



Forensischer Leichenschaudienst: Herausforderungen und Chancen

Hintergrund

In den letzten 20 Jahren haben sich in vielen größeren Städten, so z. B. in Berlin, Stuttgart und München, spezialisierte Leichenschaudienste entwickelt. Die Notwendigkeit für solche Dienste resultiert u. a. aus dem Umstand, dass nachts und am Wochenende die durch die Bestattungsgesetze der Länder überwiegend zur Leichenschau verpflichteten niedergelassenen Ärzte häufig nur schwer oder gar nicht erreichbar sind. Müssen Leichenschauen dann durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst übernommen werden, sind diese in der Dringlichkeit der Behandlung medizinischer Notfälle nachgeordnet, woraus erhebliche Wartezeiten resultieren. Solche Wartezeiten sind für Angehörige oft psychisch problematisch. Wenn die Polizei eine Streife zum Leichenauffindungsort beordert, können stundenlange Wartezeiten für die Polizeibehörden zu einem erheblichen personellen Ressourcenproblem führen, da dann jeweils eine Streife, also zwei Beamte, an einen Leichenfundort gebunden sind und nicht für weitere, ggf. ebenso dringliche Einsätze zur Verfügung stehen. Zusätzlich wurde thematisiert, dass die für die Durchführung der Leichenschau eingesetzten Ärzte bzgl. dieser wichtigen ärztlichen Aufgabe oft wenig oder gar keinen forensisch-praktischen Erfahrungshintergrund bzw. keine entsprechende Ausbildung aufweisen. Die Etablierung spezialisierter Leichenschaudienste, insbesondere solcher mit einem forensischen Schwerpunkt und einer rechtsmedizinischen Qualitätskontrolle, kann zwar die allgemeine Qualität der Leichenschau verbessern, aber dennoch nur einen Teil der Probleme bzgl. der ärztlichen Leichenschau

– hier insbesondere die Wartezeit für Angehörige oder Polizeibeamte – lösen bzw. reduzieren.

Der Münchner Leichenschaudienst wurde Mitte der 1990er-Jahre auf Anregung der Polizei zur Qualitätsverbesserung der Leichenschau und zur Reduktion der Wartezeiten gegründet und über 10 Jahre vom Institut für Rechtsmedizin aus organisiert und gestaltet (Details zu den Zahlen und auch zu qualitativen Aspekten finden sich sehr ausführlich bei Fieseler et al. [1]). Wesentliches Merkmal dieses Dienstes ist die Durchführung regelmäßiger Fallkonferenzen, die zu einer erheblichen Verbesserung der individuellen Erfahrung durch rechtsmedizinische Befunddiskussion und die Möglichkeit eines Rückgriffes auf Obduktionsbefunde beigetragen haben. Bei bis zu 2500 Leichenschauen pro Jahr, die sich auf einen relativ überschaubaren Kreis von fünf externen Mitarbeitern und die Assistenzärzte des Instituts für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München beschränkten, konnte somit ein hohes Maß an individueller Erfahrung bei hoher subjektiver Bindung an die Institution des Dienstes erreicht werden (über Jahre hinweg lückenloser Dienstplan 24-7-365 ohne nennenswerte Personalfuktuation).

Nach Wechsel der Organisationsstrukturen zum Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband (ÄKBV) München 2006 wurde der Kreis der Leichenschauärzte etwas vergrößert, dies aber auch bei stärkerer Fluktuation und insgesamt aktuell um die 1500–1700 Leichenschauen pro Jahr. Beibehalten wurden monatliche Fallkonferenzen, in welchen die einzelnen Fälle, insbesondere diejenigen, bei denen eine natürliche Todesart attestiert

