

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor der Einrichtung: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Die Praxis der ärztlichen Leichenschau im ambulanten Bereich in Hamburg

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Sandra Miriam Wilmes

aus Mönchengladbach

Hamburg 2014

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 01.07.2015

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: PD Dr. Sven Anders

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Martin Scherer

Denn wir sprechen von «dem Tod», um die Dinge zu vereinfachen, aber es gibt fast ebenso viele von seiner Art, wie es Personen gibt.

Marcel Proust: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Bde. 1–3 (Die Gefangene)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Kritik an der Praxis der äußeren Leichenschau	2
1.2 Die Gesetzeslage zur Leichenschau in Hamburg	4
1.3 Die Gesetzeslage zur Leichenschau in den anderen Bundesländern	4
1.4 Das deutsche Leichenschauwesen im Vergleich mit anderen europäischen Ländern	7
1.5 Die Leitlinie der DGRM zur Durchführung der Leichenschau	10
1.6 Die Todesbescheinigung	12
1.7 Die äußere Leichenschau in der Ausbildung von Medizinstudierenden	16
1.8 Fort- und Weiterbildung von Ärzten zum Thema Leichenschau	19
1.9 Probleme bei der Durchführung der äußeren Leichenschau	22
1.10 Fragestellung und Hypothesen	24
 2. Material und Methoden.....	25
2.1 Planung und Durchführung der Untersuchung	25
2.2 Teilnehmer der Untersuchung	25
2.3 Versand und Empfang des Fragebogens	26
2.4 Der Fragebogen	27
2.5 Auswertung und durchgeführte Berechnungen	28
 3. Ergebnisse	30
3.1 Die Rücklaufquote des Fragebogens	30
3.2 Angaben zur Person	32
3.2.1 Geschlecht	32
3.2.2 Alter	33
3.2.3 Dauer der ärztlichen Tätigkeit	34
3.2.4 Arzt in Weiterbildung oder Facharzt	35
3.2.5 Fachrichtung	36

3.3 Angaben zur Aus- und Weiterbildung im Bereich Leichenschau.....	37
3.3.1 Frage 1: War die ärztliche Leichenschau Bestandteil Ihres Medizinstudiums?	37
3.3.2 Frage 2: Haben Sie während Ihrer ärztlichen Tätigkeit schon mal an einer Fortbildung zum Thema Leichenschau teilgenommen?	38
3.3.3 Gemeinsame Auswertung der Fragen nach Aus- und Fortbildung	39
3.4 Angaben zur Anzahl und Dauer der Leichenschau sowie Patientenstamm	40
3.4.1 Frage 3: Wie viele äußere Leichenschauen führen Sie etwa pro Jahr durch?. 40	
3.4.2 Frage 4: Bei wie vielen dieser äußeren Leichenschauen sind Ihnen die Verstorbenen als Patienten bekannt?.....	42
3.4.3 Frage 5: Wie lange benötigen Sie für die Durchführung der Leichenschau? . 43	
3.5 Angaben zur praktischen Durchführung der äußeren Leichenschau	44
3.5.1 Frage 6: Ich wende bei der äußeren Leichenschau Hilfsmittel wie z. B. Pinzette oder Taschenlampe an	44
3.5.2 Frage 7: Ich führe die äußere Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche durch	45
3.5.3 Frage 8: Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die gesamte Körperoberfläche (Vorder- und Rückseite), z. B. durch Andrehen der Leiche	46
3.5.4 Frage 9: Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau alle Körperöffnungen (Ohr- und Naseneingänge, Mund, Scheide, Anus)	47
3.5.5 Frage 10: Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau verdeckte Körperareale (z. B. unterhalb von Verbänden oder Pflastern)	48
3.5.6 Frage 11: Ich taste bei der äußeren Leichenschau knöcherne Strukturen und die behaarte Kopfhaut ab	49
3.5.7 Frage 12: Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die Bindehäute der Augenlider durch Ektropionieren	50
3.6 Angaben zur Todesbescheinigung, mögliche Beeinflussung durch dritte Personen, Bescheinigung der Todesart und Todesursache	51
3.6.1 Frage 13: Ich stelle Todesbescheinigungen aus, ohne eine vollständige Leichenschau durchgeführt zu haben	51
3.6.2 Frage 14: Ich fühle mich durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) bei der Durchführung der Leichenschau beeinflusst	52

3.6.3 Frage 15: Ich fühle mich durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) in meiner Entscheidung für die Klassifizierung der Todesart (natürlich, nichtnatürlich, ungeklärt) beeinflusst	53
3.6.4 Frage 16: Ich habe Zweifel an der von mir bescheinigten Todesart	54
3.6.5 Frage 17: Mir fällt die Festlegung einer medizinischen Todesursache schwer	55
3.7 Selbsteinschätzung zur Sicherheit bei der Leichenschau, Beurteilung sicherer Todeszeichen und Ausfüllen der Todesbescheinigung	56
3.7.1 Frage 18: Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Durchführung der äußeren Leichenschau?	56
3.7.2 Frage 19: Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Feststellung und Beurteilung sicherer Todeszeichen (Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis)	57
3.7.3 Frage 20: Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt beim Ausfüllen der Todesbescheinigung?	58
3.7.4 Regressionsanalysen der Fragen 18 und 20	59
3.7.5 Varianzanalyse: Unterschiede bei der Leichenschau je nach Fortbildungsstatus	63
3.8. Auswertung der Anmerkungen	64
4. Diskussion	66
4.1 Beschränkungen der Studie	66
4.2 Diskussion der Fragebogenantworten	68
4.2.1 Diskussion der persönlichen Angaben	68
4.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach Aus- und Fortbildung zum Thema Leichenschau	69
4.2.3 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach Anzahl und Dauer der Leichenschau	71
4.2.4 Diskussion der Angaben, ob die Verstorbenen als Patienten bekannt waren .	72
4.2.5 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach den Details der praktischen Durchführung der Leichenschau	73
4.2.6 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach möglichen Beeinflussungsversuchen durch dritte Personen	75
4.2.7 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach Todesart und Todesursache	76

4.2.8 Diskussion der Ergebnisse der eigenen Einschätzung Sicherheit bei der Leichenschau, Beurteilung sicherer Todeszeichen und Ausfüllen der Todesbescheinigung	79
4.2.9 Diskussion der Ergebnisse der Freitext-Anmerkungen	79
4.3 Lösungsansätze für eine verbesserte Qualität der Leichenschau in Hamburg	80
4.4 Schlussbemerkungen	84
5. Zusammenfassung	86
6. Literaturverzeichnis	88
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	95
Verzeichnis der Anlagen	98
Anlagen	100
Danksagung	121
Lebenslauf	122
Eidesstattliche Erklärung	123

1 Einleitung

In Deutschland sind alle Ärzte¹ gemäß der entsprechenden landesrechtlichen Gesetze zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet. Hiervon ausgenommen sind in vielen Bundesländern die Notärzte, die berechtigt sind, eine vorläufige Todesbescheinigung auszustellen, ohne eine vollständige Leichenschau durchzuführen.

Vom Leichenschauarzt werden wichtige Entscheidungen getroffen, die nicht nur im Interesse des Verstorbenen und seiner Angehörigen, sondern darüber hinaus auch in allgemeinggesellschaftlicher Hinsicht im Sinne einer „öffentlichen Rolle“ des Arztes von großer Bedeutung sind. Dies betrifft sowohl die Diagnose Tod und die Feststellung der Todesursache als auch die Klassifizierung der Todesart.

Die praktische Durchführung der ärztlichen Leichenschau, die Feststellung der Todesursache und die Klassifikation der Todesart wurden in der Vergangenheit vielfach kritisch beurteilt. Dies betrifft insbesondere die Qualität der Durchführung der Leichenschau im ambulanten Bereich.

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Unterscheidung verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu sehen und gelten somit für Frauen und Männer gleichermaßen.

1.1 Kritik an der Praxis der äußeren Leichenschau

Die ärztliche Leichenschau steht seit vielen Jahrzehnten in der Kritik.

Kritisiert werden sowohl die mangelnde Sorgfalt bei der Durchführung der Leichenschau sowie eine mögliche Fehlklassifikation von Todesart und Todesursache.

Bereits 1926 schrieb der Gerichtsmediziner Prof. Dr. Berg [7]: „Ich will [...] an dieser Stelle auf Schwierigkeiten und Mängel der ärztlichen Leichenschau hinweisen, die mir mit einer gewissen Regelmäßigkeit in der Begutachtung plötzlicher und gewaltsamer Todesfälle entgegen getreten sind.“

Insbesondere sprach er hierbei an, dass „sie [die Leichenschau] die Hoffnung der Medizinalbehörden, durch sie zu einer einwandfreien Statistik der Todesursache zu kommen, nicht erfüllt. Der Grund liegt in der häufig ungenau eingetragenen Bezeichnung der Todesursache.“

Weiter weist Berg auf die Notwendigkeit einer vollständigen Entkleidung des Leichnams hin: „Wenn dem Arzt bei der Leichenschau der Tote nicht völlig entkleidet und bei guter Beleuchtung vorgewiesen wird, dann sollte er eine Begutachtung ganz ablehnen.“

Eine viel beachtete und häufig zitierte multizentrische Studie des Münsteraner Instituts für Rechtsmedizin aus dem Jahr 1997 kam zu der Hochrechnung, dass in der Bundesrepublik Deutschland schätzungsweise „mit einer Anzahl von wenigstens 1.200 Tötungsdelikten bzw. 11.000 nicht natürlichen Todesfällen zu rechnen ist, die pro Jahr der Statistik entgehen und bei der Leichenschau als natürliche Todesfälle klassifiziert werden.“ Die Hauptursache für diese hohe Zahl an fehlerhaft klassifizierten Todesfällen sehen die Münsteraner Rechtsmediziner in „der häufig schlampigen Durchführung der Leichenschau“ und der damit verbundenen Fehler [11].

Laut Brinkmann und Du Chesne wird der Anteil der natürlichen Todesfälle viel zu hoch angegeben, sodass sich eine entsprechend hohe Dunkelziffer für unentdeckt bleibende Tötungsdelikte ergebe. So läge die Häufigkeit falscher Todesursachendiagnosen nur wenig unter 50%, und bei der Todesart lägen die Dunkelfeldraten zwischen 10 und 95%. [10].

Madea, Dettmeyer und Schmidt merken an, dass durchdachte Angaben zur Todesursache wesentliche Voraussetzung für eine verantwortungsvolle Qualifikation der Todesart ist [32].

Peschel und Eisenmenger weisen darauf hin, dass beispielsweise ein hohes Lebensalter keinen Beweis für einen natürlichen Tod darstelle und dass gerade bei Tötungsdelikten in dieser Personengruppe oft nur diskrete Verletzungsbefunde zu erheben seien [38].

Eine Befragung von etwa 500 niedergelassenen Ärzten im Münsterland ergab 1975, dass der Leichnam bei der Leichenschau nur in 20% aller Fälle entkleidet wird [12].

Eine weitere Studie aus Münster aus dem Jahr 2001, in der 1.000 zufällig ausgewählte niedergelassene Ärzte und im Krankenhaus tätige Ärzte zur Praxis der Leichenschau mithilfe eines Fragebogens befragt wurden, kam zu dem Ergebnis, dass nur ein Viertel aller befragten Ärzte die Leiche vollständig entkleideten. Von den Hausärzten gaben nur 9% der Befragten an, den Leichnam in jedem Fall vollständig zu entkleiden [52].

Lothar Hermann, Mitglied des Bundes Deutscher Kriminalbeamter und Kommissar in Frankfurt sagt, er habe die Erfahrung gemacht, dass die meisten Allgemeinmediziner [mit der Leichenschau] überfordert gewesen seien und „es hätte jemand einen Mord begehen können, und keiner hätte es gemerkt“ [35].

1.2 Die Gesetzeslage zur Durchführung der Leichenschau in Hamburg

In der Bundesrepublik Deutschland unterliegt das Leichenschauwesen der konkurrierenden Gesetzgebung der einzelnen Länder. Ein bundeseinheitliches Leichenschaugesetz sowie die Einführung einer einheitlichen Todesbescheinigung wurden von Ermittlungsbehörden, Medizinalstatistikern und Ärzten oft gefordert [31].

Im Jahr 2003 legte die Bundesärztekammer einen Entwurf über eine bundeseinheitliche Leichenschaugesetzgebung vor, der jedoch nie verabschiedet wurde [13].

Madea und Dettmeyer merken hierzu an: „Eine bundeseinheitliche Regelung ist nach gescheiterten Reformbestrebungen in den letzten zwei Jahrzehnten auf absehbare Zeit [...] nicht zu erwarten [31]“. Schon Bismarck scheiterte bei dem Versuch, eine reichseinheitliche Regelung der Leichenschau einzuführen [25].

Das Hamburger Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen vom 14. September 1988 legt in § 2, Abs. 1 fest: „Die Leichenschau ist unverzüglich, [...] spätestens innerhalb von sechs Stunden nach der Aufforderung hierzu an der vollständig entkleideten Leiche sorgfältig durchzuführen.“ Die einzige Vorgabe des Gesetzes zur Durchführung der Leichenschau ist hier demnach die sorgfältige Untersuchung des vollständig entkleideten Leichnams. Weitere konkrete Handlungsvorgaben zur Durchführung der Leichenschau werden nicht gemacht.

1.3 Die Gesetzeslage zur Durchführung der Leichenschau in den anderen Bundesländern

Tabelle 1 ist zu entnehmen, wie die Durchführung der Leichenschau in den anderen 15 Bundesländern gesetzlich geregelt ist (s. Anlage 1, S.100).

Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen verankern in ihrem Gesetz, dass die Leichenschau unter Einbeziehung aller Körperregionen vorzunehmen ist. Brandenburg erwähnt zusätzlich explizit die Inspektion der Körperöffnungen. Bremen fügt noch die Inspektion des Rückens und der behaarten Kopfhaut hinzu. Einzig in Hessen wird die Untersuchung der Augenbindehäute gefordert. In Sachsen wird explizit auf die Untersuchung der Hals- und Nackenregion hingewiesen. In Bayern, Berlin und Rheinland-Pfalz ist lediglich vermerkt, dass der Leichnam von einem Arzt zu untersuchen ist.

Tabelle 1: Regelungen zur praktischen Durchführung der Leichenschau in den Bundesländern

Bundesland	gesetzliche Regelung zur Durchführung der Leichenschau
Baden-Württemberg	Die Leichenschau ist an der entkleideten Leiche an dem Ort vorzunehmen, an dem der Tod eingetreten oder an dem die Leiche aufgefunden worden ist.
Bayern	Jede Leiche muss vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden (Leichenschau).
Berlin	Jede Leiche ist zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau).
Brandenburg	Die Leichenschau ist an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen einschließlich der Körperöffnungen durchzuführen.
Bremen	Die Leichenschau ist grundsätzlich an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere auch des Rückens und der behaarten Kopfhaut, sorgfältig durchzuführen.
Hessen	Die zur Leichenschau zugezogene Ärztin oder der hierzu zugezogene Arzt hat die vollständig entkleidete Leiche sorgfältig zu untersuchen und den Leichenschauschein auszustellen. Bei der Leichenschau sind alle Körperregionen, einschließlich der Körperöffnungen, der Augenbindehäute, des Rückens und der behaarten Kopfhaut zu untersuchen.
Mecklenburg-Vorpommern	Die Leichenschau ist an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen durchzuführen.
Niedersachsen	Die Leichenschau ist sorgfältig durchzuführen; sie hat an der vollständig entkleideten Leiche zu geschehen und alle Körperregionen einzubeziehen.
Nordrhein-Westfalen	Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, unverzüglich nach Erhalt der Todesanzeige die unbedeckte Leiche oder die Totgeburt persönlich zu besichtigen und sorgfältig zu untersuchen (Leichenschau) sowie die Todesbescheinigung auszustellen und auszuhändigen.
Rheinland-Pfalz	Tod, Todeszeitpunkt, Todesart und Todesursache werden von einem Arzt festgestellt (Leichenschau).
Saarland	Sie/Er muss sich durch gründliche Untersuchung der entkleideten Leiche Gewissheit über den Eintritt des Todes verschaffen sowie Todeszeitpunkt, Todesursache und Todesart möglichst genau feststellen. Das Ausmaß der Untersuchung der Leiche richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.
Sachsen	Die Leiche ist zu entkleiden und durch den Arzt unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere auch des Rückens, der Hals- und Nackenregion und der Kopfhaut, gründlich zu untersuchen. Der Arzt hat hierbei vor allem auf Merkmale und Zeichen zu achten, die auf einen nichtnatürlichen Tod hindeuten.
Sachsen-Anhalt	Die ärztliche Person hat die Leichenschau an der entkleideten Leiche durchzuführen, sich dabei Gewissheit über den Eintritt des Todes zu verschaffen sowie Todeszeitpunkt, Todesart und Todesursache möglichst genau festzustellen.
Schleswig-Holstein	Die ärztliche Person hat die Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche durchzuführen, sich dabei Gewissheit über den Eintritt des Todes zu verschaffen sowie Todeszeitpunkt, Todesart und Todesursache möglichst genau festzustellen.
Thüringen	Der Arzt hat bei der entkleideten Leiche insbesondere auf Merkmale und Zeichen zu achten, die auf einen nicht natürlichen Tod hindeuten.

In allen Bundesländern werden Verstöße gegen das jeweils geltende Bestattungsgesetz als Ordnungswidrigkeit geahndet. Die Geldbußen reichen von 1.000 Euro bis 25.000 Euro.

In den Bundesländern, in denen im Gesetz keine Geldsummen genannt werden, gilt § 17 des Ordnungswidrigkeitengesetzes (OWiG), das eine Geldbuße von 5 Euro bis 1.000 Euro vorsieht.

Eine Übersicht über die Geldbußen in den einzelnen Bundesländern gibt Tabelle 2 [18].

Tabelle 2: Bußgeldsanktionen bei unsachgemäßer Leichenschau in den Bundesländern

Bundesland	gesetzliche Regelung zur Durchführung der Leichenschau
Bremen	25.000 Euro
Baden-Württemberg	1.000 Euro
Brandenburg	10.000 Euro
Nordrhein-Westfalen	3.000 Euro
Thüringen	20.000 Euro
Hamburg	20.000 Euro
Berlin	10.000 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	10.000 Euro
Niedersachsen	5.000 Euro
Schleswig-Holstein	10.000 Euro
Sachsen-Anhalt	10.000 Euro
Rheinland-Pfalz	1.000 Euro
Sachsen	5.000 Euro
Bayern	Keine Regelung, es gilt § 17 des OWiG
Saarland	Keine Regelung, es gilt § 17 des OWiG
Hessen	Keine Regelung, es gilt § 17 des OWiG

1.4 Das deutsche Leichenschauwesen im Vergleich mit anderen europäischen Ländern

Ähnlich wie in Deutschland werden die ambulante äußere Leichenschau und das Ausfüllen der Todesbescheinigung in vielen anderen europäischen Ländern ebenfalls durch niedergelassene Ärzte vorgenommen. In einigen Ländern gibt es jedoch auch Unterschiede zu Deutschland. Im Folgenden werden einige ausgewählte Beispiele für Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Leichenschau-Systemen vorgestellt.

In Skandinavien beispielsweise ist jede menschliche Leiche leichenschaupflichtig und zur Leichenschau sind nur Ärzte berechtigt. Weiterhin erhält jeder Medizinstudent in Skandinavien „eine fundierte und streng abgeprüfte Ausbildung, die ihn befähigt in seiner späteren Tätigkeit die gesetzlichen Vorschriften bei einem konkreten Einzelfall anzuwenden [42].“ In Finnland gibt es zudem die Besonderheit, dass alle Todesbescheinigungen durch Gerichtsärzte auf formale und inhaltliche Richtigkeit geprüft werden. Wenn Unstimmigkeiten auffallen, erhalten die Ärzte, die die Todesbescheinigung ausgefüllt haben, eine Rückmeldung. Dadurch sorgt dieses System dafür, dass Ärzte darin geschult werden, die Todesbescheinigungen korrekt auszufüllen [28, 42].

Damit wird in Finnland genau umgesetzt, was Maudsley und Williams [34] fordern, nämlich dass leichenschauende Ärzte eine Rückmeldung benötigen, um ihre Fehler zu erkennen, ihr Vorgehen zu verbessern und das Verständnis von Mortalitätsdaten zu vertiefen, um somit die Qualität der Todesbescheinigungen zu verbessern.

In Italien wird der natürliche Tod typischerweise durch den Arzt bescheinigt, der den Toten und seine Krankengeschichte am besten kennt. War der Verstorbene zu Lebzeiten über einen längeren Zeitraum nicht in ärztlicher Behandlung oder hatte er keinen Hausarzt, so kann der leichenschauende Arzt einen Rechtsmediziner hinzuziehen, der daraufhin eine Sektion durchführt und die Todesbescheinigung ausstellt. In allen Fällen, in denen der Tod ungeklärt oder nichtnatürlich ist, wird die Todesbescheinigung in Italien ausschließlich von einem Rechtsmediziner ausgefüllt [36].

In Irland füllt ebenfalls der zuletzt behandelnde Arzt die Todesbescheinigung aus. Hat der Arzt den Verstorbenen jedoch länger als 28 Tage nicht gesehen, muss er den Coroner informieren, der entscheidet, ob eine Sektion notwendig ist.

Der Coroner ist ebenfalls in allen Fällen von ungeklärten oder nichtnatürlichen Todesfällen zu informieren [16].

In England ist wie in Irland nur der zuletzt behandelnde Arzt eines Verstorbenen dazu berechtigt, die Todesbescheinigung auszustellen. Im Gegensatz zu Irland ist in England ein Coroner bereits hinzuzuziehen, wenn der Verstorbene vor seinem Tod 2 Wochen nicht von einem Arzt behandelt wurde. In der Todesbescheinigung ist zu vermerken, wann der Arzt den Patienten zuletzt lebend gesehen hat. Das Ausstellen der Todesbescheinigung obliegt in England ausschließlich dem behandelnden Arzt, somit darf kein Arzt eine Todesbescheinigung für ihn unbekannte Personen ausstellen. Die Todesbescheinigung kann in England allerdings auch dann ausgefüllt werden, wenn der Verstorbene keiner Leichenschau durch den zuletzt behandelnden Arzt unterzogen wurde. In diesem Falle ist dies ebenfalls auf der Todesbescheinigung zu vermerken [17].

Weiterhin müssen von einem Coroner untersucht werden: Tote bei Katastrophenfällen, Betriebsunfällen, in Folge einer Berufskrankheit Verstorbene sowie alle Todesfälle, die in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Haftanstalten oder im Polizeigewahrsam eingetreten sind. Ein Coroner muss nicht zwangsläufig ein Arzt sein, auch ein juristischer Abschluss ist möglich, um als Coroner tätig zu sein [37].

In Österreich sind es eigene „Totenschauärzte“, die die Leichenschau durchführen. Diese Totenschauärzte sind Ärzte aus dem Fachgebiet der gerichtlichen Medizin. Sie können den zuletzt behandelnden Arzt zur Gegenwart bei der Leichenschau auffordern. Wie in Deutschland ist in Österreich das Leichen- und Bestattungswesen in den einzelnen Bundesländern landesgesetzlich geregelt. Einige Regelungen gelten jedoch für ganz Österreich. Diese bundesgesetzlichen Bestimmungen regeln, dass der Tod immer durch einen Totenschauarzt festzustellen ist, und bei welchen Todesfällen der Totenschauarzt Anzeige zu erstatten hat. Die Details der Totenbeschau werden wiederum in den Landesgesetzen geregelt [39].

In der Schweiz gibt es ebenfalls keine landesweit einheitliche Regelung zur Leichenschau. Jeder Kanton verfügt über eine eigene Todesbescheinigung. Erläuterungen zur Durchführung der Leichenschau finden sich in den jeweiligen Kantonsgesetzen. Jeder niedergelassene Arzt ist berechtigt, die Leichenschau vorzunehmen. Eine Besonderheit in der Schweiz sind die „Legalinspektionen“, die bei nichtnatürlichen oder ungeklärten Todesfällen durch einen Bezirks-, Kreis-, Amtei- oder Amtsarzt durchzuführen sind. Hierbei handelt es sich um Ärzte, die diese Funktion nebenberuflich ausüben und häufig Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens übernehmen. Die Aus- und Weiterbildung dieser Ärzte obliegt in einigen Kantonen den rechtsmedizinischen Instituten [54].

Wie in England oder Irland ist in den Niederlanden ausschließlich der zuletzt behandelnde Arzt berechtigt, die Leichenschau durchzuführen und die Todesbescheinigung auszustellen, während in Belgien – wie in Deutschland – jeder Arzt dazu verpflichtet ist, unabhängig davon, ob er den Patienten zu Lebzeiten gekannt oder behandelt hat.

In den Niederlanden muss der Arzt bei nichtnatürlichen Todesfällen einen „Medical Examiner“ hinzuziehen. Dieser ist – im Gegensatz zum Coroner in England – ein Arzt des Gesundheitswesens, der die Todesumstände untersucht und die Leichenschau durchführt [17].

1.5 Die Leitlinie der DGRM zur Durchführung der Leichenschau

Die deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) empfiehlt in ihrer AWMF-Leitlinie mit der Nummer 054/002, dass die äußere Leichenschau mit derselben Sorgfaltspflicht durchzuführen ist, wie die Untersuchung am lebenden Patienten [6].

Hierzu zählt zuerst die zweifelsfreie Feststellung des Todes anhand der 4 sicheren Todeszeichen: Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis sowie Verletzungen (bzw. Zerstörungen), die nicht mit dem Leben vereinbar sind.

Die Feststellung des Todeszeitpunktes ist ebenfalls Bestandteil der Leitlinie. Für den mit der Leichenschau beauftragten Arzt sind folgende Merkmale zur Todeszeitschätzung geeignet:

- frühe Leichenerscheinungen (Totenflecke, Totenstarre, Abkühlung)
- späte Leichenerscheinungen
(Fäulnis, Verwesung, konservierende Leichenveränderungen)
- Prüfung supravitaler Reaktionen
- zuverlässige Zeugenaussagen (z. B. bei tödlichen Unglücksfällen)
- medizinische Befunde (z. B. EKG/Monitoring)
- Befragung von Angehörigen: letzter Kontakt oder letztes Telefonat, Zeitungen im Briefkasten, Zustand von Speiseresten u. a.
- Messung der Körperkerntemperatur (Voraussetzung: korrekte Durchführung, keine Benutzung eines Fieberthermometers und gleichzeitige Bestimmung der Umgebungstemperatur)

Weitere Methoden zur Todeszeitbestimmung setzen fachärztlich rechtsmedizinisches Wissen, Erfahrung und ein spezielles Instrumentarium voraus; sie sollten dem Fachmann überlassen werden.

Angaben zur möglichen Todeszeit sind zurückhaltend zu treffen. Es wird empfohlen, relativierende Zusätze wie „etwa“, „ungefähr“ oder die Angabe eines Zeitbereiches zu verwenden.

Die praktische Durchführung der Leichenschau ist gemäß der o. g. Leitlinie wie folgt systematisch vorzunehmen:

Untersuchung des Leichnams

- ausreichende Beleuchtung
- Vollständige Entkleidung des Leichnams.
- Inspektion der Körpervorder- und rückseite.
- Inspektion aller Körperöffnungen.
- Entfernung von Pflastern und Verbänden.
- Registrierung allgemeiner Merkmale wie Ernährungszustand, Statur, Hautveränderungen, Vernachlässigungszeichen, Austrocknungszeichen etc.
- Totenflecke (Farbe, Topografie, Umlagerbarkeit, Musterabdrücke)
- Leichenstarre (in mehreren Gelenken prüfen, Wiedereintritt nach Brechen und Lösung der Leichenstarre)
- Fäulnis
- Leichenfauna
- Vertrocknung (natürlich vs. nichtnatürlich z. B. bei Schürfung)

Untersuchung der Körperteile

- Untersuchung des Kopfes
- Untersuchung des Halses
- Untersuchung des Brustkorbes
- Untersuchung des Bauches
- Untersuchung des Genitales/des Afters
- Untersuchung der Extremitäten

Für jeden dieser Punkte enthält die Leitlinie ein systematisches Untersuchungsvorgehen mit detaillierten Beschreibungen darüber, auf welche Veränderungen geachtet werden soll und was diese bedeuten.

Als Beispiele seien hier die Farbe der Totenflecke bei Kohlenmonoxid (CO)-Intoxikation oder punktförmige Blutungen der Augenbindehäute, der Mundschleimhäute sowie retroaurikuläre Einblutungen als Zeichen eines möglichen Erstickungstodes genannt.

Weiterhin enthält die Leitlinie erklärende Details, beispielsweise über die zeitliche Einordnung der Veränderungen von Todeserscheinungen.

Neben dem Leichnam ist ebenso die Umgebung zu betrachten. Hierzu gehören der Leichenfundort und das Leichenumfeld.

Darüber hinaus ist es von großer Bedeutung, bei der Leichenschau Gefahren für Lebende abzuwenden, wie z. B. das Erkennen einer CO-Vergiftung, da bei einem Fortbestehen der Aktivität einer CO-Quelle weitere Menschen gefährdet sein können.

1.6 Die Todesbescheinigung

Für jeden Verstorbenen ist in Deutschland eine Todesbescheinigung auszustellen.

Im Rahmen der Leichenschau hat der Arzt festzustellen [18]:

- Ob der Tod mit Sicherheit eingetreten ist (Feststellung des Todes)
- Die Identität des Verstorbenen (Identitätsklärung)
- Wann der Tod eingetreten ist (Todeszeitpunkt)
- Ob Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod bestehen oder ob ein solcher sich mit Sicherheit ausschließen lässt (Todesart)
- Ob Anhaltspunkte für eine meldepflichtige Krankheit bestehen, die durch den Umgang mit der Leiche weiterverbreitet werden kann (Infektionsleiche)
- Wodurch der Tod eingetreten ist, welche Erkrankungen dazu geführt haben und welche wesentlichen Erkrankungen zum Zeitpunkt des Todes bestanden haben (Todesursache)

Die Bedeutung dieser einzelnen Aspekte gibt Tabelle 3 wieder (leicht modifiziert entnommen aus [30 a]).

Tabelle 3: Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau

Feststellung des Todes	Allgemein gesellschaftliches und individuelles Interesse an einer sicheren Todesfeststellung, Beendigung des normativen Lebensschutzes, Personenstandsregister
Feststellung der Todesursache	Medizinische Aspekte, Todesursachenstatistik, Epidemiologie, Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen
Todesart	Rechtssicherheit, Erkennung von Unfällen und Tötungsdelikten, Klassifikation der Todesumstände für zivil-, versicherungs- und versorgungsrechtliche Folgen
Feststellung der Todeszeit	Personenstandsregister, Erbrecht
Übertragbare Erkrankungen nach Infektionsschutzgesetz	Seuchenhygienische Aspekte im allgemeingesellschaftlichen Interesse
Meldepflichten	- bei nichtnatürlicher/nicht geklärter Todesart, - bei unbekannter Identität, - gemäß Infektionsschutzgesetz

In Deutschland gibt es keine bundeseinheitliche Todesbescheinigung. Ein entsprechender Entwurf der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2002 fand bisher keine Berücksichtigung [13]. Als Beispiel für die unterschiedlichen Todesbescheinigungen sei hier die Klassifikation der Todesart in „natürlich“, „nichtnatürlich“ und „ungeklärt“ genannt. Diese drei Klassifikationen werden in der Hälfte der Bundesländer verwendet, sie sind jedoch unterschiedlich formuliert. Insgesamt finden in den 16 Bundesländern 11 unterschiedliche Formulierungen Verwendung (s. Abbildung 1, entnommen aus [18]).

Möglichkeiten der Qualifikation der Todesart in den Todesbescheinigungen der Bundesländer im Vergleich	Baden-Württ.	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen (neu)	Mecklenb.-Vorp.	Niedersachsen	Nordr.-Westf.	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schlesw.-Holst.	Thüringen
☐ natürlicher Tod ☐ nichtnatürlicher Tod ☐ ungeklärt							x									
☐ natürlich ☐ nicht natürlich (inkl. Verdacht) ☐ nicht aufgeklärt														x		x
☐ natürlicher Tod ☐ Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod ☐ Todesart ungeklärt	x	x									x					
☐ Natürlicher Tod ☐ Nicht natürlicher Tod ☐ Ungeklärt, ob natürlicher oder nicht natürlicher Tod ☐ Eine Leichenöffnung könnte zur Aufklärung beitragen								x								
☐ natürlicher Tod ☐ nicht natürlicher Tod ☐ nicht aufgeklärt ☐ Tod bei medizinischer Behandlung				x												
Gibt es Anhaltspunkte für nicht-natürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt? ☐ natürlicher Tod ☐ nicht natürlicher Tod*) ☐ ungewiss *) Bei nicht natürlichem Tod Beschreibung des Ereignisses, das zum Tode geführt hat _____ Welche Verletzungen oder Einwirkungen (z.B. äußere Anzeichen einer gewaltsamen Einwirkung) wurden festgestellt? _____																
Gibt es Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt? ☐ nein ☐ ja															x	
Gibt es Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt? ☐ nein ☐ ja ☐ Todesart ungeklärt						x										
Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod ☐ Ja, und zwar ☐ Todesart ungeklärt								x		x		x				
Gibt es Anhaltspunkte für nicht-natürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt? ☐ ja ☐ nein ☐ Todesart ungeklärt ☐ IRM-/GA-Fall gem. § 8 Abs. 3 BremGLW ☐ Fötaltod in med. Einrichtung						x										
Gibt es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten? ☐ nein ☐ wenn nein, Todesart ☐ natürlich oder ☐ ungeklärt, ob natürlich/nichtnatürlicher Tod ☐ ja										x						

Abb. 1: Ankreuzmöglichkeiten der Qualifikation der Todesart auf den Leichenschauscheinen in allen Bundesländern

Wenn der Leichenschauarzt nicht klären kann, ob ein natürlicher oder ein nichtnatürlicher Tod vorliegt, so sollte er „ungeklärt“ ankreuzen. In einigen Bundesländern sind alle Todesfälle, bei denen die medizinische Todesursache nicht eindeutig ist, als „ungeklärt“ zu klassifizieren (z. B. in Hamburg).

