

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1422–1426
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-03039-0>
 Online publiziert: 30. Oktober 2019
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2019



Johannes Hamann¹ · Beatrix Kaps² · Peter Brieger^{2,3}

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland

² Ehemals Bezirkskrankenhaus Kempten, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kempten, Deutschland

³ kbo-Isar-Amper-Klinikum München, München, Deutschland

Todesbescheinigungen zu Suiziden: Qualitätsuntersuchung auf Grundlage von Polizeiakten

Hintergrund

Todesbescheinigungen (Synonyme: Totenschein bzw. Leichenschauchein) dienen u. a. der Gewinnung von Daten zur Todesursachenstatistik [1] und sind damit auch die wesentliche Grundlage für die statistische Aufarbeitung von Suiziden. Der leichenschauende Arzt muss in der Todesbescheinigung die Todesursache festhalten und sie dann unter einem ICD(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)-Code (Bereich X60–X84, vorsätzliche Selbstbeschädigung) verschlüsseln. Aus dieser und aus den weiteren „Angaben zur Klassifikation der Todesursache“ entnehmen Gesundheitsämter und statistische Landesämter Hinweise auf Suizidereignisse. Die ggf. zusätzlich angegebene Kausalkette, in der die Erkrankungen aufgeführt werden, die zum Tode geführt haben, benennt an letzter Stelle das Grundleiden des Verstorbenen [1], wird aber bisher in Suizidfällen nicht statistisch ausgewertet, sofern ein Verletzungscode (ICD-10: S00–T98) gefunden wird.

Bei nichtnatürlichem Tod, wie etwa einem Suizid, oder ungeklärter Todesart muss unmittelbar die Polizei verständigt werden [1, 2], die dann die weiteren Ermittlungen übernimmt (Befragung von Angehörigen, Obduktion einleiten etc.). Der leichenschauende Arzt soll dabei auf die Polizei warten und dann die Todesbescheinigung (nichtvertraulicher und vertraulicher Teil) ausfül-

len und ans Standesamt weiterleiten. Der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird vom Standesamt ans Gesundheitsamt weitergeben, das eine Vollständigkeits- und Vollzähligkeitskontrolle der Eintragungen durchführt und ggf. – je nach Kapazität des Gesundheitsamts – bei demjenigen Arzt Nachfragen anstellt, der die Todesbescheinigung ausgestellt hat. Auf diesem Wege und wenn eine Obduktion notwendig war, können sich im Nachhinein Korrekturen der Todesursache ergeben, die in der Todesursachenstatistik berücksichtigt werden, solange das zugehörige Berichtsjahr nicht abgeschlossen ist. Anschließend gehen die Todesbescheinigungen ans Statistische Landesamt. Von dort werden die erfassten Daten, nach Geschlecht und Alter klassifiziert und unter Berücksichtigung von Geheimhaltungsvorschriften ans Statistische Bundesamt weitergeleitet.

Da die Qualität der Todesbescheinigungen wiederholt Gegenstand von Diskussionen [2–4] war, sollen in der folgenden Arbeit anhand einer Stichprobe im Umfang von $N = 626$ Suizidfällen, die im Rahmen der Allgäuer Suizidstudie aus Unterlagen der Kriminalpolizei erhoben wurden, die Feststellungen der leichenschauenden Ärzte in den Todesbescheinigungen hinsichtlich Todesursache und Grundleiden untersucht und mit den Ermittlungsergebnissen der kriminalpolizeilichen Arbeit (d. h. erneute Feststellung der Todesursache) in 626 letztendlich als Suizid eingeordneten Todesfällen verglichen werden.

Vor allem folgende Fragen sollen aus dem Datensatz beantwortet werden:

- Wie eindeutig sind die Hinweise auf ein Suizidgeschehen in den Todesbescheinigungen?
- In welcher Form erfolgen die Angaben zur Kausalkette und welche „begleitenden wesentlichen Krankheiten“ (Grundleiden) nennen die leichenschauenden Ärzte bei Suizidereignissen?

