat: Nein, ich frage nie nochmal beim Hausarzt nach. Nachts sind die nicht zu erreichen, und ein Hinterhertelefonieren am nächsten Tag ist zu aufwändig. Das lässt sich nicht in meinen Arbeitsalltag integrieren.

Seitens der Ärztekammer wurde im Gespräch darauf verwiesen, dass es Anfragen und Beschwerden von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und auch von Bestattungsunternehmen gegeben hat, wenn die leichenschauende Ärztin bzw. der leichenschauende Arzt Teile der Todesbescheinigung nicht bei der verstorbenen Person hinterlassen hat. Konfliktpunkt ist hierbei, dass die Fahrtkosten für die Abholung der Todesbescheinigung durch Bestatter durch diese in Rechnung gestellt werden können, dies jedoch vielen Ärztinnen und Ärzten nicht bewusst ist. Umgekehrt ist davon auszugehen, dass diese Kostenregelung - sofern bekannt - gerade beim ärztlichen Notdienst, wo zwischen dem Ort der Leichenschau, der Arztpraxis und dem Bestattungsunternehmen erhebliche Entfernungen bestehen können, dazu beiträgt, dass Todesbescheinigungen im Zweifel ohne Rücksprache mit Hausärztinnen und -ärzten ausgestellt werden.

3.1.3 Besonderheiten bei der Durchführung der Leichenschau durch Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst

Genau wie die Ärztinnen und Ärzte im Notdienst verfügen Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst im Regelfall über keine Hintergrundinformationen über die Verstorbenen, wenn sie wegen eines Sterbefalls gerufen werden. Die Feststellung von Todesart und Todesursache durch Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst beruht zumeist auf den Diagnosen vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte. Im Folgenden werden die spezifischen Konsequenzen für die ärztliche Leichenschau dargestellt, die sich darüber hinaus aus den besonderen Bedingungen des Rettungsdienstes ergeben.

Laut Einschätzung der befragten Rettungsdienste wird pro Schicht im Durchschnitt eine Leichenschau durchgeführt. Sterbeort ist dabei überwiegend das häusliche Umfeld (lt. Auswertung der Todesbescheinigungen in 78,8 % der Fälle, *siehe Kapitel 2.1.1)*, was der örtlichen Verteilung der Rettungsdiensteinsätze generell entspricht. Tödliche Verkehrsunfälle etwa gehören zu den absoluten Ausnahmen.

Durchführung der Leichenschau und Aufgabenprofil

Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst sind verpflichtet, bei Benachrichtigung umgehend zum Einsatzort zu fahren. Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst sind jedoch nach der Todesfeststellung gesetzlich nicht zur weiteren Durchführung der Leichenschau und zum Ausfüllen der Todesbescheinigung verpflichtet (§ 9 Abs. 3 Satz 3 BestG NRW). Unmittelbar nach der Todesfeststellung ist die erneute Einsatzbereitschaft zu melden. In beiden Modellregionen besteht die Soll-Anweisung, nach Möglichkeit dennoch die Leichenschau durchzuführen. Als eine wichtige

Begründung hierfür wird genannt, dass Polizei und Bestatter die Leiche erst nach der Ausstellung der Todesbescheinigung vom Auffindeort bewegen können.

Anzumerken ist hier, dass die Prozesse in den Modellregionen verhältnismäßig gut organisiert sind. Nach Aussage der Befragten lässt sich die Situation der ärztlichen Leichenschau durch den Rettungsdienst so jedoch nicht auf andere Regionen in Nordrhein-Westfalen übertragen. In Duisburg werden etwa laut Aussage der befragten Akteure durch den Rettungsdienst grundsätzlich keine Todesbescheinigungen ausgefüllt. Die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst sind per Dienstanweisung der Feuerwehr (Rettungsdienstleitung) und in Abstimmung mit der Polizei verpflichtet, den Tod festzustellen und die Polizei zu informieren, welche die Leiche beschlagnahmt und zum Krematorium bringt, wo die Leichenschau durch Amtsärztinnen und -ärzte bzw. durch vom Gesundheitsamt beauftragte Medizinerinnen und -mediziner in den vorgehaltenen Räumen der zweiten Leichenschau durchgeführt wird. In der Stadt Hamm (Westfalen) wird nach Hinweisen der Gesprächspartnerinnen und -partner ein ähnliches Modell praktiziert. Auch dort wird die Todesart als ungeklärt angegeben und ein polizeiliches Ermittlungsverfahren eingeleitet.

Nach Aussage der befragten Notärztinnen und -ärzte des Rettungsdienstes fühlen sich diese häufig gemäß Aufgabenprofil im engeren Sinne nicht für die Durchführung von Leichenschau und Todesbescheinigung zuständig. Nicht ungewöhnlich sind nach Aussage der befragten Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst eindeutig palliative Sterbefälle, bei denen das Versterben erwartbar bzw. erwartet worden ist, die Angehörigen aber in der konkreten Situation überfordert und/oder die vorbehandelnden Hausärztinnen und -ärzte nicht erreichbar sind. Die häufig erforderliche Betreuung der Angehörigen wurde von einem Befragten als Grenzfall zwischen Notfallmedizin und Notfallseelsorge bezeichnet.

> *Zitat: Wir sind Notärzte für Notfälle und nicht für Todesfälle. Wir kommen vorbei und wollen Leben retten und auf der anderen Seite habe ich noch einen Einsatz, da muss jemand reanimiert werden, ansonsten stirbt er. Deswegen macht man kurz den Totenschein und schreibt die Daten drauf und schreibt nicht aufgeklärt und den Rest macht die Polizei dann.*

> *Zitat: Was immer wieder ein Problem ist, sind die Todesfälle im Altenheim. Wo der Rettungsdienst vom Pflegedienst im Altenheim alarmiert wird. Wo wir dann feststellen, wir machen da nichts mehr. Aber dann aber auch vor der Frage stehen, warum wird hier der Notarzt gerufen und nicht der Hausarzt. Wir haben den Eindruck, dass das Personal da besser geschult werden kann.*

Bestimmung der Todesart

Wie Ärztinnen und Ärzten im Notdienst stehen auch dem Rettungsdienst zur Bestimmung der Todesart am Sterbeort vor allem vorliegende Patientenunterlagen und Dokumente sowie Aussagen von Pflegepersonal bzw. Angehörigen zur Verfügung. Bei der eindeutigen Klassifizierung der Todesart sind Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst jedoch gegenüber anderen Ärztegruppen deutlich zurückhaltender. Nach der statistischen Auswertung der Todesbescheinigungen in den Modellregionen wird von Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst in 47,0 % der Todesbescheinigungen eine ungeklärte Todesart vermerkt (zusätzlich zu den 10,6 % Fällen, in denen Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod festgestellt werden, *siehe Kapitel 2.1.3*).

> *Zitat: Es gibt zwei Aspekte für Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst: einmal der Zeitfaktor, der Rettungsdienst muss sich natürlich so schnell wie möglich für den nächsten Einsatz vorbereiten, in dem es um die Rettung einer noch lebenden Person geht. Zum anderen, der Rettungsdienst hat über die Person überhaupt keine Informationen, manchmal gibt es noch Beschreibungen von Angehörigen, was noch vor ein paar Stunden passiert ist oder was in dem akuten Moment passiert sein könnte.*

Zitat: Es ist für die Leute ziemlich unsäglich, weil die wissen möchten, woran ist die Person jetzt eigentlich verstorben. Ja dann sag ich, das werden wir nicht rausfinden, denn die Polizei muss rausfinden, liegt der Verdacht auf eine strafbare Handlung vor und alles andere interessiert die ehrlich gesagt nicht. Das ist das Problem.

Bei Personen, die erst längere Zeit nach ihrem Tod aufgefunden werden, wird durchweg eine unklare oder ggf. nichtnatürliche Todesursache festgestellt und die Kriminalpolizei verständigt. Dies ist nicht zuletzt auch wegen der oftmals unklaren oder unsicheren Identität des Verstorbenen und dem unklaren Todeszeitpunkt geboten, die beide polizeilich ermittelt werden müssen. Auch bei unklarer Todesart werden nach Aussage der befragten Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst Angaben zur Auffindesituation, zu Medikamenten oder z. B. zu Arztbriefen in die Todesbescheinigung eingetragen. Hemmungen und Vorbehalte wie beim ärztlichen Notdienst, eine unklare Todesart zu bescheinigen und damit polizeiliche Untersuchungen anzustoßen, bestehen bei den Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst nach eigenen Aussagen nicht. Vielmehr wird von der Konvention berichtet, mit Blick auf die fehlende Kenntnis der Krankengeschichte und Lebensumstände der Verstorbenen, ausschließlich in Fällen mit umfassender Dokumentation der Erkrankungen (Arztbriefe, Palliativvereinbarung etc.) und sehr hoher Plausibilität eine natürliche Todesursache zu bescheinigen.

Zitat: Der Notarzt kommt, der Notarzt sagt, ja Krankengeschichte, ja gut, da steht ja alles drin, aber ja, ich weiß ja nicht, wie der Tod hier jetzt entstanden ist. Ja, dann wird man ja schon verdächtigt, man hätte seinem Vater, seinem Ehemann was in den Kaffee getan, damit der jetzt endlich stirbt.

Zitat: In manchen Fällen kommt es trotz der vorliegenden Unterlagen vor, dass eine ungeklärte Todesursache bescheinigt wird, dass ist in solchen Fällen für uns eher misslich, wenn es sich wirklich um eine ganz klare und eindeutige Geschichte handelt. Wir stellen fest, dass sich die Notärzte im Rettungsdienst da auch unsicher sind und es nicht richtig einschätzen können.

i

Rettungsdienst in der Modellregion Detmold

In Detmold sind die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst angehalten, die ärztliche Leichenschau bei natürlichen Todesfällen durchzuführen und damit auch die Todesbescheinigung auszufüllen. Dies ist auch dadurch möglich, dass es in Detmold zwei Rettungsdienste gibt und somit bei Verhinderung weitere Kapazitäten für Notfälle zur Verfügung stehen. Ist es dennoch erforderlich, einen Notfall zu übernehmen, wird von denselben Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst die Leichenschau zu einem späteren Zeitpunkt vorgenommen. Darüber hinaus sind die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst angewiesen, vor dem Ausstellen der Todesbescheinigung Kontakt zu den vorbehandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten aufzunehmen bzw. deren Rückmeldung abzuwarten.

Eignung des Rettungsdienstes zur Durchführung von Leichenschauen

Generell wird der Rettungsdienst von den Gesprächspartnerinnen und -partnern als nur eingeschränkt geeignet zur Durchführung von Leichenschauen bewertet. Als wesentlicher Grund für diese Einschätzung wird die fehlende Zeit sowie die oftmals lediglich rudimentären Informationen zu den Verstorbenen genannt, die ohne Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht immer eine verlässliche Bestimmung von Todesart und Todesursachen zulassen. Auch

entspreche die Durchführung der Leichenschau weder den primären Interessen noch der Qualifikation der Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst. Als geeignete Lösung wurde die Möglichkeit einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung genannt, die einen Abtransport der Leiche ermöglicht, aber zulässt, dass die abschließende Leichenschau und Todesbescheinigung zu einem späteren Zeitpunkt und im Idealfall durch vorbehandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte erfolgt. Vielmehr sehen sich die Rettungsdienste als Notlösung, um mangels Alternativen die Todesbescheinigungen zumindest rudimentär auszufüllen und damit zeitnah der Polizei, den Angehörigen und Bestattern die nächsten Schritte zu ermöglichen.

3.1.4 Durchführung der Leichenschau durch Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte

Bei Sterbefällen im Krankenhaus sind zahlreiche zentrale Rahmenbedingungen für ein fundiertes Ausfüllen der Todesbescheinigung gegeben: Mit Ausnahmen von seltenen Notaufnahmen ist die Identität des Verstorbenen geklärt, und i. d. R liegen aktuelle Diagnosen sowie Informationen zur Krankengeschichte vor. Mit einem Anteil von 51,5 Prozent werden über die Hälfte der Todesbescheinigungen in den Modellregionen von Krankenhausärztinnen und -ärzten ausgestellt *(siehe Kapitel 2.1.1)*, was die Krankenhäuser mit Abstand zum quantitativ wichtigsten Bereich für die Leichenschau macht.[22]

Zeitpunkt der Durchführung der Leichenschau und Ausfüllen des Formulars

Durch die engmaschige Betreuung der Patientinnen und Patienten ist der Todeszeitpunkt zumeist bekannt oder gut eingrenzbar und durch die kontinuierliche Anwesenheit von Ärztinnen und Ärzten ist die implizit geforderte Zweizeitigkeit der Todesfeststellung – anders als bei sämtlichen anderen Ärztegruppen – problemlos realisierbar. Die Leichenschau wird im Regelfall von diensthabenden Ärztinnen und Ärzten im Durchschnitt zwei Stunden nach der ersten Todesfeststellung durchgeführt. Für die Feststellung von Todesart und Todesursachen werden die vorliegenden Diagnosen und ggf. Selbstauskünfte im Rahmen der Anamnese herangezogen.

Bestimmung der Todesart und zugehörige Abwägungen

Jedoch gibt es nach Einschätzung der Gesprächspartnerinnen und -partner zahlreiche Grenzfälle bei der Einordnung der Todesart. In der Vergangenheit gab es hierzu zum Teil Klärungen und Vereinbarungen mit Staatsanwaltschaft und Polizei, die allerdings nicht mehr aktuell sind. Nichtnatürliche bzw. unklare Todesarten betreffen in erster Linie Fälle, bei denen Patientinnen bzw. Patienten aufgrund einer Verletzung (insbes. durch Sturz) ins Krankenhaus gekommen sind, d. h. die Todesursache nicht im Krankenhaus selbst entstanden ist.

Todesfälle in zeitlicher Nähe zu elektiven Operationen werden nach Aussage der Befragten standardmäßig als unklar eingestuft. Bei aus medizinischer Sicht umgehend erforderlichen Operationen sind in der Praxis keine verbindlichen und eindeutigen Handlungsrichtlinien verbreitet. Die Klassifikation der Todesart erfolgt hierbei auf Grundlage persönlicher Einschätzungen und Abwägungen. Generelle Vorbehalte bei Ärztinnen und Ärzten, eine unklare Todesart anzugeben und sich dadurch möglicherweise selbst zu belasten, werden in den Gesprächen nicht als typisch bezeichnet. Vielmehr läge es im Interesse der operierenden Ärztinnen und Ärzten, Situationen, in

[22] Aufgrund der geringen Anzahl befragter Krankenhausärztinnen und -ärzte wird im Folgenden auf die Ausweisung direkter Zitate verzichtet.

denen der Verdacht einer ärztlichen Mitschuld aufkommen könnte, zur eigenen rechtlichen Absicherung umgehend zu melden.

Bei als nichtnatürlich bzw. als unklar klassifizierten Todesarten wird generell die Polizei verständigt. Die Todesbescheinigungen werden soweit möglich nach besten Kenntnissen ausgefüllt. Die Vorschrift gemäß Anleitung zum Ausfüllen der Todesbescheinigung NRW Absatz 12, die Leichenschau bei ungeklärter Todesart zu unterbrechen und weitere Veränderungen an Leiche und Auffindeort zu verhindern, war den Gesprächspartnerinnen und -partnern nicht immer bekannt und wird für den Krankenhaus-Kontext weder als sinnvoll noch als verpflichtend interpretiert.

Bestimmung der Todesursachenkaskade

Trotz der guten Dokumentation im Krankenhaus treten bei der Angabe der Todesursachenkaskade Schwierigkeiten auf. So ist häufig nicht (klar) bestimmbar, ob ein Tod durch einen vorausgegangenen Sturz oder beispielsweise durch eine elektive oder erforderliche Operation verursacht worden ist. Als problematisch für eine belastbare Bestimmung der Todesursachenkaskade wird zudem die Tatsache eingeschätzt, dass die verstorbenen Patientinnen bzw. Patienten den leichenschauenden diensthabenden Ärztinnen und Ärzten häufig nicht bekannt sind. Qualitätskontrollen der Angaben in der Todesbescheinigung durch weitere Ärztinnen und Ärzte erfolgen nicht.

Gerade bei älteren multimorbiden Verstorbenen ist die Bestimmung von Todesursachen und Grundleiden besonders schwierig bzw. liegt häufig im Ermessen der Ausfüllenden. Aussagegemäß gibt es große Unterschiede, wie Mitarbeitende die Todesbescheinigungen ausfüllen, was zu Uneinheitlichkeit führt. Auch besteht Unsicherheit, wie die Todesbescheinigungs-Formulare „richtig“ auszufüllen sind. Den Gesprächspartnerinnen und -partnern war auch im Krankenhaus meist nicht bekannt, wie und welche ihrer Angaben auf der Todesbescheinigung im weiteren Prozessverlauf bzw. in der Todesursachenstatistik verwendet werden - es wurde hierbei bspw. die falsche Vermutung geäußert, dass die unmittelbare Todesursache die höchste Bedeutung besitze.

In den Krankenhäusern der Modellregionen werden nach Kenntnis der Befragten selbst keine Obduktionen durchgeführt, da die Kliniken über keine pathologische Abteilung verfügen.

3.2 Verfahren rund um die Leichenschau und Todesbescheinigung[23]

Die Durchführung der Leichenschau und die sich daran anschließende Ausstellung der Todesbescheinigung bilden den Ausgangspunkt verschiedener (Verwaltungs-)Verfahren und Teilprozesse, die unterschiedliche Akteure einbinden.

Die sich an eine ärztliche Leichenschau anschließenden Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren hängen im Wesentlichen von zwei Faktoren ab: (1) der festgestellten Todesart sowie (2) der Bestattungsform.

Ergeben sich Anhaltspunkte auf eine nichtnatürliche Todesart oder ist die Todesart ungeklärt, ist die Leichenschau nach Feststellung des Todes umgehend abzubrechen und die zuständige Polizeibehörde zu unterrichten.[24] Im Jahr 2015 war dies in den Modellkommunen in 9,7 Prozent

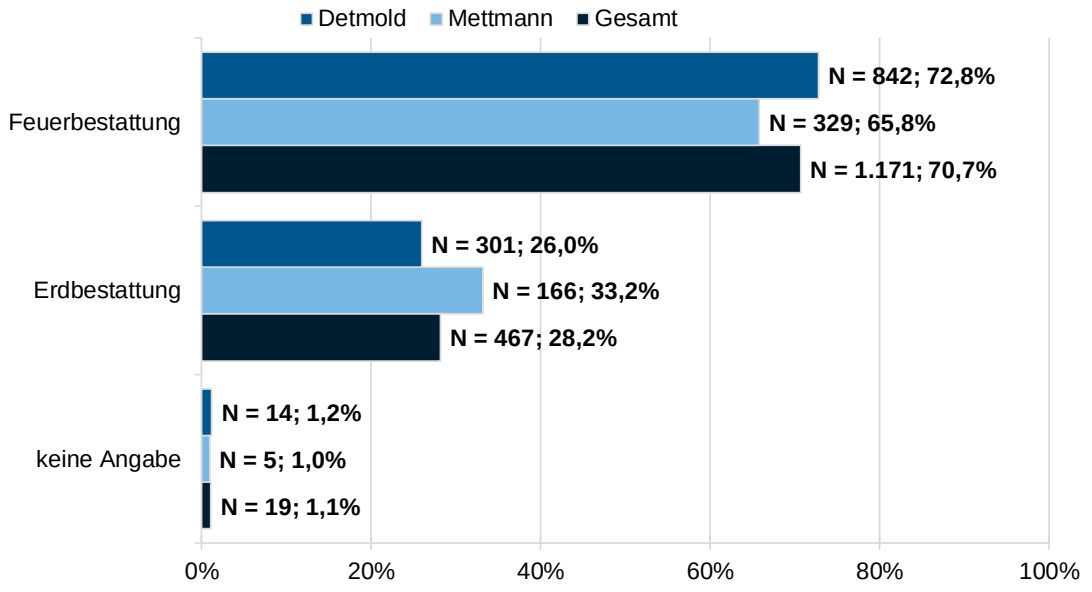
[23] Die Darstellung der Verfahren in diesem Kapitel beruht auf Ergebnissen von Gesprächen und Analysen, die im Jahr 2017 durchgeführt wurden. Zwischenzeitlich entstandene Abweichungen in den Verfahren, die dem Projektteam bekannt wurden, sind im vorliegenden Bericht berücksichtigt. Zu beachten ist, dass weitere Abweichungen seitdem möglich sind.
[24] Kann die Identität der Leiche nicht festgestellt werden, ist ebenfalls ein Todesermittlungsverfahren nach § 159 StPO einzuleiten, die ärztliche Leichenschau jedoch nicht abzubrechen.

(n = 161) der Leichenschauen der Fall.[25] Die Kreispolizei leitet daraufhin ein Ermittlungsverfahren nach § 159 StPO ein. Dieses wird mit der Klärung der Sach- und Rechtslage zwischen Staatsanwaltschaft und Kreispolizei abgeschlossen. Liegen keine Hinweise auf Fremdeinwirkung vor, wird der Leichnam durch die Staatsanwaltschaft freigegeben.[26] Im Falle einer Feuerbestattung erfolgt für durch die Staatsanwaltschaft freigegebene Leichen keine Durchführung einer zweiten Leichenschau (§ 15 Abs. 2 BestG NRW).

Bei der Feststellung einer natürlichen Todesart hängt das weitere Verfahren von der Bestattungsform ab. Erfolgt eine Feuerbestattung, ist die Durchführung einer zweiten Leichenschau gesetzlich vorgeschrieben. Diese kann entweder durch die untere Gesundheitsbehörde des Sterbe- bzw. Auffindungsorts oder des Einäscherungsorts veranlasst werden (§ 15 Abs. 1 BestG NRW). Die Feuerbestattung kann erst vorgenommen werden, wenn durch die zweite Leichenschau bescheinigt worden ist, dass kein Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod besteht.

Die Auswertung der Todesbescheinigungen der Modellregionen aus dem Jahr 2015 zeigt, dass mehrheitlich Feuerbestattungen erfolgen und insgesamt rund 71 Prozent aller Verstorbenen in den Modellregionen eingeäschert werden (siehe Abbildung 5). Der Anteil der Feuerbestattungen in Detmold ist dabei etwas höher (72,8 %) als in Mettmann (65,8 %).

Abbildung 5: Verteilung von Erd- und Feuerbestattungen nach Modellregionen



Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Ergeben sich im Rahmen einer zweiten Leichenschau Anhaltspunkte auf eine nichtnatürliche Todesart, so ist an dieser Stelle ebenso die zweite Leichenschau abzubrechen und ein Todesermittlungsverfahren einzuleiten. Nach Angaben der Kreispolizeibeamten in Detmold und Mettmann

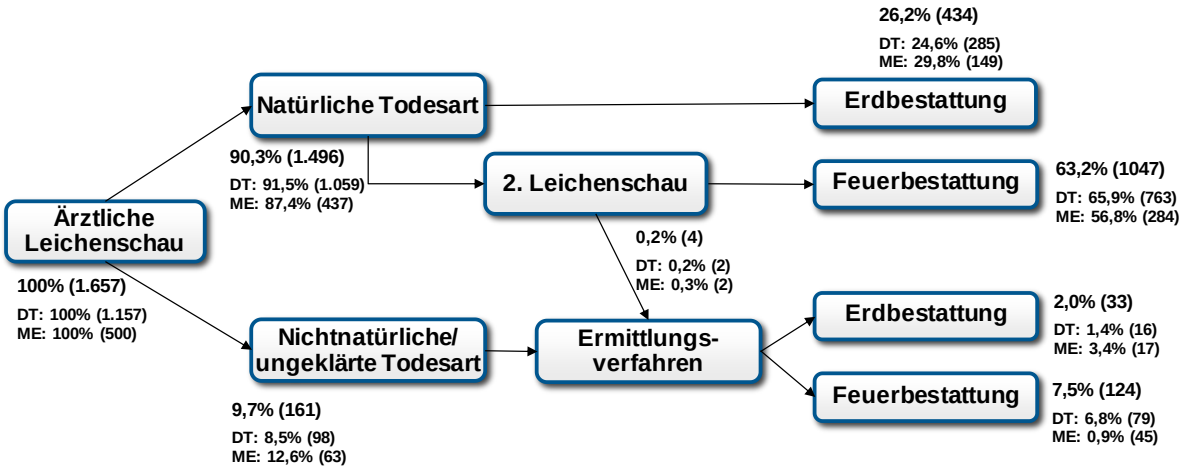
[25] Die standardisierte Klassifizierung der Todesart (in NRW „natürlich“, „nichtnatürlich“ oder „ungeklärt“) erfolgt ausschließlich im nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung (Blatt 1).
[26] Im Falle von Hinweisen auf eine Fremdeinwirkung erfolgt die Anordnung einer Obduktion durch die Rechtsmedizin im Vorfeld der Freigabe des Leichnams.

erfolgt dies jedoch sehr selten und macht lediglich 0,2 Prozent der Ermittlungsverfahren im Kreis Lippe und 2,9 Prozent der Ermittlungsverfahren im Kreis Mettmann aus.[27]

Erfolgt nach festgestellter natürlicher Todesart eine Erdbestattung, ist das Gesundheitsamt des Sterbe- bzw. Auffindungsorts verpflichtet zu prüfen, ob Anhaltspunkte für die Annahme eines Todes aus nichtnatürlicher Ursache bestehen. Werden Anhaltspunkte entdeckt, benachrichtigt das Gesundheitsamt die Kreispolizei zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens. Dies stellt insgesamt jedoch einen Ausnahmefall dar. Nach Schätzung der Gesundheitsämter in den Modellregionen erfolgt dies maximal einmal pro Jahr für Verstorbene des Kreises Lippe bzw. kein- bis einmal pro Jahr für Verstorbene der Stadt Mettmann.

Abbildung 6 stellt die zu unterscheidenden (Teil-)Verfahren rund um die Todesbescheinigung übersichtsartig unter Angabe der jeweiligen Häufigkeiten in den Modellregionen dar.[28]

Abbildung 6: Verfahren rund um die Leichenschau und Todesbescheinigung



Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich einerseits auf die Zahl der Todesbescheinigungen insgesamt (Gesamt) und andererseits auf die Zahl der Todesbescheinigungen in den jeweiligen Modellregion Detmold (DT) und Mettmann (ME). Die Summe der Bestattungsarten entspricht aufgrund fehlender Angaben nicht der Gesamtzahl der Todesbescheinigungen.

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Die Anzahl der zweiten Leichenschauen zur Ausstellung eines Leichenpasses und einer Überführung ins Ausland konnte nicht ermittelt werden. Die Anzahl ist nach Einschätzung sämtlicher Befragter in den Modellregionen sehr gering. In Großstädten mit einem höheren Anteil von Personen mit Migrationshintergrund– z. B. Wuppertal – sind Auslandsüberführungen häufiger.

Zentrale Fristen bzw. Zeitvorgaben der Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren rund um die Todesbescheinigung ergeben sich aus den Vorgaben des § 13 BestG NRW. So dürfen Erdbestattungen frühestens 24 Stunden sowie spätestens zehn Tage nach dem Tod vollzogen werden. Für

[27] In beiden Kreisen gibt es selbst keine Krematorien, weshalb die zweiten Leichenschauen nur in einem geringen Teil der Fälle im jeweiligen Kreisgebiet durchgeführt werden. Bei aufgrund einer zweiten Leichenschau eingeleiteten Ermittlungsverfahren gibt es keine verbindlich festgelegten Verfahrensregeln, ob Staatsanwaltschaft und Polizei des Sterbekreises oder des Kreises der zweiten Leichenschau zuständig sind.
[28] Die Häufigkeiten zur Einleitung eines Todesermittlungsverfahrens nach zweiter Leichenschau stellen Schätzungen dar.

Einäscherungen gilt ebenfalls eine Frist von zehn Tagen. Zudem muss die Asche innerhalb von sechs Wochen beigesetzt werden.[29]

Kulturspezifische Aspekte bei den Verfahren rund um die Todesbescheinigung

Die im Rahmen des Projektes befragten Bestatter berichten, kaum mit Sterbefällen von Personen mit anderem religiösen oder kulturellen Hintergrund in Berührung zu kommen. An islamischen Bestattungen oder Überführungen von Leichen in ein islamisches Land sind die befragten Bestatter in den Modellregionen nicht beteiligt. Hierfür werden entsprechend spezialisierte, überregional tätige und z. T. in anderen Bundesländern angesiedelte Bestattungsunternehmen beauftragt.

Sterbefälle von Personen mit anderem religiösen oder kulturellen Hintergrund werden auch seitens der Standesämter in den Modellregionen als selten angegeben. Geäußert wird die Vermutung, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund bereits vor Versterben in ihre Herkunftsländer zurückkehren bzw. die Bestattung in den Heimatländern erfolgt. Daten für andere Regionen bzw. für NRW gesamt sind nicht verfügbar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass in spezifischen Regionen, insbesondere Großstädten, die Anzahl und der Anteil Verstorbener z. B. mit muslimisch geprägtem Hintergrund höher liegt. Zudem könnte bedingt durch Zuwanderung die Anzahl entsprechender Sterbefälle in Zukunft steigen.

3.2.1 Teilprozess: Natürliche Todesart

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Bestatterinnen und Bestatter[30]

Wird von der leichenschauenden Ärztin oder vom leichenschauenden Arzt in der Todesbescheinigung ein natürlicher Tod angegeben, können Bestatter kontaktiert und der Transport des Verstorbenen vorgenommen werden. Die Benachrichtigung von Bestattern erfolgt relativ zeitnah nach dem Todesfall. Nach Aussage der befragten Bestatter erfolgt die Benachrichtigung in über 80 Prozent der Sterbefälle durch Angehörige, seltener durch Mitarbeitende in Krankenhäusern oder Pflegeheimen.

Beide Teile der Todesbescheinigung liegen nach der ärztlichen Leichenschau i. d. R. beim Verstorbenen und werden vom Bestatter zusammen mit dem Leichnam mitgenommen.[31] Der Erhalt der ausgefüllten Todesbescheinigung ist für Bestatter elementar, da ohne die Todesbescheinigung formal kein Transport des Leichnams erfolgen darf. Es kommt laut Aussage der Gesprächspartnerinnen und -partner nur in Einzelfällen vor, dass die Todesbescheinigung von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten zum Ausfüllen bzw. zur Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten mitgenommen wird. In diesen Fällen ist die Todesbescheinigung meist vom Bestatter in der Praxis oder zu Hause bei der leichenschauenden Ärztin bzw. dem leichenschauenden Arzt

[29] Die örtliche Ordnungsbehörde kann in Sonderfällen eine Abweichung von diesen Fristen genehmigen.
[30] siehe Prozessplan „Bestattungsunternehmen“ in Anhang D.
[31] Durchschlagsblatt 5 der Todesbescheinigung verbleibt bei der leichenschauenden Ärztin oder dem leichenschauenden Arzt.

abzuholen. Dieses Vorgehen wird von den Bestattern aufgrund des für sie zusätzlichen Zeitaufwands kritisch bewertet.

Die Bestatter führen i. d. R. eine formale Kontrolle der Angaben des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung durch. Insbesondere wird dabei auf die Vollständigkeit der personenstandsrechtlichen Angaben (Blatt 1, Ziffer 1 bis 8), der Angaben zur Feststellung des Todes/Todeszeitpunkt (Blatt 1, Ziffer 9 und 10) und der Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14) geachtet. Sind die Angaben in der Todesbescheinigung unvollständig bzw. fehlerhaft, geht der Bestatter auf die leichenschauende Ärztin oder den leichenschauenden Arzt zu und lässt die entsprechenden Angaben ergänzen. Nach Aussage der befragten Bestatter sind ca. fünf bis zehn Prozent der Formulare des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung unvollständig bzw. fehlerhaft. Häufige Mängel sind fehlende Angaben zum Zeitpunkt der Leichenauffindung, fehlende Datumsangaben, fehlende Unterschriften sowie fehlende Stempel. Die formale Vollständigkeitskontrolle wird von den Bestattern damit begründet, dass die Sterbeurkunde vom Standesamt nur ausstellt wird, wenn der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung vollständig und formal korrekt ausgefüllt vorgelegt werden kann.

Die Angaben zum Infektionsschutz und die Hinweise auf besondere Verhaltensmaßnahmen auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung sind nach Aussage der Bestatter für die eigene Arbeitssicherheit von besonderer Bedeutung (Blatt 1, Ziffer 15 und 16). Der Anteil der Todesbescheinigungen mit entsprechenden Hinweisen wird jedoch als zu niedrig empfunden und somit im Hinblick auf die Arbeitssicherheit der Mitarbeitenden der Bestattungsunternehmen als Risiko bewertet.

i

Warnhinweise auf den analysierten Todesbescheinigungen

Die quantitative Auswertung der Todesbescheinigungen bestätigt die Aussage der Bestatter, dass leichenschauende Ärztinnen und Ärzte auf der Todesbescheinigung insgesamt selten angeben, dass Hinweise auf übertragbare Krankheiten vorliegen und selten besondere zu beachtende Verhaltensmaßnahmen im Umgang mit dem Leichnam notieren (*siehe Kapitel 2.1.1*).

Die Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt wird i. d. R. vom Bestatter vorgenommen. Zeitlich erfolgt die Beantragung meist am nächsten bzw. übernächsten Werktag nach Todeseintritt. Zum nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung sind zudem personenbezogene Urkunden (z. B. Heirats- und Geburtsurkunde) beim Standesamt einzureichen. Nach Einschätzung der befragten Bestatter liegen in etwa 30 Prozent der Sterbefälle nicht alle benötigten personenstandsrechtlichen Dokumente der Verstorbenen vor und müssen zunächst neu beantragt werden.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Standesamt[32]

Aus der Sterbefallanzeige geht hervor, wer den Sterbefall angezeigt hat, wodurch eine verantwortliche Person für Nachfragen identifizierbar ist. Die Anzeige eines Sterbefalls beim Standesamt erfolgt entweder mündlich oder schriftlich durch Bestatter, durch Krankenhäuser und Pflegeheime oder durch die Hinterbliebenen. Mündliche Sterbefallanzeigen erfolgen meist bei häuslichen

[32] Siehe Prozessplan „Standesamt“ in Anhang D.

Sterbefällen. Bei Sterbefällen in Einrichtungen hat sich in beiden Modellstädten das Verfahren etabliert, dass Krankenhäuser und Pflegeheime das Standesamt schriftlich über Sterbefälle informieren, dafür wird z. B. eine Kopie des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung oder eine formlose Information an das Standesamt gefaxt. Hierdurch ergibt sich für das Standesamt der Vorteil, dass eine Prüfung der Angaben bereits vor der Beantragung der Sterbeurkunde erfolgen kann. Fehlende Angaben können vorab eingeholt oder die übermittelnde Einrichtung bei Auffälligkeiten direkt kontaktiert werden.

Für die anschließende Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt sind neben der Sterbefallanzeige der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung sowie Dokumente zu den Personenstandsdaten beim Standesamt einzureichen.

Das Standesamt nimmt eine Prüfung der Angaben auf den genannten Dokumenten vor. Häufige formale Mängel des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung betreffen nach Aussage der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Standesämter fehlende Angaben zum Sterbezeitpunkt, eine mangelhafte Lesbarkeit, nicht eindeutige oder gesondert bestätigte Korrekturen der Angaben sowie fehlende Angaben zum Namen der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte. Wird auf der Todesbescheinigung kein Sterbezeitpunkt angegeben, sondern nur die Leichenfindung vermerkt, muss für die Ausstellung der Sterbeurkunde in Erfahrung gebracht werden, wann die Person zuletzt lebend gesehen wurde. Rückfragen zu den genannten Punkten werden entweder direkt vom Standesamt an die entsprechenden Akteure gestellt oder der Bestatter kümmert sich um die Vervollständigung der Angaben. Das Standesamt ergänzt bzw. korrigiert bei Bedarf die Angaben auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung.

Ist der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung vollständig und formal korrekt ausgefüllt, wird die Sterbefall-Nummer ermittelt und auf beiden Teilen der der Todesbescheinigung aufgetragen. Der Umschlag des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung enthält eine entsprechende Aussparung, durch die die Sterbefall-Nummer auf den vertraulichen Teil übertragen werden kann. Da die Vorlage des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung für die Ausstellung der Sterbeurkunde beim Standesamt nicht erforderlich ist, kann das Standesamt in diesem Fall die Sterbefallnummer nicht auf dem vertraulichen Teil, sondern nur auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung vermerken. Die Auftragung erfolgt dann später beim Gesundheitsamt.

Das Standesamt stellt anschließend die Sterbeurkunde aus und händigt diese dem Antragsteller aus. Können maßgebliche persönliche Dokumente nicht (zeitnah) für die Ausstellung der Sterbeurkunde vorgelegt werden, kann die Beurkundung zurückgestellt werden. Dies hat jedoch i. d. R. keine Auswirkungen auf den weiteren Prozess der Bestattung, da durch die ersatzweise Ausstellung einer Bestattungsgenehmigung durch das Standesamt die Bestattung bzw. die Ausstellung eines Leichenpasses für die Auslandsüberführung ermöglicht wird. Aussagegemäß wird eine Bestattungsgenehmigung in ca. 5 Prozent der Sterbefälle ausgestellt.[33]

Das Verfahren endet für das Standesamt mit der Weiterleitung erfasster Dokumente und Daten. Dies umfasst die Weiterleitung der vorliegenden Teile der Todesbescheinigung an die zuständige Gesundheitsbehörde. Hierbei ist die Bestattungsart maßgeblich dafür, ob zunächst nur der nichtvertrauliche Teil oder beide Teile gleichzeitig übermittelt werden können, dies wird in den nachfolgenden Kapiteln genauer ausgeführt. Zudem müssen die Standesämter die Sterbefalldaten, die mit der Erstellung der Sterbefallanzeige vorliegen, einmal im Monat elektronisch an das Bayerische Landesamt für Statistik übermitteln. Enthalten sind dabei Daten zum Personenstand sowie

[33] Die Sterbeurkunde ist beispielsweise für die Beantragung der Witwenrente oder den Zugriff auf das Bankkonto der verstorbenen Person notwendig.

zu Sterbeort, Sterbezeit und Sterbebuchnummer. Nach dem Versand der Todesbescheinigung an das Gesundheitsamt und der Datenübermittlung an das Bayerische Landesamt für Statistik ist das Verfahren für das Standesamt abgeschlossen.

1. Erdbestattung

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Standesamt[34]

Im Falle einer Erdbestattung werden sowohl der nichtvertrauliche Teil als auch der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung beim Standesamt eingereicht. Das Standesamt führt, wie oben beschrieben, eine Qualitätskontrolle der personenstandsrechtlichen Angaben der eingereichten Dokumente (z. B. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde) sowie des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung durch. Anschließend erfolgt die Auftragung der Sterbebuchnummer auf beide Teile der Todesbescheinigung sowie die Ausstellung der Sterbeurkunde bzw. der Bestattungsgenehmigung. Anschließend werden beide Teile der Todesbescheinigung vom Standesamt an das Gesundheitsamt weitergeleitet.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Gesundheitsamt am Sterbe- bzw. Auffindungsort[35]

Der Eingang der Todesbescheinigungen wird durch die Gesundheitsämter in beiden Modellregionen über den Posteingangsstempel in einer Übersicht erfasst, um den vollständigen Erhalt der Todesbescheinigungen prüfen zu können.

Entsprechend den Regelungen des Runderlasses des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie „Todesbescheinigung“ vom 25. Juli 2003 prüfen die Gesundheitsämter zum einen, ob Anhaltspunkte für die Annahme eines Todes aus nichtnatürlicher Ursache bestehen. Zum anderen überprüfen sie die Lesbarkeit der Diagnose und stellen sie erforderlichenfalls her. Zur Prüfung auf Anhaltspunkte eines nichtnatürlichen Todes werden die medizinischen Angaben des vertraulichen Teils auf Unstimmigkeiten geprüft. Dies umfasst jedoch nach Aussage der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter keine fachliche, medizinische Prüfung der Ursachenkaskade, sondern es wird ausschließlich geschaut, ob die Formulare Hinweise auf einen nichtnatürlichen Tod enthalten. In der praktischen Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter ist davon die Überprüfung der Lesbarkeit der Diagnose nur schwer abzugrenzen. Insbesondere da die Formulierung im RdErl. TB nicht eindeutig bestimmt, welcher konkrete gesetzliche Auftrag für die Gesundheitsämter damit einhergeht. Nach Ansicht der Gesundheitsämter umfasst jedoch auch dieser Auftrag keine fachliche, medizinische Prüfung der Ursachenkaskade.

In beiden Modellregionen erfolgt schätzungsweise einmal pro Monat eine direkte Rückfrage bei der leichenschauenden Ärztin bzw. dem leichenschauenden Arzt, um die Lesbarkeit der medizinischen Angaben herzustellen. Als größte Fehlerquelle hierbei wurde die Dokumentation des Todes/Sterbezeitpunktes und des Zeitpunktes der Ausstellung der Todesbescheinigung genannt. Zudem wird bei erheblicher Unvollständigkeit der medizinischen Angaben zur Todesursachenkaskade Rücksprache mit den ausstellenden Ärztinnen und Ärzten gehalten, um diese Angaben zu ergänzen. Allerdings ist in den Gesundheitsämtern diesbezüglich kein standardisiertes Prüf- und Nachfrageverfahren etabliert. Zudem wird nach Einschätzung der Gesprächspartnerinnen und -partner vor dem Hintergrund eingeschränkter Personalkapazitäten und eines fehlenden

[34] Siehe Prozessplan „Standesamt“ in Anhang D.
[35] Siehe Prozessplan „Gesundheitsamt“ in Anhang D.

konkreten Prüfauftrags lediglich den gravierendsten Fällen nachgegangen. Die entsprechenden Ergänzungen können aussagegemäß innerhalb eines Tages per Fax oder Telefon nacherfasst werden.

- Im Gesundheitsamt Detmold erfolgt die Rücksprache direkt durch die Verwaltungsfachangestellten. Aufgenommene Ergänzungen werden der Todesbescheinigung als entsprechende Notiz beigefügt.
- Im Gesundheitsamt Mettmann werden Rückfragen intern zuerst zwischen der Sachbearbeitung und der Amtsärztin bzw. dem Amtsarzt bilateral besprochen. In Fällen, in denen keine Klärung vorgenommen werden kann, erfolgt die Rücksprache mit der leichenschauenden Ärztin bzw. dem leichenschauenden Arzt durch die Amtsärztin bzw. den Amtsarzt. Für die Weiterleitung der ergänzten Informationen an die Sachbearbeitung besteht jedoch kein geregeltes Verfahren, so dass diese der Todesbescheinigung bisher nicht bspw. als Notiz beigefügt wurden.

Ergeben sich trotz Rückfragen bei leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten weiterhin Unstimmigkeiten bzw. Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod, erfolgt die Benachrichtigung der Kreispolizei und die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens. Die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens durch die Gesundheitsämter stellt jedoch eher eine Ausnahme dar und erfolgt aussagegemäß durch das Gesundheitsamt Lippe ca. einmal pro Jahr für Verstorbene im gesamten Kreis und durch das Gesundheitsamt Mettmann kein oder maximal einmal pro Jahr für Verstorbene in der Stadt Mettmann.

i

Stichprobenuntersuchung natürlich klassifizierter Todesfälle mit Erdbestattung

Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse der erfolgten Stichprobenanalyse durch Herrn Prof. Dr. Klintschar zu betrachten. In dieser erfolgte auch eine Prüfung der als natürlich klassifizierten Todesfälle mit Erdbestattung anhand der dokumentierten Todesursachen und der Epikrise. Im Ergebnis hätten 1,3 Prozent (n = 4) dieser Todesfälle als nichtnatürlich und 2,7 Prozent (n = 8) als ungeklärt klassifiziert werden müssen. Aus gutachterlicher Sicht kann nicht eindeutig darauf geschlossen werden, dass in diesen Fällen die Polizei hätte benachrichtigt und ein Ermittlungsverfahren eingeleitet werden müssen. Allerdings legt das Stichprobenergebnis nahe, dass keine lückenlose und vollkommen verlässliche Prüfung erfolgt.

Nach abgeschlossener Prüfung durch das Gesundheitsamt werden die Blätter 1 und 2 der Todesbescheinigung sowie etwaige Zusatzinformationen als Anhang beim Gesundheitsamt archiviert und für 10 Jahre aufbewahrt. Blatt 4 der Todesbescheinigung wird vom Gesundheitsamt abschließend einmal pro Monat sortiert nach Orten und Sterbefallnummern sowie etwaigen Zusatzinformationen postalisch an IT.NRW übermittelt. Die Warnhinweise zum Infektionsschutz (Blatt 1, Ziffer 15) werden nach Aussage der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seitens der Gesundheitsämter im Bearbeitungsverfahren nicht gesondert vermerkt. Diesbezügliche Statistiken und Maßnahmen werden durch den zuständigen Gesundheitsschutz gemäß §§ 6 ff IfSG erstellt.

2. Feuerbestattung

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Standesamt[36]

Entgegen dem Verfahren bei einer Erdbestattung, verbleibt der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung in beiden Modellstädten bei einer Feuerbestattung i. d. R. beim Bestatter. Das Standesamt führt, wie oben beschrieben, eine Qualitätskontrolle der personenstandsrechtlichen Angaben der eingereichten Dokumente (z. B. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde) sowie des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung durch. Anschließend erfolgen die Auftragung der Sterbebuchnummer auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung sowie die Ausstellung der Sterbeurkunde bzw. der Bestattungsbescheinigung. Die Auftragung der Sterbebuchnummer auf dem vertraulichen Teil wird erst von der unteren Gesundheitsbehörde vorgenommen. Der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird vom Standesamt an die untere Gesundheitsbehörde weitergeleitet.

Dieses Vorgehen erfolgt in beiden Modellregionen, jedoch aussagegemäß nicht in allen anderen kreisangehörigen Städten. Das Vorgehen in den beiden Modellregionen wird von den betroffenen Bestattern und Standesämtern als praktikabel angesehen, steht allerdings in Widerspruch zu § 2.1 Runderlass Todesbescheinigung[37] gemäß dem beide Teile der Todesbescheinigung unverzüglich der für den Sterbeort bzw. Auffindeort der Leiche zuständigen unteren Gesundheitsbehörde übermittelt werden sollen. Ursächlicher Hintergrund dieses abgeänderten Verfahrens ist, dass die 2. Leichenschau häufig örtlich bei den Krematorien durchgeführt wird, die Krematorien aber ein überregionales Einzugsgebiet aufweisen und daher der Sterbe- und Kremationsort in den Modellregionen nicht im gleichen Kreis liegt.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Bestatterinnen und Bestatter[38]

In beiden Modellregionen wird der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung vom Bestatter mit dem Leichnam zum Kremationsort gebracht, wo er zur zweiten Leichenschau übergeben wird.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Zweite Leichenschau

Die zweite Leichenschau am Einäscherungsort wird durch Amtsärztinnen und -ärzte der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde bzw. von der Behörde beauftragte Ärztinnen und Ärzte in speziellen Räumlichkeiten des Krematoriums durchgeführt. Neben dem vertraulichen Teil der Todesbescheinigung erhalten die Amtsärztinnen und -ärzte im Vorfeld der zweiten Leichenschau i. d. R. keine weiteren Dokumente. Die Identifikation der Verstorbenen erfolgt über die Todesbescheinigung. Zentrale Aufgabe der zweiten Leichenschau ist die Prüfung auf Anhaltspunkte eines nichtnatürlichen Todes. Hierbei wird zunächst die Todesbescheinigung gesichtet. Anschließend wird der entkleidete Leichnam auf Auffälligkeiten begutachtet und mit den in der Todesbescheinigung dokumentierten Angaben verglichen. Die Untersuchung erfolgt standardmäßig und unabhängig von auf der Todesbescheinigung vermerkten Warnhinweisen unter Einsatz besonderer Schutzvorkehrungen. Der Anteil an Todesbescheinigungen mit Warnhinweisen auf entsprechende Erkrankungen oder Krankheitserreger wird als eher zu niedrig und nicht als durchgängig verlässlich eingeschätzt.

[36] Siehe Prozessplan „Standesamt“ in Anhang D.
[37] Runderlass „Todesbescheinigung“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie vom 25. Juli 2003.
[38] Siehe Prozessplan „Bestattungsunternehmen“ in Anhang D.

Die Qualität der vermerkten medizinischen Angaben wird insgesamt als mangelhaft bewertet. Als zentrale Qualitätsdefizite wurden genannt: Fehlende Klassifizierungen von Erkrankungen, insbesondere Karzinomen, nicht vollständig ausgefüllte Todesursachenkaskade, Eintragungen zu medizinischen Angaben an der falschen Stelle, oder unleserliche Eintragungen, auch aufgrund von Abkürzungen.

Da die Todesursachenermittlung jedoch nicht als zentrale Aufgabe im Vordergrund steht, erfolgt eine Rücksprache mit den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten i. d. R. lediglich in Fällen, in denen Anzeichen äußerer Einwirkungen ohne Erwähnung in der Todesbescheinigung als widersprüchliche Befunde zwischen den medizinischen Angaben und dem Erscheinungsbild des Leichnams festgestellt werden (OP-Narbe, Platzwunde am Kopf, etc.). Darüber hinaus werden zentrale Angaben, wie z. B. Uhrzeiten nacherfasst. In den Fällen, in denen bei den medizinischen Angaben zwar wenig eingetragen ist, die medizinischen Angaben jedoch mit Blick auf den Verstorbenen stimmig sind, erfolgt keine Rücksprache. Den aufgenommenen Schätzungen zufolge liegen die Rücksprachen bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten mindestens im höheren einstelligen Prozentbereich. Die Kontaktaufnahme mit den die Todesbescheinigung ausstellenden Ärztinnen und Ärzten erfolgt entweder direkt durch das Krematorium oder das zuständige Gesundheitsamt. Für die erfolgreiche telefonische Rücksprache wird i. d. R. bis zu einem Tag benötigt. Können die Unklarheiten oder Widersprüche von den leichenschauenden Ärztinnen oder Ärzten nicht erklärt bzw. ausgeräumt werden, erfolgt die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens. Nach Schätzung für die Kremationsleichenschau verantwortlicher Ärztinnen und Ärzte liegt die Häufigkeit der Einleitung von Ermittlungsverfahren aufgrund der 2. Leichenschau bei weniger als 0,5 Prozent der Fälle.

Nach Abschluss der zweiten Leichenschau wird die Bescheinigung der unteren Gesundheitsbehörde über die ärztliche Leichenschau an das Krematorium und der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung an das zuständige Gesundheitsamt am Sterbe- bzw. Auffindungsort geleitet. Die von den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der zweiten Leichenschau ergänzend aufgenommenen medizinischen Angaben werden zwar notiert, jedoch hat sich in den Gesprächen herausgestellt, dass diese zusätzlichen Angaben nicht mit dem vertraulichen Teil weitergeleitet werden. Somit findet kein institutionalisierter Informationsaustausch statt.[39]

i

Stichprobenuntersuchung natürlich klassifizierter Todesfälle mit Feuerbestattung

Die durchgeführte Stichprobenanalyse durch Herrn Prof. Dr. Klintschar ergab, dass 1,0 Prozent (n = 3) der als natürlich klassifizierten Todesfälle mit Feuerbestattung als nichtnatürlich und 2,7 Prozent (n = 8) als ungeklärt hätten klassifiziert werden müssen. Da keine Informationsweiterleitung an die unteren Gesundheitsbehörden am Sterbe- bzw. Auffindungsort erfolgt, ist nicht nachvollziehbar, ob in diesen Fällen Rückfragen (z. B. im Rahmen der 2. Leichenschau) an die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte gestellt wurden. Die Möglichkeit einer zu geringen Anzahl von eingeleiteten Ermittlungsverfahren kann nicht ausgeschlossen werden.

[39] Den Aussagen zufolge werden die im Rahmen einer zweiten Leichenschau ergänzend aufgenommenen medizinischen Angaben jedoch intern weitergeleitet, sollte die zweiten Leichenschau von der unteren Gesundheitsbehörde am Sterbe- bzw. Auffindungsort durchgeführt werden.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Gesundheitsamt am Sterbe- bzw. Auffindungsort[40]

Da in den Modellregionen Stadt Detmold und Stadt Mettmann der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung im Falle einer Feuerbestattung bis zur zweiten Leichenschau beim Bestatter verbleibt, treffen in diesen Fällen der vertrauliche und der nichtvertrauliche Teil zeitversetzt in den Gesundheitsämtern der Modellregionen ein. Dies kann aussagegemäß bis zu mehreren Wochen dauern. Wird der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung nicht zeitnah nach Übermittlung des nichtvertraulichen Teils an das Gesundheitsamt übergeben, werden durch die Gesundheitsämter Nachrecherchen durchgeführt.

- Das Gesundheitsamt Lippe kontaktiert die Standesämter, um über diese den Bestatter und über diesen wiederum das beauftragte Krematorium zu erfahren.
- Das Gesundheitsamt Mettmann erhält vom Standesamt Mettmann je Todesbescheinigung bereits ein separates Dokument, das den zuständigen Bestatter sowie das zuständige Krematorium benennt. Das Dokument ist eine Word-Vorlage mit den regionalen Bestattern und Krematorien, die vom Standesamt dann entsprechend angekreuzt werden.

Nach der Prüfung der Todesbescheinigung – entsprechend dem Verfahren bei einer Erdbestattung – werden im Anschluss die Blätter 1 und 2 der Todesbescheinigung sowie etwaige Zusatzinformationen als Anhang beim Gesundheitsamt archiviert. Eine Prüfung auf Anhaltspunkte eines nichtnatürlichen Todes kann jedoch nur beschränkte Erkenntnisse hervorbringen, wenn der Leichnam bereits verbrannt ist und zwischen dem Versterben bzw. zweiter Leichenschau und dem Eintreffen des nichtvertraulichen Teils in den Gesundheitsämtern mehrere Wochen liegen.

Blatt 4 wird an IT.NRW am 10. des Folgemonats sortiert nach Orten und Sterbefallnummern sowie etwaigen Zusatzinformationen übermittelt. Liegt der vertrauliche Teil einer Todesbescheinigung noch nicht beim Gesundheitsamt vor, werden diese Fälle zeitversetzt an IT.NRW nachgereicht.

Rückfragen zu einzelnen Todesbescheinigungen liegen im mittleren einstelligen Prozentbereich. Gestellt werden diese i. d. R. von (Lebens-)Versicherungen, Berufsgenossenschaften oder teilweise auch Kliniken. Im Falle nichtnatürlicher bzw. ungeklärter Todesarten erfolgt zudem die Weitergabe des Aktenzeichens des Ermittlungsverfahrens.

3.2.2 Teilprozess: Nichtnatürliche bzw. ungeklärte Todesart

Bei ungeklärter Todesart oder nichtnatürlichen Todesfällen, d. h. bei Vorliegen von Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder Einwirkung Dritter, ist die Leichenschau gemäß § 9 Abs. 5 BestG NRW sowie gemäß § 159 StPO nach der sicheren Feststellung des Todes umgehend abzubrechen und die Polizei unverzüglich zu unterrichten. Die Kreispolizei muss auch gemäß § 9 Abs. 6 BestG NRW unverzüglich nach Beendigung der Leichenschau unterrichtet werden, wenn die Identität der Leiche nicht geklärt werden kann.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Kreispolizei & Staatsanwaltschaft[41]

Erfolgt die Benachrichtigung der Polizei im Falle eines ungeklärten bzw. nichtnatürlichen Todes wird nach dem Sterbeort-Prinzip vorgegangen, d. h. die Ermittlungen werden von der Kreispolizei

[40] Siehe Prozessplan „Gesundheitsamt“ im Anhang D.
[41] Siehe Prozessplan „Kreispolizei“ in Anhang D.

des Sterbeortes übernommen, dies ist in der Region allgemein üblich, jedoch nicht gesetzlich bzw. durch Vorschrift geregelt. In aller Regel erfolgt die Verständigung der Kreispolizei über die Leitstelle (110), teilweise wird die Benachrichtigung auch über die Feuerwehr an die Kreispolizei durchgestellt.

- In Detmold werden die Todesermittlungsverfahren vom Kriminalkommissariat (KK1) durchgeführt. Im Kreis Lippe wurde im Jahr 2015 bei 4.427 Todesfällen in 373 Fällen ein Ermittlungsverfahren eingeleitet (8,4 %). Dabei handelte es sich nur in sieben Fällen um Ermittlungsverfahren nach der zweiten Leichenschau (0,2 % der Ermittlungsverfahren).[42]
- In Mettmann existiert eine 24-Stunden-Kriminalwache, die bei ungeklärten oder nichtnatürlichen Todesfällen zunächst eingeschaltet wird. Besteht der Verdacht eines Tötungsdeliktes, wird das auf die Aufklärung entsprechender Fälle spezialisierte KK11 Düsseldorf informiert, das die weiteren Untersuchungen federführend übernimmt. Im Jahr 2015 wurden bei 6.104 Todesfällen im Kreis Mettmann 736 Ermittlungsverfahren geführt. Die Untersuchungen wurden dabei in 44 Fällen vom Kriminalkommissariat und in 688 Fällen von der Kriminalwache übernommen. In 21 Fällen wurden die Ermittlungen nach der zweiten Leichenschau aufgenommen (2,9 % der Ermittlungsverfahren). Ein Verdacht auf eine Tötung besteht etwa bei sechs bis zehn Delikten pro Jahr, wobei diese Fälle maßgeblich vom KK11 Düsseldorf bearbeitet werden.

Die Kreispolizei leitet das Todesermittlungsverfahren ein, das i. d. R. zwei bis drei Tage dauert. Im Zuge der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens erfolgt die Beschlagnahmung des Leichnams. Im Fokus des Ermittlungsverfahrens steht die Frage, ob Fremdeinwirkung ausgeschlossen werden kann. Die Kreispolizei setzt die Staatsanwaltschaft über das Ermittlungsverfahren in Kenntnis und erhält von dieser ein automatisch generiertes Aktenzeichen.[43] Das Inkenntnissetzen der Staatsanwaltschaft sowie die Generierung des Aktenzeichens können zu Beginn der Ermittlungen erfolgen, jedoch auch im Verlauf oder zum Abschluss der Ermittlungen. Im Rahmen von Umfeldermittlungen wird der objektive Befund (z. B. Lage der verstorbenen Person, Situation am Auffindeort) sowie der subjektive Befund (z. B. Befragung von Zeugen, der Hausärztin bzw. des Hausarztes, beim entsprechenden Finanzinstitut) durch die Polizei erhoben. Durch Nachfragen bei der Hausärztin oder dem Hausarzt, bei der vorbehandelnden Ärztin oder dem vorbehandelnden Arzt sowie bei Angehörigen können Hinweise zum medizinischen Hintergrund der verstorbenen Person unter dem Blickwinkel ermittlungsrelevanter Hinweise auf Fremdeinwirkung erfasst werden. In der Regel wird zudem eine polizeiliche Leichenschau durchgeführt. Diese wird am Gewahrsamsort (z. B. in einer Leichenhalle) an der entkleideten Leiche vorgenommen, teilweise wird die Leiche beim Bestatter gelagert. Die polizeiliche Leichenschau dient der Identifikation ermittlungsrelevanter Hinweise auf Fremdeinwirkung (z. B. Einstichloch).[44] Es erfolgt dabei keine medizinisch-fachliche Klärung zur Todesursache.

Eine Abweichung vom beschriebenen Vorgehen ergibt sich vereinzelt bei Todesfällen im Krankenhaus. Aussagegemäß wird das Ermittlungsverfahren in diesen Fällen teilweise telefonisch durchgeführt (z. B. Gespräch mit Oberärztin bzw. -arzt). Angaben aus dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung werden telefonisch an die Polizei weitergegeben. In diesen Fällen wird keine polizeiliche Leichenschau durchgeführt. Die Todesbescheinigung wird für den Bestatter an der Krankenhauspforte zur Abholung hinterlegt.

[42] In beiden Modellstädten erfolgt eine statistische Erfassung der Todesermittlungsverfahren auf Kreisebene.
[43] Im Kreis Mettmann ist die Staatsanwaltschaft Düsseldorf vorrangig für das südliche und die Staatsanwaltschaft Wuppertal für das nördliche Kreisgebiet zuständig.
[44] Es erfolgt keine polizeiliche Leichenschau bei Ermittlungsverfahren aufgrund der zweiten Leichenschau.