Bei der Qualifikation der Todesart sollte sich der Arzt an der naturwissenschaftlichen Definition orientieren, die kein Werturteil ausspricht, sondern lediglich besagt, dass unnatürlich alles ist, was durch ein äußeres Ereignis zustande kommt. Das heißt die Todesart „unnatürlich“ ist nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit dem Vorliegen eines Fremdverschuldens [30 c].

Darauf, dass im Zweifel als Todesursache „unbekannt“ angekreuzt werden sollte, weist auch ein im Januar 2014 vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erneut veröffentlichtes Merkblatt hin, in dem es heißt: „Ist nichts Genaues bekannt, so ist die Angabe ‚Todesursache unbekannt‘ vagen Vermutungen vorzuziehen. Spekulationen im Totenschein ‚nur damit dort etwas steht‘ verfälschen letztlich nur die Statistik [47].“

In diesem Merkblatt mit dem Titel „Todesursachen in der Todesbescheinigung – Eine kurze Anleitung“ werden darüber hinaus wichtige Hinweise gegeben, wie die einzelnen Teile der Todesbescheinigung auszufüllen sind und welche Formulierungen vermieden werden sollten. Besonderes Augenmerk legt die Broschüre auf Beispiele, die das Erkennen von nichtnatürlichen Todesfällen, die als Spätfolge eines Unfalles eingetreten sind, erleichtern. Dieses Faltblatt kann kostenlos bestellt oder von der Internetseite des DIMDI heruntergeladen werden.

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigungen ist unter der Rubrik „Todesursache“ der Krankheitsverlauf des Verstorbenen – gemäß der Regeln der World Health Organisation (WHO) – in einer Kausalkette zu dokumentieren. Hierbei soll in Zeile Ia die unmittelbare Todesursache angegeben werden. In den Zeilen Ib und Ic sollen die vorangegangenen Ursachen dokumentiert werden, die die unmittelbare Todesursache unter Ia herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle.

In Zeile II sollen weitere, mit zum Tode führende Krankheiten aufgeführt werden, die jedoch nicht in Zusammenhang mit dem Grundleiden stehen.

Die Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland basiert ausschließlich auf den Nennungen des Grundleidens in der Todesbescheinigung [32].

1.7 Die äußere Leichenschau in der Ausbildung von Medizinstudierenden

Die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) aus dem Jahr 2002 (Zuletzt geändert durch Art. 2 V v. 2.8.2013 I 3005), schreibt einen Leistungsnachweis im Fach Rechtsmedizin vor, der für die Zulassung zum zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung notwendig ist.

Hierzu heißt es in § 22 der ÄApprO: „Die Universitäten regeln in ihren Studienordnungen das Nähere zu den Anforderungen und zum Verfahren bei der Erbringung der Leistungsnachweise [...] [15].“ Mit dieser Verordnung ist die Form der zu erbringenden Leistungsnachweise nicht vorgegeben und muss von den jeweiligen Universitäten geregelt werden [5].

Der Hamburger Lernzielkatalog vom 23.09.2009 schreibt für das Fach Rechtsmedizin folgende Inhalte zum Thema Thanatologie und Leichenwesen vor [50]:

Klinische Bilder

Thanatologie und Leichenwesen

- Todesfeststellung (Sichere Todeszeichen)*
- Scheintod (Unsichere Todeszeichen)*
- Todesursachendiagnose im Rahmen der Leichenschau*
- Verletzungsbefunde am Leichnam (Stumpfe Gewalt, Scharfe Gewalt, Inneres und äußeres Ersticken, Schuss, Strom, Hitze, Kälte)

Erweiterte Kenntnisse

Thanatologie und Leichenwesen

- Rechtliche Bestimmungen im Umgang mit Verstorbenen
- Todeszeitbestimmung
- Hirntoddiagnostik, Transplantationsgesetz
- Todesart (natürlich, nichtnatürlich)*
- Identifizierung

Fertigkeiten

Leichenwesen

- Äußere Leichenschau*
- Ausstellen einer Todesbescheinigung*

Bei den mit * versehenen Inhalten des Lernzielkataloges ist zusätzlich vermerkt: „General Practice. [...] definiert ein Problem, das besonders für die hausärztliche Versorgung von Bedeutung ist.“

Diese Inhalte des Lernzielkataloges werden im Hamburger Regelstudiengang Humanmedizin durch folgende Unterrichtsinhalte im Fach Rechtsmedizin vermittelt, die „rechtsmedizinisches Wissen auf dem Niveau der allgemeinen Arztreife vermitteln“ sollen [51]:

Leichenschau 1 (2 Std.)

1. Formale und gesetzliche Grundlagen des Leichenwesens
2. Öffentliche Rolle des Arztes im Leichenwesen
3. Korrektes Ausfüllen der Todesbescheinigung

Leichenschau 2 (2 Std.)

1. Todesfeststellung (sichere Todeszeichen) am Leichnam
2. Praktische Durchführung der Leichenschau
3. Verletzungsbefunde am Leichnam erkennen und zuordnen können
4. Einschätzung der Todeszeit am Leichnam

Leichenschau 3 (2 Std.)

1. Sicheres Beherrschen der äußeren Leichenschau durch mehrfache eigene Durchführung und Demonstration.

Zur Erbringung des Leistungsnachweises im Fach Rechtsmedizin ist in Hamburg unter anderem eine äußere Leichenschau praktisch durchzuführen sowie anhand eines Papierfalles eine Todesbescheinigung korrekt auszufüllen.

Im Jahr 2011 wurde der Leichenschau-Unterricht in Hamburg durch eine kursbegleitende Studie untersucht [4]. Es wurden 150 Medizinstudierende vor und nach dem Leichenschau-Kurs befragt. Vor dem Kurs gaben 76% der Studierenden an, dass sie die äußere Leichenschau für ein relevantes Lernziel in der medizinischen Ausbildung erachten, nach dem Kurs waren es 92%. Nach Abschluss des Kurses fühlten sich 70,4% der Studierenden gut auf die Durchführung einer äußeren Leichenschau vorbereitet.

Erfragt wurde ebenso, ob die Studierenden sich nach dem Kurs in der Lage fühlen, für einen bekannten Patienten eine Todesbescheinigung auszufüllen. 85,8% bejahten diese Frage, 86,3% der Befragten gaben an, die Bedeutung der Begriffe Todesursache und Todesart erklären zu können. 88% der Studierenden bewerteten den Kurs insgesamt nach Schulnoten mit 1 bis 2.

Der § 27, Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, Abs.1 der ÄApprO legt fest: „Die Gesamtstundenzahl für die Fächer und Querschnittsbereiche beträgt mindestens 868 Stunden.“ Es wird nicht festgelegt, wie die Stunden auf die Unterrichtsfächer zu verteilen sind.

Ebenso wenig wird eine Mindeststundenanzahl für die einzelnen Fächer benannt. Die Verteilung der Stunden obliegt somit einzig den Universitäten.

Vor Einführung der ÄAppro 2002 war das Fach Rechtsmedizin an vielen Universitäten Bestandteil des „Ökologischen Kurses“. Der Ökologische Kurs integrierte von den einzelnen Universitäten unterschiedlich gewichtete, festgelegte Fachgebiete. Ein eigener Leistungsnachweis im Fach Rechtsmedizin war nicht vorgeschrieben [45].

Seit Einführung der der ÄAppro 2002 zählt das Fach Rechtsmedizin zu den 22 Hauptfächern und wird als eigenständiges Fach unterrichtet.

Im Jahr 2006 wurde eine Befragung zum Thema rechtsmedizinische Ausbildung von Studierenden der Medizin an 29 rechtsmedizinischen Instituten in Deutschland durchgeführt und ausgewertet. Die Untersuchung führte zu den folgenden Ergebnissen [45]:

- Die Spannweite zwischen der Unterrichtsstundenzahl beträgt aus Sicht der Studierenden zwischen 3 und 80 Stunden.
- 28 Institute gaben an, den Teilbereich Leichenschau in ihrem Unterricht abzudecken.
- 27 Institute gaben an, den Teilbereich Todesbescheinigung in ihrem Unterricht abzudecken.
- An 8 Instituten wird eine praktische Prüfung durchgeführt. An jeweils 3 Fakultäten finden praktische Prüfungen zur Leichenschau und zum Ausstellen der Todesbescheinigung statt (Mehrfachnennungen waren möglich).
- Schriftliche Multiple-Choice-Prüfungen werden an 22 Instituten durchgeführt.

Hiermit wird deutlich, dass nur an sehr wenigen medizinischen Fakultäten die Leichenschau praktisch abgeprüft wird.

1.8 Fort- und Weiterbildung von Ärzten zum Thema Leichenschau

Eine Fort- oder Weiterbildungsverpflichtung zum Thema Leichenschau besteht für leichenschauende Ärzte nicht.

Die Durchführung von Leichenschauen ist in der Weiterbildungsordnung lediglich für den Erwerb der Facharztbezeichnung Rechtsmedizin vorgesehen, obwohl jeder Arzt hierzu gesetzlich verpflichtet ist.

Der § 95d SGB V regelt in Abs. 1 die Pflicht zur fachlichen Fortbildung: „Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. [...] [46].“

In der Fortbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.06.2004 i. d. F. vom 30.10.2006 heißt es in § 1 – Ziel der Fortbildung: „Fortbildung der Ärzte und Ärztinnen dient dem Erhalt der fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Aktualisierung des Wissenstandes in der Medizin und der medizinischen Technologie unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer medizinischer Verfahren.“

Und § 2 – Inhalt der Fortbildung – regelt: „Fortbildung soll sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse und die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten umfassen. Die Fortbildung soll sich auf alle medizinischen Fachrichtungen in ausgewogener Weise erstrecken; sie umfasst auch den Erwerb notwendiger medizinrechtlicher und gesundheitsökonomischer Kenntnisse sowie die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen und schließt Methoden der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin ein [3].“

Die einzelnen Verordnungen verpflichten die Ärzte damit gesetzlich zur Fortbildung, legen die Inhalte jedoch nicht fest. Jedem Arzt ist es somit überlassen, welche Fortbildungen er besucht.

Die Bundesärztekammer bietet auf ihrer Internetseite eine bundesweite Fortbildungssuche an. Hier können Ärzte die sie interessierenden und von den Landesärztekammern anerkannten Fortbildungen finden [14].

Zur Suchanfrage „Leichenschau“ wurden im Zeitraum 16.11.2013–31.12.2014 26 Präsenz-Veranstaltungen in den nachfolgenden Städten gefunden (s. Anlage 2, S. 101): je eine Veranstaltung in Leer, Cuxhaven, Hamm, Oranienburg, Krefeld, Cottbus, Düsseldorf, Münster, Mainz, Bonn, Braunschweig, Stuttgart, Erlangen, Buchen, Kiel, Magdeburg und Unterhaching.

Je 2 Veranstaltungen finden in München, Regensburg und Hennigsdorf statt. In Potsdam gibt es im gewählten Zeitraum 3 Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Leichenschau.

Ob es sich bei diesen Fortbildungsangeboten um Veranstaltungen mit theoretischem, praktischem oder theoretisch-praktischem Inhalt handelt, geht aus dem Suchergebnis nicht hervor.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg stellt ihren Mitgliedern seit Ende 2011 ein von der Universität Münster in Kooperation mit der Firma Inmedea entwickeltes Web-basiertes Lernmodul „Ärztliche Leichenschau“ zur Verfügung [43]. Nach der vollständigen Bearbeitung von 15 virtuellen Leichenschau-Fällen können 45 Fortbildungspunkte gutgeschrieben werden [1]. Seit Einführung dieser virtuellen Leichenschau nutzen in Baden-Württemberg etwa 2.000 Ärzte dieses Angebot. Eine Lernerfolgskontrolle ist jedoch nicht vorgesehen. Die Fortbildungspunkte werden in jedem Fall gutgeschrieben, unabhängig davon, ob die Teilnehmer die virtuellen Leichenschauen sorgfältig und gewissenhaft durchgeführt oder nur „bearbeitet“ haben.

Neben der Landesärztekammer Baden-Württemberg nutzen aktuell die medizinischen Fakultäten der Universitäten in Münster, Essen, Bonn, Bochum und Erlangen dieses e-learning-Programm im Rahmen der studentischen Ausbildung im Fach Rechtsmedizin [48].

Die DGRM fordert eine kontinuierliche ärztliche Fortbildung zum Thema Leichenschau und legte im Jahr 2010 Empfehlungen zur Verbesserung der aktuellen Situation vor. Diese sehen eine Intensivierung der studentischen Lehre, eine verstärkte Fortbildung von Ärzten, eine Steigerung der Obduktionsraten, die Stärkung der Rolle des Leichenschauarztes sowie eine angemessene Vergütung für die Durchführung der Leichenschau vor [29].

Das aus diesen Empfehlungen entwickelte „Leichenschau-Curriculum zur Fortbildung für Ärzte“ besteht neben theoretischen Inhalten aus praktischen Übungen unter Anleitung, da „die Leichenschau [...] nicht nur Wissen, sondern auch Erfahrungen erfordert, die natürlich ausschließlich durch praktische Tätigkeit gewonnen werden kann (s. Anlagen 3 und 4, S. 102 f.).“

Ähnlich wird dieser Anspruch von Vennemann, Du Chesne und Brinkmann formuliert: „Voraussetzung für eine Qualitätsverbesserung bei der Leichenschau sind Kenntnisse über deren praktische Durchführung [52].“

1.9 Probleme bei der Durchführung der äußeren Leichenschau

Die Mängel bei der Leichenschau sind nicht allein durch eine erhöhte Sorgfalt bei der Durchführung der Leichenschau zu beheben.

Die bereits in Kapitel 1.1 erwähnte Studie von Vennemann, Du Chesne und Brinkmann kam zu dem Ergebnis, dass 20% der niedergelassenen Ärzte durch Angehörige bei der Einschätzung der Todesart beeinflusst worden sein sollen, und dass fast die Hälfte der Ärzte bei der Festlegung der Todesart mindestens einmal Beeinflussungsversuchen durch Polizeibeamte ausgesetzt waren.

Weiterhin berichteten 66% der Hausärzte über nachteilige Folgen nach Klassifizierung der Todesart als nichtnatürlich oder ungeklärt [52].

Für den Hausarzt kann sich ein Interessenkonflikt entwickeln, wenn er den Verstorbenen zu Lebzeiten lange kannte und auch zu dessen Familie über Jahre hinweg ein persönliches Verhältnis aufgebaut hat.

Bei der Leichenschau wird der Arzt von der Vertrauensperson zum sachlich-neutralen Gutachter. Dies wird oft als „öffentliche Rolle“ des Arztes bezeichnet. In diesem Zusammenhang kann es schwerfallen, im häuslichen Umfeld und in Anwesenheit von Angehörigen einen ungeklärten oder nichtnatürlichen Tod zu attestieren [41].

Schwierigkeiten bei der Leichenschau ergeben sich für den Arzt auch bei stark fäulnisveränderten (Beurteilungsschwierigkeiten) oder übergewichtigen Verstorbenen (praktische Probleme).

Die Ursachenkomplexe für die „Misere der Leichenschau“ sind vielfältig und lassen sich, wie der Tabelle 4 zu entnehmen ist, in strukturelle und situative Ursachen sowie Ursachen aufseiten des Arztes und der Ermittlungsbehörden differenzieren [30 b].

Tabelle 4: Ursachenkomplexe für die Misere der ärztlichen Leichenschau (entnommen aus [30 b])

Strukturelle Ursachen	- Keine bundeseinheitliche Regelung - Unzureichend ausgestaltete, zu wenig ausdifferenzierte Todesbescheinigungen - Mangelnde Verbalisierung der Aufgabenkomplexe im Sinne einer Checkliste - Für bestimmte Fallgruppierungen objektive Überforderung der Leichenschauers ohne flexible Lösungsmöglichkeiten (2. Fachärztliche Leichenschau oder 2. Leichenschau durch Hausarzt) - Fehlende Verwaltungssektion bei durch die Leichenschau nicht zu klärender Todesursache - Fehlende Definition des natürlichen und nichtnatürlichen Todes mit einseitiger Ausrichtung auf „Fremdverschulden“ - Verquickung ärztlicher mit kriminalistischen Aufgaben
Ursachen aufseiten des Arztes	- Leichenschau wird als Aufgabe jenseits des eigentlichen ärztlichen Heilauftrages gesehen - Fehlende Vorbildung in der Handhabung von Problemfällen (spurenarmer gewaltsamer Tod, fortgeschrittene Leichenerscheinungen, unerwartete Todesfälle, Leichnam nicht identifiziert) - Neigung als Leichenschauer, sich und den Angehörigen „Ärger vom Hals zu halten“ mit leichtfertiger Attestierung eines natürlichen Todes (Motiv: Verlust von Patienten oder einer Anstellung als Heimarzt; Gerede über den Arzt, der nicht einmal in der Lage sei, einen natürlichen Tod festzustellen) - „Obrigkeitshörigkeit“ gegenüber der Polizei mit oftmals allzu willfähriger Gewährung von Auskünften oder Ausfüllung weiterer Leichenschauscheine - Resignation verantwortungsbewusst handelnder Ärzte im Hinblick auf die kriminalpolizeiliche Handhabung nicht geklärter Todesfälle - Unzureichende Honorierung im Hinblick auf eine der verantwortungsvollsten ärztlichen Diagnosen
Ursachen aufseiten der Ermittlungsbehörden	- Pressionen vonseiten der Polizei auf Attestierung eines natürlichen Todes - Statt Ermittlungen zur Aufklärung nicht geklärter Todesfälle Beschaffung weiterer Leichenschauscheine (entgegen der Verpflichtung zur Meldung an die StA nach §159 StPO) oder vollständiger „Ermittlungsquietismus“
Situative Ursachen	- Pressionen vonseiten der Angehörigen oder der Heimleitung auf Attestierung eines natürlichen Todes - Durchführung der Leichenschau erschwert bis objektiv unmöglich (Leichen im Freien, in der Öffentlichkeit, fortgeschrittene Leichenerscheinungen, übergroßes Körpergewicht, keine Gehilfen zur Verfügung)

1.10 Fragestellung und Hypothesen

Die praktische Durchführung der äußeren Leichenschau wurde oft kritisiert und als unzureichend bezeichnet.

Die Dunkelziffer nicht erkannter nichtnatürlicher Todesfälle wird bei der Leichenschau durch niedergelassene Ärzte im häuslichen Umfeld eines Verstorbenen als am größten erachtet. „Sorglosigkeit, Bequemlichkeit des Arztes, falsch verstandene Rücksichtnahme auf Angehörige“ [31], „fehlendes Fachwissen, Unerfahrenheit bei der Durchführung von Leichenschauen“, und „Verkennung der Wichtigkeit dieser Aufgaben“ [30 b] sind nur einige Beispiele für typische Fehler.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, gegebenenfalls bestehende Unsicherheiten und Schwachstellen bei der praktischen Durchführung der ambulanten Leichenschau zu erkennen und zu beschreiben, um somit eine Grundlage für lösungsorientierte Ansätze für z. B. ärztliche Fortbildungen zu schaffen.

Hierzu wurden vor dem Hintergrund der Literatur zu der Thematik die folgenden Hypothesen aufgestellt:

- Nicht alle Ärzte sind für die Leichenschau aus- und/oder weitergebildet worden.
- Wichtige Untersuchungsschritte zur Feststellung von Hinweisen auf eine nichtnatürliche Todesart, der Todesursache und Vorerkrankungen werden unvollständig durchgeführt (z. B. Inspektion des vollständig entkleideten Leichnams, Inspektion der Augenbindehäute).
- Todesbescheinigungen werden teils ohne Durchführung einer vollständigen Leichenschau ausgefüllt.
- Die leichenschauenden Ärzte fühlen sich in der Durchführung der Leichenschau bzw. der Klassifizierung der Todesart durch Angehörige oder die Polizei beeinflusst.

Anhand dieser Hypothesen wurde ein Fragebogen entwickelt und an in Hamburg tätige niedergelassene Hausärzte verschickt (Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten und Ärzte mit der Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“).

Eine vergleichbare Arbeit, in der alle niedergelassenen Hausärzte einer geografischen Region befragt wurden, findet sich in der internationalen Literatur bislang nicht.

2 Material und Methoden

2.1 Planung und Durchführung der Untersuchung

Die Planung erfolgte in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Um die in Kapitel 1 genannten Hypothesen zu überprüfen, wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Dieser Fragebogen wurde durch 17 Ärzte des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin einem Pretest zur Überprüfung der Verständlichkeit der Fragen, der Ermittlung eventueller Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen und der Übersichtlichkeit des Fragebogens unterzogen. Nach mehrfacher Überarbeitung wurde dieser Fragebogen an in Hamburg niedergelassene Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten sowie Palliativmediziner per Fax verschickt.

2.2 Teilnehmer der Untersuchung

Die Faxnummern der Ärzte wurden der Online-Seite der Ärztekammer Hamburg entnommen, die auf Ihrer Internetseite eine regelmäßig aktualisierte Liste aller in Hamburg niedergelassenen Ärzte – geordnet nach Fachgebiet – zur Verfügung stellt. Hier wurden die Daten aller Ärzte, die als „Hausarzt“ gelistet waren, verwendet (n=1343) [2].

Die Ärzte, die in dem Datensatz ohne Faxnummer gelistet wurden, wurden telefonisch nach ihrer Faxnummer gefragt. Die Ärzte, die über kein Faxgerät verfügten oder die Faxnummer nicht bekannt geben wollten, bekamen den Fragebogen per Post zugestellt (n=43).

Bei der telefonischen Faxnummernabfrage gaben 11 Ärzte im Vorfeld an, keine Leichenschauen durchzuführen.

2.3 Versand und Empfang des Fragebogens

Für den Faxversand wurde ein externer Dienstleister (<http://www.simple-fax.de>) genutzt. Dieser Anbieter stellte neben der Faxversand-Dienstleistung eine Hamburger Faxempfangsnummer zur Verfügung, an die die ausgefüllten Fragebögen gesandt und als pdf-Datei per Email an den Auftraggeber weitergeleitet werden konnten. Der Faxdienstleister bekam den 2-seitigen Fragebogen, ein Anschreiben sowie eine Datei mit den Faxnummern per Email zur Verfügung gestellt und übernahm den Versand.

Durch den Dienstleister wurden automatisierte Sendeberichte erstellt, aus denen hervorging, wie viele Faxe erfolgreich zugestellt werden konnten (n=1182).

107 Ärzten konnte der Fragebogen nicht per Fax zugestellt werden. Gründe hierfür waren entweder eine unbekannte Faxnummer oder eine Nichterreichbarkeit nach fünfmaligem Sendeversuch. Diese Ärzte bekamen den Fragebogen ebenfalls per Post zugestellt.

Somit ergab sich eine erfolgreiche Faxzustellung an 1182 Ärzte und ein Briefversand an 150 Ärzte. Von den 150 postalisch verschickten Fragebögen kamen 7 Briefe als „unzustellbar“ zurück, sodass insgesamt 1336 Fragebögen per Fax und per Briefversand erfolgreich zugestellt werden konnten.

Nach zwei Wochen wurden die Ärzte, die bis dahin noch nicht geantwortet hatten, erneut per Fax kontaktiert, mit der wiederholten Bitte, sich an der Umfrage zu beteiligen.

Die Durchführung der Datenerhebung erfolgte an zwei Terminen: der erste Faxversand fand am 24.01.2013, der zweite am 07.02.2013 statt. Die Rücksendungen der Fragebögen wurden bis zum 15.04.2013 berücksichtigt.

2.4 Der Fragebogen

Der Fragebogen (s. Anlagen 6 und 7, S. 105 f.) bestand aus 2 Seiten sowie einem Anschreiben, in dem der Zweck der Datenerhebung erläutert wurde (s. Anlage 5, S. 104).

Unter der Beschreibung des Vorhabens fand sich auf der Seite des Anschreibens ein Kontrollkästchen, das die Ärzte ankreuzen sollten, falls sie keine Leichenschauen durchführen. Die Ärzte wurden gebeten, in diesem Fall das vorgesehene Feld anzukreuzen und nur die Anschreiben-Seite zurückzufaxen. Ebenfalls wurde im Anschreiben darum gebeten, den Fragebogen innerhalb von 2 Wochen zurückzuschicken.

Unter allen Rücksendern des Fragebogens wurden 3 Büchergutscheine im Wert von je 150 Euro verlost.

Der Fragebogen beinhaltete insgesamt 20 Fragen sowie einem allgemeinen Teil „Angaben zu Ihrer Person“ und einer Möglichkeit, in einem Freitextfeld eigene Anmerkungen hinzuzufügen.

Im Teil „Angaben zu Ihrer Person“ wurden das Geschlecht, das Alter, die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, die Facharztausbildung sowie die Fachrichtung erfragt.

Die Fragen 1–5 beinhalteten Fragen, ob die Leichenschau Bestandteil des Studiums war, ob während der ärztlichen Tätigkeit Fortbildungen zum Thema Leichenschau besucht wurden, wie viele Leichenschauen pro Jahr durchgeführt werden, wie lange diese dauern und ob die Verstorbenen zu Lebzeiten als Patienten bekannt waren.

Die Fragen 6–12 fragten die Details der Durchführung der Leichenschau in Form einer 5-stufigen Likert-Skala ab. Hier waren folgende Items anzukreuzen: nie, selten, gelegentlich, häufig, immer. Diese verbalen Charakterisierungen der einzelnen Abstufungen können nach Rohrmann [40] als äquidistant angesehen werden.

Bei der Frage 13 sollten die Ärzte ankreuzen, ob sie Todesbescheinigungen ausfüllen, ohne eine vollständige Leichenschau durchgeführt zu haben.

Die Fragen 14–17 behandelten strukturelle Probleme bei der Durchführung der Leichenschau. Hier wurde wiederum die 5-stufige Likert-Skala wie bei den Fragen 6–13 verwendet.

In den Fragen 18–20 wurden in Form einer 6-stufigen Likert-Skala generelle Probleme und Unsicherheiten bei der Durchführung der Leichenschau sowie beim Ausstellen der Todesbescheinigung erfragt. Hier konnten die Ärzte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten wählen: sehr unsicher, unsicher, eher unsicher, eher sicher, sicher, sehr sicher.

Zudem hatten die Ärzte die Möglichkeit, in einem Freitextfeld eigene Anmerkungen hinzuzufügen.

2.5 Auswertung und durchgeführte Berechnungen

Die Fragebögen wurden nach Eingang durchnummeriert und die Datensätze in SPSS eingepflegt.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgte anonym.

Der Faxkopf eines jeden einzelnen zurückgeschickten Fragebogens wurde nach Eingang vom Fax getrennt und separat aufbewahrt, sodass nunmehr keine Rückschlüsse von den beantworteten Fragebögen auf die antwortenden Ärzte gezogen werden konnte. Ausschließlich zum Zweck der Verlosung der 3 Büchergutscheine wurden die Faxköpfe aufbewahrt, die nach der Verlosung vernichtet wurden.

Die Fragen nach den Angaben zur Person sowie die Fragen 1–5 und die Likert-skalierten Daten der Fragen 6–20 wurden zunächst univariat deskriptiv analysiert.

Darüber hinaus wurde der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Sicherheitsempfinden bei der Durchführung der äußeren Leichenschau und verschiedenen erklärenden Variablen mittels Regressionsanalyse untersucht. Hierfür wurde als abhängige Variable im Regressionsmodell die Antwort auf Frage 18 („Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Durchführung der äußeren Leichenschau?“) gewählt, wobei als Antwort jeweils der entsprechende Wert aus der Likert-Skala verwendet wurde (1=sehr unsicher, 2=unsicher, 3=eher unsicher, 4=eher sicher, 5=sicher, 6=sehr sicher). Als unabhängige Variablen wurden das Geschlecht, die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, die Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr, die Fragen nach Aus- und Fortbildung zum Thema Leichenschau sowie ein Score aus den Fragen 6–12 gewählt (s. Anlagen 6 und 7, S. 105 f.).

Dieser Score-Wert gibt an, wie sorgfältig die Leichenschau durchgeführt wird. Berechnet wurde der Score wie folgt: für jede Antwort aus den Fragen 6–12 wurde jeweils der entsprechende Wert aus der Likert-Skala notiert (1=nie, 2=selten, 3=gelegentlich, 4=häufig, 5=immer). Für jeden antwortenden Arzt erhielt man somit sieben Zahlen; der Score ist somit der Mittelwert aus diesen sieben Zahlen.

Des Weiteren wurde auch der Zusammenhang zwischen der subjektiven Sicherheit beim Ausstellen der Todesbescheinigung und den bereits zuvor verwendeten unabhängigen Variablen untersucht. Hierfür wurde dasselbe Regressionsmodell wie in Frage 18 verwendet, nur dass nun die abhängige Variable die Antwort auf Frage 20 („Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt beim Ausfüllen der Todesbescheinigung?“) war und auf den aus den Fragen 6–12 gebildeten Score als unabhängige Variable verzichtet wurde.

Zudem wurde mittels Varianzanalyse untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen besuchten Fortbildungsveranstaltungen und dem aus den Fragen 6–12 gebildeten Score besteht. Hierfür wurden als abhängige Variable der Score aus den Fragen 6–12 und als Faktor die Antworten der Frage nach besuchten Fortbildungsveranstaltungen (Frage 2) gewählt.

Die Ergebnisse der Regressions- und Varianzanalysen wurden als statistisch signifikant angesehen, wenn die p-Werte unter 5% lagen ($p < 0,05$).

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm IBM SPSS Statistics, Version 20.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Fragen des Fragebogens zunächst univariat deskriptiv und anschließend die Ergebnisse der Regressions- und Varianzanalysen dargestellt.

3.1 Die Rücklaufquote des Fragebogens

Der Fragebogenrücklauf betrug insgesamt 50,3% (n=672). Von diesen 672 ausgefüllten Fragebögen wurden 124 nach dem erneuten Fragebogenversand an die Ärzte, die nach 2 Wochen noch nicht geantwortet hatten, zurückgesandt.

0,9% der Bögen (n=12) wurden doppelt zurückgeschickt, 1,3% der Bögen (n=17) waren nicht auswertbar (9-mal wurde nur die erste Seite zurückgefaxt, 4-mal nur die zweite Seite. In weiteren 4 Fällen wurden lediglich leere Seiten zurückgeschickt).

Es wurden alle Fragebögen als vollständig ausgefüllt betrachtet, bei denen maximal zu 2 der Fragen keine Angabe gemacht wurde. Somit ergab sich ein Gesamtrücklauf von 48,1% (n=643) (Tabelle 5).

Tabelle 5: Rücklaufquote des Fragebogens

	Zahlen absolut	in Prozent
Verschickte Fragebögen	1336	100
Gesamt-Rücklauf	672	50,3
doppelte und nicht auswertbare Fragebögen	29	2,2
Gesamt-Rücklauf der gültigen Fragebögen	643	48,1

Von den 643 gültigen Fragebögen wurde in 21% (n=135) der Fälle angegeben, dass keine Leichenschau durchgeführt wird.

79% (n=508) der Ärzte gaben an, Leichenschauen durchzuführen und füllten den Fragebogen vollständig aus (Abb. 2).

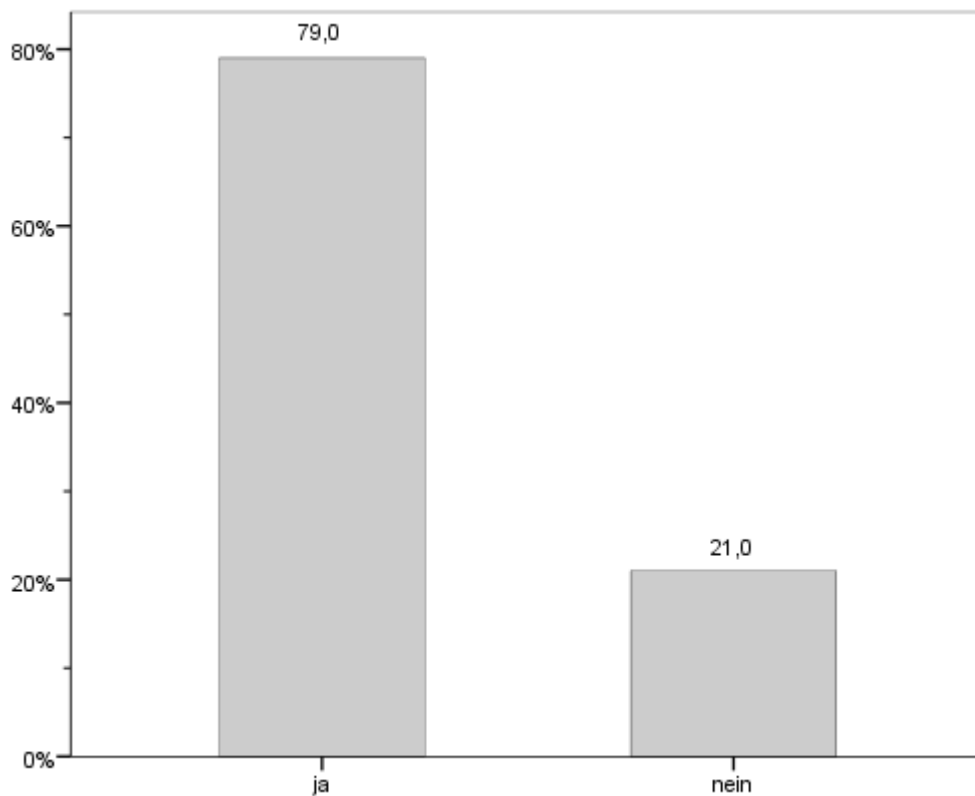


Abb. 2: Ergebnis der Frage „Führen Sie Leichenschauen durch?“

3.2 Angaben zur Person

Im Folgenden werden die allgemeinen Angaben zu Geschlecht, Alter, Dauer der ärztlichen Tätigkeit, der Vergleich zwischen Facharzt und Arzt in Weiterbildung sowie die Fachrichtung der antwortenden Ärzte dargestellt.

3.2.1 Geschlecht

Die Fragebögen wurden zu 51,4% (n=261) von Männern und zu 47,4% (n=241) von Frauen ausgefüllt. Keine Angabe (k. A.) zum Geschlecht machten 0,9% (n=6) der Ärzte (Abb. 3).