Methode

In den Jahren 2001 bis 2009 konnte die Allgäuer Suizidstudie auf Basis von 626 Ermittlungsakten der Kriminalpolizeiinspektion Kempten durchgeführt werden [5]. Im Rahmen des Projekts wurde Einsicht in die Ermittlungsakten gewährt, aus denen Daten für die wissenschaftliche Auswertung extrahiert werden konnten. In der vorliegenden Arbeit werden zunächst die durch die Kriminalpolizei festgestellten Todesursachen (= Suizidmethoden) dargestellt.

Im Anschluss werden für alle Fälle, für die auch Todesbescheinigungen in den Akten vorhanden waren, diese genauer ausgewertet (bzw. dargestellt, wie häufig und in welchen Fällen eben keine Todesbescheinigungen vorlagen). An der Datenerfassung waren zwei Ärztinnen und ein psychologischer Psychotherapeut beteiligt, die anhand eines Merkmalskatalogs die interessierenden Daten aus den Polizeiakten extrahierten. Um die Validität der Datenerfassung sicherzustellen,

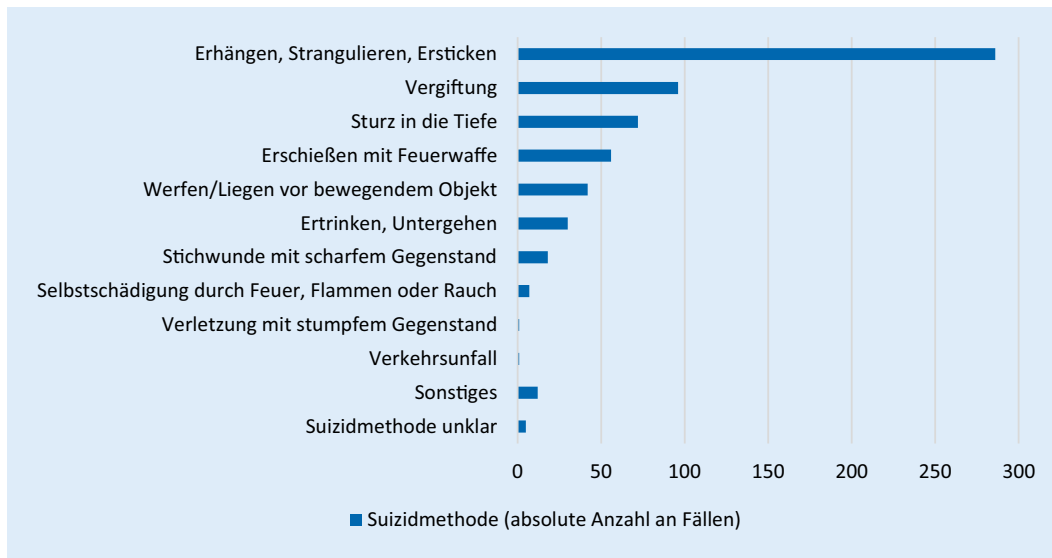


Abb. 1 ◀ Suizidmethoden bei insgesamt 626 Suizidfällen im Allgäu (2001–2009), absolute Anzahl der Fälle

wurden in regelmäßigen Treffen mehrere Fälle von allen drei Mitarbeitern getrennt ausgewertet und die Daten anschließend verglichen.

Bei der eigentlichen Datenextraktion wurde zunächst die gesamte Kopie der Todesbescheinigung durchgesehen und von den Mitarbeitern eingeschätzt, ob man den Eindruck hatte, dass daraus ein Signierer des Statistischen Landesamtes ohne Kenntnis weiterer Unterlagen einen Suizid herauslesen könnte.

Jede Todesbescheinigung wurde entsprechend folgender Systematik kategorisiert:

- keine Todesbescheinigung in der Akte,
- Felder leer (keinerlei Eintragungen in der Todesbescheinigung),
- Todesursache laut Todesbescheinigung unklar (keine weiteren Angaben und auch kein Hinweis auf ein mögliches Suizidereignis),
- Nennung einer Todesursache, aber kein eindeutiger Hinweis (z. B. „Suizid“, „Selbsttötung“) auf ein mögliches Suizidereignis,
- eindeutiger Hinweis auf ein Suizidereignis (z. B. „Suizid“ bzw. „Verdacht auf Suizid“),
- eindeutiger Hinweis auf ein Suizidereignis UND korrekte Nennung der Suizidmethode.