Auf Basis der Ermittlungsergebnisse und des durch die Kreispolizei verfassten Ermittlungsberichtes, erfolgt die Klärung der Sach- und Rechtslage zwischen Staatsanwaltschaft und Kreispolizei. Eine Übermittlung der Todesbescheinigung an die Staatsanwaltschaft erfolgt nicht. Liegen keine Hinweise auf Fremdeinwirkung vor, erfolgt die Erstellung eines Freigabebescheids für die Leiche durch die Staatsanwaltschaft sowie die Erstellung der Sterbefallanzeige durch die Kreispolizei, die vom Standesamt benötigt wird.

Ergeben sich Hinweise auf Fremdeinwirkung, wird durch die Staatsanwaltschaft ein Strafverfahren eingeleitet und eine gerichtliche Obduktion gemäß § 87 StPO beantragt.[45] Diese wird i. d. R. innerhalb von zwei bis drei Tagen durch die zuständige Rechtsmedizin durchgeführt.[46] Der Obduktion wohnt eine ermittelnde Beamtin bzw. ein ermittelnder Beamter der Kreispolizei als Anerkennungszeugin bzw. -zeuge bei, informiert die Rechtsmedizin über den bisherigen Stand der Ermittlungen und verfasst im Anschluss einen Kurzbericht zur Obduktion, der an die Staatsanwaltschaft übermittelt wird. Dieser Bericht liegt der Staatsanwaltschaft i. d. R. vor dem Obduktionsbericht der Rechtsmedizin vor. Teilweise ist auch die Staatsanwaltschaft bei der Obduktion anwesend. Im Anschluss an die Obduktion erfolgt die Freigabe des Leichnams und die Erstellung eines Freigabebescheids durch die Staatsanwaltschaft sowie die Erstellung der Sterbefallanzeige durch die Kreispolizei.[47]

Die Todesbescheinigung verbleibt bis zum Abschluss des Ermittlungsverfahrens bzw. bis zur Freigabe der Leiche bei der Kreispolizei und wird dann mit dem Leichnam an den Bestatter übergeben. Es ist kein separates Formblatt der Todesbescheinigung für die Kreispolizei vorgesehen. Eine etwaige Vervollständigung der medizinisch-fachlichen Angaben im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung im Rahmen bzw. zum Abschluss der Ermittlungen erfolgt nicht. Grundsätzlich sind die medizinischen Angaben der Todesbescheinigung der Polizei zwar zumeist bekannt, werden aber aussagegemäß als wenig hilfreich für die Ermittlungen eingeschätzt. Auch die Todesbescheinigung an sich wird nicht als relevant für die Ermittlungsarbeit der Polizei eingeschätzt, lediglich der Zeitpunkt des Todes wird für die formale Ermittlungsdokumentation benötigt. Zum Abschluss der Ermittlungen ist die Kreispolizei zur Weitergabe von Daten an die untere Gesundheitsbehörde verpflichtet. Hierzu haben sich in den Modellstädten unterschiedliche Verfahren entwickelt, die unten im Abschnitt *Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Gesundheitsamt am Sterbe- bzw. Auffindungsort* beschrieben werden. Die Ermittlungsakte wird an die Staatsanwaltschaft - die aktenführende Behörde - übermittelt.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Bestatterinnen und Bestatter[48]

Nach Freigabe des Leichnams werden das Freigabedokument, die Todesbescheinigung und die Sterbefallanzeige mit dem Leichnam zum Transport an den Bestatter übergeben. Teilweise wird der Leichnam, wie oben beschrieben, bereits beim Bestatter verwahrt. Um die Sterbeurkunde beim Standesamt beantragen zu können, sind, entsprechend dem Verfahren von natürlichen Todesarten, neben der Todesbescheinigung auch personenbezogene Urkunden (z. B. Heirats- und Geburtsurkunden) einzureichen.

[45] In Detmold gab es 16 Verdachtsfälle auf Fremdeinwirkung im Jahr 2015, in diesen Fällen wurde jeweils eine Obduktion durchgeführt. Für Mettmann liegen hier keine Angaben vor.
[46] Obduktionen von Verstorbenen im Kreis Mettmann werden grundsätzlich in den Räumlichkeiten des rechtsmedizinischen Institutes in Düsseldorf durchgeführt. In Detmold werden die Obduktionen nicht zentral an einem Ort durgeführt, sondern bspw. in den Räumlichkeiten eines Bestatters in Bielefeld.
[47] Unabhängig von der Freigabe einer Leiche können die Strafermittlungen noch Monate bzw. Jahre dauern.
[48] Siehe Prozessplan „Bestattungsunternehmen“ in Anhang D.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Standesamt[49]

Vor Ausstellung der Sterbeurkunde erfolgt – entsprechend dem Verfahren von natürlichen Todesarten – eine formale Qualitätskontrolle der personenstandsrechtlichen Angaben der eingereichten Dokumente (z. B. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde) sowie des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung durch das Standesamt. Stellt sich dabei heraus, dass einzelne Angaben fehlen oder formal nicht korrekt ausgefüllt sind (z. B. Fehlen des Sterbezeitpunkts) sind die entsprechenden Informationen nachzureichen. Dies erfolgt i. d. R. entweder durch direkte Rücksprache mit der Kreispolizei oder durch Einholen der Informationen durch den Bestatter. Mitarbeitende der Standesämter prüfen zudem, ob bei als ungeklärt oder nichtnatürlich klassifizierter Todesart eine Kopie der Freigabebescheinigung der Staatsanwaltschaft vorliegt. Fehlt diese, wird eine Aufklärung durch das Standesamt erwirkt. Ohne Vorliegen der staatsanwaltschaftlichen Freigabe stellt das Standesamt keine Sterbeurkunde oder Bestattungsgenehmigung aus, ohne die weder Erd- und Feuerbestattungen noch Überführungen ins Ausland möglich sind. Das Aktenzeichen des Ermittlungsverfahrens wird vom Standesamt auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung vermerkt.

Nach Eintragung der Sterbefallnummer auf beiden Teilen der Todesbescheinigung erfolgt die Weiterleitung an das zuständige Gesundheitsamt. Da nach einem Ermittlungsverfahren und einer Freigabe durch die Staatsanwaltschaft keine zweite Leichenschau durchzuführen ist, erfolgt im Falle einer Feuerbestattung die gemeinsame Weiterleitung beider Teile der Todesbescheinigung an die zuständige untere Gesundheitsbehörde.

Verwaltungs- und Bearbeitungsverfahren: Gesundheitsamt am Sterbe- bzw. Auffindungsort[50]

Eine Prüfung auf Anhaltspunkte eines nichtnatürlichen Todes sowie der Lesbarkeit der Diagnosen wird durch die Gesundheitsämter nach Abschluss eines Todesermittlungsverfahrens und der Freigabe durch die Staatsanwaltschaft nicht mehr durchgeführt.

Zum Informationstransfer der Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens der Kreispolizei hat sich in jeder Modellkommune ein voreinander unterschiedliches Verfahren etabliert:

- In Mettmann besteht zwischen Gesundheitsamt und Kreispolizei die Verabredung, dass die Kreispolizei die Ermittlungsakten an das Gesundheitsamt übermittelt. Dies erfolgt zweimal pro Monat per Hauspost. Das Gesundheitsamt überträgt dann relevante zusätzliche Informationen – z. B. zu Todesart, Todesursache – auf ein separates Dokument. Dieses wird der Todesbescheinigung angefügt und mit dieser archiviert. Die Ermittlungsunterlagen werden im Nachgang an die Kreispolizei zurückgesendet. Der Informationsaustausch wird seitens des Gesundheitsamts zwar als hilfreich bewertet, da in schätzungsweise ca. 80 Prozent aller Fälle zusätzliche Informationen aufgenommen werden können. Allerdings wird das Verfahren auch als eher aufwändig für das Gesundheitsamt bewertet.
- Einmal pro Monat sendet das Gesundheitsamt Lippe eine gesammelte Liste zu den Todesfällen mit Ermittlungsverfahren an die Kreispolizei. Dies sind monatlich ca. 20 bis 30 Fälle für den gesamten Kreis Lippe. In die Excel-Liste sind seitens des Gesundheitsamtes bereits die bekannten medizinischen Angaben zur Todesursachenkaskade eingetragen. Die Kreispolizei ergänzt daraufhin in einem gesonderten Feld etwaig vorliegende weitere medizinische Angaben innerhalb von zwei bis drei Tagen. Der Informationsaustausch wird von beiden Seiten als

[49] Siehe Prozessplan „Standesamt“ in Anhang D.
[50] Siehe Prozessplan „Gesundheitsamt“ in Anhang D.

eher aufwändig und nicht besonders hilfreich bewertet, da die Kreispolizei mehrheitlich keine weiterführenden medizinischen Angaben machen kann.[51]

Auch die statistischen Auswertungen stimmen dabei mit den beschriebenen Verfahren zum Informationsaustausch überein. So konnten den eingescannten Todesbescheinigungen aus Mettmann fast doppelt so häufig zusätzliche Informationen der Kreispolizei entnommen werden.

Der Versand von Blatt 4 an IT.NRW erfolgt in beiden Modellregionen mit den erhaltenen Zusatzinformationen als Anhang. Im Anschluss erfolgt die Archivierung des Blatts 1 und Blatts 2 der Todesbescheinigung, ebenfalls mit Anhang der zusätzlichen Informationen. Zudem erfolgt die Datenübermittlung an das Bayerische Landesamt für Statistik.

3.2.3 Kodierung der Todesursache für die Todesursachenstatistik

Die Kodierung der Todesursache für die Todesursachenstatistik erfolgt durch das Statistische Landesamt (IT.NRW). Hierfür wird das Blatt 4 der Todesbescheinigung (vertraulicher Teil) von den unteren Gesundheitsbehörden postalisch an IT.NRW übersendet. Die Angabe zur Todesart wird weder unmittelbar für die Todesursachenstatistik herangezogen noch überhaupt auf dem IT.NRW zugehenden Durchschlag vermerkt.

Bei IT.NRW gibt es aktuelle Bestrebungen, die Verfahren der Erfassung der Todesursachenstatistik unter stärkerer Nutzung von EDV-Möglichkeiten neu zu gestalten. Hintergrund sind Bemühungen des Statistischen Bundesamtes, das die Erhebung der Todesursachenstatistik in den Ländern vergleichbar durchgeführt werden soll und die Erfassung multikausaler Todesursachen ermöglicht werden soll. Eine entsprechende Anfrage des Statistischen Bundesamtes zu konkreten Planungen und Vorhaben ist bei IT.NRW Ende 2017 eingegangen. Als erste Maßnahme wurde von IT.NRW die Kodierung der Todesursachen vollständig auf die Software IRIS umgestellt. Das in den folgenden Abschnitten dargestellte Verfahren basiert in erster Linie auf den im Jahr 2017 von Prognos gesammelten Informationen und beinhaltet daher noch nicht etwaige weitere Umstellungen für die Erfassung multikausaler Todesursachen.

Übermittlung der Todesbescheinigungen an IT.NRW

Für Nordrhein-Westfalen ist die Übermittlung der Todesbescheinigungen im Runderlass (RdErl.) „Todesbescheinigungen“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25.07.2003 Gliederungspunkt 4.3 sowie in der Anleitung zum Ausfüllen der Todesbescheinigung Nordrhein-Westfalen (Anlage zum RdErl. des MGSFF vom 25.07.2003), Teil „Verfahrensablauf“ Gliederungspunkt 5 Absatz 5 geregelt. Gemäß RdErl. werden die Blätter 4 der Todesbescheinigung von der unteren Gesundheitsbehörde monatsweise gesammelt und bis zum 10. des Folgemonats gesammelt übermittelt.[52] Zu den Sendungen wird ein Begleitformular mitgeschickt, in dem die Sterbebuchnummern der übersendeten

[51] Dem Projektteam liegen Hinweise vor, dass die Kreispolizei seit Anfang des Jahres 2019 aus Kapazitätsgründen Informationen aus den Ermittlungsverfahren nicht mehr regelhaft an das Gesundheitsamt zurückmeldet.

[52] Rechtsgrundlage für die statistische Erhebung bildet auf Bundesebene das Bevölkerungsstatistikgesetz (BevStatG). Hierbei sind auch bereits die Zuständigkeiten und Übermittlungsabläufe innerhalb der Länder geregelt: Nach § 2 Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung Abs. 6 übermitteln die nach Landesrecht für den Empfang des vertraulichen Teils der ärztlichen Bescheinigung über den Tod (Totenschein) zuständigen Stellen den statistischen Ämtern der Länder mindestens monatlich die mit der Registernummer des Sterbefalleintrags und dem zuständigen Standesamt gekennzeichneten Angaben zu den Todesursachen und den Umständen des Todes nach den Angaben auf dem Totenschein. Die Übermittlungen erfolgen elektronisch, soweit die technischen Voraussetzungen hierfür geschaffen sind.

Todesbescheinigungen und die Nummern der fehlenden oder aus den Vormonaten nachgesendeten Todesbescheinigungen vermerkt werden.

Die Erfassung der Todesursachen erfolgt unter Verwendung der Daten der Statistik der Sterbefälle, die von den Standesämtern an das Bayerische Landesamt für Statistik als bundesweite Koordinationsstelle und von dort an IT.NRW übermittelt und in einem weiteren Fachbereich aufbereitet werden. Personenbezogene Angaben wie das Geschlecht, der Wohnort, das Alter und die Nationalität werden nicht auf Grundlage der Todesbescheinigungen erfasst, sondern unter Verwendung der Sterbebuch-Nummer aus der zum Zeitpunkt der Kodierung bereits vorliegenden Sterbefallstatistik entnommen. Fehlende oder undeutliche personenbezogene Angaben auf den Todesbescheinigungen haben daher keine Auswirkungen auf die Qualität der Todesursachenstatistik. Das Referat Todesursachenstatistik kann auf die elektronisch aufbereitete Sterbefallstatistik (darunter vor allem die Daten zur Person) zurückgreifen und ergänzt die Sterbefallstatistik durch die Todesursachen. Die Zusammenführung erfolgt mittels der Sterbebuchnummer. Somit erfolgt eine zweifache Kontrolle der Vollständigkeit der übermittelten Todesbescheinigungen: Zum einen werden Unvollständigkeiten beim Versand durch die unteren Gesundheitsbehörden per Begleitformular dokumentiert. Zum anderen fallen Unvollständigkeiten systematisch auf, wenn zu den Fällen der Sterbefallstatistik kein Pendant bei den übermittelten Todesbescheinigungen existiert.

Bei fehlenden Todesbescheinigungen wird in der Praxis von IT.NRW bei den unteren Gesundheitsbehörden gezielt nachgefragt. In Einzelfällen bleiben die Todesbescheinigungen unauffindbar. In diesen Fällen wird eine unbekannte Todesursache vermerkt.

Kodierung

Gegenwärtig wird in der Todesursachenstatistik ausschließlich ein Grundleiden je Todesfall erfasst und veröffentlicht. Weitere Angaben auf den Todesbescheinigungen zu Ursachenkaskade und Epikrise dienen ausschließlich als zusätzliche Informationen für die korrekte Kodierung der Angaben, werden aber nicht elektronisch erfasst. Da lediglich ein Grundleiden erfasst wird bzw. werden kann, ist ausschließlich die unikausale Erfassung von Todesursachen möglich. Die Kodierung stützt sich im Regelfall ausschließlich auf die in der Todesbescheinigung enthaltenen Angaben zur Todesursachenkaskade und zur Epikrise. Lediglich in seltenen Fällen werden weitere Informationen wie Obduktionsbefunde oder nähere Erläuterungen an IT.NRW übermittelt.

Bei IT.NRW wurde die Erfassung der Todesursachen im Jahr 2017 auf das elektronische Kodiersystem IRIS umgestellt. Bei der Kodierung wird die Todesursachenkaskade vollständig in die Software übertragen. Allerdings erfolgt hierbei keine unmittelbare und wort- bzw. buchstabenexakte Übertragung, da von IRIS nur bestimmte, in einer Datentabelle hinterlegte Begriffe akzeptiert werden. Hier ist von einer Interpretationsleistung der Kodierer auszugehen, die die Originaleinträge in IRIS-kompatible Begriffe übersetzen bzw. nicht akzeptierte Aussagen und Erläuterungen aussortieren. Es ist zudem davon auszugehen, dass die Kodierer wie auch bei der vorherigen manuellen Kodierung die Feldzuordnung bzw. Reihenfolge der Einträge der Todesursachenkaskade ggf. korrigieren.

Mit der Kodierung der Todesbescheinigungen sind bei IT.NRW insgesamt sechs Personen (insges. 5,8 VZÄ) befasst. Die Entlohnung erfolgt nach TV-L 6 bis 9. Die Personen sind ausschließlich im Bereich der Kodierung der Todesursachen tätig, haben einen Ausbildungshintergrund im Gesundheitswesen (u.a. Physiotherapeuten/innen, Krankenpfleger/innen, Heilpraktiker/innen,) und verfügen über eine langjährige – teilweise mehrere Jahrzehnte lange – Erfahrung mit der Tätigkeit.

Als durchschnittliche Zeit zur Kodierung einer Todesbescheinigung hat Prognos einen Wert von 2,5 Minuten ermittelt.[53]

Vollständigkeit und Aussagekraft der Angaben auf den Todesbescheinigungen

Als qualitätseinschränkende Faktoren werden von IT.NRW eine eingeschränkte Lesbarkeit der Schrift sowie eine fehlerhafte Zuordnung oder Reihenfolge der Einträge genannt. Rückfragen bei den unteren Gesundheitsbehörden erfolgen allerdings praktisch nie. IT.NRW bewertet diese Rückfragen als nicht hilfreich, da die unteren Gesundheitsbehörden über keine zusätzlichen Informationen verfügen und ihrerseits bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten rückfragen müssten.

Da zwischen dem Ausstellen der Todesbescheinigung und ihrer Kodierung i. d. R. mehrere Monate verstreichen, ist anzunehmen, dass die Ärztinnen und Ärzten ihrerseits nicht mehr in der Lage wären, zuverlässige Angaben zur Todesursache zu machen.[54]

Als Indikator für die Vollständigkeit und Aussagekraft der Todesbescheinigungen kann die Häufigkeit von Kodierungen mit Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel R „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ gelten, in denen Diagnosen wie Senilität (R54) oder Kachexie (R64) als Grundleiden ausgewiesen werden. In besonderer Weise trifft diese Vermutung der Qualitätseinschränkung bei den Diagnosen R96 bis R99 zu.[55] Für Nordrhein-Westfalen werden in der Todesursachenstatistik 2015 insgesamt 5,7 Prozent der Sterbefälle mit einer R-Diagnose ausgewiesen und insgesamt 4,6 Prozent der Sterbefälle mit einer Diagnose aus dem Bereich R96 bis R99.[56] Deutschlandweit liegt der Anteil der R-Diagnosen für dasselbe Jahr bei 3,0 Prozent bzw. für Diagnosen aus dem Bereich R96 bis R99 bei 2,4 Prozent. In den Stadtstaaten Hamburg und Berlin liegen die Anteile der mit R-Diagnosen ausgewiesenen Sterbefälle mit 6,7 Prozent bzw. 6,3 Prozent am höchsten. Auch für Nordrhein-Westfalen zeigt sich, dass der Anteil der R-Diagnosen in (groß-)städtischen Regionen höher liegt als im ländlicheren Raum.

Vorbereitung der zukünftigen multikausalen Todesursachenstatistik

Die Beschränkung auf ein ausgewiesenes Grundleiden und die damit unikausale Statistik ist in der Fachdiskussion um die Todesursachenstatistik als Hauptkritikpunkt am gegenwärtigen Verfahren zu werten.[57] Von den statistischen Ämtern des Bundes und der Länder ist daher seit 2008 die sukzessive Umstellung auf eine multikausale Statistik der Grundleiden vorgesehen. Eine genaue Definition dieser perspektivischen Statistik ist bislang nicht erfolgt. Die Erfassung soll unter Verwendung des Kodiersystems IRIS erfolgen, bei dem die gesamte Todesursachenkaskade und ggf. mehrere Grundleiden gespeichert werden können.

[53] Berechnungsgrundlagen/Annahmen: 204.000 Todesfälle in NRW pro Jahr, 5,8 Kodierer-Vollzeitäquivalente bei 220 Arbeitstagen á 8 Stunden und einem Zeitabschlag von 15% für Weiterbildungen, Krankheit, Internes etc.
[54] Aussagen der befragten Ärztinnen und Ärzte stützen diese Annahme, dass im Zweifel Rückfragen nach längerer Zeit nicht mehr umfassend beantwortet werden können. Zum einen wurde seitens der Ärztinnen und Ärzte angemerkt, dass ihre Dokumentation der Todesbescheinigung als vierter bzw. fünfter Durchschlag häufig nur eingeschränkt lesbar sei. Zudem wurde von Ärztinnen und Ärzten auf häufige Unsicherheiten bei der Feststellung der Todesursachenkaskade hingewiesen.
[55] R96: Sonstiger plötzlicher Tod unbekannter Ursache, R98: Tod ohne Anwesenheit anderer Personen, R99: Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen. Mit R99 werden auch alle Fälle codiert, die der Geheimhaltung unterliegen.
[56] Statistisches Bundesamt (2017): Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12 Reihe 4 – 2015.
[57] Schelhase T, Rübenach S (2006): Die Todesursachenstatistik – Methoden und Ergebnisse 2004. In: Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik 6/2006, S. 628.

3.3 Zusammenfassung und Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität

Die dargestellten Verfahren werden im Folgenden mit Blick auf ihre Prozessqualität sowie ihre Ergebnisqualität bewertet. Im Rahmen der Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren rund um die Todesbescheinigung bezieht sich die Prozessqualität auf das Zusammenspiel und Zusammenwirken der jeweiligen von unterschiedlichen Akteuren verantworteten Teilprozesse:

- Sind den Beteiligten die Prozesse und ihre Aufgaben bekannt und transparent?
- Sind zwischen den Akteuren angemessene Wege zum Informationsaustausch vorhanden?
- Unterstützen die eingesetzten Medien die Prozessqualität?
- Wirken sich die Prozesse so wenig wie möglich auf Trauersituation und den gewünschten Bestattungsritus aus?

Demgegenüber steht bei der Ergebnisqualität die Frage im Vordergrund, inwieweit die dargestellten Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren darauf ausgerichtet sind, die Qualität der Todesbescheinigungen zu verbessern. In Anlehnung an die Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) können als maßgebliche Ziele der ärztlichen Leichenschau benannt werden:

- Sichere Todesfeststellung zur Vermeidung von Scheintodesfällen
- Rechtsinteressen, z. B. Erkennung fremdverschuldeter Todesfälle
- Gewinnung von Daten zur Todesursachenstatistik

3.3.1 Prozessqualität

Definitionsgrad der Verfahrenswege

Den jeweils beteiligten Akteuren sind ihre Aufgaben und Verfahren rund um die Todesbescheinigung übergreifend bekannt. Dies betrifft sowohl die Teilprozesse im Falle einer natürlichen sowie einer nichtnatürlichen bzw. ungeklärten Todesart: *Wann muss an welchen Akteur etwas weitergeleitet werden? Wer ist wann, wie zu informieren? Wann ist das Verfahren abgeschlossen?* Zudem besteht bei den Akteuren Transparenz über die jeweiligen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten der weiteren Verfahrensakteure. Bei Bedarf können sie daher, bspw. im Falle von Rückfragen, direkt aufeinander zugehen. Dies erleichtert das Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure und die Verzahnung mit ihren jeweiligen Einzelprozessen. Allerdings ist der Definitionsgrad zweier Aufgaben- und Verfahrenswege als eingeschränkt zu bewerten:

Dass in den Modellregionen die Weiterleitung des vertraulichen Teils (Blatt 2-4) durch die Bestatter direkt an das Krematorium erfolgt und nicht vorerst vom Standesamt an die für den Sterbeort bzw. Auffindungsort der Leiche zuständige untere Gesundheitsbehörde; obwohl dies in den Anforderungen aus dem Runderlass „Todesbescheinigung“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25.07.2003 anders geregelt ist [58]. Formal erfolgt die Prüfung der Lesbarkeit in den Modellregionen somit teilweise mehrere Wochen nach Ausstellung der Todesbescheinigung und wenn der Verstorbene bereits kremiert ist. Vor diesem Hintergrund stellt sich mit Blick auf diesen Teilprozess die Frage des Mehrwerts und der Relevanz einer Prüfung der Lesbarkeit durch die Gesundheitsämter am Sterbe- bzw. Auffindungsort.

[58] Im Runderlass „Todesbescheinigung“ wird dem strukturellen Prozessmerkmal, dass bei einem Sterbefall in den Modellregionen manchmal mehrere untere Gesundheitsbehörden in den Todesbescheinigungsprozess eingebunden sind, nicht Rechnung getragen.

Der mit dem Runderlass „Todesbescheinigung“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25.07.2003 einhergehende Auftrag an die unteren Gesundheitsbehörden zur Prüfung und erforderlichenfalls Herstellung der Lesbarkeit der Diagnose ist nicht eindeutig definiert. Was konkret unter Prüfung und Herstellung der Lesbarkeit der Diagnose fällt, lässt einen gewissen Interpretationsspielraum offen. Impliziert der Auftrag damit bspw. auch die Herstellung bzw. das Einholen fehlender Angaben bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten? Aus gutachterlicher Sicht trägt dies dazu bei, dass kein standardisiertes Prüf- und Nachfrageverfahren etabliert ist und somit das Qualitätssicherungspotenzial teilweise ungenutzt bleibt.

Informationsaustausch und Informationsweiterleitung

In den gesetzlichen Regelungen sind keine Regelungen zur Berücksichtigung oder Weiterleitung von ergänzenden Informationen bzw. Angaben einer Todesbescheinigung enthalten. Allerdings konnte im Rahmen der Prozessanalyse festgestellt werden, dass zentrale Informationen von einzelnen Akteuren zu bestimmten Zeitpunkten ergänzend aufgenommen oder nachgefordert werden. Dies betrifft bspw. die folgenden Akteure bzw. Verfahrensschritte:

- Standesamt: Vor dem Ausstellen der Sterbeurkunde fordert das Standesamt fehlende Angaben des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung nach Bedarf nach. Diese werden entweder vom Standesamt selbst recherchiert und vermerkt oder durch den Bestatter bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten eingeholt.
- Gesundheitsamt am Sterbe- bzw. Auffindungsort: Werden im Rahmen der Prüfungen auf Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod bzw. der Lesbarkeit der Diagnosen Informationen bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten eingeholt, werden diese als Notiz der Todesbescheinigung beigefügt und auch als Kopie an IT.NRW weitergeleitet. Allerdings erfolgt nicht immer eine zielgerichtete Informationsweiterleitung.
- Kreispolizei: Die Informationen, die seitens der Kreispolizei im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens aufgenommen werden, werden nur teilweise in regional organisierten Verfahren an die Gesundheitsämter in den Modellregionen weitergeleitet.
- Zweite Leichenschau: Im Rahmen einer zweiten Leichenschau zusätzlich erfasste Informationen werden mit dem vertraulichen Teil nicht an das Gesundheitsamt am Sterbe- bzw. Auffindungsort weitergeleitet, sondern verbleiben ausschließlich beim Gesundheitsamt am Einäscherungsort. Sie werden somit auch nicht an IT.NRW weitergeleitet und können nicht für die Erstellung der Todesursachenstatistik berücksichtigt werden.

Achtung der Totenwürde und Rücksichtnahme auf trauernde Hinterbliebene

Konfliktsituationen mit Hinterbliebenen im Zusammenhang mit der Leichenschau treten nach übereinstimmenden Aussagen der Befragten nur in Ausnahmefällen auf. Die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte nehmen bei Anwesenheit von Angehörigen typischerweise die zusätzliche Funktion wahr, dass sie sich um die Hinterbliebenen, oft über eine rein medizinische Behandlung im engeren Sinne hinaus, kümmern. Zudem geben die Ärztinnen und Ärzte an, sich bei der Leichenschau auf die aus ihrer Sicht notwendigen und sinnvollen Untersuchungen zu beschränken und mögliche Irritationen der Angehörigen auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Zu bemerken ist auch die ausgeprägte Zurückhaltung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei eigenen Patienten oder im ärztlichen Notdienst, in Zweifelsfällen eine Klassifizierung der Todesart als unklar vorzunehmen und dadurch die Hinterbliebenen mit der Belastung durch ein polizeiliches Ermittlungsverfahren zu konfrontieren. Auch Verzögerungen bei der Bestattung, die sich durch ein nachträgliches Fertigstellen der Todesbescheinigung z. B. nach dem Einholen weiterer Informationen ergeben könnten, werden in aller Regel vermieden.

Als Bereich mit einem typischen Konfliktpotenzial wird jedoch die Bescheinigung einer ungeklärten Todesart bei Palliativ-Patienten genannt. Derartige Irritationen entstehen meist dann, wenn nicht vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte die Leichenschau bei Verstorbenen durchführen, die sich in palliativer Behandlung befunden haben. Sofern sich aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte aus den bei der Leichenschau verfügbaren Unterlagen keine spezifische Todesursache mit ausreichender Plausibilität ableiten lässt oder aus Zeitmangel eine genauere Untersuchung nicht möglich ist, wird häufig eine ungeklärte Todesart festgehalten. Für Angehörige und Pflegekräfte, die den Sterbeprozess bewusst begleitet haben, stellt die Einleitung polizeilicher Ermittlungen und die Beschlagnahmung der Leiche eine massive und in keiner Weise nachvollziehbare Störung der Trauer und Totenwürde dar.

3.3.2 Ergebnisqualität

Sichere Todesfeststellung

Die sichere Feststellung des Todes wurde im Rahmen der medizinischen Fachgespräche übereinstimmend als zentrale Aufgabe der ärztlichen Leichenschau benannt. Der sicheren Todesfeststellung wird von den befragten Ärztinnen und Ärzten höchste Priorität beim Durchführen der Leichenschau beigemessen.

Das Gebot der unverzüglichen Durchführung der Leichenschau steht allerdings in einem sachlichen Konflikt mit der Vorgabe, die Todesfeststellung anhand sicherer Todeszeichen durchzuführen. Lösbar ist dieser Konflikt durch eine Durchführung der Leichenschau zu zwei Zeitpunkten, was seitens der befragten Ärztinnen und Ärzte außerhalb eines Krankenhauses als unpraktikabel bewertet wird. Im Rahmen der Analyse hat sich dagegen gezeigt, dass in der Praxis im Falle von erwarteten oder erwartbaren Todesfällen im Pflegeheim, Hospiz oder bei häuslicher Palliativbehandlung, die im niedergelassenen Bereich die große Mehrzahl bilden, die Leichenschau im Regelfall frühestens im Abstand von zwei Stunden nach Benachrichtigung durchgeführt wird. Zu diesem Zeitpunkt sind bereits mehrere sichere Todeszeichen erkennbar. Auch der ärztliche Notdienst führt Leichenschauen üblicherweise erst im größeren zeitlichen Abstand zur Benachrichtigung durch, sofern sich aus der Benachrichtigung z. B. durch das Pflegeheimpersonal erkennen lässt, dass ein Sterbefall erwartet worden war. Der Rettungsdienst sichert seine Todesfeststellung im Zweifelsfall durch eine EKG-Ableitung ab. Bei äußeren Umständen wie einer Unterkühlung, die für Scheintodfälle typisch sind, werden unabhängig vom Ergebnis der EKG-Ableitung Reanimationsbehandlungen eingeleitet. Im Krankenhaus wird eine Leichenschau zu zwei Zeitpunkten häufiger durchgeführt, was durch die kontinuierliche Anwesenheit von diensthabenden Ärztinnen und Ärzten ermöglicht wird.

Rechtsinteresse

Die Erkennung fremdverschuldeter Todesfälle stellt in den Verfahren rund um die Todesbescheinigung ein zentrales Erkenntnisinteresse dar. Die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte prüfen hierbei, ob sich aus dokumentierten Erkrankungen, Medikamenten- und Medikationsplänen, aus Angaben von Angehörigen und Pflegekräften, aus der Auffindungssituation und dem Umfeld der Leiche sowie den Ergebnissen der eigenen Untersuchung der Leiche ein stimmiges und plausibles Gesamtbild ergibt. Bei Fehlen von Anzeichen für eine ungeklärte Todesart oder einen nichtnatürlichen Tod, wird ein natürlicher Tod bescheinigt.

Nach den Ergebnissen der medizinischen Fachgespräche sind vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, die die Leichenschau bei eigenen Patienten durchführen, in besonderer Weise in der Lage,

eine verlässliche Klassifizierung der Todesart vorzunehmen. Zu begründen ist dies u. a. mit den umfassenden, über die medizinische Dokumentation hinausgehenden, oft langjährigen Kenntnissen von den Erkrankungen oder Unfällen der Patientinnen und Patienten.

Eine unmittelbare Rücksprache mit den vorbehandelnden Kolleginnen und Kollegen zur Einschätzung der Todesart, die seitens der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte zwar prinzipiell als hilfreich angesehen wurde, ist insbesondere beim ärztlichen Notdienst und beim Rettungsdienst in aller Regel schwer möglich. Es zeigt sich eine ausgeprägte Zurückhaltung bei der Eintragung einer ungeklärten Todesart und der Veranlassung eines polizeilichen Ermittlungsverfahrens von Ärztinnen und Ärzten im Notdienst, die nach eigener Aussage auch bei einer eingeschränkten Informationslage und lediglich einer hohen Wahrscheinlichkeit tendenziell eine natürliche Todesursache bescheinigen. Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst sind nach der Feststellung des Todes nicht zur Leichenschau verpflichtet. Führen sie die Leichenschau und Todesbescheinigung durch, geben sie sehr häufig eine nichtgeklärte Todesart an, wodurch die Felder der Todesursachenkaskade leer bleiben und ein polizeiliches Ermittlungsverfahren eingeleitet wird.

Aus gutachterlicher Sicht erscheint die Prüfung lohnend, ob Voraussetzungen für einen standardmäßigen Einbezug der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden können. Ohne umfassende Angaben zur Krankengeschichte und ohne Rücksprache mit den vorbehandelnden Kolleginnen und Kollegen wird die Diagnose der Todesursachen durch nichtvorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte als nur eingeschränkt belastbar bewertet.

Überprüfung der Todesart-Klassifikation

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die Plausibilität, Vollständigkeit und Lesbarkeit der Todesursachenkaskade und Epikrise zumindest unter den Aspekten Vollständigkeit und Lesbarkeit – von den Gesundheitsämtern des Sterbe- bzw. Auffindeortes durch Rückfragen bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten geprüft und hergestellt werden. Möglichkeiten, Konventionen oder Verantwortlichkeiten für die Dokumentation der Korrekturen und Ergänzungen sind allerdings nicht definiert, so dass hierdurch kein systematischer Beitrag zur Qualitätssicherung der Todesbescheinigungen geleistet wird. Liegen Anzeichen für eine nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart vor, sind die einzuleitenden Verfahrensschritte, Benachrichtigen der Kreispolizei, Beschlagnahmung des Leichnams sowie Einleitung eines Todesermittlungsverfahrens, landesrechtlich festgelegt und werden entsprechend veranlasst bzw. durch die Kreispolizei sowie die Staatsanwaltschaft durchgeführt.

Vor dem Hintergrund nicht eindeutig festgelegter und standardisierter Prüf- und Nachfrageverfahren der Gesundheitsämter am Sterbe- bzw. Auffindeort und den Ergebnissen der durchgeführten Stichprobenprüfung stellt sich jedoch die Frage, inwieweit durch die Prüfung der Todesbescheinigungen durchgängig und verlässlich Auffälligkeiten erkannt werden. Die zweite Leichenschau dient auch mit Blick auf das Rechtsinteresse als zentrales Qualitätssicherungsinstrument, da hierbei im Regelfall erheblich bessere Rahmenbedingungen als bei der ersten ärztlichen Leichenschau bestehen.

Gewinnung von Daten zur Todesursachenstatistik

Die Angaben auf der Todesbescheinigung zur Todesursachenkaskade bilden die Grundlage der Todesursachenstatistik. Den ausfüllenden Ärztinnen und Ärzten ist jedoch in aller Regel nicht bekannt, von welchen Stellen und mit welcher Zielsetzung die Todesbescheinigungen ausgewertet werden. Insbesondere ist nur einem geringen Teil der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte bekannt, dass für die Todesursachenstatistik ein hauptsächliches Grundleiden ausgewählt wird. Die

WHO-Empfehlung, bei der Todesursachenstatistik das erste eingetragene Grundleiden auszuwählen, war den Gesprächspartnerinnen und -partnern durchgehend unbekannt. Zumeist wird angenommen, dass die – häufig besonders schwierig zu bestimmende – unmittelbare Todesursache die höchste Relevanz bei der Untersuchung besitzt. Bemerkt wird, dass die Erwartungen und Anforderungen an die Darstellung der Todesursachenkaskade und Epikrise weitgehend unklar sind, wodurch die Qualität der Dokumentation erheblich eingeschränkt wird.

Es ist für eine Sicherstellung der Qualität zielführend, die mit der Dokumentation der Todesursachenkaskade und Epikrise verfolgten Zielsetzungen exakt zu definieren, um daraus Anforderungen an die Dokumentation abzuleiten und diese den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten zu kommunizieren.

Unabhängig von der Dokumentation stellt auch die Diagnose der Todesursachen an sich eine Herausforderung dar. Erhebliche Unsicherheiten werden hier vor allem bei der Diagnose der unmittelbaren Todesursache genannt. Das Grundleiden wird demgegenüber als verlässlicher dokumentierbar eingeschätzt, sofern die Krankengeschichte der Verstorbenen beim Ausfüllen der Todesbescheinigung bekannt ist oder umfassend eingesehen werden kann. Bei mehreren Grundleiden bleibt jedoch unklar, welcher Beitrag den jeweiligen Krankheiten als Todesursache beizumessen ist. Eine Auswahl zur Angabe einer monokausalen Todesursache wird daher vielfach als beliebig bewertet.

Eine besondere Qualitätseinschränkung der Angaben für die Todesursachenstatistik besteht bei ungeklärten oder auch nichtnatürlichen Todesarten. Da bei Hinweisen auf eine nichtnatürliche bzw. ungeklärte Todesart nach § 9 Abs. 5 BestG NRW die Leichenschau abzubrechen und unverzüglich die Kreispolizei zu informieren ist, liegen bei ungeklärter Todesart, vielfach keine Angaben oder nur unvollständige und als Vermutungen gekennzeichnete Hinweise zu den Todesursachen und der Epikrise vor.

4 Regelungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung außerhalb von Nordrhein-Westfalen

Um Anregungen für Gestaltungsoptionen der Verantwortlichkeiten und Prozesse bei der Leichenschau und der Ausstellung der Todesbescheinigungen zu erhalten und zudem eine Einordnung der Gestaltungsalternativen zu ermöglichen, wurden sowohl Recherchen zu den Regelungen im Bereich Leichenschau und Todesbescheinigung im europäischen Ausland als auch zu den landesrechtlichen Vorgaben in den deutschen Bundesländern durchgeführt.

Die internationale Recherche erfolgte zielgerichtet zu den identifizierten Problem- und Fragestellungen dieses Projektes. Dabei wurden u. a. wissenschaftliche Artikel und rechtliche Dokumente gesichtet, wobei der Stand der internationalen Wissenschaft im Bereich Leichenschau und Todesbescheinigung kaum aktuelle Überblicksstudien bietet.[59] Die Ergebnisse der Recherche werden in Kapitel 4.1 dargestellt.

Grundlage für die Recherche landesrechtlicher Regelungen in Deutschland sind wissenschaftliche Publikationen[60], Gesetzestexte und Verordnungen der Bundesländer. Im Hinblick auf die in vorhergegangen Projektschritten *(siehe Kapitel 2 und 3)* identifizierten Problembereiche wurden die einzelnen Quellen analysiert und bewertet. Die Ergebnisse der landesrechtlichen Regelungen werden in Kapitel 4.2 zusammengefasst dargestellt und sind dem Bericht in Anhang C beigefügt.

Bei den internationalen und nationalen Recherchen wurden insbesondere die Übertragungsfähigkeit und etwaige Potenziale bzw. Risikofaktoren in den Blick genommen.

4.1 Regelungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung im europäischen Ausland

Während die grundlegende Systematik der Dokumentation der Todesursachen in Form einer Kaskade unter Verwendung der jeweils aktuellen ICD-Fassung international vereinheitlicht ist, zeigt sich bei den Regulierungen und Zuständigkeiten zur Durchführung der Leichenschau eine große Vielfalt. Vergleichbar mit Deutschland sind die gesetzlichen Bestimmungen vielfach unterhalb der nationalen Ebene geregelt, was einen übersichtlichen und aussagekräftigen internationalen Vergleich erschwert. In Österreich wird das Leichenschau-System wie in Deutschland auf Ebene der neun Bundesländer geregelt, in der Schweiz auf Ebene der 26 Kantone. In Belgien existieren für Flandern und Wallonien unterschiedliche Regulierungen. Ausgesprochen heterogen ist die Gesetzeslage ebenfalls in den USA, wo in den 50 Bundesstaaten jeweils eigene, z. T. grundlegend unterschiedliche Regulierungen in Kraft sind. Ein internationaler Vergleich kann daher nur eingeschränkt einen systematischen Überblick bieten. Vielmehr soll die folgende Analyse die Bandbreite der Regelungsmöglichkeiten aufzeigen und Tendenzen bezüglich der Verbreitung typischer Ansätze und Regelungsarten darstellen.

[59] Vgl. Pace M., et al (2003): Review oft he existing information about death certification practices, certificate structures and training tools for certification of causes of death in Europe. Italian National Institute of Statistics.
[60] Vgl. Madea B, Dettmeyer R (2003): Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Dtsch Ärztebl 48.

In sämtlichen Ländern der EU ist bei Sterbefällen eine Leichenschau mit einer Feststellung von Todesart und Todesursachen gemäß ICD-Systematik vorgesehen. Die WHO stuft die Qualität und Aussagekraft der auf Grundlage der jeweiligen Leichenschau-Systeme geführten Todesursachenstatistiken der EU-Länder nahezu durchgängig als hoch ein. Ausnahmen bilden Polen, Bulgarien und Griechenland, denen eine eingeschränkte Qualität attestiert wird und die in den vergangenen Jahren teilweise aufgrund von erheblichen Qualitätsmängeln bei internationalen Vergleichen der WHO ausgeschlossen wurden.[61]

Zuständigkeit für Leichenschau bei natürlichen bzw. erwarteten Todesfällen

Ein grundlegendes Merkmal zur Unterscheidung der gesetzlichen Regelungen der Leichenschau im internationalen Vergleich stellen die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Berechtigungen zur Durchführung der Leichenschau und zur Diagnose der Todesursachen dar. Im Regelfall sind in den EU-Ländern bei natürlichen Todesarten die Todesfeststellung, die Diagnose der Todesursachen und die Ausstellung der Todesbescheinigung unmittelbar im Rahmen der Leichenschau durchzuführen und abzuschließen.

In mehreren europäischen Ländern, darunter die Niederlande, England, Irland und Italien, ist die Durchführung der Leichenschau grundsätzlich den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Bei Todesfällen, bei denen die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte die Leichenschau nicht in einer angemessenen Zeitspanne – i. d. R. spätestens am Folgetag – durchführen können oder bei denen sich der Verstorbene nicht aktuell in ärztlicher Behandlung befand, wird die Leichenschau von Fachpersonen wie speziellen Leichenschauärztinnen und -ärzten, Rechtsmedizinerinnen und -medizinern oder Coronern durchgeführt.

In England und Wales wird der Prozess von Leichenschau und Todesbescheinigungen für erwartete, d. h. nicht in die Zuständigkeit des Coroners fallende Sterbefälle, grundlegend neugestaltet. Das Schlüsselelement bildet dabei das seit April 2019 eingeführte System von im Auftrag der Gesundheitsbehörden tätigen Rechtsmedizinerinnen bzw. -medizinern („Medical Examiners"). Aufgrund des möglichen Vorbildcharakters für andere Länder wird das System nachfolgend im Detail beschrieben (*siehe folgende Infobox*).

i

Die Einführung der Medical Examiners in England und Wales

Aktuell wird der Prozess von Leichenschau und Todesbescheinigungen in England und Wales weiterentwickelt. Das Schlüsselelement bildet dabei die Einführung eines Kontrollsystems von im Auftrag der Gesundheitsbehörden tätigen Ärztinnen und Ärzten („Medical Examiners"[62]), die für die nicht in die Zuständigkeit des Coroners fallenden Sterbefälle zuständig sind. Die Medical Examiners wurden nach einer Pilotphase in den vergangenen Jahren ab April 2019 eingerichtet, die gesetzliche Grundlage trat am 01. Oktober 2019 in Kraft.

[61] WHO Department of Health Statistics and Information Systems (2018): WHO methods and data sources for global causes of death 2000 – 2016. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/IER/GHE/2018.3

[62] Der Begriff des Medical Examiner wird im Vereinigten Königreich grundlegend anders verwendet als in den USA, wo mit dem Begriff ein bei nichtnatürlichen oder ungeklärten Todesfällen für eine innere oder äußere Leichenschau von der Staatsanwaltschaft hinzugezogener Rechtsmediziner bezeichnet wird und das Medical Examiner-System als Alternative zum Coroner-System besteht.

Nach dem neuen Verfahren[63] sind weiterhin die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte der Verstorbenen verpflichtet, bei natürlichen und erwarteten Todesfällen die Todesursachenbescheinigung (medical certificate of cause of death (MCCD)) auszustellen. Bei ungeklärten, nichtnatürlichen, unerwarteten oder verdächtigen Todesfällen sind die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte wie bislang zur Benachrichtigung des Coroners verpflichtet. Wird kein Coroner eingeschaltet, erstellt die Ärztin bzw. der Arzt ein MCCD und stellt dem Medical Examiner eine Kopie zusammen mit den relevanten medizinischen Unterlagen – insbesondere (Auszügen aus) den Patientenakten – und anderen Informationen zur Verfügung.

Der Medical Examiner prüft die Krankenakten der verstorbenen Person und kann nach eigenem Ermessen eine gründliche (nicht forensische) äußere Leichenschau durchführen bzw. veranlassen, um die von der vorbehandelnden Ärztin bzw. vom vorbehandelnden Arzt angegebene Todesursachendiagnose zu überprüfen. Treten Zweifel oder Widersprüche auf, hält der Medical Examiner zur Klärung persönliche Rücksprache mit der vorbehandelnden Ärztin bzw. dem vorbehandelnden Arzt, veranlasst die Korrektur bzw. Neuausstellung der Todesbescheinigung oder verweist den Fall als ungeklärt an den Coroner. Gleichermaßen ist der Medical Examiner zur Überstellung des Falls an den Coroner verpflichtet, wenn sich bei der Prüfung des Todesfalls Hinweise auf eine nichtnatürliche, unerwartete oder verdächtige Todesart ergeben.

Eine weitere Aufgabe des Medical Examiners besteht darin, nach der Überprüfung des Todesfalls mit den Angehörigen des Verstorbenen (oder einer Gewährsperson) zu sprechen, diesen die Todesursache zu erläutern und ihnen die Möglichkeit zu geben, Bedenken vorzubringen. Werden Bedenken geäußert, wird der Gerichtsmediziner diese i. d. R. mit dem vorbehandelnden Arzt besprechen und dann gegebenenfalls den Fall an den Coroner verweisen. Das Gespräch mit Angehörigen oder Gewährspersonen ist verpflichtend und muss von diesen bei Beantragung der Sterbeurkunde beim Standesamt schriftlich bestätigt werden.

Sofern keine Übergabe des Verfahrens an den Coroner erforderlich ist, stellt der Medical Examiner nach Abschluss der genannten Schritte umgehend eine Bescheinigung über die bestätigte Todesursache aus und sendet eine Kopie – idealerweise auf elektronischem Weg – an das Standesamt des Sterbeorts. Eine Kopie geht ebenfalls der vorbehandelnden Ärztin bzw. dem Arzt zu.

Mit Einführung des Medical Examiner-Systems entfällt die bisherige Verpflichtung, im Falle von Einäscherungen eine zusätzliche ausführliche Leichenschau durchzuführen. Vielmehr liegt es im Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes und Medical Examiner, ob nach Abwägung von Risiken und Fallumständen eine gesonderte Kremationsleichenschau durchgeführt oder in Auftrag gegeben wird. Ein Teil der Kosten der Medical Examiner soll dadurch gedeckt werden, dass die bisherige für die gesonderte ausführliche Untersuchung anfallende Gebühr (Cremation Fee) in Höhe von zuletzt £ 184.00 (ca. 210 Euro) weiterhin und unabhängig von der Durchführung einer Kremationsleichenschau erhoben wird.

Eine weitere Änderung der bestehenden Verordnungen betrifft die Definition der vorbehandelnden Ärztin bzw. des vorbehandelnden Arztes (qualified attending practitioner/QAP), der zur Ausstellung der

[63] Die folgende Darstellung des geplanten Medical Examiner-Systems beruht auf den im Gesetzgebungsverfahren veröffentlichten Konsultations-Dokumenten des britischen Gesundheitsministeriums, insbesondere auf: Department of Health (UK), Death Certification Programme Team: Introduction of Medical Examiners and Reforms to Death Certification in England and Wales: Consultation on Policy and Draft Regulations. First published: March 2016. Das Gesetzgebungsverfahren ist im Internet dokumentiert unter https://www.gov.uk/government/consultations/death-certification-reforms.

Todesbescheinigung berechtigt und verpflichtet ist. Nach bisheriger Regelung waren dies Ärztinnen und Ärzte, die den Verstorbenen innerhalb der letzten 14 Tage vor Versterben behandelt haben. In der neuen Verordnung wird dieser Zeitraum auf die letzten 28 Tage vor Versterben erweitert. Im Gesetzgebungsverfahren wurden dabei angesichts der neugeschaffenen Kontrollinstitution der Medical Examiners keine Qualitätseinbußen für den Gesamtprozess erwartet.

Die Medical Examiners übernehmen zusätzlich eine beratende und qualitätssichernde Funktion in ihrem lokalen Zuständigkeitsgebiet. So können sich niedergelassene oder im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte bei den Medical Examiners bei Fragen zur Leichenschau und unklaren Todesfällen beraten lassen.

In Österreich ist die Totenbeschau amtlich bestellten Totenbeschauärztinnen und -ärzten vorbehalten. Die Bestellung der Totenbeschauerinnen und -beschauer ist in den einzelnen Landesgesetzen festgelegt. In der Regel sind es in Städten Amtsärztinnen und -ärzte und in den Gemeinden die für den Gemeindesanitätsdienst zuständigen Ärztinnen und Ärzte. Bei Sterbefällen in Krankenhäusern sind je nach Bundesland die ärztliche Leitung, von dieser bestellte Ärztinnen und Ärzte oder (wie z. B. in Wien) sogenannte Prosektoren für die Durchführung der Totenbeschau befugt und verantwortlich. Die zur Anzeige des Todesfalls verpflichteten Personen haben von der vorbehandelnden Ärztin oder vom vorbehandelnden Arzt einen ärztlichen Behandlungsschein zu verlangen und der Totenbeschauärztin bzw. dem Totenbeschauarzt bei der Totenbeschau zusammen mit sonstigen zur Klärung des Todes dienlichen Unterlagen wie Patientenbriefe oder Rezepte zu übergeben. Als öffentliche Aufgabe werden für die Totenbeschau keine Gebühren erhoben.

In der Mehrzahl der EU-Länder und der Schweiz sind Ärztinnen und Ärzte, wie in Nordrhein-Westfalen und den meisten deutschen Bundesländern, unabhängig von einer vorausgehenden Behandlungsbeziehung mit den Verstorbenen oder einer speziellen Qualifikation und Bestellung zur Durchführung der Leichenschau und der Ausstellung der Todesbescheinigung berechtigt und verpflichtet.

In Frankreich soll die Leichenschau im Falle eines natürlichen Todes nach Möglichkeit von den Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt werden. Am Wochenende wird die Leichenschau vom ärztlichen Bereitschaftsdienst durchgeführt. Notärzte und -ärzte im Rettungsdienst (Service d'aide médical urgente (SAMU)) können den Tod feststellen, sind zur Ausstellung der Todesbescheinigung allerdings nicht berechtigt.

Eine Sonderstellung nimmt das System der Todesbescheinigung in Schweden ein, da hier die Feststellung von Tod und Todesart gegenüber der Todesursachenfeststellung zeitlich getrennt ist.[64] Die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet eine Bestätigung des Sterbefalls (dödsbevis) auszustellen und den Tod umgehend an die Finanzverwaltung zu melden. Diese Bestätigung, in der die Todesursache nicht aufgeführt ist, ist eine Voraussetzung für die Genehmigung einer Bestattung. Der davon getrennte Totenschein mit der Diagnose der Todesursachen muss innerhalb von drei Wochen nach dem Tod an das National Board of Health and Welfare übermittelt werden. Diese Todesbescheinigung wird i. d. R. von der Hausärztin oder dem Hausarzt des Verstorbenen ausgestellt oder von der Ärztin bzw. dem Arzt, der den Patienten zuletzt vor

[64] vgl. Brooke, H. L. et al. (2017). The Swedish cause of death register. European Journal of Epidemiology. 32(9), 765–773.

dem Tod behandelt hat. Seit 2015 können die Ärztinnen und Ärzte den Totenschein elektronisch übermitteln.

Verfahren bei unerwarteten, unklaren oder nichtnatürlichen Todesfällen

Bei nichtnatürlichen Todesfällen ist in sämtlichen EU-Ländern die Polizei zu unterrichten, die zusammen mit der Staatsanwaltschaft Ermittlungen einleitet. Darüber hinaus sehen die Gesetzgebungen verschiedener Länder bei spezifischen Todesumständen oder unklaren Todesursachen besondere Vorgehensweisen vor. Im angelsächsisch geprägten Rechtsraum – genauer in den Ländern England, Wales, Nordirland und Irland, aber nicht in Schottland – existiert mit der Institution des Coroners ein gegenüber den anderen europäischen Ländern unterschiedliches System. Der Coroner stellt dabei eine eigenständige Behörde zur Untersuchung der Todesursache dar, die tätig wird, wenn Todesfälle nichtnatürlich oder verdächtig sind oder auch – gemessen an definierten Kriterien – unerwartet aufgetreten sind. Der Coroner ist in England und Wales in folgenden Fällen zur Aufnahme einer Untersuchung des Todesfalls verpflichtet:

- bei einer nichtnatürlichen Todesart (z. B. Suizid, Gewalteinwirkung, Unfall, Vergiftung),
- bei Todesfällen in Folge einer meldepflichtigen Krankheit
- bei Todesfällen im Zusammenhang mit einer Operation, insbesondere während der Operation oder Narkose,
- bei Todesfällen in staatlichem Gewahrsam,
- bei perinatalen Sterbefällen,
- bei ungeklärter Todesursache,
- bei plötzlich eingetretenem Tod sowie
- bei Fällen, in denen der Verstorbene nicht innerhalb der letzten 14 Tage[65] vor Todeseintritt in ärztlicher Behandlung war.

Der Coroner übernimmt ebenfalls die Leichenschau, wenn die oder der im Vereinigten Königreich grundsätzlich an erster Stelle zur Durchführung der Leichenschau verpflichtete vorbehandelnde Ärztin oder Arzt nicht innerhalb einer angemessenen Zeitspanne verfügbar ist.[66] Die Person des Coroners verfügt im Regelfall über einen juristischen Fachhintergrund und medizinische Grundkenntnisse, besitzt aber keine explizit rechtsmedizinische Expertise. Die Coroner-Behörde führt ihre Untersuchungen eigenständig und – solange sich keine Anhaltspunkte für strafrechtlich relevante Todesursachen ergeben – bis zum Schluss unabhängig von den Strafverfolgungsbehörden durch.

In Ländern, in denen Polizei und Staatsanwaltschaft die Federführung bei ungeklärten, unerwarteten und nichtnatürlichen Todesfällen übernehmen, werden in unterschiedlichem Maße weitergehende medizinische Untersuchungen durchgeführt. Z. T. ist – wie in Nordrhein-Westfalen – eine weiterführende ärztliche Leichenschau nicht zwingend und üblich. In der Schweiz werden dagegen mit den sogenannten Legalinspektionen flächendeckend medizinische Prüfungen durchgeführt. Bei „außergewöhnlichen“ Todesfällen, wozu neben nicht natürlichen Todesfällen generell plötzlich und unerwartet eingetretene Todesfälle zählen, wird die Leichenschau durch speziell qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (zumeist als Amtsärztin und Amtsarzt bestellte freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte) im Auftrag der Staatsanwaltschaft durchgeführt.

[65] in England und Wales nach Einführung des Medical Examiner-Systems künftig innerhalb der letzten 28 Tage
[66] Department of Health (UK), Death Certification Programme Team: Introduction of Medical Examiners and Reforms to Death Certification in England and Wales: Consultation on Policy and Draft Regulations. First published: March 2016. S.38f.

In Österreich ist bei Anzeichen für unnatürliche Todesarten eine gerichtliche Totenbeschau verpflichtend vorgeschrieben, die immer auch eine Obduktion umfasst, sofern die Todesursache nicht offensichtlich und zweifelsfrei auf Suizid oder Unfallgeschehen rückführbar ist. Bei ungeklärter Todesart ist eine Obduktion ebenfalls grundsätzlich vorgesehen und wird gemäß den Landesgesetzen sanitätspolizeilich bzw. sanitäts- oder verwaltungsbehördlich angeordnet.

In Spanien sind die Zuständigkeiten für die Durchführung der Leichenschau und die Benachrichtigung der Polizei bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart vergleichbar wie in Nordrhein-Westfalen geregelt. Eine Besonderheit besteht bei der statistischen Erfassung der Todesursachen. Bis vor einigen Jahren existierten in Spanien für die Todesfeststellung und für die Dokumentation der Todesursachen für statistische Zwecke zwei getrennte Formulare. Um den Aufwand für die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren, wurde ein gemeinsames Formular eingeführt, aus dessen Bezeichnung „Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción (CMD/BED)“ der doppelte Zweck weiterhin hervorgeht. Die statistische Erhebung umfasst dabei auch weitergehende Angaben zur Person wie Beruf und Ausbildung. Für Fälle, in denen wegen nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart die Polizei eingeschaltet wird, existiert eine besondere Todesbescheinigung, der Boletín estadístico de Defunción con Intervención judicial (BEDJ). Dieser wird von der Staatsanwaltschaft im Falle von Ermittlungen ausgefüllt und zunehmend per Online-Formular an Standesamt und Statistisches Amt übermittelt.[67]

Häufigkeit von Obduktionen im internationalen Vergleich

Auch wenn zur Häufigkeit der Obduktionen in Deutschland keine verlässlichen Daten vorliegen, ist davon auszugehen, dass die Obduktionsrate im niedrigen einstelligen Prozentbereich liegt. Für Baden-Württemberg wurde aktuell anlässlich einer Landtagsanfrage näherungsweise eine Obduktionsquote von 1,1 Prozent für den Zeitraum zwischen 2013 und 2017 ermittelt. Von insgesamt 5.877 Obduktionen (im Durchschnitt 1.175 Obduktionen pro Jahr) an Universitätsklinika wurden 3.852 an Rechtsmedizinischen Instituten und 2.025 an Pathologischen Instituten durchgeführt.[68]

Während gerichtliche Obduktionen bei fremdverschuldeten Todesfällen zur Beweissicherung standardmäßig durchgeführt werden und zahlenmäßig stabil geblieben sind, ist die Zahl der klinischen Obduktionen in den vergangenen Jahren nach Aussage im Projekt befragter Mediziner in Übereinstimmung mit der Forschungsliteratur[69] rückläufig. Im Vergleich mit dem europäischen Ausland – insbesondere mit Nordeuropa und einigen Osteuropäischen Ländern – liegt die mutmaßliche Obduktionsquote in Deutschland deutlich unter dem Durchschnitt (Tabelle 15).

[67] Erläuterungen gemäß http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=148232&idsec=3714&expand=1.
[68] Landtag von Baden-Württemberg: Drucksache 16/3281. Leichenschau und Obduktion in Baden-Württemberg. Stellungnahme des Ministeriums für Soziales und Integration. Geänderte Fassung vom 16.01.2018.
[69] vgl. Madea, B. (2014): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer, Bonn. (S. 179).