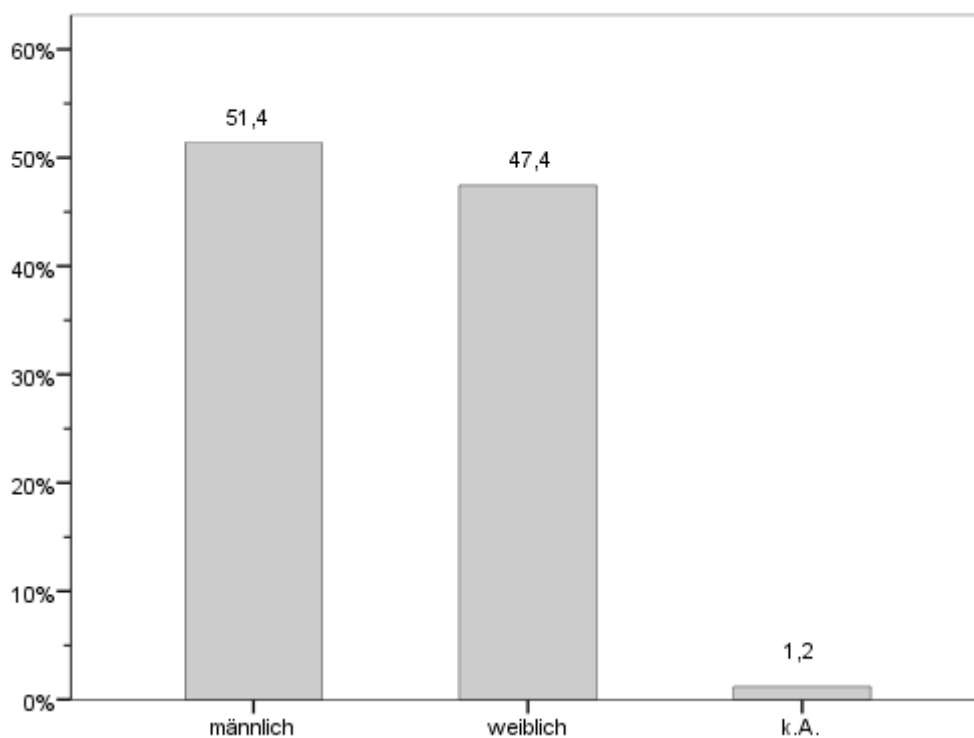


Abb. 3: Geschlechterverteilung der antwortenden Ärzte

3.2.2 Alter

Das Alter der antworteten Ärzte verteilt sich, wie der Abbildung 4 zu entnehmen:

Es gaben 0,4% (n=2) an, zwischen 25 und 30 Jahren alt zu sein, 0,8% (n=4) zwischen 31 und 35 Jahren, 3,3% (n=17) zwischen 36 und 40 Jahren, 10% (n=51) zwischen 41 und 45 Jahren, 21,1% (n=107) zwischen 46 und 50 Jahren, 21,9% (n=111) zwischen 51 und 55 Jahren, 19,3% (n=98) zwischen 56 und 60 Jahren, 14,8% (n=75) zwischen 61 und 65 Jahren, 4,7% (n=24) zwischen 66 und 70 Jahren, und 0,8% (n=4) der Ärzte waren zwischen 71 und 75 Jahren alt. Keine Angabe (k. A.) des Alters fanden sich bei 3% (n=15) der Ärzte.

Der Altersmedian der antwortenden Ärzte liegt bei 53 Jahren.

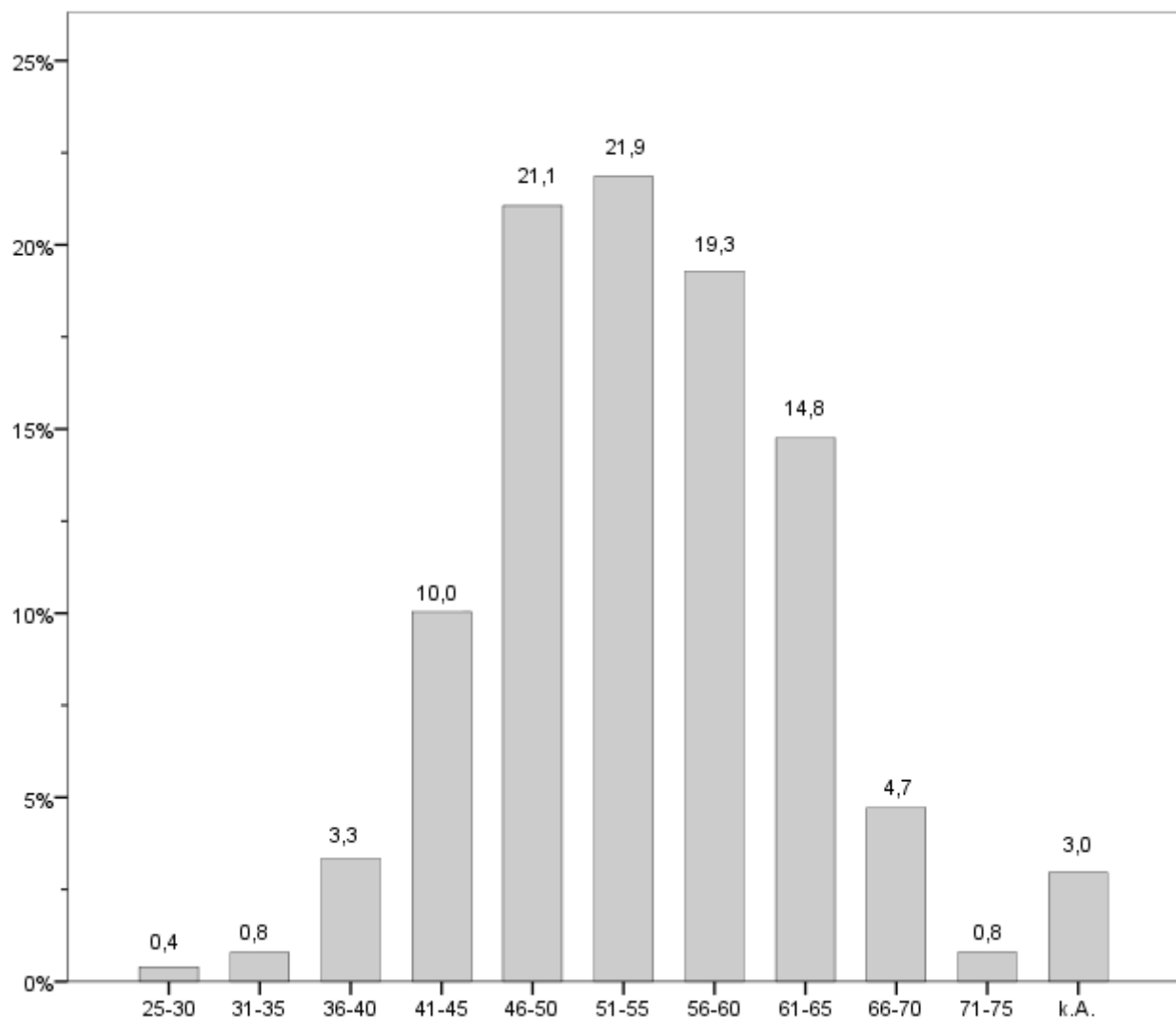


Abb. 4: Altersverteilung der antwortenden Ärzte in Jahren

3.2.3 Dauer der ärztlichen Tätigkeit

Ärztlich tätig waren 1,2% (n=6) der Ärzte zwischen einem und 5 Jahren (Abb. 5), 3,1% (n=16) zwischen 6 und 10 Jahren, 9,6% (n=49) zwischen elf und 15 Jahren, 19,9% (n=101) zwischen 16 und 20 Jahren, 20,5% (n=104) zwischen 21 und 25 Jahren, 21,3% (n=108) zwischen 26 und 30 Jahren, 11,4% (n=58) zwischen 31 und 35 Jahren, 7,9% (n=40) zwischen 36 und 40 Jahren, 1,4% (n=7) zwischen 41 und 45 Jahren, und 0,6% (n=3) sind zwischen 46 und 50 Jahren als Arzt tätig. Bei 3,1% (n=16) der befragten Ärzte lag keine Angabe (k. A.) zur Dauer der Berufsausübung vor (Abb. 5).

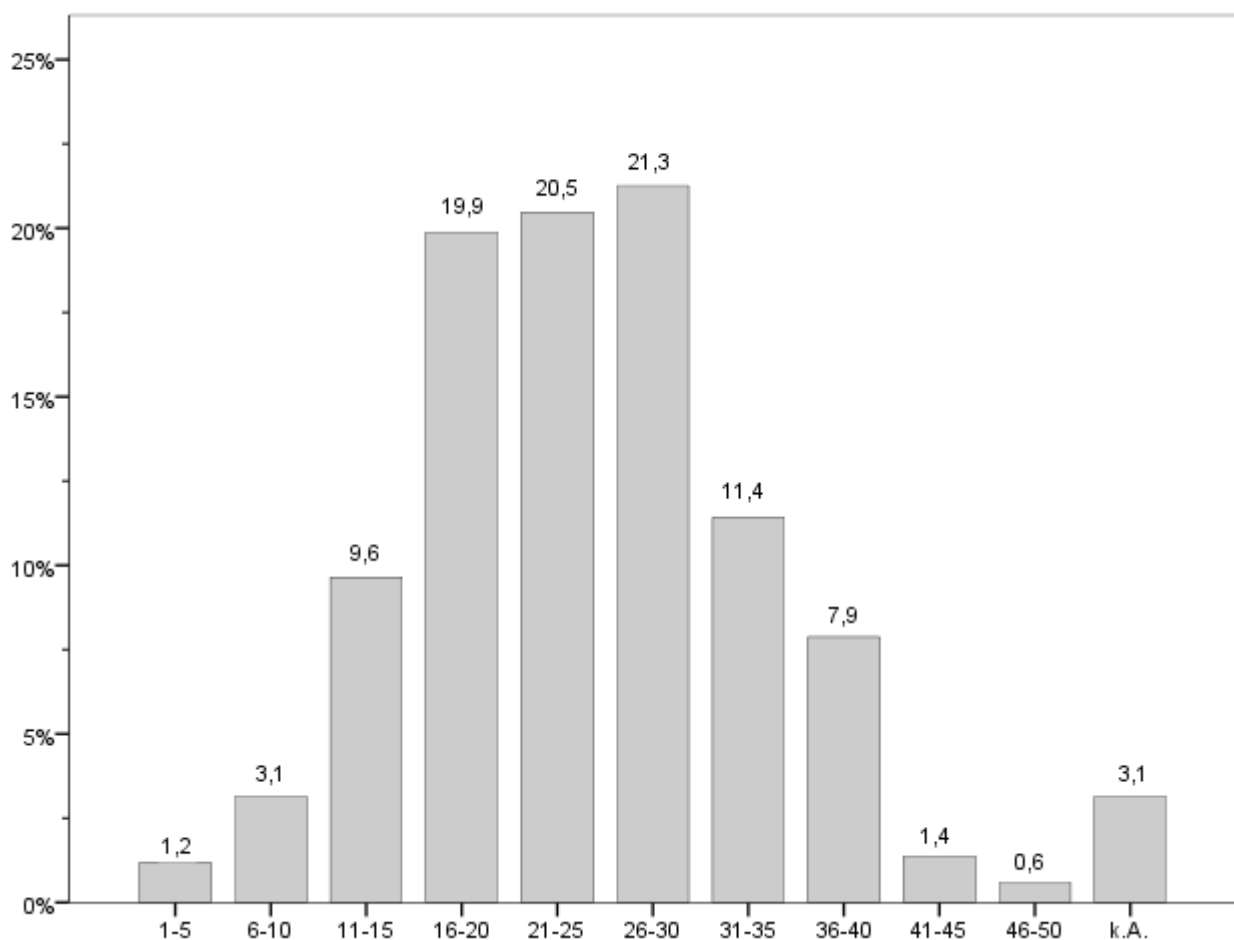


Abb. 5: Dauer der ärztlichen Tätigkeit in Jahren

3.2.4 Arzt in Weiterbildung oder Facharzt

Von den befragten Ärzten gaben 95,9% (n=487) an, sich nicht in Weiterbildung zu befinden, 1,4% (n=7) befanden sich zum Befragungszeitpunkt in Weiterbildung. Keine Angabe (k. A.) machten 2,8% (n=14) der Befragten (Tabelle 6).

Tabelle 6: Ergebnis der Frage: „Befinden Sie sich in Weiterbildung?“

Frage: „Befinden Sie sich in Weiterbildung?“	Zahlen absolut	in Prozent
ja	7	1,4
nein	487	95,9
keine Angabe	14	2,8

Fachärzte waren 87,6% (n=445) der Ärzte, 8,3% (n=42) waren kein Facharzt und 4,1% (n=28) machten keine Angabe (k. A.) (Tabelle 7).

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass praktische Ärzte bis zum 1. Januar 2003 keine Facharztweiterbildung haben mussten, um als niedergelassener Hausarzt tätig zu sein.

Tabelle 7: Ergebnis der Frage: „Sind Sie Facharzt?“

Frage: „Sind Sie Facharzt?“	Zahlen absolut	in Prozent
ja	445	87,6
nein	42	8,3
keine Angabe	28	4,1

3.2.5 Fachrichtung

Über ein Freitextfeld war es den Ärzten möglich, ihre Fachrichtung anzugeben.

In der Tabelle 8 sind die Häufigkeiten der Fachrichtungen aufgeführt.

Die 9 Ärzte, die mit der Fachrichtung „sonstiges“ aufgeführt sind, gaben als Fachrichtung Sportmedizin, Arbeitsmedizin, Neurologie, Gynäkologie, Onkologie und Palliativmedizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrie sowie den Schwerpunkt Psychosomatik an. Diese 9 Ärzte gaben an, Leichenschauen durchzuführen und füllten den Fragebogen vollständig aus.

Tabelle 8: Übersicht der Fachrichtungen der antwortenden Ärzte

Fachrichtung	Zahlen absolut	Prozent
Allgemeinmedizin	291	44,1
Innere Medizin	130	19,7
Praktischer Arzt	31	4,7
Allgemeinmedizin und Innere Medizin	18	2,7
Allgemeinmedizin mit Zusatz Palliativmedizin	5	0,8
Innere Medizin mit Zusatz Palliativmedizin	4	0,6
Onkologie und Hämatologie	3	0,5
Anästhesiologie mit Zusatz Palliativmedizin	2	0,3
Allgemeinmedizin und Innere Medizin mit Zusatz Palliativmedizin	1	0,2
Palliativmedizin und Hämatologie	1	0,2
sonstiges* (s. Text)	9	1,4
keine Angabe	13	2,0
Gesamt	508	100

3.3 Angaben zur Aus- und Weiterbildung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der beiden Fragen nach Aus- und Weiterbildung zum Thema Leichenschau dargestellt.

3.3.1 Frage 1: War die ärztliche Leichenschau Bestandteil Ihres Medizinstudiums?

Auf die Frage, ob im Rahmen des Medizinstudiums die Durchführung der Leichenschau theoretisch und praktisch, nur theoretisch oder gar nicht ausgebildet wurde, gaben 31,7% (n=161) der Ärzte an, theoretisch und praktisch ausgebildet worden zu sein, 46,7% (n=237) nur theoretisch und 19,9% (n=101), dass die Leichenschau kein Bestandteil des Medizinstudiums war. Keine Angabe (k. A.) zur Ausbildung machten 1,8% (n=9) der Befragten (Abb. 6).

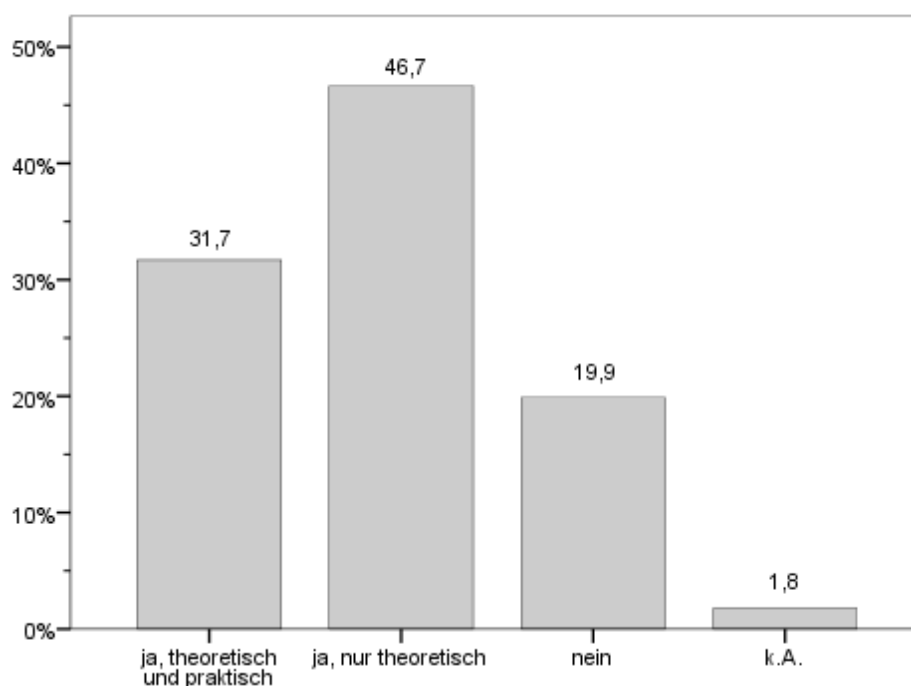


Abb. 6: Ergebnis der Frage 1: „War die ärztliche Leichenschau Bestandteil Ihres Medizinstudiums“?

3.3.2 Frage 2: Haben Sie während Ihrer ärztlichen Tätigkeit schon mal an einer Fortbildung zum Thema Leichenschau teilgenommen?

An einer Fortbildung zum Thema ärztliche Leichenschau haben 13,2% (n=67) der Ärzte während ihrer ärztlichen Tätigkeit mindestens einmal theoretisch und praktisch teilgenommen. Nur theoretisch nahmen 44,5% (n=226) an einer Fortbildung teil und 41,9% (n=213) besuchten noch keine Fortbildung. Keine Angabe (k. A.) machten 0,4% (n=2) (Abb. 7).

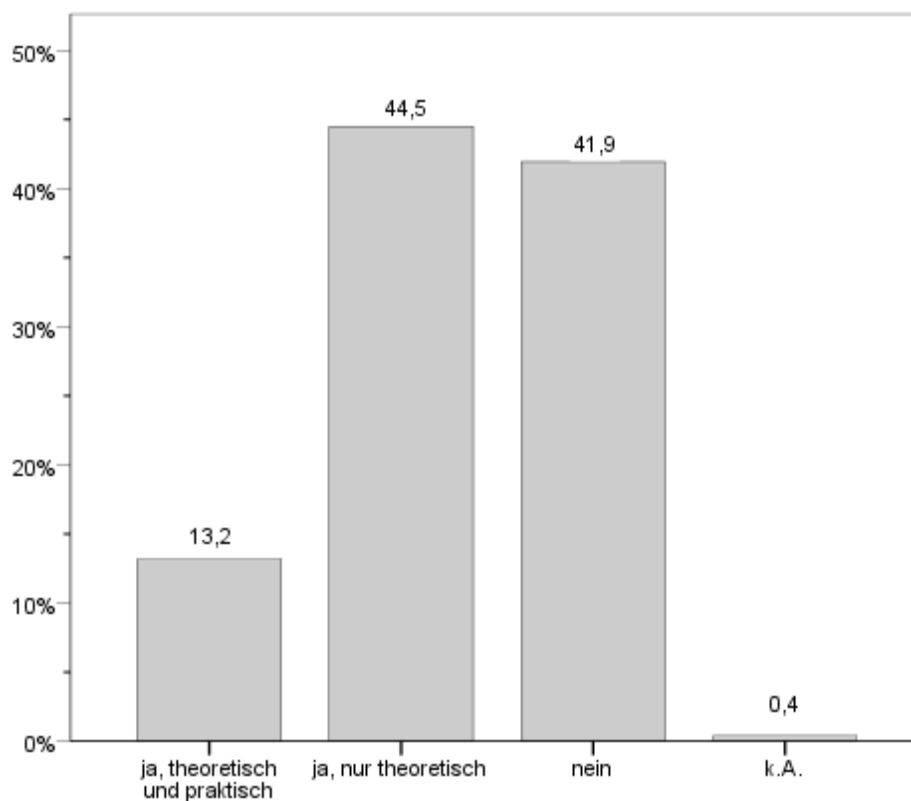


Abb. 7: Ergebnis der Frage 2: „Haben Sie während Ihrer ärztlichen Tätigkeit schon mal an einer Fortbildung zum Thema Leichenschau teilgenommen?“

3.3.3 Gemeinsame Auswertung der Fragen nach Aus- und Fortbildung

Betrachtet man die Ergebnisse jedes einzelnen Fragebogens, bei dem sowohl die Frage nach Aus- als auch nach Fortbildung beantwortet wurden, in der Zusammenschau, so zeigt sich das in Tabelle 9 dargestellte Ergebnis. Die Fragebögen, bei denen eine der Fragen nicht beantwortet wurde, sind in diese Auswertung nicht mit eingeflossen.

Theoretisch und praktisch wurden 32,2% (n=161) der Ärzte ausgebildet. Von diesen 32,2% haben 5,5% (n=28) der Ärzte mindestens einmal an einer Fortbildung mit praktischen Inhalten teilgenommen.

Von den 67,6% (n=338) der Ärzte, die in der Leichenschau nur theoretisch oder gar nicht ausgebildet wurden, haben 7,6% (n=38) mindestens einmal eine Fortbildung mit praktischen Inhalten besucht.

Gar nicht ausgebildet in der Leichenschau sind 20,2% (n=101) der Ärzte. Hiervon haben sich 2,4% (n=12) mindestens einmal praktisch fortgebildet.

Tabelle 9: gemeinsame Auswertung der Fragen nach Aus- und Fortbildung

Ausbildung	Fortbildung	Zahlen absolut	in Prozent
theoretisch	theoretisch	106	20,9
theoretisch	nein	105	20,7
theoretisch und praktisch	theoretisch	72	14,2
theoretisch und praktisch	nein	61	12,0
nein	nein	46	9,1
nein	theoretisch	43	8,5
theoretisch und praktisch	theoretisch und praktisch	28	5,5
theoretisch	theoretisch und praktisch	26	5,1
nein	theoretisch und praktisch	12	2,4
Gesamt		499	98,4

3.4 Angaben zur Anzahl und Dauer der Leichenschau sowie Patientenstamm

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragen nach der durchschnittlichen Anzahl durchgeführter Leichenschauen pro Jahr und die durchschnittliche Dauer einer Leichenschau in Minuten dargestellt.

Weiterhin wird das Ergebnis der Frage, wie viele Verstorbene (relative Häufigkeit) zu Lebzeiten eigene Patienten waren, beschrieben.

3.4.1 Frage 3: Wie viele äußere Leichenschauen führen Sie etwa pro Jahr durch?

Bis zu 20 äußere Leichenschauen führen 87,8 % (n=449) der Ärzte durch. Von diesen 87,8% der antwortenden Ärzte führen 43,7% (n=222) nur 1–5 Leichenschauen pro Jahr durch.

Mehr als 20 äußere Leichenschauen führen 10,5% (n=53) der antwortenden Ärzte durch.

Keine Angabe (k. A.) machten 1,2% (n=6). Die absoluten Häufigkeiten sind der Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr

Anzahl der Leichenschauen pro Jahr	Häufigkeit	Prozent
1–5	222	43,7
6–10	143	28,1
11–15	47	9,3
16–20	37	7,3
21–25	7	1,4
26–30	21	4,1
31–35	1	0,2
36–40	9	1,8
41–45	1	0,2
46–50	7	1,4
51–55	0	0
56–60	1	0,2
61–65	0	0
66–70	0	0
71–75	1	0,2
76–80	1	0,2
81–85	0	0
86–90	0	0
91–95	0	0
96–100	4	0,8
k. A.	6	1,2
Gesamt	508	100

3.4.2 Frage 4: Bei wie vielen dieser äußeren Leichenschauen sind Ihnen die Verstorbenen als Patienten bekannt?

Dass bei den von ihnen durchgeführten Leichenschauen mehr als die Hälfte der Verstorbenen als eigene Patienten bekannt sind, gaben 75,2% (n=382) der Ärzte an.

Bei 5,9% (n=30) der Befragten sind etwa die Hälfte der Verstorbenen bekannt. Mehr als die Hälfte der Verstorbenen als bekannt gaben 15,4% (n=78) der Ärzte und 2,4% (n=12) die Verstorbenen als unbekannt an. Keine Angabe (k. A.) zu dieser Frage machten 1,2% der befragten Ärzte (n=6) (Abb. 8).

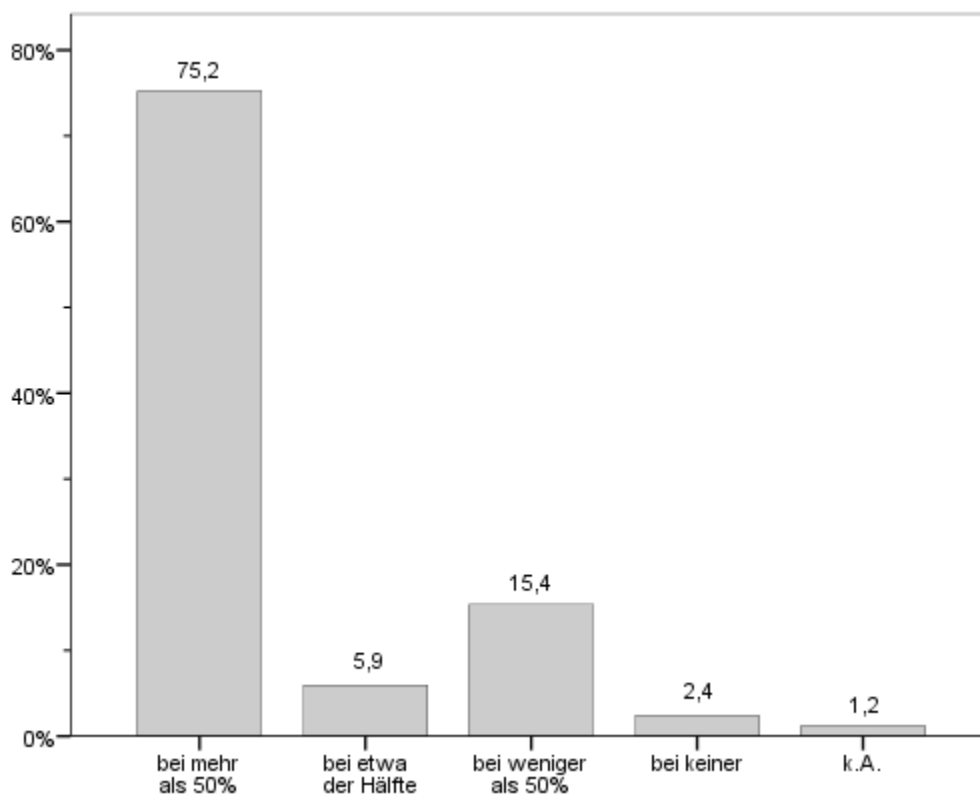


Abb. 8: Ergebnis der Frage 4: „Bei wie vielen dieser äußeren Leichenschauen sind Ihnen die Verstorbenen als Patienten bekannt?“

3.4.3 Frage 5: Wie lange benötigen Sie für die Durchführung der Leichenschau?

Für diese Freitext-Antwort wurden die Angaben von einer Minute bis 30 Minuten in 10-Minuten-Intervallen gruppiert. Die Angaben über 30 Minuten wurden zusammengefasst.

Es ergab sich folgendes Ergebnis:

Bis zu 10 Minuten für die Durchführung einer Leichenschau benötigen 35% (n=178), 42,3% (n=215) benötigen 11 bis 20 Minuten und 14,8% (n=75) gaben die durchschnittliche Dauer einer Leichenschau mit 21 bis 30 Minuten an. Länger als 30 Minuten Zeit benötigen 5,3% (n= 27). Keine Angabe (k. A.) machten 2,6% (n=13) (Abb. 9).

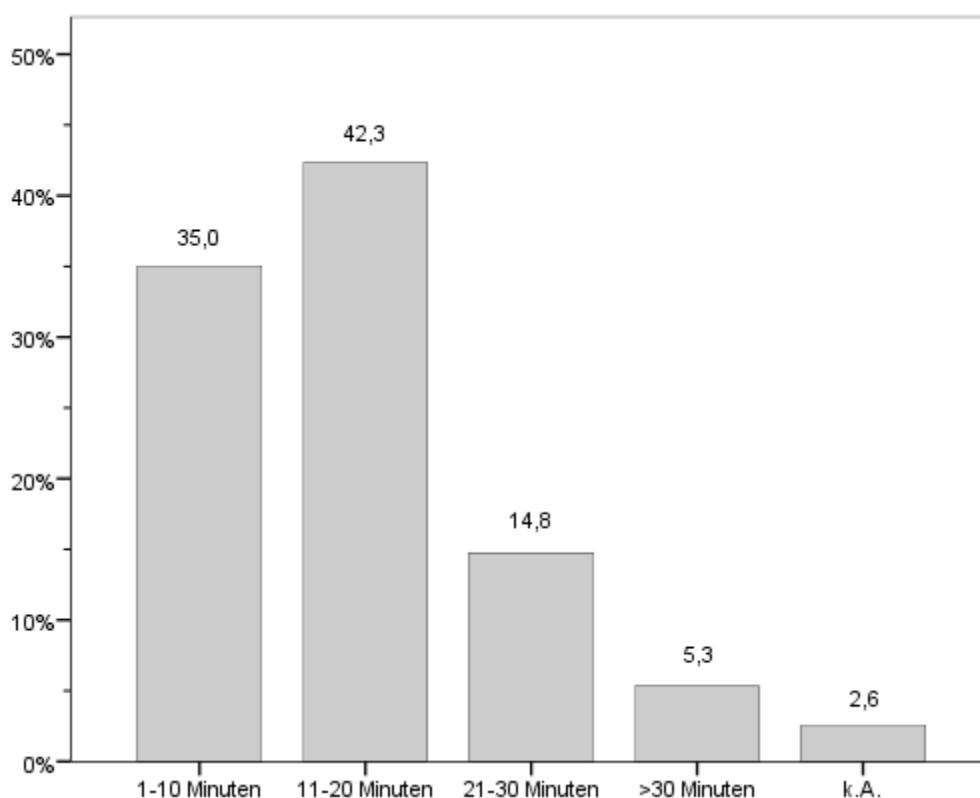


Abb. 9: Ergebnis der Frage 5: „Wie lange benötigen Sie für die Durchführung der Leichenschau?“

3.5 Angaben zur praktischen Durchführung der äußeren Leichenschau

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Fragen nach den Einzelheiten der praktischen Durchführung der äußeren Leichenschau dargestellt.

3.5.1 Frage 6: Ich wende bei der äußeren Leichenschau Hilfsmittel wie z. B. Pinzette oder Taschenlampe an.

Nie Hilfsmittel wie z. B. eine Pinzette oder eine Taschenlampe bei der äußeren Leichenschau zu benutzen gaben 8,9% (n=45) der befragten Ärzte an, 15,9% (n=81) benutzen selten die genannten Hilfsmittel. Gelegentlich benutzen 12,8% (n=65) und 12% (n=61) häufig Hilfsmittel. Immer Hilfsmittel zu nutzen gaben 50% (n=254) der Ärzte an und 0,4% (n=2) machten keine Angabe (Abb. 10).

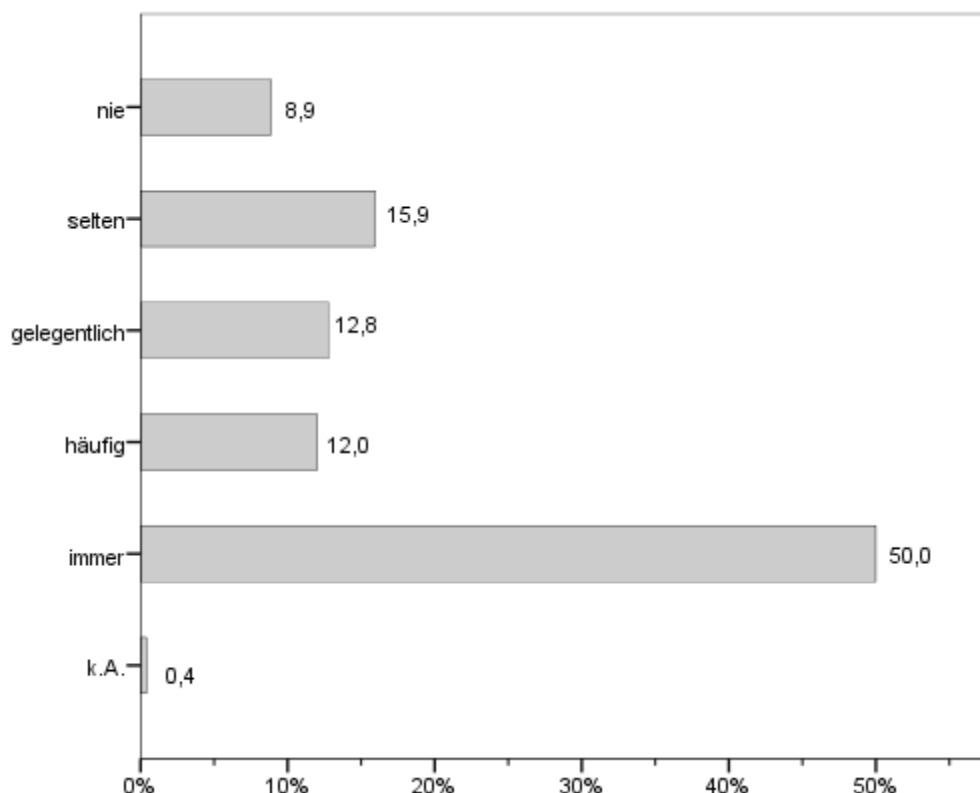


Abb. 10: Ergebnis der Frage 6: „Ich wende bei der äußeren Leichenschau Hilfsmittel wie z. B. Pinzette oder Taschenlampe an.“

3.5.2 Frage 7: Ich führe die äußere Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche durch.

Die Leichenschau nie an der vollständig entkleideten Leiche durchzuführen gaben 3% der Ärzte (n=15) an, und 7,1% (n=36) der Ärzte entkleiden die Leiche selten vollständig.

Gelegentlich vollständig entkleiden die Leiche 10,4% (n=53) und 28,3% (n=144) der Befragten gaben an, die Leichenschau häufig an der vollständig entkleideten Leiche durchzuführen. Immer vollständig für die Leichenschau entkleiden 51% (n=259) der Ärzte die Verstorbenen und 0,2% (n=1) beantworteten diese Frage nicht (k. A.) (Abb. 11).