wurde und die somit keiner weiteren Kontrolle mehr unterliegen, erörtert werden. Hinzu kommen Fortbildungsreferate zu speziellen forensischen Themen und eine kontinuierliche Betreuung durch Ansprechpartner vom Institut für Rechtsmedizin. Aktuell sind 12 Ärzte (von rund 20.000 ärztlichen Mitgliedern des ÄKBV München) bereit, sich am Leichenschaudienst zu beteiligen. Der Dienst ist freiwillig und wird zumeist neben einer Praxis- oder Klinik Tätigkeit ausgeübt. Eine formelle Verpflichtung bzw. vertragliche Grundlage innerhalb dieses Dienstes besteht nicht. Die Dienstplanteilung wird von Mitarbeitern des ÄKBV München übernommen, die Anforderung des Leichenschauers erfolgt durch die Polizeieinsatzzentrale München. Jeder Arzt kann die Leichenschauen berechnen, die er selber durchführt, eine Dienst- oder Grundpauschale für die Bereitschaftszeit wird nicht bezahlt. Derzeit können rund 5–20 % der Dienste nicht besetzt werden. In einem solchen Fall versucht die Polizei, den Hausarzt zu erreichen. Wenn dies nicht gelingt, wird die Leichenschau zumeist vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenvereinigung Bayern übernommen, woraus ggf. erhebliche Wartezeiten resultieren. In letzter Zeit werden auch zunehmend Leichen auf der Basis einer vorläufigen Todesbescheinigung in die Rechtsmedizin verbracht (eine sog. vorläufige Todesbescheinigung kann nach dem Bayerischen Bestattungsgesetz nur durch Not(dienst)ärzte ausgestellt werden; für die vorl. Todesbescheinigung kann sich der Arzt auf die Feststellung des Todes, der Todeszeit, des Zustandes der Leiche und der äußeren Umstände beschränken; de facto ist die vorl. Todesbescheinigung also eine Entkopplung

von Todesfeststellung und vollständiger Leichenschau, sie ist mittlerweile in fast allen Bundesländern eingeführt). Die Freigabe der Leiche zur Bestattung kann nach den organisatorischen Abläufen teilweise vor der abschließenden Leichenschau erfolgen; *Ablauf z. B.: Auffindung – vorl. Todesbescheinigung durch Notarzt – anschließend gleich polizeiliche Sachbearbeitung, weil unmittelbar kein Arzt für die vollständige Leichenschau verfügbar ist – Freigabe durch die Staatsanwaltschaft nach der polizeilichen Sachbearbeitung – erst jetzt Leichenschau mit Ausstellung der Todesbescheinigung.* (Mithin erfolgt in Einzelfällen die Freigabe der Leiche ohne Obduktion und, ohne dass die Leiche vor dieser Freigabe von einem Arzt genauer untersucht wurde, da die Untersuchung vor der Ausstellung der sog. vorl. Todesbescheinigung – s. oben – nur die Todesfeststellung beinhaltet.)

Als Zugangsvoraussetzung für den Leichenschaudienst wird gefordert, dass die Ärzte eine Fortbildungsveranstaltung mit zwei Modulen über insgesamt 8 Unterrichtseinheiten á 45 min zum Thema Leichenschau beim ÄKBV München absolviert haben; sie müssen ferner wenigstens zweimal an einer Sektion im Institut für Rechtsmedizin teilnehmen sowie zweimal einen erfahrenen Kollegen im Dienst begleitet haben. Diese „Ausbildung“ erscheint zunächst nicht besonders intensiv, sie basiert aber letztlich auch darauf, dass alle diese Ärzte allein aufgrund ihrer allgemeinen ärztlichen Ausbildung und im Hinblick auf ihre ggf. bestehende Verpflichtung schon zuvor ohnehin in der Lage sein müssten bzw. sollten, eine Leichenschau korrekt durchzuführen.

Generell besteht für alle beteiligten Ärzte im Dienst jederzeit die Möglichkeit einer telefonischen Rücksprache mit einem der verantwortlichen Rechtsmediziner.