Tabelle 15: Obduktionsraten im europäischen Vergleich
Jahr 2015, soweit nicht anders vermerkt

Land	Obduktionsquote	Land	Obduktionsquote
Ungarn	36,7%	Norwegen	8,5%
Finnland	21,2%	Zypern	7,9%
Estland	18,4%	Portugal	6,3% (2005)
Tschechische Republik	17,3%	Kroatien	6,1%
Litauen	16,0%	Rumänien	4,9%
Lettland	15,3%	Schweiz	4,3% (2014)
Slowakei	12,1%	Bulgarien	3,9%
Österreich	11,5%	Dänemark	3,9% (2012)
Schweden	11,2%	Niederlande	3,9% (2008)
Malta	8,6%	Luxemburg	2,7%

Für Belgien, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Slowenien, Spanien und das Vereinigte Königreich liegen keine Daten vor.

Eigene Darstellung auf Basis der World Health Organization: European Health Information Gateway © Prognos AG 2020

Auch im internationalen Vergleich ist ein allgemeiner Rückgang der Autopsie-Häufigkeit zu beobachten[70], was mit Blick auf die Qualität und Qualitätssicherung der Leichenschauen als problematisch angesehen wird. Allerdings wird der Rückgang der Obduktionshäufigkeit – zumindest bis zu einer gewissen Untergrenze – in der internationalen Literatur nicht durchgängig problematisiert, da durch den technologischen Fortschritt die Diagnosemöglichkeiten außerhalb von Leichenöffnungen gestiegen sind.[71]

Zusammenfassung und Bewertung

Der Vergleich zwischen der Durchführung der Leichenschau gemäß Bestattungsgesetz Nordrhein-Westfalen und der – äußerst heterogenen – Praxis in anderen Ländern weist auf mehrere unterschiedlich geregelte Aspekte hin. Zusammenfassend sind folgende Unterschiede zu nennen, die als Anregungen für Überlegungen zur Ausgestaltung von Modellkonzeptionen betrachtet werden sollen:

- In zahlreichen europäischen Ländern ist die Leichenschau und insbesondere die Todesursachendiagnose obligatorisch von den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten durchzuführen. Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst ist die Ausstellung von Todesbescheinigungen dagegen in verschiedenen Ländern nicht gestattet.
- Bei der Prozesssteuerung der Verfahren der Leichenschau kommt in zahlreichen Ländern dem Kriterium der Erwartbarkeit des Todeseintritts eine entscheidende Bedeutung zu. Dies

[70] vgl. Blokker, B. M. et al. (2017) Autopsyrates in the Netherlands: 35 years of decline. PLoSONE 12(6).
[71] vgl. Brooke, H. L. et al. (2017). The Swedish cause of death register. European Journal of Epidemiology. 32(9), 765–773.

setzt i. d. R. die oben angeführte zentrale Rolle der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte bei der Leichenschau voraus, da letztlich nur diese Personen die Erwartbarkeit des Todes fundiert bewerten können. Von der Erwartbarkeit des Todes hängt ab, ob tiefergehende rechtsmedizinische oder – wie im angelsächsischen Coroner-System – behördliche Untersuchungen durchgeführt werden.

- Bei ungeklärten und nichtnatürlichen Todesarten liegt die Ermittlungsverantwortung in den meisten Ländern bei der Kriminalpolizei. Dennoch existieren – abweichend zu Nordrhein-Westfalen – in mehreren Ländern, darunter in Österreich und der Schweiz, Regelungen, die auch in diesen Fällen ärztliche Untersuchungen obligatorisch vorsehen und sich allenfalls in Ausnahmefällen auf nichtmedizinische polizeiliche Untersuchungen beschränken.
- In einigen Ländern werden bei ungeklärter oder nichtnatürlicher Todesart die Ergebnisse der Leichenschauen durch die Justizbehörden dokumentiert und – wie etwa in Spanien – direkt dem für die Führung der Todesursachenstatistik zuständigen Statistischen Amt übermittelt.
- Die Einrichtung eines Medical Examiner-Systems in England und Wales überträgt den örtlichen Gesundheitsbehörden weitreichende Kontroll- und Qualitätssicherungsaufgaben. Es ist zu erwarten, dass dieses System bei einer erfolgreichen Bewährung in der Praxis in den kommenden Jahren die Rolle eines Best Practice-Beispiels in der internationalen Diskussion zur Weiterentwicklung der Leichenschau einnehmen wird.

4.2 Regelungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung in den Bundesländern

In Deutschland gibt es für Leichenschau und Todesbescheinigung keine bundeseinheitlichen Vorgaben. Vielmehr weichen Gesetze und Verordnungen über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen in den Bundesländern deutlich voneinander ab. Im Rahmen der statistischen Analyse sowie der Betrachtung der ärztlichen Leichenschau und der Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren in Nordrhein-Westfalen sind verschiedene Problem- und Fragestellungen identifiziert worden, die nachfolgend im Hinblick auf gute Praktiken mit den Regelungen zur Leichenschau der anderen Bundesländer verglichen werden. Folgende Themenbereiche werden dabei betrachtet:

- Ärztlichen Leichenschau
- Todesbescheinigungsformular
- Todesart- und Todesursache
- Situationsmerkmale der Durchführung der ärztlichen Leichenschau

Gerade durch die zunehmende Digitalisierung gibt es vermehrt Bestrebungen, die Todesbescheinigung in Deutschland zu vereinheitlichen. Ein erstes Konzept hierfür wurde vom Statistischen Bundesamt und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information Mitte des Jahres 2019 vorgestellt.[72] Vor diesem Hintergrund sollte bei der Weiterentwicklung der Leichenschau und Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen darauf geachtet werden, keinen Sonderweg einzuschlagen, sondern die Entwicklungen auf Bundesebene, aber auch in den anderen Bundesländern zu berücksichtigen.

[72] Vgl. Abschlussbericht zum Projekt „Grobkonzeption einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung“ (eTB). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_Projekt_eTB_Grobkonzeption.pdf (letzter Abruf am 28.10.2019).

Besonderheiten bei der ärztlichen Leichenschau

In allen Bundesländern sind approbierte Ärztinnen und Ärzte berechtigt, die Leichenschau und Todesbescheinigung durchzuführen. Im Unterschied zu den Regelungen anderer europäischer Länder sind einzelne Ärztegruppen somit nicht von der Leichenschau ausgeschlossen *(siehe Kapitel 4.1).*

Im Regelfall erfolgt bundesweit die Todesfeststellung, die Leichenschau und Ausstellung der Todesbescheinigung unmittelbar zusammen durch eine leichenschauende Ärztin oder einen leichenschauenden Arzt. Eine Ausnahme stellt Bremen dar: Seit dem Jahr 2017 wird dort die Todesfeststellung von der sogenannten qualifizierten Leichenschau getrennt. Bremen folgt damit dem internationalen Trend der Professionalisierung der Leichenschau.[73]

i

Qualifizierte Leichenschau in Bremen

In Bremen wird seit dem 01.08.2017 jede verstorbene Person einer qualifizierten Leichenschau unterzogen und die Todesfeststellung von der Leichenschau getrennt. Laut dem Gesetz über das Leichenwesen in Bremen soll nach Möglichkeit die Hausärztin bzw. der Hausarzt für die Feststellung des Todes kontaktiert werden. Die qualifizierte Leichenschau wird anschließend durch speziell qualifizierte Leichenschauärztinnen und -ärzte erbracht. Zuständig für die qualifizierte Leichenschau ist das Institut für Rechtsmedizin am Klinikum Bremen-Mitte bzw. das Gesundheitsamt Bremerhaven.[74]

Durch die Umstellung auf das System der Qualifizierten Leichenschau gibt es kein Formularfeld „ungeklärte Todesart“ auf der Todesbescheinigung mehr. Dies hängt damit zusammen, dass die Unkenntnis der genauen Todesursache keine Meldepflicht bei der zuständigen Behörde rechtfertig. Die Meldepflicht besteht, wenn es Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen gibt oder der Tod im zeitlichen Zusammenhang mit einer Operation, Impfung etc. eingetreten ist.

Ausnahmeregelung für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst

In allen Bundesländern sind Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst von der Verpflichtung zur Leichenschau und Todesbescheinigung ausgenommen. Diese können auf die Leichenschau und Todesbescheinigung verzichten – dürfen diese jedoch auch durchführen.

In Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Thüringen gilt diese gesetzliche Ausnahmeregelung auch für Ärztinnen und Ärzte, die für die Behandlung von Notfällen eingeteilt sind, d. h. auch für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst.

In zwölf Bundesländern können sich Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst – anders als in Nordrhein-Westfalen – jedoch nur dann auf die Todesfeststellung beschränken, wenn sie neben der Feststellung des Todes u. a. auch den Todeszeitpunkt und die äußeren Umstände des Todes entsprechend feststellen und dokumentieren. In neun Bundesländern wird dafür das Formular

[73] In den folgenden Ausführungen wird Bremen aufgrund des anders strukturierten Verfahrens nicht in den Vergleich einbezogen.
[74] Vgl. https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Qualifizierte-Leichenschau-Revolution-ist-ausgeblieben-229750.html (zuletzt abgerufen am 09.11.2019).

einer „vorläufigen Todesbescheinigung“ genutzt (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen).

Das Vorgehen bei einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung wird in der nachfolgenden Infobox für das Bundesland Bayern beschrieben:

i

Vorläufige Leichenschau und Todesbescheinigung in Bayern

In Bayern ist nach Art. 15 und 16 des Bestattungsgesetzes – BestG – (BayRS 2127-1-A) in § 3 Absatz 4 der Bestattungsverordnung (BestV) geregelt, dass für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztinnen und Ärzte (d. h. Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst und Ärztinnen und Ärzte im Notdienst), bei Sterbefällen eine vorläufige Todesbescheinigung ausstellen können, sofern sie den Verstorbenen nicht vorher selbst behandelt haben und gewährleistet ist, dass im Nachgang eine vollständige Leichenschau durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt – im besten Falle durch die oder den vor dem Tode behandelnde Ärztin oder behandelnden Arzt – durchgeführt wird[75]. Auf der vorläufigen Todesbescheinigung werden der Tod, der Todeszeitpunkt, der Zustand der Leiche und die äußeren Umstände festgestellt.[76]

Bestehen Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, ist die Ärztin oder der Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen. Die festgestellte Todesart (natürlich, nichtnatürlich, ungeklärt) wird auf der vorläufigen Todesbescheinigung grundsätzlich nicht dokumentiert.

Sofern keine Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod vorliegen, ist durch die Notärztin oder den Notarzt im Rettungsdienst unverzüglich die vollständige Leichenschau durch andere Ärztinnen und Ärzte zu veranlassen. Erfolgt die vorläufige Leichenschau zur Nachtzeit, kann mit der Veranlassung der vollständigen Leichenschau – analog zur allgemeinen Verpflichtung zur Veranlassung der Leichenschau gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 der Bayerischen Bestattungsverordnung – bis zum nächsten Tag gewartet werden.

Stellt sich bei der Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung heraus, dass keine andere Ärztin bzw. kein anderer Arzt und auch kein ärztliches Personal des Gesundheitsamtes, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche befindet (§ 5 BayBestV), in nächster Zeit erreicht werden kann, so muss die Notärztin bzw. der Notarzt die vollständige Leichenschau durchführen.

In Bayern, Brandenburg und Hamburg ist zudem vorgesehen, dass sich der Rettungsdienst nur unter folgenden zusätzlichen Voraussetzungen auf die Todesfeststellung beschränken kann.

[75] Vgl. Hof, M. L. (2001): Die neue ärztliche Leichenschau in Bayern – Teil II. In: Bayerisches Ärzteblatt 7/2001, S.327-330.
[76] §3 Abs. 4 Bestattungsverordnung Freistaat Bayern 2001.

Ausnahmeregelungen für Rettungsdienste

- **Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein:** Beschränkung auf Todesfeststellung nur möglich, wenn zudem Todeszeitpunkt und äußere Umstände des Todes untersucht und dokumentiert werden, z. B. in einer vorläufigen Todesbescheinigung (BestG, BestV der Länder).
- **Bayern und Hamburg:** Beschränkung auf Todesfeststellung nur möglich, wenn die verstorbene Person vorher nicht von der Ärztin bzw. dem Arzt behandelt wurde (§ 3 Abs. 4 BestV Bayern, § 2 Abs. 3 GVBl Hamburg).
- **Brandenburg:** Beschränkung auf Todesfeststellung nur möglich, bei direkter Behinderung eines anderweitigen Rettungseinsatzes (§ 5 Abs. 2 BestG Brandenburg).

Nach der Feststellung des Todes durch den Rettungsdienst muss die „vollständige“ Leichenschau veranlasst und von einer anderen Ärztin bzw. einem anderen Arzt durchgeführt werden. Acht Bundesländer sehen vor, dass der Rettungsdienst die Veranlassung der vollständigen Leichenschau übernehmen muss. In Bayern und Rheinland-Pfalz ist der im Gesetz genannte Veranlasser der Leichenschau, bspw. Angehörige der verstorbenen Person, dafür zuständig.

In Tabelle 16 findet sich ein Überblick der beschriebenen Ausnahmeregelungen; im Anhang C, Tabelle 28 werden die zugrundeliegenden landesrechtlichen Regelungen aufgeführt.

Tabelle 16: Ausnahmeregelungen für Leichenschau und Todesbescheinigung für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst

Bundesland	Bedingungen für die Ausnahmeregelung	Pflicht einer „vorläufigen“ Leichenschau u. Todesbescheinigung*	Pflicht der Veranlassung der vollständigen Leichenschau
Baden-Württemberg		X	X
Bayern	X	X	
Berlin		X	X
Brandenburg	X	X	X
Hamburg	X	X	
Hessen		X	
Meck.-Vor.		X	X
Niedersachsen		X	X
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz		X	
Saarland		X	
Sachsen		X	
Sachsen-Anhalt			X
Schleswig-Holstein		X	X
Thüringen			X

* Alternative Bezeichnungen bzw. Dokumente für die vorläufige Todesbescheinigung in Baden-Württemberg („Todesbescheinigung ohne Ursachenfeststellung“), Mecklenburg-Vorpommern „Bescheinigung zur Feststellung des Todes“) und Niedersachsen („Beschränkte Todesbescheinigung“). In Hamburg und Schleswig-Holstein müssen alternativ bestimmte Teile des Todesbescheinigungsformulars ausgefüllt werden.

Eigene Darstellung auf Basis der Todesbescheinigungsformulare und landesrechtlichen Regelungen.

© Prognos AG 2020

Unverzügliche Veranlassung und Durchführung der Leichenschau

In den meisten Bundesländern muss die Leichenschau nach den landesrechtlichen Bestimmungen „unverzüglich“, d. h. „ohne schuldhaftes Zögern“ erfolgen.

In Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern werden zusätzlich Zeitangaben für die Veranlassung und Durchführung der Leichenschau formuliert:

Zeitliche Angaben zu Veranlassung und Durchführung der Leichenschau

- **Bayern:** Die Leichenschau ist unverzüglich zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen (§ 1 Abs. 1 BestV Bayern)
- **Berlin:** Die Ärztin bzw. der Arzt hat die Leichenschau innerhalb von zwölf Stunden nach der Aufforderung vorzunehmen. Die Frist von 12 Stunden gilt indessen nur, wenn der Tod des Betroffenen bereits als sicher anzusehen ist (§ 6 Abs. 1 BestG Berlin)
- **Bremen:** Die Todesfeststellung ist unverzüglich nach Eintritt des Todes, bei begründeter Verhinderung jedoch spätestens sechs Stunden nach der Aufforderung zur Todesfeststellung vorzunehmen (§ 3 Brem. GBl.)
- **Hamburg:** Die Leichenschau ist unverzüglich, [...] spätestens innerhalb von sechs Stunden nach der Aufforderung hierzu an der vollständig entkleideten Leiche sorgfältig durchzuführen (§ 2 Abs. 1 GVBl. Hamburg).
- **Mecklenburg-Vorpommern:** Die Leichenschau ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von acht Stunden nach der Aufforderung dazu durchzuführen (§ 4 Abs. 1 BestG Mecklenburg-Vorpommern).

Todesbescheinigungsformular

Jedes Bundesland nutzt unterschiedliche Formulare für die Todesbescheinigung. Der Formularsatz der Todesbescheinigung besteht aus einem nichtvertraulichen und einem vertraulichen Teil und entsprechenden Durchschlägen.[77] In allen Bundesländern außer in Thüringen ist der Todesbescheinigung zudem ein Informationsblatt beigefügt, das den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten allgemeine und detaillierte Hinweise zum Vorgehen liefert (z. B. Durchführung Leichenschau, Erläuterungen zur Todesursachenstatistik.

- Der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung ist in allen Bundesländern für die Vorlage beim Standesamt bestimmt und enthält die Angaben für die Beurkundung des Sterbefalls. In Baden-Württemberg und dem Saarland gibt es einen zusätzlichen Durchschlag des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung, der bei Feuerbestattungen an die Ortspolizeibehörde[78] zu übergeben ist. Die Ortspolizeibehörde erteilt in beiden Bundesländern die Erlaubnis zur Feuerbestattung und übermittelt den nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung an die Ärztin bzw. den Arzt der zweiten Leichenschau.

- Der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung umfasst die medizinischen Angaben u. a. zur Todesursachenkaskade und enthält in allen Bundesländern das Blatt für das Gesundheitsamt. Weitere Durchschläge des vertraulichen Teils sind für das zuständige statistische Landesamt, für die Kremations- sowie Sektionsleichenschau sowie als Doppel für die

[77] Ausnahmen sind Bremen (siehe Ausführungen vorab) und Thüringen. In Thüringen gibt es zwei verschiedene Todesbescheinigungen abhängig vom Alter bei Eintritt des Todes („Totenschein 1: für Totgeborene und unter einem Jahr Verstorbene“ und „Totenschein 2: für Verstorbene über einem Jahr“).
[78] Die Ortspolizeibehörde übernimmt als Ordnungsbehörde verwaltende Aufgaben.

leichenschauende Ärztin bzw. den leichenschauenden Arzt vorgesehen (Tabelle 17). Folgende Unterschiede lassen sich zwischen den Bundesländern feststellen:

Durchschläge des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung

- **Bayern und Nordrhein-Westfalen:** zusätzlicher Durchschlag für das Krebsregister.
- **Nordrhein-Westfalen und Thüringen:** kein Durchschlag des vertraulichen Teils für die Kremations- und/oder Sektionsleichenschau.
- **Sachsen-Anhalt und Thüringen:** Die Todesbescheinigung wird sowohl für die äußere Leichenschau als auch für die Autopsie genutzt.
- **Hamburg, Saarland und Schleswig-Holstein:** kein Durchschlag für die Statistik. Im Saarland übersendet das Gesundheitsamt amtliche Fotokopien beider Teile der Todesbescheinigung zur Auswertung an das Statistische Landesamt. In Hamburg und Schleswig-Holstein leitet die zuständige Gesundheitsbehörde die Todesbescheinigungen gesammelt an das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein weiter, sie erhält diese nach Auswertung zur Aufbewahrung zurück.

Neben dem nichtvertraulichen und vertraulichen Teil der Todesbescheinigung gibt es in neun Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen) ein Formular für die vorläufige Todesbescheinigung[79] mit entsprechenden Durchschlägen. Das Formular der vorläufigen Todesbescheinigung besteht meist aus zwei Blättern: die vorläufige Todesbescheinigung ist für die anschließende „vollständige“ Leichenschau gedacht, der Durchschlag für die todesfeststellenden Ärztinnen und Ärzte. In Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Sachsen erhalten zudem die Angehörigen einen Durchschlag.

[79] Nicht in allen Bundesländern wird von einer „vorläufigen Todesbescheinigung“ gesprochen. Im Folgenden wird hier einheitlich der Begriff „vorläufige Todesbescheinigung“ verwendet.

Tabelle 17: Adressaten des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung bzw. der Durchschläge

Bundesländer	Gesundheitsamt	Statistik	Kremations-leichenschau	Sektions-leichenschau	Kremations-/ Sektionsleichen-schau	Krebsregister	Leichenschauende Ärztinnen/Ärzte
Baden-Württemberg	X	X	X	X			X
Bayern	X	X		X		X	X
Berlin	X	X			X		X
Brandenburg	X	X			X		X
Hamburg	X		X	X			X
Hessen	X	X			X		X
Mecklenburg-Vorp.	X	X		X			X
Niedersachsen	X	X	X				X
Nordrhein-Westf.	X	X				X	X
Rheinland-Pfalz	X	X		X			X
Saarland	X		X				X
Sachsen	X	X		X			X
Sachsen-Anhalt	X	X	X	X			X
Schleswig-Holstein	X		X	X			X
Thüringen	X	X		X			X

Eigene Darstellung auf Basis der Todesbescheinigungsformulare und landesrechtlichen Regelungen.

© Prognos AG 2020

Todesart und Todesursache

Zentral für die (Teil-)Prozesse der Todesbescheinigung bis zur Durchführung der Bestattung ist die auf der Todesbescheinigung angegebene Todesart: Bestehen Anhaltspunkte für eine nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart ist die Polizei einzuschalten.

Die Angaben zur Todesart finden sich in den Bundesländern entweder auf dem nichtvertraulichen Teil oder auf beiden Teilen des Todesbescheinigungsformulars. In der Mehrheit der Bundesländer – bis auf Nordrhein-Westfalen – ist die Todesart auf beiden Teilen der Todesbescheinigung anzugeben bzw. wird im Durchschlagverfahren übernommen. In Nordrhein-Westfalen wird die Todesart nur auf dem nichtvertraulichen Teil erfasst.

Beim Aufbau der Formularfelder zur Todesart gibt es zwei unterschiedliche Vorgehensweisen:

- In neun Bundesländern wird bei der Todesart „natürlicher", „nichtnatürlicher" bzw. „ungeklärter Tod" unterschieden.[80] Die Formulierung in Nordrhein-Westfalen beinhaltet eine doppelte Verneinung und ist damit im Vergleich weniger intuitiv gestaltet.[81]
- In sechs Bundesländern ist anzugeben, ob „Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod" bestehen, die Kategorie „natürlicher Tod" wird nicht abgefragt.[82]

Weitere Unterschiede bei Aufbau und Bezeichnung der Felder zur Todesart betreffen folgende Punkte:

i

Unterschiede bei Aufbau und Bezeichnung der Felder zur Todesart

- **Baden-Württemberg, Berlin und Saarland:** ausführliche Beschreibung und Definition der einzelnen Felder zur Todesart auf dem Formular. Expliziter Hinweis, dass die Klassifizierung einer „ungeklärten Todesart" eine sorgfältige Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte voraussetzt.[83]
- **Baden-Württemberg, Bayern und Saarland:** Freitextfelder zur Entscheidungsbegründung zur Todesart.
- **Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt:** Statt von einer „ungeklärten Todesart" wird in Berlin von einer „ungewissen Todesart", in Brandenburg und Sachsen-Anhalt von einer „nicht aufgeklärten" Todesart gesprochen.
- **Baden-Württemberg:** bei Anhaltspunkten für eine nichtnatürliche bzw. ungeklärte Todesart wird erfasst, ob die „Polizei informiert" bzw. „vor Ort" ist.

In Tabelle 29 im Anhang C findet sich ein Überblick über die beschriebenen Unterschiede bei Aufbau und Bezeichnung der Felder zur Todesart in den einzelnen Bundesländern.

[80] Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt.
[81] Bezeichnung in Nordrhein-Westfalen: Gibt es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten? „nein" / „ja", wenn nein, Todesart „natürlich" oder „ungeklärt, ob natürlich/nichtnatürlicher Tod"
[82] Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.
[83] In Baden-Württemberg wird auch in der Bestattungsverordnung explizit darauf hingewiesen, dass die Ärztin bzw. der Arzt für die Leichenschau nötigenfalls Auskünfte über eine dem Tod vorausgegangene Erkrankung und die Todesumstände einzuholen hat.

Die Todesursache wird von der leichenschauenden Ärztin bzw. dem Arzt auf dem vertraulichen Teil der Todesbescheinigung vermerkt. Das hierbei angegebene Grundleiden fließt in die Todesursachenstatistik ein.

Grundsätzlich wird in den Bundesländern bei der Todesursachenfeststellung auf der Todesbescheinigung zunächst nach der zum Tode führenden Krankheit und vorangegangenen Ursachen, einschließlich des Grundleidens gefragt. Anschließend sollen andere wesentliche Krankheiten angegeben werden.

Freitextfelder zur näheren Erläuterung der Todesursache stehen der leichenschauenden Ärztin bzw. dem leichenschauenden Arzt auf dem Todesbescheinigungsformular in zehn Bundesländern zur Verfügung. In neun Bundesländern sind zusätzlich Felder für ICD-Codes auf der Todesbescheinigung vorhanden. Leichenschauende Ärztinnen und Ärzte, die mit dieser Systematik vertraut sind, können nach Möglichkeit eine Klassifizierung vornehmen.

i

Weitere Unterschiede bei Aufbau und Bezeichnung der Felder zur Todesursache

- **Sachsen-Anhalt und Thüringen:** Die Todesbescheinigung wird sowohl für die äußere Leichenschau als auch für die Obduktion genutzt und enthält eine zweifache Erfassung der Todesursachenkaskade.
- **Baden-Württemberg:** Hier wird nach der „vermuteten“ unmittelbaren Todesursache gefragt.

In Tabelle 29 im Anhang C findet sich ein Überblick über die beschriebenen Unterschiede bei Aufbau und Formulierung der Felder zur Todessursache auf den Todesbescheinigungen in den einzelnen Bundesländern.

Situationsmerkmale der Durchführung der äußeren Leichenschau

In allen Bundesländern wird auf der Todesbescheinigung der Sterbezeitpunkt erfasst, der u. a. für die Beurkundung des Sterbefalls beim Standesamt relevant ist.

Sollte der Sterbezeitpunkt nicht feststellbar sein, wird in den meisten Bundesländern nach dem Zeitpunkt der Auffindung der verstorbenen Person gefragt. In Bremen, Hamburg, Hessen und Sachsen-Anhalt wird der Auffindezeitpunkt der Leiche nicht erfasst.

In neun Bundesländern wird nach dem Zeitraum gefragt, in dem der Todeseintritt zu vermuten ist, wenn kein exakter Sterbezeitpunkt angegeben werden kann.[84] In Baden-Württemberg ist zudem anzugeben, wann die Ärztin bzw. der Arzt den Tod festgestellt hat.

[84] Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Warnhinweise auf der Todesbescheinigung sollen u. a. Bestatter und Akteure der zweiten Leichenschau auf Krankheiten hinweisen. Besonderheiten bei der Angabe von Warnhinweisen in den Bundesländern werden in der folgenden Infobox aufgeführt:

i

Besonderheiten bei der Angabe von Warnhinweisen in den Bundesländern

- **Saarland:** Es ist anzugeben, ob u. a. bei Infektionsgefahr eine entsprechende Mitteilung an den Bestatter erfolgte.
- **Schleswig-Holstein:** Die Warnhinweise umfassen lediglich die Frage zu einer bestehenden Infektionsgefahr, die mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten ist. Freitextfelder sind nicht vorhanden.
- **Hessen:** Ärztinnen und Ärzte bestätigten mit der Unterschrift, dass gegen eine Überführung – soweit bekannt – keine seuchenrechtlichen Bedenken bestehen. Weitere Felder für Warnhinweise sind nicht enthalten.

Im Anhang C, Tabelle 30 findet sich ein Überblick über die beschriebenen Unterschiede zu der Angabe von Sterbezeitpunkt und Warnhinweisen.

Zusammenfassung und Bewertung

Nachfolgend werden die im Hinblick auf gute Praktiken identifizierten Regelungen bzw. Prozesse zur Leichenschau und der Todesbescheinigung in anderen Bundesländern zusammengefasst:

- In zwölf Bundesländern können sich Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst nur dann auf die Todesfeststellung beschränken, wenn sie neben der Feststellung des Todes auch Todeszeitpunkt und äußere Umstände des Todes feststellen und dokumentieren. Neun Bundesländer haben dafür eine vorläufige Todesbescheinigung vorgesehen.

- In fünf Bundesländern wurde ein zeitlicher Rahmen für die unverzügliche Durchführung der Leichenschau definiert. Durch die Ausweitung der zeitlichen Rahmensetzung kann einerseits der Einbezug von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten erleichtert werden und andererseits wird die rechtliche Situation leichenschauender Ärztinnen und Ärzte durch klare und praxisnahe Vorgaben gestärkt.

- Einführung eines Durchschlages für die Kremationsleichenschau anstatt des Krebsregisters, letzteren gibt es nur in zwei Bundesländern. Dadurch kann die Qualitätssicherung des Gesundheitsamtes weniger zeitverzögert erfolgen.

- Vereinfachungen des Todesbescheinigungsformulars können die Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren rund um die Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen vereinfachen. Angelehnt an die Formulierung in anderen Bundesländern könnte die Todesart ohne doppelte Verneinung auf der Todesbescheinigung erfasst werden. Zudem könnte die Todesart wie in der Mehrheit der Bundesländer auf beiden Teilen der Todesbescheinigung angegeben werden.

5 Handlungsfelder und Gestaltungsoptionen zur Weiterentwicklung der Leichenschau und Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen

Für die Maßnahmenentwicklung zur Leichenschau und Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen wurde eine Erstbewertung der in den vorausgegangenen Arbeitsschritten erfassten Probleme, Optimierungsmöglichkeiten und -ansätze durchgeführt. Als Auswahlkriterien wurden die quantitative Verbreitung der Probleme, die Auswirkungen auf Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Bewertung der Optimierungsmöglichkeiten und Gestaltungsansätze herangezogen. Die Ergebnisse der Erstbewertung wurden in einer Übersicht aufbereitet und mit der Auftraggeberin in einem persönlichen Treffen abgestimmt und weiter priorisiert.[85]

Die ausgewählten Handlungsfelder und Gestaltungsoptionen wurden anschließend einer vertiefenden qualitativen Analyse unterzogen, die die erneute Beteiligung der medizinischen Akteure sowie Prozessakteure[86] der Modellstädte vorsah. Einerseits wurden leitfadengestützte Einzelinterviews durchgeführt, andererseits wurden bei Themenbereichen, die Schnittstellen oder Prozessketten betreffen, Fokusgruppen durchgeführt. Dieser methodische Ansatz ermöglichte es, die Ursachen und die Entstehung von Problemen über mehrere Akteure zu verfolgen und zu analysieren.

Nach Abschluss der Einzelgespräche und Fokusgruppen erfolgte die systematische Auswertung der Gespräche. Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Um eine Auswertung und Interpretation zu gewährleisten, die wissenschaftlichen Kriterien entspricht, wurden die systematischen, regelgeleiteten qualitativen Textanalyseverfahren nach Mayring[87] als Methoden eingesetzt. Dabei wird eine induktive Kategorienbildung mit einer deduktiven Kategorienzuordnung kombiniert. Soweit mit der zugesicherten Anonymität vereinbar, sind im Folgenden ausgewählte Textpassagen wiedergegeben.

5.1 Zentrale Handlungsfelder zur Weiterentwicklung der Todesbescheinigung und der Leichenschau

5.1.1 Verstärkter Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte

Zentral für den Prozess und die Qualität der ärztlichen Leichenschau und Todesbescheinigung ist der Sterbeort und die Sterbezeit: Diese begründen, welche Ärztegruppe – niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst, Ärztinnen und Ärzte im Notdienst, Krankenhausärztinnen und -ärzte – informiert wird, um die Feststellung des Todes und ggf. die Leichenschau und Todesbescheinigung durchzuführen. Dies ist insbesondere von Bedeutung, als

[85] Die Übersicht findet sich im Anhang B.
[86] Für eine Liste der Gesprächspartnerinnen und -partner siehe S. 43.
[87] Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage. sowie als Überblick: Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 1(2), Art. 20, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204.

dass die Ärztegruppen unterschiedliches Vorwissen über die verstorbene Person haben und auch je Sterbeort auf unterschiedliche Informationen und Dokumentationen zurückgreifen können.

Das Vorwissen und die Informationslage am Sterbeort tragen u. a. dazu bei, dass deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den Ärztegruppen bei den Angaben der Todesbescheinigung und auf Unterschiede bei der Diagnosesicherheit der Todesart und -ursache bestehen. Die im Rahmen des Projektes erfassten Qualitätsmängel betreffen vor allem Todesfälle, in denen die Todesbescheinigung von nicht vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, d. h. durch den ärztlichen Notdienst und durch den Rettungsdienst, ausgefüllt wurde. Gerade bei häuslichen Sterbefällen ist die Einschätzung der Todesart und -ursache für nicht vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte aufgrund fehlender (medizinischer) Information deutlich erschwert und somit das Risiko mangelhafter und unvollständiger Diagnosen erhöht.

Basierend auf den durchgeführten Auswertungen der Todesbescheinigungen, den Gesprächen und Fokusgruppen mit leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten, aber auch der (inter-)nationalen Recherchen, gilt es zu prüfen, inwiefern bessere Voraussetzungen für einen verstärkten Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte bei der Diagnose der Todesursachen geschaffen werden können.

Relevanz auf Grundlage der statistischen Analysen[88]

Differenziert nach Ärztegruppen zeigen die Projektergebnisse, dass Krankenhausärztinnen und -ärzte neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gemessen an der inhaltlichen und formalen Qualität der medizinischen Angaben auf den ausgefüllten Todesbescheinigung am besten abschneiden (*siehe Kapitel 2.2.2*). Der Anteil der Todesbescheinigungen ohne qualitative Mängel (z. B. eingeschränkte Aussagekraft der medizinischen Angaben, fehlende Angabe einer Kausalkette) ist beim ärztlichen Notdienst und Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst am niedrigsten. Von den im Rahmen des Projektes ausgewerteten Todesbescheinigungen wurden 24 Prozent der Todesbescheinigungen durch den ärztlichen Notdienst (15,0 %) und den Rettungsdienst (9,1 %) ausgefüllt.

Der Anteil der Todesbescheinigungen mit qualitativen Mängeln ist insbesondere hoch, wenn nicht vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte ohne Rücksprache der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte die Todesbescheinigung ausfüllen; nur 37 Prozent der untersuchten Todesbescheinigungen waren ohne (formale) Mängel. In über der Hälfte der vom ärztlichen Notdienst oder vom Rettungsdienst ausgefüllten Todesbescheinigungen wurden die Angaben im Formular ohne Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten gemacht.

Die Untersuchungen zum Einbezug der unterschiedlichen Ärztegruppen zeigen, dass Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst bei etwa 80 Prozent ihrer Einsätze zu Zuhause-Sterbefällen gerufen werden. Der ärztliche Notdienst stellt die Todesbescheinigungen in 60 Prozent seiner Einsätze für in Pflegeheimen verstorbene Personen aus, jedoch auch in etwa einem Drittel bei Zuhause-Sterbefällen. Gerade bei häuslichen Sterbefällen liegen weniger (medizinische) Informationen für die Feststellung von Todesart und -ursache vor.

Unterschiede zwischen den leichenschauenden Ärztegruppen gibt es insbesondere hinsichtlich der relativen Häufigkeit der angegebenen Todesarten:

[88] Siehe hierzu auch Kapitel 2.

- Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst kreuzen auf der Todesbescheinigung sehr selten „natürliche Todesart“ an. Auf 47 Prozent der ausgewerteten Todesbescheinigungen vom Rettungsdienst wurde eine ungeklärte Todesart angegeben.
- Auffällig ist, dass der ärztliche Notdienst äußerst selten eine ungeklärte Todesart vermerkt (1,2 %), obwohl gerade bei Zuhause-Sterbefälle wenig medizinische Informationen vorliegen und Ärztinnen und Ärzte im Notdienst zudem selten Rücksprache mit der vorbehandelnden Ärztin bzw. dem vorbehandelnden Arzt halten.

Tabelle 18: Auswahl quantitativer Ergebnisse zur Leichenschau und Todesbescheinigung

Differenzierung nach Ärztegruppe (TB gesamt: N=1.657)

Ärztegruppe	**Ort**	**Qualität**	**Rücksprache**	**Todesart**
Anteil an TB gesamt	*Anteil je Arztgruppe*	*Anteil je Arztgruppe*	*Anteil je Arztgruppe*	*Anteil je Arztgruppe*
Krankenhausärztinnen und -ärzte: 51,5 %	Krankenhaus: 98,4 %	Ohne formale Auffälligkeiten: 45,4%	Ohne Angaben vorbeh. Ärztin bzw. Arzt: 8,4%	Natürlich: 92,5 % Ungeklärt: 5,6 % Nichtnatürl.: 1,9 %
niedergelassene vorbeh. Ärztinnen und Ärzte: 22,5 %	Pflegeheim: 47,7 % Zuhause: 27,3 % Hospiz: 21,7 %	Ohne formale Auffälligkeiten: 59,2 %	/	Natürlich: 99,2 % Ungeklärt: 0,5 % Nichtnatürl.: 0,3 %
Ärztinnen und Ärzte im Notdienst: 15,0 %	Pflegeheim: 60,5 % Zuhause: 30,6 %	Ohne formale Auffälligkeiten: 39,5 %	Ohne Angaben vorbeh. Ärztin bzw. Arzt: 55,6 %	Natürlich: 98,0 % Ungeklärt: 1,2 % Nichtnatürl.: 0,8 %
Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst: 9,1 %	Zuhause: 78,8 % Pflegeheim: 9,9 %	Ohne formale Auffälligkeiten: 23,2 %	Ohne Angaben vorbeh. Ärztin bzw. Arzt: 49,7 %	Natürlich: 42,4 % Ungeklärt: 47,0 % Nichtnatürl.: 10,6 %

Besondere Auffälligkeiten sind farbig hervorgehoben.

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Relevanz auf Grundlage der medizinischen Fachgespräche

Auch in den medizinischen Fachgesprächen wurden Unterschiede zwischen den Ärztegruppen, was die Qualität der Durchführung der Leichenschau und der ausgefüllten Todesbescheinigungen betrifft, identifiziert. Zudem wurden unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Ärztegruppen thematisiert. *(siehe auch Ausführungen Kapitel 3)*. Insbesondere der Zugang zu (medizinischen) Informationen am Sterbeort, das Rollenverständnis der Ärztinnen und Ärzte sowie die unterschiedliche Bewertung der Todesart und -ursache waren Themen. Im Folgenden werden die Ergebnisse für die einzelnen Arztgruppen zusammenfassend dargestellt.

Krankenhausärztinnen und -ärzte

Für die Feststellung von Todesart und Todesursache werden im Krankenhaus die vorliegenden Diagnosen und ggf. Selbstauskünfte im Rahmen der Anamnese herangezogen. Nichtnatürliche bzw. unklare Todesarten betreffen in erster Linie Fälle, bei denen Patientinnen bzw. Patienten aufgrund einer Verletzung ins Krankenhaus gekommen sind, d. h. die Todesursache nicht im Krankenhaus selbst entstanden ist. Todesfälle in zeitlicher Nähe zu elektiven Operationen werden nach Aussage der Befragten i. d. R. als unklar eingestuft.

Niedergelassene vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

Die vorbehandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verfügen im Regelfall über umfassende Kenntnisse der Krankengeschichte. Häufig befanden sich die Patientinnen und Patienten in einer Palliativ-Behandlung und häufig war der Tod erwartet. Übereinstimmend wird von den Fachgesprächspartnerinnen und -partnern davon ausgegangen, dass die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte im Vergleich der vier Arztgruppen am besten geeignet sind, fundierte und differenzierte Aussagen zur Todesursache zu treffen.

Ärztlicher Notdienst

Ärztinnen und Ärzte im Notdienst verfügen i. d. R. über keine Hintergrundinformationen, wenn sie wegen eines Sterbefalls gerufen werden. Häufig handelt es sich dabei jedoch um erwartbare Todesfälle. Liegen entsprechende Krankenakten vor, beruht die Feststellung von Todesart und Todesursache durch den ärztlichen Notdienst zumeist auf Diagnosen vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte. Trotz der bestehenden (Rest-)Unsicherheiten sind die befragten Ärztinnen und Ärzte des Notdienstes im Gegensatz zum Rettungsdienst äußerst zurückhaltend, eine ungeklärte Todesart zu bescheinigen. Nach Angaben der befragten Ärztinnen und Ärzte wird ein Tod im Regelfall nur dann als ungeklärt bzw. nichtnatürlich klassifiziert, wenn er als vollkommen unerwartet bewertet wird und/oder konkrete Anhaltspunkte für eine Fremdeinwirkung gefunden werden.

Als Gründe für den Verzicht auf eine Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten werden u. a. praktische Aspekte angeführt, allem voran der zeitliche Druck, die vollständige Todesbescheinigung auszustellen und bei Verstorbenen zu hinterlassen, damit Bestatter den Leichnam abholen und mit den formalen Vorbereitungen für die Bestattung beginnen können. Zudem wird davor zurückgeschreckt, die Angehörigen mit einem Polizeieinsatz unnötig zu belasten.

Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst

Grundsätzlich sind Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst im Gegensatz zu den anderen Arztgruppen nicht verpflichtet, die Todesbescheinigung und Leichenschau durchzuführen. Bei Sterbefällen werden sie häufig auch zu Einsätzen gerufen, für die sie gemäß ihres Aufgabenprofils im engeren Sinne nicht zuständig sind. Nach Aussage der Befragten sind palliative Fälle im Pflegeheim oder Hospiz, bei denen das Versterben erwartbar war bzw. erwartet worden ist, nicht ungewöhnlich. Häufig sind die Angehörigen in der konkreten Situation auch überfordert und melden sich dann beim Rettungsdienst und nicht bei den vorbehandelnden Ärztinnen bzw. -ärzten. Gerade nachts oder am Wochenende wird häufig der Rettungsdienst gerufen, da die vorbehandelnden Ärztinnen bzw. -ärzte nicht erreichbar sind.

Es wird von der Konvention berichtet, bei der Leichenschau aufgrund von Zeitdruck bzw. aufgrund der fehlenden Kenntnis der Krankengeschichte und Lebensumstände der Verstorbenen eher selten eine natürliche Todesart zu bescheinigen. Dies führt dazu, dass Notärztinnen und -ärzte im

Rettungsdienst besonders häufig eine ungeklärte Todesart auf der Todesbescheinigung vermerken. In diesen Fällen ist regelhaft die Polizei einzuschalten und es wird keine Todesursache auf der Todesbescheinigung vermerkt. Einerseits führt dies zu einem erhöhten Prozessaufwand und andererseits zu einer Belasung der Angehörigen durch die polizeiliche Ermittlungstätigkeit.

Im Rahmen der Fachgespräche wurde von Akteuren, die auch im großstädtischen Raum tätig sind, angemerkt, dass die Häufigkeit der Klassifikation ungeklärter Todesarten durch Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst in Großstädten noch deutlich höher ist als in den Modellregionen. Aus verschiedenen Großstädten wurde berichtet, dass die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst aufgrund dienstlicher Anweisungen oder Empfehlungen im Regelfall eine ungeklärte Todesart feststellen, vorausgesetzt es liegen keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen (nichtnatürlicher Tod) vor.

Zusammenfassung und Bewertung

Grundsätzlich bleibt die valide und umfassende Diagnose der Todesursache und des Grundleidens insbesondere dann zweifelhaft, wenn die Einschätzung und Patientenkenntnis der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht einfließen. Die äußere Leichenschau bietet über die Feststellung des Todes und der Todesart hinaus nur in begrenztem Umfang die Möglichkeit für tiefergehende Diagnosen. Hierfür ist die Kenntnis der Krankengeschichte erforderlich. Liegen keine entsprechenden Informationen vor bzw. wird keine Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten gehalten, können nicht vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte die Todesart und die Todesursache lediglich anhand von Plausibilitäts-Überlegungen diagnostizieren.

- Erfolgt keine Rücksprache bzw. kein Einbezug medizinischer Dokumentationen, kann dies dazu führen, dass bei als natürliche Todesart klassifizierten Todesfällen ungenaue und wenig valide Todesursachenkaskaden auf der Todesbescheinigung eingetragen und entsprechend in die Todesursachenstatistik überführt werden.
- Bei Todesfällen, die aufgrund von Zeit- und Informationsmangel als ungeklärt klassifiziert werden, wird die Polizei eingeschaltet und die Eintragung einer Todesursachenkaskade in die Todesbescheinigung unterbleibt meist vollständig. Somit liegen keine Daten für die Todesursachenstatistik vor. Zudem steigt die Zahl (unbegründeter) Polizeieinsätze. Gerade auch für Angehörige können Polizeieinsätze sowie die fehlende Todesursache zu Belastungen führen.

Die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte werden als gut geeignet für die Angabe der Todesursachen eingeschätzt. Von nicht vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten wird eine Rücksprache mit den vorbehandelnden Kolleginnen und Kollegen grundsätzlich als wichtig und sinnvoll für die Qualitätssicherung bzw. -verbesserung bewertet. Wegen des Aufwandes und der entstehenden Verzögerungen für die weiteren Bestattungsvorkehrungen wird die Praxis der Rücksprache jedoch zugleich als nicht durchführbar eingeschätzt.

Die Möglichkeit, die Todesursachen-Diagnose mit den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten abzustimmen bzw. die Dokumentation der Krankengeschichte verstärkt zu Rate zu ziehen, wird von einer Mehrheit der Befragten als grundsätzlich sinnvoll bewertet. Dadurch soll einerseits eine umfassende Diagnose der Todesursache und der Grundleiden erreicht und andererseits die Zahl der Fälle mit ungeklärter Todesart reduziert werden.

5.1.2 Unsicherheiten und Wissensdefizite bei der Durchführung der Leichenschau und dem Ausfüllen der Todesbescheinigung

Basierend auf den durchgeführten Auswertungen der Todesbescheinigungen und den Gesprächen mit leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten bestehen Anhaltspunkte, die auf Unsicherheiten bei der Durchführung der Leichenschau, dem Ausfüllen der Todesbescheinigung sowie auf unzureichende Kenntnis der Anforderungen an die Leichenschau und das Ausstellen der Todesbescheinigung hindeuten. Im Folgenden wird die Relevanz dieses Befundes anhand quantitativer und qualitativer Projektergebnisse dargelegt.

Relevanz auf Grundlage der statistischen Analysen[89]

Die Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Todesbescheinigungen zeigen, dass weniger als die Hälfte der untersuchten Todesbescheinigungen keine Qualitätsmängel bei den medizinischen Angaben aufweisen. Die vielfach festgestellte eingeschränkte Zuordnungssicherheit bei den medizinischen Angaben (bei 11,2 % der analysierten Todesbescheinigungen) sowie die Einschränkungen bei der Nachvollziehbarkeit der Todesursachenkaskade (bei 25,8 % der analysierten Todesbescheinigungen) kann als Indiz für bestehende Unsicherheiten bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten bezüglich der korrekten Klassifizierung der Todesart und -ursache gewertet werden.

Qualitätsmängel bei der Festlegung der Todesart

Differenzierte inhaltliche Analysen zeigen zudem, dass Fehler in Bezug auf die Festlegung der Todesart auftreten: In 90 Prozent der analysierten Todesbescheinigungen aus den Modellregionen wurde attestiert, dass keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen vorgelegen haben, so dass eine natürliche Todesart bescheinigt wurde. Eine Analyse der medizinischen Angaben zur Todesursache zeigt jedoch, dass in 11,1 Prozent (N = 166) der Todesbescheinigungen, in denen eine natürliche Todesart attestiert wurde, eigentlich eine – nach der medizinisch-naturwissenschaftlichen Definition – nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart hätte klassifiziert werden müssen. Bei 12,7 Prozent (N = 21) von diesen 166 Todesbescheinigungen wurde von Prognos letztendlich ein Grundleiden aus den ICD-10-Kapiteln XIX.-XX. – und damit eine äußere Todesursache – ermittelt. Bei 30,1 Prozent von diesen 166 Todesbescheinigungen (N = 50) wurden bei Todesursachen, Krankheiten oder in der Epikrise äußere Ursachen dokumentiert, oder es wurde eine Unfallkategorie angekreuzt, dennoch wurde eine natürliche Todesart bescheinigt. Bei weiteren 57,2 Prozent (N = 95) gab es einen Hinweis auf eine Operation – i. d. R. als Zustand nach einem chirurgischen Eingriff beschrieben.

Relevanz auf Grundlage der medizinischen Fachgespräche

Wissensdefizite bei Ärztinnen und Ärzten bezüglich der, Diagnose und Dokumentation der Todesursachen und bezüglich der Vorgaben zur Durchführung der Leichenschau werden von den Gesprächspartnerinnen und -partnern in den geführten Einzelinterviews und in der Fokusgruppe grundsätzlich bestätigt. Auch wird der Bedarf an Fortbildungen zum Thema Leichenschau erkannt.

[89] Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Ergebnissen der statistischen Analyse, siehe Kapitel 2.

Wissensdefizite und Unsicherheiten bei der Dokumentation der Leichenschau

Neben der unter leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten weithin unbekannten Bedeutung des Grundleidens wurde von den Gesprächspartnerinnen und -partnern darauf hingewiesen, dass auch bereits bei der Feststellung sicherer Todeszeichen Nachschulungsbedarf bestehe.

> *Zitat: Den leichenschauenden Ärzten ist die Bedeutung des Grundleidens für die Statistik nicht bekannt. Mir war die Bedeutung auch nicht klar und ich habe mir auch keine Gedanken gemacht, welche Relevanz das insgesamt hat. Das Grundleiden habe ich da dann reingeschrieben, aber ich wusste gar nicht, was in die Statistik einfließt.*

> *Zitat: Es gibt viele Missverständnisse, nicht nur die Bedeutung des Grundleidens, sondern auch was sichere Todeszeichen sind, ist nicht allen klar: Stichwort: Hirntod bei Hausbesuchen.*

Es wurde betont, dass leichenschauende Ärztinnen und Ärzte insbesondere Schwierigkeiten mit der Bestimmung der Todesursachenkaskade entsprechend der Vorgabe auf der Todesbescheinigung haben. Diese Schwierigkeiten sind nach Aussage der Befragten zum einen auf Unwissenheit bzw. mangelnde Erfahrung leichenschauender Ärztinnen und Ärzten zurückzuführen und andererseits durch missverständliche Formulierungen auf dem Formular der Todesbescheinigung bedingt.

> *Zitat: Der erste Knackpunkt sind die Formulierungen im Formular. D. h. diese Begriffsverwirrungen. Was ist jetzt Todesursache und was sind zum Tode führende Erkrankungen? Das muss man entzerren durch eindeutigere und einfachere Begrifflichkeiten.*

> *Zitat: Wie baue ich eine Kausalkette auf? Warum ist der Mensch tot? Dieses Wissen fehlt. Die Fragestellung in der Todesbescheinigung ist pathophysiologisch eigentlich logisch. Dies ist aber eigentlich nicht die Frage, die sich ein Arzt stellt. Diese Frage muss sich ein Arzt aber stellen, wenn er den letzten Dienst am Patienten macht. Man muss sich auch ohne Verwaltungslast mit einer Neugestaltung des Formulars der Todesbescheinigung beschäftigen.*

Die Gespräche weisen auch auf Verständnisschwierigkeiten bei der Definition einer nichtnatürlichen Todesart hin. Neben speziellem Wissen zur Bestimmung einer Todesursachenkaskade ist es für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte essenziell, nichtnatürliche Todesfälle bzw. Anhaltspunkte dafür zu erkennen. Nach Aussage der Gesprächspartnerinnen und -partner ist vielen leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten die korrekte Bedeutung des Begriffs Todesart nicht bekannt und häufig wird eine nichtnatürliche Todesart fälschlicherweise mit einem Tod durch Fremdeinwirkung gleichgestellt. Daher sei einerseits eine Anpassung bzw. Vereinfachung des Formulars der Todesbescheinigung in Bezug auf die Qualifikation der Todesart erforderlich. Zudem müsste die ärztliche Aufgabe bei der Bestimmung der Todesart in Abgrenzung zur kriminalistischen Bewertung des Todesfalls vermittelt werden.

> *Zitat: Ich glaube, da liegt ein großes Missverständnis bei den leichenschauenden Ärzten, dass die diese Frage nach natürlichem oder nichtnatürlichem Tod zu einem großen Teil damit in Verbindung bringen, ob ein Fremdverschulden vorliegt.*

> *Zitat: Der leichenschauende Arzt hat eigentlich nur die Frage zu beantworten, ob Anhaltspunkte für einen natürlichen Tod vorliegen oder nicht. Er hat nicht die Frage zu beantworten, ob eine Fremdeinwirkung vorliegt oder nicht. In Fortbildungen muss darauf eingegangen werden, was die ärztliche Aufgabe ist.*

Für die Verbesserung der Qualität der Leichenschau sind ein geeignetes Formular mit unmissverständlichen Formulierungen und eine zweckmäßige Anleitung zur Durchführung der Leichenschau und zum Ausfüllen der Bescheinigung notwendig, aber nicht ausreichend. Die korrekte Feststellung und Dokumentation der Todesart und -ursache erfordert vor allem theoretischen und praktischen Wissensaufbau in Thanatologie und Rechtsmedizin. Durch Fortbildungen und Maßnahmen zur Information und Sensibilisierung von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten kann gezielt auf einen systematischen Wissensaufbau hingewirkt werden.

In den Gesprächen wurde zudem auf einen Fortbildungsbedarf für Ärztinnen und Ärzte mit Sprachbarrieren hingewiesen, die das Ausfüllen des Todesbescheinigungsformulars aufgrund sprachlicher Defizite, fehlender Erfahrung sowie Unklarheiten im Formular vor besondere Herausforderungen stellt.

> *Zitat: Wenn die Todesbescheinigung schon deutsch-sozialisierte Ärzte mit 30 Jahren Berufserfahrung beim Lesen und Verstehen der Sätze vor Herausforderungen stellt, müssen wir uns nicht wundern, wenn Ärzte, die der deutschen Sprache nicht sicher sind und in diesem todesbescheinigungslastigen System tätig sind, damit nicht klarkommen. Ein Arzt, der z. B. in Syrien seine Ausbildung gemacht hat und dort drei Jahre gearbeitet hat, erhält hier seine Zulassung, arbeitet z. B. im Krankenhaus und soll dann im ersten Nachtdienst eine Todesbescheinigung ausstellen. Das ist doch ein Unding. Das kann der nicht, er muss es aber.*

Unklarheiten bezüglich der Vorgaben zur praktischen Durchführung der Leichenschau

In den Gesprächen wurde zudem darauf hingewiesen, dass leichenschauende Ärztinnen und Ärzte teilweise die vollumfängliche Einsicht in die Krankengeschichte des Verstorbenen und andere relevante Dokumente vernachlässigen oder sich beim Pflegepersonal bzw. bei Angehörigen unzureichend informieren, was neben der Untersuchung des Leichnams jedoch einen wichtigen Bestandteil der äußeren Leichenschau ausmacht. Diese für die Feststellung der Todesursache und von Hinweisen auf eine nichtnatürliche Todesart wichtigen Untersuchungsschritte werden aus Sicht der Befragten in der Praxis häufig unvollständig durchgeführt.

> *Zitat: Das größte Problem haben wir bei den Ärzten, die wenig substanzielles Wissen über den Verstorbenen haben und nicht wissen, wie sie diese Informationen erfragen können. Da besteht Fortbildungsbedarf. Und deswegen sagen diese Ärzte dann: Der ist tot, aber ich weiß nicht, warum.*

Die Rechtsvorschriften zur praktischen Durchführung der Leichenschau wurden nach Aussage der Projektpartnerinnen und -partner unterschiedlich ausgelegt. Das Verständnis der Rechtsvorschriften sollte ebenso Inhalt von Fortbildungen sein wie z. B. die Todesfeststellung und Bestimmung der Todesart und -ursache. Dies betrifft bspw. die Sorgfalts-Vorschrift, bei der Leichenschau die Untersuchung sämtlicher Körperöffnungen einzuschließen: Teilweise wird bei der Leichenschau eine eher äußere Untersuchung der Körperöffnungen durchgeführt, teilweise wird die Vorschrift in der Ärzteschaft erheblich weitreichender verstanden und dann jedoch als nicht praktikabel bewertet. Zugleich wird von den Gesprächspartnerinnen und -partnern die Sinnhaftigkeit dieser gesetzlichen Vorgabe angezweifelt.

> *Zitat: Es ist von der Inspektion sämtlicher Körperöffnungen die Rede. Bei einer sorgfältigen Untersuchung kann ich als Arzt davon abweichen, aber das Formular der Todesbescheinigung sieht nicht vor, dass ich die Abweichung sachdienlich begründen kann.*

Aus den Gesprächen ist ebenfalls festzuhalten, dass bei leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten erhebliche Unsicherheiten und Bedenken um die Konsequenzen der Qualifikation einer nichtnatürlichen und ungeklärten Todesart bestehen.

Die Gespräche haben abermals gezeigt, dass die Leichenschau bei bestimmten Todesfällen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und dem ärztlichen Notdienst häufig nicht unmittelbar nach Benachrichtigung, sondern erst zum Ende der Sprechzeiten bzw. Schicht durchgeführt wird. Der praktische Umgang mit der gesetzlichen Bestimmung, die Leichenschau unverzüglich nach Benachrichtigung durchzuführen, wird nicht nur im ambulanten Bereich, sondern auch bei Leichenschauen im Krankenhaus thematisiert.

Unkenntnis über Zweck und Relevanz der Todesursachenstatistik

Auch die Erwartungen und Anforderungen an die Darstellung der Todesursachenkaskade und Epikrise ist leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner weitgehend unklar. Zudem sind bei den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten Zweck und Relevanz der Todesursachenstatistik nicht ausreichend bekannt. Die Bedeutung fundierter und vollständig dokumentierter Todesursachendiagnosen wird von Ärztinnen und Ärzten als eher gering eingeschätzt, so dass ein Nutzen der Todesursachenstatistik für eine verbesserte Gesundheitsversorgung nicht erkannt wird. Eine Sensibilisierung zum Thema der statistischen Verwendung der Angaben der Todesbescheinigung kann aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner zu einer sorgfältigeren Dokumentation der Todesursachen beitragen. Zugleich wurde betont, dass die Verbesserung der Statistik ein übergeordnetes Interesse darstellt und im Vergleich zur individuellen Bedeutung der Leichenschau für Verstorbene und Hinterbliebene nicht übergewichtet werden darf. Die sachgerechte Bestimmung der Todesursachenkaskade und die korrekte Qualifikation der Todesart sind nicht nur relevant für die Todesursachenstatistik, sondern berühren neben strafrechtlichen auch zivil-, versicherungs- und versorgungsrechtliche Fragen.

> *Zitat: Es geht nicht nur um die Verbesserung der Statistik. Das ist das Endergebnis und da hängen auch gesundheitspolitische Ausgaben dran, aber es geht vorrangig um die Sicherheit und individual ausgerichtete Datenqualität bei der letzten ärztlichen Leistung am Patienten. Und daraus erwachsen dann auch besser belastbare Statistiken. Nur die Auswüchse der Qualitätsmängel sind nicht nur statistisch, sondern auch individualspezifisch, wenn z. B. ein Unfall nicht beachtet oder eine berufsbedingte Erkrankung nicht berücksichtigt wird und berechtigte Ansprüche deswegen nicht eingefordert werden können.*

Zusammenfassung und Bewertung

Die dargestellten quantitativen und qualitativen Befunde zu bestehenden Unsicherheiten und Wissensdefiziten bei der Durchführung der Leichenschau beziehen sich insbesondere auf folgende Aspekte:

- Klassifizierung der Todesart und Dokumentation der Todesursachendiagnosen
- Vorgaben zur praktischen Durchführung der Leichenschau
- Zweck und Relevanz der Todesursachenstatistik

Dies lässt auf einen Fortbildungsbedarf schließen. Ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht nach Auffassung der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte, die die Verstorbene oder den Verstorbenen nicht gekannt oder behandelt haben sowie für Ärztinnen und Ärzten mit Sprachbarrieren. Von den Befragten wurde einhellig die Meinung vertreten, dass Fortbildungen grundsätzlich dazu geeignet sind, Mängel bei der

Durchführung und Dokumentation der Leichenschau zu reduzieren. Bestehende Fortbildungen werden stark nachgefragt, allerdings größtenteils von intrinsisch motivierten und für Defizite bereits sensibilisierten Ärztinnen und Ärzten. Zudem gibt es zu wenige Angebote, um leichenschauende Ärztinnen und Ärzte flächendeckend zu erreichen.