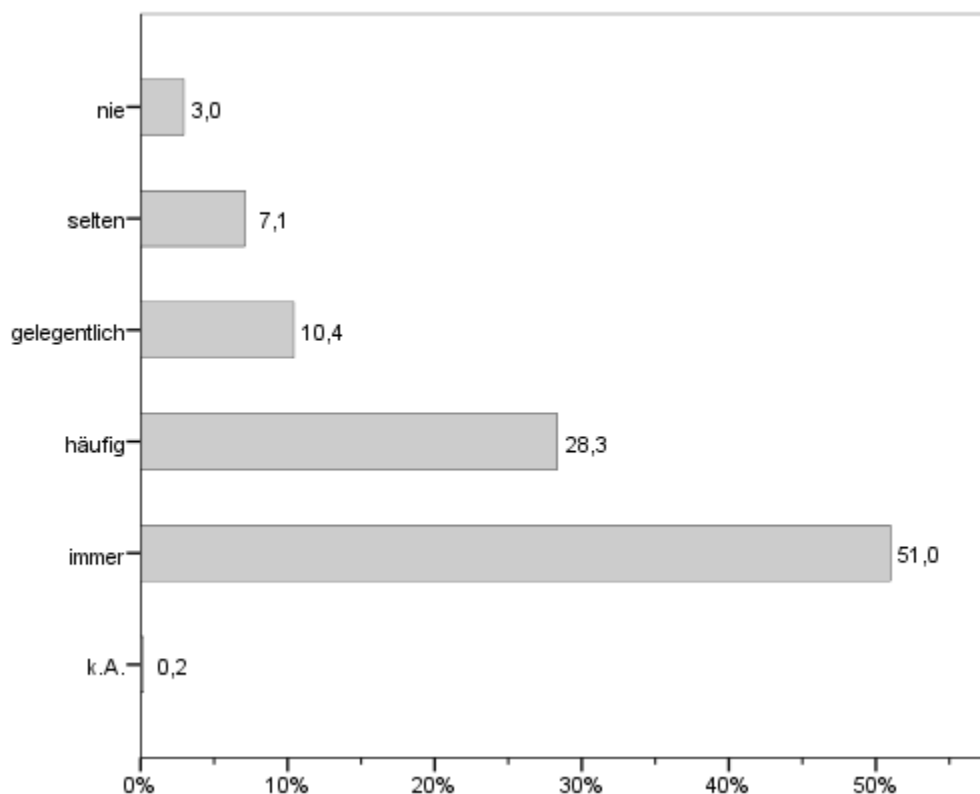


Abb. 11: Ergebnis der Frage 7: „Ich führe die äußere Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche durch.“

3.5.3 Frage 8: Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die gesamte Körperoberfläche (Vorder- und Rückseite), z. B. durch Andrehen der Leiche.

Nie die gesamte Körperoberfläche des Verstorbenen bei der äußeren Leichenschau zu inspizieren kreuzten 1% (n=5) der befragten Ärzte an, 3,9% (n=20) tun dies selten und 5,9% (n=30) inspizieren den Leichnam gelegentlich vollständig. Die gesamte Körperoberfläche der Verstorbenen inspizieren 12% (n=61) der Ärzte häufig, und 77% (n=391) inspizieren immer die gesamte Körperoberfläche. Keine Angabe (k. A.) machten 0,2% (n=1) (Abb. 12).

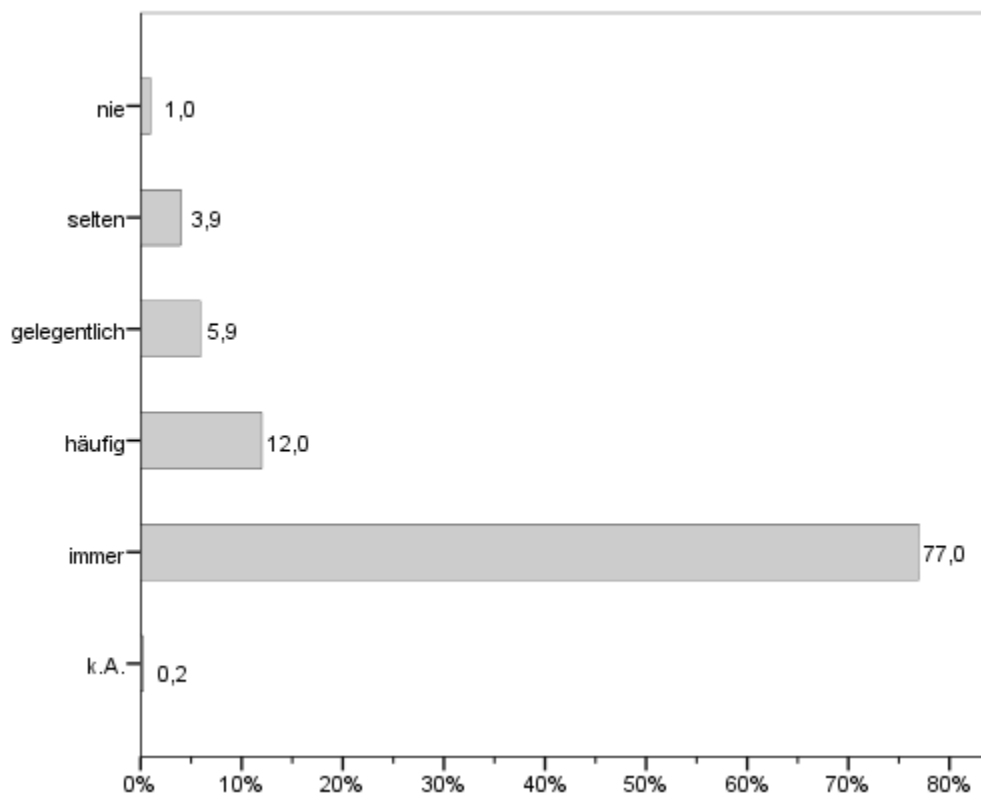


Abb. 12: Ergebnis der Frage 8: „Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die gesamte Körperoberfläche (Vorder- und Rückseite), z. B. durch Andrehen der Leiche.“

3.5.4 Frage 9: Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau alle Körperöffnungen (Ohr- und Naseneingänge, Mund, Scheide, Anus).

Bei der äußeren Leichenschau nie alle Körperöffnungen zu inspizieren gaben 20,1% (n=102) der Ärzte an. 23,2% (n=118) gaben an, dies selten zu tun. Gelegentlich alle Körperöffnungen inspizieren 20,3% (n=103) und 19,5% (n=99) schauen bei der Leichenschau häufig in alle Körperöffnungen. Immer alle Körperöffnungen inspizieren 15,7% (n=80) der Ärzte. 1,2% (n=6) machten keine Angabe (k. A.) (Abb. 13).

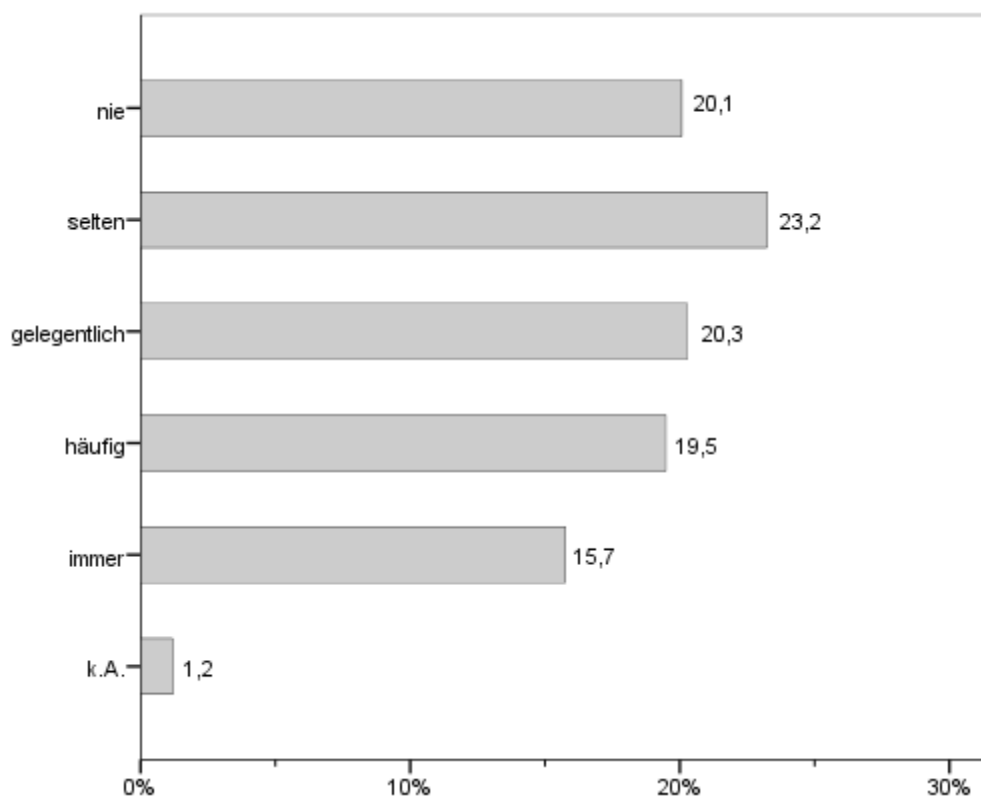


Abb. 13: Ergebnis der Frage 9: „Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau alle Körperöffnungen (Ohr- und Naseneingänge, Mund, Scheide, Anus).“

3.5.5 Frage 10: Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau verdeckte Körperareale (z. B. unterhalb von Verbänden oder Pflastern).

Der Abbildung 14 ist zu entnehmen, dass 3,5 % (n=18) der antwortenden Ärzte bei der äußeren Leichenschau nie verdeckte Areale z. B. unterhalb von Verbänden und Pflastern inspizieren, 14% (n=71) tun dies selten, 18,1% (n=92) schauen gelegentlich unter Pflaster und Verbände. Häufig verdeckte Körperareale inspizieren 21,3% (n=108) der Ärzte und 42,1% (n=214) gaben an, immer unter Pflastern und Verbänden nachzusehen. Keine Angabe (k. A.) machte 1% (n=5) der Ärzte (Abb. 14).

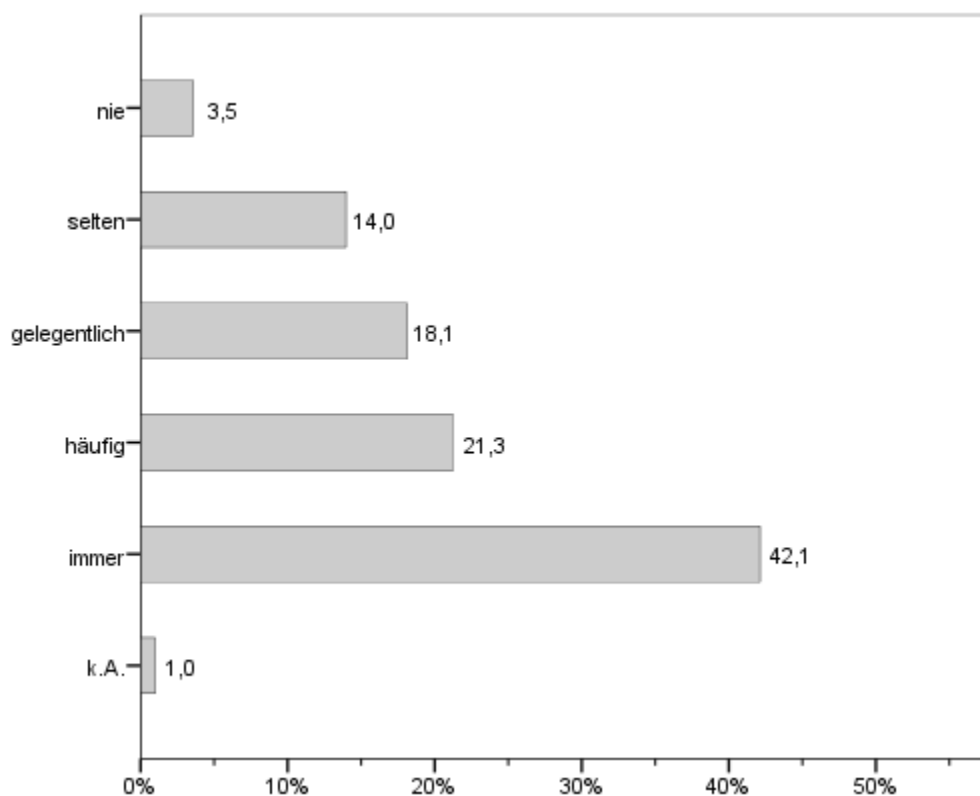


Abb. 14: Ergebnis der Frage 10: „Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau verdeckte Körperareale (z. B. unterhalb von Verbänden oder Pflastern).“

3.5.6 Frage 11: Ich taste bei der äußeren Leichenschau knöcherne Strukturen und die behaarte Kopfhaut ab.

Die Frage, ob sie bei der äußeren Leichenschau knöcherne Strukturen und die behaarte Kopfhaut abtasten, beantworteten 11% (n=56) der Ärzte mit „nie“, 20,9% (n=106) mit „selten“, 25,4% (n=129) mit „gelegentlich“ und je 21,3% (n=108) mit „häufig“ und „immer“. Keine Angabe (k. A.) machten 0,2% (n=1) (Abb. 15).

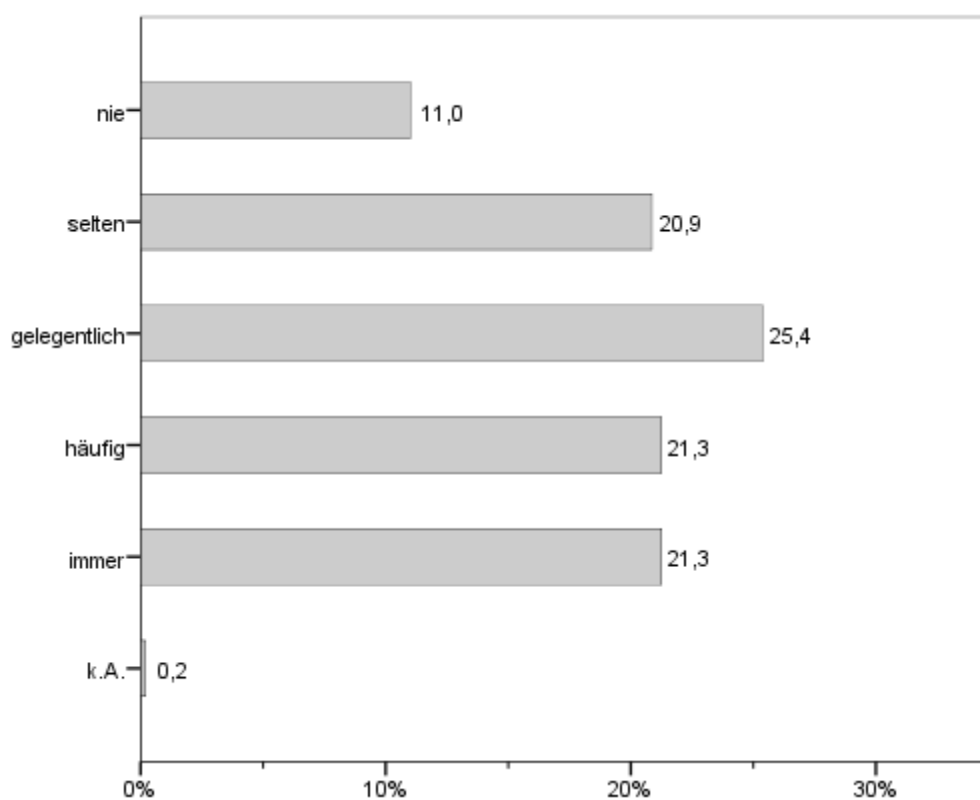


Abb. 15: Ergebnis der Frage 11: „Ich taste bei der äußeren Leichenschau knöcherne Strukturen und die behaarte Kopfhaut ab.“

3.5.7 Frage 12: Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die Bindehäute der Augenlider durch Ektropionieren.

Die Augenlider ektropionieren 30,5% (n=155) der Ärzte bei der äußeren Leichenschau nie, 16,5% (n=84) ektropionieren die Augenlider zur Untersuchung der Bindehäute selten, 13,8% (n=70) tun dies gelegentlich, 12% (n=61) häufig und 26,8% (n=136) ektropionieren immer. Keine Angabe (k. A.) machten 0,4% (n=2) (Abb. 16).

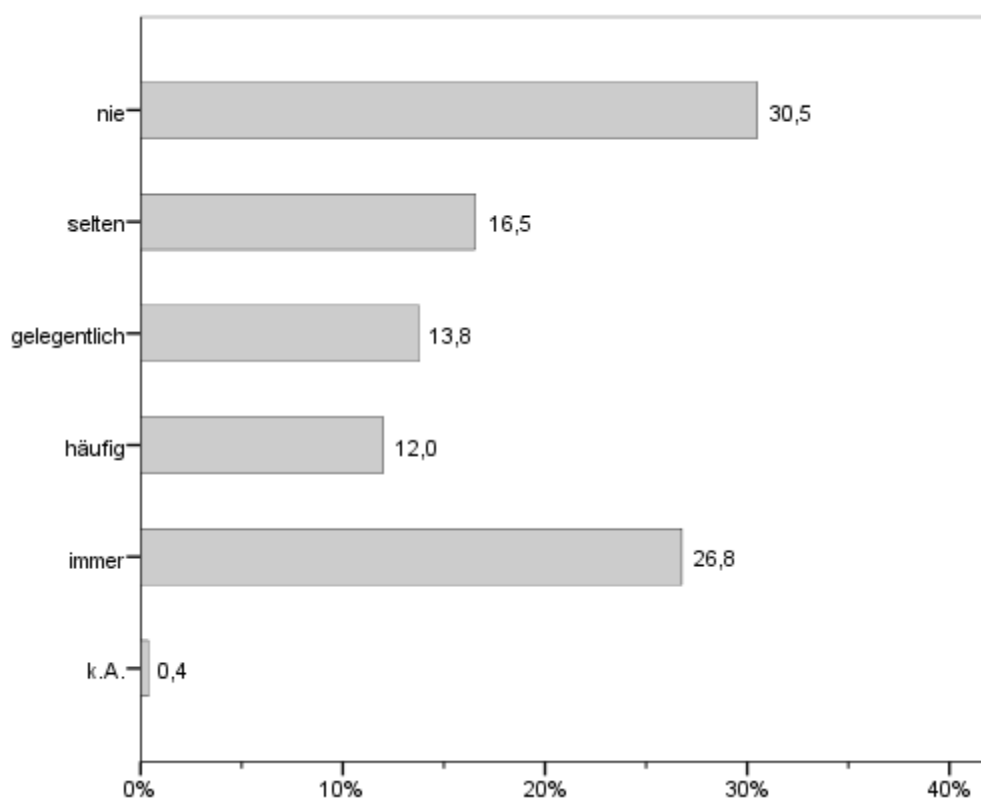


Abb. 16: Ergebnis der Frage 12: „Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die Bindehäute der Augenlider durch Ektropionieren.“

3.6 Angaben zur Todesbescheinigung, mögliche Beeinflussung durch dritte Personen, Bescheinigung der Todesart und Todesursache

Das folgende Unterkapitel stellt die Ergebnisse der Fragen dar, ob schon einmal eine Todesbescheinigung ausgefüllt wurde, ohne dass eine vollständige Leichenschau durchgeführt wurde. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Fragen nach Beeinflussung durch Polizei oder Angehörige dargestellt. Am Schluss werden die Ergebnisse der Fragen nach Unsicherheiten bei der Feststellung der Todesursache und der Festlegung der Todesart beschrieben.

3.6.1 Frage 13: Ich stelle Todesbescheinigungen aus, ohne eine vollständige Leichenschau durchgeführt zu haben.

Die Frage, ob sie Todesbescheinigungen ausfüllen, ohne eine vollständige Leichenschau durchgeführt zu haben, beantworteten 73% (n=371) der Ärzte mit „nie“, 11,4% (n=58) mit „selten“ und 7,9% (n=40) mit „gelegentlich“. 3,3% (n=17) gaben an, häufig eine Todesbescheinigung ohne vollständige Leichenschau auszufüllen, und 2% (n=10) der Ärzte füllen immer eine Todesbescheinigung ohne vollständig durchgeführte Leichenschau aus. Keine Angabe (k. A.) machten 2,4% (n=12) (Abb. 17).

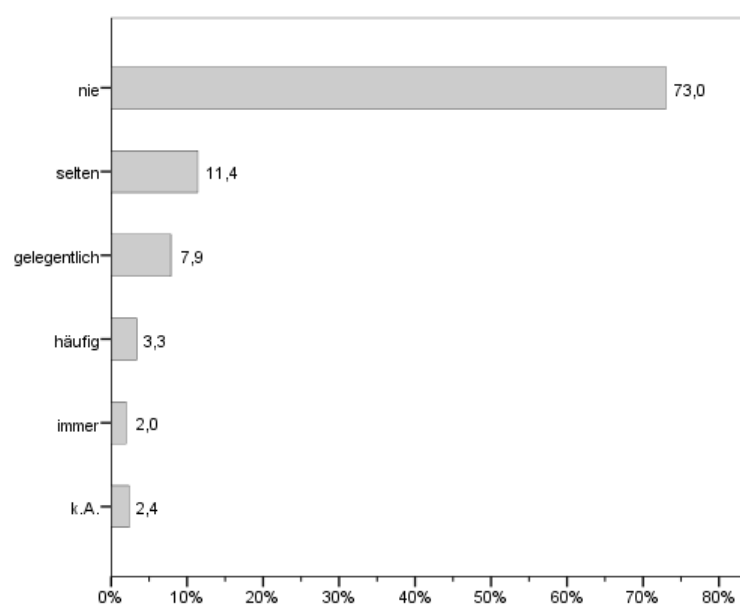


Abb. 17: Ergebnis der Frage 13: „Ich stelle Todesbescheinigungen aus, ohne eine vollständige Leichenschau durchgeführt zu haben.“

3.6.2 Frage 14: Ich fühle mich durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) bei der Durchführung der Leichenschau beeinflusst.

Nie bei der Durchführung der Leichenschau durch Dritte wie z. B. Angehörige oder Polizei beeinflusst fühlen sich 46,3% (n=235) der befragten Ärzte, selten beeinflusst fühlen sich 25% (n=127) und 18,5% (n=94) gelegentlich beeinflusst. Mit „häufig“ beantworten diese Frage 7,5% (n=38), 2,4% (n=12) mit „immer“ und 0,4% (n=2) machten keine Angabe (k. A.) (Abb. 18).

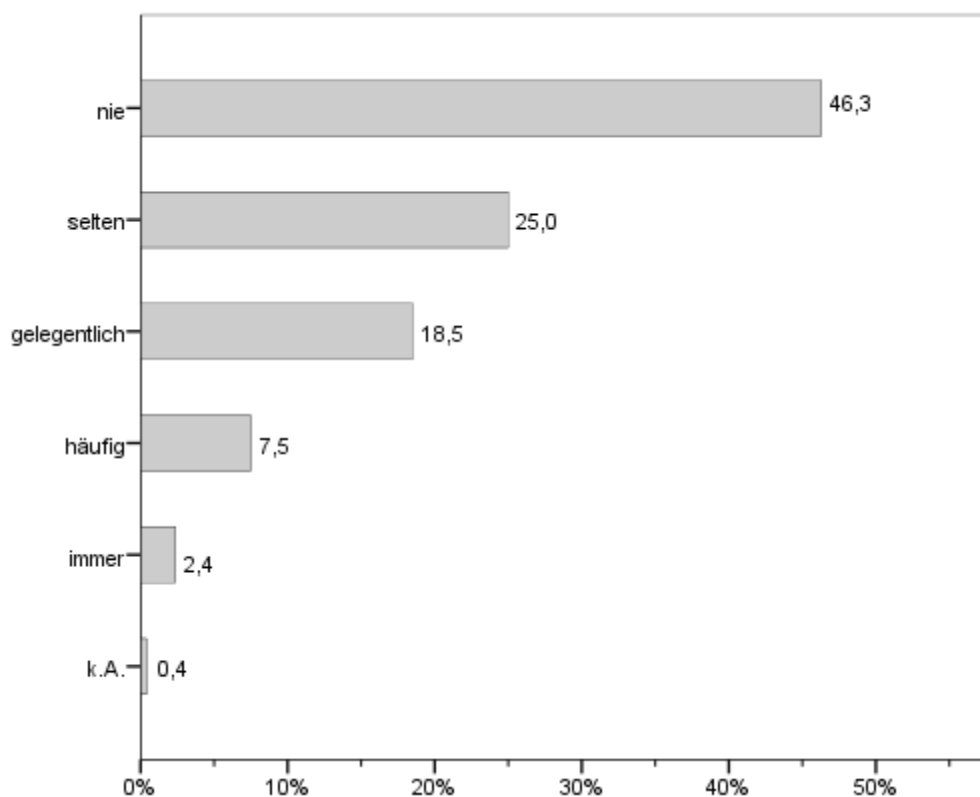


Abb. 18: Ergebnis der Frage 14: „Ich fühle mich durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) bei der Durchführung der Leichenschau beeinflusst.“

3.6.3 Frage 15: Ich fühle mich durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) in meiner Entscheidung für die Klassifizierung der Todesart (natürlich, nichtnatürlich, ungeklärt) beeinflusst.

In ihrer Entscheidung für die Klassifizierung der Todesart fühlen sich 61,4% (n=312) der Hausärzte nie durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) beeinflusst, 23,8% (n=121) gaben an, sich selten beeinflusst zu fühlen. Gelegentlich durch Dritte beeinflusst fühlen sich 10,8% (n=55) und 2,8% (n=14) häufig. Immer durch Dritte beeinflusst fühlen sich 0,6% (n=3) der Befragten und 0,6% (n=3) machten keine Angabe (k. A.) (Abb. 19).

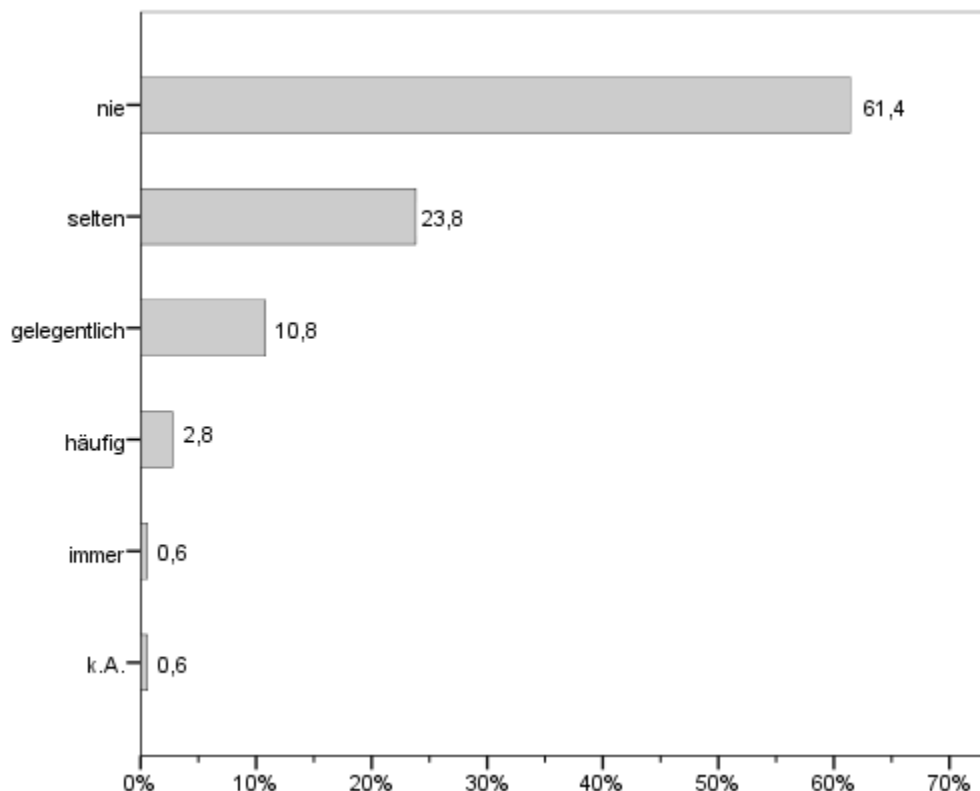


Abb. 19: Ergebnis der Frage 15: „Ich fühle mich durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) in meiner Entscheidung für die Klassifizierung der Todesart (natürlich, nichtnatürlich, ungeklärt) beeinflusst.“

3.6.4 Frage 16: Ich habe Zweifel an der von mir bescheinigten Todesart.

Nie Zweifel an der von ihnen bescheinigten Todesart haben 32,7% (n=166) der befragten Ärzte, 44,1% (n=224) gaben an, selten an der Todesart zu zweifeln. 17,5% (n=89) zweifeln gelegentlich an der bescheinigten Todesart und 4,3% (n=22) zweifeln häufig. 0,8% (n=4) der Ärzte zweifeln immer an der bescheinigten Todesart und 0,6% (n=3) machten keine Angabe (k. A.) (Abb. 20).

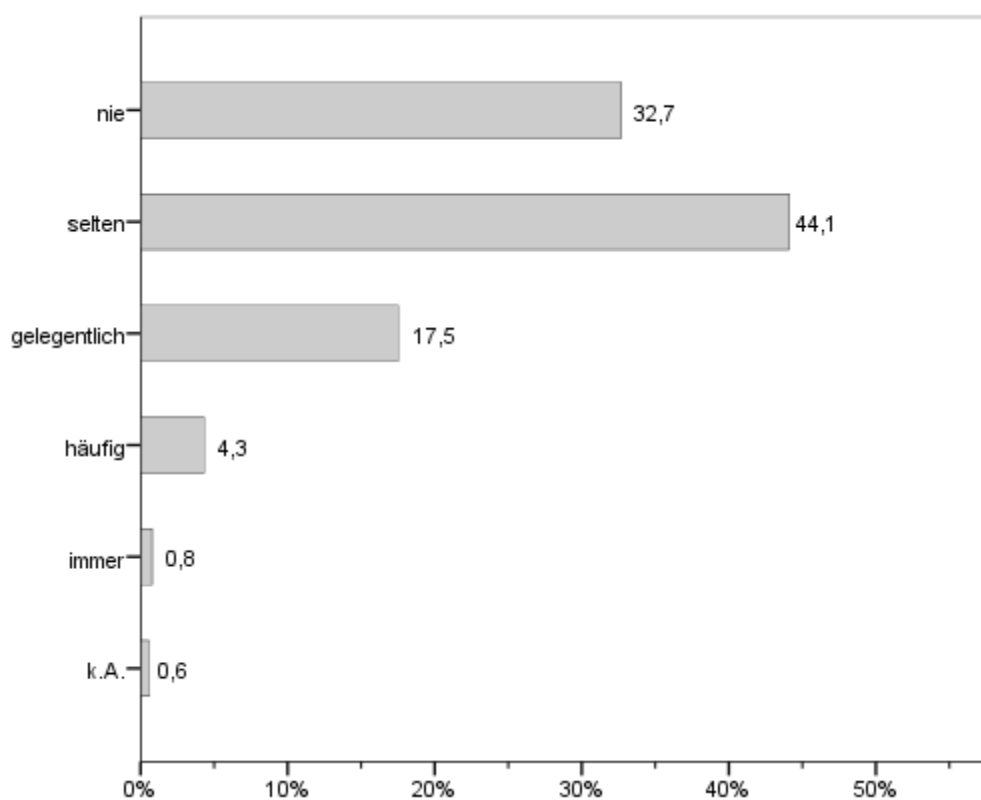


Abb. 20: Ergebnis der Frage 16: „Ich habe Zweifel an der von mir bescheinigten Todesart.“

3.6.5 Frage 17: Mir fällt die Festlegung einer medizinischen Todesursache schwer.

Die Festlegung einer medizinischen Todesursache fällt 7,7% (n=39) der Ärzte nie schwer, 31,3% (n=159) fällt die Todesursachen-Festlegung selten schwer, 40% (n=203) gaben an, gelegentlich Probleme bei der Festlegung der Todesursache zu haben. Häufig Probleme haben 16,5% (n=84) und 4,1% (n=21) der Befragten haben immer Probleme bei der Festlegung einer Todesursache. Keine Angabe (k. A.) machten 0,4% (n=2) (Abb. 21).

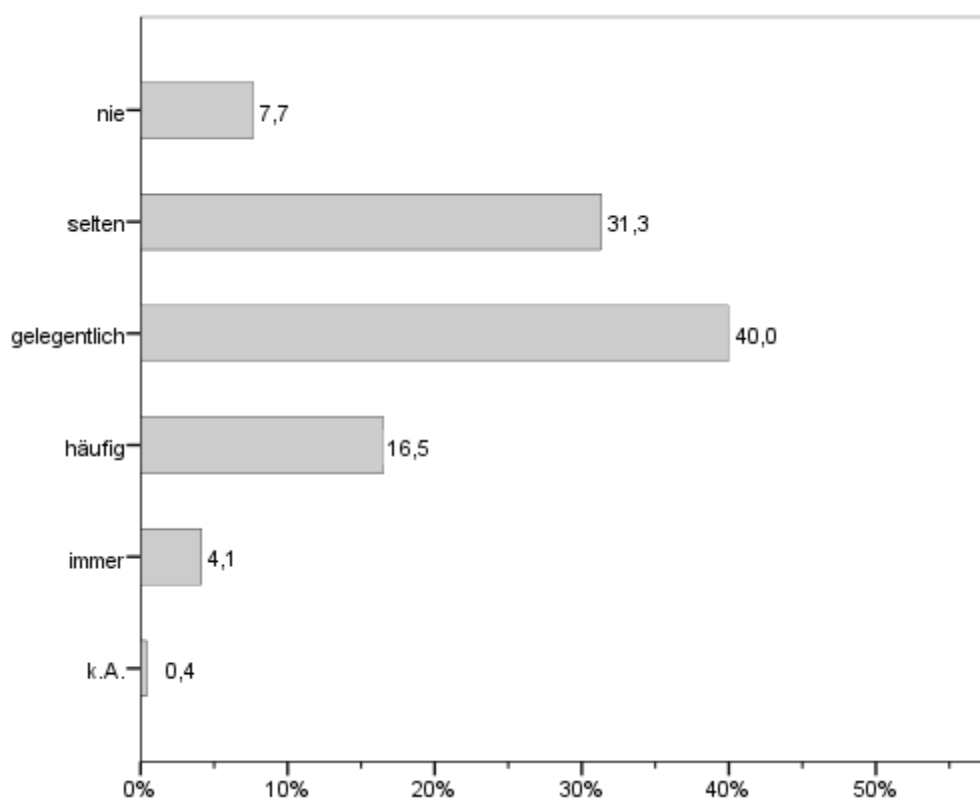


Abb. 21: Ergebnis der Frage 17: „Mir fällt die Festlegung einer medizinischen Todesursache schwer.“

3.7 Eigene Einschätzung zur Sicherheit bei der Leichenschau, Beurteilung sicherer Todeszeichen und Ausfüllen der Todesbescheinigung

Im folgenden Unterkapitel werden die Ergebnisse der Fragen nach der Selbsteinschätzung bezüglich der Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau, der Beurteilung von sicheren Todeszeichen sowie bei dem Ausfüllen der Todesbescheinigung dargestellt.