Die Teilnahme an den monatlichen Besprechungen sollte verpflichtend sein. Ärztliche Kollegen in ausreichender Zahl und Motivation, um Kollegen, die regelmäßig nicht zu den Fortbildungen erscheinen, ersetzen zu können, stehen jedoch aktuell nicht zur Verfügung.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die aus einer derartigen Organisationsstruktur resultierenden Probleme und Chancen im Wesentlichen auf vier Problemkreise einzugrenzen, die hier als Grundproblematik, Verpflichtungsproblematik, Definitionsproblematik und Vergütungs- oder Praxisproblematik umschrieben und genauer dargestellt werden sollen.

Grundproblematik

Die Leichenschauer haben praktisch nie eigene Kenntnis vom Verstorbenen im Rahmen einer zuvor erfolgten medizinischen Behandlung; sie können sich daher ausschließlich auf meist schriftliche Informationen aus der medizinischen Vorgeschichte (Arztbriefe, Rezepte) stützen, soweit diese ad hoc vorhanden bzw. greifbar sind, und auf die Übermittlung der Krankheitsgeschichte durch medizinische Laien (Angehörige, Auffindungszeugen). Ferner kann sich die Untersuchung der Leiche nur auf von außen zu erhebende Befunde und Feststellungen erstrecken, anhand derer auf pathophysiologische Zustände im Inneren des Körpers rückgeschlossen werden muss. Insbesondere wenn dezidierte Angaben zu Vordiagnosen und Krankheitsverlauf fehlen, können in einem großen Teil der Fälle keine oder nur schwer begründbare Verdachtsdiagnosen gestellt werden, zumindest soweit es sich um natürliche Todesarten bzw. Todesursachen handelt [2]. Zwar besteht in allen Ländergesetzen ein sog. Auskunftsrecht bzw. eine Auskunftspflicht, wonach der behandelnde Arzt – sofern ein solcher überhaupt existiert bzw. bekannt ist – dem Leichenschauer gegenüber Auskunft über Diagnosen und Krankheitsverlauf des nunmehr Verstorbenen geben muss [3]; dies ist jedoch außerhalb der üblichen Sprech- und Praxiszeiten nicht umsetzbar und für die Ausstellung der Todesbescheinigung ist in den Fällen der Nichterreichbarkeit des behandelnden Arztes kein zeitlicher Aufschub vorgesehen.

Dass durch die reine Besichtigung von außen nur unscharfe und wenig belastbare Feststellungen zur Todesursache möglich sind, belegen u. a. die Görlit-

zer Studie, wonach sich rund 50% der Leichenschaudiagnosen bei autoptischer Kontrolle als falsch erwiesen, ferner die Multicenter-Studie aus Münster, wonach auf ein erkanntes Tötungsdelikt durch den Leichenschauer rund 1,5–3 nicht erkannte Tötungsdelikte kommen [4–6]. Im deutlichen Kontrast zu dieser ohnehin schwierigen und problematischen Grundsituation steht häufig ein gravierender Mangel an ärztlicher Sorgfalt, mit der Todesbescheinigungen ausgestellt werden, wie sich aus der Rostocker Studie aus dem Jahr 2017 mit extrem hohen Fehlerquoten von 90% ergibt [7]. Nach den Münchner Daten ist eine sehr geringe Beanstandungsquote der Ärzte des Leichenschaudienstes seitens der Gesundheitsbehörden festzustellen [8]. Dies zeigt einerseits, dass mangelnde Sorgfalt bei der Leichenschau ein generelles Problem ist, das allerdings bei entsprechender Übung und Erfahrung, z. B. im Rahmen eines solchen forensisch kontrollierten Leichenschaudienstes, deutlich verbessert werden kann.