Anschließend wurde die vom Leichenschauer angegebene Kausalkette, genau die genannten Informationen zu To-

desursache und Grundleiden explorativ untersucht. Zunächst wurden 10 Kausalketten für die Suizidmethode „Erhängen, Strangulieren, Ersticken“ nach dem Kriterium der maximalen Unterschiedlichkeit ausgewählt und dargestellt, anschließend wurde untersucht, wie häufig psychische Erkrankungen unter den codierten Grundleiden zu finden waren. Schließlich wurde die Anzahl der Suizide in den Studienunterlagen mit den entsprechenden Fallzahlhäufigkeiten der zugehörigen Landesämter verglichen.

Ergebnisse

Im Rahmen der Allgäuer Suizidstudie [5] wurden $N = 626$ Suizide aus den Unterlagen der Kriminalpolizei Kempten untersucht. Die Suizidenten waren zwischen 15 und 96 Jahre alt (Mittelwert 55,6 Jahre; SD 18,6) und überwiegend männlich ($n = 451$; 75 %).

◻ **Abb. 1** zeigt die Suizidmethoden (= Todesursachen) nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen. Fast die Hälfte der Suizide erfolgte demnach durch „Erhängen, Strangulieren, Ersticken“, weitere 15 % durch Vergiftungen, 12 % durch Sturz in die Tiefe, 9 % durch Erschießen und 7 % durch Werfen vor ein sich bewegendes Objekt (meist Bahnsuizide). Die restlichen 20 % fielen auf seltenere Suizidmethoden, wie z. B. Ertrinken oder Erstechen.

Die Bewertungen der Todesbescheinigungen in Hinblick auf die „Heraus-

lesbarkeit“ eines Suizidereignisses finden sich in ◻ **Tab. 1**. Neben den gut 5 % an Todesbescheinigungen, die fehlten oder unausgefüllt geblieben waren, finden sich fast 32 % an Todesbescheinigungen, in denen sich keine explizite Nennung eines Suizids findet. In diesen Fällen ist also eine Todesursache genannt, aber die Einordnung als Suizidgeschehen, d. h. die explizite Nennung eines Begriffs wie „Suizid“, „Selbstmord“ o. Ä. nicht erfolgt. In einigen dieser Fälle ist das Suizidereignis wohl dennoch herauslesbar (z. B. Todesursache: „Tod durch Erhängen“), in anderen fraglich herauslesbar (z. B. Todesursache: „V. a. Tablettenintoxikation“) und in wiederum anderen nicht herauszulesen (z. B. Todesursache: „Herz-Kreislauf-Versagen“ bei einer später festgestellten Intoxikation).

Für die häufigsten Suizidmethoden („Erhängen, Strangulieren, Ersticken“ bzw. „Vergiftung“) gibt ◻ **Tab. 2** an, wo es mögliche Unterschiede in den Häufigkeiten der o. g. Kategorien gibt. Demnach sind Todesbescheinigungen, die eine „unklare Todesursache“ aufführen, häufiger bei Vergiftungen zu finden als bei „Erhängen, Strangulieren, Ersticken“ (11 % vs. 1 %). Ebenso wird bei Vergiftungen häufiger ein Suizid ohne die genaue Todesursache benannt (19 % vs. 8 %). Dagegen hatten die leichenschauenden Ärzte bei Suiziden durch „Erhängen, Strangulieren, Ersticken“ häufiger das Suizidereignis zusammen mit der korrekten Todesart benannt (52 % vs. 33 %).

■ **Tab. 3** zeigt exemplarisch für 10 Suizidfälle durch „Erhängen, Strangulieren, Ersticken“, wie unterschiedlich die Eintragungen der Ärzte bezüglich Todesursache und Grundleiden sind. So wird teilweise die Todesursache korrekt benannt und gleichzeitig ein Grundleiden erwähnt (z.B. Fälle 3 und 10). In anderen Fällen wird die Todesursache benannt, aber die Felder der Kausalkette freigelassen (z. B. Fälle 1 und 2). Schließlich gibt es auch „unlogische“ Kausalketten (z. B. Fälle 6 und 8) mit Angaben zu Grunderkrankungen, die entweder keine sind („Erhängen“) oder eben nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Suizidereignis stehen („Diabetes mellitus“).