3.7.1 Frage 18: Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Durchführung der äußeren Leichenschau?

Bei der Durchführung der Leichenschau fühlen sich 4,3% der Ärzte (n=22) sehr unsicher oder unsicher. Eher unsicher fühlen sich 13% (n=66). 76% (n=386) der Ärzte gaben an, sich eher sicher oder sicher zu fühlen. Sehr sicher fühlen sich 6,5% (n=33). Keine Angabe (k. A.) machten 0,2% (n=1) (Abb. 22).

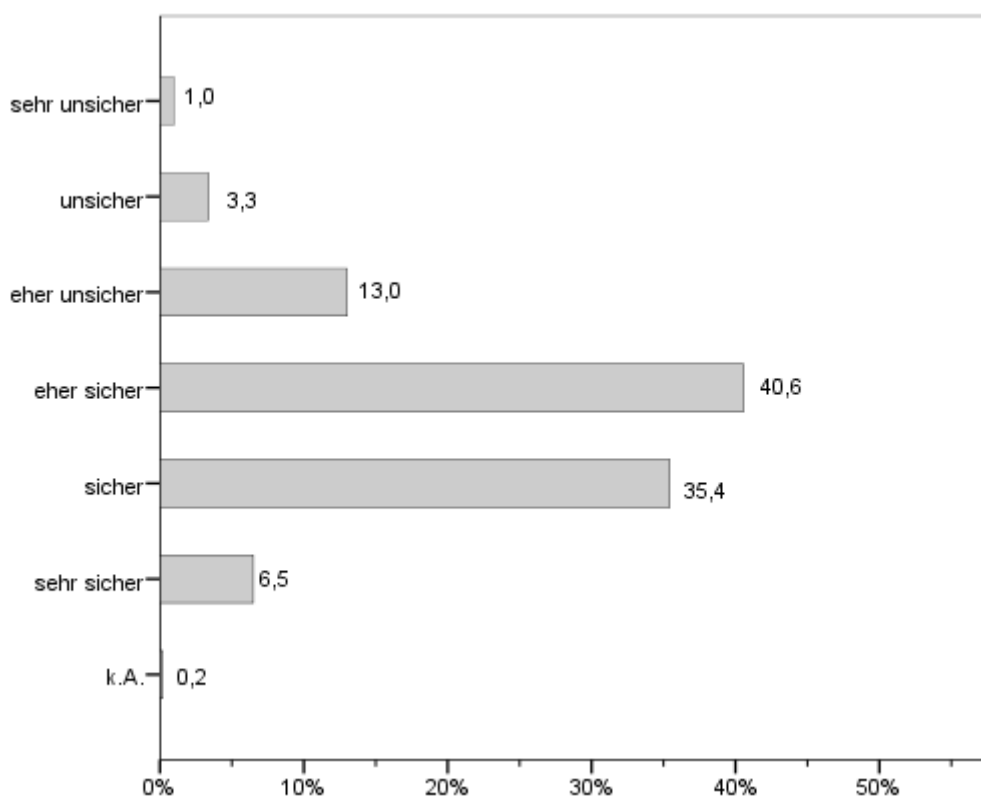


Abb. 22: Ergebnis der Frage 18: „Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Durchführung der äußeren Leichenschau?“

3.7.2 Frage 19: Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Feststellung und Beurteilung sicherer Todeszeichen (Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis)?

Die Frage, wie sicher sich die Ärzte bei der Feststellung und Beurteilung sicherer Todeszeichen fühlen, gaben 3,4% (n=17) an, sich sehr unsicher, unsicher oder eher unsicher zu fühlen. 17,1% (n=87) fühlen sich eher sicher, 40% (n=203) sicher, und 39,4% (n=200) der Befragten fühlen sich sehr sicher. Keine Angabe (k. A.) machten 0,2% (n=1) (Abb. 23).

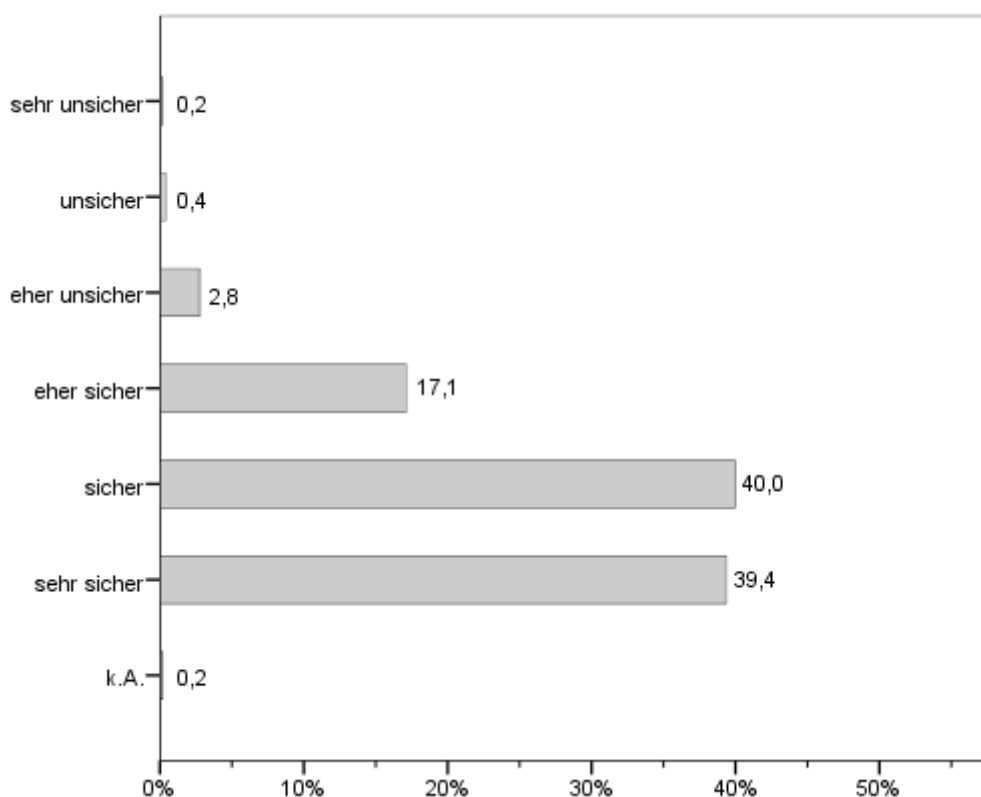


Abb. 23: Ergebnis der Frage 19: „Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Feststellung und Beurteilung sicherer Todeszeichen?“

3.7.3 Frage 20: Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt beim Ausfüllen der Todesbescheinigung?

Sich beim Ausfüllen der Todesbescheinigung sehr unsicher oder unsicher zu fühlen, gaben 3,6% (n=18) der Ärzte an. Eher unsicher fühlen sich 12,6% (n=64). Eher sicher und sicher fühlen sich 73,6% (n=374). 9,8% (n=50) fühlen sich beim Ausfüllen der Todesbescheinigung sehr sicher. Keine Angabe (k. A.) machten 0,4% (n=2) (Abb. 24).

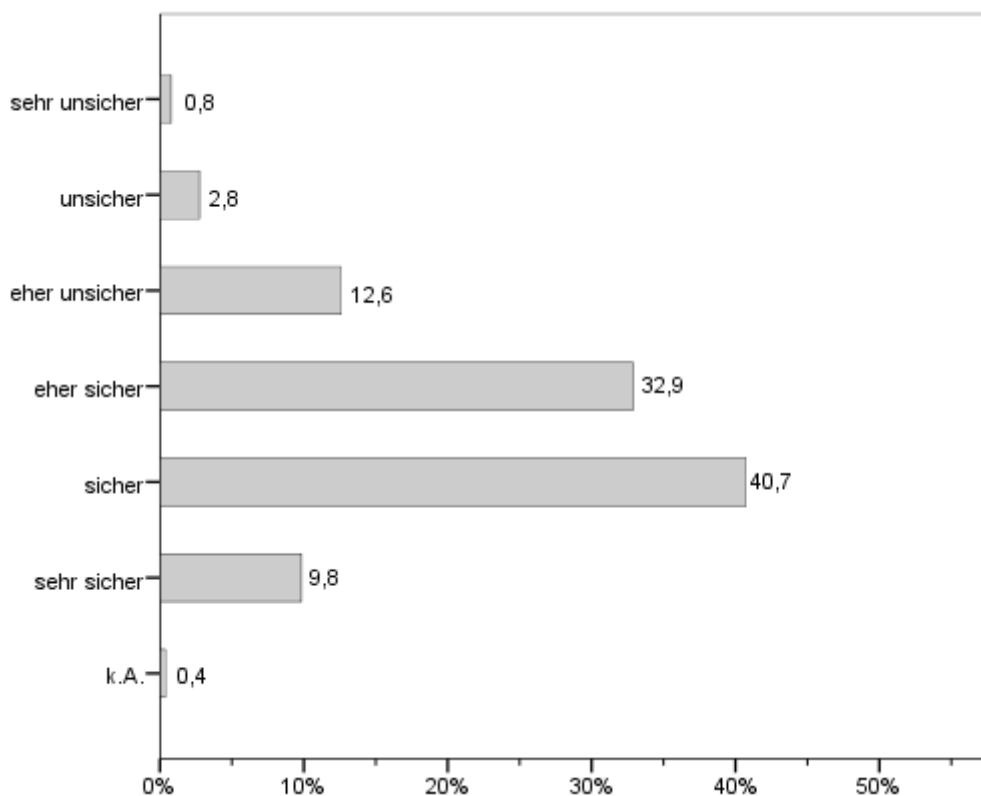


Abb. 24: Ergebnis der Frage 20: „Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt beim Ausfüllen der Todesbescheinigung?“

3.7.4 Regressionsanalysen der Fragen 18 und 20

Der Tabelle 11 ist zu entnehmen, inwieweit das Geschlecht, die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, die Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr, die Tatsache, ob die Ärzte zum Thema Leichenschau aus- oder fortgebildet worden sind, sowie der Score aus den Fragen 6–12 mit dem Sicherheitsempfinden zusammenhängen.

Tabelle 11: Ergebnisse der Regressionsanalyse der Frage 18

Parameter	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Signifikanzniveau
Geschlecht			
weiblich	0,072	0,0856	0,399
männlich	0 ^a	.	.
Frage nach Ausbildung			
nicht ausgebildet	-0,032	0,1198	0,792
nur theoretisch ausgebildet	-0,128	0,0959	0,180
theoretisch und praktisch ausgebildet	0 ^a	.	.
Frage nach Fortbildung			
nicht fortgebildet	0,009	0,1390	0,951
nur theoretisch fortgebildet	-0,143	0,1335	0,285
theoretisch und praktisch fortgebildet	0 ^a	.	.
Dauer der ärztlichen Tätigkeit	0,014	0,0052	0,008
Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr (Mittelwert)	0,071	0,0269	0,009
Score der Fragen 6–12	0,335	0,0547	0,000

a. Auf 0 gesetzt, da dies die Basiskategorie ist.

Das Geschlecht spielt bei der Beurteilung der eigenen Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau keine Rolle. Es konnte nicht gezeigt werden, dass sich Männer oder Frauen sicherer fühlen ($p > 0,05$).

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Sicherheit bei der praktischen Durchführung der Leichenschau und der universitären Ausbildung oder besuchter Fortbildungen aufgezeigt werden ($p > 0,05$). Zwar zeigt sich in den Daten ein positiver Zusammenhang zwischen besuchten Fortbildungen mit theoretischen und praktischen Inhalten und der subjektiven Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau, doch konnte dieser nicht als signifikant nachgewiesen werden.

Es konnte jedoch gezeigt werden, dass sich die Anzahl der Berufsjahre positiv auf das subjektive Sicherheitsempfinden bei der Leichenschau auswirkt. Die Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau steigt mit jedem Berufsjahr im Schnitt um 0,014 Punkte ($p < 0,05$).

Ein ebenfalls signifikanter positiver Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr und dem Sicherheitsempfinden bei der Durchführung der Leichenschau. Mit jeder durchgeführten Leichenschau pro Jahr steigt die Sicherheit im Schnitt um 0,071 Punkte ($p < 0,05$).

Der Score, der aus den Fragen, die die eigentliche Durchführung der Leichenschau abbilden, gebildet wurde, kann als Marker für die Sorgfalt bei der Durchführung der Leichenschau betrachtet werden. Hier zeigte sich, dass mit jedem Punkt, den der Score steigt, die Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau im Mittel um 0,335 Punkte auf der Likert-Skala steigt ($p < 0,01$).

Mithilfe der Regressionsanalyse wurde ebenfalls untersucht, von welchen Faktoren das subjektive Sicherheitsempfinden beim Ausfüllen der Todesbescheinigung abhängt.

Der Tabelle 12 ist zu entnehmen, inwieweit sich das Geschlecht, die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, die Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr und die Tatsache, ob die Ärzte zum Thema Leichenschau aus- oder fortgebildet worden sind, auf das Sicherheitsempfinden auswirken.

Tabelle 12: Ergebnisse der Regressionsanalyse der Frage 20

Parameter	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Signifikanzniveau
Geschlecht			
weiblich	0,035	0,0900	0,699
männlich	0 ^a		
Frage nach Ausbildung			
nicht ausgebildet	0,001	0,1243	0,991
nur theoretisch ausgebildet	-0,076	0,1000	0,448
theoretisch und praktisch ausgebildet	0 ^a		
Frage nach Fortbildung			
nicht fortgebildet	-0,347	0,1419	0,014
nur theoretisch fortgebildet	-0,347	0,1394	0,007
theoretisch und praktisch fortgebildet	0 ^a		
Dauer der ärztlichen Tätigkeit	0,008	0,0055	0,136
Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr (Mittelwert)	0,096	0,0282	0,001

a. Auf 0 gesetzt, da dies die Basiskategorie ist.

Wie schon bei der Frage 18 spielt das Geschlecht bei der Beurteilung der eigenen Sicherheit beim Ausfüllen der Todesbescheinigung keine Rolle. Auch hier konnte nicht gezeigt werden, dass sich Männer oder Frauen sicherer fühlen ($p > 0,05$).

Es konnte auch hier kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Sicherheit bei der praktischen Durchführung der Leichenschau und der universitären Ausbildung aufgezeigt werden ($p > 0,05$).

Anders verhält es sich mit dem Zusammenhang zwischen bisher besuchten Fortbildungen und der Sicherheit beim Ausfüllen der Todesbescheinigungen. Hier zeigte sich, dass sich die Ärzte, die bereits eine Fortbildung mit theoretischen und praktischen Inhalten besucht haben, sicherer beim Ausfüllen der Todesbescheinigung fühlen, als die Ärzte, die noch keine Fortbildung besucht haben ($p < 0,05$).

Bemerkenswert ist, dass es im subjektiven Sicherheitsempfinden der Ärzte keinen Unterschied gibt, ob eine Fortbildung mit rein theoretischem Inhalt oder gar keine Fortbildung zum Thema Leichenschau besucht wurde.

Beide Arztgruppen haben im Schnitt einen um 0,347 Punkte geringeres Sicherheitsempfinden als Ärzte, die eine Fortbildung mit sowohl theoretischen als auch praktischen Inhalten besucht haben.

Bei der eigenen Einschätzung der Sicherheit beim Ausfüllen der Todesbescheinigung ist die Anzahl der Berufsjahre nicht relevant. Es konnte nicht gezeigt werden, dass sich die Anzahl der Berufsjahre auf die Sicherheit beim Ausfüllen der Todesbescheinigung auswirkt ($p > 0,05$).

Auch bei der Frage 20 besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr und dem Sicherheitsempfinden beim Ausfüllen der Todesbescheinigung. Mit jeder durchgeführten Leichenschau pro Jahr steigt die Sicherheit im Schnitt um 0,096 Punkte ($p < 0,05$).

3.7.5 Varianzanalyse: Unterschiede bei der Leichenschau je nach Fortbildungsstatus

Mithilfe der Varianzanalyse (Einfaktorielle ANOVA) wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Sorgfältigkeit bei der Durchführung der Leichenschau und bereits besuchten Fortbildungsveranstaltungen besteht. Tabelle 13 ist zu entnehmen, dass sich die drei Arzt-Gruppen (nicht fortgebildet, nur theoretisch fortgebildet, theoretisch und praktisch fortgebildet) bezüglich der Sorgfalt bei der Durchführung der Leichenschau hochsignifikant unterscheiden ($p < 0,001$).

Tabelle 13: Einfaktorielle ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanzniveau
Zwischen den Gruppen	21,589	2	10,795	17,4664	0,000

Um nähere Informationen hinsichtlich der Art der Unterschiede zu erhalten, wurde im Rahmen der Varianzanalyse auch eine Parameterschätzung durchgeführt. Die Ergebnisse der Parameterschätzung finden sich in Tabelle 14.

Tabelle 14: Ergebnis der Varianzanalyse: Unterschiede bei der Leichenschau je nach Fortbildungsstatus

	Parameterschätzer	Standardfehler	Signifikanzniveau
Frage nach Fortbildung			
nicht fortgebildet	0 ^a		
nur theoretisch fortgebildet	0,247	0,075	0,000
theoretisch und praktisch fortgebildet	0,621	0,110	0,000

a. Auf 0 gesetzt, da dies die Basiskategorie ist.

Bestand die Fortbildung aus theoretischen und praktischen Anteilen, steigt der Score der Fragen 6–12 im Schnitt um 0,621 Punkte gegenüber den nicht fortgebildeten Ärzten; dieser Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0,01$).

Bestand die Fortbildung nur aus theoretischen Anteilen, so steigt der Score im Schnitt um 0,247 Punkte gegenüber den nicht fortgebildeten Ärzten; auch dieser Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0,01$).

Die Ergebnisse zeigen somit deutlich, dass fortgebildete Ärzte hochsignifikant sorgfältiger bei der Durchführung der Leichenschau arbeiten.

3.8 Auswertung der Anmerkungen

Von den 508 Ärzten, die den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt haben, nutzen 35,4% ($n=180$) die Möglichkeit, in dem dafür vorgesehenen Freitextfeld am Ende des Fragebogens eigene Anmerkungen hinzuzufügen.

Die Anmerkungen wurden nach den am häufigsten genannten Themenbereichen gruppiert.

161 Anmerkungen konnten einer Kategorie zugeordnet werden, 17 Anmerkungen konnten mehr als einer Kategorie zugeordnet werden. Unlesbar waren 2 Anmerkungen.

Eine Übersicht der Anmerkungen nach Kategorien mit Einfach- und Mehrfach-Nennung ist der Tabelle 15 zu entnehmen.

Unter den Einfachnennungen wurden mit 22,2% ($n=40$) am häufigsten Probleme mit der Todesart und Todesursache, der Kausalkette und der Todesbescheinigung genannt.

Ein Anteil von 14,4% ($n=26$) der Ärzte, die Anmerkungen hinzufügten, merkten an, dass sie Leichenschauen fast ausschließlich bei ihnen bekannten Patienten durchführen, während 11,7% ($n=21$) der Ärzte bei der Durchführung der Leichenschau zwischen bekannten und unbekannten Verstorbenen unterscheiden.

Am zweithäufigsten wurde das Interesse an Fortbildungen genannt: bei 12,2% ($n=22$) der Ärzte besteht Fortbildungsinteresse.

Die vollständig zitierten Anmerkungen finden sich im Anhang ab Seite 107.

Tabelle 15: Ergebnisse der Anmerkungen im Fragebogen

Kategorien der Anmerkungen – Einfachnennungen	Zahlen absolut	in Prozent
Todesart/Todesursache/Kausalkette/Todesbescheinigung	40	22,2
Leichenschau wird nur bei bekannten Patienten durchgeführt	26	14,4
es besteht Fortbildungsinteresse	22	12,2
Unterscheidung zwischen eigenen/fremden Patienten bei der Leichenschau	21	11,7
Leichenschau durch spezialisierte Ärzte gewünscht	10	5,6
Anmerkungen zur Leichenschau	10	5,6
Vergütung der Leichenschau	6	3,3
Rückmeldung durch Rechtsmedizin erwünscht	5	2,8
Kritik an Befragungsform	4	2,2
Leichenschau im Notdienst	4	2,2
Fortbildung wurde besucht	3	1,7
Anmerkung zu Frage 13	2	1,1
Beeinflussung durch Dritte	2	1,1
sonstiges	6	3,3
nicht lesbar	2	1,1
Kategorien der Anmerkungen – Mehrfachnennungen		
Fortbildung und Beeinflussung durch Dritte	1	0,6
Probleme Todesursache/Todesart und Beeinflussung durch Dritte	1	0,6
Leichenschau durch spezialisierte Ärzte gewünscht und Vergütung	1	0,6
Probleme Todesursache/Todesart und Vergütung	3	1,7
Probleme Todesursache/Todesart und Angaben zu Leichenschau und Vergütung	1	0,6
Probleme Todesursache/Todesart und Angaben zur Leichenschau und nur bekannte Patienten	1	0,6
Probleme Todesursache/Todesart und nur bekannte Patienten	2	1,1
Probleme Todesursache/Todesart und Angaben zur Leichenschau	1	0,6
Probleme Todesursache/Todesart und Fortbildungsinteresse	1	0,6
Fortbildungsinteresse und Vergütung	1	0,6
Angaben zur Leichenschau und Kritik an Befragungsform	1	0,6
Angaben zur Leichenschau und Rückmeldung aus Rechtsmedizin erwünscht	1	0,6
Kritik an Befragungsform und nur bekannte Patienten und Vergütung	1	0,6
Kritik an Befragungsform und Fortbildungsinteresse	1	0,6
Gesamt	180	100

4 Diskussion

Im folgenden Kapitel wird zunächst auf die Beschränkungen der Studie eingegangen, bevor die Ergebnisse diskutiert werden. Im letzten Teil dieses Kapitels werden mögliche Lösungsansätze für eine verbesserte Qualität der Leichenschau vorgestellt.

4.1 Beschränkungen der Studie

Wie bei anderen Befragungen gibt es bei der vorliegenden Studie Beschränkungen. Über die 676 nicht-antwortenden Ärzte ist nichts bekannt. Es ist beispielsweise nicht bekannt, ob sie überhaupt Leichenschauen durchführen.

Um diese Schweigeverzerrung (non-response bias) zu minimieren, wurde der Fragebogen nach zwei Wochen erneut an die Ärzte verschickt, die bis dahin noch nicht geantwortet hatten, sodass sie sich doch noch an der Umfrage beteiligen konnten.

Dennoch können die vorliegenden Ergebnisse durch den Antwortausfall verzerrt sein.

Neben der Schweigeverzerrung stellt die Verzerrung durch Antworttendenzen ein weiteres typisches Methodenproblem von Fragebögen dar.

Hier spielt zum einen die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit eine Rolle. Insbesondere bei der Frage 13 („Ich stelle Todesbescheinigungen aus, ohne eine vollständige Leichenschau durchgeführt zu haben.“) kann davon ausgegangen werden, dass hier nicht immer wahrheitsgemäß geantwortet wurde, da eine nicht korrekt durchgeführte Leichenschau als Ordnungswidrigkeit geahndet werden kann, und die Ärzte sich möglicherweise nicht selbst belasten möchten. Esser schreibt hierzu: „Erst bei speziellen ‚bedrohlichen‘, tabuisierten, ‚unangenehmen‘ oder auch ‚sozial erwünschten‘ Fragen und Themen [...] ist mit einer gewissen Änderung des Teilnahmeverhaltens zu rechnen. Meist werden hier jedoch eher bloß Teilausfälle und keine Gesamtverweigerungen eintreten [22].“

Dennoch gaben 37% der Ärzte an, nicht immer eine vollständige Leichenschau durchzuführen.

Zum anderen ist bei 5-stufigen Antwortskalen häufig die Tendenz zur Mitte zu beobachten. In der vorliegenden Studie wurden jedoch nur Fragen 11 („Ich taste bei der Leichenschau knöcherne Strukturen und die behaarte Kopfhaut ab“) und 17 („Mir fällt die Festlegung einer medizinischen Todesursache schwer“) überwiegend mit „gelegentlich“ beantwortet.

Es ist ebenfalls nicht bekannt, ob die Online-Adressdatenbank der Ärztekammer Hamburg regelmäßig aktualisiert wird. Es kamen lediglich 7 Fragebögen als „unzustellbar“ zurück, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die restlichen Fragebögen an praktizierende Hausärzte zugestellt werden konnten. In einigen Fällen wurden mehr Antwortbögen bearbeitet, als Ärzte in einer Praxis angeschrieben wurden. Das lässt darauf schließen, dass nicht alle hausärztlich tätigen Ärzte, die auch Leichenschauen durchführen, in der Datenbank erfasst waren, oder dass die gelisteten Ärzte den Fragebogen auch an bei ihnen angestellte Ärzte in Weiterbildung gegeben haben.

Die Frage nach der Dauer der eigentlichen Leichenschau hätte präziser gestellt werden können. Es ist nicht bekannt, ob die antwortenden Ärzte die Frage so verstanden haben, wie sie gemeint war: nämlich als Frage nach der tatsächlichen Dauer der eigentlichen Leichenschau ohne das Ausfüllen der Todesbescheinigungen sowie An- und Abfahrt.

In wieweit die Verlosung der Büchergutgutscheine die Rücklaufquote beeinflusst haben könnte, kann ebenfalls nicht beurteilt werden.

Wie bei allen quantitativen Erhebungen lassen sich auch hier nur statistische Zusammenhänge aufzeigen. Dies beinhaltet aber nicht unbedingt auch einen kausalen Zusammenhang.

Beispielsweise lässt sich aus der Regressionsanalyse nicht ableiten, dass sich das Sicherheitsempfinden des Arztes bei der Durchführung der Leichenschau dadurch kausal verbessern lässt, dass er mehr Leichenschauen pro Jahr durchführt. Es könnte z. B. auch eine umgekehrte Kausalität vorliegen: wer sich besonders sicher ist, führt auch mehr Leichenschauen durch.

Solche Fragen lassen sich nur durch eine qualitative Anschlussstudie beantworten.

4.2 Diskussion der Fragebogenantworten

4.2.1 Diskussion der persönlichen Angaben

Die Geschlechterverteilung kann als ausgeglichen angesehen werden. Es haben etwas mehr Frauen als Männer geantwortet (51,4% Frauen, 47,4% Männer).

Es waren lediglich 14,5% (n=74) der antwortenden Ärzte jünger als 46 Jahre. 62,3% (n=316) waren zwischen 46 und 65 Jahre alt, wobei die 46–50-jährigen mit 21,1% und die 51–55-jährigen mit 21,9% in etwa gleichhäufig vertreten waren.

Die Fragen nach dem Alter und der Dauer der ärztlichen Tätigkeit waren die Fragen, zu denen am häufigsten keine Angabe gemacht wurde (3% und 3,1%).

Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass die Ärzte Befürchtungen hatten, dass sich durch diese Daten Rückschlüsse auf die Identität ziehen lassen und somit die zugesicherte Anonymität als nicht gewahrt sahen.

4.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach Aus- und Fortbildung zum Thema Leichenschau

Die in Kapitel 1 aufgestellte Hypothese, dass nicht alle Ärzte in der Leichenschau aus- und/oder weitergebildet wurden, konnte durch die vorliegende Studie bestätigt werden.

Es sind lediglich 31,7% (n=161) der Rücksender theoretisch und praktisch in der Durchführung der ärztlichen Leichenschau ausgebildet worden, 46,7% (n=237) nur theoretisch. 19,9% (n=101) der Ärzte wurden im Rahmen ihres Medizinstudiums gar nicht in diesem Bereich ausgebildet. Berücksichtigt werden muss bei der Altersverteilung der antwortenden Ärzte, dass das Fach Rechtsmedizin vor 1970 kein eigenständiges Pflichtausbildungsfach war.

Die Antwort der Frage nach bereits besuchten Fortbildungen ergab, dass lediglich 13,2% (n=67) der Ärzte seit Beginn ihrer Tätigkeit eine Fortbildung mit praktischem und theoretischem Inhalt besuchten. Eine Fortbildung mit ausschließlich theoretischem Inhalt besucht zu haben gaben 44,5% der Ärzte (n=226) an. Fast ebenso viele (41,9%, n=213) besuchten noch nie eine Fortbildung zum Thema Leichenschau.

Lediglich 5,6% (n=28) der Ärzte, die während ihres Studiums in der Leichenschau theoretisch und praktisch ausgebildet wurden, haben schon einmal an einer Fortbildung mit theoretischen und praktischen Inhalten teilgenommen. Demgegenüber stehen 9,1% (n=46), die weder aus- noch fortgebildet sind. Immerhin haben sich 8,6% (n=43) der Ärzte, bei denen die Leichenschau kein Bestandteil des Medizinstudiums war, mindestens einmal theoretisch fortgebildet. An einer Fortbildung mit theoretisch und praktischen Inhalten haben 2,4% (n=12) teilgenommen, bei denen die Leichenschau kein Bestandteil des Studiums war.

Die erhobenen Zahlen belegen, dass ein klarer Handlungsbedarf besteht.

An erster Stelle sind hier regelmäßige Fortbildungsangebote mit praktischen Inhalten für Hausärzte und Ärzte im Notdienst zu nennen. Dass bei den Ärzten ein großes Fortbildungsinteresse besteht, zeigt die häufige Nennung dieses Themas in den Freitextkommentaren des Fragebogens.

Bei der Leichenschau handelt es sich um eine praktische Tätigkeit, die eine konsequente praktische Fortbildung erfordert.

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deutlich zeigen, erhöhen besuchte Fortbildungsveranstaltungen mit theoretischen und praktischen Inhalten sowohl die Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau als auch die Sicherheit beim Ausfüllen der Todesbescheinigung. Weiterhin erhöhen praktische Fortbildungen die Sorgfalt bei der Durchführung der Leichenschau.

Es sei an dieser Stelle auch nochmals auf das von der DGRM vorgeschlagene Curriculum verwiesen: „Das [...] entwickelte ‚Leichenschau-Curriculum zur Fortbildung für Ärzte‘ besteht neben theoretischen Inhalten aus praktischen Übungen unter Anleitung, da die Leichenschau [...] nicht nur Wissen, sondern auch Erfahrungen erfordert, die natürlich ausschließlich durch praktische Tätigkeit gewonnen werden kann [29].“

4.2.3 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach Anzahl und Dauer der Leichenschau

Die Anzahl der Leichenschauen, die ein Arzt pro Jahr durchführt, ist sehr gering. Bis zu 5 Leichenschauen pro Jahr führen 43,7% (n=222) der Ärzte durch und 28,1% (n=143) nur bis zu 10 Leichenschauen. Bei dieser geringen Anzahl werden sich Routine und Sicherheit ohne regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen und praktische Übungen kaum erwerben lassen.

Wie durch die vorliegende Arbeit gezeigt werden konnte, erhöht sich die Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau auch mit der Anzahl der pro Jahr durchgeführten Leichenschauen.

Hier sollte das praktische Wissen durch eine regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen stetig erneuert werden.

Trube-Becker schreibt hierzu: „Die Abneigung vieler Ärzte, eine Leichenschau vorzunehmen, entspringt wahrscheinlich u.a. einer gewissen Unsicherheit, schon weil die meisten der niedergelassenen Ärzte relativ selten eine Leichenschau vorzunehmen haben [...] [49].“

Nur bis zu 10 Minuten für eine Leichenschau zu benötigen gaben 35% (n=178) der Ärzte an. Mit wenig praktischer Erfahrung wird es kaum zu bewerkstelligen sein, in dieser Zeit den Leichnam vollständig zu entkleiden und sorgfältig zu untersuchen.

Mit 42,3% (n=215) gab die Mehrheit der antwortenden Ärzte an, zwischen 11 und 20 Minuten zu benötigen. Insgesamt gaben 62,4% (n=317) der Ärzte an, zwischen 11 und mehr als 30 Minuten für die Durchführung der Leichenschau zu benötigen.

Vennemann, Du Chesne und Brinkmann sehen eine Mindestuntersuchungsdauer von 20 Minuten als realistisch an [52].

Wenn die Ärzte die Frage so verstanden haben, wie sie gemeint war, nämlich als Frage nach der reinen Untersuchungszeit des Leichnams ohne An- und Abfahrt und ohne das Ausstellen der Todesbescheinigung, zeigt die vorliegende Studie, dass sich die Mehrheit der Ärzte ausreichend Zeit nimmt, um die Leichenschau sorgfältig und gewissenhaft durchzuführen.

4.2.4 Diskussion der Angaben, ob die Verstorbenen als Patienten bekannt waren

Von allen antwortenden Ärzten gaben 75,2% (n=382) an, dass ihnen mehr als 50% der Verstorbenen als Patienten bekannt waren. Das spiegelt sich auch in den Freitextantworten wider. Von den 35,4% (n=180) der Ärzte, die die Möglichkeit nutzten, Freitextanmerkungen hinzuzufügen, schrieben 14,4% (n=26), dass sie Leichenschauen ausschließlich bei bekannten Patienten durchführen. Weitere 11,7% (n=21) merkten an, bei der Leichenschau zwischen eigenen und fremden Patienten zu differenzieren (s. Anlagen 11 und 12 sowie 14 und 15). Dies könnte eine mögliche Erklärung für die geringe Zeit sein, die 35% der Ärzte durchschnittlich für die Leichenschau benötigen.