> *Zitat: Jeder Arzt muss eine Leichenschau durchführen können. Eine Fortbildung im Jahr ist sehr gut besucht, wir müssten aber eigentlich jede Woche eine Fortbildung anbieten, um alle Ärzte zu erreichen, die zur Leichenschau verpflichtet sind. Mit dem bestehenden Fortbildungsangebot werden vor allem die Ärzte erreicht, die sowieso schon merken, dass sie etwas nicht genau wissen und sich also schon des Problems bewusst sind.*

Ein Umstand, der das langfristige Potenzial von Fortbildungen zur Leichenschau möglicherweise einschränkt, ist die geringe Anzahl an Leichenschauen, die eine einzelne Ärztin oder ein einzelner Arzt durchführt.

> *Zitat: Wir haben das Mengenproblem. Das dürfen wir nicht vernachlässigen. Wie kriegen wir dieses Problem sowohl im niedergelassenen, im Rettungswesen als auch im Krankenhaus geregelt? Für das Krankenhaus gibt es eine relativ einfache Lösung: Es wird im Qualitätsmanagement des Krankenhauses festgeschrieben, dass ein eingestellter Arzt die ersten mindestens fünf bis zehn Leichenschauen nur supervidiert durchführen darf. Dieser Arzt hat das Recht und die Pflicht – wenn er im Bereitschaftsdienst unterwegs ist – den Oberarzt zu rufen.*

5.1.3 Struktur des Todesbescheinigungsformulars

Die Projektergebnisse zeigen, dass eine Überarbeitung des Aufbaus sowie des Inhalts der Todesbescheinigung zu einer Verbesserung des Prozesses sowie zu einer qualitativen Verbesserung der Eintragungen führen kann. Auf Grundlage der durchgeführten Auswertungen der Todesbescheinigungen und den Gesprächen und Fokusgruppen mit unterschiedlichen am Prozess der Todesbescheinigung beteiligten Akteuren wurde insbesondere Anpassungsbedarf an folgenden Stellen identifiziert:

- Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt (Blatt 1, Ziffer 9)
- Todesart (Blatt 1, Ziffer 14)
- Warnhinweise (Blatt 1, Ziffer 15 bis 17)
- Wer hat die Todesursache festgestellt? (Blatt 2, Ziffer 13)
- Todesursache (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20)
- Unfallkategorie (Blatt 2, Ziffer 21)
- Obduktion (Blatt 2, Ziffer 24 bis 25)

Das bisherige Formular enthält an vielen Stellen missverständliche Formulierungen. Aufbau und Struktur der Todesbescheinigung sind für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte sowie für andere am Prozess beteiligte Akteure (z. B. Bestatter, Gesundheitsamt) teilweise nicht nachvollziehbar. Zudem besteht teilweise unnötiger Dokumentationsaufwand. Im Folgenden wird die Relevanz dieses Befundes anhand quantitativer und qualitativer Projektergebnisse dargelegt.

Relevanz auf Grundlage der statistischen Analysen[90]

Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

Die Auswertung der Todesbescheinigungen aus den Modellregionen zeigt, dass die Formulierung zur Angabe des Todes/Sterbezeitpunktes (Blatt 1, Ziffer 9) missverständlich interpretiert werden kann. Erfasst werden soll der Sterbezeitpunkt, die Formulierung lautet hingegen: „Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt". Diese Formulierung kann den Eindruck erwecken, dass der Zeitpunkt der Todesfeststellung eingetragen werden soll.

Dies zeigt sich u. a. daran, dass in 68 Fällen (4,1 % aller Todesbescheinigungen) eine identische Angabe für den Sterbezeitpunkt (Ziffer 9) und den Zeitpunkt der Ausstellung der Todesbescheinigung vermerkt (Ziffer 30) wurde. Darüber hinaus fehlte in zehn Fällen (0,6 %) mindestens eine exakte Zeitangabe zum Sterbe- bzw. Auffindezeitpunkt und in sechs Fällen (0,4 %) waren die Zeitangaben unplausibel, da ein dem dokumentierten Sterbe- bzw. Auffindezeitpunkt zeitlich vorangehender Ausstellungszeitpunkt der Todesbescheinigung angegeben wurde.

Warnhinweise

Die Auswertung der Todesbescheinigungen in den Modellregionen zeigt, wie oben bereits angemerkt, dass insgesamt selten Angaben zu Warnhinweisen des Infektionsschutzes angegeben werden (Blatt 1, Ziffer 15; Kreuz bei „ja": 2,8 %). In etwa sieben Prozent der Fälle erfolgte ein Hinweis auf besondere Verhaltensmaßnahmen, die bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten sind. Dabei wird insbesondere auf das Tragen von Handschuhen/Schutzkittel, einen vorhandenen Herzschrittmacher oder MRSA hingewiesen. In Einzelfällen ist festzustellen, dass bei den Todesursachen bzw. der Epikrise im vertraulichen Teil MRSA erwähnt wurde, gleichzeitig aber keine Hinweise zu entsprechenden Schutzvorkehrungen unter Ziffer 15 bis 17 vermerkt wurden.

Todesursache

Einschränkungen in der Qualität der Todesursachenstatistik entstehen insbesondere, wenn auf der Todesbescheinigung gänzlich keine Todesursachendiagnose dokumentiert wird. In den Modellregionen enthalten insgesamt 2,8 Prozent der Todesbescheinigungen keinerlei medizinische Angaben, d. h. auf Blatt 2 Ziffer 15 bis 19 sind keine Einträge zur Todesursache und zu Krankheiten enthalten und auch zur Epikrise (Ziffer 20) wurden keine Angaben gemacht. Bei diesen Todesbescheinigungen handelt es sich ausschließlich um Fälle mit nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart. In weiteren 3,1 Prozent der Todesbescheinigungen ist die Aussagekraft der medizinischen Angaben sehr gering. In diesen Fällen wurde ausschließlich ein funktioneller Endzustand (Herz-Kreislauf-Versagen oder Herzstillstand) angegeben oder es wurde ein funktioneller Endzustand als Grundleiden bestimmt. Nach diesen Kriterien zu urteilen, entsprechen zusammengerechnet 5,9 Prozent der Todesbescheinigungen aus den Modellregionen eindeutig nicht den Anforderungen an eine aussagekräftige Todesursachenstatistik.

Die eingeschränkte Aussagekraft eines Teils der Todesbescheinigungen spiegelt sich auch in der amtlichen Statistik wider. Als Indikator für die Vollständigkeit und Aussagekraft der Todesbescheinigungen kann die Häufigkeit von Kodierungen mit Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel R „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind" gelten, in denen Diagnosen wie Senilität (R54) oder Kachexie (R64) als Grundleiden ausgewiesen werden.

[90] Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Ergebnissen der statistischen Analyse, siehe Kapitel 2.

In besonderer Weise trifft diese Vermutung der Qualitätseinschränkung bei den Diagnosen R96 bis R99 zu.[91] Für Nordrhein-Westfalen werden in der Todesursachenstatistik 2015 insgesamt 5,7 Prozent der Sterbefälle mit einer R-Diagnose ausgewiesen und insgesamt 4,6 Prozent der Sterbefälle mit einer Diagnose aus dem Bereich R96 bis R99. Deutschlandweit liegt der Anteil der R-Diagnosen für dasselbe Jahr bei 3,0 Prozent bzw. für Diagnosen aus dem Bereich R96 bis R99 bei 2,4 Prozent.

Unfallkategorie

In den Modellregionen wurde auf der Todesbescheinigung in lediglich 2,1 Prozent der Fälle eine Angabe zur Unfallkategorie gemacht (Ziffer 21). Auffällig ist, dass bei lediglich zehn dieser Todesbescheinigungen mit Hinweis auf einen Unfall Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten, angegeben wurden. In 12 Fällen wurde eine natürliche Todesart angegeben, in 14 Fällen auf eine ungeklärte Todesart verwiesen. Die Ergebnisse legen nahe, dass hier auch Unfälle angekreuzt werden, die keine todesursächliche Relevanz haben.

Obduktion

Auf Blatt 2 der Todesbescheinigung wird angegeben, ob die Diagnose durch eine Obduktion gesichert wurde (Ziffer 24) und ob der Obduktionsbefund beiliegt (Ziffer 25). Am häufigsten unbeantwortet auf den untersuchten Todesbescheinigungen bleibt die Frage, ob die Diagnose durch eine Obduktion gesichert wurde (18,2 %).

Relevanz auf Grundlage der Prozess- und Umsetzungsanalyse

In den Gesprächen mit unterschiedlichen am Prozess der Todesbescheinigung beteiligten Akteure wurde abermals auf die Notwendigkeit einer Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars hingewiesen, um die Dokumentation für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte und auch anschließende Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren zu erleichtern.

Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

In den Gesprächen wurde bestätigt, dass die Formulierung zur Angabe des Todes/Sterbezeitpunktes (Blatt 1, Ziffer 9) missverständlich ist und als Zeitpunkt der Todesfeststellung interpretiert werden kann. Für die Beurkundung des Sterbefalls ist hingegen die Dokumentation des Zeitpunktes des Todeseintritts relevant.

> *Zitat: Also der Begriff der Feststellung des Todes ist eigentlich das Irritierende, weil der Arzt das auf seine Feststellung des Todes bezieht. Wenn man es interpretiert als wann hat jemand festgestellt, dass derjenige tot in der Gegend herumliegt, dann muss man eine andere Formulierung finden. Es geht dann möglicherweise in die Richtung, es ist evtl. nicht der Sterbezeitpunkt, sondern es ist der Zeitpunkt, an dem aus erster und laienhafter Beobachtung festgestellt wurde, der ist tot.*

> *Zitat: Hier die Ziffer 10 in dem jetzigen Formular, die geht schon in die richtige Richtung, weil man hier dann sagt, falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar, Leichenauffindung am. Und das ist tatsächlich dann die Alternative zu der ärztlichen Feststellung.*

[91] R96: Sonstiger plötzlicher Tod unbekannter Ursache/R98: Tod ohne Anwesenheit anderer Personen/R99: Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen. Mit R99 werden auch alle Fälle codiert, die der Geheimhaltung unterliegen.

Todesart

Verglichen mit Todesbescheinigungen aus anderen Bundesländern erscheint die Dokumentation der klassifizierten Todesart in einem zweistufigen Verfahren unnötig komplex und fehleranfällig. Die Gesprächspartnerinnen und -partner halten das Verfahren für entbehrlich und bevorzugen vereinfachte Ankreuzmöglichkeiten wie z. B. auf der Todesbescheinigung in Bayern, Hessen oder Sachsen-Anhalt.

> *Zitat: Also aus meiner persönlichen Neigung, das ist so ein bisschen pseudologisch in der Abfrage, mir würden drei Kreuzchen in der Abfrage reichen: natürlich, nicht natürlich oder ungeklärt ist völlig ausreichend. Dahinter kann man immer noch kommentieren – als Erläuterung –, ungeklärt, wenn sich keine hinreichenden Anhaltspunkte ergeben oder nicht natürlich, wenn klare Anhaltspunkte gegeben sind.*

Bei ungeklärten oder nichtnatürlichen Todesfällen ist die Leichenschau gemäß § 9 Abs. 5 BestG NRW nach der sicheren Feststellung des Todes umgehend abzubrechen und die Polizei unverzüglich zu unterrichten. Die Klassifizierung der Todesart wird dabei ausschließlich im nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung explizit vermerkt und daher – sofern nicht in der Epikrise beschrieben – nicht als Information an IT.NRW oder die Krebsregister weitergeleitet. Bisher wird das Feld *Epikrise* uneinheitlich für Angaben zu äußeren Todesursachen genutzt.

> *Zitat: Ich müsste die Möglichkeiten haben, wenn ich eine nichtnatürliche Todesart annehme, irgendwo auf dem Formular etwas handschriftlich niederzulegen, aber möglichst nicht nach ICD. Ich muss dokumentieren können: «Aufgrund dieses oder jenes Befundes ist die Todesart ungeklärt oder Fremdverschulden nicht auszuschließen.» Bisher mache ich keine weiteren Angaben im vertraulichen Teil. Das habe ich offengelassen. Es muss ein eindeutiges Freitextfeld geben, in dem ich Anhaltspunkte dokumentieren kann oder wieso die Todesart ungeklärt ist. Das könnte dann auch der Notarzt ausfüllen.*

> *Zitat: Eigentlich ist der Begriff der Epikrise nicht ganz richtig. Eigentlich müsste da eher «Bemerkungen» stehen.*

In mehreren Gesprächen wurde die Zweckmäßigkeit und Sinnhaftigkeit der Klassifizierungsmöglichkeit einer „ungeklärten“ Todesart in Frage gestellt, da sich aus einer medizinischen Ungeklärtheit allein noch keine Notwendigkeit für polizeiliche Ermittlungen ergebe. Bei der praktischen Durchführung der Leichenschau seien Anhaltspunkte für Fremdverschulden oder Unfall sowie die Erwartbarkeit des Todes und die Plausibilität der Informationen zu den Todesumständen letztlich die entscheidenden Kriterien für bzw. gegen die Einschaltung der Kriminalpolizei.

> *Zitat: Ich würde auf jeden Fall in der Todesbescheinigung das Feld "ungeklärt" streichen. Das Feld "es liegen Hinweise auf eine nichtnatürliche Todesursache vor" ist ausreichend. Dann ist klar, dass ich das nur ankreuze, wenn ich wirklich Hinweise habe.*

> *Zitat: Wenn das kein eindeutiger Herzstillstand ist aufgrund von Altersschwäche oder Herzschwäche, ist das ja eigentlich immer unnatürlich. Also diese Begrifflichkeit ist schwierig. Natürlich ist die Krankheit nicht immer physiologisch, aber der Tod ist dann nicht unnatürlich.*

Warnhinweise

Angaben zum Infektionsschutz sowie Hinweise auf besondere Verhaltensweisen sind für Bestatter oder das Personal des Krematoriums bestimmt. Im Rahmen der Gespräche wurden

Einschätzungen aufgenommen, dass Warnhinweise seitens der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte eher zu selten angegeben werden. Häufig ist das Vorhandensein von übertragbaren Krankheiten aber auch nicht bekannt, so dass der Transport Verstorbener oder die Durchführung der zweiten Leichenschau daher i. d. R. mit entsprechender Schutzvorkehrung, unabhängig der Angaben auf der Todesbescheinigung, erfolgt. Vor diesem Hintergrund sehen einige Interviewte die Dokumentation von Warnhinweisen zum gesundheitlichen Schutz derjenigen, die noch Kontakt zum Leichnam haben, als obsolet.

> *Zitat: Also Infektionen sind für Bestatter auf jeden Fall relevant. Aber wenn die bekannt sind, werden die schon entsprechend gehandhabt, also z. B. MRSA. Aber das kann ja auch nicht verlässlich eingetragen werden. Einige Sachen sind auch nicht bekannt.*

Dennoch wird von Interviewten darauf hingewiesen, dass bestimmte Infektionskrankheiten besondere – über die berufsgenossenschaftlichen Vorschriften hinausgehende – Schutzmaßnahmen erfordern. Bei der Prüfung der Todesbescheinigungen durch das Gesundheitsamt wird auch die Verbreitung bestimmter Infektionskrankheiten anhand der Angaben auf der Todesbescheinigung ausgewertet. Dabei wird bisher nach Stichworten im vertraulichen Teil des Formulars gesucht, da nur ein Textfeld für die Dokumentation von besonderen Verhaltensmaßnahmen, aber kein Textfeld explizit für die Dokumentation von Infektionskrankheiten vorgesehen ist.

> *Zitat: Also aus der Betrachtung des vertraulichen Teils, da gibt es bestimmte Stichworte, die auf Infektionskrankheiten hinweisen. Aber hier bei den Verhaltensmaßnahmen als solches nicht.*

> *Zitat: Auch hier ist das Entscheidende die Formulierung der Frage und die ist wieder am Ziel vorbei. Weil wenn gefragt wird, ob Anhaltspunkte für eine übertragbare Erkrankung nach § 6 oder § 7 vorliegen, umfasst das sozusagen alles Mögliche, auch von banalen Infekten, die meldepflichtig sind..*

> *Zitat: Eigentlich müsste die Frage lauten: Gibt es Anhaltspunkte für eine Infektionskrankheit nach § 6 oder § 7, für die ganz besondere Schutzmaßnahmen erforderlich sind. Ja oder Nein. Es wird ja hier nur nach Krankheiten gefragt. Und MRSA ist so eine klassische Konstellation, wenn der Patient MRSA hat und der Bestatter nutzt all die ihm normalerweise vorgegebenen Schutzmaßnahmen des Selbstschutzes, dann kann da auch eigentlich nichts passieren und dann braucht er das auch gar nicht zu wissen. Dann ist die Information irrelevant. Nur wenn es sich um Lassa-Fieber handelt, wo er eben aufpassen müsste. Also eben nur bei besonderen Maßnahmen ist das Ganze von Bedeutung. Ich würde sagen, also zwei Stufen würden ausreichen: Sind die von der Berufsgenossenschaft vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen ausreichend oder sind weitere besondere Maßnahmen erforderlich.*

Wer hat die Todesursache festgestellt

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung (Blatt 2) ist unter Ziffer 13 anzugeben, ob die Todesursache von der vorbehandelnden Ärztin bzw. vom vorbehandelnden Arzt festgestellt wurde. Ist die leichenschauende Ärztin bzw. der leichenschauende Arzt nicht vorbehandelnde Ärztin bzw. vorbehandelnder Arzt, ist anzugeben, ob die Todesursache «nach Angaben» oder «ohne Angaben des behandelnden Arztes» festgestellt wurde. Der Inhalt dieser Frage wird von befragten Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich interpretiert und ausgefüllt. Ein Teil der Befragten versteht eine Bejahung bei „nach Angaben des behandelnden Arztes“ in einem engen Sinne, bei dem ein persönliches Gespräch stattgefunden haben muss. Für einen anderen Teil der Befragten müssen lediglich Unterlagen von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten bei der Leichenschau vorliegen, um die entsprechende Frage zu bejahen. Diese Angabe auf der Todesbescheinigung – gleich wie die Frage formuliert ist – liefert dem Gesundheitsamt nach eigener Einschätzung jedoch keinen Mehrwert.

Zitat: Eigentlich brauchen wir die Angabe nicht. Doch natürlich, wenn wir hier über Unstimmigkeiten stolpern, ist natürlich schon die Frage, wer hat hier die TB ausgestellt. Aber es wird nicht wirklich ausgewertet, sondern gibt uns einfach nur ein Bild davon. Momentan hat es für uns keine direkte Relevanz.

Todesursache

Entscheidend für eine zuverlässige und aussagekräftige Todesursachenstatistik ist eine sorgfältige Dokumentation der Todesursache. Mit dem Ziel der Verbesserung der Statistik wird von allen am Prozess der Todesbescheinigung beteiligten Akteuren insbesondere auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Felder zur Todesursache zu überarbeiten. Die Gespräche haben abermals gezeigt, dass leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten i. d. R. die Bedeutung des Grundleidens für die Statistik nicht bekannt ist und die – häufig besonders schwierig zu bestimmende – unmittelbare Todesursache bei der äußeren Leichenschau die höchste Relevanz besitzt. Hinweise und Erläuterungen auf der Todesbescheinigung zur Bedeutung des Grundleidens würden eine Hilfestellung für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte darstellen und ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Statistik haben.

Die Todesbescheinigung gibt leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten bei der Angabe des Krankheitsverlaufs eine bestimmte Struktur vor, die sich nach dem Muster der WHO richtet. In NRW sieht das Formular die Angabe einer vierstufigen Kausalkette vor, anhand derer leichenschauende Ärztinnen und Ärzte die Stimmigkeit des Krankheitsverlaufs plausibilisieren können. Gesprächspartnerinnen und -partner meldeten zurück, dass diese Struktur sowie Hinweise und Erläuterungen den Zweck einer Hilfestellung zur Angabe und Plausibilisierung der Kausalkette nicht erfüllt und von der Relevanz des Grundleidens ablenkt.

Zitat: Gerade bei der unmittelbaren Todesursache stehe ich oft auf dem Schlauch. Wenn ich höre, dass der seit Tagen nicht gegessen und nichts getrunken hat, dann kann ich mir meine Vorstellungen machen.. Ich versuche das möglichst alles korrekt zu machen und bloß kein Kreuz zu vergessen. Aber mir als Ärztin bringt das überhaupt nichts, zu wissen, was letztendlich zum Tod geführt hat.

Die Angabe einer vierstufigen Kausalkette ist aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner nicht erforderlich. Eine dreistufige Kausalkette sei ausreichend.

In vielen Bundesländern werden auf der Todesbescheinigung ICD-Codes erfasst, die von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten zusätzlich zu Diagnosetexten optional einzutragen sind. In den Gesprächen wurde die Möglichkeit zur optionalen Angabe von ICD-Codes diskutiert, jedoch insbesondere von den interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verworfen. Auch aus Sicht von IT.NRW bietet die zusätzliche Angabe von Codes keinen Mehrwert. Zudem stünde die Übertragung von ICD-Codes im Konflikt mit der Routine, die textlichen Einzeldiagnosen zu kodieren.

Zitat: Die Erfassung von ICD-Codes wäre ein unrealistischer Aufwand für Ärzte. Die meisten Ärzte sind mit der Systematik nicht vertraut und müssten immer einen ICD-Katalog mit sich tragen.

Bewertung und Zusammenfassung

Für die Abschnitte/Elemente der Todesbescheinigung, für die auf Grundlage der Projektergebnisse Anpassungsbedarf identifiziert wurde, wurden von Prognos alternative Gestaltungsoptionen entwickelt, die in den Gesprächen diskutiert und hinsichtlich ihres Verbesserungspotenzials bewertet wurden. Mit diesen Gestaltungsoptionen sind folgende Anpassungen vorgesehen:

- Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt (Blatt 1, Ziffer 9): Eindeutige Trennung des Feldes zur Angabe des Sterbezeitpunktes von der Angabe zur Feststellung des Todes und ein zusätzliches Feld zur Angabe eines Zeitintervalls des Todeseintritts.
- Todesart (Blatt 1, Ziffer 14): Vereinfachung der Klassifizierung durch Reduzierung auf ein einstufiges Verfahren (Natürlicher Tod/Anhaltspunkte für nichtnatürlichen Tod/Todesart ungeklärt). Explizite Angabe der Todesursache bei nichtnatürlicher Todesart.
- Warnhinweise (Blatt 1, Ziffer 15 bis 17): Erfassung von Hinweisen für Infektionskrankheiten und von besonderen zusätzlichen Schutzmaßnahmen.
- Wer hat die Todesursache festgestellt? (Blatt 2, Ziffer 13): Formularfeld entfällt.
- Todesursache (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20): Reduzierung des Umfangs der anzugebenen Todesursachenkaskade, zusätzliche Erläuterungen zur Bedeutung des Grundleidens, Erfassung der vermuteten unmittelbaren Todesursache und Änderung der Formulierung zur Angabe der Epikrise. Explizite Erfassung von Anhaltspunkten für nichtnatürlichen Tod und eindeutig getrennte Erfassung von natürlichen und nichtnatürlichen Todesursachen.
- Unfallkategorie (Blatt 2, Ziffer 21): Reduzierung des Detaillierungsgrades bei der Angabe der Unfallkategorie (Erfassung der Kategorie Wegeunfall entfällt).
- Obduktion (Blatt 2, Ziffer 24 bis 25): Verzicht auf Angaben zur Obduktion auf der Todesbescheinigung.

Darüber hinaus wurde geprüft, inwiefern weitere aus Sicht der Akteure relevante Informationen bislang nicht (systematisch) dokumentiert werden und damit als Ergänzung der Todesbescheinigung in Erwägung gezogen werden sollten.

5.1.4 Qualitätskontrolle der Todesbescheinigungsformulare

Mehrere Akteure kommen im Prozess zwar der Aufgabe nach, einzelne Teile der Todesbescheinigung zu prüfen, jedoch gibt es dazu kein festgelegtes Verfahren mit verbindlichen Qualitätsstandards *(siehe Kapitel 3.2)*. Hierbei geht es vor allem um die Frage, inwiefern fehlende Angaben auf den Todesbescheinigungen vervollständigt und zusätzliche im Gesamtprozess gewonnene Informationen (u. a. für IT.NRW) dokumentiert werden können. Im Folgenden wird die Relevanz dieses Befundes anhand quantitativer und qualitativer Projektergebnisse dargelegt.

Relevanz auf Grundlage der statistischen Analysen[92]

Die Todesbescheinigungen wurden unter verschiedenen Qualitätsaspekten untersucht und bewertet. Grundsätzlich wurden dabei in beiden Modellregionen formale und inhaltliche Qualitätsmängel bei den allgemeinen und medizinischen Angaben festgestellt. Die formalen und inhaltlichen Mängel betreffen insbesondere die Lesbarkeit, die Vollständigkeit und die Aussagekraft der Angaben auf den Formularen der Todesbescheinigung:

- Eingeschränkte Aussagekraft der medizinischen Angaben: 3,1 %
- Unvollständige Kausalkette: 8,0 %
- Formale Qualitätsmängel in der angegebenen Kausalkette: 25,8 %
- Unlesbare Angaben/niedrige Zuordnungssicherheit: 14,7 %

[92] Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Ergebnissen der statistischen Analyse, siehe Kapitel 2.

In 2,8 Prozent (N = 47) der analysierten Todesbescheinigungen fehlen die Angaben zur Todesursache bei nichtnatürlicher/ungeklärter Todesart komplett. Dies liegt u. a. daran, dass die Todesursache im Rahmen eines polizeilichen Ermittlungsverfahrens nicht ermittelt wird bzw. die medizinischen Angaben nicht vervollständigt werden. Dies betrifft insbesondere die Fälle, in denen die leichenschauende Ärztin bzw. der leichenschauende Arzt aufgrund fehlender Informationen vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte keine Ursachenkaskade angeben konnte. Inwiefern bei allen Todesfällen mit nichtnatürlicher/ungeklärter Todesart ein Ermittlungsverfahren durchgeführt wurde, lässt sich aufgrund fehlender Dokumentation (z. B. Aktenzeichen der Ermittlungen) nicht bei allen Todesbescheinigungen zweifelsfrei feststellen.

Eine zusätzliche Stichprobenprüfung von 294 Todesbescheinigungen natürlich klassifizierter Todesfälle durch Prof. Klintschar, die 20 Prozent der erfassten Todesbescheinigungen mit natürlicher Todesart umfasste, kam zu dem Ergebnis, dass 2,4 Prozent der Todesbescheinigungen als nichtnatürlich und 5,4 Prozent als ungeklärt hätten klassifiziert werden müssen. Die Ergebnisse dieser Prüfung lassen auf Einschränkungen der medizinischen Plausibilität der Todesbescheinigungen schließen.

Die quantitativen Projektergebnisse deuten darauf hin, dass im bestehenden Gesamtprozess der Leichenschau und Todesbescheinigung in den Modellkommunen die systematische Prüfung und Vervollständigung der medizinischen Angaben der Todesbescheinigung sowie die Dokumentation zusätzlich erfasster Informationen nicht immer umfassend gewährleistet werden kann.

Relevanz auf Grundlage der Prozess- und Umsetzungsanalyse

Wie die Prozess- und Umsetzungsanalyse gezeigt hat, finden in Teilbereichen und zu Teilaspekten des Prozesses der Todesbescheinigung verschiedene einzelne Qualitätsprüfungen statt. Bei der Untersuchung der Qualitätsprüfung ist die Unterscheidung in die Prüfung des nichtvertraulichen sowie des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung zentral. Eine Qualitätsprüfung durch Bestatter und Standesamt kann nur die Angaben auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung umfassen. Lediglich das Gesundheitsamt sowie im Falle einer Feuerbestattung die Ärztinnen und Ärzte der zweiten Leichenschau haben im weiteren Prozess Einsicht in beide Teile der Todesbescheinigung.

Wird ein Ermittlungsverfahren bei nichtnatürlicher/ungeklärter Todesart eingeleitet, liegt der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung der Polizei zur Einsicht vor, jedoch erfolgt dort keine Prüfung der Angaben, zumal die Todesbescheinigung an sich nicht als relevant für die Ermittlungsarbeit der Polizei eingeschätzt wird. Die Polizei ist somit als Prüfakteur nicht weiter zu berücksichtigen.

Formale Kontrolle durch Bestatterinnen und Bestatter (nichtvertraulicher Teil TB)

Nach Erhalt der Todesbescheinigung führen Bestatter i. d. R. eine formale Kontrolle der Angaben des nichtvertraulichen Teils – insbesondere personenstandsrechtliche Angaben, Angaben zur Todesart, Feststellung des Todes/Todeszeitpunkt – auf ihre Vollständigkeit durch. Sind die Angaben in der Todesbescheinigung unvollständig bzw. fehlerhaft, geht der Bestatter auf die leichenschauende Ärztin oder den leichenschauenden Arzt zu und lässt die entsprechenden Angaben ergänzen. Aussagegemäß sind ca. fünf bis zehn Prozent der nichtvertraulichen Teile der Todesbescheinigung unvollständig bzw. fehlerhaft. Als häufige Mängel wurden der fehlende Zeitpunkt der Leichenauffindung, fehlende Datumsangaben, fehlende Unterschriften sowie fehlende Stempel genannt. Die formale Vollständigkeitskontrolle wird damit begründet, dass das Standesamt eine

Sterbeurkunde nur dann ausstellt, wenn der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung vollständig und formal korrekt ausgefüllt vorgelegt wird.

Formale Kontrolle durch Standesamt (nichtvertraulicher Teil TB)

Das Standesamt nimmt nach Erhalt der Todesbescheinigung eine Prüfung der Angaben der Sterbefallanzeige, des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung und der persönlichen Urkunden vor. Häufig ergeben sich z. B. Abweichungen bei der Schreibweise von Namen, bei Angaben zum Geburtsdatum oder bei der Meldeadresse. Sind die Informationen bzw. Dokumente nicht vollständig, wird bspw. der Bestatter angehalten die fehlenden Informationen einzuholen, oder das Standesamt recherchiert nach Möglichkeit die korrekten Daten nach. Häufige formale Mängel des nichtvertraulichen Teils der Todesbescheinigung betreffen aussagegemäß fehlende Angaben zum Sterbezeitpunkt, eine mangelhafte Lesbarkeit, nicht eindeutige oder gesondert bestätigte Korrekturen der Angaben sowie fehlende Angaben zum Namen der leichenschauenden Ärztin oder des leichenschauenden Arztes.

Formale und inhaltliche Kontrolle durch Ärztinnen und Ärzte der zweiten Leichenschau bei Feuerbestattung (TB gesamt)

Zentrale Aufgabe der zweiten Leichenschau ist die Prüfung auf Anhaltspunkte eines nichtnatürlichen Todes. Hierbei wird zunächst die Todesbescheinigung gesichtet. Anschließend wird der entkleidete Leichnam auf äußere Auffälligkeiten sowie Auffälligkeiten in den Körperöffnungen begutachtet und mit den in der Todesbescheinigung dokumentierten Angaben verglichen. Die Qualität der in den Todesbescheinigungen vermerkten medizinischen Angaben wird insgesamt als eher schlecht bewertet. Als zentrale Qualitätsdefizite wurden bspw. genannt: Fehlende Klassifizierungen von Erkrankungen, insbesondere Karzinomen, nicht vollständig ausgefüllte Todesursachenkaskade, Eintragungen zu medizinischen Angaben an der falschen Stelle, oder unleserliche Eintragungen, auch aufgrund von Abkürzungen.

Formale und inhaltliche Kontrolle durch Gesundheitsamt (TB gesamt)

Nach Erhalt der Todesbescheinigung wird durch die Gesundheitsämter eine mehrstufige Prüfung durchgeführt. Zum einen wird geprüft, ob bei als natürlich klassifizierten Todesarten Anhaltspunkte für eine nichtnatürliche Todesart vorliegen. Zum anderen wird gemäß BestG NRW die Lesbarkeit geprüft bzw. die Lesbarkeit ggf. unter Rücksprache mit den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten wiederhergestellt. Bezüglich der Prüfungen durch die Gesundheitsämter ist festzuhalten, dass hierbei keine medizinisch-fachliche Prüfung der Todesursachenkaskade hinsichtlich ihrer Plausibilität und Aussagekraft erfolgt. Zudem gibt es kein klar definiertes Verfahren mit einheitlichen Standards für die Überprüfungen und Korrekturen an den Todesbescheinigungen.

Einen wesentlichen Einfluss auf die praktischen Möglichkeiten für Qualitätsprüfungen des Gesundheitsamts ist der Zeitpunkt des Erhalts der Todesbescheinigung. Bei natürlichen Todesfällen erhält das Gesundheitsamt gemäß der derzeitigen Praxis nur dann beide Teile der Todesbescheinigung gleichzeitig vom Standesamt, wenn eine Erdbestattung vorgenommen wird. Im Rahmen von Feuerbestattungen wird derzeit in der Praxis lediglich der nichtvertrauliche Teil vom Standesamt übermittelt, der vertrauliche Teil wird erst nach der zweiten Leichenschau i. d. R. vom Krematorium übersendet, bei dem die zweite Leichenschau zumeist stattfindet. Dies erfolgt nach Einschätzung der Gesundheitsämter überwiegend innerhalb von zwei Wochen, verzögert sich zum Teil aber auch deutlich. In Einzelfällen sind regelmäßig auch Nachforschungen des Gesundheitsamtes zum Verbleib der Todesbescheinigungen notwendig.

Zum einen ist es den Gesundheitsämtern durch den verzögerten Erhalt der Todesbescheinigungen vielfach nicht möglich, diese fristgerecht (bis zum 10. des Folgemonats[93]) an IT.NRW weiterzuleiten. Das systematische Nachhalten per mehrfachem Abgleich der Sterbefall-Listen und der übersendeten Todesbescheinigungen führt zu Mehraufwand. Zum anderen kann eine prinzipiell wohl erwartete sachliche Überprüfung der Angaben zur Todesursache im vertraulichen Teil durch das zuständige örtliche Gesundheitsamt häufig nicht zeitnah erfolgen. Zwar erfolgt stattdessen eine analoge, teils aber deutlich zeitverzögerte Prüfung durch die externe zweituntersuchende (Amts-)Ärztin oder (Amts-)Arzt am Krematorium, die oder der jedoch für eine sachgerechte Klärung deutlich ungünstigere Optionen hat, als das vor Ort mit den Verhältnissen und Strukturen eher vertraute Gesundheitsamt.

Zur Prüfung auf Anhaltspunkte eines nichtnatürlichen Todes werden die medizinischen Angaben des vertraulichen Teils auf Unstimmigkeiten geprüft. Es wird dabei ausschließlich auf eindeutige Hinweise eines nichtnatürlichen Todes geprüft. In der praktischen Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter ist davon die Überprüfung der Lesbarkeit der Diagnose nur schwer abzugrenzen. Als größte Fehlerquellen wurden eine fehlerhafte Chronologie der Zeitangaben zu Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkts und die Ausstellung der Todesbescheinigung genannt. Bei erheblicher Unvollständigkeit der medizinischen Angaben zur Todesursachenkaskade im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung wird Rücksprache mit den ausstellenden Ärztinnen und Ärzten gehalten, um diese Angaben zu ergänzen. Allerdings ist in den Gesundheitsämtern diesbezüglich kein standardisiertes Prüf- und Nachfrageverfahren etabliert. Folgende regionale Verfahren haben sich in den beiden Modellregionen etabliert:

- Im Gesundheitsamt Detmold erfolgt die Rücksprache direkt durch die/den Verwaltungsfachangestellte/n. Ergänzungen werden der Todesbescheinigung als Notiz beigefügt.
- Im Gesundheitsamt Mettmann werden Rückfragen zuerst zwischen der Sachbearbeitung und der Amtsärztin oder dem Amtsarzt bilateral besprochen. In Fällen, in denen keine Klärung vorgenommen werden kann, erfolgt die Rücksprache mit der leichenschauenden Ärztin oder dem leichenschauenden Arzt durch die Amtsärztin oder den Amtsarzt. Die Weiterleitung der ergänzenden Informationen an die Sachbearbeitung war jedoch nicht institutionalisiert, so dass diese der Todesbescheinigung bisher nicht als Notiz beigefügt wurden.

Zusammenfassung und Bewertung

Verschiedene Akteure – Bestatter, Standesamt, Ärztinnen und Ärzte, zweite Leichenschau, Gesundheitsamt – nehmen im Gesamtprozess eine Prüfung der Angaben der Todesbescheinigung vor. Den jeweils beteiligten Akteuren sind ihre Aufgaben und Verfahren dabei übergreifend bekannt. Dies erleichtert das Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure und die Verzahnung mit ihren jeweiligen Einzelprozessen. Jedoch erfolgen diese Einzelprozesse bzw. Schnittstellenprozesse teilweise ohne systematisches Vorgehen. Vielmehr haben sich regional unterschiedliche Prozesse in den beiden Modellregionen entwickelt.

Die Prüfung der Angaben auf dem nichtvertraulichen Teil erfolgt i. d. R. zuverlässig durch die Bestatter und das Standesamt. Zur Verbesserung der in Kapitel 2.2.21 dargestellten Mängel der medizinischen Angaben auf dem vertraulichen Teil der Todesbescheinigung, könnte prinzipiell aus fachlicher Sicht das örtliche Gesundheitsamt einen zentralen Beitrag zur Qualitätsverbesserung leisten. Die Einführung einer entsprechenden verbindlichen Regelung für ausgeweitete Prüfpflichten und der Finanzierung des entstehenden Mehraufwands würden allerdings weitreichende

[93] Runderlass „Todesbescheinigung“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25. Juli 2003

Abstimmungen zwischen den föderalen Ebenen erfordern, deren Durchführung innerhalb des beauftragten Projekts zur Entwicklung von Modellkonzeptionen von Seiten der Beteiligten als nicht realistisch bewertet werden. Vielmehr sollten sich Überlegungen zu Handlungsansätzen darauf richten, wie die Gesundheitsämter mit allenfalls geringem Mehraufwand in Eigenregie effektivere Prüfungen durchführen können. Weiter können Verfahren zur Verbesserung des Informationsaustausches entwickelt und empfohlen werden, um den Informationstransfer zwischen den Akteuren zu verbessern, der aktuell teilweise auf individuellen Absprachen beruht. Das gleiche gilt für die Dokumentation der im Prozess gewonnenen Erkenntnisse und durchgeführten Klärungen, für die es kein empfohlenes Verfahren gibt.

5.2 Gestaltungsoptionen für den Prozess der Leichenschau und Todesbescheinigung

5.2.1 Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung und Verbesserungen bei der Informationsgrundlage am Sterbeort

Für die Verbesserung der Qualität der Leichenschau und Todesbescheinigung werden folgende Möglichkeiten für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst und für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst zur Verbesserung der Qualität der Todesbescheinigung und Leichenschau diskutiert:

- Verstärkte bzw. verpflichtende Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte und/oder verstärkter Einbezug der Dokumentation der Krankengeschichte
- Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung
- Aufschub der Veranlassung und Durchführung der Leichenschau und der Todesbescheinigung

Maßnahmen für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst

Ein systematischer Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte bzw. der Dokumentation der Krankengeschichte bei Rettungsdienst-Einsätzen kann zu einem Rückgang der Häufigkeit, der aufgrund fehlender Informationen vorgenommenen Klassifizierung von ungeklärten Todesarten beitragen. Hierdurch kann die Qualität der Todesursachenbestimmung verbessert werden, da bisher i. d. R. bei ungeklärten Todesarten keine Todesursache auf der Todesbescheinigung vermerkt wird. Zudem können unnötige Polizeieinsätze vermieden werden, die einerseits personelle und finanziellen Ressourcen benötigen und andererseits zu einer Belastung der Angehörigen führen können.

(Verpflichtende) Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten

Eine Verpflichtung zur generellen Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten wird seitens der befragten Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst kritisch bewertet. Die Rahmenbedingungen im Rettungsdienst stehen einer regelhaften Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten während der Leichenschau entgegen. Einerseits ist es aufgrund weiterer Notfälle zeitlich häufig nicht möglich, eine umfassende und valide Leichenschau durchzuführen bzw. Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten zu halten. Andererseits setzt eine verpflichtende Rücksprache die Erreichbarkeit der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte voraus. Gerade nachts und am Wochenende kann dies nicht umfassend sichergestellt werden.

> *Zitat: Das Rückfragen der Notärzte im Rettungsdienst an vorbehandelnde Ärzte kann ich mit Sicherheit nicht zur Auflage machen, weil man die Hausärzte/Praxis nicht immer erreichen kann. Wenn es*

zu einer normalen Uhrzeit vorkommt, dann versuche ich auch den Hausarzt zu erreichen und mit dem zu sprechen.

Zitat: Das Problem, die vorbehandelnden Ärzte sind in ihren Praxisbetrieb gebunden und vielfach werden sie auch nicht erreicht oder können nicht Stellungen beziehen, weil sie Hausbesuche oder Mittagszeit haben etc. Das sind alles Hemmnisse, wo die Versuche, die die Notärzte im Rettungsdienst unternehmen, geblockt werden oder nicht zum Erfolg führen und vielleicht machen es manche Notärzte im Rettungsdienst deswegen gar nicht.

Ist die vorbehandelnde Ärztin bzw. der vorbehandelnde Arzt nicht erreichbar und liegt zudem keine umfangreiche Behandlungsdokumentation am Sterbeort vor, kann keine valide Todesursachenfeststellung durch Ärztinnen und Ärzte des Rettungsdienstes erfolgen. Gerade bei Zuhause-Sterbefällen, aber teilweise auch im Pflegeheim, müsste dafür eine bessere Behandlungsdokumentation vorgehalten werden, die es Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst ermöglicht, die Todesart und Todesursachenkaskade eindeutig zu bestimmen.

Zitat: In 99 Prozent der Fälle, wenn der Rettungsdienst eine ungeklärte Todesart ankreuzt, wird dies aus Mangel an Informationen gemacht. Es muss eine für eine qualifizierte Leichenschau ausreichende Behandlungsdokumentation vorliegen.

Zitat: Wenn Informationen vor Ort vorliegen, kann auch ein Notarzt ohne viel Aufwand die Leichenschau vernünftig durchführen.

Grundsätzlich wurden von den Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst deutliche Bedenken geäußert, ob die Feststellung einer eindeutigen Todesursache für überhaupt möglich ist. In Anbetracht dieser Vorbehalte ist es fraglich, ob Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst mit umfangreicher Behandlungsdokumentation – insbesondere in Großstädten – häufiger einen natürlichen Tod feststellen würden, da sie weder zur Leichenschau noch zur Ausstellung der Todesbescheinigung verpflichtet sind und sich teilweise auf die Feststellung des Todes beschränken (§ 9 Abs. 3 BestG NRW).

Zitat: Aber am Ende ist die Schwierigkeit immer, die endgültige Todesursache festzulegen sowohl für den Notarzt als auch für den Hausarzt schlicht unmöglich, dies kann eigentlich im Endeffekt nur der Rechtsmediziner durch eine Obduktion. Und selbst der kann nur durch eine mikro- / makroskopische Veränderung, wenn es jetzt nicht bspw. ein einfaches Herzversagen war, genau sagen, was zum Tod geführt hat.

Zitat: Wer sonst verstirbt im Bett oder im Sessel, da kann ich keine Aussage machen, weil da ist so viel denkbar. Angefangen von Vergiftung, dann weiß ich auch nicht, ob der Leichnam auch wirklich so dagesessen hat, oder nicht verändert worden ist. Das ist schwierig, da können Fehler passieren. [...] Ich meine, verzeihen kann man es noch, wenn die Todesursache kein Infarkt, sondern eine Lungenembolie war, das ist ja dann wirklich nur durch eine Obduktion zu klären. Aber einen nicht natürlichen Tod zu übersehen nicht.

Auch von nichtmedizinischen Gesprächspartnerinnen und -partnern wurde angezweifelt, dass eine verbesserte Informationsgrundlage zu einer Verhaltensänderung der im Rettungsdienst arbeitenden Ärztinnen und Ärzte führen würde. Es wurde von zahlreichen Beispielen berichtet, in denen trotz einer umfassenden Dokumentation der Krankengeschichte eine ungeklärte Todesart durch den Rettungsdienst auf der Todesbescheinigung vermerkt wurde. Es wurde zudem wiederholt auf die Konvention des Rettungsdienstes hingewiesen, dass gerade im städtischen Bereich nach der Feststellung des Todes keine Leichenschau durchgeführt wird.

Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung

Im Gegensatz zu den meisten Bundesländern gibt es in Nordrhein-Westfalen kein geregeltes Verfahren, das an der Ausnahmeregelung für Rettungsdienste nach § 9 Abs. 3a BestG NRW ansetzt *(siehe Kapitel 4.2)*. Als Modell zur Verbesserung der Qualität der Todesbescheinigung und Leichenschau wird im Folgenden die Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst diskutiert. Dieses Verfahren kommt bereits in neun Bundesländern zur Anwendung und ist häufig als Verpflichtung vorgesehen, wenn sich der Rettungsdienst auf die Feststellung des Todes beschränkt.

Die im Rahmen des Projektes Befragten sehen in einem Verfahren mit einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung und einer nachfolgenden vollständigen Leichenschau ein hohes Verbesserungspotenzial der Qualität der Todesursachendiagnose bei Rettungsdienst-Einsätzen. Eine mit Blick auf die Qualitätsverbesserung von Diagnose und Dokumentation der Todesursachen wesentliche Folge ist, dass durch die Einführung einer vorläufigen Todesbescheinigung eine nachgelagerte Leichenschau durch die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte ermöglicht wird und dadurch umfassende Informationen zur Krankengeschichte der Verstorbenen genutzt werden können – ohne dass dafür zeitliche Kapazitäten des Rettungsdienstes in Anspruch genommen werden müssen. Insbesondere wenn die Möglichkeit besteht, die vollständige Leichenschau auf den Folgetag zu verschieben, erleichtert dies die Einbindung der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte und muss nicht zeitgleich mit der Leichenschau erfolgen.

> *Zitat: Das würde den Prozess für die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst ganz sicherlich beschleunigen, wenn man da eine vorläufige Todesbescheinigung hat. Das man da seinen Eindruck hineinschreiben kann, dass vermutlich irgendwas. Und wenn es Zeichen für Fremdverschulden gibt, dann müssen wir die Polizei sowieso einbinden. Das könnte ich mir dann vorstellen, wenn man eine zeitversetzte in Augenscheinnahme durch den Hausarzt ermöglicht.*

Gleichermaßen wird vermieden, dass Todesfälle vom Rettungsdienst ausschließlich aus Zeitdruck als ungeklärt klassifiziert werden, dadurch eine detaillierte ärztliche Todesursachendiagnose entfällt und ein polizeiliches Ermittlungsverfahren erfolgt. Zwar ermittelt die Polizei die Krankengeschichte teilweise nach, jedoch werden diese Informationen nicht für die Todesursachenstatistik genutzt, zumal sich die medizinisch-fachliche Darstellung der ärztlichen und polizeilichen Leichenschau deutlich unterscheidet. In Folge einer Trennung von Todesbescheinigung und vollständiger Leichenschau kann der Verfahrensaufwand u. a. bei Polizei und Bestattern reduziert werden.

Die Projektergebnisse liefern Hinweise darauf, dass im bestehenden Prozess in Nordrhein-Westfalen rechtliche Unsicherheit besteht, wenn Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst gemäß § 9 Abs. 3a BestG NRW das Ausfüllen der Todesbescheinigung und die Leichenschau abbrechen. Für Polizei und Bestatter sind gewisse Angaben (Todeszeitpunkt und äußere Umstände des Todes) des Rettungsdienstes unabdingbar, da ansonsten u. a. keine Überführung der Leiche möglich ist. Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst könnten sich bei einer vorläufigen Leichenschau auf die Feststellung des Todes und die Angabe von Todeszeitpunkt und -umständen beschränken.

> *Zitat: Insofern wäre es zunächst einmal bis dahin sehr sinnvoll und aus meiner Sicht zu unterstützen, wenn man eine vorläufige Todesbescheinigung zu haben, wo der Arzt im Notdienst erst einmal den Tod feststellt, dass ist immer die ewige Diskussion, die wir in der Einsatzstelle immer haben, der Notarzt muss zumindest anfangen die Todesbescheinigungen auszufüllen und den Tod darauf bescheinigen, so dass die Polizei überhaupt tätig werden kann. Wenn das über so eine Brücke gelöst werden kann, ist es schon hilfreich.*

Dennoch muss sichergestellt sein, dass mit der vorläufigen Leichenschau keine Verschlechterung bzw. Beeinträchtigung kriminalistischer Verfahren einhergeht. Seitens der Befragten wurde vereinzelt die Befürchtung geäußert, dass Hinweise auf ein Fremdverschulden verzögert bei der Polizei ankommen könnten, möglicherweise sogar erst im Rahmen der zweiten Leichenschau. Gerade für die Untersuchung des Sterbe- bzw. Auffindeortes bei Zuhause-Sterbefällen ist jedoch der zeitnahe Einbezug der Polizei notwendig. Wie die Praxis aus den anderen Bundesländern zeigt, ist dieser Sachverhalt eindeutig zu regeln: bestehen Anzeichen für eine ungeklärte bzw. nichtnatürliche Todesart, muss die Verständigung der Polizei weiterhin regelhaft erfolgen. Dies ist durch die landesgesetzlichen Regelungen der einzelnen Bundesländer vorgeschrieben und auch auf den Formularen selbst wird auf diesen Sachverhalt deutlich hingewiesen.

> *Zitat: Also die vorläufige Todesbescheinigung kann tatsächlich nur in solchen Fällen gelten, wo es keine Hinweise auf ein Fremdverschulden gibt.*

> *Zitat: Wir werden lieber früher gerufen, denn im Nachgang, wenn uns bspw. der Arzt vom Krematorium anruft und etwas entdeckt hat bzw. der erstellten Todesbescheinigung widerspricht, ist es immer schwieriger. Deshalb möchten wir lieber einmal mehr gerufen werden als einmal zu wenig.*

Vereinzelt in Zweifel gezogen wurde, dass vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte zur zeitnahen Durchführung der vollständigen Leichenschau erreichbar sind und bewegt werden können. Nach Auffassung der Gesprächspartnerinnen und -partner gibt es zahlreiche Situationen, für die das Modell einer vorläufigen Todesbescheinigung sehr gut passen würde. Zu nennen sind hier Sterbefälle in Pflegeheimen, bei denen die medizinische Betreuung durch Heimärztinnen und -ärzte oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus dem örtlichen Umfeld erfolgt, aber auch häusliche Sterbefälle von Patientinnen und Patienten in Palliativbehandlung. Seitens niedergelassener Ärztinnen und Ärzte wurde durchaus die Bereitschaft und teilweise auch der Wunsch bekundet, bei langjährig betreuten Patientinnen und Patienten persönlich die abschließende Leichenschau durchzuführen. Grundsätzlich besitzt das Modell der vorläufigen Todesbescheinigung Potenzial für Fälle, in denen vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte bekannt und gut erreichbar sind. Dies trifft nach Einschätzung der befragten Medizinerinnen und Mediziner in den Modellregionen auf den weitaus größten Teil der in Heimen und Hospizen, aber auch im häuslichen Umfeld versterbenden Personen zu.

> *Zitat: Die Möglichkeit, die Leichenschau durch andere Ärzte (etwa die Hausärzte der Verstorbenen) durchführen zu lassen, ist nicht realistisch. Die niedergelassenen Ärzte würden sich z. T. weigern, innerhalb einer vertretbaren Zeit, d. h. am gleichen oder nächsten Tag, vorbeizuschauen mit der Begründung, sich um lebende Patienten in der vollen Praxis kümmern zu müssen.*

> *Zitat: Eine Verpflichtung, dass kontaktierte Ärzte auch beim Vorliegen einer vorläufigen TB zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet sind müsste gesetzlich verankert werden.*

Bei Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung wäre eine Regelung nötig, wer die vollständige Leichenschau nach Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst. In der Mehrzahl der Bundesländer mit einem ähnlichen System liegt die Verantwortung der Veranlassung beim Rettungsdienst, der bspw. über die Leitstelle für die

Durchführung einer umfassenden Leichenschau Sorge tragen muss. Die Vergütung der vorläufigen Todesbescheinigung und der vollständigen Leichenschau ist ebenfalls zu regeln.[94]

Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisqualität

Durch den nachgelagerten Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte bei Rettungsdienst-Einsätzen ist zu erwarten, dass sich Verbesserungen bei der Todesursachenkaskade ergeben. Zudem wird der Verfahrensaufwand aufgrund unnötigerweise als ungeklärt klassifizierten Todesfällen reduziert, für die i. d. R. im bestehenden System keine Todesursache ermittelt wird.

Die vorläufige Leichenschau und vorläufige Todesbescheinigung setzt an der Ausnahmeregelung nach § 9 Abs. 3a BestG NRW an und schafft ein einheitliches Verfahren mit erhöhter Prozesssicherheit für die anderen Akteure. Sollte ein solches Verfahren eingeführt werden, wäre zu definieren, welche Angaben von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst im Rahmen einer vorläufigen Todesbescheinigung verpflichtend vorzunehmen sind, wer zur Veranlassung der vollständigen Leichenschau verpflichtet ist.

Maßnahmen für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst

Der ärztliche Notdienst ist in Nordrhein-Westfalen im Gegensatz zu Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst zur vollständigen Durchführung der Leichenschau verpflichtet. Ein zentrales Merkmal für Einsätze des ärztlichen Notdienstes ist, dass er häufig bei Todesfällen in Pflegeheimen, Hospizen oder im häuslichen Umfeld verständigt wird, bei dem der Tod im Regelfall aufgrund des schlechten Gesundheitszustands erwartet wurde.

Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung für Einsätze des ärztlichen Notdienstes

Eine Option zum Einbezug der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte bei der Leichenschau besteht darin, den ärztlichen Notdienst nicht mehr zur Durchführung der vollständigen Leichenschau zur verpflichten, so dass – wie vorab beim Rettungsdienst vorgeschlagen – im Bedarfsfall lediglich eine vorläufige Todesbescheinigung ausgestellt werden kann. Die Durchführung der vollständigen Leichenschau soll dann zeitnah durch vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte erfolgen.

Gerade bei Leichenschauen durch den ärztlichen Notdienst ist nach den Ergebnissen der bisherigen Untersuchungen im Regelfall davon auszugehen, dass sich die Verstorbenen zuvor in einem regelmäßigen ärztlichen Behandlungsverhältnis, z. B. im Pflegeheim, befanden. Insbesondere wenn längerfristige und intensivere Behandlungsverhältnisse zwischen verstorbenen Patientinnen oder Patienten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bestanden haben, ist nach den Ergebnissen der Fachgespräche auch zu erwarten, dass bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine hohe Bereitschaft zur Durchführung der vollständigen Leichenschau besteht.

Würde eine vorläufige Todesbescheinigung für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst eingeführt, sollte die Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung nach Ansicht mehrerer Gesprächspartnerinnen und -partner lediglich eine Ausnahme für Sterbefälle bleiben, bei denen für die unmittelbare Durchführung der vollständigen Leichenschau und der Diagnose der Todesursachen nicht alle erforderlichen Informationen zu den Patientinnen bzw. Patienten vorliegen und gleichzeitig

[94] Nach der „Fünften Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“, die am 01.01.2020 in Kraft trat, wird die Leichenschau höher und differenzierter vergütet. *Darin ist auch die Vergütung für eine vorläufige Leichenschau geregelt.* (*siehe auch Infobox: «Anpassung der Gebührenordnung» auf Seite 44).*

vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte innerhalb einer vertretbaren Zeitspanne zur Durchführung der vollständigen Leichenschau herangezogen werden können.

> *Zitat: Vielleicht ist es eine Möglichkeit, dass nur eine vorläufige Todesbescheinigung erstellt werden kann, wenn nicht anhand vorhandener Unterlagen möglich ist, die Todesbescheinigung zu erstellen. Das Ausfüllen der Todesbescheinigung wird dann dem Hausarzt überlassen. Es ist aber nicht noch eine Leichenschau vonnöten. Der Hausarzt muss dann nicht noch selbst die Leichenschau machen.*

> *Zitat: So habe ich die vorläufige Todesbescheinigung ausgestellt und die Leiche kann dann bewegt werden und in den jeweiligen Gedenkraum gebracht werden. Und dann kann der Leichnam gut eine Nacht dort verbleiben. Und dann würden Sie die vollständige Leichenschau bzw. die Todesursachenart beim vorbehandelnden Arzt veranlassen. Und der würde dann eben vorbeischauen. Oder man könnte es dann auch mündlich machen.*

Jedoch steht die Mehrheit der Befragten der Einführung einer vorläufigen Todesbescheinigung für Einsätze des ärztlichen Notdienstes kritisch gegenüber: Da im bestehenden System der Notdienst zur vollständigen Durchführung der Todesbescheinigung und der Leichenschau verpflichtet ist, stellt – anders als bei Rettungsdienst-Einsätzen – der Abbruch der Todesbescheinigung und Leichenschau durch den Notdienst in der aktuell gelebten Praxis kein Problem dar. Es wird stattdessen befürchtet, dass die Einführung einer Ausnahmeregelung auch für den ärztlichen Notdienst dieses Problem unter Umständen erst herbeiführen könnte. Aufgrund der Tatsache, dass der ärztliche Notdienst häufig zu erwartbaren Todesfällen, z. B. im Pflegeheim gerufen wird, ist auch die Anzahl von Fällen mit unbegründeter Klassifizierung einer ungeklärten Todesart geringer einzuschätzen.

Zweifel bestehen auch dahingehend, inwiefern die vorbehandelnde Ärztin bzw. der vorbehandelnde Arzt ohne Behandlungsdokumentation eine validere und differenziertere Todesursachenkaskade ermitteln kann als der ärztliche Notdienst. Anstatt der Einführung einer vorläufigen Todesbescheinigung für Sterbefälle, in denen wenig bzw. keine Informationen am Sterbeort vorliegen, sollte nach Aussage der Gesprächspartnerinnen und -partner stattdessen verstärkt daran gearbeitet werden, dass die Dokumentation der Krankengeschichte insbesondere bei erwarteten Todesfällen am Sterbeort vorliegt und eingesehen werden kann.

> *Zitat: Als behandelnder Arzt kenne die Patienten vorher. Aber wenn sie sterben, kann ich auch nicht sagen, woran die Menschen ganz gestorben sind. Ich kenne die Grunderkrankung, die habe ich in meinen Unterlagen, aber die liegen auch im Heim vor. Was mir wichtig wäre aus Sicht des ärztlichen Notdienstes ist, dass wir eine möglichst ausführliche Informationsspeicherung in den Pflegeheimen haben und vielleicht auch bei zu Hause verstorbenen Patienten. Wenn zu Hause Arztbriefe vorlägen, wäre das für den ärztlichen Notdienst sehr hilfreich.*

Gezielte Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten

Die Projektergebnisse zeigen jedoch, dass Ärztinnen und Ärzte im Notdienst während der Leichenschau noch nicht ausreichend aktiv sind, ihre Informationsgrundlage für eine differenziertere Todesursachenkaskade zu verbessern. Bei Einsätzen des ärztlichen Notdienstes wird bei der Leichenschau mehrheitlich keine Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten gehalten und die Todesbescheinigung mehrheitlich ohne Angaben der vorbehandelnden Ärztin bzw. des vorbehandelnden Arztes ausgefüllt.

Eine Verpflichtung zur generellen Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten wird seitens der Gesprächspartnerinnen und -partner heterogen bewertet. Einerseits besteht die

Hoffnung, das Risiko zu minimieren, dass ein nichtnatürlicher Todesfall übersehen wird. In Fällen, in denen keine bzw. nur eine unzureichende Dokumentation verfügbar ist oder Unsicherheit bezüglich der Vollständigkeit und Aktualität der Dokumentation besteht, wird die persönliche Rücksprache mit den vorbehandelnden Medizinerinnen oder Medizinern als wichtig betrachtet.

Andererseits wird die verpflichtende Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten insbesondere in den Fällen als nicht mehrwertstiftend bewertet, in denen eine vollständige Patientendokumentation vorliegt und von den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten eingesehen werden kann. Anstatt einer generellen Verpflichtung, kann die gezielte Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten gestärkt werden. Hierfür müsste eine stärkere Sensibilisierung der entsprechenden Ärztinnen und Ärzte erfolgen.