Die von den leichenschauenden Ärzten verschlüsselten „Grundleiden“ (Angaben unter 1b und 1c der Todesbescheinigung) sind in ■ **Tab. 4** aufgeführt. Es wird ersichtlich, dass in fast der Hälfte der Fälle nichts verschlüsselt wurde und die entsprechenden Felder leer gelassen wurden. Dort, wo Grundleiden angegeben wurden, finden sich in zusammenge-rechnet 22 % der Fälle Nennungen psychischer Erkrankungen.

Aus ■ **Tab. 5** ist zu entnehmen, dass die Angaben zur Suizidhäufigkeit zwischen den Ergebnissen der Allgäuer Studie und den erfassten Daten des statistischen Landesamts für denselben geografischen Raum nicht weit voneinander abweichen und vor allem keine eindeutige Richtung feststellbar ist. Die Daten für 2009 müssen allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, da hier eventuell ein Ordner zum Überstellungszeitpunkt für die Datenerfassung der Studie bei der Polizei noch nicht archiviert war, also für die Erfassung fehlte.

Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Todesbescheinigungen im Rahmen von Suizidereignissen werden sehr uneinheitlich ausgefüllt. Direkte Verweise auf ein Suizidgeschehen erfolgen nicht regelhaft und „Grundleiden“ bzw. „vorangegangene Ursachen“ werden ebenfalls nicht regelhaft angegeben. Die Häufigkeitsunterschiede zwischen den im Rahmen polizeilicher Ermittlungen erfassten Suiziden und der offiziellen Suizidstatistik vonsei-

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1422–1426 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03039-0>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

J. Hamann · B. Kaps · P. Brieger

Todesbescheinigungen zu Suiziden: Qualitätsuntersuchung auf Grundlage von Polizeiakten

Zusammenfassung

Hintergrund. Todesbescheinigungen sind Grundlage der Todesursachenstatistik in Deutschland. Dies gilt auch für die Erfassung von Suizidereignissen.

Ziel der Arbeit. Untersuchung von Todesbescheinigungen im Rahmen von Suizidereignissen in Hinblick auf die Qualität der ärztlichen Eintragungen. Wie eindeutig sind die Hinweise auf ein Suizidgeschehen? In welcher Form erfolgen die Angaben zur Kausalkette und welche „begleitenden wesentlichen Krankheiten“ (Grundleiden) werden genannt?

Material und Methoden. Auswertung von $N = 626$ polizeilichen Ermittlungsakten zu Suiziden im bayerischen Allgäu in den Jahren 2001 bis 2009 und den darin enthaltenen Todesbescheinigungen.

Ergebnisse. Todesbescheinigungen im Rahmen von Suizidereignissen werden sehr uneinheitlich ausgefüllt. Direkte Verweise auf ein Suizidgeschehen erfolgen nicht regelhaft und Grundleiden werden

ebenfalls nicht regelhaft angegeben. Die Häufigkeitsunterschiede zwischen den im Rahmen polizeilicher Ermittlungen erfassten Suiziden und der offiziellen Suizidstatistik vonseiten der Landesämter für Statistik sind dennoch gering.

Diskussion. Um die Qualität der Todesbescheinigungen nach einem Suizid zu verbessern, sollten die leichenschauenden Ärzte Suizidereignisse klarer als solche benennen und einen stärkeren Fokus auf ein logisches Ausfüllen der Kausalkette legen. Um den Stellenwert psychischer Erkrankungen hinsichtlich ihrer Mortalität nicht zu unterschätzen, sollten Möglichkeiten der Dokumentation von psychischen Grundleiden bei nichtnatürlichen Todesfällen diskutiert werden.

Schlüsselwörter

Suizid · Selbstmord · Todesbescheinigungen · Todesursachen · Psychiatrie

Death certificates for suicides: quality investigation based on police records

Abstract

Background. Death certificates are the basis for German mortality statistics, including suicide statistics.