Vor allem bei bekannten und multimorbiden Patienten könnte bei den Ärzten eine falsche Sicherheit bestehen, dass es sich um einen natürlichen Tod handelt und ein solcher dann auch bescheinigt wird, ohne dass die Leichenschau vollständig und gewissenhaft durchgeführt wurde.

4.2.5 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach den Details der praktischen Durchführung der Leichenschau

Die in Kapitel 1 aufgestellten Hypothesen, dass wichtige Untersuchungsschritte zur Feststellung von Hinweisen auf eine nichtnatürliche Todesart, der Todesursache und Vorerkrankungen unvollständig durchgeführt werden sowie Todesbescheinigungen teils ohne Durchführung einer vollständigen Leichenschau ausgestellt werden, konnten zum Teil durch die vorliegende Studie bestätigt werden.

Insbesondere die Antworten der Fragen nach der vollständigen Entkleidung der Leiche, der Inspektion aller Körperöffnungen und des Ektropionierens der Augenlider zeigen, dass die Leichenschau nicht immer sorgfältig und teilweise unvollständig durchgeführt wird.

So gaben 51% (n=259) der Ärzte an, die Leichenschau immer an der vollständig entkleideten Leiche durchzuführen. Das bedeutet, dass knapp die Hälfte der Ärzte den Leichnam nicht immer vollständig entkleidet. Den Leichnam nur selten oder nie vollständig zu entkleiden gaben 10,1% (n=51) der Ärzte an.

Allerdings gaben 77% (n=391) der Ärzte an, bei der Leiche die gesamte Körperoberfläche (Vorder- und Rückseite) zu inspizieren. Hier stellt sich zwangsläufig die Frage, wie dieses ohne vollständige Entkleidung des Leichnams möglich sein kann. Eine Möglichkeit wäre, dass die Ärzte den Leichnam nicht vollständig entkleiden, sondern die Kleidung nur verschieben oder den Leichnam nur teilweise entkleiden.

Noch deutlicher werden die Defizite bei den Ergebnissen der Fragen nach dem Ektropionieren der Augenlider und der Inspektion aller Körperöffnungen. Lediglich 26,8% (n=136) der Ärzte inspizieren immer die Augenbindehäute durch Ektropionieren, 30,5% (n=155) tun dies nie, mit 30,3% (n=154) tun dies fast ebenso viele nur selten oder gelegentlich.

Es ist allerdings möglich, dass die Ärzte dennoch die Augenbindehäute inspizieren, jedoch nicht durch definitionsgemäßes Ektropionieren, sondern beispielsweise durch Herunterziehen der Augenunterlider. Ob die Augenbindehäute ohne Hilfsmittel auf diese Art inspiziert werden, wurde nicht erfragt.

Alle Körperöffnungen inspizieren lediglich 15,7% (n=80) der Ärzte immer. Nie, selten oder nur gelegentlich inspizieren 63,6% (n=323) alle Körperöffnungen.

Wenn wichtige Untersuchungsschritte wie das Entkleiden des Leichnams, das Ektropionieren der Augenbindehäute oder die Inspektion aller Körperöffnungen bei der Leichenschau nicht oder nur teilweise durchgeführt werden, entgehen dem Untersucher zwangsläufig mögliche Hinweise auf eine ungeklärte oder nichtnatürliche Todesursache oder Hinweise, die auf ein Fremdverschulden hindeuten. Auch die korrekte Klassifizierung der Todesart ist nur möglich, wenn alle Untersuchungsschritte sorgfältig vorgenommen werden.

Nur durch Entkleiden des Leichnams, Inspektion unter Pflastern und Verbänden sowie Inspektion der Körperöffnungen und der Augenbindehäute können beispielsweise Schnittwunden, Medikamentenpflaster, Hämatome, Nadeleinstichstellen, Strommarken, ein Schuss, anogenitale Verletzungen als Hinweis auf eine Vergewaltigung oder Petechien als Hinweis auf eine Gewalt gegen den Hals erkannt werden.

4.2.6 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach möglichen Beeinflussungsversuchen durch dritte Personen

Die in Kapitel 1 aufgestellte Hypothese, die leichenschauenden Ärzte fühlen sich in der Durchführung der Leichenschau bzw. der Klassifizierung der Todesart durch Angehörige oder die Polizei beeinflusst, konnte durch die vorliegende Studie bestätigt werden.

Es gaben 46,3% (n=235) der Ärzte an, sich bei der Durchführung der Leichenschau nie durch Dritte beeinflusst zu fühlen. Demgegenüber gab mehr als die Hälfte (53,4%, n=271) der Ärzte an, sich selten, gelegentlich, häufig oder immer bei der Durchführung der Leichenschau beeinflusst zu fühlen. Von diesen 53,4% gaben knapp 10% der Ärzte sogar an, sich häufig oder immer durch Dritte beeinflusst zu fühlen.

Die Frage nach Beeinflussungsversuchen durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) bei der Klassifizierung der Todesart beantworteten 61,4% (n=312) der Ärzte mit „nie“.

Selten, gelegentlich, häufig oder immer beeinflusst fühlen sich 38% (n=193) der Ärzte.

Damit liegen die Zahlen der vorliegenden Studie und die Zahlen der bereits in Kapitel 1 genannten Studie sehr nahe beieinander. Hier waren es 41% der niedergelassenen Ärzte, die mindestens schon einmal Beeinflussungsversuchen durch die Polizei bei der Klassifizierung der Todesart ausgesetzt waren [52].

Die Antworten auf diese beiden Fragen wurden in der vorliegenden Arbeit so interpretiert, dass die Ärzte, die „selten“ oder „gelegentlich“ ankreuzten, sich schon mindestens einmal bei der Leichenschau oder bei der Klassifizierung der Todesart durch Dritte (z. B. Polizei oder Angehörige) beeinflusst fühlten, und dass die Ärzte, die „häufig“ oder „immer“ ankreuzten, sich schon mehrmals beeinflusst fühlten.

Trube-Becker merkte 1991 an: „Die Ärzte sollten häufiger den Mut aufbringen, auf diese Unsicherheit [Bescheinigung der Todesart und Todesursache] hinzuweisen und ihren Zweifeln Ausdruck verleihen. Vor allem sollen sie sich weder von den Angehörigen noch von behördlichen Instanzen drängen lassen [49].“

4.2.7 Diskussion der Ergebnisse der Fragen nach Todesart und Todesursache

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Frage, ob Zweifel an der Festlegung einer medizinischen Todesursache bestehen, wird deutlich, dass hier eine Unsicherheit bei den Ärzten besteht.

Lediglich 7,7% (n=39) der Ärzte gaben an, nie Probleme bei der Todesursachenfestlegung zu haben. Die Todesursachenbestimmung fällt 20,6% (n=105) häufig oder immer schwer.

Diese Frage wurde mit 40% (n=203) am häufigsten von allen Fragen mit „gelegentlich“ beantwortet. Hier kann davon ausgegangen werden, dass bei der Beantwortung eine Tendenz zur Mitte bestand, da sich diese Frage nicht pauschal auf alle Todesfälle anwendbar beantworten lässt.

Der Hausarzt Dr. Michael Drews schrieb über die Schwierigkeiten, die er als leichenschauender Arzt bei der Todesursachen-Bestimmung hat: „Wenn ich manchmal [...] vorwurfsvoll lese, daß die hausärztlich aufgeführten Todesursachen auf dem Totenschein einer objektiven Überprüfung durch den Pathologen nur in begrenztem Umfang standhalten kann, wundere ich mich das überhaupt nicht, sondern bestätigt vielmehr meine aus der Praxis gewonnenen Erfahrung, daß die Ausfertigung dieses vorgeschriebenen Dokuments ohne Kontrollobduktion sehr oft nur eine verwaltungstechnische Farce ist. Selbst bei den eigenen Patienten, deren Krankheiten man seit Jahren kennt, ist das korrekte Ausfüllen des Totenscheins sehr oft mehr als schwierig [19].“

Für etliche Fallgruppen ist es für den leichenschauenden Arzt nahezu unmöglich, unter ambulanten Bedingungen allein durch eine äußere Besichtigung eine korrekte Todesursache zu benennen. Eine zuverlässige Feststellung von Todesart- und -ursache ist oftmals nur durch eine innere Leichenschau möglich, das gilt insbesondere für Todesfälle mit unklarer oder zweifelhafter Krankenvorgeschichte [26].

Trotzdem wird vom Leichenschauer erwartet, dass er die Krankheit und deren Verlauf möglichst genau angibt. Die auf der Todesbescheinigung geforderten Angaben machen oftmals Untersuchungen nötig, die nur unter klinischen Bedingungen oder erst nach einer Obduktion möglich sind [49].

Dennoch sollte auf Verlegenheitsdiagnosen wie „Altersschwäche“, „Herzversagen“ oder „Herz-Kreislaufstillstand“ verzichtet werden. Diesen Diagnosen liegt ebenfalls ein Grundleiden zugrunde. Dass gerade die Todesursachenbestimmung und das Formulieren einer schlüssigen Kausalkette den Hausärzten große Schwierigkeiten bereitet, zeigen die Freitext-Anmerkungen im Fragenbogen (s. Anlagen 8–10, S.107 ff.). Mit 22,2% (n=40) wurde dieser Themenkomplex am häufigsten genannt. Insbesondere wurde angemerkt, dass es bei multimorbiden Patienten sehr schwer ist, eine eindeutige Todesursache zu deklarieren.

Darauf, dass dieses Problem nur mit einer von Rechtsmedizinern oft geforderten Erhöhung der Sektionsfrequenz gelöst werden kann, soll in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden.

Das Ergebnis der Frage nach der Klassifizierung der Todesart stimmt angesichts der zu dem Thema bereits erhobenen Studien nachdenklich. Nie oder nur selten Zweifel an der von ihnen bescheinigten Todesart zu haben, gaben 76,8% (n=390) der Ärzte an. Insbesondere nach Unfällen, wenn der Tod nicht in direktem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht, wird häufig fälschlicherweise ein natürlicher Tod attestiert.

In Würzburg beispielsweise wurden 7.010 Todesbescheinigungen auf Diskrepanzen zwischen der klinischen Todesursache und der Todesart überprüft. Diese Studie kam zu dem Ergebnis, dass bei mehr als der Hälfte der tödlichen Stürze von einer Treppe ein natürlicher Tod bescheinigt wurde, besonders, wenn der Unfall länger zurücklag und der Tod z. B. durch Pneumonie oder Lungenembolie eintrat [53]. Eine Umfrage bei niedergelassenen Allgemeinärzten in Thüringen ergab, dass 61% der befragten Ärzte bei unklaren Fällen einen natürlichen Tod bescheinigen [30 c].

Eine weitere Studie aus dem Kreis Steinfurt kam zu dem Ergebnis, dass Hausärzte bei den eigenen Patienten in 98,4% der Fälle einen natürlichen Tod bescheinigten. In dieser Studie wurden auch Todesbescheinigungen analysiert, die von Ärzten für ihnen fremde Personen ausgestellt wurden. Bemerkenswert ist hier die Tatsache, dass in 97,6% der Fälle ebenfalls ein natürlicher Tod attestiert wurde, obwohl die Ärzte nur selten in vollem Maße über die Krankengeschichte des Patienten informiert gewesen sein dürften [8].

Hannoveraner Rechtsmediziner untersuchten in einer Studie, inwieweit die Obduktionsergebnisse von Leichen, die während der Krematoriumsleichenschau angehalten wurden, mit den auf den jeweiligen Todesbescheinigungen angegebenen Todesarten und Todesursachen übereinstimmten.

Die bescheinigte Todesart deckte sich bei 15,1% der Hausärzte mit dem Obduktionsergebnis und in 65,6% der Fälle stimmte die Todesursache nicht mit dem Obduktionsergebnis überein [24].

4.2.8 Diskussion der Ergebnisse der eigenen Einschätzung der Sicherheit bei der Leichenschau, Beurteilung sicherer Todeszeichen und Ausfüllen der Todesbescheinigung

Bei der Feststellung sicherer Todeszeichen fühlen sich 79,9% (n=403) der Ärzte sehr sicher oder sicher. Eher sicher fühlen sich 17,1% (n=86). Immerhin 20,5% (n=104) der Befragten fühlen sich sehr unsicher, unsicher oder eher unsicher. Auch diese Zahl macht deutlich, dass Schulungen dringend notwendig sind. Die 4 sicheren Todeszeichen sollten von jedem Arzt, der Leichenschauen durchführt, sicher erkannt werden.

Wie die Varianz- und Regressionsanalysen gezeigt haben, wirken sich besuchte Fortbildungsveranstaltungen mit praktischen Inhalten sowohl positiv auf das subjektive Sicherheitsempfinden bei der Durchführung der Leichenschau als auch auf die Sicherheit beim Ausfüllen der Todesbescheinigung aus. Durch dieses Ergebnis wird einmal mehr deutlich, wie wichtig Fortbildungsangebote für Hausärzte sind.

4.2.9 Diskussion der Ergebnisse der Freitext-Anmerkungen

Die Anmerkungen zeigen, dass eine große Unsicherheit bezüglich der Klassifizierung der Todesart, der Festlegung einer medizinischen Todesursache und der Beschreibung der Kausalkette auf der Todesbescheinigung besteht.

Die häufige Erwähnung, dass zwischen bekannten und unbekannten Verstorbenen unterschieden wird, legt den Schluss nahe, dass die Leichenschau bei vormalig bekannten Patienten weniger sorgfältig durchgeführt wird.

Weiterhin wird ein großes Fortbildungsinteresse deutlich.

4.3 Lösungsansätze für eine verbesserte Qualität der Leichenschau in Hamburg

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, besteht klarer Handlungsbedarf, am derzeitigen Leichenschauwesen in Hamburg zeitnah etwas zu verändern.

Es sind mehrere Ansatzpunkte denkbar, die einzeln oder in Kombination miteinander zu einer verbesserten Qualität der Leichenschau führen können: freiwillige oder verpflichtende Fortbildungsveranstaltungen, Abtretung der Aufgabe der Leichenschau an einen Leichenschaudienst durch speziell hierfür geschulte Ärzte oder an Rechtsmediziner, eine Trennung von Todesfeststellung und Leichenschau, eine vorläufige Todesbescheinigung für Hausärzte sowie weiterführende unterstützende Angebote für Hausärzte. Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte näher erläutert.

Wie bereits im Ergebnisteil beschrieben, fühlen sich die Ärzte, die bereits mindestens eine Fortbildung mit praktischen Anteilen zum Thema Leichenschau besucht haben, sicherer bei der Leichenschau und beim Ausfüllen der Todesbescheinigung. Diese Ärzte führen die Leichenschau auch sorgfältiger durch.

Daher stehen zur Verbesserung der Qualität der Leichenschau regelmäßige Fortbildungsangebote mit praktischen Übungen sicherlich an erster Stelle. Der in den Freitextantworten häufig genannte Wunsch nach Fortbildungen belegt, dass hier ein großes Interesse aufseiten der Ärzte besteht.

Wichtig ist, dass in Fortbildungsveranstaltungen kein rein theoretischer Inhalt vermittelt wird, sondern die Durchführung der Leichenschau sowie das korrekte Ausfüllen der Todesbescheinigung in erster Linie praktisch geübt werden. Weiter könnten diese Schulungsangebote auch Übungen im Umgang mit Ermittlungsbehörden und Angehörigen beinhalten.

Solche Fortbildungen sollten von speziell ausgebildeten Ärzten, z. B. Rechtsmedizinern, durchgeführt werden.

Das von der DGRM vorgeschlagene Curriculum (s. Seite 21 und Anlagen 3 und 4, S. 102 f.) bietet hier wichtige Ansätze. Dieses Curriculum sieht eine 3,5-tägige Fortbildung vor, deren Besuch vermutlich nicht für jeden Arzt möglich sein wird. Hier könnte eine Wochenendschulung oder die Splittung in einzelne Tage sinnvoll sein. Solche Schulungsprogramme sollten mehrmals im Jahr angeboten werden und könnten durch eine interaktive Lernsoftware wie die in Kapitel 1 vorgestellte „virtuelle Leichenschau“ unterstützt werden. Denkbar ist auch, dass bei Bedarf Einzelschulungen angeboten werden. Für jeden Besuch von Weiterbildungen sollten Fortbildungspunkte gutgeschrieben werden.

Derzeit beschränkt sich die Ausbildung zur ordentlichen Durchführung einer Leichenschau auf den Leichenschaukurs während des Studiums. Danach gibt es keine weitere Verpflichtung mehr für die Leichenschauärzte, sich zum Thema Leichenschau fortzubilden [31].

Daher wäre eine Fortbildungsverpflichtung mit praktischen Inhalten zum Thema Leichenschau und Todesbescheinigung wünschenswert. Eine Übernahme dieses Themas in die Weiterbildungsordnung für die Arztgruppen, die am häufigsten ambulante Leichenschauen durchführen – wie Allgemeinmediziner und Internisten – scheint sinnvoll. Auch Ärzte anderer Fachrichtungen, die im ärztlichen Notdienst tätig sind, würden von praktischen Übungen profitieren.

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Anleitungen zur korrekten Durchführung einer Leichenschau [20, 21], teilweise verbunden mit der Möglichkeit, Fortbildungspunkte zu erwerben [33, 44]. Diese Hilfestellungen sind wichtig und mögen helfen, theoretisches Wissen aufzufrischen oder zu vertiefen, können jedoch praktische Übungen nicht ersetzen.

Eine weitere Möglichkeit die Qualität der Leichenschau zu verbessern und vor allen Dingen Hausärzte von dieser für sie oftmals belastenden Aufgabe zu befreien, wäre die Abtretung dieser Aufgabe an einen Leichenschaudienst, wie er beispielsweise seit 1995 in München existiert. Hier führen einige Ärzte, die vom Institut für Rechtsmedizin eigens für die Leichenschau geschult wurden, die Leichenschauen nach Anforderung durch die Polizei durch [23].

Die Leichenschau allein in die Kompetenz eines solchen Leichenschaudienstes oder von Rechtsmedizinern zu stellen, scheint jedoch nur dann sinnvoll, wenn – wie in Österreich [39] – der Hausarzt, der die Krankenvorgeschichte des Verstorbenen kennt, verpflichtet werden kann, bei der Leichenschau nach Aufforderung des Leichenschauers anwesend zu sein.

Eine solche Verpflichtung wäre auch in Deutschland für die Ärzte im Notdienst denkbar, da diese Ärzte die Krankengeschichte des Verstorbenen nur in den seltensten Fällen kennen dürften. In diesem Zusammenhang könnte auch in Hamburg das System dahin gehend verändert werden, dass die Leichenschau – wie beispielsweise in England oder in den Niederlanden [17] – nur von dem zuletzt behandelnden Arzt durchgeführt werden darf, und das auch nur dann, wenn er den Verstorbenen kurz vor seinem Tod noch behandelt hat.

Denkbar ist weiterhin, eine konsequente Trennung zwischen der Todesfeststellung durch den Hausarzt und der vollständigen Leichenschau, die nach Todesfeststellung durch einen Rechtsmediziner durchgeführt wird, einzuführen. So könnte sich der Hausarzt auf die reine Todesfeststellung beschränken. Die Leichenschau, die Festlegung der medizinischen Todesursache und die Klassifizierung der Todesart würden daraufhin ebenso durch einen Rechtsmediziner übernommen wie das Ausstellen der Todesbescheinigung. Sinnvoll wäre es bei diesem Modell jedoch, wenn der Rechtsmediziner zur Todesursachenfeststellung Rücksprache mit dem Hausarzt hält, der die Krankengeschichte des Verstorbenen am besten kennt.

Für den Fall, dass es für den Hausarzt nicht möglich ist, vor Ort eine vollständige Leichenschau durchzuführen, etwa weil der Leichnam stark übergewichtig oder fäulnisverändert ist, sollte es eine Möglichkeit geben, dieses auf der Todesbescheinigung zu vermerken. Ähnlich wie bei den Notärzten könnte eine Todesbescheinigung so als „vorläufige Todesbescheinigung für Hausärzte“ gelten und der Leichnam anschließend im Institut für Rechtsmedizin unter optimalen Bedingungen einer sorgfältigen Leichenschau unterzogen werden.

Eine weitere Möglichkeit, die Qualität der praktischen Durchführung der Leichenschau zu verbessern und die Leichenschau an sich für den Hausarzt einfacher zu gestalten, wäre, die Leichenschauen immer von zwei Personen durchführen zu lassen. Bei den Leichenschauen im Institut für Rechtsmedizin in Hamburg ist immer ein Sektionsgehilfe anwesend, der den Rechtsmedizinern bei der Leichenschau behilflich ist, beispielsweise durch Andrehen des Leichnams zur Inspektion der gesamten Körperoberfläche. Eine solche Regelung wäre auch im ambulanten Bereich hilfreich. Hier wäre eventuell ein „Freiwilligendienst“ denkbar.

Eine kurzfristig umzusetzende Hilfe für Hausärzte wäre ein direkter Kontakt zum Institut für Rechtsmedizin, beispielsweise auf der Internetseite des Instituts. Hier könnte ein Leitfaden mit einer Checkliste im „Kitteltaschenformat“ für Hausärzte zum Herunterladen bereitgestellt werden, sowie weitere allgemeine Hinweise zum Thema Leichenschau gegeben werden.

Das Deutsche Ärzteblatt hat im Jahr 2003 eine sehr ausführliche Checkliste zur korrekten Durchführung der Leichenschau veröffentlicht [31], die in gekürzter und handlicher Form als Grundlage zur Erstellung eines solchen Leitfadens dienen könnte.

Weiterhin könnte es auf der Internetseite des Instituts für Rechtsmedizin einen anmeldepflichtigen Bereich geben, in dem Hausärzte Fragen zur Leichenschau stellen können, die idealerweise zeitnah durch einen Institutsmitarbeiter beantwortet werden. Bereits heute können Ärzte, wenn sie Fragen bei der Leichenschau haben, rund um die Uhr telefonische Rücksprache mit Rechtsmedizinern halten. Diese Telefonnummer könnte allen Ärzten durch ein Schreiben, deutlich hervorgehoben auf der Internetseite des Instituts für Rechtsmedizin oder im Hamburger Ärzteblatt mitgeteilt werden.

Hilfreich könnte auch der Einsatz von Telemedizin sein, die es den Hausärzten ermöglichen würde, sich bei unklaren oder unsicheren Befunden von Rechtsmedizinern beraten zu lassen. Dies könnte unter Einsatz von Foto- oder Videodokumentation geschehen. So wäre es möglich, dass Rechtsmediziner trotz räumlicher Distanz bei der Leichenschau direkt unterstützend tätig sein können.

Möglich wäre es auch, ein „Feedbacksystem“ wie in Finnland [28, 42] einzuführen, sodass die Hausärzte immer eine Rückmeldung durch Rechtsmediziner erhalten, wenn eine Todesbescheinigung nicht stimmig erscheint. Dass sich die Ärzte auch eine Rückmeldung durch Rechtsmediziner wünschen, wenn durch ihre Klassifizierung der Todesart eine Sektion durchgeführt wurde, wird in der vorliegenden Arbeit auch aus den Anmerkungen ersichtlich.

Allein eine bessere Vergütung für die Leichenschau oder gar vermehrte Kontrollen mit sich anschließenden konsequent verhängten Sanktionen nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz zur Verbesserung der Qualität der Leichenschau einzuführen, scheint nicht zielführend.

4.4 Schlussbemerkungen

Der letzte Dienst am Patienten hat nach seinem Tod genauso sorgfältig zu erfolgen wie eine Untersuchung am lebenden Patienten. Eine Leichenschau muss immer und unter allen Umständen sorgfältig durchgeführt werden, auch bei bekannten Verstorbenen.

Es darf kein Unterschied gemacht werden, ob der Patient multimorbide war und der Tod erwartet wurde oder nicht. Auch eine lange Krankheit und langjährige Betreuung rechtfertigt keine Leichenschau am bekleideten Leichnam oder eine weniger sorgfältige Leichenschau [9].

Falsch verstandene Rücksicht auf Angehörige und damit verbundene mangelnde Sorgfalt sind bei der Leichenschau fehl am Platz. Wichtig ist, den Hausärzten Hilfestellung bei der für sie oftmals belastenden Aufgabe zu geben. Dieses kann am ehesten in Form von Fortbildungen mit praktischen Inhalten oder in Kooperation mit einem Leichenschaudienst umgesetzt werden.

An der vorliegenden Studie haben sich über die Hälfte der angeschriebenen Ärzte beteiligt, teilweise mit sehr ehrlichen Anmerkungen, aus denen hervorgeht, wie wichtig dieses Thema für sie ist.

Es darf auch nicht vergessen werden, dass alle Todesbescheinigungen, die in der Bundesrepublik Deutschland ausgestellt werden, die Grundlage für eine valide Todesursachenstatistik bilden und damit auch die Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen einschließlich einer effektiven Verteilung der finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen sind und dieses Verfahren somit letztlich allen Lebenden zugutekommt [30 d].

Jeder Arzt, der Leichenschauen durchführt, muss sich der hohen Verantwortung, die er bei dieser wichtigen Aufgabe trägt, bewusst sein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Leichenschauwesen in Hamburg dringend einer Reform bedarf.

Auf der 319. Delegiertenversammlung im Jahr 2012 in Hamburg diskutierten die Ärzteparlamentarier das Thema Leichenschau und beschlossen mit großer Mehrheit einen Maßnahmenkatalog, der mit politischen Entscheidungsträgern vorangetrieben werden soll.

Dieser Maßnahmenkatalog umfasst [27]:

1. Verbesserte theoretische und praktische Ausbildung aller Medizinstudenten im Sektionswesen und in der Leichenschau.
2. Fortbildung der Ärzte im Sektionswesen und in der Leichenschau.
3. Förderung der Rahmenbedingungen zur signifikanten Erhöhung der Sektionsquote.
4. Entwicklung eines Indikationskatalogs für Obduktionen im Sinne einer Qualitätssicherungsmaßnahme.
5. Teilnahme an klinisch-pathologischen Konferenzen als integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung.
6. Klärung der Finanzierung der Sektion und der Leichenschau.

Vielleicht kann die vorliegende Arbeit durch ihre Ergebnisse einen Beitrag dazu leisten, dass die einzelnen Punkte dieses Maßnahmenkataloges schnellstmöglich umgesetzt werden.

5 Zusammenfassung

Vom Leichenschauarzt werden wichtige Entscheidungen getroffen, die nicht nur im Interesse des Verstorbenen und seiner Angehörigen, sondern darüber hinaus auch im allgemeingesellschaftlichen Interesse von großer Bedeutung sind. Dies betrifft sowohl die Diagnose Tod und die Feststellung der Todesursache als auch die Klassifizierung der Todesart.

Die Durchführung und Qualität der ambulanten Leichenschau wurde in der Vergangenheit in den Medien und in Fachkreisen vielfach kritisiert und für unzureichend befunden.

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Fax-Befragung der niedergelassenen Hamburger Hausärzte (n=1336) mittels standardisierter schriftlicher Fragebögen zu Aus- und Weiterbildung zum Thema Leichenschau, zur Durchführung sowie zu strukturellen Problemen bei der Leichenschau und der Ausstellung der Todesbescheinigung durchgeführt. Der Fragebogenrücklauf betrug 48% (n=643), hiervon gaben 508 Ärzte an, dass sie Leichenschauen durchführen, sodass diese Bögen in die Endauswertung einbezogen werden konnten.

Es konnten Defizite in der Vollständigkeit der Durchführung der ambulanten Leichenschau gezeigt werden.

Die Ergebnisse bestätigen die aufgestellten Hypothesen, dass nicht alle Ärzte für die Leichenschau aus- und/oder weitergebildet worden sind, dass wichtige Untersuchungsschritte zur Feststellung von Hinweisen auf eine nichtnatürliche Todesart, der Todesursache und Vorerkrankungen nicht immer vollständig durchgeführt werden, dass Todesbescheinigungen teilweise ohne Durchführung einer vollständigen Leichenschau ausgefüllt werden, und dass sich mehr als die Hälfte der leichenschauenden Ärzte schon mindestens einmal bei der Durchführung der Leichenschau und 38% (n=193) sich schon mindestens einmal bei der Klassifizierung der Todesart durch Angehörige oder die Polizei beeinflusst fühlten.

Ein Drittel der antwortenden Ärzte (n=161, 32%) hat neben einer theoretischen eine praktische Ausbildung in der Leichenschau erhalten, mehr als zwei Drittel der Hausärzte (n=365, 72%) führen jährlich maximal 10 Leichenschauen durch, meist bei ihren eigenen Patienten.

Die Hälfte der Ärzte (n=259, 51%) nimmt die Leichenschau immer an der unbedeckten Leiche vor, nur 27% (n=136) ektropionieren immer die Augenbindehäute und lediglich 16% (n=80) inspizieren immer alle Körperöffnungen.

Die subjektive Sicherheit bei der Durchführung der Leichenschau steigt mit der Anzahl der Berufsjahre, der Anzahl der pro Jahr durchgeführten Leichenschauen sowie der Teilnahme an einer Fortbildung mit theoretischen und praktischen Anteilen an. Die Ärzte, die bereits an einer Fortbildung mit praktischen Inhalten teilgenommen haben, führen die Leichenschau auch sorgfältiger durch.

Die subjektive Sicherheit beim Ausfüllen der Todesbescheinigung steigt mit der Anzahl der pro Jahr durchgeführten Leichenschauen sowie der Teilnahme an einer Fortbildung mit theoretischen und praktischen Anteilen an.

Die Möglichkeit, in einem Freitextfeld eigene Anmerkungen hinzuzufügen, nutzten 35,4% (n=180) der antwortenden Ärzte. Hier wurde deutlich, wie belastend die Aufgabe der Leichenschau für diese ist. Am häufigsten wurden der Wunsch nach Fortbildung, Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Todesbescheinigung, insbesondere bei der Bestimmung der Todesursache und der Herleitung einer Kausalkette bei hochbetagten und multimorbiden Patienten genannt.

Eine Verbesserung der Aus- und besonders der Fortbildung könnte die Qualität der Leichenschau ebenso verbessern, wie ein Rückmeldesystem durch Rechtsmediziner an die leichenschauenden Hausärzte bei nicht-stimmigen Todesbescheinigungen. Weiterhin könnte eine ausschließliche Durchführung der Leichenschau durch eigens geschulte Ärzte oder Rechtsmediziner sinnvoll sein.

Literaturverzeichnis

- 1 Ärztekammer Baden-Württemberg.
<https://www.aerztekammer-bw.de/10Ärzte/20fortbildung/20leichenschau>
[Stand: 16.11.2013]
- 2 Ärztekammer Hamburg. Arztsuche.
http://www.aerztekammer-hamburg.de/patienten/hamb_aerzte.htm
[Stand 11.04.2014]
- 3 Ärztekammer Hamburg. Fortbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.06.2004 i. d. F. vom 30.10.2006.
http://www.aerztekammer-hamburg.de/patienten/hamb_aerzte.htm
[Stand 24.01.2013]
- 4 Anders S, Fischer-Brügge D, Fabian M, Raupach T, Petersen-Ewert C, Harendza, S (2011) Teaching post-mortem external examination in undergraduate medical education – The formal and the informal curriculum.
Forensic Science International 210, 87–90.
- 5 Anders S, Püschel K (2003) Die neue Approbationsordnung für Ärzte. Chance für die Lehre im Fach Rechtsmedizin?. *Rechtsmedizin* 13: 66–68.
- 6 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
Register Nr. 054/002. Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau.
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/054-002.html>
[Stand: 06.04.2014]
- 7 Berg (1926) Schwierigkeiten bei der ärztlichen Leichenschau.
Klinische Wochenschrift 38:1806–1807.

- 8 Berster DA (2006) Beurteilung von Auswirkungen der Gesetzesänderung des nordrhein-westfälischen Bestattungsgesetzes vom 17.06.2003 auf die Effektivität des Leichenschauwesens durch kritische Überprüfung von Todesbescheinigungen in einem ländlichen Gebiet (Kreis Steinfurt). *Med. Dissertation*. Universität Münster.
- 9 Birkholz M (2003) Problem Todesursache. Die Leichenschau in der hausärztlichen Tätigkeit. *Notfallmedizin* 2003; 29: 208–212.
- 10 Brinkmann B, Du Chesne A (1993) Die Misere der ärztlichen Leichenschau in Deutschland. *medwelt* 44: 697–701.
- 11 Brinkmann B et al. (1997) Fehlleistungen bei der ärztlichen Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland (I), (II). *Arch Kriminol* 199, 1–12, 65–74.
- 12 Brinkmann B, Püschel K (1991) Definition natürlicher, unnatürlicher, unklarer Tod. Todesursachenklärung. Derzeitige Praxis. *Medizinrecht* 9, 233–238.
- 13 Bundesärztekammer.
<http://www.bundesaerztekammer.de/bericht2002-2003/pdf/130209.pdf>
[Stand: 23.11.2013].
- 14 Bundesärztekammer. Fortbildungssuche.
<http://www.baek-fortbildungssuche.de/>
[Stand: 16.11.2013].
- 15 Bundesgesetzblatt (2002) Approbationsordnung für Ärzte, BGBl Teil I Nr. 44, S 2405–2435 ausgegeben zu Bonn am 3. Juli 2002.
- 16 Citizens Information Board, Ireland.
http://www.citizensinformation.ie/en/death/after_a_death/death_cert.htm
[Stand: 23.03.2014]

- 17 Das C (2005) Death Certificates in Germany, England, The Netherlands, Belgium and the USA. *European Journal of Health Law* 12: 193–211.
- 18 Dettmeyer R, Verhoff MA (2009) Ärztliche Leichenschau in Deutschland. Rechtsgrundlagen. *Rechtsmedizin* 19: 391–398.
- 19 Drews M (1987) „Ich bin oft ratlos“. Über die Schwierigkeiten eines Arztes für Allgemeinmedizin beim Ausstellen eines Leichenschau-Scheins. *Kriminalistik* 11/87: 585–586.
- 20 Edler C, Hohner M, Müller K, Schröder AS (2012) Todeszeichen erkennen und richtig deuten. *Lege artis* 2012; 2: 92–99.
- 21 Edler C, Hohner M, Müller K, Schröder AS (2012) Todesfeststellung und Leichenschau – Keine Angst vor der Leichenschau! *Lege artis* 2012; 2: 100–105.
- 22 Esser, Hartmut (1986) Über die Teilnahme an Befragungen. *ZUMA Nachrichten* 10:38–47.
- 23 Fieseler S, Kunz S, Graw M, Peschel O (2009) Ärztliche Leichenschau im Großraum München. *Rechtsmedizin* 19: 418–423.
- 24 Germerott T, Todt M, Bode-Jänisch S, Albrecht K, Breitmeier D (2012). Die Krematoriumsleichenschau – Instrument zur Qualitätskontrolle der ärztlichen Leichenschau und Aufdeckung nichtnatürlicher Todesfälle? *Arch Kriminol* 230, 13–23.
- 25 Groß D (2000) Rezente Mängel der Leichenschau und ihre historischen Ursachen: Eine Analyse aus medizingeschichtlicher Sicht. *N.T.M.* 8: 103–115.