> *Zitat: Wahrscheinlich muss man ein differenzierteres Verfahren wählen, je nach Situation. Häufig haben Verstorbene auch keinen Hausarzt oder waren dort schon lange nicht mehr, dann kriegt man keine Informationen.*

> *Zitat: Wenn es gut dokumentiert ist, braucht man keine Rücksprache zu halten. Wenn man noch ein paar Informationen vom vorbehandelnden Arzt bekommt, kann man sicherlich noch die Schärfe der Todesursache verbessern.*

> *Zitat: So eine Dokumentation habe ich in 10 Minuten eingesehen. Ich schaue da kurz rein und weiß zumindest ansatzweise, welche Problemfelder da waren. Es ist nicht so, dass das Stunden dauert, sich in so eine Anamnese einzuarbeiten.*

Eine lückenlose Verfügbarkeit der Patientendokumentation in Pflegeheimen, aber auch im häuslichen Umfeld, könnte die Qualität der Todesursachendiagnosen durch den ärztlichen Notdienst sichern bzw. verbessern. Insofern besteht ein Ansatzpunkt zur Qualitätsverbesserung darin, bei vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten und in Pflegeheimen die Sensibilität für die Bedeutung der umfassenden und unmittelbaren Verfügbarkeit der Patientenakten im Sterbefall zu erhöhen. Der diskutierten Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte mit gespeicherten Diagnosen wird in diesem Zusammenhang ein großes Potenzial zugesprochen.

> *Zitat: Über Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen kann für ausreichende Informationen gesorgt werden. Die sollen appellieren, dass diensthabende Ärzte genug Informationen beim Patienten liegen lassen.*

Eine andere Situation ergibt sich, wenn Patientinnen und Patienten zu Hause versterben. Von den Gesprächspartnerinnen und -partnern wird angedacht, dass sich möglicherweise über Beratungsbesuche zur Sicherung der Pflege nach § 37 Abs. 3 SGB XI Möglichkeiten ergeben, die Verfügbarkeit von Informationen zur Krankengeschichte sicherzustellen.

> *Zitat: Angehörigen kann man raten, Unterlagen über die Behandlung bereitzuhalten. Aber man kann es nicht vorschreiben.*

> *Zitat: Wenn Angehörige selbst pflegen und Pflegegeldleistungen in Anspruch genommen werden, haben wir die Sicherung der Pflege. Über den Besuch des Pflegedienstes, könnte man die Angehörigen informieren. In der häuslichen Versorgung haben wir ansonsten keine Möglichkeit.*

Voraussetzung hierfür ist, dass die Ärztinnen und Ärzte im Notdienst vorliegende Informationen für die Feststellung der Todesursachenkaskade angemessen berücksichtigen.

Zitat: Die allermeisten Pflegeeinrichtungen im Kreis Mettmann haben inzwischen eine computergestützte Dokumentation. Aber eine handschriftliche Dokumentation muss auch nicht schlechter sein. So oder so haben wir aufgrund der Heimaufsichtsprüfung im Pflegeheim eine wirklich gut durchschaubare, strukturierte Dokumentation. Die muss aber eingesehen werden. Wir erleben aber in der Praxis, dass das nicht immer getan wird.

Einbehalt des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung zur nachgelagerten Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten

Eine persönliche Rücksprache mit den vorbehandelnden Medizinerinnen und Medizinern kann häufig nicht während der Leichenschau am Sterbeort erfolgen, da die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht rund um die Uhr erreichbar sind. In Fällen, in denen eine Rücksprache geboten ist, könnte die in der Vergangenheit teilweise praktizierte Trennung des nichtvertraulichen und des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung angedacht werden. Hierbei nehmen die leichenschauenden Ärztinnen oder Ärzte den vertraulichen Teil an sich und hinterlassen nur den nichtvertraulichen Teil bei der Leiche. Dadurch kann die Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten nachgelagert erfolgen und deren Angaben bei der Todesursachenbestimmung berücksichtigt werden. Kritisch wurde bewertet, dass nicht sichergestellt werden kann, dass die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte entsprechend erreichbar sind, auch wenn die Rückfrage nachgelagert nach der Leichenschau erfolgt.

Um eine Trennung beider Teile der Todesbescheinigung in der Praxis als Option anzubieten, muss laut der Interviewpartner sichergestellt werden, dass der Prozess durch den Einbehalt des vertraulichen Teils nicht nachhaltig beeinträchtigt wird. Es gilt sicherzustellen, dass der Transport der Leiche mit dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung möglich ist und zudem, dass der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung rechtzeitig für die nachfolgenden Prozessschritte vorliegt.

Zitat: Der Transport ist im Gesetz, meiner Meinung nach, nicht klar geregelt. Wir müssen den Totenschein mit uns führen, da steht nicht, wir müssen Teile des Totenscheins mit uns führen.[95]

Wird eine Trennung beider Teile der Todesbescheinigung vorgenommen, muss der vertrauliche Teil im Falle einer Feuerbestattung spätestens für die zweite Leichenschau vorliegen. Aktuell übernimmt der Bestatter die Übermittlung der Todesbescheinigung für die zweite Leichenschau. Alternativ ist nach Meinung einiger Gesprächspartnerinnen und -partner auch eine Übermittlung per Post möglich, die teilweise jetzt schon praktiziert wird. Nach Einschätzung der Befragten sollte die Übermittlung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung am nächsten Werktag bis spätestens 48 Stunden nach der Leichenschau erfolgen.

Einer Trennung beider Teile der Todesbescheinigung kann entgegenstehen, dass sich zum ärztlichen Notdienst vorgesehene niedergelassene Ärztinnen und Ärzte häufig durch andere Ärztinnen und Ärzte vertreten lassen. Je nach Region – z. B. im Mettmann-Südkreis – muss die Abrechnung dennoch von den vertretenen Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden. Das Einbehalten des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung durch die Vertretung würde den Abrechnungsprozess

[95] Nach dem Runderlass zur Todesbescheinigung vom 25.7.2003 besteht die Todescheinigung aus dem Nicht-vertraulichen Teil (Blatt 1) sowie dem Vertraulichen Teil (Blätter 2-5) Der Nicht-vertrauliche Teil der Todesbescheinigung (Blatt 1) ist für das Standesamt und zur Weiterleitung an die untere Gesundheitsbehörde bestimmt. Zu-gleich ist geregelt, dass der leichenschauende Arzt – wenn er den vertraulichen Teil (Blätter 2-4) noch nicht ausfüllen kann, z. B. weil noch ein Obduktionsergebnis erwartet wird) er nur Blatt 1 aushändigt, um den Sterbefall beim Standesamt anzeigen zu können und – nach seinem ergänzenden Eintrag - die Blätter 2-4 direkt an die untere Gesundheitsbehörde. Blatt 5 verbleibt beim Leichenschauenden Arzt. Zum Transport der Leiche ist die Todesbescheinigung mitzuführen.

verkomplizieren. In anderen Regionen, z. B. Mettmann-Nordkreis, wird die Abrechnung von der Vertretung vorgenommen. Die eigenständige Abrechnung müsste in allen Regionen ermöglicht werden, um den Einbehalt des vertraulichen Teils zu ermöglichen.

Zusammenfassung und Bewertung

Da der ärztliche Notdienst zur vollständigen Todesbescheinigung und Leichenschau verpflichtet ist und häufig bei erwarteten Sterbefällen insbesondere in Pflegeheimen aktiv ist, raten die Befragten von der Einführung einer vorläufigen Todesbescheinigung ab.

Stattdessen sollte nach Aussage der Befragten die gezielte Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten gestärkt werden, insbesondere wenn keine ausreichende Informationsgrundlage am Sterbeort vorliegt, die die Bestimmung einer validen Todesursachenkaskade ermöglicht. Dadurch soll einerseits das Risiko minimiert werden, dass ein nichtnatürlicher Todesfall übersehen wird und andererseits die Qualität der Todesursachenkaskade verbessert werden.

Ist die vorbehandelnde Ärztin bzw. der vorbehandelnde Arzt während der Leichenschau nicht erreichbar, kann eine Trennung der beiden Teile der Todesbescheinigung vorgenommen werden. Die leichenschauende Ärztin bzw. der leichenschauende Arzt nimmt den vertraulichen Teil an sich und hinterlässt nur den nichtvertraulichen Teil bei der Leiche. Die Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten kann so nachgelagert nach der Leichenschau erfolgen. Hierbei wäre zu prüfen, inwieweit rechtliche Regelungen angepasst werden müssten, dass der Transport der Leiche ausschließlich mit dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung möglich ist. Zudem muss sichergestellt werden, dass die Übermittlung des vertraulichen Teils alsbald – bspw. per Post – vorgenommen wird.

Neben der gezielten Rücksprache während oder nach der Leichenschau, sollte auch die Behandlungsdokumentation am Sterbeort verbessert werden. Grundsätzlich bedarf es hierfür einerseits einer Sensibilisierung behandelnder Ärztinnen und Ärzte, entsprechende Dokumente auszustellen und insbesondere in Pflegesituationen am Wohnort zu hinterlassen. Andererseits müssen auch die Ärztinnen und Ärzte im Notdienst vorliegende Informationen für die Feststellung der Todesursachenkaskade angemessen berücksichtigen. Für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen sollte die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen eingebunden werden.

Aufschub der Veranlassung und Durchführung der Todesbescheinigung und Leichenschau

Bei erwartbaren Todesfällen in Pflegeheimen und Hospizen sind vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer Kenntnis der Krankengeschichte in der Regel besser geeignet, die Todesbescheinigung und die Leichenschau durchzuführen, als der Rettungsdienst oder der ärztliche Notdienst.

Eine zeitverzögerte Veranlassung bzw. Durchführung der Todesbescheinigung und Leichenschau kann durch den Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte Einschränkungen der Diagnosequalität der Todesursachen, insbesondere bei erwartbaren Todesfällen außerhalb der ärztlichen Sprechstundenzeiten, vermindern. Aufgrund der Vorschrift nach § 9 Abs. 3 Satz 1 BestG NRW, die Leichenschau unverzüglich[96] nach Erhalt der Todesanzeige durchzuführen, besteht aus Sicht der

[96] Unverzüglich bedeutet hierbei ohne schuldhaftes Zögern, d. h. es dürfen ausschließlich dringende, zum Schutz eines höherwertigen Gutes nicht aufschiebbare Tätigkeiten zwischenzeitlich ausgeführt werden.

Gesprächspartnerinnen und -partner Unsicherheit, inwiefern die gesetzliche Grundlage eine zeitverzögerte Veranlassung bzw. Durchführung der Leichenschau zulässt.

> *Zitat: Es wäre angemessen, notwendig letztendlich immer noch interpretationsfähig, den Begriff unverzüglich zu ersetzen durch «je nach Umständen schnellstmöglich». Das gibt die Möglichkeiten, die Umstände tatsächlich bewerten zu können und schnellstmöglich beinhaltet noch den Appell, das nicht auf die lange Bank zu schieben oder das zu verschlampen. Und Umstände können eben sein: welche Uhrzeit ist es? Ist es eine erwartete Situation? Was ist es für eine Konstellation? Wie ist die Erreichbarkeit der Praxis? Der Begriff unverzüglich ist in der Richtung zu hart, zu juristisch besetzt und lässt die notwendige Flexibilität nicht zu.*

> *Zitat: Wenn der Tod zu einer Uhrzeit eintritt, wo kein Hausarzt zu erreichen ist, dann muss der Notarzt informiert werden. Aber da hätten wir wieder das Problem der Qualität der Todesbescheinigung. Andersherum hätte der Hausarzt, der drei Stunden später kommt, die Möglichkeit, eine ausführliche Epikrise aufzuschreiben.*

Insbesondere bei in der Nacht Verstorbenen in Palliativbetreuung in Heimen, Hospizen oder auch im häuslichen Umfeld ermöglichen, nachts von der Durchführung der Leichenschau durch den ärztlichen Notdienst oder den Rettungsdienst abzusehen und stattdessen vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte zu verständigen, um die Leichenschau für den Folgetag zu veranlassen. Eine entsprechende Regelung findet sich in Bayern, wo in der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes festgelegt ist, dass die Leichenschau unverzüglich zu veranlassen ist, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen. Ein solches Verfahren setzt voraus, dass die Verstorbene bzw. der Verstorbene bis zur Todesbescheinigung und Leichenschau am Sterbeort verbleiben kann.

Die Projektergebnisse zeigen, dass die Leichenschau bei erwartbaren Todesfällen (z. B. in Heimen, Hospizen) von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und dem ärztlichen Notdienst ohnehin häufig zum Ende der Sprechzeiten bzw. Schicht durchgeführt wird. Insofern würde ein zeitlicher Aufschub der Leichenschau nicht notwendigerweise zu einer Verschlechterung der bisherigen Versorgungsqualität führen. Zumal von Befragten berichtet wurde, dass gerade im Altenheim ein zeitlicher Verzug zwischen Sterbezeitpunkt und Todesbescheinigung liegt, da dort besonders häufig die Hausärztin oder den Hausarzt informiert wird.

Zusammenfassung

Die in diesem Kapitel beschriebenen Gestaltungsoptionen zum verstärkten Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte sind in der folgenden Tabelle überblicksartig dargestellt:

Tabelle 19: Ansätze zur Einbindung von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten
Auf Grundlage der im Projekt erfolgten Erhebungen

Zielsetzung	Gestaltungsoptionen
Verbesserung der Leichenschau und Todesbescheinigung - Rettungsdienstes	▪ Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung
Verbesserung der Leichenschau und Todesbescheinigung - ärztlicher Notdienst	▪ Sensibilisierung für gezielte Rücksprachen mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten
	▪ Einbehalt des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung, um Rücksprachen mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten vorzunehmen
Verbesserung der Leichenschau und Todesbescheinigung - allgemein	▪ Sensibilisierung in Krankenhäusern, Heimen, Hospizen und über Hausärztinnen und –ärzte, welche Ärztegruppe am besten für Leichenschau zu kontaktieren ist
	▪ Aufschub der Veranlassung bzw. der Durchführung Leichenschau
	▪ Verbesserte Verfügbarkeit von Patientendokumentation am Sterbeort

© Prognos AG 2020

5.2.2 Fortbildungen, Information, Sensibilisierung von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten

Von den Gesprächspartnerinnen und -partnern wird geäußert, dass Ärztinnen und Ärzte bezüglich der praktischen Durchführung der Leichenschau und Diagnose der Todesursachen Defizite aufweisen. Folgende Ansätze können aus Sicht der unterschiedlichen Akteure zu einer verbesserten Qualität der Leichenschau beitragen:

- Intensivierung der Leichenschau in der studentischen Ausbildung
- Verankerung der Leichenschau in Fortbildungs-Curricula für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst und Rettungsdienst
- Weiterentwicklung und Verbreitung von bestehenden Fortbildungsangeboten
- Information und Sensibilisierung über Zweck und Relevanz der Todesursachenstatistik

Eine notwendige Maßnahme, die zu einer verbesserten Qualität der Leichenschau beiträgt, ist aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner zuallererst eine Intensivierung des Themas Leichenschau in der Ausbildung von Medizinstudentinnen und -studenten. Gleichermaßen werden intensivere und häufigere Fortbildungen einhellig als sinnvoll und wünschenswert betrachtet. Um insbesondere Ärztinnen und Ärzte im Notdienst und Rettungsdienst mit Fortbildungsangeboten zu erreichen, besteht ein pragmatischer Ansatz darin, das Thema Leichenschau fest im Curriculum der Fortbildungskurse über Notfallbehandlung zu verankern. Im Folgenden werden Möglichkeiten zur Umsetzung dieser verschiedenen Handlungsoptionen auf Grundlage der Aussagen der Gesprächspartnerinnen und –partner besprochen.

Intensivierung der Leichenschau in der ärztlichen Ausbildung

Während des Studiums beschränkt sich die Ausbildung zur ordnungsgemäßen Durchführung einer Leichenschau i. d. R. auf das Fach Rechtsmedizin, für das ein Leistungsnachweis nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) für die Zulassung zum zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung erforderlich ist. Die Universitäten legen selbst fest, in welcher Form die Leistungsnachweise erbracht werden. Aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner ist es notwendig, eine Behandlung des Themas Leichenschau bereits in der studentischen Ausbildung zu intensivieren. Es wurde die Vermutung geäußert, dass der Erwerb notwendiger theoretischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten zur Leichenschau in Curricula nicht – zumindest nicht flächendeckend – ausreichend verankert ist.

> *Zitat: Es fängt an mit der studentischen Ausbildung. Es ist wichtig, dass man die Rechtsmedizin in Universitäten stärkt. Es gibt immer weniger rechtsmedizinische Institute mit qualifizierten Rechtsmedizinern. Es fehlen nachher wesentliche Bestandteile in der Ausbildung.*

In der Tat hat eine im Jahr 2006 durchgeführte Befragung von Medizinstudentinnen und -studenten[97] gezeigt, dass die Leichenschau in der studentischen Ausbildung eine nur geringe eigenständige Rolle spielt und insbesondere praktische Fertigkeiten für die Durchführung der Leichenschau an vielen medizinischen Fakultäten unzureichend geprüft werden. So fand an jeweils lediglich drei von 29 Instituten eine praktische Prüfung zur Leichenschau und zum Ausstellen der Todesbescheinigung statt. Im Rahmen der Studie forderten Dozentinnen und Dozenten eine Ausdehnung des Praxisanteils, insbesondere mit dem Schwerpunkt Leichenschau und Sektion. Zur Verbesserung der Leichenschau fordert auch die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin eine Intensivierung des praktischen Leichenschau-Unterrichts im Medizinstudium sowie eine Aufstockung der Deputatsstunden zur Vertiefung der Leichenschaukenntnisse.[98]

Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern entsprechender Lehrstühle wäre zu prüfen, inwiefern die Vermittlung theoretischen Wissens und praktischer Fertigkeiten zur Durchführung der Leichenschau in der Approbationsordnung für Ärzte verankert werden kann bzw. ob diese aktuell in den Curricula der Rechtsmedizin an Fakultäten in Nordrhein-Westfalen ausreichend verankert und inwiefern eine Intensivierung der studentischen Lehre geboten ist.

Verankerung der Leichenschau im Curriculum von Fortbildungskursen für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst und Rettungsdienst

Obgleich jede Ärztin und jeder Arzt in Deutschland gesetzlich zur Durchführung der Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung verpflichtet ist, besteht keine Fortbildungsverpflichtung zum Thema Leichenschau. Der Gesetzgeber verpflichtet Vertragsärztinnen und -ärzte grundsätzlich zur Fortbildung, Ärztinnen und Ärzten ist es jedoch selbst überlassen welche Fortbildungen sie besuchen. Eine grundlegende Verpflichtung zur Fortbildung zum Thema Leichenschau im Rahmen der nach § 95d SGB V geregelten Verpflichtung von Vertragsärztinnen und -ärzten, innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte zu erwerben, ist aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner nicht sinnvoll bzw. nicht praktikabel.

> *Zitat: Man könnte natürlich sagen, dass nur noch jemand Leichenschauen durchführen darf, der auch Fortbildungen zu diesem Thema gemacht hat. Daraufhin haben alle Hausärzte, mit denen ich*

[97] Schwenn, A. (2008) Studentische Ausbildung im Fach Rechtsmedizin in Deutschland. *Med. Dissertation.* Universität Hamburg.
[98] Vgl. https://www.dgrm.de/fileadmin/PDF/DGRM-Vorschl%C3%A4ge_Verbesserung_Leichenschau_2009_2015.pdf (zuletzt aufgerufen am 09.11.2019).

gesprochen habe, hurra geschrien, weil sie dann die Leichenschau endlich los wären. Die Bereitschaft, das zu tun, ist also nicht da.

Zitat: Fortbildungen zur Leichenschau verpflichtend zu machen halte ich nicht für möglich. Das wäre berufspolitisch gar nicht durchsetzbar. Da würde jeder andere Bereich auch eine Verpflichtung einfordern.

Ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht für Ärztinnen und Ärzte, die im Notdienst Leichenschauen durchführen, den Verstorbenen i. d. R. also nicht gekannt oder behandelt haben. Aber auch für diese Ärztegruppe ist eine Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungen zur Leichenschau aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner nicht praktikabel. Zielführender wäre es, das Thema Leichenschau fest im Curriculum der für die Aufnahme in das Vertreterverzeichnis obligatorischen Fortbildungskurse zu verankern. Zum ärztlichen Notdienst verpflichtete Ärztinnen und Ärzte können sich von Kolleginnen oder Kollegen vertreten lassen. Voraussetzung für die Aufnahme in das Vertreterverzeichnis der zuständigen Kreisstelle im Kammergebiet Nordrhein ist u. a. die Teilnahme an Fortbildungskursen zur Notfallbehandlung im Umfang von 80 Stunden gem. § 2 Absatz 1 Nummer 3 der Richtlinie der Ärztekammer Nordrhein über die Eignungsvoraussetzungen für die im Rettungsdienst mitwirkenden Ärztinnen und Ärzte.

Die stärkere Berücksichtigung der Leichenschau im Curriculum von Fortbildungskursen zur Notfallbehandlung ist aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner ein sinnvoller Lösungsansatz, um die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten im Notdienst an Schulungen zur Leichenschau zu forcieren. Eine entsprechende Verpflichtung zur Kursteilnahme besteht jedoch nur im Kammergebiet Nordrhein und nicht in Westfalen-Lippe. In beiden Kammergebieten ist hingegen die Teilnahme an entsprechenden Kursen für Ärztinnen und Ärzte obligatorisch, die im Rettungsdienst tätig sein möchten (Westfalen-Lippe: 80 Stunden Kurs-Fortbildung gemäß § 4 Absatz 8 der Weiterbildungsverordnung der Ärztekammer Westfalen Lippe in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung). Somit würde eine Intensivierung der Leichenschau im Curriculum auch eine bessere Leichenschau-Schulung von Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst bewirken. Kurse werden an verschiedenen Standorten in den Kammergebieten angeboten. Anpassungen der Inhalte und des Umfangs der Fortbildungen obliegen den beiden zuständigen Ärztekammern, deren Vertreterinnen und Vertreter im Rahmen der Gespräche eine Intensivierung des Fortbildungsangebots zum Thema Leichenschau befürworteten.

Zitat: Hilfreich wäre, wenn jeder Arzt, der im Vertreterverzeichnis für den ärztlichen Notdienst aufgenommen wird, eine Fortbildung zur Leichenschau besuchen müsste. Und viele, die den KV-Dienst machen sind Vertreter, schätzungsweise 50 Prozent. Die Verpflichtung müsste dann von den Ärztekammern vor Ort eingeführt werden.

Zitat: Es ist schwer zu beurteilen, ob die Einführung einer Verpflichtung für eine bestimmte Ärztegruppe – und für andere Gruppen nicht – möglich ist. Ich glaube eher nicht, dass das möglich ist. Die Kammer kann sich auch dafür aussprechen, dass die Leichenschau Bestandteil des Kurses wird, den Ärzte absolvieren, bevor sie ihren Notdienst antreten. Aber wenn jemand gerade beim Thema Leichenschau fehlt, ist das eben so. Speziell eine Fortbildung zur Leichenschau verpflichtend zu machen, ist, glaube ich, schwierig.

Zitat: Ich bin der Meinung, dass das Thema Leichenschau in dem Curriculum nicht fest verankert ist. Das ist auf jeden Fall noch nicht ausgeschöpft.

Weiterentwicklung und Verbreitung von Fortbildungsangeboten

Als Gründe für die geringe Motivation zur Teilnahme an Fortbildungen zur Leichenschau sind die geringe Vergütung[99] der Leichenschau, die seltene Durchführung von Leichenschauen und die damit geringe Relevanz im ärztlichen Alltag. Grundsätzlich wurde das Potenzial von fallbasierten Fortbildungskonzepten betont, die konzeptionelles Wissen und praxisnahe Diskussion verknüpfen.

> *Zitat: Lernen am Fall ist das beste edukative Potenzial, das wir haben. Fortbildungen sind das eine, aber Ärzte müssen am Fall lernen.*

> *Zitat: Man muss Fortbildungen attraktiver und besser machen mit interessanten Fällen. Zum einen ist das, was die Ärzte ausfüllen, die Routine, wichtig zu schulen. Aber da sind nicht die Fallstricke. Ich glaube, man sollte das attraktiver machen mit Fällen, die wirklich in der Rechtsmedizin passiert sind, wo Fallstricke und Fehler sein können.*

E-Learning-Methoden versprechen effiziente, flexible und kostengünstige Formen der Fortbildung. Mit integrierter Lernerfolgskontrolle erscheinen webbasierte Lernmodule zur Leichenschau insbesondere sinnvoll, wenn es um das korrekte Ausfüllen des Todesbescheinigungsformulars geht. E-Learning-Formate können die Attraktivität von Fortbildungen zur Leichenschau aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner steigern und sind auch unter Kosten-Nutzen-Überlegungen empfehlenswert – allerdings nur als ergänzendes Modul in Kombination mit interdisziplinär ausgerichteten Präsenzveranstaltungen. Das bestehende Angebot an Online-Fortbildungen ist aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner nicht ausreichend.

> *Zitat: E-Learning ist inzwischen eindeutig die bevorzugte Form der Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten. Man kann auch gut eine Lernerfolgskontrolle einbauen. Das ist auf jeden Fall eine gute Sache.*

> *Zitat: Gutes Feld für e-Learning? Jein, nur als Basis. Ich warne davor, man braucht immer auch die Präsenz. Blended Learning finde ich da passend. Erstmal kann man sich mit ein paar Fakten auseinandersetzen und ein paar aufgearbeitete Kontrollfragen, ob ich das System überhaupt verstanden habe. Und dann interdisziplinär ausgerichtete Präsenzveranstaltungen mit Leuten von der Polizei und dem Gesundheitsamt usw. und dann kommen die Fragen auf den Tisch und es ist sehr austauschorientiert.*

> *Zitat: Gut und effektiv ist eine Fortbildung, wenn man sich kollegial austauschen kann. E-Learning ist ein wenig inflationär geworden. Es kann ein ergänzendes Modul sein und ist gerade in ländlichen Bereichen sinnvoll.*

Das bestehende Fortbildungsangebot zur Leichenschau ist überschaubar. Auch nach der Ausbildung im Studium kommen Ärztinnen und Ärzte nur selten mit der Thematik in Berührung. Angesichts der Konkurrenz der Fortbildungsangebote legen Ärztinnen und Ärzte die Priorität eher auf die Schulung von weiterentwickelten Behandlungs- und Präventionsmethoden, durch die ein unmittelbarer Nutzen für die Patienten entsteht. Ein möglicher Ansatz, Fortbildungen zur Leichenschau attraktiver zu gestalten, ist der Einsatz von E-Learning-Methoden. In einer virtuellen Leichenschau der Software[100] wird die systematische Untersuchung des Leichnams trainiert und

[99] Nach der „Fünften Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“, die am 01.01.2020 in Kraft tritt, wird die Leichenschau höher und differenzierter vergütet (*siehe auch Infobox: «Anpassung der Gebührenordnung» auf Seite 44).*

[100] Beispielhaft ist hier der Leichenschau-Simulator der Firma INMEDEA GmbH, der gemeinsam mit dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Münster entwickelt wurde. Der Simulator wird bereits an einigen Universitäten und auch in der Fortbildung eingesetzt

auch Aspekte wie die Entkleidung, Einholung von Informationen, Meldepflicht und Dokumentation berücksichtigt.

Aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner, die teilweise umfangreiche Erfahrungen in der Konzeption und Durchführung von Fortbildungen zur Leichenschau mitbringen, können E-Learning-Methoden traditionelle Fortbildungsmethoden nicht ersetzen, stellen aber eine sehr sinnvolle Unterstützung im Lernprozess dar. E-Learning bietet den Vorteil einer räumlichen und zeitlichen Flexibilisierung der Fortbildungsteilnahme und kann für die Verbreitung und die spätere Konsolidierung des Erlernten verwendet werden. Als fester Bestandteil des Fortbildungsangebots sollte bei der Nutzung der «virtuellen Leichenschau» auch eine Lernerfolgskontrolle vorgesehen werden und Fortbildungspunkte sollten nur bei erfolgreicher Durchführung der virtuellen Leichenschau gutgeschrieben werden.

Die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe informieren in ihren Ärzteblättern und auf ihrer Homepage regelmäßig zu laufenden Fortbildungen von verschiedenen Anbietern. Um die Bekanntheit von Fortbildungsangeboten der Ärztekammern weiter zu erhöhen, könnten Ärztinnen und Ärzte, die in den Kammern Mitglied werden, über entsprechende Angebote informiert werden. Entsprechende Überlegungen gab es bereits in der Vergangenheit, diese wurden jedoch noch nicht umgesetzt. Da alle approbierten Ärztinnen und Ärzte Pflichtmitglieder in der jeweils zuständigen Ärztekammer werden, bietet es sich an, dass Ärztekammern neue Mitglieder gezielt über Fortbildungsangebote zur Leichenschau informieren und junge Ärztinnen und Ärzte frühzeitig für die Bedeutung der Leichenschau sensibilisieren.

> *Zitat: Es gibt doch immer diese Begrüßung von neuen Kammermitgliedern. Und in dem Kontext war mal die Überlegung, diesen jungen Kollegen bestimmte Angebote zu machen und dabei eben auch die Möglichkeit einer Fortbildung zur Leichenschau. Das ist bisher noch nicht umgesetzt. Da hätte man dann sehr früh nochmal einen Fortbildungsimpuls gesetzt.*

Ein zusätzlicher Ansatzpunkt zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft an Schulungen zur Leichenschau ist in der Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte für die Relevanz fundiert und vollständig ausgefüllter Todesbescheinigungen zu sehen. Hier sollte in erster Linie die Kommunikation der Bedeutung der Todesursachenstatistik und der Qualität der zugrundeliegenden Daten in Ärztemedien im Vordergrund stehen. Als implizite Botschaft sollte kommuniziert werden, dass die Todesursachen grundsätzlich ausgewertet werden und die Daten einen signifikanten wissenschaftlichen Zugewinn ermöglichen.

Ergänzende Unterstützungsansätze für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte

Neben der Förderung der Teilnahmebereitschaft an Fortbildungen zur Leichenschau wurden in den Gesprächen ergänzende Ansätze angeführt, um Ärztinnen und Ärzte bei der Durchführung der Leichenschau zu unterstützen und die Qualität der Leichenschau zu verbessern, wie z. B. die Einrichtung einer Ansprechstelle (in Form einer Hotline) mit einem Pool aus Experten, an die sich leichenschauende Ärztinnen und Ärzte bei der Durchführung der Leichenschau wenden können, um qualifizierte Beratung zu erhalten.

> *Zitat: Man kann auch investieren in Manpower, wie z. B., dass man einen gesicherten Hintergrund einrichtet, wo sich der Leichenschauarzt Rat holen kann, und zwar kollegial und vertraulich. Dann kann der da nachts um drei anrufen. Das könnte in meinen Augen helfen, um vor Ort Probleme zu lösen.*

Ein weiterer Vorschlag der Gesprächspartnerinnen und -partner sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte aus einem Pool von Sachverständigen über die beratende Funktion hinaus auch die Durchführung der Leichenschau übernehmen («Gutachterpraxis»). Auf diese Weise könnte das Fachwissen von Rechtsmedizinerinnen und-medizinern oder anderen in der Leichenschau erfahrenen Fachärztinnen und -ärzten in eine Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau einfließen. Von diesem Expertenpool würde eine höhere fachliche Qualifikation erwartet werden, die durch eine Fortbildungsverpflichtung zur Leichenschau gesichert werden könnte. Ein derartiges Vorhaben wäre indes nicht mit der gesetzlichen Grundlage vereinbar, da gemäß der landesrechtlichen Regelung in Nordrhein-Westfalen sämtliche Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet sind.[101]

> *Zitat: Vielleicht machen wir mal einen Pool von Interessierten und Qualifizierten – nicht nur Rechtsmedizinern – die dann bereit sind, Leichenschauen von Ärzten im Bereitschaftsdienst zu übernehmen. Technisch ist das ja machbar.*

> *Zitat: Wenn sich jemand spezialisiert in dem Bereich der Leichenschau, also es nicht nur nebenher im Rettungsdienst oder ärztlichen Notdienst macht, dann könnte man von ihm erwarten, dass er vertieftes Wissen nachweist. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass das ein Geschäftsmodell wird. Es muss ja nicht der Rechtsmediziner sein, es kann auch durchaus ein erfahrener niedergelassener Arzt sein, der dann beschließt, sich schulen zu lassen. Wer das überwiegend oder schwerpunktmäßig machen möchte, an den stellen wir dann eben höhere Anforderungen. Der macht dann halt z. B. eine vierwöchige Fortbildung.*

> *Zitat: Es gibt noch eine weitere Gruppe: die kleine Gruppe der Ärzte, die für Polizeibehörden arbeiten. Die machen auch Leichenschauen bei den sogenannten Polizeileichen. Das ist ja auch nochmal eine Gruppe, die affin ist für das Thema. Und da kann man noch eine gewisse Qualitätssicherung einbaut, begleitet von einem Rechtsmediziner.*

E-Learning-Methoden wie die «virtuelle Leichenschau» könnten nicht nur eine Ergänzung im Fortbildungsangebot bilden, sondern in weiterentwickelter Form als eine digitale Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte während der Durchführung der Leichenschau genutzt werden. Zu prüfen wäre, inwiefern eine App Ärztinnen und Ärzte für den spezifischen Fall nützliche Informationen bieten oder Kontrollfragen stellen kann.

Zusammenfassung

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die in diesem Kapitel beschriebenen Gestaltungsoptionen zur Verbesserung von Fortbildungen, Information und Sensibilisierung von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten:

[101] Die Ausnahme bilden Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst während der Einsatz- und Bereitschaftszeiten.

Tabelle 20: Ansätze zur verbesserten Fortbildung, Information und Sensibilisierung von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte

Auf Grundlage der im Projekt erfolgten Erhebungen

Zielsetzung	Gestaltungsoptionen
Theoretischer und praktischer Wissensaufbau zur Leichenschau und Todesbescheinigung	▪ Intensivierung der Leichenschau in der ärztlichen Ausbildung
	▪ Verankerung der Leichenschau in Fortbildungs-Curricula
Weiterentwicklung und Verbreitung von Fortbildungsangeboten für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte	▪ Weiterentwicklung von Fortbildungsangeboten
	▪ Erhöhung der Attraktivität von Fortbildungsangeboten und Steigerung der Teilnahme
	▪ Vermittlung der Bedeutung der Todesursachenstatistik und der Qualität der zugrundeliegenden Daten in Ärztemedien
Ergänzende Unterstützungsansätze für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte	▪ Ansprechstelle mit einem Expertenpool für qualifizierte Beratung von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte bei der Durchführung der Leichenschau
	▪ Übernahme der Durchführung der Leichenschau durch Ärztinnen und Ärzte aus einem Expertenpool

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

5.2.3 Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars

Bei der systematischen Prüfung von Verbesserungsbedarf und -optionen bei Inhalt und Struktur des Todesbescheinigungs-Formulars wurden die einzelnen Felder mit unterschiedlichen Akteuren diskutiert. Bei Vorschlägen zur Weiterentwicklung wurde berücksichtigt, dass das Formular der Todesbescheinigung je nach Beteiligtengruppen unterschiedlichen Zwecken dient, darunter:

- als Anleitung und Checkliste für die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte sowie zur Dokumentation bei Nachfragen
- zur amtlichen Feststellung des Todes und damit zur Ermöglichung des Transports der Leiche
- als Grundlage zur Beurkundung des Todes und Ausstellung der Sterbeurkunde durch das Standesamt
- für das Gesundheitsamt zur Plausibilitätsprüfung der Todesart, zur Prüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Leichenschau, zur Ermöglichung von Auskünften zum Todesfall
- für die Ärztinnen und Ärzte der zweiten Leichenschau als Grundlage und Informationsquelle zur Prüfung der Todesart
- für das Statistische Landesamt als Grundlage zur Erstellung der Todesursachenstatistik

Zudem ist für einige beteiligte Akteure nur ein Teil der Informationen sichtbar. Dies betrifft nicht nur die unterschiedlichen Berechtigungen zur Einsichtnahme in den vertraulichen und den nicht-vertraulichen Teil der Todesbescheinigung, sondern auch die im Durchschlagsverfahren geschwärzten Felder.

Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt (Blatt 1, Ziffer 9)

Bei Ziffer 9 auf Blatt 1 der Todesbescheinigung stellt die Formulierung auf dem Dokument eine Fehlerquelle dar. Erfasst werden soll der Sterbezeitpunkt, die Formulierung lautet dagegen „Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt“. In einem überarbeiteten Formular könnte an dieser Stelle deutlich gemacht machen, dass nicht der Zeitpunkt der Todesfeststellung dokumentiert werden soll.

Sollte der Sterbezeitpunkt nicht feststellbar sein, wird in den meisten Bundesländern nach dem Zeitpunkt der Leichenauffindung gefragt. Der Zeitpunkt der Leichenauffindung kann in diesen Fällen auch weiterhin protokolliert werden, um eine Übernahme der Angaben von Angehörigen ohne weitere Plausibilisierung des Sterbezeitpunktes zu vermeiden. Zusätzlich kann in den Modellregionen erprobt werden, ob in einem Feld stimmige Angaben zum Intervall gemacht werden, in dem der Todeseintritt vermutet wird, wenn kein exakter Sterbezeitpunkt bestimmbar ist.

Todesart (Blatt 1, Ziffer 14)

Die bisherige Zweistufigkeit bei der Angabe der Todesart ist entbehrlich. Ausreichend und eindeutig weniger fehleranfällig sind Ankreuzmöglichkeiten wie z. B. *natürlicher Tod*, *Anhaltspunkte für nichtnatürlichen Tod* und *Todesart ungeklärt*. Der gewonnene Platz auf dem Formular der Todesbescheinigung kann für Erläuterungen und Beispiele zur richtigen Klassifizierung für die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte genutzt werden. Vor dem Hintergrund, dass eine zusätzlich zur sorgfältigen Leichenschau abschließende kriminalistische Beurteilung des Todesfalls nicht Aufgabe leichenschauender Ärztinnen und Ärzte sein kann, erscheint es sachgemäß, auf dem Formular nach *Anhaltspunkten* für einen nichtnatürlichen Tod zu fragen und nicht die Ankreuzmöglichkeit *nichtnatürlicher Tod* vorzugeben.

Darüber hinaus wäre es aus Sicht von IT.NRW hilfreich, die standardisierte Angabe der klassifizierten Todesart im Durchschlagverfahren auch auf Blatt 4 der Todesbescheinigung zu erhalten. Bisher ist IT.NRW darauf angewiesen, dass leichenschauende Ärztinnen und Ärzte im vertraulichen Teil nichtnatürliche Todesursachen eindeutig also solche vermerken.

Warnhinweise (Blatt 1, Ziffer 15 bis 17)

Obgleich leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten das Vorhandensein von Infektionskrankheiten häufig nicht bekannt ist, würde eine fehlende Dokumentationsmöglichkeit vermutlich auf Unmut seitens der Bestatter stoßen. In einem überabeiteten Formular kann die Abfrage von Warnhinweisen einerseits auf die Dokumentation von Infektionskrankheiten abzielen und andererseits um die Erfassung von besonderen Schutzmaßnahmen ergänzt werden.

Wer hat die Todesursache festgestellt? (Blatt 2, Ziffer 13)

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung wird unter Ziffer 13 erhoben, ob die nicht vorbehandelnde Ärztin bzw. der nicht vorbehandelnde Arzt die Todesursachenfeststellung nach oder ohne Angaben der vorbehandelnden Ärztin bzw. des vorbehandelnden Arztes festgestellt hat. Diese Erfassung der Beziehung zwischen Ärztin oder Arzt und Verstorbenen bzw., ob die Todesursache nach Angaben der vorbehandelnden Ärztin oder des vorbehandelnden Arztes festgestellt wurde, erfolgt in dieser Art und Weise ausschließlich auf der Todesbescheinigung in NRW. Der Inhalt dieser Frage wird von befragten Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich interpretiert und ausgefüllt. Ein Teil der Befragten versteht eine Bejahung bei „nach Angaben des behandelnden Arztes“ in einem engeren Sinne, bei dem ein persönliches Gespräch stattgefunden haben muss. Für einen

anderen Teil der Befragten müssen lediglich Unterlagen von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten bei der Leichenschau vorliegen, um die entsprechende Frage zu bejahen. Vor dem Hintergrund, dass die Angabe auf der Todesbescheinigung – gleich wie die Frage formuliert ist – dem Gesundheitsamt nach eigener Einschätzung jedoch keinen Mehrwert liefert, kann aus unserer Sicht auf dieses Feld verzichtet werden.

Todesursache (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20)

Zur Verbesserung der Qualität der Statistik kann auf der Todesbescheinigung ein Hinweis zur Bedeutung des Grundleidens für die Todesursachenstatistik platziert werden. Um der beklagten Unsicherheit leichenschauender Ärztinnen und Ärzte bei der Dokumentation der unmittelbaren Todesursache entgegenzuwirken, kann auf einem neuen Formular ergänzt werden, dass die *vermutete* unmittelbare Todesursache einzutragen ist. Weitere Angaben zur Todesursache im Sinne einer Multi-Morbidität und Epikrise können in einem weiteren Freitextfeld eingetragen werden.

In den Gesprächen wurde zudem die Erprobung einer Abfrage der Todesursachenkaskade in umgekehrter Richtung zur bisher vorgegeben Struktur der Kaskade angeregt, um die Angabe der Kausalkette zu erleichtern und die Bedeutung des Grundleidens hervorzuheben.

Auf dem Formular in Nordrhein-Westfalen wird bisher das Feld *Epikrise* uneinheitlich für Freitext-Angaben zu äußeren Todesursachen genutzt. Auf einem neugestalteten Formular könnten zwei Blöcke – einer zur Angabe von Todesursachen bei natürlicher Todesart (Todesursache/klinischer Befund) und ein weiterer Block zur Dokumentation der Todesursache bei nichtnatürlicher Todesart – eindeutig voneinander abgegrenzt werden. Dies trägt zur Transparenz bei und kann die Kodierung natürlicher und nichtnatürlicher Todesursachen verbessern.

Die Angaben zur Unfallkategorie, die von IT.NRW mitsamt den medizinischen Angaben in die Software IRIS übertragen, kodiert, ausgewertet und veröffentlicht werden, können in einem überarbeiteten Formular dem Block zur Dokumentation nichtnatürlicher Todesursachen zugeordnet werden, um sicherzustellen, dass hier nur Unfälle mit einer todesursächlichen Relevanz erfasst werden. Die Unfallkategorie *Wegeunfall* auf dem bisherigen Formular in Nordrhein-Westfalen kann entfallen. Der Wegeunfall ist nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII eine besondere Art des Arbeitsunfalls, die Kategorie ist auf keiner anderen Todesbescheinigung der Bundesländer enthalten und wird dementsprechend nicht bundesweit ausgewertet.

Im Rahmen der Gespräche wurde die Möglichkeit diskutiert, auf der Todesbescheinigung zusätzlich zum Diagnosetext auch die ICD-Codes zu erfassen. In einer Analyse von Todesbescheinigungen in Mecklenburg-Vorpommern[102] waren die eingetragenen ICD-Codes jedoch eine Hauptfehlerquelle und wurden in über 30 Prozent der Formulare gar nicht eingetragen oder waren auch bei großzügiger Auslegung fehlerhaft. Auch nach Aussage der Interviewten, sind die meisten leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte mit der Systematik des ICD-10 nicht vertraut und die Angabe von Codes bietet an weiteren Stellen im Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren keinen Mehrwert.

Obduktion (Blatt 2, Ziffer 24 bis 25)

Unter Ziffer 24 und 25 soll von leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten angegeben werden, ob die Diagnose durch eine Obduktion gesichert wurde (Ziffer 24) und ob der Obduktionsbefund beiliegt (Ziffer 25). Ob die Diagnose durch eine Obduktion gesichert wurde, ist das Feld, das auf den

[102] Zack F. et al. (2017) Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung. Eine Analyse von 10.000 Sterbefällen aus Mecklenburg. Rechtsmedizin 27(6):516-527.

Todesbescheinigungen in den Modellregionen am häufigsten freigelassen wird. Die Gesprächspartnerinnen und -partner weisen darauf hin, dass leichenschauende Ärztinnen und Ärzte gar nicht in die Situation kommen, die Feststellung der Todesursache auf Grundlage einer durchgeführten Obduktion zu dokumentieren. Fälle, in denen eine Patientin oder ein Patient im Krankenhaus verstirbt und das Krankenhaus eine klinische Obduktion aus Qualitätssicherungsgründen anordnet, sind selten. Hier würden Ärztinnen und Ärzten ein Obduktionsbefund angeben.

Im Gegensatz zu sogenannten Legalsektionen (Obduktionen gemäß Strafprozessrecht, Sozialversicherungsrecht) existiert für das klinische Obduktionswesen keine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung und liegt in der Zuständigkeit der Bundesländer.[103] Grundsätzlich gilt, dass eine klinische Obduktion nur bei Verstorbenen erfolgen kann, die eines natürlichen Todes verstorben sind oder – bei nichtnatürlichen bzw. nicht geklärter Todesart – nach Freigabe durch die Staatsanwaltschaft nach § 159 Abs. 2 StPO. Die Angabe auf der Todesbescheinigung in vielen anderen Bundesländern, ob eine «Obduktion erforderlich» ist, hat letztendlich auch keine Relevanz für die Prozesssteuerung. Wenn Verdacht auf Fremdeinwirkung besteht, kann eine Legalsektion gerichtlich angeordnet werden. Die Entscheidung, ob die Voraussetzung zur Durchführung einer klinischen Obduktion bei einem natürlichen Todesfall gegeben ist, obliegt der beauftragten Einrichtung. Voraussetzung ist gemäß § 10 Abs. 1 BestG NRW das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligung durch die/den Toten bzw. durch die gesetzliche Vertretung oder eine bevollmächtigte Person.

Zusätzliches Kommentarfeld bzw. separates Formularblatt für Ergänzungen durch das Gesundheitsamt

Neben den Angaben der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte werden auch Angaben während des Gesamtprozesses korrigiert bzw. ergänzt. So werden bspw. Korrekturen der personenbezogenen Angaben vom Standesamt unmittelbar auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung vermerkt. Zusätzlich vermerkt das Standesamt Detmold auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung, wenn eine Auslandsüberführung – und entsprechend eine zweite Leichenschau – vorgesehen ist, um das Gesundheitsamt vorab zu informieren, sollte der vertrauliche Teil zeitverzögert ankommen. Bei Fällen mit unklarer oder nichtnatürlicher Todesart vermerkt das Standesamt Detmold zudem das auf der Freigabebescheinigung eingetragene Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft auf dem nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung (unterhalb des Feldes „Erdbestattung/Feuerbestattung“).

Die Todesbescheinigung ist eine Urkunde, auf der nach der Unterschrift der leichenschauenden Ärztin oder des leichenschauenden Arztes keine Änderungen vorgenommen werden sollten, dies ist auch im Erlass so nicht vorgesehen. Für die standardisierte Weiterleitung von ergänzenden Informationen aus dem polizeilichen Ermittlungsverfahren wäre ein zusätzliches Kommentarfeld auf den Formularen der Todesbescheinigung bzw. auf einem separaten Formularblatt zielführend, das vom Gesundheitsamt zur Dokumentation der zusammengetragenen Informationen genutzt werden kann. Der Aufwand für die Erfassung von zusätzlichen Informationen wird vom Gesundheitsamt als angemessen eingeschätzt.

Zusammenfassung

Die in diesem Kapitel beschriebenen Gestaltungsoptionen zum verstärkten Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst dargestellt:

[103] Vgl. Madea, B. (2014): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer, Bonn.

Tabelle 21: Ansätze zur Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars
Auf Grundlage der im Projekt erfolgten Erhebungen

Zielsetzung	Gestaltungsoptionen
Anpassung von Inhalt und Struktur	▪ Beseitigung von missverständlichen Formulierungen
	▪ Reduktion von Dokumentationsaufwand

© Prognos AG 2020

5.2.4 Möglichkeiten der Qualitätskontrolle durch das Gesundheitsamt

Aufgrund der zentralen Funktion und Position der unteren Gesundheitsbehörden innerhalb der Prozesse der Todesbescheinigung erscheint grundsätzlich eine Übernahme weitreichender Qualitätsprüfungs- und Dokumentationsaufgaben durch diese Behörden möglich. Beispiele hierfür finden sich nicht nur im internationalen Vergleich – besonders weitreichend beim Medical Examiner-System in England und Wales –, sondern auch in verschiedenen Bundesländern, wie etwa Baden-Württemberg, wo die Todesbescheinigungen in den Gesundheitsämtern nicht nur geprüft, sondern ebenfalls für die Todesursachenstatistik kodiert und elektronisch erfasst werden.

Gesondertes Durchschlagsblatt des vertraulichen Teils für die Kremationsleichenschau

Als Voraussetzung, um in den Gesundheitsämtern überhaupt zeitnah Qualitätskontrollen durchführen zu können, sollte in jedem Fall die gegenwärtige Praxis geändert werden, nach der im Falle von Kremationen die vertraulichen Teile der Todesbescheinigung von Bestattern nicht unmittelbar dem Standesamt zur Weiterleitung an das Gesundheitsamt übergeben werden, sondern für die Vorlage bei der zweiten Leichenschau einbehalten werden. Angesichts einer Kremationsquote von rund 70 Prozent betrifft dies den größten Teil der Sterbefälle.

Verstärkt wird die Gefahr von Verzögerungen dadurch, dass die Kremationsleichenschau typischerweise am Ort des Krematoriums durchgeführt wird, der vielfach außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des Gesundheitsamts des Sterbeorts liegt. In Nordrhein-Westfalen gibt es derzeit nach einem Abgleich der durch die Verbraucherinitiative Bestattungskultur Aeternitas e. V. und durch den Bundesverband Deutscher Bestatter e. V. veröffentlichten Informationen insgesamt 19 Krematorien in den 53 Kreisen und kreisfreien Städten. Damit können in 64 Prozent der Kreise und kreisfreien Städte keine Kremationen durchgeführt werden. In zehn der insgesamt 22 kreisfreien Städte sind Krematorien in Betrieb (45 %). Im Jahr 2015 sind insgesamt 55 Prozent der Sterbefälle in Nordrhein-Westfalen in Gesundheitsamtsbezirken erfolgt, in denen selbst keine Einäscherung möglich ist. Nach Aussagen von Bestattern und Krematorien sind zudem Überführungen in auswärtige Krematorien aus Kapazitäts- und Kostengründen nicht unüblich. Der Anteil der nicht im Kreisgebiet des Sterbeortes kremierten Verstorbenen kann daher durchaus über den oben ermittelten 55 Prozent liegen.

Die direkte Weitergabe des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung an eine leichenschauende Stelle außerhalb des Zuständigkeitsgebiets des Gesundheitsamts am Sterbeort ist in mehrfacher Hinsicht als qualitätseinschränkend bzw. qualitätsgefährdend zu bewerten. Zum einen kann dadurch eine Prüfung von Lesbarkeit und Plausibilität der Todesart häufig erst mit zeitlichem Verzug – und im Regelfall erst nach der Kremierung – durch das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Die Prüfung auf mögliche äußere Einflüsse des Todes wird zwar auch im Rahmen der zweiten Leichenschau durchgeführt. Allerdings sind bei der Untersuchung ortsfremder

Verstorbener die Ärztinnen und Ärzte der zweiten Leichenschau weniger mit regionalspezifischen medizinischen Versorgungsstrukturen und Akteuren vertraut, was Nachfragen bei den Todesbescheinigung ausstellenden Personen erschweren kann. Für die Gesundheitsämter am Sterbeort entsteht zudem zusätzlicher Aufwand für den Abgleich der zur Übermittlung an IT.NRW ausstehenden Todesbescheinigungen, für Nachforschungen zum Verbleib nicht erhaltener Todesbescheinigungen bei Krematorien sowie für entsprechende Aufforderungen zur Übermittlung der ausstehenden Bescheinigungen. Auch bei IT.NRW entsteht durch das Nachhalten und Nachfordern der Todesbescheinigungen bei den Gesundheitsämtern und die nachträgliche Kodierung zusätzlicher Aufwand.

Als vielversprechende Gestaltungsoption kommt in Betracht, ein gesondertes Durchschlagsblatt des vertraulichen Teils für die Kremationsleichenschau aufzunehmen. Ein entsprechendes Verfahren wird in der Mehrzahl der Bundesländer umgesetzt (*siehe hierzu Kapitel 4.2*). Dadurch besteht für den Bestatter keine Notwendigkeit mehr, im Falle einer Feuerbestattung das für das Gesundheitsamt bestimmte Blatt 1 einzubehalten und zur zweiten Leichenschau mitzunehmen[104]. Das Durchschlagblatt für die Kremationsleichenschau wird hierfür zusammen mit dem für IT.NRW bestimmten Blatt von der leichenschauenden Ärztin oder dem leichenschauenden Arzt in einen zusätzlichen, an die Kremationsleichenschau adressierten Umschlag eingelegt und zugeklebt. Das Standesamt wird angewiesen, die Sterbeurkunde bzw. Bestattungserlaubnis nur gegen Erhalt dieses Umschlags auszustellen. Sofern eine Kremation vorgesehen ist, verbleibt ein weiterer Umschlag mit dem entsprechenden Formulardurchschlag für die Kremation bei der bzw. dem Verstorbenen.

Um eine eingeschränkte Schriftqualität der hinteren Durchschläge der Todesbescheinigung bei der Aufnahme eines neuen Blattes für die Kremationsleichenschau zu vermeiden, besteht die Möglichkeit, stattdessen das bislang für das Gesundheitsamt am Wohnort der Verstorbenen bzw. für das Krebsregister vorgesehene Durchschlagsblatt 3 entfallen zu lassen. Auch der Fall, dass bei abweichendem Sterbe- und Wohnort ein Durchschlag an das Gesundheitsamt am Wohnort übermittelt werden muss, bildet eher die Ausnahme: Gemäß der Auswertung der Todesbescheinigungen in den Modellregionen lag lediglich in 67 der insgesamt 1.657 Sterbefälle – also in 4,0 Prozent – der Wohnort außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des Gesundheitsamts am Sterbeort (Detmold 4,1 %, Mettmann 4,0 %). Nach Einschätzung der Gesundheitsämter wäre es ebenso praktikabel, in diesen Fällen eine Fotokopie der Todesbescheinigung für das Gesundheitsamt am Wohnort zu erstellen.

Durch dieses Verfahren wäre eine unverzügliche Information des Gesundheitsamtes am Sterbeort über die diagnostizierten Todesursachen gewährleistet und die Voraussetzung für die zeitnahe Durchführung von Prüfungen geschaffen. Allerdings ist dafür Sorge zu tragen, dass die Durchführenden der zweiten Leichenschau die für sie vorgesehenen Durchschläge nach Abschluss vernichten.

Standardisierte Dokumentation der Todesursachen bei ungeklärten Todesfällen

Bei der bisherigen Prozessanalyse hat sich gezeigt, dass das Gesundheitsamt von seiner Informationslage her letztlich der einzige geeignete Akteur zur Integration und Zusammenführung aller im Prozess der Todesbescheinigung von verschiedenen Akteuren gewonnenen Informationen ist. Einzig das Gesundheitsamt besitzt zumindest in der Theorie die Möglichkeit, sowohl den vertraulichen als auch den nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung zusammen mit

[104] Dieses derzeitige Vorgehen ist nicht in Einklang mit dem Runderlass „Todesbescheinigung“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25.07.2003

Ermittlungsergebnissen der Polizei, Obduktionsergebnissen und auch Hinweisen aus der zweiten Leichenschau zusammen auszuwerten und dadurch ein umfassendes Bild zu dem Todesfall zu gewinnen.

Ein aus Sicht der befragten Akteure zielführender Ansatz zur Erhöhung der Qualität der Todesursachenstatistik wäre, dass die unteren Gesundheitsbehörden die ihnen vorliegenden Informationen in knapper Form so dokumentieren, dass IT.NRW eine sichere Zuordnung zu ICD-10-Codes möglich ist. Als Beispiel kann angeführt werden, dass im Falle nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesfälle von den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten teilweise keine oder lediglich unter Vorbehalt getätigte Angaben bei der Todesursache und Epikrise vermerkt werden. IT.NRW ist ohne Kenntnis der klassifizierten Todesart und der Ergebnisse der polizeilichen Ermittlungen nicht oder nur mit erheblicher Unsicherheit eine Kodierung dieser Fälle möglich. Ein knapper Hinweis des Gesundheitsamtes zur ermittelten Todesursache kann diese Zweifel oder Informationsdefizite beheben.

Nach den Ergebnissen der Auswertung der Todesbescheinigungen in den Modellregionen liegt der Anteil der als ungeklärt oder nichtnatürlich klassifizierten Todesfälle bei 9,7 Prozent (*siehe hierzu Kapitel 2.1.3*). In knapp zwei Dritteln dieser Fälle (63,4 %) waren in den Modellregionen zusätzliche, von der Kreispolizei eingeholte Angaben auf den an IT.NRW weitergeleiteten Informationen zu den Todesursachen enthalten. Eine systematische und flächendeckende Erfassung und Dokumentation dieser Informationen stellt damit einen relevanten Beitrag zur Erhöhung der Qualität der Todesursachenstatistik dar.

Die Aufgaben und Pflichten der unteren Gesundheitsbehörden sind im Rahmen der gegenwärtigen Regelungen zur Todesbescheinigung lediglich unscharf definiert. Die in Absatz 3.1 RdErl. "Todesbescheinigung“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie vom 25.7.2003 definierte Anforderung, die Lesbarkeit der Todesbescheinigungen zu prüfen und wenn nötig herzustellen, lässt Interpretationsspielraum zu. Beide Gesundheitsämter in den Modellregionen bereiten nach Möglichkeit aus eigener Initiative Informationen für IT.NRW auf. Dies ist nach Aussage von IT.NRW allerdings keineswegs der Regelfall bei allen Gesundheitsämtern.

Als Option für eine systematische Sicherstellung des Informationsflusses ist denkbar, einen Leitfaden und ggf. einen Formular-Vordruck für die Gesundheitsämter zur Weiterleitung an IT.NRW zu entwickeln, in welchem festgelegt wird, dass – sofern auf dem Durchdruck der Todesbescheinigung Blatt 4 zur sachgerechten Kodierung des Todesfalls erforderliche Informationen fehlen – diese in Kurzform mitgeteilt werden.

Rückmeldungen und Sanktionen bei fehlerhaften Todesbescheinigungen

Im Rahmen der Prozessanalyse wurden mehrfach Möglichkeiten diskutiert, inwiefern in der Praxis Sanktionen für ohne ausreichende Sorgfalt ausgestellte Todesbescheinigungen ausgesprochen werden können. Die Prüfung müsste dabei nicht notwendigerweise durch das Gesundheitsamt selbst erfolgen.

> *Zitat: Man könnte das z. B. an das sozialpsychiatrische Zentrum auslagern und diese gutachterliche Tätigkeit einkaufen. Oder an ein Krankenhaus in freier Trägerschaft. Aber es bleibt der Kommune überlassen, ob die finanziellen Mittel bereitgestellt werden.*

Eine entsprechende Rechtsgrundlage zur Sanktionierung besteht gemäß Bestattungsgesetz NRW § 19 Abs. 1 Satz 2 und 3[105], wonach bei mangelnder Sorgfalt der Leichenschau und ausbleibender Unterrichtung der Polizei bei nichtnatürlicher oder unklarer Todesart Bußgelder bis zu 3.000 Euro verhängt werden können (BestG NRW § 19 Abs. 2). Den befragten Akteuren waren ausschließlich Einzelfälle bekannt, in denen Ordnungswidrigkeitsverfahren eingeleitet worden sind. Im Wesentlichen betrifft dies Fälle, in denen im Rahmen der zweiten Leichenschau festgestellt wurde, dass trotz Vorliegen von Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod keine entsprechende Klassifizierung der Todesart und damit auch keine Unterrichtung der Polizei erfolgt ist.

Als Grund für die nur in Ausnahmefällen erfolgenden Ordnungswidrigkeitsverfahren wird seitens der Befragten das Fehlen einer systematischen Prüfung der Todesbescheinigungen durch die Gesundheitsämter vermutet. Eine aktuelle Untersuchung im Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt München[106] kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass auch bei der gemäß Bayerischem Bestattungsgesetz vorgeschriebenen Plausibilitätsprüfung sämtlicher Todesbescheinigungen durch die Gesundheitsämter und bei vorgesehener Kremation zusätzlich durch die Polizeibehörden nur sehr selten Ordnungswidrigkeitsverfahren eingeleitet werden. Im Zuständigkeitsgebiet des RGU kam es im Zeitraum 2015 bis 2017 bei insgesamt 40.867 Sterbefällen zu lediglich 34 Ordnungswidrigkeitsverfahren (0,08 %). Diese Fälle betrafen durchweg falsch bescheinigte natürliche Todesarten (28) oder die Nichtunterrichtung der Polizei bei nichtnatürlicher Todesart (6). Weitere Fälle mit nicht sorgfältig durchgeführter Leichenschau wurden dagegen nicht verfolgt.

Aufgrund der Erfahrungen aus München ist nicht davon auszugehen, dass eine systematischere Überprüfung der Todesbescheinigung ohne weitere Maßnahmen zu vermehrten Sanktionen führt. Ein Grund hierfür ist in der schwierigen und aufwändigen Beweisführung zu sehen. Unbenommen davon besteht die Möglichkeit für Kommunen, in Eigenregie und -verantwortung Prüfungen durchzuführen und fehlerhafte Eintragungen den Ärztinnen und Ärzten zurückzumelden.

Zusammenfassung

Die in diesem Kapitel beschriebenen Gestaltungsoptionen zur Stärkung der Qualitätskontrolle durch das Gesundheitsamt sind in der folgenden Tabelle überblicksartig dargestellt:

[105] Der entsprechende Gesetzestext im BestG NRW § 19 Ordnungswidrigkeiten lautet:
„(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig [...]“.
2. entgegen § 9 Abs. 1 bis 3 nicht unverzüglich die Leichenschau veranlasst, sie nicht unverzüglich oder nicht sorgfältig vornimmt oder die Todesbescheinigung nicht unverzüglich aushändigt oder die Auskünfte über Befunde verweigert,
3. entgegen § 9 Abs. 5 nicht unverzüglich die Polizeibehörde, die Staatsanwaltschaft oder das Amtsgericht unterrichtet. [...]“.
[106] Viehöver S. et al. (2019): Ordnungswidrigkeiten bei Leichenschau und Ausstellen der Todesbescheinigung. Erfahrungen eines Großstadtgesundheitsamtes. Rechtsmedizin 2/2019.

Tabelle 22: Ansätze zur Stärkung der Qualitätskontrolle durch das Gesundheitsamt
Auf Grundlage der im Projekt erfolgten Erhebungen

Zielsetzung	Gestaltungsoptionen
Unmittelbare Übermittlung des vertraulichen Teils an das Gesundheitsamt	▪ Gesondertes Durchschlagsblatt des vertraulichen Teils für die Kremationsleichenschau
Standardisierte Dokumentation der Todesursachen bei ungeklärten Todesfällen	▪ Leitfaden / Formular-Vordruck für die Gesundheitsämter zur Weiterleitung an IT.NRW

5.3 Zusammenfassung und Bewertung

Ausgehend von der statistischen Auswertung der Todesbescheinigungen aus den Modellstädten, der Prozessanalyse sowie (inter-)nationalen Recherchen wurden vier zentrale Handlungsfelder identifiziert:

- Verstärkter Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte
- Unsicherheiten und Wissensdefizite bei der Durchführung der Leichenschau und dem Ausfüllen der Todesbescheinigung
- Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars
- Qualitätskontrolle der Todesbescheinigung

Für jedes dieser Handlungsfelder wurden verschiedene Gestaltungsoptionen gesammelt, bewertet und priorisiert. Das Kondensat dieser Arbeiten ist nachfolgend in Tabelle 23 dargestellt. Die hier besprochenen Optionen für die Neugestaltung von (Teil-)Prozessen rund um die Leichenschau und Todesbescheinigung wurden dem Auftraggeber vorgestellt und gemeinsam mit Blick auf die zu erwartende Verbesserung oder auch Einschränkung der Prozess- und Ergebnisqualität und unter besonderer Berücksichtigung der Praktikabilität, des zu erwartenden Umsetzungsaufwands und der Eignung als Modellvorhaben bewertet.

Als Ergebnis lag eine Auswahl von Gestaltungsoptionen vor, aus denen mehrere Einzelmaßnahmen und drei Modellkonzeptionen entwickelt wurden. Die Entwicklung dieser Modellkonzeptionen ist in Kapitel 6 beschrieben. Neben den für eine modellhafte Erprobung ausgewählten Gestaltungsoptionen versprechen auch weitere Gestaltungsoptionen bzw. Einzelmaßnahmen ein hohes Potential für eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität der Leichenschau.

Tabelle 23: Überblick über die zentralen Handlungsfelder und Gestaltungsoptionen

Auf Grundlage der im Projekt erfolgten Erhebungen

Maßnahmen	Gestaltungsoptionen	Alternative Maßnahme	Modell-vor-haben
1. Verstärkter Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte			
Verbesserung der Leichenschau und Todesbescheinigung - Rettungsdienstes	▪ Einführung einer vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung		1
Verbesserung der Leichenschau und Todesbescheinigung - ärztlicher Notdienst	▪ Sensibilisierung leichenschauender Ärztinnen und Ärzte zur gezielten Rücksprache mit vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten (z. B. telefonisch, Einbehalt der Todesbescheinigung)		2
Verbesserung der Leichenschau und Todesbescheinigung - allgemein	▪ Sensibilisierung in Heimen, Hospizen und über Hausärztinnen und –ärzte, welche Ärztegruppe am besten für Leichenschau zu kontaktieren ist sowie für die Bedeutung von aussagekräftiger Patientendokumentation am Sterbeort	●	2
	▪ Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für den Aufschub der Leichenschau	●	
2. Unsicherheiten und Wissensdefizite bei der Durchführung der Leichenschau und dem Ausfüllen der Todesbescheinigung			
Theoretischer und praktischer Wissensaufbau zur Leichenschau und Todesbescheinigung	▪ Intensivierung der Leichenschau in der studentischen Ausbildung	●	
	▪ Verankerung der Leichenschau in Fortbildungs-Curricula		2
Weiterentwicklung und Verbreiterung von Fortbildungsangeboten für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte	▪ Weiterentwicklung von Fortbildungsangeboten		2
	▪ Erhöhung der Attraktivität von Fortbildungsangeboten und Steigerung der Teilnahme		2
3. Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars			
Anpassung von Inhalt und Struktur	▪ Beseitigung von missverständlichen Formulierungen		3
	▪ Reduktion von Dokumentationsaufwand		3
	▪ Einführung einer elektronischen Todesbescheinigung u. a. zur besseren Lesbarkeit		3
4. Stärkung der Qualitätskontrolle der Todesbescheinigung durch das Gesundheitsamt			
Unmittelbare Übermittlung des vertraulichen Teils an das Gesundheitsamt	▪ Gesondertes Durchschlagsblatt des vertraulichen Teils für die Kremationsleichenschau	●	

© Prognos AG 2020

6 Darstellung der Konzepte für Modellprojekte

Abgeleitet aus den Gestaltungsoptionen *(siehe Kapitel 5)* wurden drei Modellkonzeptionen entwickelt. In diesem Kapitel werden die Modellkonzeptionen bzw. die damit verbundenen Maßnahmen beschrieben.

Für jede Modellkonzeption bzw. die darin enthaltenen Maßnahmen wird nachfolgend die zugrundeliegende Problemstellung zusammengefasst erläutert und zudem dargestellt, welche Zielsetzungen mit der Realisierung des Modellvorhabens verbunden sind. Nach Darstellung des Hintergrundes wird das Modellvorhaben genauer ausgearbeitet. Die Ausarbeitungen umfassen die Definition der betroffenen Zielgruppe sowie die Beschreibung der geplanten Ausgestaltung der Maßnahmen. Diese Texte können im Rahmen der praktischen Erprobung für die Information der beteiligten Akteure genutzt werden.

Für die Vorbereitung der Erprobung werden Regelungsbereiche identifiziert, die vor der praktischen Umsetzung ausgestaltet werden müssen. Dabei werden zudem die einzubeziehenden Akteure identifiziert und gleichzeitig die zu erwartenden Aufwände der einzelnen Beteiligten bei einer Umsetzung beschrieben. Um die Mitwirkungsbereitschaft dieser Akteure zu erhöhen und die nötigen Informationen weitergeben zu können, sind Informationsveranstaltungen in den jeweiligen Regionen zu planen und durchzuführen.

Mit Blick auf die vorgesehene Evaluation der Modellvorhaben werden in diesem Kapitel zudem Evaluationsmethoden ausgeführt sowie Indikatoren entwickelt. Die Evaluation muss abschließend beantworten, ob die vorab beschriebenen Zielsetzungen der Modellvorhaben realisiert werden konnten und ggf. eine Umsetzung in der Fläche vorzusehen ist.

Für die modellhafte Erprobung sind verschiedene Modellregionen in Nordrhein-Westfalen zu rekrutieren, die sich an der Erprobung beteiligen möchten. Es ist zu klären, ob Konzepte parallel in mehreren Modellregionen erprobt werden sollen oder ob in einer Region jeweils ein besonderer Fokus auf ein einzelnes Konzept gelegt werden soll. Bestmöglich werden mehrere Regionen für das Vorhaben gewonnen, um durch einen Vergleich der Regionen externe Einflussfaktoren identifizieren und ausschließen zu können.

6.1 Einführung der vorläufigen Leichenschau und vorläufigen Todesbescheinigung für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst

In Nordrhein-Westfalen sind Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst zur Feststellung des Todes, jedoch nicht zur Durchführung der Leichenschau und zum Ausfüllen der Todesbescheinigung verpflichtet (§ 9 Abs. 3 BestG NRW).[107] In diesen Fällen muss die Leichenschau und Todesbescheinigung von einer anderen Ärztin bzw. einem anderen Arzt durchgeführt werden.

Die quantitative Untersuchung ausgefüllter Todesbescheinigungen der Modellregionen Detmold und Mettmann aus dem Jahr 2015 hat ergeben, dass der Rettungsdienst bei etwa neun Prozent der ausgewerteten Sterbefälle die Todesbescheinigung ausgefüllt hat und dabei in knapp 80

[107] „Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst sind während der Einsatzbereitschaft und während des Einsatzes, sobald sie den Tod festgestellt haben, weder zur Leichenschau noch zur Ausstellung der Todesbescheinigung verpflichtet […]“

Prozent der Fälle zu häuslichen Sterbefällen gerufen wurde (*siehe hierzu Kapitel 2.1.1*). Gerade bei Zuhause-Sterbefällen kann die Einschätzung der Todesart und -ursache aufgrund fehlender (medizinischer) Informationen bzw. Dokumentationen erschwert und somit das Risiko mangelhafter und unvollständiger Diagnosen erhöht sein. Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst haben im Vergleich zu anderen Arztgruppen selten eine natürliche Todesart und vergleichsweise sehr häufig eine ungeklärte Todesart in der Todesbescheinigung vermerkt. Dies hat zur Folge, dass in diesen Fällen meist keine Todesursache auf der Todesbescheinigung eingetragen wird, da die Leichenschau gemäß § 9 Abs. 5 BestG NRW abzubrechen ist. Zudem ist ein polizeiliches Ermittlungsverfahren einzuleiten.

Zielsetzung

Durch die Möglichkeit, ein reduziertes Verfahren der Leichenschau und Todesbescheinigung durchführen zu können, soll erreicht werden, dass Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst seltener komplett auf Leichenschau und Todesbescheinigung verzichten bzw. die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst davon absehen, die Todesart aus Zeitgründen als ungeklärt in dem Todesbescheinigungs-Formular vermerken.

- Reduktion von Sterbefällen mit ungeklärter Todesart und damit Vermeiden von medizinisch nicht begründete Polizeieinsätzen, die auf Zeitdruck im Rahmen des Rettungsdiensteinsatzes oder fehlende Informations- und Dokumentationsgrundlage am Sterbeort zurückzuführen sind
- Vollständige Diagnosen der Todesursache und der Grundleiden auf der Todesbescheinigung u. a. durch den stärkeren Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte
- Verbesserung der Qualität und Vollständigkeit der Todesursachenstatistik

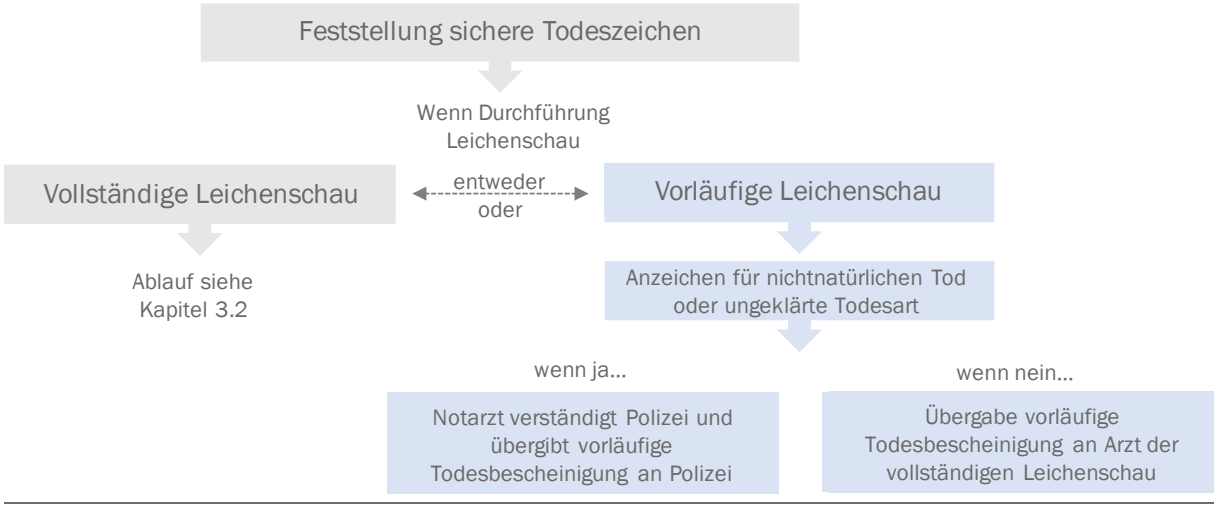
6.1.1 Maßnahme: Zielgruppe und Ausgestaltung

Als Prozess-Alternative zur bestehenden Leichenschau und Todesbescheinigung kann eine „vorläufige Leichenschau und vorläufige Todesbescheinigung“ eingeführt werden, analog der Prozess in den anderen Bundesländern (siehe Kapitel 4.2). Die Möglichkeit, eine vorläufige Todesbescheinigung auszufüllen, soll für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst während der Einsatzbereitschaft und während des Einsatzes bestehen.

Grundsätzlich können Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst den Sterbeort nach der Feststellung des Todes verlassen und auf die Leichenschau und Todesbescheinigung verzichten. Entscheidet sie/er sich für die Durchführung der Leichenschau und die Ausstellung der Todesbescheinigung soll es folgende Wahlmöglichkeit geben: Die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst können–müssen aber nicht–statt der vollständigen Leichenschau eine vorläufige Leichenschau durchführen (siehe Abbildung 7).

In Analogie zu den anderen Bundesländern beschränkt sich die Ärztin oder der Arzt bei einer vorläufigen Leichenschau auf die Feststellung des Todes und seine Dokumentation in einer vorläufigen Todesbescheinigung. Ergeben sich Ansatzpunkte für einen nichtnatürlichen Tod oder ist die Todesursache ungeklärt, ist der Rettungsdienst verpflichtet, die Polizei zu benachrichtigen und dieser die vorläufige Todesbescheinigung zu übergeben. Liegen keine Anzeichen für einen nichtnatürlichen Tod oder eine ungeklärte Todesart vor, muss nach der vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung die vollständige Leichenschau und Todesbescheinigung durch eine andere Ärztin bzw. Arzt durchgeführt werden. Dafür wird das Formular der vorläufigen Todesbescheinigung an die Ärztin bzw. den Arzt der vollständigen Leichenschau übergeben.

Abbildung 7: Übersicht zur Leichenschau bei Rettungsdienst -Einsätzen



© Prognos AG 2020

Im Rahmen der nachgelagerten vollständigen Leichenschau können Informationen zur Krankengeschichte der Verstorbenen genutzt bzw. in Erfahrung gebracht werden, ohne dass dafür zeitliche Kapazitäten des Rettungsdienstes in Anspruch genommen werden müssen. Gleichermaßen wird vermieden, dass Todesfälle vom Rettungsdienst aus Zeitdruck als ungeklärt klassifiziert werden, dadurch ein polizeiliches Ermittlungsverfahren erfolgt und eine detaillierte ärztliche Todesursachendiagnose entfällt.

i

Variante: Verpflichtung zu (vorläufiger) Leichenschau und Todesbescheinigung

Nur in Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein sind Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst komplett von der Durchführung der Leichenschau befreit. In den anderen Bundesländern kann nur auf die „normale“ Leichenschau verzichtet werden, wenn eine vorläufige Todesbescheinigung ausgefüllt wird bzw. festgelegte Grundangaben (u. a. Feststellung des Todes, Todeszeitpunkt, äußere Umstände) dokumentiert werden.

Als Alternative zum oben beschriebenen Verfahren könnte der Rettungsdienst auch in NRW verpflichtet werden, sich zwischen vollständiger und vorläufiger Leichenschau zu entscheiden. Der vollständige Verzicht auf einer formalen Todesbescheinigung nach Feststellung des Todes wäre nicht mehr möglich. Dies würde zu mehr Prozesssicherheit beitragen.

6.1.2 Umsetzung

Regelungsbereiche

Für die modellhafte Einführung der vorläufigen Leichenschau müssen verschiedene Vorarbeiten – von der Erstellung eines Formulars bis zu Vorgaben zur Durchführung der vorläufigen Leichenschau erfolgen. Diese Regelungsbereiche werden nachfolgend aufgeführt.

- Bedingungen für die vorläufige Leichenschau

Grundsätzlich können Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst die vorläufige Leichenschau anstelle der vollständigen Leichenschau durchführen. Es ist festzulegen, ob weitere Bedingungen für die vorläufige Leichenschau in Nordrhein-Westfalen vorzusehen sind. So ist in Bayern und Hamburg die vorläufige Leichenschau nur möglich, wenn die Notärztin bzw. der Notarzt im Rettungsdienst die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat. In Bayern und Hamburg ist zudem vorgegeben, dass die vorläufige Leichenschau nur durchführbar ist, wenn die fehlenden Feststellungen im Rahmen einer vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung durch eine andere Ärztin bzw. Arzt sichergestellt werden können (§ 3 Abs. 4 BestV Bayern, § 2 GVBl Abs. 3 Hamburg).

- Regelungen zur Durchführung der vorläufigen Leichenschau

- Weiter muss entschieden werden, ob genauere Regelungen zur Durchführung der vorläufigen Leichenschau in Nordrhein-Westfalen getroffen werden sollen. So muss die vorläufige Leichenschau in Bayern nicht an der entkleideten Leiche durchgeführt werden. Weiter wird darauf verwiesen, dass die vorläufige Leichenschau analog zur vollständigen Leichenschau unverzüglich und sorgfältig vorzunehmen ist (§ 3 Abs. 4 BestV Bayern). Formularsatz vorläufige Todesbescheinigung

Für die vorläufige Leichenschau muss ein gesonderter Formularsatz für die vorläufige Todesbescheinigung erstellt werden. Dieser sollte Personenangaben, sichere Zeichen des Todes und Sterbeort und -zeitpunkt enthalten. Zudem können auf dem Formular Hinweise für die Ärztinnen und Ärzte zu den Vorgaben der vorläufigen Leichenschau in Nordrhein-Westfalen gemacht werden. Das Durchschreibeformular sollte mindestens ein Blatt für die Leichenschau zum Verbleib bei der Leiche und einen Durchschlag für Notärztin bzw. -arzt im Rettungsdienst umfassen. Zusätzlich könnte es einen Durchschlag für die Angehörigen geben. Nachfolgend findet sich ein Formularentwurf der vorläufigen Todesbescheinigung.[108]

[108] Der Formularaufbau wurde analog der vorläufigen Todesbescheinigung in Bayern gestaltet. Die Formulierungen entsprechen der Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen. Die bezüglich der Neustrukturierung der Todesbescheinigung vorgesehenen Änderungen sind bereits enthalten (siehe Kapitel 0).

Formularentwurf vorläufige Todesbescheinigung

Personalangaben

Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)		**Nicht zur Vorlage beim Standesamt**
Straße		
PLZ, Wohnort, Kreis		
Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis	

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Identifikation nach ☐ eigener Kenntnis ☐ Personalausweis/ Reisepass ☐ Angaben Angehöriger/ Dritter

Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	um ca.:	Std.	Min.

Sterbezeitpunkt bestimmt nach ☐ eigenen Feststellungen ☐ Angaben Angehöriger/Dritter

Sichere Zeichen des Todes

☐ Totenflecke ☐ Totenstarre ☐ Fäulnis ☐ Hirntod

☐ Nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

Ort des Todes

☐ Sterbeort ☐ Auffindeort, falls nicht Sterbeort

Name der Einrichtung (des Krankenhauses o.Ä.)	☐ Wohnanschrift (siehe oben)
Straße	
PLZ, Wohnort, Kreis	

Hinweis:

[rechtliche Regelungen Nordrhein-Westfalen]

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr/ihm die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung	Name in Druckbuchstaben, Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes

Nach der vorläufigen Leichenschau muss die vollständige Leichenschau zur Feststellung der fehlenden Angaben (z. B. Todesursache) durch eine andere Ärztin bzw. einen anderen Arzt erfolgen. Auch hierfür sind verschiedene Vorarbeiten – z. B. Regelungen zur Veranlassung und Durchführung der vollständigen Leichenschau – zu treffen. Diese werden nachfolgend aufgeführt und skizziert.

- Veranlassung der vollständigen Leichenschau

Nach Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung muss die vollständige Leichenschau veranlasst werden. Die Verantwortung der Veranlassung der vollständigen Leichenschau kann beim Rettungsdienst, dem Veranlasser der vorläufigen Leichenschau oder den Angehörigen liegen, eine entsprechende Regelung ist für Nordrhein-Westfalen festzulegen. Weiter können zusätzliche Regelungen getroffen werden, wann die Veranlassung und Durchführung der vollständigen Leichenschau erfolgen kann bzw. muss. Beispielsweise kann in Bayern mit der Veranlassung der vollständigen Leichenschau bis zum nächsten Tag gewartet werden (§ 3 Abs. 4 BestV Bayern).

- Übergabe der vorläufigen Todesbescheinigung

Auch die Übergabe der vorläufigen Todesbescheinigung an weitere Prozessakteure muss geregelt werden. Hierbei ist folgendes Vorgehen anzudenken: Liegen Anzeichen für einen nichtnatürlichen Tod vor oder für die berechtigte Annahme, dass die Todesart ungeklärt ist, muss die Ärztin bzw. der Arzt sofort die Polizei verständigen und dieser die vorläufige Todesbescheinigung aushändigen. Ansonsten verbleibt die vorläufige Todesbescheinigung bei der Leiche und wird an die leichenschauende Ärztin bzw. den leichenschauenden Arzt übergeben. Es ist weiter zu regeln, ob die vorläufige Todesbescheinigung mit der vollständigen Todesbescheinigung an das Gesundheitsamt zu übermitteln ist.

Abbildung 8: Regelungsbereiche zur vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung

- ✓ **Checkliste vorläufige Leichenschau**
  - Bedingungen für eine vorläufige Leichenschau
  - Regelungen zur Durchführung der vorläufigen Leichenschau
  - Formularsatz vorläufige Todesbescheinigung
- ✓ **Checkliste vollständige Leichenschau**
  - Veranlassung der vollständigen Leichenschau
  - Übergabe der vorläufigen Todesbescheinigung

© Prognos AG 2020

Beteiligte Akteure und Einschätzung des erforderlichen Aufwands

Werden leichenschauende Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst befugt, die vorläufige Leichenschau, anstatt der vollständigen Leichenschau durchzuführen, reduziert sich der Aufwand deutlich: Einerseits ist der Dokumentationsaufwand für die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst geringer und insbesondere entfällt die Ermittlung der Todesursache durch die Notärztin bzw. den Notarzt im Rettungsdienst. Hiermit wird eine deutliche Aufwandsverringerung des Prozesses für die Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst im Vergleich zur vollständigen Leichenschau realisiert. Die Veranlassung der vollständigen Leichenschau bedeutet einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand, der jedoch auch anfällt, wenn nach Feststellung des Todes keine Leichenschau durch den Rettungsdienst erfolgt.

i

Variante: Verpflichtung zu (vorläufiger) Leichenschau und Todesbescheinigung

Eine Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst, entweder eine vollständige oder eine vorläufige Leichenschau durchzuführen, würde für Ärztinnen und Ärzte, die bisher nach Feststellung des Todes den Prozess abgebrochen haben, zu Mehraufwand führen. Zumindest die Personalangaben, die sicheren Todeszeichen sowie Todeszeitpunkt und -ort wären auf dem Formular der vorläufigen Todesbescheinigung einzutragen. Der vollständige Verzicht auf deine formale Todesbescheinigung wäre nicht mehr möglich.

Dennoch würde dieses Vorgehen zu mehr Prozesssicherheit beitragen, da gerade die Feststellung des Todes durch die Angabe der sicheren Todeszeichen auf der Todesbescheinigung für die weiteren Prozessschritte (Bestatter, Polizei etc.) von zentraler Bedeutung ist.

Füllen Notärztinnen und -arzte im Rettungsdienst die vorläufige Todesbescheinigung aus, müssen vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte bzw. andere Ärztinnen und Ärzte die vollständige Leichenschau nachgelagert durchführen. Sie können dabei zwar die Angaben auf der vorläufigen Todesbescheinigung übernehmen, dennoch führt dieses doppelte Vorgehen zu Mehraufwand. Jedoch betrifft das gleichermaßen die Fälle, in denen Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst komplett auf die Leichenschau und das Ausfüllen einer Todesbescheinigung verzichten.[109]

Sterbefälle, die aufgrund von Zeitdruck im Rahmen des Rettungsdiensteinsatzes oder fehlender Informations- und Dokumentationsgrundlage am Sterbeort als ungeklärt in der Todesbescheinigung vermerkt werden, binden Kapazitäten bei Staatsanwaltschaft und Polizei. Durch die Möglichkeit eine vorläufige Todesbescheinigung auszufüllen, kann eine Reduktion von Sterbefällen mit ungeklärter Todesart aufgrund von Zeitdruck oder fehlender Patienteninformationen erwartet werden.

[109] Nach der „Fünften Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ [109], die am 01.01.2020 in Kraft trat, liegt die durchschnittliche leitliniengerechte Dauer für eine vorläufige Leichenschau bei rund 30 Minuten (mindestens 20 Minuten) und soll mit rund 111 Euro vergütet werden. Die Dauer für eine leitliniengerechte eingehende Leichenschau liegt bei rund 60 Minuten (mindestens 40 Minuten) und soll mit rund 166 Euro vergütet werden.

6.1.3 Evaluation

Die Erprobung wird von einer Evaluation begleitet, die untersucht, ob die Zielsetzungen des Modellvorhabens erreicht werden konnten. Folgende Fragen sind dabei forschungsleitend:

Qualität Todesbescheinigung (statistische Analyse):

- Ist die Anzahl der Sterbefälle mit ungeklärter Todesart rückläufig?
- Hat sich die Qualität der Todesursachenkaskade aufgrund einer durch andere (möglichst vorbehandelnde) Ärztinnen und Ärzte durchgeführten vollständigen Leichenschau verbessert?

Prozessanalyse (qualitative Interviews):

- Wie bewerten medizinische Akteure das neue Verfahren?
- Wie bewerten andere Prozessakteure das neue Verfahren?
- Führt das neue Verfahren zu mehr Prozesssicherheit?

> *i*
>
> **Variante: Verpflichtung zu (vorläufiger) Leichenschau und Todesbescheinigung**
>
> Alternativ könnten in den beteiligten Regionen unterschiedliche Modelle erprobt werden: In Gruppe 1 könnten Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst verpflichtet werden, entweder die vorläufige oder die vollständige Leichenschau durchzuführen. In Gruppe 2 können sich Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst weiterhin auf die Feststellung des Todes beschränken. Vergleichende Analysen können Hinweise auf die Vor- und Nachteile dieser Varianten liefern.

Methode

Nach Einführung der vorläufigen Leichenschau bzw. Todesbescheinigung sollte mindestens ein Jahr Erprobungsphase vorgesehen werden, bevor die statistischen Analysen erfolgen können. Die Analysen können entweder nach der einjährigen Erprobung stattfinden oder wiederholt jeweils nach einem halben Jahr. Letztere Variante ermöglicht die Erfassung zeitlicher Veränderungen. Um gängige statistische Verfahren zur Analyse nutzen zu können, sollte die Anzahl und Größe der Modellregionen so gewählt werden, dass eine Anzahl von 50 bis 100 vorläufigen Todesbescheinigungen pro Jahr realisiert wird.

Es ist sicherzustellen, dass die vorläufige Todesbescheinigung den Formularblättern der vollständigen Todesbescheinigung beigefügt und die Dokumente gemeinsam bei den zuständigen Gesundheitsämtern verwahrt werden. Nur so ist zu gewährleisten, dass Sterbefälle, bei denen vor der vollständigen Leichenschau eine vorläufige Leichenschau erfolgte, nachträglich identifiziert werden können. Für die Analysen sind die Todesbescheinigungen zu berücksichtigen, die mit einem Rettungsdienst-Einsatz in Verbindung stehen. Folgende Daten sind dafür zu erfassen:

- Datengrundlage 1: Anonymisierung und elektronische Erfassung der Todesbescheinigungen (vorläufig oder „normal“), die von Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst im Rahmen einer vollständigen Leichenschau ausgefüllt wurden.

- Datengrundlage 2: Anonymisierung und elektronische Erfassung der Todesbescheinigungen, die nach einer vorläufigen Leichenschau durch Notärztinnen und -ärzte, durch andere Ärztinnen und Ärzte ausgestellt wurden im Rettungsdienst.

Mittels der quantitativen Auswertung der oben genannten Todesbescheinigungen wird untersucht, ob die Einführung der vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung dazu beigetragen hat, dass der Anteil der von Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst als ungeklärt klassifizierten Sterbefälle reduziert werden konnte. Hierzu wird die vorab beschriebene Datengrundlage 1 ausgewertet und die Ergebnisse mit den Auswertungen der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 verglichen.

Als weiterer Schritt wird untersucht, ob die Teilung in vorläufige und vollständige Leichenschau zu einer Verringerung der Qualitätsmängel der Todesursachenkaskade geführt hat, z. B. durch den Einbezug vorbehandelnder Ärztinnen und Ärzte. Dazu werden die beschriebenen Datengrundlagen 1 und 2 hinsichtlich der Qualität der Todesursachenkaskade untersucht und mit den Auswertungen der von Notärztinnen und -ärzten im Rettungsdienst ausgefüllten Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 verglichen (*siehe hierzu Kapitel 2.2.2*).

Zusätzlich werden anhand der Datengrundlagen 1 und 2 auch deskriptive Analysen durchgeführt (z. B. wie häufig füllen Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst die vorläufige Todesbescheinigung aus bzw. wie häufig führen sie eine vollständige Leichenschau durch).

Ergänzend zu den quantitativen Analysen sollen die Effekte der Einführung einer vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung auch in Form von qualitativen Interviews erörtert und vertieft werden. Für die Interviews sind Gesprächsleitfäden zu entwickeln. Folgende Akteure sind dabei zu berücksichtigen:

- Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst
- Andere medizinische Akteure (z. B. vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte)
- Staatsanwaltschaft/Polizei
- Bestatter

Da die Möglichkeit der vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung nur für Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst bestehen soll gilt es, die Einschätzungen dieser Ärztinnen und Ärzte zu den Effekten dieser Maßnahme einzuholen. Zudem müssen die medizinischen Akteure berücksichtigt werden, die daran anschließend die vollständige Leichenschau durchführen.

In den Gesprächen mit Staatsanwaltschaft/Polizei soll eine Einschätzung eingeholt werden, ob die Einführung der vorläufigen Todesbescheinigung zu einer Reduktion von Sterbefällen mit ungeklärter Todesart und damit von Polizeieinsätzen, die auf Zeitdruck im Rahmen des Rettungsdiensteinsatzes oder auf eine fehlende Informations- und Dokumentationsgrundlage am Sterbeort zurückzuführen sind, beigetragen hat. Bestatter treten am Sterbeort mit leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten in Kontakt. Im Rahmen der Interviews soll untersucht werden, inwiefern die Einführung der vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung zu einer Veränderung des Prozesses bzw. zu mehr Prozesssicherheit beigetragen hat.

Indikatoren

Bei den Interviews sind zur Untersuchung der Auswirkungen der Einführung der vorläufigen Leichenschau und Todesbescheinigung folgende Indikatoren/Themen zu berücksichtigen:

- Einschätzungen zur Handhabbarkeit und Praktikabilität
- Relevanz für die Qualität der Todesbescheinigung
- Auswirkungen auf den Gesamtprozess der Leichenschau und Todesbescheinigung
- Auswirkungen auf polizeiliche Ermittlungsverfahren
- Bewertung des Aufwandes der beteiligten Akteure
- Bewertung der Prozesssicherheit

Bei der quantitativen Auswertung der Todesbescheinigungen sollten folgende Kriterien verwendet werden:

- Aussagekraft der medizinischen Angaben
- Vollständigkeit der Angaben
- Formale Qualitätsmängel in der Kausalkette (Unstimmige Angabe von Ursachen und Folgen der Todesursachenkaskade, die ohne eine Interpretations- und Korrekturleistung nicht für eine plausible Feststellung des Grundleidens verwendet werden kann)
- Unlesbare Angaben/niedrige Zuordnungssicherheit (Einschränkungen bei der Lesbarkeit und/oder erhebliche Mängel und Unklarheiten bei der Zuordnung von Einträgen zu spezifischen Formularfeldern)

6.2 Etablierung eines Fortbildungsangebots

Anhand der ausgewerteten Todesbescheinigungen der Regionen Detmold und Mettmann aus dem Jahr 2015 und der im Rahmen des Projektes durchgeführten Interviews und Fokusgruppen konnte festgestellt werden, dass bei leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten Unsicherheiten und Wissensdefizite bezüglich der Durchführung der Leichenschau und Diagnose der Todesursachen bestehen, die sich insbesondere auf folgende Aspekte beziehen:

- Klassifizierung der Todesart und Dokumentation der Todesursachendiagnosen
- Vorgaben zur praktischen Durchführung der Leichenschau
- Zweck und Relevanz der Todesursachenstatistik

Die identifizierten Wissensdefizite und Unsicherheiten lassen auf einen Fortbildungsbedarf bei leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten schließen. Gemäß der landesrechtlichen Regelungen sind in Nordrhein-Westfalen sämtliche Ärztinnen und Ärzte[110] zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet. Jedoch gibt es für Ärztinnen und Ärzte keine Fortbildungsverpflichtung zum Thema Leichenschau. Die Fortbildung zum Thema Leichenschau ist der Initiative der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes überlassen. Bestehende Fortbildungen werden stark nachgefragt, allerdings größtenteils von intrinsisch motivierten und für Defizite bereits sensibilisierten Ärztinnen und Ärzten. Zudem gibt es zu wenige Angebote, um leichenschauende Ärztinnen und Ärzte flächendeckend zu erreichen.

Zielsetzung

Von den Gesprächspartnerinnen und -partnern der im Rahmen des Projektes geführten Einzelinterviews und der Fokusgruppe wurde einhellig die Meinung vertreten, dass Fortbildungen grundsätzlich dazu geeignet sind, Mängel bei der Durchführung und Dokumentation der Leichenschau zu reduzieren. Mit dem Modellvorhaben soll ein zusätzliches attraktives Fortbildungsangebot zur

[110] Die Ausnahme bilden Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst während der Einsatz- und Bereitschaftszeiten.

Leichenschau und Todesbescheinigung entwickelt und etabliert werden. Im Detail werden folgende Zielsetzungen mit dem Modellvorhaben verfolgt:

- Erweiterung des Angebots an Fortbildungen zur Leichenschau und Todesbescheinigung
- Erhöhung der Attraktivität von Fortbildungsangeboten und Steigerung der Teilnahme
- Theoretischer und praktischer Wissensaufbau zur Leichenschau und Todesbescheinigung bei Ärztinnen und Ärzten
- Verbesserte Qualität der Angaben zu Todesursachen und Grundleiden und damit Verbesserung der Qualität und Vollständigkeit der Todesursachenstatistik

6.2.1 Maßnahme: Zielgruppe und Ausgestaltung

Die Projektergebnisse haben gezeigt, dass bei allen leichenschauenden Arztgruppen Schwierigkeiten und Missverständnisse bezüglich der Durchführung der Leichenschau und Diagnose der Todesursachen bestehen. Zur Zielgruppe von Fortbildungen gehören demnach Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, die Leichenschauen durchführen.

Ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht für folgende Ärztegruppen:

- Junge Ärztinnen und Ärzte mit vergleichsweise wenig praktischer Erfahrung mit der Durchführung von äußeren Leichenschauen
- Leichenschauende Ärztinnen und Ärzte, die die Verstorbenen i. d. R. nicht gekannt oder behandelt haben (insb. ärztlicher Notdienst und Rettungsdienst) und dadurch die Bestimmung der Todesart und -ursache ohne direkte Kenntnis der Anamnese erschwert ist.

Im Rahmen eines Modellvorhabens soll ein neues Fortbildungsangebot zum Thema Leichenschau und Todesbescheinigung für Ärztinnen und Ärzte entwickelt werden, um den Bestand an Fortbildungsangeboten zu erweitern und mehr Ärztinnen und Ärzte mit Fortbildungen zu erreichen.

Für die Gestaltung des Fortbildungsangebots ist ein fallbasiertes Fortbildungskonzept vorgesehen, mit dem anhand von authentischen Fällen bzw. Fallbeispielen konzeptionelles Wissen und praxisnahe Diskussion verknüpft wird. Das Angebot soll theoretisches Wissen zur Thanatologie, Durchführung der Leichenschau und zum Zweck der Todesursachenstatistik vermitteln. Da für die Leichenschau auch Erfahrungen erforderlich sind, die ausschließlich durch praktische Tätigkeiten erlangt werden können, ist es wichtig, dass im Curriculum der Fortbildung ebenso praktische Übungen, wie das Ausfüllen der Todesbescheinigung und Übungen im Umgang mit anderen am Prozess der Leichenschau beteiligten Akteuren (z. B. Polizei, Angehörige), enthalten sind.

Um das Fortbildungsangebot attraktiver zu machen, kann es durch eine interaktive Lernsoftware unterstützt werden. Auf diese Weise können Vorteile von E-Learning-Methoden (u. a. zeitliche Flexibilisierung der Teilnahme, Kosteneinsparung) und Präsenzveranstaltungen (u. a. Kooperation und Dialog) im Angebot kombiniert werden (sogenanntes „Blended Learning“).

In einer „virtuellen Leichenschau“ sind praktische Übungen zur Leichenschau enthalten, wie das Ausstellen einer Todesbescheinigung, und auch Aspekte wie die Entkleidung, Einholung von Informationen, Meldepflicht und Dokumentation berücksichtigt. Obgleich die eigentliche Durchführung einer Leichenschau in einer Software natürlich limitiert ist, kann in der virtuellen Realität dennoch eine strukturierte Leichenschau veranschaulicht und trainiert werden. Als fester Bestandteil des Fortbildungsangebots sollte bei der Nutzung der „virtuellen Leichenschau“ auch eine

Lernerfolgskontrolle vorgesehen werden und Fortbildungspunkte sollten nur bei erfolgreicher Durchführung der „virtuellen Leichenschau“ gutgeschrieben werden.

Neben der Entwicklung eines Fortbildungsangebots steht im Modellvorhaben auch die Erreichung der Zielgruppe von Ärztinnen und Ärzten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf bei der Leichenschau im Fokus. Um die Bekanntheit des neu entwickelten Fortbildungsangebots zu steigern, kommen unterschiedliche Wege der Bewerbung des Angebots bzw. der Ansprache von Ärztinnen und Ärzten in Frage, deren Effektivität in einem Modellvorhaben zu prüfen sind. Ein Ansatz zur Bewerbung des Angebots besteht darin, Ärztinnen und Ärzte, die in den Kammern Mitglied werden, frühzeitig über das Angebot zu informieren. Auf diesem Wege werden gezielt junge Ärztinnen und Ärzte, die über weniger praktische Erfahrung mit der Durchführung von Leichenschauen verfügen, adressiert. Ärztevereine können geeignete Einrichtungen sein, um die Zielgruppe der Ärztinnen und Ärzte im Notdienst zu erreichen. So ist ein Großteil der im Südkreis Mettmann zum Notdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte Mitglied beim Ärzteverein Südkreis Mettmann e. V. Für die Bewerbung von Fortbildungsangeboten könnten u. a. folgende Wege und Einrichtungen geeignet sein:

- Zusendung von Informationsmaterial an neue Mitglieder der Ärztekammern
- Direkte Ansprache von Mitgliedern/Auslage von Informationsmaterial an Servicepoints der Ärztekammern
- Stärkere Bewerbung von Angeboten im Internetauftritt der Ärztekammern/Ärztevereine

i

Variante: Weiterentwicklung des Curriculums bestehender Fortbildungsangebote

Eine Variante des Modellvorhabens zielt primär auf die Erreichung der Zielgruppe von Ärztinnen und Ärzten im Notdienst ab.

Ärztinnen und Ärzte im Notdienst könnten mit Fortbildungen zum Thema Leichenschau durch eine Weiterentwicklung des Curriculums von Kursen zur Notfallbehandlung erreicht werden. Zum ärztlichen Notdienst verpflichtete Ärztinnen und Ärzte können sich von Kolleginnen oder Kollegen vertreten lassen. Zur Vertretung von Vertragsärztinnen und -ärzten können Ärztinnen und Ärzte aus dem Vertreterverzeichnis der Notfalldienstordnung eingesetzt werden. Voraussetzung für die Aufnahme in das Vertreterverzeichnis der zuständigen Kreisstelle im Kammergebiet Nordrhein ist u. a. die Teilnahme an Fortbildungskursen zur Notfallbehandlung im Umfang von 80 Stunden gem. § 2 Absatz 1 Nummer 3 der Richtlinie der Ärztekammer Nordrhein über die Eignungsvoraussetzungen für die im Rettungsdienst mitwirkenden Ärztinnen und Ärzte. Die Teilnahme an Kursen zur Notfallbehandlung ist zur Aufnahme in das Vertreterverzeichnis obligatorisch und ist auch von Ärztinnen und Ärzten zu absolvieren, die im Rettungsdienst tätig sind. Durch eine (stärkere) Verankerung des Themas Leichenschau im Curriculum der Kurse zur Notfallbehandlung könnte also bewirkt werden, dass mehr Ärztinnen und Ärzte mit Fortbildungen zum Thema Leichenschau und Todesbescheinigung erreicht werden, die bei der Durchführung der Leichenschau häufig mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind (z. B. unbekannte Verstorbene, fehlende Informationen der Krankengeschichte).

6.2.2 Umsetzung

Regelungsbereiche

(Teil-)Prozesse und Verfahrenswege rund um die Leichenschau und Todesbescheinigung bleiben von einer Umsetzung des Modellvorhabens grundsätzlich unberührt.

- Gestaltung Fortbildungscurriculum

Neben der Gestaltung des Fortbildungscurriculums ist sicherzustellen, dass eine neu entwickelte Fortbildung die Voraussetzungen gemäß Fortbildungsverordnung der Ärztekammern erfüllt und damit Fortbildungspunkte erhalten werden können.

- Möglichkeit zur Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Leichenschau

Eine Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Leichenschau und Todesbescheinigung wird von den Interviewpartnerinnen und -partnern kritisch gesehen, u. a., weil auch für andere medizinische Fachrichtungen keine Fortbildungsverpflichtung besteht. Angesichts des hohen Fortbildungsbedarfs ist dennoch zu prüfen, inwiefern für bestimmte Arztgruppen, die besonders häufig Leichenschauen durchführen (Hausärztinnen und -ärzte nach § 73 Abs. 1a SGB V (ausgenommen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte)), bzw. für Arztgruppen mit einem besonderen Fortbildungsbedarf zum Thema Leichenschau (z. B. Ärztinnen und Ärzte im Notdienst), eine Übernahme des Themas in die Weiterbildungsverordnung der Kammern praktikabel erscheint. Gleichwohl wäre eine ärztegruppenspezifische Fortbildungsverpflichtung zum Thema Leichenschau nicht im Sinne der landesrechtlichen Regelung in Nordrhein-Westfalen, wonach sämtliche Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet sind.

i

Variante: Verpflichtende Teilnahme an Fortbildungen zur ärztlichen Leichenschau

Im Rahmen der Modellprojekte kann als Alternative geprüft werden, ob die Teilnahme an Fortbildungen zur ärztlichen Leichenschau gesetzlich verankert werden soll. Hierfür bedarf es einer systematischen Bestandsaufnahme des bestehenden Fortbildungsangebots. Eine Verpflichtung setzt ein ausreichendes (quantitative Voraussetzungen) sowie ein inhaltlich an den identifizierten Bedarfen ausgerichtetes Fortbildungsangebot (qualitative Voraussetzungen) voraus.

Beteiligte Akteure und Einschätzung des erforderlichen Aufwands

Zentrale Akteure für die Entwicklung eines Fortbildungsangebots sind die Ärztekammern, zu deren Aufgaben grundsätzlich die Förderung der ärztlichen Fortbildung durch die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen gehört. Dieses ist unter § 6 Abs. 1 Satz 1 des Heilberufsgesetzes NRW geregelt. Es ist eine Aufgabe der Kammern, „die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern und zu betreiben, um dazu beizutragen, dass die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten der Kammerangehörigen für das gesamte Berufsleben dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Praxis entsprechen, Fortbildungsveranstaltungen zu zertifizieren und Fortbildungszertifikate auszustellen, die Weiterbildung nach Maßgabe dieses Gesetzes zu regeln sowie fachliche Qualifikationen zu bescheinigen.“

In den im Rahmen von Themenfeld III geführten Einzelinterviews und in der Fokusgruppe haben Vertreterinnen und Vertreter der beiden Ärztekammern die Intensivierung des Fortbildungsangebots zum Thema Leichenschau grundsätzlich befürwortet und ihre Bereitschaft zur Mitwirkung signalisiert. Auch bei der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ist eine hohe Expertise im Themenfeld vorhanden, die für die Entwicklung eines Fortbildungsangebots genutzt werden sollte. Für Modellregionen mit Krematorium bietet es sich auch an, Ärztinnen und Ärzte der zweiten Leichenschau für praktische Übungen unter Anleitung im Krematorium im Rahmen einer Fortbildung einzubinden.

Für die Konzeption eines Fortbildungsangebots ist der konkrete Aufwand abhängig von Inhalt und Umfang des Angebots und kann nach Kenntnis der spezifischen Anforderungen am besten durch die Ärztekammern (und ggf. die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen) eingeschätzt werden. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe setzte einen Leichenschau-Simulatorin der Vergangenheit im Rahmen einer Fortbildung bereits ein. Daher ist zu erwarten, dass bereits Erfahrungen im Umgang mit der „virtuellen Leichenschau“ als Zusatzmodul und mit Lizenzkosten für die Nutzung der Software vorliegen, die bei einer wiederholten Anwendung und bei der Umsetzung in anderen Regionen genutzt werden sollten. Grundsätzlich ist der Einsatz von e-Learning-Methoden im direkten Vergleich mit traditionellen Fortbildungsformaten als weniger kosten- und zeitaufwendig einzuschätzen.

6.2.3 Evaluation

Methode

Die Evaluation einer neu entwickelten Fortbildung hat zum Ziel, das Angebot bezüglich Akzeptanz und Reduzierung bestehender Unsicherheiten und Wissensdefizite bei teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten zu untersuchen. Zudem soll untersucht werden, welche Wege sich am besten eignen, um die Zielgruppe zu erreichen.

Als Untersuchungsmethode kann eine schriftliche standardisierte Befragung zum Einsatz kommen, in der Ärztinnen und Ärzte vor und nach Teilnahme an der Fortbildung (Prä- und Postmessung) zu unterschiedlichen Aspekten der Fortbildung (s. Indikatoren) befragt werden. Eine schriftliche Befragung wäre für die Befragten mit überschaubarem Aufwand verbunden und ermöglicht dennoch eine Quantifizierung der erreichten Wirkung der Fortbildungsteilnahme. Für die erste Befragung vor der Teilnahme können die Ärztinnen und Ärzte den Fragebogen am ersten Fortbildungstag ausfüllen und der zweite Messzeitpunkt sollte wenige Monate (ca. 3 bis 4) nach Abschluss der Fortbildung liegen, um mittelfristige Effekte zu ermitteln und den Einfluss konfundierender Variablen zu minimieren.

Zur Erhöhung der internen Validität der Messung des Lernerfolgs kann eine Kontrollgruppe konstruiert werden, um nicht-fortbildungsbedingte Veränderungen zu kontrollieren. Beim Vergleich der Kontrollgruppe mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sollte auf wichtige Faktoren geachtet werden, die das subjektive Sicherheitsempfinden bei der Durchführung der Leichenschau entscheidend beeinflussen können, wie z. B. die Anzahl der durchgeführten Leichenschauen vor, während und nach dem Zeitraum der Fortbildung.

Zu beachten ist, dass mittels einer Befragung ausschließlich eine subjektive Wirkungsmessung der Fortbildungsteilnahme möglich ist. Ein alternatives Vorgehen wäre, den Effekt der Fortbildung anhand tatsächlich ausgefüllter Todesbescheinigungen zu bewerten. Die Erfahrungen im Projekt haben jedoch gezeigt, dass die Bewertung der inhaltlichen und formalen Qualität der Einträge zur

Todesursache eine hoch komplexe Aufgabe darstellt und durch erhebliche Interpretationsspielräume der Kodierer gekennzeichnet ist. Dadurch ist eine exakte intersubjektiv nachvollziehbare Qualitätsbewertung schwierig realisierbar. Zudem würde eine Auswertung der Einträge in der Todesbescheinigung nicht alle Wirkungen der Fortbildung (wie die Verbesserung des konkreten Vorgehens bei der Leichenschau und z. B. den Umgang mit Angehörigen/Dritten) berücksichtigen können.

Um die Effektivität unterschiedlicher Wege der Bewerbung von Fortbildungsangeboten bzw. der Ansprache von Ärztinnen und Ärzten zu evaluieren, können am Fortbildungsangebot teilnehmende Ärztinnen und Ärzte gefragt werden, wie sie auf das Angebot aufmerksam wurden. Die Abfrage sollte ebenfalls standardisiert und während der Teilnahme am Angebot vor Ort erfolgen.

i

Variante: Weiterentwicklung des Curriculums bestehender Fortbildungsangebote

Für die Evaluation des weiterentwickelten Curriculums des Kurses zur Notfallbehandlung bietet sich analog zur Evaluation einer neu entwickelten Fortbildung ebenfalls eine standardisierte Befragung von Ärztinnen und Ärzten vor und nach Teilnahme an der Fortbildung sowie der Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Ärztinnen und Ärzten im Notdienst bzw. Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst ohne Teilnahme am Kurs an.

Indikatoren

Ein zentrales Ziel der Fortbildung zur Leichenschau besteht darin, bestehende Unsicherheiten und Wissensdefizite bei teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten zu reduzieren. Als belastbare Indikatoren für den Lernerfolg können in der Prä- und Postmessung das subjektive Sicherheitsempfinden bei der Durchführung der äußeren Leichenschau allgemein und in Bezug auf Teilaspekte erhoben werden.

Im Folgenden sind Indikatoren aufgelistet, die in der Befragung zu beiden Messzeitpunkten Berücksichtigung finden sollten und mittels einer diskreten Skala erfasst werden können (z. B.: „Wie sicher fühlen Sie sich hinsichtlich …“ auf einer Skala von *sehr sicher* bis *sehr unsicher*):

- Durchführung der Leichenschau insgesamt
- Beurteilung sicherer Todeszeichen
- Klassifizierung der Todesart
- Festlegung medizinischer Todesursachen
- Bearbeitung des Todesbescheinigungsformulars insgesamt
- Dokumentation der Todesursachen
- Kenntnis der landesrechtlichen Vorgaben zur Leichenschau
- Umgang mit Angehörigen und Polizei
- Zweck und Relevanz der Todesursachenstatistik
- Bedeutung des Grundleidens für die Todesursachenstatistik

Vor dem Hintergrund, dass im Status quo keine Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Leichenschau besteht, ist es wichtig, dass neben dem empfundenen Nutzen auch weitere Aspekte des Angebots, die die Teilnahmebereitschaft beeinflussen, positiv bewertet werden. In der Befragung teilnehmender Ärztinnen und Ärzte sollten zum zweiten Messzeitpunkt

folgende Indikatoren und Fragestellungen für die Bewertung des Angebots berücksichtigt werden, auf deren Grundlage das Fortbildungsangebot im Nachgang weiterentwickelt werden kann:

- Eignung des Fortbildungskonzeptes aus Sicht der Teilnehmenden
- Beurteilung des organisatorischen Ablaufs und der Durchführung
- Beurteilung des Theorie- und Praxisanteils
- Subjektiv empfundener Nutzen der Fortbildungsteilnahme

Folgende Kontrollvariablen, die das subjektive Sicherheitsempfinden beeinflussen können, sollten miterhoben werden:

- Dauer der ärztlichen Tätigkeit
- Anzahl der durchgeführten Leichenschauen vor und während des Zeitraumes der Fortbildung
- Theorie- und Praxisanteil der äußeren Leichenschau während des Medizinstudiums
- vorherige Teilnahme an Fortbildungen zur Leichenschau während der ärztlichen Tätigkeit

Zudem sollte im Fragebogen ein Freitextfeld aufgenommen werden, in dem Teilnehmende weitere Anmerkungen zum Fortbildungsangebot hinzufügen können.

Für die Evaluation der Effektivität unterschiedlicher Wege der Bewerbung des Fortbildungsangebots bzw. der Ansprache von Ärztinnen und Ärzten ist der zentrale Indikator die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die über die entsprechenden Wege auf das Angebot aufmerksam gemacht wurden.

i

Variante: Weiterentwicklung des Curriculums bestehender Fortbildungsangebote

Um den Lernerfolg zu messen, der bei Ärztinnen und Ärzten durch Teilnahme am Kurs zur Notfallbehandlung erzielt werden konnte, sind ebenfalls die oben aufgelisteten Indikatoren zu berücksichtigen. Zusätzlich ist zu erheben, wie aus Sicht der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte die Gewichtung des Themas Leichenschau im Curriculum bewertet wird.

6.3 Neustrukturierung des Todesbescheinigungsformulars

Das bisherige Formular der Todesbescheinigung enthält an vielen Stellen missverständliche Formulierungen. Aufbau und Struktur der Todesbescheinigung sind für leichenschauende Ärztinnen und Ärzte sowie für andere am Prozess beteiligte Akteure (z. B. Bestatter, Gesundheitsamt) teilweise nicht nachvollziehbar. Zudem besteht teilweise unnötiger Dokumentationsaufwand.

Im Rahmen des Projektes wurde auf Grundlage der durchgeführten Auswertungen der Todesbescheinigungen und den Gesprächen mit unterschiedlichen am Prozess der Todesbescheinigung beteiligten Akteure sowie einem Bundesländervergleich der Todesbescheinigungen insbesondere Anpassungsbedarfe an folgenden Stellen identifiziert:

- Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt (Blatt 1, Ziffer 9)
- Todesart (Blatt 1, Ziffer 14)
- Warnhinweise (Blatt 1, Ziffer 15 bis 17)
- Wer hat die Todesursache festgestellt? (Blatt 2, Ziffer 13)
- Todesursache (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20)
- Unfallkategorie (Blatt 2, Ziffer 21)
- Obduktion (Blatt 2, Ziffer 24 bis 25)

Zielsetzung

Die Projektergebnisse deuten darauf hin, dass eine Überarbeitung des Aufbaus sowie des Inhalts des Todesbescheinigungsformulars zu einer qualitativen Verbesserung der Eintragungen in der Todesbescheinigung führen kann. Folgende Zielsetzungen werden mit der Überarbeitung des Formulars verfolgt:

- Beseitigung von missverständlichen Formulierungen im Formular
- Beseitigung von verzichtbarem Dokumentationsaufwand
- Verbesserung der Qualität der Eintragungen in der Todesbescheinigung und damit verbesserte Qualität der Todesursachenstatistik

6.3.1 Maßnahme: Zielgruppe und Ausgestaltung

Die primäre Zielgruppe einer Überarbeitung des Formulars bilden leichenschauende Ärztinnen und Ärzte, da diese die Leichenschaudokumentation vornehmen. Inhalt und Struktur des Formulars sind aber auch für andere Beteiligtengruppen relevant. Als weitere Zielgruppe sind insbesondere das Statistische Landesamt (IT.NRW), für das die Todesbescheinigung die Grundlage zur Erstellung der Todesursachenstatistik darstellt, sowie Bestatter anzusehen, die ebenfalls eine Kontrolle der Angaben (des nichtvertraulichen Teils) vornehmen und zur Überführung des Leichnams auf vollständige und korrekte Angaben angewiesen sind.

Bei der systematischen Prüfung von Inhalt und Struktur des Todesbescheinigungsformulars wurden einzelne Felder mit eindeutigem Anpassungsbedarf identifiziert. Die in Anlehnung an die Formularblätter aus anderen Bundesländern entwickelten Anpassungsvorschläge sind im Folgenden erläutert und am Ende des Kapitels als beispielhafte Aufbereitung der Formularfelder veranschaulicht.

- Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt (Blatt 1, Ziffer 9)

Bei Ziffer 9 auf Blatt 1 der Todesbescheinigung ist im überarbeiteten Formular an dieser Stelle deutlich gemacht, dass nicht der Zeitpunkt der Todesfeststellung dokumentiert werden soll. Sollte der Sterbezeitpunkt nicht feststellbar sein, soll weiterhin der Zeitpunkt der Leichenauffindung protokolliert werden können, um eine Übernahme der Angaben von Angehörigen ohne weitere Plausibilisierung des Sterbezeitpunktes zu vermeiden.

In den Anpassungsvorschlägen ist zudem ein Feld enthalten, in dem ein Intervall zur zeitlichen Eingrenzung des Todeseintritts angegeben werden kann, wenn kein exakter Sterbezeitpunkt bestimmbar ist. Um eine zu weit gehende Eingrenzung des Todeszeitraums aus dem Ausprägungsgrad der sicheren Todeszeichen zu vermeiden, wurden im neuen Formular zudem relativierende Zusätze wie „etwa“ oder „ca.“ hinzugefügt.[111].

- Todesart (Blatt 1, Ziffer 14)

Im überarbeiteten Formular wird bei der Abfrage der Todesart auf die bisherige Zweistufigkeit verzichtet und es sind ausschließlich Ankreuzmöglichkeiten wie *natürlicher Tod*, *Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod* und *Todesart ungeklärt* vorgegeben.

Im neuen Formular ist zudem ein Feld vorgesehen, in das leichenschauende Ärztinnen und Ärzte Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod dokumentieren können, die sich als nützliche Informationen für die Gesundheitsämter und die Polizei erweisen könnten.

Die standardisierte Angabe der klassifizierten Todesart sollte im Durchschlagverfahren auch auf Blatt 4 der Todesbescheinigung an IT.NRW übermittelt werden.

- Warnhinweise (Blatt 1, Ziffer 15 bis 17)

In der vorgeschlagenen Überarbeitung des Formulars zielt die Abfrage von Warnhinweisen einerseits auf die Dokumentation von Infektionskrankheiten und andererseits um die Erfassung von besonderen Schutzmaßnahmen ab. Sinnvollerweise kann nach besonderen zusätzlichen Schutzmaßnahmen gefragt werden. Zudem ist sowohl für Infektionskrankheiten als auch für Schutzmaßnahmen ein Freitextfeld vorgesehen.

- Wer hat die Todesursache festgestellt? (Blatt 2, Ziffer 13)

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung wird unter Ziffer 13 erhoben, ob die nicht behandelnde Ärztin bzw. der nicht behandelnde Arzt die Todesursachenfeststellung nach oder ohne Angaben des vorbehandelnden Arztes festgestellt hat. Der Inhalt dieser Frage wird von befragten Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich interpretiert und ausgefüllt. Vor dem Hintergrund, dass die Angabe auf der Todesbescheinigung – gleich wie die Frage formuliert ist und ob nach einem persönlichen Gespräch oder lediglich nach der Einsicht von Dokumenten gefragt wird – dem Gesundheitsamt nach eigener Einschätzung keinen Mehrwert liefert, kann auf dieses Feld bei einem Regeleinsatz eines neuen Formulars verzichtet werden.

[111] Vgl. Madea, B. (2014): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer, Bonn.

- Todesursache (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20)

Zur Verbesserung der Qualität der Statistik ist auf der neuen Todesbescheinigung ein Hinweis zur Bedeutung des Grundleidens für die Todesursachenstatistik platziert. Zudem ist ein Hinweis enthalten, dass die *vermutete* unmittelbare Todesursache einzutragen ist. Weitere Angaben zur Todesursache im Sinne einer Multi-Morbidität und Epikrise können in einem weiteren Freitextfeld eingetragen werden.

Auf dem neugestalteten Formular sind zwei Blöcke – einer zur Angabe von Todesursachen bei natürlicher Todesart (Todesursache/klinischer Befund) und ein weiterer Block zur Dokumentation der Todesursache bei nichtnatürlicher Todesart – eindeutig voneinander abgegrenzt. Dies kann zur Transparenz beitragen und die Kodierung natürlicher und nichtnatürlicher Todesursachen verbessern. Auf dem bestehenden Formular in Nordrhein-Westfalen wird bisher das Feld *Epikrise* uneinheitlich für Freitext-Angaben zu äußeren Todesursachen genutzt.

Die Angaben zur Unfallkategorie (Blatt 2, Ziffer 17), die von IT.NRW mitsamt den medizinischen Angaben in die Software IRIS übertragen, kodiert, ausgewertet und veröffentlicht werden, sind im überarbeiteten Formular dem Block zur Dokumentation nichtnatürlicher Todesursachen zugeordnet, um sicherzustellen, dass hier nur Unfälle mit einer todesursächlichen Relevanz erfasst werden. Die Unfallkategorie *Wegeunfall* auf dem bisherigen Formular in Nordrhein-Westfalen kann entfallen.

i

Alternative Möglichkeit zur Abfrage der Todesursachenkaskade

In der vorgegebenen Struktur der bisherigen Todesbescheinigung in NRW – und in allen anderen Bundesländern – ist zuerst die unmittelbare Todesursache anzugeben, die jedoch in der zum Tode führenden Kausalkette zeitlich eigentlich am Ende steht. Sinnvoller wäre es aus Sicht einiger Gesprächspartnerinnen und -partner, auf der Todesbescheinigung eine Struktur vorzugeben, nach der eine Kausalkette – in umgekehrter Reihenfolge zur bisherigen Struktur – vom Grundleiden über Folgezustände zur unmittelbaren Todesursache führt.

Mit dem Grundleiden an erster Stelle würde möglicherweise auch dessen Bedeutung für die Todesursachenstatistik hervorgehoben. In den Gesprächen wurde die Erprobung einer Abfrage der Todesursachenkaskade in umgekehrter Richtung angeregt. Vor dem Hintergrund, dass in allen Bundesländern an erster Stelle die unmittelbare Todesursache zu dokumentieren ist und angesichts der Bestrebungen zur Entwicklung einer bundeseinheitlichen (elektronischen) Todesbescheinigung[112], wäre die Einführung einer umgekehrten Struktur für die Kaskade jedoch unwahrscheinlich. Der Mehrwert einer Erprobung im Rahmen eines Modellvorhabens ist daher kritisch zu sehen.

Angesichts möglicher Vorhaben zur Einführung einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung – und trotz von Interviewten geäußerten Zweifeln an der Praktikabilität und dem Mehrwert der Angabe von ICD-Codes – ist es erstrebenswert, zu erproben, inwiefern leichenschauende Ärztinnen und Ärzte mit der Kodierung und Klassifikation mittels ICD-10 vertraut sind

[112] Vgl. Abschlussbericht zum Projekt „Grobkonzeption einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung“ (eTB). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_Projekt_eTB_Grobkonzeption.pdf (letzter Abruf am 28.10.2019).

und spezifische Klassifizierungen (vier – und fünfstellige Codes) anzugeben imstande sind. In der Anleitung zur Todesbescheinigung sollte jedoch erläutert werden, dass die Dokumentation des ICD-Codes nicht verpflichtend ist.

Ein Beispiel für eine korrekt dargestellte Kausalkette kann als Hilfestellung für die leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte in die Todesbescheinigung aufgenommen werden. Aus Platzgründen sollte das Beispiel in der Anleitung zur Todesbescheinigung aufgenommen werden. Eine nach der bisherigen Struktur formal korrekt dargestellte Kaskade wäre z. B.:[113]

I. a) vermutete unmittelbare Todesursache:	*Hirnblutung*	*4 Stunden*
I. b) als Folge von:	*Hirnmetastasen*	*4 Monate*
I. c) Grundleiden:	*Mammakarzinom (Grundleiden)*	*5 Jahre*
II. Andere wesentliche Krankheiten:	*Hypertonie*	*10 Jahre*
	Diabetes	*3 Jahre*

- Obduktion (Blatt 2, Ziffer 24 bis 25)

Die Dokumentation des Sachverhaltes, dass die Diagnose durch eine Obduktion gesichert ist, wird im Prozess der Todesbescheinigung nicht weiter benötigt. Das Feld kann im überarbeiteten Formular entfallen.

[113] Vgl. Todesursachen in der Todesbescheinigung – Eine kurze Anleitung (Stand Januar 2014). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/totenscheinanleitung.pdf (letzter Abruf am 08.10.2019).

Veranschaulichte Anpassungsvorschläge im Todesbescheinigungsformular

9. Sterbezeitpunkt *falls nicht möglich: bitte Angabe unter 10.*	Tag	Monat	Jahr	um ca.:	Std.	Min.

Sterbezeitpunkt bestimmt nach:	☐ eigenen Feststellungen	☐ Angaben Angehöriger/Dritter

10. Todeseintritt zwischen	Tag	Monat	Jahr	um ca.:	Std.	Min.	und	Tag	Monat	Jahr	um ca.:	Std.	Min.

Falls Angabe bei 9. oder 10 nicht möglich: **11. Leichenauffindung am:**	Tag	Monat	Jahr	um ca.:	Std.	Min.

Todesart	
☐ natürlicher Tod	Tod aus krankhafter Ursache, der völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z. B. Unfall) eingetreten ist und keiner weiteren Aufklärung durch Ermittlungsbeamte bedarf.
☐ Anhaltspunkte für nichtnatürlichen Tod	Tod durch Unfall, auch früherer Unfall oder Unfallfolgen, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung auch durch Unterlassung, sonstige Gewalteinwirkung nicht nur mechanischer Art (z. B. Sturz oder auch Vergiftung und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorie) – **Polizei benachrichtigen!**
☐ Todesart ungeklärt	Eine ungeklärte Todesart wird dann angenommen, wenn keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod erkennbar sind, die Todesursache nicht bekannt ist und **trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte** keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Krankheit vorliegen, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z. B. Unfall) plausibel erklären – **Polizei benachrichtigen!**

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod bzw. Begründung, dass Todesart ungeklärt ist:	

Warnhinweise	
Liegen Hinweise für eine Erkrankung nach § 6 oder § 7 Infektionsschutzgesetz vor? ☐ nein ☐ ja	Wenn ja, welche?
Sind besondere zusätzliche Schutzmaßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung erforderlich? ☐ nein ☐ ja	Wenn ja, welche?

Todesursache/Klinischer Befund *Keine Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen*			
		Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) (vermutete) unmittelbare Todesursache:		
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von:		
Ursprüngliche Ursache (Grundleiden) *Nur das Grundleiden als Auslöser aller anderen Krankheiten fließt in die Todesursachenstatistik ein*	c) Grundleiden:		
II. Andere wesentliche Krankheiten (ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden)			

Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)	

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nichtnatürlichem Tod bzw. Anhaltspunkten für nichtnatürlichen Tod			
Z. B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		ICD-Code
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)	Schulunfall ☐	Arbeits- und Dienstunfall ☐	Verkehrsunfall ☐
	häuslicher Unfall ☐	Sport- oder Spielunfall ☐	sonstiger Unfall ☐

6.3.2 Umsetzung

Für die Umsetzung des Modellvorhabens ist ein neuer Formularsatz zu erstellen. Neben den hier vorgeschlagenen Anpassungen wären weitere Überarbeitungen des Formulars denkbar und kämen für eine Erprobung in Frage.

Elektronische Todesbescheinigung

Der Formularsatz der Todesbescheinigung in Nordrhein-Westfalen besteht derzeit ausschließlich in analoger Form und dessen Bearbeitung erfolgt ohne den Einsatz digitaler Medien. Angesichts der Bestrebungen zur Entwicklung einer digitalen Verwaltung ist die Einführung einer elektronischen Todesbescheinigung im Rahmen des Modellvorhabens empfehlenswert. Eine elektronische Todesbescheinigung könnte die Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren wie folgt unterstützen:

- Beseitigung von Hauptfehlerquellen: Die Informationen auf den Todesbescheinigungen sind für die weiteren Prozessakteure besser lesbar. Fehlende Angaben können den leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten angezeigt werden und dadurch die Vollständigkeit der Angaben verbessert werden.
- Schnellere Vorgangsbearbeitung: Ein elektronischer akteursübergreifender Zugriff auf die Todesbescheinigung – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorgaben – erleichtert die Vorgangsbearbeitung der einzelnen Akteure und ermöglicht paralleles Arbeiten. So könnten bspw. die Wartezeiten der unteren Gesundheitsämter am Sterbe- bzw. Meldeort von teilweise mehreren Wochen erheblich reduziert werden.
- Einheitlichkeit der Information: Die im Nachgang einer ärztlichen Leichenschau erfassten Informationen bzw. Angaben können zentral für alle Akteure verfügbar gemacht werden.
- Automatisierte Fehlererkennung: Eine automatisierte Fehlererkennung könnte die Qualität der Todesbescheinigungen erhöhen.
- Erleichterte Auswertungsmöglichkeiten: Momentan werden mit Ausnahme von IT.NRW sowie der Staatsanwaltschaft (auf Kreisebene) keine Statistiken mit Bezug zur Todesbescheinigung geführt. Ein elektronisches Todesbescheinigungsverzeichnis könnte weitere Auswertungen ermöglichen.

6.3.3 Evaluation

Methode

Zur Überprüfung der Praxistauglichkeit des überarbeiteten Formulars können qualitative Interviews mit leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten geführt werden. Um einen Vergleich der Formulare zu ermöglichen, sind für die Evaluation Ärztinnen und Ärzte zu rekrutieren, die auch mit dem aktuellen Formular der Todesbescheinigung vertraut sind. Ebenso sollten unterschiedliche Arztgruppen interviewt werden, da die Bewertung der Überarbeitungen im Formular abhängig vom Sterbe-/Auffindungsort und der Arbeitssituation bzw. Rolle der leichenschauenden Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich ausfallen können.

Durch IT.NRW ist eine Bewertung der medizinischen Angaben zur Todesursache im überarbeiteten Formular vorzunehmen. Der Gesamteindruck der Überarbeitungen im Formular kann mittels qualitativer Interviews erhoben werden.

Für Bestatter relevante Anpassungen im Formular betreffen in erster Linie die Felder für Warnhinweise. Hier ist mittels qualitativer Interviews zu prüfen, inwiefern in den neuen Feldern aus Sicht der Bestatter vollständige und brauchbare Angaben gemacht werden.

Durch IT.NRW kann anhand einer Stichprobe von Todesbescheinigungen eine quantitative Auswertung der inhaltlichen und formalen Qualitätsverbesserung der Einträge zu Todesursachen und zur -kaskade im überarbeiteten Formular erfolgen, die mit den Ergebnissen der durch Prognos durchgeführten Bewertung der Qualität der Einträge (*siehe hierzu Kapitel 2.2.2*) verglichen wird. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sollten diese Stichproben idealerweise ebenfalls aus Detmold und Mettmann stammen und es sollten korrespondierende Qualitätsindikatoren verwendet werden (s. Indikatoren). Bei IT.NRW ist mittlerweile eine vollständige Umstellung auf das Kodiersystem IRIS erfolgt, das auch von Prognos zur Bewertung der Qualität zur Hilfe genommen wurde und zur Vergleichbarkeit der Auswertungen beiträgt. Grundsätzlich ist jedoch zu beachten, dass eine exakte intersubjektiv nachvollziehbare Qualitätsbewertung schwierig realisierbar ist. Zudem ist zu vermuten, dass Anpassungen der Felder zur Angabe der Todesursache sowie zusätzliche Erläuterungen zu einer besseren Handhabbarkeit, Verständlichkeit und allgemeinen Akzeptanz des Formulars sowie zu einer Verbesserung der formalen Qualität der Einträge führen werden. Eine quantifizierbare Verbesserung der inhaltlichen Qualität der medizinischen Angaben ist aufgrund dieser Maßnahme nicht unmittelbar zu erwarten.

Indikatoren

In den vorgesehenen qualitativen Interviews mit unterschiedlichen Beteiligtengruppen sollten für die Bewertung des neuen Formulars grundsätzlich die Nachvollziehbarkeit der Anpassungen und die Verständlichkeit von Formulierungen untersucht werden.

Bei den Interviews mit leichenschauenden Ärztinnen und Ärzten sind zur Überprüfung der Praxistauglichkeit des neuen Formulars insbesondere folgende Indikatoren zu berücksichtigen:

- Allgemeine Handhabbarkeit der Todesbescheinigung
- Verständlichkeit und Nutzung der Erläuterungen in der Anleitung zur Todesbescheinigung und den Formularblättern
- Nachvollziehbarkeit und Nutzung neuer Felder

Bei der Auswertung der Qualität der Einträge zur Todesursachen(-kaskade) durch Kodierer von IT.NRW sollten die folgenden Kriterien verwendet werden:

- Eingeschränkte Aussagekraft der medizinischen Angaben (Aufführung von lediglich einem Endzustand ohne Krankheiten oder Ursachen)
- Fehlende Angaben für eine vollständige Kausalkette (Aufführung von lediglich einer einzelnen Diagnose oder von lediglich mit zum Tod führenden Krankheiten)
- Formale Qualitätsmängel in der angegebenen Kausalkette (Unstimmige Angabe von Ursachen und Folgen der Todesursachenkaskade, die ohne eine Interpretations- und Korrekturleistung nicht für eine plausible Feststellung des Grundleidens verwendet werden kann)
- Unlesbare Angaben/niedrige Zuordnungssicherheit (Einschränkungen bei der Lesbarkeit und/oder erhebliche Mängel und Unklarheiten bei der Zuordnung von Einträgen zu spezifischen Formularfeldern)

In Interviews mit Bestattern ist insbesondere die Häufigkeit der Nutzung der Formularfelder für Warnhinweise und die Vollständigkeit und Brauchbarkeit der von Ärztinnen und Ärzten im neuen Formular vorgenommenen Einträge zu thematisieren.

Einbezogene Literatur

Fachartikel, Fachbücher und Fachpräsentationen:

Blokker, B. M., Weustink, A. C., Hunink, M. G. M., Oosterhuis, J. W. (2017): Autopsyrates in the Netherlands: 35 years of decline. PLoSONE. 12(6).

Brinkmann B., Raem A. M. (2007): Leichenschau – Leitlinien zur Qualitätssicherung. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf.

Brooke, H. L., Talbäck, M., Hörnblad, J., Johansson, L. A., Ludvigsson, J. F., Druid, H., Feychting, M., Ljung, R. (2017): The Swedish cause of death register. European Journal of Epidemiology. 32(9), 765–773.

Dasch, B., Blum, K., Vogelsang, H., Bausewein, C. (2015): Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts. Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. In: Deutsches Ärzteblatt Inter-national 2015; 112: S. 496–504.

Gabriel, P., Huckenbeck, W. (2009): Todesfeststellung. Grundregeln, Durchführung und häufige Fehler. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2009. S. 460 - 465.

Gaidzig, P., Eikert, H.D. (2001): Gutachten für private Unfallversicherung: Angabe von Todesursachen und Todesarten häufig fehlerhaft. Dtsch Arztebl; 98(36).

Germerott, T., Todt, M., Bode-Jänisch, S., Albrecht, K., Breitmeier, D. (2012): Die Kremationsleichenschau – Instrument zur Qualitätskontrolle der ärztlichen Leichenschau und Aufdeckung nichtnatürlicher Todesfälle? In: Arch Kriminol. 230(1-2): S. 13-23.

Grassberger, M., Schmid, H. (2014): Todesermittlung – Befundaufnahme und Spurensicherung. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

Hartwig, S. (2016). Leichenschau. In: Notfall + Rettungsmedizin, 19(1), S. 63-74.

Hof, M. L. (2001): Die neue ärztliche Leichenschau in Bayern – Teil II. In: Bayerisches Ärzteblatt 7/2001, S.327-330.

Italian National Institute of Statistic (2004): Review of the existing information about death certification practices, certificate structures and training tools for certification of causes of death in Europe.

Madea, B. (2014): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer, Bonn.

Madea, B., Dettmeyer, R. (2003): Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Dtsch Ärztebl 48.

Pace M., Bruzzone, S., Frova, L., Pappagallo, M. (2004): Review oft he existing information about death certification practices, certificate structures and training tools for certification of causes of death in Europe. Italian National Institute of Statistics.

Schelhase T., Rübenach S. (2006): Die Todesursachenstatistik – Methoden und Ergebnisse 2004. In: Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik 6/2006.

Schmeling, A., Kellinghaus, M., Becker, J. C., Schulz, R., Schäfer, A., Pfeiffer, H. (2011): A web-based e-learning-programme for training external post-mortem examination in curricular medical education. Int J Legal Med 125: 857–861.

Schwenn, A. (2008): Studentische Ausbildung im Fach Rechtsmedizin in Deutschland. *Med. Dissertation.* Universität Hamburg.

Viehöver, S., Peschel, O., Graw, M., Gleich, S. (2019): Ordnungswidrigkeiten bei Leichenschau und Ausstellen der Todesbescheinigung. Erfahrungen eines Großstadtgesundheitsamtes. Rechtsmedizin 2/2019.

Weber, S., Schelhase T (2008): Todesursachenverschlüsselung auf dem Totenschein. Fortbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Berlin.

Wilmes, S. (2014): Die Praxis der ärztlichen Leichenschau im ambulanten Bereich in Hamburg. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Zack F., Kaden A., Riepenhausen S., Rentsch D., Kegler R., Büttner A. (2017): Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung. Eine Analyse von 10.000 Sterbefällen aus Mecklenburg. Rechtsmedizin 27(6): 516-527.

Rechtsgrundlagen und Leitlinien:

AWMF-Leitlinie Nr. 054/002. Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau in der Fassung vom 12/2012 (AWMF-Leitlinie Nr. 054/002).

Bestattungsgesetze und Verordnungen der Bundesländer.

Bevölkerungsstatistikgesetz (BevStatG) in der Fassung vom 20.04.2013.

Bundesgesetzblatt (BGBL.) vom 31.10.2019: 5. Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 21.10.2019.

Runderlass (RdErl.) des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: Anlage 4 Todesbescheinigung. In der Fassung vom 25.07.2003.

Runderlass (RdErl.) des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: Anlage 5 Anleitung zum Ausfüllen der Todesbescheinigung NRW. In der Fassung vom 25.07.2003.

Weitere Dokumente:

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Abschlussbericht zum Projekt „Grobkonzeption einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung“ (eTB).

Department of Health (UK), Death Certification Programme Team: Introduction of Medical Examiners and Reforms to Death Certification in England and Wales: Consultation on Policy and Draft Regulations. First published: March 2016.

Herbstkonferenz der Justizministerinnen und Justizminister JuMiKo am 05.11.2009: Beschluss TOP II.5 „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), ICD-10, Version 2016, Stand Juli 2015, Band 2, Regelwerk.

IT.NRW: Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 2015 nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen.

IT.NRW: Todesursachenstatistik nach Kreisen 2015.

Statistisches Bundesamt: Sterbefälle nach Kreisen 2015.

Statistisches Bundesamt: Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12 Reihe 4 – 2015.

Universitätsklinikum Heidelberg: „Möglichkeiten und Grenzen der ärztlichen Leichenschau“ (Gutachten vom 30.01.2017).

WHO Department of Health Statistics and Information Systems (2018): WHO methods and data sources for global causes of death 2000 – 2016. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/IER/GHE/2018.3.

83. Gesundheitsministerkonferenz GMK am 01.07.2010: Beschluss TOP 5.4: „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“.

84. Gesundheitsministerkonferenz GMK am 30.06.2011: Beschluss TOP 5.6: „Bericht der länderoffenen Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der äußeren Leichenschau“.

78. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister JuMiKo am 28./29.06.2007: Beschluss TOP II.3: „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“.

.

Anhang

Anhang A	Weitere Auswertungen zur Struktur der Todesbescheinigungen
Anhang B	Erstbewertung nach statistischer Analyse und Prozessanalyse
Anhang C	Weitere Ergebnisse der Bundeslandrecherche
Anhang D	Prozesspläne

Anhang A: Weitere Auswertungen zur Struktur der Todesbescheinigungen

Tabelle 24: Anhang—Todesbescheinigungen mit unlesbaren medizinischen Angaben (Blatt 2, Ziffern 15 bis 19)

	N	in %
unmittelbare Todesursache (Blatt 2, Ziffer 15)	12	0,7
Folge von b1 (Blatt 2, Ziffer 16)	17	1,0
Folge von b2 (Blatt 2, Ziffer 17)	20	1,2
Hierfür ursächliches Grundleiden (Blatt 2, Ziffer 18)	15	0,0
Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden (Blatt 2, Ziffer 19)	14	0,8

Anzahl der Todesbescheinigungen mit mindestens einer unlesbaren Angabe im jeweiligen Feld der Ziffern 15 bis 19. Mehrere Felder mit unlesbaren Angaben je Todesbescheinigung möglich.

Quantitative Analyse der Todesbescheinigungen aus dem Jahr 2015 © Prognos AG 2020

Tabelle 25: Anhang—Verteilung der ermittelten Grundleiden bei Anhaltspunkten für äußere Einwirkungen (nichtnatürliche Todesart) und bei ungeklärter Todesart

Grundleiden nach ICD-10-Codes (WHO 2016)	Todesart			
	nichtnatürliche Todesart		Ungeklärte Todesart	
	N	in %	N	in %
A41.9: Sepsis, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%
C15.9: Bösartige Neubildung des Ösophagus, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%
C18.7: Bösartige Neubildung des Kolons: Colon sigmoideum	-	-	1	0,8%
C18.9: Bösartige Neubildung des Kolons, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%
C20: Bösartige Neubildung des Rektums	-	-	1	0,8%
C25.9: Bösartige Neubildung des Pankreas, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%
C67.9: Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%
C85.9: Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%

Grundleiden nach ICD-10-Codes (WHO 2016)	Todesart			
	nichtnatürliche Todesart		Ungeklärte Todesart	
	N	in %	N	in %
D37.7: Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane, Sonstige Verdauungsorgane	-	-	1	0,8%
D41.0: Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane: Niere	-	-	1	0,8%
E11.2: Diabetes mellitus, Typ 2 mit Nephropathie	-	-	1	0,8%
E11.6: Diabetes mellitus, Typ 2 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	-	-	2	1,6%
E11.7: Diabetes mellitus, Typ 2 mit multiplen Komplikationen	-	-	1	0,8%
E11.9: Diabetes mellitus, Typ 2 ohne Komplikationen	-	-	4	3,2%
E86: Volumenmangel	-	-	1	0,8%
F03: Nicht näher bezeichnete Demenz	1	2,9%	1	0,8%
F10.1: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation	-	-	1	0,8%
F10.2: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	-	-	2	1,6%
F17.1: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	-	-	1	0,8%
F19.1: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	-	-	1	0,8%
F32.9: Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	1	2,9%	1	0,8%
G21.8: Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom	1	2,9%	-	-
I10: Essentielle (primäre) Hypertonie	-	-	2	1,6%
I11.0: Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	-	-	1	0,8%
I11.9: Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	-	-	1	0,8%
I21.0: Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	-	-	1	0,8%
I21.1: Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	1	2,9%	-	-
I21.9: Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	-	-	5	4,0%

Grundleiden nach ICD-10-Codes (WHO 2016)	Todesart			
	nichtnatürliche Todesart		Ungeklärte Todesart	
	N	in %	N	in %
I24.9: Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%
I25.1: Atherosklerotische Herzkrankheit	-	-	4	3,2%
I26.9: Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	-	-	2	1,6%
I46.1: Plötzlicher Herztod, so beschrieben	-	-	1	0,8%
I46.9: Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	1	2,9%	2	1,6%
I48.9: Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	1	2,9%	2	1,6%
I49.0: Kammerflattern und Kammerflimmern	-	-	1	0,8%
I49.9: Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	1	2,9%	3	2,4%
I50.9: Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	-	-	3	2,4%
I62.0: Subdurale Blutung (akut) (nichttraumatisch)	1	2,9%	0	0,0%
I63.5: Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	-	-	1	0,8%
I69.4: Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	-	-	2	1,6%
J18.9: Pneumonie, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%
J43.9: Emphysem, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%
J44.0: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	-	-	1	0,8%
J44.9: Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	-	-	3	2,4%
J81: Lungenödem	-	-	1	0,8%
K42.9: Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	-	-	1	0,8%
K70.2: Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	-	-	1	0,8%
K703: Alkoholische Leberzirrhose	-	-	1	0,8%
M06.9: Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet	-	-	1	0,8%

Grundleiden nach ICD-10-Codes (WHO 2016)	Todesart			
	nichtnatürliche Todesart		Ungeklärte Todesart	
	N	in %	N	in %
R09.0: Asphyxie	-	-	3	2,4%
T71: Erstickung	1	2,9%	-	-
V19.9: Benutzer eines Fahrrades bei nicht näher bezeichnetem Verkehrsunfall verletzt	1	2,9%	-	-
V81.9: Benutzer eines Eisenbahnzuges oder Eisenbahnfahrzeuges bei nicht näher bezeichnetem Eisenbahnunfall verletzt	1	2,9%	-	-
V89.2: Person bei nicht näher bezeichnetem Verkehrsunfall eines Kraftfahrzeuges verletzt	1	2,9%	-	-
W13: Sturz von, aus oder durch Gebäude(n) oder Bauwerke(n)	1	2,9%	-	-
W19: Nicht näher bezeichneter Sturz	2	5,7%	2	1,6%
W80: Obstruktion der Atemwege durch Aspiration oder Verschlucken von sonstigem Material	1	2,9%	1	0,8%
X49: Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Chemikalien und schädliche(n) Substanzen	1	2,9%	-	-
X59.0: Fraktur infolge Exposition gegenüber nicht näher bezeichnetem Faktor	1	2,9%	4	3,2%
X59.9: Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzung infolge Exposition gegenüber nicht näher bezeichnetem Faktor	2	5,7%	4	3,2%
X70: Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Ersticken	2	5,7%	-	-
X74: Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch sonstige oder nicht näher bezeichnete Feuerwaffe	1	2,9%	-	-
X84: Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Art und Weise	3	8,6%	1	0,8%
Y33: Sonstige näher bezeichnete Ereignisse, Umstände unbestimmt	-	-	1	0,8%
Keine Einträge/vollständig oder teilweise unlesbare Angaben	*9*	*25,7%*	*41*	*32,5%*
Gesamt	**35**	**100,0%**	**126**	**100,0%**

Quelle: Prognos 2019

Tabelle 26: Anhang—Verteilung der ermittelten Grundleiden durch den Rettungsdienst bei Anhaltspunkten für äußere Einwirkungen (nichtnatürliche Todesart) und bei ungeklärter Todesart

Grundleiden nach ICD-10-Codes (WHO 2016)	Todesart			
	nichtnatürliche Todesart		Ungeklärte Todesart	
	N	in %	N	in %
C18.7: Bösartige Neubildung des Kolons: Colon sigmoideum	-	-	1	1,4%
C85.9: Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	-	-	1	1,4%
D41.0: Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane: Niere	-	-	1	1,4%
E11.6: Diabetes mellitus, Typ 2 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	-	-	2	2,8%
E11.7: Diabetes mellitus, Typ 2 mit multiplen Komplikationen	-	-	1	1,4%
E11.9: Diabetes mellitus, Typ 2 ohne Komplikationen	-	-	4	5,6%
F10.1: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation	-	-	1	1,4%
F10.2: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	-	-	1	1,4%
F17.1: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	-	-	1	1,4%
F19.1: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	-	-	1	1,4%
F32.9: Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	1	6,3%	1	1,4%
I10: Essentielle (primäre) Hypertonie	-	-	1	1,4%
I21.9: Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	-	-	2	2,8%
I25.1: Atherosklerotische Herzkrankheit	-	-	2	2,8%
I26.9: Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	-	-	2	2,8%
I46.1: Plötzlicher Herztod, so beschrieben	-	-	1	1,4%
I46.9: Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	1	6,3%	-	-
I49.0: Kammerflattern und Kammerflimmern	-	-	1	1,4%
I49.9: Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	-	-	3	4,2%

Grundleiden nach ICD-10-Codes (WHO 2016)	Todesart			
	nichtnatürliche Todesart		Ungeklärte Todesart	
	N	in %	N	in %
I50.9: Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	-	-	1	1,4%
I69.4: Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	-	-	1	1,4%
J43.9: Emphysem, nicht näher bezeichnet	-	-	1	1,4%
J44.9: Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	-	-	2	2,8%
R09.0: Asphyxie	-	-	1	1,4%
T71: Erstickung	1	6,3%	-	-
V81.9: Benutzer eines Eisenbahnzuges oder Eisenbahnfahrzeuges bei nicht näher bezeichnetem Eisenbahnunfall verletzt	1	6,3%	-	-
W13: Sturz von, aus oder durch Gebäude(n) oder Bauwerke(n)	1	6,3%	-	-
W80: Obstruktion der Atemwege durch Aspiration oder Verschlucken von sonstigem Material	1	6,3%	1	1,4%
X49: Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Chemikalien und schädliche(n) Substanzen	1	6,3%	-	-
X59.0: Fraktur infolge Exposition gegenüber nicht näher bezeichnetem Faktor	-	-	1	1,4%
X59.9: Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzung infolge Exposition gegenüber nicht näher bezeichnetem Faktor	1	6,3%	1	1,4%
X70: Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Ersticken	1	6,3%	-	-
X74: Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch sonstige oder nicht näher bezeichnete Feuerwaffe	1	6,3%	-	-
X84: Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Art und Weise	2	12,5%	1	1,4%
Keine Einträge/vollständig oder teilweise unlesbare Angaben	*4*	*25,0%*	*34*	*47,9%*
Gesamt	**16**	**100,0%**	**71**	**100,0%**

Quelle: Prognos 2019

Tabelle 27: Anhang—Qualitätsmerkmale der medizinischen Angaben zur Todesursache nach Todesarten

Qualitätsindikator	Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen (nichtnatürliche Todesart) (N = 35)		ungeklärte Todesart (N = 126)		Keine Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen (natürliche Todesart) (N = 1.496)	
	N	in %	N	in %	N	in %
Keine Angaben (Blatt 2, Ziffer 15 bis 20)	8	22,9%	39	31,0%	-	-
Eingeschränkte Aussagekraft der medizinischen Angaben	1	2,9%	5	4,0%	45	3,0%
Fehlende Angabe einer Kausalkette	7	20,0%	23	18,3%	103	6,9%
Formale Qualitätsmängel in angegebener Kausalkette	6	17,1%	11	8,7%	411	27,5%
Unlesbare Angaben/niedrige Zuordnungssicherheit	5	14,3%	12	9,5%	226	15,1%
Keine Auffälligkeiten bei medizinischen Angaben	8	22,9%	36	28,6%	711	47,5%

Quelle: Prognos 2019

Anhang B: Erstbewertung nach statistischer Analyse und Prozessanalyse

1. Klassifizierung Todesart und Diagnose der Todesursache	
Befunde zu Optimierungsbedarf bzw. -möglichkeit	**Gestaltungsansätze**
Eingeschränkte Diagnosesicherheit ohne Einbindung der vorbehandelnden Ärztin oder des vorbehandelnden Arztes Die valide und umfassende Diagnose der Todesursache und der Grundleiden bleibt zweifelhaft, wenn die Einschätzung und Patientenkenntnis der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht einfließen. Nicht vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte diagnostizieren eine natürliche Todesart und die Todesursachen z.T. lediglich anhand von Plausibilitäts-Überlegungen. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Diagnose der Todesursachen, ggf. negative Auswirkungen auf die Erkennung spurenarmer Tötungsdelikte in Heimen und zu Hause.	**Standardmäßiger Einbezug der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte, z.B. durch** - Wegnahme des zeitlichen und finanziellen Drucks zur unmittelbaren und abschließenden Ausstellung des vertraulichen TB-Teils - verpflichtende Rücksprache der Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst sowie des ärztlichen Notdienstes mit den behandelnden Ärztinnen und -ärzten - Beschränkung auf Feststellung des Todes und Einführung einer vorläufigen Todesbescheinigung (vgl. z. B. Bayern); Durchführung der eigentlichen Leichenschau im Regelfall durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte
Qualitätseinschränkende Bedingungen beim ärztlichen Notdienst Ärztinnen und Ärzte im Notdienst verfügen im Regelfall über keine Hintergrundinformationen, wenn sie wegen eines Sterbefalls gerufen werden. Bei Zuhause-Sterbefällen ist, anders als im Pflegeheim oder Hospiz, eine Krankenakte häufig nicht vollständig in der Leichenschau-Situation verfügbar. Nur ein kleiner Teil der Ärztinnen und Ärzte holt Informationen bei den vorbehandelnden Kollegen ein, vor allem aus zeitlichem Druck und hohem Aufwand. Gleichzeitig bestehen offensichtlich verbreitet Hemmungen, einen ungeklärten Tod zu bescheinigen.	
Notärztinnen und -ärzte im Rettungsdienst Bei Sterbefällen werden Notärztinnen und- ärzte im Rettungsdienst häufig zu Einsätzen gerufen, für die sie gemäß Aufgabenprofil im engeren Sinne nicht zuständig sind, z.B. erwartbare Todesfälle.	

1. Klassifizierung Todesart und Diagnose der Todesursache	
Befunde zu Optimierungsbedarf bzw. -möglichkeit	**Gestaltungsansätze**
Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst werden als nur eingeschränkt geeignet zur Durchführung von Leichenschauen bewertet. Häufige Angabe eines ungeklärten Todes.	
Leichenschau nicht ausreichend zur lückenlosen Aufdeckung von Tötungsdelikten Bei einem vertuschten Mord ist es häufig schwer möglich, mittels der Leichenschau ein Fremdverschulden zu erkennen. Besondere Schwierigkeiten bei Zuhause-Sterbefällen.	- Verpflichtender Einbezug der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte. - Zufällig ausgewählte stichprobenartige Obduktionen (z.B. jeder 20. Sterbefall) als Drohkulisse mit präventiver Wirkung. - Statistische Analysen in den Krankenhäusern und Pflegeheimen.

2. Vorgaben und Rahmenbedingungen der ärztlichen Leichenschau	
Befunde zu Optimierungsbedarf bzw. -möglichkeit	**Gestaltungsansätze**
Untersuchung sämtlicher Körperöffnungen Die Sorgfalts-Vorschrift, bei der Leichenschau sämtliche Körperöffnungen einzuschließen, wird von den Ärztinnen und Ärzten über das aus rechtsmedizinischer Sicht nötige Sorgfaltsmaß hinausreichend interpretiert und wird als Überregulierung und Ärgernis bewertet. Die Verpflichtung zur Untersuchung sämtlicher Körperöffnungen wird in der Praxis vielfach kritisiert. Z.B. wegen fehlender personeller oder technischer Unterstützung. Ggf. negative Auswirkungen auf Sorgfalt der Dokumentation der Todesbescheinigung.	- Aufklärung über Zweck und angemessene Gründlichkeit der Untersuchung, z. B. innerhalb der Anleitung zur Todesbescheinigung. - Genauere Definition des Umfangs der Untersuchung sämtlicher Körperöffnungen. - Adaption der Regelung aus Niedersachsen: Untersuchung der Körperöffnungen kann bei Begründung entfallen. Plus Kommentarfeld, warum Untersuchung nicht erfolgt ist.
Unverzüglichkeit und Zweizeitigkeit der Leichenschau Geforderte Unverzüglichkeit und Zweizeitigkeit der Leichenschau wird außerhalb von Krankenhäusern im Regelfall nicht eingehalten. Teilweise Unkenntnis über diese Vorgaben. Häufig nicht einzuhalten, bspw. bei	- Verpflichtende Weiterleitung des Auftrags zur Leichenschau durch kontaktierte Ärztin oder kontaktierten Arzt an andere Ärztin bzw. Arzt, wenn Unverzüglichkeit (Frist definieren) nicht eingehalten werden kann.

2. Vorgaben und Rahmenbedingungen der ärztlichen Leichenschau	
Befunde zu Optimierungsbedarf bzw. -möglichkeit	**Gestaltungsansätze**
Benachrichtigung während der Sprechstundenzeiten. Meist erfolgt die Leichenschau zwei bis vier Stunden nach Eingang der Benachrichtigung.	
Vergütung der Leichenschau und der Todesbescheinigung Die Gebühren für die Leichenschau und Todesbescheinigung werden von Ärztinnen und Ärzten als unangemessen gering bewertet. Dies schränkt die Motivation für eine sorgfältige Untersuchung und Dokumentation der Todesursachen ein. Negative Auswirkungen auf Qualität und Sorgfalt der Diagnose und Dokumentation der Todesursachen.	- Möglichkeit der qualitätsabhängigen Vergütung für die Dokumentation der Todesursache für die Statistik zusätzlich zur in der GOÄ geregelten Gebühr für die Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines.
Vorbehalte gegen Klassifizierung einer ungeklärten Todesart Es existieren insbesondere bei Sterbefällen zu Hause, in Hospizen und in Pflege-/Seniorenheimen Vorbehalte, eine ungeklärte Todesart zu bescheinigen – auch wenn keine verlässlichen Informationen über die Krankengeschichte vorliegen. Gefahr der Nichtentdeckung nichtnatürlicher Todesfälle (=> Rechtspflege).	- Explizite Nennung/Definition der Fallumstände, in denen eine weiterführende Ermittlung der Polizei eingeleitet werden soll, vgl. dem Coroner-Prinzip bzw. der in Niedersachsen neu vorgesehenen Regelung.
Fehlende Todesursachen-Dokumentation bei ungeklärter Todesart Bei als ungeklärt klassifizierter Todesart (Anteil 7,6% der untersuchten Todesbescheinigungen) ist die (eindeutige) Feststellung und Dokumentation der Todesursachen nicht gewährleistet und verbindlich geregelt. Negative Auswirkungen auf die Validität und Vollständigkeit der Todesursachen-Dokumentation und damit der Todesursachenstatistik.	- Beschränkung der ungeklärten Todesart-Klassifikationen auf Fälle, bei denen auch nach Berücksichtigung von Informationen der vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte keine Sicherheit erlangt werden kann. - Trennung von Todesfeststellung und Todesursachen-Diagnose, z.B. durch die Ermöglichung einer vorläufigen Todesbescheinigung insbes. bei Notarzt-Einsätzen.

3. Dokumentation auf dem Todesbescheinigungsformular	
Befunde zu Optimierungsbedarf bzw. -möglichkeit	**Gestaltungsansätze**
Unkenntnis bzgl. der Auswertung der Einträge Verbreitete Unkenntnis bei den Ärztinnen und Ärzten, wie die Todesursachenstatistik ausgewertet wird und welches die relevanten Angaben sind. Grundleiden werden nicht eindeutig und nach Relevanz geordnet dokumentiert. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Dokumentation der Todesursachen.	- (Verpflichtende) Schulungen zur ärztlichen Leichenschau - regelmäßige Sensibilisierungs-Beiträge in Ärzte-Medien
Unkenntnis bzgl. Zweck und Relevanz der Todesursachenstatistik Ärztinnen und Ärzten sind Zweck und Relevanz der Todesursachenstatistik häufig nicht bekannt. Dies schränkt die Motivation für eine sorgfältige Untersuchung und Dokumentation der Todesursachen ein. Negative Auswirkungen auf Qualität und Sorgfalt der Diagnose und Dokumentation der Todesursachen.	- (Verpflichtende) Schulungen zur ärztlichen Leichenschau - regelmäßige Sensibilisierungs-Beiträge in Ärzte-Medien
Aufbau/Inhalt der Todesbescheinigung Kritik an dem Feld zur Untersuchung der gesamten Körperoberfläche und Körperöffnungen. Unklarheiten z. B. was „nach Angaben des behandelnden Arztes“ bedeutet.	- Neustrukturierung der Todesbescheinigung - Weglassen bzw. Umformulierung von Fragen
Lesbarkeit der Einträge Vielfach mangelhafte Lesbarkeit. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Dokumentation und letztlich der Validität der Todesursachenstatistik.	- Schaffung von Möglichkeiten zur elektronischen Eingabe und Übermittlung (z.B. mittels Web-Formular) in besonders dafür geeigneten Kontexten, z. B. den Krankenhäusern. - Behebung der mangelhaften Lesbarkeit im Rahmen der 2. Leichenschau.
Zuordenbarkeit der Einträge	- Schaffung von Möglichkeiten zur elektronischen Eingabe und Übermittlung (z.B. mittels Web-Formular) in besonders dafür geeigneten Kontexten, z. B. den Krankenhäusern.

3. Dokumentation auf dem Todesbescheinigungsformular	
Befunde zu Optimierungsbedarf bzw. -möglichkeit	**Gestaltungsansätze**
Eingeschränkt sichere Zuordenbarkeit von Einträgen auf der Todesbescheinigung zu den vorgesehenen Feldern. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Dokumentation und letztlich der Validität der Todesursachenstatistik.	
Fehlende Kommentarfelder Die Todesbescheinigung sieht keine Kommentarfelder für zusätzliche Informationen vor. Z.B., wenn Ärztinnen und Ärzte bei der Leichenschau die Gesamtsituation bewerten (wahrscheinliches Versterben auch vor Operation). In der Todesbescheinigung ist dies nicht ersichtlich und müsste eigentlich bei der Qualitätskontrolle geprüft werden.	- Neustrukturierung der Todesbescheinigung - z.B. Einfügen von Kommentarfeldern

4. Qualitätskontrolle der Todesbescheinigung
Befunde zu Optimierungsbedarf bzw. -möglichkeit
Rolle Standesamt Das Standesamt hat eine formale Kontrollmöglichkeit im Prozess (u.a. Leserlichkeit, fehlende Angaben). Jedoch wird nicht immer eine Reklamation bzw. die Nachforderung von Informationen eingeleitet. Der vertrauliche Teil der TB wird im Falle einer Kremierung nicht an das Standesamt übergeben.
Rolle Gesundheitsbehörde - Prüfung der Lesbarkeit Lesbarkeit der TB wird von der unteren Gesundheitsbehörde am Sterbeort nicht durchgängig und mit verbindlichen Qualitätsstandards geprüft und hergestellt – insbesondere nicht bei bereits kremierten Leichen. Es existiert kein festes Verfahren. Wenn TB erst Wochen nach Kremierung eingeht, ist die Motivation der Prüfung eher gering. Nicht genutztes Potenzial zur Erhöhung der Qualität der Dokumentation und letztlich der Validität der Todesursachenstatistik.
Rolle Gesundheitsbehörde - Prüfung Todesart

4. Qualitätskontrolle der Todesbescheinigung
Befunde zu Optimierungsbedarf bzw. -möglichkeit
Anhaltspunkte für nichtnatürlichen Tod werden von der unteren Gesundheitsbehörde nicht durchgängig und mit verbindlichen Qualitätsstandards geprüft – insbesondere nicht bei bereits kremierten Leichen. Nicht genutzte Möglichkeit zur Qualitätssicherung der Todesart-Klassifizierung (-> Rechtspflege).
Beteiligung mehrerer Gesundheitsbehörden Aufgrund des hohen Anteils von Feuerbestattungen und der verbreiteten Durchführung der 2. Leichenschau am Kremationsort sind oft mehr als eine untere Gesundheitsbehörde in den Prozess der TB eingebunden. Dies wird in den gesetzlichen Regelungen nicht berücksichtigt.

Anhang C: Weitere Ergebnisse der Bundeslandrecherche

Tabelle 28: Anhang—Ausnahmeregelungen für Rettungsdienst bzw. ärztlichen Notdienst

Bundesland	Landesrechtliche Vorgaben
Baden-Württemberg	„Im Rettungsdienst eingesetzte Notärzte sind nicht verpflichtet, Todesart und Todesursache, sondern lediglich den Tod festzustellen. Sie haben den Eintritt des Todes auf der Todesbescheinigung ohne Ursachenfeststellung festzuhalten, über die Rettungsleitstelle die Durchführung der Leichenschau zu veranlassen und bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod sofort die Rettungsleitstelle zu benachrichtigen, die die Polizei hiervon in Kenntnis setzt.“ (§ 20 Abs. 4 BestG Baden-Württemberg)
Bayern	„Ist der zur Leichenschau zugezogene Arzt für die Behandlung von Notfällen eingeteilt (Notarzt, Notfallarzt) und hat er die verstorbene Person vorher nicht behandelt, so kann er sich auf die Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn sichergestellt ist, dass der behandelnde Arzt oder ein anderer Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird. In der vorläufigen Todesbescheinigung werden der Tod, der Todeszeitpunkt, der Zustand der Leiche und die äußeren Umstände festgestellt. Absatz 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Im Fall des Satzes 1 hat derjenige, der die Leichenschau veranlasst hat, einen weiteren Arzt zur Vornahme der vollständigen Leichenschau zu benachrichtigen. § 1 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend.“ (§ 3 Abs. 4 BestV Bayern) Die Leichenschau ist unverzüglich zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.“ (§ 1 Abs. 1 S. 1 BestV Bayern)
Berlin	„Ein in der Notfallrettung tätiger Arzt kann sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes und der äußeren Umstände beschränken, wenn er durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung seiner Aufgaben in der Notfallrettung gehindert wird. Er hat unverzüglich eine vorläufige Todesbescheinigung auszustellen.“ (§ 3 Abs. 3 BestG Berlin) „Die vorläufige Todesbescheinigung ist von in der Notfallrettung tätigen Ärztinnen und Ärzten unter Beachtung des § 3 Absatz 3 des Bestattungsgesetzes auszustellen. Die Ärztinnen und Ärzte haben in diesem Fall zu veranlassen, dass die Leichenschau nach § 3 Absatz 1 des Bestattungsgesetzes durchgeführt wird. Ergeben sich bei der Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes oder der äußeren Umstände Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder handelt es sich bei der Leiche um eine unbekannte Person, haben die in der Notfallrettung tätigen Ärztinnen und Ärzte abweichend von Satz 2 unverzüglich die Polizei zu benachrichtigen“ (§ 5 Abs. 2 DVO-BestG Berlin)
Brandenburg	„Eine Person nach Absatz 1 Nummer 3 kann sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes und der äußeren Umstände beschränken, wenn sie durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung eines aktuellen anderweitigen Rettungseinsatzes gehindert würde. Nur in diesem Fall kann sie sich auf die Ausstellung einer vorläufigen Bescheinigung über die Feststellung des Todes auch ohne Angabe der Todesart und der Todesursache beschränken. Sie hat dafür Sorge zu tragen, dass eine nach Absatz 1 Nummer 2 verpflichtete Person eine vollständige Leichenschau durchführt und den endgültigen Totenschein erstellt.“ (§ 5 Abs. 2 BestG Brandenburg)
Bremen	„Jede Leiche ist unverzüglich durch einen speziell hierfür qualifizierten Leichenschauarzt oder eine Leichenschauärztin zu untersuchen (äußere Leichenschau). Bei der Durchführung der äußeren Leichenschau und den damit im Zusammenhang stehenden Aufgaben nach diesem Gesetz handelt es sich um eine hoheitliche Aufgabe.“ (§ 8 Brem.GBl.)
Hamburg	„Ein Arzt, der für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist und den Verstorbenen vorher nicht behandelt hat, kann sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, des Zustands der Leiche und der äußeren Umstände beschränken, wenn sichergestellt ist, dass die noch fehlenden Feststellungen von dem behandelnden oder einem anderen Arzt getroffen werden.“ (§ 2 Abs. 3 GVBl Hamburg)

Bundesland	Landesrechtliche Vorgaben
Hessen	„Im Rettungsdienst eingesetzte Notärztinnen und Notärzte sind während ihres Einsatzes nicht zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet. Sie haben jedoch den Tod festzustellen und eine vorläufige Todesbescheinigung nach dem durch Rechtsverordnung nach § 28a festgelegten Vordruckmuster auszustellen sowie unter den Voraussetzungen des § 11 eine Unterrichtung der Polizei oder der Staatsanwaltschaft zu veranlassen.“ (§ 10 Abs. 7 FBG Hessen)
Mecklenburg-Vorpommern	„Ein im Notfalldienst oder Rettungsdienst tätiger Arzt kann sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes und der äußeren Umstände beschränken, wenn er durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung seiner Aufgaben im Notfalldienst oder Rettungsdienst gehindert würde und er dafür sorgt, dass ein anderer Arzt eine vollständige Leichenschau durchführt. Er hat über die Feststellung unverzüglich eine Bescheinigung auszustellen.“ (§ 3 Abs. 4 BestG Mecklenburg-Vorpommern)
Niedersachsen	„Ärztinnen und Ärzte im Notfall- oder Rettungsdienst können sich auf die Feststellung des Todes sowie des Todeszeitpunktes oder des Zeitpunktes der Leichenauffindung beschränken, wenn sie durch die Durchführung der vollständigen Leichenschau an der Wahrnehmung der Aufgaben im Notfall- oder Rettungsdienst gehindert wären und, insbesondere durch Benachrichtigung der Polizei, dafür sorgen, dass eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt eine vollständige Leichenschau durchführt. Die Ärztinnen und Ärzte im Notfall- oder Rettungsdienst haben im Fall des Satzes 1 unverzüglich eine auf die getroffenen Feststellungen beschränkte Todesbescheinigung auszustellen.“ (§ 3 Abs. 4 BestG Niedersachsen)
Nordrhein-Westfalen	„Notärztinnen und Notärzte im öffentlichen Rettungsdienst sind während der Einsatzbereitschaft und während des Einsatzes, sobald sie den Tod festgestellt haben, weder zur Leichenschau noch zur Ausstellung der Todesbescheinigung verpflichtet […].“ (§ 9 Abs. 3 S. 3 BestG Nordrhein-Westfalen).
Rheinland-Pfalz	„Erfolgt die Feststellung des Todes durch einen Arzt während eines Einsatzes im Rettungsdienst oder im Notfalldienst, so ist dieser nur zur Ausstellung und Aushändigung einer vorläufigen Todesbescheinigung verpflichtet.“ (§ 11 Abs. 2 BestG Rheinland-Pfalz) „Der Verantwortliche (§ 9 Abs. 1 und 2) hat die Leichenschau unverzüglich zu veranlassen; dies gilt auch dann, wenn eine vorläufige Todesbescheinigung ausgestellt worden ist. Tritt der Tod in einem Betrieb, einem Heim, einer Schule, einer Anstalt, einem Krankenhaus oder einer vergleichbaren Einrichtung ein, veranlasst der Leiter oder Inhaber dieser Einrichtung die Leichenschau.“ (§ 11 Abs. 4 BestG Rheinland-Pfalz)
Saarland	„Im Rettungsdienst eingesetzte Notärztinnen/ Notärzte sowie Ärztinnen und Ärzte im ärztlichen Bereitschaftsdienst sind grundsätzlich nicht zur Leichenschau verpflichtet. Sie haben jedoch den Tod festzustellen und einen vorläufigen Totenschein auszustellen. Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod hat die Notärztin/der Notarzt sowie die Ärztin/der Arzt im ärztlichen Bereitschaftsdienst unverzüglich die Polizei zu benachrichtigen. Diese Pflicht zur Benachrichtigung der Polizei kann von den Notärztinnen/Notärzten auch durch eine Meldung an die Rettungsleitstelle erfüllt werden, sofern von dort eine unverzügliche Weitermeldung erfolgt und die Erreichbarkeit der Notärztin/des Notarztes für Nachfragen gewährleistet ist. Auf § 22 Absatz 1 wird verwiesen.“ (§13 Abs. 3 BestG Saarland)
Sachsen	„Ärzte, die sich im Rettungsdiensteinsatz befinden, können sich auf die Feststellung des Todes und auf seine Dokumentation in einer amtlichen vorläufigen Todesbescheinigung nach dem diesem Gesetz als Anlage 2 beigefügten Muster beschränken. Zu einer umfassenden Leichenschau sind diese Ärzte nicht verpflichtet. Liegt kein weiterer Rettungsdiensteinsatz aktuell vor, soll der Arzt die vollständige Leichenschau durchführen. Das Rettungsdienstprotokoll ist bei der Leiche zurückzulassen. Das Rettungsdienstprotokoll ist vom Leichenschauarzt zusammen mit dem Blatt 3 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung zu verschließen und verbleibt bei der Leiche. Beschränkt sich ein im Rettungsdiensteinsatz befindlicher Arzt auf die vorläufige Todesbescheinigung und sorgt er nicht selbst dafür, dass ein anderer Arzt die vollständige Leichenschau durchführt, hat dies der nach § 11 Abs. 1 Satz 2 oder der nach § 10 Verantwortliche zu veranlassen.“ (§ 12 Abs. 3 BestG Sachsen)

Bundesland	Landesrechtliche Vorgaben
Sachsen-Anhalt	„Ärztliche Personen, die sich im Rettungsdiensteinsatz befinden, dürfen sich auf die Feststellung des Todes beschränken. Sie haben dann die weitere Durchführung der Leichenschau durch eine andere ärztliche Person unverzüglich zu veranlassen.“ (§ 3 Abs. 2 BestG Sachsen-Anhalt)
Schleswig-Holstein	Ärztliche Personen, die sich im Rettungsdiensteinsatz befinden, dürfen sich auf die Feststellung des Todes beschränken. Sie haben die weitere Durchführung der Leichenschau durch eine andere ärztliche Person unverzüglich zu veranlassen. (§ 3 Abs. 2 BestG Schleswig-Holstein)
Thüringen	Ein im Notfalldienst oder Rettungsdienst tätiger Arzt kann sich auf die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts und der äußeren Umstände beschränken, wenn er dafür sorgt, dass ein anderer Arzt unverzüglich eine vollständige Leichenschau durchführt. (§ 5 Abs. 3 BestG Thüringen) Muss sich ein im Notfall- oder Rettungsdienst tätiger Arzt wegen eines anderen Einsatzes vom Ort der Leichenschau entfernen, hat er dies der Polizei sofort mitzuteilen und diese über seine bisherigen Feststellungen zu unterrichten. Er soll für die Sicherung der Auffindesituation Sorge tragen und sobald als möglich an den Ort der Leichenschau zurückkehren. (§ 6 Abs 4 BestG Thüringen)

Eigene Darstellung auf Basis der Todesbescheinigungsformulare und landesrechtlichen Regelungen.

© Prognos AG 2020

Tabelle 29: Anhang—Todesart und Todesursache in den Bundesländern

Bundesland	Todesart Kategorien	Todesursache Kategorien
Baden-Württemberg	▪ Natürlicher Tod ▪ Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod ▪ Todesart ungeklärt ▪ **Polizei informiert/vor Ort** ▪ **Freifelder zur Entscheidungsbegründung**	I. Unvermeidbare zum Tode führende Krankheit: a) **vermutete** unmittelbare Todesursache Vorangegangene Ursachen: b) als Folge von c) als Folge von (Grundleiden) II. Weitere wesentliche Krankheiten, insbesondere Krebserkrankungen ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ **ICD-Code**
Bayern	▪ Natürlicher Tod ▪ Todesart ungeklärt ▪ Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a) unmittelbare Todesursache Vorangegangene Ursachen Krankheiten b) als Folge von c) als Folge von (Grundleiden) II. Andere wesentliche Krankheiten ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ **ICD-Code** ▪ **Angestrebte Obduktion** ▪ Freifeld zu Todesursache und Begleiterkrankungen (Epikrise)
Berlin	▪ Natürlicher Tod ▪ Nicht natürlicher Tod ▪ Todesart **ungewiss**	I. Unvermeidbare zum Tode führende Krankheit: a) unmittelbare Todesursache Vorangegangene Ursachen: b) als Folge von c) als Folge von (Grundleiden) II. Weitere wesentliche Krankheiten, insbesondere Krebserkrankungen ▪ **ICD-Code** ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ Freifeld zu Todesursache u. Begleiterkrankungen (Epikrise)
Brandenburg	▪ Natürlicher Tod ▪ Nicht-natürlicher Tod ▪ **Nicht aufgeklärt** ▪ **Sonstiges (z. B. Interruptio)**	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a) unmittelbare Todesursache Vorangegangene Ursachen Krankheiten b) als Folge von c) als Folge von (Grundleiden) II. Andere wesentliche Krankheiten ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ **ICD-Code** ▪ **Angestrebte Obduktion** ▪ Freifeld zu Todesursache und Begleiterkrankungen (Epikrise)

Bundesland	**Todesart Kategorien**	**Todesursache Kategorien**
Bremen*	▪ **Meldepflicht** nein (d. h. kein Anhalt für nichtnatürliches Geschehen) ▪ Anhalt für nichtnatürlichen Tod ▪ Tod im zeitlichen Zusammenhang mit einer Operation, Impfung etc.	I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand a) Vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände b) bedingt durch (als Folge von) c) Grundleiden II. Andere wesentliche Krankheitszustände ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ Freifeld zur Epikrise
Hamburg	▪ Gibt es Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen (nein, ja, wenn ja welche) ▪ Todesart ungeklärt (weshalb)	I. a) Unmittelbare Todesursache b) Diese ist eine Folge von c) Hierfür ursächliches Grundleiden II. Mit zum Tode führende Krankheiten, die nicht mit dem Grundleiden in Zusammenhang stehen ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
Hessen	▪ Natürlicher Tod ▪ Nichtnatürlicher Tod ▪ **Selbsttötung** ▪ **Tötung** ▪ **Unfalltod** ▪ Ungeklärte Todesart	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a) unmittelbare Todesursache Vorangegangene Ursachen b) als Folge von Grundleiden c) als Folge von II. Andere wesentliche Krankheiten ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ **ICD-Code** ▪ Freifeld zu Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)
Mecklenburg-Vorpommern	▪ Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod (ja, und zwar) ▪ Todesart ungeklärt	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a) unmittelbare Todesursache Vorangegangene Ursachen b) als Folge von c) als Folge von (Grundleiden) II. Andere wesentliche Krankheiten ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ **ICD-Code** ▪ Freifeld zu Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)
Niedersachsen	▪ Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (nein/ja/welche) ▪ Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum (nein/ja/Anhaltspunkte)	I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand a) Vorangegangene Ursachen Krankheiten b) bedingt durch (Folge von) c) Grundleiden II. Andere wesentliche Krankheiten ▪ **Ungefähre** Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ Freifeld zu Epikrise

Bundesland	**Todesart Kategorien**	**Todesursache Kategorien**

Nordrhein-Westfalen	Gibt es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folgte hatten?
	▪ Nein
	  ○ Todesart natürlich oder
	  ○ ungeklärt, ob natürlich/nichtnatürlicher Tod
	▪ Ja
		I. Unmittelbare Todesursache
		  ○ dies ist eine Folge von b1 *
		  ○ dies ist eine Folge von b2 *
		  ○ Hierfür ursächliches Grundleiden *
		II. Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden*
		
		** ausfüllen, soweit dem Arzt möglich*

Rheinland-Pfalz	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod
	▪ Ja, und zwar
	▪ Todesart ungeklärt
		I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit
		  a) unmittelbare Todesursache
		  Vorausgegangene Ursachen
		  b) als Folge von
		  c) als Folge von (Grundleiden)
		II. Andere wesentliche Krankheitszustände
		▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
		▪ **ICD-Code**
		▪ **Obduktion angestrebt (ja/nein)**
		▪ Freifeld zu Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

Saarland	▪ Natürlicher Tod
	▪ Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod
	▪ Todesart ungeklärt
		Direkt zum Tode führende Krankheit (oder Zustand)
		  a) bedingt durch (Folge von)
		  Vorangegangene Ursachen:
		  b) bedingt durch (Folge von)
		  c) bedingt durch (Folge von)
		  d) Grundleiden
		II. Weitere wesentliche Krankheitszustände
		▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
		▪ **Obduktionsergebnis**

Sachsen	▪ Natürlicher Tod
	▪ Nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)
	▪ Ungeklärte Todesart
	▪ **Obduktion erforderlich (ja/nein)**
		Unmittelbar zum Tode führende Krankheit
		  a) Todesursache
		  Vorangegangene Ursachen:
		  b) als Folge von c)
		  c) Grundleiden
		II. Andere wesentliche Krankheiten
		▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
		▪ **ICD-Code**
		▪ Freifeld zu Todesursache, Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

Bundesland	**Todesart Kategorien**	**Todesursache Kategorien**
Sachsen-Anhalt	▪ Natürlich ▪ Nichtnatürlich (einschl. Verdacht) ▪ **Nicht aufgeklärt**	Todesursache, Leichenschau I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a) Vorangegangene Ursachen (Grundleiden) b) und c) II. Weitere wesentliche Krankheitszustände ▪ **ICD-Code** **Todesursache, Autopsie** **I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a)** **Vorangegangene Ursachen (Grundleiden) b) und c)** **II. Weitere wesentliche Krankheitszustände** ▪ **ICD-Code**
Schleswig-Holstein	▪ Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen (ja/nein/welche)	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a) unmittelbare Todesursache Vorausgegangene Krankheiten b) als Folge von c) als Folge von (Grundleiden) II. Andere wesentliche Krankheitszustände ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ Freifeld zu Epikrise
Thüringen	▪ Natürlicher Tod ▪ Nichtnatürlicher Tod (inkl. Verdacht ▪ Nicht aufgeklärt	Todesursache, Feststellung bei der Leichenschau I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit (oder Krankheitszustand) a) Krankheitszustände, welcher zu der oben angegebenen Ursache geführt haben b) und c) II. Andere wesentliche Krankheiten oder Krankheitszustände ▪ Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ▪ **ICD-Code** **Todesursache, Ergebnis der Autopsie** I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit (oder Krankheitszustand) a) Krankheitszustände, welcher zu der oben angegebenen Ursache geführt haben b) und c) II. Andere wesentliche Krankheiten oder Krankheitszustände ▪ **Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod** ▪ **ICD-Code**

Eigene Darstellung auf Basis der Todesbescheinigungsformulare und landesrechtlichen Regelungen.

© Prognos AG 2020

Tabelle 30: Anhang—Sterbezeitpunkt und Warnhinweise

Bundesland	Zeitpunkt	Warnhinweise
Baden-Württemberg	▪ Sterbezeitpunkt Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: ▪ Datum der Auffindung ▪ Mit Sicherheit noch gelebt ▪ Tod durch Ärztin oder Arzt festgestellt	▪ Infektionsgefahr ▪ Herzschrittmacher ▪ Sonstiges
Bayern	▪ Sterbezeitpunkt Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: ▪ Zeitpunkt der Auffindung der Leiche	▪ Herzschrittmacher ▪ Infektionsgefahr ▪ Sonstiges
Berlin	▪ Todeszeitpunkt bekannt Falls Todeszeitpunkt unbekannt: ▪ Zeitpunkt der Leichenauffindung Wenn Zeitpunkt der Leichenauffindung eingetragen: ▪ **Todeseintritt vermutet am …** **Todeseintritt vermutet im Zeitraum zwischen …**	▪ Infektionsgefahr ▪ Sonstiges
Brandenburg	▪ Todeszeitpunkt Falls Todeszeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden: ▪ Zeitpunkt der Leichenauffindung	▪ Herzschrittmacher ▪ Infektionsgefahr ▪ Sonstiges
Bremen	▪ Todeszeitpunkt Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: ▪ **Mit Sicherheit noch gelebt** ▪ **Mit Sicherheit schon tot**	▪ Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Beförderung, Bestattung (nein/ja) ▪ Freifeld für Hinweise ▪ Implantierte Geräte (SM/ICD/Sonst.)
Hamburg	▪ Sterbezeitpunkt Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: ▪ **Mit Sicherheit noch gelebt** ▪ **Mit Sicherheit schon tot**	▪ Hinweise für eine übertragbare Krankheit im Sinne des Bundes-Seuchengesetzes (ja/nein) ▪ Besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung (ja/nein) ▪ Herzschrittmacher ▪ Sonstiges
Hessen	▪ Zeitpunkt des Todes ▪ **ggf. Zeitraum des Todes** ▪ **ggf. zuletzt lebend gesehen**	**Mit Unterschrift des Arztes: Gegen eine Überführung bestehen – soweit bekannt – keine seuchenrechtlichen Bedenken**

Bundesland	Zeitpunkt	Warnhinweise
Mecklenburg-Vorpommern	▪ Sterbezeitpunkt Falls Todeszeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden ▪ **Zeitpunkt der Leichenauffindung**	▪ Herzschrittmacher ▪ Infektionsgefahr ▪ Sonstiges
Niedersachsen	▪ Todeszeitpunkt Falls nicht möglich ▪ Todeseintritt **(Zeitspanne)** Falls beides nicht möglich ▪ **Zeitpunkt der Leichenauffindung (nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst)**	▪ Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung (nein/ja/Hinweise) ▪ Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (nein/ja/Hinweise)
Nordrhein-Westfalen	Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt ▪ Nach eigener Feststellung am ▪ Nach Angaben Angehöriger/Dritter am ▪ Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am	▪ Liegen Hinweise dafür vor, dass die/der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit erkrankt war (ja/nein) ▪ Sind besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten? (nein/ja, welche) ▪ Sonstiges (z. B. Gefährdung durch Giftstoffe/Chemikalien)
Rheinland-Pfalz	▪ Sterbezeitpunkt Wenn sich Sterbezeitpunkt nicht angeben lässt ▪ Zeitpunkt der Leichenauffindung	▪ Herzschrittmacher ▪ Infektionsgefahr ▪ Sonstiges
Saarland	▪ Sterbezeitpunkt ▪ **Vermutlicher Sterbezeitpunkt (Zeitspanne)** ▪ Zeitpunkt der Auffindung der Leiche	▪ Herzschrittmacher, Defibrillator ▪ Infektionsgefahr/**Mitteilung an Bestatterin/Bestatter erfolgt** ▪ Sonstiges/**Mitteilung an Bestatterin/Bestatter erfolgt**
Sachsen	▪ Sterbezeitpunkt Falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar ▪ **Sterbezeitpunkt zwischen** ▪ Zeitpunkt der Auffindung der Leiche	▪ Infektionsgefahr ▪ Sonstiges
Sachsen-Anhalt	▪ Genaue Todeszeit festgestellt oder bestimmbar Wenn dies nicht zutrifft ▪ **Ungefähre Todeszeit (Zeitspanne)**	▪ Radionuklide ▪ Sonstiges **(auf dem vertraulichen Teil)**
Schleswig-Holstein	▪ Sterbezeitpunkt, wenn bestimmbar ▪ Sonst: Zeitpunkt der Leichenauffindung	▪ Handelt es sich um eine Leiche, von der Infektionsgefahr ausgeht (ja/nein)

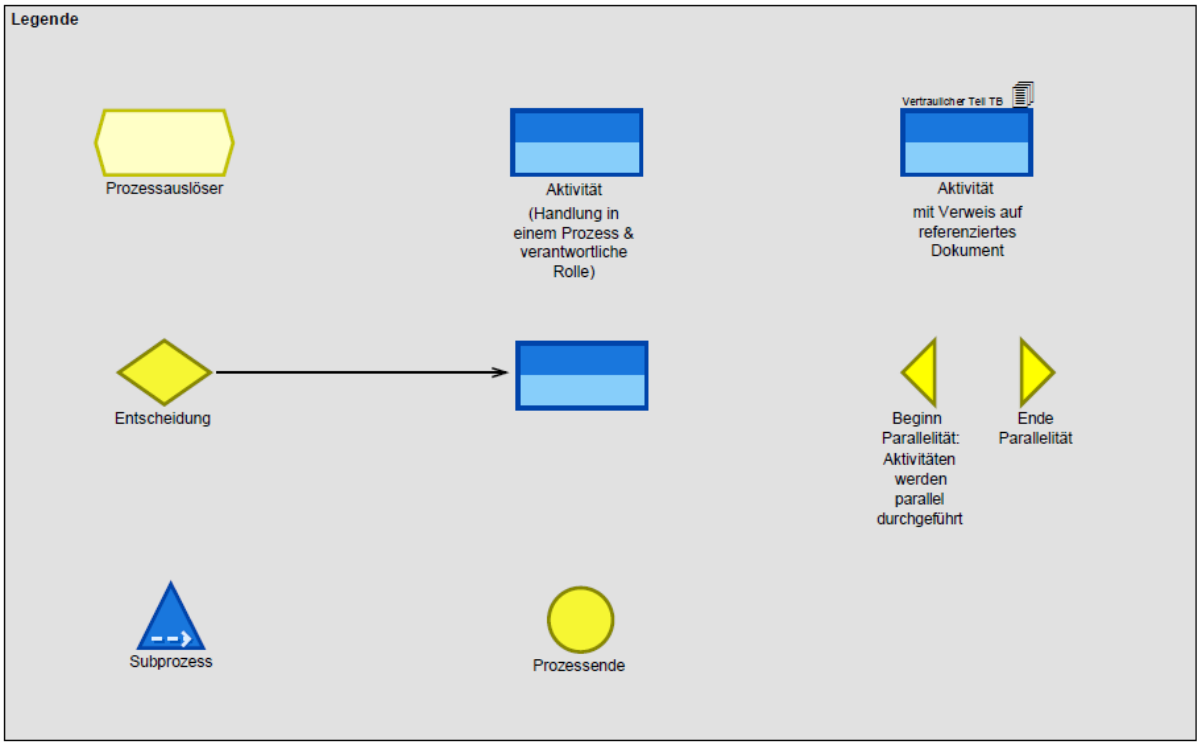
Bundesland	Zeitpunkt	Warnhinweise
Thüringen*	▪ Sterbezeit	

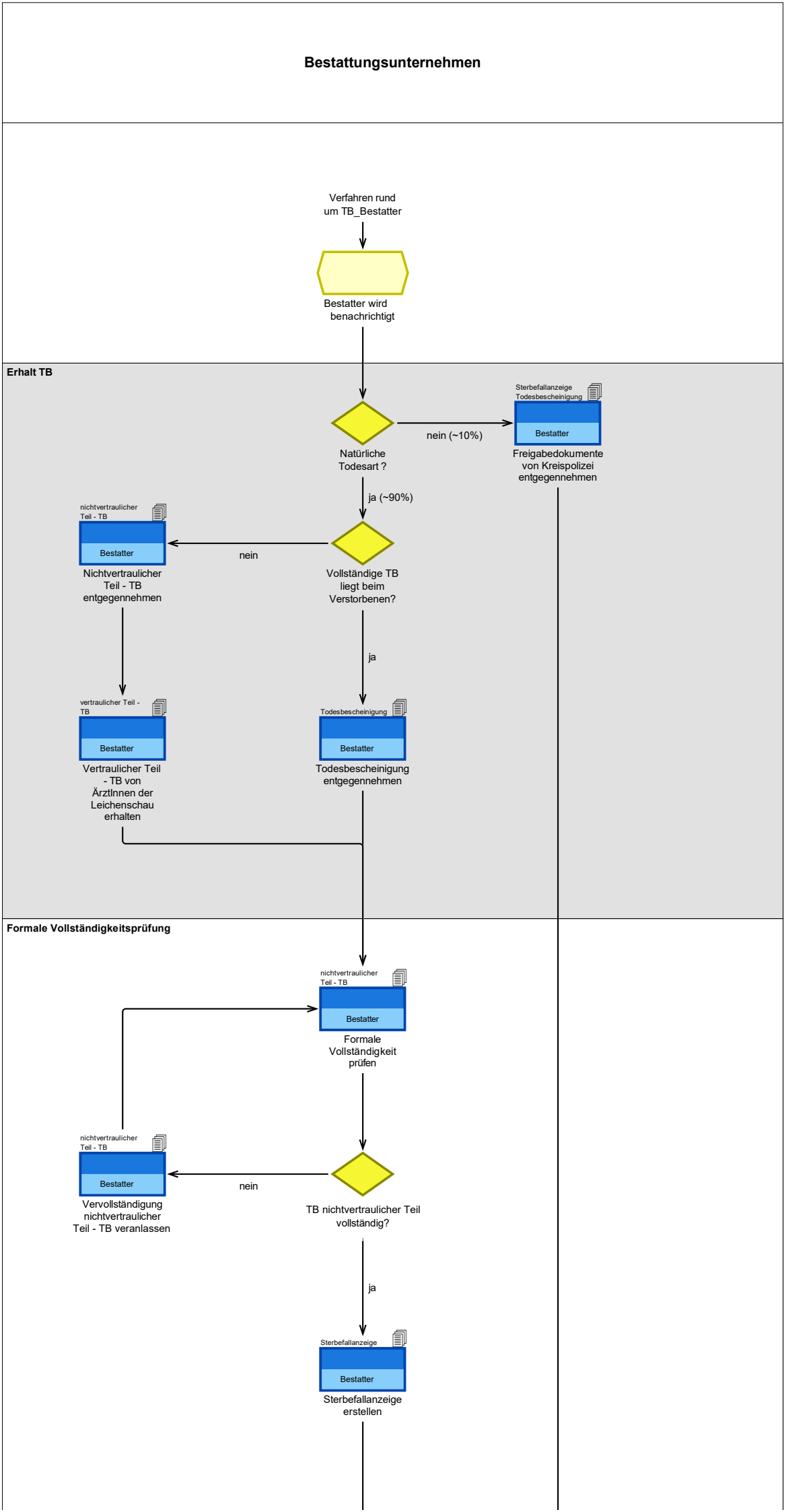
Eigene Darstellung auf Basis der Todesbescheinigungsformulare und landesrechtlichen Regelungen.

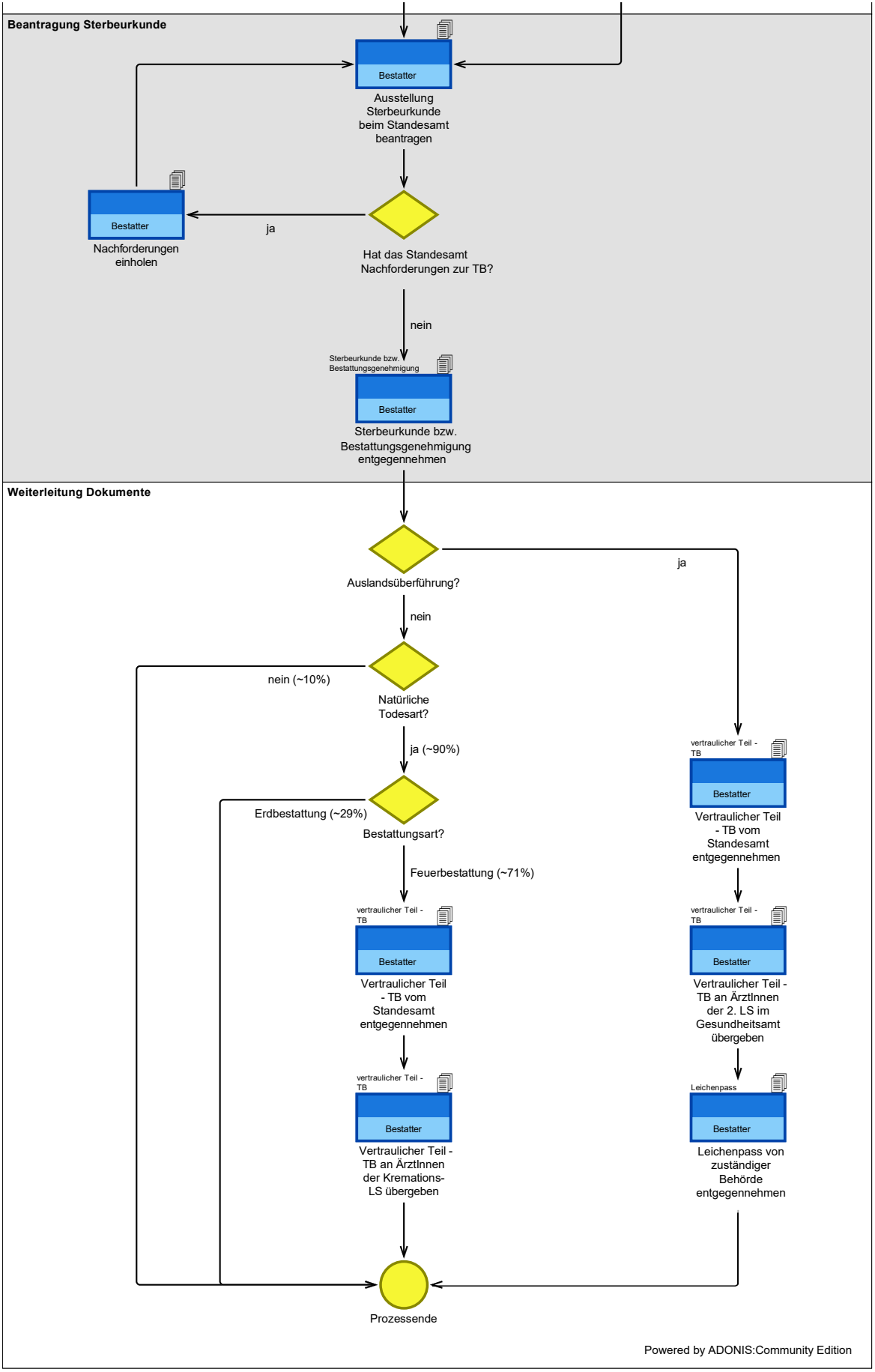
© Prognos AG 2020

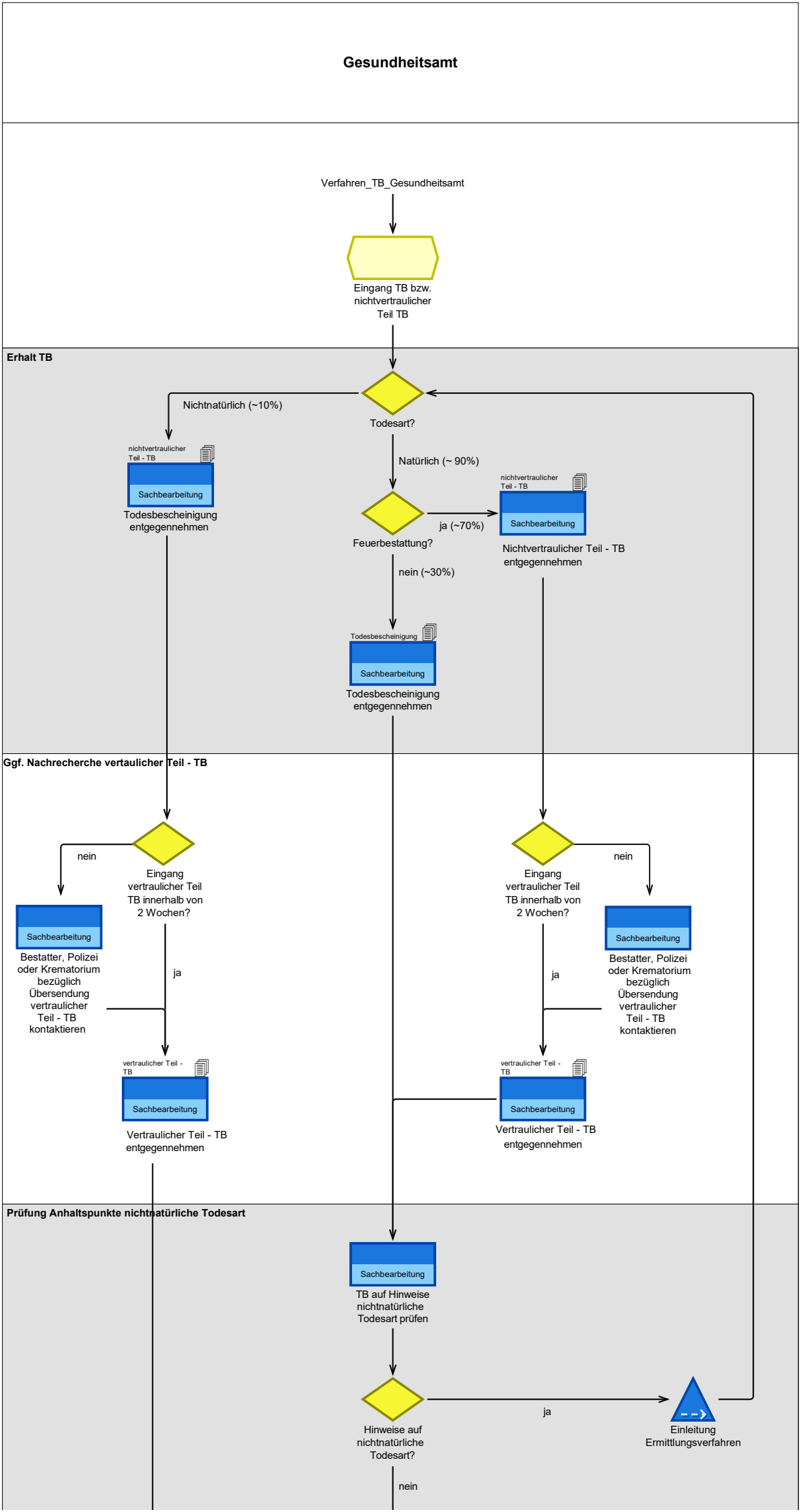
Anhang D: Prozesspläne der Bearbeitungs- und Verwaltungsverfahren

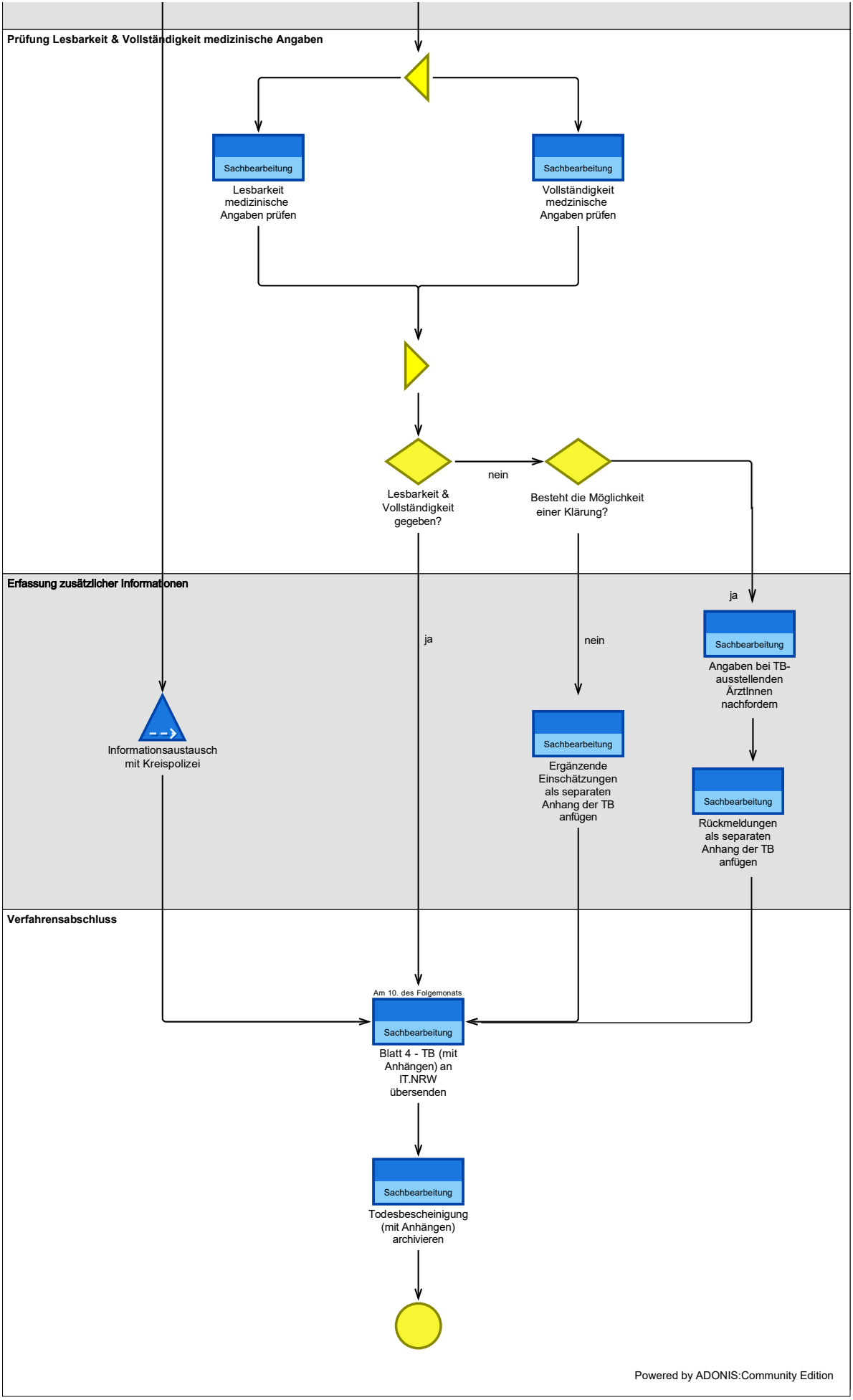
Die Verfahren und Prozesse nach der ärztlichen Leichenschau und nach Ausfüllen der Todesbescheinigung – in den Modellregionen Stadt Detmold und Stadt Mettmann – wurden im Rahmen von Fachgesprächen mit den Prozessakteuren erfasst (Bestatter, Gesundheitsamt, Kreispolizei, Staatsanwaltschaft, Standesamt). Basierend auf den Ergebnissen der Fachgespräche wurden Prozessablaufpläne erstellt. Die Prozesspläne wurden den entsprechenden Akteuren zur Prüfung übermittelt und anschließend in einem persönlichen oder telefonischen Plausibilisierungsgespräch gemeinsam besprochen und nach Bedarf überarbeitet. Die erstellten Prozesspläne sind im Folgenden dargestellt.

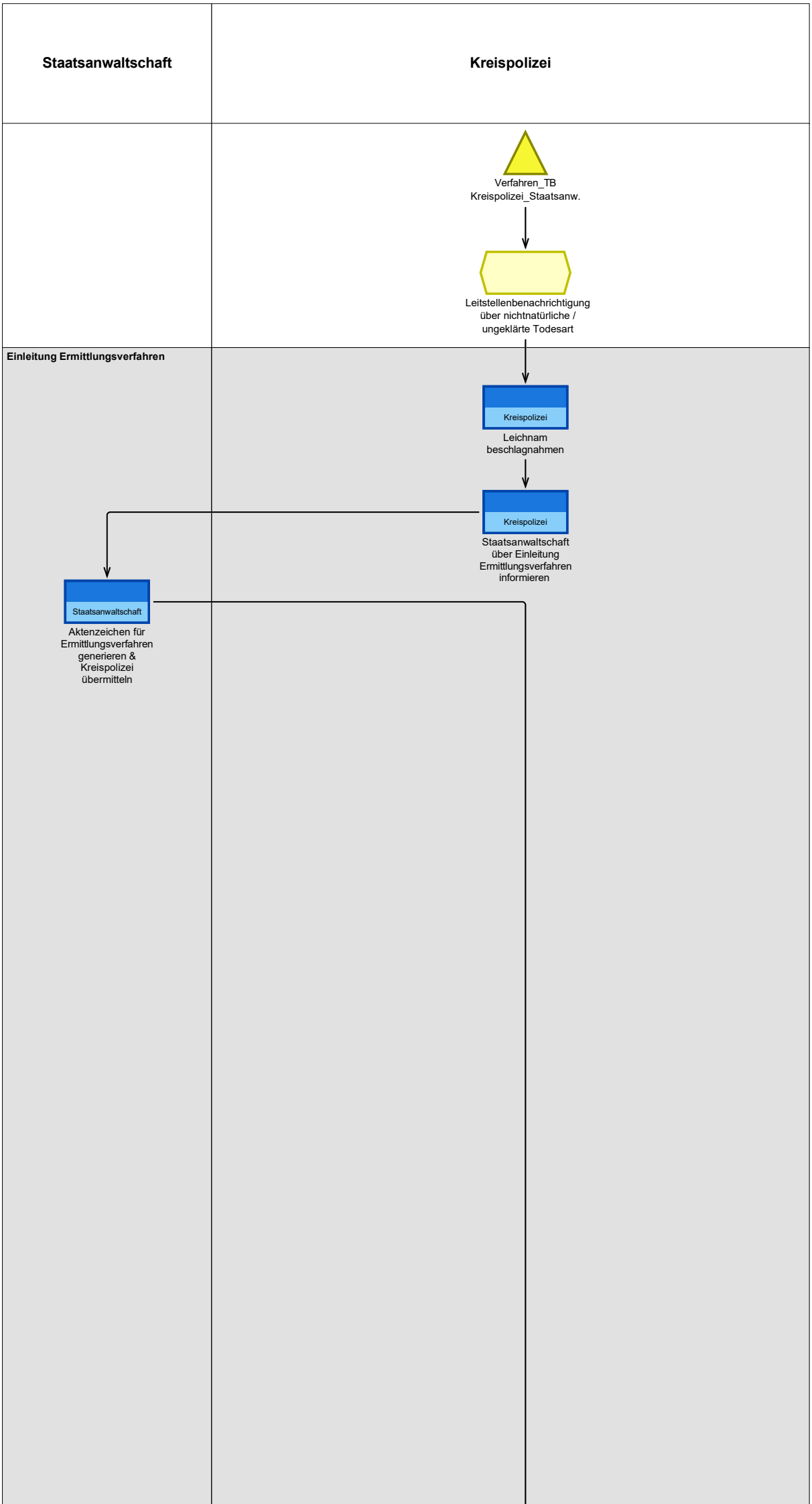


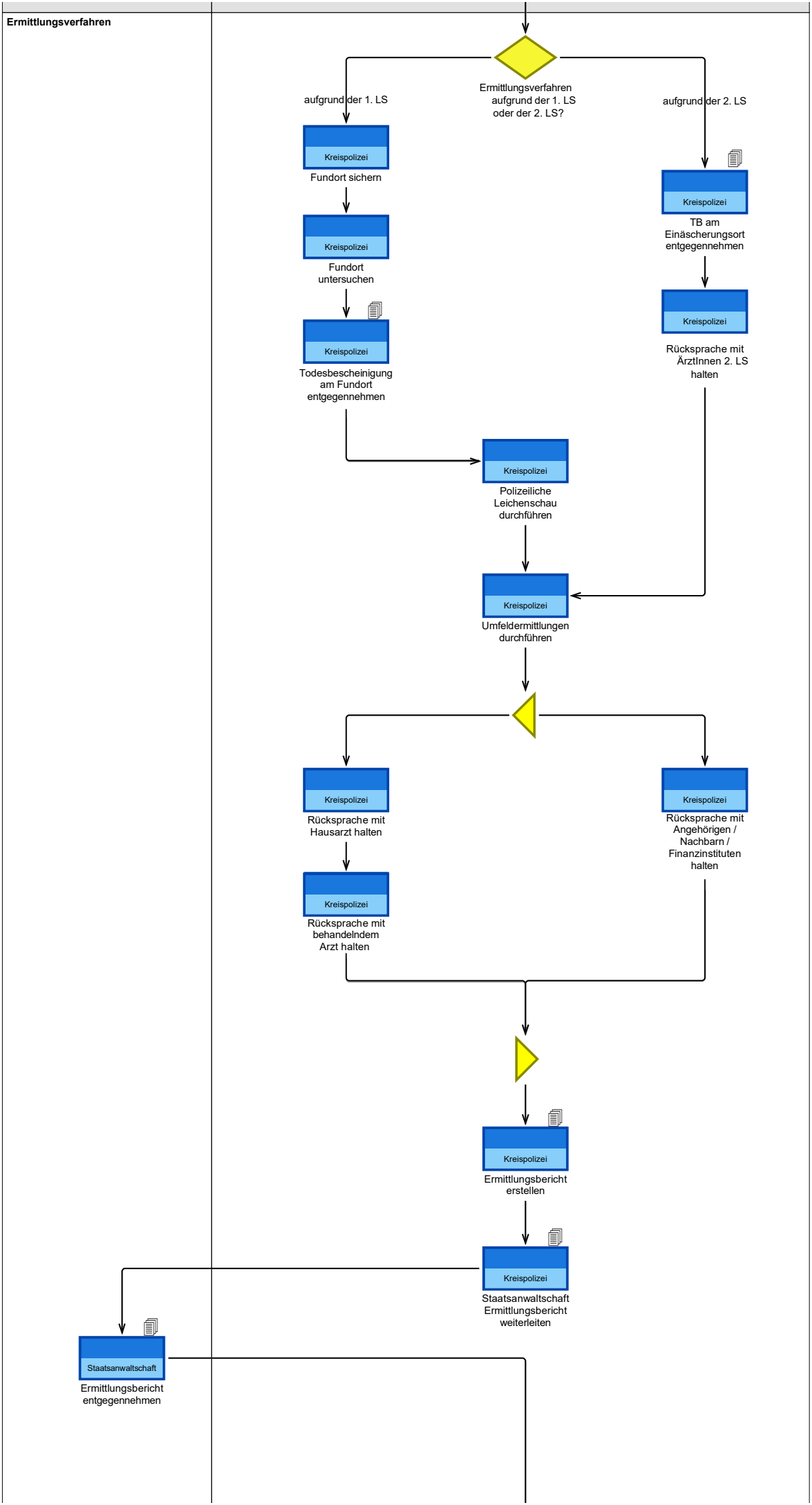

Bestattungsunternehmen
Verfahren rund um TB_Bestatter
Bestatter wird benachrichtigt
Erhalt TB
Natürliche Todesart ?
nein (~10%)
Sterbefallanzeige Todesbescheinigung
Bestatter
Freigabedokumente von Kreispolizei entgegennehmen
ja (~90%)
Vollständige TB liegt beim Verstorbenen?
nein
nichtvertraulicher Teil - TB
Bestatter
Nichtvertraulicher Teil - TB entgegennehmen
ja
vertraulicher Teil - TB
Bestatter
Vertraulicher Teil - TB von ÄrztInnen der Leichenschau erhalten
Todesbescheinigung
Bestatter
Todesbescheinigung entgegennehmen
Formale Vollständigkeitsprüfung
nichtvertraulicher Teil - TB
Bestatter
Formale Vollständigkeit prüfen
TB nichtvertraulicher Teil vollständig?
nein
nichtvertraulicher Teil - TB
Bestatter
Vervollständigung nichtvertraulicher Teil - TB veranlassen
ja
Sterbefallanzeige
Bestatter
Sterbefallanzeige erstellen

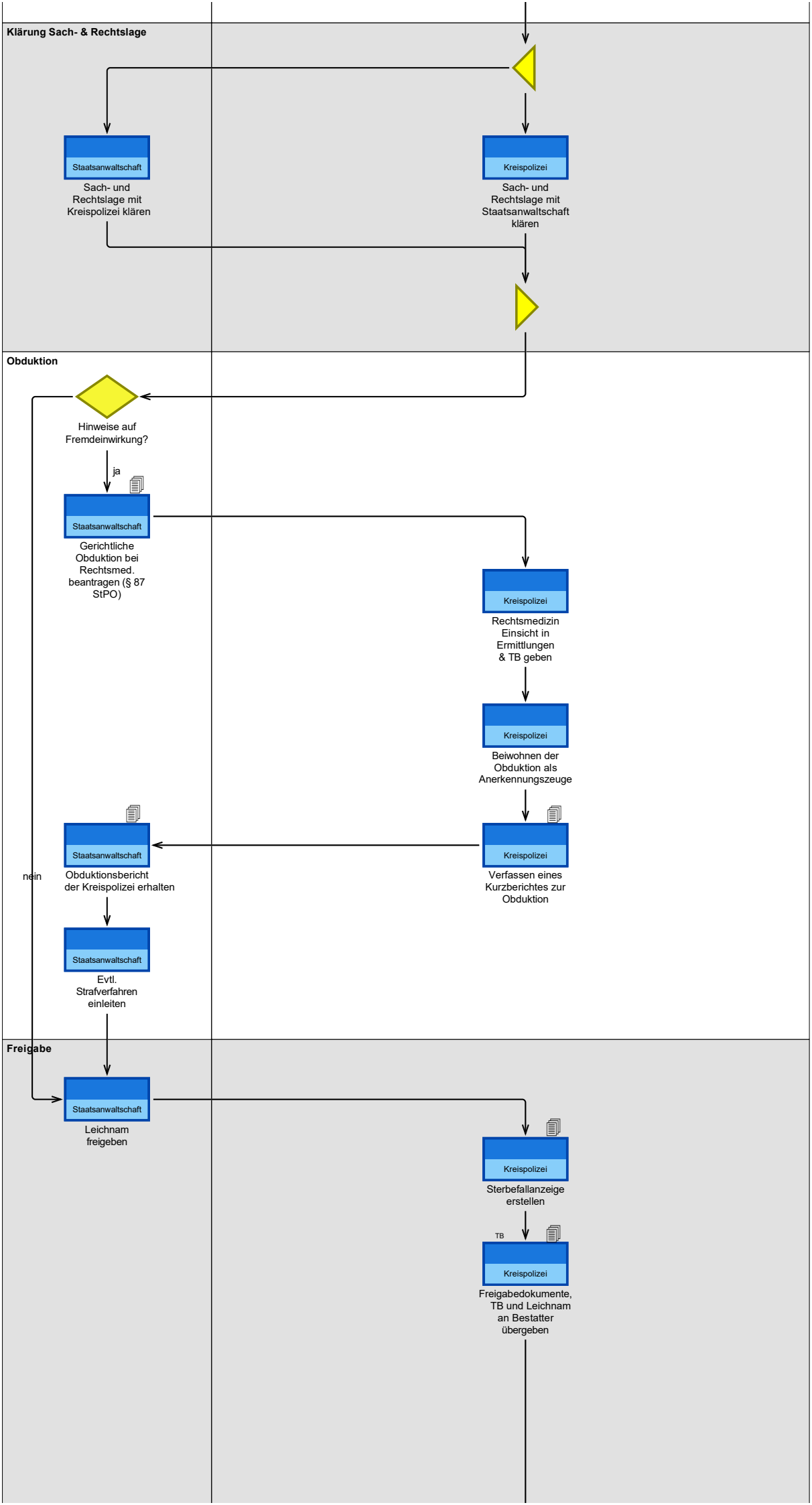

Beantragung Sterbeurkunde
Bestatter
Ausstellung Sterbeurkunde beim Standesamt beantragen
Bestatter
Nachforderungen einholen
ja
Hat das Standesamt Nachforderungen zur TB?
nein
Sterbeurkunde bzw. Bestattungsgenehmigung
Bestatter
Sterbeurkunde bzw. Bestattungsgenehmigung entgegennehmen
Weiterleitung Dokumente
Auslandsüberführung?
ja
nein
nein (~10%)
Natürliche Todesart?
ja (~90%)
Erdbestattung (~29%)
Bestattungsart?
Feuerbestattung (~71%)
vertraulicher Teil - TB
Bestatter
Vertraulicher Teil - TB vom Standesamt entgegennehmen
vertraulicher Teil - TB
Bestatter
Vertraulicher Teil - TB an ÄrztInnen der Kremations-LS übergeben
vertraulicher Teil - TB
Bestatter
Vertraulicher Teil - TB vom Standesamt entgegennehmen
vertraulicher Teil - TB
Bestatter
Vertraulicher Teil - TB an ÄrztInnen der 2. LS im Gesundheitsamt übergeben
Leichenpass
Bestatter
Leichenpass von zuständiger Behörde entgegennehmen
Prozessende
Powered by ADONIS:Community Edition

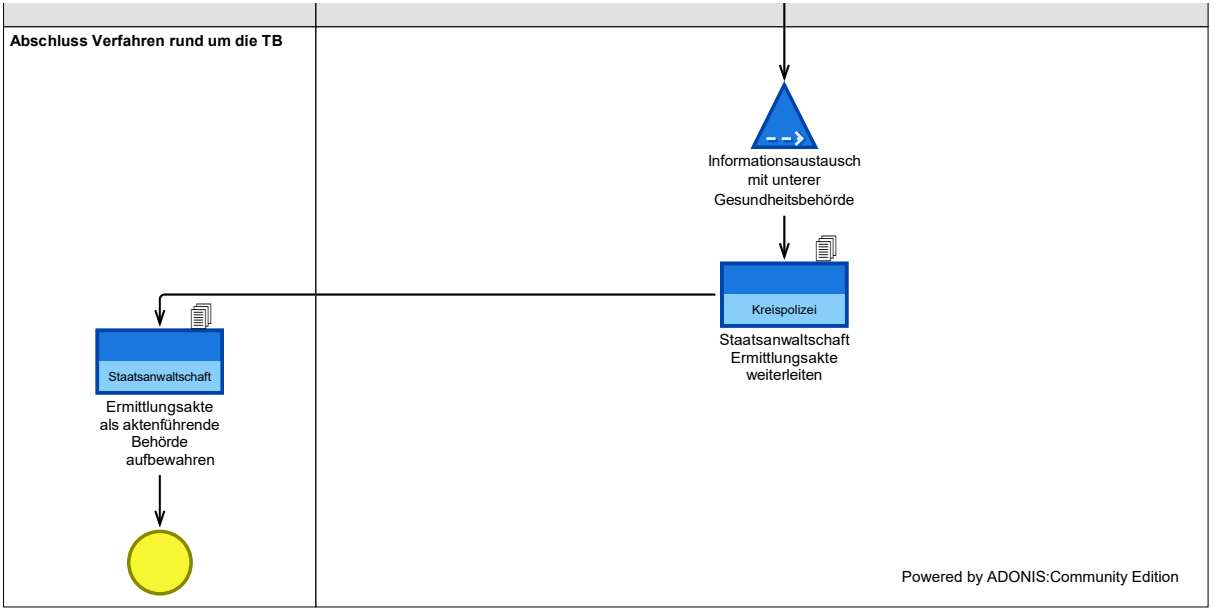

Gesundheitsamt
Verfahren_TB_Gesundheitsamt
Eingang TB bzw. nichtvertraulicher Teil TB
Erhalt TB
Todesart?
Nichtnatürlich (~10%)
Natürlich (~ 90%)
nichtvertraulicher Teil - TB
Sachbearbeitung
Todesbescheinigung entgegennehmen
Feuerbestattung?
ja (~70%)
Nichtvertraulicher Teil - TB entgegennehmen
nein (~30%)
Todesbescheinigung
Sachbearbeitung
Todesbescheinigung entgegennehmen
Ggf. Nachrecherche vertaulicher Teil - TB
Eingang vertraulicher Teil TB innerhalb von 2 Wochen?
nein
Sachbearbeitung
Bestatter, Polizei oder Krematorium bezüglich Übersendung vertraulicher Teil - TB kontaktieren
ja
vertraulicher Teil - TB
Sachbearbeitung
Vertraulicher Teil - TB entgegennehmen
Prüfung Anhaltspunkte nichtnatürliche Todesart
Sachbearbeitung
TB auf Hinweise nichtnatürliche Todesart prüfen
Hinweise auf nichtnatürliche Todesart?
ja
Einleitung Ermittlungsverfahren
nein

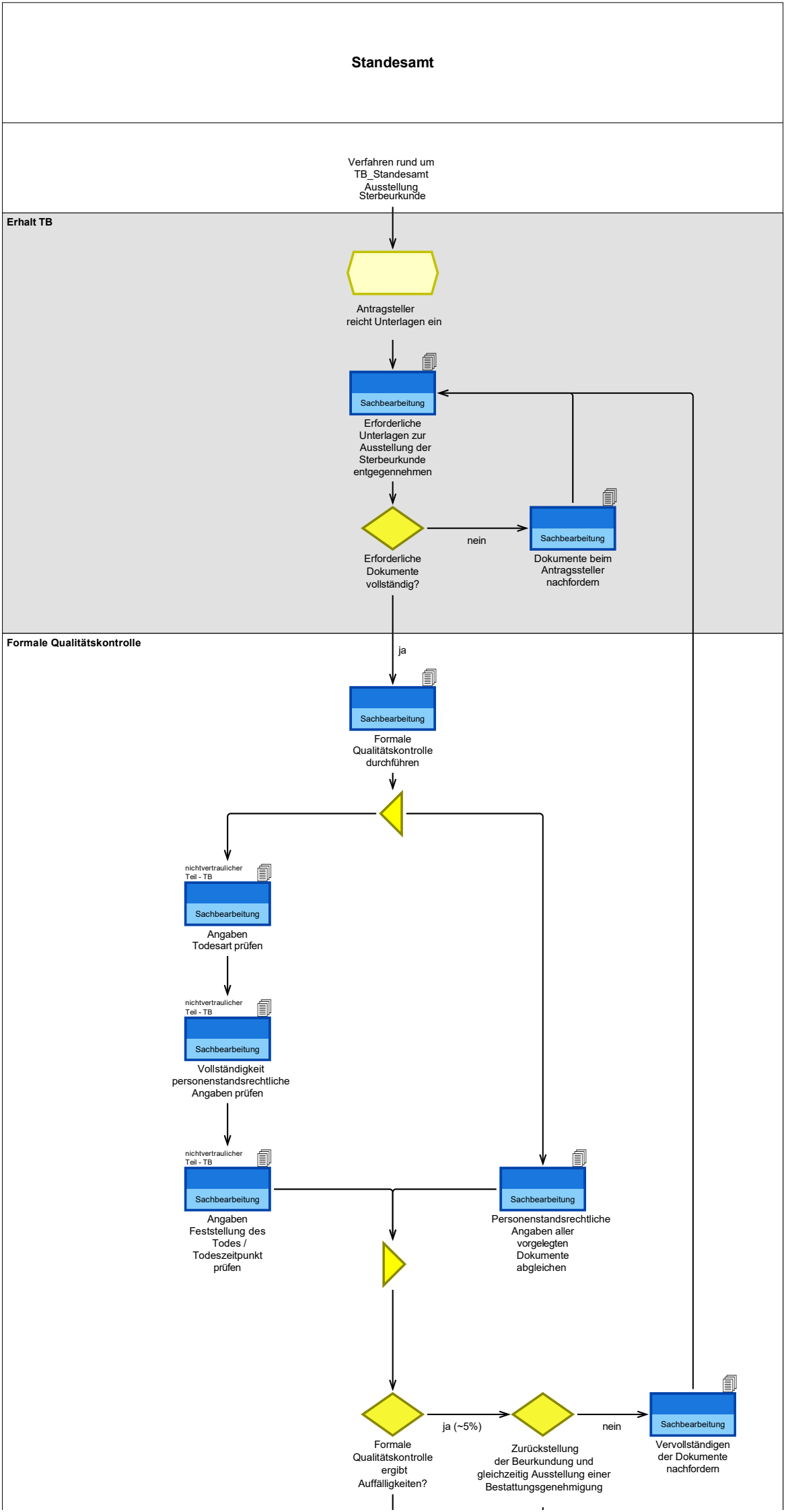

Prüfung Lesbarkeit & Vollständigkeit medizinische Angaben
Sachbearbeitung
Lesbarkeit medizinische Angaben prüfen
Sachbearbeitung
Vollständigkeit medzinische Angaben prüfen
Lesbarkeit & Vollständigkeit gegeben?
nein
Besteht die Möglichkeit einer Klärung?
Erfassung zusätzlicher Informationen
ja
nein
ja
Sachbearbeitung
Angaben bei TB-ausstellenden ÄrztInnen nachfordern
Informationsaustausch mit Kreispolizei
Sachbearbeitung
Ergänzende Einschätzungen als separaten Anhang der TB anfügen
Sachbearbeitung
Rückmeldungen als separaten Anhang der TB anfügen
Verfahrensabschluss
Am 10. des Folgemonats
Sachbearbeitung
Blatt 4 - TB (mit Anhängen) an IT.NRW übersenden
Sachbearbeitung
Todesbescheinigung (mit Anhängen) archivieren
Powered by ADONIS:Community Edition

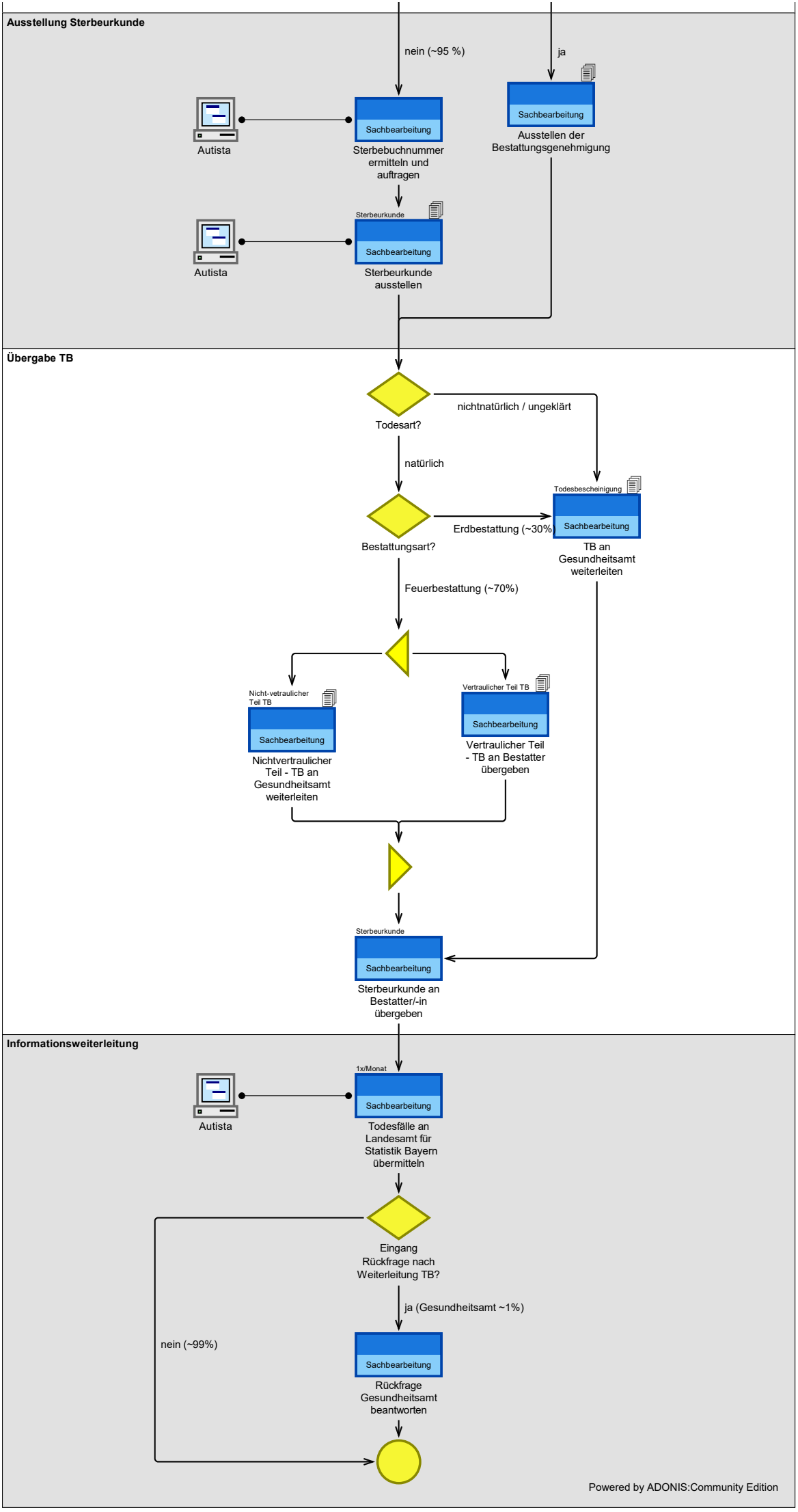

Staatsanwaltschaft
Kreispolizei
Verfahren_TB Kreispolizei_Staatsanw.
Leitstellenbenachrichtigung über nichtnatürliche / ungeklärte Todesart
Einleitung Ermittlungsverfahren
Kreispolizei
Leichnam beschlagnahmen
Kreispolizei
Staatsanwaltschaft über Einleitung Ermittlungsverfahren informieren
Staatsanwaltschaft
Aktenzeichen für Ermittlungsverfahren generieren & Kreispolizei übermitteln

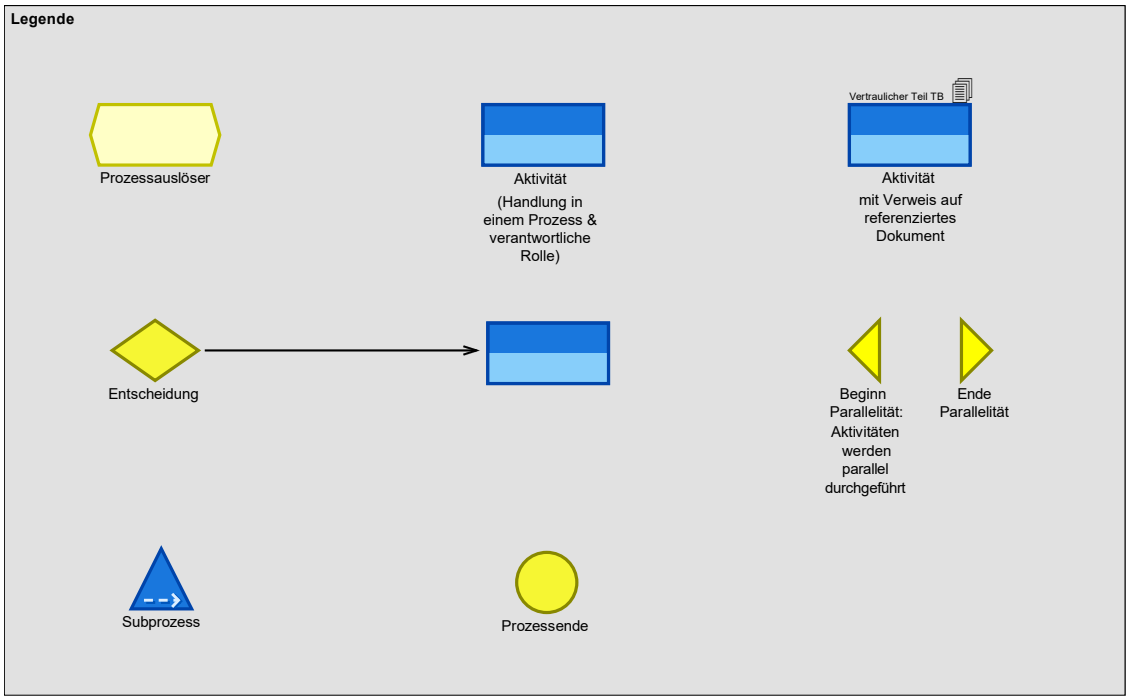

Ermittlungsverfahren
Ermittlungsverfahren aufgrund der 1. LS oder der 2. LS?
aufgrund der 1. LS
aufgrund der 2. LS
Kreispolizei
Fundort sichern
Kreispolizei
Fundort untersuchen
Kreispolizei
Todesbescheinigung am Fundort entgegennehmen
Kreispolizei
TB am Einäscherungsort entgegennehmen
Kreispolizei
Rücksprache mit ÄrztInnen 2. LS halten
Kreispolizei
Polizeiliche Leichenschau durchführen
Kreispolizei
Umfeldermittlungen durchführen
Kreispolizei
Rücksprache mit Hausarzt halten
Kreispolizei
Rücksprache mit behandelndem Arzt halten
Kreispolizei
Rücksprache mit Angehörigen / Nachbarn / Finanzinstituten halten
Kreispolizei
Ermittlungsbericht erstellen
Kreispolizei
Staatsanwaltschaft Ermittlungsbericht weiterleiten
Staatsanwaltschaft
Ermittlungsbericht entgegennehmen


Klärung Sach- & Rechtslage
Staatsanwaltschaft
Sach- und Rechtslage mit Kreispolizei klären
Kreispolizei
Sach- und Rechtslage mit Staatsanwaltschaft klären
Obduktion
Hinweise auf Fremdeinwirkung?
ja
Staatsanwaltschaft
Gerichtliche Obduktion bei Rechtsmed. beantragen (§ 87 StPO)
Kreispolizei
Rechtsmedizin Einsicht in Ermittlungen & TB geben
Kreispolizei
Beiwohnen der Obduktion als Anerkennungszeuge
Kreispolizei
Verfassen eines Kurzberichtes zur Obduktion
Staatsanwaltschaft
Obduktionsbericht der Kreispolizei erhalten
nein
Staatsanwaltschaft
Evtl. Strafverfahren einleiten
Freigabe
Staatsanwaltschaft
Leichnam freigeben
Kreispolizei
Sterbefallanzeige erstellen
TB
Kreispolizei
Freigabedokumente, TB und Leichnam an Bestatter übergeben


Abschluss Verfahren rund um die TB
Informationsaustausch mit unterer Gesundheitsbehörde
Kreispolizei
Staatsanwaltschaft Ermittlungsakte weiterleiten
Staatsanwaltschaft
Ermittlungsakte als aktenführende Behörde aufbewahren
Powered by ADONIS:Community Edition


Standesamt
Verfahren rund um TB_Standesamt Ausstellung Sterbeurkunde
Erhalt TB
Antragsteller reicht Unterlagen ein
Sachbearbeitung
Erforderliche Unterlagen zur Ausstellung der Sterbeurkunde entgegennehmen
Erforderliche Dokumente vollständig?
nein
Sachbearbeitung
Dokumente beim Antragssteller nachfordern
Formale Qualitätskontrolle
ja
Sachbearbeitung
Formale Qualitätskontrolle durchführen
nichtvertraulicher Teil - TB
Sachbearbeitung
Angaben Todesart prüfen
nichtvertraulicher Teil - TB
Sachbearbeitung
Vollständigkeit personenstandsrechtliche Angaben prüfen
nichtvertraulicher Teil - TB
Sachbearbeitung
Angaben Feststellung des Todes / Todeszeitpunkt prüfen
Sachbearbeitung
Personenstandsrechtliche Angaben aller vorgelegten Dokumente abgleichen
Formale Qualitätskontrolle ergibt Auffälligkeiten?
ja (~5%)
Zurückstellung der Beurkundung und gleichzeitig Ausstellung einer Bestattungsgenehmigung
nein
Sachbearbeitung
Vervollständigen der Dokumente nachfordern


Ausstellung Sterbeurkunde
nein (~95 %)
ja
Sachbearbeitung
Ausstellen der Bestattungsgenehmigung
Autista
Sachbearbeitung
Sterbebuchnummer ermitteln und auftragen
Sterbeurkunde
Sachbearbeitung
Autista
Sterbeurkunde ausstellen
Übergabe TB
Todesart?
nichtnatürlich / ungeklärt
natürlich
Todesbescheinigung
Sachbearbeitung
Erdbestattung (~30%)
Bestattungsart?
TB an Gesundheitsamt weiterleiten
Feuerbestattung (~70%)
Nicht-vetraulicher Teil TB
Sachbearbeitung
Nichtvertraulicher Teil - TB an Gesundheitsamt weiterleiten
Vertraulicher Teil TB
Sachbearbeitung
Vertraulicher Teil - TB an Bestatter übergeben
Sterbeurkunde
Sachbearbeitung
Sterbeurkunde an Bestatter/-in übergeben
Informationsweiterleitung
1x/Monat
Sachbearbeitung
Autista
Todesfälle an Landesamt für Statistik Bayern übermitteln
Eingang Rückfrage nach Weiterleitung TB?
ja (Gesundheitsamt ~1%)
nein (~99%)
Sachbearbeitung
Rückfrage Gesundheitsamt beantworten
Powered by ADONIS:Community Edition


Legende
Prozessauslöser
Aktivität
(Handlung in einem Prozess & verantwortliche Rolle)
Vertraulicher Teil TB
Aktivität
mit Verweis auf referenziertes Dokument
Entscheidung
Beginn Parallelität: Aktivitäten werden parallel durchgeführt
Ende Parallelität
Subprozess
Prozessende