Die Grundproblematik, dass ein verantwortungsvoller und gut ausgebildeter Arzt in einem großen Teil der Fälle, in denen zwar keine äußerlich erkennbaren Verletzungen, aber auch keine ausreichend substanziierten Angaben zur Krankheitsvorgeschichte vorhanden sind, keine natürliche, sondern eher eine ungeklärte Todesart attestieren wird, ist für Ermittlungsbeamte oft unverständlich, die gerne das Fehlen von Zeichen eines Fremdverschuldens mit einem als natürlich zu attestierenden Tod gleichsetzen. Die Erwartung der Ermittlungsbehörden, dass ein besonders gut ausgebildeter Leichenschauer in besonders vielen Fällen einen natürlichen Tod bescheinigen kann, wird in der Regel ins Gegenteil verkehrt. Es wird eher der nachlässige, schlecht ausgebildete Arzt unreflektiert einen natürlichen Tod bescheinigen, während der gut ausgebildete, erfahrene ärztliche Kollege viel eher spezifische Befunde oder problematische Situationen in der Vorgeschichte erkennt und damit mehr Verdachtsfälle auf einen nichtnatürlichen Tod attestieren und so mehr sog. Polizeileichen produzieren wird.

Eine Verbesserung der Qualität der Aussagen insgesamt zu Todesart und Todesursache wird damit nur über eine gleichzeitige Erhöhung der Obduktionsfrequenz zu erreichen sein (und damit der durch die Staatsanwaltschaft bzw. das Gericht angeordneten gerichtlichen Sektionen, aber auch der sog. klinisch-pathologischen oder Verwaltungssektionen in Fällen, in welchen kein Verdacht auf Fremdverschulden vorliegt, aber die genaue Todesursache nicht zweifelsfrei fest steht; Auftraggeber hierfür könnten z. B. die Angehörigen, aber auch z. B. die Gesundheitsbehörden sein, wobei jeweils eine entsprechende Finanzierung zu regeln wäre).

Verpflichtungsproblematik

In den meisten Bestattungsgesetzen der Länder werden die niedergelassenen Ärzte, z. T. sogar jeder Arzt, verpflichtet, auf Aufforderung eine Leichenschau vorzunehmen. Die Verpflichtung erstreckt sich somit auf einen sehr großen Personenkreis, mit der Konsequenz, dass jeder Einzelne nur vergleichsweise wenig Erfahrung sammeln kann. Bei Fortbildungsveranstaltungen geben die meisten niedergelassenen Ärzte auf Nachfrage an, zwischen 3 und 5 Leichenschauen pro Jahr durchzuführen. Mehr Leichenschauen, bis zu ca. 25–50 Leichenschauen pro Jahr, werden nur von Ärzten bewältigt, die sehr viele Patienten im Altenheim- und Pflegesektor betreuen, palliativmedizinisch arbeiten oder sehr häufig bzw. ausschließlich im Notarztdienst oder im ärztlichen Bereitschaftsdienst tätig sind.

Die gesetzliche Verpflichtung so großer Ärzteguppen unter der Vorstellung, immer möglichst rasch einen Arzt zur Leichenschau verfügbar zu haben, erzeugt also eine breite Verteilung der anfallenden Arbeit und führt zu einer Vielzahl von unerfahrenen ärztlichen Kollegen.

Eine Fokussierung der Arbeit auf wenige Ärzte, die damit vergleichsweise viel Erfahrung sammeln könnten, unterbleibt fast durchgehend. Zudem existiert keine Qualitätskontrolle bzw. Rückkopplung an den leichenschauenden Arzt, was die Wertigkeit und Qualität seiner Be-

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1433–1437 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03041-6>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