- 26 Große Perdekamp M, Pollak S, Bohnert M, Thierauf A (2009) Äußere Leichenschau. Untersuchung mit begrenzten Erkenntnismöglichkeiten. *Rechtsmedizin* 19: 413–417.
- 27 Kiekbusch D (2012) Bessere Erkenntnisse durch mehr Obduktionen. *Hamburger Ärzteblatt* 03/2012, 18–19.
- 28 Lahti RA, Penttilä A (2001) The validity of death certificates: routine validation of death certification and its effects on mortality statistics. *Forensic Science International* 115: 15–32.
- 29 Madea B, Bajanoswki T, Peschel O, Ritz-Timme S, Rothschild MA, Stiller D, Grass H (2010) Kontinuierliche ärztliche Fortbildung zum Thema Leichenschau. *Rechtsmedizin* 21: 51–54.
- 30 Madea B (2006) *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen – Praktische Durchführung – Problemlösungen*. 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg.
a) S. 2 b) S. 6–7 c) S. 29 d) S. 151
- 31 Madea B, Dettmeyer R (2003) Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Kompetente Durchführung trotz unterschiedlicher Gesetzgebung der Länder. *Dtsch Arztebl* 2003; 100 [Heft 48]: A3161–A3179.
- 32 Madea B, Dettmeyer R, Schmidt P (2006) Feststellung der Todesursache. In: *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen – Praktische Durchführung – Problemlösungen*. B. Madea (Hrsg.) 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, 99–101.
- 33 Madea B, Rothschild M (2010) Ärztliche Leichenschau. Feststellung der Todesursache und Qualifikation der Todesart. *Dtsch Arztebl* 2010; 107 [Heft 33]: 15–18 und 575–588.

- 34 Maudsley G, Williams EMI (1996) 'Inaccuracy' in death certifications – where are we now? *J. Public Health Med.* 18: 59–66.
- 35 Merten M (2003) Ärztliche Leichenschau. Qualität mangelhaft. *Dtsch Arztebl* 2003; 100 [Heft 40]: A2558.
- 36 Minelli N, Marchetti D (2013) Discrepancies in Death Certificates, Public Health Registries, and Judicial Determinations in Italy. *J Forensic Sci*, Vol 58, No.3: 705–710.
- 37 O'Higgins, J (2013) *Spuren des Todes*. S. Fischer Verlag, 1. Auflage, S. 196.
- 38 Peschel O, Eisenmenger W (2005) Todesfeststellung und ärztliche Leichenschau im Notarzdienst. *Notfall. Rettungsmed.* 8: 520–524.
- 39 Pollak S (2006) Gesetzliche Bestimmungen zur Leichenschau in Österreich. In: *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen – Praktische Durchführung – Problemlösungen*. B. Madea (Hrg.) 2.Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, 50–56.
- 40 Rohrmann B (1978) Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 9: 222–245.
- 41 Rothschild MA (2009) Probleme bei der ärztlichen Leichenschau. Sicht der niedergelassenen Ärzte, der Klinikärzte, der Notärzte und der Polizei. *Rechtsmedizin* 19: 407–412.
- 42 Saukko P (1983) Die Leichenschau in Skandinavien. *Beitr Gerichtl Med* 42: 339–341.
- 43 Schmeling A, Kellinghaus M, Becker JC, 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.

- 44 Schneider V (2002) Leichenschau. *Internist* 2002; 43: 1575–1587.
- 45 Schwenn, A (2008) Studentische Ausbildung im Fach Rechtsmedizin in Deutschland. *Med. Dissertation*. Universität Hamburg.
- 46 Sozialgesetzbuch V. In Kraft seit 1.1.1989. § 95d.
Fortbildungsverpflichtung für Ärzte.
- 47 Statistisches Bundesamt.
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/TodesursachenFlyer.pdf?__blob=publicationFile
[Stand: 14.03.2014]
- 48 Telefoninterview am 18.11.2013 mit Herrn Germer von der CompuGroup Medical Deutschland AG.
- 49 Trube-Becker E (1991) Leichenschauschein und Todesursachenstatistik. *Versicherungsmedizin* 43; 2: 37–41.
- 50 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Hamburger Lernzielkatalog.
http://www.uke.de/studierende/downloads/zg-studierende/Lernzielkatalog_091104_mat.pdf.
[Stand: 14.03.2014]
- 51 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Themenblockbuch des Themenblock VI.
http://www.uke.de/studierende/downloads/zg-studierende/tb6_20131.pdf.
[Stand: 14.03.2014]
- 52 Vennemann B, Du Chesne A, Brinkmann B (2001) Die Praxis der ärztlichen Leichenschau. *Dtsch. Med. Wschr.* 126: 712–716.

- 53 Vock R (1983) Überprüfung von ca. 7.000 Todesbescheinigungen. Konsequenzen für die ärztliche Aus- und Fortbildung. *Beitr Gerichtl Med* 42: 355–358.
- 54 Zollinger U (2006) Rechtsgrundlagen der Leichenschau: Schweiz. In: *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen – Praktische Durchführung – Problemlösungen*. B. Madea (Hrg.) 2.Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, 59–63.

Verzeichnis der Abbildungen

		Seite
Abbildung 1	Ankreuzmöglichkeiten auf den Leichenschauscheinen der Qualifikation der Todesart in allen Bundesländern	14
Abbildung 2	wird Leichenschau durchgeführt?	31
Abbildung 3	Geschlecherverteilung der antwortenden Ärzte	32
Abbildung 4	Altersverteilung der antwortenden Ärzte in Jahren	33
Abbildung 5	Dauer der ärztlichen Tätigkeit in Jahren	34
Abbildung 6	Ergebnis der Frage 1: „War die ärztliche Leichenschau Bestandteil Ihres Medizinstudiums“?	37
Abbildung 7	Ergebnis der Frage 2: „Haben Sie während Ihrer ärztlichen Tätigkeit schon mal an einer Fortbildung zum Thema Leichenschau teilgenommen?“	38
Abbildung 8	Ergebnis der Frage 4: „Bei wie vielen dieser äußeren Leichenschauen sind Ihnen die Verstorbenen als Patienten bekannt?“	42
Abbildung 9	Ergebnis der Frage 5: „Wie lange benötigen Sie für die Durchführung der Leichenschau?“	43
Abbildung 10	Ergebnis der Frage 6: „Ich wende bei der äußeren Leichenschau Hilfsmittel wie z. B. Pinzette oder Taschenlampe an.“	44
Abbildung 11	Ergebnis der Frage 7: „Ich führe die äußere Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche durch.“	45
Abbildung 12	Ergebnis der Frage 8: „Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die gesamte Körperoberfläche (Vorder- und Rückseite), z. B. durch Andrehen der Leiche.“	46

		Seite
Abbildung 13	Ergebnis der Frage 9: „Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau alle Körperöffnungen (Ohr- und Naseneingänge, Mund, Scheide, Anus).“	47
Abbildung 14	Ergebnis der Frage 10: „Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau verdeckte Körperareale (z. B. unterhalb von Verbänden oder Pflastern).“	48
Abbildung 15	Ergebnis der Frage 11: „Ich taste bei der äußeren Leichenschau knöcherne Strukturen und die behaarte Kopfhaut ab.“	49
Abbildung 16	Ergebnis der Frage 12: „Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die Bindehäute der Augenlider durch Ektropionieren.“	50
Abbildung 17	Ergebnis der Frage 13: „Ich stelle Todesbescheinigungen aus, ohne eine vollständige Leichenschau durchgeführt zu haben.“	51
Abbildung 18	Ergebnis der Frage 14: „Ich fühle mich durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) bei der Durchführung der Leichenschau beeinflusst.“	52
Abbildung 19	Ergebnis der Frage 15: „Ich fühle mich durch Dritte (z. B. Angehörige oder Polizei) in meiner Entscheidung für die Klassifizierung der Todesart (natürlich, nichtnatürlich, ungeklärt) beeinflusst.“	53
Abbildung 20	Ergebnis der Frage 16: „Ich habe Zweifel an der von mir bescheinigten Todesart.“	54
Abbildung 21	Ergebnis der Frage 17: „Mir fällt die Festlegung einer medizinischen Todesursache schwer.“	55
Abbildung 22	Ergebnis der Frage 18: „Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Durchführung der äußeren Leichenschau?“	56
Abbildung 23	Ergebnis der Frage 19: „Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Feststellung und Beurteilung sicherer Todeszeichen?“	57
Abbildung 24	Ergebnis der Frage 20: „Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt beim Ausfüllen der Todesbescheinigung?“	58

Verzeichnis der Tabellen

		Seite
Tabelle 1	Regelung zur praktischen Durchführung der Leichenschau in den Bundesländern	5
Tabelle 2	Bußgeldsanktionen bei unsachgemäßer Leichenschau in den Bundesländern	6
Tabelle 3	Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau	13
Tabelle 4	Ursachenkomplexe für die Misere der ärztlichen Leichenschau	23
Tabelle 5	Rücklaufquote des Fragebogens	30
Tabelle 6	Ergebnis der Frage: „Befinden Sie sich in Weiterbildung?“	35
Tabelle 7	Ergebnis der Frage: „Sind Sie Facharzt?“	35
Tabelle 8	Übersicht der Fachrichtungen der antwortenden Ärzte	36
Tabelle 9	gemeinsame Auswertung der Fragen nach Aus- und Fortbildung	39
Tabelle 10	Anzahl der durchgeführten Leichenschauen pro Jahr	41
Tabelle 11	Ergebnisse der Regressionsanalyse der Frage 18	59
Tabelle 12	Ergebnisse der Regressionsanalyse der Frage 20	61
Tabelle 13	Einfaktorielle ANOVA	63
Tabelle 14	Ergebnis der Varianzanalyse: Unterschiede bei der Leichenschau je nach Fortbildungsstatus	63
Tabelle 15	Ergebnisse der Anmerkungen im Fragebogen	65

Verzeichnis der Anlagen

	Seite
Anlage 1	Bestattungsgesetze der Bundesländer 100
Anlage 2	Fortbildungsverzeichnis Leichenschau 101
Anlage 3	Leichenschau-Curriculum zur Fortbildung für Ärzte, Seite 1 102
Anlage 4	Leichenschau-Curriculum zur Fortbildung für Ärzte, Seite 2 103
Anlage 5	begleitendes Anschreiben zum Fragebogen 104
Anlage 6	Fragebogen, Seite 1 105
Anlage 7	Fragebogen, Seite 2 106
Anlage 8	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Todesart/Todesursache/Kausalkette/Todesbescheinigung, Seite 1 107
Anlage 9	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Todesart/Todesursache/Kausalkette/Todesbescheinigung, Seite 2 108
Anlage 10	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Todesart/Todesursache/Kausalkette/Todesbescheinigung, Seite 3 109
Anlage 11	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Leichenschau wird nur bei bekannten Patienten durchgeführt, Seite 1 110
Anlage 12	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Leichenschau wird nur bei bekannten Patienten durchgeführt, Seite 2 111
Anlage 13	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Es besteht Fortbildungsinteresse 112
Anlage 14	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Unterscheidung zwischen eigenen/fremden Patienten, Seite 1 113

		Seite
Anlage 15	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Unterscheidung zwischen eigenen/fremden Patienten, Seite 2	114
Anlage 16	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Leichenschau durch spezialisierte Ärzte gewünscht	115
Anlage 17	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Anmerkungen zur Leichenschau Vergütung der Leichenschau	116
Anlage 18	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Rückmeldung durch Rechtsmedizin erwünscht Kritik an Befragungsform Leichenschau im Notdienst	117
Anlage 19	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Fortbildung wurde besucht Anmerkung zu Frage 13 Beeinflussung durch Dritte sonstiges	118
Anlage 20	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Mehrfachnennungen, Seite 1	119
Anlage 21	Anmerkungen der antwortenden Ärzte Mehrfachnennungen, Seite 2	120

Anlage 1: Bestattungsgesetze der Bundesländer

Bundesland	Rechtsgrundlage
Baden-Württemberg	Gesetz über das Friedhofs- und Leichenwesen (Bestattungsgesetz) v. 21.07.1970, GBl. S. 395, zuletzt geändert durch Gesetz vom 24.03.2009, Baden-Württembergisches GBl. S. 125 Bestattungsverordnung (BestattVO) des Landes Baden-Württemberg v. 15.09.2000 (BGI. S. 669), zuletzt geändert durch Art. 111 der Verordnung vom 25.04.2007, GBl. S. 252, 263
Bayern	Bayerisches Bestattungsgesetz (BestG) v. 24.09.1970, GVBl. S. 417; zuletzt geändert durch Gesetz vom 24.07.2003, GVBl. S. 610, 722, 496, 770, 323 und 452 Bayerische Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (Bestattungsverordnung, BestV) vom 01.03.2001, GVBl. S. 92, ber. S. 190 Verfahren bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Todesfall und bei Auffinden von unbekannten Leichen. Gemeinsame Bekanntmachung der Staatsministerien der Justiz, des Inneren und der Finanzen vom 23.02.1973, MABl. S. 181
Berlin	Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen des Landes Berlin (BestattG) v. 02.11.1973, GVBl. S. 1830, zuletzt geändert durch Gesetz v. 15.10.2001, GVBl. S. 998, 2263, 71, 608, 515, 260 und 540 sowie Viertes Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes vom 19.05.2004 Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (DVO-Bestattungsgesetz) des Landes Berlin v. 22.10.1980, GVBl. S. 2403, zuletzt geändert durch Verordnung v. 24.03.1987, GVBl. S. 496 und S. 1085
Brandenburg	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Bestattungsgesetz, BbgBestG), GVOBl Teil I, Nr. 16 v. 09.11.2001, S. 225–236
Bremen	Gesetz über das Leichenwesen v. 27.10.1992, GBl. der Freien Hansestadt Bremen Nr. 52 v. 09.11.1992, S. 627 ff., i.d.F. vom 17.12.2002, BGI. Nr. 67 v. 20.12.2002, S. 613
Hamburg	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG) v. 14.09.1988, HmbGVBl. 1988, S. 167, i.d.F. vom 11.07.2007, HmbGVBl. S. 236, 237
Hessen	Friedhofs- und Bestattungsgesetz (FBG) des Landes Hessen v. 05.07.2007, GVBl. I S. 338
Mecklenburg-Vorpommern	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern (Bestattungsgesetz, BestattG M-V) v. 03.07.1998, GVOBl. M-V 1998, S. 617, i.d.F. vom 01.12.2008, GVOBl. M-V S. 461
Niedersachsen	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (niedersächsisches Bestattungsgesetz), Niedersächsisches GVBl. 2005, S. 381 ff.
Nordrhein-Westfalen	Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz, BestG NRW) v. 17.06.2003, GV NRW Nr. 29 v. 30.06.2003, S. 313 ff.
Rheinland-Pfalz	Bestattungsgesetz des Landes Rheinland-Pfalz v. 04.03.1983, GVBl. S. 69, i.d.F. vom 06.02.1996, GVBl. S. 65 Landesverordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes v. 20.06.1983, GVBl. S. 133 i.d.F. v. 06.03.1996, GVBl. S. 183
Saarland	Gesetz über das Friedhofs-, Bestattungs- und Leichenwesen (Bestattungsgesetz, BestG) des Saarlandes v. 05.11.2003, Amtsbl. S. 2920
Sachsen	Sächsisches Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (Sächsisches Bestattungsgesetz) v. 08.07.1994 i.d.F. vom 25.08.2003, GVBl. S. 115, 428, 168 und 341
Sachsen-Anhalt	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen des Landes Sachsen-Anhalt (Bestattungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt, BestattG LSA) v. 05.02.2002, GVBl. LSA 2002, S. 46
Schleswig-Holstein	Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen des Landes Schleswig-Holstein (BestattG SH) v. 04.02.2005, GVBl. Schleswig-Holstein 2005, S. 70 ff.
Thüringen	Thüringer Bestattungsgesetz (ThürBestG) v. 19.05.2004, GVBl. S. 505

Anlage 2: Fortbildungsverzeichnis Leichenschau

Fortbildungssuche

Suchbegriff: Ort:

Kategorie:

Von: Bis:

Aktuell 45.388 Veranstaltungen

Zu Ihrer Suchanfrage wurden 26 Veranstaltungen gefunden.

Veranstaltungstitel	Ort	Beginn	Ende
Ärztliche Leichenschau - medizinische, juristische und verwaltungstechnische Aspekte	Leer	20.11.2013	20.11.2013
Leichenschau und Umsetzung des NPsychKG	Cuxhaven	20.11.2013	20.11.2013
Leichenschau im Notarzdienst	Hamm	20.11.2013	20.11.2013
Rechtsmedizinische und medizinrechtliche Aspekte bei der ärztlichen Leichenschau und der Ausstellung des Leichenschauscheins	Oranienburg	20.11.2013	20.11.2013
Notfallmedizin akut und aktuell : Endokrinologie / Sesis / Fallstricke der Leichenschau / Manchester Triage System	Krefeld	21.11.2013	21.11.2013
Ärztliche Leichenschau-Dokumentation Totenschein	Cottbus	21.11.2013	21.11.2013
AÖG-Die amtsärztliche Leichenschau und das Dokumentationswesen zur Todesbescheinigung - Qualitätssicherung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst - Chancen und Grenzen	Düsseldorf	25.11.2013	25.11.2013
Qualitätsgesicherter Leichenschaudienst	München	25.11.2013	25.11.2013
Ärztliche Leichenschau	Münster	27.11.2013	27.11.2013
Durchführung einer Leichenschau	Mainz	27.11.2013	27.11.2013
Fortbildung Akutsituationen im ärztlichen Bereitschaftsdienst Modul III: Typische Fallbeispiele im Bereitschaftsdienst - Wichtige Aspekte zur ärztlichen Leichenschau	Regensburg	27.11.2013	27.11.2013
Die ärztliche Leichenschau	Potsdam	27.11.2013	27.11.2013
Die ärztliche Leichenschau	Bonn	28.11.2013	28.11.2013
Durchführung der ärztlichen Leichenschau, Falldemonstrationen	Braunschweig	02.12.2013	02.12.2013
Qualitätsgesicherter Leichenschaudienst	München	16.12.2013	16.12.2013
MEDIZIN 2014 - Update Leichenschau - gibt es etwas Neues?	Stuttgart	26.01.2014	26.01.2014
Rechtsmedizinische und medizinrechtliche Aspekte bei der ärztlichen Leichenschau und der Ausstellung des Leichenschauscheins	Hennigsdorf	18.02.2014	18.02.2014
Leichenschau	Erlangen	26.02.2014	26.02.2014
Die ärztliche Leichenschau	Potsdam	26.02.2014	26.02.2014
Hausärztlicher QZ Buchen: Prinzipien der Leichenschau	Buchen	19.03.2014	19.03.2014
Leichenschau	Unterhaching	19.03.2014	19.03.2014
Leichenschau	Regensburg	09.04.2014	09.04.2014
Leichenschau (Ärztliche)	Kiel	17.06.2014	17.06.2014
Rechtsmedizinische und medizinrechtliche Aspekte bei der ärztlichen Leichenschau und der Ausstellung des Leichenschauscheins	Hennigsdorf	24.06.2014	24.06.2014
Die ärztliche Leichenschau	Magdeburg	28.06.2014	28.06.2014
Die ärztliche Leichenschau	Potsdam	15.10.2014	15.10.2014

Anlage 3: Leichenschau-Curriculum zur Fortbildung für Ärzte, Seite 1

Inhalt	Form	Zeit	Σ N=45 min
I. Grundausbildung (theoretischer Teil) Theorie, Typus: ganztägiges Seminar, pro Tag 2-mal 4 Einheiten à 45 min, plus 2 kurze und eine lange Pause (mittags) = mindestens 3-tägiges Seminarangebot			
Theoretischer Teil			
1. Rechtliche Grundlagen der ärztlichen Leichenschau in der Bundesrepublik - Bestattungsgesetze der Länder und ihre Besonderheiten - Begriffsdefinition (Leiche, Totgeburt, Abort)	V	90 min	2
2. Tod und Sterben (Definitionen der Begriffe klinischer Tod, Individualltod, biologischer Tod, Formen der Agonie) - Rechtliche Stellung der Leiche	S	45 min	1
3. Todesfeststellung - Vita minima - Sichere/unsichere Todeszeiten, einschließlich physiologischer Grundlagen - Erscheinungsformen, zeitliche Verhältnisse - Späte Leichenerscheinungen, einschließlich Tierfraß - Tod nach Reanimationsversuchen - Hirntoddiagnostik	S	135 min	3
4. Todeszeitbestimmung - Sichere Todeszeichen - Supravitale Reaktionen - Spezielle (rechtsmedizinische) Methoden - Integrative Methode - Fallbeispiele	S	90 min	2
5. Todesursache und Todesart - Begriffsdefinition - Kausalitätskriterien - Grundleiden/Todesursache/Todesursachenstatistik - Spättodesfälle - Fallbeispiele	S	135 min	3
6. Auffindungsort eines Leichnams	S	45 min	1
7. Gewaltformen und -folgen, einschließlich toxikologischer Aspekte - Stumpfe Gewalt - Scharfe Gewalt - Erstickten (inneres/äußeres Erstickten) - Schuss - Tod im Wasser - Strom, Hitze, Kälte - Vergiftungszeichen - Gewalt gegen das Kind, Schütteltrauma - Fallbeispiele	S	270 min	6
8. Todesfälle im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen/iatrogene Todesfälle	S	45 min	1
9. Identifikation unbekannter Toter	S	45 min	1
10. Meldepflichtige Erkrankungen, Infektionsschutzgesetz	S	45 min	1
11. Leichenschau im Krankenhaus	S	45 min	1
12. Leichenschau durch den Notarzt	S	45 min	1
13. Leichenschau im Altenheim	S	45 min	1
14. Leichenschau bei Kindern	S	45 min	1
15. Feuerbestattungsleichenschau	S	45 min	1
16. Polizeiliche Ermittlungen bei nichtnatürlichem Tod	S	45 min	1
17. Durchführung von Obduktionen	S	45 min	1

Anlage 4: Leichenschau-Curriculum zur Fortbildung für Ärzte, Seite 2

Inhalt	Form	Zeit	Σ N-45 min
Theoriestunden, gesamt		28-mal 45 min	
Typus: ganztägiges Seminar, pro Tag 2-mal 4 Einheiten à 45 min = mindestens 3,5-tägiges Seminarangebot			
II. Praktische Übungen in kleinen Gruppen			
Praktischer Teil (Institute für Rechtsmedizin/Fallarbeit)			
18. Durchführung der Leichenschau (allgemeine Aufgaben)	D/Ü	135 min	2
19. Todeszeitbestimmung	D/Ü	45 min	2
20. Notarzteinatz „lebloser Patient“	P	1 Tag	8
21. Polizeiliches Todesermittlungsverfahren	P	1 Tag	8
22. Feuerbestattungsleichenschau	P	1 Tag	8
23. Gerichtliche Obduktion	D/Ü	1 Tag	8
24. Begleitende Tätigkeit unter Supervision eines erfahrenen Leichenschauers (Leichenfundorteinsätze) Mindestens 3 bis 5 Fälle begleitend protokollieren		1 Tag	8
25. Leistungskontrolle („Prüfung“) Auf der Basis von operationalisierten Lernzielen und einem angemessenen Prüfungsmodus, z. B. kombinierte schriftliche Prüfung und praktische Prüfung an verschiedenen Prüfstationen (Stichwort „objective structured clinical evaluation“, OSCE) - Theorie - Praktische Prüfung am Fall	K/ Prak- tische Prüfung		4
Übungsstunden, gesamt		48-mal 45 min	
Typus: 2-mal halbtägiges Seminar, pro Tag einmal 4 Einheiten à 45 min, plus 5 ganztägige Hospitationen = mindestens 6-tägiges Übungsangebot, inklusive Prüfung			
III. Supervision/Rückkopplung als regelmäßiger begleitender Modus, verbindlich			
26. Begleitete Bearbeitung der ersten Fälle durch einen erfahrenen Leichenschauer, mindestens telefonische Rückkopplung im konkreten Einsatz zum Fall und zur Entscheidung vor Ort	Fixierte Fallzahl minde- stens 20		
27. Fallbesprechung/Supervision, Auffrischung - Ausführliche Fallbesprechung als Möglichkeit zur Rückkopplung zumindest alle 14 Tage			3
D Demonstration, K Klausur, P Praktikum, S Seminar, Ü Übung, V Vorlesung.			

Anlage 5: begleitendes Anschreiben zum Fragebogen

 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Zentrum für Diagnostik Institut für Rechtsmedizin Butenfeld 34, 22529 Hamburg (Uniklinik, 20246 Hamburg) Prof. Dr. Klaus Püschel Direktor des Instituts Dr. Heide Schulze-Gattermann Kaufmännische Leiterin Abgeprüft durch: DGAP DGAP-PL 6314.04.01	Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut für Allgemeinmedizin Prof. Dr. med. Martin Scherer Direktor
--	---	---

UKE - Inst. f. Rechtsmedizin - Butenfeld 34 - 22529 Hamburg 24.01.2013

An alle niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte, hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten sowie Palliativmedizinerinnen und Palliativmediziner in Hamburg

Umfrage zur ärztlichen Leichenschau in Hamburg

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

die Durchführung der ärztlichen Leichenschau wurde in der Vergangenheit oft öffentlich thematisiert und kritisiert. Aus unserer Sicht ist die Diskussion jedoch bislang nicht ausreichend fundiert. Das möchten wir ändern und anonyme Daten zu dem Ist-Zustand der Leichenschau im ambulanten Bereich in Hamburg erheben. Das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf führt daher in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin eine anonyme Befragung von in Hamburg niedergelassenen Hausärzten, hausärztlich tätigen Internisten und Palliativmedizinern durch.

Wir möchten Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um uns bei diesem Vorhaben zu unterstützen. Bitte füllen Sie den beiliegenden 2-seitigen Fragebogen aus und senden ihn innerhalb von zwei Wochen per Fax an uns zurück. Die Faxnummer finden Sie auf dem Fragebogen.

WICHTIG: Falls Sie keine Leichenschauen durchführen, machen Sie bitte hier ein Kreuz und senden uns nur dieses Anschreiben per Fax an die Nummer 040 / 6558 4105 zurück.

☐ Ich führe keine Leichenschauen durch

Die Ergebnisse der Datenauswertung werden eine Grundlage für zukünftige Verbesserungen in Aus- und Weiterbildung sein. Mit Ihrer Teilnahme an der Befragung leisten Sie daher einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung der Leichenschau in Hamburg.

Als Dank für Ihre Mithilfe verlosen wir unter allen Rücksendern drei Büchergutscheine im Wert von je **150 Euro**. Wir weisen darauf hin, dass die Befragung **anonym** erfolgt und keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die zurückgefaxten Fragebögen werden nach Eingang vom Faxkopf getrennt, der separat vom Fragebogen nur für die Verlosung aufbewahrt wird.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Mit freundlichen Grüßen

				
Prof. Dr. K. Püschel	Prof. Dr. M. Scherer	Dr. S. Anders, MME	Dr. A.S. Schröder	Fr. S. Wilmes

 Zertifikat Nr. QS-6568HH Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Körperschaft des öffentlichen Rechts Gerichtsstand: Hamburg USt-ID-Nr.: DE218618948	Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. Guido Sauter (Vertr. des Vorsitzenden) Dr. Alexander Kirstein Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus Joachim Prollé	Bankverbindung: HSH Nordbank Kto.-Nr.: 104 364 000 BLZ: 210 500 00 IBAN-Nr.: DE97210500000104364000
---	---	---

Anlage 6: Fragebogen, Seite 1



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Fragebogen zur ärztlichen Leichenschau in Hamburg

Angaben zu Ihrer Person:

Geschlecht: ☐ m ☐ w Alter: ____ Jahre ärztlich tätig seit: ____ Jahren
 Ärztin / Arzt in Weiterbildung: ☐ ja ☐ nein Fachärztin / Facharzt: ☐ ja ☐ nein
 Fachrichtung: _____

1. War die ärztliche Leichenschau Bestandteil Ihres Medizinstudiums?

☐ ja, theoretisch und praktisch ☐ ja, nur theoretisch ☐ nein

2. Haben Sie während Ihrer ärztlichen Tätigkeit schon mal an einer Fortbildung zum Thema ärztliche Leichenschau teilgenommen?

☐ ja, theoretisch und praktisch ☐ ja, nur theoretisch ☐ nein

3. Wie viele äußere Leichenschauen führen Sie etwa pro Jahr durch?

ca. ____ Leichenschauen im Jahr

4. Bei wie vielen dieser äußeren Leichenschauen sind Ihnen die Verstorbenen als Patienten bekannt?

☐ bei keiner ☐ bei weniger als 50% ☐ bei etwa 50% ☐ bei mehr als 50%

5. Wie lange benötigen Sie für die Durchführung der Leichenschau?

ca. ____ Minuten

Bitte überprüfen Sie die folgenden Aussagen:	nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
6. Ich wende bei der äußeren Leichenschau Hilfsmittel wie z.B. Pinzette oder Taschenlampe an.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich führe die äußere Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche durch.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die gesamte Körperoberfläche (Vorder- und Rückseite), z.B. durch Andrehen der Leiche.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau alle Körperöffnungen (Ohr- und Naseneingänge, Mund, Scheide, Anus).	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau verdeckte Körperareale (z.B. unterhalb von Verbänden oder Pflastern).	☐	☐	☐	☐	☐

S. 1/2

Anlage 7: Fragebogen, Seite 2

Bitte überprüfen Sie die folgenden Aussagen:	nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
11. Ich taste bei der äußeren Leichenschau knöchernen Strukturen und die behaarte Kopfhaut ab.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ich inspiziere bei der äußeren Leichenschau die Bindehäute der Augenlider durch Ektropionieren.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich stelle Todesbescheinigungen aus, ohne eine vollständige Leichenschau durchgeführt zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ich fühle mich durch Dritte (z.B. Angehörige oder Polizei) bei der Durchführung der Leichenschau beeinflusst.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich fühle mich durch Dritte (z.B. Angehörige oder Polizei) in meiner Entscheidung für die Klassifizierung der Todesart (natürlich, unnatürlich, ungeklärt) beeinflusst.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich habe Zweifel an der von mir bescheinigten Todesart.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Mir fällt die Festlegung einer medizinischen Todesursache schwer.	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:	sehr unsicher	unsicher	eher unsicher	eher sicher	sicher	sehr sicher
18. Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Durchführung der äußeren Leichenschau?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt bei der Feststellung und Beurteilung sicherer Todeszeichen (Totenstarre, Totenflecke, Fäulnis)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Wie sicher fühlen Sie sich insgesamt beim Ausfüllen der Todesbescheinigung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Haben Sie noch Anmerkungen?