Objectives. To examine death certificates that are issued in the context of suicide with special focus on the quality of doctors' entries, especially indications of suicide and the stated association between underlying illness and cause of death.

Materials and methods. Data from the Allgäu Suicide Study were used. Police records ($N = 626$) containing the results of suicide investigations as well as death certificates were analysed.

Results. There is great heterogeneity as to how physicians issue death certificates in the context of suicide. Clear indications of suicide

are often missing and underlying illnesses are seldom mentioned. Nevertheless, there are only minor differences between the number of suicides recorded by the police compared to official statistics.

Conclusions. To improve the quality of death certificates in the context of suicide, physicians should give clearer indications of suicide and put more focus on logically explaining the causes of death. The mortality of mental illnesses might be underestimated when mental illnesses are not regularly mentioned as a potential cause for suicide.

Keywords

Suicide · Self-murder · Death certificates · Causes of death · Mental health

ten der Landesämter für Statistik sind dennoch gering.

In Bezug auf den Datensatz ist es wichtig zu betonen, dass nur Fälle untersucht wurden, deren Ermittlungsergebnis ein Suizidereignis war. Gleichzeitig

sind in allen Fällen Ermittlungen durchgeführt worden, was wiederum in allen Fällen voraussetzt, dass die leichenschauenden Ärzte keine natürliche Todesursache in der Todesbescheinigung festgehalten hatten oder die Kriminalpolizei

Tab. 1 Bewertungen der Todesbescheinigungen in Hinblick auf die „Herauslesbarkeit“ eines Suizidereignisses

Angaben zur Todesbescheinigung	Absolute Anzahl	Anteil in %
Keine Todesbescheinigung in der Akte	30	5
Felder leer	13	2
Todesursache laut Todesbescheinigung unklar (keine weiteren Angaben und auch kein Hinweis auf ein mögliches Suizidereignis)	20	3
Nennung einer Todesursache, aber kein eindeutiger Hinweis auf ein mögliches Suizidereignis	199	32
Eindeutiger Hinweis auf ein Suizidereignis (z. B. „Suizid“ bzw. „Verdacht auf Suizid“)	78	13
Eindeutiger Hinweis auf ein Suizidereignis UND korrekte Nennung der Suizidmethode	286	46

Tab. 2 „Herauslesbarkeit“ eines Suizidereignisses aus den Todesbescheinigungen bei den Todesarten „Vergiftung“ und „Erhängen, Strangulieren, Ersticken“. Absolute Anzahl und Anteil in %

	Vergiftung, n (%)	Erhängen, Strangulieren, Ersticken, n (%)
Keine Todesbescheinigung in der Akte	6 (6)	4 (1)
Felder leer	3 (3)	3 (1)
Todesursache laut Todesbescheinigung unklar (keine weiteren Angaben und auch kein Hinweis auf ein mögliches Suizidereignis)	11 (11)	2 (1)
Nennung einer Todesursache, aber kein eindeutiger Hinweis auf ein mögliches Suizidereignis	26 (27)	107 (37)
Eindeutiger Hinweis auf ein Suizidereignis (z. B. „Suizid“ bzw. „Verdacht auf Suizid“)	18 (19)	22 (8)
Eindeutiger Hinweis auf ein Suizidereignis UND korrekte Nennung der Suizidmethode	32 (33)	148 (52)

Tab. 3 Eintragungen zu Todesursache und Grundleiden in den Todesbescheinigungen bei der Todesart „Erhängen, Strangulieren, Ersticken“. 10 Beispiele

	a) Unmittelbare Todesursache	b) Als Folge von	c) Als Folge von (Grundleiden)
1	Erstickungstod	Leer	Leer
2	Erhängen	Leer	Leer
3	Tod durch Erhängen	Alkoholismus	Leer
4	Ersticken	Erhängen	Leer
5	Strangulation	Bekannte depressive Erkrankung	Leer
6	Strangulation	Diabetes mellitus	Blasentumor
7	Herz-Kreislauf-Versagen	Erhängen	Leer
8	Sauerstoffmangel	Zerebrale Durchblutungsstörung	Erhängen
9	Kardioresp. Versagen	Hypoxischer Hirnschaden	Leer
10	Atemstillstand	Erhängen	Depressiv, paranoide Schizophrenie

auf andere Art und Weise eingeschaltet wurde und Ermittlungen aufnahm.

Es können also keine Aussagen hinsichtlich „übersehener“, nichtnatürlicher Todesursachen gemacht werden. Ebenso kann keine Stellung zu zunächst angenommenen Suiziden und dann z. B. festgestellter Fremdeinwirkung oder eben doch natürlicher Todesursache gemacht werden.

Die Beurteilung der Todesbescheinigung wurde zwar von medizinisch/psychologisch ausgebildeten Mitarbeitern vorgenommen, denen allerdings berufliche Erfahrung mit Leichenschauen fehlte. Eine möglichst hohe Interreliabilität der Beurteilungen der drei Mitarbeiter wurde durch regelmäßige Treffen, in denen jeweils mehrere Fälle von allen drei Mitarbeitern getrennt ausgewertet und die Daten anschließend verglichen wurden, angestrebt. Ein statistischer Kennwert kann jedoch nicht berichtet werden.

Schließlich wurde die „Qualität“ der Todesbescheinigungen lediglich in Hinblick auf eine Übereinstimmung mit den kriminalpolizeilichen Ermittlungsergebnissen vorgenommen.

In der Zusammenschau der Ergebnisse ist aus unserer Sicht vor allem zu klären, in welcher Form die leichenschauenden Ärzte in der Kausalkette auf das Suizidereignis und mögliche Grunderkrankungen verweisen sollten, um eine stimmige und auch statistisch gut interpretierbare und vor allem einheitliche Dokumentation zu leisten.

Zunächst aber stellt sich die Frage nach der korrekten Eintragung der unmittelbaren Todesursache. Gefordert wird hier die Eintragung der direkt zum Tode führenden Krankheit, keinesfalls sollten „funktionelle Endzustände“ [2], wie etwa Atemstillstand, eingetragen werden. Im Rahmen von Suizidereignissen sollte also idealerweise als Todesursache die Suizidmethode, ggf. mit Hinweis auf das suizidale Geschehen, codiert werden, z. B. also „Suizid durch Erhängen“. Der Eintragung „unbekannt“ ist der Vorzug gegenüber einem Freilassen der Felder zu geben. Aus unseren Daten ist ersichtlich, dass diesen Vorgaben bisher nicht regelhaft Rechnung getragen wurde und entsprechende

Tab. 4 Eintragungen zu Grundleiden der 626 Suizidenten in den Todesbescheinigungen

	Feld b) (vorangegangene Ursachen/ Grundleiden), n (%)	Feld c) (vorangegangene Ursachen/Grundleiden), n (%)
Keine Todesbescheinigung	30 (5)	30 (5)
Feld leer	326 (52)	343 (55)
Psychische Erkrankung (in der Mehrheit Depression)	61 (10)	77 (12)
Andere Eintragung (somatische Erkrankung, Hinweise auf Suizid, Verletzungen)	209 (33)	176 (28)

Tab. 5 Anzahl von Suiziden pro Jahr im Allgäu 2001–2009. Vergleich der Statistik der Suizidzahlen und -ziffern des bayerischen statistischen Landesamtes mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie

Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anzahl Suizide Stat. Landesamt	71	77	69	70	69	67	53	64	62
Anzahl Suizide Statistik der Studie	78	74	75	64	66	58	54	60	43 ^a
Differenz: Suizidzahlen eigene Studie im Vergleich zur offiziellen Statistik	7	-3	6	-6	-3	-9	1	-4	-19

^aDie Akten von 2009 konnten evtl. nicht vollständig berücksichtigt werden

(Qualitäts-)Verbesserungen notwendig sind. Qualitätsverbesserungen können dabei sicher im Rahmen ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen erreicht werden. Allerdings ist hier auch festzuhalten, dass Suizidereignisse sicher zu den schwerer einzuschätzenden Situationen gehören, in denen Todesbescheinigungen ausgefüllt werden, insbesondere da Ärzte hier fast regelhaft zu Verstorbenen gerufen werden, die sie zu Lebzeiten nicht als Patienten behandelt hatten.

Nachdem sich für Deutschland eine multikausale Todesursachenstatistik (d.h., neben der Erfassung des Grundleidens werden noch weitere Angaben aus den Todesbescheinigungen in die Auswertung einbezogen) im Aufbau befindet [6], stellt sich dennoch die Frage, wie das Verfahren der Kausalitätskette im Idealfall auf Suizidereignisse angewandt werden könnte. Grundsätzlich könnte man fordern, dass hier als Grunderkrankungen, soweit zutreffend und bekannt, z.B. eine psychische Erkrankung benannt werden sollte. Letzteres erfolgt, wie aus unseren Daten ersichtlich, regelhaft nicht. Gegen den Ansatz, psychische Erkrankungen als Grunderkrankung bei Suizidereignissen zu codieren spricht

allerdings, dass der kausale Zusammenhang, außer in Ausnahmefällen (z.B. imperative Stimmen bei einer schizophrenen Erkrankung, die zum Suizid auffordern), wohl nicht sicher herzustellen ist. Zwar ist das Vorliegen einer Depression ein gut belegter Risikofaktor für einen Suizid [7], gleichzeitig begehen die wenigsten depressiv erkrankten Menschen einen Suizid.

Zusammenfassend kann aus unserer Sicht die Qualität der Todesbescheinigungen nach einem Suizid, v.a. in Hinblick auf die statistische Aufarbeitung, in folgenden Bereichen verbessert werden:

- klarere Benennung des Suizidereignisses,
- Eintragung „unbekannt“ in die Felder zum Grundleiden (Felder 1b und 1c der bayerischen Todesbescheinigung), statt diese leerzulassen,
- mehr Fokus auf ein „logisches“ Ausfüllen der Kausalität, auch wenn diese in Suizidfällen (noch) nicht multikausal aufgearbeitet wird.

Um den Stellenwert psychischer Erkrankungen, auch hinsichtlich ihrer Mortalität, nicht zu unterschätzen, sollten Möglichkeiten der Dokumentation von psy-

chischen Grunderkrankungen bei nicht-natürlichen Todesfällen verbessert werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Johannes Hamann
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Ismaninger Straße 22, 81675 München, Deutschland
j.hamann@tum.de

Danksagung. Die Autoren danken Frau Agneta Grunwald-Mühlberger (Bayerisches Landesamt für Statistik Kompetenzzentrum Demographie, SG 41 – Todesursachen) für ihre Beratung.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Hamann, B. Kaps und P. Brieger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Akteneinsicht in die Ermittlungsakten der Kriminalpolizei Kempten wurde vom Leitenden Oberstaatsanwalt für wissenschaftliche Zwecke gemäß § 476 StPO genehmigt. Die Ethikkommission der Universität Ulm bewilligte die retrospektive Auswertung und Analyse der Suizidfälle aus den Ermittlungsakten der Polizei (Aktenzeichen 281/09-UBB/bal).

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (2017) Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau. AWMF
2. Mardea B, Rothschild M (2010) Ärztliche Leichenschau. Dtsch Arztebl 107:575–586
3. Hölzel D, Schubert-Fritschle G, Eckel R, Eisenmenger W (2002) Qualität der Angaben von Todesbescheinigungen: Ist die Todesursachenstatistik zu Krebserkrankungen besser als ihr Ruf? Dtsch Arztebl 99:A50–A55
4. Zack F, Kaden A, Riepenhausen S, Rentsch D, Kegler R, Büttner A (2017) Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung. Rechtsmedizin 27:516–527
5. Brieger P, Kaps B, Lohmann F, Kammerlander B, Hamann J (2019) Wer nimmt sich das Leben? Ergebnisse einer psychologischen Autopsiestudie im Allgäu basierend auf Polizeiakten. Submitted
6. Eckert O (2017) Verbesserte Qualität der nationalen und internationalen Todesursachenstatistik durch den Kodierkern MUSE. Statistisches Bundesamt. Wirtsch Stat 4:118–132
7. Wasserman D (2016) Depression, bipolar disorders, and suicide. In: Wasserman D (Hrsg) Suicide an unnecessary death. Oxford University Press, Oxford