O. Peschel · S. Gleich · M. Graw · P. Hofer

Forensischer Leichenschauendienst: Herausforderungen und Chancen

Zusammenfassung

Die ärztliche Leichenschau ist in den Bestattungsgesetzen der einzelnen Bundesländer geregelt. Sie stellt die durchführenden Ärztinnen und Ärzte ebenso wie die Polizei immer wieder vor eine Reihe von Herausforderungen. Verpflichtet zur Leichenschau sind überwiegend die niedergelassenen, teilweise auch alle approbierten Ärztinnen und Ärzte. Aus der oft großen Anzahl an potenziellen Leichenschauern ergibt sich das Problem, dass jeweils nur eine geringe Fallzahl zum Sammeln von Erfahrung zur Verfügung steht. In mehreren Arbeiten ist zudem belegt worden, dass bei der Leichenschau generell nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur korrekten Feststellung der Todesursache vorhanden sind. Auch die gesetzlichen Bestimmungen stellen eine gewisse Grundproblematik dar, aus welcher sich weitere Fallstricke ergeben können.

Um den Herausforderungen zu begegnen und die Qualität der Leichenschauen sicherzustellen bzw. zu steigern, wird in München vom Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband in Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin ein „Forensischer Leichenschauendienst“ organisiert, an welchem derzeit 12 erfahrene leichenschauende Ärzte beteiligt sind. Es finden Aus- und Weiterbildungen sowie monatliche Fallkonferenzen statt. Die Grundlagen und Überlegungen zur Praxistauglichkeit eines solchen Systems sollen in der gegenständlichen Arbeit dargestellt werden. Probleme und Chancen werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter

Leichenschauendienst · Professionalisierung · Qualitätskontrolle · Qualifikation · Leichenschauvergütung

Forensic postmortem examination service: challenges and opportunities

Abstract

The external examination of a corpse is regulated by federal law and presents physicians and police with a series of challenges. Mostly GPs, but practically every licensed physician, are obliged to complete death certificates, resulting in a very large number of potential physicians, which at the same time means only a small number of cases for each individual. Consequently, this sensitive topic often lacks the experience needed.

As already shown in several studies, only very limited possibilities for the correct determination of the cause of death are generally present at the inquest. The legal provisions also represent a certain basic problem, from which further pitfalls can arise.

In Munich, the medical association, in cooperation with the Institute of Legal Medicine, organizes a 24-h service with at least one physician on standby, which ensures quality assurance and/or enhancement of this postmortem service through continuous education and further training as well as monthly meetings. The principles and considerations concerning the practicability of such a system will be discussed in this paper.

Keywords

Postmortem examination service · Professional approach · Quality control · Qualification · Financial compensation

funderhebung im Rahmen der von ihm durchgeführten Leichenschau und die hieraus resultierenden Konsequenzen betrifft. Die „Beurteilung und Qualitätskontrolle“ der leichenschauenden Ärzte erfolgt nahezu ausschließlich durch die Ermittlungsbeamten, die aber regelhaft den medizinischen Anspruch dieser Tätigkeit (s. unten, Definitionsproblematik)

kaum erfassen können und primär auf den Ausschluss eines Fremdverschuldens fixiert sind. Da in Deutschland vergleichsweise selten seziert wird, sind eine Rückkopplung und das Sammeln von Erfahrung durch Abgleich der Befunderhebung als Leichenschauer mit dann folgenden Obduktionsergebnissen eine Rarität. Im Gegenteil wird durch sel-

tene Obduktionen dem Leichenschauer den Eindruck vermittelt, dass ohnehin nicht substanziiell ermittelt würde und man daher den Angehörigen auch durch die Bescheinigung eines natürlichen Todes den Polizeieinsatz ersparen könne, ohne dass dies Konsequenzen habe. Einer solchen, häufig in der Breite anzutreffenden Ansicht kann bei der überschaubaren Zahl der Ärzte in einem Leichenschaudienst gut durch die schon angesprochenen Fallbesprechungen begegnet werden.

Definitionsproblematik

Der nichtnatürliche Tod ist in den meisten Bestattungsgesetzen der Länder definiert und z. T. auch aus den Todesbescheinigungen oder den unmittelbar dazu abgedruckten Erläuterungen ersichtlich. Eine gesetzliche Definition des natürlichen Todes fehlt jedoch in den meisten Bundesländern (eine Ausnahme ist Baden-Württemberg, hier ist auch die Definition des natürlichen Todes auf der Todesbescheinigung mit abgedruckt). Der Arzt muss damit für die Definition des natürlichen Todes im Wesentlichen auf die Leitliniendefinition zurückgreifen, z. B. auf die „Leitlinie ärztliche Leichenschau“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF; [9]): Danach kann ein natürlicher Tod bescheinigt werden, wenn Kenntnisse über eine natürliche innere Erkrankung vorliegen, die von einem Arzt diagnostiziert und behandelt wurde und die den Todeseintritt zum gegenständlichen Zeitpunkt hat erwarten lassen; gleichzeitig dürfen keine Hinweise auf einen nichtnatürlichen Tod vorhanden sein.

Diese Definition wird jedoch z. B. von Polizeibeamten häufig nicht akzeptiert, da es sich nicht um eine behördliche, sondern um eine ärztliche Definition handelt. Damit sind Konflikte zwischen Arzt und Ermittlungsbehörden vor allem in Fällen vorprogrammiert, in welchen ein Leichenschauer bei Verstorbenen in fortgeschrittenem Lebensalter keine äußerlich typischen pathognomonischen Verletzungsbefunde erheben kann und andererseits Angaben aus der Vorgeschich-

te und den Todeseintritt aktuell erwartenden Vorerkrankungen fehlen.

Während der Arzt gehalten ist, in einem derartigen Fall eine nichtgeklärte Todesart bei unklarer Todesursache zu bescheinigen, fordern viele Polizeibeamte beim Tod eines alten Menschen ohne äußere Verletzungen oder erkennbare Fremdeinwirkungen vom Leichenschauer die Bescheinigung eines natürlichen Todes (auch der § 159 StPO bezieht sich im Wesentlichen auf „Anhaltspunkte dafür ..., dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist“; es *muss* also kein „nichtnatürlicher Tod“ für die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens vorliegen – Anhaltspunkte dafür reichen aus, die Problematik der medizinisch ungeklärten Todesart wird dadurch jedoch auch nicht geregelt). Die Vermeidung vermeintlich sinnloser kriminalistischer Ermittlungen und damit einer Überlastung des Behördenapparates kann aber nicht als ärztliche Aufgabe deklariert werden, solange keine medizinisch sichere Beurteilungsgrundlage gegeben ist.

Diese Konfliktsituation ergibt sich auch für jeden Arzt, der im Rahmen eines derartigen forensischen Leichenschaudienstes tätig ist. Allerdings sind diese Ärzte besser in den rechtlichen Grundlagen und Argumentationsweisen geschult und geübt, als dies bei gelegentlich eine Leichenschau durchführenden Ärzten der Fall ist, die sich nicht selten mit ihrem Ergebnis bei der Todesart der kriminalistischen Einschätzung des Ermittlungsbeamten unreflektiert anschließen und medizinische Aspekte der Entscheidungsfindung hintanstellen.

Vergütungs- oder Praxisproblematik

Für die meisten der uns bekannten Leichenschaudienste existiert keine Grundvergütung bzw. Grundpauschale für die Bereitschaftszeit. Dies resultiert letztlich nicht zuletzt daraus, dass über die Bestattungsgesetze der Länder ja Ärzte allgemein, Niedergelassene oder auch Amtsärzte verpflichtet sind, Leichenschauen auf Aufforderung durchzuführen, und deshalb keine rechtlich tragfähige Begründung für die Notwendigkeit

eines solchen Dienstes und der zusätzlichen Vergütung einer Dienstpauschale nachvollziehbar ist.

Die Vergütung des leichenschauenden Arztes beschränkt sich damit in der Regel isoliert auf die Leichenschauen, die im Rahmen eines solchen Dienstes durchgeführt werden. Die Abrechnung erfolgt dabei nach Ziffer 100 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), (bei 2,3-fachem Satz also etwas mehr als 30€ pro Leichenschau) zuzüglich Weggeldpauschale. Zusätzlich abgerechnet werden können noch Bedarfsmittel wie Handschuhe und die Auslagen für die Todesbescheinigung. Weitere bzw. darüber hinausgehende Vergütungen sind auch für die Zeit am Wochenende bzw. nachts oder unter problematischen Umständen nicht vorgesehen. Lediglich für erschwerte Umstände kann ggf. der maximal 3,5-fache Satz der Ziffer 100 GOÄ (mit dann etwas über 50€) berechnet werden. Bei einem Zeitaufwand von erfahrungsgemäß mindestens einer bzw. überwiegend 1,5–2 h pro Leichenschau ist damit unter den gegenwärtigen gesetzlichen Bedingungen die Mitarbeit in einem solchen Dienst kaum rentabel bzw. steht erheblich hinter der Vielzahl anderer möglicher ärztlicher Verdienstmöglichkeiten zurück. Da durch die allgemeine Verpflichtung kaum die Möglichkeit besteht, anderweitig öffentliche Gelder, z. B. für eine Vergütung der Bereitschaftszeit als Grundpauschale, zu gewähren, wird nachvollziehbar, dass sich nur sehr wenige Ärzte bereithalten, unter derartigen Bedingungen auf Dauer an einem solchen Dienst mitzuarbeiten, zusätzlich Zeit und Geld für spezielle Fortbildungen und Besprechungen einzusetzen und damit überdurchschnittliche Kompetenzen und Erfahrungen zu erwerben.

Ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12.04.2019 stellt nunmehr in Aussicht, dass die Gebühren für die vorläufige Todesbescheinigung auf rund 110€, diejenige für die endgültige Leichenschau auf rund 165€ angehoben werden sollen [10]. Abgesehen davon, dass zumindest der Betrag für die endgültige Leichenschau noch unter dem Vorschlag der Bund-Länder-Kommission aus dem Jahr

2009 liegt, werden im Referentenentwurf weitestgehend unrealistische und auch von der Bundesärztekammer bereits kritisierte Mindestzeiten von 20 min bzw. 45 min gefordert, sodass weitere Unsicherheiten, Unstimmigkeiten und rechtliche Auseinandersetzungen zu erwarten wären, würde dieser Entwurf tatsächlich so umgesetzt.

Während die Entschädigungsproblematik für Niedergelassene, die nur 3–5 Leichenschauen pro Jahr durchführen, praktisch kaum ins Gewicht fällt (Stichwort „Mischkalkulation“), ist für einen spezialisierten ärztlichen Leichenschaudienst die Vergütung eines der großen und grundlegenden Probleme der praktischen Durchführbarkeit einer solchen Struktur und Organisation überhaupt. Es kann nicht erwartet werden, dass spezialisierte Ärzte eine hochwertige und wichtige, ja sogar hoheitliche Tätigkeit auf der Basis einer nahezu völlig fehlenden Rentabilität quasi als „Hobby“ ausführen.

Fazit

Abschließend kann somit festgestellt werden, dass die speziellen Probleme und Herausforderungen eines forensischen Leichenschaudienstes durchaus vergleichbar sind mit den allgemeinen Strukturproblemen der ärztlichen Leichenschau durch niedergelassene Ärzte und Hausärzte. Eine verbesserte rechtsmedizinische Schulung der Leichenschauer wird erwartungsgemäß nicht zu einer höheren Zahl an (vermeintlich) natürlichen Todesfällen, sondern im Gegenteil zu einer höheren Anzahl an nichtnatürlichen bzw. ungeklärten Fällen führen.

Eine entscheidende Verbesserung der Qualität der ärztlichen Leichenschau wird auf lange Sicht jedoch nur zu erreichen sein, wenn versucht wird, die in allen Bereichen der Medizin erforderliche und auch sinnvolle Spezialisierung auch für die Tätigkeit der ärztlichen Leichenschau anzubieten und statt einer allgemeinen und breiten Verpflichtung eine Erhöhung der individuellen Kompetenz und Erfahrung zu ermöglichen. Dies kann nur in Verbindung mit einer leistungsgerechten Vergütung und

einer besseren Qualitätskontrolle durch eine adäquate Erhöhung der Obduktionszahlen erfolgen. Die Durchführung postmortaler Computertomographie (PMCT) stellt aus unserer Sicht eine in definierten Fällen sinnvolle und mittlerweile lege artis durchzuführende Ergänzung der autoptischen Befunderhebung dar; als Screeningverfahren zur Entscheidung pro oder contra Obduktion ist ein solches Vorgehen auf breiter Ebene jedoch aktuell nicht einsetzbar und würde zudem ein neues Ressourcenproblem wegen eines Mangels an geeigneten Beurteilern zur Folge haben.

Eine derartige konzeptionelle Veränderung, wie sie hier in den dargelegten Überlegungen anklingt, wäre zweifelsohne nicht ad hoc umsetzbar, sondern bedürfte neben einem entsprechenden finanziellen Aufwand in den Ballungsgebieten, insbesondere aber in der Fläche, eines langjährigen Entwicklungsansatzes.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Oliver Peschel

Institut für Rechtsmedizin, LMU München
Nussbaumstraße 26, 80336 München,
Deutschland
Oliver.Peschel@med.uni-muenchen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. O. Peschel, M. Graw und P. Hofer sind als Rechtsmediziner am Institut für Rechtsmedizin in München tätig; sie führen dort gerichtliche Obduktionen durch und halten Vorlesungen und Fortbildungsvorträge, insbesondere auch zum Thema Leichenschau. S. Gleich ist als Ärztin am Referat für Gesundheit und Umwelt der Stadt München tätig, sie hält Vorlesungen und Fortbildungen, u. a. mit dem Thema Leichenschau.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Fieseler S, Kunz S, Graw M, Peschel O (2009) Ärztliche Leichenschau im Großraum München. Rechtsmedizin 19(6):418–423
2. Madea B, Rothschild M (2010) Ärztliche Leichenschau. Dtsch Arztebl Int 107(33):575–588
3. Madea B (Hrsg) (2006) Die ärztliche Leichenschau. Springer, Heidelberg

4. Modelmog D, Goertchen R, Steinhard K, Sinn HP, Stahr H (1991) Vergleich der Mortalitätsstatistik einer Stadt (Görlitz) bei unterschiedlicher Obduktionsquote. Pathologe 12(4):191–195
5. Brinkmann B, Banaschak S, Bratzke H, Cremer U, Drese G, Erfurt C et al (1997) Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland: Ergebnisse einer multizentrischen Studie I. Arch Kriminol 199(1–2):1–12
6. Brinkmann B et al (1997) Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland: Ergebnisse einer multizentrischen Studie II. Arch Kriminol 199(3–4):65–74
7. Zack F, Kaden A, Riepenhausen S, Rentsch D, Kegler R, Büttner A (2017) Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung. Rechtsmedizin 27(6):516–527
8. Viehöver S, Peschel O, Graw M, Gleich S (2019) Ordnungswidrigkeiten bei Leichenschau und Ausstellen der Todesbescheinigung. Rechtsmedizin 29(2):110–116
9. AWMF online (2017) Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf. Zugegriffen: 29. Mai 2019
10. Zimmermann GW (2019) Endlich 166 Euro für die Leichenschau! Doch neue Vorgaben zwingen zu Rechnereien. <https://www.medicaltribune.de/praxis-und-wirtschaft/abrechnung/artikel/endlich-166-euro-fuer-die-leichenschau-doch-neue-vorgaben-zwingen-zu-rechnereien/>. Zugegriffen: 17. Juli 2019