Bitte zurückfaxen an 040 / 6558 4105

S. 2/2

Anlage 8: Zitate der Anmerkungen:

Todesart/Todesursache/Kausalkette/Todesbescheinigung, Seite 1

„Das Formular könnte verbessert werden. Vor allem sollten die Personalien des Patienten von der 1.Seite an durchkopiert werden.“

„Die Anforderung, Kausalzusammenhänge (insbes. mit Zeitangaben) in der Todesbescheinigung zu bestimmen, zwingt im ärztlichen Notdienst geradezu, Aussagen zu treffen, die wenig substantiiert sind. Das Feld für die Epikrise ist hingegen aberwitzig klein.“

„Die Entscheidung der unmittelbaren Todesursache (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall usw.) ist aus den bekannten Grunderkrankungen (z. B. allgem. Arteriosklerose) nicht zu erschließen. Voraussetzung hierfür wäre eine innere Leichenschau.“

„ad 17: direkte Todesursache bei Altersschwäche? Unmittelbare bei Malignom Finalstadium)?“

„Ich finde es oft schwer, eine unmittelbar zum Tod führende Ursache zu benennen, wenn Pat. im Endstadium eines Krebsleidens oder unter Demenz verstorben.“

„Dadurch, dass Herzversagen nicht als Todesursache benutzt werden darf, ist manchmal eine Diagnose gerade bei Altersschwäche schwierig.“

„Todesursache bei Tod durch Alter!!?“

„Die Benennung d. Diagnosen und Ursachenzusammenhänge (welche Diagnose führt letztendlich zum Tode?) finde ich sehr schwierig!!“

„Fremdverschulden durch falsche Medigabe, z. B. Insulin im Heim. Welche Hinweise kann es geben?“

„Aufteilung: Todesursache I a-b-c manchmal schwierig nachzuvollziehen“

„ad 17: selbst wenn die Grunderkrankung klar ist, ist es aus meiner Sicht schwer festzulegen, ob z. B. ein Atemstillstand oder ein Herzstillstand vorgelegen hat.“

„Es fällt mir oft schwer, eine eindeutige Todesursache bzw. Kausalkette bei multimorbiden, sehr alten, seit langem pflegebedürftigen Patienten anzugeben – und: gibt es einen natürlichen Tod ohne Krankheit?“

„Meiner Meinung nach wäre bei jedem Verstorbenen eine Vergiftung möglich. Wie soll man als Arzt dieses bei der Leichenschau feststellen können oder ausschließen können. Daher bleibt bei mir immer eine Restunsicherheit beim Ankreuzen ob Todesursache klar, unklar, nicht natürlich ...“

„Die Ausbildung im Studium war mangelhaft. Beim Ausfüllen des Totenscheins fällt es mir z. T. schwer, die „logische Kette“ der Todesursache auszufüllen und finde diese „Struktur“ verbesserungswürdig.“

„Mir fällt es besonders schwer, eine Diagnose zu finden/dokumentieren, wenn ein Pat. an „Altersschwäche“ ohne chron. Erkrankung verstirbt.“

„Die erforderliche „Kausalkette“ ist bei Herz-Kreislauf-Stillstand (z. B. bei greisen Pat.) häufig eine Farce – Herz-Kreislauf-Stillstand dürfen wir ja nicht nennen. Trotzdem ist es aber häufig so, dass es keine bedingenden Ursachen abgesehen vom Alter gibt.“

„Kausalkette zur Todesursache ist manchmal zu lang.“

„Ich fülle den Todesscheinblätterwald oft bis zu 3x aus – Schreibkram – bürokrat. Aufwand nimmt mehr Zeit in Anspruch als Leichenschau per se.“

Anlage 9: Zitate der Anmerkungen: Todesart/Todesursache/Kausalkette/Todesbescheinigung, Seite 2

„Schwierig sind Kausalketten. Wie soll man Herzrhythmusstörungen durch die äußere Leichenschau erkennen?“

„Exakte Beurteilung Todesursache gel. Schwierig z. B. bei metast. CA-Erkrankung (Hirn + Lunge)“

„Ausfüllen von „Todesursache“ finde ich schwierig bzw. unklar: bei alten Pat. liegt doch sicherlich häufig ein Herz-Kreislauf-Versagen vor, dies soll aber so nicht benannt werden, so wie ich das häufig lese.“

„Das Festlegen der „unmittelbaren Todesursache“ empfinde ich als nicht praxisgerecht, woran stirbt jemand unmittelbar z. B. bei einem Malignom?“

„Die Kausalität mit Zeitangabe ist nicht immer einfach retrospektiv zu bestimmen“

„Die Einhaltung der Kausalkette bzgl. der Todesursache ist oft schwierig!“

„Problem: Todesbescheinigung muss vor Ort ausgestellt werden. Einfacher für uns: In der Praxis! -> von Bestatter dann abgeholt“

„Das Formularwesen ist unpraktisch, die Patientendaten müssen zweimal ausgefüllt werden; das Beschriften von 2 Umschlägen und Eintüten ist zeitaufwendig und lästig. Und warum „darf“ ein sehr alter Mensch nicht einfach mal auch nur an „Altersschwäche“ sterben???, aber so eine „Diagnose“ lässt das Formular/die Behörde nicht gelten.“

„Die Beurteilung der letztlich finalen Todesursache b. multimorbiden Pat. erscheint mir geleg. schwierig u. fragwürdig; auch ist die Anamnese oft im privaten Haushalt sehr dürftig“

„Die geforderte Kausalkette fällt insbesondere bei multimorbiden Alten/Krebskranken häufig schwer. Bei Kachexie/metastasiertem CA etc. lässt sich die unmittelbare Ursache nicht sicher benennen, es ist aber oft doch das Multi-Organ-Versagen, das man nicht eintragen darf!“

„Die Todesbescheinigung ist unübersichtlich und man kann schnell 1 Kreuz vergessen, die Kausalkette mit den zeitlichen Abläufen (Minuten/Tage) ist/sind unmöglich und nicht zeitgemäß, z. B. als Hausarzt bei Sterbebegleitung. Tumorleiden -> fließende Übergänge. Nur Angabe der Erkrankung, die ursächlich zum Tod geführt hat ohne Zeitangabe!“

„Das Formular ist schrecklich! Eine genaue Todesursache festzustellen ist nicht möglich und es sollte eine Möglichkeit geben, einen Menschen zu beerdigen ohne genaue Ursache und ohne Beteiligung Dritter wie die Rechtsmedizin.“

„Durch Leichenschau alleine ist die Todesursache oft nicht feststellbar. Die Hamburger Bescheinigung (Formular) ist eine Fehlkonstruktion, da die Personalien auf Seite 1 / Seite 2-4 nicht durchschreibbar sind. Vor Jahren habe ich um Verbesserung gebeten (Anlage). Nichts ist passiert! Rufen Sie gerne an.“

„Frage: Wie viel % ungeklärte Todesursache“

„Hauptproblem: Festlegung der medizinischen Todesursache insbes. bei hochbetagten Patienten“

„Die Todesbescheinigungen sind kompliziert. In angrenzenden Bundesländern gibt es andere Todesbescheinigungen, was wiederum zu Unsicherheiten führt.“

Anlage 10: Zitate der Anmerkungen:

Todesart/Todesursache/Kausalkette/Todesbescheinigung, Seite 3

„Ich würde Leichenschau und Ausstellen von Todesbescheinigungen am liebsten ablehnen. Ich bin ungeübt und könnte etwas übersehen v. a. bei mir unbekannten Patienten ist es eigentlich unmöglich, die geforderte Kausalkette zu formulieren.“

„Bei Zweifeln schreibe ich „ungeklärt“ und veranlasse rechtsmedizinische Untersuchung“

„Die [nicht lesbar] Todesursache/klinischer Befund mit Zeitangaben und Diagnosen kann Schwierigkeiten beim Ausfüllen verursachen.“

„Kausalitätskette d. Erkrankungen, die zum Tode geführt haben, [nicht lesbar]“

„Sehr viele Todesbescheinigungen ... [nicht lesbar]“

„Die unmittelbare Todesursache ist häufig nicht sicher außer bei Kenntnis der Person [nicht lesbar] und führt nicht selten zu m. E. unnötigen Reklamationen [nicht lesbar] Standesamt.“

Anlage 11: Zitate der Anmerkungen:

Leichenschau wird nur bei bekannten Patienten durchgeführt, Seite 1

„Ich führe die äußere Leichenschau nur bei mir persönlich bekannten und persönlich behandelten Patienten durch!“

„Ich führe die Leichenschau nur bei meinen Patienten durch!“

„Bei den Verstorbenen handelt es sich ganz überwiegend um langjährig von mir hausärztlich betreute Patienten, deren Tod absehbar war.“

„Die von mir angegebene Sicherheit mag arrogant klingen. Sie hat aber zur unbedingten Voraussetzung (und ist ein Sonderfall, vermute ich), dass ich die Patienten kenne, sie alle durchdiagnostiziert sind, tumorassoziiert und erwartet sterben.

PS: Ich finde Ihre Initiative gut!“

„Ich führe die Leichenschau nur für Patienten durch, die ich selber kenne und in ihrer letzten Lebensphase eng betreut habe (100% bekannt)“

„Meistens sind die Verstorbenen aus der hausärztlichen Betreuung bekannt und der „Verlauf“ nicht überraschend, bei plausiblen Bedingungen ohne V.a. Gewalt i. d. Pflege führe ich die Leichenschau weniger systematisch/genau durch ...“

„Als Hausarzt wird man in der Regel zu bekannten Patienten gerufen, deren Tod erwartet wurde, deswegen halte ich die Inspektion aller Körperhöhlen besonders bei Anwesenheit der Angehörigen für übertrieben.“

„Mache Leichenschau nur bei mir bekannten langjährigen Patienten!“

„Solange ich den Pat., die Familie und den Todeszeitpunkt kenne, fühle ich mich sicher. Mit anderen Todesfällen habe ich fast nie zu tun!“

„Ich führe die Leichenschau nur! Bei mir bekannten Patienten – meinen eigenen Patienten – Praxis-Pat. durch; die Kenntnis der Pat., seiner Krankheiten, Lebensumstände, Todeszeitpunkteintritt erleichtert die Leichenschau und das Ausfüllen der Todesbescheinigung.“

„Praktisch alle Verstorbenen sind mir aus der Praxis mit Vorerkrankungen bekannt.“

„Ich untersuche ausschließlich Leichen, die meine eigenen Patienten waren“

„Nur Leichenschau bei auch zuvor betreuten Patienten, da keine Teilnahme am Notfalldienst, somit Vorgeschichte stets bekannt.“

„Da ich keine Notdienste mache, kenne ich die Patienten in der Regel und meist handelt es sich um Todesfälle mit schwerem chronischem Leiden; oft Palliativsituation“

„Da ich die Patienten kenne, bei denen ich die Leichenschau durchführe, fällt diese leichter.“

„Da ich nur Todesbescheinigungen ausstelle (in den letzten 15-20 Jahren) bei Patienten, die ich fast alle bis zum Tode betreut habe, entfallen viele Fragen.“

Anlage 12: Zitate der Anmerkungen:

Leichenschau wird nur bei bekannten Patienten durchgeführt, Seite 2

„Ich habe bisher nur Totenbescheinigungen bei Verstorbenen ausgestellt, die ich über viele Jahre ärztlich betreut hatte bzw. deren Tod bisher immer wegen hohen Alters und schwerer Krankheit vorhersehbar war.“

„Ich stelle praktisch nur Todesbescheinigungen aus für Patienten, die ich sehr lange kenne“

„In der Regel wird die Leichenschau bei Menschen durchgeführt, die mir als Patienten bekannt sind und deren Tod sich anbahnte und erwartet wurde. Insofern ist der Anspruch auf gerichtsmedizinische Vollständigkeit häufig relativ, insbesondere wenn Sterbebegleitung durch den Arzt erfolgte.“

„Leichenschau zuerst im ärztlichen Notdienst in Heimen oder häuslicher Umgebung, häufig bis sehr häufig erwartete finale Verläufe und vorliegende Dokumentation.“

„Fast alle Verstorbenen sind entweder meist meine Pat. oder Pat. im Pflegeheim oder Pflegedienst mit guten Krankenberichten, sodass der Verlauf/Ursache häufig klar ist. Bisher insgesamt nur 2x hatte ich eine Leichenschau, wo die Todesursache nicht erkennbar war. In diesen Fällen kreuzte ich unbekannte Todesursache an und die Staatsanwaltschaft kümmerte ich weiter darum.“

„Ich führe ärztliche Leichenschau ausschließlich bei meinen Patienten durch. Bei geringsten Unstimmigkeiten verlange ich eine Obduktion und informiere die Polizei.“

„Pat. sind mir alle bekannt. Ich muss sie nicht entkleiden, ob ein Messer in ihrem Rücken steckt. Ich betreue hausärztlich viele hochaltrige Patienten, die ohne Erkrankung versterben –ihre Zeit ist gekommen. Könnte ich das als Todesursache nehmen?“

„Da ich nicht am ärztlichen Notdienst teilnehme, bescheinige ich den Tod bei Patienten, deren Krankengeschichte ich in der Regel seit Jahren kenne und bei denen eine palliative Behandlung und Sterbebegleitung in der Regel vorausgegangen ist. Der körperliche Untersuchungsbefund ist mir daher bekannt [nicht lesbar] – daher beinhaltet die Leichenschau bei erwartetem Tod zuvor nicht immer eine Wiederholung einer körperlichen Inspektion.“

„Da ich (fast) ausschließlich von mir über Jahre behandelte Verstorbene inspiziere ist die Leichenschau mit allem Drum und Dran einfacher“

„Als Hausärztin führe ich die Leichenschau eigentlich immer bei meinen gut bekannten verstorbenen Patienten und nur als einzelne Ausnahme bei unbek. Patienten (evtl. in Vertretung, mache keinen Notdienst o. ä.) für Kollegen.“

Anlage 13: Zitate der Anmerkungen: Es besteht Fortbildungsinteresse

„Schulung für verdeckte „kriminologische“ Aspekte wäre sicher sinnvolle Ergänzung, wenn man nicht alle Leichen (auch wenn Arztbriefe etc. vorliegen) als ungeklärt deklarieren wollte.“

„Fortbildungen theoretisch und praktisch wären willkommen.“

„Praktische und theoretische Auffrischung wäre wünschenswert“

„Ich würde gerne an einer Fortbildung + Praxis der Totenschau teilnehmen.“

„Bitte mehr Fortbildungen für Leichenschau anbieten.“

„Fortbildungsinteresse“

„Ich würde eine Fortbildung zu diesem Thema gut finden“

„Eine Fortbildung zum Thema Todesfeststellung etc. und juristischen Fragestellungen wäre gut.“

„Ich würde mich über eine Fortbildung zum Thema Leichenschau freuen!“

„Fortbildung in diesem Bereich wäre sinnvoll.“

„Bitte um Fortbildungsveranstaltung zu obigem Thema!“

„Mehr Angebote für praktische Übungen inkl. Fallstricke + Tipps vom Pathologen“

„Gern praktisches Fortbildungsangebot; vielleicht „Checkliste“ im Ärzteblatt Hamburg veröffentlichen. M.E. zu geringe Obduktionszahlen, auch bei ungeklärter Todesursache – vermutlich finanzielles Problem“

„Eine Fortbildung über Ursachen von nichtnatürlichen Todesursachen z. B. Gift!!Gabe würde ich begrüßen“

„Fortbildung gerne / auch praktisch in der Rechtsmedizin?“

„Fortbildungen + Übungen wären toll“

„Befürworte Fortbildung zum Thema ärztl. Leichenschau“

„Angebote/Weiterbildung f. hausärztl. tätige Kollegen zum Thema: Wie sieht die regelrechte Leichenschau aus? Was ist zu beachten? Fallstricke der Leichenschau? „

„Eine praktische Unterweisung schadet nicht. Ich lese die Krankenakte immer gründlich.“

„Es besteht sicher Fortbildungsbedarf.“

„Ja: Fortbildung z. B. d. UKE [nicht lesbar]“

„Drillmäßig üben! Entwicklung interaktiver Übungen zur Zuordnung von Befunden und Ausfüllübungen [nicht lesbar]“

Anlage 14: Zitate der Anmerkungen: Unterscheidung zwischen eigenen/fremden Patienten bei der Leichenschau, Seite 1

„Schwierig sind Leichenschauen im Notdienst bei unbekannten Patienten, multimorbide im Heim.“

„Natürlicher Tod nur bei Patienten, deren Sterbeprozess ich begleitet habe. Plötzlicher Tod in der Regel Todesursache unklar.“

„Je besser mir der Patient bekannt ist / seine Anamnese, desto nachlässiger bin ich bezüglich der forensischen Aspekte“

„Die meisten Todesbescheinigungen fülle ich im Hospiz aus. Hier ist die Untersuchung rascher, da ja auf den Tod gewartet wird. Bei mir fremden Personen untersuche ich umfassender und gründlicher.“

„Leichenschau erfolgte bisher nur im Rahmen der KV-Notdienste. Dann auch nur Patienten aus Pflegeheimen. Akten liegen immer vor, sodass Vorerkrankungen bekannt sind und die Todesursache nachvollziehbar ist. Bei unbekannten Patienten ohne ärztliche Vorberichte würde die Beurteilung der Fragen 18/20 eher unsicher/unsicher sein.“

„Da die meisten Patienten Stammpatienten sind, fühle ich mich mit dem, was ich mache, sicher. Das ist bestimmt anders, wenn man die Patienten nicht kennt.“

„Bei bekannten Patienten in der Regel sehr sicher, bei unbekannten Patienten unsicher.“

„Da ich die Pat. und den Krankheitsverlauf so gut wie immer kenne, ich meistens den 1 Tag vorher den Pat. noch lebend untersucht habe und weiß, dass und woran er stirbt, schaue ich zwar, ob „ein Messer im Rücken steckt“, habe aber sonst keine Zweifel an der Todesart. Bei unklarem Tod agiere ich anders ... „

„Interessant vielleicht noch: Unterschied plötzlicher Tod gegen Sterbebegleitung bekannter Krankheit.“

„Deutlicher Unterschied eigene/fremd-Patienten bzgl. Untersuchung und Diagnose. Ursachenkette oft hypothetisch, z. B. Alterstod“

„Bei eigenen, hausärztlich betreuten Pat. ist die Sicherheit am höchsten.“

„Es ist ein großer Unterschied, ob die/der Verstorbene gut bekannt ist und der Tod erwartet wird oder nicht. Im ersteren Fall führe ich die Untersuchung nicht immer ganz vollständig aus.“

„Bei mir unbekannten Toten wie im Notdienst bis vor 4 Jahren dauert die Leichenschau länger, war gründlicher und häufiger Todesursache nicht geklärt.“

„Da ich als Palliativmediziner quasi alle meine Patienten kenne und das Sterben begleite, ist die Leichenschau sicherlich anders, als wenn ich als Notarzt einen mir unbekannten Menschen sehe.“

„Da ich überwiegend palliativ tätig bin und die Patienten schon Tage/Wochen vorher sterbend sehe, verzichte ich manchmal auf die Inspektion der Körperöffnungen. Bei unbekannten Leichen nie.“

„Großer Unterschied zwischen Schau bei unbekannten Toten im Notdienst oder Leichenschau nach langer Sterbebegleitung im Heim / zu Hause!“

Anlage 15: Zitate der Anmerkungen:

Unterscheidung zwischen eigenen/fremden Patienten bei der Leichenschau, Seite 2

„In der Palliativmedizin betreut man meist über längere, auch deutlichen Progress der Erkrankung und Sterbeprozess einleitende, Zeit Patienten und kennt diese und deren Todesursache genauer als im Akutfall.“

„Die Fragen sind teilweise ambivalent. Bei mir wenig bekannten Patienten wird die Intensität wesentlich größer sein als bei dem jahrelang bekannten, palliativ begleiteten und nach langem Siechtum jetzt verstorbenen Patienten. Die Leichenschau muss ja stets vollständig durchgeführt werden. Frage 13 wird tendenziell eher zu positiv beantwortet werden. Umgekehrt werden Abweichungen vom „nie“ böse meinent als ungetane Arbeit/Nachlässigkeit interpretiert werden können.“

„Ganz besonders große Probleme habe ich mit der eigentlichen Todesursache – woher soll ich wissen, ob ein betagter Mensch an Herz-Kreislauf-, Nieren- oder Atemversagen einschlief? Wenn eine mir bekannte sterbende Person „eingeschlafen“ ist, werde ich sie nicht anal, genital ... untersuchen. Das würde meinem ethischen Empfinden widersprechen. Bei unbekannten, jüngeren Personen sieht das schon ganz anders aus.“

„Pat., die ich i. R. der Palliativbetreuung als Palliativärztin bis zuletzt betreut und gesehen habe, lasse ich in ihrer von der Familie schon angezogenen Kleidung, da ich in solchen Fällen von keiner Fremdeinwirkung ausgehe und das Entkleiden während der Totenstarre unmöglich ist, d. h., man müsste die Bekleidung des Pat. zerschneiden. Das steht in keinem Verhältnis zu der Gesamtpalliativsituation! Generell gehe ich bei den Palliativpatienten etwas „milder“ in der Leichenschau vor als bei fremden Patienten oder bei unklaren Verläufen.“

„Meine Patienten, die ich für tot erkläre, kenne ich alle. Hospizbewohner, Heim, Immobile, da fühle ich mich bei der Leichenschau sicher. Anders wäre es bei Patienten, die ich nicht kenne, da würde ich mir deutlich mehr Zeit nehmen und ein Unbehagen bliebe wohl zurück.“

Anlage 16: Zitate der Anmerkungen: Leichenschau durch spezialisierte Ärzte gewünscht

„Es sollte den Beruf des professionellen Leichenbeschauers geben!“

„Aus meiner Sicht gehört die qualifizierte Leichenschau in die Hände der Gerichtsmediziner. Allein die äußeren Umstände, in denen wir die Toten auffinden (enge Wohnverhältnisse, Schmutz, schlechte Lichtverhältnisse) erschweren die Durchführung einer Leichenschau oft erheblich.“

„Leichenschau sollte nicht mehr hausärztliche Tätigkeit sein -> Leichenschauer in Zusammenarbeit mit Hausarzt wünschenswert.“

„Die Leichenschau gehört eigentlich in die Domäne der Pathologen.“

„Es wäre sehr sinnvoll, wenn Leichenschauen ausschließlich von den dafür geschulten Kollegen ausgeführt würden!“

„Ich würde es sehr gut finden, wenn jeder Leichenschau durch Gerichtsmediziner durchgeführt würde.“

„Leichenschau sollte vom Gesundheitsamt durchgeführt werden.“

„Ich bin mir immer unsicher, ob es möglich ist, lediglich durch die äußere Leichenschau die Todesursache eindeutig zu eruieren und eine richtige Kausalkette zu erstellen. M.E. ist es anzustreben, die Berechtigung zur Durchführung der äußeren Leichenschau von einem zu erwerbenden Zertifikat abhängig zu machen, soz. Eine Zusatzbezeichnung. Ich würde mich sofort als Interessent/Teilnehmer eintragen.“

„Die Leichenschau sollte durch bevollmächtigte zuvor qualifizierte Ärzte oder durch [nicht lesbar] Institute durchgeführt werden“

„Das System der Leichenschau in Deutschland und die Gestaltung des Hamburger Totenscheins ist grotesk. Noch grotesker sind die bombastischen Konsequenzen aus der Auswertung der Totenscheine [nicht lesbar]. Meines Erachtens müssen alle Totenschauen durch ausgebildete Amtsärzte durchgeführt werden.“

Anlage 17: Zitate der Anmerkungen: Anmerkungen zur Leichenschau

„Der Sinn der Vorschrift unter Pkt. 9 erschließt sich mir nicht; sie ist im häuslichen Setting so gut wie nie praktikabel (Angehörige)“

„Zu Frage 9: Scheide Anus: nie, Rest immer“

„Vorgaben wie Untersuchen der vollständig entkleideten Leiche/Inspektion von Körperöffnungen sind medizinisch nachvollziehbar, aber für die praktische Umsetzung „welfremd“ und unter häuslichen Bedingungen sowohl physisch wie auch ethisch nicht machbar. Falls wirklich gewünscht, muss dies institutionell z. B. in einer rechtsmed. Einrichtung erfolgen!“

„In Altersheimen ist das Personal oft sehr verwundert über meinen Wunsch, den Leichnam komplett zu entkleiden, dies wünschen viele Ärzte nicht! Insbesondere die Hausärzte scheinen die Verstorbenen nicht zu entkleiden.“

„Frage 14: deswegen schicke ich Angehörige immer raus und mache die Leichenschau allein“

„Eine vollständige Leichenschau scheitert häufig schon an nicht zu überwindbarem Ekel/Brechreiz“

„Vollständiges Entkleiden d. Toten unter ambulanten Bedingungen – unrealistisch“

„Gelegentlich muss ich raten, welches Organ zuerst versagt hat. Entferne meist Windeln. Nachthemd etc. nacheinander (z. B. von oben nach unten), breche aber keine Starre wenn's geht und habe im Hospiz gel. Bei schon voll erstarrten in Festtagsaufzug drapierten Leichen nicht mehr ausgezogen.“

„Die von Ihnen hier aufgeführten Untersuchungen bei der Leichenschau werden explizit im Totenschein nicht verlangt!“

„Nicht alle [nicht lesbar] (selten), Kopf manchmal“

Vergütung der Leichenschau

„Es wäre gut und hilfreich, wenn die ärztliche Leichenschau, die ja gesetzlich unumgänglich ist, vergütet würde!!!“

„Die Bezahlung der Leichenschau ist völlig unzureichend bezahlt, rechtliche Klärung wäre angebracht.“

„Ein Problem für niedergelassene Ärzte ist die Honorierung der Leichenschau.“

„Leichenschau sollte bezahlt werden“

„5 Min.LS, dazu für das Ausstellen der Bescheinigungen 15 Min., dazu Zeit für Wege. Die GOÄ 100 + Weg ist zu wenig!“

„Skandalös die Honorierung! [nicht lesbar]“

Anlage 18: Zitate der Anmerkungen: Rückmeldung durch Rechtsmedizin erwünscht

„Ich habe vor 6-8- Jahren im Rahmen des KV ND häufiger Leichenschauen durchgeführt. Damals und auch jetzt ist es z. T. sehr zeitaufwendig, das Ergebnis einer Leichenschau der Rechtsmedizin zu erfahren, insbesondere, wenn die Staatsanwaltschaft eingeschaltet wurde. Damit fehlt mir die Möglichkeit, meine eigenen Erkenntnisse abzugleichen!! Ich würde mir einen schriftlichen Bericht wünschen!“

„Ich habe 2012 eine forensische Leichenschau veranlasst (Todesursache ungeklärt), aber nie erfahren, was dabei herausgekommen ist.“

„Es erfolgt nie die Mitteilung der Befunde in den Fällen in denen eine Sektion erfolgte o. Mitbeurteilung durch Amtsarzt in Fällen der unklaren Todesfälle. D. h. keine Rückmeldung oder Erkenntnisgewinn“

„An Gerichtsmedizin gemeldet: wie den Kollegen Dr. [verfremdet] ..., über den ich nie den gerichtsmedizinischen Bericht erhalten habe.“

„Problem: Beim Vermerk „Leichenschau bzw. [nicht lesbar] erwünscht“ erfolgt häufig keine Reaktion, und wenn, wird der Vermerk auf die Schweigepflicht des Obduzenten alle weiteren [nicht lesbar]“

Kritik an Befragungsform

„Die Fragen sind viel zu pauschal! Ein Totenschein bei einem krebserkrankten Hospizpatienten kann man nicht mit einem unbekannten Toten im KV-Notdienst vergleichen. Bei diesem Fragebogen sind solche Unterscheidungen nicht vorgesehen! Schade! Bestimmt soll herauskommen, dass wir alle zu kurze, oberflächliche Totenbescheinigungen ausstellen. Das merkt man den Fragen schon an! Eher ärgerlich!“

„Die zugesicherte Anonymität ist nicht garantiert. Aussagen könnten gegen mich verwendet werden. Bin gern bereit für ehrliche Antwort – dann aber zweifelsfrei anonym.“

„Fragen sind sehr suggestiv! Bias -> soz. erw. Antworten“

„Faxen ist m. E. nicht okay, da dadurch die Anonymität aufgehoben würde.“

Leichenschau im Notdienst

„Bitte weisen Sie die Kollegen, besonders im Notdienst, auf die abweichenden Todesbescheinigungen in Schleswig-Holstein hin!!! Ggf. bei einem Vortrag.“

„Die Leichenschauen finden fast ausnahmslos während des KV-Notdienstes in Alten- und Pflegeheimen statt. Nur Leichenschauen im geriatrischen/palliativen Bereich mit Hilfe von Pflegepersonal. Keine Erfahrung in Privathaushalten.“

„Kommt bei meiner Tätigkeit in der Regel im ärztlichen Notdienst vor“

„Totenschau im Notdienst (ich seit > 25 Jahren) ist häufig erschwert wegen der mangelnden Vorbereitung durch Heime/Hausärzte/Angehörige, dauert ewig, bis man alles zusammen hat/Papiere vorliegen etc.“

Anlage 19: Zitate der Anmerkungen:

Fortbildung wurde besucht

„Nach Studium 6 Monate Pathologie. 200 Sektionen.“

„18 Monate Pathologie in meiner Ausbildung“

„Dank an die Pathologie für die interessante Fortbildung am Tag der Allgemeinmedizin 2012“

Anmerkung zu Frage 13

„Frage 13: na ja, also ...“

„Frage 13 kann man nicht beantworten, ohne sich komplett zu kompromittieren.“

Beeinflussung durch Dritte

„Die Polizei drängt gerne auf Feststellung einer natürlichen Todesursache und scheint häufig nicht zu wissen, dass, dieses nicht zu bescheinigen nicht zwingend bedeutet, dass eine unnatürliche Todesursache vorliegt.“

„Polizei und Angehörige sind gelegentlich nicht erfreut, wenn Todesursache ungeklärt angekreuzt wird.“

Sonstiges

„Schwieriges Thema für Hausärzte ... !!!“

„Endlich fragt einer nach! Danke dafür!“

„Die Zusammenarbeit mit Polizei und Bestattern könnte besser sein!“

„Nur bei gesicherter Diagnose u. Vorgeschichte“

„Klarer Handlungsbedarf! [nicht lesbar]“

„Bitte Ergebnis [nicht lesbar] bereitstellen“

Anlage 20: Zitate der Anmerkungen: Mehrfachnennungen, Seite 1

„Gerne mehr Fortbildungen. Danke! Viel Ärger mit der Polizei wg. Unklarer Todesart.“

„Die meisten Probleme bereitet mir die Festlegung einer medizinischen Todesursache beim plötzlichen Tod. Mir fallen die mangelnden Kenntnisse der Polizei über die Leichenschau bzw. Ausfüllen der Todesbescheinigung auf, daraus resultieren Missverständnisse bzw. (empfundener) Druck der Polizei bzw. Kripo.“

„Entweder: unabhängige Ärzte machen die Arbeit dann gründlich und nicht für den jetzigen Preis Oder die Dunkelziffer bleibt hoch!“

„Ganz häufig, gerade bei den Pat. über 80 J. handelt es sich um einen „natürlichen“ Tod ohne Krankheiten. Diese wird bei dem Totenschein momentan nicht berücksichtigt. Oder doch? Das unwürdige Ausstellen einer Rechnung. Warum ist die Totenbescheinigung nicht mit „versichert“? Unterbezahlte Leistung“

„Genaue Ursache ‚klinisch‘ nicht zu ermitteln, aber Hinweise auf nichtnatürliche Todesursache schon eher. Grottenmiserable Bezahlung, GOÄ-Neuerungen werden da sehnüchtlig erwartet.“

„Todesursache oft Ratespiel (Pneumonie, Myokardinfarkt?) Ich wurde schon vom [nicht lesbar] gebeten, aus „unklar“ „natürlich“ zu machen (abgelehnt). Wer ist eigentlich für die lausige Bezahlung der Leichenschau verantwortlich?“

„Ich führe nur bei eigenen Pat. Leichenschauen durch. Trotzdem bleibt auch bei mir bekannten älteren Patienten (z. B. Heimbewohner, die langsam „abgebaut“ haben) die Unsicherheit über die genaue Todesursache (Herzinsuff./Lungenembolie/Infarkt). PS: Die regelrechte Entlohnung ist (gegenüber der Reparatur eines tropfenden Wasserhahns) lächerlich!!!“

„Die mediz. Ursache ist oft nicht letztlich klar, Pinzette verwende ich nicht, Anus, Scheide beurteile ich nicht, ich ektropioniere nicht. In der Regel habe ich nur bekannte Pat., die nicht überraschend sterben.“

„Unmittelbare Todesursache oft unklar, da Endzustände wie Herzstillstand nicht angegeben werden sollen. Als Hausarzt meiste Patienten bekannt, aber ab und zu wäre eine Obduktion interessant.“

„Jede Unsicherheit führt zum Ankreuzen Todesart ungeklärt. Jeder Zweifel führt zur Rechtsmedizin. Ich mache (fast) ausschließlich Leichenschau bei mir bekannten eigenen Patienten (Ausnahme Urlaubsvertretung, dann verlange ich Arztbriefe, Unterlagen -> sonst Rechtsmedizin)“

„Scheide und Anus inspiziere ich nie. Ausfüllen des Totenscheins dauert 20 Min. Dazu kommt die Anfahrt!“

„Fortbildungen wären sehr wichtig. Die „Todesursache“ ist schwer zu definieren. Was z. B. ist die Todesursache eines Menschen, der unter einer metast. Krebserkrankung litt? Ich würde mir wünschen, keine Leichenschauen machen zu müssen.“

„Die Rechtsmedizin sollte sich neben einer guten Ausbildung zur Leichenschau um eine ausreichende ambulante Abrechnungsmöglichkeit kümmern und einsetzen. Gute Qualität sollte auch ausreichende Bezahlung nach sich ziehen. Ist im Moment nicht so!!“

„Die Durchführung einer korrekten Leichenschau könnte doch nach dem Zufallsprinzip angeordnet werden – dann bei Licht und auf dem Tisch mit Zusatz von Fachleuten (eventuell unter Einbeziehung von uns Nieten) und ggf. könnte eine Rückmeldung erfolgen.“

Anlage 21: Zitate der Anmerkungen: Mehrfachnennungen, Seite 2

„Ich versuche, mich um die Lebenden zu kümmern, die meist vor Ort sind. Ärgere mich über viele Zumutungen bei der korrekten Leichenschau. Überlege allerdings schon, ob ein nichtnatürlicher Tod (Lungenembolie nach TEP, Coro oder Berufserkrankung) vorliegt. Die Anlage der Befragung halte ich gelinde für störanfällig, durch „Schutzbehauptungen“.“

„Per Fax sind Auswertungen nie anonym! Auch wenn Kopfzeile abgetrennt wird. Mache Leichenschau nur bei bek. Pat. und nur, wenn unbedingt nötig! Verantwortungsvolle, zeitraubende, unangenehme und miserable vergütete Aufgabe!! Es wird Zeit, dass sich was ändert!“

„Frage 9 hätte ich anders formuliert (z. B. ankreuzen, was man anschaut). Ich würde sehr gerne an einer Fortbildung zu dem Thema Leichenschau teilnehmen!“

Danksagung

Als erstes möchte ich Herrn PD Dr. med. Sven Anders für die Überlassung dieses wichtigen Themas danken, dessen Bearbeitung nie langweilig, mühsam oder zäh wurde. Es gibt sicherlich weniger spannende Themen, die man in einer Dissertationsschrift bearbeiten kann.

Dr. med. Ann Sophie Schröder danke ich für die großartige Betreuung von der Planung des Fragebogens bis zur Fertigstellung dieser Arbeit.

Prof. Dr. med. Martin Scherer und Dr. med. Maren Erhardt danke ich dafür, dass das Institut für Allgemeinmedizin des Hamburger Universitätsklinikums-Eppendorf diese Arbeit als Kooperationspartner unterstützte sowie den wertvollen Hinweis, die Fragebögen per Fax zu versenden.

Ein besonderer Dank gebührt Frau Susanne Sehner vom Institut für Biometrie und Epidemiologie für die Zeit, die sie sich in vielen Terminen genommen hat, um die Arbeit von der Fragebogenerstellung bis hin zur statistischen Auswertung zu begleiten.

Besonders bedanken möchte ich mich ebenfalls bei Herrn PD Dr. Robert Hable, der mit seinen Erklärungen und zahlreichen fachlichen Hinweisen für den letzten Feinschliff bei der Auswertung gesorgt hat.

Weiterhin danke ich allen Ärztinnen und Ärzten des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg, die den Fragebogen vorab in einem Pretest kritisch überprüft und mit vielen wichtigen Hinweisen zur Fertigstellung beigetragen haben.

Allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten danke ich besonders für die rege Teilnahme an der Befragung. So wird es hoffentlich möglich sein, zeitnah etwas am bestehenden Leichenschausystem in Hamburg zu verändern.

Zum Schluss möchte ich meinen Eltern und meinem Freund Lars für die uneingeschränkte Unterstützung in den letzten Jahren danken. Es war bestimmt nicht immer einfach mit mir. Euch ist diese Arbeit gewidmet.

Lebenslauf

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere, als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: